

## REFERENCES

- Ban Na Teen Health Statistics, Ban Song Paek Health Statistics, Krabi Province. (2003). **Report on the Population Surveying (Rorbor 1 kor 03) 1999-2003**. Krabi.
- Chayowan, N et al. (1989). The Conclusion of Effect on Economics, Social and the Elderly Population in Thailand Research Project: Policy Suggestion, **The Journey of Census**, 5, 1, 35-38.
- Chitaphankul, S. (1999). **The Principal of the Elderly Medicalogy**. (2<sup>nd</sup> ed). Bangkok: Department of the Elderly Medicalology and Behavioral, Faculty of Medical Sciences, Chulalongkorn University.
- Chitaphankul, S. (1998). **Health problem of the elderly**. (1<sup>st</sup> ed). Bangkok. Holistic Publishing Company.
- Chuprapawan, C. (2000). **A Set of Thai People Health: The Status of Thai People**, Bangkok: Mor Chaw Ban.
- Chuprapawan, C. et al. (1995). Health interview survey of population aged 50 and over, Thailand. *Journal of Health Promotion and Environmental Health*, 20, 2, 1-6.
- Department of Local Administration, Ministry of Interior, (1999-2003). **Report on Population Surveying (Ror bor 1 kor 03) 1999-2003**. Retrieved June 22, 2005 from <http://www.dopa.go.th>.
- Department of Medical Technology, Institute of Gerontology, (2005). **Holistic Care of the Elderly**. Bangkok: Thai Agriculture Corporative Publishing Firm.
- Department of Law, Social Development and Security, Permanent Secretary Office, **Act on older persons B.E .2546**. Retrieved June 22, 2005 from <http://www.M-society.go.th>.
- Hoyung, S (1998). **Need care and the perception of care received from family member of the Elderly in Rural areas**. Master `s Thesis, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University.
- Keller, C. and Fleury, J. (2000). **Health Promotion for the Elderly**. Thousand Oaks: Sage.
- Nualjinda, A. et al. (1991). **Satisfaction :The Middle Variable of Life Quality Development of the Elderly** , National Census conference.

- Phanphrek, S. (1998). **Applied Statistics for Research**, (3<sup>th</sup> ed).  
Khonkan: Khonkan Publishing Company.
- Shortell, S.M., Arnold D.Kaluzny, A.D. and associates, (Eds). ( 2002). **Health Care Management: Organization, design and behavior**.(4<sup>th</sup> ed.)Albany N.Y.:  
Delmar Thomson Learning.
- Siripanich, B.(1999). **Thai elderly** (2<sup>nd</sup> ed). Bangkok: Dee Publishing Firm.
- The National Statistics Bureau. (2003).**The Surveying of the Elderly in Thailand 2002 (Krabi Province)** Bangkok:The National Statistics Bureau, Ministry of Information Technology and Communication.
- The Directing Committee of National Health Development Plane book 9. (2001).  
**National Health Development Plane during National Economics and Social Development Plane Book 9: 2002-2006**, .Nonthaburi: Ministry of Public Health.
- The Merch Manual-Home Edition. (1995).**The Aging Body** Retrieved February 16, 2003 from [http://www.merch.com/mrkshared/mmanual\\_home/sec1/3.jsp](http://www.merch.com/mrkshared/mmanual_home/sec1/3.jsp).
- The National Statistics Bureau. (1998). **The Status of the Elderly**. Bangkok: The National Statistics Bureau, The Prime Minister office.
- The National Statistics Bureau. (2000). **The Census and Housing Krabi Province**. Bangkok: The National Statistics Bureau, The Prime Minister office.
- The Research Institute of Public Health systems. (1995). **Health interview survey of Thai population .the year 1991-1992** (1<sup>st</sup> ed.). Bangkok: Design Company Ltd.
- Tienprapas, C.( 1993). **Nursing for the Thai Elderly**. (3<sup>th</sup> ed). Bangkok: Text book development program, School of Nursing, Mahidol University.
- Tienprapas, C. et al. ( 1997). The Service of the Elderly in Need of Bangkoknoi District. **The Journey of Nursing Sciences**. 15, 1, 61-70.
- Vaschapas, C.( 1995). **Biology of the Elderly**. (3<sup>th</sup> ed). Bangkok: Supavanich Publishing Firm.
- Visuttitum, P. (1999). **Life stype and social service needs of the elderly in Trang Province**. Nakhonsritrammaras: Aksorn Karm Pim Publishing Company.

**APPENDIC**

## APPENDIC A

### Interview Form

#### Research Program on

#### The evaluation of the Functional Disability of the Elderly In Tambon Krabi-noi, Muang District, Krabi Province

2005

Interview Form no. ( )<sup>c1</sup> ( ) ( )<sup>c3</sup>

Date... Month.....Year.....

Interviewee`s name		
Mr./Mrs./Miss.....		Lastname.....
House No.....		Name of Village.....
1. ( ) Moo.1 Na- ching	1. ( ) Moo.1 Kao - Tang	<input type="checkbox"/> Moo
2. ( ) Moo.2 Namjan	1. ( ) Moo.1 Song - Paek	
3. ( ) Moo.3 Pho - Reang	1. ( ) Moo.1 Wang - Khlong - Tai	
4. ( ) Moo.4 Wang - Khlongkak	1. ( ) Moo.1 Na - Nok	
5. ( ) Moo.5 Khlongpakasai	1. ( ) Moo.1 Khlong - Neng	
6. ( ) Moo.6 Krabi - noi	1. ( ) Moo.1 Na - Teen	
7. ( ) Moo.7 Huay - Reang		
Tambon Krabi-noi,Muang district, Krabi Province		

The description of this questionnaire are divided into 6 parts as follow :

- The First part:** question on general data.
- The Second part;** question on the performance of the elderly in basic operation on their private routine activities.
- The Third part:** question on the performance of the elderly in continuous operation on their private routine activities.
- The Fourth part:** question on the problem of the health status of the elderly for more than 6 Months.
- The Fifth part:** question on the occurring sickness of the elderly 1 month ago.
- The Fifth part:** question on the need of the elderly and their lookers on.

