

ภาคผนวก

แบบสอบถามสำหรับงานวิจัย

เรื่อง การประเมินคุณภาพชีวิตของครอบครัวทหารในสังกัดกองทัพบก ที่ปฏิบัติการในจังหวัดชายแดนภาคใต้



แบบสอบถามงานวิจัย เรื่อง การประเมิน คุณภาพชีวิตของครอบครัวทหารในสังกัดกองทัพบก
ที่ปฏิบัติการใน จังหวัดชายแดนภาคใต้

คำชี้แจง

- แบบสอบถามนี้มี 6 ส่วน ดังนี้
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
 - ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิต
 - ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ
 - ส่วนที่ 4 แบบคัดกรองภาวะสุขภาพ
 - ส่วนที่ 5 การรับรู้ความเหมาะสมและความพึงพอใจต่อบริการดูแลครอบครัวทหารที่ปฏิบัติการในจังหวัดภาคใต้
 - ส่วนที่ 6 ปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวทหารที่ปฏิบัติการในจังหวัดภาคใต้
- โปรดตอบคำถามตามความเป็นจริง และข้อมูลของท่านผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยขอแนะนำเสนอในภาพรวมเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนและจัดบริการส่งเสริมสุขภาพต่อไป

วันที่ตอบ.....

แบบสอบถามงานวิจัย เรื่อง การประเมินคุณภาพชีวิตของครอบครัว
ทหารในสังกัดกองทัพบกที่ปฏิบัติการในจังหวัดชายแดนภาคใต้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง หรือเติมข้อความให้สมบูรณ์

1. เพศ	<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง
2. อายุ	จำนวน ปี (นับถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม)
3. สถานภาพสมรส	<input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรสแล้ว <input type="checkbox"/> ม่าย <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> แยกกันอยู่
4. ท่านมีรายได้เท่าใดต่อเดือน และรายได้เพียงพอใช้จ่ายหรือไม่	ระบุรายได้ต่อเดือน บาท <input type="checkbox"/> เพียงพอใช้จ่าย มีเหลือเก็บ <input type="checkbox"/> เพียงพอใช้จ่ายแต่ไม่มีเหลือเก็บ <input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอใช้จ่ายและมีหนี้สิน
5. ระดับการศึกษา	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา <input type="checkbox"/> อนุปริญญา <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี <input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ
6. ขณะนี้ท่านรู้สึกว่าคุณภาพโดยทั่วไปเป็นอย่างไร	<input type="checkbox"/> สมบูรณ์ดีมาก <input type="checkbox"/> แข็งแรงดี <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> ไม่ดี <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ
7. ท่านมีโรคประจำตัวซึ่งได้รับการตรวจโดยแพทย์หรือไม่? (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ได้แก่ <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> ไ้จมน้ำในเลือดสูง <input type="checkbox"/> ปวดหลัง <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ
หากท่านมีโรคประจำตัว ท่านไปรับการรักษาที่ไหน	<input type="checkbox"/> ไม่ไปรักษา <input type="checkbox"/> ไปรักษาที่ <input type="checkbox"/> คลินิกเอกชน <input type="checkbox"/> สถานพยาบาล <input type="checkbox"/> โรงพยาบาล <input type="checkbox"/> อื่นระบุ
8. บุคคลในครอบครัวที่ไปปฏิบัติงานชายแดนครั้งนี้เคยได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติงานในพื้นที่เสี่ยงภัยมาก่อนหรือไม่ และการไปปฏิบัติงานครั้งนี้ท่านคิดว่ามีความเสี่ยงภัยต่อชีวิตมากน้อยเพียงใด	<input type="checkbox"/> เคยรักษานาน..... วัน เดือน ปี <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> มาก <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> น้อย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ



9. ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับคู่สมรสก่อนไปปฏิบัติงานชายแดนหรือไม่?	<input type="checkbox"/> ดี
	<input type="checkbox"/> ไม่ดี เนื่องจาก.....

10. พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ

10.1.1 ท่านดื่มสุราหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม	<input type="checkbox"/> ดื่มบางครั้ง	<input type="checkbox"/> ดื่มทุกวัน
10.1.2 ท่านสูบบุหรี่หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่สูบ	<input type="checkbox"/> สูบบางครั้ง	<input type="checkbox"/> สูบประจำทุกวัน จำนวน..... มวน
10.1.3 ท่านดื่มชา กาแฟหรือเครื่องดื่มชูกำลังที่มีส่วนผสมคาเฟอีนหรือไม่			
1) ชา	<input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม	<input type="checkbox"/> ดื่มบางวัน	<input type="checkbox"/> ดื่มทุกวัน
2) กาแฟ	<input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม	<input type="checkbox"/> ดื่มบางวัน	<input type="checkbox"/> ดื่มทุกวัน
3) เครื่องดื่มชูกำลัง	<input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม	<input type="checkbox"/> ดื่มบางวัน	<input type="checkbox"/> ดื่มทุกวัน ระบุชนิด
10.1.4 ท่านรับประทานวิตามิน อาหารเสริม ฯลฯ บ้างหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> รับประทานบางครั้ง	<input type="checkbox"/> รับประทานประจำทุกวัน
เหตุผลที่ต้องรับประทาน	<input type="checkbox"/> แพทย์สั่ง	<input type="checkbox"/> เชื่อตามโฆษณา	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ
10.1.5 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีพฤติกรรมต่อไปนี้หรือไม่			
1) การเที่ยวเตร่กลางคืน	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคยบางครั้ง	<input type="checkbox"/> เคยทุกวัน
	<input type="checkbox"/> ไม่ขอตอบ		
2) การมีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่นที่ไม่ใช่คู่สมรส	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่ขอตอบ
3) การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่นที่ไม่ใช่คู่สมรส เพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	<input type="checkbox"/> ไม่ใช้	<input type="checkbox"/> ใช้ทุกครั้ง	<input type="checkbox"/> ใช้บางครั้ง
	<input type="checkbox"/> ไม่ขอตอบ	<input type="checkbox"/> ไม่เคยมีพฤติกรรมเช่นนั้น	



ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิต

โปรดใส่เครื่องหมาย ในช่องว่าง ตามความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกในเรื่องต่อไปนี้อย่างไร ?

ข้อความ	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด					
2. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามที่ต้องการ ได้มากนัก น้อยเพียงใด					
3. ท่านมีกำลังพอที่จะทำงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวันในแต่ละวันหรือไม่					
4. ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด					
5. ท่านรู้สึกพอใจในชีวิต เช่น มีความสุข สงบ มีความหวัง มาก น้อยเพียงใด					
6. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ได้ดีเพียงใด					
7. ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน					
8. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเองได้หรือไม่					
9. ท่านรู้สึกมีอารมณ์เหงา เศร้า หดหู่ วิตกกังวล ท้อแท้หรือสิ้น หวังบ่อยแค่ไหน					
10. ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
11. ท่านรู้สึกพอใจในความสามารถที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ ผ่านไปได้ในแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
12. ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากหรือน้อยเพียง ใด เพื่อให้สามารถทำงานหรือมีชีวิตอยู่ในแต่ละวันได้เป็นปกติ					
13. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำ มากน้อยเพียงใด					
14. ท่านพอใจต่อมิตรภาพหรือการมีสัมพันธภาพกับคนอื่น ๆ ได้อย่างที่ผ่านมามีเพียงใด					
15. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แค่นั้น					
16. ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้ว ท่านมีวิธีการทำให้ ผ่อนคลายลงได้ รวมถึงการช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)					
17. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีหรือไม่ในแต่ละวัน					
18. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					



ข้อความ	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
19. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
20. ท่านพอใจที่สามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					
21. ท่านรู้ข้อมูลข่าวสารที่สำคัญ และจำเป็นต่อการดำเนินชีวิตในแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
22. ท่านมีโอกาสพักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
23. สภาพสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ บ้านดีต่อสุขภาพอนามัยของท่านมากน้อยเพียงใด					
24. ท่านพอใจกับความสะดวกในการเดินทางไปไหนมาไหนของท่านมากน้อยเพียงใด					
25. ท่านรู้สึกว่าคุณค่าชีวิตของท่านมีความหมายมากน้อยเพียงใด					
26. ท่านคิดว่าชีวิตความเป็นอยู่ของตนเองในขณะนี้อยู่ในระดับดีเพียงใด					

