

## แบบคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

### 1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล.....อายุ..... ปี เลขบัตรประชาชน .....วันเดือนปีเกิด.....  
 บ้านเลขที่ ..... หมู่.....ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด .....  
 ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... กก. รอบเอว..... ซม.

### 2. ข้อมูลการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ

#### 2.1 การคัดกรองโรคเบาหวาน

- ระดับน้ำตาลในเลือด ..... มก./ดล.  ปกติ  เสี่ยง  ป่วย

#### 2.2 การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง

- ระดับความดันโลหิต ...../..... มม.ปรอท  ปกติ  เสี่ยง  ป่วย

#### 2.3 การคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และผู้ที่มีภาวะอ้วน

ข้อ	คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
1	ยังคงสูบบุหรี่ ยาเส้น ยาสูบ บุหรี่ซิการ์เรต บุหรี่ซิการ์ หรือ หยุดสูบไม่เกิน 1 ปี		
2	ระดับความดันโลหิต $\geq 130/85$ มม.ปรอท และ/หรือ เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	ระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) $\geq 100$ มก./ดล. และ/หรือ เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือพยาบาล ว่ามีภาวะไขมันเลือดผิดปกติ โดย TC>280 มก./ดล. และหรือ LDL>100 มก./ดล. และหรือ TG>150 มก./ดล. และหรือ HDL ในชาย<40 มก./ดล. ในหญิง <50 มก./ดล.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	เส้นรอบเอวมากกว่าส่วนสูง (ซม.) ทาร 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต		
7	มีญาติสายตรง (พ่อ แม่ พี่หรือน้องท้องเดียวกัน) ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต (ผู้ชายเป็นก่อนอายุ 55 ปี ผู้หญิงเป็นก่อนอายุ 65 ปี)		

ผลการคัดกรอง  ปกติ  เสี่ยง  ป่วย

การแปลผล : ถ้าตอบ “ใช่”  $\leq 2$  ข้อ มีความเสี่ยง  
 ถ้าตอบ “ใช่” 3 – 4 ข้อ มีความเสี่ยงสูง  
 ถ้าตอบ “ใช่”  $\geq 5$  ข้อ มีความเสี่ยงสูง

#### 2.4 การประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

##### ส่วนที่ 1 ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพช่องปาก

##### 1. ประเมินพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก

###### 1.1 การแปรงฟัน

- ไม่ได้แปรงฟัน / ไม่ได้ใช้แปรงสีฟัน
- แปรงฟันวันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน
- แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง เช้า และ ก่อนนอน
- แปรงฟันมากกว่าวันละ 2 ครั้ง ระบุ .....
- อื่นๆ ระบุ .....

###### 1.2 การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวัน

- ไม่ใช่
- ใช่

###### 1.3 การทำความสะอาดซอกฟัน ทุกวัน / เกือบทุกวัน

- ไม่ทำ
- ทำ โดยใช้อุปกรณ์ ได้แก่ .....

2. ประเมินสภาวะเสี่ยงต่อโรคในช่องปาก
- สูบบุหรี่ มากกว่า 10 มวน / วัน
  - เคี้ยวหมากเป็นประจำ

**ส่วนที่ 2 ประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ**

ข้อ	คำถาม	คะแนน		การติดตามผล	
		0	1		
1	เนื้อเยื่อในปาก : บริเวณริมฝีปาก แก้ม ลิ้น มีปุ่ม / ก้อนเนื้อ / มีแผลเรื้อรัง หรือไม่	ปกติ <input type="checkbox"/>	ผิดปกติ <input type="checkbox"/>	ใช่	ไม่ใช่
2	เหงือกและอวัยวะปริทันต์ : บริเวณเหงือกมีเลือดออก / มีฝีหนอง / ฟันโยก หรือไม่	ปกติ <input type="checkbox"/>	ผิดปกติ <input type="checkbox"/>	ใช่	ไม่ใช่
3	ฟันผุ : มีฟันผุเป็นรู เสียวฟัน ฟันหัก / ฟันแตกเหลือแต่ตอฟัน หรือไม่	ปกติ <input type="checkbox"/>	ผิดปกติ <input type="checkbox"/>	ใช่	ไม่ใช่
4	ปัญหาการเคี้ยวอาหาร / การกลืน : มีปัญหาการเคี้ยวอาหาร / การกลืน หรือไม่	ปกติ <input type="checkbox"/>	ผิดปกติ <input type="checkbox"/>	ใช่	ไม่ใช่
5	ฟันเทียม : จำเป็นต้องใส่ฟันเทียม หรือทำฟันเทียมใหม่ หรือไม่	ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/>	จำเป็น <input type="checkbox"/>	ใช่	ไม่ใช่
6	การได้รับการตรวจหรือรักษาจากทันตบุคลากร : ท่านเคยได้รับการตรวจหรือรักษาจากทันตบุคลากร หรือไม่	เคย <input type="checkbox"/>	ไม่เคย <input type="checkbox"/>	ใช่	ไม่ใช่
7	ความต้องการการรักษาทางทันตกรรม : ปัจจุบันท่านต้องการการรักษา หรือไม่	ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/>	ต้องการ <input type="checkbox"/>	ใช่	ไม่ใช่

