

Site ID :

เฉพาะเจ้าหน้าที่เท่านั้น

ID

ชื่อนักเรียน

เลขประจำตัวนักเรียน

ห้อง ม.
เลขที่
วันเดือนปีเกิด

อายุ
 ปีน้ำหนัก

 กิโลกรัมส่วนสูง

 เซนติเมตรเกรดเฉลี่ยในเทอมที่ผ่านมา

(การตอบแบบสอบถามของนักเรียนจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และการตอบแบบสอบถามไม่มีผลต่อผลการเรียน)

แบบรายงานคุณภาพชีวิต PedsQL™
สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 5

รายงานโดย นักเรียน

คำชี้แจง

ในหน้าถัดไปเป็นรายการของเรื่องต่างๆ ที่อาจเป็นปัญหาให้คุณ

ช่วยบอกเราว่าเรื่องแต่ละเรื่องนั้นเป็นปัญหากับคุณมากเท่าใด ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ฉันทัน (หรือสรรพนามอื่นๆ ที่เหมาะสม) จะอ่านแต่ละคำถาม แล้วให้เด็กๆ กากบาท (X) ลงในช่อง ที่ตรงกับปัญหาของเด็กๆ

- เลข 0 ถ้ามันไม่เคยเป็นปัญหาเลย
- เลข 1 ถ้ามันเกือบไม่เคยเป็นปัญหาเลย
- เลข 2 ถ้ามันเป็นปัญหบ้างเป็นบางครั้ง
- เลข 3 ถ้ามันเป็นปัญหาบ่อยๆ
- เลข 4 ถ้ามันเป็นปัญหาเกือบตลอดเวลา

คำตอบเหล่านี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด

ถ้าคุณไม่เข้าใจคำถามโปรดถามเพื่อขอความช่วยเหลือ

ส่วนที่ 1: แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของนักเรียน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ข้อต่อไปนี้เป็นปัญหาต่อวัยรุ่น มากแค่ไหน โดยให้ **X** ลงในช่อง ที่ตรงกับปัญหาของวัยรุ่น

เกี่ยวกับสุขภาพและกิจกรรมต่างๆ (ปัญหาเกี่ยวกับ...)	ไม่เคยเลย (0)	เกือบไม่เคยเลย (1)	เป็นบางครั้ง (2)	บ่อยๆ (3)	เกือบตลอดเวลา (4)
1. การเดินมากกว่า 100 เมตร เป็นเรื่องยากลำบากสำหรับฉัน	<input type="checkbox"/>				
2. การวิ่งเป็นเรื่องยากลำบากสำหรับฉัน	<input type="checkbox"/>				
3. การเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายเป็นเรื่องยากลำบากสำหรับฉัน	<input type="checkbox"/>				
4. การยกของหนักเป็นเรื่องยากลำบากสำหรับฉัน	<input type="checkbox"/>				
5. การอาบน้ำด้วยตัวเองเป็นเรื่องยากลำบากสำหรับฉัน	<input type="checkbox"/>				
6. การทำงานบ้านเป็นเรื่องยากลำบากสำหรับฉัน	<input type="checkbox"/>				
7. ฉันรู้สึกเจ็บปวด	<input type="checkbox"/>				
8. ฉันไม่ค่อยมีเรี่ยวแรง	<input type="checkbox"/>				
เกี่ยวกับความรู้สึก (ปัญหาเกี่ยวกับ...)	ไม่เคยเลย (0)	เกือบไม่เคยเลย (1)	เป็นบางครั้ง (2)	บ่อยๆ (3)	เกือบตลอดเวลา (4)
9. ฉันรู้สึกกลัว	<input type="checkbox"/>				
10. ฉันรู้สึกเศร้า	<input type="checkbox"/>				
11. ฉันรู้สึกโกรธ	<input type="checkbox"/>				
12. ฉันนอนไม่ค่อยหลับ	<input type="checkbox"/>				
13. ฉันกังวลว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับฉัน	<input type="checkbox"/>				
ฉันเข้ากับผู้อื่นได้อย่างไร (ปัญหาเกี่ยวกับ.....)	ไม่เคยเลย (0)	เกือบไม่เคยเลย (1)	เป็นบางครั้ง (2)	บ่อยๆ (3)	เกือบตลอดเวลา (4)
14. ฉันมีปัญหาในการเข้ากับเด็กวัยรุ่นคนอื่นๆ	<input type="checkbox"/>				
15. เด็กวัยรุ่นคนอื่นๆ ไม่ต้องการเป็นเพื่อนกับฉัน	<input type="checkbox"/>				
16. เด็กวัยรุ่นคนอื่นๆ ล้อฉัน	<input type="checkbox"/>				
17. ฉันไม่สามารถทำอะไรที่เด็กวัยรุ่นอื่นวัยเดียวกันทำได้	<input type="checkbox"/>				
18. มันเป็นเรื่องยากลำบากในการทำสิ่งต่างๆ ให้ทันเพื่อน	<input type="checkbox"/>				
เกี่ยวกับโรงเรียน (ปัญหาเกี่ยวกับ.....)	ไม่เคยเลย (0)	เกือบไม่เคยเลย (1)	เป็นบางครั้ง (2)	บ่อยๆ (3)	เกือบตลอดเวลา (4)
19. การมีสมาธิในห้องเรียนเป็นเรื่องยากลำบาก	<input type="checkbox"/>				
20. ฉันลืมสิ่งต่างๆ	<input type="checkbox"/>				
21. ฉันตามบทเรียนไม่ทัน	<input type="checkbox"/>				
22. ฉันขาดเรียนเพราะรู้สึกไม่ค่อยสบาย	<input type="checkbox"/>				
23. ฉันขาดเรียนเพื่อ ไปหาหมอหรือไปโรงพยาบาล	<input type="checkbox"/>				

