

แบบประเมินภาระการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ผู้ดูแลที่ตอบแบบประเมิน ญาติ เกี่ยวข้องเป็น..... ผู้ดูแล (มีค่าตอบแทน) อายุ.....ปี  
 เพศ ชาย หญิง สถานภาพ โสด สมรส หย่า แยก มีปัญหาสุขภาพหรือไม่ มี ไม่มี  
 ระยะเวลาในการดูแล..... อยู่กับผู้ป่วยน้อยกว่า 4 ชั่วโมง/วัน อยู่กับผู้ป่วยมากกว่า 4 ชั่วโมง/วัน  
 การศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา/อนุปริญญา ปริญญาตรี ปริญญาโทหรือสูงกว่า  
 ภาระในการดูแลผู้อื่นนอกจากผู้ป่วย มี ไม่มี มีผู้ดูแลร่วมหรือไม่ มี เกี่ยวข้องเป็น..... ไม่มี  
 ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย ไม่กังวลเรื่องค่าใช้จ่าย กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายเล็กน้อย มีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย  
 อากาศของผู้ป่วยในปัจจุบัน ดีขึ้น/ทุเลา คงที่ แย่ลง

กรุณาทำเครื่องหมาย (/) หน้าข้อที่ท่านเห็นว่าเหมาะสม

หัวข้อการประเมิน	ระดับความรู้สึก				
	แทบทุก ครั้ง (4)	ค่อนข้าง บ่อย (3)	บางครั้ง (2)	นานๆ ครั้ง (1)	ไม่มีเลย (0)
1. คุณรู้สึกว่าไม่มีเวลาสำหรับตัวเองเลยเพราะต้องใช้เวลาคูดูแลญาติของคุณหรือไม่?					
2. คุณรู้สึกเครียดเพราะต้องดูแลญาติของคุณในขณะที่ยังต้องรับผิดชอบครอบครัวและงานด้วยหรือไม่?					
3. คุณรู้สึกโกรธเมื่ออยู่กับญาติของคุณหรือไม่?					
4. คุณรู้สึกว่าญาติของคุณทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างคุณกับสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว และเพื่อนๆ ขณะนี้เป็นไปในทางลบหรือไม่?					
5. คุณรู้สึกเหนื่อยล้าเมื่อต้องอยู่ใกล้กับญาติของคุณหรือไม่?					
6. คุณรู้สึกเป็นทุกข์กับสุขภาพเพราะการดูแลญาติของคุณหรือไม่?					
7. คุณรู้สึกว่าคุณไม่มีความเป็นส่วนตัวอย่างที่คุณอยากได้เพราะญาติของคุณหรือไม่?					
8. คุณรู้สึกว่าภาระการดูแลญาติทำให้ชีวิตทางสังคมมีปัญหา					
9. คุณรู้สึกว่า คุณสูญเสียการควบคุมชีวิตของคุณเองตั้งแต่ญาติของคุณป่วยหรือไม่?					
10. คุณรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะทำอย่างไรกับผู้ป่วยหรือไม่?					
11. คุณรู้สึกว่า คุณควรจะทำอะไรมากยิ่งขึ้นเพื่อญาติของคุณหรือไม่?					
12. คุณรู้สึกว่า คุณควรจะทำหน้าที่ดูแลญาติของคุณได้ดีกว่านี้หรือไม่?					

รวมคะแนน.....  no to mind (0-10)  mild to moderate (11-20)  severe burden (>20)

การวินิจฉัยโรค  Advancer Cancer  end stage CKD  Dementia  อื่นๆ.....