The First part : Data on the status of the interviewee please mark  $\checkmark$  in  your fact

	CODE	
1. SEX ( ) 1. Male                      ( ) 2.Female	<input type="checkbox"/>	SEX
2. AGE.....Years old	<input type="checkbox"/>	AGE
3. Marriage status ( ) 1. single                      ( ) 2.couple ( ) 3. widow / decorce / seperated	<input type="checkbox"/>	STATUS
4. Religion ( ) 1. Buddhism ( ) 2. Christian ( ) 3. Muslims ( ) 4. Other	<input type="checkbox"/>	REL
5. Education ( ) 1. Uneducated ( ) 2. Graduated from primary school ( ) 3. Graduated from secondary school or higher	<input type="checkbox"/>	EDU
6. Reading ( ) 1. Able to read and Fluent ( ) 2. Able to read but not fluent ( ) 3 illiterate	<input type="checkbox"/>	READ
7. Writing ( ) 1. Able to write and Fluent ( ) 2. Able to write but not fluent ( ) 3 illiterate	<input type="checkbox"/>	WRITE
8. Your own income ( ) 1. yes                      ( ) 2.no.	<input type="checkbox"/>	INCOME

The first part (continued)	CODE	
9. if yes, where do you receive it from? ( ) 1. pension ( ) 2. to be hired by private company ( ) 3. interest by own business / Agruculture ( ) 4. Husband ( ) 5. child / niece / nephew ( ) 6. other, specify	□□□□□□	FROM
10. Income sufficiency ( ) 1. sufficient and have left for saving ( ) 2. sufficient but no saving ( ) 3 insufficient	□	FROM
11. Family type ( ) 1. alone      ( ) 2.lives with husband / wife ( ) 3. lives with husband / wife /child /niece or nephew ( ) 4. lives with child ( ) 5. nice or nephew ( ) 6. lives with employee ( ) 7. lives with know person or relative	□	FIMI
12. When do you live at the present time? ( ) 1. live at you own house ( ) 2. live at child, nephew, niece 's house ( ) 3. live with other ( ) 4. Other, specify	□	LIVE
13. Do you have any looker on? ( ) 1. No ( ) 2. Yes, how relation	□	LOOK
14. If you have some, Does he/she have to work out? ( ) 1. No ( ) 2. Yes	□	OUT
15. How long have you looker on done it for you? ( ) 1. As you long as wish ( ) 2. For a short time ( ) 3 for special case	□	TIME

The first part (continued)	CODE	
16. Do you have any health problem nowadays?	<input type="checkbox"/>	PROB 1
( ) 1. No		
( ) 2. Yes,(specify in detail and the answer can be done more than one)		
( ) 1. Problem on the teeth	<input type="checkbox"/>	PRO 1
( ) 2. Problem on the eyes	<input type="checkbox"/>	PRO 2
( ) 3. Problem on the ears	<input type="checkbox"/>	PRO 3
( ) 4. Problem on the sleeping	<input type="checkbox"/>	PRO 4
( ) 5. Problem on the joints and bones	<input type="checkbox"/>	PRO 5
( ) 6. Problem on blood vessel system disease such as heart disease, hypertension and hard blood vessel in brain	<input type="checkbox"/>	PRO 6
( ) 7. Problem on alimentary canal system, such as constipated, diarrhea and stomach diseases	<input type="checkbox"/>	PRO 7
( ) 8. Problem on uriaryalimentary canal system, such as swollen prostate gland, loose diaphragm and hemohoids	<input type="checkbox"/>	PRO 8
( ) 9. Problem on nervous system such as forgetting	<input type="checkbox"/>	PRO 9
( ) 10. Problem on endocrine system such as diabets and swollen endocrine gland.	<input type="checkbox"/>	PRO 10
( ) 11. Problem on skin disease.	<input type="checkbox"/>	PRO 11

**The second part :** Questionnaire for assessment of the performance of the elderly in basic operation on their private routine activities by using Bathel ADL. Index.

**Discription :** The interviewer will ask the elderly/relative respectively with each question on activities that the elderly has exactly done day by day and please mark  $\checkmark$  in front of content that the elderly can exactly do.

	CODE	
1. Can the elderly have food by oneself? ( ) 0. can not take up food to the mouth and must have someone do in stead. ( ) 1. can lake up food by oneself but must have someone to help something such as preparing food in a spoon or minced in advance. ( ) 2. can take up food and help oneself usually.	<input type="checkbox"/>	DAY 1
2. Can the elderly clean the face, take a comb, brush the teeth and shaving within 24-48 hours ago by oneself? ( ) 0. need to be helped. ( ) 1. can do by oneself include can also do if it is prepared for an instrument already.	<input type="checkbox"/>	DAY 2
3. Can the elderly get up from bed or move to a chair? ( ) 0. can not get up from bed ( sleeps all time or must have someone to take away.) ( ) 1. can get up from bed but must have people to take care or lifts up. ( ) 2. can get up from bed but must have someone to take care for safety ( ) 3. can get up from bed by oneself without anybody to take care or lifts up	<input type="checkbox"/>	DAY 3
4. Can the elderly use the toilet for excrement or take a piss? ( ) 0. can not help oneself. ( ) 1. can do same ( at cleans one`s body) but needs to be helped something. ( ) 2. can help oneself usually	<input type="checkbox"/>	DAY 4



	CODE	
5. Can the elderly walk or move in the room or the house? ( ) 0. can not move. ( ) 1. has to use a wheel chair and then can help oneself to move ( without anyone to take away and also must go in and out to a corner and a door) ( ) 2. must have someone to help for walking and moving or telling to do or must play attention to take care for safety ( ) 3. can walk or move by oneself	<input type="checkbox"/>	DAY 5
6. Can the elderly wear and take off clothes by oneself? ( ) 0. must have someone to help, rarely help by oneself. ( ) 1. can help oneself about 50 percent and the rest must be helped by someone. ( ) 2. can help oneself usually.	<input type="checkbox"/>	DAY 6
7. Can the elderly go up and down one ladder? ( ) 0. can not ( ) 1. need someone to help ( ) 2. can do ( if need to use a walker, it must be carried by oneself)	<input type="checkbox"/>	DAY 7
8. Can the elderly take a shower or dry up by oneself? ( ) 0. need to be helped ( ) 1. can do by oneself	<input type="checkbox"/>	DAY 8
9. Can the elderly pause to excre ( within 1 week ago?) ( ) 0. can not pause or need to be sucked off often. ( ) 1. sometime can not pause( Less than 1 time per week) ( ) 2. can pause usually	<input type="checkbox"/>	DAY 9
10. Can the elderly pause to take a piss (within 1 week ago?) ( ) 0. can not pause or put urine sucked off host and can not Look after oneself. ( ) 1. sometime can not pause ( Less than 1 time per day) ( ) 2. can pause usually.	<input type="checkbox"/>	DAY 10

**The third part :** Questionnaire for assessment of the performance of the elderly in operation their private routine activities by using Chula ADL. Index.

**Discription :** The interviewer will ask the elderly/relative respectively with each activities that the elderly has exactly done within 1-2 weeks ago and please mark  $\checkmark$  in front of contend that the elderly can exactly do.

