



نگرش نظر خانواده‌ها نسبت به نیازهای بیماران و خانواده‌هایشان

D.D-I

- ۱- شماره پرسشنامه: ۲- نوع بیماری براساس پرونده:
 ۳- نسبت بیمار در خانواده: ۴- نام شهرستان منطقه پژوهش:
 ۵- نام محلی که پرسشنامه در آن پر می‌شود: ۶- مصاحبه شونده:
 ۷- سابقه سکونت در این محل به سال: ۸- سابقه سکونت در اصفهان به سال:
 ۹- شهرستان محل اقامت قبلی:
 ۱۰- دین: ۱- اسلام q ۲- مسیحیت q ۳- زرتشتی q ۴- کلیمی q ۵- سایر ادیان q
 ۱۱- ساختار خانواده:
 ۱- نام اعضاء به ترتیب تولدشان ثبت شود.
 ۲- در صورتیکه بیمار متأهل است مشخصات همسر و فرزندان او نیز در همین جدول ثبت شود.

ردیف	نام و نام خانوادگی	جنسیت	نوع نسبت در خانواده	سن به سال	میزان سواد	وضعیت شغلی	وضعیت تأهل	وضعیت جسمی	وضعیت روانی	سایر توضیحات
۱.										
۲.										
۳.										
۴.										
۵.										
۶.										
۷.										
۸.										
۹.										
۱۰.										
۱۱.										
۱۲.										
۱۳.										
۱۴.										
۱۵.										
۱۶.										

۱۲- در حال حاضر بیمار با چه کسانی زندگی می‌کند؟ براساس نسبت اعضاء ذکر شود.



۱۳- آیا والدین نسبت خویشاوندی با همدیگر داشته‌اند؟ ۱- بلی q ۲- خیر q
در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع خویشاوندی ذکر شود؟

۱۴- آیا در اقوام هر یک از والدین سابقه بیماری مشابه یا بیماری دیگر وجود دارد؟
۱- بلی q ۲- خیر q
در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع خویشاوندی و نوع بیماری ذکر شود؟

۱۵- نوع بیمه درمانی:

۱۶- منبع تأمین اقتصادی زندگی بیمار کیست یا چیست؟

۱۷- زمان شروع بیماری چه موقع بوده است؟

۱۸- اولین بار برای تشخیص و درمان این بیماری به چه کسی یا به کجا مراجعه نمودید؟ (نوع تخصص ذکر شود).

۱۹- معرف شما برای اولین مراجعه چه کسی بود؟ ۱- خانواده q ۲- دوستان q ۳- اقوام q
۲۰- بعدها برای درمان به چه متخصصانی مراجعه نمودید؟

۲۱- بعدها بیشتر اوقات از کجا آگاه می‌شدید که باید برای بیمار چکار کنید؟

۲۲- آیا بیمار در حال حاضر بطور منظم تحت نظر متخصص خاصی هست؟ ۱- بلی q ۲- خیر q
الف) نوع تخصص ذکر شود.

ب) چند وقت یک بار مراجعه می‌کنند؟

ج) اگر پاسخ منفی است دلیل آن ذکر شود.

۲۳- آیا بیمار تا به حال برای شما خطرناک بوده است؟ ۱- بلی q ۲- خیر q
در صورت مثبت بودن پاسخ نوع خطر ذکر شود.

۲۴- آیا بیمار در حال حاضر در وضعیت حادی بسر می‌برد که نیازمند مداخله جدیدی باشد؟ ۱- بلی q ۲- خیر q
الف) این وضعیت چیست؟

ب) در صورت مثبت بودن پاسخ و در صورت تمایل خانواده طی معرفینامه رسمی به متخصص مربوطه معرفی شود.

