

การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

	คะแนน
<p>1. Feeding (การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยแล้ว)</p> <p><input type="checkbox"/>0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อน</p> <p><input type="checkbox"/>1. ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดเป็นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า</p> <p><input type="checkbox"/>2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ</p>	<input type="checkbox"/>
<p>2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟันโกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)</p> <p><input type="checkbox"/>0. ต้องการความช่วยเหลือ</p> <p><input type="checkbox"/>1. ทำได้เอง (รวมทั้งทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)</p> <p><input type="checkbox"/>0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น</p> <p><input type="checkbox"/>1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรง หรือ มีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้</p> <p><input type="checkbox"/>2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย</p> <p><input type="checkbox"/>3. ทำได้เอง</p>	<input type="checkbox"/>
<p>4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)</p> <p><input type="checkbox"/>0. ช่วยตัวเองไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/>1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง</p> <p><input type="checkbox"/>2. ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อย หลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)</p> <p><input type="checkbox"/>0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/>1. ต้องใช้รถเข็น ช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้</p> <p><input type="checkbox"/>2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุงหรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจ ดูแลเพื่อความปลอดภัย</p> <p><input type="checkbox"/>3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง</p>	<input type="checkbox"/>
<p>6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)</p> <p><input type="checkbox"/>0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย</p> <p><input type="checkbox"/>1. ช่วยเหลือตัวเองได้ประมาณ ร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย</p> <p><input type="checkbox"/>2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมได้)</p>	<input type="checkbox"/>

7. Stair (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

0. ไม่สามารถทำได้
1. ต้องการคนช่วย
2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
1. อาบน้ำได้เอง

9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
1. กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อ สัปดาห์)
2. กลั่นได้เป็นปกติ

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
1. กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
2. กลั่นได้เป็นปกติ

คะแนนรวม

การพิจารณา (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)

- ตั้งแต่ 12 คะแนน ขึ้นไป กลุ่มที่ 1 ติดสังคม (พึ่งตนเอง ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้)
- 5-11 คะแนน กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน (ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)
- 0-4 คะแนน กลุ่มที่ 3 ติดเตียง (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ)

การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง: วัดความดันโลหิต

ข้อแนะนำ

การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง โดยการวัดความดันโลหิตเพื่อเป็นข้อมูลที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดโรคและภาวะแทรกซ้อน สามารถใช้เครื่องวัดความดันโลหิตได้ทั้งชนิดอัตโนมัติหรือชนิดปรอท

ค่าความดันโลหิต

ระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure: SBP)มม.ปรอท
ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure: DBP)มม.ปรอท

การพิจารณา

กรณีความดันโลหิตปกติ

- ติดตามวัดความดันโลหิตที่คลินิกอย่างน้อยทุกปี
- หากความดันโลหิต $\geq 140/90$ มม.ปรอท อาจวัดมากกว่าปีละ 1 ครั้ง

กรณีความดันโลหิต $\geq 140/90$ มม.ปรอท

- วัดความดันโลหิตซ้ำใน 2 สัปดาห์ เพื่อยืนยันว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจริง
- วัดความดันโลหิตที่บ้านหากสามารถทำได้ เพื่อป้องกันการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันสูงเกินจริง (white-coat hypertension: WCH)

