

ภาคผนวก

## แบบสอบถาม

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง : ศึกษาเฉพาะกรณีเขตกรุงเทพมหานคร

## ส่วนที่ 1

ตอนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

ข้อแนะนำ : กรุณาเติมข้อความ หรือ ชี้เครื่องหมาย / ลงใน ( ) หน้าข้อความที่เป็นจริง

1. เพศของท่าน ( ) ชาย ( ) หญิง

2. อายุของท่าน

( ) ต่ำกว่า 20 ปี

( ) 20 - 27 ปี

( ) 28 - 35 ปี

( ) 36 - 43 ปี

( ) 44 - 51 ปี

( ) 52 - 59 ปี

( ) ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

3. ระดับการศึกษาขั้นสูงสุดของท่าน

( ) ประถมศึกษา

( ) มัธยมศึกษาตอนต้น

( ) มัธยมศึกษาตอนปลาย

( ) ป.ว.ช หรือ ป.ว.ส หรือ อนุปริญญา

( )ปริญญาตรี

( ) สูงกว่าปริญญาตรี

4. สถานภาพสมรสของท่าน

( ) โสด

( ) สมรส

( ) หม้าย

( ) หย่าร้าง

5. อาชีพของท่าน ..... ระบุตำแหน่งงานของท่าน .....

6. ภูมิลำเนาเดิม .....

7. ครอบครัวของท่านมีสมาชิก..... คน สมาชิกในครอบครัวท่านดูแลสุขภาพตนเองบ้างหรือไม่ ( ) ดูแลสุขภาพตนเอง ( ) ไม่ดูแลสุขภาพตนเอง

### ตอนที่ 2 ประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับสุขภาพ

ข้อแนะนำ : กรุณาเติมข้อความ หรือ ชี้แจงเครื่องหมาย / ลงใน ( ) หน้าข้อความที่เป็นจริง

1. ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านโดยรวม ( ) ดี เหตุผล .....
- ( ) ไม่ดี เหตุผล .....
2. ท่าน ( ) มีโรคประจำตัว
- ( ) ไม่มีโรคประจำตัว
3. ท่าน ( ) เคยเจ็บป่วยเป็นเวลานานๆ
- ( ) ไม่เคยเจ็บป่วยเป็นเวลานานๆ
4. ท่านคิดว่าความเจ็บป่วยในอดีต ( ) มีส่วนทำให้ท่านสนใจดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น
- ( ) ไม่มีส่วนทำให้ท่านสนใจดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น
5. หากว่าในอดีตท่านไม่เคยเจ็บป่วยมาก่อนปัจจุบันท่าน ( ) ก็ยังคงสนใจดูแลสุขภาพตนเอง
- ( ) ไม่สนใจดูแลสุขภาพตนเอง

### ตอนที่ 3 การยอมรับในสิ่งแปลกใหม่

ข้อแนะนำ : กรุณาเติมข้อความ หรือ ชี้แจงเครื่องหมาย / ลงใน ( ) หน้าข้อความที่เป็นจริง

1. ท่านคิดว่าตัวท่าน ( ) เป็นคนทันสมัย
- ( ) ไม่เป็นคนทันสมัย
2. ท่าน ( ) ยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้อย่างรวดเร็ว
- ( ) ไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในเวลาอันรวดเร็ว
3. ท่านคิดว่าการดูแลสุขภาพตนเองเป็นเรื่อง ( ) น่าสนใจ
- ( ) ไม่น่าสนใจ

4. ท่านคิดว่าการอาศัยเทคโนโลยีทางการแพทย์ ( ) ดีกว่าการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง  
เพราะ .....
- ( ) ไม่ดีไปกว่าการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง  
เพราะ .....
5. ท่าน ( ) เห็นด้วยว่าแม้จะเป็นคนหัวโบราณหรือคนทันสมัยก็ไม่ทำให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน  
( ) ไม่เห็นด้วยว่าแม้จะเป็นคนหัวโบราณหรือคนทันสมัยก็ไม่ทำให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

#### ตอนที่ 4 แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง

ข้อแนะนำ : กรุณาเติมข้อความ หรือ ขีดเครื่องหมาย / ลงใน ( ) หน้าข้อความที่เป็นจริง