۲۵- آیا بیمار سابقه اقدام به خودکشی در طول مدت بیماری دارد؟ ۱- بلی q ۲- خیر q

۲۶- آیا بیمار سابقه استفاده از مواد مخدر را دارد؟ ۱- بلی q ۲- خیر q

نوع مواد، مدت استفاده و دلیل استفاده ذکر شود؟

۲۷- آیا بیمار سابقه جرم و بزهکاری دارد؟ ۱- بلی q ۲- خیر q

نوع جرم یا بزه ذکر شود.



۲۸- آیا بیمار سابقه بیماری جسمانی مهمی هم دارد؟
نوع بیماری ذکر شود.

۲۹- بیمار در طول یک سال گذشته و یا در طول مدت بیماری برای درمان از کدامیک از شیوه‌های درمانی زیر استفاده کرده است؟

- ۱- درمان‌های دارویی (انواع و مقادیر داروها ذکر شود) (A q)
(B)
(C)
(D)
(E)

۲- درمان‌های غیردارویی: ۱- مشاوره و روان‌درمانی فردی، گروهی، خانوادگی q

۲- رفتار درمانی q

۳- کار درمانی جسمانی، روانی، فیزیوتراپی q

۴- درمان با شوک (تعداد دفعات و جلسات ذکر شود) q

۵- بستری (تعداد دفعات و طول مدت ذکر شود) q

۶- سایر موارد

۳- خدمات فوق را از چه پزشکی دریافت نموده‌اید؟ q

معرف شما چه کسی بوده است؟

۴- درمان‌های خانگی: ۱- بادکش q ۲- حجامت q ۳- زالو q ۴- ضماد و مرهم q ۵- سایر

۵- شیوه‌های غذایی: ۱- رژیم غذایی q ۲- پرهیز از غذا خوردن q ۳- خوردن یا نخوردن غذاهای سرد و گرم q

۶- استفاده از داروهای گیاهی (نوع آن ذکر شود) q

۷- مراجعه به دعانویس و گرفتن q

۸- مراجعه به طالع‌بین، کف‌بین و گرفتن طلسم q

۹- دخیل بستن q

۱۰- پارچه گره زدن q

۱۱- نذر و نیاز کردن q

۱۲- درمان‌های سر خود مثل

۱۳- بیمار به هیچوجه تحت نظر پزشک و درمان‌های طبی و روانشناختی نبوده است. q

۱۴- نامعلوم q

II- برخورد بیمار و خانواده با بیماری

۱- آیا شما دقیقاً می‌دانید که نام بیماری عضو خانواده‌تان (همسر - فرزند) چیست؟

بلی q خیر q نوع آن ذکر شود.

۲- شما فکر می‌کنید که علت یا عوامل بیماری فرزند (یا همسران) چه بوده است؟

۳- به نظر شما فرزندتان (یا همسر) که بیمار است چه نیازهای مهم و اساسی‌ای دارد؟

۱- ۴-

۲- ۵-

۳- ۶-



۴- شما و سایر اعضای خانواده‌تان در ارتباط با بیماری فرزندتان چه نیازهای مهم و اساسی‌ای دارید؟

۱- ۴-

۲- ۵-

۲- ۶-

۵- به نظر شما با افراد مبتلا به بیماری روانی (اسکیزوفرنی، اختلال خلقی دو قطبی، عقب‌ماندگی ذهنی) و یا افراد مبتلا به بیماری صرع چه باید کرد؟

۱- ۳-

۲- ۴-

۶- فرزند (یا همسران) در مورد نوع بیماری خود و روش درمان آن چه می‌دانند؟

۷- آیا دستورات درمانی (دارویی - مشاوره‌ای) را رعایت می‌کند؟ ۲- بلی q ۲- خیر q

در صورت منفی بودن پاسخ، دلیل آن ذکر شود.

۸- چند مورد از مهم‌ترین مسائل و مشکلاتی را که در طول سال گذشته در رابطه با فرزند (یا همسر) خود داشته‌اید ذکر کنید.

