

แบบสอบถามสุขภาพของวัยรุ่น

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ชื่อ .....

อายุ ..... ปี เพศ  ชาย  หญิง

วันที่ ..... HN. ....

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม.

เบอร์โทรศัพท์.....

โปรด  ลง ( ) หรือเติมคำหรือข้อความลงในช่องว่าง ตามความเป็นจริง

1. ปัจจุบันคุณอยู่กับ 1. พ่อและแม่ 2. พ่อคนเดียว 3. แม่คนเดียว 4. ญาติพี่น้อง 5. อื่น ๆ .....

2. ประวัติของพ่อ, แม่ และ/หรือผู้ปกครอง	พ่อ	แม่	ผู้ปกครอง * (ตอบเฉพาะกรณีไม่ได้อยู่กับพ่อแม่)
1. อายุ (ปี)	.....	.....	.....
2. การศึกษา	.....	.....	.....
3. อาชีพ	.....	.....	.....
4. เงินเดือน	.....	.....	.....
5. ปัจจุบันใช้บุหรี่, สุราหรือสิ่งเสพติด คือ	.....	.....	.....

3. โปรด <input checked="" type="checkbox"/> ความสัมพันธ์ของคุณกับบุคคลต่อไปนี้ (บุคคลละ 1 ตัวเลือก)	3.1 พ่อ	3.2 แม่	3.3 ผู้ปกครอง *
1. สนับสนุนดี พูดคุยปรึกษาหารือได้เสมอ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. สนับสนุนดี แต่พูดคุยปรึกษาเป็นบางเรื่อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ปานกลาง พูดคุยกันได้ แต่ไม่สนับสนุน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ไม่ดี แต่ไม่ถึงกับทอดทิ้งหรือไม่เอาใจใส่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ทอดทิ้ง ไม่เอาใจใส่ หรือลงโทษรุนแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ตอบไม่ได้ เพราะไม่เคยเลี้ยงดู	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. สถานภาพสมรสของพ่อแม่ 1. อยู่ด้วยกัน 2. แยกกันอยู่ 3. แยกทางกัน 4. พ่อหรือแม่เสียชีวิต

5. การเรียนหนังสือปัจจุบัน กำลังเรียน ชั้น ม. ....

6. เป็นลูกคนที่ ..... ในจำนวนพี่น้องพ่อแม่เดียวกัน ..... คน(รวมตัวคุณด้วย)

7. จำนวนคนที่อาศัยอยู่ด้วยกันในครอบครัวของคุณขณะนี้ ..... คน (รวมตัวคุณด้วย)

8. คุณมีเพื่อนสนิทเพศเดียวกัน ..... คน เพื่อนสนิทต่างเพศ ..... คน

9. เพื่อนของคุณส่วนใหญ่มีปัญหาแบบใด (ตอบได้หลายข้อ)

1. ไม่มีปัญหาใด ๆ

2. พุดจก้าวร้าย

3. พุดจาหยาบคาย

4. ชกต่อย ทำร้ายร่างกาย

5. หนีเที่ยว

6. ปัญหาอื่น ๆ ระบุ .....

10. เวลาทุกข์ใจ ส่วนใหญ่คุณปรึกษาใคร

1. คนในครอบครัวเท่านั้น (พ่อ, แม่หรือญาติพี่น้อง)

2. คนนอกครอบครัวเท่านั้น (ครู, พระ, เพื่อน ฯลฯ)