	CODE	
1. Can the elderly walk or move out of the house? ( ) 0. can not do. ( ) 1. using wheel chair and can help oneself or need someone to lift up both side ( ) 2. needs someone to lift up all time . ( ) 3. can walk by oneself (include using walking stick)	<input type="checkbox"/>	WORK 1
2. Can the elderly cook food or rice cooker? ( ) 0. can not do ( ) 1. needs someone to help or prepare something in advance. ( ) 2. can do by oneself	<input type="checkbox"/>	WORK 2
3. Can the elderly work as home such as home cleaning/washing the clothes? ( ) 0. can not do and must have someone to help ( ) 1. can do by oneself	<input type="checkbox"/>	WORK 3
4. Can the elderly pay or chance money by oneself? ( ) 0. can not do and must have someone to help. ( ) 1. can do by oneself	<input type="checkbox"/>	WORK 4
5. Can the elderly travel to another place? ( ) 0. can not go and come by oneself. ( ) 1. can go and come by self	<input type="checkbox"/>	WORK 5

**The fourth part :** Questionnaire for assessment on the problem of the health status of the elderly for more than 6 months.

**Discription :** The interviewer will ask the elderly/relative respectively with each question and please mark  $\checkmark$  in front of content that the elderly s fact.

	CODE	
1. Does the elderly get disease or have the problem of the health status for more than 6 months? ( ) 1. None ( ) 2. Yes, (specify in detail and the answer can be done more than one)	<input type="checkbox"/>	SICK 1
( ) 1. Heart blood vessel disease, Heart attack	<input type="checkbox"/>	SICK 1
( ) 2. Other Heart disease.	<input type="checkbox"/>	SICK 2
( ) 3. Hypertension	<input type="checkbox"/>	SICK 3
( ) 4. Asthma	<input type="checkbox"/>	SICK 4
( ) 5. Other Lung disease	<input type="checkbox"/>	SICK 5
( ) 6. Semi paralysis, Brain caoillary disease (tear, arteriosclerosis)	<input type="checkbox"/>	SICK 6
( ) 7. Weaked Arms, Legs, Hands and Feet	<input type="checkbox"/>	SICK 7
( ) 8. Convulsion,Epilepsy	<input type="checkbox"/>	SICK 8
( ) 9. Livers disease	<input type="checkbox"/>	SICK 9
( ) 10. Kidneys disease.	<input type="checkbox"/>	SICK 10
( ) 11. Diabetes	<input type="checkbox"/>	SICK 11
( ) 12. Knee jointache, Septic Knee joint	<input type="checkbox"/>	SICK 12
( ) 13. Backache	<input type="checkbox"/>	SICK 13
( ) 14. Headache	<input type="checkbox"/>	SICK 14
( ) 15. Otherache	<input type="checkbox"/>	SICK 15
( ) 16. Eyes disease	<input type="checkbox"/>	SICK 16
( ) 17. Ears disease	<input type="checkbox"/>	SICK 17
( ) 18. Ulsymer	<input type="checkbox"/>	SICK 18
( ) 19. Depressive	<input type="checkbox"/>	SICK 19
( ) 20. Other Neurosis	<input type="checkbox"/>	SICK 20
( ) 21. Aids	<input type="checkbox"/>	SICK 21
( ) 22. Other disease (specify) .....	<input type="checkbox"/>	SICK 22

	CODE	
2. Does the elderly get the chronic disablement for more than 6 months? ( ) 1. No ( ) 2. Yes, specify (the answer can be done more than one)	<input type="checkbox"/>	DISA 1
( ) 1. Disabled limbs	<input type="checkbox"/>	DIS 1
( ) 2. Disabled finger and toe	<input type="checkbox"/>	DIS 2
( ) 3. Blind eyes	<input type="checkbox"/>	DIS 3
( ) 4. Dumb person	<input type="checkbox"/>	DIS 4
( ) 5. Deaf, hard of hearing	<input type="checkbox"/>	DIS 5
( ) 6. Partially paralyzed, paralysis	<input type="checkbox"/>	DIS 6
( ) 7. Harelip	<input type="checkbox"/>	DIS 7
( ) 8. Atrophied and bent limbs	<input type="checkbox"/>	DIS 8
( ) 9. Mental disease	<input type="checkbox"/>	DIS 9
( ) 10. To be faked.	<input type="checkbox"/>	DIS 10
( ) 11. Bent spine	<input type="checkbox"/>	DIS 11
( ) 12. other (specify) .....	<input type="checkbox"/>	DIS 12
3. Is a disease or health problem or disablement caused by accident or injury? ( ) 1. No ( ) 2. Yes, specify (the answer can be done more than one)	<input type="checkbox"/>	ACC 11
( ) 1. Accident in the house	<input type="checkbox"/>	ACC 1
( ) 2. Accident by playing sports	<input type="checkbox"/>	ACC 2
( ) 3. Accident by working	<input type="checkbox"/>	ACC 3
( ) 4. Accident by transportation	<input type="checkbox"/>	ACC 4
( ) 5. To be burned by fire and hot water	<input type="checkbox"/>	ACC 5
( ) 6. Drinking or eating poison by accident	<input type="checkbox"/>	ACC 6
( ) 7. other (specify) .....	<input type="checkbox"/>	ACC 7

	CODE	
<p>4. Can the elderly use the equipment or physical equipment as follow?</p> <p>( ) 1. Eyes glasses</p> <p>( ) 2. Aid- Listening instrument</p> <p>( ) 3. False tooth</p> <p>( ) 4. Walking stick</p> <p>( ) 5. walker</p> <p>( ) 6. Crush</p> <p>( ) 7. Wheel chair</p> <p>( ) 8. Artificial foot and leg</p> <p>( ) 9. Artificial hand and arm</p> <p>( ) 10. other (specify) .....</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>BODY 1</p> <p>BODY 2</p> <p>BODY 3</p> <p>BODY 4</p> <p>BODY 5</p> <p>BODY 6</p> <p>BODY 7</p> <p>BODY 8</p> <p>BODY 9</p> <p>BODY 10</p>
<p>5. Types of disablement of the elderly.</p> <p>( ) 1. Disable movement</p> <p>( ) 2. Disable seeing</p> <p>( ) 3. Disable mental or behavior</p> <p>( ) 4. Disable hearing or interpreting</p> <p>( ) 5. Disable intelignace and learning</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>DISA 1</p> <p>DISA 2</p> <p>DISA 3</p> <p>DISA 4</p> <p>DISA 5</p>
<p>6. Is the disease or health problem or disablement caused the elderly inability to work or to do any activities as usually or hard to do it ( not the same ) ?</p> <p>( ) 1. No</p> <p>( ) 2. Yes.(Long – Term disability)</p>		
<p>7. The most important cause that affacts the elderly unable to do some activities usually or hard to do ( not the same before/ abnormal)</p> <p>is.....</p>		

**The fifth part :** This following Questions want to know the sickness that reoccurred within 1 months ago

**Discription :** The interviewer will ask the elderly/relative respectively with each question and please mark  $\surd$  in front of contend that the elderly s fact.

