

คู่มือมาตรฐานและการดำเนินงาน คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ



สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่กระบวนการสูงอายทางประชากรอย่างเต็มรูปแบบ มีการเพิ่มของประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 (ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด) และคาดว่าในปี พ.ศ.2568 จะมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งหมายถึงประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (Aged Society) ประชากรผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่สังคมต้องให้การดูแล เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมถอย แต่หากผู้สูงอายุยังมีสุขภาพแข็งแรงก็จะเป็นพลังของครอบครัว ชุมชน และสังคม มากกว่าการเป็นภาระ จึงต้องมีการเตรียมพร้อมกับการดำรงรับ “สังคมผู้สูงอายุ” โดยต้องมีการพัฒนาทั้งในส่วนของคุณภาพและระบบการดูแลสุขภาพในสถานบริการและชุมชนให้พร้อม เพื่อเสริมสร้างหลักประกันด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับสังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและอนาคต

การพัฒนาศูนย์ผู้สูงอายุคุณภาพ เป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ในการปรับเปลี่ยนเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและอนาคต ดิฉันจึงขอขอบคุณคณะทำงานที่ได้มุ่งมั่นพัฒนาคู่มือมาตรฐานและการดำเนินงานศูนย์ผู้สูงอายุคุณภาพฉบับนี้จนสำเร็จลุล่วง

จร

(แพทย์หญิงวิลาวัณย์ จิงประเสริฐ)

อธิบดีกรมการแพทย์



บทสรุปผู้บริหาร

คลินิกผู้สูงอายุเป็นจุดแรกของการปรับเปลี่ยนกระบวนการให้บริการผู้สูงอายุ จุดมุ่งหมายเพื่อดูแลรักษาผู้สูงอายุโดยเริ่มที่แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งอาศัยองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และวิธีการที่จะทำให้ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการได้รับบริการแบบองค์รวมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การดำเนินการนี้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้มีคลินิกผู้สูงอายุ ผู้พิการคุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 และสอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 มาตรการ “จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป” ซึ่งในปัจจุบันประเทศไทยมีโรงพยาบาลของรัฐที่มีคุณลักษณะดังกล่าวรวม 115 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ 28 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 67 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 20 แห่ง นอกจากนี้ยังเลือกโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ในสังกัดกรมการแพทย์เข้าร่วมโครงการในระยะแรกอีก 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลเลิดสิน ดังนั้นเพื่อให้การขับเคลื่อนนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการแปลงแผนผู้สูงอายุแห่งชาติระยะ 20 ปี สู่การปฏิบัติโดยเกิดประสิทธิผล และผลลัพธ์ต่อประชาชน ประสานกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ด้าน National Program ภายใต้แผนงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุจึงได้จัดทำคู่มือมาตรฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อ

1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในโรงพยาบาล
2. เพิ่มศักยภาพในการค้นพบโรคเรื้อรังต่างๆ ในระยะเริ่มแรกได้
3. ให้การป้องกัน รักษา และสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง
4. ส่งเสริมผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด (Functional Ability) และมีคุณภาพชีวิตที่ดีแม้มีโรคเรื้อรัง

คู่มือมาตรฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุสำหรับสถานบริการสุขภาพคุณภาพเล่มนี้ ประกอบด้วย เนื้อหาสาระเรื่อง มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ แบบประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ คู่มือการใช้แบบประเมิน คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ แบบประเมินผู้สูงอายุต่างๆ คู่มือรหัส/ความหมาย Geriatric Syndrome ตาม ICD-10 ตัวอย่างแผนผังการให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ เพิ่มข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุ แบบสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก และญาติต่อการให้บริการของคลินิกผู้สูงอายุ แบบสรุปรายงาน Geriatric Syndromes (ตาม ICD-10) ของผู้สูงอายุ ทั้งโรงพยาบาล ทุก 3 เดือน แบบสรุปรายงานผลการปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ทุก 1 เดือน รายชื่อ โรงพยาบาลขนาด 120 เตียงขึ้นไป การให้บริการดูแลผู้สูงอายุตามภาวะสุขภาพ และกิจกรรมในคลินิกผู้สูงอายุ สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย การประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive assessment) สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งโรคและกลุ่มอาการโรคในผู้สูงอายุ ซึ่งจัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงาน ในคลินิกผู้สูงอายุใช้เป็นแนวทางดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จตามความมุ่งหมาย และผ่านเกณฑ์คุณภาพ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพะสงฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุจึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ สำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการใช้ปฏิบัติงานที่ครอบคลุมการดำเนินงานทั้งปัจจุบันและอนาคตซึ่งอาจจะขยาย ไปถึงโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีถึงแม้จะเจ็บป่วย



(นายันทศักดิ์ ธรรมานวัตร)

ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพะสงฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

คณะผู้เชี่ยวชาญทบทวน

1. ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเสริฐ อัสสันตชัย	หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
2. รองศาสตราจารย์ไตรรัตน์ จารุทัศน์	หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการวิจัยสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม กับผู้สูงอายุและคนพิการ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. นายแพทย์นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร	ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
4. พันเอกวรพงษ์ ศานติธรรม	หัวหน้าคลินิกผู้สูงอายุ กองอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
5. นายแพทย์พรเพชร ปัญจะปิยะกุล	รองผู้อำนวยการสำนักบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
6. อาจารย์นายแพทย์ชาวิท ต้นวีระชัยสกุล	ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
7. นางสาวชิตชนก โอภาสวัฒนา	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ สำนักพัฒนาสุขภาพจิต
8. นางสาวพรรณี ภาณุวัฒน์สุข	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักพัฒนาสุขภาพจิต
9. นางยุพา สุทธิมนัส	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

กองบรรณาธิการ

1. นายแพทย์เอกราช เพิ่มศรี	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
2. นางนิติกุล ทองน่วม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
3. นางกฤษณา ตริยมณีรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
4. นางสาวภัทรชนิ์ หวังผล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
5. นางพวงงาม พงศ์จตุรวิทย์	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
6. นางสาวอภิวรรณ ญัณฺมวรกุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
7. นางสาวปิยะนุช ชัยสวัสดิ์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

สารบัญ

หน้า

มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ	1
แบบประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ	5
คู่มือการใช้แบบประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ	6
มาตรฐานการบริการในคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ (ประกอบข้อ 9)	8
ภาคผนวก	9
1. การประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน	11
• แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน	
• การประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index)	
• การประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index)	
2. การทดสอบสภาพสมอง	16
• แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)	
• Mini-Mental State Examination ฉบับภาษาไทย (TMSE)	
• Rudas-Thai version (Rowland Universal Dementia Assessment Scale)	
• แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Test: CMT)	
3. การประเมินภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่	26
4. แบบคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม (Thai – KOA – SQ)	28
เกณฑ์การวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อมตาม American College of Rheumatology	
แบบสอบถามประเมินอาการผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม Modified WOMAC ฉบับภาษาไทย	
5. การประเมินภาวะหกล้ม	36
• Falls Risk Assessment tool	
• Timed Up and Go Test (TUGT)	
6. แบบประเมินภาวะโภชนาการ (Mini Nutritional Assessment; MNA®)	38
7. การประเมินโรคซึมเศร้า	40
• แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)	
• แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS)	

8. คู่มือรหัส/ความหมาย Geriatric Syndromes ตาม ICD-10	43
9. ตัวอย่างแผนผังการให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ	46
10. ตัวอย่างแฟ้มข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุ	47
11. ตัวอย่าง แบบสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกและญาติต่อการให้บริการของคลินิกผู้สูงอายุ	49
12. ตัวอย่าง แบบสรุปรายงานจำนวนผู้ป่วยสูงอายุของโรงพยาบาลที่มี Geriatric Syndromes (ตาม ICD-10) ทุก 3 เดือน	52
13. ตัวอย่าง แบบสรุปรายงานผลการปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ทุก 1 เดือน	55
14. รายชื่อโรงพยาบาลขนาด 120 เตียงขึ้นไป	57
15. การให้บริการดูแลผู้สูงอายุตามภาวะสุขภาพ และกิจกรรมในคลินิกผู้สูงอายุ	60
16. สถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุ	61
17. การประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive Geriatric Assessment)	65
18. สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ	74
19. ภาวะสมองเสื่อม (Dementia; cognitive impairment)	77
20. โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis of knee)	79
21. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Incontinence)	86
22. ภาวะหกล้ม (Fall)	90
23. ภาวะซึมเศร้า (Depression)	93
24. ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition)	96
25. หลักการให้ยาในผู้สูงอายุ	98

มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพในบริบทของสังคมไทย คือ จุดเริ่มต้นที่สำคัญในการพัฒนาการบริการดูแลรักษาผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ปัจจุบันโรงพยาบาลภาครัฐมีจำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมาก ผลการศึกษาวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 จะมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และจำนวนไม่น้อยที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งการดูแลรักษาเป็นรายโรค (Disease Management) ไม่สามารถที่จะแก้ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุได้ครบทุกมิติ จึงต้องอาศัยการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive Geriatric Assessment) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาครบทุกมิติสุขภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุฟื้นคืนสภาพได้รวดเร็วขึ้น ทำให้โรงพยาบาลสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและอัตราการครองเตียง คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพจึงเป็นก้าวแรกของการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้สูงอายุในโรงพยาบาลโดยเริ่มที่แผนกผู้ป่วยนอก ถึงแม้ว่าจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ามารับการบริการที่คลินิกผู้สูงอายุจะมีปริมาณน้อย เนื่องจากข้อจำกัดของจำนวนบุคลากรและสถานที่ แต่ถือว่าจุดเริ่มต้นที่จะก้าวสู่การเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุของโรงพยาบาลในอนาคต มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพจึงประกอบด้วย 4 ข้อ ดังนี้

1. มาตรฐานด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม
2. มาตรฐานด้านบุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรงและบุคลากรร่วมปฏิบัติงาน
3. มาตรฐานกระบวนการดำเนินงานโดยคลินิกผู้สูงอายุ
4. มาตรฐานกระบวนการประเมินผลและติดตาม

1. มาตรฐานด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม

คลินิกผู้สูงอายุควรดำเนินการในลักษณะบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ซึ่งสามารถเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วยสูงอายุที่แผนกผู้ป่วยนอกอื่นๆ หรือในทางกลับกันสามารถส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุไปปรึกษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอื่นๆ ได้เช่นกัน คลินิกผู้สูงอายุอาจตั้งอยู่ในอาคารเดียวกับแผนกผู้ป่วยนอกหรืออยู่ใกล้เคียงกันได้ ควรมีสถานที่ชัดเจน เป็นสัดส่วน ในระยะแรกอาจเป็นเพียงเคาน์เตอร์บริการฝากไว้ในแผนกอื่นได้ และต่อมาสามารถปรับเปลี่ยนเป็นห้องแยกที่เป็นสัดส่วนในภายหลัง ทั้งนี้ ต้องมีการประกาศหรือประชาสัมพันธ์ชัดเจนให้ผู้สูงอายุทราบว่าอยู่บริเวณไหน บริการวันใด ขั้นตอนการบริการเป็นอย่างไร พร้อมเบอร์โทรศัพท์ติดต่อในกรณีที่ผู้สูงอายุต้องการจองคิวเพื่อเข้ารับบริการ

ในประเด็นสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับอาคารที่ตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ควรมีโครงสร้างที่เอื้ออำนวยความสะดวกต่อผู้สูงอายุ (Elderly friendly Environment) เช่น ทางลาด ห้องน้ำ ราวจับ ที่จอดรถ ในส่วนที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุหรือลิฟต์ขึ้นไปยังคลินิกผู้สูงอายุ เป็นต้น



2. มาตรฐานด้านบุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรงและบุคลากรร่วมปฏิบัติงาน

คลินิกผู้สูงอายุควรมีผู้รับผิดชอบประจำ ประกอบด้วย แพทย์หรือพยาบาล และอาจมีวิชาชีพอื่นๆ ร่วมเป็นทีมดำเนินงานในคลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งบุคลากรที่รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุควรมีองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เช่น พยาบาลเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ หรือผ่านการเข้าร่วมประชุมวิชาการ หรือการอบรมระยะสั้น หรือเป็นผู้มีความรู้เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ซึ่งหน่วยงานสมควรที่จะสนับสนุนการเพิ่มพูนองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุให้กับบุคลากรทุกคนที่มีโอกาสดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุด้วย

3. มาตรฐานกระบวนการดำเนินงานโดยคลินิกผู้สูงอายุ

3.1 การคัดเลือกผู้สูงอายุเข้าสู่คลินิกผู้สูงอายุสามารถดำเนินการได้โดยผู้ปฏิบัติการในคลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถกำหนดเป็นข้อบ่งชี้ ได้ดังนี้

3.1.1 ผู้สูงอายุที่มาโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก ได้รับการคัดกรองจากแพทย์หรือพยาบาลแล้วเห็นว่าเจ็บป่วยด้วยโรคหลายโรค มีอาการที่น่าสงสัยในกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) จึงส่งเข้ามาที่คลินิกผู้สูงอายุ เช่น

- ผู้สูงอายุที่ป่วยมีหลายโรค ไม่เคยได้รับความรู้หรือคำแนะนำ
- ผู้สูงอายุที่ต้องกินยาหลายขนาน (มากกว่า 10 ชนิด ขึ้นไป)*
- ผู้สูงอายุที่เปราะบาง (Frail elderly)**
- ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ต้องการได้รับความรู้/คำปรึกษาในการดูแลตนเอง
- ดุลยพินิจของแพทย์ และพยาบาลผู้ให้การดูแล

3.1.2 ผู้สูงอายุอยากจะมารักษาที่คลินิกผู้สูงอายุโดยตรง

3.1.3 ได้รับการรักษาจากคลินิกเฉพาะทาง

3.1.4 ได้รับการรักษาจากหอผู้ป่วยใน

3.1.5 ได้รับการส่งต่อให้เข้าคลินิกผู้สูงอายุจากหน่วยงานภายนอก

3.2 การบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ ควรมีแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ ตลอดจนมีการประเมินผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) ตามหลักวิชาการโดยพิจารณาผู้สูงอายุเป็นรายๆ ไป การประเมิน (Geriatric Syndromes) ควรใช้แบบประเมินที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งให้ผู้ปฏิบัติเลือกแบบประเมินตามความเหมาะสมในแต่ละโรคและบริบทของสถานพยาบาล

ผู้ป่วยสูงอายุแต่ละราย ควรมีการบันทึกในแฟ้มประวัติเก็บไว้ที่คลินิกผู้สูงอายุ และมีระบบส่งต่อข้อมูลไปยังแพทย์ผู้รักษาหน่วยอื่น

คลินิกผู้สูงอายุจะมีการสรุปผลการดำเนินงานทุก 1 เดือน เพื่อใช้ในการรวบรวมข้อมูลต่อไป



4. มาตรฐานกระบวนการประเมินผลและติดตาม

คลินิกผู้สูงอายุควรมีการติดตามประเมินผลการรักษาผู้สูงอายุที่เข้ามารับการบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) ควรทำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 70 ปีขึ้นไป

นอกจากนั้น คลินิกผู้สูงอายุควรมีการประเมินความพึงพอใจจากผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการดูแลรักษา ในคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อนำมาปรับปรุงการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น

การดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุตามมาตรฐานดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการดูแลรักษาที่ครอบคลุม ทุกประเด็นที่สำคัญ นอกเหนือจากการรักษาในระบบปกติทั่วไป ท้ายสุดแล้วจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิต ที่ดียิ่งขึ้นต่อไป



หมายเหตุ รายละเอียดแบบคัดกรอง มาตรฐานสิ่งแวดล้อม ข้อมูลทางวิชาการอื่นๆ อยู่ในภาคผนวก

* เป็นข้อกำหนดของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

** หากมีลักษณะมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ข้อดังต่อไปนี้ ถือว่าเป็นผู้สูงอายุที่เปราะบาง (Frail elderly):

1. น้ำหนักลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5
2. รู้สึกเหนื่อยง่ายผิดปกติ
3. รู้สึกว่ากล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง (Weakness)
4. เดินช้าผิดปกติ
5. ไม่ค่อยมีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย (Low level of physical activity)

ที่มา: Linda P. Fried, Catherine M., Tangen, et al. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES 2001, Vol. 56A, No. 3, M146–M156.





แบบประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

โรงพยาบาล จังหวัด.....

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หมายถึง มี และ ✗ หมายถึง ไม่มี

รายการประเมิน	ผล
1. มีสถานที่ชัดเจนเป็นส่วนในรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยนอก	
2. สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ (ครบ 4 ข้อ)	
2.1 มีป้ายบ่งชี้คลินิกผู้สูงอายุ/หน่วยบริการอย่างชัดเจน	
2.2 รวบรวมทางเดินอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ	
2.3 ทางลาดที่ได้มาตรฐาน	
2.4 ห้องน้ำผู้สูงอายุ/ผู้พิการ	
3. คลินิกผู้สูงอายุให้บริการ อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์	
4. พยาบาลที่ดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ เคยผ่านการฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	
5. เจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพ (แพทย์ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ นักวิชาการสาธารณสุข ฯลฯ) ร่วมเป็นทีมที่ปรึกษาของคลินิกผู้สูงอายุ	
6. มีการรวบรวมจำนวนผู้ป่วยสูงอายุของโรงพยาบาลที่มี Geriatric Syndromes ทุก 3 เดือนดังนี้ Dementia Osteoarthritis of knee Incontinence Fall Depression } รหัสทางการแพทย์ (ICD-10) ดาวน์โหลดได้ที่ www.agingthai.org	
7. คลินิกผู้สูงอายุมีการประเมิน/คัดกรอง Geriatric Assessment ดังนี้	
7.1 ADL , IADL	
7.2 Dementia (Cognitive Impairment)	
8. มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ	
9. คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพมีการดำเนินงานตามมาตรฐานที่กำหนด (ดาวน์โหลดที่ www.agingthai.org)	
10. บุคลากรที่ให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุได้รับการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพด้าน เวชศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง)	
11. คลินิกผู้สูงอายุมีการประเมิน/คัดกรอง Geriatric Assessment ในผู้สูงอายุที่อาจมีปัญหามาจาก ประวัติ และการตรวจเบื้องต้น*	
Incontinence	
Fall	
Malnutrition	
Depression	
12. มีแพทย์ รับผิดชอบประจำปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ	
สรุปผลการประเมิน ผ่านข้อ 1 - 9 หมายถึง ผ่านตามเกณฑ์คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ผ่านข้อ 1 - 10 หมายถึง ดีมากตามเกณฑ์คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ผ่านครบทุกข้อและมีการบริการมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หมายถึง ดีเลิศ	

* ดาวน์โหลดรายละเอียดได้ที่ www.agingthai.org

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน

(.....)



คู่มือการใช้แบบประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

แบบประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ 12 ข้อ ประกอบด้วยรายละเอียดต่างๆ (ภาคผนวก 2) ที่โรงพยาบาล 120 แห่งขึ้นไป ต้องมีคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ดังนี้

1. มีสถานที่ชัดเจนเป็นสัดส่วนในรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยนอก

หมายถึง สถานที่ซึ่งใช้ประจำหรือใช้เฉพาะวันที่ดำเนินการ ควรอยู่ในการบริการผู้ป่วยนอก และมีการประชาสัมพันธ์ที่ชัดเจน

2. สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ (ครบ 4 ข้อ)

2.1 มีป้ายบ่งชี้คลินิกผู้สูงอายุ/หน่วยบริการอย่างชัดเจน

2.2 ราวจับทางเดินอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ

2.3 ทางลาดที่ได้มาตรฐาน (ภาคผนวก 18)

2.4 ห้องน้ำผู้สูงอายุ/ผู้พิการ

หมายถึง อาคารหรือสถานที่ตั้งคลินิกผู้สูงอายุ มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุตามข้อ 2.1-2.4

3. คลินิกผู้สูงอายุให้บริการ อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์

หมายถึง ให้บริการในวันใดก็ได้ ตามความเหมาะสมของโรงพยาบาล

4. พยาบาลที่ดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ เคยผ่านการฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

หมายถึง พยาบาลที่เป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุต้องผ่านการอบรมความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ อย่างน้อย 1 ครั้ง จากหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัย หรือภาคเอกชน

5. เจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพ (แพทย์ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา

นักโภชนาการ นักวิชาการสาธารณสุข ฯลฯ) ร่วมเป็นทีมที่ปรึกษาของคลินิกผู้สูงอายุ

หมายถึง การบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ต้องมีการเชิญบุคลากรสหสาขาวิชาชีพเข้ามาร่วมเป็นที่ปรึกษาหรือจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพนั้นๆ มากกว่า 2 วิชาชีพ ในรูปแบบคณะกรรมการ (เพื่อตรวจสอบได้)

6. มีการรวบรวมจำนวนผู้ป่วยสูงอายุของโรงพยาบาลที่มี Geriatric Syndromes ทุก 3 เดือน ดังนี้

Dementia
Osteoarthritis of knee
Incontinence
Fall
Depression

รหัสทางการแพทย์ (ICD-10)
ดาวน์โหลดได้ที่ www.agingthai.org

หมายถึง เจ้าหน้าที่ในคลินิกผู้สูงอายุเป็นผู้ประสานและรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุของโรงพยาบาล เฉพาะกลุ่มอาการโรคผู้สูงอายุ ได้แก่ สมองเสื่อม โรคข้อเข่าเสื่อม ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ภาวะหกล้ม และภาวะซึมเศร้า ตามรหัสทางการแพทย์ที่กำหนดให้ (ภาคผนวก 8) เพื่อเป็นฐานข้อมูล โดยการให้ข้อมูลตามรหัสทางการแพทย์ (ICD-10) ขึ้นอยู่กับศักยภาพในการวินิจฉัยของแต่ละโรงพยาบาล



7. คลินิกผู้สูงอายุมีการประเมิน/คัดกรอง Geriatric Assessment Tools

สามารถดาวน์โหลดได้ที่ www.agingthai.org ดังนี้

7.1 ADL, IADL หมายถึง การประเมินกิจกรรมประจำวันพื้นฐาน และซับซ้อน โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันเพื่อการประเมินผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว (ที่มา: คณะทำงานเพื่อผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประเด็น 1.1 และ 2.1 คณะอนุกรรมการเพื่อผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ) (ภาคผนวก 1)

7.2 Dementia (Cognitive Impairment) หมายถึง การประเมินสมรรถภาพสมอง โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) (ที่มา: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข) (ภาคผนวก 2)

8. มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ

หมายถึง การประเมินความพึงพอใจ โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการของโรงพยาบาล ที่อาจพัฒนาจากกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข หรืออื่นๆ (ภาคผนวก 11)

9. คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพมีการดำเนินงานตามมาตรฐานที่กำหนด (ดาวน์โหลดที่ www.agingthai.org)

หมายถึง มีการดำเนินงานตามมาตรฐานการบริการในคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพที่กำหนดไว้

10. บุคลากรที่ให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุได้รับการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง)

หมายถึง บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุควรได้รับการอบรมเพิ่มพูนความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จากหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภาคเอกชน หรือจากการจัดอบรมของโรงพยาบาล

11. คลินิกผู้สูงอายุมีการประเมิน/คัดกรอง Geriatric Assessment ในผู้สูงอายุที่อาจมีปัญหาจากประวัติ และการตรวจเบื้องต้น หมายถึง เลือกการคัดกรองดังกล่าวในผู้สูงอายุแต่ละรายตามความเหมาะสม โดยใช้แบบคัดกรองที่กำหนด

Incontinence หมายถึง การประเมิน/คัดกรองภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยใช้แบบประเมินภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (ที่มา: ผศ.ดร.วารี กังใจ, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา) (ภาคผนวก 3)

Fall หมายถึง การประเมิน/คัดกรองภาวะหกล้ม โดยใช้แบบประเมิน Fall Risk Assessment tool จาก fall prevention: Best Practice Guidelines, Quality Improvement and Enhancement Program, version 3, 2003 และ Time up and go test (TUGT) (ที่มา: แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ, 2551. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข) (ภาคผนวก 5)

Malnutrition หมายถึง การประเมิน/คัดกรองภาวะทุพโภชนาการ โดยใช้แบบประเมิน Mini Nutritional Assessment: MNA และการประเมินค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) (ที่มา: Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10:456-465) (ภาคผนวก 6)

Depression หมายถึง การประเมิน/คัดกรองภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) (ที่มา: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข) (ภาคผนวก 7)

12. มีแพทย์ รับผิดชอบประจำปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ

หมายถึง มีแพทย์ที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุประจำ

เกณฑ์การพิจารณา

มีตั้งแต่ ข้อ 1 - 9 หมายถึง ผ่านตามเกณฑ์คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

มีตั้งแต่ ข้อ 1 - 10 หมายถึง ดีมากตามเกณฑ์คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

มีครบทุกข้อและมีการบริการมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หมายถึง ดีเลิศ



มาตรฐานการบริการในคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ (ประกอบข้อ 9)

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

มาตรฐานการบริการในคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพมีการดำเนินงานตามมาตรฐานที่กำหนด (ดาวน์โหลดที่ www.agingthai.org) ดังนี้

1. การบำบัดรักษา/ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มอาการโรคผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) สำหรับผู้ป่วยที่เข้ามารักษาโรคในคลินิกผู้สูงอายุ นอกจากการซักประวัติและตามระบบทั่วไปแล้ว ควรมีการประเมินเฉพาะในผู้สูงอายุ ได้แก่

1. ความสามารถในการประกอบกิจกรรมประจำวันพื้นฐานและซับซ้อน
 2. ภาวะสมองเสื่อม (Dementia; cognitive impairment)
 3. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Incontinence)
 4. ภาวะหกล้ม (Fall)
 5. ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition)
 6. ภาวะซึมเศร้า (Depression)
- เทากับผ่านข้อ 9
- เทากับผ่านข้อ 11

ควรสรุปปัญหาผู้สูงอายุจากการตรวจประเมิน 5 ประเด็น ในเวชระเบียนคลินิกผู้สูงอายุ ได้แก่

1. ปัญหาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
2. โรคและปัญหาทางกาย
3. โรคและปัญหาทางสมองและจิตใจ
4. ปัญหาทางสังคม
5. ระบบการส่งต่อไปยังหน่วยบริการเฉพาะทาง

2. การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคหรือความพิการ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และให้ความรู้ในการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุ

1. การให้วัคซีนป้องกันโรค
2. การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย

3. ให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ

1. การให้คำแนะนำในการดูแลรักษาโรคเรื้อรังด้วยตนเอง
2. การให้คำแนะนำด้านโภชนาการที่เหมาะสม และการใช้ยาที่ถูกต้อง
3. การให้ความรู้เรื่องการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เช่น การออกกำลังกาย เพศศึกษา ปัญหาสุขภาพจิต ฯลฯ
4. การให้คำปรึกษาแก่ญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ





ภาคผนวก

1. การประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน

- แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน
- การประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index)
- การประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index)

2. การทดสอบสภาพสมอง

- แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)
- Mini-Mental State Examination ฉบับภาษาไทย (TMSE)
- Rudas-Thai version (Rowland Universal Dementia Assessment Scale)
- แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Test: CMT)

3. การประเมินภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่

4. แบบคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม (Thai – KOA – SQ)

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อมตาม American College of Rheumatology
แบบสอบถามประเมินอาการผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม Modified WOMAC ฉบับภาษาไทย

5. การประเมินภาวะหกล้ม

- Falls Risk Assessment tool
- Timed Up and Go Test (TUGT)

6. แบบประเมินภาวะโภชนาการ (Mini Nutritional Assessment; MNA®)

7. การประเมินโรคซึมเศร้า

- แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)
- แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS)

8. คู่มือรหัส/ความหมาย Geriatric Syndromes ตาม ICD-10

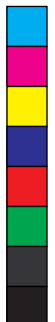
9. ตัวอย่างแผนผังการให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ

10. ตัวอย่างแฟ้มข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุ





11. ตัวอย่าง แบบสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกและญาติต่อการให้บริการของคลินิกผู้สูงอายุ
12. ตัวอย่าง แบบสรุปรายงานจำนวนผู้ป่วยสูงอายุของโรงพยาบาลที่มี Geriatric Syndromes (ตาม ICD-10) ทุก 3 เดือน
13. ตัวอย่าง แบบสรุปรายงานผลการปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ทุก 1 เดือน
14. รายชื่อโรงพยาบาลขนาด 120 เตียงขึ้นไป
15. การให้บริการดูแลผู้สูงอายุตามภาวะสุขภาพ และกิจกรรมในคลินิกผู้สูงอายุ
16. สถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุ
17. การประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive Geriatric Assessment)
18. สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ
19. ภาวะสมองเสื่อม (Dementia; cognitive impairment)
20. โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis of knee)
21. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Incontinence)
22. ภาวะหกล้ม (Fall)
23. ภาวะซึมเศร้า (Depression)
24. ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition)
25. หลักการให้ยาในผู้สูงอายุ



ภาคผนวก 1

การประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน

แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน

รายการกิจกรรม		ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน			คะแนน
		ทำได้ด้วยตนเอง (รวมใช้อุปกรณ์ช่วย)	ทำได้ด้วยตนเองได้บ้าง ต้องมีคนช่วยจึงทำได้สำเร็จ	ทำได้ด้วยตนเอง ไม่ได้เลย	
กิจกรรรมพื้นฐาน	1 ตัก/หยิบอาหารรับประทาน	(1)	(2)	(3)	
	2 ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม	(1)	(2)	(3)	
	3 สวมใส่เสื้อผ้า	(1)	(2)	(3)	
	4 อาบน้ำ	(1)	(2)	(3)	
	5 การใช้ห้องส้วมและ ทำความสะอาดหลังขับถ่าย	(1)	(2)	(3)	
	6 ลูกจากที่นอนหรือเตียง	(1)	(2)	(3)	
	7 เดินหรือเคลื่อนที่ภายในบ้าน	(1)	(2)	(3)	
	8 ขึ้นลงบันได 1 ชั้น	(1)	(2)	(3)	
		กลืนได้ปกติ	กลืนไม่ได้บางครั้ง	กลืนไม่ได้เลย (รวมสวมนใส่สายสวน)	
	9 กลืนปัสสาวะ	(1)	(2)	(3)	
	10 กลืนอุจจาระ	(1)	(2)	(3)	
รายการกิจกรรม		ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน			คะแนน
		ทำได้ด้วยตนเอง (รวมใช้อุปกรณ์ช่วย)	ทำได้ด้วยตนเองได้บ้าง ต้องมีคนช่วยจึงทำได้สำเร็จ	ทำได้ด้วยตนเอง ไม่ได้เลย	
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

- ☐ 16-20 คะแนน เป็น กลุ่ม 1 ช่วยเหลือตัวเองได้ดี
ไม่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น
- ☐ 21-35 คะแนน เป็น กลุ่ม 2 ช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลาง
ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นบางส่วน
- ☐ 36-48 คะแนน เป็น กลุ่ม 3 ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย หรือ ไม่ได้เลย
ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมาก หรือ ทั้งหมด

ที่มา: คณะทำงานเพื่อผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประเด็น 1.1 และ 2.1
คณะกรรมการการเพื่อผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ



การประเมินความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน (Functional assessment)

ชนิด basic ADL (Barthel ADL Index)

ชนิดของกิจกรรม	คะแนน	ลักษณะ
การเคลื่อนย้ายตัวเอง (Transfer)	0	ทำเองไม่ได้ นั่งเองไม่ได้
	1	ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก ใช้ 1-2 คน ยังพอนั่งได้
	2	ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อย
	3	ทำได้เองอย่างอิสระ
การเดิน (Mobility)	0	เดินเองไม่ได้
	1	ใช้รถเข็น (Wheelchair) ได้เอง เช่น การเลี้ยวเข้ามุมห้อง
	2	เดินได้โดยมีคนช่วย 1 คน
	3	ทำได้เองอย่างอิสระ
การใช้ห้องน้ำ (Toilet use)	0	ทำเองไม่ได้
	1	ทำเองได้บางอย่าง โดยมีคนช่วยบ้าง
	2	ทำได้เองอย่างอิสระ
การล้างหน้า (Grooming)	0	ทำเองได้ โดยมีคนช่วยบ้าง เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน โกนหนวด
	1	ทำได้เองอย่างอิสระ
การถ่ายปัสสาวะ (Bladder)	0	มีปัญหาปัสสาวะราด หรือต้องคาสายสวนปัสสาวะ
	1	ปัสสาวะราดบางครั้ง เช่น ไม่เกินวันละครึ่ง
	2	ไม่มีปัสสาวะราด
การถ่ายอุจจาระ (Bowels)	0	มีปัญหาอุจจาระราด หรือต้องสวนอุจจาระ
	1	อุจจาระราดบางครั้ง เช่น สัปดาห์ละครึ่ง
	2	ไม่มีอุจจาระราด
การอาบน้ำ (Bathing)	0	ทำเองไม่ได้
	1	ทำได้เองอย่างอิสระ ไม่ต้องมีคนคอยช่วยหรือสังเกต
การทานอาหาร (Feeding)	0	ทำเองไม่ได้
	1	พอทำได้เองแต่ต้องมีคนช่วยบ้าง เช่น ตัดชิ้นอาหารเป็นคำเล็กๆ
	2	ตักอาหารทานได้เองอย่างอิสระในระยะที่เอื้อมมือถึงได้
การใส่เสื้อผ้า (Dressing)	0	ทำเองไม่ได้
	1	พอทำได้เองแต่ต้องมีคนช่วยบ้าง
	2	ทำได้เองอย่างอิสระ เช่น กัดกระดุม รูดซิป ผูกเชือกรองเท้า
การเดินลงบันได (Stairs)	0	ทำเองไม่ได้
	1	พอทำได้เองแต่ต้องมีคนช่วยบ้าง
	2	ทำได้เองอย่างอิสระทั้งขึ้นและลงบันได





หมายเหตุ

1. เป็นการวัดว่าผู้ป่วยทำอะไรได้บ้าง (ทำได้ถูกต้องหรือไม่) ไม่ใช่เป็นการทดสอบว่าหรือถามว่าสามารถทำได้หรือไม่
2. โดยทั่วไปเป็นการสอบถามถึงกิจที่ปฏิบัติในระยะ 24-48 ชั่วโมง
3. จุดประสงค์เป็นการวัดระดับ Independence ดังนั้น ถ้าหากมีคนคอยอยู่ดูแลหรือเฝ้าระวังเวลาปฏิบัติกิจให้ถือว่าไม่ได้คะแนนเต็ม
4. ถ้าหมดสติให้คะแนน 0 ทั้งหมด

เกณฑ์คะแนน

- | | |
|---|--|
| ☐ 0-4 คะแนน | ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด |
| ☐ 5-8 คะแนน | ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนใหญ่ |
| ☐ 9-11 คะแนน | ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพิงผู้อื่นปานกลาง |
| ☐ 12 คะแนนขึ้นไป | ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเพียงเล็กน้อย |

ที่มา: ประเสริฐ อัสสันตชัย. การประเมินสุขภาพในผู้สูงอายุ. ใน: คู่มือการดูแลผู้สูงอายุจากสถานพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: บริษัทสินทวีการพิมพ์จำกัด; 2555. หน้า 71-72.



การประเมินความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน (Functional assessment)

ชนิด instrumental ADL

- การทำความสะอาด (Washing and cleaning)
- การจัดเตรียมอาหาร (Cooking)
- การซื้อสิ่งของใช้ (Shopping)
- การติดต่อสื่อสาร (Communication & transport)
- การจัดการด้านการเงิน (Financial management)
- การจัดยารับประทานเอง (Drug administration)

ที่มา: ประเสริฐ อัสสันตชัย. การประเมินสุขภาพในผู้สูงอายุ. ใน: คู่มือการดูแลผู้สูงอายุจากสถานพยาบาลสู่ชุมชน สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: บริษัทสินทวีการพิมพ์จำกัด; 2555. หน้า 73.



การประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index)

ชื่อผู้รับบริการ อายุ ปี เพศ การวินิจฉัย
ผู้ประเมิน วันที่ประเมิน

1. walking outdoor (เดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน)

- 0 เดินไม่ได้
- 1 ใช้รถเข็นและช่วยตัวเอง หรือต้องการคนประคอง 2 ข้าง
- 2 ต้องการคนช่วยพยุง หรือไปด้วยตลอด
- 3 เดินได้เอง (รวมทั้งที่ใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker)

2. Cooking (ทำหรือเตรียมอาหาร/หุงข้าว)

- 0 ทำไม่ได้
- 1 ต้องการคนช่วยในการทำ หรือจัดเตรียมบางอย่างไว้ล่วงหน้า จึงจะทำได้
- 2 ทำเองได้

3. Heavy house work (ทำความสะอาดบ้าน/ซักรีดเสื้อผ้า)

- 0 ทำไม่ได้/ต้องมีคนช่วย
- 1 ทำได้เอง

4. Money exchange (ทอนเงิน/แลกเงิน)

- 0 ทำไม่ได้/ต้องมีคนช่วย
- 1 ทำได้เอง

5. Public transport (เช่น บริการใช้รถเมล์ รถสองแถว)

- 0 ไม่สามารถทำได้
- 1 ทำได้แต่ต้องมีคนช่วยดูแลไปด้วย
- 2 ไปมาได้เอง

หมายเหตุ

1. เป็นการวัดว่าผู้ป่วยทำอะไรบ้าง (ทำอยู่ได้จริง) ไม่ใช่เป็นการทดสอบว่า หรือถามว่าสามารถทำได้หรือไม่
2. โดยทั่วไปเป็นการสอบถามถึงกิจวัตรในระยะเวลา 1-2 สัปดาห์
3. จุดประสงค์เป็นการวัดระดับ independence ดังนั้น ถ้าหากมีคนคอยอยู่ดูแลหรือเฝ้าระวังเวลาปฏิบัติกิจให้ถือว่าไม่ได้คะแนนเต็ม
4. ถ้าหมดสติให้คะแนน 0

ที่มา: เครื่องมือพัฒนาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ และคัดลอกจาก สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, การวิเคราะห์ผู้สูงอายุ ใน: หลักสำคัญทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2541, หน้า 87.