1. ท่าน ( ) สนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง เหตุผล .....
- ( ) ไม่สนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง เหตุผล .....
2. คนใกล้ชิดหรือเพื่อน ๆ มีส่วนช่วยสนับสนุนให้ท่านเกิดความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง  
( ) มีส่วน ( ) ไม่มีส่วน
3. ความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเองของท่านเกิดจากความสนใจจากตัวท่านเองไม่ได้เกิดจากบุคคลอื่นเข้ามามีส่วนทำให้เกิดความสนใจ ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
4. ตัวอย่างจากบุคคลที่ดูแลสุขภาพตนเองอย่างจริงจังจนสามารถมีอายุยืนยาวและมีสุขภาพที่ดีมีผลต่อตัวท่านทำให้เกิดความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
5. เป้าหมายสูงสุดของท่านในการดูแลสุขภาพตนเองคือการมีชีวิตยืนยาว  
( ) ใช่ เหตุผล .....
- ( ) ไม่ใช่ เหตุผล .....

#### ตอนที่ 5 การรณรงค์ผ่านทางสื่อต่างๆ

ข้อแนะนำ : กรุณาเติมข้อความ หรือ ขีดเครื่องหมาย / ลงใน ( ) หน้าข้อความที่เป็นจริง

1. ท่านสนใจรับรู้ข่าวสารเรื่องสุขภาพอนามัยจากสื่อประเภท ( เลือกตอบเพียงข้อเดียว )  
( ) โทรทัศน์ ( ) วิทยู ( ) หนังสือเกี่ยวกับสุขภาพ ( ) อื่นๆ ระบุ .....

2. การรณรงค์ในเรื่องสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันมีผลต่อความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเองของท่าน  ใช่  ไม่ใช่
3. ท่านคิดว่าการเผยแพร่ข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองช่วยทำให้เกิดความเข้าใจเรื่องสุขภาพดียิ่งขึ้น  ใช่  ไม่ใช่
4. ท่านคิดว่าข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองที่เผยแพร่อยู่ทุกวันนี้ตรงตามความเป็นจริง  ใช่  ไม่ใช่
5. ท่านเคยเข้าร่วมงานเกี่ยวกับสุขภาพหรือไม่  
 เคย และทราบข่าวการจัดงานจาก .....  
 ไม่เคย

## ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

### ตอนที่ 1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านร่างกาย

ข้อแนะนำ : กรุณาเติมข้อความ หรือ ชี้แจงเครื่องหมาย / ลงใน ( ) หน้าข้อความที่เป็นจริง

#### พฤติกรรมการบริโภคอาหารและยา

##### การบริโภคอาหาร

1. ท่านรับประทานข้าว ( ตอบเพียงข้อเดียว )  ข้าวกล้อง / ข้าวซ้อมมือ  ข้าวขาว
2. อาหารที่ท่านบริโภคส่วนใหญ่เป็นประเภท ( เลือกตอบเพียงข้อเดียว )  
 แป้ง  โปรตีน  ไขมัน  เกลือแร่และวิตามิน
3. ท่านรับประทานผักสดและผลไม้สดเป็นประจำ  
 ใช่ ระบุชื่อผักและผลไม้ที่ท่านรับประทาน .....  
 ไม่ใช่
4. อาหารที่ท่านรับประทานส่วนใหญ่  ประกอบเองมากกว่าซื้อแบบสำเร็จรูป  
 ซื้อแบบสำเร็จรูปมากกว่าประกอบเอง
5. ท่านดื่มนมหรือไม่  ดื่ม  ไม่ดื่ม  
 และท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่  ดื่ม  ไม่ดื่ม

##### การบริโภทยา

6. ท่านรับประทานยาประเภท ( ตอบเพียงข้อเดียว )  ยาสมุนไพร  ยาแผนปัจจุบัน
7. ท่านใช้ยาเป็นประจำและติดต่อกันมาเป็นเวลานาน  ใช่  ไม่ใช่

8. ท่านจะรับประทานยาเมื่อมีความจำเป็นจริงๆเท่านั้น ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่  
 9. ท่านใช้ยาตัวเดิมมานานและไม่เคยเปลี่ยนยาเลย ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่  
 10. ท่านรับประทานยาตามแพทย์สั่งไม่ซื้อยารับประทานเอง ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

