

**แบบประเมินคัดกรองภาวะพึ่งพาทางการได้ยินสำหรับผู้สูงอายุ  
ฉบับภาษาไทย (HHIE-ST)**

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” หรือ “บางครั้ง” เพื่อตอบคำถามในแต่ละข้อ และให้ตอบคำถามตามลำดับ หากท่านใช้เครื่องช่วยฟัง กรุณาตอบคำถามตามความรู้สึกเมื่อถอดเครื่องช่วยฟังออก

ข้อ ที่	คำถาม	ใช่	บางครั้ง	ไม่ใช่
1.	ปัญหาการได้ยินทำให้คุณรู้สึกอายเวลาพบปะกับผู้คนใหม่ๆหรือไม่			
2.	ปัญหาการได้ยินทำให้คุณรู้สึกท้อแท้เวลาพูดคุยกับคนในครอบครัวหรือไม่			
3.	คุณฟังลำบากเวลาคนพูดกระซิบหรือไม่			
4.	คุณรู้สึกว่าตนเองพิการเพราะปัญหาการได้ยินหรือไม่			
5.	ปัญหาการได้ยินทำให้คุณลำบากเวลาไปเยี่ยมเยียนเพื่อนญาติหรือเพื่อนบ้านหรือไม่			
6.	ปัญหาการได้ยินทำให้คุณเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาน้อยลงกว่าที่คุณอยากทำหรือไม่			
7.	ปัญหาการได้ยินทำให้คุณทะเลาะกับคนในครอบครัวหรือไม่			
8.	ปัญหาการได้ยินทำให้คุณลำบากเวลาฟังทีวีหรือวิทยุหรือไม่			
9.	คุณรู้สึกว่าปัญหาทางการได้ยินรบกวนชีวิตส่วนตัวหรือการเข้าสังคมของคุณหรือไม่			
10.	ปัญหาการได้ยินทำให้คุณลำบากเวลาอยู่ในร้านอาหารกับญาติหรือเพื่อนหรือไม่			
คะแนนรวม = _____				