

แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต สำหรับผู้ป่วยไทรอยด์

-ThyPROth-

แบบสอบถามนี้เกี่ยวข้องกับผลของโรคไทรอยด์ที่กระทบต่อ
ด้านต่าง ๆ ในชีวิตของคุณ

กรุณาตอบคำถามโดยกากบาท ตรงช่องที่เห็นว่าตรงกับ
ความเป็นจริงมากที่สุด หากไม่แน่ใจให้ตอบข้อที่ใกล้เคียงที่สุด

หมวดแรกของคำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ความอ่อนเพลีย ความจำ อารมณ์ และสภาพร่างกาย

กรุณาตอบคำถามโดยพิจารณาจากความรู้สึกโดยรวมของท่านในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา

1. คำถามแรกจะเกี่ยวกับอาการของโรค

ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมี

	ไม่มีเลย	มีเล็กน้อย	มีบ้าง	มีค่อนข้างมาก	มีมาก
--	----------	------------	--------	---------------	-------

	ไม่มีเลย	มีเล็กน้อย	มีบ้าง	มีค่อนข้างมาก	มีมาก
1a - อาการแน่นในลำคอหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b - อาการบวมที่สามารถมองเห็นบริเวณส่วนหน้าของลำคอหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1c - อาการจุกแน่นในลำคอหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1d - อาการเจ็บปวดส่วนหน้าของช่องคอหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1e - อาการเจ็บที่คอราวไปจนถึงบริเวณหูหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1f - ก้อนบริเวณลำคอหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1g - อาการตื้ออืดระแอมอยู่บ่อย ๆ หรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1h - ความรู้สึกกลืนลำบากหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1i - ปัญหาในการกลืนหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1j - ความรู้สึกหายใจไม่ออกหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1k - อาการเสียงแหบหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1l - อาการมือสั่นเทาหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1m - แขนงอหรือออกมามากหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1n - ความรู้สึกใจสั่น (หัวใจเต้นเร็ว) หรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1o - ความรู้สึกหอบหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1p - อาการซึ้นหรือไหม.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1q - อาการซึ้นหนาวหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1r - ความอยากอาหารมากขึ้นหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมี

		มีค่อนข้างมาก				
		ไม่มีเลย	มีเล็กน้อย	มีบ้าง	ข้างมาก	มีมาก
		▼	▼	▼	▼	▼
1s	- อาการอุจจาระไหลหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1t	- อาการท้องไส้ปั่นป่วนหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1u	- อาการตาฉะหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1v	- อาการหูตึงหรือเปลือกตาบวมหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1w	- อาการตาแห้งหรือ"ระคายเคือง"หรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1x	- การมองเห็นลดลงหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1y	- ความรู้สึกปวดกต ๆ ใน (หรือหลัง) ดวงตาหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1z	- อาการเห็นภาพซ้อนหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1aa	- อาการเจ็บตาหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1bb	- อาการตาแพ้แสงหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1cc	- อาการมือบวมหรือเท้าบวมหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1dd	- อาการผิวแห้งหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1ee	- อาการคันผิวหนังหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. คำถามต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับความร้อนเพลีย

ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมี

		มีค่อนข้างมาก				
		ไม่มีเลย	มีเล็กน้อย	มีบ้าง	ข้างมาก	มีมาก
		▼	▼	▼	▼	▼
2a	- อาการอ่อนเพลียหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2b	- อาการเหนื่อยล้าหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2c	- ความรู้สึกขาดแรงจูงใจในการทำสิ่งต่าง ๆ หรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2d	- ความรู้สึกไม่มีแรงหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. คำถามดังต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับด้านพลังชีวิต

ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมี

		มีค่อนข้าง				
		ไม่มีเลย	มีเล็กน้อย	มีบ้าง	ข้างมาก	มีมาก
		▼	▼	▼	▼	▼
3a	- ความรู้สึกมีชีวิตชีวาหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3b	- ความรู้สึกกระฉับกระเฉงหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3c	- ความสามารถในการจัดการความต้องการในชีวิตของคุณหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับด้านสมาธิและความจำ

ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมี

		มีค่อนข้าง				
		ไม่มีเลย	มีเล็กน้อย	มีบ้าง	ข้างมาก	มีมาก
		▼	▼	▼	▼	▼
4a	- ปัญหาในการจดจำหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4b	- ความคิดช้าหรืองงหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4c	- ปัญหาในการเลือกใช้คำที่เหมาะสมหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4d	- ความรู้สึกสับสนหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4e	- ปัญหาในการเรียนรู้สิ่งใหม่หรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4f	- ปัญหาในการใช้สมาธิหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. คำถามดังต่อไปนี้เกี่ยวกับด้านความกังวลและความเครียด

ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมี

	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> ไม่มีเลย มีเล็กน้อย มีบ้าง มีค่อนข้างมาก มีมาก </div>				
	▼	▼	▼	▼	▼
5a - ความรู้สึกกระสับกระส่ายหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5b - ความรู้สึกกลัวหรือเป็นกังวลหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5c - ความรู้สึกตึงเครียดหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5d - ความกังวลต่อการเจ็บไข้ได้ป่วยหนักหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5e - ความรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5f - ความรู้สึกเหนื่อยใจหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. คำถามต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาวะทางจิต

ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมี

	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> ไม่มีเลย มีเล็กน้อย มีบ้าง มีค่อนข้างมาก มีมาก </div>				
	▼	▼	▼	▼	▼
6a - ความรู้สึกเศร้าหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6b - ความรู้สึกท้อแท้หรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6c - ความรู้สึกหมกมุ่นใจหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6d - ความรู้สึกร้องไห้ง่ายหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6e - ความรู้สึกไม่มีความสุขหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมี

	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> ไม่มีเลย มีเล็กน้อย มีบ้าง มีค่อนข้างมาก มีมาก </div>				
	▼	▼	▼	▼	▼
6f - ความรู้สึกมีความสุขหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6g - ความมั่นใจในตนเองหรือไม่

7. คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับการรับมือกับปัญหาความเครียดหรืออารมณ์แปรปรวน

ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมี		มี		มีค่อนข้างมาก		
		ไม่มีเลย	เล็กน้อย	มีบ้าง	ข้างมาก	มีมาก
7a	- ความรู้สึกไม่สามารถรับมือกับสิ่งต่าง ๆ หรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7b	- ความรู้สึก "ไม่ชอบตนเอง" หรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7c	- ความรู้สึกว่าตนเองเกิดความเครียดได้ง่ายหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7d	- อารมณ์แปรปรวนหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7e	- ความรู้สึกหงุดหงิดง่ายหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7f	- ความรู้สึกอึดอัดคับข้องใจหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7g	- ความรู้สึกโกรธหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมี		มี		มีค่อนข้างมาก		
		ไม่มีเลย	เล็กน้อย	มีบ้าง	ข้างมาก	มีมาก
7h	- ความรู้สึกที่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตได้หรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7i	- ความรู้สึกหนักแน่น มั่นคงหรือไม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

สำหรับส่วนที่เหลือของแบบสอบถามนี้ เกี่ยวกับผลกระทบจากโรคไทรอยด์ต่อแง่มุมต่างๆ
ในชีวิตของคุณ

8. คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของคุณกับผู้อื่น

ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา โรคไทรอยด์ทำให้คุณ

มี		มีค่อนข้างมาก		
ไม่มีเลย	เล็กน้อย	มีบ้าง	ข้างมาก	มีมาก
▼	▼	▼	▼	▼

- 8a - มีปัญหาในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น (เช่น คู่สมรส เด็ก แฟน เพื่อน หรือคนอื่น ๆ)
หรือไม่
- 8b - มีความรู้สึกเป็นภาระของผู้อื่นหรือไม่
- 8c - มีความขัดแย้งกับผู้อื่นหรือไม่

ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมี

มี		มีค่อนข้างมาก		
ไม่มีเลย	เล็กน้อย	มีบ้าง	ข้างมาก	มีมาก
▼	▼	▼	▼	▼

- 8d - ความรู้สึกว่าคุณรอบตัวท้อแท้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไทรอยด์
ของคุณหรือไม่

9. คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของคุณ

ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา โรคไทรอยด์ทำให้คุณ

ไม่มีเลย	มีเล็กน้อย	มีบ้าง	มีค่อนข้างมาก	มีมาก
----------	------------	--------	---------------	-------



- 9a - มีความยากลำบากในการจัดการกับชีวิตประจำวันหรือไม่.....
- 9b - ต้องจำกัดกิจกรรมยามว่างหรืองานอดิเรกของคุณหรือไม่.....
- 9c - ไม่สามารถมีส่วนร่วมกับคนรอบข้างหรือไม่.....
- 9d - มีความยากลำบากในการไปไหนมาไหน (เช่น เดินเล่น วิ่ง ปั่นจักรยาน หรือ ขับรถยนต์) หรือไม่.....
- 9e - มีความรู้สึกที่ใช้เวลาในการทำสิ่งต่าง ๆ นานขึ้นหรือไม่.....

ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา โรคไทรอยด์ทำให้คุณ

ฉันไม่ได้ทำงาน	ไม่มีเลย	มีเล็กน้อย	มีบ้าง	มีค่อนข้างมาก	มีมาก
----------------	----------	------------	--------	---------------	-------



- 9f - มีปัญหาในการจัดการหน้าที่การงานหรือไม่ (เช่น ยากที่จะรับมือหรือยากที่จะลาป่วย).....

10. คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์

ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมี

มี		มีค่อนข้างมาก		
ไม่มีเลย	เล็กน้อย	มีบ้าง	ข้างมาก	มีมาก



10a - ความรู้สึกที่โรคไทรอยด์ส่งผลเสียต่อการมีเพศสัมพันธ์หรือไม่

10b - ความต้องการทางเพศลดลงหรือไม่

11. โรคไทรอยด์ (หรือการรักษาโรคไทรอยด์) อาจส่งผลกระทบต่อรูปร่าง. (เช่น คอบวมใหญ่ขึ้น หน้า มือ และเท้าบวม น้ำหนักเปลี่ยนแปลง หรือส่งผลต่อดวงตา)

ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา

มี		มีค่อนข้างมาก		
ไม่มีเลย	เล็กน้อย	มีบ้าง	ข้างมาก	มีมาก



11a - โรคไทรอยด์มีผลกระทบต่อรูปร่างของคุณหรือไม่
(เช่น คอบวมใหญ่ การเปลี่ยนแปลงของตาหรือน้ำหนักเปลี่ยนแปลง)

11b - โรคไทรอยด์ทำให้คุณไม่พอใจกับรูปลักษณ์ของคุณหรือไม่

11c - คุณเคยมีความพยายามที่จะปกปิดหรือปิดบังรอยที่เกิดจากไทรอยด์หรือไม่ (เช่น การใส่ผ้าพันคอหรือแว่นตากันแดด)

11d - คุณเคยมีความรู้สึกรำคาญเวลาคนอื่นมองหรือไม่

11e - คุณมีการแต่งตัวที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากโรคไทรอยด์หรือไม่

11f - คุณมีความรู้สึกว่าการเป็นไทรอยด์ทำให้คุณอ้วนหรือไม่

12. คำถามสุดท้ายเกี่ยวข้องกับผลกระทบโดยรวมจากไทรอยด์ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา

	ไม่มีเลย	มีเล็กน้อย	มีบ้าง	มีค่อนข้างมาก	มีมาก
--	----------	------------	--------	---------------	-------

12

- โรคไทรอยด์มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคุณหรือไม่

กรุณาย้อนกลับไปเพื่อตรวจสอบว่าคุณได้ตอบคำถามครบทุกข้อเรียบร้อยแล้ว

ขอขอบคุณที่สละเวลามาตอบแบบสอบถาม