	CODE	
1. Did the elderly have the health problem or sickness that reoccurred within 1 months ago?		
( ) 1. No	<input type="checkbox"/>	PSQ 1
( ) 2. Yes, (specify in detail and the answer can be done more than one)		
( ) 1. Mostly has to sleep whole day for.....day(s) include the days staying in the hospital.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SLEE 1 SLEE 2
( ) 2. Has to stop for earning working for.....day(s)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	STOP 1 STOP 2
( ) 3. Can not do the activities usually for...day (s) include home work, take care of a child or private activities such as walking, taking a shower and wearing clothes etc.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CANT 1 CANT 2
( ) 4. Yes, but can do the activities usually without taking a rest or stopping to work.	<input type="checkbox"/>	CAN 1
2. If the answer in the first question were yes, Did the health problem or sickness cause by the accident or injury?		
( ) 1. No	<input type="checkbox"/>	PSQ 2
( ) 2. Yes, (specify in detail and the answer can be done more than one)		
( ) 1. Accident in the house	<input type="checkbox"/>	PAIN 1
( ) 2. Accident by playing sports	<input type="checkbox"/>	PAIN 2
( ) 3. Accident by working	<input type="checkbox"/>	PAIN 3
( ) 4. Accident by transportation	<input type="checkbox"/>	PAIN 4
( ) 5. To be burned by fire and hot water	<input type="checkbox"/>	PAIN 5
( ) 6. Drinking or eating poison by accident	<input type="checkbox"/>	PAIN 6
( ) 7. other (specify) .....	<input type="checkbox"/>	PAIN 7

	CODE	
3. If there were the health problem or sickness as the answer in the first question, please specify the diseases ( the answer can be done more than one)		
( ) 1. Have a clod, throatache	<input type="checkbox"/>	DISE 1
( ) 2. Pheumonia and to be septic	<input type="checkbox"/>	DISE 2
( ) 3. Septic Bladder disease	<input type="checkbox"/>	DISE 3
( ) 4. Scar on the body	<input type="checkbox"/>	DISE 4
( ) 5. Other septic fever	<input type="checkbox"/>	DISE 5
( ) 6. Stomach disease	<input type="checkbox"/>	DISE 6
( ) 7. constipated	<input type="checkbox"/>	DISE 7
( ) 8. Other Belly disease	<input type="checkbox"/>	DISE 8
( ) 9. Health blood vessel disease, Heart attack	<input type="checkbox"/>	DISE 9
( ) 10. other health disease	<input type="checkbox"/>	DISE 10
( ) 11. Hypertension	<input type="checkbox"/>	DISE 11
( ) 12. Asthma	<input type="checkbox"/>	DISE 12
( ) 13. other Lung disease	<input type="checkbox"/>	DISE 13
( ) 14. Semi paralysis, Brain capillary disease( tear arteriosclerosis)	<input type="checkbox"/>	DISE 14
( ) 15. Weaked Arms, Legs, Hands and Feet		DISE 15
( ) 16. Convulsion,Epilepsy	<input type="checkbox"/>	DISE 16
( ) 17. Livers disease	<input type="checkbox"/>	DISE 17
( ) 18. Kidneys disease	<input type="checkbox"/>	DISE 18
( ) 19. Diabetes	<input type="checkbox"/>	DISE 19
( ) 20. Knee jointache, septic Knee joint	<input type="checkbox"/>	DISE 20
( ) 21. Backache	<input type="checkbox"/>	DISE 21
( ) 22. Headache	<input type="checkbox"/>	DISE 22
( ) 23. Otherache	<input type="checkbox"/>	DISE 23
( ) 24. Eyes disease	<input type="checkbox"/>	DISE 24
( ) 25. Ears disease	<input type="checkbox"/>	DISE 25
( ) 26. Ulsymer	<input type="checkbox"/>	DISE 26
( ) 27. Depressive	<input type="checkbox"/>	DISE 27
( ) 28. Other neurosis	<input type="checkbox"/>	DISE 28
( ) 29. Skin disease	<input type="checkbox"/>	DISE 29
( ) 30. Aids	<input type="checkbox"/>	DISE 30
( ) 31. Other disease	<input type="checkbox"/>	DISE 31
	<input type="checkbox"/>	DISE 32

**The sixth part :** Questions on the need of the elderly and their looker on.

**Discription :** The interviewer will ask the elderly/relative respectively with each questoion and please fill in the fact of the elderly in detail.

**1. The need of the elderly that relatives with the functional disability by oneself.  
(specify).....**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**From the government.....**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**From the community.....**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**2. The need of the looker on of the elderly who are the functional disability.  
( please specify) From the  
government.....**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**From the community.....**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....



## APPENDIC B

แบบสัมภาษณ์

โครงการวิจัยเรื่อง

การประเมินภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ

ตำบลกระบี่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่

ปี2548

เลขที่แบบสัมภาษณ์( )<sup>c1</sup>( )<sup>c3</sup>

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์.....

นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

บ้านเลขที่.....ชื่อบ้าน

1. ( ) ม.1 หน้าชิง

8. ( ) ม.8 เขาดัง

 MOO

2. ( ) ม.2 น้ำจวน

9. ( ) ม.9 สองแพรก

3. ( ) ม.3 โพธิ์เรียง

10. ( ) ม.10 หว่างคลองไทย

4. ( ) ม.4 หว่างคลองแขก

11. ( ) ม.11 นานอก

5. ( ) ม.5 คลองปกาสัย

12. ( ) ม.12 คลองเนียง

6. ( ) ม.6 กระบี่น้อย

13. ( ) ม.13 นาดีน

7. ( ) ม.7 ห้วยเหรียญ

ตำบลกระบี่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ แบ่งเป็น 6 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับสมรรถภาพเชิงปฏิบัติการด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 ข้อคำถามเกี่ยวกับสมรรถภาพเชิงปฏิบัติการด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง

ส่วนที่ 4 ข้อคำถามเกี่ยวกับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นมานานกว่า 6 เดือน

ส่วนที่ 5 ข้อคำถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นใหม่ของผู้สูงอายุ ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา

ส่วนที่ 6 ข้อคำถามเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

โปรดใส่เครื่องหมาย  ลงใน  ที่ตรงกับความจริง

	CODE	
1. เพศ ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง	<input type="checkbox"/>	SEX
2. อายุ.....ปี	<input type="checkbox"/>	AGE
3. สถานภาพสมรส ( ) 1. โสด ( ) 2. คู่ ( ) 3. หม้าย/หย่า/แยก	<input type="checkbox"/>	STATUS
4. การนับถือศาสนา ( ) 1. พุทธ ( ) 2. คริสต์ ( ) 3. อิสลาม ( ) 4. อื่นๆ	<input type="checkbox"/>	REL
5. การศึกษา ( ) 1. ไม่ได้ศึกษา ( ) 2. ประถมศึกษา ( ) 3. มัธยมศึกษา ( ) 4. อาชีวศึกษา ( ) 5. อุดมศึกษา ( ) 6. อื่นๆระบุ.....	<input type="checkbox"/>	EDU
6. การอ่านหนังสือ ( ) 1. อ่านออกได้คล่อง ( ) 2. อ่านออกแต่ไม่คล่อง ( ) 3. อ่านไม่ออก	<input type="checkbox"/>	READ
7. การเขียนหนังสือ ( ) 1. เขียนได้คล่อง ( ) 2. เขียนได้แต่ไม่คล่อง ( ) 3. เขียนไม่ได้	<input type="checkbox"/>	WRITE
8. รายได้ที่ได้รับเป็นของตนเอง ( ) 1. มีรายได้ ( ) 2. ไม่มีรายได้	<input type="checkbox"/>	INCOME

