



# แบบทดสอบประเมินผลกระทบของความผิดปกติในการมองเห็น

(แปลจากแบบทดสอบของศูนย์วิจัยทางจักษุวิทยา ประเทศออสเตรเลีย 2550)

## คำแนะนำ

กรุณาอ่านคำถามอย่างรอบคอบและทำเครื่องหมายวงกลม  รอบคำตอบที่ตรงกับท่านมากที่สุด

วงกลมเพียงครั้งเดียวในแต่ละแถว

หากท่านสวมแว่นตา คอนแทคเลนส์ หรืออุปกรณ์ช่วยขยาย ในการทำกิจกรรมบางอย่าง กรุณาเลือกคำตอบตามที่ท่านสามารถมองเห็นขณะใส่แว่นตาหรือคอนแทคเลนส์

ต่อไปนี้เป็นตัวอย่าง 2 ข้อ

ในเดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเพียงใดที่การมองเห็นของท่านทำให้ท่านมีความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับสิ่งต่อไปนี้

	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	ไม่ได้ทำกิจกรรมนี้ด้วยเหตุผลอื่น
ข้ามถนน	0	1	2	<input checked="" type="radio"/> 3	8
จัดเตรียมอาหารด้วยตนเอง	0	1	<input checked="" type="radio"/> 2	3	8





## เริ่มทำตรงนี้ และโปรดจำ

ทำเครื่องหมายวงกลมเพียงหนึ่งวงในแต่ละแถวและโปรดอย่าปล่อยให้แถวว่าง

เลือกคำตอบตามที่ท่านมองเห็นขณะใส่แว่นตา คอนแทคเลนส์ หรืออุปกรณ์ช่วยขยาย (ถ้าใช้)

### ในเดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านมองเห็นของท่านรบกวนการทำกิจกรรมต่อไปนี้

	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	ไม่ได้ทำกิจกรรมนี้ ด้วยเหตุผลอื่น (ที่ไม่ เกี่ยวกับการมองเห็น)	ขอบเขตการประเมิน
1. การรับชมและเพลิดเพลินกับรายการโทรทัศน์	0	1	2	3	8	การอ่านและการเข้าถึงข้อมูล
2. การเข้าร่วมกิจกรรมสันทนาการ เช่น การเดินเล่น วิ่งจ็อกกิ้ง เปตอง หรือเดินแอโรบิค	0	1	2	3	8	การเคลื่อนไหวและไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น
3. การจับจ่ายซื้อของ (เลือกหาสิ่งที่ต้องการและ จ่ายเงินซื้อ)	0	1	2	3	8	การอ่านและการเข้าถึงข้อมูล
4. เยี่ยมเยียนเพื่อนฝูงและญาติ	0	1	2	3	8	การเคลื่อนไหวและไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น
5. การจดจำทำทนายและพบปะผู้คน	0	1	2	3	8	การอ่านและการเข้าถึงข้อมูล
6. การดูแลภาพลักษณ์ของตนเองโดยทั่วไป (แต่งหน้า หวีผม จัดแต่งเสื้อผ้า และอื่น ๆ)	0	1	2	3	8	การอ่านและการเข้าถึงข้อมูล
7. เปิดบรรจุภัณฑ์ (เช่น อาหาร ยา)	0	1	2	3	8	การอ่านและการเข้าถึงข้อมูล



เลือกคำตอบตามที่ท่านมองเห็นขณะใส่แว่นตา คอนแทคเลนส์ หรืออุปกรณ์ช่วยขยาย (ถ้าใช้)

ในเดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเพียงใดที่การมองเห็นของท่านรบกวนการทำกิจกรรมต่อไปนี้

	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	ไม่ได้ทำกิจกรรมนี้ ด้วยเหตุผลอื่น (ที่ไม่ เกี่ยวกับการมองเห็น)	ขอบเขตการประเมิน
8. อ่านฉลากและคำแนะนำการใช้ยา	0	1	2	3	8	การอ่านและการเข้าถึงข้อมูล
9. ใช้งานอุปกรณ์เครื่องใช้ในบ้านและโทรศัพท์	0	1	2	3	8	การอ่านและการเข้าถึงข้อมูล
10. การมองเห็นของท่านรบกวนการออกไปใช้ชีวิต นอกบ้านมากนักเพียงใด (การเดินทางเท้า การ ข้ามถนน)	0	1	2	3	8	การเคลื่อนไหวและไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น
11. ในเดือนที่ผ่านมา สภาพการมองเห็นของท่านทำ ให้ท่านต้องระมัดระวังการสะดุดหกล้มมากนัก เพียงใด	0	1	2	3	8	การเคลื่อนไหวและไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น
12. โดยทั่วไป การมองเห็นของท่านรบกวนการ เดินทางท่องเที่ยวหรือโดยสารพาหนะ (เช่น รถเมล์ รถไฟ) มากน้อยเพียงใด	0	1	2	3	8	การเคลื่อนไหวและไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น
13. การก้าวลงขั้นบันได ทางต่างระดับ หรือขอบ ทางเดิน	0	1	2	3	8	การเคลื่อนไหวและไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น