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง ที่ตรงกับความคิดเห็นหรือการกระทำของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	ระดับความถี่			
	สม่ำเสมอ/เป็นประจำทุกวัน	บ่อย ๆ แต่ไม่ทุกวัน	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. ท่านพยายามมองโลกในแง่ดีและคิดถึงสิ่งต่าง ๆ ในแง่บวกเพื่อให้ชีวิตมีความสุข	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ท่านพยายามปรับปรุงตนเองให้มีความสามารถดีขึ้นกว่าเดิม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ชีวิตของท่านในขณะนี้มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น เช่น มีเงินทองมากขึ้น มีสุขภาพดีขึ้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ท่านมีการวางแผนและกำหนดเป้าหมายชีวิตที่ชัดเจนในอนาคต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ขณะนี้ท่านรู้สึกมีความสุขและพอใจในชีวิตของตนเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ท่านรู้จักเด่น จุดด้อยของตนเองเป็นอย่างดี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ท่านหวังว่าชีวิตในวันหน้าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ท่านกำหนดเป้าหมายของชีวิตในสิ่งที่เป็นไปได้ในความเป็นจริง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ท่านทราบดีว่าอะไรเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดสำหรับชีวิตของตนเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ท่านสนใจเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ และทำทฤษฎีความสามารถของตนเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ท่านพยายามทำงานให้ได้ผลดีเพื่อความก้าวหน้าของชีวิต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ข้อความ	ระดับความถี่			
	สม่ำเสมอ/ เป็นประจำ ทุกวัน	บ่อย ๆ แต่ ไม่ทุกวัน	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
12. เมื่อรู้สึกว่าร่างกายเริ่มมีอาการผิดปกติ ท่านจะไปพบแพทย์หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อรับการตรวจสุขภาพทันที	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ท่านพยายามหาเวลาไปร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเมื่อมี โอกาส เช่น การจัดบริการตรวจร่างกาย เป็นต้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. เมื่อมีข้อสงสัยในคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล ท่านสามารถ ค้นคว้าหาความรู้ด้วยตนเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ท่านสนใจหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ เช่น การอ่านหนังสือ ฟังรายการวิทยุ ดูทีวีหรือพูดคุยกับแพทย์ พยาบาล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ท่านหมั่นสังเกตความคิดปกติ และการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ตนเองอย่างน้อยเดือนละครั้ง เช่น การตรวจวัดระดับความดันโลหิต หรือชั่งน้ำหนัก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่ดี เช่น การเล่นกีฬา การผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ท่านพูดคุยหรือขอคำปรึกษาจากบุคคลที่ใกล้ชิดเมื่อมีปัญหาหรือ วิตกกังวลใจเกี่ยวกับสุขภาพ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ท่านออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดแขน ขา บิดร่างกายเมื่อมีอาการ เมื่อยล้าจากการทำงานหรือเวลาลูกจากที่นอนอย่างน้อย 3 ครั้งต่อ สัปดาห์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ท่านออกกำลังกายที่จำเป็นต้องใช้ใช้แรงมาก เป็นเวลานาน 20-30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (ระบุวิธีการออกกำลังกาย.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ท่านสามารถออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาได้ตามแผน/วัน เวลาที่ กำหนดไว้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ท่านเลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับตนเองเพื่อการมี สุขภาพดี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ท่านประเมินร่างกายก่อนและหลังการออกกำลังกายทุกครั้ง เช่น การนับชีพจร การสังเกตว่ามีเหงื่อออกมาก ความรู้สึกสดชื่น การผ่อนคลาย ความเครียด เป็นต้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ท่านรับประทานอาหารเช้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ท่านรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ท่านพยายามหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมัน และโคเลสเตอรอลมาก เช่น แกงใส่กะทิ ปลาหมึก ไข่แดง เป็นต้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ข้อความ	ระดับความถี่			
	สม่ำเสมอ/ เป็นประจำ ทุกวัน	บ่อย ๆ แต่ ไม่ทุกวัน	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
27. ท่านพยายามรับประทานอาหารจำพวกข้าว แป้ง เนื้อสัตว์ ผักผลไม้ เพื่อให้ครบ 5 หมู่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ท่านรับประทานผักและผลไม้สด เพื่อช่วยในการขับถ่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. ท่านจำกัดการเติมน้ำตาลในอาหาร และหลีกเลี่ยงการรับประทานขนมรสหวานจัด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ท่านพูดคุยปัญหาส่วนตัวกับคนใกล้ชิดที่ไว้วางใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. ท่านแสดงความยินดีกับความสำเร็จของผู้อื่นด้วยความรู้สึกจริงใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนในครอบครัว ญาติ และผู้ที่คุ้นเคย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. ท่านแสดงความรัก ความห่วงใย และความอบอุ่นกับผู้ที่รู้จักคุ้นเคยด้วยความจริงใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. ท่านได้รับความรัก ความห่วงใย และการดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัว เพื่อน และคนใกล้ชิด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. ท่านได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลที่ท่านไว้วางใจเมื่อมีปัญหาเดือดร้อนเกิดขึ้นในชีวิต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. ท่านใช้วิธีการพูดคุยและหาทางประนีประนอม เมื่อมีข้อขัดแย้งกับผู้อื่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. ท่านมีเวลาสังสรรค์ร่วมกับเพื่อนและคนใกล้ชิดที่คุ้นเคย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. ท่านพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. ท่านปฏิบัติกิจกรรมที่ทำให้จิตใจสงบก่อนเข้านอน เช่น การสวดมนต์ ทำสมาธิ หรือปฏิบัติกิจทางศาสนาที่ตนเองนับถือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. ท่านพยายามหาเวลาพักผ่อนเพื่อผ่อนคลายความเครียดในแต่ละวัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. ท่านสามารถทำใจยอมรับและกล้าเผชิญกับทุกเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละวันได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. ท่านสามารถปรับตัวเข้ากับเหตุการณ์และสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ ได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. ท่านมีวิธีควบคุมความเครียดที่เหมาะสมสำหรับตนเอง (ระบุวิธีที่ใช้เป็นประจำ.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. ท่านจัดเวลาการทำงานกับการพักผ่อนได้อย่างสมดุล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. ท่านจะหยุดพักเมื่อรู้สึกว่าตนเองเหนื่อยล้ามากเกินไป	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ส่วนที่ 4 แบบคัดกรองภาวะสุขภาพ