ภาคผนวก 2

การทดสอบสภาพสมอง

แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

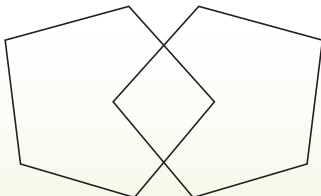
ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10

บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)	คะแนน
1. Orientation for time (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 (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)	
2.1 กรณียุที่สถานพยาบาล	
2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ.....ชื่อว่าอะไร	☐
2.1.2 ขณะนี้ท่านอยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร	☐
2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ - เขตอะไร	☐
2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร	☐
2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร	☐
2.2 กรณียุที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ	
2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และบ้านเลขที่เท่าไร	☐
2.2.2 ที่นี้หมู่บ้าน หรือละแวก/คุ้ม/ย่าน/ถนนอะไร	☐
2.2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ/เขตอะไร	☐
2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร	☐
2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร	☐
3. Registration (3 คะแนน)	
ต่อไปนี้เป็น การทดสอบความจำ ผม (ดิฉัน) จะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา, ยาย...) ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อ ผม (ดิฉัน) พูดจบ ให้ คุณ (ตา, ยาย...) พุดทบทวนตามที่ได้ยิน ให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดีเดี๋ยวดิฉันถามซ้ำ	
*การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป	
(ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)	
☐ ดอกไม้ ☐ แม่น้ำ ☐ รถไฟ	☐
ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า	
☐ ต้นไม้ ☐ ทะเล ☐ รถยนต์	☐



บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด)	คะแนน
4. Attention/Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกตอบข้อใดข้อหนึ่ง) ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา,ยาย....) คิดเลขในใจเป็นไหม ? (ถ้าตอบคิดเป็นทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2) 4.1 “ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ ได้ผลเท่าไรบอกมา” ☐ บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1, 2, หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2 4.2 “ผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่า มะนาว ให้คุณ (ตา, ยาย...) ฟัง แล้วให้คุณ (ตา, ยาย...) สะกดถอย หลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่า มะนาว สะกดว่า มอม่่า-สระอะ-นอหนู-สระอา-วอแหวน ไหนคุณ (ตา, ยาย....) สะกดถอยหลัง ให้ฟังซิ” ☐ ว า น อะ ม	
5. Recall (3 คะแนน) “เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง” (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน) ☐ ดอกไม้ ☐ แม่น้ำ ☐ รถไฟ ☐ ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า ☐ ต้นไม้ ☐ ทะเล ☐ รถยนต์ ☐	
6. Naming (2 คะแนน) 6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร” ☐ 6.2 ชี้นาฬิกาข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร” ☐	
7. Repetition (1 คะแนน) (พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน) “ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้ แล้วให้คุณ (ตา, ยาย) พูดตาม ผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงครั้งเดียว” “ใครใคร่ขายไก่ไข่” ☐	
8. Verbal command (3 คะแนน) “ฟังให้ดิฉันเดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้คุณ แล้วให้คุณ (ตา, ยาย....) รับด้วยมือขวา พับครึ่ง แล้ววางไว้ที่.....” (พื้น, โต๊ะ, เติ่ง) ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ ☐ รับด้วยมือขวา ☐ พับครึ่ง ☐ วางไว้ที่ (พื้น, โต๊ะ, เติ่ง) ☐	
9. Written command (1 คะแนน) ต่อไปเป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา, ยาย....) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้ ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตา” ☐ หลับตาได้ ☐	



บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด)		คะแนน
10. Writing (1 คะแนน) ข้อนี้เป็นคำสั่ง “ให้คุณ (ตา, ยาย....) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง หรือมีความหมายมา 1 ประโยค” ☐ ประโยคมีความหมาย ☐		
11. Visuoconstruction (1 คะแนน) ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง” (ในที่ว่างของภาพตัวอย่าง) ☐ 		
คะแนนรวม		

ชื่อผู้ถูกประเมิน (นาย,นาง,นางสาว) นามสกุล..... อายุ.....ปี
 ลงชื่อผู้ทำการทดสอบวันที่เดือนพ.ศ.

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

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	≤14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4, 9, 10)
ผู้สูงอายุเรียนระดับประถมศึกษา	≤17	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถม	≤22	30

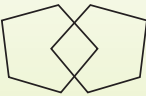
ที่มา: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.



Mini-Mental State Examination ฉบับภาษาไทย (TMSE)

ชื่อผู้รับบริการ อายุ ปี เพศ.....

การวินิจฉัย ผู้ประเมิน วันที่ประเมิน.....

ค่าคะแนน	คะแนนที่ได้	คำถาม
Orientation		
5		วัน..... วันที่.....เดือน.....ปี..... เวลา.....
5		โรงพยาบาล..... ชั้นที่..... อำเภอ..... จังหวัด..... ภาค.....
Registration		
3		แม่น้ำ รถไฟ ดินสอ
Attention and Calculation		
5		100-7 (หยุดเมื่อครบ 5 คำตอบ)(93 86 79 72 65) หรือให้ทวนกลับคำว่า “สะพาน” ทีละตัว
Recall		
3		ให้ทวนของ 3 อย่างใน Registration(แม่น้ำ รถไฟ ดินสอ)
Language		
2		นาฬิกา ปากกา
Repetition		
1		พูดตามให้ชัดเจนมากที่สุด “ชวนขายหาความรู้”
3 Stage Command		
3		ทำตามคำสั่ง “จงหยิบกระดาษด้วยมือขวา พับครึ่ง 1 ครั้ง แล้ววางลงพื้นห้อง”
Reading		
1		อ่านแล้วทำตาม “จงหลับตา”
Writing		
1		เขียน 1 ประโยค
Copying		
1		Copy รูป 5 เหลี่ยม 2 รูป
		
30		รวมคะแนน
ประเมินระดับความรู้สึกตัวตลอดการทำแบบทดสอบ ☐ Alert ☐ Drowsy ☐ Stupor ☐ Coma		

การประเมินผล ถ้ารวมคะแนนได้ 23 คะแนน หรือน้อยกว่า ถือว่ามีภาวะ Cognitive Impairment

ที่มา: คัดลอกและปรับปรุง จาก อัญชลี เตมียประดิษฐ์, วรัญ ดันชัยสวัสดิ์, ชุมศรี หังษพฤกษ์ และคณะ.

Mini-Mental State Examination (MMSE): แบบทดสอบการตรวจหาภาวะความพิการทางสมอง.

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2533.35(4): 208-16.



คู่มือการใช้แบบทดสอบ

Mini - Mental State Examination (Thai)

ORIENTATION

1. เริ่มถาม วัน เดือน ปี แล้วถามถึงสิ่งที่ขาดไป เช่น ถามว่า “คุณพอจะบอกได้ไหม ว่าช่วงนี้เป็นฤดูอะไร”
ให้คะแนน 1 คะแนน ต่อคำตอบที่ถูกต้อง 1 คำตอบ
2. เปลี่ยนคำถามในเรื่องต่อไปนี้ เป็น
“กรุณابอกชื่อโรงพยาบาลนี้ด้วยค่ะ (ครับ)”
“กรุณابอกชื่อสถานที่นี้ด้วยค่ะ (ครับ)”
หลังจากนั้นจึงถามถึงชั้นที่ขณะสัมภาษณ์แล้วถามถึงที่ตั้ง คือ อำเภอ จังหวัด ภาคใดของประเทศ
ให้ 1 คะแนน ต่อคำตอบที่ถูกต้อง 1 คำตอบ

REGISTRATION

บอกผู้ถูกสัมภาษณ์ว่า กำลังจะทดสอบเรื่องความจำ แล้วจึงบอกชื่อสิ่งของ 3 สิ่ง ซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กัน เช่น ดินสอ รถไฟ แม่น้ำ บอกอย่างช้าๆ และชัดเจน ประมาณ 1 วินาทีต่อ 1 ชื่อ
หลังจากบอกครบ 3 ชื่อแล้ว ให้ผู้สัมภาษณ์ทวนชื่อทั้ง 3 ดังกล่าว
การทวนครั้งแรกนี้ชื่อที่ถูก 1 ชื่อ เท่ากับ 1 คะแนน ให้ทวนต่อไปอีกจนจำได้ หากทวนถึง 6 ครั้งแล้วยังจำทั้ง 3 ชื่อไม่ได้ การทดสอบเรื่อง Recall ต่อไปก็ไม่มีความหมาย นอกจากนี้ให้บอกผู้ถูกสัมภาษณ์ว่า ให้จำชื่อทั้ง 3 ไว้ เพราะจะกลับมาถามใหม่

ATTENTION AND CALCULATION

ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ เริ่มจากเลข 100 ลบด้วย 7 ไปทั้งหมด 5 ครั้ง (93, 86, 79, 72, 65) แล้วหยุดให้คะแนนตามจำนวนตัวเลขที่ลบได้ถูก

ถ้าผู้ถูกสัมภาษณ์ลบเลขไม่เป็นหรือไม่ได้ ขอให้ผู้สัมภาษณ์ทวนการสะกดของคำว่า “สะพาน”

การให้คะแนน ให้ตามตัวอักษรที่สะกดถูกและถูกตำแหน่ง เช่น นาพะส = 5 คะแนน, นาะพส = 3 คะแนน, นาวสะ = 3 คะแนน, พานะส = 2 คะแนน

RECALL

ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทวนทวนชื่อ 3 ชื่อ ที่ให้จำเมื่อตอนต้น ชื่อที่ถูก 1 ชื่อ ได้ 1 คะแนน



LANGUAGE

Name :

ยก “นาฬิกา” ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ดูและให้บอกชื่อ หลังจากนั้นจึงแสดง “ปากกา” แล้วให้บอกชื่อ เช่นเดียวกัน
ตอบถูก 1 ชื่อ ได้ 1 คะแนน

Repetition :

พูดวลี “ชวนขวายเป็นความรู้” ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์พูดตาม 1 รอบ หากพูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน

3-Stage Command :

หยิบกระดาษเปล่า 1 แผ่น วางบนโต๊ะ แล้วบอกผู้ถูกสัมภาษณ์ว่าให้ฟังและทำตามคำบอกดังนี้
“หยิบกระดาษด้วยมือขวา พับครึ่ง แล้ววางบนพื้น” ให้คะแนน 1 คะแนน ต่อการทำถูก
ตามขั้นตอน 1 ขั้น ทำถูกต้องได้ 3 คะแนน

Reading :

เขียนคำว่า “จงหลับตา” ให้ใ้ตอบที่ผู้ถูกสัมภาษณ์จะเห็นได้อย่างชัดเจน บอกผู้ถูกสัมภาษณ์ทำตามสิ่งที่เขียนไว้
ให้อ่าน หากผู้ถูกสัมภาษณ์หลับตาลงให้ 1 คะแนน

Writing :

บอกผู้ถูกสัมภาษณ์เขียนประโยค 1 ประโยค บนกระดาษเปล่าที่ใ้ไว้โดยใ้เขียนเองทันทีที่นึกได้
ประโยคที่เขียนจะต้องมีประธานและกริยาอย่างน้อย จึงจะใ้ 1 คะแนน

Copying :

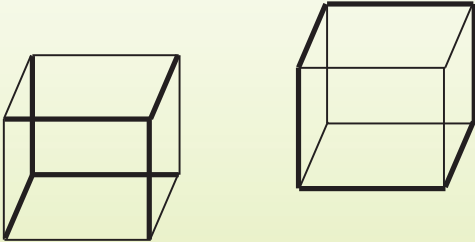
เขียนรูปห้าเหลี่ยมขนาดด้านละประมาณ 1 นิ้ว 2 รูป โดยมีมุมซ้อนกัน 1 มุม เป็นต้นแบบ
แล้วใ้ผู้ถูกสัมภาษณ์ลอกตามนั้น รูปที่ลอกนั้นจะต้องมีมุม 10 มุมและซ้อนกัน 1 มุม จึงจะใ้คะแนน 1 คะแนน
เส้นที่ลากไม่ตรง ไม่เรียบและการหมุนภาพไม่เสียคะแนน

ที่มา: คัดลอกและดัดแปลง จาก อัญชลี เตมียประดิษฐ์, วรัญ ตันชัยสวัสดิ์, ชุมศรี หังษพฤษ และคณะ,
Mini-Mental State Examination (MMSE) ; แบบทดสอบการตรวจหาภาวะพิการทางสมอง,
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2533. 35 (4) : 208-16.



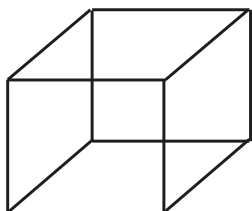
RUDAS - Thai version (Rowland Universal Dementia Assessment Scale)

ชื่อ อายุ ปี HN การศึกษา วันที่ ผู้ทดสอบ

หัวข้อ	คะแนนที่ได้	คะแนนสูงสุด
1. Memory ดิฉัน/ผม อยากให้คุณนึกว่าเรากำลังจะไปจ่ายตลาด โดยจะซื้อของ 4 อย่าง ดิฉัน/ผมอยากให้คุณจำเมื่อเราเดินไปถึงตลาดอีกประมาณ 5 นาที ดิฉัน/ผมจะถามคุณ ของที่ต้องซื้อคือ ใบชา น้ำมันพืช ไข่ สบู่ ให้คุณพูดทวน (3 ครั้ง) ถ้าไม่สามารถพูดทวนได้ ทั้ง 4 คำ ให้บอกชื่อใหม่จนกว่าจะจำได้หมด (ไม่เกิน 5 ครั้ง)		
2. Visuospatial ดิฉัน/ผมจะบอกให้คุณทำตามคำสั่งต่อไปนี้ (ถ้าตอบถูก 5 ข้อ ไม่ต้องทำต่อ) 2.1 ยกเท้าขวาของคุณขึ้น 2.2 ยกมือซ้ายของคุณ 2.3 ใช้มือขวาของคุณไปจับไหล่ซ้ายของคุณ 2.4 ใช้มือซ้ายของคุณไปจับที่ใบหูขวาของคุณ 2.5 ชี้นิ้วที่หัวเข่าด้านซ้ายของคุณดิฉัน/ผม 2.6 ชี้นิ้วที่ข้อศอกขวาของคุณดิฉัน/ผม 2.7 ใช้มือขวาคุณชี้ไปที่ตาด้านซ้ายของคุณดิฉัน/ผม 2.8 ใช้มือซ้ายของคุณชี้ไปที่เท้าซ้ายของคุณดิฉัน/ผม		 /5
3. Praxis ดิฉัน/ผมจะทำท่าบริหารมือ ตอนแรกให้คุณดูก่อนจากนั้นให้ทำเลียนแบบ (มือข้างหนึ่งกำอีกข้างแบ วางบนตักตัวเอง ทำสลับกันไปมาเป็นจังหวะ ปล่อยให้ ผู้ถูกทดสอบทำเองประมาณ 10 วินาที) แนวทางให้คะแนน - ทำได้ปกติ = 2 คะแนน (ทำผิดเล็กน้อย สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเองและ ทำได้ดีขึ้นเรื่อยๆ เป็นจังหวะต่อเนื่อง) - ทำได้บางส่วน = 1 คะแนน (ทำผิดเห็นได้ชัด พยายามแก้ไขแต่ยังทำผิด ไม่เป็นจังหวะ) - ทำไม่ได้เลย = 0 คะแนน (ไม่สามารถทำได้เลย ทำต่อเนื่องไม่ได้ ไม่พยายามแก้ไข)		 /2
4. Visoconstruction drawing กรุณาวาดรูปตามที่เห็นนี้ (ให้ดูรูปกล่องสี่เหลี่ยมที่อยู่ด้านหลังกระดาษนี้) 4.1 ผู้ถูกทดสอบได้วาดรูปโดยมีพื้นฐานจากรูปสี่เหลี่ยมหรือไม่ 4.2 ผู้ถูกทดสอบได้วาดเส้นภายในครบหรือไม่ 4.3 ผู้ถูกทดสอบได้วาดเส้นภายนอกครบหรือไม่ 		 /3



หัวข้อ	คะแนนที่ได้	คะแนนสูงสุด
5. Judgment ถ้าคุณยืนอยู่ริมถนนที่มีรถวิ่งไปมาพลุกพล่าน ไม่มีทางม้าลายให้ข้ามถนน ไม่มีสัญญาณไฟจราจรเลย บอกดิฉัน/ผมว่าคุณจะเดินข้ามถนนนี้ไปฝั่งตรงข้ามอย่างปลอดภัยได้อย่างไร (หากผู้ทดสอบไม่สามารถตอบได้ครบให้ถามว่า “มีอะไรที่คุณอยากทำอีกหรือไม่”) เกณฑ์การให้คะแนน - ผู้ทดสอบได้บอกให้มองรถซ้ายขวาหรือไม่ (ใช่ (2), ต้องถามซ้ำ (1), ไม่ตอบ (0)) - ผู้ทดสอบได้บอกประเด็นอื่นที่ไปถึงความปลอดภัยหรือไม่ (ใช่ (2), ต้องถามซ้ำ (1), ไม่ตอบ (0))		 /4
1. Memory recall (Recall) ตอนนี้เรามาถึงตลาด คุณจำได้ไหมว่าเราจะต้องซื้อของอะไรบ้าง ถ้าผู้ทดสอบไม่สามารถจำได้ ให้ผู้ทดสอบพูดว่า “อย่างแรกคือ ใบชา แล้วมีอะไรอีก” (ถ้าตอบได้เองโดยไม่ต้องแนะได้ 2 คะแนน ถ้าต้องแนะก่อนได้ 1 คะแนน ไม่ได้เลยได้ 0 คะแนน) ใบชา น้ำมันพืช ไข่ สบู่		 /8
1. Language ดิฉัน/ผม จะจับเวลาเป็นเวลา 1 นาที โดยในหนึ่งนาทีนั้นฉันอยากให้คุณบอกชื่อของสัตว์ต่างๆ ให้มากที่สุด เราจะดูว่าคุณสามารถบอกชื่อสัตว์ที่มีความหลากหลายได้มากน้อยแค่ไหนใน 1 นาที (บอกคำสั่งซ้ำหากจำเป็น) ค่าคะแนนสูงสุดสำหรับข้อนี้คือ 8 หากผู้ทดสอบบอกชื่อสัตว์ต่างๆ ได้ 8 ชนิดก่อนเวลาหนึ่งนาทีก็ให้หยุดทดสอบ 1 2 3 4 5 6 7 8		 /8
คะแนนรวม		30



ที่มา : Thai version 6 March 2012 translated by Panita Limpawattana, MD., Khonkaen University.



แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Test: CMT)

ชื่อผู้รับบริการ อายุ ปี เพศ.....
 การวินิจฉัย ผู้ประเมิน วันที่ประเมิน.....

	คำถาม	คำตอบ	คะแนน
1.	ปีนี้คุณอายุเท่าไร		1 / 0
2.	ขณะนี้กี่โมง (อาจตอบคลาดเคลื่อนได้ 1 ชั่วโมง)		1 / 0
3.	พูดคำว่า “ร่ม กระทะ ประตุ” ให้ฟังซ้ำๆ ซดๆ 2 ครั้ง แล้วบอกให้ผู้ทดสอบทวนชื่อทั้งสามดังกล่าวนั้นที่ (ชื่อที่ถูก 1 ชื่อ = 1 คะแนน)	ร่ม กระทะ ประตุ	1 / 0 1 / 0 1 / 0
4.	เดือนนี้เดือนอะไร (อาจเป็นเดือนไทย/เดือนสากลก็ได้)		1 / 0
5.	คนนั้นเป็นใคร (ให้ถามถึงบุคคล 2 คน เช่น แพทย์ พยาบาล หรือบุคคลใกล้เคียง)	บุคคลที่ 1 บุคคลที่ 2	1 / 0 1 / 0
6.	ข้าว 1 ถังมีกี่ลิตร/กิโลกรัม	20 ลิตร / 15 กก.	1 / 0
7.	ให้ผู้ทดสอบทำตามคำสั่งที่จะบอกต่อไปนี้ “ให้ตบมือสามทีแล้วกอดอก” (ให้ 1 คะแนน ถ้าทำถูกต้องครบทุกขั้นตอน)		1 / 0
8.	จงบอกความหมายของสุภาษิตต่อไปนี้ “หนีเสือปะจระเข้” ตัวอย่างคำตอบที่ถูกต้อง 1. หนีจากสิ่งไม่ดีไปพบสิ่งที่ไม่ดีอีก 2. หนีจากสถานการณ์หรือบุคคลที่เป็นอันตรายไปพบสถานการณ์ หรือบุคคลที่เป็นอันตรายอีก 3. หนีจากสิ่งที่เลวร้ายไปพบสิ่งที่เลวร้ายกว่าเดิม		1 / 0
9.	บอกผู้ทดสอบว่าจงฟังประโยคต่อไปนี้ให้ดี เมื่อฟังจบแล้วพูดตามทันที “ฉันชอบดอกไม้ เสียงเพลง แต่ไม่ชอบหมา” (ให้ 1 คะแนน ถ้าพูดได้ถูกต้องตามลำดับทั้งประโยค)		1 / 0



	คำถาม	คำตอบ	คะแนน
10.	ถามผู้ทดสอบว่า “ถ้าลิ้มกุญแจบ้านจะอย่างไร” (ให้ 1 คะแนน ถ้าคำตอบมีเหตุเหมาะสม โดยที่คำตอบนั้นแสดงถึงความพยายามที่จะแก้ไขปัญหาด้วยความเป็นไปได้ และไม่ก่อให้เกิดความเสียหายมาก) ตัวอย่างคำตอบที่ได้คะแนน 1. ทดลองนำกุญแจอันอื่นหรือวัสดุที่ใช้แทนได้ ที่มีอยู่ในบริเวณใกล้เคียงมาลองไขกุญแจ 2. ตามช่างกุญแจ (ถ้าอยู่ไม่ไกลนัก) 3. ไปขอกุญแจที่ผู้อื่นเก็บไว้ (เช่น ญาติ) ในกรณีที่อยู่ไม่ไกลจากบ้าน 4. หาทางเข้าบ้าน(ถ้าสามารถทำได้) หรือขอความช่วยเหลือจากผู้อยู่ใกล้เคียง เช่น ปิ่นหน้าต่าง จัดช่องลม ตัวอย่างคำตอบที่ไม่ได้คะแนน 1. ไม่รู้จะอย่างไร นั่งรอนกว่าจะมีคนอื่นกลับมา 2. พังประตูเข้าไป 3. ไปเอากุญแจที่บุคคลอื่นในบ้านเก็บไว้แต่อยู่ไกลมาก เช่น อยู่ต่างจังหวัดหรือใช้เวลาเดินทางนานมาก		1 / 0
11.	บอกให้ผู้ทดสอบนับเลขจาก 10-20 (ให้ 1 คะแนน ถ้าสามารถนับได้ถูกต้องตามลำดับทั้งหมด)		1 / 0
12.	ชี้ไปที่ นาฬิกา แล้วถามว่าคืออะไร / เรียกว่าอะไร ชี้ไปที่ ปากกา แล้วถามว่าคืออะไร / เรียกว่าอะไร		1 / 0 1 / 0
13.	บอกให้ผู้ทดสอบลบเลขทีละ 3 จาก 20 ทั้งหมด 3 ครั้ง $20 - 3 = a$ $17 - 3 = b$ $14 - 3 = c$ (ให้คะแนนตามจำนวนเลขที่ลบได้ถูกต้อง ครั้งละ 1 คะแนน)	$a = 17$ $b = 14$ $c = 11$	1 / 0 1 / 0 1 / 0

- หมายเหตุ
1. คะแนนที่ต่ำสุด คือ 0 และสูงสุดคือ 19
 2. คะแนนที่ต่ำกว่า 15 แสดงว่าน่าจะมีความผิดปกติของ Cognitive function
 3. ในกรณีที่ผู้ป่วยหมดสติ (Coma) หรือเกือบหมดสติ (semi-coma) หรือ aphasia หรือใส่ endotracheal tube หรือ in-cooperate ให้คะแนนศูนย์ แต่ลงบันทึกไว้ถึงลักษณะของผู้ป่วยดังกล่าว
 4. โดยทั่วไปผู้ป่วยมีคะแนนจาก Glasgow Coma Scale ตั้งแต่ 12 ขึ้นไป อยู่ในข่ายที่จะตอบคำถามเหล่านี้ได้

ที่มา: แบบทดสอบพัฒนาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ. คัดลอกจาก สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การวิเคราะห์ผู้สูงอายุ. ใน: หลักสำคัญทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2541 หน้า 88-9.



ภาคผนวก 3

การประเมินภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

แบบประเมินภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

คำชี้แจง : ใช้ถามเฉพาะผู้สูงอายุที่ให้ประวัติว่ามีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา และไม่มีอาการที่แสดงถึงภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ (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/ปัสสาวะหลายหยักหลายทีหรือต้องแบ่งหลายครั้งกว่าจะเสร็จ | (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 ยากดประสาทส่วนกลาง ยาขับปัสสาวะ ยาต้านโคลิเนอร์จิก ยาต้านอัลฟา-อะดรีเนอร์จิก | (0) ไม่มี | (1) มี |
| 2.4.5 มีภาวะซึมเศร้า, สับสน, ความจำเสื่อม | (0) ไม่มี | (1) มี |
| 2.4.6 มีความเจ็บปวดเกิดแก่ร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่งจนไม่อยากจะเคลื่อนไหว | (0) ไม่มี | (1) มี |



3. ปริมาณปัสสาวะที่กลั้นไม่อยู่

- (1) เล็กน้อย (ไม่ก่ีหยดหรือไม่เกินครึ่งช้อนโต๊ะ)
- (2) ปานกลาง (ชุ่มกางเกงในหรือครึ่งถึง 2 ช้อนโต๊ะ)
- (3) มาก (เปียกทะลุถึงผ้านุ่งชั้นนอกหรือมากกว่า 2 ช้อนโต๊ะ)

4. ความบ่อยของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

- (1) เล็กน้อย/เดือนละครึ่ง หรือน้อยกว่านี้
- (2) ปานกลาง/หลายๆ วันครั้ง หรือเดือนละ 2 ครั้งขึ้นไป
- (3) มาก/เกือบทุกวัน หรือวันละตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป

5. สำหรับผู้สูงอายุรายนี้มีความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่อยู่ในระดับ

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



หมายเหตุ :

เกณฑ์การประเมินความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่
พิจารณาจากข้อ 3 และข้อ 4 ดังนี้

- **รุนแรงมาก** หมายถึง ปริมาณปัสสาวะที่กลั้นไม่อยู่มาก
ระดับเปียกทะลุถึงผ้านุ่งชั้นนอก และ/หรือเกิดอาการบ่อยมาก
- **รุนแรงปานกลาง** หมายถึง ปริมาณปัสสาวะมากระดับ
ชุ่มกางเกงในและ/หรือเกิดอาการบ่อยปานกลาง
- **รุนแรงน้อย** หมายถึง ปริมาณปัสสาวะที่กลั้นไม่อยู่ไม่ก่ีหยด
และเกิดอาการบ่อยเล็กน้อย

ที่มา: ผศ.ดร.วาริ กังใจ, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



ภาคผนวก 4

แบบคัดกรองข้อเข่าเสื่อม (Thai – KOA – SQ)

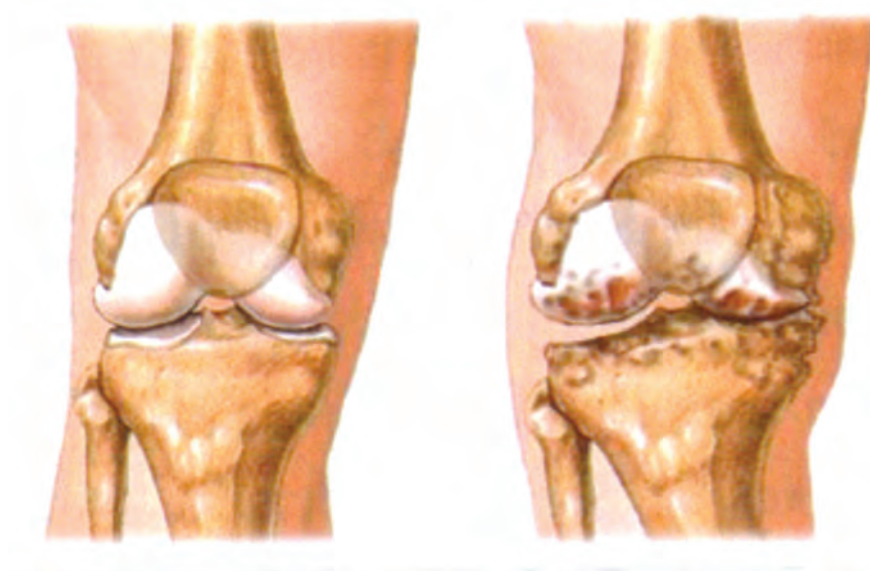
ให้ประเมินตามแบบสอบถามนี้ เพื่อค้นหาว่า ท่านเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมหรือไม่ อ่านข้อความ ใช่ ไม่ใช่ และตรวจสอบว่าเป็นจริงสำหรับตัวท่านเองหรือไม่ ให้วงกลมล้อมรอบคะแนนที่เป็นคำตอบที่เป็นจริงของท่าน แล้วรวมคะแนน ทั้งหมดแล้วประเมินตามเกณฑ์ด้านล่าง	ใช่	ไม่ใช่
ฉันมีอายุ 65 ปีขึ้นไป	3	0
ฉันมีค่าดัชนีมวลกาย 30 กิโลกรัม/เมตร ² ขึ้นไป	1	0
ฉันเคยมีอาการปวดข้อเข่าในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา	5	0
ถ้าได้ 7 คะแนนขึ้นไป แสดงว่า ท่านมีโอกาสที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ท่านควรจะไปโรงพยาบาลและให้แพทย์ตรวจวินิจฉัย เพื่อยืนยันผล ถ้าได้ 0 ถึง 6 คะแนน แสดงว่า ท่านไม่น่าจะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมขณะนี้		

หมายเหตุ เหมาะสำหรับการประเมินคัดกรองเบื้องต้นในชุมชน

ที่มา : Satayavongthip, B., et al. (2011). Development of the Thai Knee Osteoarthritis Screening Questionnaire (Thai-KOA-SQ) in Kanleung Sub-District, Nakronpanom Province. J Med Assoc Thai, 94(8), 947-5



เกณฑ์การวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อมตาม American College of Rheumatology



1. มีอาการปวดเข่า
2. ภาพรังสีแสดง ออสทีโอไฟท์ (osteophyte)
เห็นกระดูกงอกหนาตรงส่วนปลายกระดูกรอบข้อ
3. มีข้อสันนิษฐาน 1 ข้อดังต่อไปนี้
 - 3.1 อายุเกิน 50 ปี
 - 3.2 อาการฝืดแข็งในตอนเช้าน้อยกว่า 30 นาที
 - 3.3 มีเสียงกรอบแกรบขณะเคลื่อนไหวเข่า

หมายเหตุ เหมาะสำหรับการวินิจฉัยโรค

ที่มา: ธวัช ประสาทฤทธา. เกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อมตาม American College of Rheumatology.
ใน: ข้อเข่าเสื่อม. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ; 2555. หน้า 9.



แบบสอบถามประเมินอาการผู้ป่วยโรคข้อเสื่อม Modified WOMAC ฉบับภาษาไทย

แบบสอบถาม modified WOMAC ฉบับภาษาไทย เป็นการประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเสื่อม ประกอบด้วยคำถาม 3 ส่วน คือ คำถามระดับความปวด ระดับอาการข้อฝืด และระดับความสามารถในการใช้งานข้อ

โปรดกรูณาภาเครื่องหมายหรือวงกลมล้อมรอบตัวเลขให้ตรงกับอาการของท่านมากที่สุด

ระดับความปวด (0 – 10) โดย 0 หมายถึงไม่ปวดเลย และ 10 หมายถึงปวดมากจนทนไม่ได้

1. ปวดขณะเดิน



2. ปวดขณะขึ้นลงบันได



3. ปวดข้อตอนกลางคืน



4. ปวดข้อขณะอยู่เฉยๆ



5. ปวดข้อขณะยืนลงน้ำหนัก (ขาข้างนั้นรับน้ำหนักตัว)



ระดับอาการข้อฝืด, ข้อยึด (0–10) โดย 0 หมายถึงไม่มีอาการฝืดเลย และ 10 หมายถึง มีอาการฝืดมากที่สุด

1. ข้อฝืดช่วงเช้า (ขณะตื่นนอน)



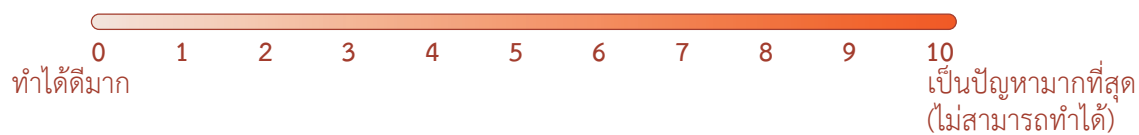
2. ข้อฝืดในช่วงระหว่างวัน



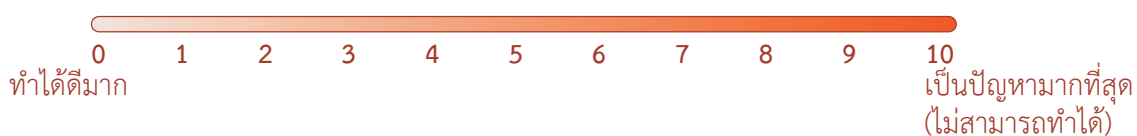
ระดับความสามารถในการใช้งานข้อ (0 – 10)

โดย 0 หมายถึงไม่มีอาการผิดเลย และ 10 หมายถึง ไม่สามารถทำกิจกรรมนั้นๆ ได้

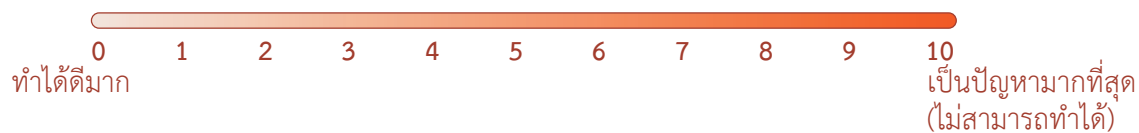
1. การลงบันได



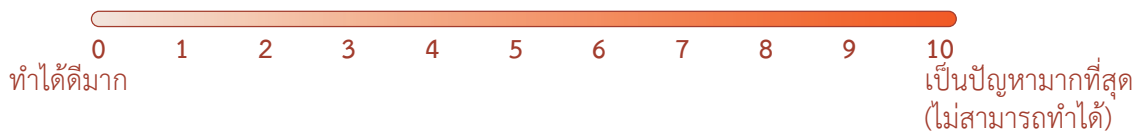
2. การขึ้นบันได



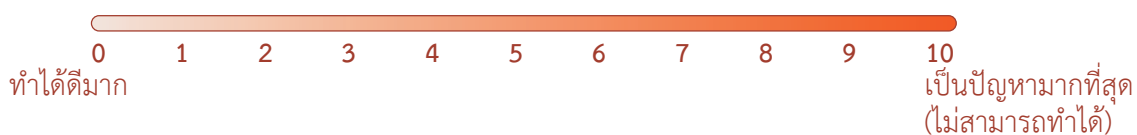
3. การลุกยืนจากท่านั่ง



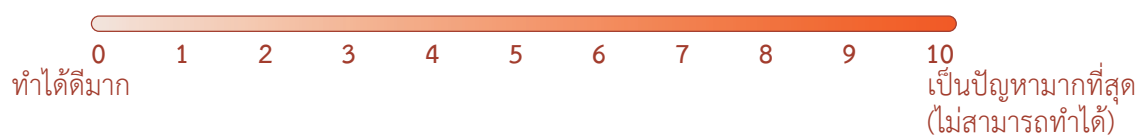
4. การยืน



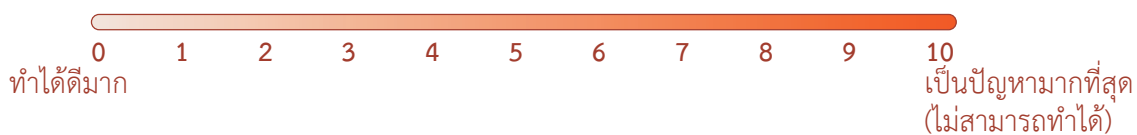
5. การเดินบนพื้นราบ



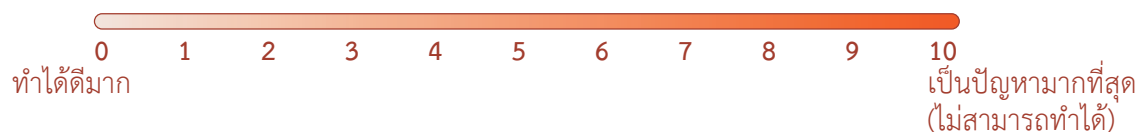
6. การขึ้นลงรถยนต์



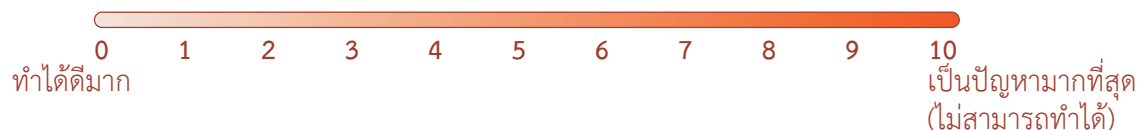
7. การไปซื้อของนอกบ้าน หรือการไปจ่ายตลาด



8. การใส่กางเกง



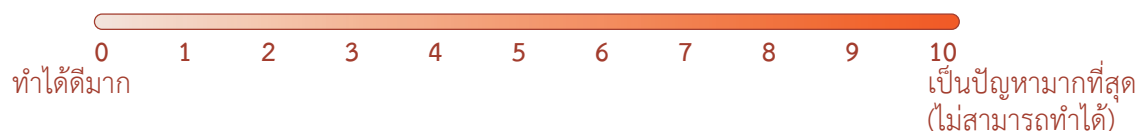
9. การลุกจากเตียง



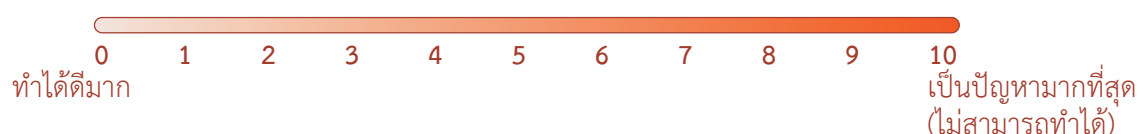
10. การถอดกางเกง



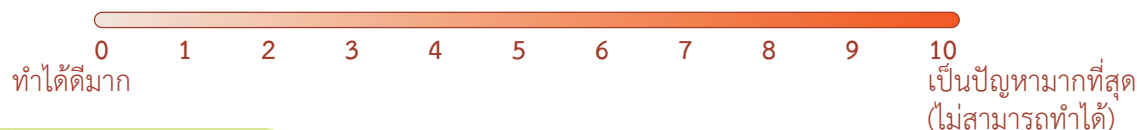
11. การเข้าออกจากห้องอาบน้ำ



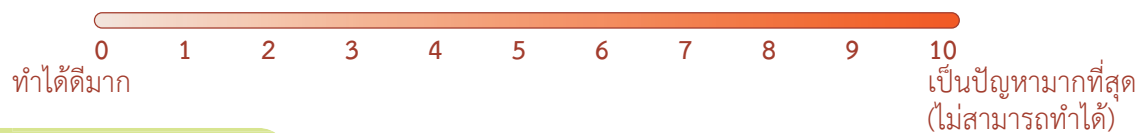
12. การนั่ง



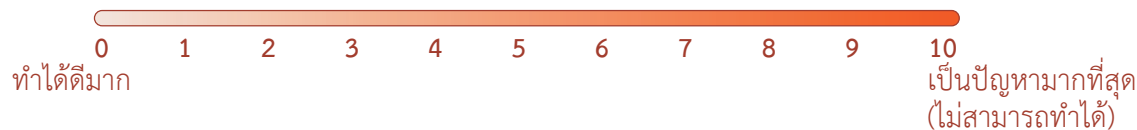
13. การเข้า-ออกจากส้วม



14. การทำงานบ้านหนักๆ



15. การทำงานบ้านเบาๆ



หมายเหตุ: เครื่องมือนี้มีลิขสิทธิ์ ผู้ที่นำไปใช้ โปรดติดต่อเจ้าของ คือ Professor Nicholas Bellamy ที่อยู่ตาม e-mail address นี้ n.bellamy@uq.edu.au

Reference:

1. Kuptniratsaikul V, Rattanachaiyanont M. Validation of a Modified Thai version of the Western Ontario and McMaster (WOMAC) Osteoarthritis Index for Knee Osteoarthritis. *Clin Rheumatol* 2007; 26: 1641-5.
2. Nicholas Bellamy. WOMAC Osteoarthritis Index. User guide VIII 2007: 71-3.



