

## แบบวัดความรู้สึกเป็นภาระ (Burden Scale -16)

ชื่อ \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_ ปี เพศ ช ญ การศึกษา \_\_\_\_\_ความสัมพันธ์เป็น \_\_\_\_\_ ของคนไข้ คนไข้ อายุ \_\_\_\_\_ ปี เพศ ช ญ

อาการ/โรคของคนไข้ \_\_\_\_\_

ต่อไปนี้เป็นข้อความเกี่ยวกับภาระในการดูแลคนไข้ของท่าน โปรดทำเครื่องหมาย X ในช่องทางขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด						
ข้อ	ความรู้สึก	ไม่เคย	น้อยครั้ง	บางครั้ง	ค่อนข้างบ่อย	เป็นประจำ
1	ข้าพเจ้าต้องคอยช่วยเหลือคนไข้ตลอด					
2	การดูแลคนไข้ทำให้โรคประจำตัวของข้าพเจ้าไม่ดีขึ้นหรือกำเริบ					
3	การดูแลคนไข้ทำให้ข้าพเจ้ามีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น					
4	ข้าพเจ้ารู้สึกเครียดในการดูแลคนไข้					
5	การดูแลคนไข้ทำให้ข้าพเจ้าไปไหนมาไหนลำบาก					
6	การดูแลคนไข้ทำให้ข้าพเจ้านอนหลับพักผ่อนไม่เต็มอิ่ม					
7	ข้าพเจ้าขาดรายได้เพราะต้องมาดูแลคนไข้					
8	ข้าพเจ้ารู้สึกอับอายที่คนไข้มีอาการแบบนี้					
9	ข้าพเจ้าจำเป็นต้องช่วยเหลือคนไข้ ทำให้มีเวลาส่วนตัวน้อยลง					
10	การดูแลคนไข้ทำให้ร่างกายของข้าพเจ้าอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า					
11	การดูแลรักษาคนไข้ทำให้ข้าพเจ้ามีความขัดข้องทางการเงิน					
12	ข้าพเจ้ารู้สึกไม่พอใจหรือโกรธที่ต้องมารับสภาพในการดูแลคนไข้แบบนี้					
13	คนไข้ต้องพึ่งพาข้าพเจ้าทำให้ข้าพเจ้าต้องคอยเฝ้าดูไม่ห่างตา					
14	การดูแลคนไข้ทำให้สุขภาพของข้าพเจ้าแย่ลง					
15	การดูแลรักษาคนไข้ทำให้ข้าพเจ้ามีหนี้สินขึ้นมา					
16	ข้าพเจ้ารู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายในการดูแลคนไข้					