**ส่วนที่ 3 แผนการส่งต่อ** การส่งต่อเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการรักษาทางทันตกรรมจากทันตบุคลากร

- เนื้อเยื่อในช่องปาก
- เหงือกและอวัยวะปริทันต์
- ฟันผุ
- ปัญหาการเคี้ยวอาหาร / การกลืน
- ฟันเทียม

ผลการประเมิน     ปกติ             ผิดปกติ

**2.5 การคัดกรองสภาวะทางตา**

ข้อ	คำถาม	ไม่ใช่	ใช่	ระบุตา
1	นับนิ้วในระยะ 3 เมตร ได้ถูกต้องน้อยกว่า 3 ใน 4 ครั้ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	อ่านหนังสือพิมพ์หน้าหนึ่งในระยะ 1 ฟุต ไม่ได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	ปิดตาทีละข้าง พบว่า ตามัวคล้ายมีหมอก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ซ้าย ขวา
4	ปิดตาทีละข้าง พบว่า มองเห็นชัดแต่ตรงกลาง ไม่เห็นรอบข้าง หรือมักเดินชนประตู สิ่งของบ่อยๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ซ้าย ขวา
5	ปิดตาทีละข้าง พบว่า มองเห็นจุดดำกลางภาพ หรือเห็นภาพบิดเบี้ยว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ซ้าย ขวา

ผลการคัดกรอง     ปกติ             ผิดปกติ

**การประเมินการมองเห็น : Snellen Chart**

ผลการประเมินการมองเห็นด้วยแผ่นป้ายสแนลเลนของผู้สูงอายุ

ตาขวา ..... / .....            ตาซ้าย ..... / .....

ผลการประเมิน     ปกติ             ผิดปกติ

**2.6 การทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย : MMSE-Thai 2002**

ข้อแนะนำ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นใช้คัดกรองสภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สามารถใช้ได้กับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหรือไม่รู้หนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) ด้วย โดยไม่ต้องทำข้อ 4 ข้อ 9 และข้อ 10

1. **Orientation for time** : ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับเวลาในปัจจุบัน (5 คะแนน)

- 1.1 วันนี้ วันที่เท่าไร .....
- 1.2 วันนี้ วันอะไร .....
- 1.3 เดือนนี้ เดือนอะไร .....
- 1.4 ปีนี้ ปีอะไร .....
- 1.5 ฤดูนี้ ฤดูอะไร .....

2. **Orientation for place** : ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับที่อยู่ในปัจจุบัน (5 คะแนน)

- 2.1 **กรณีอยู่โรงเรียนผู้สูงอายุ**
  - 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ ชื่อว่าอะไร .....
  - 2.1.2 ขณะนี้อยู่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร .....
  - 2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภออะไร .....
  - 2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร .....
  - 2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร .....

- 2.2 **กรณีอยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ**
  - 2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ เลขที่เท่าไร .....
  - 2.2.2 ที่นี้หมู่บ้าน (หรือ ละแวก คุ่ม ย่าน ถนน) อะไร .....
  - 2.2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ หรือ เขตอะไร .....
  - 2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร .....
  - 2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร .....

3. **Registration** : ทดสอบการบันทึกความจำโดยให้จำชื่อของ 3 อย่าง (3 คะแนน)

ต่อไปนี้จะเป็นการทดสอบความจำโดยการบอกชื่อของ 3 อย่าง ให้คุณ (ตา ยาย) ฟังดีๆ นะคะ จะบอกเพียงครั้งเดียว เมื่อพูดจบแล้วให้คุณ (ตา ยาย) พูดทวนตามที่ได้ยินทั้ง 3 ชื่อ แล้วจำไว้ให้ดีนะคะ เดี่ยวจะถามซ้ำ

- ดอกไม้       แม่น้ำ       รถไฟ .....
- ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า
- ต้นไม้       ทะเล       รถยนต์ .....

