

แบบสำรวจและคัดกรองผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ในชุมชนที่ขึ้นทะเบียนของกรุงเทพมหานคร

คำชี้แจง โปรดกรอกข้อความ หรือตัวเลข ลงในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

1 ชื่อผู้สูงอายุ (นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุลอายุ.....ปี

เลขบัตรประชาชน 13 หลัก

2 เขต แขวง.....ชุมชน บ้านเลขที่

3 ลักษณะของผู้สูงอายุ ร่างกายปกติ (ถ้าตอบร่างกายปกติ ข้ามไปส่วนที่ 2)

มีความพิการ

ทางการมองเห็น

ทางการได้ยิน/สื่อความหมาย

ทางการเคลื่อนไหว/ทางร่างกาย

อื่นๆ (ระบุ).....

4 ผู้สูงอายุที่มีความพิการได้มีการขึ้นทะเบียนผู้พิการหรือไม่ (ตอบเฉพาะผู้ที่มีความพิการ)

ไม่ได้ขึ้นทะเบียน

อยู่ระหว่างดำเนินการขึ้นทะเบียน

ขึ้นทะเบียนเรียบร้อยแล้ว

ไม่ได้รับเงินผู้พิการ

ได้รับเงินผู้พิการ

ส่วนที่ 2 ประเมินคัดกรองความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ (activity of daily living assessment)

ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ	คะแนน	หมายเหตุ
<p>1. รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยแล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> 0 คะแนน ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้</p> <p><input type="checkbox"/> 1 คะแนน ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็กลงไว้ล่วงหน้า</p> <p><input type="checkbox"/> 2 คะแนน ตักอาหารและช่วยเหลือตัวเองได้เป็นปกติ</p>		
<p>2. ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-28 ชั่วโมงที่ผ่านมา</p> <p><input type="checkbox"/> 0 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือ</p> <p><input type="checkbox"/> 1 คะแนน ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เอง ถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)</p>		
<p>3. ลุกนั่งจากที่นอน หรือเตียงไปยังเก้าอี้</p> <p><input type="checkbox"/> 0 คะแนน ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น</p> <p><input type="checkbox"/> 1 คะแนน ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คน พยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> 2 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อยหรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย</p> <p><input type="checkbox"/> 3 คะแนน ทำเองได้</p>		
<p>4. ใช้ห้องน้ำ</p> <p><input type="checkbox"/> 0 คะแนน ช่วยตัวเองไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> 1 คะแนน ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการช่วยเหลือในบางสิ่ง</p> <p><input type="checkbox"/> 2 คะแนน ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อย หลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)</p>		

ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ	คะแนน	หมายเหตุ
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน <input type="checkbox"/> 0 คะแนน เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1 คะแนน ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input type="checkbox"/> 2 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแล เพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่เองได้		
6. การสวมใส่เสื้อผ้า <input type="checkbox"/> 0 คะแนน ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้ หรือได้น้อย <input type="checkbox"/> 1 คะแนน ช่วยตัวเองได้ประมาณ ร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2 คะแนน ช่วยตัวเองได้ดี รวมทั้งติดกระดุม รูดซิป หรือสวมใส่เสื้อผ้าเองได้ (รวมถึงเสื้อผ้าที่ตัดแปลงให้เหมาะสม)		
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น <input type="checkbox"/> 0 คะแนน ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1 คะแนน ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2 คะแนน ขึ้นลงเองได้ (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอามาขึ้นลงได้ด้วย)		
8. การอาบน้ำ <input type="checkbox"/> 0 คะแนน ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input type="checkbox"/> 1 คะแนน อาบน้ำเองได้		
9. การกลั่นถ่ายอุจจาระ ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 0 คะแนน กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input type="checkbox"/> 1 คะแนน กลั่นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2 คะแนน กลั่นได้เป็นปกติ		
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 0 คะแนน กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input type="checkbox"/> 1 คะแนน กลั่นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2 คะแนน กลั่นได้เป็นปกติ		
	รวมคะแนน	
	ผู้ประเมิน	

ผลการประเมิน

- คะแนนรวม ADL (เต็ม) 20 คะแนน** **แปลผล**
- 12 คะแนนขึ้นไป ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นในชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม)
- 5-11 คะแนน ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน)
- 0-4 คะแนน ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง)

ส่วนที่ 3 ภาวะสุขภาพและสังคม และความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือ

- 1 ผู้สูงอายุต้องการให้ศูนย์บริการสาธารณสุขส่งเจ้าหน้าที่ไปให้บริการสุขภาพที่บ้านหรือไม่
- ไม่ต้องการ
- ต้องการ

2 ผู้สูงอายุมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันที่บ้านหรือไม่

ไม่มี (ถ้าตอบไม่มี ข้ามไปข้อ 4)

มี

ลูก หลาน ภรรยา ญาติพี่น้อง

อาสาสมัครดูแลที่บ้าน (Care Giver)

เพื่อนบ้าน

อื่นๆ (ระบุ).....

3 ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องการเข้ารับการอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุหรือไม่ (ตอบเฉพาะผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแล)

ไม่ต้องการ

ต้องการ

4 ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวหรือไม่

ไม่มีโรคประจำตัว

มีโรคประจำตัว (ระบุ ได้มากกว่า 1 ข้อ)

โรคความดันโลหิตสูง

โรคเบาหวาน

โรคหัวใจและหลอดเลือด

โรคมะเร็ง

โรคอัมพาต/อัมพฤกษ์

โรคไต

โรคสมองเสื่อม

โรคข้อเข่าเสื่อม โรคกระดูกพรุน

โรคจิตเวช

โรคเกี่ยวกับสายตา

โรคอื่นๆ (ระบุ).....

5 ผู้สูงอายุได้ตรวจสุขภาพ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือไม่

ไม่ได้ตรวจ

ได้ตรวจ

6 ผู้สูงอายุใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลแบบใด

จ่ายเงินเอง

สิทธิบำนาญบ้านนาญข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ

สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท)

สิทธิประกันสังคม

สิทธิประกันประกันชีวิต/ประกันสุขภาพ

สิทธิอื่นๆ (ระบุ).....

7 ผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุหรือไม่

ไม่ได้รับ

ได้รับ

8 ผู้สูงอายุต้องเลี้ยงดูบุตรหลาน ที่อายุต่ำกว่า 5 ปี เพียงลำพัง หรือไม่

ไม่ต้องเลี้ยงดูบุตรหลาน

ต้องเลี้ยงดูบุตรหลาน (ระบุ).....คน

9 ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ หรือกลุ่มชมรมสุขภาพหรือไม่

ไม่เป็นสมาชิก

เป็นสมาชิก

เข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง

เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบ 4 ครั้ง/ปี

10 ผู้สูงอายุมีโทรศัพท์ที่ใช้งานหรือไม่

ไม่มีโทรศัพท์

มีโทรศัพท์

โทรศัพท์สามารถใช้อินเทอร์เน็ตได้

โทรศัพท์ไม่สามารถใช้อินเทอร์เน็ตได้

11 ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงพร้อมทำงานหรือไม่

ไม่พร้อมทำงาน

พร้อมทำงาน

ต้องการทำงาน

ไม่ต้องการทำงาน