

แบบสอบถามอาการชายสูงวัย

อาการดังต่อไปนี้ข้อไหนที่เข้ากันได้กับท่านในขณะนี้? โปรดทำเครื่องหมายลงในช่องที่เหมาะสมสำหรับแต่ละอาการ ถ้าอาการข้อไหนไม่เข้ากันเลยให้ทำเครื่องหมายในช่อง "ไม่มีอาการ"

ระดับความรุนแรงของอาการ

คะแนน =	ไม่มีอาการ	น้อย	ปานกลาง	รุนแรง	รุนแรงมาก
	1	2	3	4	5
1. ความรู้สึกเกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดีโดยทั่วไปของท่านลดลง (ภาวะสุขภาพทั่วไป, ความรู้สึกของตัวเอง)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ปวดตามข้อและปวดกล้ามเนื้อ (ปวดหลังส่วนล่าง, ปวดข้อ, ปวดตามแขนขา, ปวดเมื่อยที่หลังทั่วไป)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. เหนื่อยออกมากกว่าปกติ (มีเหนื่อยออกมากแบบทันทีทันใดไม่คาดคิดมาก่อน, รู้สึกอ่อนวูบวาบโดยไม่มีสาเหตุ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. มีปัญหาการนอนหลับ (นอนหลับยาก, นอนหลับๆ ตื่นๆ, ตื่นเช้ากว่าปกติและรู้สึกเหนื่อย, นอนหลับได้ไม่ดี, นอนไม่หลับ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ต้องการที่จะนอนมากขึ้น, รู้สึกเหนื่อยเพลียบ่อยๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. หลุดหงิดง่าย (รู้สึกก้าวร้าว, โมโหง่ายแม้แต่เรื่องเล็กๆ น้อยๆ, อารมณ์เปลี่ยนแปลง)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ประสาทเครียด (มีความตึงเครียดอยู่ในใจ, กระสับกระส่าย, รู้สึกกระวนกระวาย)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. รู้สึกวิตกกังวล (รู้สึกตกใจกลัวง่าย)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. รู้สึกหมดแรง/ไม่มีชีวิตชีวา(ทำงานหรือกิจกรรมได้น้อยลง, ทำอะไรได้น้อยลง, หมดความสนใจในการพักผ่อนหย่อนใจ, รู้สึกว่าทำอะไรได้เสร็จน้อยลงและสำเร็จได้น้อยลง, ต้องบังคับตนเองให้ทำกิจกรรมต่างๆ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง (รู้สึกอ่อนแรง)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. มีอารมณ์ซึมเศร้า (รู้สึกตกต่ำ, ซึมเศร้า, อยากรจะร้องไห้, ไม่มีแรงคลไจอารมณ์แปรปรวน, รู้สึกว่าอะไรก็ไม่มีประโยชน์)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. รู้สึกว่าตนเองผ่านช่วงที่ดีที่สุดของชีวิตไปแล้ว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. รู้สึกหมดไฟ, เหมือนชีวิตอยู่จุดต่ำสุด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. หนาวเข้าน้ำแข็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ความสามารถและความดีในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. จำนวนครั้งของการแข็งตัวขององคชาติตอนเช้าลดลง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ความต้องการทางเพศลดลง (ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง, ขาดความปรารถนาที่จะมีเพศสัมพันธ์)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ท่านมีอาการอาการที่สำคัญอื่นๆ อีกหรือไม่ มี ไม่มี

ถ้ามีกรุณาอธิบาย

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงสำหรับความร่วมมือของท่าน