4. **Attention or Calculation** : ทดสอบสมาธิโดยให้คิดเลขในใจ (5 คะแนน)

ถามผู้ถูกทดสอบว่า “คิดเลขในใจเป็นหรือไม่” ถ้าคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1 ถ้าคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 ข้อนี้ให้คิดเลขในใจโดยเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไรบอกมา  
.....

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1, 2 หรือ 3 ครั้ง แล้วตอบไม่ได้ ให้คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องเปลี่ยนไปทำข้อ 4.2

4.2 “เดี่ยวม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่ามะนาวให้คุณ (ตา ยาย) ฟัง แล้วให้คุณ (ตา ยาย) สะกดถอยหลัง จากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่า มะนาว สะกดว่า มอม่่า-สระอา-นอหนุ-สระอา-วอแหวน คุณ (ตา ยาย) สะกดถอยหลังให้ฟังสิครับ (คะ)”  
.....

5. **Recall** : ทดสอบความจำระยะสั้นของชื่อสิ่งของ 3 อย่าง ที่ให้จำไว้แล้ว (3 คะแนน)

- เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหม มีอะไรบ้าง
- ดอกไม้       แม่น้ำ       รถไฟ .....
- ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า
- ต้นไม้       ทะเล       รถยนต์ .....

6. **Naming** : ทดสอบการบอกชื่อสิ่งของที่ได้เห็น (2 คะแนน)

- 6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดู แล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร” .....
- 6.2 ชี้นำฟีกาข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดู แล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร” .....

7. **Repetition** : ทดสอบการพูดซ้ำคำที่ได้ยิน (1 คะแนน)

ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้แล้ว ให้คุณ (ตา ยาย) พูดตาม ผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงทีเดียว  
“ใครใครชายโกไข่”

8. Verbal command : ทดสอบการเข้าใจความหมาย และทำตามคำสั่ง (3 คะแนน)

ข้อนี้ให้ทำตามทีบอก ตั้งใจฟังดีๆ นะ เดี่ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ (ตา ยาย)

“รับด้วยมือขวา พับครึ่งด้วยมือทั้งสองข้าง เสร็จแล้ววางไว้ที่ .....” (พื้น โต๊ะ เติง)

ผู้ทดสอบส่งกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ 4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

รับด้วยมือขวา  พับครึ่งด้วยมือ 2 ข้าง  วางไว้ที่ ... (พื้น โต๊ะ เติง)

9. Written command : ทดสอบการอ่าน การเข้าใจความหมาย สามารถทำตามได้ (1 คะแนน)

ให้คุณ (ตา ยาย) อ่านแล้วทำตาม จะอ่านออกเสียง หรืออ่านในใจก็ได้

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตา”

หลับตา

10. Writing : ทดสอบการเขียนภาษาอย่างมีความหมาย (1 คะแนน)

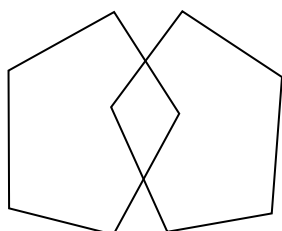
ให้คุณ (ตา ยาย) เขียนข้อความอะไรก็ได้ ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง หรือมีความหมาย 1 ประโยค

.....

ประโยคมีความหมาย

11. Visuoconstruction : ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตากับมือ (1 คะแนน)

ให้คุณ (ตา ยาย) วาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง




ผลการทดสอบ  ปกติ  สงสัยมีภาวะสมองเสื่อม

\*หมายเหตุ แปลผลโดยใช้คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ หน้า 30

2.7 การคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q)

ข้อแนะนำ - เน้นการถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมาจนถึงวันที่สัมภาษณ์

- ขณะสอบถาม ถ้าผู้สูงอายุไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบาย หรือขยายความเพิ่มเติม ควรถามซ้ำจนกว่าผู้สูงอายุจะตอบตามความเข้าใจของตัวเอง

ข้อ	คำถาม	ไม่มี	มี
1	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือ ท้อแท้ สิ้นหวัง หรือไม่		
2	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ผลการคัดกรอง  ปกติ  มีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

การคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)

ข้อแนะนำ - เน้นการถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมาจนถึงวันที่สัมภาษณ์

- ถามทีละข้อ ไม่ซ้ำ หรือเร็วเกินไป พยายามให้ได้คำตอบทุกข้อ

- ขณะสอบถาม ถ้าผู้สูงอายุไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบาย หรือขยายความเพิ่มเติม ควรถามซ้ำจนกว่าผู้สูงอายุจะตอบตามความเข้าใจของตัวเอง