4.1 แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (Thai GHQ-28)

คำชี้แจง ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกหรือมีอาการเหล่านี้ มาก-น้อยเพียงใด เปรียบเทียบกับที่เคยเป็น กรุณาตอบคำถามแต่ละข้อโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หน้าข้อความที่ท่านคิดว่าตรงกับตัวท่านมากที่สุด ในช่วง 1 เดือนนี้ ท่าน

1. รู้สึกสุขกายและสบายใจดี

<input type="checkbox"/> ดีกว่าที่เคยเป็น	<input type="checkbox"/> เท่า ๆ กับที่เคยเป็น
<input type="checkbox"/> แย่กว่าที่เคยเป็น	<input type="checkbox"/> แย่กว่าที่เคยเป็นมาก
2. รู้สึกต้องการใช้ยาหรือเครื่องดื่มนำรุงกำลัง เช่น โสม แบรนค์ กระทิงแดง ฯลฯ

<input type="checkbox"/> ไม่เคยใช้เลย	<input type="checkbox"/> เท่า ๆ กับที่เคยใช้
<input type="checkbox"/> ก่อนข้างมากกว่าที่เคยใช้	<input type="checkbox"/> มากขึ้นว่าที่เคยใช้มาก
3. รู้สึกอ่อนเปลี้ยและหมดแรง

<input type="checkbox"/> ไม่เคยเลย	<input type="checkbox"/> เท่า ๆ กับที่เคยเป็น
<input type="checkbox"/> ก่อนข้างมากกว่าที่เคยใช้	<input type="checkbox"/> มากขึ้นว่าที่เคยใช้มาก
4. รู้สึกว่าตัวเองเจ็บป่วย

<input type="checkbox"/> ไม่เคยเลย	<input type="checkbox"/> เท่า ๆ กับที่เคยเป็น
<input type="checkbox"/> ก่อนข้างมากกว่าที่เคยเป็น	<input type="checkbox"/> มากขึ้นว่าที่เคยเป็นมาก
5. รู้สึกปวดมึนศีรษะ

<input type="checkbox"/> ไม่เคยเลย	<input type="checkbox"/> เท่า ๆ กับที่เคยเป็น
<input type="checkbox"/> ก่อนข้างมากกว่าที่เคยเป็น	<input type="checkbox"/> มากขึ้นว่าที่เคยเป็นมาก
6. รู้สึกว่ามีอะไรมาบีบรัดหรือกดดันที่ขมับ

<input type="checkbox"/> ไม่เคยเลย	<input type="checkbox"/> เท่า ๆ กับที่เคยเป็น
<input type="checkbox"/> ก่อนข้างมากกว่าที่เคยเป็น	<input type="checkbox"/> มากขึ้นว่าที่เคยเป็นมาก
7. รู้สึกร้อน ๆ หนาว ๆ วูบวาบขึ้นมาในช่วงสั้น ๆ

