

แบบสอบถามนี้มีไว้สำหรับผู้เข้ารับการบำบัดครอบครัวขอให้คุณตอบ เพื่อประโยชน์ในการทำความเข้าใจ และวางแผนการรักษา แบบสอบถามมีหลายส่วน มีเวลาจำกัด สามารถเลือกตอบส่วนที่คุณคิดว่าเกี่ยวข้อง // ขอบพระคุณค่ะ, หมอพันธุ์

กรุณาอธิบายลักษณะครอบครัวของคุณ (คุณและคู่ของคุณ)

ในแต่ละข้อคำถาม ให้คุณเลือกคำตอบของคุณด้วยการใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องหมายเลข 1 ถึง 5 เพียงช่องเดียว ตัวอย่างเช่น ข้อคำถามระบุว่า “ครอบครัวของเราทะเลาะเบาะแว้งกันและกันอยู่เสมอ” และคุณรู้สึกว่ามันไม่ตรงกับความเป็นจริงของครอบครัวของคุณเสมอไป ให้คุณใส่เครื่องหมายถูกในช่องที่ 4 “ไม่ค่อยเห็นด้วย”

อย่าใช้เวลาในการไปในการคิดคำตอบแต่ละข้อ แต่กรุณาเติมเครื่องหมายหนึ่งช่องในแต่ละแถว

คุณเห็นด้วยกับคำอธิบาย ‘ครอบครัวของคุณ’ ในแต่ละข้อ มากน้อยแค่ไหน?	1. เห็นด้วยอย่างยิ่ง	2. เห็นด้วย	3. ปานกลาง	4. ไม่เห็นด้วย	5. ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ครอบครัวของเราพูดคุยกันเกี่ยวกับสิ่งที่สำคัญต่อพวกเรา					
2. ครอบครัวของเรามักไม่พูดความจริงต่อกัน					
3. ครอบครัวของเราพึ่งพิงซึ่งกันและกัน					
4. ครอบครัวของเราไม่กล้าที่จะเห็นต่างซึ่งกันและกัน					
5. มันเป็นเรื่องยากสำหรับครอบครัวของเราที่จะรับมือกับปัญหาในชีวิตประจำวัน					
6. ครอบครัวของเราไว้วางใจซึ่งกันและกัน					
7. ครอบครัวของเราเต็มไปด้วยความทุกข์					
8. เมื่อคนในครอบครัวของเราโกรธกัน เราตั้งใจจะเพิกเฉยซึ่งกันและกัน					
9. ครอบครัวของเราดูเหมือนจะเผชิญวิกฤตอย่างไม่จบไม่สิ้น					
10. เมื่อสมาชิกในครอบครัวไม่สบายใจ พวกเราได้รับการดูแลจากกันและกัน					
11. อะไร ๆ มักจะผิดพลาดไปเสียหมดในครอบครัวของเรา					
12. คนในครอบครัวของเราร้ายใส่กัน					
13. คนในครอบครัวของเราวุ่นวายกับชีวิตของคนอื่นในครอบครัวมากเกินไป					
14. ครอบครัวของเราโหดกันและกัน เมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้นในครอบครัว					
15. ครอบครัวของเราสามารถหาวิธีใหม่ ๆ ในการรับมือกับปัญหายาก ๆ					
	1	2	3	4	5

กรุณาระบุหมายเลขของข้อคำถามที่คุณรู้สึกว่าคำถามและคำตอบตรงกับครอบครัวของคุณเป็นอย่างมาก

กรุณาระบุหมายเลขของข้อคำถามที่คุณรู้สึกว่ายากเกินไปที่จะตอบได้ชัด

แบบสอบถามนี้มีไว้สำหรับผู้เข้ารับการบำบัดครอบครัว ขอให้คุณตอบ เพื่อประโยชน์ในการทำความเข้าใจ และวางแผนการรักษา แบบสอบถามมีหลายส่วน มีเวลาจำกัด สามารถเลือกตอบส่วนที่คุณคิดว่าเกี่ยวข้อง // ขอบพระคุณค่ะ, หมอพันธุ์

