ภาคผนวก ข

แบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ติดสารเสพติด

คำชี้แจง

1.แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 ข้อมูลคำถามแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ติดสารเสพติด

ตอนที่ 3 ข้อมูลคำถามแบบสำรวจสุขภาพ SF–36

2.กรุณาตอบแบบสอบถามทุกข้อตามคำอธิบายแต่ละตอน อย่างไรก็ตามถ้าท่านไม่สบายใจที่จะตอบคำถามในข้อใด ท่านสามารถที่จะไม่ตอบในคำถามข้อนั้นได้

หมายเหตุ ข้อมูลทั้งหมดจะปิดเป็นความลับ และใช้เฉพาะสำหรับการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

แบบบันทึกข้อมูล

1. เพศ ○ 1) ชาย ○ 2) หญิง
2. อายุ ○ 2) ต่ำกว่า 20 ปี ลงมา ○ 2) 20 – 30 ปี ○ 3) 31 – 40 ปี
   ○ 4) 41 – 50 ปี ○ 5) มากกว่า 50 ปี
3. ระดับการศึกษา
   ○ 1) ไม่ได้ศึกษา ○ 2) ประถมศึกษา ○ 3) มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า
   ○ 4) ประกาศนียบัตร (ปวช/ปวส) ○ 5) ปริญญาตรี ○ 6) สูงกว่าปริญญาตรี
4. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
   ○ 1) ไม่มีรายได้ ○ 2) 1 – 3,000 บาท ○ 3) 3,001 – 6,000 บาท
   ○ 4) 6,001 – 9,000 บาท ○ 5) 9,001 – 12,000 บาท ○ 6) มากกว่า 12,000 บาท
5. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่
   ○ 1) มี (ระบุ)..... ○ 2) ไม่มี
6. ชนิดของยาเสพติดที่เคยใช้ หรือใช้ภายใน 30 วันที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
   ○ 1) เฮโรอีน (เสพมานาน.....ปี) ○ 2) ยาบ้า (เสพมานาน.....ปี)
   ○ 3) สุรา (เสพมานาน.....ปี) ○ 4) สารระเหย (เสพมานาน.....ปี)
   ○ 5) กัญชา (เสพมานาน.....ปี) ○ 6) ยาไอซ์ (เสพมานาน.....ปี)
   ○ 7) ยากล่อมประสาท (เสพมานาน.....ปี) ○ 8) 4x100 (เสพมานาน.....ปี)
   ○ 9) อื่น ๆ ระบุ.....(เสพมานาน.....ปี)
7. ชนิดของสารเสพติดที่ท่านเข้ามารักษาในครั้งนี้
   ○ 1) เฮโรอีน
   ○ 2) ยาบ้า
   ○ 3) กัญชา
8. จำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดภายในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา (รวมครั้งนี้ด้วย)
   ○ 1) 1 ครั้ง ○ 2) 2 - 5 ครั้ง ○ 3) มากกว่า 5 ครั้ง
9. ขณะนี้ท่านอยู่ในระหว่างการบำบัดรักษาในรูปแบบ
   ○ 1) ผู้ป่วยนอก ○ 2) ผู้ป่วยในระยะถอนพิษยา
   ○ 3) ผู้ป่วยในขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ ○ 4) ระยะติดตามผล

ตอนที่ 2 ข้อมูลคำถามแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ติดสารเสพติด

ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นคำถามด้านอาการถอนพิษยา ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเองว่าท่านมีอาการถอนพิษยาเหล่านี้มากน้อยเพียงไร แล้วทำเครื่องหมายถูก(/) ในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด

คำถามด้านอาการถอนพิษยา	ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	หมายเหตุ
1.คุณมีน้ำมูกน้ำตาไหลหรือมีอาการคัดจมูก						
2..คุณมีความรู้สึกหนาว ๆ ร้อน ๆ เป็นช่วง ๆ						
3.คุณมีอาการมือสั่นตัวสั่น						
4.คุณมีอาการเหงื่อออก						
5. คุณหายใจเหนื่อยหอบหรือหายใจขัด						
6. คุณมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ						
7. คุณมีอาการปวดตามข้อ/กระดูก						
8. คุณมีความรู้สึกเหมือนมีอะไรมาไต่บริเวณผิวหนัง						

