

PC NO. _____

Sticker



ส่วนที่ 1 ผู้ดูแลที่ตอบแบบประเมิน ญาติหรือคนในครอบครัว เกี่ยวข้องเป็น..... กับผู้ป่วย ผู้ดูแล (มีค่าตอบแทน)

อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง สถานภาพ โสด สมรส แยกทาง การศึกษา.....

ระยะเวลาในการดูแล.....มีผู้ดูแลร่วมหรือไม่ มี เกี่ยวข้องเป็น..... ไม่มี วันที่ทำแบบประเมิน/...../.....

กรุณาทำเครื่องหมายถูก (✓) หน้าข้อที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

หัวข้อประเมิน	ระดับความรู้สึก				
	แทบทุกครั้ง (4)	ค่อนข้างบ่อย (3)	บางครั้ง(2)	นานๆครั้ง (1)	ไม่มีเลย (0)
1. คุณรู้สึกว่า ไม่มีเวลาสำหรับตัวคุณเองเลยเพราะต้องใช้เวลาดูแลผู้ป่วยหรือไม่					
2. คุณรู้สึกเครียดเพราะต้องดูแลผู้ป่วยในขณะที่ยังต้องรับผิดชอบครอบครัวและงานด้วยหรือไม่					
3. คุณรู้สึกว่าผู้ป่วยทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างคุณกับสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวและเพื่อนๆ ขณะนี้เป็นไปในทางลบหรือไม่					
4. คุณรู้สึกเหนื่อยล้าเมื่อต้องอยู่ใกล้กับผู้ป่วยหรือไม่					
5. คุณรู้สึกเป็นทุกข์กับสุขภาพเพราะการดูแลผู้ป่วยหรือไม่					
6. คุณรู้สึกว่า คุณสูญเสียการควบคุมชีวิตของคุณเองตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการป่วยหรือไม่					
(Cut of point ≥ 9) รวม					

ส่วนที่ 2 กรุณาวางกลมตัวเลข (0-10) ที่บอกภาวะความทุกข์ของคุณในรอบ 3 วัน ที่ผ่านมา จนถึงวันนี้ได้ดีที่สุด

ส่วนที่ 3 กรุณาใช้เครื่องหมาย / ในช่อง [] หน้าหัวข้อต่อไปนี้ ที่เป็นปัญหาสำหรับคุณในช่วง 3 วันที่ผ่านมา รวมถึงวันนี้

ด้านร่างกาย การทานอาหาร ปัญหาด้านสมาธิ / ความจำ รู้สึกเพลีย / อ่อนล้า ปวดเมื่อย การนอนหลับ

ด้านชีวิตประจำวัน

ที่อยู่อาศัย การดูแล / การเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน การเดินทาง ค่าใช้จ่าย การทำงาน / การเรียน

ด้านครอบครัว

การจัดการกับบุตร การรับมือกับคนรัก / ความต้องการบุตร การดูแลผู้ป่วยของสมาชิกในครอบครัว

ด้านอารมณ์

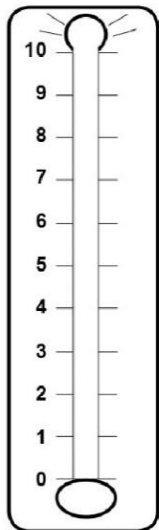
หดหู่ / สะเทือนใจ หวาดกลัว กระทบกระวายเป็น เศร้า / เสียใจ กังวลใจ

ไม่มีความสุขในกิจวัตรประจำวัน เครียดเรื่องการดูแลผู้ป่วย

อื่นๆ โปรดระบุ _____

ท่านต้องการรับการช่วยเหลือหรือไม่? ต้องการ ไม่ต้องการ

ทุกข์ทรมาณอย่าง
แสนสาหัส



ไม่ทุกข์เลย