

Site ID :





เฉพาะเจ้าหน้าที่เท่านั้น

ID






ชื่อนักเรียน .....

เลขประจำตัวนักเรียน      ห้อง ป.  เลขที่  วันเดือนปีเกิด   /   /    อายุ   ปีน้ำหนัก   .  กิโลกรัมส่วนสูง    .  เซนติเมตร

แบบรายงานคุณภาพชีวิต PedsQL™  
สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 - 6

รายงานโดย นักเรียน

## คำชี้แจง

ในหน้าถัดไปเป็นรายการของเรื่องต่างๆ ที่อาจเป็นปัญหากับเด็กๆ

ช่วยบอกเราว่าเรื่องแต่ละเรื่องนั้นเป็นปัญหากับเด็กๆ มากเท่าใด ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จัน (หรือสรรพนามอื่นๆ ที่เหมาะสม) จะอ่านแต่ละคำถาม แล้วให้เด็กๆ กากบาท (X) ลงในช่อง  ที่ตรงกับปัญหาของ  
เด็กๆ

- เลข 0 ถ้ามัน ไม่เคยเป็นปัญหาเลย
- เลข 1 ถ้ามัน แทบจะไม่เคยเป็นปัญหาเลย
- เลข 2 ถ้ามันเป็นปัญหาบ้าง เป็นบางครั้ง
- เลข 3 ถ้ามันเป็นปัญหา บ่อยๆ
- เลข 4 ถ้ามันเป็นปัญหา เกือบตลอดเวลา

คำตอบเหล่านี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด

ถ้าเด็กๆ ไม่เข้าใจคำถาม โปรดถามเพื่อขอความช่วยเหลือ

ส่วนที่ 1: แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของนักเรียน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ข้อต่อไปนี้เป็นปัญหาต่อเด็กๆ มากแค่ไหน โดยให้ X ลงในช่อง  ที่ตรงกับปัญหาของเด็กๆ

เกี่ยวกับสุขภาพและกิจกรรมต่างๆ	ไม่เคยเลย (0)	แทบจะ ไม่เคย (1)	เป็นบางครั้ง (2)	บ่อยๆ (3)	แทบจะตลอดเวลา (4)
1. ฉันรู้สึกว่าการเดินมากกว่า 1 ช่วงตึกเป็นเรื่องยากลำบาก	<input type="checkbox"/>				
2. ฉันรู้สึกการวิ่งเป็นเรื่องยากลำบาก	<input type="checkbox"/>				
3. ฉันรู้สึกการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายเป็นเรื่องยากลำบาก	<input type="checkbox"/>				
4. ฉันรู้สึกการยกของหนักเป็นเรื่องยากลำบาก	<input type="checkbox"/>				
5. ฉันรู้สึกการอาบน้ำเองเป็นเรื่องยากลำบาก	<input type="checkbox"/>				
6. ฉันรู้สึกการทำงานบ้านเป็นเรื่องยากลำบาก	<input type="checkbox"/>				
7. ฉันรู้สึกเจ็บปวด	<input type="checkbox"/>				
8. ฉันมีเรี่ยวแรงน้อย	<input type="checkbox"/>				
เกี่ยวกับความรู้สึก	ไม่เคยเลย (0)	แทบจะ ไม่เคย (1)	เป็นบางครั้ง (2)	บ่อยๆ (3)	แทบจะตลอดเวลา (4)
9. ฉันรู้สึกหวาดกลัว	<input type="checkbox"/>				
10. ฉันรู้สึกเศร้าหรือเหงาหงอย	<input type="checkbox"/>				
11. ฉันรู้สึกโกรธ	<input type="checkbox"/>				
12. ฉันนอนหลับยาก	<input type="checkbox"/>				
13. ฉันกังวลว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับฉัน	<input type="checkbox"/>				
ฉันเข้ากันได้กับผู้อื่นอย่างไร	ไม่เคยเลย (0)	แทบจะ ไม่เคย (1)	เป็นบางครั้ง (2)	บ่อยๆ (3)	แทบจะตลอดเวลา (4)
14. ฉันมีปัญหาในการเข้ากับเด็กอื่นๆ	<input type="checkbox"/>				
15. เด็กอื่นๆ ไม่อยากเป็นเพื่อนกับฉัน	<input type="checkbox"/>				
16. เด็กอื่นๆ ล้อเลียนแกล้งฉัน	<input type="checkbox"/>				
17. ฉันไม่สามารถทำอะไรที่เด็กอื่นวัยเดียวกันทำได้	<input type="checkbox"/>				
18. ฉันรู้สึกลำบากที่จะตามเด็กอื่นให้ทันเมื่อเล่นด้วยกัน	<input type="checkbox"/>				
เกี่ยวกับโรงเรียน	ไม่เคยเลย (0)	แทบจะ ไม่เคย (1)	เป็นบางครั้ง (2)	บ่อยๆ (3)	แทบจะตลอดเวลา (4)
19. ฉันไม่มีสมาธิเวลาอยู่ในชั้นเรียน	<input type="checkbox"/>				
20. ฉันหลงลืมสิ่งต่างๆ	<input type="checkbox"/>				
21. ฉันมีปัญหาในการตามบทเรียนให้ทัน	<input type="checkbox"/>				
22. ฉันขาดเรียนเพราะรู้สึกไม่ค่อยสบาย	<input type="checkbox"/>				
23. ฉันขาดเรียนเพื่อไปหาหมอหรือไปโรงพยาบาล	<input type="checkbox"/>				