กรณีความดันโลหิตสูง

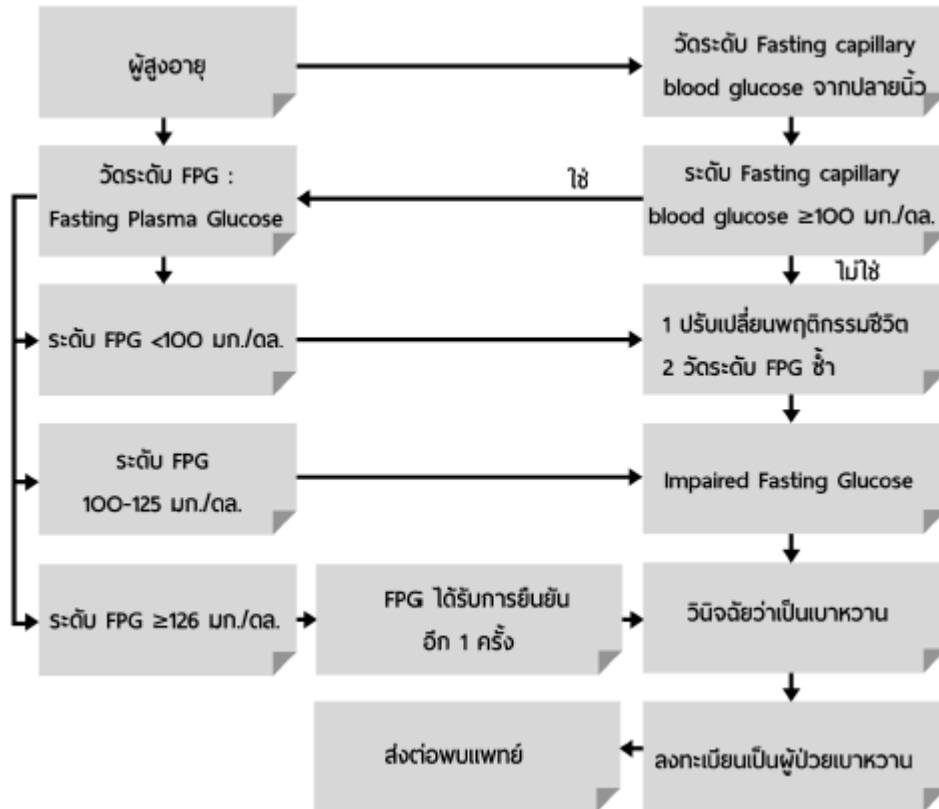
ส่งต่อแพทย์ตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันผลและทำการรักษา

การคัดกรองโรคเบาหวาน: การตรวจเลือด

ข้อแนะนำ

การคัดกรองโรคเบาหวานโดยการตรวจเลือดควรตรวจคัดกรองเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยงสูงเท่านั้น ซึ่งผู้สูงอายุทุกคนมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ดังนั้น ผู้สูงอายุทุกคนจึงต้องได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานโดยการตรวจเลือด

แนวทางการคัดกรองโรคเบาหวานโดยการตรวจเลือด



การพิจารณาผลการตรวจเลือด

1. กรณีตรวจวัดพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร (fasting plasma glucose: FPG)

- FPG <100 มก./ดล. แสดงว่า ปกติ
- FPG 100-125 มก./ดล. แสดงว่า Impaired Fasting Glucose (IFG)
- FPG ≥126 มก./ดล. แสดงว่า โรคเบาหวาน

2. กรณีตรวจวัด capillary blood glucose จากปลายนิ้วโดยไม่ต้องอดอาหารก่อนตรวจ

(เฉพาะกรณีที่ไม่สะดวกหรือไม่สามารถตรวจวัดระดับ FPG แต่ไม่แนะนำ เนื่องจากค่าของระดับน้ำตาลในเลือดมีโอกาสคลาดเคลื่อน ทำให้สิ้นเปลืองทรัพยากร)

ถ้า capillary blood glucose ≥100 มก./ดล. ควรตรวจยืนยันด้วย FPG

การคัดกรองสุขภาพทางตา

ข้อแนะนำ

การคัดกรองสุขภาพทางตาเป็นการคัดกรองปัญหาการมองเห็น (ระยะไกล-ใกล้) ที่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และลักษณะการมองเห็นผิดปกติที่เป็นปัญหาและพบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ต้อกระจก ต้อหิน และจอตาเสื่อม เนื่องจากอายุ

ข้อ	คำถาม	ไม่ใช่	ใช่	ระบุตา
1	นับนิ้วในระยะ 3 เมตร ได้ถูกต้องน้อยกว่า 3 ใน 4 ครั้ง			
2	อ่านหนังสือพิมพ์หน้าหนึ่งในระยะ 1 ฟุตไม่ได้			
3	ปิดตาดูทีละข้าง พบว่า ตามัวคล้ายมีหมอกบัง			ซ้าย ขวา
4	ปิดตาดูทีละข้าง พบว่า มองเห็นชัดแต่ตรงกลาง ไม่เห็นรอบข้าง หรือมักเดินชนประตู สิ่งของบ่อยๆ			ซ้าย ขวา
5	ปิดตาดูทีละข้าง พบว่า มองเห็นจุดดำกลางภาพ หรือเห็นภาพบิดเบี้ยว			ซ้าย ขวา

การพิจารณา

ถ้าตอบ “ใช่” ข้อใดข้อหนึ่ง แสดงว่า **มีปัญหาการมองเห็น**

ส่งต่อบุคลากรทางสุขภาพเพื่อทำการประเมินด้วยแผ่นป้ายสเนลเลน (Snellen Chart) หรือส่งต่อแพทย์ตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันผลและทำการรักษา

หมายเหตุ

ข้อ 1 ประเมินสายตา ต่อความเสี่ยงในการใช้ชีวิตประจำวัน (ระยะไกล)

วิธีทดสอบ

ให้ผู้สูงอายุยืน/ นั่งเก้าอี้ ห่างจากผู้ทดสอบ 3 เมตร ผู้ทดสอบชูนิ้ว (1, 2, 3, 4, 5 นิ้ว อาจสลับจำนวน) แล้วสอบถามผู้สูงอายุว่าเห็นกี่นิ้ว (ทดสอบ 4 ครั้ง)

ข้อ 2 ประเมินสายตาต่อความเสี่ยงในการใช้ชีวิตประจำวัน (ระยะใกล้)

วิธีทดสอบ

ให้ผู้สูงอายุอ่านหนังสือพิมพ์หน้าหนึ่งในระยะ 1 ฟุต ถ้าอ่านได้มากกว่าครึ่งหน้าหนังสือพิมพ์ถือว่าอ่านได้

ข้อ 3 ประเมินความเสี่ยงต้อกระจก

ข้อ 4 ประเมินความเสี่ยงต้อหิน

ข้อ 5 ประเมินความเสี่ยงโรคจอตาเสื่อมเนื่องจากอายุ

การประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

ข้อแนะนำ

การประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเป็นการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก สภาวะเสี่ยงของสุขภาพช่องปาก และการส่งต่อเพื่อรับบริการรักษาทางทันตกรรม ตามปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพช่องปาก

เพื่อให้ผู้สูงอายุทราบถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปากหรือไม่ และปรับพฤติกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม

1. ประเมินพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก

1.1 การแปรงฟัน

- ไม่ได้แปรงฟัน/ ไม่ได้ใช้แปรงสีฟัน
- แปรงฟันวันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน
- แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน
- แปรงฟันมากกว่าวันละ 2 ครั้ง ระบุ.....
- อื่นๆ ระบุ.....

1.2 การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวัน

- ไม่ใช่
- ใช่

1.3 การทำความสะอาดช่องฟัน ทุกวัน/ เกือบทุกวัน

- ไม่ทำ
- ทำ โดยใช้อุปกรณ์ ได้แก่.....

2. ประเมินสภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก

- สูบบุหรี่ มากกว่า 10 มวน/วัน
- เคี้ยวหมากเป็นประจำ

หมายเหตุ หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากไม่เหมาะสม ให้แนะนำ “การดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุ”

ส่วนที่ 2 ประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

เพื่อให้ผู้สูงอายุทราบถึงสถานะเสี่ยงของสุขภาพช่องปาก เพื่อเข้ารับบริการตรวจรักษาทางทันตกรรมกับทันตบุคลากร

ข้อ	คำถาม	คะแนน		การติดตามผล	
		0	1	ใช่	ไม่ใช่
1	เนื้อเยื่อในช่องปาก: บริเวณริมฝีปาก แก้ม ลิ้น มีปุ่ม/ก้อนเนื้อ/มีแผลเรื้อรังหรือไม่	ปกติ <input type="checkbox"/>	ผิดปกติ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	เหงือกและอวัยวะปริทันต์: บริเวณเหงือกมีเลือดออก/มีฝีหนอง/ฟันโยกหรือไม่	ปกติ <input type="checkbox"/>	ผิดปกติ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	ฟันผุ: มีฟันผุเป็นรู เสียวฟัน ฟันหัก/ฟันแตกเหลือแต่ตอฟันหรือไม่	ปกติ <input type="checkbox"/>	ผิดปกติ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	ปัญหาการเคี้ยวอาหาร/ การกลืน: มีปัญหาการเคี้ยวอาหาร/ การกลืนหรือไม่	ปกติ <input type="checkbox"/>	ผิดปกติ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	ฟันเทียม: จำเป็นต้องใส่ฟันเทียม หรือทำฟันเทียมใหม่หรือไม่	ปกติ <input type="checkbox"/>	ผิดปกติ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	การได้รับการตรวจหรือรักษาจากทันตบุคลากร: ท่านเคยได้รับการตรวจหรือรักษาจากทันตบุคลากรหรือไม่	ปกติ <input type="checkbox"/>	ผิดปกติ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	ความต้องการการรักษาทางทันตกรรม: ปัจจุบันท่านต้องการการรักษาหรือไม่	ปกติ <input type="checkbox"/>	ผิดปกติ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