คำอธิบาย

WOMAC questionnaire

Thai version of Western Ontario and McMaster University (WOMAC) questionnaire

เป็นแบบประเมินที่นิยมใช้วัดผลการรักษาข้อเข่า ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน โดยแต่ละส่วนมีคะแนนเต็ม 10 คะแนน คะแนนยิ่งมาก บ่งถึงอาการปวดมาก ตึงมาก ใช้งานข้อได้น้อย มิติทั้งสามส่วนประกอบด้วย

1. อาการปวดข้อ (pain dimension)
2. อาการข้อฝืด ข้อตึง (stiffness dimension)
3. การใช้งานข้อ (function dimension)

อาการปวดข้อ (Pain dimension) มี 5 ข้อย่อย

จะสอบถามอาการปวดข้อของท่านในอิริยาบถต่าง ๆ โดยคะแนนยิ่งมาก บ่งถึงอาการปวดมาก (คะแนน 0 หมายถึงไม่ปวดเลย คะแนน 10 หมายถึงปวดมากจนทนไม่ได้)

1. ปวดข้อเข่าขณะเดิน

ในอิริยาบถเดินบนพื้นเรียบ เช่น เดินในห้างสรรพสินค้า ท่านมีอาการปวดเข่ามากน้อยเพียงไร?

2. ปวดข้อเข่าขณะขึ้นลงบันได

ภายหลังท่านขึ้นลงบันได 1 ชั้น ท่านมีอาการปวดเข่ามากน้อยเพียงไร?

หากอาการปวดไม่เท่ากันในขณะขึ้นหรือลงบันได ให้บันทึกในส่วนที่มีอาการปวดมากกว่า

3. ปวดข้อเข่าตอนกลางคืน

ในช่วงกลางคืน ท่านมีอาการปวดเข่าที่รบกวนการนอนหรือไม่

4. ปวดข้อเข่าขณะพัก

ในอิริยาบถที่พักรการใช้งานข้อ หรือขณะนั่งเฉย ๆ ไม่ยืน ไม่เดิน ท่านมีอาการปวดเข่ามากน้อยเพียงไร?

5. ปวดข้อเข่าขณะยืนลงน้ำหนัก

ท่านมีอาการปวดเข่ามากน้อยเพียงไร หากท่านยืนลงน้ำหนักขาข้างที่ปวด โดยไม่มีการขยับข้อเข่า

อาการข้อฝืด ข้อตึง (Stiffness dimension) มี 2 ข้อย่อย

จะสอบถามอาการข้อฝืด ยึดตึงของท่านในแต่ละช่วงของวัน โดยคะแนนยิ่งมาก บ่งถึงอาการฝืดมาก ตึงมาก (คะแนน 0 หมายถึงไม่ฝืดเลย คะแนน 10 หมายถึงฝืดมากที่สุด)

1. ข้อฝืดช่วงเช้า (ขณะตื่นนอน)

ขณะตื่นนอนตอนเช้า ท่านสามารถขยับข้อเข่าได้ดีหรือไม่ ท่านรู้สึกข้อเข่าตึงมากน้อยเพียงไร ? ถ้าฝืดมาก คะแนนยิ่งมาก ถ้าฝืดน้อย คะแนนก็จะน้อย

2. ข้อฝืดในช่วงระหว่างวัน

ในช่วงระหว่างวันที่ท่านทำงาน หากท่านเปลี่ยนอิริยาบถต่าง ๆ เช่น จากท่านั่งไปยืน หรือจากยืนไปเดิน เป็นต้น ท่านสามารถขยับข้อเข่าได้ดีหรือไม่ ท่านรู้สึกเหมือนมีกาวยึดข้อเข่าไว้ หรือรู้สึกตึงมากน้อยเพียงไร ? ถ้าฝืดมาก ตึงมาก คะแนนยิ่งมาก ถ้าฝืดน้อย คะแนนก็จะน้อย

หมายเหตุ บางรายจะมีการตึงมากตอนเช้า ในขณะที่บางรายรู้สึกตึงมากในระหว่างวัน



การใช้งานข้อ (Function dimension) มี 15 ข้อย่อย

จะสอบถามความสามารถในการใช้งานข้อของท่านในอิริยาบถต่างๆ โดยคะแนนยิ่งมาก บ่งถึงความสามารถน้อย แต่ถ้าท่านสามารถใช้งานข้อได้ดี คะแนนจะน้อย (คะแนน 0 หมายถึงเก่งที่สุด สามารถทำอิริยาบถนั้น ๆ ได้ดีมาก)

1. การลงบันได

ท่านมีความลำบากในการลงบันได ท่านสามารถทำได้คล่องแคล่วหรือไม่ เมื่อเปรียบเทียบกับความสามารถในวัยหนุ่มสาว ถ้าทำได้ดี คะแนนจะน้อย

2. การขึ้นบันได

ท่านมีความลำบากในการขึ้นบันได ท่านสามารถทำได้คล่องแคล่วหรือไม่ เมื่อเปรียบเทียบกับความสามารถในวัยหนุ่มสาว ถ้าทำได้ดี คะแนนจะน้อย

3. การลุกยืนจากท่านั่ง

ท่านมีความลำบากในขณะเปลี่ยนอิริยาบถจากท่านั่ง (เก้าอี้) ไปยืน ท่านสามารถทำได้คล่องแคล่วหรือไม่ เมื่อเปรียบเทียบกับความสามารถในวัยหนุ่มสาว

4. การยืน

ท่านมีความลำบากในการยืนหรือไม่? ท่านสามารถยืนได้นานหรือไม่? เมื่อเปรียบเทียบกับความสามารถในวัยหนุ่มสาว ถ้ามีความลำบาก คะแนนจะมาก

5. การเดินบนพื้นราบ

ท่านมีความลำบากในการเดินพื้นเรียบ เช่น เดินในห้างสรรพสินค้าหรือไม่ ถ้าเดินได้ดี คะแนนจะน้อย ถ้ามีความลำบาก คะแนนจะมาก

6. การขึ้นลงรถยนต์

ท่านมีความลำบากในอิริยาบถขึ้นลงจากรถยนต์หรือรถโดยสารมากน้อยเพียงไร เมื่อเปรียบเทียบกับความสามารถในวัยหนุ่มสาว ถ้าขึ้นลงคล่องแคล่ว คะแนนจะน้อย ถ้ามีความลำบาก คะแนนจะมาก หากอาการปวดไม่เท่ากันในขณะขึ้นหรือลงรถยนต์หรือรถโดยสาร ให้บันทึกในส่วนที่มีอาการปวดมากกว่า

7. การไปซื้อของ

ท่านสามารถไปตลาด หรือไปซูเปอร์มาเก็ต จับจ่ายใช้สอยได้เหมือนสมัยหนุ่มสาวหรือไม่? ถ้าไปได้ เหมือนเดิม คะแนนจะน้อย แต่ถ้าไปไม่ได้แล้วเพราะปวดข้อเข่า คะแนนจะมาก (หมายเหตุ คนที่ตอบว่าไม่ไปแล้วเพราะไม่จำเป็นต้องไป ให้ถามว่าหากให้ไป สามารถไปได้ดีหรือไม่)

8. การใส่กางเกง

ท่านมีความลำบากในอิริยาบถใส่กางเกง (ขึ้นหรือขึ้นนอก) สามารถยืนใส่ได้ดีเหมือนเดิมหรือไม่? ถ้าทำได้ดีเหมือนเดิม คะแนนจะน้อย ถ้ามีความลำบาก คะแนนจะมาก



9. การลุกจากเตียง

ท่านมีความลำบากในขณะที่เปลี่ยนอิริยาบถจากท่านอนแล้วลุกขึ้นนั่งข้างเตียง หากทำได้คล่องแคล่ว คะแนนจะน้อย ถ้ามีความลำบาก คะแนนจะมาก

10. การถอดกางเกง

ท่านมีความลำบากในการถอดกางเกง (ขึ้นในหรือขึ้นนอก) สามารถยื่นถอดได้ดีเหมือนเดิมหรือไม่? หรือต้องนั่ง จึงจะถอดได้ ถ้าทำได้ดีเหมือนเดิม คะแนนจะน้อย ถ้ามีความลำบาก คะแนนจะมาก

11. การอาบน้ำเอง

ท่านมีความลำบากในการอาบน้ำหรือไม่? ต้องการคนช่วยอาบน้ำหรือไม่ ถ้าทำได้เอง คะแนนจะน้อย ถ้ามีความลำบาก คะแนนจะมาก

12. การนั่ง

ท่านมีความลำบากในการเปลี่ยนอิริยาบถจากยืนลงนั่งเก้าอี้ (ไม่ใช่ที่นั่งพื้น) ท่านสามารถทำได้คล่องแคล่วหรือไม่ ถ้ามีความลำบาก คะแนนจะมาก

13. การนั่งส้วม

ท่านมีความลำบากในการนั่งส้วม (ส้วมที่ใช้ประจำ) หรือไม่? เมื่อเปรียบเทียบกับความสามารถในวัยหนุ่มสาว ถ้าลงนั่งหรือลุกขึ้นจากโถลำบาก หรือทุลักทุเล คะแนนจะมาก หากอาการปวดไม่เท่ากันในขณะที่ลงนั่งหรือลุกขึ้นจากโถส้วม ให้บันทึกในส่วนที่มีอาการปวดมากกว่า

14. การทำงานบ้านหนักๆ

ท่านมีความลำบากในการทำงานบ้านหนักๆ เช่น ล้างห้องน้ำ ล้างรถ รดต้นไม้ในสวน ถูบ้าน ถูฝุ่น ตัดหญ้า กวาดใบไม้ ยกหรือหิ้วของหนัก เป็นต้น ท่านสามารถทำได้คล่องแคล่วเหมือนเดิมหรือไม่? เมื่อเปรียบเทียบกับความสามารถในวัยหนุ่มสาว ถ้าทำได้ดี คะแนนจะน้อย ถ้ามีความลำบาก คะแนนจะมาก

15. การทำงานบ้านเบาๆ

ท่านมีความลำบากในการทำงานบ้านเบา ๆ เช่น ทำกับข้าว ล้างถ้วยจาน ปิดฝุ่น เช็ดโต๊ะ จัดโต๊ะ เป็นต้น ท่านสามารถทำได้คล่องแคล่วเหมือนเดิมหรือไม่? เมื่อเปรียบเทียบกับความสามารถในวัยหนุ่มสาว ถ้าทำได้ดีมาก คะแนนจะน้อย ถ้ามีความลำบาก คะแนนจะมาก

หมายเหตุ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้ทำกิจกรรมในข้อคำถามข้างต้นแล้วไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใดก็ตาม ให้สอบถามความสามารถว่าหากให้ผู้ป่วยกระทำการกิจกรรมนั้นๆ ผู้ป่วยจะสามารถทำได้ดีเพียงไร

Reference:

1. Kuptniratsaikul V, Rattanachaiyanont M. Validation of a Modified Thai version of the Western Ontario andMcMaster (WOMAC) Osteoarthritis Index for Knee Osteoarthritis. *Clin Rheumatol* 2007; 26: 1641-5.
2. Nicholus Bellamy. WOMAC Osteoarthritis Index.User guide VIII 2007: 71-3.



ภาคผนวก 5

การประเมินภาวะหกล้ม

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 การช่วยเหลือจากผู้อื่น	เดินโดยใช้อุปกรณ์ หรือคนช่วย 2 คน	เดินโดยใช้อุปกรณ์ หรือคนช่วย 1 คน	เดินโดยไม่ใช้อุปกรณ์ หรือไม่ต้องการคนช่วย
การรับรู้	รู้เวลา สถานที่ บุคคล	รู้สถานที่ บุคคล	รู้บุคคล	ไม่รับรู้ การตัดสินใจบกพร่อง
สภาพร่างกายทั่วไป	อาหารเพียงพอ การนอนหลับปกติ	ไม่เจริญอาหาร การนอนหลับผิดปกติ	การนอนหลับ ผิดปกติมาก	ขาดอาหาร น้ำหนักลด
การมองเห็น	ปกติ	ใช้แว่นตา	มองเห็นไม่ชัดเจน ตาต่อ	มองเห็นผิดปกติมาก ถึงขั้นตาบอด
การพูด	ปกติ	มีปัญหาการพูด แต่เข้าใจภาษาดี	พูดไม่ชัด มีปัญหาการสื่อสาร	การสื่อสารบกพร่อง ขั้นรุนแรง
การใช้ยา	ไม่มียาที่มีผล	มียาระบบหัวใจและ หลอดเลือดที่มีผล เช่น β -blocker ยาขับปัสสาวะ ยาลดความดันเลือด	มียาระบบประสาท ที่มีผล เช่น ยากล่อม ประสาท ยานอนหลับ ยากลุ่ม psychoactive	มีทั้งยาระบบหัวใจ และหลอดเลือดและ ระบบประสาทที่มีผล
ภาวะโรคเรื้อรัง	ไม่มี	มีโรคเรื้อรัง 1 โรค	มีโรคเรื้อรัง >1 โรค	มีโรคเรื้อรังหลายโรค
ไม่สามารถควบคุม การขับถ่าย	ไม่มีปัญหา	ปัสสาวะบ่อย	ปัสสาวะกลางคืน ปัสสาวะราด (stress incontinence)	ปัสสาวะราด (urge incontinence) คาสายปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมิน

0 - 10 คะแนน มีความเสี่ยงที่จะหกล้มต่ำ

11 - 20 คะแนน มีความเสี่ยงที่จะหกล้มปานกลาง

21 - 33 คะแนน มีความเสี่ยงที่จะหกล้มสูง



Timed Up and Go Test (TUGT)

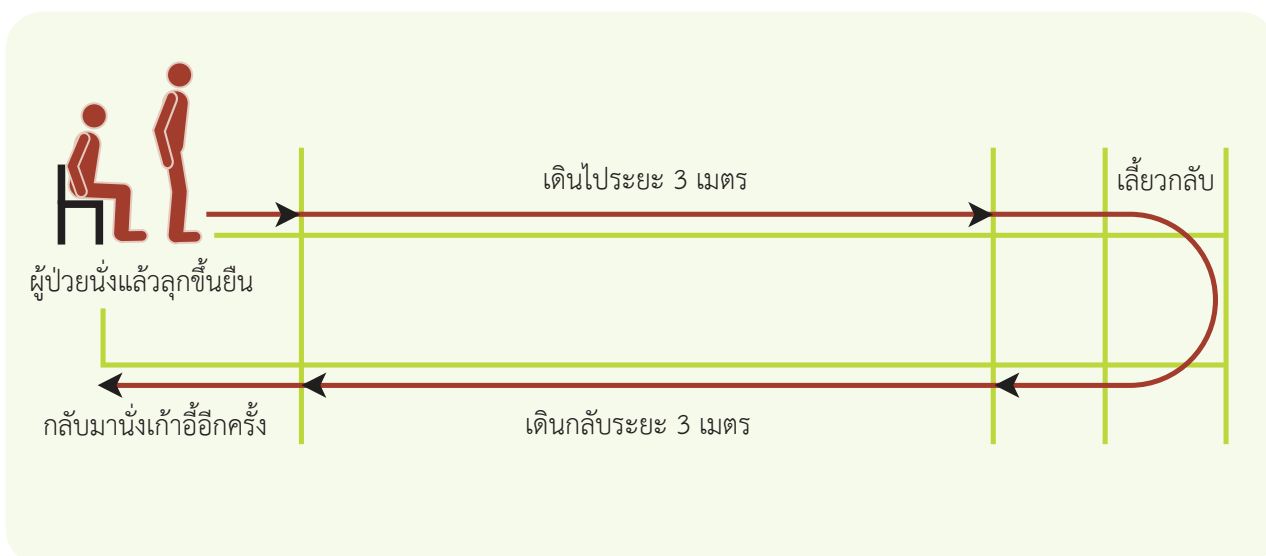
โดยให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นจากเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขน เดินเป็นเส้นตรง
ระยะทาง 3 เมตร หมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม

☐ < 30 วินาที

☐ ≥ 30 วินาที

☐ เดินไม่ได้

- เวลาปกติของผู้สูงอายุควรน้อยกว่า 10 วินาที กรณีที่ใช้เวลานานกว่า 29 วินาที ถือว่า มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม
- Timed Up and Go Test (TUGT) ได้รับความนิยม เนื่องจากความสะดวกและคล่องตัวในการประเมิน สามารถทดสอบซ้ำได้เพื่อเปรียบเทียบเมื่อเวลาผ่านไป หรือใช้ประเมินหลังการรักษา
- ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการประเมินคือ ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาอนโรงพยาบาล หรือเกิดภาวะหกล้มขึ้น หรืออย่างน้อยควรประเมินทุก 3 เดือน



ที่มา: fall prevention: Best Practice Guidelines, Quality Improvement and Enhancement Program, version 3, 2003 และ Time up and go test (TUGT) แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ, 2551. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.



ภาคผนวก 6

แบบประเมินภาวะโภชนาการ (Mini Nutritional Assessment; MNA®)

ชื่อ-สกุล..... เพศ

อายุ (ปี) น้ำหนัก (กก.) ส่วนสูง (ซม) วันที่

การคัดกรองภาวะโภชนาการเบื้องต้น

คำถามการคัดกรอง	คะแนน
A. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา มีการรับประทานอาหารได้น้อยลง เนื่องจากความอยากอาหารลดลง มีปัญหาการย่อย การเคี้ยว หรือปัญหาการกลืนหรือไม่ 0 = รับประทานอาหารน้อยลงอย่างมาก 1 = รับประทานอาหารน้อยลงปานกลาง 2 = การรับประทานอาหารไม่เปลี่ยนแปลง	
B. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักลดลงหรือไม่ 0 = น้ำหนักลดมากกว่า 3 กิโลกรัม 1 = ไม่ทราบ 2 = น้ำหนักลดระหว่าง 1 - 3 กิโลกรัม 3 = น้ำหนักเท่าเดิม	
C. สามารถเคลื่อนไหวได้เองหรือไม่ 0 = นอนบนเตียง หรือ ต้องอาศัยรถเข็นตลอดเวลา 1 = ลุกจากเตียงหรือรถเข็นได้บ้าง แต่ไม่สามารถไปข้างนอกได้เอง 2 = เดินและเคลื่อนไหวได้ตามปกติ	
D. ใน เดือนที่ผ่านมา มีความเครียดรุนแรงหรือป่วยเฉียบพลันหรือไม่ 0 = มี 2 = ไม่มี	
E. มีปัญหาทางประสาท (Neuropsychological problems) หรือไม่ 0 = ความจำเสื่อม หรือ หดหู่ อย่างรุนแรง 1 = ความจำเสื่อมเล็กน้อย 2 = ไม่มีปัญหาทางประสาท	
F. ดัชนีมวลกาย [BMI = น้ำหนัก (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	
รวม	

คะแนนการคัดกรองเบื้องต้น (เต็ม 14 คะแนน)

มากกว่า หรือเท่ากับ 12 คะแนน

ภาวะโภชนาการปกติ

ไม่ต้องตอบแบบประเมินภาวะทุพโภชนาการต่อ

น้อยกว่า หรือเท่ากับ 11 คะแนน

มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ

ให้ทำแบบประเมินภาวะโภชนาการส่วนที่ 2 ต่อ



ส่วนที่ 2 การประเมินภาวะโภชนาการ

คำถามการประเมินภาวะทุพโภชนาการ	คะแนน
G. คุณอาศัยอยู่ลำพังได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (ไม่ได้อยู่ในสถานพักคนชราหรือโรงพยาบาล) ใช่หรือไม่ 0 = ไม่ใช่ 1 = ใช่	
H. คุณรับประทานยามากกว่า 3 ชนิดต่อวัน ใช่หรือไม่ 0 = ใช่ 1 = ไม่ใช่	
I. คุณมีแผลกดทับหรือแผลที่ผิวหนังอื่นหรือไม่ 0 = ใช่ 1 = ไม่ใช่	
J. คุณรับประทานอาหารได้ครบทั้ง 5 หมู่วันละกี่มื้อ 0 = 1 มื้อ 1 = 2 มื้อ 2 = 3 มื้อ	
K. ในแต่ละวันคุณรับประทานโปรตีนบ้างหรือไม่ - รับประทานนมและผลิตภัณฑ์นม (ชีส โยเกิร์ต) อย่างน้อยวันละ 1 หน่วยบริโภค ใช่หรือไม่ - รับประทานถั่วเมล็ดแห้งหรือไข่ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ใช่หรือไม่ - รับประทานเนื้อ, เนื้อปลา หรือสัตว์ปีกทุกวัน ใช่หรือไม่ 0.0 = ถ้าตอบไม่ใช่ทุกข้อ หรือใช่เพียงข้อเดียว 0.5 = ถ้าตอบใช่ 2 ข้อ 1.0 = ถ้าตอบใช่ 3 ข้อ	
L. คุณรับประทานผักหรือผลไม้อย่างน้อย 2 มื้อต่อวัน ใช่หรือไม่ 0 = ไม่ใช่ 1 = ใช่	
M. คุณดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มต่างๆ เช่น น้ำเปล่า น้ำผลไม้ กาแฟ ชา นม ประมาณวันละเท่าไร 0.0 = น้อยกว่า 3 แก้วต่อวัน 0.5 = 3-5 แก้วต่อวัน 1.0 = มากกว่า 5 แก้วต่อวัน	
N. ในการรับประทานอาหาร คุณสามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือไม่ 0 = ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง 1 = รับประทานอาหารเองได้แต่ค่อนข้างลำบาก 2 = รับประทานอาหารเองได้โดยไม่มีปัญหา	
O. คุณคิดว่าคุณมีภาวะโภชนาการอย่างไร 0 = เห็นว่าตัวเองน่าจะมีภาวะทุพโภชนาการ 1 = ทานอาหารเองได้แต่ค่อนข้างลำบาก 2 = เห็นว่าตัวเองไม่มีปัญหาภาวะทุพโภชนาการ	
P. เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในวัยเดียวกัน คุณคิดว่าสุขภาพของตนเองเป็นอย่างไร 0.0 = ไม่ดีเท่ากับคนอื่น 0.5 = ไม่ทราบ 1.0 = ดีเท่ากับคนอื่น 2.0 = ดีกว่าคนอื่น	
Q. เส้นรอบวงแขน (Mid-arm circumference; MAC) 0.0 = MAC น้อยกว่า 21 เซนติเมตร 0.5 = MAC 21-22 เซนติเมตร 1.0 = MAC มากกว่า 22 เซนติเมตร	
R. เส้นรอบวงน่อง (Calf circumference; CC) 0 = CC น้อยกว่า 31 เซนติเมตร 1 = CC ตั้งแต่ 31 เซนติเมตรขึ้นไป	

รวมคะแนนการประเมินภาวะโภชนาการทั้งหมด (เต็ม 30 คะแนน)

24-30 คะแนน

ภาวะโภชนาการปกติ

17-23.5 คะแนน

มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ

น้อยกว่า 17 คะแนน

มีภาวะทุพโภชนาการ

ที่มา : ดัดแปลงจาก Miller, C.A. Chapter 14 Digestion and Nutrition.

In: Nursing for Wellness in Older Adults: Theory and Practice.

4th eds. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2003.

p.296 และศูนย์วิจัยเนสท์เล่. คู่มือสุขภาพผู้สูงอายุ (ม.ป.ท.; ม.ป.พ.; ม.ป.ป.)



ภาคผนวก 7

การประเมินโรคซึมเศร้า

แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)

ข้อแนะนำ: ผู้ประเมินทำเครื่องหมาย “X” ในช่องที่ตรงกับคำถามของผู้รับบริการ (ถ้าไม่เข้าใจให้ถามซ้ำไม่ควรอธิบายหรือขยายความเพิ่มเติม พยายามให้ได้คำตอบทุกข้อ จากนั้นรวมคะแนนแล้วแปลผลตามตารางแปลผล ควรแจ้งผลตามแนวทางการแจ้งผลอย่างเหมาะสม พร้อมคำแนะนำในการปฏิบัติตัวหรือการดูแลรักษาตัวในขั้นต่อไป

ลำดับ	คำถาม ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย >7 วัน	เป็น ทุกวัน
1	เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3	หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไป	0	1	2	3
4	เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5	เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป	0	1	2	3
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่า ตัวเองล้มเหลว หรือ ทำให้ตนเอง หรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8	พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9	คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3

ให้แน้นำคำถาม เพื่อค้นหาอาการที่มีในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาด้วย

คะแนนรวม	การแปลผล
7-12	เป็นโรคซึมเศร้า ระดับน้อย (Major Depression, mild)
13-18	เป็นโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง (Major Depression, moderate)
> 19	เป็นโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง (Major Depression, severe)

คะแนนรวมทั้งหมด

*** ถ้าได้ 7 คะแนนขึ้นไปให้ประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)

*** หลังประเมิน 9Q ให้แจ้งผล และดำเนินการตามแนวทางการจัดการดูแลรักษา ตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า



แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS)

กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (Train the Brain Forum Thailand)

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของท่านในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ให้ขีด ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน

ให้ขีด ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1	คุณพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ในตอนนี้		
2	คุณไม่ชอบทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ		
3	คุณรู้สึกชีวิตของคุณช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร		
4	คุณรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ		
5	คุณหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า		
6	คุณมีเรื่องกังวลตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้		
7	ส่วนใหญ่แล้วคุณรู้สึกอารมณ์ดี		
8	คุณรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับคุณ		
9	ส่วนใหญ่คุณรู้สึกมีความสุข		
10	บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกไม่มีที่พึ่ง		
11	คุณรู้สึกกระวนกระวาย กระสับกระส่ายบ่อยๆ		
12	คุณชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน		
13	บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า		
14	คุณคิดว่าความจำของคุณไม่ดีเท่าคนอื่น		
15	การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบัน เป็นเรื่องน่ายินดีหรือไม่		
16	คุณรู้สึกหมดกำลังใจ หรือเศร้าใจบ่อยๆ		
17	คุณรู้สึกว่าชีวิตคุณไม่ค่อยมีคุณค่า		
18	คุณรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา		
19	คุณรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีเรื่องน่าสนุกอีกมาก		
20	คุณรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นอะไรใหม่ๆ		



ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
21	คุณรู้สึกกระตือรือร้น		
22	คุณรู้สึกสิ้นหวัง		
23	คุณคิดว่าคนอื่นดีกว่าคุณ		
24	คุณอารมณ์เสื่อง่ายกับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ อยู่เสมอ		
25	คุณรู้สึกอยากร้องไห้บ่อย ๆ		
26	คุณมีความตั้งใจในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ไม่นาน		
27	คุณรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า		
28	คุณไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น		
29	คุณตัดสินใจอะไรได้เร็ว		
30	คุณมีจิตใจสบาย แจ่มใสเหมือนก่อน		

ที่มา: จากหนังสือคู่มือการวัดทางจิตวิทยา สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์. 2545

การนำไปใช้: แบบคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนหรือในคลินิกผู้สูงอายุ

ผู้พัฒนา: กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (Train The Brain Forum Thailand)

Source: สารศิริราช ปีที่ 46 ฉบับที่ 1 มกราคม 2537 ; 1-9.

ลักษณะเครื่องมือ: มาตราประเมินแบบถูกผิด (0,1) จำนวน 30 ข้อ

จุดประสงค์: แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในประชากรผู้สูงอายุทั่วไป

ผู้รับการทดสอบ: ทำการประเมินตนเองหรือทำการสัมภาษณ์

การทดสอบ: บุคคลผู้สูงอายุทั่วไปที่สนใจ ใช้เวลา 10 นาที

การคิดคะแนนข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน
ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน

การแปลผล คนสูงอายุปกติ คะแนน 0-12 คะแนน

ผู้มีความเศร้าเล็กน้อย (Mild depression)

13-18 คะแนน

ผู้มีความเศร้าปานกลาง (Moderate depression)

19-24 คะแนน

ผู้มีความเศารุนแรง (Severe depression)

25-30 คะแนน

ตัวแปรที่วัด: อาการด้านซึมเศร้า

คุณภาพ: Reliability = 0.93



ภาคผนวก 8

คู่มือรหัส/ความหมาย Geriatric Syndromes ตาม ICD-10

1. Dementia

รหัส ICD-10-TM	ชื่อโรคภาษาอังกฤษ	ชื่อโรคภาษาไทย
F00	Dementia in Alzheimer's disease (G30.-+)	ภาวะสมองเสื่อมในโรคอัลไซเมอร์
F000	Dementia in Alzheimer's disease with early onset (G30.0*)	ภาวะสมองเสื่อมในโรคอัลไซเมอร์ ชนิดเริ่มเกิดขึ้นเมื่ออายุน้อย (G30.0*)
F001	Dementia in Alzheimer's disease with late onset (G30.1*)	ภาวะสมองเสื่อมในโรคอัลไซเมอร์ ชนิดเริ่มเกิดขึ้นเมื่ออายุมาก (G30.1*)
F002	Dementia in Alzheimer's disease\, atypical or mixed type (G30.8*)	ภาวะสมองเสื่อมในโรคอัลไซเมอร์ชนิด นอกแบบหรือชนิดหลายอย่างรวมกัน (G30.8*)
F009	Dementia in Alzheimer's disease\, unspecified (G30.9*)	ภาวะสมองเสื่อมในโรคอัลไซเมอร์ ไม่ระบุรายละเอียด (G30.9*)
F01	Vascular dementia	ภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากโรคหลอดเลือด
F010	Vascular dementia of acute onset	ภาวะสมองเสื่อมในโรคหลอดเลือดชนิด เริ่มต้นเฉียบพลัน
F011	Multi-infarct dementia	ภาวะสมองเสื่อมในโรคเนื้อสมองตาย จากการขาดเลือดหลายแห่ง
F012	Subcortical vascular dementia	ภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากโรคหลอดเลือด ได้ไปลึกสมอง
F013	Mixed cortical and subcortical vascular dementia	ภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากโรคหลอดเลือด ทั้งบริเวณเปลือกและใต้เปลือกสมอง
F018	Other vascular dementia	ภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากโรคหลอดเลือดอื่น
F019	Vascular dementia\, unspecified	ภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากโรคหลอดเลือด ไม่ระบุรายละเอียด
F02	Dementia in other diseases classified elsewhere	ภาวะสมองเสื่อมในโรคอื่นที่จำแนกไว้ที่อื่น
F020	Dementia in Pick's disease (G31.0*)	ภาวะสมองเสื่อมในโรคพิก (G31.0*)
F021	Dementia in Creutzfeldt-Jakob disease (A81.0*)	ภาวะสมองเสื่อมในโรคเครอต์เฟลด์-จาคอบ (A81.0*)
F022	Dementia in Huntington's disease (G10*)	ภาวะสมองเสื่อมในโรคฮันติงตัน (G10*)
F023	Dementia in Parkinson's disease (G20*)	ภาวะสมองเสื่อมในโรคพาร์กินสัน (G20*)
F024	Dementia in human immunodeficiency virus [HIV] disease (B22.0*)	ภาวะสมองเสื่อมในโรคเอดส์ (B22.0*)
F028	Dementia in other specified diseases classified elsewhere	ภาวะสมองเสื่อมในโรคอื่นที่ระบุรายละเอียด ที่จำแนกไว้ที่อื่น
F03	Unspecified dementia	ภาวะสมองเสื่อมที่ไม่ระบุรายละเอียด



2. Osteoarthritis of knee

รหัส ICD-10-TM	ชื่อโรคภาษาอังกฤษ	ชื่อโรคภาษาไทย
M170	Primary gonarthrosis\, bilateral	ข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิ สองข้าง
M171	Other primary gonarthrosis	ข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิแบบอื่น
M172	Post-traumatic gonarthrosis\, bilateral	ข้อเข่าเสื่อมหลังการบาดเจ็บ สองข้าง
M173	Other post-traumatic gonarthrosis	ข้อเข่าเสื่อมหลังการบาดเจ็บแบบอื่น
M174	Other secondary gonarthrosis\, bilateral	ข้อเข่าเสื่อมทุติยภูมิแบบอื่น สองข้าง
M175	Other secondary gonarthrosis	ข้อเข่าเสื่อมทุติยภูมิแบบอื่น
M179	Gonarthrosis\, unspecified	ข้อเข่าเสื่อม ไม่ระบุรายละเอียด

3. Incontinence (ปัสสาวะ/อุจจาระเล็ดราด)

รหัส ICD-10-TM	ชื่อโรคภาษาอังกฤษ	ชื่อโรคภาษาไทย
N393	Stress incontinence	กลั้นปัสสาวะไม่ได้เมื่อมีความเค้น
N394	Other specified urinary incontinence	ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้แบบอื่น ที่ระบุรายละเอียด

4. Falls หมายถึง การตกหรือล้ม (W00 - W19)

รหัส ICD-10-TM	ชื่อโรคภาษาอังกฤษ	ชื่อโรคภาษาไทย
W00	Fall on same level involving ice and snow	การล้มบนพื้นระดับเดียวกันที่เกี่ยวกับ น้ำแข็งและหิมะ
W01	Fall on same level from slipping, tripping and stumbling	การล้มบนพื้นระดับเดียวกันเพราะ ลื่นสะดุดและก้าวพลาด
W02	Fall involving ice-skates, skis, roller-skates or skateboards	การล้มที่เกี่ยวกับสเก็ตน้ำแข็ง สกี สเก็ตล้อหรือกระดานสเก็ต
W03	Other fall on same level due to collision with, or pushing by, another Person	การล้มอื่นบนพื้นระดับเดียวกันเพราะ ถูกผู้อื่นชนหรือดัน
W04	Fall while being carried or supported by other persons	การตกหรือล้มขณะที่บุคคลอื่นอุ้มหรือพยุง
W05	Fall involving wheelchair	การตกหรือล้มที่เกี่ยวกับเก้าอี้ล้อเข็น
W06	Fall involving bed	การตกหรือล้มที่เกี่ยวกับเตียง
W07	Fall involving chair	การตกหรือล้มที่เกี่ยวกับเก้าอี้
W08	Fall involving other furniture	การตกหรือล้มที่เกี่ยวกับเฟอร์นิเจอร์อื่น
W09	Fall involving playground equipment	การตกหรือล้มที่เกี่ยวกับอุปกรณ์ในสนามเด็กเล่น
W10	Fall on and from stairs and steps	การตกหรือล้มบนและจากบันไดและขั้นบันได
W11	Fall on and from ladder	การตกหรือล้มบนและจากบันไดแบบปีน
W12	Fall on and from scaffolding	การตกหรือล้มบนและจากนั่งร้าน



รหัส ICD-10-TM	ชื่อโรคภาษาอังกฤษ	ชื่อโรคภาษาไทย
W13	Fall from, out of or through building or structure	การตกจาก ตกออกจาก หรือตกทะลุอาคาร หรือสิ่งปลูกสร้าง
W14	Fall from tree	การตกจากต้นไม้
W15	Fall from cliff	การตกจากหน้าผา
W16	Diving or jumping into water causing injury other than drowning or Submersion	การดำหรือกระโดดลงไปในน้ำทำให้บาดเจ็บ อย่างอื่นนอกเหนือจากการจมน้ำตาย หรือจมน้ำ
W17	Other fall from one level to another	การตกหรือลื่นลักษณะอื่นจากระดับหนึ่ง สู่อีกระดับหนึ่ง
W18	Other fall on same level	การตกหรือลื่นลักษณะอื่นบนพื้นระดับเดียวกัน
W19	Unspecified fall	การตกหรือลื่นที่ไม่ระบุรายละเอียด

5. Depression

รหัส ICD-10-TM	ชื่อโรคภาษาอังกฤษ	ชื่อโรคภาษาไทย
F32	Depressive episodes	ภาวะซึมเศร้า
F32.0	Mild depressive episode	ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย
F32.1	Moderate depressive episode	ภาวะซึมเศร้าปานกลาง
F32.2	Severe depressive episode without psychotic symptoms	ภาวะซึมเศร้ารุนแรงโดยไม่มีอาการโรคจิต
F32.3	Severe depressive episode with psychotic symptoms	ภาวะซึมเศร้ารุนแรงและมีอาการโรคจิต
F32.8	Other depressive episodes	ภาวะซึมเศร้าแบบอื่น
F32.9	Depressive episode\, unspecified	ภาวะซึมเศร้า ไม่ระบุรายละเอียด
F33	Recurrent Depressive disorder	โรคซึมเศร้าซ้ำ
F33.0	Recurrent depressive disorder\, current episode mild	โรคซึมเศร้าซ้ำ ครั้งปัจจุบันอาการเล็กน้อย
F33.1	Recurrent depressive disorder\, current episode moderate	โรคซึมเศร้าซ้ำ ครั้งปัจจุบันอาการปานกลาง
F33.2	Recurrent depressive disorder\, current episode severe without psychotic symptoms	โรคซึมเศร้าซ้ำ ครั้งปัจจุบันอาการรุนแรง โดยไม่มีอาการโรคจิต
F33.3	Recurrent depressive disorder\, current episode severe with psychotic symptoms	โรคซึมเศร้าซ้ำ ครั้งปัจจุบันอาการรุนแรง และมีอาการโรคจิต
F33.4	Recurrent depressive disorder\, current in remission	โรคซึมเศร้าซ้ำ ระยะหาย
F33.8	Other recurrent depressive disorders	โรคซึมเศร้าซ้ำแบบอื่น
F33.9	Recurrent depressive disorder\, unspecified	โรคซึมเศร้าไม่ระบุรายละเอียด
F34	Persistent mood (affective) disorders	ความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดที่คงอยู่นาน
F34.1	Dysthymia	ดิสไทเมีย

หมายเหตุ การให้ข้อมูลตามรหัสทางการแพทย์ (ICD-10) ขึ้นอยู่กับศักยภาพในการวินิจฉัยของแต่ละโรงพยาบาล

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข



ภาคผนวก 9

ตัวอย่าง แผนผังการให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ



การคัดเลือกผู้สูงอายุ อาจพิจารณาจาก

1. ผู้สูงอายุที่ต้องการได้รับการประเมินโรค Geriatric Syndromes
2. ผู้สูงอายุที่ป่วยมีหลายโรค ไม่เคยได้รับความรู้หรือคำแนะนำ
3. ผู้สูงอายุที่ต้องกินยาหลายขนาน (มากกว่า 10 ชนิด ขึ้นไป)
4. ผู้สูงอายุที่เปราะบาง (Frail elderly)*
5. ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ต้องการได้รับความรู้/คำปรึกษาในการดูแลตนเอง
6. ดุลยพินิจของแพทย์ และพยาบาลผู้ให้การดูแล

* หากมีลักษณะมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ข้อดังต่อไปนี้ ถือว่าเป็นผู้สูงอายุที่เปราะบาง (Frail elderly):

1. น้ำหนักลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5
2. รู้สึกเหนื่อยง่ายผิดปกติ,
3. รู้สึกว่ากล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง (Weakness)
4. เดินช้าผิดปกติ
5. ไม่ค่อยมีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย (Low level of physical activity)

ที่มา: Linda P. Fried, Catherine M., Tangen, et al. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES 2001, Vol. 56A, No. 3, M146–M156.



