

DASH

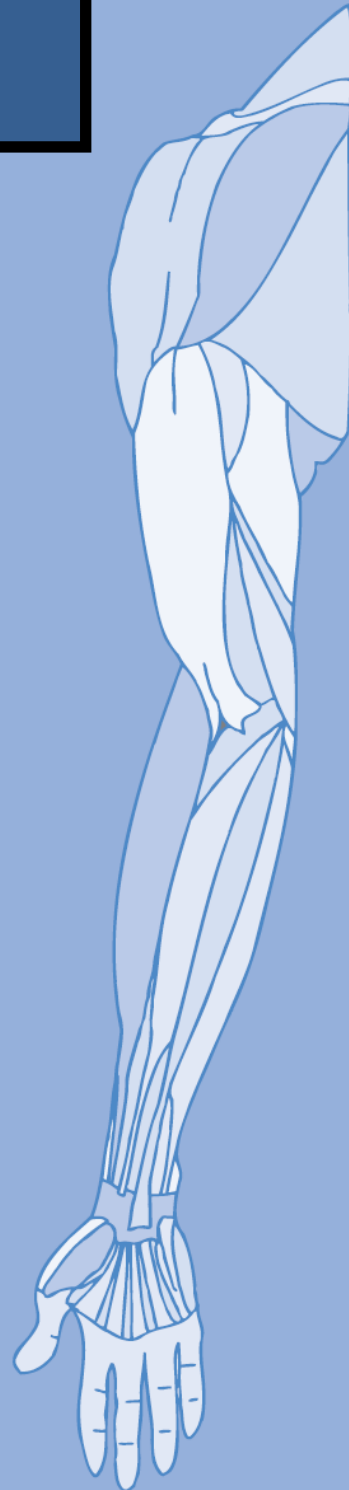
คำชี้แจง:

แบบสอบถามนี้ใช้สอบถามอาการและความสามารถ
ในการทำกิจกรรมบางอย่างของท่าน

กรุณาตอบคำถามทุกข้อตามที่เกิดขึ้นกับท่านในอาทิตย์
ที่ผ่านมา โดยวงกลมตัวเลขที่เหมาะสม

หากเมื่ออาทิตย์ที่แล้ว ท่านไม่ได้ทำกิจกรรมนั้น ก็ให้เดา
หรือประมาณให้ใกล้เคียงว่าข้อใดน่าจะตรงที่สุด

ให้ตอบตามความสามารถของท่านในการทำกิจกรรม
หรืองานนั้น ไม่ว่าจะใช้มือข้างใดทำ



DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND ฉบับภาษาไทย

โปรดประเมินความสามารถของท่านเกี่ยวกับกิจกรรมต่อไปนี้ในช่วงอาทิตย์ที่ผ่านมา โดยวงกลมตัวเลขคำตอบที่เหมาะสม