แบบสอบถาม ปรับปรุงจาก แบบสอบถามการปรับตัวของคู่สมรส
(Revised Dyadic Assessment Devise)

แบบสอบถามส่วนนี้ สำหรับประเมินความสัมพันธ์ของคุณและคู่ (สามีหรือภรรยา) โปรดข้ามหากไม่เกี่ยวข้อง
โปรดระบุระดับของความเห็นด้วยหรือความขัดแย้งระหว่างคุณกับคู่ของคุณ ในแต่ละรายการ

รายการ/ระดับความขัดแย้ง	ขัดแย้งกัน เสมอ	ขัดแย้งกัน เป็นส่วนใหญ่	ขัดแย้งบ้าง เห็นด้วยบ้าง	ค่อนข้างเห็น ด้วยกัน	เห็นด้วยกัน บ่อยๆ	เห็นด้วยกัน เสมอ
การแสดงออกของความรัก						
การตัดสินใจเรื่องสำคัญ						
ความสัมพันธ์ทางเพศ						
การดูแลลูก						
เรื่องเงิน/การใช้จ่าย						
การทำงาน/อาชีพ						
สถานที่อยู่						
การทำตามธรรมเนียม						
เรื่องศาสนา						
บทบาทของครอบครัวใหญ่						
เรื่องอื่นที่สำคัญ ระบุ_____						
เรื่องอื่นที่สำคัญ ระบุ_____						

ข้อความต่อไปนี้เกิดขึ้นบ่อยแค่ไหน	ตลอดเวลา	เกือบตลอด	บ่อยๆ	เป็นครั้งคราว	นานๆที	ไม่เคยเลย
คุณคิดเรื่องการหย่าร้าง/แยกทาง						
คุณและคู่คุยกันเรื่องการหย่าร้าง/แยก						
คุณและคู่ทะเลาะกัน						
คุณเสียใจที่คุณแต่งงานหรืออยู่คู่กัน						
คุณและคู่ก่อความใจกัน						
คุณและคู่ใช้กำลังระหว่างทะเลาะกัน						
คุณถูกทำร้าย หรือใช้กำลังกับคู่						

แบบสอบถามนี้มีไว้สำหรับผู้เข้ารับการรักษาบำบัดครอบครัว ขอให้คุณตอบ เพื่อประโยชน์ในการทำความเข้าใจ และวางแผนการรักษา แบบสอบถามมีหลายส่วน มีเวลาจำกัด สามารถเลือกตอบส่วนที่คุณคิดว่าเกี่ยวข้อง // ขอบพระคุณค่ะ, หมอพันธุ์

ในแต่ละรายการต่อไปนี้ โปรดเลือกคำตอบที่อธิบายความรู้สึกของคุณ เกี่ยวกับความสัมพันธ์กับคู่ของคุณ ได้ดีที่สุด โปรดตอบโดยใช้ความรู้สึกแรกๆที่แวบเข้ามาเกี่ยวกับรายการนั้นๆ

น่าสนใจ	5	4	3	2	1	0	น่าเบื่อ
แย่	0	1	2	3	4	5	ดี
เต็มเต็ม	5	4	3	2	1	0	ว่างเปล่า
เปล่าเปลี่ยว	0	1	2	3	4	5	สนิทสนม
มั่นคง	5	4	3	2	1	0	เปราะบาง
น่าท้อใจ	0	1	2	3	4	5	มีความหวัง
สำราญใจ	5	4	3	2	1	0	ทุกข์ระทม

คำใดที่อธิบายลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่างคุณและคู่ของคุณได้ดีที่สุด (ตอบได้มากกว่า 1 คำ)

ท่านเคยรับการรักษาบำบัดครอบครัว

☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ (โปรดระบุ ระยะเวลา _____)

ผลลัพธ์ ☐ ดีขึ้นอย่างมาก ☐ ค่อนข้างดีขึ้น ☐ เหมือนเดิม ☐ ค่อนข้างแย่ลง ☐ แย่ลงมาก

