

Yüz Felci Engellilik Ölçeği

Facial Disability Index (FDI)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Lütfen yüz kaslarınızın fonksiyonu ile ilgili olarak aşağıdaki soruları size en çok uyan ifadeyi işaretleyerek yanıtlayınız.
Her soruyu son bir ayı göz önünde bulundurarak cevaplandırın.

Fiziksel Fonksiyonlar

Yemek yerken yiyecekleri ağızda tutmakta, ağız içinde çevirmekte veya yanak kısmında biriktirmekte ne kadar zorlandınız?

- | | | | |
|---|--|--|---|
| 1 | ☐ 5 Zorlanmadım | ☐ 3 Biraz zorlandım | ☐ 1 Sağlık durumum nedeniyle yiyemedim |
| | ☐ 4 Hafif zorlandım | ☐ 2 Oldukça zorlandım | ☐ 0 Başka durumlar nedeniyle yiyemedim |

Bardaktan, fincandan su içerken ne kadar zorlandınız?

- | | | | |
|---|--|--|--|
| 2 | ☐ 5 Zorlanmadım | ☐ 3 Biraz zorlandım | ☐ 1 Sağlık durumum nedeniyle içemedim |
| | ☐ 4 Hafif zorlandım | ☐ 2 Oldukça zorlandım | ☐ 0 Başka durumlar nedeniyle içemedim |

Konuşurken belirli sesleri çıkarmakta ne kadar zorlandınız?

- | | | | |
|---|--|--|---|
| 3 | ☐ 5 Zorlanmadım | ☐ 3 Biraz zorlandım | ☐ 1 Sağlık durumum nedeniyle konuşamadım |
| | ☐ 4 Hafif zorlandım | ☐ 2 Oldukça zorlandım | ☐ 0 Başka durumlar nedeniyle konuşamadım |

Gözde aşırı sulanma veya kuruluk nedeniyle ne kadar zorlandınız?

- | | | | |
|---|--|--|--|
| 4 | ☐ 5 Zorlanmadım | ☐ 3 Biraz zorlandım | ☐ 1 Sağlık durumum nedeniyle hiç göz yaşı yoktu |
| | ☐ 4 Hafif zorlandım | ☐ 2 Oldukça zorlandım | ☐ 0 Başka durumlar nedeniyle hiç göz yaşı yoktu |

Dişlerinizi fırçalamakta veya ağızınızı çalkalamakta ne kadar zorlandınız?

- | | | | |
|---|--|--|---|
| 5 | ☐ 5 Zorlanmadım | ☐ 3 Biraz zorlandım | ☐ 1 Sağlık durumum nedeniyle genelde yapamadım |
| | ☐ 4 Hafif zorlandım | ☐ 2 Oldukça zorlandım | ☐ 0 Başka durumlar nedeniyle genelde yapamadım |

Sosyal Fonksiyonlar

Son bir ayın ne kadarında kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz?

- | | | | |
|---|---|---------------------------------------|---|
| 6 | ☐ 6 Tüm zamanlarda | ☐ 5 Çoğu zaman | ☐ 4 Genelde |
| | ☐ 3 Bazı | ☐ 2 Nadiren | ☐ 0 Hiçbir zaman |

Son bir ay içinde hangi sıklıkta kendinizi çevrenizdeki insanlardan izole ettiniz (onlardan uzak kalmayı tercih ettiniz)?

- | | | | |
|---|---|---------------------------------------|---|
| 7 | ☐ 1 Tüm zamanlarda | ☐ 2 Çoğu zaman | ☐ 3 Genelde |
| | ☐ 4 Bazı | ☐ 5 Nadiren | ☐ 6 Hiçbir zaman |

Son bir ay içinde hangi sıklıkta çevrenizdeki insanlardan rahatsız oldunuz?

- | | | | |
|---|---|---------------------------------------|---|
| 8 | ☐ 1 Tüm zamanlarda | ☐ 2 Çoğu zaman | ☐ 3 Genelde |
| | ☐ 4 Bazı | ☐ 5 Nadiren | ☐ 6 Hiçbir zaman |

Son bir ay içinde hangi sıklıkta istemeden erken ya da gecenin bir vakti uyandınız?

- | | | | |
|---|---|--------------------------------------|---|
| 9 | ☐ 1 Her gece | ☐ 2 Çoğu gece | ☐ 3 Yaklaşık yarısında |
| | ☐ 4 Bazı geceler | ☐ 5 Nadiren | ☐ 6 Hiçbir zaman |

Son bir ay içinde yüzünüzün fonksiyonu nedeniyle hangi sıklıkta alışveriş, yemek, arkadaş ve akraba ziyaretinden vadeçtiniz?

- | | | | |
|----|---|---------------------------------------|---|
| 10 | ☐ 1 Tüm zamanlarda | ☐ 2 Çoğu zaman | ☐ 3 Genelde |
| | ☐ 4 Bazı | ☐ 5 Nadiren | ☐ 6 Hiçbir zaman |

Fiziksel Skor

$\{[(1,2,3,4,5. \text{ soru puan toplamı}) - 5] / 5\} \times 25$



www.ftronline.com

Sosyal Skor

$\{[(6,7,8,9,10. \text{ soru puan toplamı}) - 5] / 5\} \times 25$