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน (1-7 วัน)	เป็นบ่อย (>7 วัน)	เป็นทุกวัน
1	เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3

3	หลับยาก หรือ หลับ ๆ ตื่น ๆ หรือ หลับมากไป	0	1	2	3
4	เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5	เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป	0	1	2	3
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือ ทำให้ตนเอง หรือ ครอบครัว ผิดหวัง	0	1	2	3
7	สมาธิไม่ได้เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือ ทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8	พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลง จนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9	คิดทำร้ายตนเอง หรือ คิดว่าถ้าตาย ไปคงจะดี	0	1	2	3
		คะแนนรวม <input type="text"/> <input type="text"/>			

#### การพิจารณา (คะแนนเต็ม 27 คะแนน)

- คะแนนรวม <7 คะแนน แสดงว่า ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า หรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก
- คะแนนรวม 7-12 คะแนน แสดงว่า มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย
- คะแนนรวม 13-18 คะแนน แสดงว่า มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง
- คะแนนรวม  $\geq 19$  คะแนน แสดงว่า มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

แนวทางปฏิบัติ ควรแจ้งผล พร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว หรือการดูแลรักษาในขั้นตอนต่อไป

## 2.8 การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม

ผู้สูงอายุมีอาการปวดเข่าหรือไม่

- ไม่ปวดเข่า  
 ปวดเข่า

การพิจารณา ถ้าตอบ “ปวดเข่า” แสดงว่า มีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ให้ส่งต่อบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก

#### การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก

ข้อ	คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
1	ข้อเข่าฝืดตึงหลังตื่นนอนตอนเช้านาน <30 นาที (stiffness)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	เสียงดังกรอบแกรบในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว (crepitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	กดเจ็บที่กระดูกข้อเข่า (bony tenderness)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	ข้อใหญ่ผิดปกติ (bony enlargement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	ไม่พบข้ออุ่น (no palpable warmth)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ผลการคัดกรอง  ปกติ  มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

## 2.9 การคัดกรองภาวะหกล้ม : Timed Up and Go Test (TUGT)

ข้อแนะนำ การคัดกรองภาวะหกล้มด้วย TUGT เป็นการทดสอบด้วยการเดินตามวิธีที่กำหนด โดยสังเกตท่าเดิน และจับเวลาที่ใช้ในการเดิน  
วิธีการประเมิน ให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นจากเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขน เดินเป็นเส้นตรง ระยะทาง 3 เมตร หมุนตัว และเดินกลับมานั่งที่เดิม

จับเวลาได้   นาที   วินาที

- <30 วินาที   $\geq 30$  วินาที  เดินไม่ได้

ผลการคัดกรอง  ปกติ  มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม

## 2.10 การคัดกรองภาวะกลืนปัสสาวะ

ภาวะกลืนปัสสาวะ	ไม่มี	มี
ผู้สูงอายุมีภาวะ “ปัสสาวะเล็ด” หรือ “ปัสสาวะราด” จนทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ผลการคัดกรอง  ปกติ  มีปัญหาการกลืนปัสสาวะ

## 2.11 การคัดกรองภาวะโภชนาการ : ดัชนีมวลกาย (BMI : Body Mass Index)

วิธีคิดค่าดัชนีมวลกาย น้ำหนักตัว (หน่วยเป็นกิโลกรัม) หารด้วย ส่วนสูงกำลังสอง (หน่วยเป็นเมตร)

$$\text{สูตรคำนวณ} \quad \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^2}$$

การแปลผล

BMI มาตรฐานอาเซียน (เอเชีย)	การแปลผล
<18.5	<input type="checkbox"/> ผอม
18.5-22.9	<input type="checkbox"/> ปกติ
23.0-24.9	<input type="checkbox"/> ท้วม
25.0-29.9	<input type="checkbox"/> อ้วน
$\geq 30$	<input type="checkbox"/> อ้วนมาก

