

	แบบสอบถามสุขภาพวัยรุ่น	คลินิกวัยทีน สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว และ กองกิจการนักศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล
คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามตามความจริงของท่าน หากข้อใดไม่ยินดีตอบคำถามสามารถข้ามข้อนั้นได้		
PART A : HOME		
วันที่กรอกเอกสาร <input type="text"/> / <input type="text"/> / 25 <input type="text"/>		
1. ข้อมูลนักศึกษา ชื่อ - นามสกุล.....	เลขประจำตัว นศ. <input type="text"/>	
2. เพศ <input type="checkbox"/> 1. ชาย <input type="checkbox"/> 2. หญิง <input type="checkbox"/> 3. อื่นๆ..... หากตอบข้อ 3 ท่านพึงพอใจกับเพศสภาพท่านเพียงใด <input type="checkbox"/> 1.พึงพอใจมาก <input type="checkbox"/> 2.พึงพอใจปานกลาง <input type="checkbox"/> 3.พึงพอใจน้อย <input type="checkbox"/> 4.ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> 5.ไม่พึงพอใจ	3. โทรศัพท์มือถือ : Id line : วันเดือนปีเกิด/อายุ น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม.	
4. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่ที่ <input type="checkbox"/> 1. บ้าน <input type="checkbox"/> 3. อื่นๆ ระบุ..... <input type="checkbox"/> 2. หอพัก/คอนโด	4.1 ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับ (หากตอบข้อ 1 ให้วงกลมล้อมรอบคำตอบด้วย) <input type="checkbox"/> 1. พ่อแม่/พ่อคนเดียว/แม่คนเดียว <input type="checkbox"/> 3. เพื่อน <input type="checkbox"/> 2. ญาติ/พี่น้อง <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ ระบุ.....	

5. ประวัติของผู้ปกครอง โปรดเติมคำหรือข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง  

ประวัติ	5.1 พ่อ	5.2 แม่	5.3 ผู้ปกครอง (ตอบเฉพาะกรณีไม่ได้อยู่กับพ่อแม่)
1. อายุ (ปี)			
2. การศึกษา			
3. อาชีพ			
4. เงินเดือน			
5. ปัจจุบันใช้บุหรี่, สุราหรือสิ่งเสพติด คือ.....			

6. โปรด ลงใน ความสัมพันธ์ของท่านกับบุคคลต่อไปนี้ (บุคคลละ 1 ตัวเลือก)  

ลักษณะความสัมพันธ์	ก. พ่อ	ข. แม่	ค. ผู้ปกครอง	ง. คนอื่น
6.1 สนับสนุนดี ปรึกษาหารือได้ทุกเรื่อง/เกือบทุกเรื่อง				
6.2 สนับสนุนดี แต่พูดคุยปรึกษาเป็นบางเรื่อง				
6.3 พูดคุยกันได้ แต่ไม่สนับสนุน				
6.4 ไม่สนับสนุน แต่ไม่ถึงกับทอดทิ้งหรือไม่เอาใจใส่				
6.5 ทอดทิ้ง ไม่เอาใจใส่				
6.6 ตอบไม่ได้ เพราะไม่เคยเลี้ยงดู				
6.7 จำนวนคนที่อาศัยอยู่ด้วยกันในครอบครัวของท่าน.....คน	6.8 ท่านเป็นลูกคนที่..... จาก.....คน			
6.9 สถานภาพสมรสของพ่อแม่ <input type="checkbox"/> 1. อยู่ด้วยกัน <input type="checkbox"/> 3. แยกกันอยู่ <input type="checkbox"/> 2. หย่า <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ.....	6.10 เวลาเครียด/ทุกข์ใจ ส่วนใหญ่ท่านปรึกษาใคร <input type="checkbox"/> 1. คนในครอบครัวเท่านั้น (พ่อ,แม่ หรือญาติพี่น้อง) <input type="checkbox"/> 2. คนนอกครอบครัวเท่านั้น (ครู,พระ,เพื่อน ฯลฯ) <input type="checkbox"/> 3. คนในครอบครัวหรือนอกครอบครัวแล้วแต่กรณี <input type="checkbox"/> 4. เก็บไว้ในใจไม่เล่าให้ใครฟัง			

