

**ภาคผนวก ค**

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

วันที่...../...../.....

**แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ**

**คำชี้แจง** ให้ผู้สัมภาษณ์ ถามข้อคำถามดังต่อไปนี้กับผู้สูงอายุ (หากผู้สูงอายุตอบไม่ได้ ให้พิจารณาถามจากผู้ดูแล)

**1. ข้อมูลทั่วไป**

- 1. อายุ.....ปี
- 2. เพศ  ชาย  หญิง
- 3. สถานะภาพ  โสด  สมรส  
 หย่าร้าง / แยกกันอยู่  คู่สมรสเสียชีวิต
- 4. จำนวนสมาชิกในบ้าน.....คน
- 5. การศึกษาสูงสุด  ไม่ได้เรียน  มัธยมศึกษา 3  
 ประถมศึกษา 4  มัธยมศึกษา 6  
 ประถมศึกษา 6  อนุปริญญาหรือเทียบเท่า  
 ปริญญาตรี  สูงกว่าปริญญาตรี  
 อื่นๆ.....
- 6. อาชีพ  ค้าขาย  รับจ้าง/ลูกจ้าง  
 ไม่ได้ประกอบอาชีพ  อื่นๆ.....
- 7. โรคประจำตัว  ความดันโลหิตสูง  เบาหวาน  
 โรคหัวใจ  กระดูกและข้อ  
 ตา  อื่นๆ .....
- 8. การรักษาที่ได้รับ (ยาที่รับประทาน) ระบุ.....  
 ยานอนหลับ  ยากล่อมประสาท  
 ยารักษาความดันโลหิตสูง  ยาขับปัสสาวะ
- 9. น้ำหนักตัว.....กิโลกรัม ส่วนสูง..... เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (BMI).....กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup>
  - น้ำหนัก น้อยกว่า 18.5 : 0 คะแนน
  - น้ำหนัก 18.5 - 24.9 : 1 คะแนน
  - น้ำหนัก 25 - 29.9 : 2 คะแนน
  - น้ำหนัก 30 - 34.9 : 3 คะแนน

- น้ำหนัก 35-39.9 : 4 คะแนน
- น้ำหนัก มากกว่า 40 : 5 คะแนน

## 2. ประวัติการออกกำลังกายในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา

1. พฤติกรรมการออกกำลังกาย รูปแบบ / ชนิด.....

ระยะเวลา.....นาที ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์

- ไม่เคยออกกำลังกาย : 0 คะแนน
- ออกกำลังกายแต่ไม่สม่ำเสมอ : 1 คะแนน
- ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ : 2 คะแนน

## 3. ประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา

1. ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยหกล้มหรือไม่

- ไม่เคย
- เคย 1 ครั้ง
- เคย 2 ครั้ง
- มากกว่า 3 ครั้ง

(ถ้าคุณไม่เคยหกล้มให้หยุดเพียงเท่านี้ หากเคยหกล้มให้ทำแบบสอบถามต่อไป)

2. คุณหกล้มที่ไหน (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ภายในบ้าน

- ขณะก้าวขึ้นหรือลงบันไดต่างระดับ ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- ขณะก้าวข้ามสิ่งกีดขวาง ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- ขณะลุกจากเตียง ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- ขณะลุกจากเก้าอี้ ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- ขณะอาบน้ำ ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- ขณะเข้าห้องส้วม ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- ขณะขึ้นหรือลงบันได ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- ขณะสวมใส่เสื้อผ้า ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- อื่นๆ โปรดระบุ.....

ทางเข้าบ้าน / สวนบริเวณรอบบ้าน (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ขึ้นหรือลงบันได ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- ในสวน ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- ทางเดิน ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- อื่นๆ โปรดระบุ.....

ที่อื่นๆ

- บาทวิถี ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- ขอบถนน / ท่อน้ำ ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- อาคารสำนักงาน ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- ขณะลงจากรถยนต์ / รถโดยสาร ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- บ้านผู้อื่น ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- อื่นๆ โปรดระบุ.....

3. คุณหกล้มได้อย่างไร (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- สะดุด ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- ลื่น ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- สูญเสียการทรงท่า ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- เข้าอ่อน ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- เป็นลม ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- วิงเวียนศีรษะ / มึนงง ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- อุบัติเหตุ ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- ไม่แน่ใจ ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

4. คุณเคยได้รับบาดเจ็บจากการล้ม ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

5. ถ้าได้รับบาดเจ็บ บาดเจ็บอย่างไร (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ฟกช้ำ ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- ถลอก ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- ข้อมือหัก ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- ข้อสะโพกหัก ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- กระดูกซี่โครงหัก ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- ปวดหลัง ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- เท้าแพลง ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
- อื่นๆ โปรดระบุ .....

