

Aile Bildirim Sonuç Ölçeği (ABSÖ-16) (FROM-16)©

Aşağıdaki sorular aile bireyinizin durumundan dolayı **sizin** hayatınızın **şu anda** nasıl etkilendiği ile ilişkilidir.

Lütfen 16 sorudan her biri için bir kutuyu işaretleyiniz.

Lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız:

Yaşınız: _____

Cinsiyetiniz: Erkek / Kadın

Hastaya yakınlığınız: _____

Hastanın tanısı: _____

Bölüm 1: Duygusal

Aile bireyimin durumu nedeniyle...	Hiç	Biraz	Çok
1. Kendimi endişeli hissediyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kendimi kızgın hissediyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kendimi üzgün hissediyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kendimi hayal kırıklığına uğramış hissediyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Düşüncelerim hakkında konuşacak birini bulmak zor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aile bireyime bakmak zor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Part 2: Kişisel ve Sosyal hayat

Aile bireyimin durumu nedeniyle...	Hiç	Biraz	Çok
7. Kendim için zaman bulmam zor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Günlük seyahatlerim etkileniyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Yeme alışkanlıklarım etkileniyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Aile aktivitelerim etkileniyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tatile gidişlerde problem yaşıyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Seks hayatım etkileniyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. İşim veya çalışmam etkileniyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Diğer aile bireyleriyle ilişkim etkileniyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Aile harcamalarım arttı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Uykum etkileniyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lütfen her soruyu cevapladığınızdan emin olunuz. Teşekkürler

Sadece görevliler dolduracak Bölüm 1 için skor (12'ye kadar): ____ Bölüm 2 için skor (20'ye kadar): ____ Total skor (32'ye kadar): ____