ท่านมาเข้ารับคำปรึกษาครอบครัวในครั้งนี้ จาก

☐ มาเอง ☐ เพื่อนแนะนำ ☐ จิตแพทย์แนะนำ ☐ อื่นๆ คือ _____

ความคาดหวังจากการรักษา/สิ่งที่ยากให้เกิดขึ้นเมื่อการรักษาสำเร็จ

1. _____

2. _____

3. _____

แบบสอบถามนี้มีไว้สำหรับผู้เข้ารับการรักษาบำบัดครอบครัว ขอให้คุณตอบ เพื่อประโยชน์ในการทำความเข้าใจ และวางแผนการรักษา แบบสอบถามมีหลายส่วน มีเวลาจำกัด สามารถเลือกตอบส่วนที่คุณคิดว่าเกี่ยวข้อง // ขอบพระคุณค่ะ, หอมพันธุ์

แบบสอบถามส่วนถัดไปเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของท่าน แบบสอบถามมีหลายส่วน โดยแต่ละส่วนใช้เวลาประมาณ 1-3 นาที ท่านสามารถเลือกที่ตอบหรือไม่ตอบก็ได้ ตามที่เห็นสมควร

คุณเคยรับบริการทางสุขภาพจิตใช่หรือไม่ ☐ ใช่ (เมื่อ.....) ☐ ไม่ใช่

คุณเคยได้รับวินิจฉัยภาวะทางสุขภาพจิตใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

หากใช่ กรุณาระบุภาวะดังกล่าว.....

และการรักษาที่ท่านเคยได้รับ ☐ ยา ☐ จิตบำบัด/การให้คำปรึกษา ☐ ECT ☐ ผู้ป่วยใน

แบบสอบถามภาวะวิตกกังวล

ในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีอาการเหล่านี้บ่อยเพียงใด	ไม่เลย	บางวัน	มากกว่า ครึ่งหนึ่ง	เกือบ ทุกวัน
รู้สึกตึงเครียด วิตกกังวล หรือ กระวนกระวาย	0	1	2	3
ไม่สามารถหยุดหรือควบคุมความกังวลได้	0	1	2	3
กังวลมากเกินไปในเรื่องต่างๆ	0	1	2	3
ผ่อนคลายได้ยาก	0	1	2	3
รู้สึกกระสับกระส่ายจนไม่สามารถนั่งนิ่งๆ ได้	0	1	2	3
กลายเป็นคนขี้รำคาญ หรือ หงุดหงิดง่าย	0	1	2	3
รู้สึกกลัวเหมือนว่าจะมีอะไรร้ายๆ เกิดขึ้น	0	1	2	3

0-9 คะแนน = ระดับเฉลี่ย 10-14 คะแนน = ระดับปานกลาง 15-21 คะแนน = มีความวิตกกังวลในระดับสูง

แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการเหล่านี้ บ่อยแค่ไหน

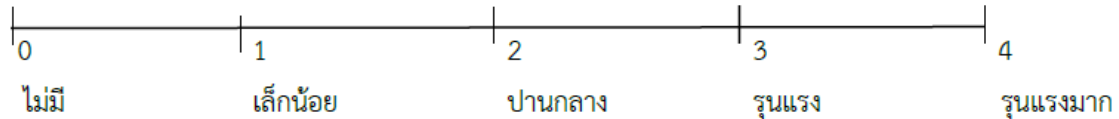
	ไม่เลย	มีบางวัน ไม่บ่อย	มีค่อนข้าง บ่อย	มีเกือบทุก วัน
1. เบื่อทำอะไรๆ ก็ไม่เพลิดเพลิน				
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า หรือท้อแท้				
3. หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากเกินไป				
4. เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง				
5. เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป				
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง – คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือเป็นคนทำให้ ตัวเองหรือครอบครัวผิดหวัง				
7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงาน ที่ต้องใช้ความตั้งใจ				
8. พุดหรือทำอะไรซ้ำจนคนอื่นมองเห็น หรือกระสับกระส่าย จนท่านอยู่ไม่นิ่งเหมือนเคย				
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายๆ ไปเสียคงจะดี				