ภาคผนวก 10

ตัวอย่าง แฟ้มข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุ

		HN.....	AN.....
• ชื่อ-สกุล.....	ว.ด.ป.เกิด.....	อายุ.....	ปี เพศ.....
• ที่อยู่.....			
• บุคคลอ้างอิง ชื่อ-นามสกุล.....		ความสัมพันธ์.....	
• ที่อยู่.....		เบอร์โทรศัพท์.....	
• น้ำหนัก..... กก.	ส่วนสูง..... ซม.	BMI.....	กก./ม. ²
• สัญญาณชีพ.....			
ความดันโลหิต..... มม.ปรอท		ชีพจร..... ครั้ง/นาที	การหายใจ..... ครั้ง/นาที
• อาการสำคัญที่มากlinikผู้สูงอายุ.....			
• รับการส่งต่อจาก.....			
• โรคประจำตัว/โรคเรื้อรัง			
1. โรค.....		เป็นมานาน (ปี).....	
2. โรค.....		เป็นมานาน (ปี).....	
3. โรค.....		เป็นมานาน (ปี).....	
4. โรค.....		เป็นมานาน (ปี).....	
5. โรค.....		เป็นมานาน (ปี).....	
• ยาที่กินประจำ			
1. ชื่อยา.....	วิธีใช้ยา.....	วันที่ได้รับ.....	
2. ชื่อยา.....	วิธีใช้ยา.....	วันที่ได้รับ.....	
3. ชื่อยา.....	วิธีใช้ยา.....	วันที่ได้รับ.....	
4. ชื่อยา.....	วิธีใช้ยา.....	วันที่ได้รับ.....	
5. ชื่อยา.....	วิธีใช้ยา.....	วันที่ได้รับ.....	
6. ชื่อยา.....	วิธีใช้ยา.....	วันที่ได้รับ.....	
7. ชื่อยา.....	วิธีใช้ยา.....	วันที่ได้รับ.....	
8. ชื่อยา.....	วิธีใช้ยา.....	วันที่ได้รับ.....	
9. ชื่อยา.....	วิธีใช้ยา.....	วันที่ได้รับ.....	
10. ชื่อยา.....	วิธีใช้ยา.....	วันที่ได้รับ.....	
• การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันพื้นฐาน และกิจกรรมประจำวันซับซ้อน			
☐ ADL/IADL* ผล		☐ ได้คะแนน 16 – 20 = กลุ่ม 1 ช่วยเหลือตัวเองได้ดี	
		☐ ได้คะแนน 21 – 35 = กลุ่ม 2 ช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลาง	
		☐ ได้คะแนน 36 – 48 = กลุ่ม 3 ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย หรือ ไม่ได้เลย	
		ผู้ตรวจ.....	วันที่.....
• การประเมินเบื้องต้นของความสามารถในการมองเห็น และการได้ยิน ภายใต้อุปกรณ์ที่ใช้ประจำ			
☐ การมองเห็น (สอบถาม/snellen chart)		ผล.....	วันที่.....
☐ การได้ยิน (พูดคุย/ตีตื้นข้างหู)		ผล.....	วันที่.....
* ADL/IADL ใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน (ดูคำอธิบาย)			



การประเมินอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes)

☐ Dementia : ทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น MMSE-Thai 2002 คะแนนรวม เท่ากับ.....คะแนน

ระดับการศึกษา	จุดตัด (cut-off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (cognitive impairment)	
	จุดตัด	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	≤14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4,9,10)
ผู้สูงอายุเรียนระดับประถมศึกษา	≤17	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถม	≤22	30

ผล ☐ ไม่สงสัยภาวะสมองเสื่อม ☐ สงสัยภาวะสมองเสื่อม
ผู้ตรวจ.....วันที่.....

☐ Incontinence : ผลการประเมินภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ☐ รุนแรงมาก ☐ รุนแรงปานกลาง ☐ รุนแรงน้อย
ผู้ตรวจ.....วันที่.....

☐ Falls : ผล 1. Fall risk assessment ☐ 0-10 มีความเสี่ยงต่ำ ☐ 11-20 มีความเสี่ยงปานกลาง ☐ 21-33 มีความเสี่ยงสูง
2. Time up and go test ☐ น้อยกว่า 30 วินาที ☐ มากกว่า 30 วินาที ☐ เดินไม่ได้
ผู้ตรวจ.....วันที่.....

☐ Nutrition : ผล 1. ผล BMI ☐ น้อยกว่า 20 ค่อนข้างผอม ☐ 20-24.9 ปกติ ☐ มากกว่า 25 รูปร่างท้วม
2. ผล MNA เบื้องต้น ☐ มากกว่าหรือเท่ากับ 12 ภาวะโภชนาการปกติ
☐ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ
3. ผล MNA ☐ มากกว่า 24 คะแนน ภาวะโภชนาการปกติ
☐ 17-23.5 มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ
☐ น้อยกว่า 17 คะแนน มีภาวะทุพโภชนาการ
ผู้ตรวจ.....วันที่.....

☐ Depression : ผลการทดสอบ 9Q : ☐ 7-12 ระดับน้อย ☐ 13-18 ระดับปานกลาง ☐ มากกว่า 19 ระดับรุนแรง
ผู้ตรวจ.....วันที่.....

☐ อื่นๆ ผล
ผู้ตรวจ.....วันที่.....

• สรุปปัญหา/แนวทางการแก้ไข

- ปัญหาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง
- โรคและปัญหาต่างๆ ทางกาย
- โรคและปัญหาต่างๆ ทางสมองและจิตใจ
- ปัญหาทางสังคม
- การส่งต่อ

ลงชื่อ.....ผู้ให้การดูแลรักษา
(.....)



ภาคผนวก 11

ตัวอย่าง แบบสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกและญาติต่อการให้บริการของคลินิกผู้สูงอายุ
โรงพยาบาล.....

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ผู้ตอบแบบสอบถาม	☐ ผู้ป่วย	☐ ญาติ
2. เพศ	☐ ชาย	☐ หญิง
3. อายุ.....ปี		
4. ผู้รับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลหรือสิทธิคุ้มครองการรักษาพยาบาลในครั้งนี้		
☐ จ่ายเงินเอง ☐ สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ บัตรสงเคราะห์ หรือสังคมสงเคราะห์ของ รพ. ☐ ประกันสุขภาพ (บริษัทประกันภัย, ประกันภัยจากรถ, นายจ้างมีสัญญาจ่ายให้ รพ., กองทุนทดแทน) ☐ อื่นๆ ระบุ.....		

ตอนที่ 2 เกี่ยวกับการบริการ

5. ระยะเวลารอคอย ตั้งแต่รับบัตรคิวจนถึงพบแพทย์
☐ นาน ระยะเวลา.....ชั่วโมง.....นาที ☐ ปานกลาง ระยะเวลา.....ชั่วโมง.....นาที ☐ รวดเร็ว ระยะเวลา.....ชั่วโมง.....นาที
6. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็น และวิธีการปฏิบัติตัวหรือไม่
☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับแต่ไม่ค่อยเข้าใจ ☐ ได้รับและเข้าใจดี
7. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาหรือไม่
☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับแต่ไม่ค่อยเข้าใจ ☐ ได้รับและเข้าใจดี



ตอนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการรับบริการ

ประเด็นคำถาม	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1
ขั้นตอนการให้บริการ					
8. ความสะดวกของการติดต่อขอรับบริการ					
9. ความสะดวกในการประสานงานของเจ้าหน้าที่					
10. ความรวดเร็วในการให้บริการ					
เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ					
11. บุคลากรให้บริการโดยปฏิบัติด้วยความเสมอภาคเป็นธรรม ให้บริการตามลำดับอย่างยุติธรรม					
12. เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความสุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส อดทนอดกลั้น					
13. เจ้าหน้าที่กระตือรือร้นเต็มใจให้บริการ					
14. เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ/ตอบปัญหาข้อซักถามได้เป็นอย่างดี					
สิ่งอำนวยความสะดวก					
15. ป้ายบอกทาง/ป้ายคลินิกและแผนผังการให้บริการเข้าใจง่าย					
16. ที่นั่งรอและสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอ เช่น น้ำดื่ม มุมหนังสือ ห้องน้ำ					
17. คลินิกให้บริการสะอาด					
คุณภาพการให้บริการ					
18. การแนะนำ ประชาสัมพันธ์ในการใช้บริการ					
19. การให้ข้อมูลและคำแนะนำจากแพทย์					
20. การให้ข้อมูลและคำแนะนำจากพยาบาล					
21. การให้ข้อมูลและคำแนะนำเรื่องการไต่ยาจากเภสัช					
22. ความทันสมัยของเครื่องถ่ายภาพเอกสาร					
23. คุณภาพการให้บริการโดยรวม					
24. ความพึงพอใจต่อบริการโดยรวม					
25. มีช่องทางที่สามารถแสดงความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงการบริการ					



ตอนที่ 4 ความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ

26. ความไม่พึงพอใจของท่านในการรับบริการ

.....

.....

.....

ตอนที่ 5 ความคิดเห็นต่อการบริการ

27. ถ้าญาติหรือเพื่อนของท่านป่วย ท่านจะแนะนำมาใช้บริการที่นี่หรือไม่

- ☐ แนะนำ
- ☐ ไม่แนะนำ
- ☐ ไม่แน่ใจ

28. ความประทับใจของท่านในการมารับบริการ

.....

.....

.....

29. ข้อเสนอแนะในการให้บริการ

.....

.....

.....

ที่มา: ดัดแปลงจากแบบสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกและญาติต่อการให้บริการของโรงพยาบาล (พ.01).
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.



ภาคผนวก 12

ตัวอย่าง แบบสรุปรายงานจำนวนผู้ป่วยสูงอายุของโรงพยาบาลที่มี Geriatric Syndromes (ตาม ICD-10) ทุก 3 เดือน

ประจำเดือน.....พ.ศ. ถึงเดือน พ.ศ.

โรงพยาบาลจังหวัด

ผู้รายงาน

จำนวนผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ ชาย คน

หญิง คน

1. Dementia

รหัส ICD-10-TM	ชื่อโรคภาษาไทย	จำนวน (คน)
F00	ภาวะสมองเสื่อมในโรคอัลไซเมอร์	
F000	ภาวะสมองเสื่อมในโรคอัลไซเมอร์ชนิดเริ่มเกิดขึ้นเมื่ออายุน้อย (G30.0*)	
F001	ภาวะสมองเสื่อมในโรคอัลไซเมอร์ชนิดเริ่มเกิดขึ้นเมื่ออายุมาก (G30.1*)	
F002	ภาวะสมองเสื่อมในโรคอัลไซเมอร์ชนิดนอกแบบหรือชนิดหลายอย่างรวมกัน (G30.8*)	
F009	ภาวะสมองเสื่อมในโรคอัลไซเมอร์ ไม่ระบุรายละเอียด (G30.9*)	
F01	ภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากโรคหลอดเลือด	
F010	ภาวะสมองเสื่อมในโรคหลอดเลือดชนิดเริ่มต้นเฉียบพลัน	
F011	ภาวะสมองเสื่อมในโรคเนื้อสมองตายจากการขาดเลือดหลายแห่ง	
F012	ภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากโรคหลอดเลือดได้เปลือกสมอง	
F013	ภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากโรคหลอดเลือดทั้งบริเวณเปลือกและใต้เปลือกสมอง	
F018	ภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากโรคหลอดเลือดอื่น	
F019	ภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากโรคหลอดเลือด ไม่ระบุรายละเอียด	
F02	ภาวะสมองเสื่อมในโรคอื่นที่จำแนกไว้ที่อื่น	
F020	ภาวะสมองเสื่อมในโรคพิก (G31.0*)	
F021	ภาวะสมองเสื่อมในโรคเครอร์ต์เฟลด์-จาคอบ (A81.0*)	
F022	ภาวะสมองเสื่อมในโรคฮันติงตัน (G10*)	
F023	ภาวะสมองเสื่อมในโรคพาร์กินสัน (G20*)	
F024	ภาวะสมองเสื่อมในโรคเอดส์ (B22.0*)	
F028	ภาวะสมองเสื่อมในโรคอื่นที่ระบุรายละเอียดที่จำแนกไว้ที่อื่น	
F03	ภาวะสมองเสื่อมที่ไม่ระบุรายละเอียด	



2. Osteoarthritis of knee

รหัส ICD-10-TM	ชื่อโรคภาษาไทย	จำนวน (คน)
M170	ข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิ สองข้าง	
M171	ข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิแบบอื่น	
M172	ข้อเข่าเสื่อมหลังการบาดเจ็บ สองข้าง	
M173	ข้อเข่าเสื่อมหลังการบาดเจ็บแบบอื่น	
M174	ข้อเข่าเสื่อมทุติยภูมิแบบอื่น สองข้าง	
M175	ข้อเข่าเสื่อมทุติยภูมิแบบอื่น	
M179	ข้อเข่าเสื่อม ไม่ระบุรายละเอียด	

3. Incontinence (ปัสสาวะ/อุจจาระเล็ดราด)

รหัส ICD-10-TM	ชื่อโรคภาษาไทย	จำนวน (คน)
N393	กลั้นปัสสาวะไม่ได้เมื่อมีความเค้น	
N394	ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้แบบอื่นที่ระบุรายละเอียด	

4. Falls หมายถึง การตกหรือล้ม (W00 - W19)

รหัส ICD-10-TM	ชื่อโรคภาษาไทย	จำนวน (คน)
W00	การล้มบนพื้นระดับเดียวกันที่เกี่ยวกับน้ำแข็งและหิมะ	
W01	การล้มบนพื้นระดับเดียวกันเพราะลื่นสะดุดและก้าวพลาด	
W02	การล้มที่เกี่ยวกับสเก็ตน้ำแข็ง สกี สเก็ตล้อหรือกระดานสเก็ต	
W03	การล้มอื่นบนพื้นระดับเดียวกันเพราะถูกผู้อื่นชนหรือดัน	
W04	การตกหรือล้มขณะที่บุคคลอื่นอุ้มหรือพยุง	
W05	การตกหรือล้มที่เกี่ยวกับเก้าอี้ล้อเข็น	
W06	การตกหรือล้มที่เกี่ยวกับเตียง	
W07	การตกหรือล้มที่เกี่ยวกับเก้าอี้	
W08	การตกหรือล้มที่เกี่ยวกับเฟอร์นิเจอร์อื่น	
W09	การตกหรือล้มที่เกี่ยวกับอุปกรณ์ในสนามเด็กเล่น	
W10	การตกหรือล้มบนและจากบันไดและขั้นบันได	
W11	การตกหรือล้มบนและจากบันไดแบบป็น	
W12	การตกหรือล้มบนและจากนั่งร้าน	
W13	การตกจาก ตกออกจาก หรือตกทะลุอาคารหรือสิ่งปลูกสร้าง	
W14	การตกจากต้นไม้	
W15	การตกจากหน้าผา	
W16	การดำหรือกระโดดลงไปในน้ำทำให้บาดเจ็บอย่างอื่นนอกเหนือจากการจมน้ำตาย หรือจมน้ำ	
W17	การตกหรือล้มลักษณะอื่นจากระดับหนึ่งสู่อีกระดับหนึ่ง	
W18	การตกหรือล้มลักษณะอื่นบนพื้นระดับเดียวกัน	
W19	การตกหรือล้มที่ไม่ระบุรายละเอียด	



5. Depression

รหัส ICD-10-TM	ชื่อโรคภาษาไทย	จำนวน (คน)
F32	ภาวะซึมเศร้า	
F32.0	ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	
F32.1	ภาวะซึมเศร้าปานกลาง	
F32.2	ภาวะซึมเศร้ารุนแรงโดยไม่มีอาการโรคจิต	
F32.3	ภาวะซึมเศร้ารุนแรงและมีอาการโรคจิต	
F32.8	ภาวะซึมเศร้าแบบอื่น	
F32.9	ภาวะซึมเศร้า ไม่ระบุรายละเอียด	
F33	โรคซึมเศร้าซ้ำ	
F33.0	โรคซึมเศร้าซ้ำ ครั้งปัจจุบันอาการเล็กน้อย	
F33.1	โรคซึมเศร้าซ้ำ ครั้งปัจจุบันอาการปานกลาง	
F33.2	โรคซึมเศร้าซ้ำ ครั้งปัจจุบันอาการรุนแรง โดยไม่มีอาการโรคจิต	
F33.3	โรคซึมเศร้าซ้ำ ครั้งปัจจุบันอาการรุนแรง และมีอาการโรคจิต	
F33.4	โรคซึมเศร้าซ้ำ ระยะหาย	
F33.8	โรคซึมเศร้าซ้ำแบบอื่น	
F33.9	โรคซึมเศร้าไม่ระบุรายละเอียด	
F34	ความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดที่คงอยู่นาน	
F34.1	ดิสไทเมีย	



ภาคผนวก 13

ตัวอย่าง แบบสรุปรายงานผลการปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ทุก 1 เดือน

ประจำเดือน.....พ.ศ.....
 โรงพยาบาล.....จังหวัด.....
 ผู้รายงาน.....

ผลการประเมิน/คัดกรองอาการโรคผู้สูงอายุ Geriatric Assessment

การประเมินคัดกรอง	ผลการประเมิน	จำนวน (คน)		รวม (คน)
		ชาย	หญิง	
ADL/IADL: การประเมินกิจกรรมประจำวัน พื้นฐาน และซับซ้อน	กลุ่ม 1 ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่ต้องการความช่วยเหลือ จากผู้อื่น (16-20 คะแนน)			
	กลุ่ม 2 ช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลาง ต้องการความช่วยเหลือ จากผู้อื่นบางส่วน (21-35 คะแนน)			
	กลุ่ม 3 ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย หรือ ไม่ได้เลย ต้องการความ ช่วยเหลือจากผู้อื่นมาก หรือ ทั้งหมด (36-48 คะแนน)			
Dementia (Cognitive Impairment): การประเมินสมรรถภาพสมอง	ไม่สงสัยภาวะสมองเสื่อม			
	สงสัยภาวะสมองเสื่อม			
Incontinence: การประเมินภาวะกลั้นปัสสาวะ ไม่อยู่	รุนแรงมาก หมายถึง ปริมาณปัสสาวะที่กลั้นไม่อยู่มากระดับ เปียกทะลุถึงผ้าอ้อมชั้นนอกและ/หรือเกิดอาการบ่อยมาก			
	รุนแรงปานกลาง หมายถึง ปริมาณปัสสาวะมากระดับชุ่ม กางเกงในและ/หรือเกิดอาการบ่อยปานกลาง			
	รุนแรงน้อย หมายถึง ปริมาณปัสสาวะที่กลั้นไม่อยู่ไม่กี่หยด และเกิดอาการบ่อยเล็กน้อย			
Falls: การประเมินภาวะหกล้ม	1. Falls Risk Assessment			
	มีความเสี่ยงต่ำ (0-10 คะแนน)			
	มีความเสี่ยงปานกลาง (11-20 คะแนน)			
	มีความเสี่ยงที่จะหกล้มสูง (21-33 คะแนน)			
	2. Timed Up and Go Test (TUGT)			
	น้อยกว่า 30 วินาที			
	มากกว่า 30 วินาที			
	เดินไม่ได้			



การประเมินคัดกรอง และวินิจฉัยโรค	ผลการประเมิน	จำนวน (คน)		รวม (คน)
		ชาย	หญิง	
Malnutrition: การประเมินภาวะโภชนาการ	1. ดัชนีมวลกาย (BMI)			
	ค่อนข้างผอม (น้อยกว่า 20 คะแนน)			
	ปกติ (20-24.9 คะแนน)			
	รูปร่างท้วม (มากกว่า ๒๕ คะแนน)			
	2. การคัดกรองภาวะโภชนาการเบื้องต้น (MNA)			
	ภาวะโภชนาการปกติ (มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน)			
	มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน)			
	3. ประเมินภาวะทุพโภชนาการ (MNA)			
	ภาวะโภชนาการปกติ (มากกว่า 24 คะแนน)			
	มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ (17-23.5 คะแนน)			
	มีภาวะทุพโภชนาการ (น้อยกว่า 17 คะแนน)			
Depression: การประเมินภาวะซึมเศร้า	ระดับน้อย (7-12 คะแนน)			
	ระดับปานกลาง (13-18 คะแนน)			
	ระดับรุนแรง (มากกว่า 19 คะแนน)			



ภาคผนวก 14

รายชื่อโรงพยาบาลขนาด 120 เตียงขึ้นไป

เครือข่ายบริการ	จังหวัด	รพศ.	รพท.	รพช.	รวม
1	จ.เชียงใหม่	1.รพ.นครพิงค์		1.รพ.สันป่าตอง 2.รพ.จอมทอง	13
	จ.เชียงราย	2.รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์		3.รพ.พาน 4.รพ.แม่จัน	
	จ.แม่ฮ่องสอน		1.รพ.ศรีสัງวาลัย		
	จ.ลำปาง	3.รพ.ลำปาง			
	จ.ลำพูน		2.รพ.ลำพูน		
	จ.น่าน		3.รพ.น่าน		
	จ.พะเยา		4.รพ.พะเยา 5.รพ.เชียงคำ		
	จ.แพร่		6.รพ.แพร่		
2	จ.พิษณุโลก	4.รพ.พุทธชินราช			8
	จ.ตาก		7.รพ.สมเด็จพระเจ้าตากสิน 8.รพ.แม่สอด		
	จ.เพชรบูรณ์		9.รพ.เพชรบูรณ์		
	จ.สุโขทัย		10.รพ.สุโขทัย 11.รพ.ศรีสวรรค์สุโขทัย	5.รพ.สวรรคโลก	
	จ.อุตรดิตถ์	5.รพ.อุตรดิตถ์			
3	จ.กำแพงเพชร		12.รพ.กำแพงเพชร		5
	จ.พิจิตร		13.รพ.พิจิตร		
	จ.นครสวรรค์	6.รพ.สวรรค์ประชารักษ์			
	จ.อุทัยธานี		14.รพ.อุทัยธานี		
	จ.ชัยนาท		15.รพ.ชัยนาท		
4	จ.ลพบุรี		16.รพ.พระนารายณ์มหาราช 17.รพ.บ้านหมี่	6.รพ.โคกสำโรง	13
	จ.พระนครศรีอยุธยา	7.รพ.พระนครศรีอยุธยา	18.รพ.เสนา		
	จ.สระบุรี	8.รพ.สระบุรี	19.รพ.พระพุทธบาท		
	จ.นนทบุรี		20.รพ.พระนั่งเกล้า		
	จ.ปทุมธานี		21.รพ.ปทุมธานี		
	จ.สิงห์บุรี		22.รพ.สิงห์บุรี 23.รพ.อินทร์บุรี		
	จ.อ่างทอง		24.รพ.อ่างทอง		
	จ.นครนายก		25.รพ.นครนายก		



เครือข่ายบริการ	จังหวัด	รพศ.	รพท.	รพช.	รวม
5	จ.สมุทรสาคร		26.รพ.สมุทรสาคร 27.รพ.กระทุ่มแบน		15
	จ.กาญจนบุรี		28.รพ.พหลพลพยุหเสนา 29.รพ.มะการักษ์		
	จ.นครปฐม	9.รพ.นครปฐม			
	จ.สุพรรณบุรี	10.รพ.เจ้าพระยายมราช	30.รพ.สมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17		
	จ.ราชบุรี	11.รพ.ราชบุรี	31.รพ.บ้านโป่ง 32.รพ.ดำเนินสะดวก 33.รพ.โพธาราม		
	จ.สมุทรสงคราม		34.รพ.สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า		
	จ.ประจวบคีรีขันธ์		35.รพ.ประจวบคีรีขันธ์ 36.รพ.หัวหิน		
	จ.เพชรบุรี		37.รพ.พระจอมเกล้า		
6	จ.ปราจีนบุรี	12.รพ.เจ้าพระยาอภัย ภูเบศร		7.รพ.กบินทร์บุรี	14
	จ.สระแก้ว		38.รพ.สมเด็จพระยุพราช สระแก้ว	8.รพ.อรัญประเทศ	
	จ.ชลบุรี	13.รพ.ชลบุรี		9.รพ.บางละมุง 10.รพ.พนัสนิคม	
	จ.ระยอง	14.รพ.ระยอง		11.รพ.บ้านฉาง 12.รพ.แกลง	
	จ.จันทบุรี	15.รพ.พระปกเกล้า			
	จ.ตราด		39.รพ.ตราด		
	จ.สมุทรปราการ		40.รพ.สมุทรปราการ		
	จ.ฉะเชิงเทรา		41.รพ.เมืองฉะเชิงเทรา		
7	จ.ขอนแก่น	16.รพ.ขอนแก่น	42.รพ.สิรินธร	13.รพ.ชุมแพ	7
	จ.มหาสารคาม		43.รพ.มหาสารคาม	14.รพ.โกสุมพิสัย	
	จ.กาฬสินธุ์		44.รพ.กาฬสินธุ์		
	จ.ร้อยเอ็ด		45.รพ.ร้อยเอ็ด		
8	จ.หนองคาย		46.รพ.หนองคาย		7
	จ.หนองบัวลำภู		47.รพ.หนองบัวลำภู		
	จ.อุดรธานี	17.รพ.อุดรธานี			
	จ.บึงกาฬ		48.รพ.บึงกาฬ		
	จ.เลย		49.รพ.เลย		
	จ.นครพนม		50.รพ.นครพนม		
	จ.สกลนคร	18.รพ.สกลนคร			

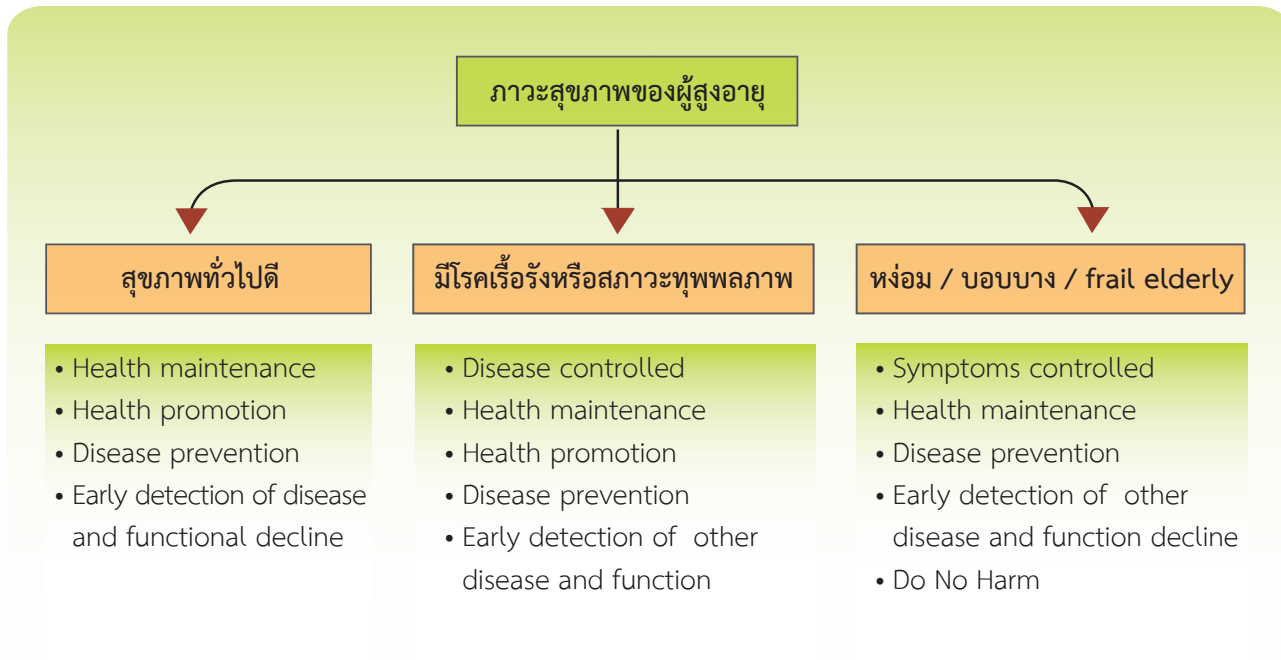


เครือข่ายบริการ	จังหวัด	รพศ.	รพท.	รพช.	รวม
9	จ.นครราชสีมา	19.รพ.มหาราชนครราชสีมา		15.รพ.ปากช่องนานา 16.รพ.บัวใหญ่	7
	จ.บุรีรัมย์	20.รพ.บุรีรัมย์		17.รพ.นางรอง	
	จ.ชัยภูมิ		51.รพ.ชัยภูมิ		
	จ.สุรินทร์	21.รพ.สุรินทร์			
10	จ.ศรีสะเกษ		52.รพ.ศรีสะเกษ	18.รพ.กันทรลักษณ์	6
	จ.มุกดาหาร		53.รพ.มุกดาหาร		
	จ.ยโสธร		54.รพ.ยโสธร		
	จ.อุบลราชธานี	22.รพ.สรรพสิทธิประสงค์			
	จ.อำนาจเจริญ		55.รพ.อำนาจเจริญ		
11	จ.นครศรีธรรมราช	23.รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช			10
				19.รพ.ทุ่งสง 20.รพ.สิชล	
	จ.สุราษฎร์ธานี	24.รพ.สุราษฎร์ธานี	56.รพ.เกาะสมุย		
	จ.ชุมพร		57.รพ.ชุมพรเขตอุดมศักดิ์		
	จ.พังงา		58.รพ.ตะกั่วป่า		
	จ.ภูเก็ต	25.รพ.วชิระภูเก็ต			
	จ.ระนอง		59.รพ.ระนอง		
	จ.กระบี่		60.รพ.กระบี่		
12	จ.ตรัง	26.รพ.ตรัง			10
	จ.นราธิวาส		61.รพ.นราธิวาสราชนครินทร์ 62.รพ.สุไหงโก-ลก		
	จ.ปัตตานี		63.รพ.ปัตตานี		
	จ.พัทลุง		64.รพ.พัทลุง		
	จ.ยะลา	27.รพ.ยะลา	65.รพ.เบตง		
	จ.สงขลา	28.รพ.หาดใหญ่	66.รพ.สงขลา		
	จ.สตูล		67.รพ.สตูล		
รวม		28	67	20	115



ภาคผนวก 15

การให้บริการดูแลผู้สูงอายุตามภาวะสุขภาพ และกิจกรรมในคลินิกผู้สูงอายุ



กิจกรรมในคลินิกผู้สูงอายุ

- การประเมินสุขภาพ
- การคัดกรองทั่วไป
- การคัดกรองกลุ่มอาการโรคผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes)
- การคัดกรองเมื่อมีข้อบ่งชี้
- การให้องค์ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง
- การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค



ภาคผนวก 16

สถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุ

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 ซึ่งหมายถึงประชาชนที่อายุเกิน 60 ปี มีมากกว่าร้อยละ 10 ขึ้นไป ในปี พ.ศ.2556 จากตัวเลขของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (Thailandometers) ประเทศไทยมีประชากร 64.5 ล้านคน จำนวนประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 9.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14.57 จากการคาดการณ์ ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ.2563 นั้นหมายถึงประเทศไทยมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ.2552 ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ การดูแลผู้สูงอายุไทย

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การประมวล พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผล การดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

ในปี พ.ศ.2556 กระทรวงสาธารณสุขมีวิสัยทัศน์ที่เกี่ยวกับสุขภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย คือ ภายในทศวรรษต่อไป คนไทยทุกคนจะมีสุขภาพแข็งแรงเพิ่มขึ้นเพื่อสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างยั่งยืนในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุขได้เน้นย้ำเฉพาะ โดยมีเป้าหมายเป็นระยะ คือ

เป้าหมาย ระยะ 10 ปี : อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ไม่น้อยกว่า 80 ปี

: อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี ไม่น้อยกว่า 72 ปี

เป้าหมายระยะ 3-5 ปี : ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ร้อยละของผู้สูงอายุ 60-70 ปีที่เป็นโรคสมองเสื่อม (ไม่เกิน 10)

เป้าหมายระยะ 1-2 ปี (เขตสุขภาพ/จังหวัด)

: ร้อยละของประชาชนอายุมากกว่า 35 ปี

ได้รับการคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง (เท่ากับ 90)

: ร้อยละของผู้สูงอายุผู้พิการที่ได้รับการพัฒนาทักษะทางกายและใจ (ไม่น้อยกว่า 80)

เป้าหมายระยะ 1 ปี (เขตสุขภาพ/จังหวัด) : ร้อยละของคลินิกผู้สูงอายุ ผู้พิการคุณภาพ (ไม่น้อยกว่า 70)

จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551 - 2552 ความชุกของภาวะพึ่งพิงของกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL) ของผู้สูงอายุไทย คิดเป็นร้อยละ 15.5 ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน ร้อยละ 23.1 และโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48, Metabolic syndrome ร้อยละ 36.8, Osteoarthritis ร้อยละ 19.8 และ Diabetics ร้อยละ 15.9 เป็นต้น



Healthy Aging in Thailand 2009 -2012 / The Prevalence of Chronic Disease in the Elderly

Disease / Condition	Prevalence	Disease / Condition	Prevalence
Depression	9.3	Hypertension	48
Osteoarthritis	19.8	Diabetics	15.9
COPD	2	Obesity	29.9
Gout	6.2	Abdominal obesity	36
Chronic kidney disease	2.5	Metabolic syndrome	36.8
Asthma	4.3	Myocardial infarction	3.9
		Stroke	3.5

จากการสำรวจโรคที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียสุขภาพ (DALY ปี 2009) พบว่า โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นสาเหตุ อันดับ 1 ทั้งเพศหญิงและเพศชาย รวมทั้งเบาหวาน โรคหัวใจ และข้อเข่าเสื่อม ยังเป็นสาเหตุที่พบได้ใน 10 อันดับแรก นอกจากนี้ ยังพบว่าโรคสมองเสื่อมจัดเป็น Burden of Disease ที่มีปัญหาในผู้สูงอายุไทยมากขึ้นทุกครั้งที่มีการสำรวจ

Burden of Diseases : DALY 2009 The Thai Working Group, MOPH

Top 20 cause of DALY in 60+ years old

Rank	Male	DALY (‘000)	%	Female	DALY (‘000)	%
	Disease			Disease		
1	Stroke	174	11.4	Stroke	216	12.4
2	Ischaemic heart disease	118	7.7	Diabetes	205	11.7
3	COPD	116	7.6	Ischaemic heart disease	130	7.4
4	Diabetes	96	6.3	Dementia	98	5.6
5	Liver cancer	93	6.1	Depression	82	4.7
6	Bronchus & Lung cancer	74	4.8	Nephritis & nephrosis	60	3.5
7	Osteoarthritis	37	2.4	Liver cancer	55	3.2
8	Tuberculosis	37	2.4	Osteoarthritis	55	3.1
9	Nephritis & nephrosis	37	2.4	Cataracts	47	2.7
10	Dementia	36	2.3	COPD	46	2.6
	All causes	1528	100	All causes	1748	100

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพ (สวปก.) ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลการให้บริการสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ปีงบประมาณ 2552 ภายใต้การจัดบริการ 3 กองทุน พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่ใช้บริการในแต่ละกองทุน ดังนี้



กองทุนประกันสังคม ร้อยละ 1, กองทุนหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 13 และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ร้อยละ 25 ของแต่ละกองทุน และกรณีการรักษายาบาลผู้ป่วยในจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่าระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีจำนวนผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 52 ของผู้ใช้บริการทั้งหมด แต่ค่าใช้จ่ายคิดเป็นร้อยละ 63 ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในทั้งหมด ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีจำนวนผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 24 ของผู้ใช้บริการทั้งหมด แต่ค่าใช้จ่ายคิดเป็นร้อยละ 35 ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในทั้งหมด เมื่อพิจารณาตามค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ DRG ของผู้สูงอายุพบว่าแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีและเพิ่มตามอายุ

ตารางที่ 1 แสดงสัดส่วนผู้สูงอายุภายใต้ระบบประกันสุขภาพ

	ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ร้อยละ)	ระบบประกันสังคม (ร้อยละ)	ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ)
อายุน้อยกว่า 60 ปี	75	99	87
อายุมากกว่า 60 ปี	25	1	13

ตาราง แสดงการรักษายาบาลผู้ป่วยในจำแนกตามกลุ่มอายุ

	ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ร้อยละ)	ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ)
ผู้สูงอายุคิดเป็น	52	24
ค่าใช้จ่ายคิดเป็น	63	35

