

# แบบประเมินผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย (FROM-16) ©

คำถามดังต่อไปนี้ เป็นคำถามเพื่อประเมินว่าชีวิตของท่านได้รับผลกระทบจากภาวะของสมาชิกในครอบครัว ณ ปัจจุบัน อย่างไร

โปรดทำเครื่องหมายลงในช่องที่กำหนดเพียงช่องละ 1 ช่อง เพื่อตอบคำถามจำนวน 16 ข้อ

## กรุณาตอบคำถามดังต่อไปนี้:

อายุของท่าน: \_\_\_\_\_

เพศของท่าน  ชาย  หญิง

ความสัมพันธ์ของท่านกับผู้ป่วย: \_\_\_\_\_

ผู้ป่วยเป็น โรคอะไร: \_\_\_\_\_

## ส่วนที่ 1 อารมณ์

การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวทำให้...

ไม่เลย เล็กน้อย มาก

	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก
1. ข้าพเจ้ารู้สึกกังวล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ข้าพเจ้ารู้สึกโกรธ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ข้าพเจ้ารู้สึกเศร้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ข้าพเจ้ารู้สึกหงุดหงิด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ยากที่จะหาใครสักคนมาพูดคุยเกี่ยวกับสิ่งที่อยู่ในใจข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. การดูแลสมาชิกในครอบครัวของข้าพเจ้าเป็นเรื่องยาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ส่วนที่ 2 ชีวิตส่วนตัว และชีวิตในสังคม

การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวทำให้...

ไม่เลย เล็กน้อย มาก

	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก
7. ยากที่จะหาเวลาสำหรับตัวข้าพเจ้าเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. การเดินทางในแต่ละวันของข้าพเจ้าได้รับผลกระทบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. การรับประทานอาหารของข้าพเจ้าได้รับผลกระทบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. กิจกรรมในครอบครัวของข้าพเจ้าได้รับผลกระทบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ข้าพเจ้าประสบปัญหาในการไปเที่ยวพักผ่อนในวันหยุด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ภาวะเพศสัมพันธ์ของข้าพเจ้าได้รับผลกระทบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. การทำงาน หรือการเรียนของข้าพเจ้าได้รับผลกระทบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ความสัมพันธ์ของข้าพเจ้ากับสมาชิกในครอบครัวได้รับผลกระทบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ค่าใช้จ่ายในครอบครัวเพิ่มสูงขึ้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. การนอนหลับของข้าพเจ้าได้รับผลกระทบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

กรุณาตรวจสอบว่าท่านได้ตอบคำถามครบทุกข้อ ขอขอบคุณค่ะ

สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น

คะแนนส่วนที่ 1 (เต็ม 12) \_\_\_\_\_

คะแนนส่วนที่ 2 (เต็ม 20) \_\_\_\_\_

รวม (เต็ม 32) \_\_\_\_\_