PART B : Education							
7. คะแนนเฉลี่ยของท่านในเทอมที่ผ่านมาเท่ากับ..... หรือเปอร์เซ็นต์							
8. ท่านรู้สึกอย่างไรกับคะแนนเฉลี่ยของท่าน							
<input type="checkbox"/> 1. พอใจ <input type="checkbox"/> 2. ไม่พอใจ โดยเฉพาะในวิชา (ระบุวิชา) 1. 2. 3.							
9. ท่านมีปัญหาการเรียนต่อไปหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)							
<input type="checkbox"/> 1. การอ่านจับใจความ/ความจำในการอ่าน <input type="checkbox"/> 4. ปัญหาอื่นๆ ระบุ..... <input type="checkbox"/> 2. การเขียน <input type="checkbox"/> 5. ไม่มีปัญหาใดๆ <input type="checkbox"/> 3. สมาธิ/การหลงลืม/การทำของหายบ่อยๆ							
10. ท่านเคยหนีเรียนหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย <input type="checkbox"/> 2. เคยครั้ง/สัปดาห์							
หากท่านเคยหนีเรียน โปรดระบุสาเหตุ.....							
PART C : Eating and Body Image							
11. การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> 1. ครบ 3 มื้อหลัก <input type="checkbox"/> 2. ไม่ครบ 3 มื้อ ระบุรับประทานอาหาร.....							
12. การรับประทานอาหารว่าง <input type="checkbox"/> 1. ผลไม้ <input type="checkbox"/> 2. ของหวาน/ขนมหวาน <input type="checkbox"/> 3. อื่นๆ.....							
13. ท่านคิดอย่างไรกับน้ำหนักตัวหรือรูปร่างของท่าน				14. ท่านทำอะไรกับน้ำหนักตัวของท่าน			
<input type="checkbox"/> 1. อ้วนมาก <input type="checkbox"/> 4. ผอมเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 2. อ้วนเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 5. ผอมมาก <input type="checkbox"/> 3. พอดี				<input type="checkbox"/> 1. ลดน้ำหนักโดย..... <input type="checkbox"/> 2. เพิ่มน้ำหนัก โดย..... <input type="checkbox"/> 3. ควบคุมให้เป็นอยู่ขณะนี้ <input type="checkbox"/> 4. ไม่ได้ทำอะไร			
PART D : Economic							
15. ใครเป็นผู้สนับสนุนท่านด้านค่าใช้จ่ายส่วนตัว				16. ท่านมีรายได้เสริมหรือไม่			
<input type="checkbox"/> 1. พ่อแม่/ผู้ปกครอง <input type="checkbox"/> 2. แหล่งทุน โปรดระบุ..... <input type="checkbox"/> 3. อื่นๆ โปรดระบุ.....				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ..... จำนวนประมาณ.....บาท/เดือน			
17. ท่านมีภาระต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในครอบครัวหรือไม่				18. รายได้ที่ได้รับเพียงพอกับค่าใช้จ่ายหรือไม่			
<input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี จำนวน.....บาท/เดือน				<input type="checkbox"/> 1. เพียงพอ <input type="checkbox"/> 2. ไม่เพียงพอ			
PART E : Activity							
19. งานอดิเรก คือ.....							
20. ท่านร่วมกิจกรรมทางศาสนา/กิจกรรมด้านสาธารณะบ่อยเพียงใด							
<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย <input type="checkbox"/> 2. เคย.....ครั้ง/เดือน							
21. โปรด <input checked="" type="checkbox"/> ลงใน [] เวลาที่ใช้ในการเล่นสื่อสังคมออนไลน์		กรณี เล่น , จำนวนชั่วโมง / วัน					
		ไม่เล่น	<1 ชม.	1 ชม.	2 ชม.	3 ชม.	>3 ชม.
1. สื่อสังคมออนไลน์ เช่น face book, instagram, twister เป็นต้น		[]	[]	[]	[]	[]	[]
2. การค้นหาข่าวสารหรือสาระความรู้บนมือถือ/คอมพิวเตอร์ โปรดระบุ 3 เรื่องที่ท่านค้นหามากที่สุด		[]	[]	[]	[]	[]	[]
1).....							
2).....							
3).....							
3. เกม		[]	[]	[]	[]	[]	[]

22.. โปรด ✓ ลงใน [] ท่านได้ออกกำลังกาย ดังต่อไปนี้	ไม่เคย	จำนวนวันต่อสัปดาห์						
		1 วัน	2 วัน	3 วัน	4 วัน	5 วัน	6 วัน	7 วัน
การออกกำลังกาย เช่น วิ่ง ว่ายน้ำ กีฬา เป็นต้น หากออกกำลังกาย โปรดระบุ (ชนิด).....	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
.....								
.....								

