

# สุขภาพและความผาสุกของคุณ

แบบสอบถามนี้ถามความคิดเห็นของคุณเกี่ยวกับสุขภาพของคุณ ข้อมูลนี้จะช่วยในการบันทึกว่าคุณรู้สึกอย่างไร และคุณสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ตามปกติของคุณได้ดีแค่ไหน *ขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามนี้*

ในแต่ละคำถามต่อไปนี้ โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่องเพียงช่องเดียวที่ตรงกับคำตอบของคุณมากที่สุด

1. โดยทั่วไป คุณจะบอกว่าสุขภาพของคุณ:

ดีที่สุด	ดีมาก	ดี	พอใช้	แย่
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. คุณจะประเมินสุขภาพโดยทั่วไปของคุณ ในตอนนี้ เปรียบเทียบกับเมื่อ 1 ปีที่ผ่านมา ว่าเป็นอย่างไร

ตอนนี้ดีกว่าเมื่อ 1 ปีที่ผ่านมา	ตอนนี้ค่อนข้างดีกว่าเมื่อ 1 ปีที่ผ่านมา	คล้ายๆ กับเมื่อ 1 ปีที่ผ่านมา	ตอนนี้ค่อนข้างแย่กว่าเมื่อ 1 ปีที่ผ่านมา	ตอนนี้แย่กว่าเมื่อ 1 ปีที่ผ่านมา
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. คำถามต่อไปนี้ เป็นคำถามเกี่ยวกับ กิจกรรมที่คุณอาจจะทำในช่วงวันหยุดที่ทุกๆ ไป สุขภาพของคุณในตอนนี  
ทำให้คุณถูกจำกัดในการทำกิจกรรมเหล่านี้หรือไม่ ถ้าใช่ ถูกจำกัดมากน้อยแค่ไหน

ใช่ ถูกจำกัดมาก	ใช่ ถูกจำกัดเล็กน้อย	ไม่ใช่ ไม่ถูกจำกัดเลย
▼	▼	▼

- a กิจกรรมที่ใช้แรงมาก เช่น การวิ่ง การยกของหนัก  
 การเล่นกีฬาที่ต้องออกแรงมาก.....  1 .....  2 .....  3
- b กิจกรรมที่ใช้แรงปานกลาง เช่น การย้ายโต๊ะ การกวาดพื้น  
 การทำสวน การปั่นจักรยาน หรือการว่ายน้ำ .....  1 .....  2 .....  3
- c การยกหรือถือถุงใส่ของซ้ำ.....  1 .....  2 .....  3
- d การเดินขึ้นบันไดขึ้นตึก 2-3 ชั้น.....  1 .....  2 .....  3
- e การเดินขึ้นบันไดขึ้นตึก 1 ชั้น .....  1 .....  2 .....  3
- f การก้ม การคุกเข่า หรือการงอตัว.....  1 .....  2 .....  3
- g การเดินเป็นระยะทางมากกว่า 1 กิโลเมตร.....  1 .....  2 .....  3
- h การเดินเป็นระยะทางหลายร้อยเมตร .....  1 .....  2 .....  3
- i การเดินเป็นระยะทาง 100 เมตร .....  1 .....  2 .....  3
- j การอาบน้ำหรือแต่งตัวเอง .....  1 .....  2 .....  3

4. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหน ที่คุณมีปัญหาต่างๆ ต่อไปนี้ ในการทำงาน หรือทำกิจกรรมประจำวันอื่นๆ อันเนื่องมาจากสุขภาพทางกายของคุณ

ตลอดเวลา	เป็นส่วนใหญ่	เป็นบางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยเลย
▼	▼	▼	▼	▼

- a จำเป็นต้องลดระยะเวลาที่คุณใช้ในการทำงาน หรือกิจกรรมอื่นๆ .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- b ทำงานหรือกิจวัตรประจำวันอื่นๆ สำเร็จได้น้อยกว่าที่คุณต้องการ .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- c ถูกจำกัดชนิดของงานหรือกิจกรรมที่คุณ สามารถทำได้ .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- d มีความลำบากในการทำงาน หรือ กิจกรรมอื่นๆ (เช่น ต้องใช้ความพยายาม มากขึ้น) .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5

5. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหน ที่คุณมีปัญหาต่างๆ ต่อไปนี้ ในการทำงาน หรือทำกิจวัตรประจำวันอื่นๆ ของคุณ อันเนื่องมาจากปัญหาด้านอารมณ์ (เช่น รู้สึกซึมเศร้า หรือ วิตกกังวล)

ตลอดเวลา	เป็นส่วนใหญ่	เป็นบางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยเลย
▼	▼	▼	▼	▼

- a จำเป็นต้องลดระยะเวลาที่คุณใช้ในการทำงาน หรือกิจกรรมอื่นๆ .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- b ทำงานหรือกิจวัตรประจำวันอื่นๆ สำเร็จได้น้อยกว่าที่คุณต้องการ .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- c ทำงานหรือกิจกรรมอื่นๆ ด้วยความ ระมัดระวังน้อยกว่าปกติ .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5

6. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา สุขภาพทางกายหรือปัญหาด้านอารมณ์ของคุณ มีผลรบกวนกิจกรรมทางสังคมตามปกติของคุณ ที่มีกับครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน หรือกลุ่มคนอื่นๆ มากน้อยแค่ไหน

ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. คุณมีความเจ็บปวดทางร่างกายมากน้อยแค่ไหน ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ไม่มีเลย	น้อยมาก	น้อย	ปานกลาง	รุนแรง	รุนแรงมาก
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ความเจ็บปวดมีผลรบกวนการทำงานตามปกติของคุณ (ทั้งงานนอกบ้านและงานบ้าน) มากน้อยแค่ไหน

ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. คำถามต่อไปนี้จะถามเกี่ยวกับว่าคุณรู้สึกอย่างไร และคุณเป็นอย่างไร ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่แต่ละคำถามต่อไปนี้ โปรดเลือกเพียงคำตอบเดียว ที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหน ที่...

	ตลอดเวลา	เป็นส่วนใหญ่	เป็นบางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยเลย	
a	▼	▼	▼	▼	▼	
a	คุณรู้สึกมีชีวิตชีวา กระปรี้กระเปร่า.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b	คุณวิตกกังวลเกินกว่าเหตุ .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c	คุณรู้สึกหุดห่อง ไม่มีอะไรที่จะช่วยให้คุณรู้สึกดีขึ้นได้.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d	คุณรู้สึกใจเย็นและสงบ .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e	คุณรู้สึกเต็มไปด้วยพลัง.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f	คุณรู้สึกท้อแท้และซึมเศร้า.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g	คุณรู้สึกหมดเรี่ยวแรง .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h	คุณมีความสุข .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i	คุณรู้สึกเหนื่อย .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหน ที่สุขภาพทางกายหรือปัญหาด้านอารมณ์ของคุณ มีผลรบกวนกิจกรรมทางสังคมของคุณ (เช่น การไปเยี่ยมเพื่อน หรือ ญาติมิตร เป็นต้น)

ตลอดเวลา	เป็นส่วนใหญ่	เป็นบางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยเลย
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. แต่ละข้อความต่อไปนี้ เป็นจริง หรือ ไม่จริง สำหรับคุณแค่ไหน

จริงแน่นอน	จริงเป็นส่วนใหญ่	ไม่ทราบ	ไม่จริงเป็นส่วนใหญ่	ไม่จริงเลย
▼	▼	▼	▼	▼

- a. ฉันดูเหมือนจะเจ็บป่วยได้ค่อนข้างง่ายกว่าคนอื่น .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- b. ฉันมีความสุขดีพอๆ กับคนอื่นที่ฉันรู้จัก .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- c. ฉันคิดว่าสุขภาพของฉันจะแย่ลง .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- d. สุขภาพของฉันดีเยี่ยม .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5

ขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบคำถาม