



คู่มือ

การคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ





คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ

คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ

เผยแพร่โดย : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งที่ 2 : มิถุนายน 2558

จำนวน : 20,000 เล่ม

พิมพ์ที่ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ห้ามลอกเลียนแบบส่วนหนึ่งส่วนใดของหนังสือเล่มนี้

คำนิยม

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข



ประเทศไทยเป็นประเทศที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว และในปัจจุบันทุกภาคส่วนล้วนมีความตื่นตัวในการเตรียมมาตรการด้านต่างๆ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนไป โดยภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน ในทุกๆ มิติ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับปี ๒๕๕๗ นี้ กระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้กรมการแพทย์ เป็นหน่วยงานหลักรับผิดชอบด้านการพัฒนาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ โดยบูรณาการร่วมกับหน่วยงานทุกๆ ภาคส่วน

การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกสาขา ในการดำเนินการอย่างบูรณาการ และมีเป้าหมายร่วมกันเพื่อให้สถานะสุขภาพประชากร โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุมีสุขภาพที่เหมาะสม ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

คู่มือฉบับนี้ แสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นตั้งใจ และความร่วมมือของทุกกรม และทุกหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุจากมหาวิทยาลัยมหิดล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รวมถึงหน่วยงานต่างๆ จากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และกรมการแพทย์ พร้อมทั้งทีมผู้เชี่ยวชาญทุกสาขาที่เกี่ยวข้อง ที่ได้ร่วมบูรณาการวิชาการ สังเคราะห์ ตกผลึก และกลั่นกรองแนวทางในการค้นหาปัญหาของผู้สูงอายุ อาทิ การประเมินโรคทางร่างกายและจิตใจ ปัญหาด้านสังคม และการประเมินเพื่อการดูแลระยะยาว อันจะเป็นแนวทางสู่การดูแลที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ และตรงกับประเด็นปัญหาของผู้สูงอายุต่อไป

(นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์)

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

คำนิยม

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข



ผู้สูงอายุมีความเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา มีพยาธิสภาพในหลายระบบในเวลาเดียวกัน แนวโน้มการเจ็บป่วยจึงง่ายและไม่หายขาด ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุให้ถูกต้องและจัดแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม ต้องอาศัยการค้นหาปัญหาที่ตรงประเด็น ดังนั้นการคัดกรองป้องกันโรค เป็นมาตรการและเครื่องมือสำคัญ และนำไปสู่การเตรียมข้อมูลของผู้สูงอายุแต่ละคนและแต่ละบริบท เพื่อวางแผนการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้อง และเหมาะสมที่สุด

คู่มือการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ เล่มนี้ จัดทำขึ้นภายใต้แผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗ ซึ่งสำเร็จขึ้นโดยผ่านกลไกของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการดูแลระยะยาว อันประกอบด้วย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และกรมการแพทย์ ซึ่งเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก ตลอดจนคณาจารย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จากมหาวิทยาลัยมหิดล และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยเนื้อหาในคู่มือฉบับนี้เน้นให้ผู้ใช้ง่าย เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน และแบ่งระดับของการคัดกรอง/ประเมินอย่างเหมาะสม อีกทั้งองค์ความรู้ต่างๆ ได้ถูกสังเคราะห์ และรวบรวมมาเป็นอย่างดี ทั้งจากทฤษฎีและประสบการณ์การทำงานโดยตรงทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับได้นำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

(นายสุริยะ วงศ์คงคาเทพ)
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

อธิบดีกรมการแพทย์



“คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ” ได้จัดทำขึ้นภายใต้ยุทธศาสตร์เสริมสุขภาพ และป้องกันโรคตามกลุ่มวัย โดยกรมการแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบหลักในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ บูรณาการกับ กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นไปตามมาตรการหลักของแผนดังกล่าวในการคัดกรองปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และการคัดกรอง Geriatric Syndromes

การที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นนั้น แม้ว่าจะสามารถเป็นเครื่องชี้ให้เห็นได้ถึง วิทยาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เจริญก้าวหน้าขึ้น แต่อีกนัยหนึ่ง เมื่อผู้สูงอายุมี อัตราผกผันกับกลุ่มวัยแรงงาน การพึ่งพิงก็จะมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น ตลอดจนการเจ็บป่วยของ ผู้สูงอายุซึ่งล้วนแล้วแต่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง และภาวะต่างๆ ที่มีความไม่จำเพาะเจาะจง มีความซับซ้อนในอาการแสดงทางเวชปฏิบัติ ดังนั้น การที่จะคงสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุได้ คือการค้นหาปัญหาสุขภาพโดยการคัดกรองหรือการประเมินสุขภาพ เพื่อที่จะได้สามารถ วางแผนการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การดูแลรักษา ตลอดจนการฟื้นฟูสุขภาพ ที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้สูงอายุได้อย่างตรงประเด็น

คู่มือการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ฉบับนี้ ได้ร่วมจัดทำขึ้นโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการดูแลระยะยาว ประกอบด้วย คณาจารย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จากสถานศึกษาหลายแห่ง ตลอดจนนักวิชาการจาก กรมวิชาการของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น จึงสามารถมั่นใจได้ว่าคู่มือการคัดกรองฯ ฉบับนี้ มีเนื้อหาทางวิชาการที่ได้ถูกกลั่นกรองมาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ทั้งจากทฤษฎี และประสบการณ์การทำงานโดยตรงของผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็น ประโยชน์และเหมาะสมสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข นำไปใช้เป็น แนวทางในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(นายสุพรรณ ศรีธรรมมา)
อธิบดีกรมการแพทย์

บทบรรณาธิการ

รองอธิบดีกรมการแพทย์

ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
เพื่อการดูแลระยะยาว



กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ กรมการแพทย์เป็นหน่วยงานหลักในด้านการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ โดยแนวทางในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในปี ๒๕๕๗ ได้แก่ การพัฒนาระบบการคัดกรอง ประเมิน และจัดทำแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ รวมถึงการพัฒนาระบบฐานข้อมูลการคัดกรอง อันเป็นมาตรการสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขต้องขับเคลื่อนให้ไปในทิศทางเดียวกันและมีความเป็นเอกภาพมากที่สุด

คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ ได้พัฒนาขึ้นด้วยการบูรณาการผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุจากมหาวิทยาลัยมหิดล และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รวมถึงหน่วยงานต่างๆ จากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และกรมการแพทย์ซึ่งเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก

เนื้อหาสำคัญในคู่มือฉบับนี้ ประกอบด้วย การคัดกรอง/ประเมิน โรคที่เป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อยในผู้สูงอายุ กลุ่มโรคผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) และการประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล ในนามของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อการดูแลระยะยาว หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบุคลากรด้านสาธารณสุขจะสามารถนำแนวทางนี้ไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงวางแผนในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ ลดภาระครอบครัว ชุมชน และสังคม ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

(นายประพนธ์ ตั้งศรีเกียรติกุล)

รองอธิบดีกรมการแพทย์

สารบัญ

	หน้า
บทนำ	1
กรอบการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ	3
กรอบการคัดกรอง/ ประเมินผู้สูงอายุ	4
การคัดกรองโรคเบาหวาน : การตรวจเลือด	5
การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง : วัดความดันโลหิต	7
การคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง	11
การประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ	13
การคัดกรองสุขภาพทางตา	19
การประเมินการมองเห็น : Snellen Chart	23
การทดสอบสภาพสมอง : Abbreviated Mental Test (AMT)	26
การทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย : MMSE-Thai 2002	28
การคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q)	36
การคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)	37

สารบัญ

การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม	40
การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก	40
การคัดกรองภาวะหกล้ม : Timed Up and Go Test (TUGT)	43
การคัดกรองภาวะกลืนปัสสาวะ	46
การคัดกรองภาวะโภชนาการ : ดัชนีมวลกาย	49
การประเมินภาวะโภชนาการ	51
การประเมินปัญหาการนอน	55
การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	58
การคัดกรองผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว	60
การประเมินผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว	66
รายชื่อผู้ร่วมพัฒนาแบบคัดกรอง/ ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ	67
คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการดูแลระยะยาว	69

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 14.7 (9.5 ล้านคน) และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 20 (14.4 ล้านคน) นั่นหมายถึง ประเทศไทยได้เป็นสิ่งคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากความเสื่อมสภาพ โดยพบว่าโรคที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียปีสุขภาวะ 5 อันดับแรก ในผู้สูงอายุชาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน และโรคมะเร็งตับ สำหรับผู้สูงอายุหญิง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ สมองเสื่อม และโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุดูแลตนเองไม่ได้เลย 63,000 คนหรือร้อยละ 0.9 โดยพิจารณาจากความสามารถในการดูแลตนเองที่ทำให้ทราบว่าผู้สูงอายุมีภาวะที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ

วิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดว่า “ภายในทศวรรษต่อไปคนไทยทุกคนจะมีสุขภาพแข็งแรงเพิ่มขึ้น เพื่อสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างยั่งยืน” และได้กำหนดผลกระทบระดับชาติ 10 ปีไว้ คือ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดไม่น้อยกว่า 80 ปี และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีไม่น้อยกว่า 72 ปี ซึ่งกรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ได้แก่ กรมการแพทย์ กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต และกรมควบคุมโรค ตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของสูงอายุ จึงได้ร่วมกันดำเนินงานโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุขึ้น โดยบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะชุมชนเพื่อดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

การดูแลรักษาหรือการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากวัยอื่นๆ ได้แก่ ลักษณะทางคลินิก การแปลผลและความเหมาะสมในการสำรวจทางห้องปฏิบัติการ ตลอดจนการวินิจฉัยโรค และซับซ้อนกว่าวัยอื่นอย่างชัดเจน ผู้สูงอายุจึงควรได้รับการดูแลเฉพาะด้านเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและเหมาะสม การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุ แบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่

1. การป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) เป็นการป้องกันโรคโดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีตามควรแก่อัตรภาพ โดยคงระยะเวลาที่มีสุขภาพทางกาย (Physical well-being) สุขภาวะทางจิต (Mental well-being) สุขภาวะทางสังคม (Social well-being) และสุขภาวะทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) ให้ยาวนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตั้งแต่ยังไม่มีโรค
2. การป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) เป็นการป้องกันโรคที่เกิดขึ้นแล้ว แต่ป้องกันไม่ให้พยาธิสภาพลุกลามขึ้น ด้วยการตรวจคัดกรองสุขภาพเป็นระยะเพื่อตรวจหาโรคและให้การดูแลรักษาโรคตั้งแต่ในระยะแรก
3. การป้องกันโรคระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) เป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเกิดโรคซ้ำ ตลอดจนการป้องกันความพิการ ภาวะทุพพลภาพระยะยาว ที่อาจเกิดขึ้นในภายหลัง

การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มวัยผู้สูงอายุจึงมีแนวคิดในการดำเนินงาน
อย่างเป็นระบบและบูรณาการภายใต้ ระบบบริการสุขภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

1. พัฒนาระบบการคัดกรอง ประเมิน และจัดทำแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเรื่องปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง สายตา ฟัน เป็นต้น กลุ่มโรคผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) ได้แก่ สมรรถภาพสมอง ภาวะซึมเศร้า ข้อเข่าเสื่อม ภาวะหกล้ม การกลืนผิดปกติ ภาวะโภชนาการ ปัญหาการนอน เป็นต้น และการประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นต้น
2. พัฒนาระบบฐานข้อมูลการคัดกรอง ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ
3. พัฒนาทักษะและสร้างเครือข่ายในการคัดกรอง ประเมิน และดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

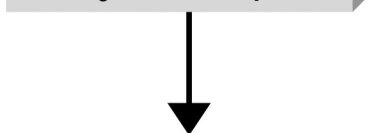
กรอบการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

1 คัดกรอง/ ประเมิน

- ปัญหาสำคัญ/ โรคที่พบบ่อย
- กลุ่ม Geriatric syndromes
- สมรรถนะเพื่อการดูแล

ผู้สูงอายุ ครอบครัว

3 การดูแล/ บริการสุขภาพ



ระดับปฐมภูมิ

2 ข้อมูลคัดกรอง/ ประเมิน

ศูนย์ข้อมูลผู้สูงอายุ

สังคม/ สิ่งแวดล้อม

ระดับทุติยภูมิ

ระดับตติยภูมิ

ชุมชน sw.สต./อปท.	swช.	swน./ swศ.
<ul style="list-style-type: none"> • คัดกรองเพื่อค้นหา วิเคราะห์ แบ่งกลุ่ม • ข้อมูลผู้สูงอายุ • ดูแลรักษาระดับปฐมภูมิ • การส่งต่อ • ส่งเสริมสุขภาพ • ประสาน ร่วมมือกับชุมชน ในการดูแลผู้สูงอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> • ประเมินเพื่อดูแลรักษา • ดูแลรักษาระดับทุติยภูมิ • ศูนย์ข้อมูลผู้สูงอายุ • การส่งต่อ 	<ul style="list-style-type: none"> • ประเมินเพื่อดูแลรักษา • ดูแลรักษาระดับตติยภูมิ

กรอบการคัดกรอง/ ประเมินผู้สูงอายุ

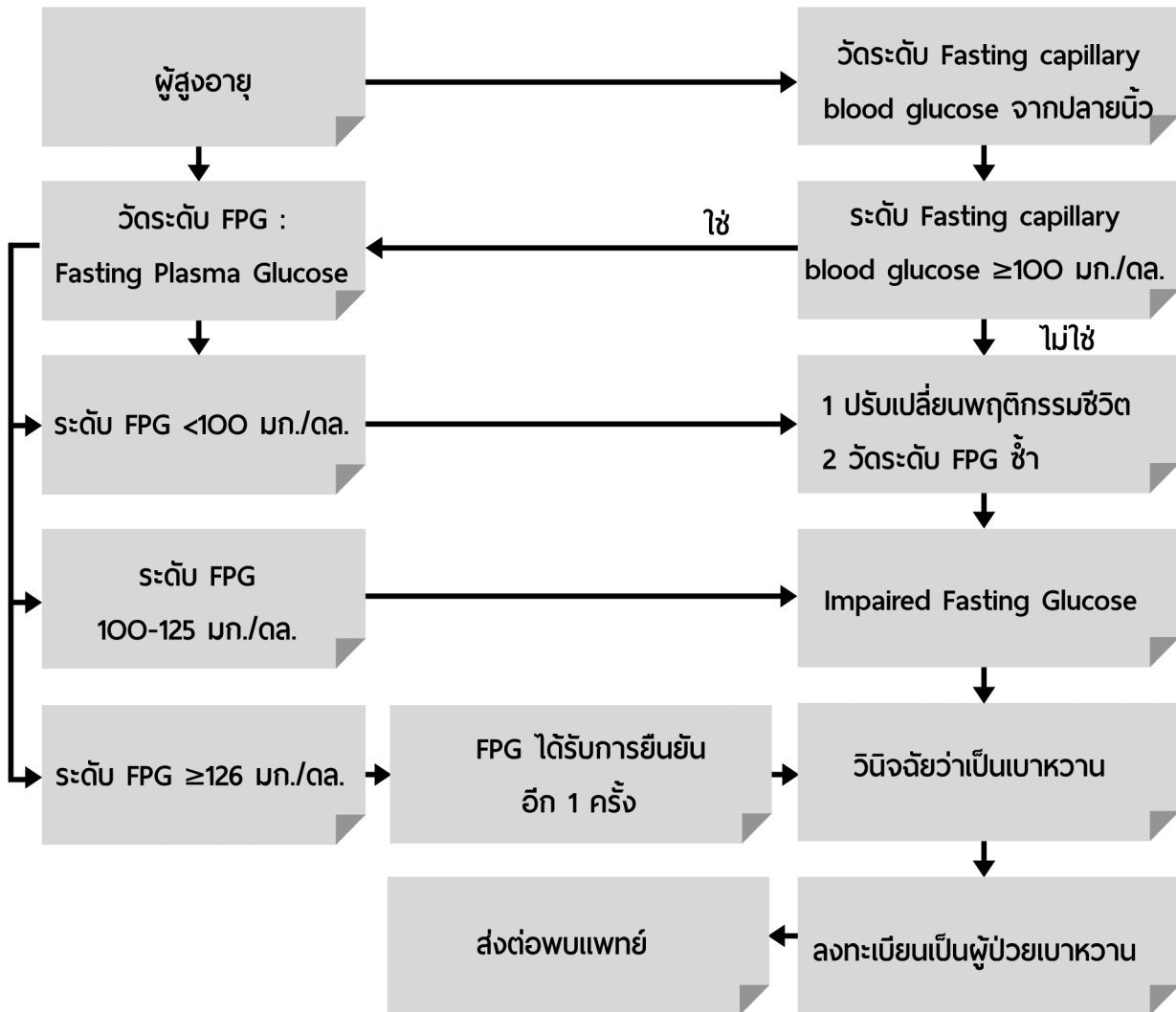
ประเด็น	รายการประเมิน	(SW.สศ.) สำหรับชุมชน	(รพช.ขึ้นไป) สำหรับ หน่วยบริการสุขภาพ
1 คัดกรองปัญหาสำคัญ และโรคที่พบบ่อยใน ผู้สูงอายุ	เบาหวาน	คัดกรองโรคเบาหวาน : การตรวจเลือด	
	ความดันโลหิตสูง	คัดกรองโรคความดันโลหิตสูง : วัดความดันโลหิต	
	ความเสี่ยงโรคหัวใจและ หลอดเลือดสมอง	คัดกรองความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง	
	สุขภาพช่องปาก	ประเมินสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุ	ตรวจสุขภาพช่องปากโดย ทันตบุคลากร
	สุขภาพทางตา	คัดกรองสุขภาพทางตา	ประเมินการมองเห็น : Snellen Chart
2 คัดกรองกลุ่ม Geriatric syndromes	สมรรถภาพสมอง	ทดสอบสภาพสมอง : AMT	ทดสอบสภาพสมอง : MMSE-T 2002
	ภาวะซึมเศร้า	คัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q)	คัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)
	ข้อเข่าเสื่อม	คัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม	คัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม ทางคลินิก
	ภาวะหกล้ม	คัดกรองภาวะหกล้ม : TUGT	
	การกลืนปัสสาวะ	คัดกรองภาวะกลืนปัสสาวะ	ตรวจประเมินการกลืน ปัสสาวะโดยแพทย์
	ภาวะโภชนาการ	คัดกรองภาวะโภชนาการ : ดัชนีมวลกาย (BMI)	ประเมินภาวะโภชนาการ
	ปัญหาการนอน	ประเมินปัญหาการนอน	ตรวจประเมินปัญหาการ นอนโดยแพทย์
3 ประเมินสมรรถนะ ผู้สูงอายุเพื่อการดูแล	สมรรถนะผู้สูงอายุ	ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	
		คัดกรองผู้สูงอายุที่ต้องได้ รับการดูแลระยะยาว	ประเมินผู้สูงอายุที่ต้องได้ รับการดูแลระยะยาว

การคัดกรองโรคเบาหวาน : การตรวจเลือด

ข้อแนะนำ

การคัดกรองโรคเบาหวานโดยการตรวจเลือดควรตรวจคัดกรองเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยงสูงเท่านั้น ซึ่งผู้สูงอายุทุกคนมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ดังนั้น ผู้สูงอายุทุกคนจึงต้องได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานโดยการตรวจเลือด

แนวทางการคัดกรองโรคเบาหวานโดยการตรวจเลือด



การพิจารณาผลการตรวจเลือด

1. กรณีตรวจวัดพลาสมาไกลโคสขณะอดอาหาร (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

(เฉพาะกรณีที่ไม่สามารถตรวจระดับ FPG แต่ไม่แนะนำเนื่องจากค่าของระดับน้ำตาลในเลือดมีโอกาสคลาดเคลื่อน ทำให้สิ้นเปลืองทรัพยากร)

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

เอกสารประกอบการคัดกรองโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานชนิดที่พบบ่อยที่สุดคือโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 diabetes mellitus : T2DM) ซึ่งพบร้อยละ 95 ของผู้ป่วยหวานทั้งหมด และมักพบในคนที่อายุ 30 ปีขึ้นไป รูปร่างท้วมหรืออ้วน อาจไม่มีหรือมีอาการผิดปกติ เช่น ปัสสาวะมาก กระหายน้ำบ่อย ตื่นน้ำมาก อ่อนเพลีย น้ำหนักลด อาการมักไม่ค่อยรุนแรง และค่อยเป็นค่อยไป มักมีประวัติโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพ่อแม่ หรือ พี่น้อง

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน ทำได้โดย

1. ผู้ที่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจนที่สุดคือ หิวน้ำมาก ปัสสาวะบ่อยและมาก น้ำหนักตัวลดลงโดยไม่มีสาเหตุ สามารถตรวจระดับพลาสมากลูโคสเวลาใดก็ได้ ไม่จำเป็นต้องอดอาหารก่อนตรวจ ถ้ามีค่า ≥ 200 มก./ดล. ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

2. การตรวจระดับพลาสมากลูโคส (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารข้ามคืนมากกว่า 8 ชั่วโมง ถ้ามีค่า ≥ 126 มก./ดล. ให้ตรวจยืนยันอีกครั้งหนึ่งต่างวันกัน

3. การตรวจความทนต่อกลูโคส (75g Oral Glucose Tolerance Test : OGTT) ใช้สำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงสูงแต่ตรวจพบ FPG < 126 มก./ดล. ถ้าระดับพลาสมากลูโคส 2 ชั่วโมงหลังดื่ม ≥ 200 มก./ดล. ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งสามารถแปลผลได้ ดังนี้

2 h-PG	< 140	มก./ดล.	แสดงว่า	ปกติ
2 h-PG	140-199	มก./ดล.	แสดงว่า	Impaired Fasting Glucose (IFG)
2 h-PG	≥ 200	มก./ดล.	แสดงว่า	โรคเบาหวาน

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต (lifestyle modification)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตหมายถึงการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ และการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ร่วมกับมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น งดสูบบุหรี่ บุคลากรทางสุขภาพควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทันทีที่ได้รับการวินิจฉัยโรค เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วนมีความจำเป็นต้องลดน้ำหนักเพื่อป้องกันภาวะดื้ออินซูลิน โดยลดปริมาณพลังงานและไขมันที่กินอยู่เป็นประจำ เพิ่มกิจกรรมทางกายสม่ำเสมอ จนสามารถลดน้ำหนักได้อย่างน้อยร้อยละ 5 ของน้ำหนักตั้งต้น และลดลงอย่างต่อเนื่องร้อยละ 5 ของน้ำหนักใหม่ จนน้ำหนักใกล้เคียงหรืออยู่ในเกณฑ์ปกติ การออกกำลังกายช่วยควบคุมน้ำหนักที่ลดลงแล้วให้คงที่

2. ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับการตรวจน้ำตาลในเลือดก่อน เมื่อหยุดออกกำลังกาย และหลังการออกกำลังกายหลายชั่วโมง เนื่องจากการออกกำลังกายสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ หากพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ อาจต้องลดยาก่อนออกกำลังกาย และ/หรือ กินอาหารคาร์โบไฮเดรตเพิ่มเติมเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

3. ผู้ป่วยเบาหวานควรออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ หรือออกกำลังกายแบบ resistance เช่น ยกน้ำหนัก 3 ครั้งต่อสัปดาห์ในทุกกล้ามเนื้อหลัก ทำ 8-10 ครั้งต่อชุด วันละ 3 ชุด หรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกร่วมกับการออกกำลังกายแบบ resistance

ที่มา : สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย คณะทำงานจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน
"แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2554"

การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง : วัดความดันโลหิต

ข้อแนะนำ

การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงโดยการวัดความดันโลหิตเพื่อเป็นข้อมูลที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดโรคและภาวะแทรกซ้อน สามารถใช้เครื่องวัดความดันโลหิตได้ทั้งชนิดอัตโนมัติ หรือ ชนิดปรอท

ค่าความดันโลหิต

ระดับความดันโลหิตตัวบน หรือ ซิสโตลิก (SBP)	มม.ปรอท
ระดับความดันโลหิตตัวล่าง หรือ ไดแอสโตลิก (DBP)	มม.ปรอท

การพิจารณา

กรณีความดันโลหิตปกติ

- ติดตามวัดความดันโลหิตที่คลินิกอย่างน้อยทุกปี
- หากความดันโลหิตใกล้เคียง 140/ 90 มม.ปรอท อาจวัดมากกว่าปีละ 1 ครั้ง

กรณีความดันโลหิต $\geq 140/ 90$ มม.ปรอท

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

กรณีความดันโลหิตสูง

- ส่งต่อแพทย์ตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันผลและทำการรักษา

เอกสารประกอบการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง

ความหมาย

โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) ≥ 140 มม.ปรอท และ/หรือ ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ≥ 90 มม.ปรอท

Isolate systolic hypertension (ISH) หมายถึง ระดับ SBP ≥ 140 มม.ปรอท แต่ระดับ DBP < 90 มม.ปรอท

Isolate office hypertension หรือ White-coat hypertension (WCH) หมายถึง ภาวะที่มีความดันโลหิตที่วัดในคลินิก โรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพสูง แต่เมื่อวัดความดันโลหิตที่บ้านพบว่าไม่สูง

Masked hypertension หมายถึง ภาวะที่มีความดันโลหิตที่วัดในคลินิก โรงพยาบาล หรือสถานบริการสุขภาพปกติ แต่เมื่อวัดความดันโลหิตที่บ้านพบว่าสูง

การวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง

การเตรียมผู้ป่วย

ไม่รับประทานยาหรือกาแฟและไม่สูบบุหรี่ก่อนทำการวัด 30 นาที พร้อมกับถ่ายปัสสาวะให้เรียบร้อย ให้ผู้ป่วยนั่งพักบนเก้าอี้ในห้องที่เงียบสงบเป็นเวลา 5 นาที หลังฟังพนักเพื่อไม่ให้เกร็ง เท้าสองข้างวางราบกับพื้น ห้ามนั่งไขว่ห้าง ไม่พูดคุยขณะวัด แขนซ้ายหรือขวาที่ต้องการวัดวางอยู่บนโต๊ะ ไม่ต้องกำมือ

การเตรียมเครื่องมือ

เครื่องวัดความดันโลหิตต้องได้รับการตรวจเช็คมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะๆ และใช้ arm cuff ขนาดเหมาะสมกับแขนของผู้ป่วย คือ ส่วนที่เป็นถุงลมจะต้องครอบคลุมรอบวงแขนได้ร้อยละ 80 สำหรับคนทั่วไปจะใช้ arm cuff ที่มีถุงลมขนาด 12 ซม. x 22 ซม.

วิธีการวัด

1. การวัดที่บ้านโดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ

- ต้องมีการแนะนำการใช้เครื่องมือพร้อมกับการบันทึกค่าที่วัดได้
- การวัดด้วยตนเองควรวัด 2 ครั้งต่อวัน ตอนเช้าและตอนเย็น อย่างน้อย 4-7 วันติดต่อกันก่อนพบแพทย์ เพื่อใช้ในการตัดสินใจให้การรักษา

2. การวัดโดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดปรอท

- การวัดความดันโลหิตจะวัดที่แขนซึ่งใช้งานน้อยกว่า โดยพัน arm cuff ที่ต้นแขนเหนือข้อพับแขน 2-3 ซม. ให้กึ่งกลางของถุงลมวางบนหลอดเลือดแดง brachial
- ให้ประมาณระดับ SBP ก่อนโดยการคลำ บีบลูกยางให้ลมเข้าไปในถุงลมอย่างรวดเร็วจนคลำชีพจรที่หลอดเลือดแดง brachial ไม่ได้ ค่อยๆ ปล่อยลมออก ให้ปรอทในแก้วลดระดับลงในอัตรา $\geq 2-3$ มม.ปรอทต่อวินาที จนเริ่มคลำชีพจรได้ ถือเป็นระดับ SBP คร่าวๆ

- วัดความดันโลหิตโดยการฟัง ใ้หว่าง bell หรือ diaphragm ของ stethoscope เหนือหลอดเลือดแดง brachial แล้วบีบลูกยางให้ระดับปรอทสูงกว่า SBP ที่คลำได้ 20-30 มม.ปรอท แล้วค่อยๆ ปล่อยลมออก เสียงแรกที่ได้ยินจะตรงกับ SBP ปล่อยระดับปรอทจนเสียงหายไปจะตรงกับ DBP
- ให้ทำการวัด 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1-2 นาที จากแขนและท่าเดียวกัน นำ 2 ค่าหลังที่วัดได้มาเฉลี่ย
- ในการวัดความดันโลหิตครั้งแรก แนะนำให้วัดที่แขนทั้งสองข้าง หากต่างกันเกิน 20/ 10 มม.ปรอท แสดงถึงความผิดปกติของหลอดเลือด ให้ส่งผู้ป่วยต่อไปให้ผู้เชี่ยวชาญ
- หากความดันโลหิตของแขนทั้งสองข้างไม่เท่ากัน (โดยเฉพาะผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 จะมี SBP ของแขนทั้งสองข้างต่างกัน >10 มม.ปรอทได้) และ/หรือ ความดันโลหิตลดลง <10 มม.ปรอท การติดตามความดันโลหิตจะใช้ข้างที่มีค่าสูง
- สำหรับผู้ป่วยบางราย เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือในรายที่มีอาการหน้ามืดเวลาลุกขึ้นยืน ให้วัดความดันโลหิตในท่านอนด้วย โดยวัดความดันโลหิตในท่านอนหรือนั่ง หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยยืนแล้ววัดความดันโลหิตซ้ำอีกครั้งหลังยืนภายใน 3 นาที หาก SBP ในท่านอนต่ำกว่า SBP ในท่านอนหรือนั่งมากกว่า 20 มม.ปรอท ถือว่า ผู้ป่วยมีภาวะ orthostatic hypotension (การตรวจหา orthostatic hypotension จะมีความไวขึ้นหากเปรียบเทียบ SBP ในท่านอน กับ SBP ในท่านยืน)

การจำแนกระดับโรคความดันโลหิตสูง

category	SBP (มม.ปรอท)		DBP (มม.ปรอท)
Optimal	<120	และ	<80
Normal	120-129	และ/หรือ	80-84
High normal	130-139	และ/หรือ	85-89
Grade 1 hypertension (mild)	140-159	และ/หรือ	90-99
Grade 2 hypertension (moderate)	160-179	และ/หรือ	100-109
Grade 3 hypertension (severe)	≥180	และ/หรือ	≥110
Isolate systolic hypertension : ISH	≥140	และ	<90

หมายเหตุ เมื่อความรุนแรงของ SBP และ DBP อยู่ต่างระดับกันให้ถือระดับที่รุนแรงกว่าเป็นเกณฑ์ สำหรับ ISH ก็แบ่งระดับความรุนแรงเหมือนกันโดยใช้แต่ SBP

คำแนะนำ

1. ถ้าวัดความดันโลหิตได้ $\geq 140/90$ มม.ปรอท ให้วัดความดันโลหิตซ้ำใน 2 สัปดาห์ หรือวัดความดันโลหิตที่บ้านหากสามารถทำได้ เพื่อยืนยันว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจริง
2. หากผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงหรือมีร่องรอยการทำลายอวัยวะให้เริ่มยาความดันโลหิตทันทีโดยไม่ต้องรอการวัดซ้ำ
3. ขณะที่รอการยืนยันว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงให้ตรวจหาร่องรอยการทำลายอวัยวะ เช่น หัวใจห้องซ้ายล่างโต โรคไตเรื้อรัง ความผิดปกติของจอตาจากโรคความดันโลหิตสูง และประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
4. หากพบว่าไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงแต่มีร่องรอยการทำลายอวัยวะ เช่น LVH, albuminuria, proteinuria ให้ส่งหาสาเหตุอื่น
5. หากพบว่าความดันโลหิตปกติ ให้ติดตามวัดความดันโลหิตที่คลินิกอย่างน้อยทุกปี และอาจวัดถี่กว่านั้นหากความดันโลหิตใกล้ 140/ 90 มม.ปรอท
6. หากวัดความดันโลหิตที่บ้านเพื่อยืนยันว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงควรดำเนินการต่อไปนี้
 - วัดความดันโลหิตในท่านั่ง โดยวัด 2 ครั้ง ห่างกัน 1 นาที
 - วัดความดันโลหิต 2 ครั้ง/ วัน ควรวัดในตอนเช้าและตอนเย็น
 - วัดความดันโลหิตอย่างน้อย 4-7 วันติดต่อกัน ให้ตัดค่าที่วัดได้ในวันแรกและคำนวณค่าเฉลี่ยจากค่าที่วัดได้ทั้งหมดเพื่อยืนยันว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง
7. ให้ส่งผู้ป่วยต่อไปให้ผู้เชี่ยวชาญทันที (ในวันเดียวกัน) ในกรณีที่
 - ผู้ป่วยเป็น accelerated หรือ malignant hypertension ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่มีความดันโลหิต $\geq 180/ 110$ มม.ปรอท ร่วมกับการตรวจพบเลือดออกที่จอตา และ/หรือ ขั้วประสาทตาบวม
 - สงสัยว่าผู้ป่วยเป็น pheochromocytoma เช่น ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ ใจสั่น ชีต เหงื่อแตก หรือตรวจพบ labile หรือ postural hypotension
8. พิจารณาการตรวจพิเศษ (หน้าที่ของผู้เชี่ยวชาญ) ในผู้ป่วยที่มีอาการและสิ่งตรวจพบที่เข้าได้กับโรคความดันโลหิตสูงทุติยภูมิ

การคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง

ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและผู้ที่มีการสูบบุหรี่

ข้อแนะนำ

การคัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองเป็นการค้นหาความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและผู้ที่มีการสูบบุหรี่ ซึ่งมีความหมายดังต่อไปนี้

- กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน หมายถึง มีระดับน้ำตาลในเลือดเมื่ออดอาหาร 8 ชั่วโมงขึ้นไป 100-125 มก./ ดล.
- กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง มีระดับความดันโลหิต 120/80 ถึง 139/89 มม.ปรอท
- ผู้ที่มีการสูบบุหรี่ หมายถึง ผู้ที่มีดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ ม.²

ข้อ	คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
1	ยังคงสูบบุหรี่ ยาเส้น ยาสูบ บุหรี่ซิการ์ แรต บุหรี่ซิการ์ หรือ หยุตสูบไม่เกิน 1 ปี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	ระดับความดันโลหิต $\geq 130/85$ มม.ปรอท และ/หรือ เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	ระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) ≥ 100 มก./ ดล. และ/หรือ เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือพยาบาลว่ามีภาวะไขมันเลือดผิดปกติ โดย TC >280 มก./ ดล. และ/หรือ LDL >100 มก./ ดล. และ/หรือ TG >150 มก./ ดล. และ/หรือ HDL ในชาย <40 มก./ ดล. ในหญิง <50 มก./ ดล.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	เส้นรอบเอวมากกว่าส่วนสูง (ซม.) หาส 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	มีญาติสายตรง (พ่อ แม่ พี่หรือน้องท้องเดียวกัน) ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต (ผู้ชายเป็นก่อนอายุ 55 ปี ผู้หญิงเป็นก่อนอายุ 65 ปี)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

หมายเหตุ

เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด หรือ โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต แต่ยังไม่ได้รับการรักษาถือเป็นกลุ่มเสี่ยง

การแปลผล

- ถ้าตอบ “ใช่” ≤ 2 ข้อ มีความเสี่ยง
- ถ้าตอบ “ใช่” 3-4 ข้อ มีความเสี่ยงสูง
- ถ้าตอบ “ใช่” ≥ 5 ข้อ มีความเสี่ยงสูงมาก

การบริการหลังคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและ หลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและผู้ที่มิภาวะอ้วน

เป้าหมายบริการ

1. ระดับความดันโลหิต <130/85 มม.ปรอท
2. ระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) <110 มก./ ดล.
3. หยุดสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงควันบุหรี่
4. ดัชนีมวลกาย 18.5-24.9 กก./ม.², เส้นรอบเอวน้อยกว่าส่วนสูง (ซม.) ทหาร 2
5. ออกกำลังกายหนักระดับปานกลางอย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน
6. บริโภคอาหารที่เหมาะสม เช่น ไม่รับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็มเพิ่ม รับประทานผักและผลไม้ รสไม่หวาน ลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
7. ระดับไขมันอยู่ในเกณฑ์ปกติในรายที่มีไขมันผิดปกติ

การบริการ

บริการ	ปัจจัยเสี่ยง ≤2 ข้อ (เสี่ยง)	ปัจจัยเสี่ยง 3-4 ข้อ (เสี่ยงสูง)	ปัจจัยเสี่ยง ≥5 ข้อ (เสี่ยงสูงมาก)
ให้ข่าวสาร สุขศึกษา เสริมทักษะ ข้อแนะนำ สมุดบันทึก	✓	✓	✓
ปรับพฤติกรรมเสี่ยง/ จัดการตนเอง	ปรับพฤติกรรมเสี่ยง ต่อสุขภาพ	ลดปัจจัยเสี่ยง อย่างน้อย 2 ปัจจัย	ลดปัจจัยเสี่ยง อย่างน้อย 3 ปัจจัย
ทราบอาการเตือนของโรคหัวใจและ หลอดเลือดสมอง	+/-	✓	✓
ติดตามการปรับพฤติกรรมสุขภาพ	ทุก 1 ปี	ทุก 6 เดือน	ทุก 2-3 เดือน
ขึ้นทะเบียนติดตามโอกาสเสี่ยง โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง	-	+/-	✓
นัดตรวจประเมินโรคหัวใจและ หลอดเลือดสมอง	2 ปีครั้ง	ปีละครั้ง	6 เดือนครั้ง

ที่มา : สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข "แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด"

การประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

ข้อแนะนำ

การประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเป็นการประเมินพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพช่องปาก สภาวะเสี่ยงของสุขภาพช่องปาก และการส่งต่อเพื่อรับบริการรักษาทางทันตกรรม ตามปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพช่องปาก

เพื่อให้ผู้สูงอายุทราบถึงพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปากหรือไม่ และปรับพฤติกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม

1 ประเมินพฤติกรรมทำความสะอาดช่องปาก

1.1 การแปรงฟัน

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

1.2 การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวัน

- ไม่ใช่
- ใช่

1.3 การทำความสะอาดซอกฟัน ทุกวัน / เกือบทุกวัน

- ไม่ทำ
- ทำ โดยใช้อุปกรณ์ ได้แก่.....

2 ประเมินสภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก

- สูบบุหรี่ มากกว่า 10 มวน/วัน
- เคี้ยวหมากเป็นประจำ

หมายเหตุ หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากไม่เหมาะสม ให้แนะนำ "การดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุ"

ส่วนที่ 2 ประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ*

เพื่อให้ผู้สูงอายุทราบถึงสถานะเสี่ยงของสุขภาพช่องปาก ในการเข้ารับบริการตรวจรักษาทางทันตกรรมกับทันตบุคลากร

ข้อ	คำถาม	คะแนน		การติดตามผล	
		0	1		
1	เนื้อเยื่อในช่องปาก : บริเวณริมฝีปาก แก้ม ลิ้น มีปุ่ม/ ก้อนเนื้อ/ มีแผลเรื้อรัง หรือไม่	ปกติ <input type="checkbox"/>	ผิดปกติ <input type="checkbox"/>	ใช่	ไม่ใช่
2	เหงือกและอวัยวะปริทันต์ : บริเวณเหงือกมีเลือดออก/ มีฟันหนอง/ ฟันโยก หรือไม่	ปกติ <input type="checkbox"/>	ผิดปกติ <input type="checkbox"/>	ใช่	ไม่ใช่
3	ฟันผุ : มีฟันผุเป็นรู เสียขั้วฟัน ฟันหัก/ ฟันแตกเหลือแต่ตอฟัน หรือไม่	ปกติ <input type="checkbox"/>	ผิดปกติ <input type="checkbox"/>	ใช่	ไม่ใช่
4	ปัญหาการเคี้ยวอาหาร / การกลืน : มีปัญหาการเคี้ยวอาหาร/ การกลืน หรือไม่	ปกติ <input type="checkbox"/>	ผิดปกติ <input type="checkbox"/>	ใช่	ไม่ใช่
5	ฟันเทียม : จำเป็นต้องใส่ฟันเทียม หรือทำฟันเทียมใหม่ หรือไม่	ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/>	จำเป็น <input type="checkbox"/>	ใช่	ไม่ใช่
6	การได้รับการตรวจหรือรักษาจากทันตบุคลากร : ท่านเคยได้รับการตรวจหรือรักษาจากทันตบุคลากร หรือไม่	เคย <input type="checkbox"/>	ไม่เคย <input type="checkbox"/>	ใช่	ไม่ใช่
7	ความต้องการการรักษาทางทันตกรรม : ปัจจุบันท่านต้องการการรักษา หรือไม่	ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/>	ต้องการ <input type="checkbox"/>	ใช่	ไม่ใช่

การแปลผล

ในข้อ 1-5 ถ้าได้ 1 คะแนน ข้อใดข้อหนึ่งให้ส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการทางทันตกรรมกับทันตบุคลากร

ส่วนที่ 3 แผนการส่งต่อ

การส่งต่อเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาทางทันตกรรมจากทันตบุคลากร

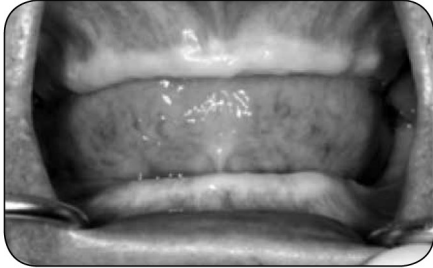
- เนื้อเยื่อในช่องปาก
- เหงือกและอวัยวะปริทันต์
- ฟันผุ
- ปัญหาการเคี้ยวอาหาร / การกลืน
- ฟันเทียม

* ดัดแปลงมาจาก : Kayser-Jones et al. (1995), Chalmers (2004) Oral Health Assessment Tool (OHAT) for dental screening

เอกสารประกอบการประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

ปัญหาสุขภาพช่องปากที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ⁽¹⁾ ได้แก่

การสูญเสียฟัน : เป็นปัญหาที่พบได้มากที่สุด chez ผู้สูงอายุ มักมีสาเหตุมาจากฟันผุและโรคปริทันต์ระดับรุนแรง การสูญเสียฟันส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตลดลง โดยเฉพาะด้านการกินและการพูด



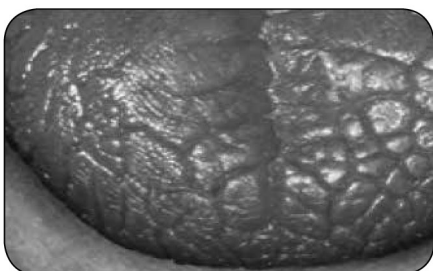
โรคปริทันต์ : การเกิดโรคปริทันต์มักสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น การมีสุขภาวะช่องปากที่ไม่ดี การมีแผ่นคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลายมาก การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการเป็นโรคเบาหวาน



ฟันผุ (โดยเฉพาะฟันผุบริเวณรากฟัน) : มักเกิดจากการรับประทานอาหารที่มีแป้งและน้ำตาลมาก การมีแผ่นคราบจุลินทรีย์สะสมทั้งที่ฟัน วัสดุอุดฟัน และฟันเทียม การมีสุขภาวะช่องปากที่ไม่ดี และการมีน้ำลายลดลงเนื่องจากยาที่รับประทาน



ภาวะปากแห้ง : ส่งผลให้เกิดฟันผุ โรคปริทันต์ การสูญเสียฟัน (เนื่องจากฟันผุและโรคปริทันต์) เกิดการติดเชื้อรา และส่งผลต่อการใส่ฟันเทียมแบบถอดได้ เป็นต้น



สาเหตุของภาวะปากแห้ง

• ยา เป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะปากแห้ง การใช้ยาหลายชนิดร่วมกันจะส่งผลให้เกิดภาวะปากแห้งมากขึ้น ตัวอย่างยาที่ทำให้เกิดภาวะปากแห้ง ได้แก่ ยาบางกลุ่มที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง โรคพาร์กินสัน โรคหอบหืด โรคซึมเศร้า โรคมะเร็ง ยาแก้ปวด ยาแก้แพ้ ยาระงับประสาท เป็นต้น

• โรคทางระบบ เช่น Sjögren's syndrome โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย โรคเบาหวาน อัลไซเมอร์ เอดส์ ไวรัสตับอักเสบบี โรคไตระยะสุดท้าย เป็นต้น

• การรักษาด้วยรังสีและเคมีบริเวณศีรษะและลำคอในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยระดับความรุนแรงขึ้นกับบริเวณที่ได้รับรังสี และปริมาณรังสีที่ได้รับ

- โรคมะเร็งที่ต่อมน้ำลาย
- การขาดสารอาหาร และ/หรือ โรคเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เช่น Anorexia, Bulimia
- สาเหตุอื่นๆ เช่น การขาดน้ำ การหายใจทางปาก ความผิดปกติของระบบประสาท เป็นต้น

เมื่อเกิดภาวะปากแห้ง ผู้สูงอายุจะมีเยื่อช่องปากและลิ้นแห้ง ปวดแสบร้อนในช่องปาก การรับรสเปลี่ยนแปลง มีกลิ่นปาก เกิดเชื้อราในช่องปาก มีเศษอาหาร และแผ่นคราบจุลินทรีย์เกาะติดในปาก ไม่สามารถรับประทานอาหารรสเผ็ดและอาหารที่เป็นกรดได้ กลืนลำบาก พูดลำบาก และในผู้ป่วยที่ใส่ฟันเทียมแบบถอดได้จะพบว่าใส่ฟันเทียมแล้วเจ็บ ไม่สบาย ฟันเทียมไม่แน่น ผู้สูงอายุที่เกิดภาวะปากแห้งแล้ว ควรจิบน้ำบ่อยๆ เคี้ยวหมากฝรั่งหรืออมลูกอมที่ไม่มีน้ำตาล เพื่อกระตุ้นการไหลของน้ำลาย ใช้น้ำลายเทียม และควรไปพบทันตแพทย์เพื่อหาสาเหตุ รับคำแนะนำ และรับการรักษาต่อไป

แผลในช่องปาก : ปกติแผลในช่องปากจะหายได้เองภายใน 2 สัปดาห์ หากเป็นแผลนานเกิน 2 สัปดาห์ ควรไปพบทันตแพทย์เพื่อหาสาเหตุและรับการรักษาต่อไป



โรคมะเร็งในช่องปาก : มักเกิดจากการสูบบุหรี่ การเคี้ยวหมาก และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น หากเกิดความผิดปกติในช่องปาก เช่น บริเวณข้างลิ้น ริมฝีปาก กระพุ้งแก้ม ควรรีบไปพบทันตแพทย์

การดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุ⁽²⁾

1. การทำความสะอาดช่องปาก

1.1 การแปรงฟัน

• การแปรงฟันที่ถูกต้องวิธี

วิธีแปรงฟันที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุควรวางแปรงทำมุม 45 องศากับตัวฟัน มีขนแปรงบางส่วนอยู่ที่คอฟัน และขอบเหงือก ซึ่งบริเวณนี้จะเป็นส่วนที่สะสมของคราบจุลินทรีย์ที่เป็นสาเหตุของโรคเหงือกอักเสบ และฟันผุที่ต้องกำจัดออก

- ขยับแปรงไปมา ลึ้นๆ เบาๆ ในแนวนอน ให้ขนแปรงแทรกเข้าไปในขอบเหงือกและซอกฟัน ปิดขนแปรงจากขอบเหงือก โดยฟันบนปิดลง ฟันล่างปิดขึ้น ด้านบนเคี้ยวถูไปมา
- แปรงให้ทั่วทุกซี่ทั้งด้านในและด้านนอก
- แปรงฟัน 2 นาทีโดยประมาณ
- หลังแปรงฟันแล้วอาจจะแปรงลิ้นเบาๆ ลิ้นจะได้ปราศจากการหมักหมมของกลิ่นอาหารด้วย ควรล้างแปรงสีฟันให้สะอาด สะบัดและผึ่งให้แห้ง ถ้าขนแปรงบานควรเปลี่ยนใหม่ประมาณ 3 เดือนต่อ 1 ค้ำม
- **การเลือกใช้แปรงสีฟัน** นอกเหนือจากการเลือกสี ยี่ห้อ ขนาด ตามความพอใจแล้ว ควรพิจารณา
 - ขนแปรง : ควรเป็นขนแปรงที่อ่อน มีสปริง หน้าตัดแปรงเรียบ ปลายมน ทำด้วยไนลอน เพราะจะไม่ทำอันตรายต่อเหงือกและฟัน รักษาความสะอาดง่าย
 - ขนาดแปรง : ควรมีความกว้างยาวเหมาะสมกับขนาดของปาก ไม่เกาะกะเวลาเข้าทำความสะอาดฟัน โดยเฉพาะฟันกรามหลัง
 - ค้ำมแปรง : ควรยาวพอเหมาะ ให้จับได้ถนัดมือ

- **การเลือกยาสีฟัน**

ควรเลือกชนิดที่เป็นครีมเพราะผงขัดไม่หยาบเท่าแบบผง เลือกกลิ่นรส ยี่ห้อ ได้ตามต้องการ ถ้าไม่เกิดอาการแพ้เพราะองค์ประกอบส่วนใหญ่ของยาสีฟันในปัจจุบันคล้ายคลึงกัน มีฟลูออไรด์เป็นองค์ประกอบเช่นเดียวกัน

1.2 อุปกรณ์อื่นที่ช่วยทำความสะอาดฟัน

- ไหมขัดฟัน : เป็นเส้นใยที่ช่วยทำความสะอาดซอกฟัน คอฟัน ที่ให้ผลดีที่สุด
- แปรงซอกฟัน : เป็นแปรงขนาดเล็กๆ รูปร่างคล้ายแปรงล้างขวด ใช้ทำความสะอาดซอกฟันที่ค่อนข้างกว้าง เหงือกร่น รากฟันโผล่ หรืออัมฟันกรามหลัง
- แปรงกระจุกเดียว : คล้ายแปรงสีฟันปกติ แต่มีขนแปรงเพียงกระจุกเดียว ใช้ทำความสะอาดในจุดเล็กๆ หรือแคบ เช่น ด้านหลังฟันกรามซี่ในสุดที่แปรงสีฟันปกติแปรงได้ไม่ถึง ไม่ถนัด
- ไม้จิ้มฟัน : ควรมีลักษณะด้ามตรง แบน บางเรียว ไม่มีเสี้ยน ใช้ทำความสะอาดซอกฟันที่ห่าง และช่วยแยกเศษอาหารขึ้นไต่ออก
- น้ำยาบ้วนปาก : ในภาวะปกติ อาจไม่จำเป็นต้องใช้ แต่ถ้าควรใช้ ควรปรึกษาทันตแพทย์

2. การดูแลฟันปลอม/ ฟันเทียม

ฟันปลอมมี 2 ชนิด คือ

1. ฟันปลอมชนิดถอดได้ จะมีส่วนของตะขอในการยึดติดกับฟันข้างเคียง และมีฐานพลาสติกหรือโลหะวางบริเวณเหงือกหรือเพดานปากเพื่อรับแรงบดเคี้ยวเป็นตัวช่วยยึดอีกส่วนหนึ่ง บริเวณที่เป็นตะขอ และฐานพลาสติกนี้อาจเป็นที่สะสมของเศษอาหารได้ดี ดังนั้น ทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร จึงควรถอดฟันปลอมออกมาทำความสะอาด พร้อมกับทำความสะอาดฟันจริงเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดฟันผุและกลิ่นปาก โดยใช้ยาสีฟันกับแปรงสีฟันที่มีขนอ่อนแปรงทำความสะอาด และควรมีภาชนะคอยรองรับไว้เพื่อกันฟันปลอมตกแตก ที่สำคัญก่อนนอนต้องถอดฟันปลอมแช่น้ำไว้เสมอ ไม่ให้ฟันปลอมแตกหัก และให้เหงือกได้พักอ่อน

2. ฟันปลอมชนิดติดแน่น จะสวมทับลงไปบนซี่ฟันหรือใช้ฟันข้างเคียงช่องว่างเป็นหลักยึด ดังนั้น ฟันปลอมชนิดนี้จะไม่มีตะขอหรือฐานบนเหงือกหรือเพดานปาก และไม่สามารถถอดออกได้ ฉะนั้น การรักษาความสะอาดนอกจากจะแปรงฟันตามปกติแล้วควรใช้ไหมขัดฟันสอดเข้าทำความสะอาดใต้ฟันปลอมและขอบเหงือกด้วย

ข้อควรระวัง

- ผู้ใส่ฟันปลอมต้องระวังเป็นพิเศษในการรับประทานอาหารโดยเฉพาะอาหารเหนียวและแข็ง
- ห้ามนำฟันปลอมไปแช่ในน้ำเดือดหรือน้ำร้อนเพราะจะทำให้บิดเบี้ยวได้ และไม่ควรถึงฟันปลอมตากแห้ง เพราะอาจแตกร้าวได้
- ฟันปลอมบางชนิดมีอายุการใช้งาน อาจต้องซ่อมแซมหรือเปลี่ยนใหม่ถ้ามีการแตกหัก
- ฟันปลอมที่ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเหงือกและเนื้อเยื่อในปากนั้น ควรได้รับการแก้ไข หากทิ้งไว้จะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดแผลมะเร็งในปาก

3. การไปพบทันตแพทย์

ผู้สูงอายุควรไปหาหมอฟันเพื่อตรวจเช็คทั้งฟันแท้และฟันปลอมเป็นระยะทุก 6 เดือน การไปรับการตรวจฟันเป็นระยะเพื่อให้หมอฟันช่วยแนะนำและทำการรักษาบูรณะซ่อมแซมส่วนที่เกิดรอยโรคหรือมีความผิดปกติ ยิ่งถ้าใส่ฟันปลอมอยู่จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องไปตรวจเช็คสม่ำเสมอเพื่อให้หมอฟันทำการแก้ไข ปัญหาที่อาจเกิดขึ้น เช่น สันเหงือกใต้ฟันปลอมยุบ จะได้แก้ไขฟันปลอมใหม่ ถ้ามีตะขอลวดอ้างก็ปรับตะขอใหม่ เป็นต้น ข้อสำคัญที่จะสามารถรักษาสุขภาพฟันให้อยู่กับเราได้ตลอดชีวิต นอกจากการพบทันตแพทย์แล้ว คือ การเอาใจใส่ดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองอย่างสม่ำเสมอ โดยการแปรงฟันและเลือกใช้เครื่องมือช่วยทำความสะอาดฟันที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และเหมาะสมด้วย

4. การเลิกพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพช่องปาก

• บุหรี่กับสุขภาพช่องปาก

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันแล้วว่า การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพร่างกายเนื่องจากในบุหรี่มีสารพิษหลายตัวที่เป็นอันตราย เช่น นิโคติน (Nicotine) เขม่าจากยาสูบ (Tar) ซึ่งก่อให้เกิดโรคมะเร็งปอด โรคมะเร็งหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคมะเร็ง สำหรับโทษต่อทันตสุขภาพ ได้แก่ ฟันสกปรกเป็นคราบสีน้ำตาล ติดแน่นบนผิวฟัน เกิดกลิ่นปาก อาจทำให้เกิดมะเร็งในช่องปาก เนื่องจากควินและความร้อนของบุหรี่จะระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อ ถ้าสูบบุหรี่มากๆ เนื้อเยื่อเหงือกอาจจะเปลี่ยนเป็นสีเทา หรือมีคราบขาวขุ่นคลุม ซึ่งการระคายเคืองเหล่านี้ อาจก่อให้เกิดโรคมะเร็งได้

• กินหมากกับฟันแข็งแรง

การกินหมากไม่ได้ทำให้ฟันแข็งแรงเพราะหมากที่เกาะพอกบริเวณตัวฟันจะทำให้เกิดความระคายเคืองต่อเหงือกเป็นจุดที่ทำให้เกิดการสะสมคราบจุลินทรีย์ง่าย เกิดเหงือกอักเสบ ทำความสะอาดยาก อาจทำให้โรคหลอดเลือด พิษโยก และสูญเสียฟันได้

ที่มา : (1) หน่วยทันตกรรมผู้สูงอายุ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
<http://www.chuladent.net/thai/index.php/2012-09-06-16-39-16/2012-09-06-17-25-28.html>
 (2) สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข "การดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุ"
<http://happysmile.anamai.moph.go.th/dentalt/elderly.html>

การคัดกรองสุขภาพทางตา

ข้อแนะนำ

การคัดกรองสุขภาพทางตาเป็นการคัดกรองปัญหาการมองเห็น (ระยะใกล้-ไกล) ที่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และลักษณะการมองเห็นผิดปกติที่เป็นปัญหาและพบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ต้อกระจก ต้อหิน และจอตาเสื่อม เนื่องจากอายุ

ข้อ	คำถาม	ไม่ใช่	ใช่	ระบุตา
1	นับนิ้วในระยะ 3 เมตรได้ถูกต้องน้อยกว่า 3 ใน 4 ครั้ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	อ่านหนังสือพิมพ์หน้าหนึ่งในระยะ 1 ฟุตไม่ได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	ปิดตาตุ่ละข้าง พบว่า ตามัวคล้ายมีหมอกบัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ซ้าย ขวา
4	ปิดตาตุ่ละข้าง พบว่า มองเห็นชัดแต่ตรงกลาง ไม่เห็นรอบข้าง หรือมักเดินชนประตู สิ่งของบ่อยๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ซ้าย ขวา
5	ปิดตาตุ่ละข้าง พบว่า มองเห็นจุดดำกลางภาพ หรือเห็นภาพบิดเบี้ยว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ซ้าย ขวา

การพิจารณา

- ถ้าตอบ “ใช่” ข้อใดข้อหนึ่งแสดงว่า **มีปัญหาการมองเห็น**

ส่งต่อบุคลากรทางสุขภาพเพื่อทำการประเมินด้วยแผ่นป้ายสเนลเลน (Snellen Chart) หรือส่งต่อแพทย์ตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันผลและทำการรักษา

หมายเหตุ

- ข้อ 1 ประเมินสายตาคือความเสี่ยงในการใช้ชีวิตประจำวัน (ระยะใกล้)

วิธีทดสอบ

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

- ข้อ 2 ประเมินสายตาคือความเสี่ยงในการใช้ชีวิตประจำวัน (ระยะใกล้)

วิธีทดสอบ

ให้ผู้สูงอายุอ่านหนังสือพิมพ์หน้าหนึ่งในระยะ 1 ฟุต ถ้าอ่านได้มากกว่าครึ่งหน้าหนังสือพิมพ์ถือว่า อ่านได้

- ข้อ 3 ประเมินความเสี่ยงต้อกระจก

- ข้อ 4 ประเมินความเสี่ยงต้อหิน

- ข้อ 5 ประเมินความเสี่ยงโรคจอตาเสื่อมเนื่องจากอายุ

เอกสารประกอบการคัดกรองสุขภาพทางตา

การเปลี่ยนแปลงหรือความเสื่อมจากวัยสูงอายุอาจเกิดขึ้นกับส่วนต่างๆ ของตา ทำให้เกิดโรคทางตาในผู้สูงอายุ ที่ควรรู้จักเพื่อรักษาสุขภาพตาของผู้สูงอายุให้อยู่ได้นานที่สุด ดังนี้

โรคต้อกระจก (cataract)

ต้อกระจกเป็นโรคที่เกิดการเสื่อมหรือขุ่นของเลนส์ตา ซึ่งทุกคนต้องมีการเกิดต้อกระจกในที่สุด เพราะเป็นการเสื่อมตามธรรมชาติ อาจเร็วหรือช้า โดยทั่วไปมักเริ่มมีอาการมองเห็นภาพเป็นหมอกหรือควั่นบังหลังอายุ 50 ปีขึ้นไป แต่อาจเป็นเร็วขึ้นถ้ามีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน หรือรับประทานยาจำพวกสเตียรอยด์เป็นประจำ การรักษาโรคต้อกระจกที่ได้ผลดีคือการสลายเลนส์ตาซึ่งขุ่นเป็นต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงอัลตราซาวด์แล้วใส่เลนส์แก้วตาเทียมใหม่ ซึ่งมีลักษณะใสเข้าไปทดแทน ในอดีตมักรอให้ต้อกระจกสุกจึงทำการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ แต่ปัจจุบันนิยมรักษาโดยการสลายต้อกระจกแต่เนิ่นๆ เนื่องจากปัญหาต้อกระจกเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต การรอต้อกระจกสุกจะทำให้การรักษาด้วยการสลายต้อทำได้ยากและอาจทำให้เกิดโรคตาอื่นแทรกซ้อน เช่น ต้อหิน ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายมากขึ้นได้

การผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงมีความก้าวหน้าเป็นอย่างมาก สามารถทำได้ในเวลาไม่ถึงครึ่งชั่วโมง โดยอาจใช้เฉพาะยาชาชนิดหยอด ไม่ต้องฉีดยาชา ก็มักไม่มีความรู้สึกเจ็บ และแทบไม่เสียเลือดเลย นอกจากนี้ยังไม่จำเป็นต้องนอนค้างที่โรงพยาบาล ที่สำคัญสามารถใช้สิทธิในการรักษาโรคต้อกระจกได้ทั้งกรณีสิทธิข้าราชการ ประกันสังคม และบัตรทองได้อีกด้วย เลนส์แก้วตาเทียมนับเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ทดแทนอวัยวะดั้งเดิมของมนุษย์ที่ได้ผลและปลอดภัยมากที่สุดชนิดหนึ่ง เมื่อจักษุแพทย์ทำการสลายเลนส์ตาเดิมที่ขุ่นเป็นต้อกระจกออกแล้ว จะใส่เลนส์แก้วตาเทียมซึ่งเป็นวัสดุที่มีลักษณะใสเข้าไปแทนที่ตำแหน่งเลนส์ตาเดิมในลูกตาธรรมชาติ ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่ต้องกังวลเรื่องการเคลื่อนหลุดของเลนส์แก้วตาเทียม ไม่เป็นภาระในการถอดล้างหรือทำความสะอาด ที่สำคัญมีอายุการใช้งานยาวนานสามารถใช้ได้ตลอดชีวิตโดยไม่ต้องผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์อีก นอกจากนี้เทคโนโลยีทางการแพทย์เกี่ยวกับเลนส์แก้วตาเทียมมีการพัฒนาไปมาก มีทั้งเลนส์ชนิดแข็งและเลนส์ชนิดนิ่มซึ่งสามารถพับเพื่อใส่ผ่านแผลผ่าตัดขนาดเล็กได้ มีเลนส์แก้วตาเทียมที่สามารถช่วยป้องกันรังสีอัลตราไวโอเล็ตให้ดวงตาได้ เทคโนโลยีล่าสุดเริ่มมีเลนส์แก้วตาเทียมที่สามารถแก้สายตาสั้นหรือทำให้สามารถกลับมามองเห็นหนังสือในระยะใกล้โดยไม่มีภาวะสายตาสั้นได้อีกด้วย ดังนั้น ผู้ที่เป็นโรคต้อกระจกจึงไม่ต้องวิตกกังวลใจ สามารถปรึกษาจักษุแพทย์เพื่อรับการรักษาที่เหมาะสมได้ในโรงพยาบาลทุกแห่ง

โรคต้อหิน (glaucoma)

ต้อหินเป็นสาเหตุหลักของการเกิดตาบอดในประชากรทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย มักพบในคนที่อายุ 40 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะผู้ที่มีประวัติโรคต้อหินในครอบครัว สายตาสั้นหรือยาวมากผิดปกติ เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีประวัติการใช้ยาบางชนิดเป็นเวลานาน เช่น สเตียรอยด์ หรือมีประวัติการเกิดอุบัติเหตุทางตา จะมีความเสี่ยงในการเป็นต้อหินสูงขึ้น ลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคต้อหินจะเริ่มจากสูญเสียการมองเห็นของลานสายตารอบนอกก่อน เมื่อการดำเนินของโรครุนแรงมากขึ้นลานสายตาจะแคบลงเรื่อยๆ และตาบอดในที่สุดหากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมทันท่วงที



สาเหตุการเกิดต้อหิน เกิดจากเส้นประสาทตาถูกทำลายจากการมีความดันน้ำในลูกตาสูง แบ่งชนิดตามสาเหตุได้ดังนี้

1. ต้อหินมุมเปิด เป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด มักพบในคนอายุมากกว่า 40 ปี มักไม่พบมีอาการผิดปกติหรือสัญญาณเตือนภัยล่วงหน้า เนื่องจากความผิดปกติที่เกิดขึ้นเริ่มจากการสูญเสียการมองเห็นจากรอบนอกลานสายตาและค่อยๆ ลามเข้ามาตรงกลางจนมืดไปในที่สุด

2. ต้อหินแต่กำเนิด พบได้ในเด็กแรกเกิดหรือภายในช่วงอายุ 2-3 ปี เกิดจากระบบระบายน้ำในลูกตาไม่สมบูรณ์ตั้งแต่ในครรภ์

3. ต้อหินมุมปิดเฉียบพลัน พบมากในคนเอเชีย เกิดจากมีการอุดตันของทางระบายน้ำในลูกตา ทำให้ความดันตาสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว มีอาการปวดตาและบริเวณหัวคิ้วอย่างรุนแรง ตาแดง การมองเห็นลดลงอย่างมาก มักมีอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย ต้อหินกลุ่มนี้ต้องการการรักษาทันทีเพื่อลดอาการ รวมทั้งป้องกันตาบอดที่อาจเกิดขึ้นได้ในช่วงเวลาข้ามวันหากไม่ได้รับการลดความดันลูกตา

4. ต้อหินจากสาเหตุอื่น เช่น เบาหวาน อุบัติเหตุทางตา แล้วมีการอุดตันของทางระบายน้ำในลูกตา ทำให้ความดันตาสูงขึ้นอาจเกิดแบบค่อยเป็นค่อยไปหรือรวดเร็วเฉียบพลัน

การวินิจฉัยโรคต้อหินทำได้ง่ายๆ โดยการตรวจสุขภาพตาทั่วไป วัดความดันลูกตา ตรวจลานสายตา ตรวจคุณลักษณะของทางระบายน้ำในลูกตาและเส้นประสาทตา โดยจักษุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ในอดีตหากจักษุแพทย์สงสัยว่าผู้ใดเป็นโรคต้อหินจะทำการตรวจตาอย่างละเอียด ขยายม่านตาเพื่อตรวจคุณลักษณะของขั้วประสาทตาว่ามีความผิดปกติมากน้อยเพียงใด และวาดรูปขั้วประสาทตาไว้เพื่อเป็นหลักฐานในการติดตามการรักษา ซึ่งอาจไม่ได้มาตรฐานที่ชัดเจนและเกิดความผิดพลาดได้มาก ปัจจุบันมีการถ่ายภาพขั้วประสาทตาเป็นระยะๆ แล้วนำมาเปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงเพื่อติดตามผลการรักษา

การรักษาโรคต้อหินคือการพยายามลดความดันน้ำในลูกตา ลดการผลิต หรือ เพิ่มการระบายน้ำ ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี ตั้งแต่การใช้ยาหยอดตา ยารับประทาน ยิงเลเซอร์ และผ่าตัด ซึ่งข้อจำกัดในการใช้ขึ้นกับตัวผู้ป่วยและประเภทของต้อหิน ปัจจุบันการยิงเลเซอร์ในผู้ป่วยต้อหินชนิดมุมเปิดเพื่อลดความดันลูกตาได้รับความนิยมมาก เนื่องจากสามารถลดปริมาณ ผลข้างเคียง และค่าใช้จ่ายจากการใช้ยาหยอด เพิ่มคุณภาพชีวิต และชะลอการผ่าตัด อย่างไรก็ตามการรักษาโรคต้อหินเป็นเพียงการหยุดการดำเนินโรคแต่ไม่สามารถทำให้การมองเห็นที่สูญเสียไปแล้วกลับเป็นปกติได้ ดังนั้นการป้องกันและการรักษาในระยะเริ่มต้นจึงเป็นหนทางเดียวที่จะทำให้ไม่สูญเสียการมองเห็นในระยะยาว เนื่องจากโรคต้อหินในระยะเริ่มต้นนั้นไม่มีอาการผิดปกติหรือสัญญาณเตือนภัยให้ทราบว่าเป็นโรคนี้ซ่อนเร้นอยู่ในร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคต้อหิน เช่น อายุมากกว่า 40 ปี มีประวัติโรคต้อหินในครอบครัว เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สายตาสั้นหรือยาวมากผิดปกติ ควรได้รับการตรวจตาโดยจักษุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่างสม่ำเสมอ

โรคจอประสาทตาเสื่อม

โรคที่มีความผิดปกติเกิดขึ้นที่จุดรับภาพของจอประสาทตา ทำให้สูญเสียการมองเห็นโดยเฉพาะกลางภาพ สามารถมองเห็นขอบด้านข้างของภาพได้ เช่น มองเห็นตัวคนแต่ส่วนของใบหน้าเบลอมองเห็นไม่ชัด บางรายเกิดการเสื่อมของจอประสาทตาขึ้นอย่างช้าๆ จนแทบไม่ทันสังเกตเห็น ขณะที่บางรายอาจเกิดการเสื่อมของจอประสาทตาอย่างรวดเร็ว มักพบในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป เรียกว่า Age-related macular degeneration (AMD) ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคจอประสาทตาเสื่อม เชื่อว่าปัจจัยเสี่ยงมาจากหลายปัจจัย ปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคจอประสาทตาเสื่อมตามอายุ ได้แก่

1. อายุ พบได้บ่อยขึ้นในคนที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป
2. พันธุกรรม พบว่ายีนที่มีความเกี่ยวข้องกับโรคจอประสาทตาเสื่อม ซึ่งผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางพันธุกรรมกับคนที่ เป็นโรคโดยเป็นญาติสายตรง ควรได้รับการตรวจเช็คจอประสาทตาทุก 2 ปี
3. เชื้อชาติ พบอุบัติการณ์ของโรคจอประสาทตาเสื่อมมากในคนผิวขาว (Caucasian)
4. เพศ พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย
5. บุหรี่ การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคมกกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ อย่างน้อย 6 เท่า
6. ความดันโลหิตสูง คนที่รับประทานยาลดความดันโลหิตและมีระดับไขมัน Cholesterol ในเลือดสูงและระดับ Carotenoid ในเลือดต่ำ มีความเสี่ยงสูงมากต่อการเป็นโรคจอประสาทตาเสื่อม
7. โรคอ้วน ผู้ที่มีน้ำหนักมากอาจทำให้โรคจอประสาทตาเสื่อมเป็นมากขึ้น

ผู้ที่เป็นโรคนี้อาจแสดงอาการแตกต่างกันในแต่ละคน ส่วนใหญ่จะมีอาการตามัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งตรงกลางภาพ มีความลำบากในการอ่านหนังสือหรือทำงานละเอียดและต้องใช้แสงมากๆ อาจเห็นภาพบิดเบี้ยว (Distortion) ในโรคจอประสาทตาเสื่อมชนิดเปียก ความผิดปกติในการมองเห็นตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของโรคอาจยากต่อการสังเกตโดยเฉพาะถ้าตาอีกข้างหนึ่งยังมองเห็นได้ดี จากคำแนะนำของวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา “ผู้ที่มีอายุ 40-64 ปีที่ไม่มีอาการผิดปกติในการมองเห็น ควรได้รับการตรวจสุขภาพตา (รวมทั้งตรวจจอประสาทตา) ทุก 2-4 ปี สำหรับผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปแนะนำให้ตรวจทุก 1-2 ปี แม้ไม่มีอาการผิดปกติ” เนื่องจากการที่จะรู้สึกถึงความผิดปกติจากโรคจอประสาทตาเสื่อมตั้งแต่ระยะเริ่มแรกเป็นสิ่งที่ยาก ขณะเดียวกันการตรวจพบและให้การรักษาดังแต่ระยะแรกเริ่มเป็นสิ่งที่จำเป็นที่สุด เพราะว่าจอประสาทตาที่เสื่อมเสียไปแล้วมีแต่จะเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ การรักษาในปัจจุบันทำได้เพียงหยุดหรือชะลอการเสื่อมของจอประสาทตาให้ช้าที่สุด ซึ่งอาจรักษาไม่ได้เลยถ้าโรคเป็นรุนแรง

โรคจอประสาทตาเสื่อมไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาในปัจจุบันเป็นเพียงชะลอการสูญเสียสายตาดู แต่สามารถป้องกันได้โดยการลดปัจจัยเสี่ยงที่สามารถหลีกเลี่ยงได้เช่น

- หมั่นตรวจเช็คสุขภาพตาเป็นประจำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปีหรือมีประวัติบุคคลในครอบครัวมีภาวะจอประสาทตาเสื่อม
- งดสูบบุหรี่
- เลือกรับประทานอาหารที่มีสารต้านอนุมูลอิสระ (antioxidant) ได้แก่ ผักใบเขียว และ ผลไม้
- รับประทานวิตามินเสริม โดยการรับประทานวิตามินซี วิตามินอี เบต้าแคโรทีน สังกะสี คอปเปอร์ จะช่วยลดความเสี่ยงของการสูญเสียการมองเห็นจากภาวะจอประสาทตาเสื่อมรุนแรงได้ร้อยละ 25 แต่ต้องอยู่ในความดูแลของจักษุแพทย์

การประเมินการมองเห็น : Snellen Chart

ข้อแนะนำ

การประเมินการมองเห็นด้วยแผ่นป้ายสเนลเลน (Snellen Chart) หรือที่เรียกกันว่า การวัดระดับสายตา (visual acuity : VA) เพื่อค้นหาปัญหาการมองเห็นของผู้สูงอายุ หากสามารถประเมินปัญหาเบื้องต้นได้ถูกต้องรวดเร็ว จะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นด้วย

วิธีดำเนินการ

1. ให้ผู้สูงอายุ นั่งบนเก้าอี้ที่อยู่หน้าแผ่นป้ายตามระยะทางที่กำหนด คือ 20 ฟุตหรือ 6 เมตร โดยให้นั่งตัวตรง ห้ามโน้มตัวไปข้างหน้าขณะอ่านเพราะระยะทางจะคลาดเคลื่อน และห้ามเอียงคอขณะอ่านเพราะอาจแอบใช้ตาข้างที่ปกติมาช่วยอ่านทำให้ไม่ได้ค่าสายตาที่แท้จริง
2. วัดสายตาทีละข้างโดยให้วัดตาขวาก่อนเสมอ เพื่อความถูกต้องในการบันทึกผลและป้องกันความสับสน (ยกเว้นกรณีที่เกิดจากอุบัติเหตุให้วัดสายตาข้างที่บาดเจ็บก่อน) โดยให้ปิดตาอีกข้างหนึ่งไว้ให้มิดชิด
3. ให้อ่านตัวเลขบนแผ่นป้ายตั้งแต่แถวที่ 1 โดยอ่านลงไปเรื่อยๆ

การบันทึกค่า

ค่าสายตาที่วัดได้จะบันทึกเป็นตัวเลขเศษส่วนซึ่งบอกค่าเป็นระยะทาง โดยเลขเศษหมายถึงระยะทางที่คนสายตาผิดปกติสามารถเห็นได้ชัดที่สุด เลขส่วนหมายถึงระยะทางที่คนสายตาปกติสามารถเห็นได้ชัดที่สุด

แถวที่	Snellen System (feet)	Metric System (metre)
1	20/200	6/60
2	20/100	6/30
3	20/70	6/21
4	20/50	6/15
5	20/40	6/12
6	20/30	6/9
7	20/20	6/6

ผลการประเมินการมองเห็นด้วยแผ่นป้ายสเนลเลนของผู้สูงอายุ

ตาขวา/.....

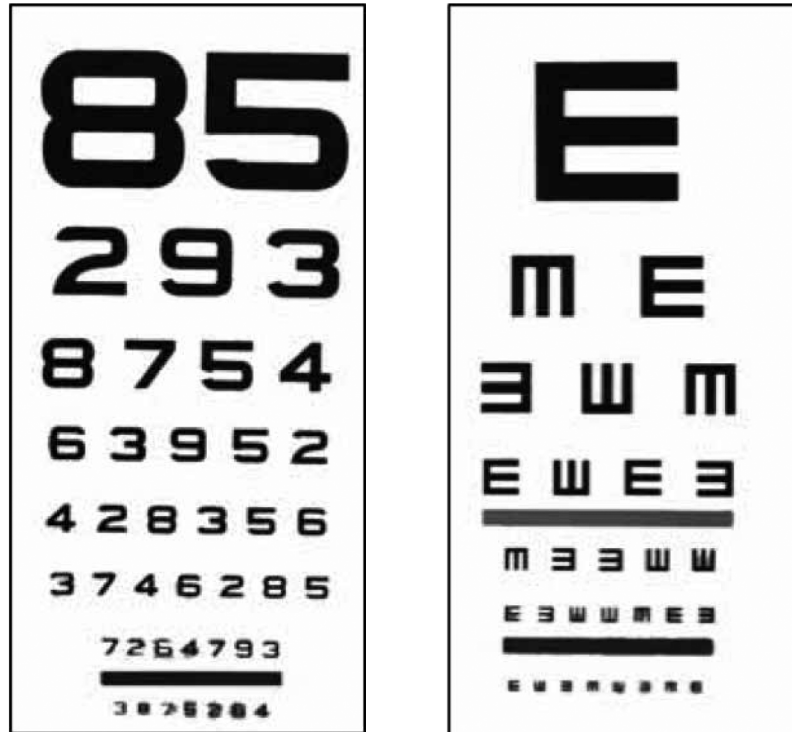
ตาซ้าย/.....

การพิจารณา

- ถ้าอ่านได้ “ถึงแถวที่ 7” แสดงว่า สายตาปกติ
 - ถ้าอ่านได้ “น้อยกว่าแถวที่ 7” แสดงว่า สายตาผิดปกติ
- ให้ส่งต่อหน่วยบริการที่ให้บริการแว่นแก้ไขสายตา

เอกสารประกอบการประเมินการมองเห็น : Snellen Chart

แผ่นป้ายสเนลเลน (Snellen Chart) เป็นแผ่นป้ายมาตรฐานที่นิยมใช้ ประกอบด้วยตัวเลขขนาดต่างๆ ตัวอักษรอี (E chart) และรูปภาพ



การเตรียม

1. สถานที่สำหรับวัดสายตาจะต้องมีระยะห่างระหว่างแผ่นป้ายถึงผู้ถูกวัด 20 ฟุต หรือ 6 เมตร
2. Snellen Chart ทั้งชนิดที่เป็นตัวเลขและ E chart
3. ความสว่างของแสงไฟ 100 แรงเทียน ส่องบริเวณ Snellen Chart
4. ที่ปิดตา (occluder)
5. Pinhole (PH)
6. ไฟฉาย
7. แผ่น E game ซึ่งมีค่าเทียบเท่า 20/200

วิธีการวัด การวัดดำเนินการตามลำดับขั้นตอนต่อไปนี้

1. วัดตาเปล่า (uncorrected หรือ sc)

- ให้ผู้ถูกวัดนั่งบนเก้าอี้ที่วางไว้หน้าแผ่นป้ายตามระยะทางที่กำหนด คือ 20 ฟุต หรือ 6 เมตร โดยให้นั่งตัวตรง ห้ามโน้มตัวไปข้างหน้าขณะอ่านเพราะระยะทางจะคลาดเคลื่อน และห้ามเอียงคอขณะอ่านเพราะอาจแอบใช้ตาข้างที่ปกติมาช่วยอ่านทำให้ไม่ได้ค่าสายตาที่แท้จริง

- วัดสายตาที่ละข้างโดยให้วัดตาขวาก่อนเสมอ ทั้งนี้เพื่อความถูกต้องในการบันทึกผลและป้องกันความสับสน (ยกเว้นกรณีที่เกิดจากอุบัติเหตุ ให้วัดสายตาข้างที่บาดเจ็บก่อน) โดยให้ใช้ที่ปิดตา (occluder) ปิดตาอีกข้างหนึ่งไว้ให้มิดชิด

- ให้อ่านตัวเลขบนแผ่นป้ายตั้งแต่แถวที่ 1 โดยอ่านลงไปเรื่อยๆ ถ้าสายตาปกติจะอ่านได้ถึงแถวที่ 7 ให้บันทึกว่า sc 20/20 เป็นอันเสร็จสิ้นการวัดสายตาข้างนั้น

- ผู้มีสายตาผิดปกติมักจะอ่านตัวเลขในแต่ละแถวได้ไม่ถูกต้องทุกตัว ถ้าอ่านได้ถูกต้องมากกว่าครึ่งหนึ่งของแต่ละแถวให้อ่านไปเรื่อยๆ จนกระทั่งถึงแถวใดแถวหนึ่งที่อ่านผิดมากกว่าครึ่งหนึ่งหรืออ่านไม่ได้เลย ให้บันทึกผลตามตัวอย่าง เช่น ถ้าอ่านถึงแถวที่ 5 (ตัวเลขเศษส่วนจะเท่ากับ 20/40) ซึ่งจำนวนตัวเลขในแถวนั้นมี 6 ตัว ถ้าอ่านผิด 2 ตัวและเมื่อให้อ่านต่อไปในแถวที่ 6 อ่านผิดมากกว่าครึ่งหนึ่งหรืออ่านไม่ได้ ให้บันทึกว่า 20/40⁻² แต่ถ้าอ่านตัวเลขในแถวที่ 5 ได้ถูกต้องทุกตัว และสามารถอ่านแถวที่ 6 ได้เพิ่มอีก 2 ตัว ให้บันทึกว่า 20/40⁺²

2. วัดขณะมองผ่าน Pinhole หรือ c PH

ถ้าอ่านด้วยตาเปล่าแล้วแต่ได้ไม่ถึงแถวที่ 7 จึงให้อ่านตัวเลขบนแผ่นป้ายโดยมองผ่าน pinhole (ยกเว้นในผู้ที่มีกำลังสายตาผิดปกติ เช่น สายตาสั้น และมีแว่นสายตาแล้วให้สวมแว่นตาอ่านได้เลย) ถ้าสามารถอ่านตัวเลขได้เพิ่มขึ้นหรืออ่านได้ถึงแถวที่ 7 แสดงว่าสายตาที่ผิดปกตินั้นอาจเกิดจากกำลังสายตาผิดปกติ (refractive error) แต่ถ้ามองผ่าน pinhole แล้วยังเห็นไม่ชัด หรือมีวามมากกว่าอ่านด้วยตาเปล่าแสดงว่าเป็นโรคตาชนิดใดชนิดหนึ่ง

3. วัดขณะสวมแว่นตา

สำหรับผู้ที่มีแว่นสายตาซึ่งต้องเป็นแว่นตาสำหรับมองระยะไกลเท่านั้น โดยให้ปฏิบัติเช่นเดียวกับวิธีวัดด้วยตาเปล่า ถ้าอ่านได้ถูกต้องจนถึงแถวที่ 7 ให้ใช้ pinhole วางต่อหน้ากระจกแว่นตาแล้วให้อ่านอีกครั้งหนึ่ง จากนั้นบันทึกค่าที่วัดได้ในช่อง c PH แต่ถ้าผู้ป่วยใส่เลนส์สัมผัส (contact lens) ให้วัดขณะที่ใส่เลนส์สัมผัสก่อนวัดด้วยตาเปล่า โดยวิธีการเดียวกับการวัดขณะสวมแว่นตา จากนั้นจึงให้ถอดเลนส์สัมผัสออกแล้วกลับมาวัดในขั้นตอนแรก คือมองด้วยตาเปล่า

4. การเลื่อนระยะทาง

กรณีที่มีสายตาผิดปกติมากจนกระทั่งไม่สามารถมองเห็นตัวเลขในแถวที่ 1 ได้ ให้ใช้วิธีเลื่อนระยะทางเข้าไปใกล้โดยใช้ อี-เกมส์ (E-game) ครั้งละ 5 ฟุต โดยผู้วัดถือ อี-เกมส์ ซึ่งมีค่าเท่ากับตัวเลขแถวที่ 1 คือ 20/200 ยืนห่างระยะ 15 ฟุต 10 ฟุต หรือ 5 ฟุต ระยะใดระยะหนึ่ง ให้ผู้ถูกวัดบอกว่าขาของตัวอีชีไปทิศทางใดได้ถูกต้อง ทั้ง 4 ทิศทาง คือ บน ล่าง ซ้าย ขวา

การทดสอบสภาพสมอง : Abbreviated Mental Test (AMT)

ข้อแนะนำ

แบบทดสอบสภาพสมอง : Abbreviated Mental Test (AMT) ใช้คัดกรองภาวะการรู้คิดในผู้สูงอายุ ด้วยการสอบถาม ซึ่งคำตอบที่ถูกต้องจะต้องเป็นข้อมูลที่จริงขณะทำการสอบถาม

ข้อ	คำถาม	ผิด	ถูก
1	อายุ..เท่าไร คำตอบ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	ขณะนี้เวลา..อะไร คำตอบ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	ที่อยู่ปัจจุบันของท่านคือ.. คำตอบ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	ปีนี้..ปีอะไร คำตอบ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร.. คำตอบ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	คนนี่คือใคร..(ชี้ที่คนสัมภาษณ์) และ คนนี่คือใคร..(ชี้ที่คนใกล้ๆ : ญาติ) คำตอบ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	วันเดือนปีเกิดของท่านคือ.. คำตอบ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	เหตุการณ์ 14 ตุลา หรือ วันมหาวิปโยค เกิดในปี พ.ศ. อะไร คำตอบ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	พระมหากษัตริย์องค์ปัจจุบันมีพระนามว่าอะไร คำตอบ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	ให้นับถอยหลัง จาก 20 จนถึง 1 คำตอบ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

การแปลผล

- ถ้าตอบ “ถูก” ≤ 7 ข้อ แสดงว่า การรู้คิดผิดปกติ (abnormal cognitive function) ให้ส่งต่อบุคลากรทางสุขภาพเพื่อทำการประเมินด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย

เอกสารประกอบการทดสอบสภาพสมอง : AMT

คู่มือการทดสอบสภาพสมอง : AMT

1. อายุเท่าไร	“อายุ” เป็นอายุจริงของผู้ถูกทดสอบ ต้องตอบเป็นตัวเลขเท่านั้นจึงจะถือว่าตอบถูก
2. ขณะนี้เวลาอะไร	“เวลา” เป็นเวลาขณะทำการทดสอบ <ul style="list-style-type: none"> • กรณีผู้ถูกทดสอบดูนาฬิกาต้องตอบ ณ เวลานั้นจึงจะถือว่าตอบถูก • กรณีผู้ถูกทดสอบไม่ได้ดูนาฬิกา อาจตอบเป็น เข้า เทียง ป้าย เย็น ฯลฯ
3. ที่อยู่ปัจจุบันของท่านคือ..	“ที่อยู่ปัจจุบัน” อาจตอบแบบครบถ้วน เช่น 50/1 หมู่ 7 ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี หรือ ตอบเฉพาะตำบล อำเภอ จังหวัด
4. ปีนี้ปีอะไร	“ปี” ใช้ตามปฏิทินสากล เช่น พ.ศ.2541 ค.ศ.1998 หรือ ปีนักษัตร (ชวด ถึง กุน)
5. สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร..	“สถานที่” เป็นสถานที่ ณ วันทำการทดสอบ เช่น บ้าน โรงพยาบาล
6. คนนี้คือใคร..(ชี้ที่คนสัมภาษณ์) และ คนนี้คือใคร.. (ชี้ที่คนใกล้ๆ : ญาติ)	ต้องตอบถูกทั้งสองคน เช่น หมอ ลูก จึงจะถือว่าตอบถูก
7. วันเดือนปีเกิดของท่านคือ..	ต้องตอบถูกทั้ง 3 คำตอบจึงจะถือว่าตอบถูก โดย <ul style="list-style-type: none"> • วัน หมายถึงวันที่เกิด ใช้ตามปฏิทินสากลหรือจันทรคติ ต้องตอบเป็นตัวเลข • เดือน หมายถึงเดือนเกิด ใช้ตามปฏิทินสากล (มกราคม ถึงธันวาคม) หรือจันทรคติ (เดือนอ้าย ถึง เดือน12) • ปี หมายถึงปีเกิด ใช้ตามปฏิทินสากล (พ.ศ.2541 ค.ศ.1998) หรือ ปีนักษัตร (ชวด ถึง กุน)
8. เหตุการณ์ 14 ตุลา หรือ วันมหาวิปโยค เกิดในปี พ.ศ. อะไร	ถ้าตอบ 2516 หรือ 16 จึงจะถือว่าตอบถูก
9. พระมหากษัตริย์องค์ปัจจุบันมีพระนามว่าอะไร	<ul style="list-style-type: none"> • ถ้าตอบเป็น “พระนาม” จึงจะถือว่าตอบถูก เช่น ภูมิพลอดุลยเดช • ถ้าตอบ “คำแทนพระนาม” ถือว่าตอบผิด เช่น ในหลวง พ่อหลวง รัชกาลที่ 9
10. ให้นับถอยหลัง จาก 20 จนถึง 1	ต้องตอบ 20 19 18 17 16 ...จนถึง...1 จึงจะถือว่าตอบถูก

ดัดแปลงมาจาก : H.M.Hodkinson. (1972) Evaluate of mental test score for assessment of mental impairment in the elderly Age and Ageing 1, 233.

การทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย: MMSE-Thai 2002

ข้อแนะนำ

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

1. Orientation for time : ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับเวลาในปัจจุบัน (5 คะแนน)

1.1 วันนี้ วันที่เท่าไร

.....

1.2 วันนี้ วันอะไร

.....

1.3 เดือนนี้ เดือนอะไร

.....

1.4 ปีนี้ ปีอะไร

.....

1.5 ฤดูนี้ ฤดูอะไร

.....

2. Orientation for place : ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับที่อยู่ในปัจจุบัน (5 คะแนน)

2.1 กรณียุ่สถานพยาบาล

2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ ชื่อว่าอะไร

.....

2.1.2 ขณะนี้อยู่ชั้นที่เท่าไรของตึกอาคาร

.....

2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภออะไร

.....

2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร

.....

2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร

.....

2.2 กรณียุ่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ

2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ เลขที่เท่าไร

.....

2.2.2 ที่นี้หมู่บ้าน (หรือ ละแวก คุ่ม ย่าน ถนน) อะไร

.....

2.2.3 ที่นี้อำเภอ หรือ เขตอะไร

.....

2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร

.....

2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร

.....

3. Registration : ทดสอบการบันทึกความจำโดยให้จำชื่อของ 3 อย่าง (3 คะแนน)

ต่อไปนี้จะเป็นการทดสอบความจำโดยจะบอกชื่อของ 3 อย่าง ให้คุณ (ตา,ยาย...) ฟังดีๆ นะคะ จะบอกเพียงครั้งเดียว เมื่อพูดจบแล้วให้คุณ (ตา,ยาย...) พูดทวนตามที่ได้ยินทั้ง 3 ชื่อ แล้วจำไว้ให้ดีนะคะ เคี้ยวจะถามซ้ำ

○ ดอกไม้

○ แม่น้ำ

○ รถไฟ

.....

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

○ ต้นไม้

○ ทะเล

○ รถยนต์

.....

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

ถามผู้ถูกทดสอบว่า “คิดเลขในใจเป็นหรือไม่” **ถ้าคิดเป็น** ให้ทำข้อ 4.1 **ถ้าคิดไม่เป็น** หรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 ขอนี้ให้คิดเลขในใจโดยเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไรบอกมา

.....

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1, 2 หรือ 3 ครั้งแล้วตอบไม่ได้ ให้คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องเปลี่ยนไปทำข้อ 4.2

4.2 “เดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่ามะนาวให้คุณ (ตา,ยาย) ฟัง แล้วให้คุณ (ตา,ยาย) สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่ามะนาวสะกดว่า มอม่่า-สระอะ-นอหนุ-สระอะ-วอแหวน คุณ (ตา,ยาย) สะกดถอยหลังให้ฟังสิครับ (คะ)”

.....

ว ำ น ะ ม

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

เมื่อสักครู่ที่ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหม มีอะไรบ้าง

ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้ ทะเล รถยนต์

6. **Naming** : ทดสอบการบอกชื่อสิ่งของที่ได้เห็น (2 คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

6.2 ชี้นาฬิกาข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

7. **Repetition** : ทดสอบการพูดซ้ำคำที่ได้ยิน (1 คะแนน)

ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้แล้วให้คุณ (ตา,ยาย) พูดตาม

ผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงเที่ยวเดียว **“ใครใครขายไก่ไข่”**

8. **Verbal command** : ทดสอบการเข้าใจความหมายและทำตามคำสั่ง (3 คะแนน)

ขอนี้ให้ทำตามทีบอก ตั้งใจฟังดีๆ นะ เดี่ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ (ตา,ยาย)

รับด้วยมือขวา นับครั้งด้วยมือทั้ง 2 ข้าง เสร็จแล้ววางไว้ที่.....” (พื้น, โต๊ะ, เติง)

ผู้ทดสอบส่งกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ 4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

รับด้วยมือขวา นับครั้งด้วยมือ 2 ข้าง วางไว้ที่ (พื้น, โต๊ะ, เติง)

9. **Written command** : ทดสอบการอ่าน การเข้าใจความหมาย สามารถทำตามได้ (1 คะแนน)

ให้คุณ (ตา,ยาย...) อ่านแล้วทำตาม จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตา”

หลับตาได้

10. **Writing** : ทดสอบการเขียนภาษาอย่างมีความหมาย (1 คะแนน)

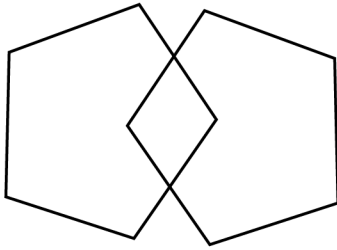
ให้คุณ (ตา,ยาย) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่องหรือมีความหมาย 1 ประโยค

ประโยคมีความหมาย

.....

11. **Visuoconstruction** : ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตากับมือ (1 คะแนน)

ให้คุณ (ตา,ยาย) วาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง



.....

จุดตัด (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

การแปลawa

- ถ้าคะแนนน้อยกว่าจุดตัด แสดงว่า **เป็นผู้สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม (cognitive impairment)** ให้ส่งต่อแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยยืนยันผลและทำการรักษาในรายที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม

เอกสารประกอบการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย : MMSE-T 2002

คู่มือการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย : MMSE-T 2002

1. ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับเวลาในปัจจุบัน	
1.1 วันนี้ วันที่เท่าไร	“วันที่” ใช้ตามปฏิทินสากลหรือจันทรคติ ตัวอย่างวันที่ 7 หรือ ขึ้น 12 ค่ำ (ต้องตอบเป็นตัวเลขจึงจะได้คะแนน)
1.2 วันนี้ วันอะไร	“วัน” ใช้ตามปฏิทินสากล (วันจันทร์ ถึง อาทิตย์) หรือจันทรคติ เช่น วันพระ วันโกน
1.3 เดือนนี้ เดือนอะไร	“เดือน” ใช้ตามปฏิทินสากล (มกราคม ถึง ธันวาคม) หรือจันทรคติ (เดือนอ้าย เดือนยี่ ถึง เดือน 12)
1.4 ปีนี้ ปีอะไร	“ปี” ใช้ตามปฏิทินสากล เช่น พ.ศ.2541 ค.ศ.1998 หรือปีนักษัตร (ชวด ถึง กุน)
1.5 ฤดูนี้ ฤดูอะไร	“ฤดู” เช่น ร้อน ฝน หนาว หรือ ช่วงคาบเกี่ยวระหว่างฤดู เช่น ปลายฝนต้นหนาว หรือ ปลายหนาวต้นร้อน หรือ ฤดูแล้ง
2. ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับที่อยู่ในปัจจุบัน	
กรณีอยู่สถานพยาบาล	
2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ ชื่อว่าอะไร	ต้องตอบชื่อสถานที่และชื่อเฉพาะของสถานที่ • ถ้าตอบว่า “โรงพยาบาล” ให้ถามต่อว่า โรงพยาบาล อะไร เช่น “โรงพยาบาลนาดี” • ต้องตอบทั้งสองคำตอบจึงจะได้ 1 คะแนน
2.2 ขณะนี้อยู่ชั้นที่เท่าไรของของตัวอาคาร	ต้องระบุ “ตัวเลขชั้น” ของอาคารที่อยู่ขณะทำการทดสอบ กรณีมีสองชั้นสามารถตอบ “ชั้นบน” หรือ “ชั้นล่าง” ได้
2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภออะไร	ต้องระบุ “ชื่ออำเภอ” ที่ถูกต้องของสถานที่ทำการทดสอบในปัจจุบัน (ถ้าเป็นกรุงเทพมหานครให้ระบุ “เขต”)
2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร	ต้องระบุ “ชื่อจังหวัด” ที่ถูกต้องของสถานที่ทำการทดสอบในปัจจุบัน

<p>2.5 ที่นี้ภาคอะไร</p>	<p>ต้องระบุชื่อ “ภาคตามภูมิศาสตร์” เช่น เหนือ ใต้ กลาง ตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากยังไม่มีการตกลงกันอย่างแน่นอน ในการแบ่งภาค (4 หรือ 6 ภาค) จังหวัดที่คาบเกี่ยวให้อยู่ในดุลพินิจของผู้ทดสอบ เช่น นครสวรรค์อยู่ภาคเหนือเมื่อแบ่ง 4 ภาค และอยู่ภาคกลางเมื่อแบ่ง 6 ภาค</p>
<p>กรณีอยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ</p>	
<p>2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ เลขที่เท่าไร</p>	<p>ชื่อสถานที่และชื่อเฉพาะของสถานที่</p> <ul style="list-style-type: none"> • ถ้าตอบว่า “บ้าน” ให้ถามต่อบ้านเลขที่เท่าไร เช่น “บ้านเลขที่ 5” ถ้าไม่มีเลขบ้านเลขต้องตอบได้ว่า “ไม่มีเลขบ้าน” • กรณีอาศัยอยู่ที่อื่น เช่น วัด ให้ถามต่่วัดชื่ออะไร หรือกรณีอาศัยอยู่บ้านคนอื่น ให้ถามต่อบ้านของใคร
<p>2.2 ที่นี้หมู่บ้าน (หรือละแวก ย่าน ถนน) อะไร</p>	<p>ต้องระบุ “ชื่อหมู่บ้าน” ที่ถูกต้องของสถานที่ทำการทดสอบในปัจจุบัน (ถ้าเป็นกรุงเทพมหานครให้ระบุ “เขต”)</p>
<p>2.3 ที่นี้อำเภอ หรือ เขตอะไร</p>	<p>ต้องระบุ “ชื่ออำเภอ” ที่ถูกต้องของสถานที่ทำการทดสอบในปัจจุบัน ถ้าเป็นกรุงเทพมหานครให้ระบุ “เขต”</p>
<p>2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร</p>	<p>ต้องระบุ “ชื่อจังหวัด” ที่ถูกต้องของสถานที่ทำการทดสอบในปัจจุบัน</p>
<p>2.5 ที่นี้ภาคอะไร</p>	<p>ต้องระบุชื่อ “ภาคตามภูมิศาสตร์” เช่น เหนือ ใต้ กลาง ตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากยังไม่มีการตกลงกันอย่างแน่นอน ในการแบ่งภาค (4 หรือ 6 ภาค) จังหวัดที่คาบเกี่ยวให้อยู่ในดุลพินิจของผู้ทดสอบ เช่น นครสวรรค์อยู่ภาคเหนือเมื่อแบ่ง 4 ภาค และอยู่ภาคกลางเมื่อแบ่ง 6 ภาค</p>
<p>3. ทดสอบการบันทึกความจำโดยให้จำชื่อของ 3 อย่าง</p>	<p>คำตอบต้องเป็นคำที่บอกไป (ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ)</p> <ul style="list-style-type: none"> • คิดคะแนนเฉพาะครั้งแรกที่ตอบเท่านั้น • ถ้าตอบไม่ครบให้คะแนนเฉพาะคำที่ตอบถูก (ห้ามบอกใบ้)

4. ทดสอบสมาธิโดยให้คิดเลขในใจ

4.1 เอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ
ได้ผลลัพธ์เท่าไรบอกมา

ถามผู้ถูกทดสอบว่า “คิดเลขในใจเป็นหรือไม่”
ถ้าตอบว่า “คิดไม่เป็น” หรือ “ไม่ตอบ” ให้ทำ
ข้อ 4.2

หากผู้ถูกทดสอบบอกผลลัพธ์ไม่ครบ 5 ครั้ง ให้
กระตุ้นด้วยคำพูดว่า “ลบอีก 7 เหลือเท่าไร” บอกไป
เรื่อยๆ จนครบ 5 ครั้ง ไม่ต้องทวนผลลัพธ์/คำตอบ
เช่น 100-7 เหลือ 93 กระตุ้นว่า “ลบอีก 7 เหลือ
เท่าไร” ไม่กระตุ้นว่า “93-7 เหลือเท่าไร” บันทึกคำ
ตอบทั้งหมดโดยไม่ต้องคิดคะแนน ถ้าตอบได้ไม่ครบ 5
ครั้งให้คิดคะแนนตามที่ตอบได้ ตัวอย่างการให้คะแนน

$$100 - 7 = 92 = 0 \text{ คะแนน}$$

$$92 - 7 = 85 = 1 \text{ คะแนน}$$

$$85 - 7 = 78 = 1 \text{ คะแนน}$$

$$78 - 7 = 72 = 0 \text{ คะแนน}$$

ถ้าผู้ถูกทดสอบ “นับนิ้ว” หรือ “จดหรือเขียนบน
ฝ่ามือ” จะไม่ให้คะแนนเฉพาะคำตอบนั้น

4.2 สกกดคำว่า “มะนาว” ถอยหลัง

ให้ทวนคำถามได้ถ้าจำเป็น แต่ห้ามทวนเมื่อผู้ถูก
ทดสอบเริ่มสกกดไปแล้ว ตัวอย่างการให้คะแนน

• ตัวอักษรขาดไป 1 ตัวหัก 1 คะแนน เช่น **ว ะ า ม**

• ตัวอักษรเกินไป 1 ตัวหัก 1 คะแนน เช่น

า น ม ม ะ ว

• ตัวอักษรสลับแบบติดกัน 1 คู่หัก 1 คะแนน เช่น

าว, นา

• ตัวอักษรย้ายข้ามที่มากกว่า 1 ตำแหน่ง 1 ตัวหัก 1
คะแนน เช่น **ม ว า น ะ**

<p>5. ทดสอบความจำระยะสั้นของชื่อสิ่งของ 3 อย่างที่ให้จำไว้แล้ว</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ผู้ทดสอบสามารถกระตุ้นโดยพูดว่า “จำได้ไหมลองนึกดูสิ” ห้ามชี้หน้าหรือบอกเป็นนัย ให้เวลานัก 30 วินาที • กรณีผู้ถูกทดสอบถามว่าคำตอบที่ตอบนั้นถูกหรือผิด ถ้ายังไม่ครบ 3 อย่าง กระตุ้นให้ตอบให้ครบก่อน เช่น ถามทุกครั้งทีตอบ : ดอกไม้ไซ้ไหม รถยนต์ถูกไหม (นับคะแนน จากคำตอบ 3 ครั้งแรก) • กรณีผู้ถูกทดสอบตอบครบ 3 อย่างแล้วและถามคำตอบให้ผู้ทดสอบตอบตามความเป็นจริง ต้องระวังภาษากายเพื่อไม่ให้ผู้ถูกทดสอบทราบว่าคุณคำตอบที่ตอบไปนั้นถูกหรือผิด • คำตอบไม่จำเป็นต้องเรียงลำดับ ถ้าตอบเกินจำนวน 3 อย่าง ให้ย้ำว่าช่วยตอบใหม่อีกครั้ง บอกเพียง 3 อย่าง เช่น กรณีตอบ “ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ รถยนต์” ให้พูดว่า “ให้ตอบใหม่อีกครั้งเพียง 3 อย่าง” ห้ามชี้หน้าให้เลือก รถไฟ หรือ รถยนต์ เป็นต้น
<p>6. ทดสอบการบอกชื่อสิ่งของที่ได้เห็น</p>	<p>สิ่งที่ผู้ทดสอบต้องเตรียม คือ ดินสอ นาฬิกาข้อมือ (ไม่ใช่ปากกาดินสอ) และไม่ให้ผู้ถูกทดสอบจับดินสอ หรือนาฬิกาข้อมือที่ให้คุณ ต้องจดบันทึกคำตอบทุกครั้ง</p> <ul style="list-style-type: none"> • ถ้าตอบเป็นภาษาถิ่นที่มีความหมายว่าดินสอหรือนาฬิกา ก็ได้คะแนน เช่น ภาษาเหนือเรียกดินสอว่า “ปัด” • ถ้าตอบ “ดินสอ” ว่า “ใช้เขียน” ไม่ได้คะแนน • ถ้าตอบ “นาฬิกา” ว่า “ใช้ดูเวลา” ไม่ได้คะแนน (แสดงว่ามีปัญหาทางสมองควรเฝ้าระวัง)
<p>7. ทดสอบการพูดซ้ำคำที่ได้ยิน “ใครใคร่ขายไก่ไข่”</p>	<p>กรณีที่ผู้ทดสอบตอบคำตอบต่อไปนี้ไม่ได้คะแนน</p> <ul style="list-style-type: none"> • สลับที่ “ใครใคร่ขายไข่ไก่” • คำตอบไม่ครบ “ใครขายไก่ไข่”
<p>8. ทดสอบการเข้าใจความหมายและทำตามคำสั่ง</p>	<p>สิ่งที่ผู้ทดสอบต้องเตรียม คือ กระดาษเปล่าที่ไม่มีรอยพับ ขนาด เอ-4 โดยยื่นกระดาษให้เมื่อพูดประโยคคำสั่งจบ (บอกเพียงครั้งเดียวซ้ำๆ) การให้คะแนน</p> <ul style="list-style-type: none"> • ทำครบ 3 ขั้นตอน ได้ 3 คะแนน ขั้นตอนละ 1 คะแนน • ไม่จำเป็นต้องพับกระดาษครึ่งพอดี • ห้ามทวนคำสั่งซ้ำ ถ้าทำหรือจำไม่ได้ ขั้นตอนนั้นไม่ได้คะแนน

<p>9. ทดสอบการอ่าน การเข้าใจความหมาย สามารถทำตามได้</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตา” • ผู้ถูกทดสอบสามารถแสดงอาการ “หลับตา” ได้เมื่อเห็นข้อความ ได้ 1 คะแนน • ถ้าผู้ถูกทดสอบอ่านแต่ยังไม่ทำตามให้กระตุ้นโดยพูดว่า “ทำตามซิ”
<p>10. ทดสอบการเขียนภาษาอย่างมีความหมาย</p>	<p>ประโยคที่เขียนต้องมีความหมายจึงจะได้คะแนน</p> <ul style="list-style-type: none"> • ประโยคต้องมีประธาน กริยา กรรม อ่านแล้วเข้าใจหรือเป็นประโยคที่ละประธานไว้ในฐานะที่เข้าใจ อ่านแล้วมีความหมาย เช่น ช่วยด้วย ไปให้มัน ไปแล้วมานี่ • ประโยคยาวหรือสั้น สมบูรณ์หรือไม่สมบูรณ์ไม่สำคัญ สำคัญที่ความหมาย • คำในประโยคสามารถสะกดผิดได้ ตัวอย่างประโยคที่ได้คะแนน “ฉันกำลังทำแบบทดสอบ” “ห้องนี้อากาศเย็นมาก” “ฉันเบื่อ” “ง่วงนอน” ตัวอย่างประโยคที่ไม่ได้คะแนน “สมุดบันทึก” “พี่สาว”
<p>11. ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตากับมือ</p>	<p>ผู้ทดสอบวาดรูปตามตัวอย่างได้ถูกต้อง โดย รูปห้าเหลี่ยมต้องมี 5 มุมทั้งสองรูป การตัดกันต้องเกิดรูปสี่เหลี่ยมด้านในจึงจะได้คะแนน 1 คะแนน</p>

การคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q)

ข้อแนะนำ

- เน้นการถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันที่สัมภาษณ์
- ขณะสอบถามถ้าผู้สูงอายุไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายหรือขยายความเพิ่มเติม ควรถามซ้ำจนกว่าผู้สูงอายุจะตอบตามความเข้าใจของตัวเอง

ข้อ	คำถาม	ไม่มี	มี
1	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือ ก้อแท้ สิ้นหวัง หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

การพิจารณา

- ถ้าตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 ข้อ แสดงว่า **ปกติ**
ให้แจ้งผลและแนะนำความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า
- ถ้าตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ แสดงว่า **มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า**
ให้ทำการประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม

การคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)

ข้อแนะนำ

- เน้นการถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันที่สัมภาษณ์
- ถามทีละข้อไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป พยายามให้ได้คำตอบทุกข้อ
- ขณะสอบถามถ้าผู้สูงอายุไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายหรือขยายความเพิ่มเติม ควรถามซ้ำจนกว่าผู้สูงอายุจะตอบตามความเข้าใจของตัวเอง

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน (1-7 วัน)	เป็นบ่อย (>7 วัน)	เป็นทุกวัน
1	เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	<input type="radio"/>	1	2	3
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	<input type="radio"/>	1	2	3
3	หลับยาก หรือ หลับๆ ตื่นๆ หรือ หลับมากไป	<input type="radio"/>	1	2	3
4	เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	<input type="radio"/>	1	2	3
5	เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป	<input type="radio"/>	1	2	3
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือ ทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	<input type="radio"/>	1	2	3
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือ ทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	<input type="radio"/>	1	2	3
8	พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	<input type="radio"/>	1	2	3
9	คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	<input type="radio"/>	1	2	3
คะแนนรวม <input type="text"/> <input type="text"/>					

การพิจารณา (คะแนนเต็ม 27 คะแนน)

- คะแนนรวม <7 คะแนน แสดงว่า ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก
- คะแนนรวม 7-12 คะแนน แสดงว่า มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย
- คะแนนรวม 13-18 คะแนน แสดงว่า มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง
- คะแนนรวม ≥ 19 คะแนน แสดงว่า มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

แนวทางการปฏิบัติ

- ควรแจ้งผลพร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหรือการดูแลรักษาในขั้นตอนต่อไป

เอกสารประกอบการคัดกรองโรคซึมเศร้า

ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า

การแนะนำความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าเพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในสิ่งที่ต้องการ มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วย ขั้นตอนการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้ามีดังนี้

1. ประเมินผู้ป่วยว่าปัจจุบันมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้าหรือไม่ อย่างไร หากผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติ ได้ถูกต้องเหมาะสมควรส่งเสริมให้กำลังใจ หากเข้าใจคลาดเคลื่อนปฏิบัติไม่ถูกต้องควรแก้ไข
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในประเด็นที่จำเป็นอย่างถูกต้อง หากมีรูปภาพหรือเอกสารใบความรู้หรือ แผ่นพับประกอบการให้ข้อมูลจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความชัดเจนมากขึ้น
3. ตรวจสอบความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับโดยการถามและสรุปความ

คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้สูงอายุเมื่อมีภาวะซึมเศร้า

1. ออกกำลังกาย/ เดินเล่นรอบบ้านประมาณ 30-45 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์
2. ทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่ชอบหรือที่ทำแล้วเกิดความรู้สึกดี เพลิดเพลิน เช่น ฟังเพลง ดูหนัง ปลูกต้นไม้ ทำสวน อ่านหนังสือ เล่นดนตรี งานฝีมือ ฯลฯ
3. หลีกเลี่ยงการอยู่คนเดียวเมื่อมีอาการเศร้า พูดคุยกับผู้อื่นเพื่อความเพลิดเพลิน คลายเหงา
4. พูดคุยกับคนที่ไว้วางใจ
5. ผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีต่างๆ เช่น ฝึกการหายใจโดยหายใจเข้าลึกๆ หายใจออกช้าๆ จนรู้สึก ผ่อนคลาย หรือทำสมาธิ/ ปฏิบัติศาสนกิจตามหลักศาสนาที่ตนนับถือ
6. วางเป้าหมายการทำงานที่เหมาะสม เป็นขั้นตอนอย่างง่ายๆ
7. มองโลกในแง่ดี อย่าด่วนตัดสินใจเรื่องที่สำคัญต่อชีวิต
8. หลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์
9. ปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เมื่อเจ็บป่วยต้องดูแลตามคำแนะนำที่เหมาะสมกับโรคที่เป็น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ รับประทานยาตามแพทย์สั่งสม่ำเสมอ นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ
10. ทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น พบปะญาติ เพื่อนฝูง เข้าร่วมชมรมที่สนใจ โทรศัพท์หาลูกหลานที่อยู่ไกล หรือ เพื่อนเก่า
11. ไปตรวจแพทย์ ไปตรวจและแจ้งให้แพทย์ทราบเมื่อมีปัญหาทางจิตใจ

คำแนะนำแก่ญาติในการดูแลผู้สูงอายุเมื่อมีภาวะซึมเศร้า

1. ใส่ใจ ให้เวลา เป็นกำลังใจ
2. เปิดโอกาสให้ระบายความคับข้องใจไม่ซ้ำเติม โดยให้ผู้สูงอายุได้พูดถึงความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับ ความเลื่อม ความบกพร่อง หรือความไม่สามารถของตนเอง
3. ลดสิ่งกระทบความรู้สึกของผู้สูงอายุ
4. สนับสนุนการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง
5. ลดความหวัง ยอมรับ อดทนต่อการแสดงออกของผู้สูงอายุ
6. หลีกเลี่ยงให้ผู้สูงอายุตัดสินใจจนกว่าอาการซึมเศร้าจะดีขึ้น

7. ฝึการะวังการทำให้รายตัวเองและไม่ควรปล่อยให้ยู่คนเดียว ควรชักชวนให้ทำกิจกรรม
8. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าตนเอง โดยแสดงความยกย่อง นับถือ ให้เกียรติตามสถานภาพในสังคม จะช่วยทรงไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดี
9. ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่ามีคนรักและเป็นเจ้าของ จะช่วยสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดีได้
10. ให้ผู้สูงอายุทำกิจวัตรประจำวันของตัวเอง โดยเฉพาะช่วงแรกที่มีอาการซึมเศร้ามากเพราะอาจคิดฆ่าตัวตาย
11. สนับสนุนกิจกรรมทางสังคม ถ้าเป็นไปได้ให้พาออกงานสังคม เช่น งานแต่งงาน งานบวช ฯลฯ

แนวทางการช่วยเหลือทางจิตใจเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าระดับน้อย

1. แจ้งผลให้ทราบและให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าโดยการทบทวนสอบความถูกต้องและขอเพียงในความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า จากนั้นจึงเพิ่มเติมส่วนที่ขาดหรือไม่ถูกต้อง หรือส่งพบแพทย์
2. แพทย์โรคทางกายประเมินยาที่ผู้สูงอายุใช้ ให้หยุดหรือลดยาที่อาจทำให้เกิดโรคซึมเศร้า
3. แจ้งผลการวินิจฉัยแก่ผู้ป่วยและญาติพร้อมแนะนำวิธีลดอาการซึมเศร้าโดยไม่ใช้ยา เช่น ออกกำลังกาย และวิธีอื่นที่เหมาะสมกับผู้ป่วย
4. ค้นหาและประเมินปัญหาจิตสังคม ถ้ามีควรให้คำปรึกษาเพื่อช่วยผู้สูงอายุให้สามารถแก้ไขปัญหาที่ทุกข์ใจ
5. นัดติดตามประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9Q

โรคซึมเศร้าระดับปานกลาง

1. แจ้งผลให้ทราบและให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าโดยการทบทวนสอบความถูกต้องและขอเพียงในความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า จากนั้นจึงเพิ่มเติมส่วนที่ขาดหรือไม่ถูกต้อง หรือส่งพบแพทย์
2. แพทย์โรคทางกายประเมินยาที่ผู้สูงอายุใช้ ให้หยุดหรือลดยาที่อาจทำให้เกิดโรคซึมเศร้า
3. ค้นหาและประเมินปัญหาจิตสังคม ถ้ามีควรให้คำปรึกษาเพื่อช่วยผู้สูงอายุให้สามารถแก้ไขปัญหาที่ทุกข์ใจ
4. ให้ยาด้านเศร้า (Antidepressant) ตามแนวทางการรักษา
5. กรณีผู้ป่วยมีแนวโน้มฆ่าตัวตายให้ส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวชเพื่อให้การดูแลรักษา

โรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

1. แจ้งผลให้ทราบและให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าโดยการทบทวนสอบความถูกต้องและขอเพียงในความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า จากนั้นจึงเพิ่มเติมส่วนที่ขาดหรือไม่ถูกต้อง หรือส่งพบแพทย์
2. แพทย์โรคทางกายประเมินยาที่ผู้สูงอายุใช้ ให้หยุดหรือลดยาที่อาจทำให้เกิดโรคซึมเศร้า
3. ค้นหาและประเมินปัญหาจิตสังคม ถ้ามีควรให้คำปรึกษาเพื่อช่วยผู้สูงอายุให้สามารถแก้ไขปัญหาที่ทุกข์ใจ
4. ให้ยาด้านเศร้า (Antidepressant) ตามแนวทางการรักษา
5. กรณีผู้ป่วยมีแนวโน้มฆ่าตัวตายให้ส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวชเพื่อให้การดูแลรักษา
6. กรณีผู้ป่วยไม่ประสงค์ปรึกษาที่โรงพยาบาลจิตเวช แพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนควรนัดติดตามประเมินผล 1-2 สัปดาห์เพื่อปรับยาให้เร็วขึ้น พร้อมทั้งฝึการะวังการฆ่าตัวตายในแต่ละครั้งที่มาติดตามการรักษา

การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม

ข้อแนะนำ

การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นการคัดกรองเบื้องต้นเพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

ผู้สูงอายุมีอาการปวดเข่าหรือไม่

- ไม่ปวดเข่า
- ปวดเข่า

การพิจารณา

- ถ้าตอบ “ปวดเข่า” แสดงว่า มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ให้ส่งต่อบุคลากรทางสุขภาพเพื่อคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก

การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก

ข้อแนะนำ

แบบคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิกใช้ประเมินผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเข่าเพื่อค้นหาโอกาสที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และส่งต่อแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยและทำการรักษา

ข้อ	คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
1	ข้อเข่าฝืดตึงหลังตื่นนอนตอนเช้านาน <30 นาที (stiffness)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	เสียงดังกรอบแกรบในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว (crepitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	กดเจ็บที่กระดูกข้อเข่า (bony tenderness)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	ข้อใหญ่ผิดปกติ (bony enlargement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	ไม่พบข้ออุ่น (no palpable warmth)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

การพิจารณา

- ผู้สูงอายุมีอาการ “ปวดเข่า” และ ตอบว่า “ใช่” 2 ข้อ แสดงว่า มีโอกาสที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ส่งต่อแพทย์ตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันผลและทำการรักษา

เอกสารประกอบการคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม

สาเหตุการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมยังไม่ทราบแน่ชัด อาจเกิดจากอายุที่มากขึ้น (มักพบในผู้ที่อายุ 40 ปีขึ้นไป) น้ำหนักตัวมาก พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายถึง 3 เท่า และจากการใช้ข้อไม่เหมาะสม สาเหตุอื่นๆ เช่น อุบัติเหตุ การติดเชื้อม้วน เป็นต้น เมื่อเกิดข้อเสื่อมจะมีการเปลี่ยนแปลงภายในข้อหลายๆ อย่าง เช่น กระดูกอ่อนผิวข้อบางลงและผิวไม่เรียบ มีกระดูกงอกบริเวณข้อๆ ข้อ และเกิดการสูญเสียคุณสมบัติของน้ำไขข้อ ปริมาณมากขึ้น แต่ความยืดหยุ่นลดลง

อาการและอาการแสดงของโรคข้อเข่าเสื่อม

อาจพบเพียงอาการเดียวหรือหลายอาการพร้อมกันก็ได้ ในระยะแรกมักจะเป็นไม่มากและเป็นๆ หายๆ แต่เมื่อข้อเสื่อมมากขึ้นก็จะมีอาการบ่อยมากขึ้นหรือเป็นตลอดเวลา

- ปวดข้อเข่า รู้สึกเมื่อยตึงที่น่องและข้อพับเข่า ผิวหนังบริเวณข้อ มีความอุ่นหรือร้อนขึ้น
- ข้อขัด ข้อฝืด เหยียดข้อเข้าได้ไม่สุด มีเสียงดังในข้อเวลาขยับข้อเข่าซึ่งเกิดจากการเสียดสีของผิวข้อที่ไม่เรียบ
- ข้อเข่าบวม เพราะน้ำไขข้อมากขึ้นจากการอักเสบ หรือมีก้อนถุงน้ำในข้อพับเข่าจากเยื่อข้อเข่าแตกออกมา
- เข่าคดเข่า เข่าโก่งออก หรือมีกระดูกงอก ทำให้ข้อผิดรูปร่าง กล้ามเนื้อรอบข้อลีบเล็กลง เมื่อเอ็กซเรย์อาจ

จะพบความผิดปกติ เช่น ช่องของข้อเข่าแคบลง มีกระดูกงอกตามขอบของกระดูกเข่าและกระดูกสะบ้า สามารถพบได้ในข้อเข่าของผู้สูงอายุโดยที่ไม่มีอาการเลยก็ได้ ความผิดปกติจากการเอ็กซเรย์ไม่สัมพันธ์กับอาการปวด โดยบางคนเอ็กซเรย์พบว่าข้อเสื่อมมากโดยที่ไม่มีอาการปวด ทว่าไปแล้วแพทย์สามารถวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมได้โดยไม่จำเป็นต้องเอ็กซเรย์ ยกเว้นผู้ที่รักษาด้วยการผ่าตัด หรือ ผู้ที่รักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น

แนวทางรักษา มีอยู่หลายวิธี เช่น

- ควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน หลีกเลี่ยงการงอเข่ามากเกินไป
 - กายภาพบำบัด บริหารกล้ามเนื้อ อาจใช้ผ้ารัดเข่า เพื่อถ่วงน้ำหนักเข่า (แต่ถ้าใช้นานๆ จะทำให้กล้ามเนื้อลีบ)
 - ยาบรรเทาอาการ เช่น ยาแก้ปวดลดการอักเสบที่มีใช้สแตียรอยด์ ยาคลายกล้ามเนื้อ แต่ไม่ควรใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานเพราะจะทำให้เกิดผลข้างเคียง เช่น แผลในกระเพาะอาหาร ไตวาย ความดันโลหิตสูง เป็นต้น
 - ยากระตุ้นการสร้างกระดูกอ่อนผิวข้อ (ปกติกระดูกอ่อนผิวข้อจะไม่สร้างขึ้นใหม่) หรือยาชะลอความเสื่อม
 - ฉีดน้ำไขข้อเทียมซึ่งจะช่วยให้อาการดีขึ้นเฉลี่ย 6 เดือนถึง 1 ปี แต่มีราคาค่อนข้างสูง (13,000-16,000 บาท)
 - การผ่าตัด เช่น ผ่าตัดจัดแนวกระดูกใหม่เพื่อลดเข่าโก่ง ส่องกล้องเข้าไปในข้อหรือผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
- การผ่าตัดเป็นทางเลือกสุดท้ายจะใช้ในผู้ที่มมีอาการมากและรักษาด้วยวิธีอื่นแล้วไม่ได้ผล

การฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อหรือเจาะข้อเพื่อดูดน้ำไขข้อออกจะทำให้อาการปวดดีขึ้นรวดเร็ว แต่เมื่อผ่านไป 1-2 เดือนก็จะกลับมาเป็นอีกและมีผลข้างเคียง เช่น กระดูกอ่อนผิวข้อบางลงทำให้ข้อเสื่อมเร็วขึ้น กระดูกพรุน กล้ามเนื้อลีบ หรือติดเชื้อในข้อ จึงถือว่าเป็นเพียงแค่บรรเทาอาการชั่วคราวเท่านั้น ถ้าไม่จำเป็นจริงๆ ก็ไม่ควรฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อหรือเจาะดูดน้ำไขข้อออก แต่ถ้าจำเป็นต้องฉีดยาสเตียรอยด์หรือเจาะข้อก็ต้องป้องกันการติดเชื้อขณะฉีดอย่างดี (ต้องใช้ผ้าปลอดเชื้อคลุมบริเวณที่ฉีด) และไม่ควรรีดมากกว่าปีละ 2-3 ครั้ง หลังจากฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อต้องลดการใช้งานข้อข้างที่ฉีด ประมาณ 1-2 อาทิตย์และใช้ผ้าพันรัดเข่าไว้ด้วย

ข้อแนะนำในการดูแลรักษาด้วยตนเอง

1. ลดน้ำหนัก เพราะเมื่อเดินจะมีแรงกดลงที่เท้าประมาณ 5 เท่าของน้ำหนักตัว แต่ถ้าวิ่งจะมีแรงกดลงที่เท้าเพิ่มขึ้นเป็น 7-10 เท่าของน้ำหนักตัว (การถีบจักรยาน เท้าจะรับแรงกดเพียง 1.5 เท่าของน้ำหนักตัวเท่านั้น) ดังนั้น ถ้าวัดน้ำหนักตัวได้ เขาก็จะรับแรงกดน้อยลง ทำให้เท้าเสื่อมช้าลงและอาการปวดก็จะลดลงด้วย
2. ท่างั่ง ควรนั่งบนเก้าอี้สูงระดับเข่า ซึ่งเมื่อนั่งห้อยขาแล้วฝ่าเท้าจะวางราบกับพื้นพอดี ไม่ควรนั่งพับเพียบ นั่งขัดสมาธิ นั่งคุกเข่า นั่งยองๆ หรือนั่งราบบนพื้น เพราะจะทำให้ผิวข้อเท้าเสื่อมเร็วมากขึ้น
3. เวลาเข้าห้องน้ำ ควรนั่งถ่ายบนโถนั่งชักโครก หรือนั่งบนเก้าอี้สามขาที่มีรูตรงกลาง วางไว้เหนือคอห่าน ควรทำที่จับยึดบริเวณด้านข้างโถนั่งเพื่อใช้จับพยุงตัวเวลาจะลงนั่งหรือจะลุกขึ้นยืน ไม่ควรนั่งยองๆ เพราะผิวข้อเท้าเสียดสีกันมาก และเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงขาถูกกดทับทำให้เลือดไปเลี้ยงขาได้ไม่ดี
4. นอนบนเตียง ซึ่งมีความสูงระดับเข่า เมื่อนั่งห้อยขาที่ขอบเตียงแล้วฝ่าเท้าจะแตะพื้นพอดี ไม่ควรนอนราบบนพื้นเพราะต้องงอเข่าเวลาจะนอนหรือจะลุกขึ้น ทำให้ผิวข้อเสียดสีกันมากขึ้น ข้อก็จะเสื่อมเร็วขึ้น
5. หลีกเลี่ยงการขึ้นลงบันได ขณะขึ้นลงบันไดจะมีแรงกดที่เท้าประมาณ 3 เท่าของน้ำหนักตัว
6. หลีกเลี่ยงการยืนหรือนั่งในท่าเดียวนานๆ ถ้าจำเป็นก็ให้ขยับเปลี่ยนท่า หรือ เขยียด-งอข้อเข่า บ่อยๆ
7. การยืน ควรยืนตรง ขากางออกเล็กน้อย ให้น้ำหนักตัวลงบนขาทั้งสองข้างเท่าๆ กัน ไม่ควรยืนเอียงลงน้ำหนักตัวบนขาข้างใดข้างหนึ่ง เพราะจะทำให้เท้าที่รับน้ำหนักมากกว่าเกิดอาการปวดได้
8. การเดิน ควรเดินบนพื้นราบ ไม่ควรเดินบนพื้นที่ไม่เสมอกัน เช่น บันได ทางลาดเอียงที่ชันมาก หรือ ทางเดินที่ขรุขระ เพราะทำให้น้ำหนักตัวที่ลงไปเท้าเพิ่มมากขึ้น และอาจจะเกิดอุบัติเหตุหกล้มได้ง่าย ควรใส่รองเท้าแบบมีสันค้ำ (สูงไม่เกิน 1 นิ้ว) หรือไม่มีสันรองเท้า พื้นรองเท้านุ่มพอสมควร และมีขนาดกระชับพอดี
9. ใช้ไม้เท้า โดยเฉพาะผู้ที่ปวดมากหรือข้อเท้าโค้งผิดปกติเพื่อช่วยรับน้ำหนัก และช่วยพยุงตัวเมื่อจะล้ม วิธีถือไม้เท้าในผู้ที่ปวดเข่ามากข้างเดียวให้ถือในข้างตรงข้ามกับเข่าที่ปวด แต่ถ้าปวดทั้งสองข้างให้ถือในข้างที่ถนัด
10. บริหารกล้ามเนื้อรอบข้อเท้าให้แข็งแรงซึ่งจะช่วยลดอาการปวด ทำให้ข้อเคลื่อนไหวและการทรงตัวดีขึ้น
11. การออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายที่ไม่ต้องลงน้ำหนักมากนัก เช่น ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน เดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ เป็นต้น ไม่ควรออกกำลังกายที่ต้องมีการลงน้ำหนักที่เท้าเพิ่มขึ้น เช่น วิ่งเร็ว เต้นแอโรบิก ฟุตบอล เทนนิส แบดมินตัน บาสเกตบอล เพราะอาจทำให้กล้ามเนื้อและเส้นเอ็นรอบข้อเท้าเกิดการฉีกขาดได้และมีโอกาส เกิดอุบัติเหตุหกล้มได้
12. ถ้ามีอาการปวด ให้พักการใช้ข้อเท้า และประคบด้วยความเย็น/ความร้อน หรือ ใช้ยานวดร่วมด้วยก็ได้

ปัจจุบันยังไม่มีวิธีรักษาโรคข้อเท้าเสื่อมให้หายขาดได้ จุดมุ่งหมายในการรักษาคือ ลดอาการปวด ทำให้ข้อเคลื่อนไหวดีขึ้น ป้องกันหรือแก้ไขข้อที่ผิดปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสมควร จึงถือว่าแนวทางรักษาข้างต้นเป็นเพียงการรักษาปลายเหตุ เพื่อบรรเทาอาการเท่านั้น และยังมีข้อจำกัดในการรักษาอีกด้วย เช่น การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเท้า ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะสามารถใช้งานได้ใกล้เคียงกับธรรมชาติ และบรรเทาอาการปวดได้ดี แต่ก็มียอายุใช้งานได้นานแค่ 10 -15 ปี เป็นต้น

ที่มา : ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย

http://www.rcost.or.th/web/index.php?option=com_content&view=article&id=8:2010-01-28-07-13-35&catid=19&Itemid=109&lang=en

การคัดกรองภาวะหกล้ม : Timed Up and Go Test (TUGT)

ข้อแนะนำ

การคัดกรองภาวะหกล้มด้วย TUGT เป็นการทดสอบด้วยการเดินตามวิธีที่กำหนด โดยสังเกตท่าเดิน และจับเวลาที่ใช้ในการเดิน

วิธีการประเมิน

ให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นจากเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขน เดินเป็นเส้นตรงระยะทาง 3 เมตร หมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม
จับเวลาได้ นาที วินาที

<30 วินาที ≥ 30 วินาที เดินไม่ได้



การพิจารณา

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

แนวทางการปฏิบัติ

- ให้แจ้งผลและแนะนำความรู้ “การป้องกันภาวะหกล้ม”

ข้อควรระวัง

- ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะหกล้มมากกว่าวัยอื่น ดังนั้น ผู้ทดสอบจึงควรระมัดระวังขณะทำการทดสอบ

เอกสารประกอบการคัดกรองภาวะหกล้ม

ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุและการป้องกัน

ภาวะหกล้มเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ ซึ่งอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะหกล้มจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ภาวะหกล้มนำไปสู่ความเจ็บป่วย ภาวะกระดูกหัก ความพิการ การสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และการเสียชีวิต นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุเอง รวมทั้งเป็นภาระต่อญาติ ครอบครัว และสังคมโดยรวม การป้องกันภาวะหกล้มแบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้

1. การป้องกันภาวะหกล้มระดับปฐมภูมิ หมายถึง การป้องกันภาวะหกล้มโดยการส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี รวมทั้งแนะนำให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ยังไม่เกิดภาวะหกล้ม

- การส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อป้องกันหรือชะลอความเสี่ยงที่อาจนำไปสู่การเกิดปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้นต่อการเกิดภาวะหกล้ม
- การให้คำแนะนำเพื่อหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกพรุน เพราะกระดูกหักง่ายกว่าปกติ ซึ่งการกระตุ้นอย่างต่อเนื่องให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญในการระมัดระวังไม่ให้หกล้มสามารถป้องกันภาวะหกล้มได้
- การออกกำลังกายสม่ำเสมอในด้านกำลังของกล้ามเนื้อ ความคงทน ความยืดหยุ่น และการทรงตัว เพื่อให้การทำงานของกล้ามเนื้อ ข้อต่อและการทรงตัวเป็นปกติ
- มาตรการความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน
 - ติดตั้งหลอดไฟบริเวณมุมมืดที่ผ่านบ่อยๆ โดยปุ่มเปิดปิดไฟอยู่ใกล้มือเอื้อม
 - มีอุปกรณ์เครื่องเรือนบริเวณที่อยู่อาศัยเท่าที่จำเป็น ไม่กีดขวางทางเดิน และต้องแข็งแรงมั่นคงอยู่สูงจากพื้น มองเห็นได้ง่าย ไม่ย่ำที่บ่อยๆ
 - เติงนอน เก้าอี้ โถส้วม มีความสูงพอเหมาะ ไม่ต่ำหรือสูงเกินไป
 - ทางเดินและบันไดควรมีราวจับตลอดขึ้นบันได มีลูกตั้งสูงไม่เกิน 15 เซนติเมตร ลูกนอนเมื่อหักส่วนที่ขึ้นบันไดเลื่อนกันออกแล้วเหลือความกว้างไม่น้อยกว่า 28 เซนติเมตรและมีขนาดสม่ำเสมอตลอดช่วงบันได ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มควรนอนชั้นล่างของบ้าน
 - พื้นห้องสม่ำเสมอ ผิวเรียบ เป็นวัสดุที่ไม่ลื่นโดยเฉพาะห้องน้ำ บริเวณเชื่อมต่อระหว่างห้อง ควรอยู่ระดับเดียวกัน หลีกเลี่ยงธรณีประตู ไม่วางสิ่งของเกะกะ เช่น พรมเช็ดเท้า สายไฟของเครื่องใช้ไฟฟ้า
 - หลีกเลี่ยงการมีสัตว์เลี้ยง เช่น สุนัข แมว ในบริเวณที่อยู่อาศัยโดยเฉพาะเวลากลางคืน

2. การป้องกันภาวะหกล้มระดับทุติยภูมิ หมายถึง การป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มจะหกล้มได้มาก โดยการตรวจสุขภาพเพื่อตรวจหาและให้การดูแลรักษาทั้งปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้นต่อภาวะหกล้มตั้งแต่ระยะแรกให้หมดไปหรือสามารถควบคุมให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ซึ่งการประเมินความเสี่ยงสำหรับผู้ที่ไม่เคยหกล้มโดยการตรวจท่าเดิน การทรงตัว เป็นการประเมินที่ได้ผลที่สุดในการป้องกันภาวะหกล้ม ยุทธวิธีนี้มุ่งเน้นแก้ไขปัจจัยเสี่ยง

- ความผิดปกติของการมองเห็น ผู้ที่มีการทรงตัวผิดปกติหลายชนิดเมื่อได้รับการแก้ไขให้มองเห็นได้ดีขึ้นจะมีการทรงตัวดีขึ้น เช่น แก้ไขแว่นตาที่ใช้อยู่ การผ่าตัดต่อกระจก

- ความผิดปกติของความรู้สึกที่รับรู้ความเคลื่อนไหวหรือตำแหน่ง เช่น ผู้ป่วยที่มี cervical spondylosis อาจใช้ปลอกคอ (collar) ยึดกระดูกสันหลังส่วนคอและป้องกันการบิดเบี้ยวของข้อต่อ apophyseal ในรายที่เป็นเรื้อรังอาจสอนให้ผู้ป่วยฝึกใช้สายตาเพื่อชดเชยความรู้สึกที่รับรู้การเคลื่อนไหวหรือตำแหน่งที่เสียไป รวมทั้งการบริหารคอเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อรอบคอ
- ความผิดปกติของ Vestibular function ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะบ้านหมุน อาจใช้ยา cinnarizine หรือ dimenhydrinate เพื่อบรรเทาอาการ ส่วนความผิดปกติที่สมองน้อยหรือ central vestibular part มักไม่ค่อยตอบสนองต่อการใช้ยา ในรายที่มีอาการเรื้อรังโดยไม่ทราบสาเหตุอาจฝึกการทรงตัว โดยให้ฝึกยืนอยู่กับที่ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ ปฏิบัติบ่อยๆ วันละหลายๆ ครั้ง
- ปัญหาการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยพยายามหลีกเลี่ยงการใช้ยากลุ่มที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

3. การป้องกันภาวะหกล้มระดับตติยภูมิ หมายถึง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความพิการหลังเกิดภาวะหกล้ม เช่น กระดูกหัก หรือภาวะที่กระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงการป้องกันการหกล้มซ้ำซ้อน เน้นในกลุ่มที่เคยหกล้ม จึงมักเป็นผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงที่จะหกล้มอีก การป้องกันระดับนี้ต้องประเมินปัจจัยทุกมิติรอบตัวผู้สูงอายุ และต้องอาศัยบุคลากรอื่นร่วมด้วย เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ

- ประวัติการหกล้มที่ผ่านมา ทั้งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้น
- ประวัติยาที่ใช้ยาทั้งหมด
- ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ทั้งที่เป็นแบบพื้นฐานและอุปกรณ์
- การตรวจพื้นฐานทางระบบประสาท ซึ่งรวมการประเมินกำลังของกล้ามเนื้อ และการตรวจสุขภาพจิต
- ประเมินท่าทางการเดินและการทรงตัว
- ตรวจระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะ postural hypertension
- ตรวจการมองเห็น
- การทำงานของข้อที่ขาทั้งสองข้าง
- การตรวจ functional performance test เช่น get-up-and-go-test ซึ่งมีวิธีการเหมือน Timed Up and Go Test (TUGT) แต่ไม่เน้นการจับเวลาที่ผู้ป่วยเดิน เป็นการตรวจเพื่อดูท่าทางการลุกขึ้นยืน การเดิน และการทรงตัวของผู้สูงอายุขณะเดิน
- การประเมินความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม

แม้มีมาตรการป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุแล้ว ผู้สูงอายุบางคนอาจหกล้มอย่างหลีกเลี่ยงมิได้ แต่การป้องกันจะทำให้ไม่เกิดการบาดเจ็บที่รุนแรงหรือความพิการ นอกจากนี้ เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงภาวะหกล้มได้ การฝึกฝนให้ผู้สูงอายุล้มในทิศทางที่ถูกต้องสามารถป้องกันภาวะกระดูกหักได้ เช่น หกล้มไปด้านหลัง ส่วนการหกล้มไปด้านข้างมีความเสี่ยงต่อภาวะกระดูกหักมากเป็น 12.8-15.2 เท่า ด้านหลังมีความเสี่ยงต่อภาวะกระดูกหักมากเป็น 10.2-10.8 เท่า หรือล้มแบบนั่งลงตรงๆ มีความเสี่ยงต่อภาวะกระดูกหักมากเป็น 9.86-13.6 เท่า ดังนั้น ผู้สูงอายุควรได้รับการฝึกทักษะดังกล่าว

การคัดกรองภาวะกลั้นปัสสาวะ

ข้อแนะนำ

การคัดกรองภาวะกลั้นปัสสาวะโดยการสอบถามเป็นการประเมินเบื้องต้นเพื่อค้นหาโอกาสที่จะเกิดภาวะปัสสาวะเล็ด ปัสสาวะราด ที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และส่งต่อแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยและทำการรักษา

ภาวะกลั้นปัสสาวะ	ไม่มี	มี
ผู้สูงอายุมีภาวะ “ปัสสาวะเล็ด” หรือ “ปัสสาวะราด” จนทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

การพิจารณา

ถ้าตอบว่า “มี” ควรส่งต่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันผลและทำการรักษา

เอกสารประกอบการคัดกรองภาวะกลั้นปัสสาวะ

ปัสสาวะเล็ดราดหรือกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นปัญหาที่พบได้บ่อย หากผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อทำการตรวจวินิจฉัยและเลือกวิธีการรักษาได้ถูกต้องตรงตามสาเหตุจะทำให้ผู้ป่วยกลับมากลั้นปัสสาวะได้ หรือมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นได้

อาการที่พบบ่อยของผู้ที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่จะแตกต่างกันตามเพศ วัยและสาเหตุชักนำ สรุปได้ดังนี้

1. ปวดปัสสาวะรุนแรงแล้วปัสสาวะราดออกมา พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ผู้ที่มีการอุดตันทางเดินปัสสาวะ เช่น ผู้ที่มีต่อมลูกหมากโต เป็นต้น

2. ไอ จาม จะมีปัสสาวะเล็ดราดออกมา โดยมีการเพิ่มแรงดันในช่องท้องซึ่งจะกดกระเพาะปัสสาวะ เมื่อกลืนหรือไอไม่แข็งแรงพอก็จะทำให้ปัสสาวะเล็ดราดออกมาโดยที่ไม่มีการปวดปัสสาวะ มักพบในผู้หญิง โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในวัยหมดประจำเดือน ผู้ที่ผ่านการตั้งครรภ์ การคลอด หรือตัดมดลูก เป็นต้น ในเพศชายพบน้อยกว่าเพราะมีต่อมลูกหมากช่วยในระดับหนึ่ง

3. ปัสสาวะไหลรินออกมาโดยไม่รู้ตัว ไม่มีอาการปวดปัสสาวะหรือมีน้อยมาก ปัสสาวะไหลรินออกมาตลอดเวลา หรืออาจไหลออกเมื่อมีการกระเทือน สาเหตุเกิดจากมีปัสสาวะตกค้างในกระเพาะปัสสาวะจำนวนมาก เมื่อล้นเกินกว่าที่จะเก็บไว้ได้ก็จะไหลออกมาเอง กลุ่มนี้จะมีลักษณะเฉพาะคือมีปริมาณปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะจำนวนมากตลอด ทั้งๆ ที่ถ่ายปัสสาวะแล้ว มักเกิดในผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการต่อเนื่องมานานหรือมีอาการข้างเคียงจากเบาหวานหรือมีการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ เช่น ต่อมลูกหมากโต

4. ปัสสาวะเล็ดราดหลังปัสสาวะสุด อาการหลักคือมีการถ่ายปัสสาวะปกติแต่เมื่อปัสสาวะสุดแล้วจะมีปัสสาวะเล็ดตามออกมาอีกเล็กน้อย ทำให้มีการเปียกชื้นหรือส่งกลิ่นเป็นที่น่ารำคาญ มักจะเกิดในผู้ชายที่มีต่อมลูกหมากโต หรือผู้หญิงที่มีถุงน้ำบริเวณท่อปัสสาวะ

การพิจารณาการรักษา

การรักษาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น กลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ การเลือกวิธีการรักษาขึ้นกับสภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก ปัจจัยสำคัญที่อาจจะนำมาประเมินเพื่อเลือกวิธีการรักษา ได้แก่ อายุ สภาพร่างกาย อาชีพ เป็นต้น

1. การรักษาในกลุ่มอาการปัสสาวะเล็ดราดเมื่อมีการปวดปัสสาวะ ซึ่งผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบประสาทกับผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะไวกว่าปกติเป็นผู้ป่วยหลักในกลุ่มนี้ การรักษาประกอบด้วย

- พฤติกรรมบำบัด โดยปรับการดื่มน้ำ เช่น ลดปริมาณการดื่มน้ำหรือดื่มน้ำตามเวลา ควบคุมการปัสสาวะโดยให้ถ่ายเป็นเวลา ทั่วไปแล้วในช่วงเวลาที่ตื่นอยู่เราจะปัสสาวะประมาณ 2.30 ถึง 3 ชั่วโมงต่อครั้ง หากสามารถยืดระยะเวลาปัสสาวะอาจปรับให้กลับสู่ปกติได้ การรักษานี้มักได้ผลกับผู้ป่วยที่มีอาการไม่มากนัก แต่ประการสำคัญคือผู้ป่วยจะต้องเข้าใจว่าคนเราสามารถกลั้นปัสสาวะได้บ้าง ซึ่งการกลั้นปัสสาวะที่ไม่เป็นอันตรายประมาณ 10, 15 จนถึง 30 นาที การรักษาวินิจฉัยสามารถเข้าร่วมกับวิธีอื่น เช่น การใช้ยาจะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น

- การใช้ยา ถือเป็นการรักษาที่ได้ผลดีในกลุ่มนี้ โดยกลไกการออกฤทธิ์ของยาจะไปยับยั้งการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะทำให้ลดอาการปัสสาวะบ่อย ทำให้กระเพาะปัสสาวะมีขนาดโตสามารถเก็บกักปัสสาวะได้มากขึ้น ส่วนใหญ่อยู่ในรูปของยารับประทาน อาการข้างเคียงของยากลุ่มนี้ ได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก ท้องอืด ท้องเฟ้อ ใจสั่น ตาพร่า เป็นต้น ข้อห้ามในการใช้ยากลุ่มนี้ คือ ผู้ป่วยต่อหินและผู้มีประวัติลำไส้อุดตันไม่สามารถใช้ยากลุ่มนี้ได้ ผู้ป่วยไตวาย มีการทำงานของตับผิดปกติ และรับประทานยาฆ่าเชื้อราต้องลดขนาดยา ยากลุ่มนี้ได้แก่ tolterodine, oxybutynin, trospium, solifenacin

- การใส่ยาเข้ากระเพาะปัสสาวะกรณีที่ไม่สามารถเข้ารับประทานได้หรือไม่ได้ผล วิธีนี้จะช่วยลดการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะได้แต่ไม่ถาวร จะต้องทำซ้ำ

- การผ่าตัดขยายกระเพาะปัสสาวะ เป็นการรักษาที่มีการใช้ไม่มากนัก โดยจะเลือกใช้เมื่อไม่สามารถใช้วิธีการใดๆ ได้แล้ว ส่วนมากจะใช้ส่วนใดส่วนหนึ่งของระบบทางเดินอาหารมาเสริมกระเพาะปัสสาวะทำให้มีขนาดโตขึ้น ลำไส้ที่นำมาใช้มากที่สุดคือลำไส้เล็ก ข้อเสียคือผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่สามารถปัสสาวะได้เองต้องใช้การสวนปัสสาวะเป็นเวลา

- การปรับสมดุลระบบประสาทเป็นการฝังอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เข้าสู่ร่างกายเพื่อทำให้ระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานของกระเพาะปัสสาวะทำงานตามปกติ แต่มีราคาแพงและบางรายใช้ไม่ได้ผล

2. การรักษากลุ่มอาการไอ จาม ปัสสาวะเล็ดราด กลุ่มนี้มักจะพบในผู้หญิง การรักษาวิธีนี้มีเป้าหมายให้กลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดี ประกอบด้วย

- การรักษาเชิงพฤติกรรม ได้แก่ การฝึกกล้ามเนื้อเชิงกราน (การขมิบช่องคลอด) เป็นการฝึกขมิบกล้ามเนื้อที่หุ้มรอบและทำหน้าที่ประคองท่อปัสสาวะ โดยจะต้องฝึกขมิบให้กล้ามเนื้อแข็งแรง ซึ่งต้องทำการฝึกไปเรื่อยๆ ต่อเนื่อง เป็นระยะเวลาานาน จึงมักพบว่าผู้ป่วยมักไม่มีความอดทนพอ ทำให้การรักษาไม่มีประสิทธิภาพหากผู้ป่วยปฏิบัติได้ อากาศจะดีขึ้นเรื่อยๆ ไม่สิ้นเปลืองจากการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ

- การใช้ยา ยาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาที่ยังไม่มีใช้กว้างขวางในปัจจุบัน เนื่องจากมีอาการข้างเคียงมาก ซึ่งประเทศไทยยังไม่ได้นำยานี้มาใช้

- การผ่าตัดเพื่อเสริมการทำงานของหูรูด เป็นการรักษาที่นิยมใช้เนื่องจากไม่ยุ่งยากและมีประสิทธิภาพสูง วัตถุประสงค์ของการผ่าตัดเพื่อเพิ่มแรงต้านบริเวณท่อปัสสาวะ อาจผ่าตัดผ่านทางหน้าท้องหรือผ่านช่องคลอดก็ได้ สิ่งที่น่ามาช่วยเสริมการทำงานของหูรูดอาจเป็นเนื้อเยื่อของผู้ป่วยเองหรือเป็นสารสังเคราะห์ แพทย์จะเลือกวิธีผ่าตัดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายและตามความถนัดของแพทย์ด้วย

- การใช้อุปกรณ์รองขับ (แบบฝารองขับหรือแบบกางเกง) แล้วแต่ผู้ป่วยจะเลือกใช้ มักใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอายุมาก ไม่สามารถเข้าการรักษาอื่นๆ ได้ หรือมีข้อห้ามในการผ่าตัด เป็นต้น

3. การรักษาผู้มีปัสสาวะไหลรินจากการมีปัสสาวะตกค้าง วิธีนี้มีเป้าหมายเพื่อรักษาสาเหตุพื้นฐานที่ทำให้มีอาการ เช่น ต่อมลูกหมากโต แต่บางเรื่องไม่สามารถรักษาต้นเหตุได้ เช่น กระเพาะปัสสาวะบีบตัวน้อยหรือไม่บีบที่เป็นสาเหตุมาจากโรคทางระบบประสาทหรือจากเบาหวาน การรักษาจึงมุ่งไปที่การระบายปัสสาวะออกให้หมด อาจจะใช้การสวนปัสสาวะ คาสายปัสสาวะ สวนปัสสาวะเป็นเวลา ปัจจุบันแนะนำให้สวนปัสสาวะเป็นเวลาโดยผู้ป่วยอาจทำเองหรือให้ผู้ดูแลทำ จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าการคาสายปัสสาวะที่มีโอกาสเกิดการอักเสบติดเชื้อมากกว่า

4. การรักษาผู้สูงอายุที่มีปัสสาวะราด เช่น ท้องผูก รับประทานยาบางชนิด เดินไม่ถนัดทำให้ไปห้องน้ำไม่ทันหรือความผิดปกติทางจิตใจ เช่น โรคซึมเศร้า โรคทางกาย ได้แก่ เบาหวาน โรคทางระบบประสาท เป็นต้น การรักษาจึงต้องหาสาเหตุชักนำ เมื่อแก้ไขปัญหาลแล้วผู้ป่วยจะกลับคืนมาเป็นปกติได้ หากยังมีปัสสาวะราดอีกอาจพิจารณาใช้อุปกรณ์รองขับหรืออุปกรณ์อื่นๆ

ที่มา : สมาคมศิษย์แพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

http://www.tuanet.org/index.php?option=com_content&view=article&id=74&Itemid=141

การคัดกรองภาวะโภชนาการ : ดัชนีมวลกาย (BMI : Body Mass Index)

ข้อแนะนำ

การคัดกรองภาวะโภชนาการด้วยดัชนีมวลกายโดยหาความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัวและส่วนสูง ซึ่งสามารถบอกได้ว่าสภาวะของร่างกายมีความสมดุลของน้ำหนักตัวต่อส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมหรือไม่

วิธีคิดค่าดัชนีมวลกาย

น้ำหนักตัว (หน่วยเป็นกิโลกรัม) หารด้วย ส่วนสูงกำลังสอง (หน่วยเป็นเมตร)

