



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไชยา

ที่ สฎ ๐๔๓๒/๑๗๕

วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๔

เรื่อง รายงานผลโครงการพัฒนาระบบงานผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ ๔ พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอไชยา ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

เรียน สาธารณสุขอำเภอไชยา

ตามที่เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอไชยา ได้ดำเนินโครงการพัฒนาระบบงานผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ ๔ พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ โดยวิธีการ จัดจัดอบรม เมื่อวันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๔ ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ไปแล้วนั้น

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไชยา ขอรายงานการผลโครงการฯ ตามเอกสารที่แนบมาด้วยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นายรัชนิกร ปานทอง)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ทราบ

(นายบุญธรรม มิ่งแก้ว)

สาธารณสุขอำเภอไชยา

รายงานการประชุมโครงการโครงการพัฒนาระบบงานผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ ๔ พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่  
ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม  
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอไชยา  
ปีงบประมาณ ๒๕๖๔  
วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๔

ผู้มาประชุม

- |                               |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|
| ๑. นายสุริยา เชื่องช้าง       | ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอไชยา   |
| ๒. นายรัชนิกร ปานทอง          | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| ๓. นางสินีนามู ครุฑทิพย์      | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ       |
| ๔. นางปาไลดา จันทรเพชร        | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ       |
| ๕. นางตรีชฎา ชื่นวิเศษ        | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ       |
| ๖. นางอารดี วุฒิจันทร์        | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ       |
| ๗. นางรัตนา กรุยะ             | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ       |
| ๘. นางอรุรัตน์ จุลนวล         | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ       |
| ๙. นางฉวีวรรณ ตีมีศรี         | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ       |
| ๑๐. นางมณฑา มนอ่อน            | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ       |
| ๑๑. นางพจณี ทองร้อยช้าง       | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ       |
| ๑๒. นายชัยสิทธิ์ หมวดทอง      | เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล     |
| ๑๓. นางณัฐนิช สอาดเยี่ยม      | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ       |
| ๑๔. นางอารี คงหน่วย           | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ           |
| ๑๖. นางสาวกนกวรรณ อินทร์ภักดี | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ           |
| ๑๗. นางปรียาภรณ์ บุญพา        | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ           |
| ๑๘. นางราตรี ปลอดภัยจินดา     | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ           |
| ๑๙. นางอรัญญา ทองขวิด         | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ           |
| ๒๐. นส.เปรมฤดี เลขบรรจบ       | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ           |
| ๒๑. นส.ทอรั้ง ทวีทรัพย์       | นักกายภาพบำบัด              |
| ๒๒. นายอนันต์ ไชยสาแล         | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ           |
| ๒๓. นางสมศรี จำนงทอง          | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ           |
| ๒๔. นางสาวใจ บุญมณี           | เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล     |
| ๒๕. นางจุฑามาศ ไชยมาตร        | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ           |
| ๒๖. นายอัษฎาวุธ จันทรเพ็ง     | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ           |
| ๒๘. นส.ณัฐวดี แวะหะมะ         | แพทย์แผนไทย                 |
| ๓๐. นางอรัญญา โส๊ะอัน         | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ       |
| ๓๑. นส.พัชราภรณ์ เพชรรัตน์    | แพทย์แผนไทย                 |
| ๓๒. นส.สาวิตรี จุนจงกุล       | นักวิชาการสาธารณสุข         |
| ๓๓. นส.สุภาณี เผือกสวัสดิ์    | พนักงานช่วยการพยาบาล        |
| ๓๔. นางประกายทอง กลิ่นชโยภาส  | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ           |

๓๕. นส.พาริตา เส้นธนู	แพทย์แผนไทย
๓๖. นส.เสาวรัตน์ หมัดตะด้า	นักกายภาพบำบัด
๓๗. นส.เสาวกุล ศรีสมัย	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
๓๘. นส.อภิญา คงอภัย	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
๓๙. นางสุภารัตน์ นาคน้อย	พนักงานช่วยการพยาบาล
๔๐. นส.สิริมา พิมพ์สุวรรณ	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
๔๑. นส.เกศสุดา หิตแก้ว	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
๔๒. นายทะนงศักดิ์ ดำแดง	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
๔๓. นส.ละไม บุษบรรณ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๔๔. นส.นัยนา เดชะ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
๔๕. นางสุนันทา ทิพย์ภักดี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๔๖. นส.ณัฐยา เชื่องช้าง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๔๗. นส.อริยา พุฒิศรี	พนักงานช่วยการพยาบาล
๔๘. นางณัชรานี แซ่เตี๋ย	พนักงานช่วยการพยาบาล

วาระที่ ๑ ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ  
ไม่มี

วาระที่ ๒ ทบทวน ติดตาม รายงานการประชุมครั้งที่แล้ว  
ไม่มี

วาระที่ ๓ เรื่องเสนอเพื่อทราบ

๓.๑ โครงการโครงการพัฒนาระบบงานผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ ๔ พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่  
ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ประธาน โครงการโครงการพัฒนาระบบงานผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ ๔ พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่  
ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กำหนดจัดขึ้น วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๔  
ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไชยา กลุ่มเป้าหมายเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ดูแล  
ผู้สูงอายุ งบประมาณจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

กำธร กระบวนการเป็นอย่างไร ครับ

ประธาน ดำเนินการอบรม แล้วจัดกระบวนการรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่แต่ละส่วน ดำเนินการใน  
ชุมชน ส่งต่อผู้ป่วยไป โรงพยาบาลไชยา ประเมินผลการรักษา

