



เขตสุขภาพที่ 4

## แบบคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน (COMMUNITY SCREENING)

- แบบคัดกรองนี้ออกแบบมาสำหรับการคัดกรองในชุมชน โดยอาสาสมัครหรือครอบครัวของผู้สูงอายุ
- กรณีที่คัดกรองแล้วพบความผิดปกติอย่างน้อย 1 ข้อ ให้ส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อทำการประเมินเชิงลึกต่อไป

### ข้อมูลทั่วไป

เลขประจำตัวประชาชน  -  -  -  -

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว).....วัน เดือน ปีเกิด.....อายุ.....ปี

เพศ  ชาย  หญิง ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่..... ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ท่านอยู่กับใครที่บ้าน  อยู่คนเดียว  อยู่มากกว่า 1 คน

### ข้อมูลเชิงลึก

1. การอยู่อาศัย หรือ ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย	<input type="checkbox"/> ไม่ได้อยู่คนเดียว หรือ มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย <input type="checkbox"/> อยู่คนเดียว หรือ ไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย
2. ลักษณะที่อยู่อาศัย	<input type="checkbox"/> มั่นคงแข็งแรง หรือไม่มั่นคงแต่ไม่มีผลต่อความปลอดภัยในชีวิตและสุขภาพ <input type="checkbox"/> ไม่มีที่อยู่อาศัย หรือ มีที่อยู่อาศัยแต่ไม่ปลอดภัยต่อชีวิตและสุขภาพ
3. ความเพียงพอของรายได้ในการดำเนิน ชีวิตประจำวัน	<input type="checkbox"/> เพียงพอ <input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอ

### แบบคัดกรองผู้สูงอายุ

ความมดถอยของร่างกาย	การทดสอบ	ส่งต่อเพื่อประเมินเชิงลึก กรณีพบอย่างน้อยหนึ่งข้อ
ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย (LIMITED MOBILITY)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ให้ผู้สูงอายุเดินไปและกลับด้วยตนเอง 6 เมตร ภายในระยะเวลา 12 วินาที (TIME UP AND GO TEST)</li> <li>• มีประวัติหกล้มภายใน 6 เดือน อย่างน้อย 1 ครั้ง</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถทำได้  <input type="checkbox"/> มี
ด้านการขาดสารอาหาร (MALNUTRITION)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• น้ำหนักลดมากกว่า 3 กิโลกรัมภายในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา (โดยไม่ตั้งใจ ลดน้ำหนัก)</li> <li>• มีความอยากอาหารลดลงหรือไม่</li> </ul>	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> มี
ด้านการมองเห็น (VISUAL IMPAIRMENT)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• คุณมีปัญหาใดๆเกี่ยวกับดวงตาของคุณ เช่น การมองระยะไกล การอ่านหนังสือ</li> </ul>	<input type="checkbox"/> มี
ด้านการได้ยิน (HEARING LOSS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ให้ถูนิ้วโป้งกับนิ้วชี้ห่างจากหูของผู้สูงอายุประมาณ 1 นิ้ว ทีละข้าง ทั้งหูขวาและ หูซ้าย (Finger rub test)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ยินทั้ง 2 ข้าง <input type="checkbox"/> ไม่ได้ยินข้างเดียว
ด้านภาวะซึมเศร้า (DEPRESSIVE SYMPTOMS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึกหดหู เศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวัง หรือไม่</li> <li>• ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่</li> </ul>	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> มี
ด้านการกลั้นปัสสาวะ (URINARY INCONTINENCE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ผู้สูงอายุมีภาวะปัสสาวะเล็ดหรือปัสสาวะราด จนทำให้เกิดปัญหาในการใช้ ชีวิตประจำวัน</li> </ul>	<input type="checkbox"/> มี
ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของท่านในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยไม่ต้องพึ่งคนอื่น <b>ลดลงหรือไม่</b> (กินอาหาร ล้างหน้าแปรงฟันหวีผม ลูบหนังจากที่นอนหรือเตียง เข้าห้องน้ำ เคลื่อนที่ไปมาในบ้าน สวมใส่เสื้อผ้า ขึ้นลงบันได 1 ชั้น อาบน้ำ กลั้นอุจจาระ กลั้นปัสสาวะ)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ลดลง
ช่องปาก	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ท่านมีความยากลำบากในการเคี้ยวอาหารแข็งหรือไม่</li> <li>• ท่านมีอาการเจ็บปวดในช่องปากหรือไม่</li> </ul>	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> มี
ด้านความคิดความจำ (COGNITIVE DECLINE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ให้ทำแบบทดสอบด้านความคิดความจำ (Mini cog)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ
สรุป พบผิดปกติ		..... ด้าน

พัฒนาเครื่องมือจาก แบบคัดกรองผู้สูงอายุชุมชน (community screening) โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ

## แบบทดสอบด้านความคิดความจำ Mini-Cog (S.Borson)

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

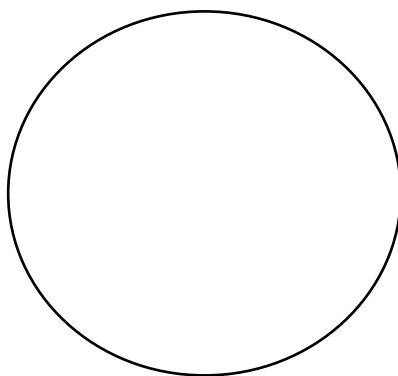
วันที่เก็บข้อมูล .....

ชื่อผู้เก็บข้อมูล (นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี

ขั้นที่ 1 ให้ผู้ทดสอบพูดตาม และจำคำ 3 คำไว้ แล้วจะกลับมาถามซ้ำ

หลานสาว      สวรรค์      ภูเขา

ขั้นที่ 2 วาดรูปนาฬิกา โดยใส่ตัวเลข และเข็มนาฬิกา ที่เวลา 11.10 น.