คำถามข้อ 9-23 เฉพาะผู้ที่เสพเฮโรอีน

คำถามด้านอาการถอนพิษยา	ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	หมายเหตุ
9.คุณรู้สึกเบื่อ หมดความสนใจหรือความสุขใจ						
10.คุณมีอาการปวดบริเวณช่องท้อง						
11.คุณมีอาการชักกระตุกบริเวณกล้ามเนื้อ						
12.คุณมีอาการคลื่นไส้อาเจียน						
13. คุณมีอาการขนลุก						
14. คุณมีอาการท้องเสีย						
15. คุณมีอารมณ์ฉุนเฉียวกว่าปกติ						
16. คุณรู้สึกว่าตัวเองหัวใจเต้นเร็ว						
17. คุณรู้สึกอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร						
18. คุณฝันร้ายหรือรู้สึกว่าความฝันเหมือนจริงหรือฝันแปลก ๆ						

คำถามด้านอาการถอนพิษยา	ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	หมายเหตุ
19. คุณนอนไม่ค่อยหลับหรืออาการนอนผิดปกติ						
20. คุณรู้สึกว่าตัวเองก้าวร้าวกว่าปกติ						
21. คุณรู้สึกกลัวโดยไม่มีสาเหตุ						
22. คุณรู้สึกว่าน้ำลายออกมากกว่าปกติ						
23.คุณมีอาการหาวมากกว่าปกติ						

<u>คำถามข้อ 24-34 เฉพาะผู้ที่เสพยาบ้า</u>

คำถามด้านอาการถอนพิษยา	ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	หมายเหตุ
24.คุณมีอาการปวดบริเวณช่องท้อง						
25.คุณมีอาการชักกระตุกบริเวณกล้ามเนื้อ						
26. คุณมีความรู้สึกว่ามีคนมากระซิบข้างหู โดยที่บุคคลอื่นไม่ได้ยิน						
27.คุณมีความรู้สึกว่าเห็นภาพแปลก ๆ โดยที่บุคคลอื่นมองไม่เห็น						
28.คุณรู้สึกเป็นกังวลใจหรือคิดมาก						
29. คุณรู้สึกอ่อนเพลียจนไม่มีแรงจะทำอะไร						
30. คุณรู้สึกตัวเองเคลื่อนไหวเชื่องช้าลง						
31. คุณรู้สึกกระวนกระวายใจ						
32. คุณรู้สึกอยากอาหารมากขึ้นหรือทานอาหารมากขึ้น						
33. คุณรู้สึกอยากนอนหรือนอนมาก						
34. คุณรู้สึกสับสน						

<u>คำถามข้อ 35-47 เฉพาะผู้ที่เสพกัญชา</u>

คำถามด้านอาการถอนพิษยา	ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	หมายเหตุ
35. คุณมีอาการขนลุก						
36. คุณมีความรู้สึกว่ามีคนมากระซิบข้างหู โดยที่บุคคลอื่นไม่ได้ยิน						

คำถามด้านอาการถอนพิษยา	ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	หมายเหตุ
37. คุณมีความรู้สึกว่าเห็นภาพแปลก ๆ โดยที่บุคคลอื่นมองไม่เห็น						
38. คุณรู้สึกเป็นกังวลใจหรือคิดมาก						
39. คุณรู้สึกอ่อนเพลียจนไม่มีแรงจะทำอะไร						
40. คุณรู้สึกหวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล						
41. คุณรู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง						
42. คุณรู้สึกเป็นทุกข์จนไม่อยากมีชีวิตอยู่						
43. คุณรู้สึกตัวเองเคลื่อนไหวเชื่องช้าลง						
44. คุณรู้สึกกระวนกระวายใจ						
45. คุณรู้สึกว่าตัวเองโกรธง่าย						
46. คุณมีอาการปวดท้อง ท้องเสีย						
47. คุณรู้สึกอยากกินขนมหวานหรืออาหารหวานมากขึ้น						

ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นคำถามคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ

จงกาเครื่องหมายถูก (/) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดและความรู้สึกของท่าน<u>ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา</u>

คำถามคุณภาพชีวิต	ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	หมายเหตุ
1.คุณนอนหลับได้เต็มอิ่ม						
2. คุณต้องใช้เวลานานหลังจากเข้านอนแล้วจึงจะข่มตาหลับลงได้						
3. ปัญหาการนอนไม่หลับเป็นปัญหาที่คุณต้องเจออยู่เสมอ						
4. คุณยังรู้สึกอยากเสพยาอยู่						
5. คุณยังคงต้องการยาเสพติด						
6. คุณขาดยาเสพติดไม่ได้						
7. คุณรู้สึกเหงา						
8. คุณรู้สึกไม่ร่าเริง						