รัตนา กระบวนการในชุมชนดำเนินการโดยหน่วยงานใด ค่ะ

สุวรรณณี ดำเนินการโดย รพ.สต. และขอความร่วมมือไปยัง โรงพยาบาลไชยาได้ ค่ะ

ประธาน ขอเชิญคุณสุวรรณณี บรรยาย ครับ

สุวรรณณี สำหรับการบรรยายในวันนี้ จะแบ่งเป็น ๒ ประเด็น

๑. ความรู้เรื่องสมองเสื่อม

๒. กระบวนการดำเนินงาน

ระหว่างบรรยายสอบถามได้ตลอดเวลา

อรัญญา จะมีการอบรมเข้ม ให้ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อีกครั้งมั้ย ค่ะ

สุวรรณณี ขึ้นกับความพร้อมของ รพ.สต. และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ขอให้ทุกคนฝึกปฏิบัติ ด้วย จีบคู่  
บรรยายเสร็จ ใครมีอะไรสองถาม ถ้าไม่มีขอจบการบรรยายไว้เพียงแค่นี้ ค่ะ  
รชนีกร ขอขอบคุณวิทยากร และผู้เข้ารับการอบรม ครับ ขอปิดการประชุม ครับ

รชนีกร นานา  
( เมธีรัตน นานา )  
ผู้ประสานงาน

พญ.อรุณ ลิ้มฉาย  
( เมธีอรุณ ลิ้มฉาย )  
ผู้ประสานงาน

แบบทดสอบความเศร้า Thai Geriatric Depression Scale : TGDS

คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราชธนุญคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ข้อแนะนำ

แบบทดสอบความเศร้าของคุณใช้เวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. คุณพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่		*
2. คุณไม่อยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ	*	
3. คุณรู้สึกว่าคุณว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร	*	
4. คุณรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อย ๆ	*	
5. คุณหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า		*
6. คุณมีเรื่องกังวลอยู่ตลอดเวลาและเลิกคิดไม่ได้	*	
7. ส่วนใหญ่แล้วคุณรู้สึกอารมณ์ดี		*
8. บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกไม่มีที่พึ่ง	*	
9. คุณชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน	*	
10. คุณคิดว่าความจำของคุณไม่ดีเท่าคนอื่น	*	
11. การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้เป็นเรื่องที่น่ายินดีหรือไม่		*
12. คุณรู้สึกว่าชีวิตของคุณค่อนข้างไม่มีคุณค่า	*	
13. คุณรู้สึกกระตือรือร้น		*
14. คุณรู้สึกสิ้นหวัง	*	
15. คุณรู้สึกว่าคนอื่นดีกว่าคุณ	*	
รวมคะแนน		

ตอบข้อ \* = 1 คะแนน

คะแนน 5-9 ข้อ = น่าจะมีภาวะซึมเศร้า

คะแนน > 10 ข้อ = มีภาวะซึมเศร้า



**แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น**  
**คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช นิตยภัต จังหวัดสุราษฎร์ธานี**

คะแนน

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10

1. Orientation for time (5 คะแนน)  
(ตอบทุกข้อละ 1 คะแนน)  
1.1 วันที่เรากำลังทำ  
1.2 วันที่เรามา  
1.3 เดือนที่เรามา  
1.4 ปีที่เรามา  
1.5 ฤดูที่เรามา

บันทึกคำตอบไว้ทุกข้อ คะแนน  
(ส่งคำตอบที่ถูกต้องและผิด)

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

2. Orientation for place (5 คะแนน) (ให้เลือกว่าข้อใดข้อหนึ่ง)  
(ตอบทุกข้อละ 1 คะแนน)

- 2.1 การที่อยู่สถานที่ธรรมดา
- 2.1.1 สถานที่ตรงนั้นเรียกว่า อะไร และ.....ชื่ออะไร  
.....  
.....
- 2.1.2 ขณะที่อยู่ที่นี่ทำไมเราจึงมาอยู่ที่นี่  
.....  
.....
- 2.1.3 ที่อยู่ของเราชื่ออะไร  
.....  
.....
- 2.1.4 ที่นั่งที่เราอยู่  
.....  
.....
- 2.1.5 ที่บ้านของเรา  
.....  
.....

บันทึกคำตอบไว้ทุกข้อ คะแนน

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

3. Recognition (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นการทดสอบภาษา ผม(ดิฉัน) จะออกชื่อของ 3 อย่าง คุณ(เขา,เขา...) ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อ ผม(ดิฉัน)พูดจบ ให้ คุณ(เขา,เขา...) พูดตามทวน ซึ่งมีดังนี้ ให้ตอบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ติดใจด้วยดีตามข้อ

\* การบอกชื่อแต่ละคำให้ทำงานประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ฟังหรือรีบจำไป  
(ตอบทุก 1 คำได้ 1 คะแนน)

- ดอกไม้  แม่น้ำ  ภูเขาไฟ

ในการฟังแบบทดสอบข้างภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

- ต้นไม้  ทะเล  รถยนต์

4. Attention/Comprehension (5 คะแนน) (ให้เลือกว่าข้อใดข้อหนึ่ง)

ข้อใดเป็นการจัดของสิ่งของที่คนสมัยนี้ ชอบ (เขา,เขา...) จัดลงในใบไม้? ถ้าชอบเลือกเป็นข้อที่ข้อ 4.1 ถ้าชอบอีกไม่เป็นหรือไปตอบข้อที่ข้อ 4.2

4.1 ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ซึ่ง รมบอกละ 7

ไปเรื่อย ๆ ได้ถึงที่นั่นที่ไปบอกมา

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกข้อ (ให้คำตอบที่ถูกต้องและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง

ถ้าตอบได้ 1, 2 หรือ 3 แล้วตอบผิดก็คิดคะแนนเท่าที่ได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 หนู (ดิฉัน) จะลวดลวดว่า มะนาว ให้คุณ(เขา,เขา...) ฟังแล้ว ให้คุณ (เขา,เขา...) สรรหาผลไม้ที่คล้ายกัน

จากพยัญชนะตัวหลังที่คล้ายกัน คำว่ามะนาวจะคล้ายกับ มะม่วง-สละ มะม่วง-สละ มะม่วง-สละ มะม่วง-สละ มะม่วง-สละ

ให้คุณ(เขา,เขา...) สรรหาผลไม้ที่คล้ายกัน

5. Recall (3 คะแนน)

นี่คือคำที่ให้อ่าน 3 อย่าง จำได้ไหมชื่ออะไร (ตอบทุก 1 คำได้ 1 คะแนน)

- ดอกไม้  แม่น้ำ  ภูเขาไฟ

ในการฟังแบบทดสอบข้างภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

- ต้นไม้  ทะเล  รถยนต์

6. Naming (2 คะแนน)

6.1 ยืนยันสิ่งที่ผู้ถูกทดสอบพูดและถามว่า

"ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร"

6.2 ขึ้นทักท้วงหรือชี้ให้ผู้ถูกทดสอบพูดและถามว่า

"ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร"

.....  
 .....

7. Repetition (1 คะแนน)

(ผู้ถามได้ถูกฟังได้ 1 คะแนน)

\*ทั้งใจฟังหม (ดิฉัน) และ เมียมหม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้

แล้วให้คุณ (ตา.ยาย...) พูดตาม หม (ดิฉัน) จะบอกเพียงที่ยาตีบว่า

"ใครใครซาบไปใ้"

.....  
 .....

8. Verbal command (3 คะแนน)

\*จัด ๆ นวดที่ข้อมหม (ดิฉัน) ลงลงกระซอกหมให้ แล้วไปคุณ (ตา.ยาย...)

รับด้วยมือขวา กับครั้ง แล้ววางไว้ที่..... (ดิฉัน, ใต้, เที่ยง)

ผู้ทดสอบแสดงภาวะตาบอดด้วยท่าขณะประมาณ ๓๕-4

ไม่มียอหับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

○ รับด้วยมือขวา ○ ทัดครึ่ง ○ วางไว้ที่ (พื้น, ใต้, เที่ยง) .....

9. Written command (1 คะแนน)

ต่อไปนี้จะมีคำสั่งเขียนบนบัตรหรือ ily โดยภาษาไทยคุณ (ตา.ยาย...) ถ้า

แล้วกราบทาม คุณ (ตา.ยาย...) จะรับออกเขียนหรืออ่านไม่ได้ก็ได้

ผู้ทดสอบแสดงภาวะตาบอดที่เขียนว่า "หลับตา" ○ หลับตาได้ .....

10. Writing (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง "ให้คุณ (ตา.ยาย...) เขียนข้อความอะไรก็ได้ก่อนแล้วรู้เรื่อง

หรือข้อความหมายเลข 1 ประโยค"

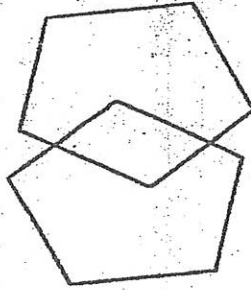
.....  
 .....

○ ประโยคมีความหมาย

11. Visuoconstruction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง "จวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง"

(ในทำ่งทำ่งทำ่งของภาพตัวอย่าง)



ชื่อผู้ถูกประเมิน (นาม, นามสกุล).....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
 คะแนนรวม.....

หนังสือผู้ทำการทดสอบ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

จุดตัด (cut-off point) สำหรับคะแนนที่ส่งผลการประเมิน (cognitive impairment)

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

# หลับตา







**เครื่องมือทดสอบทางจิตประสาท (Neuropsychiatric inventory)**  
**คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราชธนุญคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี**

ถามผู้ดูแลถึงอาการผู้ป่วยในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา

หัวข้อ	มี	ไม่มี	ความถี่ (F)	ความรุนแรง (S)	(F) X(S)	ความทุกข์ทรมานที่ เกิดขึ้น
ความคิดหลงผิด(Delusions)			1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
ประสาทหลอน(Hallucination)			1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
พฤติกรรมก่อกวน วุ่นวาย(Agitation)			1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
อารมณ์ซึมเศร้า(Depression)			1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
ความหวาดหวั่น วิตกกังวล(Anxiety)			1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
อารมณ์ร่าเริงที่ง่าเกินไปเหตุ (Euphoria/elation)			1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
ความเฉยเมยไม่สนใจสิ่งรอบตัว (Apathy/indifference)			1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
ความไม่ยับยั้งชั่งใจ(Disinhibition)			1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
อารมณ์หงุดหงิด โกรธง่าย/ เปลี่ยนแปลงไม่แน่นอน (Irritability/Lability)			1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
พฤติกรรม/การกระทำแปลกๆที่เกิดขึ้น (Aberrent motor activity)			1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
การนอนหลับ/พฤติกรรมวุ่นวายตอน กลางคืน(Night time behavior)			1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
ความเจริญอาหารและการรับประทานอาหาร อาหารที่เปลี่ยนไป(Apatite/eating change)			1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4
ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน				รวมคะแนน		