PART F : Drug

23. ท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่

 1. ไม่เคย 2. เคย โดยเริ่มสูบครั้งแรกเมื่ออายุ.....ปี วันละ.....มวน ,วัน/สัปดาห์

 โดยมีสาเหตุดังนี้ [] 2.1 สูบตามพ่อแม่/ผู้ปกครอง/ญาติ [] 2.2 สูบตามเพื่อน [] 2.3 เลียนแบบดารา [] 2.4 ถูกบังคับ
 [] 2.5 อยากลอง [] 2.6 ถูกท้าทาย [] 2.6 อื่นๆ ระบุ.....

 24. ท่านเคยพยายามหยุดสูบบุหรี่หรือไม่ 1. เคย เพราะ.....
 2. ไม่เคย เพราะ.....

25. ในรอบ 30 วันที่ผ่านมา ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

 ดื่มครั้ง
 ไม่ดื่ม (ไม่ต้องตอบข้อ 32)

26. กรณีที่ท่านดื่มหรือเคยดื่มแอลกอฮอล์ ดื่มในโอกาสใด

 1. งานสังสรรค์ 3. ทุกข์ใจ ดื่มกับเพื่อน
 2. ทุกข์ใจ ดื่มคนเดียว 4. อื่นๆ ระบุ.....

27. ท่านเคยใช้สารเสพติด ได้แก่ สูบกัญชา ยาบ้า ยาไอซ์ ยาแก้ไอ ฯลฯ

 1. ไม่เคย 2. เคย โปรดระบุ.....
 โดยมีสาเหตุดังนี้ [] 2.1 เห็นพ่อแม่ใช้ [] 2.1 เห็นเพื่อนใช้ [] 2.3 ใช้ตามดารา/นักร้อง
 [] 2.4 ถูกบังคับ [] 2.5 อยากสนุก/สบายใจ [] 2.6 อื่นๆ ระบุ.....
28. ท่านเคยพยายามหยุดใช้ยาเสพติดหรือไม่ 1. ไม่เคย 2. เคย

29. ท่านมียา/อาหารเสริม/อาหารบำรุงที่ใช้ประจำหรือไม่

 ไม่มี มี โปรดระบุ.....
 สาเหตุที่ใช้.....

PART G : Safety

30. เพื่อนของท่านส่วนใหญ่มีปัญหาแบบใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

 1. ไม่มีปัญหา/ไม่ค่อยมีปัญหา 4. ใช้ยาเสพติด (สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า เป็นประจำ)
 2. พุดจาก้าวร้าว/หยาบคาย 5. หนีเที่ยว
 3. ชกต่อย ทำร้ายร่างกาย 6. ปัญหาอื่นๆ.....

31. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

 1. เคยถูกข่มขู่ด้วยวาจาหรือทำร้ายร่างกาย.....ครั้ง
 2. อยู่ในเหตุการณ์ที่มีการต่อสู้ทำร้ายร่างกาย.....ครั้ง
 3. ได้รับบาดเจ็บจากข้อย่อยที่ 2 จนต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล.....ครั้ง
 4. ท่านถูกรังแกในโลกไซเบอร์.....ครั้ง โดยวิธีการ (โปรดระบุ.....)
 5. ไม่เคยในข้อ 1-4

32. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านสวมหมวกกันน็อคขณะขับขี่หรือซ้อนท้ายมอเตอร์ไซด์หรือไม่

 1. ไม่ขับขี่หรือไม่ซ้อนท้าย
 2. ขับขี่หรือซ้อนท้ายโดย [] 2.1 สวมหมวกกันน็อคทุกครั้ง [] 2.2 ไม่สวมหมวกกันน็อค
 [] 2.3 สวมเป็นบางครั้ง ประมาณ.....ครั้ง / 6 เดือน

