

### แบบประเมินผลกระทบอาการเวียนศีรษะต่อการดำรงชีวิตประจำวัน

แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาความยากลำบากที่คุณอาจจะประสบในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมาเนื่องจากอาการเวียนศีรษะ หรืออาการโคลงเคลง ทรงตัวได้ไม่มั่นคง

กรุณาตอบคำถามโดยการทำเครื่องหมายถูก / ในช่องคำตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” หรือ “บางครั้ง” ให้ตอบคำถามที่สัมพันธ์กับปัญหาเรื่องอาการเวียนศีรษะ หรืออาการโคลงเคลง ทรงตัวไม่มั่นคง เท่านั้น

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	บางครั้ง
P1	การเงยหน้ามองขึ้นด้านบน ทำให้คุณมีปัญหาเพิ่มขึ้นหรือไม่ ?			
E2	จากปัญหาที่คุณมีอยู่ทำให้คุณรู้สึกหงุดหงิดหรือไม่ ?			
F3	จากปัญหาที่คุณมีอยู่จำกัดการเดินทางเพื่อทำธุรกิจ หรือการพักผ่อนของคุณหรือไม่ ?			
P4	การเดินในช่องทางเดิน ของห้างสรรพสินค้าทำให้คุณมีปัญหาเพิ่มขึ้นหรือไม่ ?			
F5	จากปัญหาที่คุณมีอยู่ คุณมีความยากลำบากในการลุกขึ้นจากที่นอน หรือเอนตัวลงนอนหรือไม่ ?			
F6	คุณรู้สึกว่าอาการเวียนศีรษะจำกัดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น การออกไปรับประทานอาหารนอกบ้าน การออกไปโรงภาพยนตร์ เดินร่ำหรืองานเลี้ยงต่างๆ อย่างมีนัยสำคัญหรือไม่ ?			
F7	จากปัญหาที่คุณมีอยู่ ทำให้คุณมีความยากลำบากในการอ่านหนังสือหรือไม่ ?			
P8	การทำกิจกรรม อาทิเช่น การเล่นเกม การเดินร่ำ การทำงานบ้าน เช่น ปิดกวาดหรือการจัดเก็บจานชาม ทำให้คุณมีปัญหาเพิ่มขึ้นหรือไม่ ?			
E9	จากปัญหาที่คุณมีอยู่ ทำให้คุณรู้สึกกลัวที่จะออกจากบ้านคนเดียวหรือไม่ ?			

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	บางครั้ง
E10	จากปัญหาที่คุณมีอยู่ คุณเคยรู้สึกอายเมื่ออยู่ต่อหน้าผู้อื่นหรือไม่ ?			
P11	การเคลื่อนไหวที่รวดเร็วๆ ทำให้คุณมีปัญหาเพิ่มขึ้นหรือไม่ ?			
F12	จากปัญหาที่คุณมีอยู่ ทำให้คุณหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่สูงหรือไม่ ?			
P13	การพลิกตะแคงตัวบนเตียงทำให้คุณมีปัญหาเพิ่มขึ้นหรือไม่ ?			
F14	จากปัญหาที่คุณมีอยู่ ทำให้คุณทำงานบ้านที่หนักๆ หรือการดูแลสนามหญ้ารอบบ้านยากขึ้นหรือไม่ ?			
E15	จากปัญหาที่คุณมีอยู่ ทำให้คุณกลัวว่าคนอื่นอาจคิดว่าคุณมีลักษณะเหมือนคนเมาเหล้าหรือไม่ ?			
F16	จากปัญหาที่คุณมีอยู่ การจะออกไปเดินตามลำพังเป็นเรื่องยากสำหรับคุณหรือไม่ ?			
P17	การเดินตามทางเท้า ทำให้คุณมีปัญหาเพิ่มขึ้นหรือไม่?			
E18	จากปัญหาที่คุณมีอยู่ การใช้สมาธิเป็นเรื่องยากสำหรับคุณหรือไม่ ?			
F19	จากปัญหาที่คุณมีอยู่ คุณมีความยากลำบากในการเดินรอบบ้านตอนกลางคืนหรือไม่ ?			
E20	จากปัญหาที่คุณมีอยู่ ทำให้คุณกลัวการอยู่บ้านคนเดียวหรือไม่ ?			
E21	จากปัญหาที่คุณมีอยู่ ทำให้คุณรู้สึกว่าตนเองพิการหรือไม่ ?			
E22	จากปัญหาที่คุณมีอยู่สร้างความตึงเครียดต่อความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนของคุณหรือไม่ ?			
E23	จากปัญหาที่คุณมีอยู่ทำให้คุณมีภาวะซึมเศร้าหรือไม่ ?			
F24	ปัญหาที่คุณมีอยู่รบกวนการทำงาน หรือภาระหน้าที่ทางครอบครัวของคุณหรือไม่ ?			
P25	การก้มตัวลงทำให้คุณมีปัญหาเพิ่มขึ้นหรือไม่ ?			