--	--	--

วันที่...../...../.....

### การรับรู้ความสว่างของสิ่งแวดล้อมและการมองเห็น

**คำชี้แจง** ให้ผู้สัมภาษณ์ ถามข้อคำถามดังต่อไปนี้กับผู้สูงอายุ (หากผู้สูงอายุตอบไม่ได้ ให้พิจารณา  
ถามจากผู้ดูแล)

#### 1. ความสว่างของสิ่งแวดล้อม

- ชัดเจน : 1 คะแนน
- ไม่ชัดเจน
- สว่างจ้า : 2 คะแนน
  - มืด : 3 คะแนน

**หมายเหตุ** ประเมินความรู้สึกเกี่ยวกับความสว่างของสภาพแวดล้อมที่ผู้สูงอายุอยู่เป็นประจำในช่วง  
กลางวัน

#### 2. การมองเห็น จำนวนตัวหนังสือที่อ่านได้..... ตัว

- อ่านได้ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 : 1 คะแนน
- อ่านได้ มากกว่าหรือเท่ากับ 4 : 0 คะแนน

**หมายเหตุ** ประเมินการมองเห็นจากการอ่านตัวหนังสือในบรรทัดที่ 6/12 ของแผ่น Snellen ในระยะ 3  
เมตร และถ้าผู้สูงอายุสวมใส่แว่นสายตาเป็นประจำ ให้สวมใส่แว่นสายตาในการวัด



วันที่...../...../.....

### แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

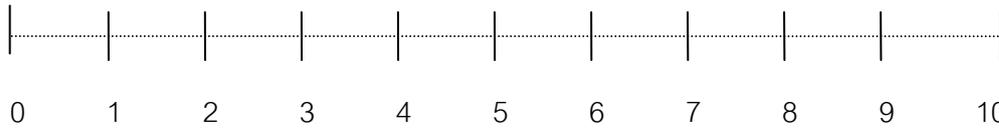
**คำชี้แจง** ข้อความที่จะอ่านให้ฟังต่อไปนี้ ตรงกับความรู้สึกของท่านหรือไม่ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา และให้ท่านตอบคำถามต่อไปนี้ตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน มีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ คือ ใช่ และ ไม่ใช่ (หากผู้สูงอายุตอบไม่ได้ ให้พิจารณาถามจากผู้ดูแล)

**การให้คะแนน :** ในข้อใดที่ตอบว่า “ใช่” ให้คะแนนเป็น 1 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ให้คะแนนเป็น 0 หากรวมคะแนนได้มากกว่า 4 คะแนน ถือว่า มีภาวะซึมเศร้า

ตอบคำถามต่อไปนี้	รู้สึก	ไม่รู้สึก
1. ข้าพเจ้ารู้สึกเบื่อหน่ายอยู่บ่อยๆ	ใช่	ไม่ใช่
2. ข้าพเจ้ารู้สึกหงุดหงิดและกระวนกระวายอยู่บ่อยๆ	ใช่	ไม่ใช่
3. ข้าพเจ้ารู้สึกอารมณ์ดี	ใช่	ไม่ใช่
4. ข้าพเจ้ารู้สึกมีปัญหาเกี่ยวกับความจำมากกว่าช่วงก่อน	ใช่	ไม่ใช่
5. ข้าพเจ้ารู้สึกมีสมาธิดีมากเวลาอ่านหนังสือ	ใช่	ไม่ใช่
6. ข้าพเจ้าพยายามหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม	ใช่	ไม่ใช่
7. ข้าพเจ้ารู้สึกซึมเศร้าและใจคอหดหู่	ใช่	ไม่ใช่
8. ข้าพเจ้ารู้สึกมีความสุขเป็นส่วนใหญ่	ใช่	ไม่ใช่
9. ข้าพเจ้ารู้สึกเหมือนช่วยเหลือตัวเองไม่ได้อยู่บ่อยๆ	ใช่	ไม่ใช่
10. ข้าพเจ้ารู้สึกไร้ค่าและนึกอับอายตัวเอง	ใช่	ไม่ใช่
11. ข้าพเจ้ารู้สึกปรารถนาให้ตัวเองตายอยู่บ่อยๆ	ใช่	ไม่ใช่
<b>คะแนนรวม</b>		