<p>33. ในรอบ 30 วันที่ผ่านมา ท่านขับซึรรถหรือมอเตอร์ไซค์หลังจากท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยขับซึรรถหรือมอเตอร์ไซค์</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ขับซึ โดย [] 2.1 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ [] 2.2 ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกครั้ง [] 2.3 ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นบางครั้ง ประมาณ.....ครั้ง /10 ครั้ง</p>	
<p>34. ในรอบ 30 วันที่ผ่านมา ท่านเคยนั่งรถหรือมอเตอร์ไซค์ไปกับผู้ขับที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ไม่ทราบว่าผู้ขับดื่มหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 3. เคยนั่ง โดย [] 3.1 ผู้ขับซึไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ [] 3.2 ผู้ขับซึดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ประมาณ.....ครั้ง /10 ครั้ง</p>	
PART H : Sex	
<p>35. หากท่านต้องการหาความรู้เรื่องเกี่ยวกับเพศ ช่องทางใดที่ท่านใช้ โปรดระบุ.....</p> <p>.....</p>	
<p>36. ท่านมีเพื่อนสนิทเพศเดียวกัน.....คน ท่านมีเพื่อนสนิทต่างเพศ.....คน</p> <p>ท่านมีแฟน ⇨ <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี <input type="checkbox"/> 3. รักต่างเพศ <input type="checkbox"/> 4. รักเพศเดียวกัน</p>	
<p>37. ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยถูกสวนลามทางเพศหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย <input type="checkbox"/> 3. เคย , โดยการกระทำโปรดระบุ.....</p> <p><input type="checkbox"/> 2. เคย, โดยวาจา</p>	
<p>38. ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย (ไม่ต้องตอบข้อ 39-44)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. เคย โดยมีพฤติกรรมแบบ [] 2.1 รักต่างเพศ [] 2.2 รักเพศเดียวกัน [] 2.3 ทั้ง 2 แบบ</p> <p><input type="checkbox"/> 3. ไม่ยินดีให้ข้อมูล</p>	
<p>39. ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก อายุ.....ปี</p>	<p>40. ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีคูในการมีเพศสัมพันธ์.....คน</p>
<p>41. ท่านหรือคูของท่านใช้วิธีใดป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/โรคเอดส์</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่ใช้ <input type="checkbox"/> 2. ใช้ ระบุ.....</p>	
<p>42. ท่าน/แฟนของท่านเคยใช้ยาเสพติด เช่น ดื่มเหล้า เสพกัญชา ฯลฯ ก่อนหรือขณะมีเพศสัมพันธ์</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย <input type="checkbox"/> 2. เคย</p>	
<p>43. ท่านเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย <input type="checkbox"/> 2. เคย ระบุ..... รักษาอย่างไร.....</p>	
<p>44. ท่านเคยตั้งครรภ์หรือทำให้ผู้อื่นตั้งครรภ์ จำนวน.....ครั้ง</p>	
ในกรณีผู้หญิง	
<p>45. มีประจำเดือนแล้ว ท่านเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกอายุ.....ปี</p>	
<p>46. ประจำเดือนของท่าน <input type="checkbox"/> 1. มาสม่ำเสมอ <input type="checkbox"/> 2. มาไม่สม่ำเสมอ ประจำเดือนครั้งล่าสุด.....</p>	
<p>47. ลักษณะเลือดประจำเดือนที่ออก</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ปกติ (เลือดมามาก 2-3 วันแรก หลังจากนั้นจะน้อยลงจนหมดไปภายใน 7-10 วัน)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ไม่ปกติ โดย [] 2.1 เลือดออกมาก (ใช้ผ้าอนามัย >5 แผ่น/วัน และ หรือนานเกิน 10 วัน) [] 2.2 เลือดออกกระปริบกระปรอย</p>	
<p>48. อาการที่เกิดร่วมขณะที่มีประจำเดือนที่มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของท่านมากที่สุด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ปวดท้องน้อย <input type="checkbox"/> 2. คัดเต้านม <input type="checkbox"/> 3. ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> 4. คลื่นไส้/อาเจียน</p> <p><input type="checkbox"/> 5. หงุดหงิดง่าย <input type="checkbox"/> 6. สิวเสิร์ฟ <input type="checkbox"/> 7. ผื่นตามตัว <input type="checkbox"/> 8. อื่นๆ ระบุ.....</p>	