- ความถี่ 1 = เกิดบ่อยน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์      2 = เกิดประมาณ 1 ครั้ง/สัปดาห์  
3 = เกิดหลายครั้ง/สัปดาห์แต่ไม่ได้เกิดทุกวัน      4 = เกิดทุกวัน วันละครั้งหรือมากกว่า
- ความรุนแรง 1 = อาการดังกล่าวไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย และไม่ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวล  
2 = อาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ ความวิตกกังวลหรือทำให้ผู้ป่วยทะเลาะเบาะแว้งกับผู้อื่น  
3 = อาการดังกล่าวทำให้เกิดพฤติกรรมวุ่นวายจนเกิดปากเสียงหรือเป็นอันตรายกับคนรอบข้าง อาจต้องใช้ยา  
ควบคุมอาการ หรือเป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความอับอายหรือรบกวนจนทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ
- ความทุกข์ทรมาน 0 = ไม่มีความวิตกกังวล      1 = มีความวิตกกังวลน้อยมาก      2 = มีความวิตกกังวลน้อย  
3 = มีความวิตกกังวลปานกลาง      4 = มีความวิตกกังวลมาก      5 = มีความวิตกกังวลมากอยู่ในขั้นรุนแรง

**Chula IADL Index**

**คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราชธน กรุงเทพมหานคร**

ขีดเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่เหมาะสมที่สุดกับกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้เพียงข้อเดียว ถ้าผู้ป่วยไม่เคยทำกิจกรรมนั้น ให้ประเมินว่า ถ้าผู้ป่วยสามารถทำได้จะสามารถทำได้หรือไม่ มีทั้งหมด 5 กิจกรรม (คะแนนมากที่สุด = 9, คะแนนต่ำที่สุด = 0)

กิจกรรม									
<b>1. เดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน</b>									
0 เดินไม่ได้									
1 ใช้รถเข็นและช่วยตนเองได้ หรือต้องการคนประคอง									
2 ข้าง									
2 ต้องการคนช่วยพยุง หรือ ไปด้วยตลอด									
3 เดินได้เอง (รวมทั้งที่ใช้เครื่องช่วยเดิน)									
<b>2. ทำหรือเตรียมอาหาร/หุงข้าว</b>									
0 ทำไม่ได้									
1 ต้องการคนช่วยในการทำ									
2 ทำได้เอง									
<b>3. ทำความสะอาดบ้าน/ซักรีดเสื้อผ้า</b>									
0 ทำไม่ได้/ต้องมีคนช่วย									
1 ทำได้เอง									
<b>4. ทอนเงิน/แลกเงิน</b>									
0 ทำไม่ได้/ต้องมีคนช่วย									
1 ทำได้เอง									
<b>5. ใช้บริการรถเมล์ รถสองแถว</b>									
0 ไม่สามารถทำได้									
1 ทำได้แต่ต้องมีคนช่วยดูแลไปด้วย									
2 ไปมาได้เอง									
<b>รวม</b>									

**หมายเหตุ**

1. เป็นการวัดว่าทำอะไรได้บ้าง (ทำอยู่ได้จริง) ไม่ใช่เป็นการทดสอบว่าหรือถามว่าสามารถทำได้หรือไม่
2. สอบถามถึงการปฏิบัติในระยะ 1-2 สัปดาห์
3. เป็นการวัดระดับ independence ถ้าหากต้องมีคนคอยดูแลหรือเฝ้าระวังเวลาปฏิบัติ ให้ถือว่าไม่ได้คะแนนเต็ม

**แบบประเมินภาวะโภชนาการ**  
**คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราชธนิกม จังหวัดสุราษฎร์ธานี**

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่อง  หน้าข้อความ ตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวผู้สูงอายุ การคัดกรองภาวะโภชนาการเบื้องต้น

คำถามการคัดกรอง	คะแนน
<b>A. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา มีการรับประทานอาหารได้น้อยลง เนื่องจากความอยากอาหารลดลง มีปัญหาการย่อย การเคี้ยว หรือการกลืนหรือไม่</b> 0 = รับประทานอาหารน้อยลงอย่างมาก 1 = รับประทานอาหารน้อยลงปานกลาง 2 = การรับประทานอาหารไม่เปลี่ยนแปลง	
<b>B. ในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา น้ำหนักลดลงหรือไม่</b> 0 = น้ำหนักลดมากกว่า 3 กิโลกรัม 1 = ไม่ทราบ 2 = น้ำหนักลดระหว่าง 1-3 กิโลกรัม 3 = น้ำหนักเท่าเดิม	
<b>C. สามารถเคลื่อนไหวได้เองหรือไม่</b> 0 = นอนบนเตียง หรือ ต้องอาศัยรถเข็นตลอดเวลา 1 = ลุกจากเตียงหรือรถเข็นได้บ้าง แต่ไม่สามารถไปข้างนอกได้เอง 2 = เดินและเคลื่อนไหวได้ตามปกติ	
<b>D. ใน เดือนที่ผ่านมา มีความเครียดรุนแรงหรือป่วยเจ็บป่วยหรือไม่</b> 0 = มี 2 = ไม่มี	
<b>E. มีปัญหาทางประสาท (Neuropsychological problems) หรือไม่</b> 0 = ความจำเสื่อม หรือ หลงๆ อยากรุนแรง 1 = ความจำเสื่อมเล็กน้อย 2 = ไม่มีปัญหาทางประสาท	
<b>F. ดัชนีมวลกาย [BMI = น้ำหนัก (กก.) / ส่วนสูง (ม.2 )]</b> 0 = BMI น้อยกว่า 19 1 = BMI ตั้งแต่ 19 แต่ต่ำกว่า 21 2 = BMI ตั้งแต่ 21 แต่ต่ำกว่า 23 3 = BMI ตั้งแต่ 23 ขึ้นไป	<b>รวม</b>

คะแนนการคัดกรองเบื้องต้น (เต็ม 14 คะแนน)

≥ 12 คะแนน ภาวะโภชนาการปกติ

8-11 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ

0-7 คะแนน มีภาวะขาดสารอาหาร

**แบบประเมินสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุ**  
**คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราชธนิกม จังหวัดสุราษฎร์ธานี**

**ส่วนที่ 1 ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพช่องปาก**

**1. ประเมินพฤติกรรมกรรมการทำความสะอาดช่องปาก**

**1. การแปรงฟัน**

- ไม่ได้แปรงฟัน/ไม่ได้ใช้แปรงสีฟัน
- แปรงฟันวันละ 1 ครั้ง ก่อนเข้านอน
- แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง เช้า และก่อนเข้านอน
- แปรงฟันมากกว่าวันละ 2 ครั้ง ระบุ.....
- อื่น ๆ ระบุ.....