### การประเมินภาวะโภชนาการ

- ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา รับประทานอาหารได้น้อยลง เนื่องจากความอยากอาหารลดลง มีปัญหาการย่อย การเคี้ยว หรือปัญหาการกลืน หรือไม่ 
  - 0 ความอยากอาหารลดลงอย่างมาก
  - 1 ความอยากอาหารลดลงปานกลาง
  - 2 ความอยากอาหารไม่ลดลง
- ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักลดลง หรือไม่ (โดยไม่ตั้งใจลดน้ำหนัก) 
  - 0 น้ำหนักลดลงมากกว่า 3 กิโลกรัม
  - 1 ไม่ทราบ
  - 2 น้ำหนักลดลงระหว่าง 1-3 กิโลกรัม
  - 3 น้ำหนักไม่ลดลง
- สามารถเคลื่อนไหวได้เอง หรือไม่ 
  - 0 นอนบนเตียง หรือ ต้องอาศัยรถเข็นตลอดเวลา
  - 1 ลุกจากเตียง หรือรถเข็นได้บ้าง แต่ไม่สามารถไปข้างนอกได้เอง
  - 2 เดินและเคลื่อนไหวได้ตามปกติ
- ใน 3 เดือนที่ผ่านมา มีความเครียดรุนแรง หรือป่วยเฉียบพลัน หรือไม่ 
  - 0 มี
  - 2 ไม่มี
- มีปัญหาทางจิตประสาท หรือไม่

- 0 ความจำเสื่อม หรือ ซึมเศร้าอย่างรุนแรง
  - 1 ความจำเสื่อมเล็กน้อย
  - 2 ไม่มีปัญหาทางประสาท
6. ดัชนีมวลกาย [BMI = น้ำหนักตัว (กก.) / ส่วนสูง (ม.)<sup>2</sup>]
- 0 BMI น้อยกว่า 19
  - 1 BMI ตั้งแต่ 19 แต่น้อยกว่า 21
  - 2 BMI ตั้งแต่ 21 แต่น้อยกว่า 23
  - 3 BMI ตั้งแต่ 23 ขึ้นไป

คะแนนรวม

ผลการประเมิน	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร	<input type="checkbox"/> มีภาวะขาดสารอาหาร
การแปลผล :	คะแนนรวม 12 – 14 คะแนน	แสดงว่า	มีภาวะโภชนาการปกติ
	คะแนนรวม 8 – 11 คะแนน	แสดงว่า	มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร
	คะแนนรวม 0 – 7 คะแนน	แสดงว่า	มีภาวะขาดสารอาหาร

**2.12 การประเมินปัญหาการนอน**

ผู้สูงอายุมีปัญหาการนอนหลับ หรือไม่

- ไม่มี
  - มีปัญหา
    - นอนไม่หลับ     นอนมากไป     นอนกรน     นอนละเมอ
    - อื่นๆ ระบุ .....
- ระยะเวลาที่มีปัญหาการนอนหลับ ..... ปี ..... เดือน
- โดยเฉลี่ยผู้สูงอายุหลับได้คืนละ ..... ชั่วโมง

ผลการประเมิน  ปกติ     มีปัญหาการนอน

**3. การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน**

- ข้อแนะนำ** – เป็นการวัดว่าผู้สูงอายุทำอะไรได้บ้าง (ทำอยู่จริง) ไม่ใช่เป็นการทดสอบว่า หรือ ถามว่าทำได้หรือไม่
- เป็นการสอบถามถึงกิจกรรมที่ปฏิบัติในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมา
  - เป็นการวัดระดับการพึ่งพิง หากต้องมีคนคอยดูแล หรือเฝ้าระวังเวลาปฏิบัติกิจ ให้ถือว่าไม่ได้คะแนนเต็ม
  - ถ้าหมดสติ ให้ 0 คะแนน ทั้งหมด

คะแนน

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)
  - 0 ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
  - 1 ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดเป็นชิ้นเล็กๆไว้ล่วงหน้า
  - 2 ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)
  - 0 ต้องการความช่วยเหลือ
  - 1 ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. Transfer (ลูกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)
  - 0 ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น
  - 1 ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
  - 2 ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
  - 3 ทำได้เอง
4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)
  - 0 ช่วยตัวเองไม่ได้
  - 1 ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง

2 ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

0 เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้

1 ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนขึ้นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้

2 เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย

3 เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

0 ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย

1 ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย

2 ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ตัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

0 ไม่สามารถทำได้

1 ต้องการคนช่วย

2 ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

0 ต้องมีคนช่วยหรือทำให้

1 อาบน้ำได้เอง

9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0 กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ

1 กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)

2 กลั่นได้เป็นปกติ

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0 กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้

1 กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)

2 กลั่นได้เป็นปกติ

คะแนนรวม

ผลการประเมิน

กลุ่มที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองได้ และ/หรือ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ (  $\geq 12$  คะแนน )

กลุ่มที่ 2 ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง ( 5 - 11 คะแนน )

กลุ่มที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (  $\leq 4$  คะแนน )

ลงชื่อ.....ผู้คัดกรอง / ประเมินผู้สูงอายุ  
..... ตำแหน่ง  
..... วันที่