

แบบสอบถามความสามารถในการควบคุมอาการปวด

(The University of Washington Pain-related Self Efficacy Scale)

คำชี้แจง: ขณะที่ท่านตอบคำถามต่อไปนี้ โปรดนึกถึงเหตุการณ์ในแต่ละข้อในช่วง 7 วันที่ผ่านมา และทำเครื่องหมายในช่องสี่เหลี่ยมเพียง 1 ช่องในแต่ละแถวเท่านั้น

ท่านมั่นใจมากเพียงใดว่า ...	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ท่านสามารถทำกิจวัตรประจำวันส่วนใหญ่ได้แม้มีอาการปวดอยู่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ท่านสามารถจัดการกับอาการปวดได้ในระหว่างการทำกิจวัตรประจำวัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ท่านสามารถทำสิ่งต่างๆ ที่ท่านต้องการทำมากที่สุดได้แม้มีอาการปวดอยู่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ท่านสามารถยับยั้งไม่ให้อาการปวดรบกวนการเข้าสังคมของท่านได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ท่านยังคงมีอารมณ์ดีแม้มีอาการปวดอยู่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ท่านสามารถนอนหลับตอนกลางคืนได้สนิทแม้มีอาการปวดอยู่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>