	ไม่ยาก	ยากเล็กน้อย	ยากปานกลาง	ยากมาก	ทำไม่ได้เลย
1. เปิดฝาขวดที่ปิดแน่นหรือที่ยังไม่ถูกเปิดมาก่อน	1	2	3	4	5
2. เขียนหนังสือ	1	2	3	4	5
3. ไขกุญแจ	1	2	3	4	5
4. ทำอาหาร	1	2	3	4	5
5. ผลักประตูที่หนักให้เปิดออก	1	2	3	4	5
6. เอาของวางบนชั้นที่สูงเหนือศีรษะ	1	2	3	4	5
7. ทำงานบ้านหนักๆ (เช่น ชัดห้องน้ำ, ถูพื้น)	1	2	3	4	5
8. ทำสวนหรืองานสนาม เช่น ตัดหญ้า กวาดใบไม้	1	2	3	4	5
9. เก็บที่นอน ปูที่นอน	1	2	3	4	5
10. หิ้วถุงใส่ของหรือกระเป๋าเอกสาร	1	2	3	4	5
11. ถือของหนัก (เกิน 5 กิโลกรัม)	1	2	3	4	5
12. เปลี่ยนหลอดไฟที่อยู่สูงเหนือศีรษะหรือกวาดหยากไย่	1	2	3	4	5
13. สระผมหรือเป่าผมเอง	1	2	3	4	5
14. ถูหลังเองขณะอาบน้ำ	1	2	3	4	5
15. สวมเสื้อแบบสวมหัว	1	2	3	4	5
16. ใช้มีดหั่นอาหาร (เช่น ผัก, ผลไม้, เนื้อ)	1	2	3	4	5
17. ทำกิจกรรมยามว่างเบาๆ (เช่น งานถักจักรสาน, หมากฮอส ฯลฯ)	1	2	3	4	5
18. ทำกิจกรรมยามว่างที่ต้องออกแรงแขน, ไหล่หรือมือ (เช่น ตีกอล์ฟ, ตีเทนนิส ฯลฯ)	1	2	3	4	5
19. ทำกิจกรรมยามว่างที่ได้ขยับแขนไปมา (เช่น เล่นแบดมินตัน, ตีปิงปอง ฯลฯ)	1	2	3	4	5
20. เดินทางด้วยพาหนะตามต้องการ (จากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง) เช่น ขับรถ, โหนรถเมล์	1	2	3	4	5
21. ทำกิจกรรมทางเพศ เช่น การกอดและสัมผัสอย่างใกล้ชิด, การสำเร็จความใคร่ด้วยตัวเอง, การมีเพศสัมพันธ์	1	2	3	4	5

DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND ฉบับภาษาไทย

	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
22. ในช่วงอาทิตย์ที่ผ่านมา ปัญหาเกี่ยวกับแขน, ไหล่หรือมือของท่านรบกวนการทำงานทางสังคมกับครอบครัว, เพื่อน ฯลฯ มากน้อยเพียงใด (วงกลมตัวเลข)	1	2	3	4	5

	ไม่มีข้อจำกัด	มีเล็กน้อย	มีปานกลาง	มีข้อจำกัดมาก	ทำไม่ได้เลย
23. ในช่วงอาทิตย์ที่ผ่านมา ท่านมีข้อจำกัดในการทำงานประจำวัน เนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับแขน, ไหล่หรือมือหรือไม่ (วงกลมตัวเลข)	1	2	3	4	5

โปรดวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่บอกระดับความรุนแรงของอาการดังระบุด้านล่างในช่วงอาทิตย์ที่ผ่านมา

	ไม่มี	เล็กน้อย	ปานกลาง	รุนแรง	รุนแรงมากที่สุด
24. โดยทั่วไป ท่านมีอาการอาการปวดแขน, ไหล่หรือมือ หรือไม่	1	2	3	4	5
25. ท่านมีอาการอาการปวดแขน, ไหล่หรือมือ เมื่อทำงานเฉพาะ อย่างใดอย่างหนึ่งหรือไม่	1	2	3	4	5
26. ท่านมีอาการชูชาเหมือนเป็นเหน็บ, แผลบปลาบคล้ายเข็มตำที่แขน, ไหล่หรือมือ หรือไม่	1	2	3	4	5
27. ท่านมีอาการอ่อนแรงที่แขน, ไหล่หรือมือ หรือไม่	1	2	3	4	5
28. ท่านมีอาการฝืดหรือติดขัดบริเวณแขน, ไหล่หรือมือ หรือไม่	1	2	3	4	5

	ไม่ยาก	ยากเล็กน้อย	ยากปานกลาง	ยากมาก	ยากจนหลับไม่ได้
29. ในช่วงอาทิตย์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการปวดแขน, ไหล่หรือมือที่ทำให้นอนหลับยากหรือไม่	1	2	3	4	5

	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เฉยๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
30. ฉัน (ตัวท่านเอง) รู้สึกว่าความสามารถ, ความมั่นใจและประโยชน์ของตัวเองลดลง เนื่องจากปัญหาที่แขน, ไหล่หรือมือ (วงกลมตัวเลข)	1	2	3	4	5

