

## **APPEDICES**

## APPENDIX A

### หนังสือยินยอมคนให้ทำการวิจัย

โครงการวิจัยเรื่อง ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ  
จังหวัดลำปาง

วันที่ให้คำยินยอม วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ขอทำหนังสือนี้  
ไว้ต่อหัวหน้าโครงการเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1. ก่อนลงนามในใบยินยอมคนให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย  
ให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กิจกรรมการวิจัย ความเสี่ยง รวมทั้งประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นจาก  
การวิจัย อย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ข้อ 2. ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง  
ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้อ 3. ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการ  
เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้จะไม่ผลกระทบต่อสิทธิ  
ต่างๆที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ข้อ 4. ผู้วิจัยรับรองว่า จะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผย  
ได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่  
เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้อ 5. ผู้วิจัยรับรองว่า หากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา ข้าพเจ้าจะได้รับการ  
แจ้งให้ทราบทันทีโดยไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้  
ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ ..... ผู้ยินยอม  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้วิจัย

(นางสาวขวัญเรือน กำวิตุ)

[ในกรณีที่ผู้ที่ยินยอมตนให้ทำการวิจัยไม่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ จะต้องได้รับการยินยอมในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะ และระบุข้อความไว้ตามนี้]

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารชี้แจงการวิจัยให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนาม หรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม/ประทับลายนิ้วหัวแม่มือ..... ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม..... ผู้วิจัย

(นางสาวขวัญเรือน กำวิตุ)



**เอกสารรับรองโครงการวิจัย**  
**โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์**  
**คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล**

เอกสารรับรองเลขที่ MUPH 2013-122

ชื่อโครงการ : ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง

รหัสโครงการ : 58/2556 -

ชื่อหัวหน้าโครงการ : นางขวัญเรือน กำวิตุ

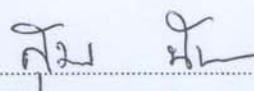
หน่วยงานที่สังกัด : หลักสูตร วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)  
 สาขาวิชาโรคติดต่อและวิทยาการระบาด  
 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารที่รับรอง : 1. แบบเสนอโครงการวิจัย  
 2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย  
 3. หนังสือยินยอมคนให้ทำการวิจัย  
 4. แบบการเก็บรวบรวมข้อมูล/โปรแกรมหรือกิจกรรม

วันที่รับรอง : 24 กรกฎาคม 2556

วันที่หมดอายุ : 23 กรกฎาคม 2557

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศเฮลซิงกิจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ลงนาม ..... 

(รองศาสตราจารย์สุธรรม นันทมงคลชัย)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม ..... 

(รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์



**Certificate of Approval**  
**Ethical Review Committee for Human Research**  
**Faculty of Public Health, Mahidol University**

---

COA. No. MUPH 2013-122

**Protocol Title :** PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS WITH DEMENTIA IN ELDERLY,  
LAMPANG PROVINCE

**Protocol No. :** 58/2556

**Principal Investigator :** Mrs. Kwanruen Kawitu

**Affiliation :** Master of Science (Public Health) Program in Infectious Diseases  
and Epidemiology  
Faculty of Public Health, Mahidol University

**Approval includes :**

1. Project proposal
2. Information sheet
3. Informed consent form
4. Data collection form/Program or Activity plan

**Date of Approval :** 24 July 2013

**Date of Expiration :** 23 July 2014

The aforementioned project have been reviewed and approved according to the Declaration of Helsinki by Ethical Review Committee for Human Research, Faculty of Public Health, Mahidol University.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'S. Nanthamongkolchai'.

(Assoc. Prof. Sutham Nanthamongkolchai)

Chairman of Ethical Review Committee for Human Research

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Phitaya Charupoonphol'.

(Assoc. Prof. Phitaya Charupoonphol)

Dean of Faculty of Public Health

420/1 Rajvithi Road, Bangkok, Thailand 10400

Tel. (662) 3548543-9 ext. 1127, 7404 Fax. (662) 6409854

## APPENDIX B

### แบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุไทย

สำหรับผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุ

#### The modified Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (modified IQCODE): (Thai version)

#### แบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุไทย

ขอความกรุณาท่านเปรียบเทียบความจำสติปัญญา และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในแต่ละสถานการณ์ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา กับปัจจุบันของผู้สูงอายุของท่าน และกรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่แสดงถึงระดับการเปลี่ยนแปลงว่า ดีขึ้นมาก ดีเล็กน้อย เท่าเดิม แย่ลงเล็กน้อย หรือแย่มาก ตัวอย่างเช่น ถ้าเมื่อ 10 ปีก่อน ผู้สูงอายุมักจำชื่อคนอื่นไม่ค่อยได้ และปัจจุบันยังจำไม่ค่อยได้เหมือนเดิมนั้น ให้ถือว่า “ไม่เปลี่ยนแปลง”

	การเปลี่ยนแปลง ระหว่าง 10 ปีที่แล้วกับปัจจุบัน				
	ดีขึ้น มาก	ดีขึ้น เล็กน้อย	ไม่เปลี่ยน แปลง	แย่ลงเล็ก น้อย	แย่ลง มาก
1. ความจำเกี่ยวกับหน้าตาคนในครอบครัวหรือญาติ					
2. ความจำเกี่ยวกับชื่อคนในครอบครัวหรือญาติ					
3. ความจำในรายละเอียดของคนในครอบครัวหรือญาติ เกี่ยวกับอาชีพ ที่อยู่					
4. ความจำในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อ 2-3 วันที่ผ่านมา					
5. ความจำในเรื่องที่สนทนาไปเมื่อ 2-3 วันที่ผ่านมา					
6. พุคคุยอย่างต่อเนื่องโดยไม่ลืมสิ่งที่พูด					
7. จำได้ว่าตอนนี้พักอยู่ที่ไทย					
8. จำได้ว่าวันนี้เป็น วัน เดือน ะไร					

	การเปลี่ยนแปลง ระหว่าง 10 ปีที่แล้วกับปัจจุบัน				
	ดีขึ้น มาก	ดีขึ้น เล็กน้อย	ไม่เปลี่ยน แปลง	แยลงเล็กน้อย	แยลง มาก
9. ความจำเกี่ยวกับที่ประจำที่ใช้เก็บของใช้ในบ้าน					
10. จำได้ว่าวางของไว้ที่ไหน					
11. จำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนในวัยเด็ก					
12. จำสิ่งที่ตนได้เรียนรู้ในวัยเด็ก					
13. ทราบเหตุการณ์ที่สำคัญในชีวิต					
14. ความสามารถในการปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลง ใช้ชีวิตประจำวัน					
15. สามารถใช้เครื่องมือที่คุ้นเคยภายในบ้าน					
16. สามารถเรียนรู้การใช้เครื่องมือเครื่องใช้ใหม่ ๆ ใน บ้าน					
17. สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ทั่วๆไป					
18. สามารถเข้าใจความหมายของคำแปลกๆ					
19. สามารถเข้าใจเนื้อหาในนิตยสาร หรือหนังสือพิมพ์					
20. สามารถติดตามเรื่องราวต่างๆ จากวิทยุ หรือโทรทัศน์					
21. สามารถติดต่อกับลูกหลาน ญาติ หรือกิจธุระทั่วไป					
22. ความสามารถในการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ในชีวิต ประจำวัน					
23. ความสามารถในการใช้จ่าย					
24. ความสามารถในการจัดสรรเรื่องเงิน					
25. สามารถประมาณได้ว่าจะใช้สิ่งของประมาณเท่าไร เช่น จะซื้ออาหารเท่าไร หรือระยะเวลาที่ใช้ในการทำ กิจกรรมต่าง ๆ เช่น ใช้เวลาในการเดินทางเท่าไร					
26. สามารถที่จะเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นพร้อมกับให้เหตุผล ในสิ่งนั้นได้					
27. *สามารถร้องเพลงที่เคยร้อง หรือสวดมนต์ที่เคย สวด					

	การเปลี่ยนแปลง ระหว่าง 10 ปีที่แล้วกับปัจจุบัน				
	ดีขึ้น มาก	ดีขึ้น เล็กน้อย	ไม่เปลี่ยน แปลง	แย่ลงเล็กน้อย	แย่ลง มาก
28. *สามารถเลือกใช้เครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ ได้อย่าง เหมาะสมกับงาน					
29. *การพูดจาหรือถามซ้ำ					
30. *สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง					
31. *สามารถไป-กลับ สถานที่คุ้นเคยได้โดยลำพัง					
32. *สามารถทำงานที่เคยทำ					

\*ข้อที่เพิ่ม

สำหรับผู้สูงอายุ

**แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002**

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10

	บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง	คะแนน
<b>1. Orientation for time (5 คะแนน)</b>		
(ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)		
1.1 วันนี้วันที่เท่าไร	.....	<input type="checkbox"/>
1.2 วันนี้วันอะไร	.....	<input type="checkbox"/>
1.3 เดือนนี้เดือนอะไร	.....	<input type="checkbox"/>
1.4 ปีนี้ปีอะไร	.....	<input type="checkbox"/>
1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร	.....	<input type="checkbox"/>
<b>2. Orientation for place (5คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)</b>		
2.1 กรณีอยู่สถานพยาบาล	.....	<input type="checkbox"/>
2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไรและ.....ชื่อว่าอะไร	.....	<input type="checkbox"/>
2.1.2 ขณะนี้อยู่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร	.....	<input type="checkbox"/>
2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ-เขตอะไร	.....	<input type="checkbox"/>
2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร	.....	<input type="checkbox"/>
2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร	.....	<input type="checkbox"/>
2.2 กรณีอยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ	.....	<input type="checkbox"/>
2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไรและบ้านเลขที่เท่าไร	.....	<input type="checkbox"/>
2.2.2 ที่นี้หมู่บ้านหรือละแวก/คุ้ม/ย่าน/ถนนอะไร	.....	<input type="checkbox"/>
2.2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ/เขตอะไร	.....	<input type="checkbox"/>
2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร	.....	<input type="checkbox"/>
2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร	.....	<input type="checkbox"/>

**3. Registration (3 คะแนน)**

ต่อไปนี้เป็นกรทดสอบความจำ ผม (ดิฉัน) จะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา,ยาย,...) ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะเป็นการบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อผม(ดิฉัน) พูดจบให้คุณ(ตา,ยาย,...) พุดทบทวนตามที่ได้ยิน ให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดี เดี่ยวผม(ดิฉัน) ถามซ้ำครับ/คะ

\*การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้อง  
ไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป

ดอกไม้  แม่น้ำ  รถไฟ .....

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือนให้ใช้คำว่า

ต้นไม้  ทะเล  รถยนต์ .....

**4. Attention/ Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)**

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา,ยาย,...) คิดเลขในใจเป็นไหม?

ถ้าตอบคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบว่าคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 \* ข้อนี้คิดเลขในใจเอา 100 ตั้งลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ .....

ได้ผลลัพธ์เท่าไรครับ/คะ

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง

ถ้าลบได้ 1, 2 หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 ผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่า มะนาว ให้คุณ (ตา,ยาย,...) ฟัง .....

แล้วให้คุณ (ตา, ยาย,...) สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่ามะนาวสะกดว่า “มอม่่า-สระอะ-นอหนู-สระอา-วอแหวน”

ไหนคุณ (ตา, ยาย,...) สะกดถอยหลังให้ฟังซิครับ/คะ

**5. Recall (3 คะแนน)**

\*เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่างจำได้ไหมมีอะไรบ้างครับ/คะ(ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

ดอกไม้  แม่น้ำ  รถไฟ .....

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือนให้ใช้คำว่า

ต้นไม้  ทะเล  รถยนต์ .....

**6. Naming (2 คะแนน)**

- 6.1 ยื่นดินสอดให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า“ของสิ่งนี้เรียกว่า .....   
อะไร”
- 6.2 ชี้นำพิกาช้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า“ของสิ่ง .....   
นี้เรียกว่าอะไร”

**7. Repetition (1 คะแนน)**

(พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะครับ/คะ เมื่อผม(ดิฉัน) พูดข้อความนี้แล้วให้คุณ (ตา,ยาย,...) พูดตามผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงเที่ยวเดียว

“ใครใคร่ขายไก่ไข่” .....

**8. Verbal command (3 คะแนน)**

\* ฟังดิฉันะครับ/คะ เดี่ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้ แล้ว .....

ให้คุณ (ตา, ยาย,...)

แล้วให้รับด้วยมือขวา พับครึ่งด้วยมือ 2 ข้าง แล้ววางไว้ที่

..... (พื้น, โต๊ะ, เติง)

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณเอ-4 ไม่มีรอยพับให้ผู้ถูกทดสอบ

รับด้วยมือขวา  พับครึ่งด้วยมือทั้ง 2 ข้าง .....

วางไว้ที่ (พื้น, โต๊ะ, เติง)

**9. Written command (1 คะแนน)**

ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ(ตา ยาย,...) อ่านแล้วทำตาม

คุณ (ตา,ยาย,...) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้ นะครับ/คะ

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตา” (คู่มือหน้า 5)

หลับตาได้ .....

**10. Writing (1 คะแนน)**

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “ให้คุณ(ตา,ยาย, ...) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง

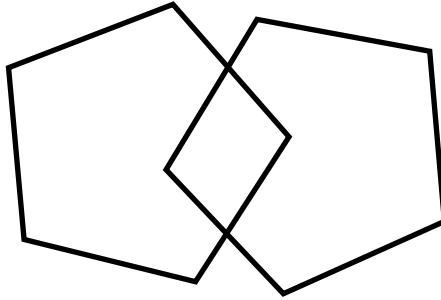
หรือมีความหมายมา 1 ประโยค.....

ประโยคมีความหมาย .....

**11. Visuoconstruction (1 คะแนน)**

ข้อนี้เป็นคำสั่ง“จงวาดภาพเหมือนภาพตัวอย่าง” .....

(ในที่ว่างด้านข้างของภาพตัวอย่าง)



คะแนนรวม.....

ลงชื่อผู้ทำการทดสอบ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

จุดตัดสำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	< 14	23
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา	< 17	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	< 22	30

# หลับตา



### แบบสัมภาษณ์สำหรับโครงการวิจัย

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง

#### คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสัมภาษณ์นี้จัดทำขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำโครงการวิจัยของนักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาโรคติดเชื้อและวิทยาการระบาด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยวัตถุประสงค์หลักของโครงการเพื่อพรรณนาถึงความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดลำปางโดยเนื้อหาแบ่งออกเป็น 9 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านประวัติครอบครัวของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านเหตุการณ์ ความรู้สึกและประสบการณ์ของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและ ประวัติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 5 ข้อมูลด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 6 ข้อมูลด้านพฤติกรรมกรรมการสัมผัสสารเคมีของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 7 ข้อมูลด้านพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา

ส่วนที่ 8 ข้อมูลด้านพฤติกรรมด้านการได้รับยา ลักษณะการบริโภคอาหาร การได้รับสาร (supplement) และวิตามิน ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 9 ข้อมูลด้านพฤติกรรมกรรมการทำกิจกรรมยามว่างของผู้สูงอายุในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา การวิจัยครั้งนี้จะสำเร็จไม่ได้ ถ้าหากไม่ได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน ผู้วิจัยจึงขอขอบคุณในความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์มา ณ โอกาสนี้ เป็นอย่างสูง

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวขวัญเรือน ก้าวิฑู)

นักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)  
สาขาวิชาโรคติดเชื้อและวิทยาการระบาด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**1. เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)**

1. ผู้สูงอายุเป็นเพศชายหรือเพศหญิง
2. ผู้สูงอายุมีอายุ 60 ปี ขึ้นไป
3. ผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือไม่มีภาวะเป็นโรคทางจิตเวช\* ขณะทำการศึกษา
4. ผู้สูงอายุไม่มีไข้สูงขณะทำการศึกษา
5. ผู้สูงอายุ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถมองเห็น รับฟัง และสื่อสารภาษาไทยได้

เข้าใจ

6. มีผู้ให้ข้อมูล \*โดยมีคุณสมบัติตามที่กำหนด
7. ผู้สูงอายุหรือผู้ให้ข้อมูลยินยอมสมัครใจเข้าร่วม โครงการวิจัย โดยได้รับการบอกกล่าว

อย่างครบถ้วน

\*เพศชายหรือเพศหญิง

มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป

เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 10 ปี

มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถมองเห็น รับฟัง และสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ

**2. เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria)**

1. ผู้สูงอายุปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาระหว่างที่ทำการศึกษา
2. ผู้สูงอายุหรือผู้ให้ข้อมูลตอบคำถามไม่ครบในส่วนหนึ่งของเครื่องมือคัดกรอง

**\*แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q)**

คำแนะนำ ผู้ประเมินกาเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้รับบริการ

(ถ้าไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายหรือขยายความเพิ่มเติม)

คำถาม	มี	ไม่มี
1. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า ท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่		
2. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่		

**การแปลผล**

ถ้าตอบว่า “ไม่มี” ทั้ง 2 ข้อถือว่า ไม่เป็นโรคซึมเศร้า

ถ้าตอบว่า “มี” ข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อหมายถึง มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มจะเป็นโรค



2. อาชีพเสริม (ตอบได้มากกว่า 1).....
- 2.1 ลักษณะงาน (เช่น ใช้การคิดวิเคราะห์ ใช้ทักษะ หรือใช้แรงงาน).....
- 2.2 ทำงาน (โดยเฉลี่ย).....ชั่วโมง/วัน 2.3 ระยะเวลา.....ปี

9. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของท่าน คือ

1.  ช่วยเหลือตนเองได้ดี(ท่านพึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้)
2.  ช่วยเหลือตนเองได้ (ท่านพึ่งตนเองได้)
3.  ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน(ท่านดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้างมีผู้ดูแลช่วยเหลือบ้าง)
4.  ช่วยเหลือตนเองไม่ได้(ท่านพึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ กลุ่มติดเตียงต้องมีผู้ดูแล)

การดูแลจากผู้ดูแลหลัก	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก
10. ท่านต้องการได้รับการดูแลเรื่องการช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การขับถ่าย			
11. ท่านต้องการ ได้รับการดูแลเรื่องการช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหว เช่น การเดิน การนั่ง การยืน			

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านประวัติครอบครัวของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตรงตามความเป็นจริง

12. ท่านมี พ่อ แม่ พี่น้อง (พ่อแม่เดียวกัน) เป็นโรคสมองเสื่อม โรคอัลไซเมอร์หรือโรคหลงลืมหรือไม่
  1.  ไม่มี
  2.  มี
  3.  ไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ
13. ลักษณะครอบครัวของท่านในปัจจุบัน คือ
  1.  ครอบครัวเดี่ยว (ครอบครัวของท่านอาศัยอยู่ด้วยกันเพียง 1 ครอบครัว)
  2.  ครอบครัวขยาย (ครอบครัวของท่านอาศัยอยู่ร่วมกันหลายครอบครัว)
14. ท่านอาศัยอยู่กับ (ตอบได้มากกว่า 1ข้อ)
  1.  อยู่คนเดียว
  2.  สามเณร/ภรรยา
  3.  บุตร
  4.  ญาติ
  5.  อื่น ๆ ระบุ .....
15. สถานที่ท่านอยู่อาศัย
  1.  บ้าน
  2.  สถานสงเคราะห์/สถานรับเลี้ยงผู้สูงอายุ
  3.  อื่น ๆ (ระบุ).....

**ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านเหตุการณ์ ความรู้สึกและประสบการณ์ของผู้สูงอายุ**

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด หรือเติม

ข้อความลงในช่องว่างตรงตามความเป็นจริง

ในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา ท่านได้พบกับเหตุการณ์ ความรู้สึก ประสบการณ์ดังต่อไปนี้

ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
16. ท่านรู้สึกมั่นคง อุ่นใจ ปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว (หรือที่พักอาศัย ในกรณี ที่ท่านอาศัยอยู่ที่สถานสงเคราะห์/สถานรับเลี้ยงผู้สูงอายุ)					
17. หากท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่าครอบครัว/ผู้ดูแล จะดูแลท่านเป็นอย่างดี					
18. สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน					
19. ท่านได้รับความเคารพ นับถือในฐานะผู้ใหญ่ในบ้าน					
<b>ความรู้สึก</b>					
20. ท่านรู้สึกเหงา โดดเดี่ยวขณะที่อยู่ในที่พักอาศัย					
21. ท่านรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังในชีวิตขณะที่อยู่ในที่พักอาศัย					
22. ท่านรู้สึกไร้ค่า ขณะที่อยู่ในที่พักอาศัย					

23. ท่านพบเหตุการณ์การสูญเสียดังต่อไปนี้หรือไม่ และขณะนั้นท่านอายุเท่าใด

1.  พ่อเสียชีวิต เมื่อท่านอายุ.....ปี
2.  แม่เสียชีวิต เมื่อท่านอายุ.....ปี
3.  คู่สมรสเสียชีวิต เมื่อท่านอายุ.....ปี
4.  บุตรเสียชีวิต เมื่อท่านอายุ.....ปี
5.  เพื่อน/คนสนิท เมื่อท่านอายุ.....ปี
6.  อื่นๆ ระบุ.....เมื่อท่านอายุ.....ปี

24. สถานภาพสมรสของพ่อและแม่ของท่าน (ขณะมีชีวิตอยู่)

1.  อยู่ด้วยกัน
2.  หย่าหรือแยกกันอยู่ เมื่อท่านอายุ.....ปี
3.  ไม่ตอบ

**ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและ ประวัติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ**

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตรงตามความเป็นจริง

25. น้ำหนักปัจจุบัน.....กก. ส่วนสูงปัจจุบัน..... ซม. BMI.....kg/m<sup>2</sup>
26. เมื่อท่านได้รับอุบัติเหตุทางศีรษะ(ครั้งที่รุนแรงที่สุด)ท่านได้รับการรักษาโดย
1. นอนรักษาในโรงพยาบาล.....วัน
  2. นอนสังเกตอาการที่โรงพยาบาล
  3. ไปตรวจที่โรงพยาบาลแต่ไม่ได้นอนรักษาในโรงพยาบาล
  4. ไม่ได้ไปตรวจที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล
27. เมื่อได้รับอุบัติเหตุทางศีรษะ (ครั้งที่รุนแรงที่สุด)ท่านหมดสติหรือไม่
1.  หมดสติ
  2.  ไม่หมดสติ
28. ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ท่านมีโรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพใดต่อไปนี้อ้าง มีการรักษาอย่างไร และระยะเวลาที่เป็นโรคนั้น ๆ

โรค/ปัญหาสุขภาพ	ไม่เป็นโรค	ไม่รู้	เป็นโรค	การรักษา					ระยะเวลาที่เป็น(ปี)
				ไม่ได้รักษา	ควบคุมอาหาร	ใช้ยา		อื่นๆ ระบุ	
						ต่อเนื่อง	ไม่ต่อเนื่อง		
1. โรคความดันโลหิตสูง									
2. โรคเบาหวาน									
3. โรคไขมันในเส้นเลือดสูง									
4. ประวัติโรคซึมเศร้า									

**หมายเหตุ** เป็นโรค หมายถึง คำบอกเล่าของผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคนั้น

**ส่วนที่ 5 ข้อมูลด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุ**

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตรงตามความเป็นจริง

29. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่
1.  ไม่สูบบุหรี่ (ถ้าเลือกข้อนี้ให้ข้ามไปตอบตั้งแต่ข้อ 33-34)
  2.  สูบบุหรี่
  3.  เคยสูบ แต่เลิกแล้ว.....ปี
30. ประเภทบุหรี่
1.  บุหรี่ซอง
  2.  บุหรี่มวนเอง/บุหรี่จี้โย
  3.  ซิการ์
  4.  ไปป์

31. ความถี่ในการสูบ

1. ประจำ ( $\geq 5$  วัน/สัปดาห์)

2.  บางครั้ง (1- 4 วัน/สัปดาห์)

32. จำนวนที่สูบ..... มวน/วัน

**ข้อ 33-34 เฉพาะผู้ที่ไม่สูบบุหรี่**

33. ท่านมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่หรือไม่

1.  ไม่มี (ถ้าเลือกข้อนี้ให้ข้ามไปตอบตั้งแต่ข้อ 35)

2.  มี

3.  เคยมี แต่เลิกแล้ว.....ปี

34. ความถี่ที่ท่านได้สัมผัสกับควันบุหรี่

1.  ประจำ ( $\geq 5$  วัน/สัปดาห์)

2.  บางครั้ง (1- 4 วัน/สัปดาห์)

3.  ไม่เคย

35. ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่

1.  ไม่ดื่ม (ถ้าเลือกข้อนี้ให้ข้ามไปตอบข้อ 38)

2.  ดื่ม

3.  เคยดื่ม แต่เลิกแล้ว.....ปี

36. ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทใด

1.  สุรา

2.  เหล้าดื่ม/เหล้าขาว

3.  เบียร์

4.  ไวน์

5.  ยาดอง

6.  อื่น ๆ (ระบุ).....

37. ความถี่ในการดื่มของท่านคือ

1.  ดื่มทุกวัน

2.  5-6 วัน/สัปดาห์

3.  3-4 วัน/สัปดาห์

4.  1-2 วัน/สัปดาห์

5.  อื่น ๆ ระบุ .....

**ส่วนที่ 6 ข้อมูลด้านพฤติกรรมการสัมผัสสารเคมีของผู้สูงอายุ**

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย  ลงใน  หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตรงตามความเป็นจริง

38. ท่านสัมผัสสารเคมี เช่น สารกำจัดศัตรูพืช สารกำจัดวัชพืช สีทาบ้านหรือไม่

1.  ไม่เคยสัมผัส (ถ้าตอบข้อนี้ให้ข้ามไปตอบตั้งแต่ข้อ 48) 2.  สัมผัส

39. ท่านสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืช (เช่น ยาฆ่าแมลง) โดยลักษณะการสัมผัสคือ
1.  เป็นผู้ใช้โดยตรง
  2.  เป็นผู้เตรียมสารกำจัดศัตรูพืช
  3.  เป็นผู้อาศัยอยู่ในบริเวณที่มีการใช้สารกำจัดศัตรูพืช
  4.  อื่นๆ ระบุ.....
40. ท่านสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืชเป็นระยะเวลา.....ปี
41. ความถี่ในการสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืชของท่านคือ
1.  6-7 ครั้ง/สัปดาห์
  2.  3-5 ครั้ง/สัปดาห์
  3.  1-2 ครั้ง/สัปดาห์
  4.  อื่น ๆ ระบุ.....
42. ท่านสัมผัสสารกำจัดวัชพืช (เช่น ยาฆ่าหญ้า) โดยลักษณะการสัมผัสคือ
1.  เป็นผู้ใช้โดยตรง
  2.  เป็นผู้เตรียมสารกำจัดวัชพืช
  3.  เป็นผู้อาศัยอยู่ในบริเวณที่มีการใช้สารกำจัดวัชพืช
  4.  อื่นๆ ระบุ.....
43. ท่านสัมผัสสารกำจัดวัชพืชเป็นระยะเวลา.....ปี
44. ความถี่ในการสัมผัสสารกำจัดวัชพืชคือ
1.  6-7 ครั้ง/สัปดาห์
  2.  3-5 ครั้ง/สัปดาห์
  3.  1-2 ครั้ง/สัปดาห์
  4.  อื่นๆ ระบุ.....
45. ท่านสัมผัสสียาทาบ้าน โดยลักษณะการสัมผัสของท่านคือ
1.  เป็นผู้ใช้โดยตรง
  2.  เป็นผู้เตรียมสียาทาบ้าน
  3.  เป็นผู้อยู่ในบริเวณที่มีการใช้สียาทาบ้าน(ขณะที่มีการทาสี)
  4.  เป็นผู้อาศัยอยู่ในบ้าน/สถานที่ ที่มีการใช้สียาทาบ้าน(ทาสีเสร็จแล้ว แต่ยังมีกลิ่น)
  5.  อื่น ๆ ระบุ.....
46. ท่านสัมผัสสียาทาบ้านขณะที่มีกลิ่นเป็นระยะเวลา.....เดือน

47. ความถี่ในการสัมผัสสีทาบ้านของท่านคือ

1.  6-7 ครั้ง/สัปดาห์
2.  3-5 ครั้ง/สัปดาห์
3.  1-2 ครั้ง/สัปดาห์
4.  อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 7 ข้อมูลด้านพฤติกรรมการออกกำลังกายในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตรงตามความเป็นจริง

- ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ 5-7วัน/สัปดาห์  
 ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3-4วัน/สัปดาห์  
 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่สม่ำเสมอ 1-2 วัน/สัปดาห์  
 ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่สม่ำเสมอ <1 วัน/สัปดาห์  
 ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลย

การออกกำลังกาย	ไม่ปฏิบัติเลย	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ เป็น ประจำ
48. ท่านออกกำลังกายโดยการเคลื่อนไหวแบบ ขวามทั้ง ลำตัวหรือเล่นกีฬาอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เวลาน้อย 30 นาที หรือออกกำลังกายโดยนำอุปกรณ์การออกกำลังกายบางประเภทมาใช้ เช่น ราวกระบอง เปรตองฮูลาฮูป โดยใช้เวลาน้อย 30 นาที					
49. ท่านออกกำลังกายในระหว่างการทำกิจกรรมประจำวัน เช่น กวาดบ้าน ปลูกต้นไม้ รดน้ำต้นไม้ ดายหญ้า หรือทำงานอื่น ๆ จนเหงื่อออกมาก					
50. ท่านเดินไปที่ทำงาน ไร่นา สวน เป็นระยะทาง 1-2 กิโลเมตรในแต่ละครั้ง					

**ส่วนที่ 8 ข้อมูลด้านพฤติกรรมด้านการได้รับยา ลักษณะการบริโภคอาหาร การได้รับสาร (supplement) และวิตามิน ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ**

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตรงตามความเป็นจริง

- ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอทุกวัน 7 วัน/สัปดาห์  
 ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่สม่ำเสมอ 6-5 วัน/สัปดาห์  
 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่สม่ำเสมอ เช่น 3-4 วัน/สัปดาห์  
 ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง เช่น 1-2 วัน/สัปดาห์  
 ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลย

การได้รับยา	ไม่ปฏิบัติเลย	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ เป็น ประจำ
51. ท่านรับประทานยาต้านการอักเสบ เช่น ยาแก้ปวด ยารักษาโรคข้ออักเสบ โรคเก๊าท์ ยาแก้ปวดคลายกล้ามเนื้อ					
<b>ลักษณะการบริโภคอาหาร</b>					
52. ท่านรับประทานอาหารประเภท ผัก ทอด หรือใส่กะทิ					
53. ท่านรับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผักมีสี ผลไม้มีรสเปรี้ยว ข้าวกล้อง					
54. ท่านดื่มน้ำอัดลม น้ำหวาน หรือน้ำสมุนไพรที่มีรสหวาน เช่น มะตูม น้ำขิง น้ำตะไคร้ น้ำเก๊กฮวย					
55. ท่านรับประทานอาหารประเภทปลา เช่น ปลานิล ปลาช่อน ปลาทู					
<b>การได้รับสาร (supplement) และวิตามิน</b>					
56. ท่านรับประทานสาร (supplement) เช่น สอร์โอมิน ทดแทนเพศชาย หรือสอร์โอมินทดแทนเพศหญิง สารสกัดใบแปะก๊วย น้ำมันปลาและโอเมก้า 3					

การได้รับยา	ไม่ปฏิบัติ เลย	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ เป็น ประจำ
57. ท่านรับประทานวิตามิน เช่นวิตามิน โฟลิก (Folic acid) วิตามินบี 6 (Vitamin B6) วิตามิน บี 12 (Vitamin B12) วิตามินซี (Vitamin C) วิตามินอี (Vitamin E)					

**ส่วนที่ 9 ข้อมูลด้านพฤติกรรมการทำกิจกรรมยามว่างของผู้สูงอายุในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา**

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตรงตามความเป็นจริง

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ  $\geq 4$  ครั้ง/เดือน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้งไม่สม่ำเสมอ 1-3 ครั้ง/เดือน

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้งไม่สม่ำเสมอ 4-6 ครั้ง/ปี

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัตินาน ๆ ไม่สม่ำเสมอ 1-3 ครั้ง/ปี

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลย

กิจกรรมยามว่าง	ไม่ ปฏิบัติ เลย	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ เป็น ประจำ
58. ท่านเข้าร่วมทำกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุ เช่น ซอ เต้นรำ ร้องเพลงจ้อย					
59. ท่านไปเยี่ยมเพื่อนบ้าน ใกล้เคียง หรือญาติ					
60. ท่านเข้าร่วมงานต่าง ๆ ในหมู่บ้าน เช่นงานบวช งาน ศพงานทำบุญบ้าน งานประเพณีประจำปี					
61. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น ไปโบสถ์ หรือวัด					