ส่วนที่ 1 (ต่อ)	CODE	
9. ถ้ามีรายได้ท่านได้จากไหน(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ( ) 1. ราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ ( ) 2. การรับจ้างเอกชน ( ) 3. ผลประโยชน์จากธุรกิจส่วนตัว/เกษตรกรรม ( ) 4. สามี/ภรรยา ( ) 5. บุตรหลาน ( ) 6. อื่นๆ ระบุ.....	□□□□□□	FROM
10. ความเพียงพอของรายได้ ( ) 1. เพียงพอและเหลือเก็บ ( ) 2. เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ( ) 3. ไม่เพียงพอ	□	SAVE
11. ลักษณะครอบครัว ( ) 1. อยู่คนเดียว ( ) 2. อยู่กับสามี/ภรรยา ( ) 3. อยู่ร่วมกับสามี/ภรรยา/บุตร/หลาน ( ) 4. อยู่กับบุตรหลาน ( ) 5. อยู่กับหลาน ( ) 6. อยู่กับลูกจ้าง ( ) 7. อยู่กับคนที่รู้จักหรือญาติ	□	FAMI
12. ปัจจุบันท่านอยู่ที่ใด ( ) 1. บ้านตนเอง ( ) 2. บ้านบุตรหลาน ( ) 3. อาศัยบ้านคนอื่น ( ) 4. อื่นๆ ระบุ.....	□	LIVE
13. ท่านมีคนคอยดูแลหรือไม่ ( ) 1. ไม่มี ( ) 2. มี มีความเกี่ยวข้องกับท่าน โดยเป็น.....	□	LOOK
14. ถ้ามีผู้ดูแล ผู้ดูแลท่านทำงานนอกบ้านหรือไม่ ( ) 1. ไม่ทำ ( ) 2. ทำ	□	OUT
15. ผู้ที่คอยดูแลท่าน ดูแลท่านนานเท่าใด ( ) 1. ดูแลนานเท่าที่ต้องการ ( ) 2. ดูแลเพียงช่วงสั้นๆ ( ) 3. ดูแลเฉพาะเรื่อง	□	TIME

ส่วนที่ 1 (ต่อ)	CODE	
16. ปัจจุบันท่านมีปัญหาสุขภาพหรือไม่	<input type="checkbox"/>	PROB 1
( ) 1. ไม่มี		
( ) 2. มี (ระบุรายละเอียด ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
( ) 1. ปัญหาเกี่ยวกับฟัน	<input type="checkbox"/>	PRO 1
( ) 2. ปัญหาเกี่ยวกับตา	<input type="checkbox"/>	PRO 2
( ) 3. ปัญหาเกี่ยวกับหู	<input type="checkbox"/>	PRO 3
( ) 4. ปัญหาเกี่ยวกับการนอน	<input type="checkbox"/>	PRO 4
( ) 5. ระบบใจข้อและกระดูก	<input type="checkbox"/>	PRO 5
( ) 6. ปัญหาเกี่ยวกับโรกระบบหลอดเลือด เช่น โรคหัวใจ, ความดันโลหิตสูงและเส้นเลือด แข็งในสมอง	<input type="checkbox"/>	PRO 6  PRO 7
( ) 7. ปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องผูก, ท้องเสีย โรคระเพาะ	<input type="checkbox"/>	PRO 8
( ) 8. ปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะ, อุจจาระ เช่น ต่อมลูกหมากโต, กระบังลมหย่อน, ริดสีดวงทวาร	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PRO 9 PRO 10
( ) 9. ปัญหาเกี่ยวกับโรกระบบประสาทเช่นการ หลงลืม	<input type="checkbox"/>	PRO 11
( ) 10. ปัญหาเกี่ยวกับระบบต่อมไร้ท่อเช่น เบาหวาน ต่อมไทรอยด์โต		
( ) 11. ปัญหาเกี่ยวกับโรคผิวหนัง		

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามเพื่อประเมินสมรรถภาพการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ โดยใช้ดัชนีบาร์เธลเอดีเอล (Bathel ADL index)

คำชี้แจง : ให้ผู้สัมภาษณ์ถามผู้สูงอายุและ/หรือญาติ ตามลำดับ แต่ละข้อเกี่ยวกับกิจกรรม ที่ผู้สูงอายุ ปฏิบัติอยู่จริง และโปรดทำเครื่องหมาย /หน้าข้อความที่ผู้สูงอายุทำอยู่ได้จริง

	CODE	
1. ผู้สูงอายุรับประทานอาหารด้วยตนเองหรือไม่ ( ) 0. ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ ( ) 1. ดักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ ช้อนตัก เตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ ล้วงหน้า ( ) 2. ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	<input type="checkbox"/>	DAY 1
2. ผู้สูงอายุล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมง ที่ผ่านมามีด้วยตนเองหรือไม่ ( ) 0. ต้องการความช่วยเหลือ ( ) 1. ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ ให้)	<input type="checkbox"/>	DAY 2
3. ผู้สูงอายุลุกจากที่นอน หรือ ไปยังเก้าอี้หรือไม่ ( ) 0. ไม่ได้ลุก(นอนอยู่ตลอดหรือต้องใช้คนอุ้มเพื่อ เคลื่อนย้าย) ( ) 1. ลุกแต่ต้องมีคนคอยดูแลหรือช่วยพยุง 2 คน ( ) 2. ลุกแต่ต้องมีคนคอยดูแลเพื่อความปลอดภัย ( ) 3. ลุกได้ด้วยตนเองและไม่ต้องมีคนคอยดูแลหรือ ช่วยพยุง	<input type="checkbox"/>	DAY 3
4. ผู้สูงอายุใช้ห้องสุขาเพื่ออุจจาระ ปัสสาวะหรือไม่ ( ) 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ ( ) 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตนเอง ได้ หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือ ในบางสิ่ง ( ) 2. ช่วยตัวเองได้ดี	<input type="checkbox"/>	DAY 4