คะแนน DASH ความบกพร่อง/อาการ = $\left[\frac{\text{(ผลรวมของคะแนนจากจำนวน } n \text{ ข้อที่ตอบ)}}{n} - 1 \right] \times 25$

ขณะที่ n = จำนวนข้อที่มีคำตอบ

คะแนน DASH ไม่สามารถคิดคะแนนได้ หากมีข้อที่ไม่ตอบเกิน 3 ข้อ

DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND ฉบับภาษาไทย

ชุดคำถามเกี่ยวกับการทำงาน

○ ไม่ต้องตอบคำถามส่วนนี้ถ้าท่านไม่ได้ทำงาน

คำถามต่อไปนี้จะถามถึงผลกระทบจากปัญหาของแขน, ไหล่หรือมือต่อความสามารถในการทำงานของท่าน (รวมทั้งงานบ้าน ถ้าเป็นหน้าที่หลักของท่าน)
ให้บอกอาชีพ/งานของท่าน: _____

โปรดวงกลมรอบตัวเลขที่บอกระดับความยากลำบากในการทำงานของท่านในช่วงอาทิตย์ที่ผ่านมา

	ไม่ยาก	ยากเล็กน้อย	ยากปานกลาง	ยากมาก	ทำไม่ได้เลย
1. ท่านทำงานโดยวิธีที่ทำอยู่เป็นประจำได้ลำบากหรือไม่	1	2	3	4	5
2. ความเจ็บปวดที่แขน, ไหล่หรือมือ ทำให้ท่านทำงานประจำได้ลำบากหรือไม่	1	2	3	4	5
3. ท่านมีความยากลำบากในการทำงานให้ตั้งใจหรือไม่	1	2	3	4	5
4. ท่านมีความยากลำบากในการทำงานให้เสร็จภายในเวลาเท่าเดิมหรือไม่	1	2	3	4	5

ชุดคำถามเกี่ยวกับการเล่นกีฬา/การทำงานด้านศิลปะ

○ ไม่ต้องตอบคำถามส่วนนี้ถ้าท่านไม่ได้เล่นกีฬาหรือดนตรี

คำถามต่อไปนี้จะถามถึงผลกระทบจากปัญหาของแขน, ไหล่หรือมือต่อความสามารถในการเล่นดนตรีหรือกีฬาของท่าน
หากท่านเล่นกีฬาหรือเครื่องดนตรีมากกว่าหนึ่งชนิด ให้เลือกเพียงชนิดเดียวที่มีความสำคัญต่อท่านมากที่สุด
ให้บอกชื่อกีฬาหรือเครื่องดนตรีชนิดนั้น: _____

โปรดวงกลมรอบตัวเลขที่บอกระดับความยากลำบากในการทำงานของท่านในช่วงอาทิตย์ที่ผ่านมา

	ไม่ยาก	ยากเล็กน้อย	ยากปานกลาง	ยากมาก	ทำไม่ได้เลย
1. ท่านเล่นดนตรีหรือกีฬาชนิดนั้นโดยวิธีที่ทำอยู่เป็นประจำได้ลำบากหรือไม่	1	2	3	4	5
2. ความเจ็บปวดที่แขน, ไหล่หรือมือ ทำให้ท่านเล่นดนตรีหรือกีฬาชนิดนั้นได้ลำบากหรือไม่	1	2	3	4	5
3. ท่านมีความยากลำบากในการเล่นดนตรีหรือกีฬาชนิดนั้นให้ตั้งใจหรือไม่	1	2	3	4	5
4. ท่านมีความยากลำบากในการฝึกซ้อมหรือเล่นดนตรีหรือกีฬาชนิดนั้นได้นานเท่าที่เคยทำหรือไม่	1	2	3	4	5

การคิดคะแนนชุดคำถาม โดยเอาคะแนนของทุกข้อที่ตอบมาบวกกันหารด้วย 4 (จำนวนข้อทั้งหมด) แล้วลบด้วย 1 คูณด้วย 25
คะแนนชุดคำถามนี้ไม่สามารถคิดคะแนนได้หากไม่ตอบข้อใดข้อหนึ่ง