ที่มา : สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ปีงบประมาณ 2552

ปัญหาการดูแลรักษาผู้สูงอายุในปัจจุบัน

- 👴 ระบบการดูแลรักษาผู้สูงอายุยังไม่แตกต่างจากกลุ่มอายุอื่น มุ่งเน้นการรักษาโรค (Disease Management) มากกว่าการรักษาแบบ Case Management
- 👴 โครงสร้างของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขยังไม่รองรับสังคมผู้สูงอายุในปัจจุบัน ซึ่งผู้ป่วยผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น และต้องการการบริการที่แตกต่างจากเดิม
- 👴 มาตรฐานในการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการและในชุมชนต้องการการพัฒนา
- 👴 ระบบและรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนระดับต่าง ๆ
- 👴 บุคลากรที่มีองค์ความรู้และทักษะในการดูแลรักษาผู้สูงอายุ
- 👴 รูปแบบของโรงพยาบาลในอนาคตเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society ในปี 2563)
- 👴 โรคที่จะเป็นปัญหาในอนาคตอันใกล้ โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome) เช่น สมองเสื่อม โรคข้อเข่าเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต้องการระบบการดูแลรักษาในชุมชนที่มีคุณภาพ



แนวทางการดำเนินงานในอนาคตของกระทรวงสาธารณสุข

1. การกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์กลางของประเทศบนข้อมูลและฐานข้อมูล
2. การสร้างและจัดการความรู้ด้านสุขภาพ
3. การประเมินนโยบายและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ
4. การกำหนดและรับรองมาตรฐานบริการต่าง ๆ
5. การพัฒนาระบบกลไกการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน
6. การพัฒนากลไกด้านกฎหมายเพื่อเป็นเครื่องมือพัฒนาและดูแลสุขภาพประชาชน
7. การพัฒนางานสุขภาพโลกและความร่วมมือระหว่างประเทศ
8. การกำกับดูแล ติดตาม และประเมินผลของภาครัฐ ท้องถิ่นและเอกชน
9. การให้ข้อคิดเห็นต่อระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศ
10. การพัฒนาข้อมูลข่าวสารให้เป็นระบบเดียว มีคุณภาพใช้งานได้
11. การกำหนดนโยบายและการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้ทันต่อสถานการณ์ที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว โดยมีเป้าหมายที่จะครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ต้องอาศัยความร่วมมืออย่างเข้มแข็งของหน่วยงานที่ทำงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุจากทุกกรมของกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนความร่วมมือกับกระทรวงอื่นที่เกี่ยวข้องเช่น กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน และกระทรวงการคลัง เป็นต้น ที่สำคัญนอกเหนือจากนี้คือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน ชุมชน ที่จะมีส่วนร่วมผลักดันและขับเคลื่อน การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเช่นกัน ในอนาคตอันใกล้นี้ คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุไทยขึ้นอยู่กับ การเปลี่ยนแปลงวิถีคิด วิถีปฏิบัติของบุคลากรด้านสุขภาพและสังคม เป็นประเด็นสำคัญที่สุด



ภาคผนวก 17

การประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive Geriatric Assessment)

ผลจากการที่ผู้ป่วยสูงอายุมีลักษณะทางเวชกรรมและต้องการดูแลที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า ดังคำช่วยจำที่ว่า R-A-M-P-S ในบทความนี้พื้นฐานการดูแลผู้สูงอายุ โดยอักษรแต่ละคำย่อมาจาก

R Reduced body reserve

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายวิภาคและทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา

A Atypical presentation

ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุอาจมีลักษณะทางเวชกรรมที่ไม่จำเพาะ ทั้งอาการและอาการแสดง

M Multiple pathology

ผู้สูงอายุจะมีพยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกัน P-Polypharmacy ผลจากการมีพยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกัน ทำให้ผู้สูงอายุมักได้รับยาหลายขนานในเวลาเดียวกันด้วย ทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug reaction) ได้บ่อย

P Polypharmacy

ผลจากการมีพยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกัน ทำให้ผู้สูงอายุมักได้รับยาหลายขนานในเวลาเดียวกันด้วย ทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug reaction) ได้บ่อย

S Social adversity

ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมหลังจากที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องเกษียณอายุจากการทำงาน การแยกบ้านของลูกที่เติบโตขึ้น เนื่องจากการย้ายบ้านไปใกล้ที่ทำงานหรือการออกเรือนไปตั้งครอบครัวของตนเอง หรือการจากไปของคู่ครองของผู้สูงอายุ ล้วนส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ

หลักการประเมินผู้สูงอายุอย่างองค์รวม

ผลจากการที่ผู้ป่วยสูงอายุมีลักษณะที่แตกต่างจากผู้ป่วยวัยอื่น ดังกล่าวแล้วข้างต้น รวมทั้งสุขภาพพื้นฐานในแต่ละคนก็แตกต่างกันอย่างมาก แม้จะมีอายุเท่ากัน (Heterogeneity) การดูแลผู้สูงอายุตามแบบที่ปฏิบัติทั่วไปในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า จึงมักไม่พอเพียงกับการดูแลรักษาให้ได้ผลอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ ทำให้มีการพัฒนาการประเมินผู้สูงอายุให้ครบถ้วนในทุกมิติ

หลักการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ (Geriatric assesment) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่

1. การประเมินทางกายภาพ (Physical assessment)

ซึ่งได้แก่ การซักประวัติและตรวจร่างกาย นอกจากการซักประวัติต่างๆ ได้แก่ อาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน ประวัติอดีต ประวัติส่วนตัวแล้ว ประวัติยาเป็นสิ่งที่บุคลากรทางสุขภาพต้องได้ข้อมูลโดยละเอียด เพราะอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมาพบแพทย์ในครั้งนี้ได้ นอกจากนั้น ข้อมูลด้านโภชนาการ (เช่น น้ำหนักตัว เครื่องมือ Mini-Nutritional Assessment : MNA สุขภาพในช่องปากและความสามารถในการบดเคี้ยวอาหาร) การประเมินท่าเดิน (เช่น get-up-and-go test) ประวัติหกล้มและอาการในกลุ่ม “big’s I” อื่นๆ การตรวจความคมชัดของการมองเห็น (visual acuity) การได้ยิน แผลกดทับ ล้วนมีความสำคัญที่ต้องได้รับการประเมินเป็นระยะเสมอ



ประวัติปัจจุบัน

1. หัวข้อการซักประวัติเหมือนในผู้ป่วยทั่วไป เช่น อาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน เป็นต้น แต่ถ้าผู้ป่วยมี **Cognitive impairment** เช่น ซึม สับสน หรือสมองเสื่อม ซึ่งประเมินได้จากการตรวจ **mental status** ได้แก่การถามชื่อ อายุ วัน เวลา สถานที่ ชื่อของญาติที่พาผู้ป่วยมาและการนับถอยหลังจาก 20 ไป 1 หรือนับถอยหลังจากวันอาทิตย์ไปจนถึงวันจันทร์ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถตอบได้ ควรซักประวัติจากญาติหรือคนที่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยแทน
2. ควรซักประวัติในที่ที่สว่างเพียงพอ โดยไม่ฉายไฟเข้าตรงหน้าผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยอาจมี **Cataract** ควรอยู่ในบริเวณที่เป็นส่วนตัว เพื่อลดสิ่งดึงดูดความสนใจของผู้ป่วยนอกจากคำถามของแพทย์ และลดเสียงรบกวน เพราะผู้ป่วยมักมีอาการหูตึงร่วมด้วย กรณีเช่นนี้ ควรตรวจด้วย **otoscopy** เนื่องจากผู้ป่วยอาจมี **ear wax impaction** ซึ่งแก้ไขได้ ก่อนที่จะคิดว่าผู้ป่วยหูตึงจากความชรา (**presbycusis**) แพทย์ควรพูดตรงหน้าผู้ป่วยช้าๆ ชัดๆ เพื่อให้ผู้ป่วยอ่านริมฝีปากแพทย์ได้ หรือใช้วิธีเขียนหรือใช้เครื่องช่วยฟัง (**hearing aids**) ที่ผู้ป่วยอาจมีอยู่
3. อาการของผู้ป่วยมักมีหลายอย่างคาบเกี่ยวกัน ควรสนใจเฉพาะอาการที่มีความสำคัญทางคลินิก ได้แก่ อาการที่รบกวนความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน เช่น อาการที่นำไปสู่การหกล้ม ไม่เดิน ไม่กินอาหาร เป็นต้น
4. กรณีที่ผู้ป่วยมี **Motor aphasia** ให้ใช้คำถามประเภท “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” เท่านั้น
5. ควรใช้เวลาในการซักประวัติมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป เพราะผู้ป่วยมักสูญเสีย **Recent memory** และควรพยายามติดตามรายงานทางการแพทย์ที่มีอยู่เดิมของผู้ป่วยเสมอ
6. เนื่องจากผู้ป่วยมักมี **Multiple pathology** ในเวลาเดียวกัน จึงไม่จำเป็นที่ทุกอาการของผู้ป่วยจะต้องอธิบายได้ด้วยอาการวินิจฉัยโรคเดียวเหมือนในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า แพทย์ควรพยายามคำนึงถึงทุกพยาธิสภาพที่ซ่อนเร้นอยู่ในผู้ป่วย
7. ควรซักประวัติการมีน้ำหนักตัวลด หรือการกินอาหารในช่วงเวลาที่เจ็บป่วย เพื่อช่วยประเมินภาวะโภชนาการด้วย หรือการใช้เครื่องมือ **Mini-Nutritional Assessment: MNA**



ประวัติอดีต

1. ไม่จำเป็นต้องถามถึงการเจ็บป่วยทุกโรคในวัยเด็ก อาจถามเพียงความเจ็บป่วยร้ายแรงที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนต้องขาดเรียนหรือไม่สามารถปฏิบัติงานได้ชั่วคราว
2. ต้องถามถึงโรคในอดีต ได้แก่ วัณโรค เบาหวาน โรคในกลุ่ม **Atherosclerotic cardiovascular disorder** เช่น ความดันเลือดสูง โรคหัวใจ เป็นต้น

ประวัติส่วนตัวและครอบครัว

1. ควรประเมินสถานะครอบครัว และความช่วยเหลือจากคนใกล้ชิด เพื่อป้องกันการทิ้งผู้ป่วยไว้กับโรงพยาบาลในภายหลัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 80 ปี อยู่คนเดียว คู่สมรสเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม นอกจากการซักประวัติเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวแล้ว การถามสภาพสิ่งแวดล้อมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ สภาพเศรษฐกิจของครอบครัวก็มีความสำคัญในการประเมินผู้ป่วยสูงอายุ
2. ประเมินความสามารถในการปฏิบัติภารกิจประจำวัน (**Functional assessment**) เช่น **Barthel index** เพื่อประเมินระยะของโรค เช่น **dementia** หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ การวางแผนการรักษา ตลอดจนการตั้งเป้าหมายในการให้กายภาพบำบัดในภายหลัง

ประวัติการใช้ยา

1. เนื่องจากผู้ป่วยมักมีปัญหา **Polypharmacy** ซึ่งนำไปสู่การเกิด **adverse drug reaction** ได้บ่อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น จึงควรถามประวัติการใช้ยาทุกชนิด รวมทั้งยาหยอดตา ยาทาผิวหนัง ยาที่ซื้อกินเอง เช่น ยาลูกกลอน ยาแก้หวัด ยาแก้ไอ และวิตามินต่างๆ
2. ให้ญาตินำยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยมีอยู่มาให้ดูเสมอ

ประวัติตามระบบ

นอกจากอาการตามระบบแล้ว ควรถามอาการในกลุ่ม **Geriatric syndrome** ได้แก่ อาการสับสน ความจำเสื่อม หกล้ม ไม่เดิน ปัสสาวะราด นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร และอาการในกลุ่ม **“big’s I”** อื่นๆ



ข้อควรคำนึงในการตรวจร่างกายผู้สูงอายุ

1. การจับชีพจรและวัดความดันเลือด ควรปฏิบัติทั้งในท่านั่งหรือนอน และทำยืน เพื่อประเมินภาวะ Postural hypotension ถ้าชีพจรเพิ่มขึ้นน้อยกว่า 10 ครั้งต่อนาที ขณะที่มีการวัด postural hypotension บ่งถึงการสูญเสีย baroreceptor reflex ถ้าพบว่ามี Hypertension ขณะที่ตรวจไม่พบ end organ damage ต้องคิดถึงภาวะ pseudohypertension และ white coat hypertension

กรณีที่อุณหภูมิทางปากน้อยกว่า 98°F ควรวัดอุณหภูมิทางทวารหนักด้วย เพื่อประเมินภาวะ hypothermia โดยเฉพาะช่วงอากาศหนาว แพทย์ควรนับอัตราการหายใจให้ครบหนึ่งนาทีด้วยตนเองทุกครั้ง เนื่องจากผู้สูงอายุ อาจมี Cheyne-Stokes respiration

2. การตรวจร่างกายบางอย่างที่มีความสำคัญ หรือมักถูกมองข้ามได้บ่อย ได้แก่

การตรวจทั่วไป ลักษณะใบหน้าและท่าเดินของ Parkinsonism, hypothyroidism, anemia, depression

ตา	การตรวจความคมชัดของการมองเห็น (visual acuity) แม้การตรวจ fundoscopy จะทำได้ลำบากเนื่องจาก cataract และ pupillary constriction แต่อาจช่วยการวินิจฉัย systemic illness บางอย่าง ตรวจหา glaucoma, หรือ senile macular degeneration
หู	ตรวจการได้ยิน ภาวะ ear wax impaction, external otitis ที่อาจเกิดจากการแพ้เครื่องช่วยฟัง
ช่องปาก	ตรวจ periodontal disease บริเวณใต้ลิ้นที่มักพบมะเร็งในช่องปาก หรือบริเวณที่เสียดสีกับฟันปลอมบ่อยๆ
คอ	Range of motion เนื่องจาก cervical spondylosis และสังเกตอาการวิงเวียนขณะหันศีรษะ, ต่อม thyroid, jugular venous pressure ข้างขวา, การฟัง carotid bruit ซึ่งต้องแยกจาก transmitted cardiac murmur
ระบบหัวใจ	Aortic valve sclerosis ทำให้มี murmur คล้ายภาวะ aortic stenosis พบได้บ่อยในคนอายุมากกว่า 70 ปี อาจฟังได้เสียง S4 แต่ไม่มีความสำคัญทางคลินิก ยกเว้นพิสูจน์ได้ว่าเพิ่งเกิดขึ้น ซึ่งบ่งถึง acute ischemic heart disease
ปอด	ทรวงอกขยายตัวลดลงจากการสูญเสีย elasticity ของ chest wall, crepitation ที่ชายปอดไม่มีความสำคัญทางคลินิก ถ้าลองให้หายใจลึกๆ หรือไอ 2-3 ครั้งแล้วหายไป บ่งถึง atelectasis
เต้านม	คลำหาก้อนผิดปกติเสมอ ในกลุ่มผู้สูงอายุมักไม่ได้เกิดจาก fibrocystic disease อาจพบ nipple retraction ได้ แต่เมื่อกดรอบๆ เบาๆ จะทำให้ nipple ยื่นออกมาได้ตามปกติ ต่างจากที่เกิดจากมะเร็งเต้านม ตรวจได้ รวามเพื่อหา candidiasis
ด้านหลัง	Tenderness ที่ spinous process เนื่องจาก compression fracture ของ vertebrae, kyphosis, scoliosis แผล Pressure ulcer ที่ buttock, sacrum, trochanter และที่ส้นเท้า
หน้าท้อง	การคลำพบกระดุกชายโครงร่นลงมาถึง anterior superior iliac spine บ่งถึง multiple vertebral collapse คลำหา Full bladder เสมอ, อาจคลำได้ fecal mass ที่คล้ายกับมะเร็งได้, abdominal aortic aneurysm จะมี pulsation ทั้งในแนว antero posterior และ lateral direction กรณีนี้ห้ามคลำรุนแรง การตรวจทางทวารหนัก (PR) เพื่อตรวจหามะเร็งลำไส้ใหญ่, คลำต่อมลูกหมาก การพบ cystocele ขนาดใหญ่ อาจเป็นสาเหตุของ urinary retention ที่นำไปสู่ภาวะ acute pyelonephritis
เท้า	Diabetic ulcer, เล็บยาวม้วน (onychogryphosis), calluses, bunion
ระบบประสาท	mental status examination, sign ที่ไม่มีความสำคัญทางคลินิก ได้แก่ absent ankle jerk, decreased vibratory sense ที่เท้า, frontal lobe releasing signs เช่น palmomental, grasping, glabella, snout reflex ในผู้ป่วยที่มีประวัติการหกล้ม ตรวจ Get-up-and-go test ท่าเดินผิดปกติที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ hemiplegic, parkinsonian, sensory ataxic, apraxic และ waddling gait



2. การประเมินทางสุขภาพจิต (Mental assessment)

เป็นการประเมินเพื่อให้ทราบความผิดปกติทางสุขภาพจิตที่อาจซ่อนอยู่ได้แก่ ภาวะสับสน (delirium) ภาวะซึมเศร้า (depression) และภาวะสมองเสื่อม (dementia)

เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมักมีพยาธิสภาพในระบบจิตประสาทร่วมกับพยาธิสภาพทางกาย แพทย์จึงควรประเมินสถานะทางจิต (mental status) โดยอาจใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐานต่างๆ เช่น Abbreviated Mental Test (AMT), Thai Mental State Examination (TMSE), Chula Mental test (CMT) และ Mini-Mental State Examination-Thai version (MMSE-Thai) เพื่อตรวจคัดกรองสถานะทางจิต ถ้ามีความผิดปกติ ค่อยพิจารณาวินิจฉัยแยกโรคเพื่อให้ได้การวินิจฉัยโรคที่จำเพาะต่อไป เช่น ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (Confusion Assessment Method: CAM) ภาวะซึมเศร้า (Geriatric Depression Scale : GDS) หรือภาวะสมองเสื่อม (เช่น clock drawing test, Modified Short Blessed test, ADAS-cog) เป็นต้น

3. การประเมินด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (Social assessment)

ประเด็นที่ต้องทำการประเมินคือ ผู้ดูแลผู้ป่วย (carer หรือ care-giver) เศรษฐฐานะ และสังคมสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย ดังกล่าวแล้วข้างต้น เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสำคัญอย่างมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความพิการ การประเมินลักษณะของผู้ดูแลประจำตัวของผู้ป่วย และการให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลย่อมเป็นการป้องกันการทอดทิ้งผู้ป่วยสูงอายุไว้ในโรงพยาบาล และยังเป็น การป้องกันสภาพที่ห่อผู้ป่วยมีผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มนั้นนอนอยู่เต็มหอผู้ป่วยที่เรียก bed-blocker เพราะนอกจากจะทำให้ ไม่มีการหมุนเวียนผู้ป่วยเพื่อสามารถรับผู้ป่วยรายใหม่เข้ามาได้แล้ว ยังทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาล (nosocomial infection)

4. การประเมินด้านความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Functional assessment)

อาจกล่าวได้ว่าการประเมินความสามารถด้านนี้ในผู้ป่วยสูงอายุ เป็นความก้าวหน้าอย่างสำคัญในเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ที่ทำให้บุคลากรทางสุขภาพรับรู้ปัญหาที่แท้จริง จนนำไปสู่การแก้ปัญหาที่ตรงจุด ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุจำนวนมากสามารถ กลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้อีกครั้ง เพราะแม้ผู้ป่วยสูงอายุจะเจ็บป่วยจากพยาธิสภาพที่เป็นความเสื่อมตามอายุ ที่รักษาไม่หายขาด และยังมีหลายพยาธิสภาพในเวลาเดียวกัน การทำให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถกลับมาประกอบกิจวัตรประจำวันได้ ทั้งที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังดังกล่าว ถือเป็นความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยตามหลักเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โดยทั่วไป อาจแบ่งระดับความสามารถออกเป็นสองระดับ ได้แก่

ก. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Basic activity of daily living, basic ADL) เช่น การลุกจากที่นอน การล้างหน้าแปรงฟัน การเดิน เป็นต้น ซึ่งเหมาะที่จะใช้ประเมินผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องเข้าพักรับการรักษา ในโรงพยาบาล เพื่อใช้ติดตามผลการรักษาและยังใช้เป็นเป้าหมายของการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุก่อนกลับบ้านด้วย โดยพยายามให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรให้ได้เท่ากับก่อนเกิดการเจ็บป่วยในครั้งนี้

ข. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์ (Instrumental ADL) เป็นระดับความสามารถ ในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ซับซ้อนขึ้น เช่น การปรุงอาหารรับประทานเอง การไปจ่ายตลาด การใช้จ่ายเงิน เป็นต้น ซึ่งเหมาะที่จะใช้ประเมินผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอก



ผลจากการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุแบบครบถ้วนทั้ง 4 ด้านดังกล่าวข้างต้น ทำให้มีการค้นพบปัญหาต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่เพียงปัญหาทางสุขภาพโดยตรงแต่อย่างเดียว การแก้ปัญหาต่างๆ เหล่านี้จำเป็นต้องอาศัย ความรู้ความชำนาญและทักษะจากบุคลากรหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จึงจะประสบผลสำเร็จ ทำให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วย สูงอายุแบบสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team approach) บุคลากรในกลุ่มสหสาขาวิชาชีพควรประกอบด้วย แพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ที่ปรึกษา ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลเยี่ยมบ้าน นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด นักอรรถบำบัด โภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ ตลอดจนญาติหรือเพื่อนของผู้สูงอายุเอง

แม้ว่าการซักประวัติและตรวจร่างกายจะสามารถช่วยวินิจฉัยโรคผู้ป่วยได้มากกว่าร้อยละ 90 แต่ในผู้ป่วยสูงอายุ จะพบว่าทำได้ลำบากตั้งแต่การซักประวัติ เนื่องจากผู้ป่วยมักมีพยาธิสภาพหลายอย่าง ทำให้มีประวัติยาว ผู้สูงอายุเอง ก็มักมีความผิดปกติของสมองที่ทำให้ไม่สามารถให้ประวัติด้วยตนเองได้ เช่น **acute delirium, dementia** การซัก ประวัติจากผู้ดูแลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง และควรเป็นผู้ดูแลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ประวัติอาการบางอย่างเช่น หกล้ม ไม่เดิน ไม่กินอาหาร เป็นอาการที่ไม่จำเพาะเจาะจง ทำให้แพทย์มองข้ามไปทั้งที่อาจมีความสำคัญอย่างยิ่ง นอกจากนั้น ในการตรวจร่างกาย แพทย์ยังต้องแปลผลการตรวจให้ได้ว่าอาการแสดงนั้นเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ของความชราหรือจากพยาธิสภาพ

การวัดปริมาณกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันด้วยเครื่องมือ **Physical Activity Questionnaire (PAQ)** เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดปริมาณการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันจากการซักประวัติ โดยใช้ค้นหาความถี่และระยะเวลาของการมีส่วนร่วมของกิจกรรมทางกายภาพทั้ง 7 กลุ่ม ในระหว่างสัปดาห์ปกติของเดือนก่อนหน้า สำหรับผู้ที่มี อายุ 65 ปีขึ้นไป แล้วมาคำนวณปริมาณพลังงานที่ต้องใช้ไปในแต่ละวัน เครื่องมือนี้เน้นย้ำที่กลุ่มสำคัญ 4 กลุ่ม ของกิจกรรมทางกายภาพทั่วไปของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย

1. การเดินทางส่วนตัว
2. การออกกำลังกายหรือกีฬา ในระดับเบา
3. การออกกำลังกายหรือกีฬา ในระดับปานกลาง
4. การออกกำลังกายหรือกีฬา ที่ค่อนข้างใช้แรงมาก
5. การทำงานบ้าน ที่เป็นงานเบา
6. การทำงานบ้าน ที่เป็นงานหนัก
7. การออกแรงทำงาน



สำหรับแต่ละประเภทของกิจกรรมทางกายภาพ ผู้ถูกทดสอบต้องบอกถึงความบ่อยในการทำกิจกรรมเหล่านี้ในสัปดาห์ที่ถูกถามถึง โดยบอกในลักษณะดังนี้ : ไม่เคย, นานๆ ครั้ง (หนึ่งถึงสองวัน), บางครั้ง (สามถึงสี่วัน), และบ่อยครั้ง (ห้าถึงเจ็ดวัน) หลังจากนั้นผู้ถูกทดสอบต้องบอกระยะเวลาที่ทำกิจกรรมเหล่านี้ในระหว่างวันปกติ สำหรับวิธีการตอบแบบทดสอบในหมวดการเดินทาง และกิจกรรมการออกกำลังกายในระดับปานกลางมีตัวเลือกให้เลือกคือ น้อยกว่าสามสิบนาที, สามสิบนาทีถึงหนึ่งชั่วโมง, หนึ่งถึงสองชั่วโมง, และมากกว่าสองชั่วโมงขึ้นไป สำหรับการออกกำลังกายในระดับเบา และงานบ้านและการใช้แรง ตัวเลือกที่มีให้เลือกตอบคือ น้อยกว่าหนึ่งชั่วโมง, หนึ่งถึงสองชั่วโมง, สองถึงสี่ชั่วโมง, และมากกว่าสี่ชั่วโมงขึ้นไป



ผู้สังเกตการณ์แบบทดสอบนี้ ต้องแปลงข้อมูลซึ่งแบ่งเป็นหมวด ๆ เหล่านี้ให้เป็นคะแนน โดยใช้ค่ากลางสำหรับความถี่ตามที่ได้ระบุไว้และระยะเวลาการทำกิจกรรมที่เป็นไปได้ ค่ากลางเหล่านี้ ได้แก่ ไม่เคย = 0, นานๆ ครั้ง = 1.5 วัน, บางครั้ง = 3.5 วัน, และบ่อยครั้ง = 6 วัน และค่ากลางสำหรับระยะเวลาของการทำกิจกรรม ได้แก่ น้อยกว่า 30 นาที = 0.25 ชั่วโมง, น้อยกว่าหนึ่งชั่วโมง = 0.5 ชั่วโมง, สามสิบนาทีถึงหนึ่งชั่วโมง = 0.75 ชั่วโมง, หนึ่งถึงสองชั่วโมง = 1.5 ชั่วโมง, มากกว่าสองชั่วโมง = 2.5 ชั่วโมง, สองถึงสี่ชั่วโมง = 3 ชั่วโมง, และมากกว่าสี่ชั่วโมง = 5 ชั่วโมง

ในการแปลงค่าคะแนน PAQ เหล่านี้ให้เป็นชั่วโมง MET ต่อสัปดาห์ จะต้องมีการให้ค่าน้ำหนักกับกิจกรรมทางกายภาพในแต่ละประเภท โดยอ้างอิงจากข้อมูลของ Accelerometer และค่า MET สำหรับผู้สูงอายุที่ถูกรายงานโดย Stewart et al. (2001). ค่าน้ำหนักที่ใช้ในการแปลงเป็นชั่วโมง MET ต่อสัปดาห์ ได้แก่ การเดินทาง = 2.8 METs, การออกกำลังกายเบาๆ = 3.0 METs, การออกกำลังกายปานกลางหรือค่อนข้างใช้แรง = 4.3 MET, การออกกำลังกายที่ต้องใช้แรง = 3.0 METs, งานบ้านในระดับเบา = 2.0 METs, งานบ้านในระดับปานกลางหรือหนัก = 2.5 METs, และการใช้แรงงาน = 2.8 METs โดยทั่วไป ค่า MET ที่น้อยกว่าสาม ถือเป็นค่าที่บอกถึงความพยายามในระดับต่ำ และค่า MET ที่มากกว่าหรือเท่ากับสาม ถือเป็นค่าที่บอกถึงความพยายามในระดับสูง





การประเมินขนาดของกิจกรรมที่ผู้สูงอายุ (> 65 ปี) ทำใน 1 สัปดาห์

ด้วยเครื่องมือ Physical Activity Questionnaire (PAQ)

- แบบสอบถามนี้จะวัดปริมาณ 4 กิจกรรมที่ท่านทำ ได้แก่ การเดิน การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา (3 ข้อย่อย) การทำงานบ้าน (2 ข้อย่อย) และการออกแรงทำงาน ใน 1 สัปดาห์ที่ท่านอยู่เป็นปกติ (เช่น ไม่ใช่สัปดาห์ที่ท่านไปเที่ยว นอกบ้าน หรือสัปดาห์ที่มีการย้ายบ้านหรือซ่อมบ้าน เป็นต้น) ใน 1 เดือนที่ผ่านมา
- ในแต่ละกิจกรรม ถ้าท่านตอบว่าไม่ได้ทำเลย ให้ข้ามไปทำข้อต่อไปที่ขีดเส้นใต้ไว้ ถ้าท่านตอบว่าทำ อาจจะ เป็นกี่วันก็ตามกรุณาตอบจำนวนเวลาที่ในแต่ละวัน ที่อยู่ข้อถัดไป

การเดิน

- ในสัปดาห์ที่เป็นปกติที่ผ่านมา ท่านมักจะเดิน หรือขี่จักรยาน เพื่อไปทำธุระต่างๆ เช่น ไปส่งหลานที่โรงเรียน หรือไปตลาดซื้อของใช้ของกิน หรือไปทำงาน เป็นเวลากี่วันใน 1 สัปดาห์

☐ ไม่ได้ทำเลย	☐ ทำน้อย (1-2 วัน)	☐ ทำบ้าง (3-4 วัน)	☐ ทำบ่อยๆ (5-7 วัน)
--------------------------------------	---	---	--

- ท่านได้เดินหรือขี่จักรยานโดยเฉลี่ยประมาณวันละกี่ชั่วโมง

☐ น้อยกว่า 30 นาที	☐ 30 นาทีแต่ไม่ถึง 1 ชั่วโมง	☐ 1 ชั่วโมงแต่ไม่ถึง 2 ชั่วโมง	☐ 2 ชั่วโมงขึ้นไป
---	---	---	--

การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา เบาๆ

- ในสัปดาห์ที่เป็นปกติที่ผ่านมา ท่านมักจะออกกำลังกายด้วยการเดินเล่นสบายๆ โยคะ รำมวยจีน กายบริหาร ยืดแขนขา เล่นเบตอง เป็นเวลากี่วันใน 1 สัปดาห์

☐ ไม่ได้ทำเลย	☐ ทำน้อย (1-2 วัน)	☐ ทำบ้าง (3-4 วัน)	☐ ทำบ่อยๆ (5-7 วัน)
--------------------------------------	---	---	--

- ท่านได้ออกกำลังกายข้างต้นโดยเฉลี่ยประมาณวันละกี่ชั่วโมง

☐ น้อยกว่า 1 ชั่วโมง	☐ 1 ชั่วโมงแต่ไม่ถึง 2 ชั่วโมง	☐ 2 ชั่วโมงแต่ไม่ถึง 4 ชั่วโมง	☐ 4 ชั่วโมงขึ้นไป
---	---	---	--

การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา ปานกลาง

- ในสัปดาห์ที่เป็นปกติที่ผ่านมา ท่านมักจะออกกำลังกายด้วยการเดินเร็วๆ เต้นแอโรบิค วิ่งเหยาะๆ ว่ายน้ำ เป็นเวลากี่วันใน 1 สัปดาห์

☐ ไม่ได้ทำเลย	☐ ทำน้อย (1-2 วัน)	☐ ทำบ้าง (3-4 วัน)	☐ ทำบ่อยๆ (5-7 วัน)
--------------------------------------	---	---	--

- ท่านได้ออกกำลังกายข้างต้นโดยเฉลี่ยประมาณวันละกี่ชั่วโมง

☐ น้อยกว่า 30 นาที	☐ 30 นาทีแต่ไม่ถึง 1 ชั่วโมง	☐ 1 ชั่วโมงแต่ไม่ถึง 2 ชั่วโมง	☐ 2 ชั่วโมงขึ้นไป
---	---	---	--

การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา อย่างหนัก

- ในสัปดาห์ที่เป็นปกติที่ผ่านมา ท่านมักจะออกกำลังกายเพื่อกำลังกล้ามเนื้อ ด้วยการยกน้ำหนัก หรือใช้ เครื่องออกกำลังกายที่ต้องออกแรงดึงหรือดันอย่างมาก เป็นเวลากี่วันใน 1 สัปดาห์

☐ ไม่ได้ทำเลย	☐ ทำน้อย (1-2 วัน)	☐ ทำบ้าง (3-4 วัน)	☐ ทำบ่อยๆ (5-7 วัน)
--------------------------------------	---	---	--

- ท่านได้ออกกำลังกายข้างต้นโดยเฉลี่ยประมาณวันละกี่ชั่วโมง

☐ น้อยกว่า 30 นาที	☐ 30 นาทีแต่ไม่ถึง 1 ชั่วโมง	☐ 1 ชั่วโมงแต่ไม่ถึง 2 ชั่วโมง	☐ 2 ชั่วโมงขึ้นไป
---	---	---	--



การทำงานบ้านที่เป็นงานเบา

- ในสัปดาห์ที่เป็นปกติที่ผ่านมา ท่านมักจะทำงานบ้านเบาๆ เช่น ปิดกวาดบ้าน ทำอาหาร ล้างจาน ตากผ้า รดน้ำต้นไม้ในบ้าน ดูแลหลาน รับจ้างทำงานเบาๆ เป็นเวลากี่วันใน 1 สัปดาห์

☐ ไม่ได้ทำเลย	☐ ทำน้อย (1-2 วัน)	☐ ทำบ้าง (3-4 วัน)	☐ ทำบ่อยๆ (5-7 วัน)
--------------------------------------	---	---	--

- ท่านได้ออกกำลังกายข้างต้นโดยเฉลี่ยประมาณวันละกี่ชั่วโมง

☐ น้อยกว่า 30 นาที	☐ 30 นาทีแต่ไม่ถึง 1 ชั่วโมง	☐ 1 ชั่วโมงแต่ไม่ถึง 2 ชั่วโมง	☐ 2 ชั่วโมงขึ้นไป
---	---	---	--

การทำงานบ้านที่เป็นงานหนัก

- ในสัปดาห์ที่เป็นปกติที่ผ่านมา ท่านมักจะทำงานบ้านที่ต้องออกแรงมาก เช่น ถูบ้าน เช็ดหน้าต่าง ซักผ้าใช้มือโยกย้ายสิ่งของ ปลุกต้นไม้ ตัดกิ่งต้นไม้ เป็นเวลากี่วันใน 1 สัปดาห์

☐ ไม่ได้ทำเลย	☐ ทำน้อย (1-2 วัน)	☐ ทำบ้าง (3-4 วัน)	☐ ทำบ่อยๆ (5-7 วัน)
--------------------------------------	---	---	--

- ท่านได้ออกกำลังกายข้างต้นโดยเฉลี่ยประมาณวันละกี่ชั่วโมง

☐ น้อยกว่า 1 ชั่วโมง	☐ 1 ชั่วโมงแต่ไม่ถึง 2 ชั่วโมง	☐ 2 ชั่วโมงแต่ไม่ถึง 4 ชั่วโมง	☐ 4 ชั่วโมงขึ้นไป
---	---	---	--

การออกแรงทำงาน

- ในสัปดาห์ที่เป็นปกติที่ผ่านมา ท่านมักจะทำงานที่ต้องใช้แรงมากๆ เช่น ขุดดินทำสวน รดน้ำใช้แรง ทำงานก่อสร้าง หรือในโรงงานที่ต้องออกแรงมาก เป็นเวลากี่วันใน 1 สัปดาห์

☐ ไม่ได้ทำเลย	☐ ทำน้อย (1-2 วัน)	☐ ทำบ้าง (3-4 วัน)	☐ ทำบ่อยๆ (5-7 วัน)
--------------------------------------	---	---	--

- ท่านได้ออกกำลังกายข้างต้นโดยเฉลี่ยประมาณวันละกี่ชั่วโมง

☐ น้อยกว่า 1 ชั่วโมง	☐ 1 ชั่วโมงแต่ไม่ถึง 2 ชั่วโมง	☐ 2 ชั่วโมงแต่ไม่ถึง 4 ชั่วโมง	☐ 4 ชั่วโมงขึ้นไป
---	---	---	--

ที่มา : ประเสริฐ อัสสันตชัย. การประเมินสุขภาพในผู้สูงอายุ. ใน: คู่มือการดูแลผู้สูงอายุจากสถานพยาบาลสู่ชุมชน สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: บริษัทสินทวีการพิมพ์จำกัด., 2555; หน้า 55-79.



