

(ฉบับแปลภาษาไทย)

แบบประเมินภาวะสับสนสำหรับครอบครัว (Family Confusion Assessment Method: FAM-CAM)  
สำหรับการใช้งานทางคลินิกและการวิจัย

ผู้ประเมิน: \_\_\_\_\_

ผู้ดูแล/ผู้ให้ข้อมูล: \_\_\_\_\_

วันที่: \_\_\_\_\_

ผู้ป่วย: \_\_\_\_\_

เวลา: \_\_\_\_\_

[แนะนำให้คัดกรองผู้ดูแลที่เหมาะสม: โปรดดูคำชี้แจง]

วงกลมคำตอบสำหรับแต่ละคำถาม

คำถามเหล่านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อระบุการเปลี่ยนแปลงในด้านความคิด สมาธิ และความตื่นตัวของ [ชื่อสมาชิกในครอบครัว] ในช่วงไม่กี่วันที่ผ่านมา ท่านสามารถขอให้หยุดเพื่อสอบถามได้ทุกเมื่อหากไม่เข้าใจคำถาม

- |  | ใช่ | ไม่ใช่ | ไม่ทราบ |
|--|-----|--------|---------|
| 1. ดิฉัน/ผมอยากให้ท่านนึกถึงช่วง [เดือน/สัปดาห์/วัน]* ที่ผ่านมา ในช่วงเวลานั้น ท่านสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงในด้านความคิดหรือสมาธิของเขา/เธอหรือไม่ เช่น มีสมาธิน้อยลง ดูสับสนหรือไม่รู้ว่าตัวเองอยู่ที่ไหน มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือง่วงนอนมากตลอดทั้งวัน | ใช่ | ไม่ใช่ | ไม่ทราบ |
| * ปรับช่วงเวลาตามความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของท่าน   |     |        |         |
| 2. เขา/เธอมีปัญหาในการมีสมาธิจดจ่อหรือไม่ เช่น วอกแวกง่าย หรือมีปัญหาในการสนใจกับสิ่งที่ท่านกำลังพูดหรือไม่  | ใช่ | ไม่ใช่ | ไม่ทราบ |
| 3. คำพูดของเขา/เธอสะเปะสะปะ ไม่ต่อเนื่อง วกไปวนมา ไม่ชัดเจน หรือไม่มีเหตุผล ในช่วงเวลาใด ๆ หรือไม่   | ใช่ | ไม่ใช่ | ไม่ทราบ |
| 4. เขา/เธอดูง่วงนอนหรือหลับมากผิดปกติ ในช่วงกลางวันหรือไม่   | ใช่ | ไม่ใช่ | ไม่ทราบ |

(ฉบับแปลภาษาไทย)

- |   |          |   |         |         |
|---|----------|---|---------|---------|
| 5. เขา/เธอมีอาการสับสน เช่น คิดว่าตัวเอง<br>อยู่ในสถานที่อื่นที่ไม่ใช่ที่ที่อยู่จริง หรือ<br>เข้าใจเวลาผิดหรือไม่                           | ใช่      | ไม่ใช่  | ไม่ทราบ |         |
| 6. เขา/เธอดูเหมือนเคยเห็นหรือเคยได้ยิน<br>สิ่งที่ไม่ได้อยู่จริง หรือเข้าใจผิดในสิ่งที่เห็น<br>หรือได้ยินหรือไม่                             | ใช่      | ไม่ใช่  | ไม่ทราบ |         |
| 7. เขา/เธอมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม<br>หรือไม่ เช่น เดินเพ่นพ่าน ตะโกน ก้าวร้าว<br>หรือกระวนกระวายหรือไม่                                     | ใช่      | ไม่ใช่  | ไม่ทราบ |         |
| 8. กรุณาเล่าเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่ท่านสังเกตเห็นในพฤติกรรม ข้อ 1-7 ข้างต้น <i>บันทึกรายละเอียดให้มากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้</i> |          |   |         |         |
| .....   |          |   |         |         |
| .....   |          |   |         |         |
| .....   |          |   |         |         |
| .....   |          |   |         |         |
| .....   |          |   |         |         |
| .....   |          |   |         |         |
| .....   |          |   |         |         |
| .....   |          |   |         |         |
| 9. การเปลี่ยนแปลงใด (ข้อ 1-7) เกิดขึ้น<br>ตลอดเวลา หรือเกิดขึ้นเป็น ๆ หาย ๆ ใน<br>แต่ละวัน  | ตลอดเวลา | เป็นครั้งคราว   | ไม่ทราบ |         |
| 10. การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เริ่มเกิดขึ้น<br>เมื่อใด ท่านคิดว่าเริ่มขึ้นเมื่อ   |          | ภายในสัปดาห์ที่ผ่านมา<br>ระหว่าง 1-2 สัปดาห์ที่ผ่านมา<br>ระหว่าง 2-4 สัปดาห์ที่ผ่านมา<br>มากกว่า 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา |         |         |
| 11. โดยรวมแล้ว แนวโน้มการเปลี่ยนแปลง<br>เหล่านี้ดีขึ้น แย่ลง หรือคงที่  | ดีขึ้น   | แย่ลง   | คงที่   | ไม่ทราบ |