Site ID : <input type="text"/>		เฉพาะเจ้าหน้าที่เท่านั้น		ID <input type="text"/>
ส่วนที่ 2: ข้อมูลครอบครัวนักเรียน กรุณาใส่เครื่องหมาย X ลงในช่อง <input type="checkbox"/> และตอบคำถามตามความเป็นจริงมากที่สุด				
1.	อาชีพหลักของผู้ปกครอง	<input type="checkbox"/> รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว <input type="checkbox"/> รับจ้างใช้แรงงาน/ช่างซ่อม	<input type="checkbox"/> ทำงานบริษัท/สำนักงาน <input type="checkbox"/> ทำการเกษตร (ไร่, นา, สวน) <input type="checkbox"/> ว่างาน/แม่บ้าน	
2.	ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ปกครอง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียนหนังสือ <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> อนุปริญญา <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี	
3.	รายได้ผู้ปกครอง (เฉลี่ย) บาทต่อเดือน			
4.	พ่อนักเรียนอายุปี		แม่เรียนอายุ.....ปี	
5.	ปัจจุบัน มีสมาชิกในบ้านที่สูบบุหรี่ในบ้าน เป็นประจำหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	
6.	ปัจจุบัน เลี้ยงหรือมีหมา-แมวภายในบ้านหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	
7.	พ่อ-แม่ของนักเรียนเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เป็นเลย <input type="checkbox"/> แม่เป็นคนเดียว	<input type="checkbox"/> พ่อเป็นคนเดียว <input type="checkbox"/> ทั้งพ่อและแม่เป็น	
8.	นักเรียนมีปัญหาการเรียนหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	
9.	นักเรียนมีปัญหาด้านสายตาเช่น สายตาสั้นหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	
10.	ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา นักเรียนต้องหยุดหรือขาดเรียนเพราะเจ็บป่วยหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ เป็นเวลา.....วัน	
11.	ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา	วันธรรมดา	เสาร์-อาทิตย์	
	- นักเรียนดูทีวี	เฉลี่ยวันละ ชั่วโมง	เฉลี่ยวันละ ชั่วโมง	
	- นักเรียนเล่นวิดีโอเกมส์	เฉลี่ยวันละ ชั่วโมง	เฉลี่ยวันละ ชั่วโมง	
	- นักเรียนเล่นเกมคอมพิวเตอร์	เฉลี่ยวันละ ชั่วโมง	เฉลี่ยวันละ ชั่วโมง	
12.	ปกตินักเรียนเข้านอนเวลา		ตื่นนอนเวลา.....	