

## แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ

เพศ  ชาย  หญิง อายุ \_\_\_\_\_ ปี

ความถี่ในการออกกำลังกาย  2-3 ครั้งต่อเดือน  เดือนละครั้ง  
 2-3 เดือนต่อครั้ง  6 เดือนต่อครั้ง

ความถี่ในการไปพบแพทย์  2-3 ครั้งต่อเดือน  เดือนละครั้ง  
 2-3 เดือนต่อครั้ง  6 เดือนต่อครั้ง

ข้อ	ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
1.	ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับสายตา เช่น มองเห็นไม่ชัด				
2.	ท่านรู้สึกว่าคุณของท่านได้ยินชัดเจนน้อยลง				
3.	ท่านรู้สึกว่าการได้กลิ่นสิ่งต่างๆ น้อยลง				
4.	ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับฟัน เช่น ฟันโยก ไม่มีฟัน หรือใช้ฟันปลอมไม่พอดี ทำให้เคี้ยวอาหารไม่สะดวก				
5.	ท่านรู้สึกว่าลิ้นรับรสอาหารได้น้อยลง				
6.	ท่านรู้สึกเบื่ออาหาร				
7.	ท่านมีอาการท้องอืด จุกเสียด แน่นท้อง				
8.	ท่านมีปัญหาในการขยับถ่ายอุจจาระ เช่น ท้องผูก ท้องเสีย				
9.	ท่านมีปัญหาในการขยับถ่ายปัสสาวะ เช่น กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะกะปริดกะปรอย				
10.	ท่านรู้สึกเหนื่อยหรืออ่อนเพลียง่าย				
11.	ท่านเคยมีอาการหน้ามืด เป็นลม				
12.	ท่านมีอาการนอนไม่หลับ				
13.	ท่านมีอาการปวดข้อ หรือปวดกล้ามเนื้อ จนรู้สึกเคลื่อนไหวลำบาก				
14.	ท่านรู้สึกว่าคุณลดลง				
15.	เมื่อเทียบกับคนอื่น ๆ ในวัยเดียวกันท่านรู้สึกว่าสุขภาพโดยทั่วไปของท่านไม่แข็งแรง				