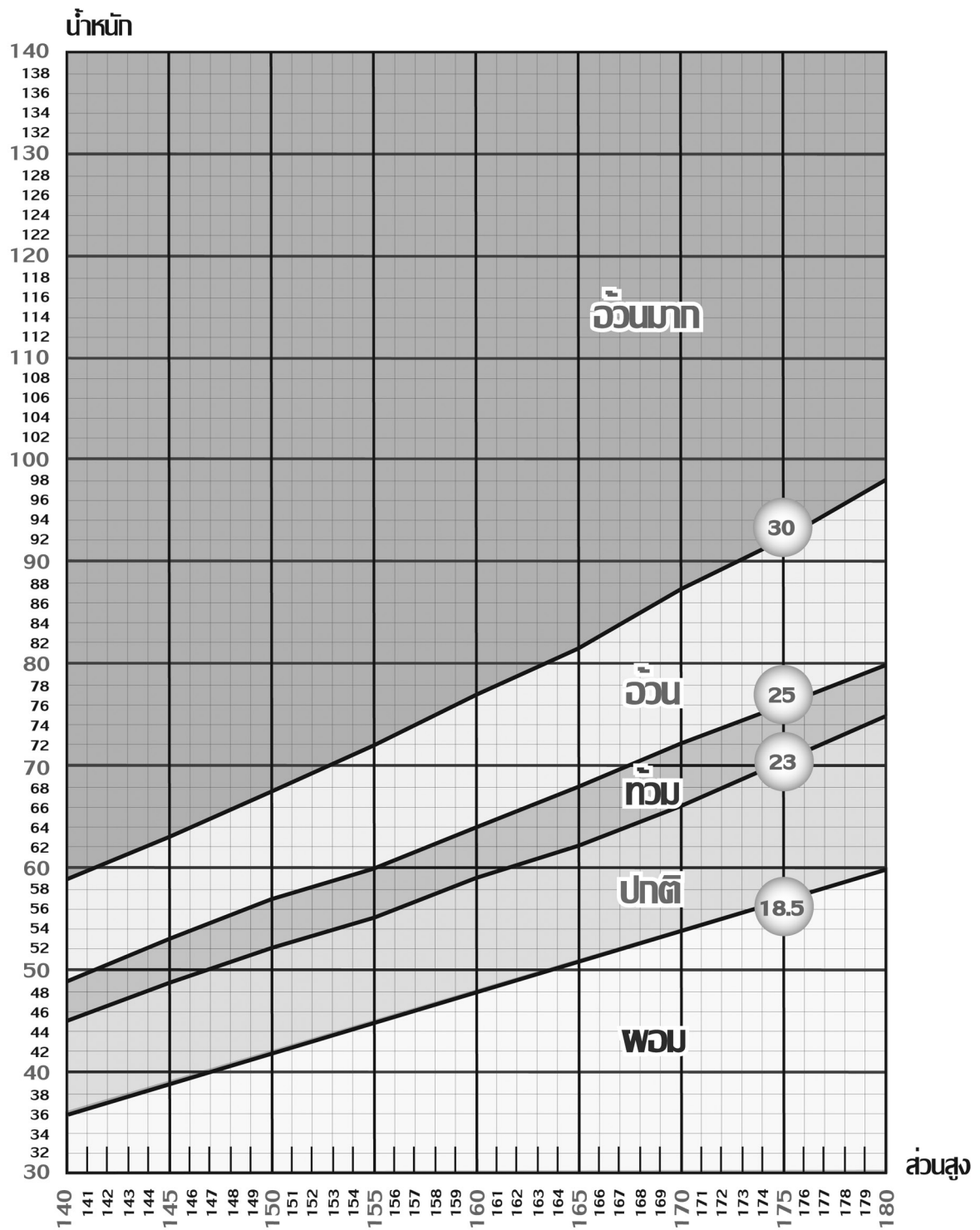
สูตรคำนวณ

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

การแปลผล

BMI มาตรฐานอาเซียน (เอเชีย)	การแปลผล
<18.5	<input type="checkbox"/> พอม
18.5-22.9	<input type="checkbox"/> ปกติ
23.0-24.9	<input type="checkbox"/> ท้วม
25.0-29.9	<input type="checkbox"/> อ้วน
≥30	<input type="checkbox"/> อ้วนมาก

ตารางเปรียบเทียบ BMI มาตรฐานอาเซียน (เอเชีย)



การประเมินภาวะทุพโภชนาการ

ข้อแนะนำ

การประเมินภาวะโภชนาการเป็นการประเมินว่าผู้สูงอายุได้รับสารอาหารเพียงพอหรือไม่ เพื่อค้นหาโอกาสที่จะเกิดภาวะขาดสารอาหารหรือภาวะทุพโภชนาการ

- 1 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมารับประทานอาหารได้น้อยลง เนื่องจากความอยากอาหารลดลง มีปัญหาการย่อย การเคี้ยว หรือปัญหาการกลืน หรือไม่
 - 0 ความอยากอาหารลดลงอย่างมาก
 - 1 ความอยากอาหารลดลงปานกลาง
 - 2 ความอยากอาหารไม่ลดลง
- 2 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักลดลง หรือไม่ (โดยไม่ตั้งใจลดน้ำหนัก)
 - 0 น้ำหนักลดลงมากกว่า 3 กิโลกรัม
 - 1 ไม่ทราบ
 - 2 น้ำหนักลดลงระหว่าง 1-3 กิโลกรัม
 - 3 น้ำหนักไม่ลดลง
- 3 สามารถเคลื่อนไหวได้เอง หรือไม่
 - 0 นอนบนเตียง หรือ ต้องอาศัยรถเข็นตลอดเวลา
 - 1 ลุกจากเตียงหรือรถเข็นได้บ้าง แต่ไม่สามารถไปข้างนอกได้เอง
 - 2 เดินและเคลื่อนไหวได้ตามปกติ
- 4 ใน 3 เดือนที่ผ่านมา มีความเครียดรุนแรงหรือป่วยเจ็บป่วยหรือไม่
 - 0 มี
 - 2 ไม่มี
- 5 มีปัญหาทางจิตประสาท หรือไม่
 - 0 ความจำเสื่อม หรือ ซึมเศร้าอย่างรุนแรง
 - 1 ความจำเสื่อมเล็กน้อย
 - 2 ไม่มีปัญหาทางประสาท
- 6 ดัชนีมวลกาย [BMI = น้ำหนักตัว (กก.) / ส่วนสูง (ม.)²]
 - 0 BMI น้อยกว่า 19
 - 1 BMI ตั้งแต่ 19 แต่น้อยกว่า 21
 - 2 BMI ตั้งแต่ 21 แต่น้อยกว่า 23
 - 3 BMI ตั้งแต่ 23 ขึ้นไป

คะแนนรวม

การพิจารณา (คะแนนเต็ม 14 คะแนน)

คะแนนรวม 12-14	คะแนน	แสดงว่า	มีภาวะโภชนาการปกติ
คะแนนรวม 8-11	คะแนน	แสดงว่า	มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร
คะแนนรวม 0-7	คะแนน	แสดงว่า	มีภาวะขาดสารอาหาร

เอกสารประกอบภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

อาหารเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งในการดำรงชีวิต เราต้องกินอาหารให้ได้สัดส่วนและเพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย ผู้สูงอายุมีความต้องการพลังงานและสารอาหารเหมือนบุคคลวัยอื่นๆ แต่ต้องการน้อยลง ผู้สูงอายุต้องการพลังงานและสารอาหารที่มีคุณภาพสูงเพื่อการดำรงชีวิต และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ โดยความ ต้องการสารอาหารในผู้สูงอายุ ดังนี้

1. **พลังงาน** ผู้สูงอายุต้องการพลังงานลดลงเนื่องจากการทำงานของอวัยวะต่างๆ เช่น หัวใจ ตับ ปอด ฯลฯ น้อยลง การทำงานของกล้ามเนื้อลดลง และความต้องการพลังงานในระยะพักลดลง (หมายถึง พลังงานที่ร่างกาย ต้องการเพื่อการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในขณะที่ร่างกายพักผ่อนซึ่งขึ้นอยู่กับเพศ อายุ ขนาด และส่วนประกอบ ของร่างกาย) คณะกรรมการร่วม FAO/WHO เสนอแนะให้ลดพลังงานในอาหารลง 5% ต่อทุก 10 ปี ของอายุ ที่เพิ่มขึ้นจนถึงอายุ 59 ปี เมื่ออายุ 60-69 ปี ให้ลดพลังงานลง 10% และเมื่ออายุ 70 ปีขึ้นไป ให้ลดลง 20% ผู้สูงอายุควรเลือกกินอาหารที่ให้พลังงานน้อยลง อาหารส่วนใหญ่ที่ให้พลังงานสูง ได้แก่ ไขมัน คาร์โบไฮเดรต และอาหารหวาน แต่ผู้สูงอายุมักกินอาหารหวานมาก เพราะฟันไม่แข็งแรงพอที่จะเคี้ยวผัก ผลไม้ ผู้สูงอายุบางคนกินอาหารมากเพื่อชดเชยกับการที่ไม่ได้รับการสนองตอบทางอารมณ์ในทางอื่นจึงควรระวังอย่าให้อ้วนเพราะ จะตามมาด้วยโรคหลายอย่าง เช่น โรคหัวใจ ไขมันอุดตันในเส้นเลือด ดังนั้น ผู้สูงอายุควรกินอาหารให้เพียงพอ กับความต้องการของร่างกายและถูกหลักโภชนาการ พยายามรักษาน้ำหนักตัวให้คงที่ ไม่อ้วนหรือผอมจนเกินไป

2. **โปรตีน** สารอาหารโปรตีนจำเป็นในการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย ตั้งแต่ผิวหนัง กล้ามเนื้อ เลือด กระดูก ตลอดจนเนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกาย อาหารที่มีโปรตีนสูงมักจะให้วิตามินและแร่ธาตุสูงด้วย ผู้สูงอายุต้องการโปรตีนประมาณ 0.88 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน ซึ่งเมื่อคำนวณเป็นเปอร์เซ็นต์ของ พลังงานทั้งหมดประมาณ 12-15 % และควรเป็นโปรตีนคุณภาพดี ได้แก่ อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ ไข่ นม และ ถั่วเมล็ดแห้ง ผู้สูงอายุควรได้รับโปรตีนที่ย่อยง่าย เช่น ปลา เพราะผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องฟัน เคี้ยวอาหารไม่สะดวก และอวัยวะย่อยอาหารหย่อนสมรรถภาพในการทำงาน

3. **ไขมัน** ไขมันให้พลังงานสูง ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย เป็นตัวนำวิตามินที่ละลายในไขมัน และไขมันใน อาหารช่วยให้อาหารมีรสอร่อยและทำให้รู้สึกอิ่ม ความต้องการไขมันของผู้สูงอายุจะลดลง โดยได้รับไขมันไม่เกิน 25-30 % ของปริมาณพลังงานทั้งหมดต่อวัน ร่างกายต้องการกรดไขมันที่จำเป็น คือ กรดไลโนเลอิก เพื่อป้องกัน ภาวะไขมันในเลือดสูง ปริมาณน้ำมันพืชที่ผู้สูงอายุควรได้รับประมาณ 2-3 ช้อนโต๊ะต่อวัน

4. **คาร์โบไฮเดรต** พลังงานส่วนมากมาจากคาร์โบไฮเดรตเพราะเป็นอาหารที่ราคาไม่แพง อร่อย และ เป็นสิ่งที่เก็บไว้ได้นาน ไม่เสียง่าย เป็นอาหารที่ประกอบได้ง่าย กินง่าย เคี้ยวง่าย แต่ผู้สูงอายุควรลดการกิน อาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรต โดยเฉพาะน้ำตาลต่างๆ เพื่อเป็นการลดปริมาณพลังงาน ผู้สูงอายุควรได้รับคาร์ โบไฮเดรต 55 % ของปริมาณพลังงานทั้งหมดต่อวัน การกินคาร์โบไฮเดรตควรอยู่ในรูปของข้าว แป้ง เผือก มัน เพราะนอกจากร่างกายจะได้รับคาร์โบไฮเดรตแล้วยังได้วิตามินและแร่ธาตุอีกด้วย

5. **วิตามิน** ช่วยให้ร่างกายทำงานได้ตามปกติ ผู้สูงอายุมีความต้องการวิตามินเท่ากับวัยหนุ่มสาว การที่ ผู้สูงอายุกินอาหารอ่อนเนื่องจากมีปัญหาเรื่องฟันอาจทำให้การได้รับวิตามินบางอย่างไม่เพียงพอ แหล่งของวิตามิน ส่วนใหญ่อยู่ใน ผักสด ผลไม้สด ดังนั้น ผู้สูงอายุควรกินผัก ผลไม้ให้เพียงพอในแต่ละวัน

6. **แร่ธาตุ** ผู้สูงอายุมีความต้องการแร่ธาตุเท่าเดิม แต่ส่วนมากมีปัญหาเนื่องจากกินที่ไม่เพียงพอ แร่ธาตุที่สำคัญและเป็นปัญหาในผู้สูงอายุ ได้แก่ ธาตุเหล็ก แคลเซียม

6.1 **ธาตุเหล็ก** โดยทั่วไปอาหารของผู้สูงอายุจะมีปริมาณโปรตีนต่ำซึ่งมีผลทำให้ได้รับธาตุเหล็กต่ำไปด้วย ถ้าขาดธาตุเหล็กทำให้เป็นโรคซีดหรือโรคโลหิตจาง แม้ผู้สูงอายุกินธาตุเหล็กในปริมาณที่เพียงพอแต่การดูดซึมจะน้อยกว่าวัยหนุ่มสาว อาหารที่มีแร่ธาตุเหล็กมาก ได้แก่ ตับ เนื้อสัตว์ ไข่แดง เลือดสัตว์ เป็นต้น การกินผักสดหรือผลไม้ที่มีวิตามินซีสูงจะทำให้การดูดซึมธาตุเหล็กดีขึ้น ผู้สูงอายุต้องการธาตุเหล็กประมาณ 10 มิลลิกรัมต่อวัน

6.2 **แคลเซียม** โดยทั่วไปคนมักคิดว่าร่างกายเมื่อเจริญเติบโตเต็มที่แล้วไม่จำเป็นต้องได้รับแคลเซียมเพื่อสร้างกระดูกและฟันอีก แต่ความจริงแล้วแคลเซียมมีความสำคัญต่อร่างกายอีกหลายอย่าง เช่น ช่วยในการแข็งตัวของเลือด ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เมื่อร่างกายได้แคลเซียมไม่เพียงพอจะไปดึงมาจากกระดูก การขาดแคลเซียมพบมากในผู้สูงอายุเนื่องจากกินแคลเซียมน้อย นอกจากนี้การดูดซึมและการเก็บไว้ในร่างกายมีน้อยกว่าในวัยหนุ่มสาวจึงทำให้เกิดปัญหาโรคกระดูกพรุน อาหารที่เป็นแหล่งของแคลเซียม ได้แก่ นม ปลาเล็กปลาน้อย กุ้งแห้ง เป็นต้น ความต้องการแคลเซียมในผู้สูงอายุประมาณ 800 มิลลิกรัมต่อวัน

7. **น้ำ** มีความสำคัญต่อร่างกายมากโดยช่วยในระบบย่อยอาหารและขับถ่ายของเสีย ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำประมาณ 6-8 แก้วเป็นประจำทุกวัน

8. **เส้นใยอาหาร** แม้ว่าเส้นใยอาหารไม่ใช่สารอาหารแต่เป็นสารที่ได้จากพืชและผักทุกชนิด ซึ่งน้ำย่อยไม่สามารถย่อยได้ ถ้ากินเส้นใยอาหารเป็นประจำจะช่วยให้ท้องไม่ผูก ลดไขมันในเส้นเลือด ในทางตรงกันข้ามหากกินอาหารที่มีเส้นใยน้อยจะทำให้เกิดโรคมะเร็งไส้เจ็บได้ เช่น ท้องผูก ริดสีดวงทวาร โรคอ้วน ไขมันในเส้นเลือดสูง เบาหวาน การกินเส้นใยอาหารทำให้ถ่ายอุจจาระได้สะดวก ร่างกายไม่หมักหมมสิ่งบูดเน่าและสารพิษบางอย่างไว้นานเกินควร จึงป้องกันการเกิดมะเร็งในลำไส้ใหญ่ได้ด้วย เส้นใยอาหารทำให้อุจจาระนุ่มมีน้ำหนักและถ่ายง่ายแล้วยังมีไขมันและแคลอรีต่ำมาก ดังนั้น เพื่อให้ร่างกายได้รับเส้นใยอาหารอย่างสม่ำเสมอจึงควรกินอาหารที่ปรุงและประกอบด้วยผักเป็นประจำ และควรกินผลไม้โดยเฉพาะผลไม้สดจะให้เส้นใยอาหารมากกว่าดื่มน้ำผลไม้ นอกจากนี้ควรกินอาหารประเภทถั่วเมล็ดแห้ง และข้าวซ้อมมือเป็นประจำ

ความต้องการพลังงาน วิตามิน และเกลือแร่บางชนิดที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย
(ผู้สูงอายุ)

	ชาย	หญิง		ชาย	หญิง
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	58	50	ไนอะซิน (mgNE)	16	13
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	166	155	วิตามินบี-6 (mg)	2.2	2.0
พลังงาน (แคลอรี)	2,250	1,850	โฟลาซิน (ug)	175	150
โปรตีน (กรัม)	51	44	วิตามินบี-12 (ug)	2.0	2.0
วิตามินเอ (ugRE)	700	600	แคลเซียม (mg)	800	800
วิตามินดี (ug)	5	5	ฟอสฟอรัส (mg)	800	800
วิตามินอี (mgTE)	10	8	แมกนีเซียม (mg)	350	300
วิตามินซี (mg)	60	60	เหล็ก (mg)	10	10
โทอะมิน (mg)	1.2	1.0	สังกะสี (mg)	15	15
โรโบฟลาวัน (mg)	1.4	1.2	ไอโอดีน (ug)	150	150

การประเมินปัญหาการนอน

ข้อแนะนำ

การนอนหลับเป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ เพราะร่างกายจะใช้ช่วงเวลานอนหลับในการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ตลอดจนรวบรวมพลังงานสำหรับการปฏิบัติภารกิจในวันต่อไป การนอนหลับที่เพียงพอและมีคุณภาพจึงมีความสำคัญ การนอนหลับที่ไม่เพียงพอจะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ การประเมินปัญหาการนอนจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการรักษาโรคนอนไม่หลับ (Insomnia) ต่อไป

1. ผู้สูงอายุมีปัญหาการนอนหลับหรือไม่

- ไม่มี
- มีปัญหา
- นอนไม่หลับ นอนมากเกินไป นอนกรน นอนละเมอ
- อื่นๆ ระบุ.....
- ระยะเวลาที่มีปัญหาการนอนหลับ.....ปี.....เดือน
- โดยเฉลี่ยผู้สูงอายุหลับได้คืนละ.....ชั่วโมง

2. ผู้สูงอายุมีอาการร่วง อ่อนเพลีย ตอนกลางวันหรือไม่

- ไม่มี
- มีปัญหา

การพิจารณา

ถ้าตอบ “มีปัญหา” ข้อใดข้อหนึ่ง ควรส่งต่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันผลและทำการรักษา

เอกสารประกอบการประเมินปัญหาการนอน

อาการนอนไม่หลับเป็นอาการหนึ่งที่เกิดจากสมองทำงานไม่เป็นปกติเช่นเดียวกับอาการหมดสติหรือหลับไม่ยอมตื่น แต่อย่างหลังน่าจะทำให้ญาติหรือคนใกล้ชิดตกใจได้มากกว่าและรีบพาไปพบแพทย์ ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีอาการนอนไม่หลับญาติมักจะปล่อยปละละเลย บางครั้งผู้ป่วยก็มักจะแก้ปัญหาคด้วยการไปซื้อยานอนหลับมารับประทานเอง ซึ่งยานอนหลับเป็นดาบสองคมได้บ่อยๆ จากผลการศึกษาในประชากรผู้สูงอายุพบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปที่อยู่ในชุมชนได้รับความทนทุกข์ทรมานของอาการนอนไม่หลับถึงมากกว่าครึ่ง ยิ่งกว่านั้นอาการนอนไม่หลับอาจเป็นอาการเตือนของโรคอื่นๆ ทางสมอง ที่สมควรได้รับการตรวจพบและแก้ไขก่อนที่จะสายเกินไป ทั้งหมดนี้แสดงถึงขนาดของปัญหาการนอนไม่หลับและความรุนแรงของอาการที่ถึงเวลาแล้วที่เราควรหันมาสนใจอย่างจริงจัง

สาเหตุของการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 2 สาเหตุใหญ่ๆ คือ

1. เกิดเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของความชรา โดยปกติเมื่อนุชย์เริ่มเข้าสู่วัยชรา สมองจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมเหมือนเช่นอวัยวะอื่น โดยลักษณะการนอนของผู้สูงอายุจะมีลักษณะดังต่อไปนี้
 - ระยะเวลาของการนอนตอนกลางคืนจะลดลง
 - ใช้เวลานานขึ้นหลังจากเข้านอนเพื่อที่จะหลับ
 - ช่วงระยะที่หลับแบบตื่น (ตอนกำลังเคลิ้มแต่ยังไม่หลับสนิท) จะยาวขึ้น ขณะที่ช่วงระยะที่หลับสนิทจริงๆ จะลดลง
 - จะมีการตื่นขึ้นบ่อยๆ กลางคืน
2. เกิดเนื่องจากมีโรคที่เป็นพยาธิสภาพซ่อนอยู่ ได้แก่
 - **ยาที่ผู้สูงอายุกำลังใช้อยู่** ยาบางประเภทโดยเฉพาะยาที่ออกฤทธิ์ในระบบประสาทส่วนกลางหรือสมองทำให้ผู้สูงอายุมีอาการนอนไม่หลับอยู่บ่อยๆ เช่น การใช้ยานอนหลับนานๆ ยารักษาอาการคลื่นเคลื่อนไหวช้าในโรค Parkinsonism หรือบางครั้งอาจเป็นส่วนผสมของยารักษาโรคอื่นที่ไม่เกี่ยวกับทางสมอง เช่น alcohol ในพวกยาน้ำแก้ไอ หรือ caffeine ที่ผสมในยารักษาโรคหวัด เป็นต้น เมื่อผู้สูงอายุหยุดการใช้ยาเหล่านี้ อาการนอนไม่หลับก็จะหายไปเอง
 - **โรคเกี่ยวกับทางเดินปัสสาวะ** ผู้สูงอายุที่มีโรคใดก็ตามที่ทำให้ต้องตื่นขึ้นมาปัสสาวะบ่อยๆ ตอนกลางคืนจะมีผลต่อการนอนด้วย เช่น โรคเบาหวานจะทำให้ปัสสาวะบ่อยและปริมาณปัสสาวะมาก โรคต่อมลูกหมากโตในผู้สูงอายุชาย โรคไตวายเรื้อรัง หรือแม้แต่การใช้ยาขับปัสสาวะในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง หรือภาวะหัวใจวาย ก็ทำให้มีปัสสาวะตอนกลางคืนได้บ่อย
 - **ความเจ็บปวด** ความเจ็บปวดทางกายไม่ว่าจากอวัยวะใดจะมีผลทางอ้อมต่อการนอนหลับในผู้สูงอายุเสมอ ที่พบบ่อยมักเกิดจากโรคของกระดูกและข้อเสื่อมที่ทำให้เกิดอาการเจ็บปวดเรื้อรังได้ เช่น ข้อเข่าเสื่อม กระดูกคอเสื่อม เป็นต้น นอกจากนั้นอาการเจ็บปวดอาจเกิดจากอวัยวะภายในช่องท้อง เช่น ท้องผูก แน่นท้อง อาหารไม่ย่อย เป็นต้น

- **โรคสมองเสื่อมและภาวะจิตผิดปกติ** ผู้สูงอายุที่เริ่มมีสมองเสื่อมในระยะแรกจะมีอาการนอนไม่หลับได้ เพิ่มจากอาการขี้หลงขี้ลืม หรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ส่วนสาเหตุของสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยมักเกิดจากการอุดตันของเส้นโลหิตในสมองที่เกิดซ้ำกันหลายๆ ครั้ง อาจจะมีหรือไม่มีอาการของอัมพาตร่วมด้วยก็ได้ นอกจากนั้นภาวะซึมเศร้าก็เป็นสาเหตุของการนอนยากในผู้สูงอายุได้ โดยผู้ป่วยมักจะมีลักษณะที่เข้านอนได้ตามปกติ แต่ตื่นขึ้นกลางดึกเช่น ตี 3-4 แล้วไม่สามารถนอนต่อได้อีก
- **อื่นๆ** ผู้สูงอายุบางรายเวลานอนหลับสนิท สมองส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการกระตุ้นการหายใจจะทำงานลดลง อาจหยุดหายใจได้ชั่วขณะ จากนั้นสมองจะถูกกระตุ้นอีกครั้งอย่างรุนแรงเพื่อให้หายใจ ทำให้อาจตื่นขึ้นมาได้ การนอนหลับไม่ต่อเนื่องได้ หรือบางรายเวลาหลับสนิท ลิ้นในช่องปากจะตก ย่นไปข้างหลังและอุดกั้นทางเดินหายใจทำให้เกิดเสียงกรนขึ้นได้ และถ้าอุดกั้นมากขึ้นถึงกับทำให้อากาศไม่สามารถผ่านเข้าหลอดลมและปอด สมองก็จะถูกกระตุ้นอย่างรุนแรง เพื่อให้ร่างกายพยายามหายใจก็ทำให้ผู้ป่วยตื่นขึ้นได้อีกเช่นกัน