แบบสอบถามนี้มีไว้สำหรับผู้เข้ารับการรักษาอาการนอนไม่หลับ เพื่อให้คุณตอบ เพื่อประโยชน์ในการทำความเข้าใจ และวางแผนการรักษา แบบสอบถามมีหลายส่วน มีเวลาจำกัด สามารถเลือกตอบส่วนที่คุณคิดว่าเกี่ยวข้อง // ขอบพระคุณค่ะ, หมอพันธุ์

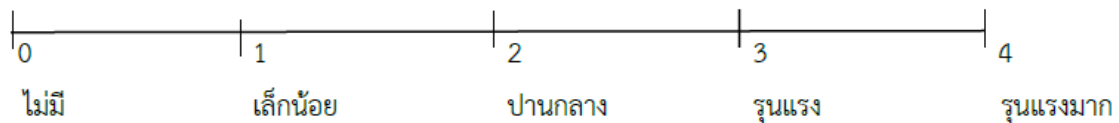
แบบสอบถามปัญหาการนอน

แบบสอบถามนี้เกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับของท่านในช่วง 2 อาทิตย์ ที่ผ่านมา โดยมีช่วงคะแนนความรู้สึก 0 ถึง 4 คะแนนขอให้ท่านทำเครื่องหมาย (X) ลงบนเส้นตรงตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

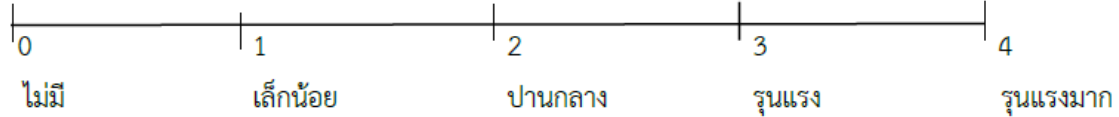
1. ในช่วง 1 คืนที่ผ่านมา ท่านพยายามนอนแต่ไม่ค่อยหลับ



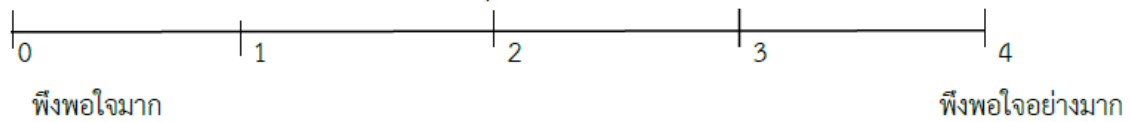
2. ในช่วง 1 คืนที่ผ่านมา เมื่อท่านตื่นขึ้นมากลางดึกแล้ว พยายามนอนต่อแต่กลับไม่หลับ



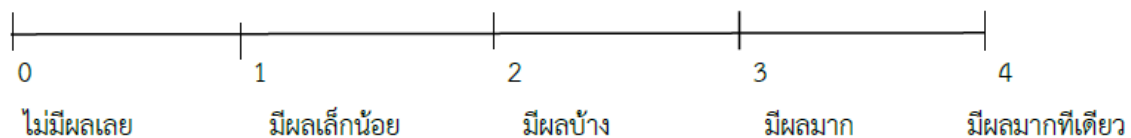
3. ในช่วง 1 คืนที่ผ่านมา ท่านตื่นเร็วเกินไป



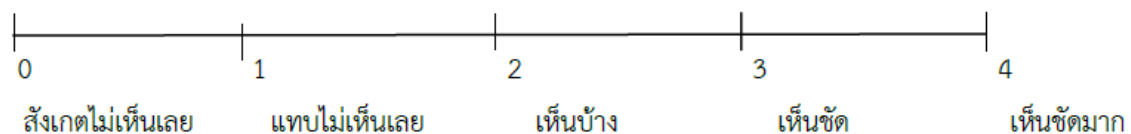
4. ความพึงพอใจ/กับสภาพการนอนของท่านในปัจจุบัน