<input type="checkbox"/> ไม่เคยเลย	<input type="checkbox"/> เท่า ๆ กับที่เคยเป็น
<input type="checkbox"/> ก่อนข้างมากกว่าที่เคยเป็น	<input type="checkbox"/> มากขึ้นว่าที่เคยเป็นมาก
8. นอนหลับไม่พอเนื่องจากมีความวิตกกังวล

<input type="checkbox"/> ไม่เคยเลย	<input type="checkbox"/> เท่า ๆ กับที่เคยเป็น
<input type="checkbox"/> ก่อนข้างมากกว่าที่เคยเป็น	<input type="checkbox"/> มากขึ้นว่าที่เคยเป็นมาก
9. นอนหลับยากในเวลากลางคืน

<input type="checkbox"/> ไม่เคยเลย	<input type="checkbox"/> เท่า ๆ กับที่เคยเป็น
<input type="checkbox"/> ก่อนข้างมากกว่าที่เคยเป็น	<input type="checkbox"/> มากขึ้นว่าที่เคยเป็นมาก
10. รู้สึกว่ามีความเครียดอยู่เสมอ

<input type="checkbox"/> ไม่เคยเลย	<input type="checkbox"/> เท่า ๆ กับที่เคยเป็น
<input type="checkbox"/> ก่อนข้างมากกว่าที่เคยเป็น	<input type="checkbox"/> มากขึ้นว่าที่เคยเป็นมาก



11. รู้สึกหงุดหงิดและอารมณ์เสีย
- ไม่เคยเลย เท่า ๆ กับที่เคยเป็น
- ค่อนข้างมากกว่าที่เคยเป็น มากขึ้นว่าที่เคยเป็นมาก
12. รู้สึกตื่นตกใจหรือกลัวโดยไม่มีสาเหตุ
- ไม่เคยเลย เท่า ๆ กับที่เคยเป็น
- ค่อนข้างมากกว่าที่เคยเป็น มากขึ้นว่าที่เคยเป็นมาก
13. รู้สึกเหมือนมีปัญหามากมายเกิดขึ้นกับตัวท่าน
- ไม่เคยเลย เท่า ๆ กับที่เคยเป็น
- ค่อนข้างมากกว่าที่เคยเป็น มากขึ้นว่าที่เคยเป็นมาก
14. รู้สึกกระวนกระวาย และเครียดอยู่ตลอดเวลา
- ไม่เคยเลย เท่า ๆ กับที่เคยเป็น
- ค่อนข้างมากกว่าที่เคยเป็น มากขึ้นว่าที่เคยเป็นมาก
15. รู้สึกว่ามีความตั้งใจในการทำงาน
- มากขึ้นกว่าที่เคยเป็น เท่า ๆ กับที่เคยเป็น
- ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น น้อยกว่าที่เคยเป็นมาก
16. ใช้เวลาในการทำสิ่งต่าง ๆ นานขึ้นกว่าเดิม
- เร็วขึ้นว่าที่เคยเป็น เท่า ๆ กับที่เคยเป็น
- นานกว่าที่เคยเป็น นานกว่าที่เคยเป็นมาก
17. สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างราบรื่นและน่าพอใจ
- ดีกว่าที่เคยทำ เท่า ๆ กับที่เคยทำ
- แย่กว่าที่เคยทำ แย่มากกว่าที่เคยทำ
18. รู้สึกพอใจกับการที่ทำงานลุล่วงไป
- พอใจมากขึ้น เท่า ๆ กับที่เคยพอใจ
- พอใจน้อยกว่าที่เคย พอใจน้อยลงกว่าที่เคยมาก
19. รู้สึกว่าตัวเองมีบทบาทสำคัญในการทำสิ่งต่าง ๆ
- มากขึ้นกว่าที่เคย เท่า ๆ กับที่เคยเป็น
- น้อยลงกว่าที่เคยเป็น น้อยลงกว่าที่เคยเป็นมาก
20. มีความสามารถในการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ได้ดี
- มากขึ้นกว่าที่เคย เท่า ๆ กับที่เคยเป็น
- น้อยลงกว่าที่เคยเป็น น้อยลงกว่าที่เคยเป็นมาก
21. รู้สึกสนุกสนานกับการดำเนินชีวิตประจำวัน
- มากขึ้นกว่าที่เคย เท่า ๆ กับที่เคยเป็น
- น้อยลงกว่าที่เคยเป็น น้อยลงกว่าที่เคยเป็นมาก
22. คิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า
- ไม่เคยเลย เท่า ๆ กับที่เคยเป็น
- ค่อนข้างมากกว่าที่เคยเป็น มากขึ้นว่าที่เคยเป็นมาก



