استبيان صورة الجسم للمرضى الذين يعانون من سرطان النساء وسرطان الثدي

الجزء الأول :

1. **كم عمرك؟؟ .....**

2. **الحالة الاجتماعية:**

أرملة ☐ متزوجة ☐ عزباء ☐ مطلقة ☐

3. **مستوى التعليم:**

المدرسة الابتدائية ☐ الجامعية ☐ الثانوية ☐

4. **المهنة :** .....

5. **المستوى الاجتماعي والاقتصادي:**

منخفض ☐ متوسط ☐ عال ☐

6. **مكان الإقامة:**

المناطق الريفية ☐ الحضرية ☐

7. **التاريخ العائلي للإصابة بالسرطان:** .....

8. **عدد حالات الحمل:** .....

9. **عدد الأطفال:** .....

الجزء الثاني

1. **تمت متابعتك من أجل :**

سرطان الثدي ☐ سرطان عنق الرحم ☐ سرطان بطانة الرحم ☐ سرطان المبيض ☐

أخرى ☐ : حدد .....

2. **كم من الوقت مضى منذ أن انتهيت من علاجك؟ .....**

3. **ما نوع (أنواع) العلاج (العلاجات) الذي تلقيته؟**

العلاج الإشعاعي المساعد الجديد ☐

العلاج الكيميائي المساعد الجديد ☐

الجراحة الأولية ☐ :

العلاج الإشعاعي المساعد ☐

العلاج الكيميائي المساعد ☐

جراحة الإغلاق ☐

العلاج الهرموني ☐

العلاجات المستهدفة ☐

4. **المستشفى الذي عولجت فيه؟** .....

الجزء الثالث

1. **هل أنت قلقة بشأن التغيرات الجسدية التي يسببها مرضك أو علاجه؟**

لا على الإطلاق (0) القليل (1) معتدل (2) الكثير (3)

2. **هل كافحت من أجل التصالح مع مظهرك الجسدي منذ تشخيصك أو علاجك؟**

لا على الإطلاق (0) القليل (1) معتدل (2) الكثير (3)

3. **هل تتجنبين النظر إلى جسمك بسبب التغيرات الجسدية (الندوب وتساقط الشعر وما إلى ذلك)؟**

أبدا (0) أحيانا (1) غالبا ما (2) دوما (3)

4. **هل تشعرين بأنك أقل جاذبية مما كانت عليه قبل التشخيص أو العلاج؟**

لا على الإطلاق (0) القليل (1) معتدل (2) الكثير (3)

5. **هل تشعرين أن جسمك أقل قوة أو قدرة مما كان عليه من قبل؟**

لا على الإطلاق (0) القليل (1) معتدل (2) الكثير (3)

6. **منذ تشخيصك، هل تغير تصورك لجسمك؟**

تحسين() دون تغيير() أسوأ()

7. **هل تجدين صعوبة في إظهار نفسك في الأماكن العامة بسبب مظهرك الجسدي؟**

أبدا (0) أحيانا (1) في كثير من الأحيان (2) دائما (3)

8. **هل تشعرين أن الآخرين ينظرون إليك أو يحكمون عليك أكثر مما كانوا يفعلون قبل تشخيصك بسبب مظهرك؟**

أبدا (0) في بعض الأحيان (1) في كثير من الأحيان (2) دائما (3)

9. **هل تؤثر صورة جسدك على مشاركتك في الأنشطة الاجتماعية (الاجتماعات والنزهات وما إلى ذلك)؟**

لا على الإطلاق (0) القليل (1) معتدل (2) الكثير (3)

10. **هل أثرت التغيرات الجسدية على رغبتك الجنسية؟**

o لا على الإطلاق (0) o القليل (1) معتدل (2) الكثير (3)

11. **هل تشعرين بالحرج من التغيرات الجسدية (الندوب ، الفغرة ، تساقط الشعر) أثناء العلاقات الحميمة؟**

أبدا (0) أحيانا (1) في كثير من الأحيان (2) دائما (3)

12. **هل تجدين صعوبة في الشعور بالرغبة في شريكك؟**

لا على الإطلاق (0) القليل (1) معتدل (2) الكثير (3)

13. **هل تؤثر صورة جسمك على رضاك في العلاقات الحميمة؟**

لا على الإطلاق (0) القليل (1) معتدل (2) الكثير (3)

14. **هل تؤثر صورة جسمك على ثقتك بنفسك؟**

لا على الإطلاق (0) o القليل (1) معتدل (2) الكثير (3)

15. **هل تشعرين بالقلق أو الاكتئاب بسبب التغيرات الجسدية المتعلقة بمرضك أو علاجك؟**

أبدا (0) أحيانا (1) في كثير من الأحيان (2) دائما (3)

16. **هل تشعرين أن نوعية حياتك قد تأثرت بالتغيرات في مظهرك الجسدي؟**

لا على الإطلاق (0) القليل (1) معتدل (2) الكثير (3)

17. **هل تلقيت دعما نفسيا أو جماليا (المكياج الطبي ، الأطراف الاصطناعية...) لمساعدتك على قبول التغييرات** الجسدية؟ o نعم o لا

إذا كان الأمر كذلك، فهل وجدت هذا الدعم مفيدا؟ o نعم o لا

18. **هل ناقشت مخاوفك بشأن صورة جسمك مع فريق الرعاية الصحية الخاص بك؟** o نعم o لا

إذا لم يكن كذلك ، لماذا؟ (قلة الفرص ، الإحراج ،....)

19. ما نوع الدعم الذي ترغبين في الحصول عليه لتحسين صورة جسمك؟

نوع الدعم المطلوب	**(عدة إجابات ممكنة)**
الدعم النفسي	☐
نصائح المكياج الطبي	☐
ورش عمل صورة الجسم	☐
مجموعات المناقشة	☐
أخرى (تحديد)	.....