

แบบประเมินความกังวลหรือกลัวการหกล้ม

ต่อไปนี้เป็นผู้วิจัยขอสอบถามว่าท่านมีความกังวลอย่างไรต่อความเป็นไปได้ที่จะหกล้ม กรุณาตอบคำถามโดยคำนึงว่า โดยปกติท่านทำกิจกรรมเหล่านี้ได้อย่างไร หากปัจจุบันท่านไม่ได้ทำกิจกรรมเหล่านี้ด้วยตัวเอง (เช่น มีคนอื่นซื้อของแทนท่าน) กรุณาตอบคำถามว่า ท่านมีความกังวลอย่างไรเกี่ยวกับการหกล้มถ้าท่านทำกิจกรรมเหล่านี้ด้วยตัวเอง สำหรับกิจกรรมดังต่อไปนี้ กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องสี่เหลี่ยมที่ใกล้เคียงมากที่สุดกับความเห็นของท่านในเรื่องความกังวลว่า อาจจะหกล้มหากท่านทำกิจกรรมเหล่านี้

		ไม่กังวลหรือ ไม่กลัว 1	กังวลหรือกลัว เล็กน้อย 2	กังวลหรือกลัว ปานกลาง 3	กังวลหรือกลัว มาก 4
1	การทำความสะอาดบ้าน (เช่น กวาดบ้าน, ดูดฝุ่น หรือ บัดฝุ่น)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2	การใส่หรือถอดเสื้อผ้า	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3	การเตรียมอาหารง่ายๆ	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4	การอาบน้ำ	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5	การไปซื้อของ	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
6	การนั่งหรือลุกจากเก้าอี้	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7	การขึ้นหรือลงบันได	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
8	การเดินบริเวณใกล้ๆ บ้าน	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
9	การเอื้อมหยิบของเหนือศีรษะ หรือ ก้มลงเก็บของบนพื้น	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10	การรับโทรศัพท์ก่อนที่เสียงโทรศัพท์จะหยุดไป	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
11	การเดินบนพื้นลื่น (เช่น พื้นเปียก หรือ เป็นน้ำแข็ง)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
12	การไปเยี่ยมเพื่อนหรือญาติ	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
13	การเดินในที่ที่มีคนจำนวนมาก	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
14	การเดินบนพื้นที่ไม่เรียบ (เช่น พื้นหิน, ทางเดินที่ ไม่ได้รับการดูแลรักษา)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
15	การเดินขึ้นหรือลงที่ลาดชัน	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
16	การออกไปร่วมกิจกรรมทางสังคม (เช่น กิจกรรมทางศาสนา การรวมญาติ หรือ กิจกรรมชมรม)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>