**2. การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวัน**

- ไม่ใช่
- ใช่

**3. การทำความสะอาดซอกฟัน ทุกวัน/เกือบทุกวัน**

- ไม่ทำ
- ทำ โดยใช้อุปกรณ์ ได้แก่.....

**2. ประเมินสภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก**

- สูบบุหรี่ มากกว่า 10 มวน / วัน
- เคี้ยวหมากเป็นประจำ

**ส่วนที่ 2 ประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ**

ข้อ	คำถาม	คะแนน		การติดตาม	
		0	1	ใช่	ไม่ใช่
1	บริเวณริมฝีปาก แก้ม ลิ้น มีปุ่ม/ก้อนเนื้อ/มีแผลเรื้อรัง หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	บริเวณเหงือกมีเลือดออก/มีสีหนอง/ฟันโยก หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	มีฟันผุเป็นรู เสียฟัน ฟันหัก/ฟันแตกเหลือแต่ตอฟัน หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	มีปัญหาการเคี้ยวอาหาร/การกลืนหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	จำเป็นต้องใส่ฟันเทียม หรือทำฟันเทียมใหม่ หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	ท่านเคยได้รับการตรวจหรือรักษาจาก ทันตกรรม หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	ปัจจุบันท่านต้องการการรักษา หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**การแปลผล**

ในข้อ 1-5 ถ้าได้ 1 คะแนน ข้อใดข้อหนึ่งให้ส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการทางทันตกรรม

**ส่วนที่ 3 แผนกส่งต่อ การส่งต่อเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาทางทันตกรรม**

- เนื้อเยื่อในช่องปาก
- เหงือก
- ฟันผุ
- ปัญหาการเคี้ยวอาหาร
- ฟันเทียม

**แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score)**  
**คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราชธนิกม จังหวัดสุราษฎร์ธานี**

ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....บ้านเลขที่.....หมู่.....  
 ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ หัวข้อที่ตรงกับอาการที่เกิดขึ้นกับตัวท่านมากที่สุด ในช่วง เวลา 1 เดือน ที่ผ่านมา

ลักษณะอาการ	คะแนนที่ได้
1) ลักษณะอาการเจ็บปวดเข่าของท่าน <input type="checkbox"/> ไม่มีอาการ ( 4 คะแนน ) <input type="checkbox"/> อาการปวดเล็กน้อยที่เข่าเล็กน้อย เฉพาะเวลาขยับตัวหรืออยู่ในบางท่าเท่านั้น ( 3 คะแนน ) <input type="checkbox"/> หลังใช้งานนาน อาการปวดเข่ามากขึ้น พักแล้วดีขึ้น เป็นๆหายๆ ( 2 คะแนน ) <input type="checkbox"/> อาการปวดเข่าเพิ่มมากขึ้น ปวดนานขึ้น ( 1 คะแนน ) <input type="checkbox"/> อยู่เฉยๆก็ปวดมาก ขยับไม่ได้ ( 0 คะแนน )	
2) ท่านมีปัญหาเรื่องเข่าในการทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเอง หรือไม่ เช่นการยืนอาบน้ำเป็นต้น <input type="checkbox"/> ไม่มีปัญหา ( 4 คะแนน ) <input type="checkbox"/> มีอาการปวดเข่า/ข้อเข่าฝืดตึงขัดเล็กน้อย แต่น้อยมาก ( 3 คะแนน ) <input type="checkbox"/> มีอาการปวดเข่า/ข้อเข่าฝืดตึงเล็กน้อย บ่อยครั้ง ( 2 คะแนน ) <input type="checkbox"/> เริ่มมีปัญหาด้วยความยากลำบาก ( 1 คะแนน ) <input type="checkbox"/> ไม่สามารถทำได้ ( 0 คะแนน )	
3) ท่านมีปัญหาเรื่องเข่า เมื่อก้าวขึ้นลงรถ หรือรถประจำทางหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มีอาการใดๆ ( 4 คะแนน ) <input type="checkbox"/> มีอาการปวดเข่า/ข้อเข่าฝืดตึงขัดเล็กน้อย แต่น้อยมาก ( 3 คะแนน ) <input type="checkbox"/> มีอาการปวดเข่า/ข้อเข่าฝืดก้าวขึ้นลงได้ช้ากว่าปกติ ( 2 คะแนน ) <input type="checkbox"/> มีอาการปวดเข่ามาก/ข้อเข่าฝืด ก้าวขึ้นลงด้วยความยากลำบาก ( 1 คะแนน ) <input type="checkbox"/> ไม่สามารถทำได้ ( 0 คะแนน )	
4) ระยะเวลาที่ท่านเดินได้มากที่สุดก่อนที่ท่านจะมีอาการปวดเข่า <input type="checkbox"/> เดินได้เกิน 1 ชั่วโมง โดยไม่มีอาการอะไร ( 4 คะแนน ) <input type="checkbox"/> เดินได้ 6 – 60 นาที เริ่มมีอาการปวด ( 3 คะแนน ) <input type="checkbox"/> เดินได้เพียง 5 – 15 นาที เริ่มมีอาการปวด ( 2 คะแนน ) <input type="checkbox"/> เดินได้แค่รอบบ้านเท่านั้น เริ่มมีอาการปวด ( 1 คะแนน ) <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้และเดินไม่ไหว ( 0 คะแนน )	
5) หลังทานอาหารเสร็จ ในขณะที่ลุกจากเก้าอี้ นั่ง เข่าของท่านมีอาการอย่างไร <input type="checkbox"/> ไม่มีอาการ ( 4 คะแนน ) <input type="checkbox"/> มีอาการปวดเข่า/ข้อเข่าฝืดเล็กน้อย ( 3 คะแนน ) <input type="checkbox"/> มีอาการปวดเข่าข้อเข่าฝืดปานกลาง ( 2 คะแนน ) <input type="checkbox"/> มีอาการปวดเข่ามาก/ข้อเข่าฝืด ลุกขึ้นยืนด้วยความยากลำบาก ( 1 คะแนน ) <input type="checkbox"/> ปวดมากไม่สามารถลุกขึ้นได้ ( 0 คะแนน )	
6) ท่านต้องเดินโยกตัว( เดินกระเผลกกระเผลก )เพราะอาการที่เกิดจากเข่าของท่านหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย ( 4 คะแนน ) <input type="checkbox"/> ในช่วง 2-3 ก้าวแรกที่ออกเดินเท่านั้น ( 3 คะแนน ) <input type="checkbox"/> เป็นบางครั้ง ( 2 คะแนน ) <input type="checkbox"/> เป็นส่วนใหญ่ ( 1 คะแนน ) <input type="checkbox"/> ตลอดเวลา ( 0 คะแนน )	