	CODE	
5. ผู้สูงอายุเดิน เคลื่อนที่หรือถักภายในห้องหรือบ้านหรือไม่ ( ) 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ ( ) 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมหรือประตูได้ ( ) 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พุง หรือ บอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจ ดูแลเพื่อความปลอดภัย ( ) 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	<input type="checkbox"/>	DAY 5
6. ผู้สูงอายุสวมใส่และถอดเสื้อผ้าเองหรือไม่ ( ) 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้ หรือน้อย ( ) 1. ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย ( ) 2. ช่วยตัวเองได้ดี	<input type="checkbox"/>	DAY 6
7. ผู้สูงอายุขึ้นลงบันได 1 ชั้นได้หรือไม่ ( ) 0. ไม่สามารถทำได้ ( ) 1. ต้องการคนช่วย ( ) 2. ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องการเครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)	<input type="checkbox"/>	DAY 7
8. ผู้สูงอายุอาบน้ำหรือเช็ดตัวเองหรือไม่ ( ) 0. ต้องมีคนช่วย หรือทำให้ ( ) 1. ทำได้เอง	<input type="checkbox"/>	DAY 8
9. ผู้สูงอายุกลั้นการถ่ายอุจจาระได้หรือไม่(ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) ( ) 0. กลั้นไม่ได้หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่ เสมอ ( ) 1. กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อ สัปดาห์) ( ) 2. กลั้นได้เป็นปกติ	<input type="checkbox"/>	DAY 9

ส่วนที่ 2 ต่อ)	CODE	
10. ผู้สูงอายุกลั้นปัสสาวะได้หรือไม่(ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) ( ) 0. กลั้นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ ( ) 1. กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) ( ) 2. กลั้นได้เป็นปกติ	<input type="checkbox"/>	DAY 10

ส่วนที่ 3 ข้อคำถามเพื่อประเมินสมรรถภาพเชิงปฏิบัติการในด้านกิจกรรมประจำวันต่อเนื่องของ  
ผู้สูงอายุ โดยใช้ดัชนี จูพา เอดีเอล (Chula ADL index)

คำชี้แจง: ให้ผู้สัมภาษณ์ถามผู้สูงอายุและ/หรือญาติ ตามลำดับ แต่ละข้อเกี่ยวกับกิจกรรมที่ผู้สูงอายุ  
ทำอยู่จริง ในระยะ 1-2 สัปดาห์ที่ผ่านมาได้และโปรดทำเครื่องหมาย / หน้าข้อความที่ผู้สูงอายุทำ  
อยู่ได้จริง

	CODE	
1. ผู้สูงอายุเดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน ( ) 0. เดินไม่ได้ ( ) 1. ใช้รถเข็นและช่วยตัวเองได้ หรือต้องการคนประคอง 2 ข้าง ( ) 2. ต้องการคนช่วยพยุง หรือไปด้วยตลอด ( ) 3. เดินได้เอง(รวมทั้งที่ใช้เครื่องช่วยเดิน เช่นไม้ค้ำยัน)	<input type="checkbox"/>	WORK 1
2. ผู้สูงอายุหุงข้าวหรือทำอาหาร ( ) 0. ทำไม่ได้ ( ) 1. ต้องการคนช่วยในการทำ หรือจัดเตรียมการ บางอย่างไว้ให้ล่วงหน้า จึงจะทำได้ ( ) 2. ทำได้เอง	<input type="checkbox"/>	WORK 2
3. ผู้สูงอายุทำงานบ้าน (เช่นทำความสะอาดบ้าน/ซักเสื้อผ้า) ( ) 0. ทำไม่ได้/ต้องมีคนช่วย ( ) 1. ทำได้เอง	<input type="checkbox"/>	WORK 3
4. ผู้สูงอายุจ่ายเงิน ทอนหรือแลกเงินด้วยตนเองหรือไม่ ( ) 0. ทำไม่ได้/ต้องมีคนช่วย ( ) 1. ทำได้เอง	<input type="checkbox"/>	WORK 4
5. ผู้สูงอายุโดยสารรถไปที่อื่นหรือไม่ ( ) 0. ไม่สามารถ ไปมาด้วยตนเองได้ ( ) 1. ต้องมีผู้อื่นช่วยดูแลไปด้วย ( ) 2. ไปมาเองได้	<input type="checkbox"/>	WORK 5



ส่วนที่ 4 ข้อคำถามเพื่อประเมินสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นมานานกว่า 6 เดือน  
คำชี้แจง: ให้ผู้สัมภาษณ์ถามผู้สูงอายุ และ/หรือญาติ ตามลำดับเรียงตามลำดับข้อและโปรดทำ  
เครื่องหมาย / หน้าข้อความที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่จริง

	CODE	
1. ผู้สูงอายุมีโรค หรือปัญหาสุขภาพที่เป็นมานานเกินกว่า 6 เดือนหรือไม่	<input type="checkbox"/>	SICK 1
( ) 1. ไม่มี		
( ) 2. มี ระบุรายละเอียด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
( ) 1. โรคหลอดเลือดหัวใจ หัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย	<input type="checkbox"/>	SIC 1
( ) 2. โรคหัวใจอื่นๆ	<input type="checkbox"/>	SIC 2
( ) 3. โรคความดันเลือดสูง	<input type="checkbox"/>	SIC 3
( ) 4. โรคหืด	<input type="checkbox"/>	SIC 4
( ) 5. โรคปอดอื่นๆ	<input type="checkbox"/>	SIC 5
( ) 6. อัมพาตครึ่งซีก โรคหลอดเลือดสมอง (แตก ตีบ ตัน)	<input type="checkbox"/>	SIC 6
( ) 7. แขน ขา มือเท้าอ่อนแรง	<input type="checkbox"/>	SIC 7
( ) 8. ชัก ลมชัก ลมบ้าหมู	<input type="checkbox"/>	SIC 8
( ) 9. โรคตับ	<input type="checkbox"/>	SIC 9
( ) 10. โรคไต	<input type="checkbox"/>	SIC 10
( ) 11. โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/>	SIC 11
( ) 12. ปวดข้อเข่า ข้อเข่าอักเสบ	<input type="checkbox"/>	SIC 12
( ) 13. ปวดหลัง	<input type="checkbox"/>	SIC 13
( ) 14. ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/>	SIC 14
( ) 15. ปวดอื่นๆ	<input type="checkbox"/>	SIC 15
( ) 16. โรคตา	<input type="checkbox"/>	SIC 16
( ) 17. โรคหู	<input type="checkbox"/>	SIC 17
( ) 18. โรคสมองเสื่อม ความจำเสื่อม	<input type="checkbox"/>	SIC 18
( ) 19. โรคซึมเศร้า	<input type="checkbox"/>	SIC 19
( ) 20. โรคจิตประสาทอื่นๆ	<input type="checkbox"/>	SIC 20
( ) 21. โรคเอดส์	<input type="checkbox"/>	SIC 21
( ) 22. โรคอื่นๆ(ระบุ).....	<input type="checkbox"/>	SIC 22