เลือกคำตอบตามที่ท่านมองเห็นขณะใส่แว่นตา คอนแทคเลนส์ หรืออุปกรณ์ช่วยขยาย (ถ้าใช้)

ในเดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเพียงใดที่การมองเห็นของท่านรบกวนการทำกิจกรรมต่อไปนี้

	ไม่เลย	พอสมควร	มาก	ไม่ได้ทำกิจกรรมนี้ด้วยเหตุผลอื่น (ที่ไม่เกี่ยวกับการมองเห็น)	ขอบเขตการประเมิน
14. อ่านตัวพิมพ์ขนาดปกติ (เช่นหนังสือพิมพ์)	0	1	2	8	การอ่านและการเข้าถึงข้อมูล
15. ค้นหาข้อมูลที่ต้องการ	0	1	2	8	การอ่านและการเข้าถึงข้อมูล

เลือกคำตอบตามที่ท่านมองเห็นขณะใส่แว่นตา คอนแทคเลนส์ หรืออุปกรณ์ช่วยขยาย (ถ้าใช้)

ในเดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเพียงใดที่การมองเห็นของท่านทำให้ท่านมีความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับสิ่งต่อไปนี้

	ไม่เลย	น้อยครั้ง	พอสมควร	บ่อยครั้งมาก	ขอบเขตการประเมิน
16. ความปลอดภัยโดยทั่วไปในการใช้ชีวิตภายในบ้าน	0	1	2	3	การเคลื่อนไหวและไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น
17. การทำของหนักหรือทำสิ่งของตกแตก	0	1	2	3	การเคลื่อนไหวและไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น
18. ความปลอดภัยโดยทั่วไปเวลาใช้ชีวิตนอกบ้าน	0	1	2	3	การเคลื่อนไหวและไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น
19. ในเดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเพียงใดที่การมองเห็นของท่านเป็นอุปสรรคขัดขวางทำให้ท่านต้องล้มเลิกการทำสิ่งที่ท่านต้องการทำ	0	1	2	3	การเคลื่อนไหวและไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น
20. ในเดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเนื่องจากปัญหาการมองเห็นของท่าน	0	1	2	3	การเคลื่อนไหวและไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

เลือกคำตอบตามที่ท่านมองเห็นขณะใส่แว่นตา คอนแทคเลนส์ หรืออุปกรณ์ช่วยขยาย (ถ้าใช้)

ให้นึกถึงความรู้สึกที่ท่านมีต่อการมองเห็นของตนเองในเดือนที่ผ่านมา

	ไม่เลย	น้อยครั้ง	พอสมควร	บ่อยครั้งมาก	ขอบเขตการประเมิน
21. ท่านรู้สึกอับอายกับความสามารถในการมองเห็นของตนเองหรือไม่	0	1	2	3	สภาวะอารมณ์
22. ท่านรู้สึกท้อแท้หรือรำคาญเนื่องจากความสามารถในการมองเห็นของตนเองหรือไม่	0	1	2	3	สภาวะอารมณ์
23. ท่านรู้สึกเปล่าเปลี่ยวหรือโดดเดี่ยวอันมีสาเหตุเนื่องจากความสามารถในการมองเห็นของตนเองหรือไม่	0	1	2	3	สภาวะอารมณ์
24. ท่านรู้สึกเศร้าเสียใจหรือรู้สึกด้อยค่าอันมีสาเหตุเนื่องจากความสามารถในการมองเห็นของตนเองหรือไม่	0	1	2	3	สภาวะอารมณ์
25. ในเดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกวิตกกังวลว่าความสามารถในการมองเห็นของตนเองจะแย่ลงบ่อยครั้งเพียงใด	0	1	2	3	สภาวะอารมณ์
26. ในเดือนที่ผ่านมา ความสามารถในการมองเห็นของท่านทำให้ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการจัดการเรื่องราวต่างๆในชีวิตประจำวันบ่อยครั้งเพียงใด	0	1	2	3	สภาวะอารมณ์
27. ท่านรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต้องรบกวนผู้อื่นเนื่องจากความสามารถในการมองเห็นของตนเองหรือไม่	0	1	2	3	สภาวะอารมณ์
28. ในเดือนที่ผ่านมา ความสามารถในการมองเห็นของท่านรบกวนการดำเนินชีวิตโดยรวมมากน้อยเพียงใด	0	1	2	3	สภาวะอารมณ์

กรุณาตรวจสอบว่าท่านได้ตอบครบทุกคำถาม ขอขอบพระคุณ