การแปลผล

ในข้อ 1-5 ถ้าได้ 1 คะแนน ข้อใดข้อหนึ่งให้ส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการทางทันตกรรมกับทันตบุคลากร

ส่วนที่ 3 แผนการส่งต่อ

การส่งต่อเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาทางทันตกรรมจากทันตบุคลากร

- เนื้อเยื่อในช่องปาก
- เหงือกและอวัยวะปริทันต์
- ฟันผุ
- ปัญหาการเคี้ยวอาหาร/ การกลืน
- ฟันเทียม

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q)

ข้อแนะนำ

- เน้นการถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จนถึงวันที่สัมภาษณ์
- ขณะสอบถาม ถ้าผู้สูงอายุไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายหรือขยายความเพิ่มเติม ควรถามซ้ำจนกว่าผู้สูงอายุจะตอบตามความเข้าใจของตัวเอง

ข้อ	คำถาม	ไม่มี	มี
1	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่		
2	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่		

การพิจารณา

- ถ้าคำตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 คำถามถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า
ให้แจ้งผลและแนะนำความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า
- ถ้าคำตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถาม 1 และ 2) หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้แจ้งผลและแนะนำความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า แล้วให้ประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือต่อไป

แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)

ข้อแนะนำ

- เน้นการถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมาจนถึงวันที่สัมภาษณ์
- ถามทีละข้อ ไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป พยายามให้ได้คำตอบทุกข้อ
- ขณะสอบถาม ถ้าผู้สูงอายุไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายหรือขยายความเพิ่มเติม ควรถามซ้ำจนกว่า
- ผู้สูงอายุจะตอบตามความเข้าใจของตัวเอง

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ความถี่			
	ไม่มี เลย (0)	เป็นบาง วัน (1-7 วัน) (1)	เป็นบ่อย (>7วัน) (2)	เป็นทุก วัน (3)
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไรเลย				
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้				
3. หลับยาก หลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไป				
4. เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง				
5. เบื่ออาหาร หรือกินมากไป				
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง				
7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุหรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ				
8. พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนเคยเป็น				
9. คิดทำร้ายตัวเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี				

รวมทั้งหมด

การพิจารณา (คะแนนเต็ม 27 คะแนน)

คะแนนรวม	การแปลผล
< 7	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก
7-12	มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย (Major Depression, mild)
13-18	มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง (Major Depression, moderate)
≥ 19	มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง (Major Depression, severe)

การคัดกรองข้อเข่าเสื่อม (Thai-KOA-SQ) เบื้องต้นในชุมชน

ข้อแนะนำ

ให้ประเมินตามแบบสอบถามนี้ เพื่อค้นหาว่าท่านเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมหรือไม่ โดยอ่านข้อความที่ใช้ในการประเมินแต่ละข้อ ว่าใช่ หรือไม่ใช่ โดยให้วงกลมล้อมรอบคะแนนที่กำหนดให้ในแต่ละข้อ

คัดกรองภาวะข้อเข่าเสื่อม	ไม่ใช่	ใช่
1. ฉันมีอายุ 65 ปี ขึ้นไป	0	3
2. ฉันมีค่าดัชนีมวลกาย 30 กิโลกรัม/เมตร ² ขึ้นไป	0	1
3. ฉันเคยมีอาการปวดข้อเข่าในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา	0	5

การพิจารณา

- ถ้าได้ 7 คะแนนขึ้นไป แสดงว่าท่านมีโอกาสที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมให้ส่งต่อไปโรงพยาบาล และให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันผล
- ถ้าได้ 0 ถึง 6 คะแนน แสดงว่า ท่านไม่มีภาวะสงสัยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

การคัดกรองภาวะหกล้ม: Timed Up and Go Test (TUGT)