ลักษณะอาการ	คะแนนที่ได้
7) ท่านสามารถนั่งลงคุกเข่าและลุกขึ้นได้หรือไม่ ( ) ลุกได้ง่าย (4 คะแนน) ( ) ลุกได้ ลำบากเล็กน้อย (3 คะแนน) ( ) ลุกได้แต่ยากขึ้น (2 คะแนน) ( ) ลุกได้แต่ยากลำบากมาก (1 คะแนน) ( ) ลุกไม่ไหว (0 คะแนน)	
8) ท่านมีปัญหาปวดเข่า ในขณะที่นอนกลางคืนหรือไม่ ( ) ไม่เคย (4 คะแนน) ( ) ใน 1 เดือนมี 1-2 ครั้ง (3 คะแนน) ( ) บางคืน (2 คะแนน) ( ) ส่วนมาก (1 คะแนน) ( ) ทุกคืน (0 คะแนน)	
9) ในขณะที่คุณทำงาน/ทำงานบ้านท่านมีอาการปวดเข่าหรือไม่ ( ) ไม่มี (4 คะแนน) ( ) น้อยมาก (3 คะแนน) ( ) บางครั้ง (2 คะแนน) ( ) ส่วนมาก (1 คะแนน) ( ) ตลอดเวลา (0 คะแนน)	
10) ท่านเคยมีความรู้สึกว้าวุ่นหรือหมดแรงทั้งที่จนตัวทรุดลง ( ) ไม่เคย (4 คะแนน) ( ) ในช่วงแรกที่ก้าวเดินเท่านั้น (3 คะแนน) ( ) บางครั้ง (2 คะแนน) ( ) ส่วนมาก (1 คะแนน) ( ) ตลอดเวลา (0 คะแนน)	
11) ท่านสามารถไปซื้อของใช้ต่างๆได้ด้วยตัวท่านเอง ( ) ได้เป็นปกติ (4 คะแนน) ( ) ไปได้ เริ่มมีอาการปวดเข่า/ตึงเข่าเล็กน้อย (3 คะแนน) ( ) ไปได้ เริ่มมีอาการปวดเข่า/ตึงเข่ามากขึ้น (2 คะแนน) ( ) พอไปได้ แต่ด้วยความยากลำบากมาก (1 คะแนน) ( ) ไปไม่ไหว (0 คะแนน)	
12) ท่านสามารถเดินลงบันไดได้หรือไม่ ( ) เดินลงได้ เป็นปกติ (4 คะแนน) ( ) เดินลงได้ เริ่มมีอาการปวดเข่า/ตึงเข่าเล็กน้อย (3 คะแนน) ( ) เดินลงได้ เริ่มมีอาการปวดเข่า/ตึงเข่ามากขึ้น (2 คะแนน) ( ) เดินลงได้ด้วยความยากลำบากมาก (1 คะแนน) ( ) เดินลงไม่ได้ (0 คะแนน)	
คะแนนรวม	

ผลการประเมิน

- เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง (0 – 9 คะแนน) ควรรับการรักษาจากศัลแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกระดูกและข้อทันที
- มีอาการโรคข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง (20 – 29 คะแนน) ควรปรึกษาศัลแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกระดูกและข้อเพื่อรับการตรวจรักษา
- เริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อม (30 – 39 คะแนน) ควรได้รับคำแนะนำจากศัลแพทย์กระดูกและข้อเรื่องการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม
- ยังไม่พบอาการผิดปกติ (40 – 48 คะแนน) ควรตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปี



**การประเมินภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่**  
**คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราชธน กรุงเทพมหานคร**

คำชี้แจง : ใช้ถามเฉพาะผู้สูงอายุที่ประวัติว่ามีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาและไม่มีอาการที่แสดงถึงภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ (เช่น มีไข้ หนาวสั่น เจ็บเวลาถ่ายปัสสาวะ เป็นต้น)