ในขั้นต้น ผู้สูงอายุที่เริ่มประสบปัญหาการนอนไม่หลับ มีข้อปฏิบัติบางประการที่อาจช่วยบรรเทาอาการนอนไม่หลับได้ ดังนี้

- พยายามหลีกเลี่ยงการนอนกลางวันหรือจำกัดเวลาการนอนกลางวัน ไม่ควรเกินครึ่งชั่วโมงในช่วงบ่าย
- หลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น กาแฟ โดยเฉพาะเวลาเย็น เป็นต้น
- ไม่ควรดื่มน้ำในช่วงเวลา 4-5 ชั่วโมงก่อนที่จะถึงเวลาเข้านอน ถ้ามีปัญหาปัสสาวะเวลากลางคืนบ่อยๆ
- เพิ่มกิจกรรมหรือการออกกำลังกายในช่วงเวลากลางวันให้มากขึ้น
- ถ้าผู้สูงอายุไม่มีอาการง่วงนอนเมื่อถึงเวลาเข้านอนและไม่สามารถนอนหลับได้ ก็ควรลุกขึ้นมาทำอะไรทำดีกว่าที่จะนอนกลิ้งไปมาบนเตียง
- กำหนดเวลาอาหารมื้อเย็นให้คงที่สม่ำเสมอและควรจะเป็นอาหารที่มีโปรตีนสูงเมื่อเทียบกับมื้ออื่นๆ
- พยายามจัดสิ่งแวดล้อมภายในห้องนอนให้เงียบและมีอุณหภูมิเหมาะสม ไม่ร้อนหรือหนาวเกินไป
- ฝึกการทำสมาธิเพื่อให้จิตใจสงบ

โดยสรุป ผู้สูงอายุมักประสบกับปัญหาการนอนไม่หลับได้บ่อยๆ ทั้งนี้เนื่องจากความชรา มีผลกระทบต่อความเสื่อมของสมอง ผู้สูงอายุโดยทั่วไปจึงควรทำความเข้าใจกับปัญหาที่เป็น “ปกติ” ในผู้สูงอายุและพยายามปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวข้างต้น และเมื่ออาการนอนไม่หลับยังไม่ดีขึ้น ผู้สูงอายุก็อาจจำเป็นต้องรับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์เพื่อค้นหาโรคต่างๆ ที่อาจเป็นสาเหตุของการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุต่อไป

การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ข้อแนะนำ

- เป็นการวัดว่าผู้สูงอายุทำอะไรได้บ้าง (ทำอยู่จริง) ไม่ใช่เป็นการทดสอบว่า หรือ ถามว่าทำได้หรือไม่
- เป็นการสอบถามถึงกิจกรรมที่ปฏิบัติในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา
- เป็นการวัดระดับการพึ่งพิง หากต้องมีคนคอยดูแลหรือเฝ้าระวังเวลาปฏิบัติกิจให้ถือว่าไม่ได้คะแนนเต็ม
- ถ้าหมดสติ ให้ 0 คะแนนทั้งหมด

คะแนน

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| 1 | Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า) | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> 0 ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ | |
| | <input type="checkbox"/> 1 ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดเป็นเล็กๆไว้ล่วงหน้า | |
| | <input type="checkbox"/> 2 ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ | |
| 2 | Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา) | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> 0 ต้องการความช่วยเหลือ | |
| | <input type="checkbox"/> 1 ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้) | |
| 3 | Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> 0 ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น | |
| | <input type="checkbox"/> 1 ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือ มีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ | |
| | <input type="checkbox"/> 2 ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย | |
| | <input type="checkbox"/> 3 ทำได้เอง | |
| 4 | Toilet use (ใช้ห้องน้ำ) | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> 0 ช่วยตัวเองไม่ได้ | |
| | <input type="checkbox"/> 1 ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง | |
| | <input type="checkbox"/> 2 ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อย หลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย) | |

- 5 Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)
- 0 เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
- 1 ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
- 2 เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
- 3 เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง
- 6 Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)
- 0 ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
- 1 ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- 2 ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)
- 7 Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)
- 0 ไม่สามารถทำได้
- 1 ต้องการคนช่วย
- 2 ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)
- 8 Bathing (การอาบน้ำ)
- 0 ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- 1 อาบน้ำเองได้
- 9 Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)
- 0 กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- 1 กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- 2 กลั่นได้เป็นปกติ
- 10 Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)
- 0 กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- 1 กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- 2 กลั่นได้เป็นปกติ

คะแนนรวม

การพิจารณา (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)

- คะแนนรวม ≥ 12 คะแนน เป็น กลุ่มที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองได้ และ/หรือ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้
- คะแนนรวม 5-11 คะแนน เป็น กลุ่มที่ 2 ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง
- คะแนนรวม ≤ 4 คะแนน เป็น กลุ่มที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

การคัดกรองผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว

ข้อแนะนำ

การคัดกรองผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวมีทั้งหมด 5 ด้าน คือ ด้านสังคม ความสามารถในการมองเห็นและการได้ยิน ภาวะหลงลืมและภาวะซึมเศร้า ภาวะประหลาด และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน

ด้านที่ 1 สังคม (การอยู่อาศัย ที่อยู่อาศัย รายได้)

- 1 การอยู่อาศัย หรือ ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย
 - 0 ไม่ได้อยู่คนเดียว หรือ มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย
 - 1 อยู่คนเดียว หรือ ไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย
- 2 ลักษณะที่อยู่อาศัย
 - 0 มั่นคงแข็งแรง หรือ ไม่มั่นคงแต่ไม่มีผลต่อความปลอดภัยในชีวิตและสุขภาพ
 - 1 ไม่มีที่อยู่อาศัย หรือ มีที่อยู่อาศัยแต่ไม่ปลอดภัยต่อชีวิตและสุขภาพ
- 3 ความเพียงพอของรายได้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน
 - 0 เพียงพอ
 - 1 ไม่เพียงพอ

คะแนนรวม

ด้านที่ 2 ความสามารถในการมองเห็นและการได้ยิน

- 1 ความสามารถในการมองเห็น
 - 0 ชัดเจนโดยไม่ต้องใส่แว่น
 - 0 ชัดเจนแต่ต้องใส่แว่น
 - 0 ไม่ชัดเจนแต่ไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมประจำวัน
 - 1 ไม่ชัดเจนและมีปัญหาในการทำกิจกรรมประจำวัน
 - 1 ไม่เห็นเลย
- 2 ความสามารถในการได้ยิน
 - 0 ชัดเจนโดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วยฟัง
 - 0 ชัดเจนแต่ต้องใช้เครื่องช่วยฟัง
 - 0 ไม่ชัดเจนแต่ไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมประจำวัน
 - 1 ไม่ชัดเจนและมีปัญหาในการทำกิจกรรมประจำวัน
 - 1 ไม่ได้ยินเลย

คะแนนรวม

ด้านที่ 3 กภาวะหลงลืมและภาวะซึมเศร้า

- 1 มีอาการหลงลืม/ ลืมเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น เช่น กินข้าวแล้วบอกว่ายังไม่ได้กิน
- 0 ไม่มี
 1 มี
- 2 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านมีความรู้สึก
- 1) หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่มี มี
- 2) เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน ไม่มี มี
- 0 เมื่อตอบ **ไม่มี** ทั้งสองข้อ
 1 เมื่อตอบ **มี** ข้อใดข้อหนึ่ง หรือ ทั้งสองข้อ
- คะแนนรวม

ด้านที่ 4 กภาวะเปราะบาง

- 1 ใน 1 ปีที่ผ่านมา น้ำหนักท่านลดลงมากกว่า 4.5 กิโลกรัม
- 0 ไม่ใช่
 1 ใช่
- 2 ท่านรู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
- 0 ไม่ใช่
 1 ใช่
- 3 ท่านไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง
- 0 ไม่ใช่
 1 ใช่
- 4 ให้ผู้สูงอายุเดินเป็นเส้นตรงระยะทาง 4.5 เมตร จับเวลาเมื่อเริ่มเดิน
- 0 ใช้เวลาน้อยกว่า 7 วินาที
 1 ใช้เวลา 7 วินาทีขึ้นไป/ ไม่สามารถเดินได้
- 5 ผู้สูงอายุมีความอ่อนแรงของกำลังมือ แขน ขา ชัดเจน
- 0 ไม่ใช่
 1 ใช่
- คะแนนรวม

ด้านที่ 5 ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน

รายการกิจกรรม		ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน			
		ทำได้ด้วยตนเอง รวมใช้อุปกรณ์ช่วย (1 คะแนน)	ทำได้ด้วยตนเองได้บ้าง ต้องมีคนช่วยจึง ทำได้สำเร็จ (2 คะแนน)	ทำได้ด้วยตนเอง ไม่ได้เลย (3 คะแนน)	คะแนน
กิจกรรมพื้นฐาน	1 ลุกจากที่นอนหรือเตียง	(1)	(2)	(3)	
	2 ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม	(1)	(2)	(3)	
	3 อาบน้ำ	(1)	(2)	(3)	
	4 สวมใส่เสื้อผ้า	(1)	(2)	(3)	
	5 ตัก/ หยิบอาหารรับประทาน	(1)	(2)	(3)	
	6 การใช้ห้องส้วมและ ทำความสะอาดหลังขับถ่าย	(1)	(2)	(3)	
	7 เดินหรือเคลื่อนที่ภายในบ้าน	(1)	(2)	(3)	
	8 ขึ้นลงบันได 1 ชั้น	(1)	(2)	(3)	
		กลืนได้ปกติ	กลืนไม่ได้บางครั้ง	กลืนไม่ได้เลย (รวมสวมน/ใส่สายสวน)	
	9 กลืนปีศาจ	(1)	(2)	(3)	
10 กลืนอุจจาระ	(1)	(2)	(3)		
รายการกิจกรรม		ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน			
		ทำได้ด้วยตนเอง รวมใช้อุปกรณ์ช่วย (1 คะแนน)	ทำได้ด้วยตนเองได้บ้าง ต้องมีคนช่วยจึง ทำได้สำเร็จ (2 คะแนน)	ทำได้ด้วยตนเอง ไม่ได้เลย (3 คะแนน)	คะแนน
กิจกรรมซับซ้อน	11 เดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน	(1)	(2)	(3)	
	12 ทำหรือเตรียมอาหาร	(1)	(2)	(3)	
	13 กวาด/ ถูบ้านหรือซักผ้า	(1)	(2)	(3)	
	14 การซื้อของ/ จ่ายตลาด	(1)	(2)	(3)	
	15 ใช้บริการระบบขนส่งสาธารณะ เช่น รถโดยสาร รถเมล์ แท็กซี่ รถไฟ	(1)	(2)	(3)	
	16 การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง	(1)	(2)	(3)	
		คะแนนรวม คะแนน			

การแปลผลผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว

การคิดคะแนนเพื่อจัดกลุ่มผู้สูงอายุ

กลุ่ม	ด้านสังคม	การมองเห็น การได้ยิน	ภาวะหลงลืมซึมเศร้า	ภาวะเปราะบาง	กิจกรรมประจำวัน
1	0-1	0	0	0	16-20
2	2	1	1	1-2	21-35
3	3	2	2	3-5	36-48

การคำนวณคะแนน

กลุ่ม	ด้านสังคม	การมองเห็น การได้ยิน	ภาวะหลงลืมซึมเศร้า	ภาวะเปราะบาง	กิจกรรมประจำวัน
1	0	1	2	4	6
2	0	2	4	8	12
3	0	3	6	12	18
คะแนนรวม.....คะแนน					

การแปลผล

คะแนนรวม	การดูแล
0 - 16	<ul style="list-style-type: none"> ไม่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ
17 - 19	<ul style="list-style-type: none"> ต้องเฝ้าระวัง ประเมินซ้ำทุก 6 เดือน หรือ 1 ปี
20 ขึ้นไป	<ul style="list-style-type: none"> ต้องได้รับการดูแลระยะยาว ประเมินเพิ่มเติมโดย คณะกรรมการผู้สูงอายุระยะยาวของชุมชน* <ol style="list-style-type: none"> โรคประจำตัว ด้านสังคม ภาวะซึมเศร้า สมรรถภาพสมอง หรือ ภาวะสมองเสื่อม

* คณะกรรมการผู้สูงอายุระยะยาวของชุมชน ควรประกอบด้วย บุคลากรองค์กรปกครองท้องถิ่น (เทศบาล อบต.) แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ขั้นตอนการแปลผลผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว พร้อมตัวอย่างการคิดคะแนน

1. คัดกรองผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว จนได้คะแนนในแต่ละด้าน
(สมมติคะแนนคัดกรองผู้สูงอายุ ที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวแล้วได้ในแต่ละด้าน ดังนี้)

ด้านที่ 1 สังคม.....2.....คะแนน

ด้านที่ 2 ความสามารถในการมองเห็นและการได้ยิน.....0.....คะแนน

ด้านที่ 3 ภาวะหลงลืมและภาวะซึมเศร้า.....1.....คะแนน

ด้านที่ 4 ภาวะเปราะบาง.....3.....คะแนน

ด้านที่ 5 ด้านความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน.....21.....คะแนน

2. การคิดคะแนนเพื่อจัดกลุ่มผู้สูงอายุ

นำคะแนนที่ได้ในแต่ละด้านมาจัดกลุ่ม จะได้คะแนนดังภาพประกอบที่ 1 หลังจากนั้นนำคะแนนมาเทียบกับตารางคำนวณคะแนนโดยสังเกตได้จากช่องของตารางทั้ง 2 จะตรงกันพอดี ซึ่งจะได้คะแนนดัง ภาพประกอบที่ 2

ภาพประกอบที่ 1

การคิดคะแนนเพื่อจัดกลุ่มผู้สูงอายุ

กลุ่ม	ด้านสังคม	การมองเห็น การได้ยิน	ภาวะหลงลืมซึมเศร้า	ภาวะเปราะบาง	กิจกรรมประจำวัน
1	0-1	0	0	0	16-20
2	2	1	1	1-2	21-35
3	3	2	2	3-5	36-48

ภาพประกอบที่ 2

การคำนวณคะแนน

กลุ่ม	ด้านสังคม	การมองเห็น การได้ยิน	ภาวะหลงลืมซึมเศร้า	ภาวะเปราะบาง	กิจกรรมประจำวัน
1	0	1	2	4	6
2	0	2	4	8	12
3	0	3	6	12	18
คะแนนรวม.....0+1+4+12+12 = 29.....คะแนน					

3. การแปลาวา

เมื่อลงคะแนนในตารางคำนวณคะแนน (ภาพประกอบที่ 2) และนำมาบวกทุกด้าน จะได้คะแนนรวมเท่ากับ 29 คะแนน หลังจากนั้นนำไปเทียบกับตารางการแปลผล

การแปลาวา

คะแนนรวม	การดูแล
0 - 16	<ul style="list-style-type: none">• ไม่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว• สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ
17 - 19	<ul style="list-style-type: none">• ต้องเฝ้าระวัง• ประเมินซ้ำทุก 6 เดือน หรือ 1 ปี
20 ขึ้นไป	<ul style="list-style-type: none">• ต้องได้รับการดูแลระยะยาว• ประเมินเพิ่มเติมโดย คณะกรรมการผู้สูงอายุระยะยาวของชุมชน* <ol style="list-style-type: none">1) โรคประจำตัว2) ด้านสังคม3) ภาวะซึมเศร้า4) สมรรถภาพสมอง หรือ ภาวะสมองเสื่อม

สรุปผลได้ว่า ผู้สูงอายุท่านนี้ ต้องได้รับการดูแลระยะยาว และประเมินเพิ่มเติมโดย คณะกรรมการผู้สูงอายุระยะยาวของชุมชน ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ โรคประจำตัว ด้านสังคม ภาวะซึมเศร้า และสมรรถภาพสมอง หรือภาวะสมองเสื่อม โดยใช้ “แบบประเมินผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว” (หน้า 66)

การประเมินผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว

ข้อแนะนำ

การประเมินผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวเป็นการประเมินเพื่อยืนยันผลการคัดกรองผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวในกรณีที่ผู้สูงอายุได้คะแนนรวม 20 คะแนนขึ้นไป สำหรับการพิจารณาให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุต่อไป

1) ประเมินโรคประจำตัว

ปัจจุบันผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว หรือ อาการของโรคที่ต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอหรือไม่

- | | | | |
|---|--------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| 1) เบาหวาน | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี | <input type="radio"/> ไม่เคยตรวจ |
| 2) ความดันโลหิตสูง | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี | <input type="radio"/> ไม่เคยตรวจ |
| 3) โรคหัวใจ | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี | <input type="radio"/> ไม่เคยตรวจ |
| 4) ข้อเสื่อม | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี | <input type="radio"/> ไม่เคยตรวจ |
| 5) โรคตา : โรคต้อกระจก โรคต้อหิน จอประสาทตาเสื่อม | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี | <input type="radio"/> ไม่เคยตรวจ |
| 6) อื่นๆ ระบุ..... | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี | <input type="radio"/> ไม่เคยตรวจ |
| 7) อื่นๆ ระบุ..... | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี | <input type="radio"/> ไม่เคยตรวจ |
| 8) อื่นๆ ระบุ..... | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี | <input type="radio"/> ไม่เคยตรวจ |

2) ประเมินด้านสังคม

ผู้สูงอายุประสบปัญหาในมิติเหล่านี้หรือไม่

- | | | |
|----------------------------|---------------------------|--|
| 1) มิติที่อยู่อาศัย | <input type="radio"/> ไม่ | <input type="radio"/> ประสบปัญหา ระบุ..... |
| 2) มิติการมีงานทำและรายได้ | <input type="radio"/> ไม่ | <input type="radio"/> ประสบปัญหา ระบุ..... |
| 3) มิติความมั่นคงส่วนบุคคล | <input type="radio"/> ไม่ | <input type="radio"/> ประสบปัญหา ระบุ..... |
| 4) มิติครอบครัว | <input type="radio"/> ไม่ | <input type="radio"/> ประสบปัญหา ระบุ..... |
| 5) มิติการสนับสนุนทางสังคม | <input type="radio"/> ไม่ | <input type="radio"/> ประสบปัญหา ระบุ..... |

หมายเหตุ

มิติที่อยู่อาศัย หมายถึง การมีสิทธิครอบครองที่อยู่อาศัยที่มีสภาพมั่นคง มีสาธารณูปโภคพื้นฐานที่เพียงพอ อยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ดี มีทางเข้าออกที่สะดวก

มิติความมั่นคงส่วนบุคคล หมายถึง ความปลอดภัยและรู้สึกปลอดภัยจากการประทุษร้ายทางร่างกายและทรัพย์สิน

มิติครอบครัว หมายถึง สมาชิกครอบครัวมีสัมพันธ์ภาพที่ดี เคารพและให้เกียรติซึ่งกันและกัน ร่วมรับผิดชอบในภาระของครอบครัว

มิติการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง มีบุคคลที่พร้อมจะให้การช่วยเหลือ สามารถเข้าถึงบริการสังคมได้โดยมีข้อจำกัดน้อย

3) ประเมินภาวะซึมเศร้า ใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)

4) ประเมินสมรรถภาพสมอง ใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย : MMSE-Thai 2002

ที่มา : คณะอนุกรรมการเพื่อผลักดันและขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ

รายชื่อผู้ร่วมพัฒนาแบบคัดกรอง/ ประเมินผู้สูงอายุ

นายแพทย์ประพนธ์ ตั้งศรีเกียรติกุล	รองอธิบดีกรมการแพทย์
แพทย์หญิงดุขัตติ์ จรรยาวัฒน์	ที่ปรึกษากรมการแพทย์
นายแพทย์ประพนธ์ พงศ์คณิตานนท์	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
ศ. นายแพทย์ประเสริฐ อัสสันตชัย	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
แพทย์หญิงสิรินทร ฉันทศิริกาญจน	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
นายแพทย์ชาวิท ตันวีระชัยสกุล	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
แพทย์หญิงสุรางค์ เลิศคชาธาร	สถาบันประสาทวิทยา
แพทย์หญิงสายจินต์ อีสี่ประดิษฐ์	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
นายแพทย์จตุพร งามจิตต์อำไพ	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
นายแพทย์ชาลี สุขเมฆานิชย์	โรงพยาบาลเลิดสิน
นายแพทย์ประชา สืบพงษ์ศิริ	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
นายแพทย์ศักดิ์ชัย ติรวิทยาคม	โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
นายแพทย์กิตติชาติ อินทุสร	โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
ทันตแพทย์หญิงฉวีวรรณ ภัคดีอนากุล	สถาบันทันตกรรม
ทันตแพทย์สมศักดิ์ ศรีพนารัตนกุล	สถาบันทันตกรรม
ทันตแพทย์หญิงวรางคณา เวชวิธ	สำนักทันตสาธารณสุข
รศ. ประคอง อินทรสมบัติ	คณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
รศ. ดร. จิราพร เกศพิชยวัฒนา	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นายสมลักษณ์ ศิริขันธ์วิจิตร	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
นายสัมฤทธิ์ สุขทวี	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข
นายชัยวัฒน์ คารวะพิทยากุล	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กรมการแพทย์
นางนิตยา พันธุเวทย์	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
นางสาวพรรณี ภาณุวัฒน์สุข	สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
นางนันทน์ภัส ประสานทอง	สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
นางวิมล บ้านพวน	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
นางสาวพีรญา จันทร์คง	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
นางสาวสุคนทิพย์ ศรีวิเศษ	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

รายชื่อผู้ร่วมพัฒนาแบบคัดกรอง/ ประเมินผู้สูงอายุ

นางวรารัตน์ กิจพจน์

นายจิรวรรช ประมวลเจริญกิจ

นางบุบผา สุวรรณฉัตรกุล

นางเบญจมาศ รอดแผ้วพาล

นางกรชนก วุฒิสวมวงศ์กุล

นางสาวสมจินต์ ไฉมวัฒนะชัย

นางสมฤดี เนียมหอม

นางสาวปิยะนุช ชัยสวัสดิ์

นางนฤมล ทองมีสิทธิ์

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ



คำสั่งกรมการแพทย์
ที่ ๓๑/๒๕๕๗

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการดูแลระยะยาว

เพื่อให้การดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการดูแลระยะยาว ภายใต้แผนปฏิบัติการภารกิจรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข/กรมวิชาการ ประจำปี ๒๕๕๗-๕๘ (๑๘ เดือน) โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ สามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ พัฒนาระบบการประเมินผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว และคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ เพื่อถ่ายทอดระบบการประเมินผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวและคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ เชื่อมโยงระหว่าง Hospital Base และ Community Base และเพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลการประเมินและคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ

จึงแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการดูแลระยะยาว โดยให้ความรับผิดชอบบทบาทและหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- | | | |
|--|---|-----------|
| ๑. นายประพนธ์ ตั้งศรีเกียรติกุล | รองอธิบดีกรมการแพทย์ | ประธาน |
| ๒. นายประพันธ์ พงศ์คณิตานนท์ | ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ | รองประธาน |
| ๓. ศาสตราจารย์ประเสริฐ อัสสันตชัย | คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล | กรรมการ |
| ๔. นางสิรินทร ฉันทศิริกาญจน | คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี | กรรมการ |
| ๕. รองศาสตราจารย์ประคอง อินทรสมบัติ | คณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี | กรรมการ |
| ๖. รองศาสตราจารย์จิราพร เกศพิชญวัฒนา | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | กรรมการ |
| ๗. นายชาวิท ต้นวีระชัยสกุล | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | กรรมการ |
| ๘. ผู้แทนกรมอนามัย | กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| ๙. ผู้แทนกรมควบคุมโรค | กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| ๑๐. ผู้แทนกรมสุขภาพจิต | กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| ๑๑. ผู้แทนกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ | กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| ๑๒. ผู้แทนโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) | กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |

๑๓. ผู้แทนสถาบันทันตกรรม	กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๔. ผู้แทนสถาบันประสาทวิทยา	กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๕. ผู้แทนโรงพยาบาลเลิดสิน	กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๖. ผู้แทนโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๗. ผู้แทนสำนักทันตสาธารณสุข	กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๘. ผู้แทนศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร	กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑๙. นายสมรภัฏ ศิริชินวิจิตร	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๐. นายชัยวัฒน์ คารวะพิทยากุล	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กรมการแพทย์	กรรมการ
๒๑. นายศักดิ์ชัย ธีรวิทยาคม	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี	กรรมการ
๒๒. นางกรชนก วุฒิสวมวงศ์กุล	โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี	กรรมการ
๒๓. นางสาวสมจินต์ โฉมวัฒนะชัย	สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	กรรมการ
๒๔. นางสาวปิยะนุช ชัยสวัสดิ์	สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	กรรมการ และเลขานุการ
๒๕. นางนฤมล ทองมีสิทธิ์	สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	กรรมการ และผู้ช่วย เลขานุการ

มีบทบาทและหน้าที่ ดังนี้

๑. พัฒนาและจัดทำแบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (Geriatric Assessment) และแบบประเมินผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว (Elderly long term care assessment)
๒. สนับสนุนผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ และประเมินผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว
๓. ปฏิบัติงานอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

สั่ง ณ วันที่ ๑๕ มกราคม พ.ศ.๒๕๕๗



นายสุพรรณ ศรีธรรมมา
อธิบดีกรมการแพทย์



คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