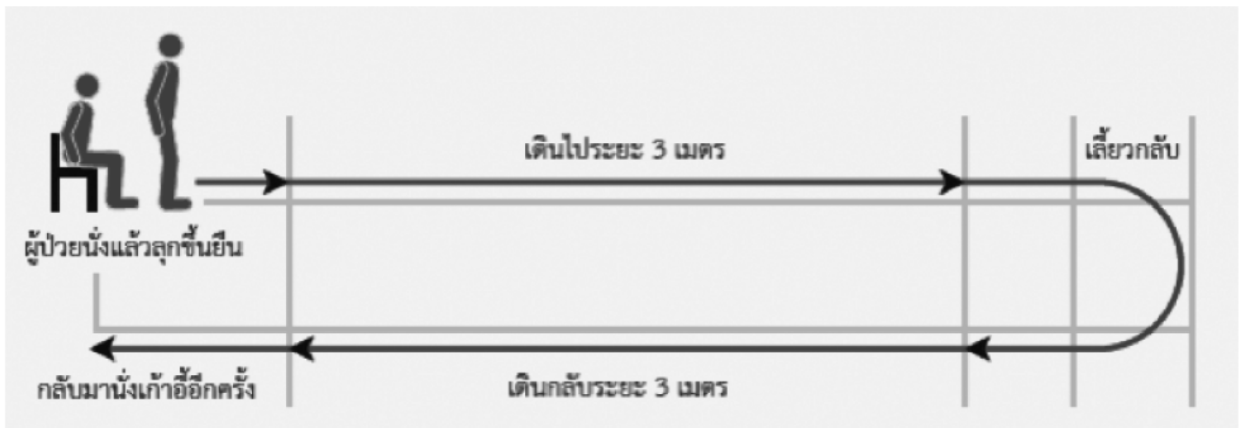
ข้อแนะนำ

การคัดกรองภาวะหกล้มด้วย TUGT เป็นการทดสอบด้วยการเดินตามวิธีที่กำหนด โดยสังเกตท่าเดิน และจับเวลาที่ใช้ในการเดิน

วิธีการประเมิน

ให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นจากเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขน เดินเป็นเส้นตรงระยะทาง 3 เมตร หมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม จับเวลาได้ นาที นาที

<30 นาที ≥30 นาที เดินไม่ได้



การพิจารณา

- ปกติผู้สูงอายุควรใช้เวลาน้อยกว่า 10 วินาที
- ถ้าใช้เวลา “≥30 วินาที” แสดงว่า มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม

แนวทางการปฏิบัติ

- ให้แจ้งผลแนะนำความรู้ “การป้องกันภาวะหกล้ม”

ข้อควรระวัง

- ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะหกล้มมากกว่าวัยอื่น ดังนั้น ผู้ทดสอบจึงควรระมัดระวังขณะทำการทดสอบ

การคัดกรองภาวะกลืนปัสสาวะ

ข้อแนะนำ

การคัดกรองภาวะกลืนปัสสาวะโดยการสอบถาม เป็นการประเมินเบื้องต้นเพื่อค้นหาโอกาสที่จะเกิดภาวะปัสสาวะ
เล็ด ปัสสาวะราด ที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และส่งต่อแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยและทำการรักษา

ภาวะกลืนปัสสาวะ	ไม่มี	มี
ผู้สูงอายุมีภาวะ “ปัสสาวะเล็ด” หรือ “ปัสสาวะราด” จนทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน		

การพิจารณา

- ถ้าตอบว่า “มี” ควรส่งต่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันผลและทำการรักษา

ที่มา: สมาคมศิษย์แพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

การประเมินปัญหาการนอน

ข้อแนะนำ

การนอนหลับเป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ เพราะร่างกายจะใช้ช่วงเวลานอนหลับในการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ตลอดจนรวบรวมพลังงานสำหรับการปฏิบัติภารกิจในวันต่อไป การนอนหลับที่เพียงพอและมีคุณภาพจึงมีความสำคัญ การนอนหลับที่ไม่เพียงพอจะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ การประเมินปัญหาการนอนเป็นพื้นฐานในการรักษาโรคนอนไม่หลับ (Insomnia) ต่อไป

1. ผู้สูงอายุมีปัญหาการนอนหลับหรือไม่

ไม่มี

มีปัญหา

นอนไม่หลับ นอนมากเกินไป นอนกรน นอนละเมอ

อื่นๆ ระบุ.....

ระยะเวลาที่มีปัญหาการนอนหลับ.....ปี.....เดือน

โดยเฉลี่ยผู้สูงอายุนอนหลับได้ คือนละ.....ชั่วโมง

2. ผู้สูงอายุมีอาการง่วง อ่อนเพลีย ตอนกลางวันหรือไม่

ไม่มี

มีปัญหา

การพิจารณา

- ถ้าตอบว่า “มีปัญหา” ข้อใดข้อหนึ่ง ควรส่งต่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันผลและทำการรักษา

ที่มา: เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

ข้อแนะนำ

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สามารถใช้ได้กับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหรือไม่รู้หนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) ด้วย โดยไม่ต้องทำข้อ 4 ข้อ 9 และข้อ 10

บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด

1. Orientation for time: การทดสอบเกี่ยวกับเวลาในปัจจุบัน (5 คะแนน/ ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

คำถาม	บันทึกคำตอบ	คะแนน
1. วันนี้..วันที่เท่าไร		
2. วันนี้..วันอะไร		
3. เดือนนี้..เดือนอะไร		
4. ปีนี้..ปีอะไร		
5. ฤดูนี้..ฤดูอะไร		

2. Orientation for place: ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับที่อยู่ในปัจจุบัน (5 คะแนน)

(5 คะแนน โดยให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่งตามสถานที่ที่ทำการทดสอบ/ตอบถูก ข้อละ 1 คะแนน)

คำถาม	บันทึกคำตอบ	คะแนน
1. กรณีที่อยู่สถานพยาบาล		
1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ...ชื่อว่าอะไร		
1.2 ขณะนี้อยู่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร		
1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ-เขต อะไร		
1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร		
1.5 ที่นี้ภาคอะไร		
2. กรณีที่อยู่นอกสถานพยาบาล		
2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และบ้านเลขที่เท่าไร		
2.2 ที่นี้หมู่บ้านหรือละแวก/คุ้ม/ย่าน/ถนนอะไร		
2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ หรือเขต อะไร		
2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร		
2.5 ที่นี้ภาคอะไร		

3. **Registration:** ทดสอบการบันทึกความจำ โดยให้จำชื่อของ 3 อย่าง (3 คะแนน)

- ต่อไปนี้จะเป็นการทดสอบความจำ โดยผม (ดิฉัน) จะบอกชื่อของ 3 อย่างให้คุณ (ตา ยาย...) ตั้งใจฟังให้ดี ๆ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อ ผม (ดิฉัน) พูดจบให้คุณ (ตา ยาย...) พูดทวนตามที่ได้ยิน ให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดี เดี่ยวผม (ดิฉัน) จะถามซ้ำ
- การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกัน 1 วินาที ต้องไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)

คำ	บันทึกคำตอบ	คะแนน
<input type="checkbox"/> ดอกไม้ <input type="checkbox"/> แม่น้ำ <input type="checkbox"/> รถไฟ *ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า	
<input type="checkbox"/> ต้นไม้ <input type="checkbox"/> ทะเล <input type="checkbox"/> รถยนต์	

4. **Attention or Calculation:** ทดสอบสมาธิโดยให้คิดเลขในใจ (5 คะแนน)

ถามผู้ทดสอบว่า “คิดเลขในใจเป็นหรือไม่” ถ้าคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1 ถ้าคิดไม่เป็น หรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1. “ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ ได้ผลเท่าไรบอกมา”

บันทึกคำตอบ	คะแนน
.....	

ค่าเฉลย 93 86 79 72 65

- บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง
- ถ้าลบได้ 1, 2 หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 เดี่ยว “ผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่า (มะนาว) ให้คุณ (ตา ยาย...) ฟังแล้วให้ คุณ (ตา ยาย...) สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปยังตัวแรก คำว่ามะนาว สะกดว่า มอม่้า-สระอะ-นอหนุ-สระอา-วอแหวน ไหนคุณ (ตา ยาย...) สะกดถอยหลังให้ฟังซิครับ (คะ)”

บันทึกคำตอบ	คะแนน
.....	

ค่าเฉลย ว า น ะ ม

5. **Recall:** ทดสอบความจำระยะสั้นของชื่อสิ่งของ 3 อย่างที่ให้จำไว้แล้ว (3 คะแนน)

“เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่าง “จำได้ไหมอะไรบ้าง” (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)

คำ	บันทึกคำตอบ	คะแนน
<input type="checkbox"/> ดอกไม้ <input type="checkbox"/> แม่น้ำ <input type="checkbox"/> รถไฟ *ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า	
<input type="checkbox"/> ต้นไม้ <input type="checkbox"/> ทะเล <input type="checkbox"/> รถยนต์	

6. Naming: ทดสอบการบอกชื่อสิ่งของที่ได้เห็น (2 คะแนน/ อุปกรณ์ คือ ดินสอและนาฬิกา)

คำ	บันทึกคำตอบ	คะแนน
6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”		
6.2 ชี้นาฬิกาข้อมือให้ผู้ทดสอบดูและถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”		

7. Repetition: ทดสอบการพูดซ้ำคำที่ได้ยิน (1 คะแนน/ พูดตามได้ถูกต้อง 1 คะแนน)

“ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้แล้วให้ คุณ (ตา,ยาย) พูดตาม ผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงครั้งเดียว”