1. ท่านเริ่มมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มานานแค่ไหน
 

( ) ไม่เกิน 6 เดือน	( ) มากกว่า 6 เดือนแต่ไม่เกิน 12 เดือน
( ) 1-5 ปี	( ) 5 ปีขึ้นไป
2. ท่านมีอาการของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ดังต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้หลายข้อ)
  - 2.1 ปัสสาวะเล็ด
 

2.1.1 ปัสสาวะเล็ดพร้อมกับการไอ จาม หัวเราะหรือออกแรง	(0) ไม่มี	(1) มี
2.1.2 ปัสสาวะเล็ดออกมาจำนวนน้อย (เป็นหยด, พุ่งออกมา)	(0) ไม่มี	(1) มี
2.1.3 ปัสสาวะเล็ดโดยควบคุมไม่ได้	(0) ไม่มี	(1) มี
  - 2.2 ปัสสาวะรด/กลั้นปัสสาวะไม่ทัน
 

2.2.1 เมื่อมีอาการปวดปัสสาวะต้องรีบเร่งเข้าห้องน้ำ	(0) ไม่มี	(1) มี
2.2.2 ปัสสาวะรดก่อนถึงห้องน้ำ	(0) ไม่มี	(1) มี
2.2.3 ปัสสาวะรดแบบควบคุมไม่ได้	(0) ไม่มี	(1) มี
  - 2.3 กลั้นปัสสาวะไม่อยู่เพราะปัสสาวะล้น
 

2.3.1 ก่อนถ่ายปัสสาวะต้องรอนานกว่าจะออก	(0) ไม่มี	(1) มี
2.3.2 ปัสสาวะไม่พุ่ง/ปัสสาวะหลายหยกหลายทีหรือต้องเบ่งหลายครั้งกว่าจะเสร็จ	(0) ไม่มี	(1) มี
2.3.3 ปัสสาวะเสร็จแล้วมีหยดออกมาอีก	(0) ไม่มี	(1) มี
2.3.4 ปัสสาวะเสร็จช้ากว่าปกติหรือใช้เวลานาน	(0) ไม่มี	(1) มี
2.3.5 ปัสสาวะไม่รู้สึกเหลือค้างในกระเพาะปัสสาวะ	(0) ไม่มี	(1) มี
2.3.6 ปัสสาวะบ่อยแต่จำนวนน้อยหรือปัสสาวะเป็นหยดๆ เวลาเปลี่ยนท่าทางหรือเปลี่ยนอิริยาบถ	(0) ไม่มี	(1) มี
  - 2.4 ปัสสาวะรดเครื่องนุ่งห่มเพราะมีขีดจำกัดของร่างกาย
 

2.4.1 มีข้อจำกัดของการเคลื่อนไหว	(0) ไม่มี	(1) มี
2.4.2 ไม่มีห้องส้วมหรือหาห้องส้วมไม่ได้ขณะปวดปัสสาวะ	(0) ไม่มี	(1) มี
2.4.3 ถูกจำกัดให้อยู่กับที่	(0) ไม่มี	(1) มี
2.4.4 ได้รับยาที่มีผลต่อการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ เช่น ยากล่อมประสาท ยานอนหลับ ยาคลายเครียด ยากล่อมประสาทส่วนกลาง ยาขับปัสสาวะ ยาต้านโคลิเนอร์จิก ยาต้านอัลฟา-อะดรีเนอร์จิก	(0) ไม่มี	(1) มี
2.4.5 มีภาวะซึมเศร้า, สับสน, ความจำเสื่อม	(0) ไม่มี	(1) มี
2.4.6 มีความเจ็บปวดเกิดแก่ร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่งจนไม่ยอมเคลื่อนไหว	(0) ไม่มี	(1) มี

3. ปริมาณปัสสาวะที่กลั้นไม่อยู่

- (1) เล็กน้อย (ไม่ก่หยดหรือไม่เกินครึ่งช้อนโต๊ะ)
- (2) ปานกลาง (ชุ่มกางเกงในหรือครึ่งถึง 2 ช้อนโต๊ะ)
- (3) มาก (เปียกทะลุถึงผ้าปูชั้นนอกหรือมากกว่า 2 ช้อนโต๊ะ)

4. ความบ่อยของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

- (1) เล็กน้อย/เดือนละครั้งหรือน้อยกว่านี้
- (2) ปานกลาง/หลายๆวันครั้งหรือเดือนละ 2 ครั้งขึ้นไป
- (3) มาก/เกือบทุกวันหรือวันละตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป

5. สำหรับผู้สูงอายุรายนี้มีความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่อยู่ในระดับ

- (1) รุนแรงมาก
- (2) รุนแรงปานกลาง
- (3) รุนแรงน้อย

หมายเหตุ เกณฑ์การประเมินความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ พิจารณาจากข้อ 3 และข้อ 4 ดังนี้

รุนแรงมาก หมายถึง ปริมาณปัสสาวะที่กลั้นไม่อยู่มากระดับเปียกทะลุถึงผ้าปูชั้นนอกและ/หรือเกิดอาการบ่อยมาก

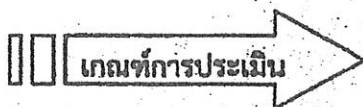
รุนแรงปานกลาง หมายถึง ปริมาณปัสสาวะมากระดับชุ่มกางเกงในและ/หรือเกิดอาการบ่อยปานกลาง