	CODE	
2.. ผู้สูงอายุมีความพิการที่เป็นเรื้อรังมานานกว่า 6 เดือนหรือไม่		
( ) 1. ไม่มี	<input type="checkbox"/>	DISA 1
( ) 2. มี ระบุรายละเอียด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
( ) 1. แขน ขา ขาดด้วน	<input type="checkbox"/>	DIS1
( ) 2. นิ้วมือ นิ้วเท้าขาดด้วน	<input type="checkbox"/>	DIS 2
( ) 3. ตาบอด	<input type="checkbox"/>	DIS 3
( ) 4. เป็นใบ้	<input type="checkbox"/>	DIS 4
( ) 5. หูหนวก หูตึง	<input type="checkbox"/>	DIS 5
( ) 6. เป็นอัมพาต อัมพฤกษ์	<input type="checkbox"/>	DIS 6
( ) 7. ปากแห้ว เพดานโหว่	<input type="checkbox"/>	DIS 7
( ) 8. แขนขาลีบ เขี้ยวคงไม่ได้ เท้าปุก แขนขาดคง	<input type="checkbox"/>	DIS 8
( ) 9. วิกลจริต	<input type="checkbox"/>	DIS 9
( ) 10. ปัญญาอ่อน	<input type="checkbox"/>	DIS 10
( ) 11. กระดูกสันหลังคดง	<input type="checkbox"/>	DIS 11
( ) 12. อื่นๆ(ระบุ).....	<input type="checkbox"/>	DIS 12
3. โรคหรือปัญหาสุขภาพ ความพิการ เกิดจากอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บใช่หรือไม่		
( ) 1. ไม่ใช่		ACCI 1
( ) 2. ใช่ ระบุรายละเอียด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	<input type="checkbox"/>	
( ) 1. อุบัติเหตุภายในบริเวณบ้าน	<input type="checkbox"/>	ACC 1
( ) 2. อุบัติเหตุจากการเล่นกีฬา	<input type="checkbox"/>	ACC 2
( ) 3. อุบัติเหตุจากการทำงาน	<input type="checkbox"/>	ACC 3
( ) 4. อุบัติเหตุจากการคมนาคม	<input type="checkbox"/>	ACC 4
( ) 5. ไฟลวก น้ำร้อนลวก	<input type="checkbox"/>	ACC 5
( ) 6. คัม กินยาพิษโดยไม่ตั้งใจ	<input type="checkbox"/>	ACC 6
( ) 7. อื่นๆ(ระบุ).....	<input type="checkbox"/>	ACC 7

	CODE	
<p>4. ผู้สูงอายุใช้อุปกรณ์หรือกายอุปกรณ์ต่อไปนี้หรือไม่</p> <p>( ) 1. แว่นตา</p> <p>( ) 2. เครื่องช่วยฟัง</p> <p>( ) 3. ฟันปลอม</p> <p>( ) 4. ไม้เท้า</p> <p>( ) 5. Walker (โครงจับใช้เพิ่มความมั่นคงเวลาเดิน)</p> <p>( ) 6. Crutch (ไม้ยันของคนขาหัก)</p> <p>( ) 7. รถนั่ง</p> <p>( ) 8. เท้าเทียม ขาเทียม</p> <p>( ) 9. มือเทียม แขนเทียม</p> <p>( ) 10. อื่นๆ(ระบุ).....</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>BODY 1</p> <p>BODY 2</p> <p>BODY 3</p> <p>BODY 4</p> <p>BODY 5</p> <p>BODY 6</p> <p>BODY 7</p> <p>BODY 8</p> <p>BODY 9</p> <p>BODY 10</p>
<p>5. ชนิดของความพิการของผู้สูงอายุ</p> <p>( ) 1. พิการทางการเคลื่อนไหว</p> <p>( ) 2. พิการทางการมองเห็น</p> <p>( ) 3. พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม</p> <p>( ) 4. พิการทางการได้ยินหรือ การสื่อ ความหมาย</p> <p>( ) 5. พิการทางสติปัญญาและการเรียนรู้</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>DISA 1</p> <p>DISA 2</p> <p>DISA 3</p> <p>DISA 4</p> <p>DISA 5</p>
<p>6. โรคหรือปัญหาสุขภาพ หรือความพิการนั้น มีผลให้ (ผู้สูงอายุ) ไม่สามารถทำงาน หรือไม่สามารถทำกิจกรรม อย่างใดอย่างหนึ่งได้ตามปกติ หรือทำได้ด้วยความยากลำบาก (ไม่เหมือนเดิม/ไม่ปกติ) หรือไม่</p> <p>( ) 1. ไม่มีผล</p> <p>( ) 2. มีผล (Long - term disability)</p> <p>7. สาเหตุที่สำคัญที่สุด ที่ทำให้ผู้สูงอายุ ไม่สามารถทำ กิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้ตามปกติ หรือทำได้ด้วยความ ยาก ลำบาก (ไม่เหมือนเดิม/ไม่ปกติ) คือ.....</p>		

ส่วนที่ 5 ข้อคำถามต่อไปนี้ต้องการทราบ การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นใหม่ ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา  
 คำชี้แจง: ให้ผู้สัมภาษณ์ถามผู้สูงอายุ และ/หรือญาติ ตามลำดับเรียงตามลำดับ ข้อและโปรด ทำ  
 เครื่องหมาย / หน้าข้อความที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่จริง

	CODE	
1. ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาผู้สูงอายุ มีปัญหาทางสุขภาพหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นใหม่หรือไม่		
( ) 1. ไม่มี	<input type="checkbox"/>	P5Q1
( ) 2. มี โปรดระบุรายละเอียด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
( ) 1. ต้องนอนพักทั้งวันเป็นเวลาส่วนใหญ่ของวัน	<input type="checkbox"/>	SLEE 1
เป็นเวลา.....วัน (รวมถึงวันที่เข้าพักในโรงพยาบาล)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SLEE 2
( ) 2. ต้องหยุดงานที่มีรายได้ เป็นเวลา.....วัน	<input type="checkbox"/>	STOP 1
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	STOP 2
( ) 3. ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เป็นเวลา.....วัน		CANT 1
(รวมทั้งงานบ้าน ดูแลเด็กหรือกิจส่วนตัวต่างๆ เช่น การเดิน การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า เป็นต้น)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CANT 2
( ) 4. มี แต่สามารถทำงานได้ตามปกติ ไม่ต้องนอนพัก ไม่ต้องหยุดงาน	<input type="checkbox"/>	CAN 1
7. ถ้าในข้อ 1 ตอบว่ามีปัญหาสุขภาพหรือการเจ็บป่วย สาเหตุเนื่องมาจากอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บหรือไม่		
( ) 1. ไม่ใช่	<input type="checkbox"/>	P5Q2
( ) 2. ใช่ ระบุรายละเอียด(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
( ) 1. อุบัติเหตุภายในบริเวณบ้าน	<input type="checkbox"/>	PAIN 1
( ) 2. อุบัติเหตุจากการเล่นกีฬา	<input type="checkbox"/>	PAIN 2
( ) 3. อุบัติเหตุจากการทำงาน	<input type="checkbox"/>	PAIN 3
( ) 4. อุบัติเหตุจากการคมนาคม	<input type="checkbox"/>	PAIN 4
( ) 5. ไฟลวก น้ำร้อนลวก	<input type="checkbox"/>	PAIN 5
( ) 6. คัดมึน กินยาพิษโดยไม่ตั้งใจ	<input type="checkbox"/>	PAIN 6
( ) 7. อื่นๆ(ระบุ).....	<input type="checkbox"/>	PAIN 7

ส่วนที่ 6 ข้อคำถามเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ

คำชี้แจง: ให้ผู้สัมภาษณ์ถามผู้สูงอายุ ตามลำดับเรียงตามลำดับ ข้อและ โปรด กรอกรายละเอียด ตามความเป็นจริง

1. ความต้องการของผู้สูงอายุ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพพลภาพของตนเอง (ระบุรายละเอียด)

จาก

ครอบครัว.....