### พฤติกรรมกรรพักผ่อนด้วยการนอนและการใช้เวลาว่าง

#### การนอน

1. ท่านนอนวันละ ( ) น้อยกว่า 7 - 8 ชั่วโมง ( ) 7 - 8 ชั่วโมง ( ) มากกว่า 7 - 8 ชั่วโมง  
 2. ท่านเข้านอนเวลา ( ) ก่อน 22.00 น. ( ) 22.00 น. ( ) หลัง 22.00 น.  
 ท่านตื่นนอนเวลา ( ) ก่อน 05.00 น. ( ) 05.00 น. ( ) หลัง 05.00 น.  
 3. ท่านเชื่อว่าการตื่นนอนแต่เช้าเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่  
 4. ท่านรู้สึกว่าการนอนหลับสนิทและหลับสบาย ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่  
 5. ลักษณะที่นอนของท่านเป็นแบบ ( ) ใช้เสื่อปูนอน ( ) ที่นอนฟองน้ำ ( ) อื่นๆ.....

#### การใช้เวลาว่าง

6. ในแต่ละวันท่านมีเวลาว่างหรือไม่ ( ) มี ( ) ไม่มี  
 7. ท่านไม่เคยปล่อยเวลาว่างให้ผ่านไปโดยเปล่าประโยชน์ ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่  
 8. เวลาว่างส่วนใหญ่ของท่านหมดไปกับกิจกรรมประเภทใด ( เลือกตอบเพียงข้อเดียว )  
 ( ) เล่นกีฬา ( ) อ่านหนังสือ ( ) ฟังวิทยุ/ดูโทรทัศน์ ( ) อื่นๆ .....  
 9. ท่านใช้เวลาว่างหันมาดูแลสุขภาพตนเอง ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่  
 10. ท่านใช้เวลาว่างในการหารายได้ทางอื่นนอกเหนือจากงานประจำมากกว่าการพักผ่อนเฉยๆ  
 ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

### พฤติกรรมกรรออกกำลังกายในรูปแบบกีฬาและรูปแบบอื่นๆ

1. ท่านออกกำลังกายเป็นประจำ ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่  
 2. ท่านออกกำลังกายครั้งละ ( ) น้อยกว่า 15 นาที ( ) 15 นาที ( ) มากกว่า 15 นาที  
 3. ท่านออกกำลังกายช่วงเวลา ( ตอบเพียงข้อเดียว ) ( ) เช้า ( ) กลางวัน ( ) เย็น  
 4. ท่านเคยฝึกเล่นซิ้ง โยคะ รำไทเก๊ก ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่  
 5. สถานที่ที่ท่านใช้ออกกำลังกาย ( เลือกตอบเพียงข้อเดียว )  
 ( ) ที่บ้าน ( ) สวนสาธารณะ ( ) สนามกีฬา ( ) อื่นๆ ระบุ .....

6. ท่านออกกำลังกายติดต่อกันมาเป็นเวลาหลายปีแล้ว ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
7. ท่านเชื่อว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นผลดีต่อสุขภาพ ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
8. กีฬาที่ท่านใช้ในการออกกำลังกายมากที่สุด ( เลือกตอบเพียงข้อเดียว )  
 ( ) วิ่ง ( ) ว่ายน้ำ ( ) เต้นแอโรบิก ( ) อื่นๆ ระบุ .....
9. ท่านเชื่อว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกายย่อมมีสุขภาพที่แย่กว่าผู้ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ  
 ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
10. การออกกำลังกายนอกจากช่วยทำให้สุขภาพดีแล้วยังช่วยให้หายจากการเจ็บป่วยได้  
 ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

พฤติกรรมกรดูแลรักษาความสะอาดตนเองและสิ่งของ

ตนเอง

1. ท่านอาบน้ำวันละ ( ) 2 ครั้ง ( ) มากกว่า 2 ครั้ง
2. ท่านสระผมอาทิตย์ละ ( ) น้อยกว่า 4 ครั้ง ( ) 4 ครั้ง ( ) มากกว่า 4 ครั้ง
3. ก่อนและหลังประกอบอาหารท่านล้างมือทุกครั้ง ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
4. ก่อนและหลังรับประทานอาหารท่านล้างมือทุกครั้ง ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
5. ท่านดูแลทำความสะอาดเล็บมือ-เท้าเสมอ ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

