

## แบบวัดความกลัวเชื้อโควิด 19 และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 1 ขัดต่อไปนี้อาจจะเป็นสิ่งที่ทำให้ท่านกลัว หรือ ไม่สบายใจ

กรุณาเลือก  ข้อที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

หากพบว่า	กลัวมากที่สุด	กลัวมาก	กลัวพอสมควร	กลัวนิดหน่อย	ไม่กลัวเลย
1. ผลการตรวจเลือดของท่านพบเชื้อ โควิด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ท่านสัมผัสกับผู้ติดเชื้อ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ท่านได้พูดคุยกับผู้ติดเชื้อ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ท่านอาศัยอยู่ในบริเวณเดียวกับผู้ติดเชื้อ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ท่านไม่ได้สวมใส่หน้ากากหรือเครื่องป้องกันในขณะนั้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ท่านสัมผัสล้างมือก่อนรับประทานอาหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ท่านอยู่ใกล้ชิดกับคนอื่น ๆ ที่ไม่รู้จั๊ก เช่น ใน ลิฟต์ รถโดยสาร ร้านค้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ท่านต้องได้รับเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ท่านต้องไปบริจาคเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 2 การระบาดของเชื้อโควิดส่งผลกระทบต่อท่านเพียงใด

ผลกระทบ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุดหรือไม่เลย
1. เกิดความรู้สึกเครียด วิตกกังวล กระวนกระวาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ขาดสมาธิในการทำงาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. นอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อยลง ไม่มีเรี่ยวแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ใช้ชีวิตประจำวันได้จำกัดลง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. เกิดความรู้สึกหมดหนทาง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. เกิดอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ มวนท้อง ท้องผูก ท้องเสีย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ความสามารถในด้านต่าง ๆ ลดลง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>