23. รู้สึกสิ้นหวังในชีวิต
- ไม่เคยเลย เท่า ๆ กับที่เคยเป็น
- ก่อนข้างมากกว่าที่เคยเป็น มากขึ้นกว่าที่เคยเป็นมาก
24. รู้สึกว่าชีวิตไม่มีค่าพอที่จะอยู่ต่อไป
- ไม่เคยเลย เท่า ๆ กับที่เคยเป็น
- ก่อนข้างมากกว่าที่เคยเป็น มากขึ้นกว่าที่เคยเป็นมาก
25. คิดว่าตัวเองอาจจะฆ่าตัวตายได้
- ไม่เคยคิดเลย เท่า ๆ กับที่เคยเป็น
- เคยคิดบ้าง คิดมาหลายครั้งแล้ว
26. รู้สึกว่าบางครั้งไม่สามารถที่จะทำอะไรได้เลยเพราะประสาทไม่ค่อยจะดี
- ไม่เคยเลย เท่า ๆ กับที่เคยเป็น
- ก่อนข้างมากกว่าที่เคยเป็น มากขึ้นกว่าที่เคยเป็นมาก
27. คิดอยากให้ตัวเองตายไปเสียให้พ้น ๆ
- ไม่เคยคิดเลย เท่า ๆ กับที่เคยคิด
- ก่อนข้างมากกว่าที่เคยคิด มากขึ้นกว่าที่เคยคิดมาก
28. รู้สึกว่าตัวเองยังมีความคิดที่จะฆ่าตัวตายอยู่ในใจเสมอ
- ไม่เคยคิดเลย เท่า ๆ กับที่เคยเป็น
- เคยคิดบ้าง คิดมาหลายครั้งแล้ว

4.2 แบบประเมินภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย (สำหรับผู้ชายที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป)

คำชี้แจง โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ซึ่งตรงกับอาการของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว
ในขณะนี้ท่านเคยมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นหรือไม่?

ข้อที่	อาการ	สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยมีอาการ
1	ไม่มีเรี่ยวแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	นอนไม่ค่อยหลับ หรือตื่นนอนตอนกลางคืนแล้วหลับยาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	เบื่ออาหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	ปวดเมื่อยตามกระดูกและข้อ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	ร้อนวูบวาบตามร่างกาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	มีเหงื่อออกมาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	หัวใจเต้นเร็วหรือใจสั่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	มีอาการหลงลืมมากขึ้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	ไม่มีสมาธิ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	กลัว ตกใจอย่างไม่เหตุผล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	หงุดหงิดง่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



12	ไม่สนใจสิ่งต่าง ๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	ขาดความสนใจทางเพศ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	ขาดความตื่นตัวทางเพศ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	องคชาตไม่แข็งตัวขณะตื่นนอนตอนเช้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	ลึ้มเหลวในกิจกรรมทางเพศ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	องคชาตอ่อนตัวขณะมีเพศสัมพันธ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.3 การประเมินภาวะต่อมลูกหมากโต (สำหรับผู้ชายที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง ที่ตรงกับความคิดเห็นหรือการกระทำของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว

ข้อที่	ลักษณะการถ่ายปัสสาวะ	อาการ					เป็นเกือบทุกครั้ง
		ไม่มีอาการ	1 ครั้งต่อถ่าย 5 ครั้ง	น้อยกว่าครึ่งหนึ่งต่อการถ่ายทั้งหมด	ครึ่งหนึ่งของการถ่ายทั้งหมด	มากกว่าครึ่งต่อการถ่ายทั้งหมด	
1.	ถ่ายไม่สุด หรือเหลือค้างหลังถ่าย						
2.	ถ่ายบ่อยหรือห่างกันไม่ถึง 2 ชม.						
3.	ถ่ายกระปริบกระปรอย ถ่าย ๆ หยุด ๆ หลายครั้ง						
4.	เมื่อปวดแล้วกลั้นไม่อยู่						
5.	น้ำปัสสาวะไม่พุ่ง						
6.	ต้องเบ่งหรือรอนานกว่าปกติจึงถ่ายได้						