ภาคผนวก 18

สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

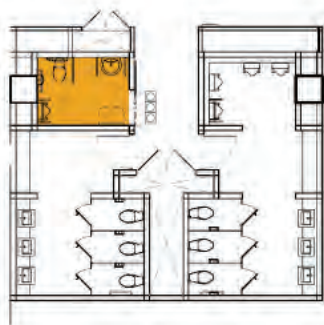
1. ห้องน้ำ ห้องส้วม

ห้องน้ำ

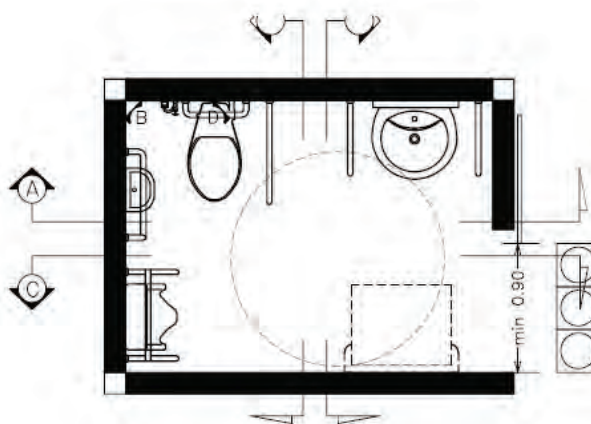
1. พื้นที่ว่างภายในห้องส้วมเพื่อให้เก้าอี้เข็นคนพิการสามารถหมุนตัวกลับได้ มีเส้นผ่านศูนย์กลางไม่น้อยกว่า 1.50 เมตร
2. พื้นห้องน้ำควรมีระดับเสมอกับพื้นภายนอกถ้าเป็นพื้นต่างระดับต้องมีลักษณะเป็นทางลาด
3. วัสดุที่ใช้ทำพื้นห้องน้ำควรเป็นวัสดุที่ไม่ลื่น กันน้ำ และทำความสะอาดง่าย และควรมีระบบระบายน้ำที่ดี
4. ประตูห้องน้ำ ควรจัดให้อยู่ในลักษณะที่เป็นการเปิดออกทางด้านนอก ทั้งนี้ประตูที่เหมาะสมที่สุด คือ ประตูบานเลื่อน
5. ภายในตัวห้องน้ำ ควรมีปุ่มหรือเชือกสัญญาณฉุกเฉิน เพื่อขอความช่วยเหลือจากภายนอก โดยมีป้ายระบุไว้อย่างชัดเจน

คำแนะนำ

1. อ่างล้างหน้าควรใช้แบบแขวนผนัง เพื่อมิให้สิ่งกีดขวางต่อการใช้งานของเก้าอี้เข็นคนพิการและควรมีราวจับ ทั้ง 2 ด้าน เพื่อช่วยในการทรงตัว
2. ราวจับด้านที่ไม่ติดผนัง ควรใช้แบบพับเก็บได้ เพื่อสะดวกต่อการใช้งานในกรณีผู้ใช้เข้า - ออก จากด้านข้าง และช่วยในการทรงตัว
3. ราวจับ (ด้านที่ติดผนัง) ควรใช้แบบรูปตัวแอลเพื่อช่วยในการทรงตัวและควรมีปุ่มกดแจ้งสัญญาณฉุกเฉิน ในกรณีอุบัติเหตุ ด้านล่างราวจับโถส้วม ควรใช้แบบ FLUSH TANK ชนิดมีปุ่มปล่อยน้ำด้านข้าง
4. ประตูที่ใช้ควรเป็นประตูบานเลื่อน เพื่อความสะดวกต่อการเข้า-ออก ของผู้ใช้งานระบบล็อกแบบขอสับ เพื่อให้เข้าช่วยเหลือจากด้านนอกได้สะดวก

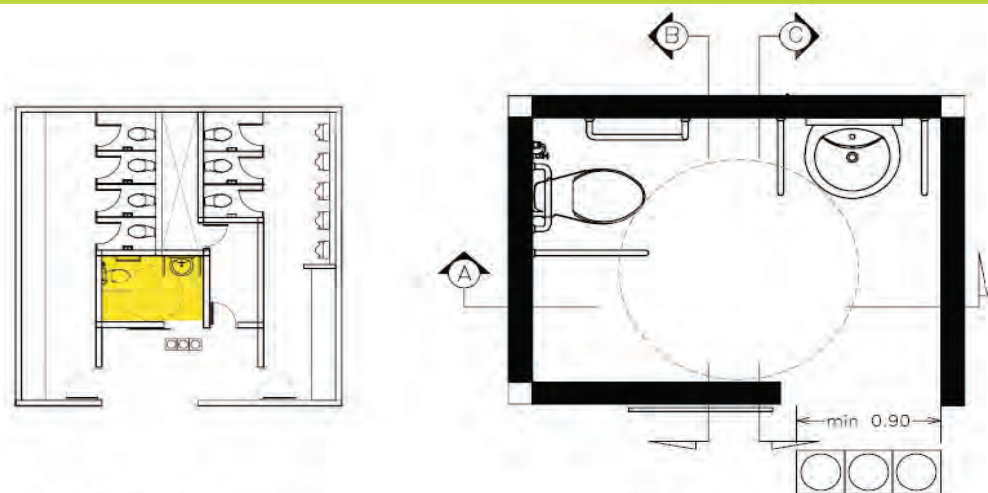


ผังพื้นห้องน้ำ ประเภท A
มาตราส่วน 1 : 200



ผังพื้นห้องน้ำคนพิการ ประเภท A
มาตราส่วน 1 : 50





ผังพื้นห้องน้ำ ประเภท B
มาตราส่วน 1 : 50

ผังพื้นห้องน้ำคนพิการ ประเภท B
มาตราส่วน 1 : 50

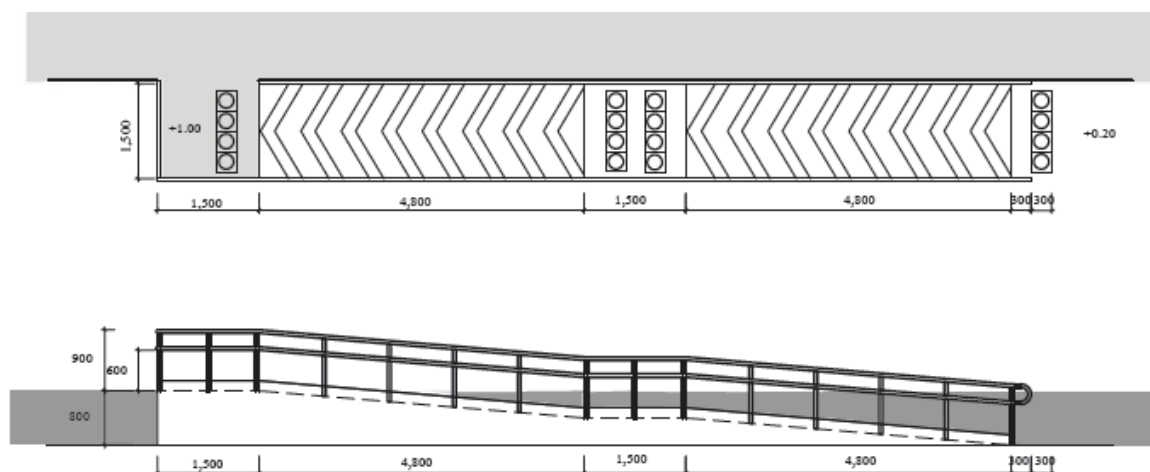
2. ทางลาด ราวจับ และบันได

ลักษณะทางลาด

1. ทางลาดควรมีความกว้างอย่างน้อย 90 เซนติเมตร (หากทางลาดยาวโดยรวมไม่เกิน 6.00 เมตร) และหากทางลาดยาวโดยรวมมากกว่า 6.00 เมตร ทางลาดควรมีความกว้างอย่างน้อย 1.50 เมตร
2. ความลาดชันไม่เกิน 1:12 ความยาวแต่ละช่วงไม่เกิน 6.00 เมตร ในกรณีที่มีความยาวเกินต้องจัดให้มีชานพักยาวไม่น้อยกว่า 1.50 เมตร

ราวจับ

1. ควรมีตลอดแนวของทางลาด
2. ทางลาดที่มีความยาวตั้งแต่ 2.50 เมตรขึ้นไป ต้องมีราวจับทั้งสองด้าน
3. ราวจับทำด้วยวัสดุเรียบ มีความมั่นคงแข็งแรง
4. มีลักษณะกลม เส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 3-4 เซนติเมตร
5. ราวจับต้องยาวต่อเนื่อง และส่วนที่ยึดติดกับผนังจะต้องไม่กีดขวางหรือเป็นอุปสรรคต่อการใช้งานของผู้พิการทางการมองเห็น
6. ปลายของราวจับให้ยื่นเลยจากจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุดของทางลาด 30-40 เซนติเมตร

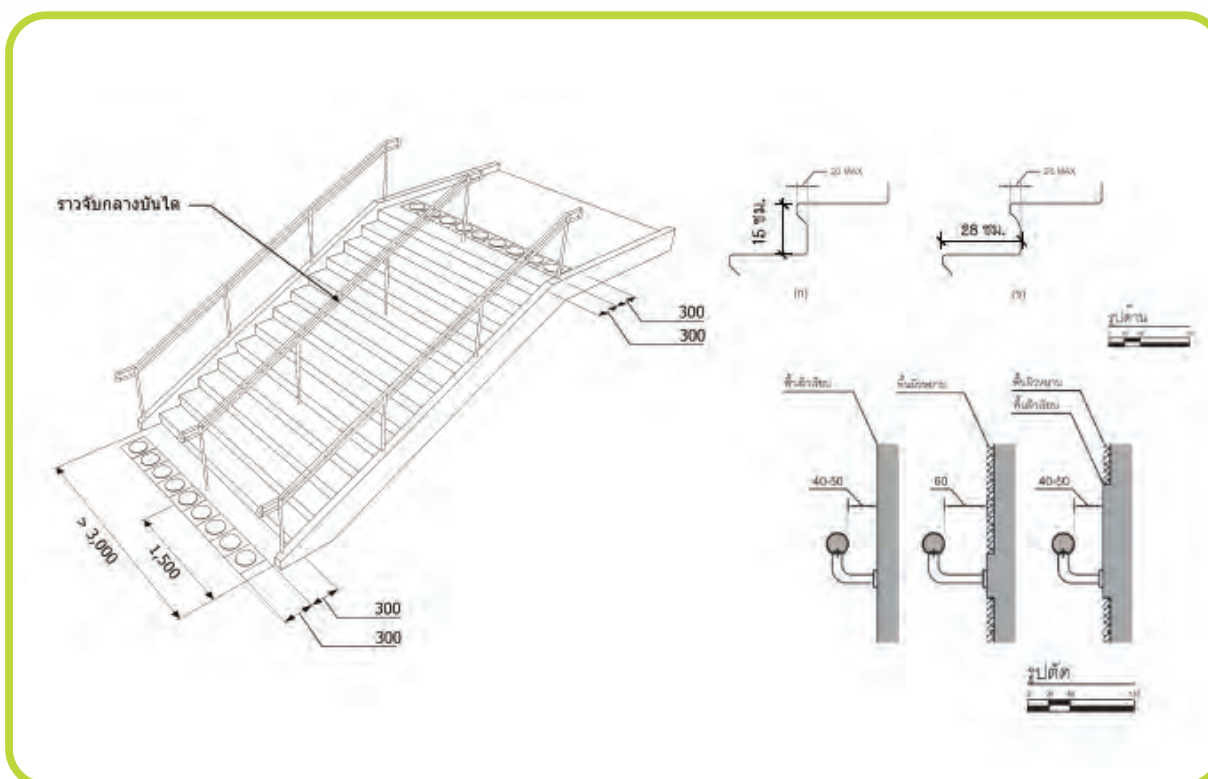


ลักษณะของบันได

1. บันไดมีความกว้างสุทธิไม่น้อยกว่า 1.50 เมตร
2. มีชานพักทุกระยะในแนวดิ่งไม่เกิน 2.0 เมตร
3. มีราวจับทั้งสองข้าง
4. มีลูกตั้งสูงไม่เกิน 15 เซนติเมตร ลูกนอนกว้างไม่น้อยกว่า 28 เซนติเมตร
5. พื้นผิวของบันไดใช้วัสดุที่ไม่ลื่น
6. มีจุ่มบันไดที่มีสีต่างจากพื้นผิวของบันไดเพื่อให้สังเกตเห็นความแตกต่างของได้ชัดเจน

ราวจับ

1. ทำด้วยวัสดุเรียบ มีลักษณะกลม เส้นผ่านศูนย์กลาง 3-4 เซนติเมตร
2. ติดตั้งสูงจากพื้น 80-90 เซนติเมตร ติดตั้งห่างจากผนัง 4-5 เซนติเมตร สูงจากจุดยืนอย่างน้อย 12 เซนติเมตร



หมายเหตุ การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล นอกจากการจัดให้มีทางลาด ราวจับ บันได และห้องน้ำ ห้องส้วมที่เหมาะสมแล้ว หากสามารถทำได้ควรจัดให้มีสถานที่จอดรถสำหรับผู้สูงอายุ/ผู้พิการ และเคาน์เตอร์ติดต่อที่สามารถเข้าถึงบริการได้ด้วย

แหล่งข้อมูล: รองศาสตราจารย์ไตรรัตน์ จารุทัศน์. คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



ภาคผนวก 19

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia)

สมองเสื่อม เป็นภาวะที่สมองมีระดับความสามารถในการจัดการวางแผนการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ คิดสิ่งต่างๆ ไม่ออก แยกของต่างๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันไม่ได้ จำทางไม่ได้ บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง วิตกกังวล ซึมเศร้า ซึ่งจะทำให้เกิดความบกพร่องในการประกอบกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งกิจวัตรประจำวัน โดยสรุปก็คือสมองเสื่อม จะทำให้เกิดความบกพร่องของ Cognitive Functions (พุทธิพิสัย) จนรบกวนต่อการใช้ชีวิตหรือกิจกรรมประจำวัน ซึ่งก่อให้เกิดอาการต่างๆ หลากอย่าง ไม่ได้ชี้เฉพาะอาการความจำเสื่อมเป็นหลักแต่เพียงอย่างเดียว

สมองเสื่อมอาจเกิดจากสาเหตุต่างๆ ได้หลายอย่าง เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคหลอดเลือดในสมอง ดาวาร์ซินโดรม การดื่มแอลกอฮอล์ การติดเชื้อบางอย่าง โรคพาร์กินสัน ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติ เป็นต้น

อาการที่ควรสงสัยว่าจะมีภาวะสมองเสื่อม

ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุควรซักถามถึงปัญหาด้านความจำและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยเสมอทั้งจากญาติหรือผู้ดูแลที่ใกล้ชิด เนื่องจากบ่อยครั้งที่ญาติของผู้ป่วยมักเข้าใจว่าปัญหาเรื่องความจำและการช่วยเหลือตนเอง ลดลงเกิดจากธรรมชาติของคนชราเอง จึงไม่ได้ปรึกษาแพทย์ ทั้งที่ความจริงอาจเกิดจากภาวะสมองเสื่อม ข้อมูลประวัติถือว่า เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการใช้วินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม แพทย์จึงควรซักประวัติจากผู้ดูแลใกล้ชิด หรือญาติที่ให้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ แพทย์ควรสงสัยผู้ป่วยที่มีอาการดังต่อไปนี้ว่าอาจมีภาวะสมองเสื่อม

1. ความจำระยะสั้นไม่ดี เช่น ลืมวันนัด ลืมสิ่งของบ่อยๆ พุดซ้ำ ถามซ้ำ
2. มีปัญหาด้านการใช้ภาษา เช่น เรียกชื่อสิ่งของและชื่อคนที่คุ้นเคยไม่ถูก หรือสูญเสียความเข้าใจภาษา
3. มีปัญหาในด้านทิศทางและสิ่งแวดล้อม เช่น ขับรถแล้วหลงทางในที่ๆ เคยขับได้ หรือหลงทางเวลาเดินทางออกนอกบ้านคนเดียว
4. มีความผิดปกติในการทำงานที่ซับซ้อน เช่น วางแผนการทำงาน การเดินทาง การใช้อุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ การใช้จ่ายและเก็บเงิน หรือการไปธนาคาร
5. มีความผิดปกติของอารมณ์และบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ซึมเศร้า หงุดหงิดก้าวร้าว มีพฤติกรรมแปลกไม่เหมาะสมกับสถานการณ์แวดล้อม มีความเชื่อที่ผิดแปลก เห็นภาพหลอน
6. มีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและการดูแลตัวเองลดลงจากระดับเดิม เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรชนิดพื้นฐาน (basic activities of daily living: basic ADL) เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนย้ายร่างกาย การควบคุมการขับถ่าย การใช้ห้องสุขา การล้างหน้าแต่งตัว และความสามารถในการทำกิจวัตรชนิดอุปกรณ์ (instrumental activities of daily living: instrumental ADL) เช่น การใช้โทรศัพท์ การจับจ่ายซื้อของ การจัดเตรียมอาหาร การทำงานบ้าน การเดินทางออกนอกบ้าน การจัดยา และการใช้เงิน โดยต้องเปรียบเทียบกับระดับความสามารถเดิมด้วยเสมอ





แต่อย่างไรก็ตาม ก็ต้องซักถามถึงเหตุผลที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำสิ่งเหล่านี้ได้ด้วย เนื่องจากบ่อยครั้งที่เกิดจากการที่มีปัญหาด้านร่างกายไม่ใช่จากภาวะสมองเสื่อม ที่ทำให้ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจำกัดกิจกรรมของผู้ป่วยเอง เช่น ในกรณีที่ปวดข้อ สายตาไม่ดีหรือแขนขาอ่อนแรง เป็นต้น

อาการสมองเสื่อมนั้น หากเกิดจากสาเหตุที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ก็อาการสมองเสื่อมนั้นก็อาจดีขึ้น หรือหายได้หากแก้สาเหตุนั้นแล้ว เรียกว่า โรคสมองเสื่อมที่หายได้ (Reversible Dementia) ซึ่งอาจพบได้ประมาณร้อยละ 10 ของโรคสมองเสื่อมทั้งหมด สาเหตุของโรคสมองเสื่อมแบบรักษาได้ที่พบได้บ่อย เช่น ภาวะน้ำในโพรงสมองเกิน (Normal Pressure hydrocephalus) ภาวะไทรอยด์ทำงานต่ำ (Hypothyroidism) หรือภาวะขาดวิตามินบางชนิด เช่น วิตามินบี12

โรคสมองเสื่อมนั้นพบมากขึ้นเรื่อยๆ ตามอายุที่มากขึ้น จัดว่าเป็นโรคที่มีความซับซ้อนในการวินิจฉัยในระดับหนึ่ง อีกทั้งปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองแล้วเข้าเกณฑ์มีความเสี่ยงโรคสมองเสื่อม หรือมีอาการที่น่าสงสัย ก็ควรได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ต่อไป โดยในปัจจุบันประเทศไทยได้มีเครื่องมือคัดกรองที่ได้มาตรฐานแล้วหลายแบบ เช่น MMSE (Thai version), TMSE หรือ CMT score ทำให้บุคลากรทางแพทย์ที่ดูแลผู้สูงอายุได้นำมาใช้อย่างสะดวกขึ้นมาก

แหล่งข้อมูล: รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงวรพรรณ เสนาณรงค์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์วีระศักดิ์ เมืองไพศาล. คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล.



ภาคผนวก 20

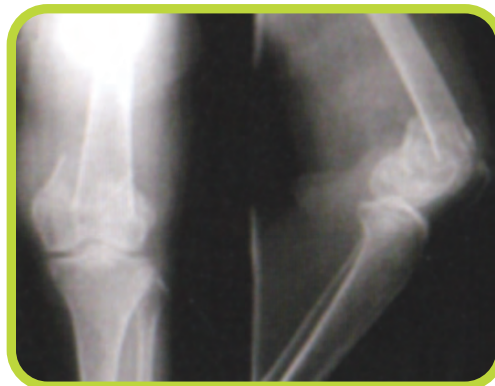
โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis of knee)

ข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคข้อที่พบบ่อยในเพศหญิง และเป็นต้นเหตุอันดับ 4 ที่ทำให้หญิงต้องทนทุกข์ทรมาน และมีความพิการ ต้องพึ่งไม้เท้าและรถเข็น ขณะที่ในเพศชายข้อเข่าเสื่อมจัดเป็นต้นเหตุอันดับ 8 ที่ทำให้ต้องพิการ อาการและอาการแสดงที่สำคัญของโรคข้อเข่าเสื่อมมีผลให้ผู้ป่วยต้องลดกิจกรรมทางกายลง ต้องนั่งพัก นอนพักอยู่บนเตียง การเล่นเกม และการเข้าสังคม ต้องลดลงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ มีผลให้สุขภาพองค์รวมและคุณภาพชีวิตลดลง เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคอัมพาต และโรคเรื้อรังอื่นๆ รวมทั้งอาการและโรคทางจิต ได้แก่ อาการซึมเศร้า กังวล เครียด ท้อแท้ และสิ้นหวัง ผู้สูงอายุที่มีอาการมานานและเกิดความพิการของข้อเข่าอย่างถาวรแล้ว นอกจากต้องพึ่งยา ใช้ไม้เท้า รวมทั้งรถเข็นแล้ว ผู้ป่วยเหล่านี้ยังต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งอาจเป็นการพึ่งพาเพียงบางส่วน หรือพึ่งพาทั้งหมด อาจเป็นภาระของผู้ใกล้ชิด หรือลูกหลาน

ข้อเข่าเป็นอวัยวะทำหน้าที่รับน้ำหนักตัว และให้พิสัยการเคลื่อนไหวขณะใช้งาน ข้อเข่า ประกอบด้วยกระดูก 3 ชิ้น คือ ปลายกระดูก ต้นขา (femur) ส่วนต้นของกระดูกเข้ง (tibia) และกระดูกสะบ้า ยึดต่อกันโดยเอ็นยึดข้อที่มีความแข็งแรง ทั้งที่หุ้มรอบข้อเข่าและเอ็นที่ไขว้ยึดกระดูกภายในข้อเข่า ส่วนปลายของกระดูกทั้งสองจะเป็นส่วนของกระดูกอ่อนข้อต่อ (cartilage) ที่มีความมันเรียบและแข็งแรง เพื่อทำหน้าที่รับและกระจายน้ำหนักขณะยืนหรือเดิน กระดูกสะบ้าเป็นกระดูกรูปสี่เหลี่ยมที่เกิดในเอ็นใหญ่หน้าข้อเข่ามีหน้าที่ป้องกันการกระแทกโดยตรงต่อข้อเข่า ขณะงอเข่าหรือเหยียดเข่า ตัวกระดูกสะบ้า จะเคลื่อนหรือเลื่อนโดยไม่ติดขัดตามร่องปลายกระดูกต้นขา (femur) ขณะที่งอเข่าเต็มที่ เช่น ขณะนั่งยอง หรือพับเพียบ จะมีแรงอัดจากกระดูกสะบ้า ทำให้ความดันในเข่าสูง จึงรู้สึกไม่สบายในท่าดังกล่าว

คำจำกัดความ

โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis-OA of knee) เป็นโรคของข้อเข่าที่เกิดจากการเสื่อมของกระดูกอ่อนข้อต่อ (articular cartilage) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากกระบวนการเสื่อมจะไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิม และจะทวีความรุนแรงขึ้นตามลำดับ



การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ

1. การเปลี่ยนแปลงทางชีวกลศาสตร์ (biomechanical) กระดูกอ่อนที่แข็งแรงเมื่อมีแรงมากระแทกจะมีการยุบตัวและคลายตัวเหมือนลูกปิงปองที่ถูกตี ผิวปิงปองที่ยุบจะกระด้งกลับเป็นผิวปกติ ในข้อที่เสื่อมกระดูกอ่อนจะมีการสูญเสียคุณสมบัติในการหดตัวเมื่อมีแรงกดกระแทก (compressibility) และมีการสูญเสียการยึดตัวหรือกระด้งกลับ เมื่อแรงกดหมดไป (elasticity) การรับแรงกระแทกที่มากเกินไปและนานเกินไป มีผลให้โครงสร้างของกระดูกอ่อนข้อต่อเปลี่ยนแปลง
2. การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี (biochemical) ปริมาณและขนาดของโปรทีโอไกลิแคน (proteoglycan) ลดลง ปริมาณน้ำในกระดูกอ่อนเพิ่มขึ้น มีการสร้างเอนไซม์ชนิดต่างๆ ก่อให้เกิดการอักเสบ
3. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของเข่า ตั้งแต่เยื่อหุ้มข้อที่เริ่มหนาตัว กระดูกอ่อนผิวข้อเริ่มสึกกร่อน ข้อเข่าเริ่มไม่มั่นคง เอ็นหุ้มข้อหนาตัว กระดูกใต้กระดูกอ่อนผิวข้อหนาตัว ร่วมกับการงอกของกระดูกตามขอบของปลายกระดูก เรียก ออสทีโอไฟท์ (osteophyte)



ปัจจัยเสี่ยง

1. **อายุที่เพิ่มมากขึ้น** โรคข้อเสื่อมจะรุนแรงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของข้อ
2. **น้ำหนักเกินหรืออ้วน** จากการที่ข้อเข่าต้องรับน้ำหนักที่เกินกำลัง มีผลให้กระดูกอ่อนข้อต่อสึกกร่อนเร็ว ข้อเข่าหลวมเปรียบเหมือนรถยนต์ที่บรรทุกหนักเกินกำลัง รถคันนี้จะเสื่อมเร็วหรือพังเร็ว ยิ่งประชากรที่อ้วนและต้องเดิน ยืนทั้งวันข้อเข่าจะเสื่อมเร็ว
3. **การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของเข่า** ตั้งแต่เยื่อข้อเข่าที่เริ่มหนาตัว กระดูกอ่อนผิวข้อเริ่มสึกกร่อน ข้อเข่าเริ่มไม่มั่นคง เอ็นหุ้มข้อหนาตัว กระดูกใต้กระดูกอ่อนผิวข้อหนาตัว ร่วมกับการงอกของกระดูกตามขอบของปลายกระดูก เรียก ออสทีโอไฟท์ (osteophyte)
4. **การบาดเจ็บที่รุนแรงของข้อเข่า** เช่น กระดูกแตกหักบริเวณข้อเข่า เอ็นฉีกขาด กระดูกอ่อนข้อต่อแตกเป็นชิ้น เลือดออกในเข่า เยื่อข้อเข่า (meniscus) ฉีกขาด การบาดเจ็บดังกล่าวต้องรักษาอย่างถูกต้องตั้งแต่การจัดซ่อมเอ็นที่ฉีกขาด หรือเยื่อข้อเข่าให้เข้าที่ การยึดชิ้นกระดูกหักกลับเข้าที่เดิมให้แข็งแรง เพื่อให้ข้อเข่าเคลื่อนไหวได้เร็วที่สุดและสามารถรับน้ำหนักได้ตามปกติ การรักษาที่ไม่ถูกต้อง ไม่ทันการณ์จะมีผลให้ข้อเข่าหลวมกระดูกอ่อนข้อต่อที่ติดติดที่ เยื่อข้อเข่าที่ฉีกขาดซ่อมไม่สำเร็จ มีผลให้ข้อเข่าเสื่อมเร็ว
5. **การบริหารและการเล่นกีฬาที่ไม่เหมาะสม** โดยเฉพาะการออกกำลังกาย ที่เกิดการกระแทกต่อกระดูกอ่อนข้อต่อเป็นเวลานานๆ เช่น การวิ่ง การกระโดด มีผลให้กระดูกอ่อนข้อต่อรับแรงกระแทกมากเกินไป ดังนั้น ข้อเข่าของนักวิ่งมาราธอน นักกีฬาฟุตบอล ฮ็อกกี้ บาสเกตบอล นักมวย นักมวยปล้ำจะมีโอกาสเสื่อมเร็วกว่าคนปกติ
6. **กรรมพันธุ์** ข้อเข่าเสื่อมพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ความรุนแรงของข้อที่เสื่อมในเพศหญิงรุนแรงกว่าเพศชาย คุณแม่ที่เข่าเสื่อมจะมีโอกาสถ่ายทอดโรคเข่าเสื่อมไปยังลูกๆ ได้ โดยเฉพาะลูกสาว

ลักษณะสำคัญของข้อเข่าเสื่อม

1. เกี่ยวข้องกับอายุที่เพิ่มขึ้น แต่พบว่าบางรายก็เกิดข้อเข่าเสื่อมได้ตั้งแต่อายุยังน้อย
2. พบในคนอ้วนมากกว่าคนผอม คนผอมที่เป็นโรคเข่าเสื่อมมักจะทำงานหนัก เช่น ชาวนา ชาวสวน ชาวไร่ ข้อเข่าโก่งงอผิดปกติ ในคนอ้วนเข่ามักไม่โก่งงอแต่เข่าบวมอักเสบ เข่าโก่งงอเมื่ออายุเกิน 50 ปีขึ้นไป
3. ข้อเข่าเสื่อม อาจเกิดกับข้อใดข้อหนึ่ง หรือหลายๆ ข้อก็ได้ ถ้าพบข้อที่ปลายนิ้วเสื่อมก็พบที่เข่าได้ มักพบร่วมกับข้อที่รับน้ำหนักอื่นๆ เช่น ข้อเท้า ข้อตะโพก และข้อกระดูกสันหลัง มักมีอาการที่ข้อข้างใดข้างหนึ่งก่อน เมื่อการอักเสบลดลง อาการดีขึ้น ข้ออีกข้างหนึ่งจะเริ่มมีอาการสลับกันไปมาจนอายุมากขึ้น และมีอาการทั้ง 2 ข้าง
4. การเสื่อมจะมีการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของข้ออย่างต่อเนื่อง โดยจะไม่มีทางกลับคืนเป็นปกติเหมือนเดิม การเสื่อมมากหรือเสื่อมน้อยไม่เหมือนกันในแต่ละคน ขึ้นกับหลายปัจจัย
5. เกิดได้ในคนทั่วไปที่ร่างกายแข็งแรงไม่มีโรคเรื้อรังใดๆ หรือพบมีโรคประจำตัวร่วมด้วย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ



การแบ่งชนิดของข้อเข่าเสื่อม

1. ชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ (Primary or idiopathic) มีความผิดปกติทางเคมีภายในข้อ ไม่มีหลักฐานยืนยันการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
2. ชนิดที่ทราบสาเหตุ (Secondary) ได้แก่
 - เคยมีการบาดเจ็บที่รุนแรงต่อข้อ เช่น กระดูกหักผ่านข้อเข่า ข้อเข่าเคลื่อนหลุดจากที่ เอ็นยึดสับเข่าฉีกขาด เยื่อข้อเข่า (meniscus) ฉีก หรือขาด
 - โครงสร้างข้อกระดูกผิดปกติอาจตั้งแต่กำเนิดหรือเกิดภายหลังคลอด
 - โรคข้ออักเสบ เช่น โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์
 - โรคติดเชื้อที่มีการทำลายกระดูกอ่อน
 - โรคของต่อมไร้ท่อ (โรคทางระบบเมตาบอลิกผิดปกติ) เช่น โรคเกาต์
 - ภายหลังการผ่าตัดภายในข้อที่จำเป็นต้องตัดบางส่วนของโครงสร้างข้อที่ถูกทำลายไปแล้วออกไป เช่น ชิ้นกระดูกขนาดใหญ่ในส่วนที่รับน้ำหนัก เยื่อข้อเข่า (meniscus)

อาการและการแสดงของข้อเข่าเสื่อม

ระยะเริ่มต้น

ที่สำคัญคืออาการปวดของข้อเข่าในตอนเช้า หรือเมื่อมีการใช้งานมากๆ เช่น ยืน เดินมากๆ อาการปวดเข่ามักไม่สามารถระบุตำแหน่งที่ชัดเจนได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะบ่นเรื่องอาการปวดด้านหลังข้อเข่า ข้อเข่าที่อักเสบจะมีอาการบวมแดงร้อนเมื่อเทียบกับข้างปกติ อาการปวดอีกเสบดังกล่าว เป็นสัญญาณเตือนภัยเพื่อเตือนให้ลดการใช้งานลง ให้ข้อได้พักอาการอักเสบจะได้ทุเลาลง ถ้ายังคงใช้งานต่อข้ออาจมีของเหลวในข้อเพิ่มขึ้น บางรายมาหาแพทย์ เนื่องจากมีก้อนแข็งบริเวณหลังข้อเข่าเป็นถุงน้ำ ถ้าเจาะจะได้ น้ำเหนียวใส

ระยะปานกลาง

เมื่อกระดูกอ่อนเริ่มสึกกร่อน ข้อจะมีการอักเสบรุนแรงขึ้นภายหลัง การใช้งาน คือ อาการบวม คลำข้อมีความอุ่น หรือร้อนกว่าข้างปกติ กล้ามเนื้อรอบข้อเริ่มปวดเมื่อย อ่อนแรง อาจมีการขัดภายในข้อ หรือมีเสียงขณะขยับข้อ ข้อเข่าเริ่มโก่ง ระยะนี้มีอาการปวดเข่าข้างขวาสลับกับข้างซ้าย เข่าเริ่มหลวมจากการหย่อนยานของเอ็นยึดเข่า

ระยะปานกลาง

เมื่อกระดูกอ่อนเริ่มสึกกร่อน ข้อจะมีการอักเสบรุนแรงขึ้นภายหลัง การใช้งาน คือ อาการบวม คลำข้อมีความอุ่น หรือร้อนกว่าข้างปกติ กล้ามเนื้อรอบข้อเริ่มปวดเมื่อย อ่อนแรง อาจมีการขัดภายในข้อ หรือมีเสียงขณะขยับข้อ ข้อเข่าเริ่มโก่ง ระยะนี้มีอาการปวดเข่าข้างขวาสลับกับข้างซ้าย เข่าเริ่มหลวมจากการหย่อนยานของเอ็นยึดเข่า

ระยะรุนแรง

เมื่อกระดูกอ่อนสึกกร่อนมากขึ้น อาการปวดเข่ารุนแรงขึ้น และมีอาการทั้ง 2 ข้าง ข้อหลวมไม่มั่นคง ข้อหนาตัวขึ้น มีกระดูกงอกหนาที่คลำได้ บริเวณด้านในข้อเข่า ข้อเข่าโก่งผิดปกติชัดเจน เวลาเดินต้องกางขากว้างขึ้น เพิ่มเสริมความมั่นคง กล้ามเนื้อรอบข้อเข่าลีบเล็กลง พิสัยการเคลื่อนไหวเริ่มติดขัด เขยียดงอไม่สุดเหมือนปกติ ในรายที่รุนแรง โครงสร้างกระดูกอ่อนข้อต่อถูกทำลายไปมากแล้ว ขณะลุกขึ้นจากท่านั่งจะมีอาการปวดรุนแรง การขึ้นลงบันไดจะเป็นปัญหามากต้องก้าวเดินทีละก้าวช้าๆ



การวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อม

การซักประวัติการตรวจร่างกาย โดยผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมมักมีอาการ และอาการแสดงดังกล่าวข้างต้นภาพถ่ายรังสีธรรมดาของข้อเข่า จำเป็นในกรณีที่ต้องการทราบความรุนแรงของโรค เพื่อพิจารณาเปลี่ยนวิธีการรักษา

การรักษา

การวางแผนการรักษาขึ้นกับอาการของข้อที่เสื่อม ปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละราย โรคประจำ (comorbidity) ของผู้ป่วย ได้แก่ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะอาหาร โรคไต และความรุนแรงที่โครงสร้างของกระดูกอ่อนข้อต่อและข้อที่ถูกทำลายไป การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม มี 3 วิธี ได้แก่ วิธีไม่ใช้ยา วิธีใช้ยา และวิธีผ่าตัด

1. วิธีไม่ใช้ยา

1.1 การให้ความรู้เรื่องข้อเข่าเสื่อม การดำเนินของโรคและการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เพื่อลดความเจ็บปวดและทักษะการอยู่ร่วมกับโรค การให้ความรู้อาจเป็นแบบเฉพาะตัวหรือเป็นกลุ่มย่อย (group education) หลักการทำทางที่ทำให้ความดันในเข่าสูง ได้แก่ ท่านั่งยอง ท่านั่งพับเพียบ ท่านั่งคุกเข่า

1.2 การออกกำลังกายและการบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่า เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางแล้วว่า การออกกำลังกายเป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลดีสำหรับผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม มีหลักฐานสนับสนุนที่เชื่อถือได้มากมายถึงประสิทธิภาพของการออกกำลังกายในการลดอาการปวด รวมทั้งเพิ่มความสามารถในการใช้งานข้อเข่า รูปแบบอาจเป็นการออกกำลังกายบนบกหรือน้ำ ที่โรงพยาบาลหรือบ้าน ส่วนชนิดของการออกกำลังกายที่ดี ประกอบด้วย

- การบริหารเพื่อเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวข้อเข่า (range of motion/ flexibility exercise)
- การบริหารเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา และกล้ามเนื้อน่อง (strengthening exercise)
- การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobic conditioning exercise) เป็นการออกกำลังกายเพื่อความฟิตพร้อมของระบบต่างๆ ในร่างกาย เช่น หัวใจแข็งแรง ปอดดี กระดูกไม่บาง กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ กระชับ มีความแข็งแรงและใช้งานได้ ทนทาน ตัวอย่างการออกกำลังกายแบบแอโรบิกในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ การปั่นจักรยาน หรือการออกกำลังกายในน้ำ

ท่ากายบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่าให้แข็งแรงเพื่อชดเชยกระดูกอ่อนข้อต่อที่เสื่อม

1. การบริหารกล้ามเนื้อในท่านั่ง



ท่าที่ 1 งอเข่า



ท่าที่ 2 เขยียดเข่า



ท่าที่ 3 สลับเข่าซ้ายขวา

2. การบริหารกล้ามเนื้อในท่านอน



ท่าที่ 1 งอเข่า



ท่าที่ 2 เขยียดเข่า

3. การบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่า โดยการปั่นจักรยานอยู่กับที่



1.3 การใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยต่างๆ พิจารณาตามความรุนแรงของโรคและสภาวะผู้ป่วย

- การใช้ไม้เท้าหรือร่มจะช่วยแบ่งเบาแรงกระทำต่อข้อเข้าได้ ระบายร้อยละ 25 ของน้ำหนักตัว
- การเสริมรองเท้าเป็นลิ้นทางด้านนอก (heel wedging) ในผู้ที่เริ่มมีขาโก่งน้อยๆ
- การใช้เครื่องพยุงเข่า (knee support) ทำให้เข่ากระชับขึ้น แต่ถ้าใส่นานๆ จะมีผลให้กล้ามเนื้อลีบเล็กลง

1.4 การลดน้ำหนัก

การตรวจสอบน้ำหนัก ว่าเกินเกณฑ์หรืออ้วนเกินไป โดยใช้สูตรดัชนีมวลกาย (body mass index) คือ ใช้น้ำหนัก (กิโลกรัม) เป็นตัวตั้งหารด้วยส่วนสูง (เมตร ยกกำลังสอง)

$$\text{สูตร body mass index (BMI)} = \frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร}^2\text{)}}$$

เกณฑ์ BMI ของคนปกติมีค่าอยู่ระหว่าง 18.5-24.9 กิโลกรัม/เมตร²

ค่า BMI ตั้งแต่ 25 กิโลกรัม/เมตร² ขึ้นไปถือว่าเป็นน้ำหนักเกิน (Overweight)

วิธีการลดน้ำหนัก

- ตั้งวัตถุประสงค์การลดน้ำหนัก ให้ถามตัวเองว่าเราจะลดน้ำหนัก เพื่ออะไร ทำไมต้องลดน้ำหนักส่วนเกิน ถ้ายังตอบคำถามนี้ไม่ได้ ก็จะลดน้ำหนักไม่ได้
- ตั้งเป้าหมายเป็นน้ำหนักตัวที่ต้องการจะลด
- คิดถึงอนาคตของคนอ้วน โรคที่รบกวนอยู่ในอนาคต ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคข้อเสื่อม โรคอัมพฤกษ์-อัมพาต ฯลฯ คนอ้วนมักจะมีอายุสั้นกว่าคนที่มีน้ำหนักปกติ และมักจะต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานมากกว่าคนปกติ
- ดื่มน้ำดื่มสุกก่อนรับประทานอาหารทุกมื้อ ถ้าท้องผูกให้เพิ่มการดื่มน้ำในตอนเช้าประมาณ 3-4 แก้ว ทุกเช้า
- ลดอาหารรสหวาน ของหวาน น้ำหวาน ผลไม้หวาน นมข้นหวาน
- งดของมันทุกชนิด ได้แก่ ข้าวผัด ก๋วยเตี๋ยวผัด ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู แกงกะทิ ฯลฯ
- รับประทานอาหารให้พออิ่มทุกมื้อ ห้ามเกินอิ่ม ห้ามรับประทาน ของจุจิก