ขั้นที่ 3 ให้ผู้ทดสอบบอกคำ ที่ให้จำไว้ 3 คำ ใน ขั้นที่ 1

-----

### การให้คะแนน

Word recall .....(0-3คะแนน)	1 คะแนน ต่อ 1 คำ
Clock Draw ..... (0 หรือ 2 คะแนน)	2 คะแนน วาดรูปครบถ้วนทั้งตัวเลขและเวลา
รวมคะแนน..... (0-5 คะแนน)	คะแนน Word recall+ Clock Draw

Mini-Cog (S.Borson) ถ้าคะแนนน้อยกว่า 3 คะแนน ผิดปกติมีภาวะ Cognitive ผิดปกติ

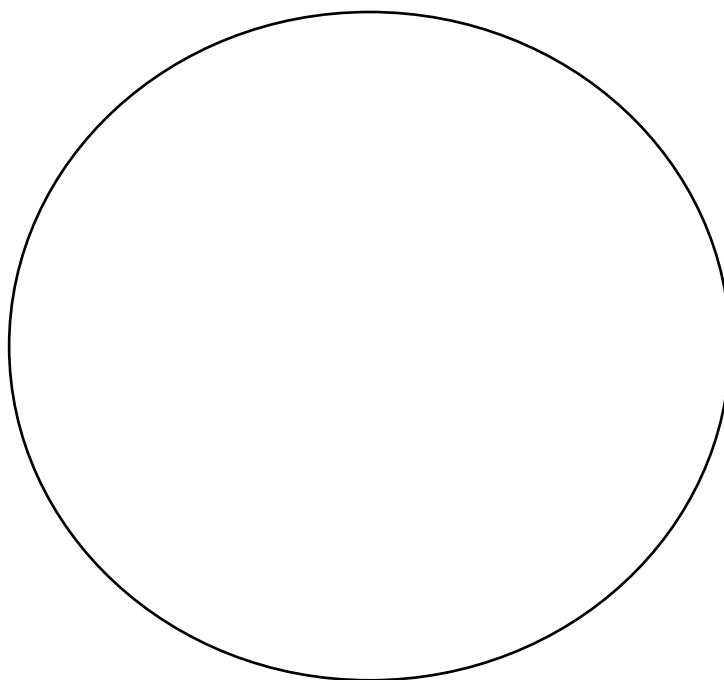
ที่มา: Mini-Cog™ © S. Borson. All rights reserved. Reprinted with permission of the author solely for clinical and educational purposes. May not be modified or used for commercial, marketing, or research purposes without permission of the author (soob@uw.edu). v. 01.19.16

.....  
พัฒนาเครื่องมือจาก แบบคัดกรองผู้สูงอายุชุมชน (community screening) โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ

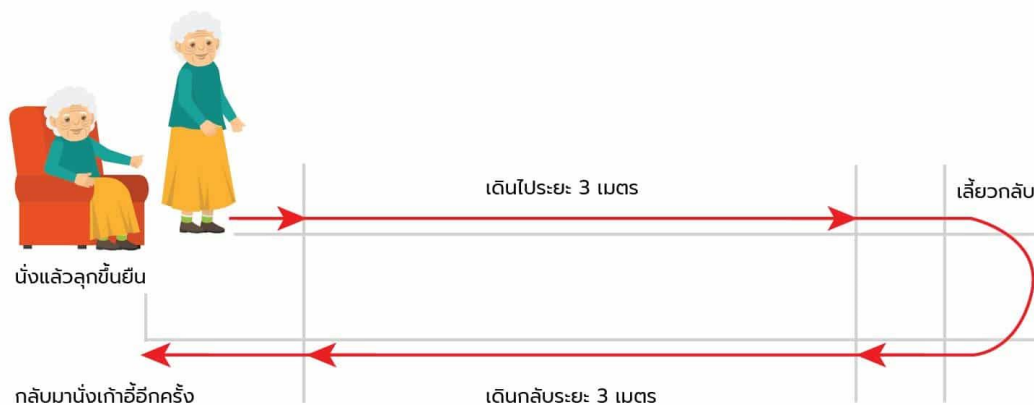
แบบทดสอบด้านความคิดความจำ Mini-Cog (S.Borson)

(สำหรับผู้สูงอายุ)

ให้ผู้สูงอายุวาดรูปนาฬิกา โดยใส่ตัวเลข และเข็มนาฬิกา ที่เวลา 11.10 น



### วิธีการทดสอบ Timed up and Go Test



1. ให้ผู้สูงอายุที่นั่งบนเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขน
2. ลุกขึ้นยืนเอง
3. เดินด้วยความเร็วปกติของผู้ป่วย เป็นเส้นตรงไปข้างหน้า เป็นระยะทาง 3 เมตร แล้วหมุนตัว เดินกลับมานั่งที่เก้าอี้เดิม
4. ผู้ทดสอบจับเวลาตั้งแต่ผู้สูงอายุลุกขึ้นจนกลับมานั่งที่เดิม พร้อมสังเกตลักษณะการเดิน
5. ตลอดการทดสอบผู้ทดสอบหรือผู้ช่วยควรอยู่ใกล้ผู้สูงอายุเพื่อระวังการล้ม
6. ถ้าปกติผู้สูงอายุต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดินเช่นไม้เท้า ก็ให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์นั้นตามปกติขณะทดสอบ
7. ถ้าใช้เวลามากกว่า 12 วินาทีถือว่ามีความเสี่ยงหกล้ม ต้องทำการตรวจประเมินเพิ่มเติม