คำ	บันทึกคำตอบ	คะแนน
“ใครใคร่ขายไข่ไก่”		

8. Verbal command: ทดสอบการเข้าใจความหมายและทำตามคำสั่ง (3 คะแนน/ อุปกรณ์คือกระดาษ A4)

ข้อนี้ให้ทำตามทีบอก “ตั้งใจฟังดีๆ นะเดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้ คุณ (ตา ยาย...) แล้วให้คุณ (ตา, ยาย) รับผิดชอบขา พับครึ่งด้วยมือทั้ง 2 ข้าง เสร็จแล้ววางไว้ที่.....” (พื้น โต๊ะ เติง)

ผู้ทดสอบยื่นกระดาษเปล่าขนาดประมาณ A4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบแล้วสังเกตการกระทำ

คำ	บันทึกคำตอบ	คะแนน
1. รับผิดชอบขา	
2. พับครึ่ง	
3. วางไว้ที่พื้น (พื้น โต๊ะ เติง)	

9. Written command: ทดสอบการอ่าน การเข้าใจความหมาย สามารถทำได้ (1 คะแนน)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำ (อุปกรณ์คือกระดาษข้อความ “หลับตา”)

คำสั่ง “ให้คุณ (ตา, ยาย) อ่านแล้วทำตาม จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้”

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตา”

คำ	บันทึกคำตอบ	คะแนน
“หลับตา”	หลับตาได้..... หลับตาไม่ได้.....	

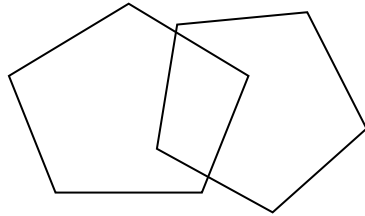
10. Writing: ทดสอบการเขียนภาษาอย่างมีความหมาย (ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำ)

คำสั่ง “ให้คุณ (ตา ยาย...) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง หรือมีความหมายมา 1 ประโยค” (1 คะแนน)

คำ	บันทึกคำตอบ	คะแนน
.....	มีความหมาย.....	
.....	ไม่มีความหมาย.....	

11. Visuoconstruction: ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตากับมือ (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง” (ในที่ว่างของภาพตัวอย่าง)



คะแนนรวม.....คะแนน

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

ภาพรวมตามจุดตัด (Cut-off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (Cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	<14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4, 9, 10)
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา	<17	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	<22	30

การประเมินภาวะโภชนาการ

ข้อแนะนำ

แบบประเมินภาวะโภชนาการเป็นการประเมินว่าผู้สูงอายุ ได้รับสารอาหารเพียงพอหรือไม่ เพื่อค้นหาโอกาสที่จะเกิดภาวะขาดสารอาหารหรือภาวะทุพโภชนาการ

การคัดกรองผู้เสี่ยงขาดสารอาหาร (Screening)	คะแนน
1. ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาผู้สูงอายุได้รับอาหารน้อยลง เนื่องจากความอยากอาหารลดลง มีปัญหาในการย่อยอาหาร การเคี้ยว หรือปัญหาการกลืน หรือไม่ <input type="checkbox"/> 0 = ความอยากอาหารลดลงอย่างมาก <input type="checkbox"/> 1 = ความอยากอาหารลดลงปานกลาง (เล็กน้อย) <input type="checkbox"/> 2 = ความอยากอาหารไม่ลดลง เจริญอาหารตามปกติ	
2. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวลดลง หรือไม่ (โดยไม่ตั้งใจลดน้ำหนัก) <input type="checkbox"/> 0 = น้ำหนักลดมากกว่า 3 กิโลกรัม <input type="checkbox"/> 1 = ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> 2 = น้ำหนักลดมากกว่า 1 ถึง 3 กิโลกรัม <input type="checkbox"/> 3 = น้ำหนักไม่ลดลง	
3. สามารถเคลื่อนไหวได้เอง หรือไม่ <input type="checkbox"/> 0 = นอนบนเตียง หรือต้องอาศัยรถเข็นตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 1 = สามารถลุกจากเตียงหรือรถเข็นได้บ้าง แต่ไม่สามารถไปข้างนอกได้เอง <input type="checkbox"/> 2 = เดินและเคลื่อนไหวได้ตามปกติ	
4. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ผู้สูงอายุมีความเครียดรุนแรงหรือป่วยเฉียบพลัน หรือไม่ <input type="checkbox"/> 0 = ใช่ <input type="checkbox"/> 2 = ไม่ใช่	
5. มีปัญหาทางจิตประสาท หรือไม่ <input type="checkbox"/> 0 = ความจำเสื่อม หรือซึมเศร้าอย่างรุนแรง <input type="checkbox"/> 1 = ความจำเสื่อมเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 2 = ไม่มีปัญหาทางประสาท	
6. ดัชนีมวลกาย [BMI = น้ำหนักตัว (กก.) / ส่วนสูง (ม ²)] <input type="checkbox"/> 0 = BMI น้อยกว่า 19 <input type="checkbox"/> 1 = BMI ตั้งแต่ 19 แต่น้อยกว่า 21 <input type="checkbox"/> 2 = BMI ตั้งแต่ 21 แต่น้อยกว่า 23 <input type="checkbox"/> 3 = BMI ตั้งแต่ 23 ขึ้นไป	
คะแนนรวม	
การพิจารณา (คะแนนเต็ม 14 คะแนน) <input type="checkbox"/> คะแนนรวม 12-14 คะแนน แสดงว่า มีภาวะโภชนาการปกติ <input type="checkbox"/> คะแนนรวม 8-11 คะแนน แสดงว่า มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร <input type="checkbox"/> คะแนนรวม 8-11 คะแนน แสดงว่า มีภาวะขาดสารอาหาร	