.....

.....

จากรัฐบาล

.....

.....

.....

จากชุมชนหรือ อบต.

.....

.....

.....

2. ความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ (ระบุรายละเอียด)

จากรัฐบาล

.....

.....

.....

จากชุมชนหรือ อบต.

.....

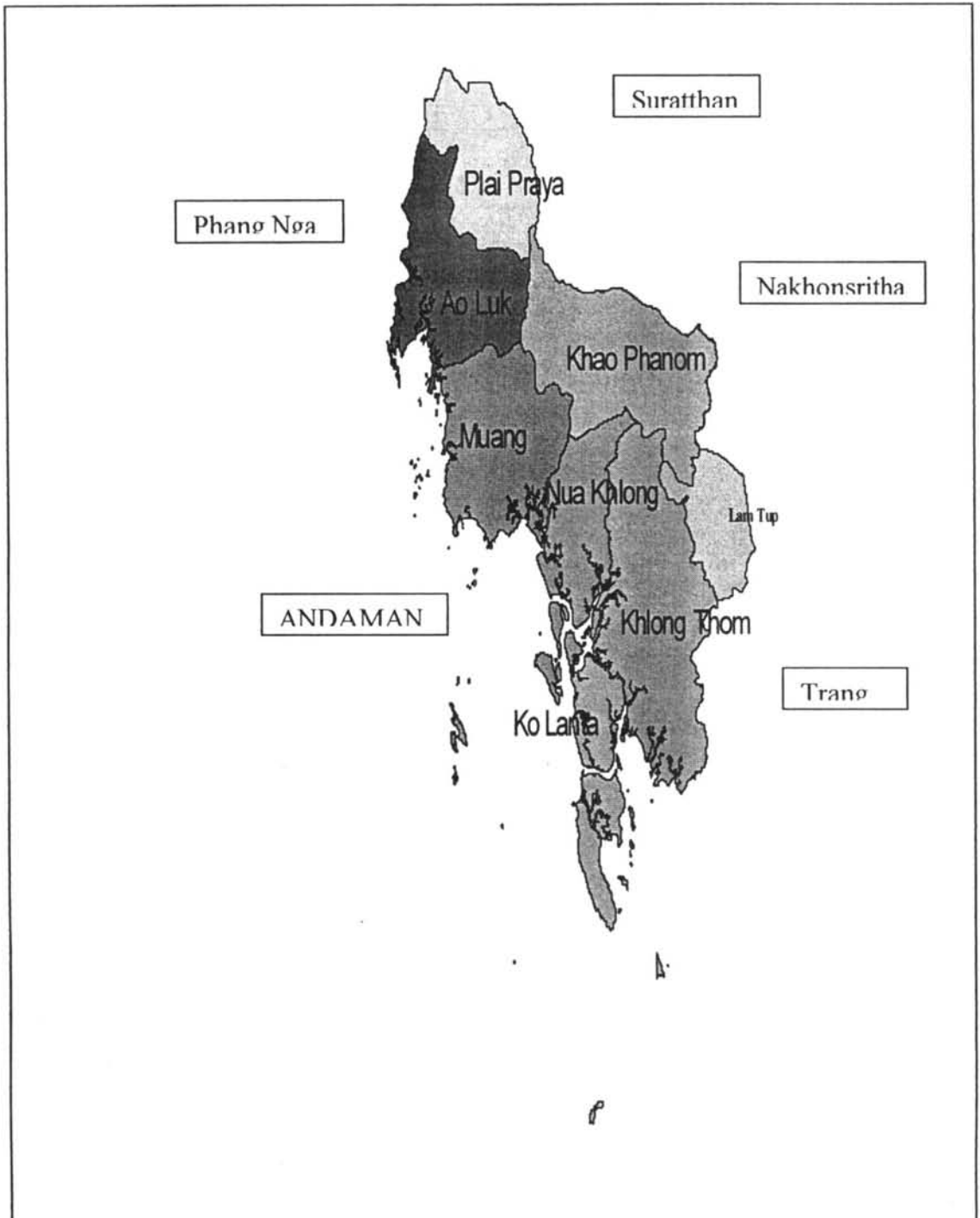
.....

.....

.....

### APPENDIC C

#### KRABI MAP



## KRABI INFORMATION

This seaside province is located in the Andaman Sea. The province is full of white sandy beaches, crystal clear seawater, beautiful islands, verdant forest with caves, and waterfalls, including more than 100 offshore islands.

Krabi is located 814 kilometres from Bangkok, covering an area of 4,708 square kilometres. From archaeological discoveries, it is believed that Krabi was one of the oldest communities in Thailand dating from the prehistoric period. It is also believed that Krabi was once the town of Ban Thai Samo, one of 12 royal cities that used a monkey as the town symbol. Krabi was a dependency town of the Nakhon Si Thammarat Kingdom. Another legend indicates that the town may have taken its name after the meaning of Krabi, which means sword. This may have stemmed from a legend that says an ancient sword was unearthed prior to the city's founding. Later, the sword became a symbol of Krabi.

The province consists of mountains, hills, plains, and mangrove forests, including more than 130 large and small islands. Krabi town has a 5-metre-long river, which flows through town and ends at the Andaman Sea in Tambon Pak Nam. There are several canals in Krabi including Khlong Pakasai (คลองปากสาส์), Khlong Krabi Yai (คลองกระบี่ใหญ่) and Khlong Krabi Noi (คลองกระบี่น้อย), all of them originate from Phanom Bencha mountain range, the highest mountain range in Krabi.

**BOUNDARY**

North: close to Pang Nga, Surat Thani

South: close to Trang, the Andaman Sea

East: close to Nakhon Sri Thammarat, Trang

West: close to Pant Nga, the Andaman Sea



**CURRICULUM VITAE**

NAME : Mrs.Chularat Boonyakawee

DATE OF BIRTH : 8 February 1972

PLACE OF BIRTH : Krabi Province

EDUCATION : Degree of Bachelor of Public Health 1991  
Sukhothai Thammathirat open University

WORKPLACE : Muang District Public Health Officer,Krabi Province

POSITION : Academic officer