

แบบสอบถามผลกระทบของอาการปวด

(The University of Washington Concerns About Pain Scale)

คำชี้แจง: อาการปวดสามารถส่งผลกระทบอย่างมากต่อชีวิตของท่านได้ กรุณาบอกเราเกี่ยวกับผลต่างๆ ของอาการนี้ต่อชีวิตของท่าน โดยทำเครื่องหมายในช่องสี่เหลี่ยมเพียง 1 ช่องในแต่ละแถวเท่านั้น

ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ท่านมีความคิดต่อไปนี้บ่อยเพียงใดเมื่อท่านรู้สึกปวด	ไม่เคยเลย	แทบจะ ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	ตลอดเวลา
1. อาการปวดรุนแรงเกินกว่าที่ข้าพเจ้าสามารถจัดการได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. เนื่องจากอาการปวด ข้าพเจ้าไม่อาจมีความสุขได้อีกเลย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. เนื่องจากอาการปวด ชีวิตของข้าพเจ้าจึงแย่มาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ชีวิตของข้าพเจ้ามีแต่จะแย่ลงเนื่องจากอาการปวด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ...บ่อยเพียงใดที่...	ไม่เคยเลย	แทบจะ ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	ตลอดเวลา
5. ท่านพะวงถึงปริมาณอาการปวดมากน้อยแค่ไหน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ท่านมีความยากลำบากในการนึกถึงเรื่องอื่นๆ นอกเหนือจากเรื่องอาการปวด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>