

日期: \_\_\_\_\_

姓名: \_\_\_\_\_

請閱讀以下敘述並勾選一個針對您目前的風濕疾病(“風濕疾病”指的是脊椎關節炎，包含僵直性脊椎炎)最符合的選項

1. 因為我的風濕疾病使得我的孩子負擔更多家事
  - 我同意
  - 我不同意
2. 我不喜歡朋友對於我的疾病在我周遭所產生的行為舉止
  - 我同意
  - 我不同意
3. 我無法依靠我的親戚朋友幫我解決疾病對我所造成的問題
  - 我同意
  - 我不同意
4. 因為我的風濕疾病，我改變了我的生活環境
  - 我同意
  - 我不同意
5. 我很難從醫療專業人員中得知復發
  - 我同意
  - 我不同意
6. 治療我的風濕疾病很花時間
  - 我同意
  - 我不同意
7. 我朋友對我的期望太高
  - 我同意
  - 我不同意
8. 我在家時沒有人會關注我
  - 我同意
  - 我不同意
9. 我的朋友理解我
  - 我同意
  - 我不同意

感謝您填寫完此份問卷