### 6. การนั่งและลุกจากเก้าอี้

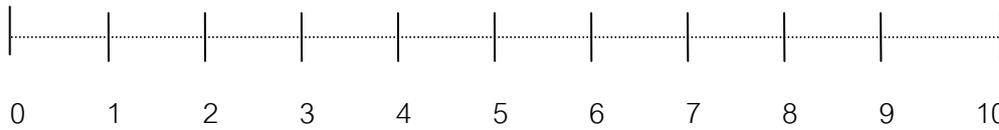


ไม่มั่นใจ

มั่นใจปานกลาง

มั่นใจเต็มที่

### 7. การขึ้นและลงบันได

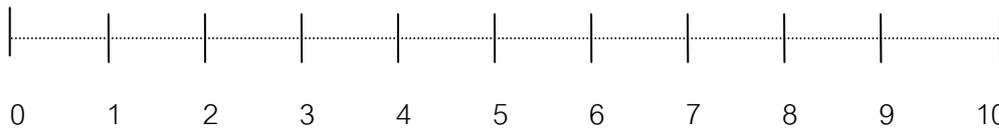


ไม่มั่นใจ

มั่นใจปานกลาง

มั่นใจเต็มที่

### 8. การเดินไปหาเพื่อนบ้าน

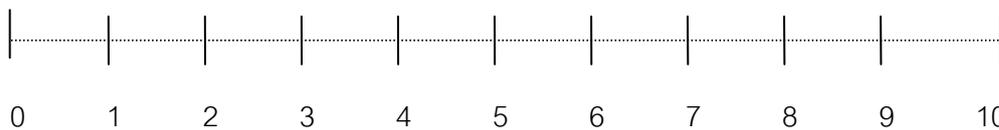


ไม่มั่นใจ

มั่นใจปานกลาง

มั่นใจเต็มที่

### 9. การเดินไปยังห้องหรือที่เก็บของ

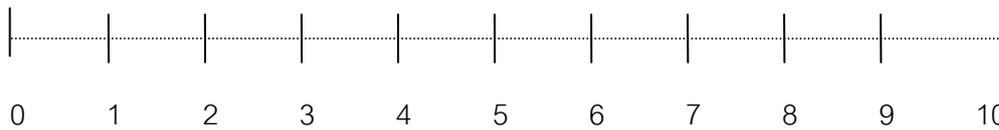


ไม่มั่นใจ

มั่นใจปานกลาง

มั่นใจเต็มที่

### 10. การเดินไปรับโทรศัพท์ที่บ้านก่อนที่เสียงจะหยุด



ไม่มั่นใจ

มั่นใจปานกลาง

มั่นใจเต็มที่

--	--	--

วันที่...../...../.....

### แบบบันทึกการทดสอบแรงบีบมือ (Hand Grip strength)

**คำชี้แจง** ให้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ดำเนินการสังเกตและทดสอบแรงบีบมือของผู้สูงอายุจำนวน 2 ครั้ง ดังต่อไปนี้

**หมายเหตุ** ผู้สูงอายุสามารถยุติการทดสอบได้ตลอดเวลา หากไม่สามารถปฏิบัติตามการทดสอบ สมรรถภาพทางกายต่อได้

แรงบีบมือ (Hand Grip strength) ประเมินจากค่าแรงบีบมือ..... กิโลกรัม/ น้ำหนักตัว

- |                          |           |                |          |   |   |       |
|--------------------------|-----------|----------------|----------|---|---|-------|
| <input type="checkbox"/> | แรงบีบมือ | น้อยกว่า 20-22 | กิโลกรัม | : | 0 | คะแนน |
| <input type="checkbox"/> | แรงบีบมือ | 23 – 25        | กิโลกรัม | : | 1 | คะแนน |
| <input type="checkbox"/> | แรงบีบมือ | 26 – 30        | กิโลกรัม | : | 2 | คะแนน |
| <input type="checkbox"/> | แรงบีบมือ | มากกว่า 31     | กิโลกรัม | : | 3 | คะแนน |

--	--	--

วันที่...../...../.....

**แบบบันทึกการทดสอบความสามารถในการทรงตัว (Balance)**

**คำชี้แจง** ให้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ดำเนินการสังเกตและทดสอบความสามารถการทรงตัวของผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

**หมายเหตุ** ผู้สูงอายุสามารถยุติการทดสอบได้ตลอดเวลา หากไม่สามารถปฏิบัติตามทดสอบสมรรถภาพทางกายต่อได้

กิจกรรมทดสอบ	ระยะเวลาที่ใช้ (วินาที)
ลุกนั่งจากเก้าอี้ – ก้าวเดินระยะทาง 3 เมตร - หมุนรอบตัว 1 ครั้ง- เดินกลับมานั่งเก้าอี้	

- เวลาในการทำกิจกรรม น้อยกว่า 10 วินาที : 0 คะแนน
- เวลาในการทำกิจกรรม 11-19 วินาที : 1 คะแนน
- เวลาในการทำกิจกรรม 20-29 วินาที : 2 คะแนน
- เวลาในการทำกิจกรรม มากกว่า 30 วินาที : 3 คะแนน

--	--	--

วันที่...../...../.....