49. อาการที่พบในข้อ 48 มีระดับความรุนแรง...../10 คะแนน (1 คะแนน = ระดับความรุนแรงน้อยที่สุด และ 10 คะแนนมีระดับความรุนแรงมากที่สุด)				
50. จากอาการในข้อที่ 48 ท่านใช้วิธีใดเพื่อให้อาการดีขึ้น <input type="checkbox"/> 1. พบแพทย์ <input type="checkbox"/> 2. ซื้อหาปรับประตนเอง <input type="checkbox"/> 3. ไม่ได้ทำอะไร (หากตอบข้อนี้ไม่ต้องตอบข้อ 53)				
51. กรณีที่ไปพบแพทย์ แพทย์วินิจฉัยว่า <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. ผิดปกติ โดย [] 2.1 เป็นภาวะทางนรีเวช ได้แก่ เนื้องอก [] 2.2 เป็นภาวะทางต่อมไร้ท่อ [] 2.3 อื่นๆ ระบุ.....				
52. ปัญหาอื่นๆ ที่พบร่วมด้วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> 1. ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ <input type="checkbox"/> 4. เป็นสิวมาก <input type="checkbox"/> 7. หน้ามัน <input type="checkbox"/> 2. ประจำเดือนไม่มา 3 รอบติดกัน <input type="checkbox"/> 5. เสียงแหบใหญ่ <input type="checkbox"/> 3. ขนคอก <input type="checkbox"/> 6. รูปร่างใหญ่/อ้วน				
PART I : Self-esteem				
53. โปรด <input checked="" type="checkbox"/> ลงใน <input type="checkbox"/> ที่ตรงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด				
(ข้อละ 1 เครื่องหมาย)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. โดยทั่วไปฉันรู้สึกพอใจในตนเอง.....	[]	[]	[]	[]
2. มีบ่อยครั้งที่ฉันคิดว่าตัวเองไม่มีอะไรดีเลย.....	[]	[]	[]	[]
3. ฉันรู้สึกว่าตัวฉันก็มีอะไรดีๆในตัวเอง.....	[]	[]	[]	[]
4. ฉันสามารถทำอะไรได้ดีเหมือนคนอื่นๆ.....	[]	[]	[]	[]
5. ฉันรู้สึกว่าตัวเองไม่มีอะไรน่าภาคภูมิใจมากนัก.....	[]	[]	[]	[]
6. ฉันรู้สึกบ่อยๆว่าตัวเองไร้ค่า.....	[]	[]	[]	[]
7. ฉันรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าอย่างน้อยที่สุดก็เท่ากับคนอื่น.....	[]	[]	[]	[]
8. ฉันอยากจะทำภาคภูมิใจในตนเองมากกว่านี้.....	[]	[]	[]	[]
9. โดยรวมแล้วฉันมีแนวโน้มจะรู้สึกว่าตัวฉันล้มเหลว.....	[]	[]	[]	[]
10. ฉันมีความรู้สึกที่ดีกับตัวเอง.....	[]	[]	[]	[]
PART J : Stress, Suicidal & Depression				
ข้อ 54-56 ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา				
54. ท่านมีความเครียดในระดับใด <input type="checkbox"/> 1. ไม่เครียด <input type="checkbox"/> 2. เครียด ระดับ...../ 10 (1 คะแนน = ระดับความเครียดน้อยที่สุด และ 10 คะแนนมีระดับความเครียดมากที่สุด)				
55. สาเหตุความเครียด 3 อันดับแรกของท่านคือ อันดับ 1..... อันดับ 2..... อันดับ 3.....				
56. ท่านเคยรู้สึกเศร้าและหมองหวังในชีวิตติดต่อกันทุกวันนานกว่า 2 สัปดาห์ จนไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย <input type="checkbox"/> 2. เคย ครั้งล่าสุดเมื่อวัน/เดือน.....หรือ <input type="checkbox"/> สัปดาห์ก่อน <input type="checkbox"/> เดือนก่อน <input type="checkbox"/> ปีก่อน				
57. ท่านเคยคิดฆ่าตัวตาย <input type="checkbox"/> ไม่เคย (ไม่ต้องตอบข้อ 58) <input type="checkbox"/> เคย ครั้งล่าสุดเมื่อ.....หรือ <input type="checkbox"/> สัปดาห์ก่อน <input type="checkbox"/> 1 เดือนก่อน <input type="checkbox"/> 1 ปีก่อน				
58. ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเองมาแล้ว ครั้ง ครั้งแรกเมื่อ.....				
59. ท่านมีที่ปรึกษาหรือคนที่ไว้ใจสามารถพูดคุยด้วยเวลาไม่สบายใจ/ทุกข์ใจหรือเครียด <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี โปรดระบุ.....				
60. ท่านทำร้ายตัวเองและทำให้ตัวเองเจ็บทุกครั้งเวลาทุกข์ใจ <input type="checkbox"/> 1. ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ใช่				

61. ปัญหาที่ทำให้ท่านวิตกกังวลหรือต้องการได้รับการช่วยเหลือมากที่สุดในขณะนี้ คือ

.....

.....

.....

.....

.....

62. อารมณ์ของฉันทันขณะนี้คือ

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10



เศร้า



เศร้า



สุข

-----ขอบคุณในการตอบแบบสอบถาม-----

ออกแบบโดย : อ.ดร.พัชรินทร์ เสรี

สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล