

# สุขภาพ

— และ —

## คุณภาพชีวิตของคุณ

แบบสอบถามวัดอาการที่สัมพันธ์กับน้ำหนักตัว (WRSM)

แบบสอบถามนี้ถามความคิดเห็นของคุณเกี่ยวกับสุขภาพและน้ำหนักของคุณ



**ขอบคุณที่ช่วยตอบแบบสอบถามนี้!**

## คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยในการตอบแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิต

---

- 1) แบบสอบถามเหล่านี้เป็นส่วนสำคัญของการประเมินสุขภาพโดยรวมของคุณ คำถามเหล่านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลจากมุมมองของคุณเองว่า สุขภาพของคุณมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคุณอย่างไร
- 2) ตอบแบบสอบถามโดยใช้ปากกาถูกเส้น เขียนกด เพื่อให้คำตอบชัดเจน และอ่านได้ง่าย
- 3) โปรดใช้เวลาในการอ่านและตอบคำถามแต่ละข้ออย่างละเอียดรอบคอบ คำถามบางข้ออาจดูเหมือนกัน แต่จริงๆ แล้ว แต่ละคำถามนั้นแตกต่างกัน
- 4) โปรดตอบคำถามทุกคำถามโดยทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่องสี่เหลี่ยมที่แสดงคำตอบของคุณได้ดีที่สุด คุณสามารถเปลี่ยนคำตอบโดยขีดทับ (☒) คำตอบที่คุณต้องการเปลี่ยน และทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่องที่เป็นคำตอบใหม่
- 5) ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด หากคุณไม่แน่ใจว่าจะเลือกคำตอบใด โปรดเลือกคำตอบที่ดีที่สุดสำหรับคุณ
- 6) คำตอบของคุณจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ผู้วิจัยจะตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบเท่านั้น และจะไม่เปิดเผยคำตอบของคุณให้กับเจ้าหน้าที่คลินิกอื่น

อาการต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับน้ำหนักตัว และอาการเหล่านั้นทำให้คุณรู้สึกรำคาญมากแค่ไหน

ในแต่ละคำถามต่อไปนี้ ให้อ่านอาการต่าง ๆ ที่ระบุข้างล่าง และทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่องเพียงช่องเดียวที่แสดงคำตอบของคุณได้ดีที่สุด

ก. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีอาการเหล่านี้หรือไม่			ข. ถ้ามี อาการเหล่านี้ทำให้คุณรู้สึกรำคาญมากน้อยแค่ไหน						
ไม่มี	มี	อาการ	แทบจะไม่		มีบ้าง	ค่อนข้าง			
			ไม่เลย	เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มาก	มากที่สุด
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	หายใจหอบ	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	เหนื่อย	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	มีปัญหาในการนอน	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	รู้สึกไวต่อความเย็นมากขึ้น	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	กระหายน้ำมากกว่าปกติ	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	หงุดหงิดง่ายกว่าปกติ	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ปวดหลัง	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ปัสสาวะบ่อย	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ปวดตามข้อ (เช่น สะโพก เข่า เป็นต้น)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	บวมน้ำ	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	มีปัญหาเกี่ยวกับเท้า	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	รู้สึกไวต่อความร้อนมากขึ้น	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	นอนกรน	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

(โปรดพลิกไปหน้าต่อไป)

(ต่อ)

ก. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีอาการเหล่านี้หรือไม่			ข. ถ้ามี อาการเหล่านี้ทำให้คุณรู้สึกรำคาญมากน้อยแค่ไหน						
ไม่มี	มี	อาการ	แทบจะไม่		มีบ้าง	ค่อนข้าง			
			ไม่เลย	เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มาก	มากที่สุด
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	หิวบ่อยขึ้น	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ปัสสาวะเล็ด	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	รู้สึกหน้ามืด เวียนหัว	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	เหงื่อออกมากขึ้น	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ความต้องการทางเพศ หมดไป	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	ร่างกายมีความอดทน ลดลง	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	มีปัญหาเกี่ยวกับผิวหนัง เช่น มีผื่นขึ้น เป็นต้น	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

โปรดตรวจสอบคำถามที่คุณตอบไปแล้วอีกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าคุณได้ตอบคำถามครบทุกข้อ

ขอบคุณที่ช่วยตอบคำถามเหล่านี้!