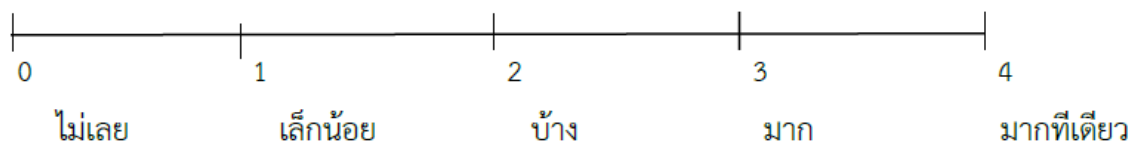
5. ท่านคิดว่าปัญหาการนอนไม่หลับของท่านมีผลต่อท่านในระดับไหน



6. การนอนไม่หลับของท่านส่งผลต่อท่าน จนคนอื่นสังเกตเห็นได้



7. ท่านรู้สึกกังวลหรือหุดหู่เกี่ยวกับการนอนไม่หลับ



0-7 = no clinically significant insomnia

8-14 = subthreshold insomnia

15-21 = clinically insomnia (moderate severity)

22-28 = clinically insomnia (severe)

แบบสอบถามนี้มีไว้สำหรับผู้เข้ารับการรักษาโรคซึมเศร้า ขอให้คุณตอบ เพื่อประโยชน์ในการทำความเข้าใจ และวางแผนการรักษา แบบสอบถามมีหลายส่วน มีเวลาจำกัด สามารถเลือกตอบส่วนที่คุณคิดว่าเกี่ยวข้อง // ขอบพระคุณค่ะ, หมอพันธุ์

แบบสอบถามการใช้สารเสพติด

ยาและสารเสพติดที่ใช้ใน 3 เดือนที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ ยาบ้า ☐ ไอซ์ ☐ ยาอี ☐ กัญชา ☐ กระต่อม ☐ สารระเหย
- ☐ เฮโรอีน ☐ ผีน ☐ กระต่อม ☐ ยาแก้ไอ/แก้ปวด ☐ ยานอนหลับ
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....

ยาหรือสารเสพติดหลักที่ใช้ใน 3 เดือนที่ผ่านมาคือ.....

ยาหรือสารเสพติดที่ใช้ใน 3 เดือนที่ผ่านมา และคัดกรองในตารางนี้คือ.....	ไม่เคย	เพียง 1- 2 ครั้ง	เดือนละ 1-3 ครั้ง	สัปดาห์ละ 1-4 ครั้ง	เกือบ ทุกวัน
คุณใช้.....บ่อยเพียงใด	0	2	3	4	6
คุณมีความต้องการหรือมีความรู้สึกริษยาอยากใช้.....จน ทนไม่ได้บ่อยเพียงใด	0	1	2	3	6
การใช้.....ทำให้คุณเกิดปัญหาสุขภาพ ครอบครั สังคม กฎหมาย หรือการเงินบ่อยเพียงใด	0	1	2	3	7
การใช้.....ทำให้คุณไม่สามารถรับผิดชอบหรือทำ กิจกรรมที่คุณเคยทำได้ปกติบ่อยเพียงใด	0	1	2	3	8

ในช่วงเวลาที่ผ่านมา	ไม่เคย	เคย แต่ก่อน 3 เดือน ที่ผ่านมา	เคย ในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา
ญาติ เพื่อน หรือคนรู้จัก เคยว่ากล่าวตักเตือน วิจารณ์ จับผิด หรือแสดงท่าทีสงสัยว่าคุณเกี่ยวข้องกับสาร.....หรือไม่	0	3	6
คุณเคยลด หรือหยุดใช้.....แต่ไม่ประสบผลสำเร็จหรือไม่	0	3	6

(2-3 mild; 5-26 moderate; 27 severe)

- คุณเคยใช้สารเสพติดชนิดอื่นหรือไม่ ☐ เคย ☐ ไม่เคย
- คุณดื่มเหล้าเป็นประจำเกือบทุกวันใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- คุณสูบบุหรี่เป็นประจำเกือบทุกวันใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

แบบสอบถามอาการทางสุขภาพจิต

คุณเคยมีอาการเหล่านี้ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่	ไม่เคย	เคยบางครั้ง	เคยบ่อยๆ
ระแวงว่ามีคนมามุ่งร้าย/หวาดระแวง	0	2	3
หูแว่ว หรือเห็นภาพหลอน	0	1	2