รับประทานอาหารที่มีประโยชน์



ไม่กินจุบจิบ

1.5 การใช้วิธีการอื่นๆ ได้แก่ เลเซอร์ การฝังเข็ม การใช้ความร้อน และการใช้สนามแม่เหล็ก (pulse electromagnetic field) วิธีการเหล่านี้ ควรให้แพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะทางเป็นผู้พิจารณาสั่งการรักษา เนื่องจากยังไม่มีหลักฐานที่ชัดเจนในด้านประสิทธิภาพของวิธีการรักษาดังกล่าว แต่อาจนำมาใช้เพื่อบรรเทาอาการปวด และเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ข้อเข้า



2. การรักษาโดยวิธีใช้ยา

- 2.1 พิจารณายาพาราเซตามอลชนิดกินเป็นอันดับแรก
- 2.2 ยาพาราเซตามอลที่ประเภทด้านการอักเสบ ได้แก่ ยาพาราโดโครฟีแนค (diclofenac) ยาพาคีโตโปรเฟน (ketoprofen) ยาพาริร็อกซิแคม (piroxicam) และเจลพริก (capsaicin) มีผลดีพอควรและปลอดภัย
- 2.3 พิจารณายากลุ่มต้านการอักเสบ เมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยาพาราเซตามอล ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อระบบทางเดินอาหารให้พิจารณา ยาต้านการอักเสบกลุ่มดั้งเดิม (non selective NSAIDs) ร่วมกับสารป้องกันกระเพาะอาหาร (gastroprotective agents) ได้แก่ ยาที่ยับยั้งโปรตอนปั๊ม (proton pump inhibitors) หรือใช้ยาต้านการอักเสบกลุ่มใหม่ที่ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ Cox 2 อาจเรียกยากลุ่มคอซิบส์ (selective Cox 2 inhibitors)



- จากการทบทวนพบว่า ประสิทธิภาพระหว่างขนาดยาของยาในกลุ่มต้านการอักเสบที่ใช้ทั่วไป ไม่แตกต่างกัน ยากลุ่มต้านการอักเสบมีประสิทธิภาพดีกว่าพาราเซตามอล แต่มีผลข้างเคียงต่อกระเพาะอาหาร ยากลุ่มคอซิบส์ (coxibs) มีผลลดความเจ็บปวดได้เทียบเท่ายาต้านการอักเสบกลุ่มดั้งเดิม ข้อดีคือ การลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของกระเพาะอาหารลดลงร้อยละ 50 ส่วนผลข้างเคียงต่อระบบหลอดเลือดหัวใจเกิดเท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม ข้อแนะนำที่สำคัญ คือ ไม่ควรใช้ยากลุ่มคอซิบส์ (coxibs) ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อระบบหัวใจหลอดเลือด (cardiovascular) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาต ถ้าจำเป็นให้ใช้ในขนาดต่ำสุดในช่วงเวลาสั้นที่สุด
- 2.4 พิจารณายาแก้ปวดจำพวกทรามาดอล (tramadol HCl) ยากลุ่ม มอร์ฟิน (opioid) ที่มีหรือไม่มีพาราเซตามอลผสม ในผู้ป่วยที่กินยาต้านการอักเสบไม่ได้ เช่น เป็นโรคกระเพาะอาหารรุนแรง เคยมีประวัติกระเพาะอาหารทะลุ หรือเลือดออกในกระเพาะอาหาร มีโรคหลอดเลือดหัวใจ เคยผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น
 - 2.5 ยากลุ่มรักษาข้อเสื่อมตามอาการ SYSADOA (symptomatic slow acting drugs for OA) ประกอบด้วย กลูโคซามีนซัลเฟต (glucosamine sulfate), คอนรอยตินซัลเฟต (chondroitin sulfate), ไดอะเซรีน (diacerein) และไฮยาลูโรนิก (hyaluronic acid: HA) สามารถลดอาการปวดและอาจเปลี่ยนโครงสร้างกระดูกอ่อนข้อต่อ ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ช้ามีราคาแพง ใช้แทนยาต้านการอักเสบ ในกรณีที่มีข้อห้ามต่อการใช้ยาต้านการอักเสบ และไม่ควรใช้ในผู้ที่มีข้อเสื่อมรุนแรง
 - 2.6 ยาฉีด ยาฉีดดั้งเดิมเป็นยาจำพวกสเตียรอยด์ เป็นการฉีดเข้าข้ออักเสบเฉพาะที่ ข้อเสียของการฉีดยา ได้แก่
 - ทำให้ข้อเสื่อมเร็วขึ้น การฉีดยาจะเป็นการตัดสัญญาณเตือนภัย คือ อาการเจ็บปวด (แต่ข้อยังคงมีอาการอักเสบอยู่) เมื่อฉีดยาแล้วอาการปวดหมดไป ผู้ป่วยก็จะเริ่มใช้งาน เริ่มเดิน ยืนตามปกติ ข้อก็จะอักเสบ และเสื่อมเพิ่มขึ้นเร็วขึ้น
 - มีโอกาสติดเชื้อภายในข้อจากเทคนิคการฉีดที่อาจไม่สะอาด
 - ยาสเตียรอยด์จะตกตะกอนในข้อ ทำให้ข้อเสื่อมเร็ว

ข้อบ่งชี้การฉีดยาคือ อาการปวดที่รุนแรง หรือข้อที่มีอาการอักเสบรุนแรงโดยเฉพาะถ้ามีของเหลวในข้อเข้า ยาฉีดจะส่งผลกระทบต่อข้อในช่วงสั้น ยังไม่มีหลักฐานว่า ส่งผลต่อข้อเข้าในระยะยาวการฉีดยาเข้าข้อเข้าไม่ควรฉีดเกิน 3 ครั้งต่อปี เนื่องจากผลของยาจะทำลายกระดูกอ่อนข้อต่อ เมื่อฉีดแล้วต้องพักข้อข้างที่ถูกฉีดให้เต็มที่ ไม่ให้น้ำหนักหรือใช้งานเป็นเวลา 1 – 2 สัปดาห์ ควรแนะนำการรักษาแบบผ่าตัด ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้ยาฉีดเข้าข้อเข้าเกิน 3 ครั้งต่อปี เพื่อลดอาการปวด



3. การรักษาโดยการผ่าตัด

3.1 การเจาะเข้า ล้างเข้าด้วยน้ำเกลือปกติ (Tidal knee irrigation) โดยฉีดยาเฉพาะที่ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำผ่าตัดใหญ่ โดยล้างด้วยน้ำเกลือปกติในปริมาณ 2 ลิตร เพื่อทำความสะอาดข้อเข้า การล้างเข้าสามารถลดการยึดติดและลดการอักเสบจากเอนไซม์ในข้อ

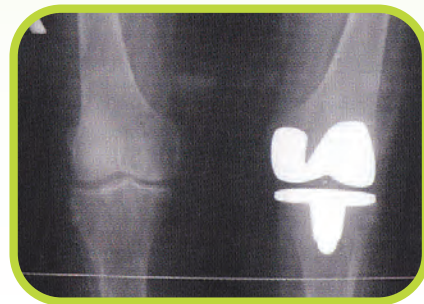
3.2 การล้างข้อเข้าโดยการส่องกล้อง (Arthroscope lavage) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการฉีกขาดของเยื่อข้อเข้า (meniscus) ร่วมด้วย วิธีการนี้สามารถเห็นพยาธิสภาพภายในข้อเข้าได้ เป็นการล้างเพื่อบรรเทาอาการและลดการอักเสบในข้อ

3.3 การผ่าตัดเพื่อจัดแนวกระดูกที่โก่งให้ตรง เพื่อเปลี่ยนแนวการรับน้ำหนักของกระดูกอ่อนข้อต่อ (Corrective osteotomy) พิจารณาในกรณีที่ผู้ป่วยมีการผิดรูปของข้อเข้าที่โครงสร้างเข้าถูกทำลายเพียงบางส่วน การผ่าตัดมีหลายวิธี ราคาถูกกว่าการเปลี่ยนข้อเทียมสามารถชะลอการสึกกร่อนของข้อได้ประมาณ 5-10 ปี

3.4 การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียม (Joint replacement)
พิจารณาในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปวด และทุพพลภาพ

ข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัดข้อเข้าเทียมทั้งข้อ

1. มีโรคข้อเข้าเสื่อมรุนแรง โครงสร้างภายในข้อเข้าถูกทำลายอย่างสิ้นเชิง
2. ข้อเข้าผิดรูปที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ
3. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแนวทางการรักษาหลังผ่าตัดได้อย่างเคร่งครัด
4. ผู้ป่วยสามารถทนต่อการดมยาสลบ หรือ การฉีดยาบล็อกหลัง



การป้องกันโรคข้อเข้าเสื่อม

การป้องกันในรายที่ยังไม่มีอาการใดๆ ได้แก่

1. จำกัดอาหารมันและหวาน เพื่อมิให้น้ำหนักเกินปกติ อาหารที่แนะนำ คือ ผัก ผลไม้ที่ไม่หวาน เต้าหู้และเนื้อปลา และดื่มน้ำต้มสุก ลดน้ำหวาน น้ำอัดลม เปลี่ยนข้าวขาวเป็นข้าวซ้อมมือหรือข้าวกล้อง
2. หลีกเลี่ยงการใช้งานที่เกินกำลังและท่าทางที่ทำให้ข้อมีความดันเพิ่มสูง ได้แก่ ท่านั่งยองคุกเข่าพับเพียบท่าก้มหลัง เป็นต้น
3. บริหารร่างกายให้แข็งแรงอย่างสม่ำเสมอ
4. หลีกเลี่ยงการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ที่อาจทำให้กระดูกหักผ่านข้อเอ็นยึดข้อฉีกขาด ข้อแพลง เป็นต้น
5. ตรวจเช็คร่างกายอย่างสม่ำเสมอทุกปี



การป้องกันในรายที่ข้อมีอาการปวดบวมอักเสบ ที่สำคัญคือ การป้องกันการโก่งงอผิดรูปของข้อ ได้แก่

1. ลดน้ำหนัก
2. ลดการใช้งานข้อ การวิ่งหรือจ็อกกิ้งจะทำให้ข้อเข่ารับน้ำหนัก 10 เท่าของน้ำหนักตัว การเดิน เข่าจะรับน้ำหนักประมาณ 4.5 เท่าของน้ำหนักตัว ส่วนการถีบจักรยานเข่าจะรับน้ำหนักเพียง 1.5 เท่าของน้ำหนักตัว
3. ประคบน้ำเย็นหรือน้ำแข็งเมื่อข้อเกิดการอักเสบ
4. ใช้เครื่องช่วยพยุงข้อ หรือใช้ไม้เท้าช่วยเดินขณะเกิดการอักเสบ
5. บริหารกล้ามเนื้อรอบข้อและออกกำลังกายให้ร่างกายแข็งแรงอย่างสม่ำเสมอ
6. กินยาแก้ปวด แก้อักเสบ เป็นครั้งคราว
7. หลีกเลี่ยงการฉีดยาเข้าข้อ เพื่อป้องกันการเกิดการปนเปื้อนจากการฉีดยา เสี่ยงต่อการติดเชื้อ
8. หลีกเลี่ยงการเล่นกีฬาที่มีการกระแทก ซึ่งเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของข้อเข่า

ที่มา: ธวัช ประสาทฤทธา. ข้อเข่าเสื่อม. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2555.



ภาคผนวก 21

อาการปัสสาวะราดหรืออุจจาระราด (Incontinence)

อาการปัสสาวะราด (urinary incontinence) นำมาซึ่งความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจนทำให้สูญเสียความมั่นใจในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถมีกิจกรรมนอกบ้าน ทำให้ต้องเก็บตัวอยู่กับบ้านและนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่เลวลง นอกจากนั้นอาการปัสสาวะราดมักถูกละเลยในเวชปฏิบัติทั้งโดยผู้ป่วยสูงอายุเองและบุคลากรทางสุขภาพ เนื่องจากอาการปัสสาวะราดเป็นสิ่งที่น่าละอายที่ผู้สูงอายุจำนวนถึงร้อยละ 38-70 ไม่เปิดเผยต่อบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้สาเหตุที่อาจจะแก้ไขได้ไม่ถูกตรวจพบ บุคลากรทางสุขภาพเองส่วนใหญ่ก็มักไม่ให้ความสนใจปัญหานี้ อาจเนื่องจากมีปัญหาด้านอื่นที่เร่งด่วนกว่า ความคิดที่ว่าถามไปก็มักแก้ไขได้ยาก เพียงให้ผู้ป่วยใช้แผ่นผ้าอ้อมก็เพียงพอแล้ว เป็นต้น ผลกระทบทางเวชกรรมของอาการปัสสาวะราดที่สำคัญในผู้สูงอายุ ได้แก่

ด้านสุขภาพกาย เช่น โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซ้ำซ้อน โรคผิวหนัง ผิวหนังบริเวณที่สัมผัสกับน้ำปัสสาวะเป็นเวลานานจะเปื่อยและแตก ทำให้เกิดแผลกดทับ การอักเสบที่ปลายอวัยวะเพศ (balanitis) และการติดเชื้อราที่ผิวหนังได้ง่าย **ภาวะหกล้มและกระดูกหัก** มักเกิดในผู้ที่มีปัสสาวะราดเวลากลางคืน ผู้สูงอายุหญิงที่มีปัญหาปัสสาวะราดประมาณร้อยละ 20-40 จะหกล้มภายใน 1 ปี ร้อยละ 10 ของภาวะหกล้มนี้จะมีกระดูกหักตามมา โดยเฉพาะที่ข้อสะโพก

ด้านสุขภาพจิต เช่น รู้สึกเป็นที่อับอาย สูญเสียความมั่นใจในตนเอง นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด

การวินิจฉัยสาเหตุของอาการปัสสาวะราดในทางเวชปฏิบัติ

ในเวชปฏิบัติทั่วไป อาจแบ่งลักษณะของอาการปัสสาวะราดออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่

1. อาการปัสสาวะราดแบบเฉียบพลัน

กรณีที่ผู้สูงอายุเริ่มมีอาการปัสสาวะราดในเวลาไม่นานมานี้ อย่างเฉียบพลัน มักเกิดจากสาเหตุที่สามารถแก้ไขให้กลับคืนมาได้ มีผู้พยายามคิดคำช่วยจำเพื่อให้บุคลากรทางสุขภาพคิดถึงสาเหตุเหล่านี้ที่เรียก DRIP

D - Delirium / Drugs

R - Retention of urine / Restricted mobility

I - Infection / Impaction (fecal)

P - Polyuria / Prostatism (Lower urinary tract symptoms : LUTS)

D - Delirium / Drugs ผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium) จากเหตุใดก็ตาม จะสูญเสียความสามารถในการควบคุมปัสสาวะชั่วคราว นอกจากนั้นยาบางชนิดก็อาจส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอาการปัสสาวะราดได้ ได้แก่

- ยาที่มีผลข้างเคียงทำให้เกิดภาวะปัสสาวะคั่ง (urinary retention) ได้แก่ ยาในกลุ่ม anticholinergic (antihistamine, antipsychotic, tricyclic antidepressant, anti-Parkinsonian) ยาในกลุ่ม opiate, calcium channel blocking agent ชนิดที่เป็นกลุ่ม dihydropyridine (nifedipine, felodipine, nicardipine, เป็นต้น) ยาลดอาการคัดจมูก กลุ่ม alpha-adrenergic agonist มักทำให้เกิดปัญหาในผู้สูงอายุชาย
- ยาที่มีผลข้างเคียงต่อการทำงานของหูรูดท่อปัสสาวะ (urethral sphincter) ได้แก่ alpha-adrenergic antagonist ที่ใช้รักษาโรคความดันเลือดสูง เช่น prazosin, doxazosin
- ยาที่ทำให้มีปริมาณปัสสาวะมาก ได้แก่ ยาขับปัสสาวะ เช่น hydrochlorothiazide, furosemid เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
- ยากลุ่มอื่นๆ ได้แก่ ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ทำให้หงว่งซึม เช่น benzodiazepine ที่ออกฤทธิ์ยาว ยาที่มีผลกระตุ้นการไอ เช่น ยารักษาโรคความดันเลือดสูงกลุ่ม angiotensin-converting enzyme inhibitor เวลาที่ผู้ป่วยไอจะมีปัสสาวะเล็ดหรือราดได้



R - Retention of urine / Restricted mobility อาการปัสสาวะราดในผู้สูงอายุที่กำลังได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล มักเกิดจากการที่ผู้สูงอายุไม่สามารถเดินไปห้องน้ำได้สะดวก จากสาเหตุใดๆ ก็ตาม เช่น การนอนบนเตียงผู้ป่วยที่มีที่กั้นข้างเตียงทั้งสองข้างถูกยกขึ้นตลอดเวลาเพื่อป้องกันการตกเตียง การที่เตียงผู้ป่วยอยู่ไกลจากห้องน้ำของหอผู้ป่วย การผูกมัดผู้ป่วย และการให้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกลั้นปัสสาวะเพื่อจะไปถ่ายปัสสาวะที่ห้องน้ำได้ทัน นอกจากนี้ ผู้ป่วยสูงอายวยังต้องประสบกับเหตุการณ์ต่างๆ ในหอผู้ป่วยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะปัสสาวะคั่ง (urinary retention) เมื่อมีปัสสาวะเหลือจำนวนมากจะนำไปสู่ภาวะ overflow incontinence ในที่สุด เช่น การเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาตั้งได้กล่าวข้างต้น การนอนถ่ายปัสสาวะของผู้ป่วยสูงอายุหญิง โดยใช้หม้อรองปัสสาวะ (bed pan) บนเตียงผู้ป่วย ทำให้ขาดความเป็นส่วนตัวขณะถ่ายปัสสาวะ และยังต้องพยายามรักษาสมาดุลของร่างกายบนหม้อรองปัสสาวะขณะปัสสาวะเพื่อไม่ให้ตกจากหม้อรองปัสสาวะ มีผลทำให้การถ่ายปัสสาวะไม่มีประสิทธิภาพ

I - Infection / Impaction (fecal) ผู้สูงอายุบางรายที่มีโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ อาจมาพบบุคลากรทางสุขภาพด้วยอาการปัสสาวะราด แทนที่จะมีอาการไข้หนาวสั่นเหมือนอย่างในผู้ป่วยทั่วไป ผู้สูงอายุที่มีอาการท้องผูกมากจนเกิดภาวะอุจจาระอุดตันในลำไส้ (fecal impaction) ก็อาจเป็นสาเหตุของอาการปัสสาวะราดได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอาการทั้งปัสสาวะราดและอุจจาระราดในเวลาเดียวกัน

P - Polyuria / Prostatism ภาวะที่ทำให้ปัสสาวะมีปริมาณมากผิดปกติ (polyuria) ได้แก่ การได้ยาขับปัสสาวะเพื่อรักษาโรคความดันเลือดสูง ยา theophylline การได้สาร caffeine จากการดื่มกาแฟ การดื่มแอลกอฮอล์ โรคเบาหวาน ภาวะแคลเซียมสูงในเลือด และภาวะโปแตสเซียมต่ำในเลือด เป็นต้น ส่วนกลุ่มอาการเนื่องจากโรคของต่อมลูกหมาก (prostatism) ปัจจุบันนิยมใช้คำว่า lower urinary tract symptoms หรือ LUTS แทน เนื่องจากอาการผิดปกติเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องเกิดจากโรคของต่อมลูกหมาก หรืออีกนัยหนึ่ง อาจเกิดในผู้ป่วยหญิงก็ได้ เช่น อาการเนื่องจากการอุดตันที่คอกระเพาะปัสสาวะ (bladder outlet obstruction) นอกจากจะทำให้เกิดปัญหา overflow incontinence แล้วการที่ผู้ป่วยมักมีปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน (nocturia) ก็อาจเป็นสาเหตุของอาการปัสสาวะราดตอนกลางคืนด้วย

2. อาการปัสสาวะราดแบบเรื้อรัง

พยาธิสภาพทางคลินิกที่ทำให้เกิดอาการปัสสาวะราดแบบเรื้อรัง อาจจำแนกได้เป็น 5 ประเภทหลัก ได้แก่

2.1 Functional incontinence ลักษณะของผู้ป่วยที่มีอาการปัสสาวะราดในกลุ่มนี้ คล้ายกับกลุ่มที่มีอาการปัสสาวะราดแบบเฉียบพลัน เนื่องจากไม่สามารถเดินไปปัสสาวะในห้องน้ำได้เองโดยสะดวกโดยไม่ได้เกิดจากพยาธิสภาพใดๆ ของทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง สาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่

- การสูญเสียความสามารถในการเดินไปใช้ห้องน้ำเพื่อถ่ายปัสสาวะ เช่น อาการปวดเข่าเนื่องจากข้อเข่าเสื่อม อาการเหนื่อยง่ายเนื่องจากภาวะโลหิตจาง ภาวะหัวใจวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง อาการเดินลำบากเนื่องจากโรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

- โรคจิตประสาท เช่น ภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้สูงอายุไม่สนใจในการดูแลตนเอง ภาวะสมองเสื่อม ทำให้ผู้สูงอายุไม่รับรู้ถึงความสำคัญของมารยาททางสังคม ที่จะต้องถ่ายปัสสาวะในที่เฉพาะ ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium) ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมการกลั้นปัสสาวะได้

2.2 Stress incontinence เป็นอาการปัสสาวะราดเนื่องจากการความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้นกะทันหัน ทำให้ความดันในกระเพาะปัสสาวะสูงขึ้นทันที จนhurstที่กระเพาะปัสสาวะไม่สามารถควบคุมการไหลของปัสสาวะที่พุ่งออกอย่างรวดเร็วและรุนแรงได้ เช่น การออกกำลังกายของหนัก การไอ การจาม อย่างแรง นำไปสู่การมีปัสสาวะเล็ดหรือราดได้ ภาวะนี้พบประมาณร้อยละ 25 ของผู้สูงอายุหญิงที่มีอาการปัสสาวะราด ปัจจัยเสี่ยงของพยาธิสภาพนี้ ได้แก่ การผ่านการคลอดบุตรทางช่องคลอด การผ่าตัดในช่องเชิงกราน เช่น การผ่าตัดมดลูกการผ่าตัดต่อมลูกหมาก



2.3 Urge incontinence เป็นพยาธิสภาพที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุที่มีอาการปัสสาวะราดเรื้อรัง พยาธิสภาพชนิดนี้อาจพบร่วมกับพยาธิสภาพอื่นๆ ที่บริเวณทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง เช่น กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ท่อปัสสาวะอักเสบ เนื่องกหรือนี้วในกระเพาะปัสสาวะ หรืออาจเกิดขึ้นเองเนื่องจากความชราที่เรียก overactive bladder ภาวะนี้เกิดจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อ detrusor โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้ต้องการที่จะปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการอยากจะปัสสาวะทันทีอย่างมาก (urgency) อาการเกิดขึ้นบ่อยแม้ในเวลากลางคืน

2.4 Overflow incontinence พยาธิสภาพชนิดนี้เกิดจากการที่กระเพาะปัสสาวะไม่สามารถขับถ่ายปัสสาวะออกได้หมด หลังจาก queผู้ป่วยปัสสาวะเสร็จแล้ว อาจเกิดจาก 2 สาเหตุหลัก ได้แก่

- ความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติในการควบคุมการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic neuropathy)
- กลุ่มอาการของทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง (Lower urinary tract symptomatology หรือ LUTS) เดิมเชื่อว่าเกิดจากการอุดตันของทางเดินปัสสาวะส่วนล่างเท่านั้น แต่ปัจจุบันเชื่อว่าสาเหตุน่าจะเกิดจากการบีบตัวที่ไม่สัมพันธ์กัน (dyssynergic contraction) ของกล้ามเนื้อ detrusor ที่บริเวณส่วนล่างของกระเพาะปัสสาวะร่วมด้วย ภาวะนี้จึงอาจพบได้ในผู้หญิง นอกจาก 2 สาเหตุนี้แล้ว โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะก็อาจทำให้เกิดกลุ่มอาการเหล่านี้ด้วย กลุ่มอาการที่จำเพาะต่อ LUTS ได้แก่ ปัสสาวะไม่ค่อยพุ่งเหมือนช่วงวัยหนุ่มสาว ปัสสาวะสะดุดติดขัด ไม่ค่อยออก ทำให้ต้องเบ่งปัสสาวะ และมีปัสสาวะหยุดหลังถ่ายปัสสาวะเสร็จแล้ว

2.5 Reflex incontinence ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพชนิดนี้ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะเองได้เนื่องจากกระแสประสาทที่สั่งการจากสมองไม่สามารถผ่านไปตามไขสันหลังจนถึงบริเวณ sacral ที่ 2 ถึง 4 ที่ควบคุมการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ ทำให้กระเพาะปัสสาวะทำงานโดยอัตโนมัติปราศจากการควบคุม (automatic emptying) ในกรณีเรื้อรัง กระเพาะปัสสาวะจะมีพยาธิสภาพแบบหดเกร็ง (spastic) ทำให้ไม่สามารถเก็บกักปัสสาวะได้มาก ผู้ป่วยจะปัสสาวะบ่อยและกลั้นไม่ได้ ภาวะนี้เกิดขึ้นเมื่อมีการทำลายไขสันหลัง (spinal cord) อาจเนื่องจากอุบัติเหตุ มะเร็งที่แพร่กระจายมาดไขสันหลัง และภาวะช่องไขสันหลังตีบ (spinal stenosis) ผู้ป่วยจึงต้องมีการทางระบบประสาทอื่นๆ ร่วมด้วยเสมอ เช่น อาการอ่อนแรงของขาทั้ง 2 ข้าง ภาวะหกล้ม อาการสูญเสียความรู้สึกของร่างกายตั้งแต่ตำแหน่งที่มีการทำลายไขสันหลังที่รับความรู้สึกจากส่วนนั้นๆ ของร่างกายตลอดจนไปถึงบริเวณรอบทวารหนัก ทำให้มีอาการอุจจาระราดร่วมด้วย นอกจากนั้น โรค normal pressure hydrocephalus อาจทำให้มีอาการปัสสาวะราดแบบนี้ ร่วมกับอาการขาอ่อนแรงทำให้เดินลำบาก ในระยะรุนแรงผู้ป่วยจะมีภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วย

การแบ่งประเภทของอาการปัสสาวะราดเรื้อรังดังกล่าวข้างต้น เพื่อประโยชน์ในการเข้าใจพยาธิสรีรวิทยา การวินิจฉัยและแนวทางการรักษาแต่ละประเภท แต่พึงระลึกเสมอว่าผู้ป่วยสูงอายุมักมีพยาธิสภาพหลายชนิดได้ในเวลาเดียวกัน เช่น ผู้สูงอายุหญิงที่มี stress incontinence อยู่เดิม ต่อมาภาวะกะบังลมหย่อนจนทำให้มีการอุดตันของท่อปัสสาวะ นำไปสู่อาการปัสสาวะราดชนิด overflow incontinence ร่วมด้วย การที่ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพหลายชนิดในเวลาเดียวกันอาจเรียกว่า mixed incontinence



มาตรการในการป้องกันอาการปัสสาวะรด

1. การป้องกันอาการปัสสาวะรดเมื่อผู้ป่วยสูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวได้เอง ให้เร็วที่สุด โดยเฉพาะการเดินไปเข้าห้องส้วมได้เอง
- จัดหาเตียงให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการปัสสาวะรดอยู่ใกล้ห้องส้วม
- หลีกเลี่ยงการใช้ยา หรือระมัดระวังในการใช้ยาที่อาจนำไปสู่อาการปัสสาวะรดได้
- ติดตามการขับถ่ายอุจจาระและป้องกันอาการท้องผูกที่อาจเกิดขึ้น

2. การป้องกันอาการปัสสาวะรดสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

- ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุคงความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะการเดิน
- รับประทานอาหารที่มีกากเส้นใย เพื่อป้องกันอาการท้องผูก
- ผู้สูงอายุที่เคยผ่านการคลอดบุตรทางช่องคลอด หรือได้รับการผ่าตัดในช่องเชิงกรานควรให้มีการฝึก

บริหารกล้ามเนื้อกะบังลมโดยการขมิบก้น (pelvic floor exercise) ที่เรียก Kegel exercise ในทางปฏิบัติ ผู้สูงอายุอาจไม่เข้าใจวิธีการฝึก บุคลากรทางสุขภาพควรแนะนำผู้ป่วยโดยลองฝึกกลั้นปัสสาวะให้หยุดขณะที่กำลังปัสสาวะ หรืออาจให้ผู้ป่วยฝึกขมิบก้นขณะที่บุคลากรทางสุขภาพกำลังทำการตรวจทางทวารหนัก (per rectal examination) ถ้าผู้สูงอายุทำได้ถูกต้อง สะโพกจะต้องไม่ลอยขึ้นจากพื้นเตียง หน้าท้องไม่เกร็ง และมีการบีบรัดที่นิ้วของบุคลากรทางสุขภาพผู้ตรวจโดยหูรูดของทวารหนัก โดยทั่วไปแนะนำให้ฝึกขมิบก้น 30 ถึง 200 ครั้งต่อวัน โดยเกร็งแต่ละครั้งให้นานราว 10 วินาที

หลักการรักษาทั่วไป

1. ผู้ป่วยควรไปปัสสาวะที่ห้องน้ำบ่อยๆ เพื่อป้องกันไม่ให้น้ำปัสสาวะสะสมในกระเพาะปัสสาวะมากจนนำไปสู่อาการปัสสาวะรดครั้งต่อไป โดยเริ่มจากทุก 2 ชั่วโมงแล้วยืดเวลาให้นานขึ้นถ้าผู้ป่วยปฏิบัติได้
2. หยุดการดื่มน้ำโดยให้ห่างจากเวลาเข้านอน หรือเวลาที่ต้องออกนอกบ้านเป็นเวลาอย่างน้อย 3-4 ชั่วโมง ควรจำกัดปริมาณน้ำดื่มไม่เกิน 1 ลิตรต่อวัน ปรับเปลี่ยนชนิดหรือเวลาที่รับประทานยาที่ทำให้ปัสสาวะมีปริมาณมาก
3. ป้องกันอาการท้องผูก
4. หลีกเลี่ยงสิ่งที่จะทำให้เกิดอาการไอเรื้อรัง เช่น การหยุดสูบบุหรี่ การควบคุมโพรงไซนัสอักเสบ การควบคุมอาการไอจากโรคภูมิแพ้ การควบคุมโรคกรดไหลย้อนจากกระเพาะอาหารเข้าสู่หลอดอาหาร (gastroesophageal reflux disease หรือ GERD)
5. เมื่อผู้ป่วยจำเป็นต้องไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ค่อนข้างเย็น ควรพยายามทำให้ร่างกายมีความอบอุ่น และหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
6. หลีกเลี่ยงสาเหตุของอาการปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน เพื่อป้องกันอาการปัสสาวะรดในเวลากลางคืน เช่น การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหรือแอลกอฮอล์ การดื่ยาขับปัสสาวะ ยากลุ่ม theophylline และแก้ไขสาเหตุที่มักนำไปสู่อาการปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน ได้แก่ รักษาอาการนอนไม่หลับ ควบคุมโรคเบาหวาน ภาวะหัวใจวาย ภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำ และโรคของทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง เช่น โรคของต่อมลูกหมาก โรค OAB และภาวะทางเดินปัสสาวะส่วนล่างอุดตันจากสาเหตุต่างๆ เป็นต้น
7. การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน และจัดหาอุปกรณ์เพิ่มเติม จะได้ผลดีในกรณี functional incontinence เช่น จัดเตียงนอนหรือบริเวณที่ผู้สูงอายุมักอยู่ในเวลากลางวันให้ใกล้กับห้องน้ำ การอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุสามารถเดินไปใช้ห้องน้ำด้วยความรวดเร็ว เช่น มีราวให้จับไปตามทาง พื้นไม่ลื่น ไม่มีธรณีประตูห้องน้ำ จัดหาหม้อรองปัสสาวะหรือกรวยรองปัสสาวะเพื่อให้สามารถปัสสาวะข้างเตียงได้ จัดหาผ้าอ้อมชนิดใช้แล้วทิ้งในกรณีที่ต้องออกไปธุระนอกบ้านช่วงสั้นๆ

ที่มา: ประเสริฐ อัสสันตชัย. อาการและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ. ใน: คู่มือการดูแลผู้สูงอายุจากสถานพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: บริษัทสินทวีการพิมพ์จำกัด., 2555; หน้า 260-269.



ภาคผนวก 22

ภาวะหกล้ม (Fall)

ผลกระทบของภาวะหกล้มนั้นนำไปสู่ความเจ็บป่วยอื่นที่อาจตามมาอย่างที่เราคาดไม่ถึง เช่น ภาวะกระดูกหัก (fracture) นั้นจะทำให้เกิดการเสียชีวิต ความพิการ การสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตลอดจนผลเสียทางด้านจิตใจของผู้ป่วย รวมทั้งเป็นภาระต่อญาติผู้ดูแลและสังคมโดยรวม แม้ภาวะหกล้มส่วนใหญ่มักดูเหมือนจะก่อให้เกิดอาการบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย แต่อาการแสดงของพยาธิสภาพต่างๆ ทั้งที่เกิดจากความชราเองและโรคภัยแรงต่างๆ ที่ซ่อนอยู่อาจค่อยๆ ปรากฏตามมาได้

ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดมักเกิดจากหลายปัจจัยเสี่ยง (predisposing factor) และปัจจัยกระตุ้น (precipitating factor) ซึ่งมีผลต่อกัน ดังนั้น การวินิจฉัย การดูแลรักษา ตลอดจนการป้องกันภาวะหกล้มเป็นเรื่องที่บุคลากรทางสุขภาพที่ให้การดูแลผู้สูงอายุควรให้ความสนใจเป็นอันดับต้นๆ ในเวชปฏิบัติประจำวัน ขณะเดียวกันอุบัติการณ์ของภาวะหกล้มในผู้สูงอายุไทยในเขตเมืองเมื่อติดตามไปเป็นเวลา 1 ปี พบว่า เท่ากับร้อยละ 10.1 ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่นอกบ้านพักคนชราจะมีอุบัติการณ์ภาวะหกล้มเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 50 ผู้ที่มีความสามารถทางสมองลดลง เช่น ผู้สูงอายุสมองเสื่อมก็มักหกล้มได้บ่อยกว่าคนทั่วไป ในด้านผลระยะยาวสำหรับผู้ที่ยกหกล้มและมีกระดูกข้อสะโพกหักจะมีอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 20-30 เมื่อติดตามกลุ่มนี้เป็นระยะเวลา 1 ปี และมีถึงร้อยละ 25-75 ที่สูญเสียความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันด้วย

จากผลการศึกษาวิจัยในหลายๆ ฉบับ อาจพอสรุปได้ว่าผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากขึ้นเมื่อ

1. มีประวัติเคยหกล้มในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา
2. มีประวัติได้รับยาหลายชนิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มต่อไปนี้
 - ยานอนหลับ
 - ยาต้านเศร้า
 - ยารักษาโรคทางจิตเวช
 - ยารักษาโรคหัวใจในกลุ่ม Digitalis
 - มีการใช้ยาหลายตัวร่วมกันตั้งแต่ 4 ชนิดขึ้นไป (ไม่รวมวิตามิน)
3. มีปัญหาหรือความบกพร่องในการทรงตัว
4. มีปัญหาหรือความบกพร่องในการเดิน
5. มีความบกพร่องในการมองเห็น
6. มีความบกพร่องในการรับรู้หรือการรู้ตัว
7. มีปัญหาในการกลืนอาหาร ปัสสาวะ
8. มีประวัติโรคทางกาย ดังต่อไปนี้
 - โรคหลอดเลือดสมอง
 - ภาวะเวียนศีรษะ หรือ บ้านหมุน
 - รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล นานกว่าหรือเท่ากับ 19 วัน



การประเมินปัจจัยเสี่ยงภาวะหกล้มแบบองค์รวม (Multifactorial risk assessment)

ทำได้โดยประเมินประเด็นดังต่อไปนี้

1. การซักประวัติภาวะหกล้ม อย่างครอบคลุมถึงสาเหตุ ความถี่ ความรุนแรง สถานที่ล้ม รวมทั้งอาการร่วมอื่นๆ ขณะล้ม
2. ประเมินกำลังกล้ามเนื้อขา การทรงตัว ความสามารถในการเดิน และท่าทางการเดิน ว่ามีความผิดปกติหรือไม่
3. ประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะกระดูกพรุน เช่น ผู้ที่อายุเกิน 65 ปี น้ำหนักตัวน้อย มีประวัติกระดูกหัก ได้รับยาประเภทสเตียรอยด์ เป็นต้น
4. ประเมินความสามารถที่แท้จริงของตนเอง รวมถึงความกลัวที่จะล้ม และสอบถามความรุนแรงของความกลัวด้วยว่ามีมากน้อยเพียงไร
5. ประเมินการมองเห็นว่ามีความผิดปกติร่วมด้วยหรือไม่
6. ประเมินระดับความสามารถของสมอง (cognitive impairment) เช่น MMSE (Thai version) รวมทั้งการตรวจร่างกายทางระบบประสาท
7. ประเมินความสามารถในการขับถ่ายปัสสาวะ
8. ประเมินความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน
9. ตรวจร่างกายระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งประเมินภาวะความดันโลหิตลดลงในขณะเปลี่ยนท่า
10. ทบทวนการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีประวัติหกล้ม โดยเฉพาะยากลุ่ม psychotropic drug และการใช้ยาที่มากกว่า 4-5 ชนิด เป็นต้น



ทั้งนี้ต้องไม่ลืมว่าผู้ที่มีประวัติหกล้มจะเพิ่มโอกาสให้เกิดภาวะหกล้มครั้งต่อไปมากขึ้นเป็น 3 เท่า และการประเมินภาวะหกล้มต้องเป็นแบบองค์รวม ต้องครอบคลุมทั้งปัญหาทางอายุรกรรม สุขภาพจิต ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง สภาพแวดล้อมภายในบ้าน และการทบทวนการใช้ยา

การบริหารเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อและการทรงตัว (Strength & Balance training)

เป้าหมายของการออกกำลังกายเพื่อป้องกันภาวะหกล้ม จะเน้นที่การเพิ่มความมั่นคงในการยืน/เดินของผู้สูงอายุ เพิ่มความสามารถในการเคลื่อนที่และการเดิน โดยการฝึกการทรงตัว (Balancing training) ฝึกกำลังกล้ามเนื้อให้แข็งแรง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อรอบสะโพก กล้ามเนื้อขา และกล้ามเนื้อกระดูกข้อเท้า ซึ่งเป็นกลุ่มกล้ามเนื้อที่มีความสำคัญต่อการยืนและเดินที่มั่นคง อีกทั้งการบริหารร่างกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของข้อต่อต่างๆ โดยเฉพาะบริเวณลำตัวและข้อต่อของขา และประการสุดท้ายคือ จัดหาเครื่องช่วยเดินให้ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้



การปรับเปลี่ยนที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม (Home hazard and safety intervention)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีความสำคัญในการป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ โดยปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดภาวะหกล้มในผู้สูงอายุได้บ่อย ได้แก่

1. พื้นที่อยู่ด้วยพรม นอกจากจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มแล้ว ยังเพิ่มค่าใช้จ่ายในการบำรุงดูแลรักษา โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องปัสสาวะราด
2. ไม่ควรใช้พรมที่ยึดติดกับพื้น เช่น พรมที่ไม่มีวัสดุกันลื่นติดด้านล่าง
3. พรมเช็ดเท้าหรือเสื่อที่ตาห่างๆ พรมที่มีขอบยื่น พับไม่เรียบ ล้วนก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม
4. พื้นผิวควรมีลักษณะไม่ลื่นหรือไม่ขรุขระ โดยเฉพาะพื้นผิวในบริเวณที่เปียกน้ำ
5. สัตว์เลี้ยงขนาดเล็กวิ่งอยู่บริเวณเท้า
6. มีแสงสว่างในบ้านไม่เพียงพอ
7. แก้วที่ต่ำเกินไปไม่สะดวกในการลุก
8. ทางเดินภายนอกชำรุด และมีพุ่มไม้เตี้ยๆ ตามทางเดินเข้าสู่บ้าน
9. บ้านที่ไม่มีไฟฟ้า บ้านที่อยู่อาศัยลักษณะแบบบ้านเรือนไทยหรือกระท่อม
10. เฟอร์นิเจอร์ควรวางอยู่ในตำแหน่งที่ไม่กีดขวางทางเดิน หมั่นดูแลให้พื้นแห้งเสมอ ควรมีราวจับตามฝาน้ำ และให้มีแสงไฟเพียงพอในพื้นที่ต่างๆ
11. เลือกใช้ความสูงของเตียง แก้วให้เหมาะกับผู้สูงอายุ จัดเครื่องใช้ในห้องให้เป็นระเบียบ มีอุปกรณ์ช่วยเดินที่เหมาะสม
12. ควรมีระบบสัญญาณเพื่อเรียกพยาบาล (nurse call system) กรณีฉุกเฉิน เช่น ในห้องพักหรือห้องน้ำ ที่ผู้สูงอายุสามารถติดต่อหรือเรียกผู้ดูแลได้สะดวก



มาตรการที่ไม่แนะนำในการป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ

(Interventions that cannot be recommended : poor outcome, insufficient evidence)

1. การออกกำลังกายด้วยการเดินเร็ว เนื่องจากอาจทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม
2. การออกกำลังกายแบบใช้ความแรงน้อย (low intensity exercise) ร่วมกับการป้องกันอาการปัสสาวะราด จากงานวิจัยในสถานสงเคราะห์คนชราในผู้สูงอายุที่มีอาการปัสสาวะราดร่วมด้วย พบว่า การออกกำลังกายด้วยการฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การเดินไปห้องน้ำเองเพื่อถ่ายปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง ตั้งแต่ 8.00 น. ถึง 16.00 น. สัปดาห์ละ 5 วัน ติดต่อกันเป็นเวลา 8 เดือน พบว่าไม่สามารถลดจำนวนการหกล้มได้
3. การให้อาหารเสริมเพื่อป้องกันภาวะหกล้ม การให้อาหารเสริมที่มีพลังงานสูงในผู้สูงอายุหญิงที่อ่อนแอ (frail) เพียงอย่างเดียวไม่สามารถลดอุบัติการณ์ของภาวะหกล้มได้

ทั้งนี้ท่านสามารถศึกษารายละเอียด การคัดกรอง การป้องกันและรักษาภาวะหกล้มในผู้สูงอายุได้เพิ่มเติมในคู่มือแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกัน/ประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ หรือ website www.agingthai.org

ที่มา: คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกัน/ประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. 2551.