รุนแรงน้อย หมายถึง ปริมาณปัสสาวะที่กลั้นไม่อยู่ไม่ก่หยดและเกิดอาการบ่อยเล็กน้อย

## Falls Risk Assessment tool

รายการ	เกณฑ์ให้คะแนน			
	0	1	2	3
วันนอน (นับจากแรกเข้า)	วันแรก	เจ็ดวันแรก	8 - 14 วัน	มากกว่า 14 วัน
อายุ	0 - 19 ปี	20 - 59 ปี	60 - 70 ปี	มากกว่า 70 ปี
ประวัติหกล้ม	ไม่หกล้มในปีก่อน	หกล้มใน 6 เดือนก่อน	หกล้มใน 3 เดือนก่อน	หกล้มในเดือนก่อน
การทรงตัว	ยืนและหมุนตัวได้ด้วย ด้วยการช่วยเหลือ จากผู้อื่น	เดินโดยใช้อุปกรณ์ หรือคนช่วย 2 คน	เดินโดยใช้อุปกรณ์ หรือคนช่วย 1 คน	เดินโดยไม่ใช้อุปกรณ์ หรือไม่ต้องการคนช่วย
การรับรู้	รู้เวลา สถานที่ บุคคล	รู้สถานที่ บุคคล	รู้บุคคล	ไม่รับรู้ การตัดสินใจ บกพร่อง
สภาพร่างกายทั่วไป	อาหารเพียงพอ การนอนหลับปกติ	ไม่เจริญอาหาร การนอนหลับผิดปกติ	การนอนหลับ ผิดปกติมาก	ขาดอาหาร น้ำหนักลด
การมองเห็น	ปกติ	ใช้แว่นตา	มองเห็นไม่ชัดเจน ตาต้อ	มองเห็นผิดปกติมาก ถึงขั้นตาบอด
การพูด	ปกติ	มีปัญหาการพูด แต่เข้าใจภาษาดี	พูดไม่ชัด มีปัญหาการสื่อสาร	การสื่อสารบกพร่อง ขั้นรุนแรง
การใช้ยา	ไม่มียาที่มีผล	มียาระบบหัวใจและ หลอดเลือดที่มีผล เช่น $\beta$ -blocker ยาขับปัสสาวะ ยาลดความดันเลือด	มียาระบบประสาท ที่มีผล เช่น ยากลุ่ม ประสาท ยานอน หลับ ยากลุ่ม psychoactive	มีทั้งยาระบบหัวใจและ หลอดเลือดและระบบ ประสาทที่มีผล
ภาวะโรคเรื้อรัง	ไม่มี	มีโรคเรื้อรัง 1 โรค	มีโรคเรื้อรัง >1 โรค	มีโรคเรื้อรังหลายโรค
ไม่สามารถควบคุม การขับถ่าย	ไม่มีปัญหา	ปัสสาวะบ่อย	ปัสสาวะกลางคืน ปัสสาวะราด (stress incontinence)	ปัสสาวะราด (urge incontinence) คาสายปัสสาวะ

คัดลอกจาก Fall prevention: Best Practice Guidelines, Quality Improvement and Enhancement Program, version 3, 2003.



0 - 10 คะแนนมีความเสี่ยงที่จะหกล้มต่ำ

11 - 20 คะแนนมีความเสี่ยงที่จะหกล้มปานกลาง

21 - 30 คะแนนมีความเสี่ยงที่จะหกล้มสูง

## แบบการคัดกรองภาวะหกล้ม : Timed Up and Test (TUGT)

การคัดกรองภาวะหกล้มด้วย TUGT เป็นการทดสอบด้วยการเดินตามวิธีที่กำหนด โดยสังเกตท่าเดิน และจับเวลาที่ใช้ในการเดิน

### วิธีการประเมิน

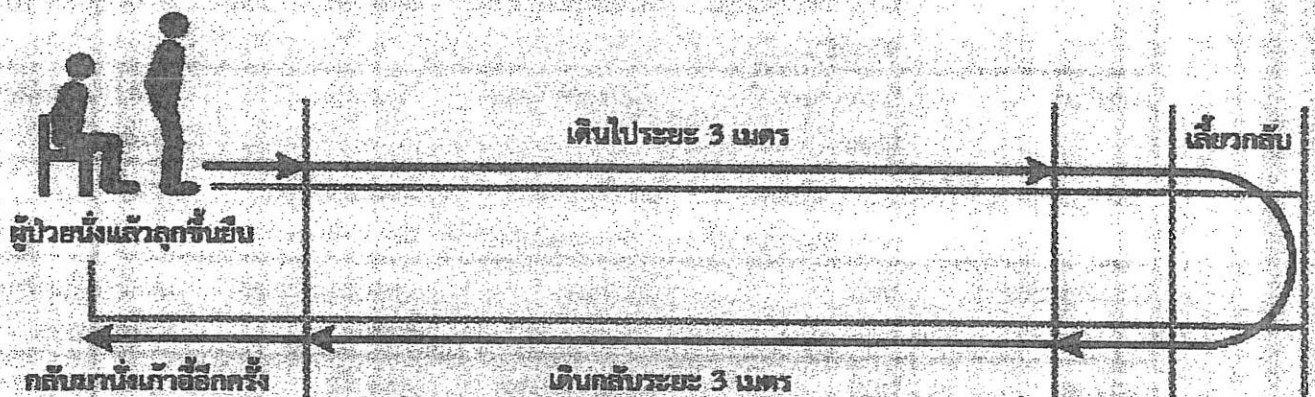
ให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นจากเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขน เดินเป็นเส้นตรงระยะทาง 3 เมตร หมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม

จับเวลาได้   นาที   วินาที

<30 วินาที

≥30 วินาที

เดินไม่ได้



### การพิจารณา

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

### แนวทางการปฏิบัติ

- ให้แจ้งผลและแนะนำความรู้ “การป้องกันภาวะหกล้ม”

### ข้อควรระวัง

- ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะหกล้มมากกว่าวัยอื่นๆ ดังนั้น ผู้ทดสอบจึงควรระมัดระวังขณะทำการทดสอบ