สิ่งของเครื่องใช้

6. ท่านซักผ้าอาทิตย์ละ ( ) น้อยกว่า 5 ครั้ง ( ) 5 ครั้ง ( ) มากกว่า 5 ครั้ง
7. เวลาซักผ้าท่านแยกซักกระหว่างเสื้อกับกางเกง/กระโปรง ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
8. ท่านตากผ้าบริเวณที่เป็นที่โล่ง มีแสงแดดส่องถึงและมีลมพัด ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
9. ท่านเช็ด-ถู-บิด-กวาด ซ้วของเครื่องใช้เป็นประจำ ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
10. เวลาทำความสะอาดเครื่องใช้ต่างๆภายในบ้านท่านใช้ผ้าปิดจมูกเสมอ เพราะกลัวอันตราย  
 จากฝุ่นละออง ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

พฤติกรรมกรจัดการด้านสภาพความเป็นอยู่และการดำเนินชีวิต

การจัดการด้านที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อม และการปฏิบัติงาน

1. ลักษณะที่อยู่อาศัยของท่านเป็นแบบ  
 ( ) ตึกแถว ( ) ทาวน์เฮาส์ ( ) บ้านเช่า ( ) บ้านส่วนตัว ( ) อื่นๆ .....

2. สมาชิกคนอื่นภายในครอบครัวของท่านสนใจเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง  
( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
3. ที่อยู่อาศัยของท่านอยู่ใกล้กับชุมชนแออัด  
( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
4. ที่อยู่อาศัยของท่านมีอากาศถ่ายเทสะดวก  
( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
5. บริเวณที่อยู่อาศัยของท่านมีแหล่งขยะโสโครก น้ำเน่าเสีย และอยู่ใกล้กับโรงงานอุตสาหกรรม  
( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
6. ท่านกำจัดขยะมูลฝอยเป็นประจำ  
( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
7. เมื่อท่านต้องทำงานที่ต้องเสี่ยงกับอันตรายท่านจะใช้เครื่องป้องกันอันตรายจากการทำงาน เช่น หมวกกันกระแทก ผ้าปิดจมูกทุกครั้งปฏิบัติงาน  
( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
8. เมื่อท่านทำงานแล้วเกิดอาการไม่สบายขึ้นท่านจะหยุดพักให้หายเป็นปกติแล้วจึงทำงานต่อ  
( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
9. ท่านทำงานแบบหักโหม จนในบางครั้งไม่มีเวลาพักผ่อน  
( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
10. ท่านคิดว่างานที่ท่านทำอยู่มีผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของท่าน  
( ) ใช่ เหตุผล .....
- ( ) ไม่ใช่ เหตุผล .....

#### พฤติกรรมทางเลือกใช้ผลิตภัณฑ์

1. ท่านเลือกใช้สบู่ที่ทำจากสมุนไพรธรรมชาติ  
( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
2. ท่านเลือกใช้แชมพูและครีมนวดผมที่ทำจากสมุนไพรธรรมชาติ  
( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
3. ท่านเลือกใช้ยาสีฟันที่ทำจากสมุนไพรธรรมชาติ  
( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
4. ท่านเลือกใช้เสื้อผ้าที่เป็นผ้าฝ้าย  
( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
5. ท่านใช้ผลิตภัณฑ์ที่ทำมาจากอลูมิเนียม  
( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
6. ท่านดื่มน้ำผัก - ผลไม้เป็นประจำ  
( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
7. ท่านดื่มเครื่องดื่มเสริมสุขภาพที่ทำจากสมุนไพรธรรมชาติ  
( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
8. เมื่อก่อนท่านใช้ผลิตภัณฑ์ที่ทำจากสารเคมีเป็นส่วนใหญ่  
( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
9. เมื่อท่านเลือกซื้อสินค้าต่างๆ ท่านคำนึงถึงประโยชน์แก่สุขภาพของท่านเป็นสำคัญ  
( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

10. ท่านเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่ทำจากสมุนไพรธรรมชาติเพราะท่านเห็นว่าเรื่องสุขภาพของท่านเป็นเรื่องสำคัญ  ใช่  ไม่ใช่