ภาคผนวก 23

ภาวะซึมเศร้า (Depression)

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มักจะถูกกลืนเลยมั้ได้รับการวินิจฉัยจากบุคลากรทางแพทย์หรือจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เนื่องมาจาก

1. อาจเห็นว่าเป็นปกติของผู้สูงอายุที่อายุมากที่จะหดหู่ ท้อแท้ เศร้า เมื่อถูกทอดทิ้งจากลูกหลาน ไม่มีงานทำ หรือมีโรคประจำตัว
2. คิดว่าอาการ negative symptoms ของโรคซึมเศร้า เป็นอาการที่เกิดร่วมกับโรคทางกาย เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และนอนไม่หลับ
3. ญาติและผู้สูงอายุเองมักจะไมยอมรับว่าเป็นโรคทางด้านจิตใจ คิดว่าเป็นนิสัยไม่ดีของผู้ป่วยมากกว่า
4. คิดว่าผู้สูงอายุมักจะแสดงอารมณ์และความรู้สึกไม่สบายทางด้านจิตใจออกมา ด้วยอาการทางร่างกาย



ผลของโรคซึมเศร้าที่พบบ่อย

1. เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในต่างประเทศ เช่น ประเทศจีนจะพบอัตราเสี่ยงของการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 50
2. มีความเสี่ยงต่อโรคทางกายหลายอย่าง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ และเพิ่มอัตราการตายในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย นอกจากนี้ยังเป็นผลให้โรคทางร่างกายที่มีอยู่หายช้าลง ผู้ป่วยจะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา นอนอยู่คนเดียวทั้งวัน เช่น หลังผ่าตัดข้อสะโพกหัก ผู้ป่วยจะไม่ยอมร่วมมือในการทำกายภาพบำบัด โดยเฉพาะผู้ป่วย Stroke ที่มีโรคซึมเศร้า (เช่น Post Stroke Depression) โดยปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคทางกายและโรคซึมเศร้าสูงถึง 1.5-3 เท่าของคนทั่วไป
3. ความเครียดจากภาวะโรคซึมเศร้าและความเครียดที่เกิดซ้ำๆ อาจทำให้เกิดความเสื่อมในสมองส่วน Hippocampus ได้เร็ว ซึ่งเป็นสมองส่วนสำคัญในกระบวนการของความจำ ทำให้ความจำลดลงและอาจมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมได้



การวินิจฉัยโรค (Diagnostic Criteria)

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังคงถือตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่ทั่วไป
Blazer (1991) ได้กล่าวถึง อาการโรคซึมเศร้าในชุมชนไว้ว่า ผู้ป่วยมักจะมีอาการ

- อารมณ์เศร้า
- การเคลื่อนไหวเชื่องช้า
- สมาธิไม่ดี
- ท้องผูก
- รู้สึกว่าตนเองสุขภาพไม่ดี
- การรับรู้และความจำไม่ดี (Cognitive deficits)
- มีอาการทางร่างกายร่วมด้วย



อาการสำคัญของโรคซึมเศร้า

อาการหลัก

- มีอารมณ์ซึมเศร้า มีอาการเกิดขึ้นตลอดเวลาทั้งวันติดต่อกันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ขึ้นไป
- ไม่มีความสุขไม่สนใจในสิ่งต่างๆ ที่ปกติเคยสนใจ
- อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย



อาการอื่นๆ

- ไม่มีความมั่นใจ คุณค่าในตัวเองลดน้อยลง
- รู้สึกผิดหรือบาปอย่างไม่สมเหตุผล
- คิดถึงเรื่องความตาย มีความคิดหรือพฤติกรรมอยากฆ่าตัวตาย
- ไม่มีสมาธิหรือคิดอะไรไม่ออก ตัดสินใจไม่ได้
- การเคลื่อนไหวผิดปกติไปจากเดิม ซึมเศร้า เชื่องช้า กระวนกระวาย ผุดลุกผุดนั่ง
- การนอนผิดปกติ
- อยากรับประทานอาหาร เปลี่ยนแปลงจนทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงเพิ่มหรือลด

หลักสำคัญในการซักประวัติ

พยายามซักประวัติอาการโรคซึมเศร้า ซึ่งมีหลักสำคัญที่ต้องจำ คือ

- ผู้ป่วยมักจะไม่บอกถึงอารมณ์เศร้า แม้ว่าคนรอบข้างจะสังเกตเห็น
- มักจะบ่นหรือสนใจอาการทางร่างกายหรือคิดว่าตนเองมีโรคทางร่างกาย
- ผู้ป่วยจะบ่นและรู้สึกว่ามีความจำเป็นไม่ดีมากกว่ารู้สึกว่ามีอารมณ์เศร้า
- มีอาการของโรคประสาทวิตกกังวล เช่น ย้ำคิดย้ำทำ กลัว
- มีบุคลิกภาพและพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม หรือบุคลิกภาพไม่ดีมากขึ้น ไม่สนใจดูแลตัวเอง

Brodaty et al. 1997 ได้กล่าวว่า โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุแสดงอารมณ์เศร้า ออกอาการทางร่างกาย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด กระวนกระวาย นิ่งไม่ติด วิตกกังวล มีพฤติกรรมที่พยายามฆ่าตัวตาย และมีอาการทางจิต



ความยากลำบากในการวินิจฉัย (Diagnostic difficulties)

ความยากลำบากในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุอยู่ที่ความซบเซาของผู้สูงอายุ ความแตกต่างระหว่างวัย สุขภาพกาย สุขภาพจิต และอาการที่เกิดขึ้นระหว่างอาการทางร่างกาย และอาการของโรคซึมเศร้า

อุปสรรคที่ยากต่อการวินิจฉัย

- อาการทางร่างกายที่แยกยากกว่ามีพยาธิสภาพจริงๆ หรือเป็นอาการทางจิตเวช
- ไม่ค่อยแสดงอารมณ์ซึมเศร้าชัดเจน
- อาการโรคซึมเศร้ามักจะพบบนกับอาการทางร่างกาย เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ในคนไข้โรคเบาหวาน
- มีอาการทางด้านโรคประสาทวิตกกังวล
- ละเลยการดูแลตัวเอง เช่น ไม่ทำตามแพทย์สั่ง
- แสดงอาการออกทางด้าน Pseudodementia
- แสดงออกทางด้านพฤติกรรม บุคลิกภาพที่ไม่ดีที่เคยมีอยู่แต่มากขึ้น
- การซักประวัติอย่างละเอียดตั้งแต่ก่อนป่วย อาการที่เริ่มเปลี่ยนแปลงชัดเจน เช่น นอนไม่หลับที่มีอยู่เดิมจากการเจ็บป่วย แต่มีอาการตื่นเช้ากว่าเดิม อาการเหนื่อยมากกว่าที่มีอยู่เดิมจากการเดินหรือทำกิจกรรมจะมีมากขึ้นแม่ว่านั่งอยู่เฉยๆ การซักประวัติควรจะได้ประวัติจากคนใกล้ชิดที่บ่งบอกถึงความสนใจในสิ่งต่างๆ รอบตัวที่เคยสนใจแล้วลดน้อยถอยไป ผู้สูงอายุโดยทั่วไปมักจะโกรธเมื่อถามถึงอารมณ์ความรู้สึกต่างๆ และมักปฏิเสธอารมณ์ที่ผิดปกติไป
- อาการเจ็บป่วยต่างๆ ที่หาสาเหตุทางร่างกายไม่พบ หรือมากผิดปกติ อาการปวดต่างๆ ที่ไม่สัมพันธ์กับพยาธิสภาพทางร่างกาย
- ผู้ป่วยที่สนใจอาการไม่สบายทางร่างกาย เช่น ผู้ป่วยจะพูดและบ่นถึงอาการท้องอืด จุกเสียด ปวดหลังมาก ทำให้ญาติและแพทย์นำไปตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ มากมาย โดยไม่ได้คิดถึงว่าเป็นโรคซึมเศร้า
- อาการโรคจิตที่ตรวจพบ เช่น ย้ำคิดย้ำทำมากกว่าปกติจนรบกวนชีวิตประจำวัน
- โรคกลัวต่างๆ หรือบ่นถึงอาการทางร่างกายที่ไม่มีสาเหตุชัดเจน ให้ตรวจละเอียดว่าเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่ (Baldwin. 1988)
- ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา แยกตัว นอนอยู่เฉยๆ ไม่ยอมรับประทานอาหาร พลังกำลังลดลงอย่างมาก



โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่รักษาให้หายได้ และผู้ป่วยจะกลับมามีคุณภาพชีวิตและมีความสามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้เป็นปกติในชีวิตประจำวัน ดังนั้น เมื่อคัดกรองโรคซึมเศร้าแล้วมีแนวโน้มที่ผู้สูงอายุเป็นโรคซึมเศร้า จะต้องวางแผนการรักษา หรือส่งต่อเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามมาตรฐานโดยทันที เพื่อลดการเกิดอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมา ป้องกันการลุกลามของโรค รวมถึงช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติด้วย

ที่มา: รวีวรรณ นิเวตพันธุ์. ซึมเศร้า (Depress) ใน: คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. 2548.



ภาคผนวก 24

ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition)

ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) เป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุมากกว่าประชากรกลุ่มอายุอื่น เนื่องจากสาเหตุต่างๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของอวัยวะต่างๆ อันเนื่องมาจากความชรา ปัจจัยทางเวชกรรมหรือโรคประจำตัว ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ เป็นต้น โดยภาวะทุพโภชนาการจัดว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดต่อการเกิดความพิการในผู้สูงอายุ อีกทั้งยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับแก้ไขได้

ดังนั้นการค้นหาภาวะทุพโภชนาการที่ซ่อนเร้นอยู่ จึงเป็นเรื่องสำคัญโดยทั่วไปเราอาจแบ่งภาวะทุพโภชนาการได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ ภาวะขาดสารอาหาร (Under-nutrition) และภาวะโภชนาการเกินหรือภาวะอ้วน (Obesity) ซึ่งในภาวะขาดสารอาหารก็ได้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย คือภาวะขาดโปรตีนและพลังงาน และภาวะขาดวิตามินและเกลือแร่

ภาวะขาดสารอาหารจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาทางเวชกรรมต่างๆตามมาได้มากมาย เช่น

1. เกิดภาวะหกล้มและโรคกระดูกพรุนมากขึ้น
2. ภูมิคุ้มกันร่างกายลดลง การทำงานด้านการคิดและการหาเหตุผลของสมอง (Cognitive functions) ช้าลง การหายของแผลช้าลง มวลกล้ามเนื้อลดลง
3. เกิดโรคจากการขาดเกลือแร่ต่างๆมากขึ้น เช่น ภาวะโลหิตจางในผู้ที่ขาดธาตุเหล็ก หรือโพแทสเซียม ภาวะกระดูกพรุนในผู้ที่ขาดแคลเซียม การเกิดภาวะเบื่ออาหารและผิวน้ำหนักในผู้ที่ขาดธาตุสังกะสี ความสามารถในการมองเห็นกลางคืนลดลงในผู้ที่ขาดวิตามินเอ มีอาการเหน็บชาและอ่อนแรงของกล้ามเนื้อในผู้ที่ขาดวิตามินบีหนึ่ง ผงงหลอดเลือดอ่อนแอเกิดจุดเลือดออกง่ายในผู้ที่ขาดวิตามินซี หรือแม้กระทั่งเกิดโรคเซลล์ประสาทและสมองเสื่อมในผู้ที่ขาดวิตามินอี เป็นต้น



การวินิจฉัย

ภาวะขาดโปรตีนและพลังงานในผู้สูงอายุนั้น สังเกตเบื้องต้นได้จากการที่ผู้สูงอายุมักจะมีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่าร้อยละ 5 ในช่วง 6 เดือน แต่ถ้ามากกว่าร้อยละ 10 อาจค่อนข้างชี้ชัดว่า เริ่มมีภาวะขาดโปรตีนและพลังงานแล้ว ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ว่า หากผู้สูงอายุมีดัชนีมวลกาย (Body Mass Index - BMI) ลดต่ำกว่า 18.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร น่าจะบ่งภาวะขาดโปรตีนและพลังงาน ซึ่งอาจต้องยืนยันด้วยผลการตรวจเลือดทางเคมีเพิ่มเติม เช่น ระดับอัลบูมินในเลือดที่ต่ำกว่า 3.5 กรัมต่อเดซิลิตร จากนั้นควรรีบทำการวางแผนวินิจฉัยหรือวางแผนรักษาต่อเนื่องโดยเร็ว





ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการขาดโปรตีนและพลังงานในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอันเนื่องมาจากความชราที่พบได้บ่อยก็คือ การเปลี่ยนแปลงของระบบย่อยอาหารของผู้สูงอายุเอง โดยเริ่มจากการที่ต่อมน้ำลายและปมรับรสเริ่มมีความเสื่อม ทำให้เกิดอาการปากแห้ง (Xerostomia) ความสามารถในการแยกรสชาติอาหารลดลง การหลั่งน้ำย่อยในกระเพาะอาหารลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหารและมีปัญหาในการย่อยอาหาร อีกทั้งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นจนเกิดภาวะสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ (Sarcopenia) ก็จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก และนำไปสู่ภาวะเจ็บป่วยอื่นที่รุนแรง

1. **ปัจจัยเสี่ยงด้านสังคม** โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีเศรษฐกิจลดลงหรือไม่มีผู้ดูแล อาจมีความเสี่ยงที่จะไม่สามารถประกอบอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการได้เอง จึงจัดเป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ
2. **ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพจิต** เช่นภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม ภาวะติดสุรา
3. **ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพทางกาย** คือ การที่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวที่ส่งผลกระทบต่อการรับประทานอาหารหรือการย่อยอาหาร เช่น มีแผลในปากเรื้อรัง โรคเหงือกอักเสบเรื้อรัง โรคสมองเสื่อมพาร์กินสัน โรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง โรคมะเร็ง หรือโรคต่อมไทรอยด์ทำงานเกิน อีกทั้งผู้สูงอายุที่ได้รับประทานยาหลายตัว อาจมีผลอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น ยาขยายหลอดลม (theophylline) อาจทำให้เบื่ออาหาร ยาลดความดันโลหิตสูงบางกลุ่ม (ACEI หรือ Calcium Channel Blockers) อาจทำให้การรับรสเสียไป เป็นต้น

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการสังเกตและการซักประวัติ การตรวจดัชนีมวลกาย (BMI) และการใช้แบบคัดกรองภาวะทุพโภชนาการนั้น สามารถใช้เป็นตัวชี้วัดเบื้องต้นได้ อีกทั้งสามารถทำได้ไม่ยากแม้ในชุมชนหรือสถานบริการขนาดเล็กด้วย ทั้งนี้ก็เพื่อให้เราสามารถวินิจฉัยภาวะทุพโภชนาการได้ตั้งแต่ในระยะแรก ป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนและให้การรักษาได้ทันเวลาที่

แหล่งข้อมูล: ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเสริฐ าสันตชัย. ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล.



ภาคผนวก 25

หลักการให้ยาในผู้สูงอายุ

ในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินอาหาร ระบบย่อยอาหาร-น้ำดี ทำให้ส่วนใหญ่จะมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง ข้ออักเสบ (เสื่อม) โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็ง สมองเสื่อม เบาหวาน เพิ่มมากขึ้น นำไปสู่การได้รับยาหลายชนิด ที่อาจจะเกิดปัญหาฤทธิ์ยาต่อกัน ทำให้ไม่ได้ผลการรักษาที่ดีพอ หรือเกิดอาการข้างเคียงได้ง่าย นอกจากนี้การทำงานของตับและไตที่เสื่อมลง จะส่งเสริมให้การตอบสนองต่อยาและการขับยาออกจากร่างกายเกิดได้ไม่สมบูรณ์ ถึงแม้ขนาดยาที่ได้รับจะอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานของการรักษาแล้วก็ตาม อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้สูงอายุจึงมักเกิดปัญหาตามมาหลายประการ เช่น ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ต้องการการดูแลจากญาติหรือลูกหลานเป็นพิเศษ และในกรณีที่เกิดอาการรุนแรง อาจทำให้เกิดอันตรายถึงแก่พิการหรือเสียชีวิตเร็วขึ้นได้

เภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetics)

เภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetics) หมายถึง การเป็นไปของยาเมื่อยาเข้าสู่ร่างกาย หรือหมายถึง การที่ร่างกายจัดการกับยาที่ได้รับ (what the body does to the drug) ซึ่งได้แก่ การดูดซึมของยาเข้าสู่ร่างกาย (absorption), การกระจายตัวของยา (distribution), การเผาผลาญยา (metabolism), การขับยาออกจากร่างกาย (excretion) ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้รวมกับ ขนาดยาที่จะเป็นสิ่งที่กำหนดถึงความเข้มข้นของยาในบริเวณที่ยาไปออกฤทธิ์และเป็นผลต่อเนื่อง ไปถึงความแรงของฤทธิ์ยาที่เกิดขึ้น เวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์ (onset) และระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาในร่างกาย (duration of action)

การดูดซึม (Absorption) กระบวนการดูดซึมประกอบด้วย พื้นผิวดูดซึม ความเป็นกรดต่าง ในกระเพาะอาหาร splanchnic blood-flow การบีบตัวของกระเพาะอาหาร-ลำไส้ อย่างไรก็ตามการดูดซึมมีการเปลี่ยนแปลงตามอายุไม่มากนัก

การกระจายของยา (Distribution) ยากระจายเข้าสู่ภายในเซลล์และระหว่างเซลล์ การเปลี่ยนแปลงมวลรวมไขมันของร่างกายส่งผลต่อการกระจายของยา เพราะการกระจายยาขึ้นกับ cardiac output เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ และปริมาณของเนื้อเยื่อ/อวัยวะนั้นๆ ปริมาณไขมันที่เพิ่มมากขึ้นทำให้ยาที่กระจายเข้าไขมันเพิ่มมากขึ้น เช่น diazepam ผู้สูงอายุมีปริมาณน้ำในร่างกายลดลง ทำให้ยาที่กระจายในน้ำ (Hydrophilic medications) มีปริมาณลดลง เช่น Digoxin ยาที่จับกับโปรตีนในเซรัม เพื่อให้ได้สมดุลระหว่าง bound (inactive) form และ free (active) form ในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงขึ้น/ลง (fluctuate) และช่วงเจ็บป่วยมี albumin ลดลง อาจทำให้ free (active) form เพิ่มขึ้นเป็นพิษ (Toxicity) ได้ เช่น warfarin การได้รับยาหลายชนิดอาจทำให้เกิดการแย่งจับกับโปรตีน (เช่น ไทรอยด์ฮอร์โมน, digoxin, warfarin, phenytoin) และอาจทำให้ free (active) form ของยาเพิ่มมากขึ้นได้

การเผาผลาญยา (Metabolism) การเผาผลาญยามีการเปลี่ยนแปลงตามอายุและบุคคล โดยส่วนใหญ่เกิดจากเอนไซม์ตับเปลี่ยนแปลง ขนาดตับลดลงร้อยละ 17-36 และเลือดไปเลี้ยงตับลดลงร้อยละ 20-40 ทำให้ภาพรวมการเผาผลาญที่ตับลดลง (Decline in metabolic capacity) เส้นทางหลักของการเผาผลาญยาที่ตับคือ

ระยะที่ 1 การทำลายโดย cytochrome P 450 - oxidation, reduction ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตามอายุ

ระยะที่ 2 การ conjugate กับยาโดยกระบวนการ acetylation, glucuronidation, sulfation และ glycein conjugation ซึ่งกระบวนการนี้ไม่เปลี่ยนแปลงตามอายุ





นอกจากนี้ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา อาหาร โรค-ภาวะเจ็บป่วยอื่นๆ จะส่งผลกระทบต่อกระบวนการ metabolism ของยาได้ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักได้รับยามากกว่า 1 ชนิด อาจทำให้ metabolism ของยาตัวอื่นๆ เปลี่ยนแปลงไป

การขับยา (Excretion) เนื่องจากการทำงานของไตลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (อาจถึงร้อยละ 50 เมื่ออายุ 85 เทียบกับคนหนุ่มสาว) มีการลดลงทั้ง glomerular filtration rate และ tubular function ส่งผลกระทบต่อฤทธิ์ยาที่ขับทางไต ในขณะที่ระดับ creatinine ไม่สามารถบอกการทำงานของไตได้อย่างแม่นยำ เพราะมวลกล้ามเนื้อลดลง Creatinine clearance ลดลง ทำให้ระดับยาในเลือดสูงกว่าปกติ และระยะเวลา half-life ของยายาวนานขึ้น ในกรณีนี้จะทำให้ยาที่มี Therapeutic index แคบ (เช่น digoxin aminoglycoside) มีปัญหาได้ง่าย ควรพิจารณาปรับขนาดยาตามอายุด้วย

สาเหตุที่ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการใช้ยามากกว่าผู้ใหญ่เนื่องจาก

1. การเปลี่ยนแปลงทางเภสัชพลศาสตร์ (pharmacokinetics) แสดงในตารางที่ 1 และ เภสัชจลนศาสตร์ (pharmacodynamic)
2. ผู้สูงอายุมีกำลังสำรองลดลง จึงมีโอกาสเกิดความเจ็บป่วยได้ง่ายและรุนแรง
3. ผู้สูงอายุมักมีพยาธิสภาพเสี่ยงต่อการใช้ยาหลายขนาน
4. อาการและอาการแสดงไม่ชัดเจน ทำให้การวินิจฉัยคลาดเคลื่อนและได้รับการรักษาที่ไม่จำเป็น
5. ปัญหาในการสื่อสารเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน
6. ปัญหาสติปัญญาบกพร่อง ทำให้ไม่เข้าใจการใช้ยา หรือสื่อสารความผิดปกติของตนได้ไม่ถูกต้อง
7. ผู้สูงอายุมักซื้อยาเอง และมีการใช้ยาสมุนไพรร่วมด้วย
8. แพทย์ที่ดูแล โดยยังมีแพทย์หลายท่าน ผู้สูงอายุก็มีโอกาสใช้ยาหลายขนานมากขึ้น



ตารางที่ 1 แสดงการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์ (pharmacokinetics) ในผู้สูงอายุ

เภสัชจลนศาสตร์ (pharmacokinetics)	การเปลี่ยนแปลง	ผลทางคลินิก	ตัวอย่างยา
การดูดซึม (absorption)	การหลังกรดในกระเพาะอาหารลดลง	การดูดซึมยาบางชนิดลดลง	Ketoconazole Itraconazole Ferrous sulphate
	การดูดซึมที่ลำไส้เล็กลดลง	ไม่มีผลทางคลินิกที่มันยสำคัญ	-
	การไหลของเลือดไปที่ลำไส้เล็กลดลง	ไม่มีผลทางคลินิกที่มันยสำคัญ	-
การกระจายตัวของยา (distribution)	เนื้อเยื่อไขมันมากขึ้น ทำให้ยาที่ละลายในไขมันกระจายตัวมากขึ้น	ค่าครึ่งชีวิตของยาที่ละลายได้ดีในไขมันมากขึ้น	Diazepam Flurazepam
	ปริมาณน้ำในร่างกายลดลง และการกระจายตัวของยาที่ละลายได้ดีในน้ำลดลง	ความเข้มข้นของระดับยาที่ละลายได้ดีในน้ำมากขึ้น	Ethanol
	มวลทั้งหมดของร่างกายที่ไม่รวมไขมัน (lean body mass) และการกระจายตัวของยาที่จับกับกล้ามเนื้อลดลง	ลดปริมาณยาที่ให้ครั้งแรก	Digoxin
	ระดับอัลบูมินในเลือดลดลง	ปริมาณยาที่จับกับโปรตีน (acidic drugs) ลดลง	Phenytoin Warfarin
	ระดับ al-acid glycoprotein เพิ่มขึ้น	ปริมาณยาที่จับกับโปรตีน (basic drugs) เพิ่มขึ้น	Lidocaine Propanolol
การเปลี่ยนแปลงยา (metabolism หรือ biotransformation)	การเปลี่ยนแปลงยาขั้นตอนที่ 1 ลดลง (hydroxylation, oxidation, alkylation, reduction)	เพิ่ม drug bioavailability	Labetalol Propanolol
		เพิ่มค่าครึ่งชีวิตของยา	Diazepam Flurazepam
	ไม่มีการเปลี่ยนแปลงยาขั้นตอนที่ 2 (conjugation)	เพิ่มค่าครึ่งชีวิตของยา ไม่เปลี่ยนแปลง	Digoxin Gentamicin ACE inhibitors
การขับยา (excretion)	เลือดไปเลี้ยงที่ไต และอัตราการกรองที่ไตลดลง	เพิ่มค่าครึ่งชีวิตของยา	Digoxin Gentamicin ACE inhibitors

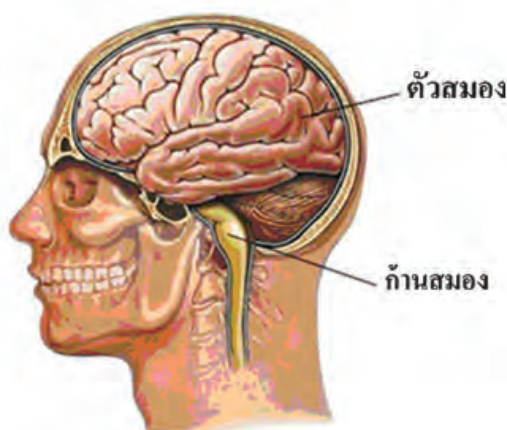


เภสัชพลศาสตร์ (Pharmacodynamics)

เภสัชพลศาสตร์ (Pharmacodynamics) หมายถึง การออกฤทธิ์ของยาต่อร่างกาย (what drug does to the body) หรือการที่ยามีผลต่อร่างกาย ซึ่งเกี่ยวข้องกับผลทางด้านชีวเคมี และสรีรวิทยาของยา กลไกที่ทำให้เกิดผลทั้งด้านที่พึงประสงค์คือฤทธิ์ในการรักษา และผลที่ไม่พึงประสงค์ คืออาการข้างเคียงและพิษของยา การจับของยาเข้ากับโมเลกุลของร่างกายที่ทำหน้าที่เป็นตัวรับ (drug target) รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างขนาดยาที่ใช้กับการตอบสนองที่เกิดขึ้นในร่างกาย (dose-response relationship)

การเปลี่ยนแปลงทางเภสัชพลศาสตร์ (Pharmacodynamics) ในผู้สูงอายุ

การออกฤทธิ์ของยาที่มีการเปลี่ยนแปลงเมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น โดยพบว่าการตอบสนองต่อยากลุ่ม β -adrenoceptor agonist ลดลง เนื่องจากการทำงานของ α_2 - adrenoceptor ที่บริเวณก่อนจุดประสานประสาท (presynaptic) ลดลงทำให้ notadrenaline สะสมที่ปลายประสาทมากขึ้น β -adrenoceptor ลดลง (down-regulation) ดังนั้นการใช้ยาต้านการทำงานของ β -adrenoceptor ในผู้สูงอายุจึงมีการตอบสนองต่อยาลดลง อีกทั้งกลไกการรักษาสมดุลของร่างกาย (homeostatic mechanism) ลดลง ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากยามากกว่าคนอายุน้อย การตอบสนองต่อยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากมีจำนวนจุดประสานประสาทและ dopamine ในสมองลดลง จึงมีโอกาสเกิดอาการทาง extrapyramidal (extrapyramidal symptoms) มากและรุนแรงขึ้น ดังนั้นการใช้ยากลุ่มรักษาโรคจิต (neuroleptics) และ metoclopramide ต้องให้อย่างระมัดระวัง ผู้สูงอายุที่ได้รับยากลุ่ม benzodiazepines เช่น diazepam จะง่วงซึมและเกิดประสาทสั่งการเชื่องช้า (psychomotor retardation) มากกว่าคนอายุน้อยแม้จะให้ในระยะสั้น ยากลุ่ม opioids เช่น มอร์ฟีน พบมีการกระจายตัวของยาน้อยกว่าคนอายุน้อย ระดับยาในเลือดจึงสูงกว่าและใช้เวลานานกว่าในการขับออกจากร่างกาย การตอบสนองต่อยากลุ่ม anticholinergics เพิ่มขึ้น เช่น ยาแก้ซึมเศร้า กลุ่ม tricyclic และยารักษาโรคจิต เพราะปริมาณ acetylcholine ที่ปลายประสาทลดลง ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงสูงขึ้น ดังนั้นการให้ยาในผู้สูงอายุควรให้ปริมาณน้อยและค่อยๆ เพิ่มซ้ำๆ ร่วมกับสังเกตว่ามีผลข้างเคียงของยาร่วมด้วยหรือไม่



ตัวอย่างยาสมุนไพร และยาแผนปัจจุบันที่ใช้บ่อย และผลไม่พึงประสงค์จากยา

ยาสมุนไพร	ยาแผนปัจจุบัน	ผลไม่พึงประสงค์จากยา
ใบแปะก๊วย (Ginkgo biloba) ใช้ในโรคอัลไซเมอร์ หรือสมอง เสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย อุดตัน ภาวะหย่อนสมรรถภาพ ทางเพศ และโรคเสียงดังในหู	Aspirin Warfarin Thiazide diuretic Acetaminophen และ Ergotamine / Caffeine	ภาวะเลือดออกในช่องหน้าม่านตาที่เกิดขึ้นเอง (Spontaneous hyphema) โรคหลอดเลือดสมองแตก (Intracerebral hemorrhage) โรคความดันโลหิตสูง ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subdural hematoma)
โสม (Ginseng)	Warfarin Alcohol Phenelzine (Nadil) ; monoamine oxidase inhibitor	ลด INR (international normalized ratio) เพิ่มการขับแอลกอฮอล์ออกจากร่างกาย ปวดศีรษะ อาการสั่น (tremor) อาการฟุ้งพล่าน (mania)
กระเทียม	NSAIDS, Warfarin	เพิ่ม anticoagulation effect
มะขามแขก (Senna) ใช้เป็นยาระบาย	ยาที่ดูดซึมทางลำไส้ Thiazides Digitalis Corticosteroids	ลด drug availability การใช้ติดต่อกันนานๆ อาจทำให้สูญเสีย โปตัสเซียม จึงมีผลต่อการใช้ยา digitalis และ antiarrhythmic agents
ชะเอมเทศ (licorice)	Thiazides Digitalis Corticosteroids	สูญเสียโปตัสเซียม เพิ่มความไวต่อยา digitalis เพิ่มฤทธิ์ยา corticosteroids
St. John's wort	SSRIs Digitalis Theophylline Cyclosporin	Serotonin syndrome ลด bioavailability ของยาเหล่านี้

SSRIs; serotonin reuptake inhibitors



หลักการให้ยาในผู้สูงอายุ

แพทย์ที่ดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องรู้และเข้าใจหลักการให้ยาในผู้สูงอายุเพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยาและลดผลไม่พึงประสงค์จากยาโดยตรงจากการขาดยาและปฏิกิริยาระหว่างยา โดยประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้



1. เมื่อพิจารณาว่าภาวะหรือโรคที่ผู้สูงอายุเป็น จำเป็นต้องให้การรักษา ควรเริ่มจากการรักษาโดยไม่ใช้ยาก่อน
2. หากมีความจำเป็นต้องรักษาด้วยการใช้ยาร่วมด้วย แพทย์ต้องประเมินข้อบ่งชี้ในการให้ยาชนิดนั้นๆ ก่อนว่าผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์มากกว่าได้รับผลเสียจากการใช้ยานั้น โดยแพทย์จำเป็นต้องมีความรู้ด้านเภสัชพลศาสตร์และเภสัชจลศาสตร์ของยาในผู้สูงอายุแต่ละรายเป็นอย่างดี เช่น หากมีการทำงานของไตและตับบกพร่อง ต้องมีความระมัดระวังในการเลือกให้ยาบางชนิดมากขึ้น นอกจากนี้ต้องทราบผลไม่พึงประสงค์จากยาและปฏิกิริยาระหว่างยาดังกันเองหรือกับโรคของผู้ป่วย
3. ขนาดยาเริ่มต้น ควรให้จากขนาดต่ำกว่าและค่อยๆ เพิ่มขนาดยาซ้ำๆ จนได้ขนาดยาต่ำสุดที่มีประสิทธิภาพในการรักษา และควรให้การรักษาด้วยยาที่ละตัวก่อน
4. ควรเลือกยาที่ราคาถูกลงและมีประสิทธิภาพที่ดีที่สุดก่อน
5. ต้องมีการกำหนดเป้าหมายของการรักษาที่ชัดเจน รวมทั้งแนวทางในการติดตามผลการรักษาและผลไม่พึงประสงค์จากยาและการขาดยา
6. ควรมีการทบทวนยาทุกชนิดและทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมาพบแพทย์ ทั้งชนิด จำนวน เม็ดยาที่เหลือว่าถูกต้องหรือไม่ ควรถามถึงยาที่ผู้ป่วยได้รับจากแพทย์หรือบุคคลอื่น ยาที่ซื้อตามร้านขายยา รวมถึงสมุนไพรและอาหารเสริม เพราะผู้ป่วยอาจคิดว่าไม่สำคัญ จึงไม่ได้แจ้งให้แพทย์ทราบ ที่สำคัญแพทย์ควรประเมินข้อบ่งชี้ในการให้ยา ผลข้างเคียงและความคุ้มค่าจากการใช้ยา
7. ควรลดหรือหยุดยาที่ไม่จำเป็น โดยถ้าเป็นยาที่มีโอกาสเกิดผลไม่พึงประสงค์จากการหยุดยาต้องค่อยๆ ลดขนาดยาลงซ้ำๆ เพื่อป้องกันอาการจากการขาดยา
8. ควรอธิบายให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเข้าใจตรงกันถึงวิธีการบริหารยา โดยเลือกวิธีการบริหารยาที่ง่ายและสะดวกที่สุดก่อน เช่น ควรให้ยาที่รับประทานวันละครั้ง มีอุปกรณ์เก็บยาให้สะดวกต่อการบริหารยา ผู้สูงอายุมักจำสีของยาได้มากกว่าชื่อยาจึงต้องแนะนำให้ชัดเจน

ที่มา: จุฑามณี สุทธิสีสังข์. หลักการให้ยาในผู้สูงอายุ ใน: คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. 2548.

: ปณิตา ลิ้มปะวัฒน์. ปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ. วารสารอายุรศาสตร์อีสาน ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2554.





พิมพ์ที่ ศูนย์ผสมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด พ.ศ. 2556





สถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