คำถามคุณภาพชีวิต	ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	หมายเหตุ
9. คุณหงุดหงิดง่าย						
10. คุณตื่นเต้นง่าย						
11. คุณรู้สึกสับสน						
12. คุณตกใจง่าย						
13. คุณรู้สึกตัวเองมีค่า						
14. คุณรู้สึกภาคภูมิใจในตัวเอง						
15. ปัจจุบันคุณเป็นคนมั่นใจในตัวเอง						
16. คุณรู้สึกพอใจในตัวของคุณเอง						
17. คุณรู้สึกว่าความจำของคุณไม่ดี						
18. คุณคิดว่าคุณมีสติพอที่จะสามารถควบคุมตัวเองได้						
19. คุณมีสมาธิในการคิดหรือทำสิ่งต่าง ๆ ได้						
20. คุณรู้สึกว่าคุณจำอะไรไม่ค่อยได้						
21. คุณสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวัน (เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ ฯลฯ)						
22.คุณมีความยุ่งยากในการประกอบกิจวัตรประจำวัน						
23. คุณทำกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่ต้องมีใครมาช่วยเหลือ						
24.นอกเหนือจากการรักษาอาการถอนพิษยา คุณจำเป็นต้องใช้ยาเพื่อรักษาอาการหรือโรคอื่น ๆ ที่เป็นอยู่						
25. คุณจำเป็นต้องได้รับยาทดแทนสารเสพติดเพื่อให้รู้สึกสบาย						
26. คุณจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ต่อไปได้						
27. คุณทำงานได้ตามปกติ						
28. คุณทำงานได้มากเท่าที่ตัวเองต้องการ						
29. คุณทำงานของคุณได้เต็มกำลังความสามารถ						

คำถามคุณภาพชีวิต	ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	หมายเหตุ
30. คุณพอใจความสามารถของตนเองในการทำงาน						
31.ความรู้สึกทางเพศของคุณลดลง						
32.คุณพอใจในชีวิตทางเพศของคุณ						
33.คุณมีปัญหาในชีวิตทางเพศ						
34. ครอบครัวของคุณไม่ค่อยยอมรับในตัวคุณ						
35. คุณได้รับความช่วยเหลือและกำลังใจจากครอบครัว						
36. คุณมีความสุขกับคนในครอบครัวของคุณ						
37.คุณสามารถเข้ากับคนอื่น ๆ ในครอบครัวได้ดี						
38. คุณมีคนในครอบครัวที่คุณไว้ใจได้						
39. คุณสามารถเข้ากับเพื่อนได้ดี						
40. คุณมีเพื่อนสนิทที่คุณไว้ใจได้						
41. คุณรู้สึกว่าเพื่อนรอบตัวคุณมีความเป็นมิตรกับคุณ						
42.คุณรู้สึกว่าเพื่อน ๆ ไม่เห็นอกเห็นใจคุณ						
43. คุณมีเงินเพียงพอสำหรับใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน						
44. คุณกังวลว่าจะไม่มีเงินพอสำหรับใช้จ่ายในเรื่องที่จำเป็น						
45. คุณประสบปัญหาในเรื่องเงินบ่อย ๆ						
46. คุณรู้สึกปลอดภัย						
47.คุณรู้สึกว่าชีวิตเป็นอิสระ						
48.คุณรู้สึกกังวลในเรื่องความปลอดภัยของตัวคุณเอง						
49. ชีวิตของคุณมีความปลอดภัยเพียงไร						
50. คุณได้รับการรักษาพยาบาลที่เพียงพอกับอาการหรือโรคที่เป็นอยู่						
51. คุณพึงพอใจกับการรักษาพยาบาลที่ได้รับเพียงใด						

คำถามคุณภาพชีวิต	ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	หมายเหตุ
52.การเข้ารับการรักษาพยาบาลมีขั้นตอนที่ทำให้คุณรู้สึกยุ่งยาก						
53. คุณได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพเพียงใด						
54. คุณมีที่อยู่อาศัยที่สะดวกสบายตามสมควร						
55. คุณพอใจกับสภาพที่อยู่อาศัยของตนเอง						
56. คุณรู้สึกชอบที่อยู่อาศัยของตนเอง						
57. คุณมีสิ่งที่ตัวเองนับถือหรือยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ						
58. ยามที่เจอปัญหา หรือเรื่องเลวร้าย คุณมีสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจซึ่งทำให้คุณเข้มแข็ง						
59. สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของคุณทำให้คุณมีความหวังกับชีวิต						
60. คุณมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจซึ่งทำให้ชีวิตมีความหมาย						
คำถามคุณภาพชีวิตโดยรวม	ต่ำมาก	ต่ำ	ปานกลาง	ดี	ดีมากที่สุด	หมายเหตุ
1. คุณพอใจกับคุณภาพชีวิตของคุณเพียงใด						
2. คุณพอใจกับชีวิตของคุณเพียงใด						
3. คุณพอใจกับสุขภาพของคุณในขณะนี้						
4.คุณคิดว่าคุณมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับใด						