การคัดกรองภาวะโภชนาการ: ดัชนีมวลกาย
(BMI: Body Mass Index)

ข้อแนะนำ

การคัดกรองภาวะโภชนาการด้วยดัชนีมวลกาย โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัวและส่วนสูง ซึ่งสามารถบอกได้ว่าสถานะของร่างกายมีความสมดุลของน้ำหนักตัวต่อส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมหรือไม่

วิธีคิดค่าดัชนีมวลกาย

น้ำหนักตัว (หน่วยเป็นกิโลกรัม) หารด้วย ส่วนสูงกำลังสอง (หน่วยเป็นเมตร)

$$\text{สูตรคำนวณ} \quad \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^2}$$

การแปลผล

BMI มาตรฐานอาเซียน (เอเชีย)	การแปลผล
น้อยกว่า 18.5	<input type="checkbox"/> ผอม
18.5 – 22.9	<input type="checkbox"/> ปกติ
23.0 – 24.9	<input type="checkbox"/> ท้วม
25.0 – 29.9	<input type="checkbox"/> อ้วน
มากกว่าหรือเท่ากับ 30	<input type="checkbox"/> อ้วนมาก

แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ

กลุ่มเป้าหมาย

สุ่มสำรวจข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ หมู่บ้านละ 30 คน (สุ่มอย่างง่ายตามระเบียบวิธีวิจัย) แบ่งสำรวจตามกลุ่มอายุ ดังนี้

- กลุ่มอายุ 60-69 ปี สำรวจ 18 คน แบ่งเป็น ชาย 9 คน หญิง 9 คน
- กลุ่มอายุ 70-79 ปี สำรวจ 9 คน แบ่งเป็น ชาย 4 คน หญิง 5 คน
- กลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป สำรวจ 3 คน แบ่งเป็น ชาย 1 คน หญิง 2 คน

ข้อแนะนำ

สัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันที่วันที่ไปสัมภาษณ์ ว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตัวดังต่อไปนี้หรือไม่

พฤติกรรม/ การปฏิบัติ	0 แทบไม่มี (0-1 วัน)	1 เป็นบางวัน (2-3 วัน)	2 บ่อยครั้ง (4-5 วัน)	3 เป็นประจำ (6 วันขึ้นไป)
1. ออกกำลังกาย (รวมการทำงานที่ใช้แรงกาย) ครั้งละ 15-30 นาที				
2. รับประทานอาหารผักสด ผลไม้สด				
3. ดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า				
4. ดื่มน้ำสุรา/ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				
5. สูบบุหรี่				

การพิจารณา

- ถ้าตอบว่า “เป็นประจำ” ในทุกข้อ ถือว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
- ถ้าตอบว่า “แทบไม่มี จนถึง บ่อยครั้ง” เพียงข้อใดข้อหนึ่ง ถือว่า มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์

การพิจารณา (คะแนนเต็ม 14 คะแนน)

≥ 12 คะแนน ไม่เสี่ยงต่อการขาดอาหาร ไม่จำเป็นต้องถามต่อส่วนที่ 2

≤ 11 คะแนน มีโอกาสเสี่ยงต่อการขาดอาหาร ให้ถามต่อส่วนที่ 2 ตั้งแต่ ข้อ 7-18