

แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก หลังได้รับการรักษา

ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการต่าง ๆ ดังต่อไปนี้อย่างไร

ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มากที่สุด

I. อาการเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารและขับถ่าย

1. ข้าพเจ้ามีอาการเบื่ออาหาร	0	1	2	3	4
2. ข้าพเจ้ามีอาการคลื่นไส้/อาเจียน	0	1	2	3	4
3. ข้าพเจ้ารู้สึกปวดเกร็งท้องขณะอยู่เฉย ๆ	0	1	2	3	4
4. ข้าพเจ้ามีอาการปวดเกร็งบริเวณทวารหนัก ขณะอยู่เฉย ๆ	0	1	2	3	4
5. ข้าพเจ้ามีอาการท้องผูก	0	1	2	3	4
6. ข้าพเจ้ามีอาการท้องเดิน	0	1	2	3	4
7. ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บบริเวณทวารหนักขณะถ่ายอุจจาระ	0	1	2	3	4
8. ข้าพเจ้ามีเลือดออกมากับอุจจาระ	0	1	2	3	4
9. ข้าพเจ้ากลืนอุจจาระไม่ได้	0	1	2	3	4

II. อาการเกี่ยวกับระบบปัสสาวะ

1. ข้าพเจ้ามีอาการปัสสาวะไม่ออก	0	1	2	3	4
2. ข้าพเจ้ารู้สึกปัสสาวะไม่สุด	0	1	2	3	4
3. ข้าพเจ้ามีอาการปัสสาวะบ่อย	0	1	2	3	4
4. ข้าพเจ้ามีอาการปัสสาวะแสบร้อน	0	1	2	3	4
5. ข้าพเจ้ามีเลือดออกมากับปัสสาวะ	0	1	2	3	4
6. ข้าพเจ้ามีอาการปัสสาวะเล็ดขณะไอจาม หัวเราะ	0	1	2	3	4

หรือยกของหนัก

7. ข้าพเจ้าต้องรีบปัสสาวะทันทีที่รู้สึกปวด	0	1	2	3	4
มิฉะนั้นจะมีปัสสาวะเล็ด กลั้นไม่อยู่					

### III. อาการเกี่ยวกับระบบไหลเวียนน้ำเหลือง

1. ข้าพเจ้ามีความรู้สึกหนักหรือถ่วงบริเวณขา	0	1	2	3	4
2. ข้าพเจ้ามีอาการขาบวม	0	1	2	3	4
3. ข้าพเจ้ามีอาการบวมบริเวณอวัยวะเพศ	0	1	2	3	4
4. ข้าพเจ้ามีอาการบวมบริเวณหน้าท้อง	0	1	2	3	4

### IV. อาการเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์และฮอร์โมน

1. ข้าพเจ้ามีเลือดออกทางช่องคลอด	0	1	2	3	4
2. ข้าพเจ้ามีตกขาวหรือกลิ่นจากช่องคลอด	0	1	2	3	4
3. ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บ/แสบช่องคลอดขณะอยู่เฉย ๆ	0	1	2	3	4
4. ข้าพเจ้ามีอาการร้อนวูบวาบ/เหงื่อออก	0	1	2	3	4
5. ข้าพเจ้ามีอาการขาบริเวณปลายมือปลายเท้า	0	1	2	3	4
6. ความถี่ของเพศสัมพันธ์	ไม่มี	น้อย	2-4	5-8	มากกว่า 8
	เพศสัมพันธ์	กว่า 2 ครั้ง/เดือน	ครั้ง/เดือน	ครั้ง/เดือน	ครั้ง/เดือน

\* หากท่านมีเพศสัมพันธ์ กรุณาตอบคำถาม ต่อไปนี้

	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
7. ข้าพเจ้ากลัวการมีเพศสัมพันธ์	0	1	2	3	4
8. ข้าพเจ้าคิดว่ารูปร่างหน้าตาของข้าพเจ้าอัปลักษณ์	0	1	2	3	4
9. ข้าพเจ้าขาดความต้องการทางเพศ	0	1	2	3	4
10. ข้าพเจ้ารู้สึกช่องคลอดแห้ง ขณะมีเพศสัมพันธ์	0	1	2	3	4

11. ข้าพเจ้ารู้สึก <b>ผิดหวัง</b> เกี่ยวกับการถึงจุดสุดท้ายของ ขณะมีเพศสัมพันธ์	0	1	2	3	4
12. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าช่องคลอดสั้น/ตึบแคบเกินไป	0	1	2	3	4
13. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าช่องคลอด <b>ไม่ยืดหยุ่น</b>	0	1	2	3	4
14. ข้าพเจ้ารู้สึกเจ็บช่องคลอดขณะมีเพศสัมพันธ์	0	1	2	3	4
15. ข้าพเจ้ารู้สึกเจ็บในท้องน้อยขณะมีเพศสัมพันธ์	0	1	2	3	4