

## แบบสอบถามภาวะพึ่งพาทางการได้ยินสำหรับผู้สูงอายุ

แบบสอบถามนี้มีจุดประสงค์เพื่อชี้วัดปัญหาที่มีสาเหตุจากการสูญเสียการได้ยิน กรุณาทำเครื่องหมาย “ใช่” “บางครั้ง” หรือ “ไม่ใช่” ลงในคำถามแต่ละข้อ และตอบคำถามตามลำดับ หากท่านใช้เครื่องช่วยฟังกรุณาตอบคำถามตามความรู้สึกเมื่อถอดเครื่องช่วยฟังออก

|   |  |
|---|--|
| 1. ปัญหาการได้ยินทำให้คุณใช้โทรศัพท์น้อยลงกว่าที่เคยทำหรือไม่         | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/><br>บางครั้ง<br><input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 2. ปัญหาการได้ยินทำให้คุณรู้สึกอายเวลาพบปะกับผู้คนใหม่ๆ หรือไม่       | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/><br>บางครั้ง<br><input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 3. ปัญหาการได้ยินทำให้คุณหลีกเลี่ยงการพบปะกลุ่มคนหรือไม่              | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/><br>บางครั้ง<br><input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 4. ปัญหาการได้ยินเป็นสาเหตุทำให้คุณรู้สึกหงุดหงิดหรือไม่              | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/><br>บางครั้ง<br><input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 5. ปัญหาการได้ยินทำให้คุณรู้สึกท้อแท้เวลาพูดคุยกับคนในครอบครัวหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/><br>บางครั้ง<br><input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 6. ปัญหาการได้ยินทำให้คุณลำบากเวลาร่วมงานเลี้ยงหรือไม่                | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/><br>บางครั้ง<br><input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 7. ปัญหาการได้ยินทำให้คุณรู้สึกโง่หรือสมองทึบหรือไม่                  | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/><br>บางครั้ง<br><input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 8. คุณฟังลำบากเวลาคนพูดกระซิบหรือไม่                                  | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/>  |

|   |   |
|---|---|
|   | บางครั้ง<br><input type="checkbox"/> ไม่  |
| 9. คุณรู้สึกว่าคุณเองพิการเพราะปัญหาการได้ยินหรือไม่  | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/><br>บางครั้ง<br><input type="checkbox"/> ไม่ |
| 10. ปัญหาการได้ยินทำให้คุณลำบากเวลาไปเยี่ยมเยียนเพื่อน ญาติ หรือเพื่อนบ้านหรือไม่             | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/><br>บางครั้ง<br><input type="checkbox"/> ไม่ |
| 11. ปัญหาการได้ยินทำให้คุณเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา น้อยลงกว่าที่คุณอยากทำหรือไม่               | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/><br>บางครั้ง<br><input type="checkbox"/> ไม่ |
| 12. ปัญหาการได้ยินทำให้คุณรู้สึกวิตกกังวลหรือไม่  | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/><br>บางครั้ง<br><input type="checkbox"/> ไม่ |
| 13. ปัญหาการได้ยินทำให้คุณเยี่ยมเยียนเพื่อน ญาติ หรือเพื่อนบ้าน น้อยลงกว่าที่คุณอยากทำหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/><br>บางครั้ง<br><input type="checkbox"/> ไม่ |
| 14. ปัญหาการได้ยินทำให้คุณทะเลาะกับคนในครอบครัวหรือไม่  | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/><br>บางครั้ง<br><input type="checkbox"/> ไม่ |
| 15. ปัญหาการได้ยินทำให้คุณลำบากเวลาฟังทีวีหรือวิทยุหรือไม่                                    | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/><br>บางครั้ง<br><input type="checkbox"/> ไม่ |
| 16. ปัญหาการได้ยินทำให้คุณไปซื้อของน้อยลงกว่าที่คุณอยากทำหรือไม่                              | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/><br>บางครั้ง<br><input type="checkbox"/> ไม่ |
| 17. ปัญหาหรือความลำบากในการได้ยินทำให้คุณเสียใจหรือไม่  | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/><br>บางครั้ง<br><input type="checkbox"/> ไม่ |

|  |   |
|--|---|
| 18. ปัญหาการได้ยินทำให้คุณต้องการใช้ชีวิตอิสระไม่พึ่งพาคนอื่นใช่หรือไม่            | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/><br>บางครั้ง<br><input type="checkbox"/> ไม่ |
| 19. ปัญหาการได้ยินทำให้คุณพูดคุยกับคนในครอบครัวน้อยครั้งลงกว่าที่ คุณอยากทำหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/><br>บางครั้ง<br><input type="checkbox"/> ไม่ |
| 20. คุณรู้สึกว่าปัญหาทางการได้ยินรบกวนชีวิตส่วนตัวหรือการเข้าสังคม ของคุณหรือไม่   | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/><br>บางครั้ง<br><input type="checkbox"/> ไม่ |
| 21. ปัญหาการได้ยินทำให้คุณลำบากเวลาอยู่ในร้านอาหารกับญาติหรือ เพื่อนหรือไม่        | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/><br>บางครั้ง<br><input type="checkbox"/> ไม่ |
| 22. ปัญหาการได้ยินทำให้คุณรู้สึกหดหู่หรือไม่                                       | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/><br>บางครั้ง<br><input type="checkbox"/> ไม่ |
| 23. ปัญหาทางการได้ยินทำให้คุณฟังทีวีหรือวิทยุบ่อยลงกว่าที่คุณอยากทำหรือไม่         | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/><br>บางครั้ง<br><input type="checkbox"/> ไม่ |
| 24. ปัญหาการได้ยินทำให้คุณรู้สึกอึดอัดเวลาคุยกับเพื่อนๆหรือไม่                     | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/><br>บางครั้ง<br><input type="checkbox"/> ไม่ |
| 25. ปัญหาการได้ยินทำให้คุณรู้สึกโดดเดี่ยวหรือไม่                                   | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/><br>บางครั้ง<br><input type="checkbox"/> ไม่ |