### แบบบันทึกการทดสอบความยืดหยุ่นตัว (Flexibility)

**คำชี้แจง** ให้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ดำเนินการสังเกตและทดสอบความอ่อนตัวของผู้สูงอายุ จำนวน 3 ครั้ง ดังต่อไปนี้

**หมายเหตุ** ผู้สูงอายุสามารถยุติการทดสอบได้ตลอดเวลา หากไม่สามารถปฏิบัติตามทดสอบสมรรถภาพทางกายต่อไปได้

ความยืดหยุ่นตัว (Flexibility) ประเมินจากระยะห่างระหว่างนิ้วมือกับปลายเท้า.....นิ้ว

- |                          |                 |                  |   |   |       |
|--------------------------|-----------------|------------------|---|---|-------|
| <input type="checkbox"/> | ความยืดหยุ่นตัว | น้อยกว่า 12 นิ้ว | : | 0 | คะแนน |
| <input type="checkbox"/> | ความยืดหยุ่นตัว | 12-15 นิ้ว       | : | 1 | คะแนน |
| <input type="checkbox"/> | ความยืดหยุ่นตัว | มากกว่า 15 นิ้ว  | : | 2 | คะแนน |

--	--	--

วันที่...../...../.....

**แบบบันทึกการทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา (Leg strength)**

**คำชี้แจง** ให้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ดำเนินการสังเกตและทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาของผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

**หมายเหตุ** ผู้สูงอายุสามารถยุติการทดสอบได้ตลอดเวลา หากไม่สามารถปฏิบัติตามทดสอบสมรรถภาพทางกายต่อไปได้

ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา (Leg Strength) ประเมินจากการลุกยืน – นั่งเก้าอี้..... ครั้ง

- |                          |                            |                |       |   |   |       |
|--------------------------|----------------------------|----------------|-------|---|---|-------|
| <input type="checkbox"/> | ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา | น้อยกว่า 25    | ครั้ง | : | 0 | คะแนน |
| <input type="checkbox"/> | ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา | น้อยกว่า 26-75 | ครั้ง | : | 1 | คะแนน |
| <input type="checkbox"/> | ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา | มากกว่า 75     | ครั้ง | : | 2 | คะแนน |

--	--	--

วันที่...../...../.....

### แบบประเมินลักษณะรองเท้า (Footwear)

**คำชี้แจง** ให้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ดำเนินการสังเกตชนิดรองเท้าและวัดความสูงของส้นรองเท้า และความหนาของพื้นรองเท้าของผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

#### การสวมใส่รองเท้า

- |   |   |   |       |
|---|---|---|-------|
| <input type="checkbox"/> สวมใส่รองเท้า    | : | 1 | คะแนน |
| <input type="checkbox"/> ไม่สวมใส่รองเท้า | : | 0 | คะแนน |

#### ลักษณะรองเท้า

- |   |   |   |       |
|---|---|---|-------|
| <input type="checkbox"/> รองเท้าที่มีส้นหุ้ม    | : | 1 | คะแนน |
| <input type="checkbox"/> รองเท้าที่ไม่มีส้นหุ้ม | : | 2 | คะแนน |

#### ความสูงของส้นรองเท้า

- |                                  |            |           |   |   |       |
|----------------------------------|------------|-----------|---|---|-------|
| <input type="checkbox"/> ความสูง | น้อยกว่า 5 | เซนติเมตร | : | 1 | คะแนน |
| <input type="checkbox"/> ความสูง | 5-7        | เซนติเมตร | : | 2 | คะแนน |
| <input type="checkbox"/> ความสูง | มากกว่า 7  | เซนติเมตร | : | 3 | คะแนน |

#### ความหนาของพื้นรองเท้า

- |                                  |               |           |   |   |       |
|----------------------------------|---------------|-----------|---|---|-------|
| <input type="checkbox"/> ความหนา | น้อยกว่า 0.75 | เซนติเมตร | : | 4 | คะแนน |
| <input type="checkbox"/> ความหนา | 0.75-1.25     | เซนติเมตร | : | 3 | คะแนน |
| <input type="checkbox"/> ความหนา | 1.26-2.00     | เซนติเมตร | : | 2 | คะแนน |
| <input type="checkbox"/> ความหนา | มากกว่า 2.00  | เซนติเมตร | : | 1 | คะแนน |