ท่านถ่ายปัสสาวะตั้งแต่หลังเข้านอนจนถึงตื่นนอนตอนเช้าจำนวนกี่ครั้ง

ไม่ถ่าย 1 ครั้ง 2 ครั้ง 3 ครั้ง 4 ครั้ง 5 ครั้ง หรือมากกว่า



4.4 การประเมินอาการหมดประจำเดือน (สำหรับผู้หญิงที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ตรงกับความคิดเห็นหรือการกระทำของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว

อาการน้อย มีอาการ 1-2 วันต่อสัปดาห์

ปานกลาง มีอาการ 3-5 วันต่อสัปดาห์

มาก มีอาการ 5-7 วันต่อสัปดาห์

อาการ	มีอาการ			
	ไม่มีอาการ (0)	น้อย (1)	ปานกลาง (2)	มาก (3)
1. ร้อนวูบวาบ เหงื่อออกตอนกลางคืน รู้สึกหนาวร้อน ผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. วิงเวียนศีรษะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. นอนไม่หลับ หรือหลับไม่สนิท	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. อารมณ์แปรปรวน ฉุนเฉียวง่าย โกรธง่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. วิดกกังวลง่าย ผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ซึมเศร้า ไม่รื่นเริง จิตใจหดหู่ ห่อเหี่ยว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. เหนื่อยง่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. เฉื่อยชา ว่องเหงาหวานอน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ลังเลไม่มั่นใจ ในการทำงานหรือพูดจา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ไม่มีสมาธิ ความจำเสื่อม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ปวดตามข้อต่างๆ โดยเฉพาะปลายนิ้วมือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ปวดกล้ามเนื้อตามร่างกาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ปวดหลัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ผิวหนังแห้ง ริมฝีปากแห้ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ผมแห้ง เปราะ ผมร่วง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. คันตามผิวหนัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ถ่ายปัสสาวะบ่อย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. กลั้นปัสสาวะไม่ค่อยได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ไอ จาม มีปัสสาวะเล็ด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. กระเพาะปัสสาวะอักเสบบ่อย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ความรู้สึกทางเพศลดลง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ช่องคลอดแห้ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. เจ็บปวดเมื่อมีเพศสัมพันธ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ส่วนที่ 5 การรับรู้ความเหมาะสมและความพึงพอใจต่อบริการดูแลครอบครัวทหารที่ปฏิบัติการในจังหวัดภาคใต้
คำชี้แจง โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ซึ่งตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.	ท่านสามารถทราบข่าวเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนภาคใต้อย่างรวดเร็ว	<input type="checkbox"/>				
2.	ท่านรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่ของผู้ปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนภาคใต้อย่างสม่ำเสมอ	<input type="checkbox"/>				
3.	ท่านไปรับบริการจากสถานบริการสาธารณสุขเมื่อรู้สึกเครียดได้อย่างสะดวก	<input type="checkbox"/>				
4.	ท่านรู้สึกว่าได้รับหลักประกันเพื่อความมั่นคงในชีวิตภายหลังจากที่บุคคลในครอบครัวไปปฏิบัติงานที่จังหวัดชายแดนภาคใต้	<input type="checkbox"/>				
5.	การประกันอุบัติเหตุแก่ผู้ปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีความเหมาะสมดี	<input type="checkbox"/>				
6.	ท่านได้รับการดูแลเรื่องอาชีพเสริมเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัว ภายหลังจากบุคคลในครอบครัวของท่านไปปฏิบัติงานที่จังหวัดชายแดนภาคใต้	<input type="checkbox"/>				
7.	ท่านคิดว่าการปูนบำเหน็จความดีความชอบแก่ผู้ปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีความเหมาะสมดี	<input type="checkbox"/>				
8.	ท่านคิดว่าการจ่ายเงินชดเชยการเจ็บป่วยแก่ผู้ปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนภาคใต้เหมาะสม	<input type="checkbox"/>				
9.	ท่านคิดว่าการจ่ายค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้ปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนภาคใต้เหมาะสม	<input type="checkbox"/>				
10.	การได้รับสิทธิในการลดค่าโดยสาร ค่ารักษาพยาบาล และค่าไฟฟ้าแก่ผู้ปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นสิ่งที่ดี เพราะครอบครัวสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายเป็นอย่างมาก	<input type="checkbox"/>				
11.	ท่านคิดว่าการช่วยเหลือในการจัดการงานศพแก่ผู้ปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนภาคใต้กรณีเสียชีวิตของหน่วยงานต้นสังกัดมีความเหมาะสมและสมเกียรติดี	<input type="checkbox"/>				



ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
12.	การได้รับพระราชทานเหรียญกล้าหาญ เหรียญ พิทักษ์เสรีชน และเหรียญราชการชายแดนแก่ผู้ ปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นสิ่งที่ดี เพราะเป็นกำลังใจ และเป็นเกียรติแก่ครอบครัว	<input type="checkbox"/>				
13.	ท่านคิดว่าการปูนบำเหน็จเวลาราชการที่ผู้ดูแล ผู้ปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีความ เหมาะสม	<input type="checkbox"/>				
14.	ท่านได้รับสิทธิการดูแลเรื่องสุขภาพอย่างเหมาะสม	<input type="checkbox"/>				
15.	อัตราเงินเดือนของผู้ปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดน ภาคใต้มีความเหมาะสม	<input type="checkbox"/>				
16.	เงินค่าเพิ่มพิเศษที่จัดสรรแก่ผู้ปฏิบัติงานเมื่อไป ปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีความ เหมาะสม และเป็นแรงจูงใจที่ดี	<input type="checkbox"/>				
17.	ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านสวัสดิการต่าง ๆ จาก หน่วยงานต้นสังกัดที่ให้แก่ครอบครัวทหารที่ไป ปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นอย่างดี	<input type="checkbox"/>				
18.	ท่านคิดว่าควรมีการจัดตั้งกองทุน เพื่อช่วยเหลือ เรื่องค่าเล่าเรียนบุตรแก่ครอบครัวทหารที่ไปปฏิบัติ งานในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กรณีที่ประสบเหตุ จนถึงแก่เสียชีวิต หรือ ได้รับบาดเจ็บทุพพลภาพ	<input type="checkbox"/>				
19.	ท่านคิดว่าควรมีการจัดสวัสดิการด้านการกู้ยืมเงิน เพื่อช่วยเหลือแก่ครอบครัวทหารที่ปฏิบัติงานใน จังหวัดชายแดนภาคใต้ในอัตราดอกเบี้ยที่ถูกกว่า ปกติเพื่อช่วยเหลือเรื่องค่าครองชีพ	<input type="checkbox"/>				
20.	ท่านคิดว่าควรมีการช่วยเหลือเรื่องการดูแลเด็กก่อน วัยเรียนแก่ครอบครัวทหารในชุมชน	<input type="checkbox"/>				



ส่วนที่ 6 ปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวทหารที่ปฏิบัติการ ในจังหวัดภาคใต้
โปรดเติมเครื่องหมาย ลงในช่อง ซึ่งตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ท่านต้องการการช่วยเหลือแก่ครอบครัวทหารที่ปฏิบัติการในจังหวัดภาคใต้ในด้านใดบ้าง

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1.	ด้านสวัสดิการ		<input type="checkbox"/>
2.	ด้านรายได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	ด้านการดูแลสุขภาพ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	ด้านความปลอดภัย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	ด้านจิตใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	ด้านความมั่นคงในชีวิต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	อื่น ๆ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*****ขอให้ทุกท่านโชคดี*****



แบบสนทนากลุ่ม

ครอบครัวทหารในสังกัดกองทัพบกที่ปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนภาคใต้

1. ท่านคิดว่าภายหลังจากที่สมาชิกของท่านลงไปปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนภาคใต้แล้ว ท่านรู้สึกเป็นอย่างไร

.....
.....

2. ท่านคิดว่าสวัสดิการที่สมาชิกของท่านซึ่งลงไปปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนภาคใต้ได้รับในปัจจุบันเป็นอย่างไร

2.1 รายได้ อัตรารับเงินเดือน เหมาะสมเพราะ ไม่เหมาะสม เพราะ

.....
.....

2.2 ค่าตอบแทนพิเศษ เหมาะสมเพราะ ไม่เหมาะสม เพราะ

.....
.....

2.3 การดูแลเมื่อเจ็บป่วย เหมาะสมเพราะ ไม่เหมาะสม เพราะ

.....
.....

2.4 การเสียชีวิต เหมาะสมเพราะ ไม่เหมาะสม เพราะ

.....
.....

2.5 อื่นๆ

.....
.....

3. ท่านคิดว่าการดูแลสมาชิกในครอบครัวทหารที่ลงไปปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนภาคใต้ควรมีอะไรบ้าง และแนวทางควรจัดบริการอย่างไร

.....
.....

4. ท่านคิดว่าปัญหาของสมาชิกในครอบครัวทหารที่ลงไปปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีอะไรบ้าง และควรให้การช่วยเหลืออย่างไร

.....
.....