۱- ۳-

۲- ۴-

۹- در جهت رفع این مشکلات چه کرده‌اید؟

۱- ۳-

۲- ۴-

۱۰- آیا دسترسی به متخصصین یا خدمات بهداشت روان برایتان چگونه بوده است؟

۱۱- در صورتیکه از خدمات دریافت شده ناراضی بوده‌اید، نارضایتی شما از چه بوده است؟

۱- ۳-

۲- ۴-

۱۲- در صورتیکه از خدمات دریافت شده ناراضی بوده‌اید، نارضایتی شما از چه بوده است؟

۱- ۳-

۲- ۴-

۱۳- آیا قبلاً اتفاق افتاده که علیرغم دسترسی به متخصصین از آنها کمک نگرفته و حتی به آنها مراجعه هم نکرده باشید؟

بلی q خیر q در صورت مثبت بودن پاسخ، دلیل خود را ذکر کنید.

۱- ۲-

۱۴- آیا به راحتی می‌توانید داروهای مورد نیازتان را تهیه نمایید؟ ۲- بلی q ۲- خیر q

در صورت منفی بودن پاسخ دلیل آن را ذکر نمایید.

۱- ۳-

۲- ۴-



۱۵- به نظر شما کدامیک از خدمات مورد نیاز و بسیار ضروری فرزندان و یا شما در ارتباط با فرزندان (همسران) تحت پوشش بیمه‌های درمانی نیست؟

- ۱- ۳-
- ۲- ۴-

۱۶- آیا خانواده مایل به نگهداری و مراقبت از بیمار در منزل است؟ بلی q خیر q

۱۷- مشکلات خانواده در نگهداری و مراقبت از بیمار چیست؟

- ۱- ۴-
- ۲- ۵-
- ۳- ۶-

۱۸- در صورت ناتوانی خانواده از نگهداری و اداره بیمار در منزل، تا کنون چه کرده‌اید؟

۱۹- در رابطه با نگهداری و مراقبت از بیمار تا به حال چه خدمات و کمک‌هایی دریافت نموده‌اید؟

- ۱- ۳-
- ۲- ۴-

۲۰- چه کسی همواره نزد بیمار باقی می‌ماند؟

۲۱- بیمار وقت خود را چگونه می‌گذراند؟

۲۲- برنامه‌های تفریحی شما و بیمار چیستند؟

- خانواده: ۱- بیمار: ۱-
- ۲- ۲-
- ۳- ۳-

۲۳- شما اعضاء خانواده خود را در ارتباط با همدیگر چگونه می‌بینید؟

۱- گرم و صمیمی q ۲- دچار تضاد و اختلاف نظر کم q

۲- سرد و بی‌تفاوت q ۴- دچار تضاد و اختلاف نظر شدید q

۲۴- چه دوره‌های آموزشی خاصی را در رابطه با بیماری فرزندان (یا همسران) گذرانده‌اید؟

۲۵- به چه آموزش‌های در رابطه با بیماری فرزندان یا همسران نیاز دارید؟

- ۱- ۳-
- ۲- ۴-

۲۶- آیا در رابطه با ویزیت متخصصین روانپزشک، روانشناس، و متخصص مغز و اعصاب و مشاوره خانواده و ... مشکلی دارید؟

۱- بلی q ۲- خیر q

در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع مشکل ذکر شود.



۲۷- آیا شما مایلید در کلاس‌های آموزشی که بعدها در رابطه با ماهیت، علل و درمان این بیماری و نیز راه‌های روبرو شدن با نیازها

و مسائل و مشکلات این بیماران تشکیل خواهد شد شرکت نمایید؟

۱- بلی q ۲- خیر q

در صورت تمایل آدرس دقیق‌تر و شماره تلفن مربوطه ذکر شود.

امضاء

تاریخ:

نام و نام خانوادگی مصاحبه‌کننده:

در صورتی که مصاحبه‌کننده توضیح خاصی در مورد این مصاحبه دارد مطرح نماید.

www.mhmm.net