

Facility:

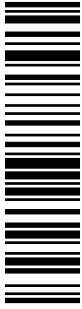
**SR1 SELF REPORT MEASURES FOR ADULTS AND OLDER PEOPLE K10 + LM - THAI /ไทย**

คำแนะนำ

คำถามทั้งสิบข้อข้างล่างนี้ถามถึงความรู้สึกของท่านในช่วงสี่สัปดาห์ที่ผ่านมา ในการตอบคำถามแต่ละข้อ โปรดทำเครื่องหมายในวงกลมในช่องที่บรรยายถึงระยะเวลาที่ท่านมีความรู้สึกดังกล่าวได้ดีที่สุด

	ไม่เคย	เล็กน้อย	บางเวลา	เกือบตลอดเวลา	ตลอดเวลา
1. ในช่วงสี่สัปดาห์ที่ผ่านมา บ่อยเท่าไรที่ท่านรู้สึกเหนื่อยอ่อน โดยไม่รู้สาเหตุ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ในช่วงสี่สัปดาห์ที่ผ่านมา บ่อยเท่าไรที่ท่านรู้สึกกังวลใจ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ในช่วงสี่สัปดาห์ที่ผ่านมา บ่อยเท่าไรที่ท่านรู้สึกกังวลใจโดยไม่มีอะไรทำให้สงบได้?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ในช่วงสี่สัปดาห์ที่ผ่านมา บ่อยเท่าไรที่ท่านรู้สึกสิ้นหวัง?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ในช่วงสี่สัปดาห์ที่ผ่านมา บ่อยเท่าไรที่ท่านรู้สึกกระหือหือหรือสับสนส่ายกระวนกระวาย?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ในช่วงสี่สัปดาห์ที่ผ่านมา บ่อยเท่าไรที่ท่านรู้สึกกระสับกระส่ายจนนั่งนิ่งไม่ได้?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ในช่วงสี่สัปดาห์ที่ผ่านมา บ่อยเท่าไรที่ท่านรู้สึกหดหู่?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ในช่วงสี่สัปดาห์ที่ผ่านมา บ่อยเท่าไรที่ท่านรู้สึกว่าทุกอย่างต้องใช้ความพยายาม?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ในช่วงสี่สัปดาห์ที่ผ่านมา บ่อยเท่าไรที่ท่านรู้สึกเศร้าใจจนไม่มีอะไรจะช่วยให้ท่านร่าเริงได้?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ในช่วงสี่สัปดาห์ที่ผ่านมา บ่อยเท่าไรที่ท่านรู้สึกว่าตัวเองไม่มีคุณค่าเลย?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

โปรดพลิกไปด้านหลังเพื่อกรอกต่อ



SMR060991

Holes Punched as per AS2828.1: 2012

BINDING MARGIN - NO WRITING



FAMILY NAME

MRN

GIVEN NAME

MALE  FEMALE

D.O.B. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

M.O.

ADDRESS

**SR1 SELF REPORT MEASURES FOR ADULTS AND OLDER PEOPLE K10 + LM**

LOCATION / WARD

COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE

คำถามต่อไปอีกไม่กี่คำถามนี้ถามว่าความรู้สึกเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อตัวท่านไปได้อย่างไรในระยะเวลาสี่สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านไม่จำเป็นต้องตอบคำถามข้างล่างนี้ถ้าคำตอบคือ “ไม่เลย” ในคำถามข้างต้นทั้งสิบข้อที่เกี่ยวกับความรู้สึกของท่าน

**11.** ในช่วงสี่สัปดาห์ที่ผ่านมา มีวันที่ท่านไม่สามารถจะทำงาน เรียนหรือทำกิจกรรมประจำวันได้เลยเพราะความรู้สึกเหล่านี้? ..... (ระบุจำนวนวัน)

**12.** [นอกจากวันเหล่านั้นแล้ว] ในช่วงสี่สัปดาห์ที่ผ่านมา มีวันที่ท่านสามารถทำงาน เรียน หรือทำกิจกรรมประจำวันได้ แต่ต้องลดสิ่งที่ต้องทำลงเพราะความรู้สึกเหล่านี้? ..... (ระบุจำนวนวัน)

**13.** ในช่วงสี่สัปดาห์ที่ผ่านมา มีกี่ครั้งที่ท่านได้ไปพบแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพท่านอื่นเกี่ยวกับความรู้สึกเหล่านี้? ..... (ระบุจำนวนครั้ง)

**14.** ในช่วงสี่สัปดาห์ที่ผ่านมา มีกี่ครั้งที่ปัญหาทางสุขภาพรบกวน เป็นสาเหตุสำคัญของความรู้สึกเหล่านี้ ?

ไม่เลย

เล็กน้อย

บางเวลา

เกือบตลอดเวลา

ตลอดเวลา

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือกรอกแบบสอบถามนี้

โปรดส่งคืนเจ้าหน้าที่ผู้ขอให้ท่านกรอกแบบสอบถาม

Consumer signature: .....

Date: .....

**For Care Planning Purposes:**

K10 score

Staff comments: .....

.....

.....

.....

Staff name:

Signature

Designation:

Date:

Holes Punched as per AS2828.1: 2012  
BINDING MARGIN - NO WRITING



SMR060991