3. คนในครอบครัวหรือนอกครอบครัวแล้วแต่กรณี

4. เก็บไว้ในใจ ไม่เล่าให้ใครฟัง

11. คุณร่วมกิจกรรมทางศาสนา บ่อยเพียงใด

1. ไม่เคย

2. นาน ๆ ครั้ง

3. บ่อย ๆ

อดตานี อูปมี เกร

RH.....1/5

F-RA-021 วันที่เริ่มใช้ 16 พ.ย. 2549

12. โปรด <input checked="" type="checkbox"/> ลงใน <input type="checkbox"/> ที่ตรงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด (ข้อละ 1 เครื่องหมาย)	เห็นด้วย อย่างมาก	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างมาก
1. พ่อแม่ภูมิใจในตัวคุณ .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. พ่อแม่รู้สึกว่าสามารถฟังคุณได้ในอนาคต .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ทุกคนในบ้านต่างคนต่างอยู่ไม่มีใครสนใจในตัวคุณ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. พ่อแม่ชอบเปรียบเทียบคุณกับลูกของครอบครัวอื่น.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. พ่อแม่พยายามจะเข้าใจความต้องการของคุณ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. พ่อแม่คาดหวังในตัวคุณสูงเกินไป.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. คุณมีความสำคัญต่อครอบครัว.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. คุณรู้สึกว่าไม่มีใครต้องการคุณ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. พ่อแม่เชื่อมั่นว่าคุณจะประสบความสำเร็จในการเรียน .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. คุณอยากจะได้มาในครอบครัวอื่น .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ครูประจำชั้นตั้งความหวังต่อตัวคุณสูงเกินไป .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. คุณเป็นนักเรียนที่ดีเท่ากับเพื่อน ๆ .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. คุณรู้สึกไม่มีคุณค่าในสายตาของเพื่อนที่โรงเรียน .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. คุณภาคภูมิใจในผลการสอบ .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. คุณรู้สึกว่าบทเรียนที่โรงเรียนยากสำหรับคุณ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. คุณพอใจในการเรียนของคุณ .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ครูหลายคนไม่เข้าใจคุณ .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. คุณได้รับการยอมรับจากเพื่อนในห้องเรียน .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. คุณไม่ได้รับคะแนนตามที่คาดหวัง .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. คุณโชคดีที่มีครูเข้าใจคุณ .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาคุณสวมหมวกกันน็อกขณะขับขี่ หรือ ซ้อนท้ายมอเตอร์ไซด์หรือไม่  
 1. ไม่ขับขี่หรือซ้อนท้าย       ขับขี่หรือซ้อนท้าย, โดย      ( ) 2. สวมหมวกกันน็อกทุกครั้ง  
( ) 3. ไม่สวมหมวกกันน็อก.....ครั้งใน 10 ครั้ง
14. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาคุณสวมหมวกกันน็อกขณะขี่จักรยาน 2 ล้อ หรือไม่  
 1. ไม่ขี่จักรยาน 2 ล้อ       ขี่, โดย      ( ) 2. สวมหมวกกันน็อกทุกครั้ง  
( ) 3. ไม่สวมหมวกกันน็อก..... ครั้งใน 10 ครั้ง
15. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาคุณคาดเข็มขัดนิรภัยขณะนั่งรถยนต์คู่กับคนขับ  
 1. ไม่เคยนั่งรถยนต์คู่กับคนขับ       นั่ง, โดย      ( ) 2. คาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง  
( ) 3. ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย.....ครั้ง/10 ครั้ง
16. ในรอบ 30 วันที่ผ่านมาคุณขับขี่รถหรือมอเตอร์ไซด์หลังจากที่คุณดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์  
 1. ไม่เคยขับขี่รถหรือมอเตอร์ไซด์       ขับขี่, โดย      ( ) 2. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์  
( ) 3. ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์..... ครั้ง
17. ในรอบ 30 วันที่ผ่านมาคุณเคยนั่งรถหรือมอเตอร์ไซด์ไปกับผู้ขับขี่ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์  
 1. ไม่ทราบว่ามีผู้ขับขี่หรือไม่       เคยนั่ง, โดย      ( ) 2. ผู้ขับขี่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์  
( ) 3. ผู้ขับขี่ดื่มแอลกอฮอล์.....ครั้ง

18. ในรอบ 30 วันที่ผ่านมา คุณได้พกพาอาวุธเช่น ปืน, มีดพก, เหล็กขูดชาร์ฟ, สนับมือ (ยกเว้นคัตเตอร์เพื่อทำการฝีมือ)

1. ไม่มีหรือไม่เคยพกพา  2. พก ..... วัน

ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา	ครั้ง
1. คุณถูกข่มขู่ด้วยวาจาหรือทำร้ายร่างกายด้วยอาวุธ	.....
2. อยู่ในเหตุการณ์ที่มีการต่อสู้ทำร้ายร่างกาย	.....
3. ได้รับบาดเจ็บจากข้อ 2 จนต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล	.....

20. ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยถูกลวนลามทางเพศ

1. ไม่เคย  2. เคย, โดยวาจา  3. เคย, โดยการกระทำ  4. ถูกข่มขืน

ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา (สำหรับข้อ 21-24)	
21. คุณเคยรู้สึกเศร้าและหมดหวังในชีวิตติดต่อกันทุกวันนานกว่า 2 สัปดาห์ จนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน	<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย <input type="checkbox"/> 2. เคย
22. คุณเคยคิดจะฆ่าตัวตายมากกว่า 2 ครั้ง	<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย <input type="checkbox"/> 2. เคย
23. คุณเคยวางแผนคิดหาวิธีการฆ่าตัวตาย	<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย <input type="checkbox"/> 2. เคย
24. คุณเคยพยายามฆ่าตัวตายมาแล้ว ..... ครั้ง	

25. คุณเคยสูบบุหรี่ หรือไม่  1. ไม่เคย ถ้าตอบข้อนี้ให้ข้ามไปตอบข้อ 28  เคย เริ่มสูบครั้งแรกอายุ ..... ปี  
โดยมีสาเหตุที่สูบดังนี้  2. เห็นพ่อแม่สูบ  3. สูบตามเพื่อน  4. เลียนแบบดารา  
 5. ถูกบังคับ  6. อื่น ๆ ระบุ.....

ในรอบ 30 วันที่ผ่านมา (สำหรับข้อ 26-27)	
26. คุณสูบบุหรี่ .....วัน ๆ ละ .....มวน	
27. คุณเคยพยายามหยุดสูบบุหรี่หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย <input type="checkbox"/> 2. เคย	

28. คุณเริ่มดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ครั้งแรกเมื่ออายุเท่าใด

1. ไม่เคยดื่ม ถ้าตอบข้อนี้ให้ข้ามไปตอบข้อ 31  2. เคย เมื่ออายุ ..... ปี

29. ในรอบ 30 วันที่ผ่านมา คุณดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ .....วัน

30. คุณดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในโอกาสใด (ตอบได้หลายข้อ)

1. งานสังสรรค์  2. ทุกข์ใจ ดื่มคนเดียว  3. ทุกข์ใจ ดื่มกับเพื่อน  4. อื่น ๆ .....

31. คุณเคยใช้สารเสพติดหรือไม่  1. ไม่เคย ถ้าตอบข้อนี้ให้ข้ามไปตอบข้อ 33

เคย โดยมีสาเหตุดังนี้  2. เห็นพ่อแม่ใช้  3. ใช้ตามเพื่อน  4. ใช้ตามดารา

5. ถูกบังคับ  6. อื่น ๆ ระบุ .....

32. สารเสพติดที่คุณใช้/ เคยใช้	เคย ครั้งแรกที่ใช้อายุ (ปี)	จำนวนครั้งที่ใช้ในรอบ 30 วัน
<input type="checkbox"/> 1. ยาบ้าหรือยาขยัน	<input type="checkbox"/> .....	.....
<input type="checkbox"/> 2. กัญชา	<input type="checkbox"/> .....	.....
<input type="checkbox"/> 3. คมกาวและสูดดมสเปรย์	<input type="checkbox"/> .....	.....
<input type="checkbox"/> 4. เฮโรอีน	<input type="checkbox"/> .....	.....
<input type="checkbox"/> 5. อื่น ๆ .....	<input type="checkbox"/> .....	.....

33. คุณเคยมีเพศสัมพันธ์หรือไม่  1. ไม่เคย ถ้าตอบข้อนี้ให้ข้ามไปตอบข้อ 40  
 เคย โดยมีพฤติกรรมแบบ ( ) 2. ต่างเพศ ( ) 3. เพศเดียวกัน ( ) 4. ทั้ง 2 แบบ
34. คุณเคยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ ..... ปี
35. ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา คุณมีคู่ในการมีเพศสัมพันธ์.....คน
36. ก่อนจะมีเพศสัมพันธ์คุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือใช้ยาเสพติดหรือไม่  
 1. ไม่ดื่มหรือไม่ใช้  2. ดื่มหรือใช้นานๆ ครั้ง  3. ดื่มหรือใช้บ่อยๆ  4. ดื่มหรือใช้ทุกครั้ง
37. คุณหรือคู่ของคุณใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์หรือไม่  
 1. ไม่ได้ใช้  2. ไม่ใช้มากกว่าใช้  3. ใช้มากกว่าไม่ใช้  4. ใช้ทุกครั้ง
38. คุณหรือคู่ของคุณคุมกำเนิดด้วยวิธีใด  
 1. ไม่คุมกำเนิด  2. ยาคุมกำเนิด  3. ถุงยางอนามัย  4. ฉีดยาคุมกำเนิด  
 5. หลั่งภายนอก  6. ตัวยาที่สลายน้ำอสุจิ  7. ไม่แน่ใจ  8. วิธีอื่นๆ (ระบุ) .....
39. คุณเคยตั้งครก หรือ ทำให้ผู้อื่นตั้งครก .....ครั้ง
40. คุณคิดอย่างไรกับน้ำหนักตัวของคุณ  
 1 อ้วนมาก  2 อ้วนเล็กน้อย  3 พอดี  4 ผอมเล็กน้อย  5 ผอมมาก
41. คุณทำอย่างไรเกี่ยวกับน้ำหนักตัวคุณ  
 1. ลดน้ำหนัก โดย.....  
 2. เพิ่มน้ำหนัก โดย.....  
 3. ควบคุมให้เป็นอยู่ขณะนี้  
 4. ไม่ได้ทำอะไร

42. ในรอบ 7 วันที่ผ่านมา

คุณได้ออกกำลังกาย ดังต่อไปนี้	เคย							
	ไม่เคย	1 วัน	2 วัน	3 วัน	4 วัน	5 วัน	6 วัน	7 วัน
1. ออกกำลังกายอย่างน้อย 20 นาที จนมีเหงื่อออก หรือ หายใจเร็ว (เช่น บาสเกตบอล, ฟุตบอล, ว่ายน้ำ วิ่ง ถีบจักรยานเร็ว เต้นรำ หรือเต้นแอโรบิก)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที แต่ไม่มีเหงื่อและ หายใจปกติ (เช่น เดินเร็ว, ขี่จักรยานช้าๆ, เล่น สะเกต, ตัดหญ้า หรือถูพื้น ฯลฯ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ออกกำลังกายเพื่อเพาะกาย (เช่น ยกน้ำหนัก ฯลฯ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. โปรด <input checked="" type="checkbox"/> เวลาที่ใช้ในการดูโทรทัศน์ หรือเล่นคอมพิวเตอร์	กรณี เล่น, จำนวนชั่วโมง/วัน					
	ไม่เล่น	น้อยกว่า 1 ชม.	1 ชม.	2 ชม.	3 ชม.	มากกว่า 3 ชม.
1. โทรทัศน์						
- วันจันทร์ – ศุกร์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- วันหยุดราชการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. คอมพิวเตอร์หรือ เกมส์						
- วันจันทร์ – ศุกร์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- วันหยุดราชการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. คุณได้รับความรู้จากแหล่งใดบ้าง โปรด ใส <input checked="" type="checkbox"/> ใน <input type="checkbox"/> (ตอบได้หลายข้อ)	ความรู้เรื่อง		
	45.1 เพศศึกษา	45.2 เอดส์	45.3 สารเสพติด
· ไม่เคยได้รับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· ได้รับที่โรงเรียน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· ได้รับจากพ่อแม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· ได้รับจากเพื่อน ๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· ได้รับจากสื่อ (หนังสือพิมพ์, โทรทัศน์, วิทยุ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· internet	.....	.....	.....

45. คะแนนเฉลี่ยของคุณในเทอมที่ผ่านมาเท่ากับ .....

46. คุณรู้สึกอย่างไรกับคะแนนเฉลี่ยของคุณ 1. พอใจ

ไม่พอใจ โดยเฉพาะในวิชา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( )2. คณิตศาสตร์ ( )3. ภาษาไทย ( )4. อังกฤษ

( )5. สังคมศึกษา ( )6. ชีวะ ( )7. ฟิสิกส์ ( )8. เคมี

( )9. อื่น ๆ ระบุ .....

47. คุณมีปัญหาการเรียนต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้หลายข้อ)

1. อ่านหนังสือได้ช้ากว่าคนอื่น

2. อ่านจับใจความ

3. การสะกดคำ

4. การคำนวณ

5. ไม่มีสมาธิในโรงเรียน

6. ถูกเบี่ยงเบนความสนใจได้ง่ายจากสิ่งเร้าภายนอก

7. หลงลืมบ่อย ๆ

8. ทำของหายบ่อย ๆ

9. ไม่มีปัญหาดังกล่าว

10. ปัญหาอื่น ๆ ระบุ .....

48. ปัญหาสุขภาพที่ทำให้คุณวิตกกังวลมากที่สุด ในขณะนี้ คือ .....

.....  
 .....  
 .....