### พฤติกรรมการตรวจรักษาสุขภาพ

#### การตรวจรักษาสุขภาพในอดีต ปัจจุบัน และในอนาคต

1. ในอดีตท่านเคยตรวจสุขภาพเป็นประจำ  ใช่  ไม่ใช่
2. ในอดีตท่านเข้า-ออกโรงพยาบาลเป็นประจำ  ใช่  ไม่ใช่
3. ในอดีตท่านคิดว่าเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของตัวเองไม่ใช่เป็นหน้าที่ของแพทย์ที่ต้องมาดูแลให้ท่าน  ใช่  ไม่ใช่
4. ปัจจุบันท่านยังคงตรวจสุขภาพเป็นประจำ  ใช่  ไม่ใช่
5. ปัจจุบันท่านเข้า-ออกโรงพยาบาลเป็นประจำ  ใช่  ไม่ใช่
6. ปัจจุบันท่านคิดว่าเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของตัวเองไม่ใช่หน้าที่ของแพทย์ที่ต้องมาดูแลให้ท่าน  ใช่  ไม่ใช่
7. ท่านคิดว่าในอนาคตสุขภาพโดยรวมของท่านจะดีขึ้นเรื่อยๆ  ใช่  ไม่ใช่
8. ท่านคิดว่าในอนาคตท่านไม่ต้องเข้า-ออกโรงพยาบาลบ่อยๆเพราะท่านดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างดีแล้ว  ใช่  ไม่ใช่
9. ท่านคิดว่าในอนาคตประชาชนจะหันมาดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น  
 ใช่ เหตุผล .....
- ไม่ใช่ เหตุผล .....
10. ท่านดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ  ใช่  ไม่ใช่

### ตอนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านจิตใจ

ข้อแนะนำ : กรุณาเติมข้อความ หรือ ชี้ดเครื่องหมาย / ลงใน ( ) หน้าข้อความที่เป็นจริง

#### ด้านอารมณ์และการควบคุมจิตใจ

##### ความคิดที่มีต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และการฝึกสมาธิ

1. ท่านเป็นคนที่มีความเครียดตลอดเวลา  ใช่  ไม่ใช่
2. ท่านมองเรื่องของการแข่งขันชิงดีชิงเด่นเป็นเรื่องไร้สาระ  ใช่  ไม่ใช่
3. ท่านคิดว่าสภาพจิตใจของท่านมีผลต่อสุขภาพของท่านด้วย  ใช่  ไม่ใช่

4. ท่านชื่นชมผู้อื่นที่เขาทำดีเสมอ ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
5. ท่านตำหนิผู้อื่นเมื่อเขาทำผิดเสมอ ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
6. ท่านให้ความสำคัญต่อเพื่อนร่วมงานของท่านเท่าเทียมกันทุกคน ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
7. ท่านฝึกสมาธิ ( ) ใช่ อาทิษฐ์ละ ..... ครั้ง  
( ) ไม่ใช่
8. ท่านไม่เคยฝึกนั่งสมาธิแต่ถ้ามีโอกาสท่านต้องการฝึกเหมือนกัน ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
9. ท่านมีความเชื่อในเรื่องสมาธิทำให้เกิดพลังในการต่อสู้กับโรคร้ายไข้เจ็บได้ ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
10. ท่านคิดว่าการดูแลสุขภาพตนเองกับการฝึกสมาธิไม่ใช่เรื่องที่ต้องกระทำควบคู่กัน ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

### ด้านสังคม

ความคิดของตนเองต่อสังคมและความคิดของตนเองต่อ

สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

1. ท่านช่วยเหลือผู้ที่ตกทุกข์ได้ยาก ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
2. ท่านเห็นว่าการช่วยเหลือผู้อื่นเป็นเรื่องที่สมควรกระทำ ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
3. ท่านคิดว่าความโกรธมีผลเสียต่อสุขภาพของท่าน ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
4. ท่านต้องการกำลังใจจากคนรอบข้าง ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
5. ท่านไม่เคยมีความรู้สึกท้อแท้ ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
6. ท่านเปิดโอกาสให้บุคคลอื่นได้แสดงความสามารถเสมอ ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
7. ท่านยอมรับฟังความคิดเห็นจากผู้อื่น ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
8. การรู้จักการให้อภัยส่งผลให้สุขภาพจิตของท่านดีขึ้น ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
9. ท่านให้คำปรึกษากับผู้ที่มาปรึกษาท่านเป็นอย่างดี ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
10. ท่านเป็นคนหนึ่งที่ชอบทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นเป็นหมู่คณะ ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือด้วยดี