ตอนที่ 3 ข้อมูลคำถามแบบสำรวจสุขภาพ SF - 36

แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามที่สำรวจความคิดเห็นของท่านที่มีต่อสุขภาพของท่านเอง ซึ่งจะเป็นคำถามเกี่ยวกับสุขภาพและความสามารถในการทำกิจกรรมโดยทั่ว ๆ ไป

โปรดตอบคำถามทุกคำถาม โดยการวงกลมตัวเลือกในแต่ละข้อ ถ้าหากท่านไม่แน่ใจ ให้เลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าใกล้เคียงที่สุด

1. โดยทั่วไปท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไรในขณะนี้

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

ดีเลิศ 1
ดีมาก 2
ดี 3
พอใช้ 4
ไม่ดี 5

2.**เมื่อเทียบกับปีที่แล้ว** ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร?

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

ดีกว่าเมื่อปีที่แล้ว 1
ค่อนข้างดีกว่าเมื่อปีที่แล้ว 2
เหมือนกับเมื่อปีที่แล้ว 3
ค่อนข้างแย่กว่าเมื่อปีที่แล้ว 4
แย่กว่าเมื่อปีที่แล้วมาก 5

3.คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมที่ท่านปฏิบัติในแต่ละวัน ท่านคิดว่า **สุขภาพของท่านทำให้ท่านมีปัญหา** ในการทำกิจกรรมเหล่านี้หรือไม่ ถ้ามี มีมากน้อยเพียงใด?

(วงกลมหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

ท่านมีปัญหาเวลาทำสิ่งเหล่านี้มากน้อยเพียงใด	**มีปัญหามาก**	**มีปัญหาเล็กน้อย**	**ไม่มีปัญหาเลย**
ก. **กิจกรรมที่ต้องใช้แรงมาก** เช่น วิ่งไกล ๆ ทำงานที่ต้องออกแรงมาก ๆ ยกของหนัก ออกกำลังกายอย่างหนัก	1	2	3
ข. **กิจกรรมที่ต้องใช้แรงปานกลาง** เช่น เลื่อนโต๊ะ รดน้ำต้นไม้ ขี่จักรยาน 100 เมตร ซักเสื้อผ้าด้วยตนเอง 8-10 ชิ้น	1	2	3
ค. เดินยกหรือหิ้วของชำเต็มสองมือ	1	2	3
ง. เดินขึ้นบันได**หลายชั้นติดต่อกัน**	1	2	3
จ. เดินขึ้นบันได**หนึ่งชั้น**	1	2	3
ฉ. งอเข่า คุกเข่า โก้งโค้ง/โน้มตัวลง	1	2	3
ช. เดิน**มากกว่าหนึ่งกิโลเมตร**	1	2	3
ซ. เดิน**ประมาณครึ่งกิโลเมตร**	1	2	3
ฌ. เดิน**ประมาณหนึ่งร้อยเมตร**	1	2	3
ญ. อาบน้ำ แต่งตัว	1	2	3

4. **ในระยะหนึ่งเดือนที่ผ่านมา สุขภาพกายของท่านทำให้ท่านมีปัญหา** เวลาทำงาน หรือกิจวัตรประจำวัน หรือไม่?

(วงกลมหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

ท่านมีปัญหาเหล่านี้หรือไม่	**มี**	**ไม่มี**
ก. ทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ได้**ไม่นานเท่าเดิม**	1	2
ข. ทำงาน**ได้น้อยกว่า**ที่ต้องการ	1	2
ค. ไม่สามารถทำงานหรือกิจกรรมบางอย่างได้ อย่างที่เคยทำ	1	2
ง. มีความยากลำบากในการทำงานหรือกิจกรรม (เช่น ต้องใช้ความพยายามมากเป็นพิเศษ)	1	2

5. **ในระยะหนึ่งเดือนที่ผ่านมา อารมณ์ของท่าน** (เช่น รู้สึกหดหู่ หรือวิตกกังวล) **ทำให้ท่านมีปัญหาใน** การทำงานหรือกิจกรรมปกติประจำวัน หรือไม่?

(วงกลมหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

ท่านมีปัญหาเหล่านี้หรือไม่	**มี**	**ไม่มี**
ก. ทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน**ได้ไม่นานเท่าเดิม**	1	2
ข. ทำงาน**ได้น้อยกว่า**ที่ต้องการ	1	2
ค. มีความระมัดระวังในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน**น้อยกว่าเดิม**	1	2

6. **ในระยะหนึ่งเดือนที่ผ่านมา** สุขภาพทางร่างกายหรืออารมณ์ของท่านมีผลกระทบต่อการทำกิจกรรมทางสังคม เช่น การพบปะสังสรรค์กับครอบครัว ญาติสนิทมิตรสหาย หรือเพื่อนฝูงหรือเพื่อนบ้าน **มากน้อยเพียงใด?**

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

ไม่มีผลเลยจนนิดเดียว 1
มีผลเล็กน้อย 2
มีผลปานกลาง 3
มีผลค่อนข้างมาก 4
มีผลมากที่สุด 5

7. ในระยะหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการปวดเมื่อยร่างกาย เช่นปวดหัว ปวดท้อง ปวดเข่า ปวดกล้ามเนื้อ รุนแรงเพียงใด?

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

ไม่มีอาการเลย 1
มีอาการเล็กน้อยมาก 2
มีอาการเล็กน้อย 3
มีอาการปานกลาง 4
มีอาการมาก 5
มีอาการรุนแรงมาก …….. 6

8. **ในระยะหนึ่งเดือนที่ผ่านมา** อาการปวดเมื่อยร่างกายของท่าน **มีผลกระทบต่อการทำงาน** ทั้งงานที่ทำงานและงานบ้าน (เช่น ทำความสะอาด ล้างจาน ทำครัว)มากน้อยแค่ไหน?

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

ไม่มีผลเลย 1
มีผลเล็กน้อย 2
มีผลปานกลาง 3
มีผลค่อนข้างมาก 4
มีผลมากที่สุด 5

9. **ในระยะหนึ่งเดือนที่ผ่านมา** ท่านเคยมีความรู้สึกต่อไปนี้บ่อยเพียงใด?

(วงกลมหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

	ตลอดเวลา	**เกือบตลอดเวลา**	**บ่อยๆ**	**บางครั้ง**	**นานๆ ครั้ง**	**ไม่มีเลย**
ก. ท่านรู้สึกมีชีวิตชีวา กระปรี้กระเปร่า	1	2	3	4	5	6
ข. ท่านรู้สึกวิตกกังวล	1	2	3	4	5	6
ค. ท่านรู้สึกหดหู่เศร้าซึมมากจนไม่มีอะไรทำให้ท่านรู้สึกดีขึ้นได้	1	2	3	4	5	6
ง. ท่านรู้สึกอารมณ์เย็นและสงบ	1	2	3	4	5	6
จ. ท่านรู้สึกมีพละกำลังมาก	1	2	3	4	5	6
ฉ. ท่านรู้สึกท้อแท้ และหดหู่ใจ	1	2	3	4	5	6
ช. ท่านรู้สึกหมดเรี่ยวแรง	1	2	3	4	5	6
ซ. ท่านรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่มีความสุขคนหนึ่ง	1	2	3	4	5	6
ฌ. ท่านรู้สึกเหนื่อยล้า	1	2	3	4	5	6

10. **ในระยะหนึ่งเดือนที่ผ่านมา** สุขภาพทางร่างกายหรืออารมณ์ของท่านมีผลกระทบต่อการทำกิจกรรมทางสังคม เช่น การพบปะสังสรรค์กับครอบครัว ญาติสนิทมิตรสหาย หรือเพื่อนฝูง หรือเพื่อนบ้านบ่อยแค่ไหน

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

ตลอดเวลา 1
เกือบตลอดเวลา 2
บางครั้ง 3
นาน ๆ ครั้ง 4
ไม่มีเลย 5

11. ข้อความต่อไปนี้ เป็นจริงสำหรับท่านหรือไม่?

(วงกลมหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

	จริงแท้แน่นอน	**จริง**	**ไม่รู้**	**ไม่ค่อยจริง**	**ไม่จริงแม้แต่น้อย**
ก. ฉันไม่สบายง่ายกว่าคนอื่น	1	2	3	4	5
ข. ฉันมีสุขภาพดีเหมือนกับเพื่อนๆ	1	2	3	4	5
ค. ฉันคิดว่าสุขภาพของฉันจะแย่ลง	1	2	3	4	5
ง. ฉันคิดว่าสุขภาพของฉันแข็งแรงสมบูรณ์ดีเลิศ	1	2	3	4	5

ขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามนี้