

การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม กับทิศทางการเปลี่ยนแปลงระบบการบริการปฐมภูมิ สำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบัน

Comprehensive Geriatric Assessment (CGA): How to change the system of primary care

พ.ญ.จิตติมา บุญเกิด

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารินทร์

ปัญหาของการให้บริการทางการแพทย์ในปัจจุบันคือ เป็นการบริการในเชิงตั้งรับมากกว่าเชิงรุก จึงเป็นเหตุให้เกิดข้อผิดพลาดได้มาก เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งคาดการณ์ไว้ว่าในปี พ.ศ.2563 จะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 15% ของจำนวนประชากรทั้งหมดหรือประมาณ 10 ล้านคน¹ ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีโรคเรื้อรังหลายโรค เมื่อแพทย์ที่ดูแลรักษามีเวลาจำกัดในการตรวจผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นต่อวันโดยเฉลี่ยแพทย์ใช้เวลาในการตรวจรักษาผู้ป่วย 10-15 นาทีต่อคน และแพทย์หลายคนมีปัญหาในการจัดลำดับความสำคัญ (set priority) ของโรคเรื้อรังหลายโรคในผู้ป่วยคนเดียว โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีการรับประทานยาหลายชนิดข้อผิดพลาดจึงเกิดขึ้นได้มาก

ในต่างประเทศการสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive Geriatric Assessment-CGA) มีการพัฒนามาเรื่อยๆ เริ่มตั้งแต่การจัดตั้งทีมสำหรับดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเสื่อมถอยทางสมรรถภาพ (frail elderly) ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ เกษัชกร เพื่อประเมินผู้ป่วยสูงอายุที่นอนในโรงพยาบาล และร่วมกันวินิจฉัยโรคในหลายๆ มิติ ได้แก่ มิติทางการแพทย์ การช่วยเหลือตนเอง มิติทางสังคมและจิตใจ รวมถึงการวางแผนการรักษาในระยะสั้นและระยะยาว วิวัฒนาการของ CGA ได้ขยายระบบในหลาย setting และมีการศึกษาเปรียบเทียบถึงประสิทธิภาพของการมี model of care นี้ในระบบการบริการต่างๆ มากมาย ซึ่งโดยมากจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติในด้านต่างๆ และช่วยให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น² การศึกษาของ CGA ที่พัฒนากันมาในแผนกผู้ป่วยใน (inpatient) และแผนกผู้ป่วยนอก (outpatient) นี้ ไม่ได้ลดอัตราการตาย แต่ช่วยลดอัตราการนอนโรงพยาบาล และการเข้าสถานพักฟื้น (nursing home placement) จากข้อมูลที่ผ่านมาพบว่า การประเมินผู้สูงอายุเพียงอย่างเดียว หรือการให้การดูแลรักษาเป็นชั่วคราวๆ โดยไม่มีการติดตามการรักษาหรือการประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ (primary care physician) นั้น จะไม่เกิดประโยชน์อย่างชัดเจน³

การศึกษาล่าสุดที่เน้นการเชื่อมต่อระบบการบริการ CGA ร่วมกับระบบบริการปฐมภูมิ โดยการสื่อสารให้ข้อมูลแก่แพทย์เจ้าของไข้ ร่วมกับการให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ เพื่อปฏิบัติตามคำแนะนำนั้นเกิดประโยชน์ ทั้งช่วยลดภาวะการช่วยเหลือตนเองถดถอย (functional decline) การเข้าหาสังคมดีขึ้น (better social skill) และคุ้มค่า (cost effectiveness) มากกว่าแบบอื่นที่ได้ปฏิบัติมา⁴ อย่างไรก็ตาม การกระจาย Model of care นี้เข้าสู่ระบบบริการปฐมภูมิ ยังมีปัญหาอยู่มากในต่างประเทศ⁵ ที่สำคัญคือคำตอบแบบบุคลากรในทีมที่ไม่ใช่แพทย์ จะจัดสรรกันอย่างไร ในบางท้องที่ประชากรไม่คุ้นเคยและไม่ยอมรับการประเมินจากบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ รวมทั้งการค้นหาระบบบริการแบบใดที่เหมาะสม สะดวก และคุ้มค่ามากที่สุดสำหรับผู้สูงอายุที่สุขภาพดี เพราะฉะนั้น ระบบการประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวมที่ประกอบด้วยทีมนี้ คงต้องยึดหยุ่นในการปรับให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละท้องที่



เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหา ชับซ้อน หรือมีกลุ่มอาการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) ได้มีการพัฒนามาตลอด จากการจัดระบบ CGA ในคลินิกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามาริบัติ ได้จัดลำดับกลุ่มอาการที่พบบ่อยที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม (dementia) ภาวะซึมเศร้า (depression) และ ภาวะการเดินและการทรงตัวผิดปกติ (gait disturbance)

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน คือ

1. Thai-MMSE
2. CDT (Clock Drawing Test)
3. Short Version GDS (Geriatric Depression Scale 11 items)
4. Get up and Go test

Thai-MMSE และ CDT มีการนำมาใช้แพร่หลายในการประเมินภาวะสมองเสื่อม แต่ก็พบปัญหาในการคัดกรอง (screening) พอสมควรโดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุมากๆ หรือผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษา จากการศึกษาก่อนหน้านี้^{6,7} ร่วมกับ ข้อมูลที่เก็บจากสถิติของคลินิกประเมินผู้สูงอายุโรงพยาบาลรามาริบัติเอง พบ false positive ค่อนข้างสูง เช่น ผู้ป่วยที่วาดนาฬิกาไม่ได้เลย (score 0) พบได้ถึง 50% ขณะที่พบภาวะสมองเสื่อมหรือความจำเสื่อมเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment-MCI) อยู่ที่ 22% แสดงให้เห็นถึง CDT มี sensitivity ค่อนข้างสูง แต่ถ้าใช้ในการวินิจฉัยใน primary care setting จะมีข้อผิดพลาดของการ over diagnosis ได้ การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมที่สำคัญขึ้นอยู่กับประวัติเป็นสำคัญ เครื่องมือที่ใช้ ผลเลือด และ brain imaging เป็นส่วนประกอบ อย่างไรก็ตาม MMSE และ CDT ก็ยังเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพดีสำหรับการคัดกรอง เพราะ sensitivity สูง และดีสำหรับใช้ช่วยติดตามการรักษา หรือติดตามการประเมิน ภาวะของความจำเสื่อมเล็กน้อยได้ (MCI)

ในส่วนของ GDS ได้มีการศึกษาเรื่อง sensitivity and specificity ในเมืองไทย⁸ และสามารถนำมาใช้ได้ง่ายกับงาน บริการปฐมภูมิ อาจมีข้อจำกัดในกรณีผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เริ่ม เป็นมาก (moderate to severe dementia) หรือ ผู้ป่วยที่ไม่ใช้ ภาษาไทยในการสื่อสาร การแปลผลเชื่อถือได้น้อยลง สำหรับ get up and go test⁹ นั้น เป็นการทดสอบที่ทำได้ง่าย คือ ให้ผู้ป่วยลุกขึ้นจากที่นั่ง และเดินในระยะ 3 เมตร แล้วหมุนตัว กลับมานั่งที่เดิม ซึ่งเป็นการทดสอบที่นอกจากจะใช้การคัดกรอง ผู้ป่วยที่มีปัญหาหกล้มบ่อย ถ้าใช้เวลาเกินกว่า 20 วินาที ควรได้รับการประเมินที่ละเอียดยิ่งขึ้น แบบทดสอบนี้ยังสามารถ ใช้ในการสังเกตดูว่า ผู้ป่วยมีภาวะอ่อนแรงที่กล้ามเนื้อต้นขา การทรงตัว การเดิน การผิดรูปของข้อเท้าและข้อเข่าอีกด้วย

การประเมินปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในมิติอื่นๆ ซึ่ง ควรทำเสมอในผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินแบบองค์รวมได้แก่

1. มิติของการช่วยเหลือตนเอง (Functional status) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน Activity Daily Livings (ADLs) และ Instrumental Daily Livings (IADLs) ได้นำเอาแบบ บันทึทักของ Modify Barthel Index ฉบับแปลภาษาไทย¹⁰ มาประเมิน Activity Daily Living และ ดัชนีจุฬา (Chula Index)¹¹ มาใช้ในการประเมิน instrumental daily livings ประโยชน์ที่ได้คือช่วยในการพิจารณา ถึงผู้ป่วยจะมีข้อจำกัด หรือไม่ก็ตามในการเข้าสังคม ถ้าเริ่มมีการบกพร่องของ IADLs และภาวะความเครียดหรือภาวะของผู้ดูแลแปรผันตามการ ถดถอยของ ADLs เช่นกัน นอกจากนี้ยังช่วยในการติดตาม พยากรณ์โรค ผู้ป่วยที่มีการถดถอยของการช่วยเหลือตนเอง (functional decline) จะส่งผลถึงการพยากรณ์โรคที่แยกลง

2. มิติทางสังคม (Social domain) นอกจากโครงสร้าง ทางครอบครัวที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลรักษาแล้ว การประเมินความเครียดของผู้ดูแลและการเข้าไปให้ความ ช่วยเหลือ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น เสมอ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องการติดตามการรักษา การปฏิบัติตาม ข้อแนะนำ โดยสรุปคือ ความร่วมมือของผู้ป่วยดีขึ้น จากสถิติ เบื้องต้นพบว่า ภาวะความเครียดของผู้ดูแล 20% และสัมพันธ์ กับการเกิดภาวะ elderly abuse

3. มิติในส่วนบุคคลเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีการเสื่อม ถดถอยตามธรรมชาติ (Aging) ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน สุขภาพฟัน ภาวะทางโภชนาการ การใช้ยา ภาวะถดถอยทาง เพศ จากสถิติของโรงพยาบาลรามาริบัติ พบปัญหาการมองเห็น มากที่สุด 80% ปัญหาการใช้ยา 67.8% และปัญหาสุขภาพ ฟัน 30.5% นอกจากนี้ เมื่อประเมินไปถึงการให้บริการใน ส่วนของ health maintenance and prevention พบว่าผู้ป่วย จำนวนมากถึง 90% ไม่ได้รับการส่งตรวจจักษุเพื่อคัดกรอง เรื่องมะเร็งลำไส้ และไม่เคยได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ซึ่งเป็นตัวเลขที่น่าสนใจ บ่งชี้ให้เห็นว่าระบบการบริการในเชิงรุก นั้นยังมีน้อยมากในผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tertiary care) ถึงแม้จะมีข้อโต้แย้งว่ามีปัจจัยหลายเรื่องใน การพิจารณาตรวจคัดกรองมะเร็งในผู้สูงอายุ หรือการฉีดวัคซีน ไข้หวัดใหญ่ในเมืองไทย อย่างไรก็ตาม จากตัวเลขที่สูงมากนี้คง เป็นข้อบ่งชี้ได้ถึงการที่ยังไม่มีมาตรฐานหรือนโยบายที่แน่นอนใน การให้บริการเชิงรุก เช่นเดียวกับการบริการเชิงรุกในระดับ ชุมชนในท้องถิ่นต่างๆ ก็ยังไม่เป็นที่ชัดเจนมากนัก

สรุป CGA เป็นสิ่งสำคัญที่น่าจะเป็นกุญแจในการ พัฒนาระบบการบริการปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มี ปัญหาซับซ้อนหลายด้าน (vulnerable patients) สำหรับ ข้อจำกัดในแต่ละท้องที่ ไม่ว่าจะเป็นการขาดบุคลากรที่มีความ เชี่ยวชาญ ขาดทรัพยากร และงบประมาณ คงเป็นเรื่องของ

นโยบายที่จะออกมาสสนับสนุนอย่างจริงจัง กฎเกณฑ์สำคัญอีกอย่างคือ การประสานงาน การติดตาม และการสื่อสารกันระหว่างทีมที่ดูแลผู้สูงอายุ และแพทย์เจ้าของไข้ (primary care physicians) เป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้การบริการแบบ CGA ประสบความสำเร็จ สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินในระบบบริการปฐมภูมิมีประโยชน์ค่อนข้างมาก แต่ก็ยังมีข้อจำกัดเช่นเดียวกัน ผู้นำมาใช้ควรทราบถึงข้อจำกัดและการแปลผลที่อาจเป็นปัญหาได้ ■

เอกสารอ้างอิง

- Jitapunkul S, Bunnag S. Aging in Thailand. Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine.1997.
- Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. Lancet. 1993 Oct 23; 342(8878):1032-6.
- Allen CM BP, Mcvey LJ, Saltz C, Feussner JR, Cohen HJ. A randomized, controlled clinical trial of a geriatric consultation team: compliance with recommendations J Am Geriatr Soc. 1986; 255:2617-21.
- Keeler EB, Robalino DA, Frank JC, Hirsch SH, Maly RC, Reuben DB. Cost-effectiveness of outpatient geriatric assessment with an intervention to increase adherence. Med Care. 1999 Dec; 37(12):1199-206.
- Reuben DB. Organizational interventions to improve health outcomes of older persons. Med Care. 2002 May; 40(5):416-28.
- Jitapunkul S, Lailert C. Mini-Mental Status Examination: is it appropriate for screening in Thai elderly? J Med Assoc Thai. 1997 Feb; 80(2):116-20.
- Siri S OK, Chansirikanjana S, Kitiyaporn D, Jorm AF. Modified informant questionnaire on cognitive decline in the elderly (IQCODE) as a screening test for dementia for Thai elderly. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2006; 37(3):587-94.
- Committee TTBF. Thai Geriatric Depression Scale-TGDS. Siriraj Hosp Gaz. 1994; 46(1):1-9.
- Moore AA, Siu AL. Screening for common problems in ambulatory elderly: clinical confirmation of a screening instrument. Am J Med. 1996 Apr; 100(4):438-43.
- Daipratham P MR, Juntham P, Pianmanakij S, Jantharakasamjit S, Yuwan A. The Inter-rater Reliability of Barthel Index (Thai version) in Stroke Patients. Journal of Thai Rehab medicine.2006; 1:1-9.
- Mathuranath PS, George A, Cherian PJ, Mathew R, Sarma PS. Instrumental activities of daily living scale for dementia screening in elderly people. Int Psychogeriatr. 2005 Sep; 17(3):461-74.

Geriatric Assessment Collection Form (Date.../.../...) ครั้งที่

Demographic Information

- First name..... Last name.....
- HN.....
- Weight.....
- Age.....
- Age
- สิทธิการรักษา (1) จ่ายเอง (2) เบิกได้ข้าราชการ.....
(3) ประกันสังคม (4) บัตรทอง (5) ประกันชีวิต (6) อื่นๆ
- สถานภาพการสมรส (1) สมรส (2) โสด (3) หม้าย (4) หย่า
- ระดับการศึกษา (1) อ่านเขียนไม่ได้ (2) อ่านออกเขียนได้ (3) ต่ำกว่าประถมศึกษา
(4) ระดับประถมศึกษา (5) ระดับมัธยมศึกษา (6) ปริญญาตรี
(7) สูงกว่าปริญญาตรี (8) สายวิชาชีพ (9) อื่นๆ
- ศาสนา (1) พุทธ (2) คริสต์ (3) อิสลาม (4) อื่นๆ
- สถานภาพทางการเงิน (1) ไม่มีปัญหา (2) มีปัญหา
- ที่อยู่ปัจจุบัน..... เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....
- ผู้ดูแลหลัก (1) คู่สมรส (2) บุตร (3)ญาติใกล้ชิด (4) ผู้ดูแลจ้าง
- Primary care Provider (1) staff (2) resident (3) other department physician
- Consult for

Medical Information

• Disease Status

- | | | |
|-------------------------|--------------------|------------------|
| (1) Hypertension | (7) CVA | (13) other |
| (2) DM | (8) PVD | |
| (3) DLP | (9) CRF | |
| (4) CAD | (10) Osteoporosis | |
| (5) CHF | (11) ETOH abuse | |
| (6) Atrial fibrillation | (12) Tobacco abuse | |

• Functional Status

- (1) Total dependence (2) Partially dependence (3) Total independence
(Modified Barthel Index =

Pharmacy Information

• Medications

-

• Drug related problems (DRPs)

- Untreated conditions
- Inappropriate drug selection
- Inappropriate dosage
- Potential drug interaction
- ADR/Allergy

• Polypharmacy (>_5 type of medication) (1) yes (0) no

• Self medications

- (1) correct self med (2) in correct self med (3) คนอื่นจัดให้

Social Information

• Elderly mistreatment

- (1) yes, abuse (1) verbal (2) emotional (3) physical (4) neglect (0) no

• Family conflict (1) yes (0) no

• Caregiver burden (1) yes (0) no

• Financial burden (1) yes (0) no

Geriatric evaluation

• Geriatric Syndrome

- (1) Dementia/MCI
- (2) Deprssion
- (3) Delirium
- (4) Disability
- (5) Falls
- (6) Gait disturbance
- (7) Urinary incontinence
- (9) Insomnia
- (10) Dizziness
- (11) Chronic constipation
- (12) Polypharmacy

• Geriatric Assessment

- VA: Right eye Left eye
- Hearing Impairment (1) yes, details (0) no
- Dental Problems (1) yes, details (0) no
- Nutrition evaluation
- Significant weight loss in 6 months (>10%) (1) yes, how much..... (0) no
 - albumin level mg/dl (.../.../...)
 - prealbumin level mg/dl (.../.../...)
- Depression screening (1) significantly depressed (2) no/uncertain, GDS score.....
- Cognitive evaluation
 - MMSE.....
 - clock-drawing test.....
 - cube-drawing test (1) correct (2) incorrect
 - Thyroid screening (TSH)..... (.../.../...)
 - B12 level mg/dl (.../.../...)
 - VDRL (.../.../...) (1) positive (2) negative
 - CT/MRI imaging result (.../.../...)
-
-
-
-
-
-
- Sexual health problems (1) yes, please clarify (0) no
(2) NA/ not asked, because.....

Geriatric Prevention

• Osteoporosis

- 1st BMD (.../.../...): T score.....at.....
- 2nd BMD (.../.../...): T score.....at.....
- 3rd BMD (.../.../...): T score.....at.....
- High risk for osteoporosis or [Osta index {0.2*(BW-age)}<-4]
- Low risk or [Osta index <-1]

• Colorectal cancer

- Stool occult blood (1) positive (.../.../...) (2) negative (.../.../...)
- Colonoscope
 - ครั้งที่ 1 (.../.../...)
 - ครั้งที่ 2 (.../.../...)
 - ครั้งที่ 3 (.../.../...)
- High risk (1) family history of colon cancer or adenomatous polyps
(2) Patients' history of colonic polyps
- Low risk

• Breast cancer

- Last MMG (.../.../...) (1) cat 1 (2) cat 2 (3) cat 3 (4) cat 4
- High risk (1) family history of breast cancer
- Low risk

• Immunization

- Last Annual influenza vaccine (.../.../...)

Summary Problems and Assessment

Problem lists

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

Assessment& Plan/ Intervention

-
-
-
-

ส่วนที่ 3: ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

3.1 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัดบาร์เธล (The Modified Barthel Activities of Daily Index(MBAI))
คะแนนเต็ม 20 คะแนน

กิจกรรม	คะแนนที่ได้
1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า) 0. ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ 1. ดักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนดักอาหารไว้ให้หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า 2. ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	
2. Grooming (ล้างหน้า, หวีผม, แปรงฟัน, โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมง) 0. ต้องการความช่วยเหลือ 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ตัวเองได้ ถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	
3. Transfer (ลุกจากที่นอน หรือจากเตียงไปเก้าอี้) 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 1 คนพยุง หรือดันขึ้นมา จึงจะนั่งได้ 2. ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย 3. ทำได้เอง	
4. Toilet use (ใช้ห้องสุขา) 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่งช่วยตัวเองได้ดี) (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง, ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังเสร็จธุระ, ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย) 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง ทำความสะอาดเรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	

กิจกรรม	คะแนนที่ได้
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือ บอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจ ดูแลเพื่อความปลอดภัย 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	
6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย 1. ช่วยตัวเองได้ร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	
7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) 0. ไม่สามารถทำเองได้ 1. ต้องการคนช่วย 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้เอง)	
8. Bathing (การอาบน้ำ) 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ 1. อาบน้ำเองได้	
9. Bowel (การกลั้นและการถ่ายอุจจาระ) 0. กลั้นไม่ได้ หรือต้องสวนอุจจาระ หรือใช้ยาระบายอยู่เสมอ 1. กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง 2. กลั้นได้เป็นปกติ	
10. Bladder (การกลั้นปัสสาวะ) 0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ หรือต้อง CIC 1. กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง 2. กลั้นได้เป็นปกติ	
คะแนนรวม	
วันเดือนปีที่ประเมิน	

3.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชเนียซา (ก่อน Admit ตามภาวะปกติที่บ้าน) (The Chula Activities of Daily Living Index)

กรุณาเลือกข้อคำตอบที่ตรงกับลักษณะของท่านมากที่สุด กิจกรรมในที่นี้ หมายถึงกิจกรรมที่ท่านทำจริงๆ ไม่ใช่กิจกรรมที่ท่านสามารถทำได้แต่ไม่ทำ

กิจกรรม	คะแนนที่ได้
1. Walking out door (เดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน) 0. เดินไม่ได้ 1. ใช้รถเข็น แต่ช่วยตัวเองได้ หรือต้องการคนประคอง 2 ข้าง 2. ต้องการคนช่วยพยุง หรือไปด้วยตลอด 3. เดินได้เอง (รวมทั้งที่ใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker)	
2. Cooking (ทำหรือเตรียมอาหาร+หุงข้าว) 0. ทำไม่ได้ 1. ต้องการคนช่วยในการทำ หรือจัดเตรียมการบางอย่างไว้ล่วงหน้า จึงจะทำได้ 2. ทำได้เอง	
3. Heavy house work (เช่น ทำความสะอาด ภูบ้าน ซักผ้าเสื้อผ้า) 0. ทำไม่ได้ ต้องมีคนช่วย 1. ทำได้เอง	
4. Money exchange (ทอนเงิน/แลกเงิน) 0. ทำไม่ได้ ต้องมีคนช่วย 1. ทำได้เอง	
5. Transportation (เช่น ใช้บริการรถเมล์ รถสองแถว หรือขับรถเอง) 0. ไม่สามารถทำได้ 1. ทำได้แต่ต้องมีคนช่วยดูแลไปด้วย 2. ไปมาได้เอง	
คะแนนรวม	
วันเดือนปีที่ประเมิน	