



สิทธิผู้สูงอายุ



สิทธิตาม พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546

ผู้สูงอายุมักถูกหมายว่าด้วยผู้สูงอายุขึ้นเป็นกรณีพิเศษ ซึ่งแสดงถึงความก้าวหน้า ผู้สูงอายุทุกคนควรให้ความสนใจเพราะในกฎหมายฉบับนี้ได้กล่าวถึงสิทธิของผู้สูงอายุ

พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ ฉบับ พ.ศ. 2546 มีเพียง 24 มาตรา มีนายกรัฐมนตรี เป็นประธานคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ

ความหมายของผู้สูงอายุ ตาม พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย

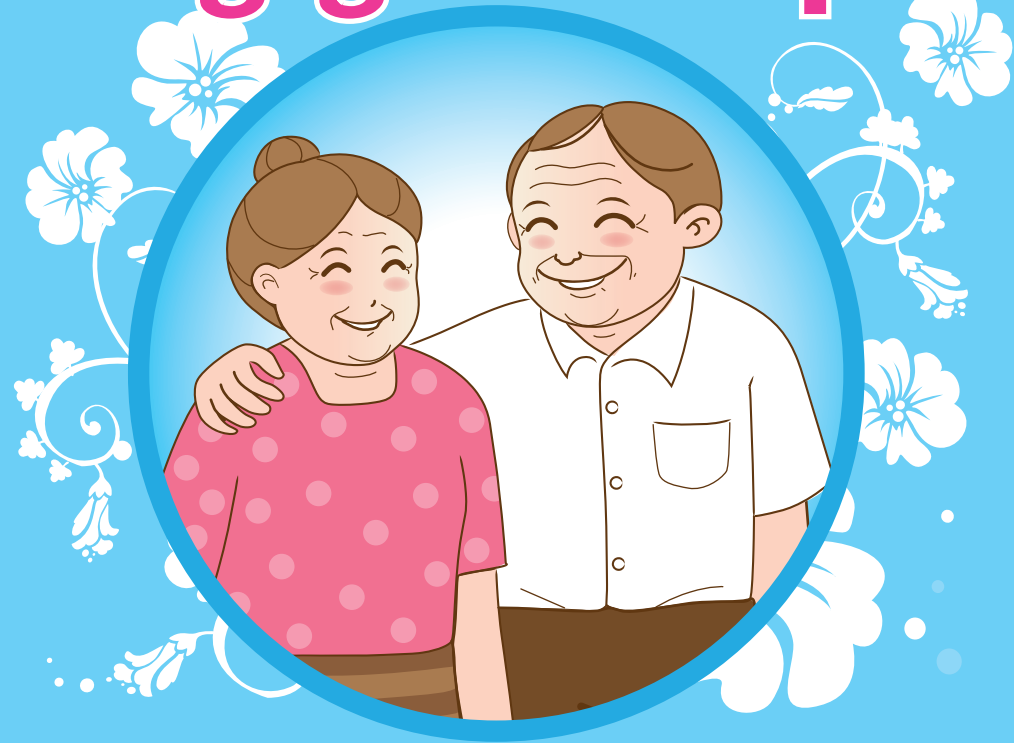
มาตรา 11 ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมการสนับสนุนในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. การบริการทางการแพทย์ และการสาธารณสุขที่จัดไว้ โดยให้ความสะดวก และรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุ เป็นกรณีพิเศษ
2. การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต
3. การประกอบอาชีพ หรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม
4. การพัฒนาตนเอง และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่ม ในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน
5. การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรง แก่ผู้สูงอายุในอาคารสถานที่ ยานพาหนะหรือการบริการสาธารณะอื่น
6. การช่วยเหลือด้านค่าโดยสาร ยานพาหนะ ตามความเหมาะสม
7. การยกเว้นค่าเช่าชมสถานที่ของรัฐ
8. การช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาผลประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง
9. การให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี หรือในทางการแก้ไขปัญหาคอครบครัว
10. การจัดที่พักอาศัย อาหาร และเครื่องนุ่งห่ม ให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง
11. การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม
12. การส่งเสริมสุขภาพในการจัดการศพตามประเพณี
13. การอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด



สมุดบันทึกสุขภาพ

ผู้สูงอายุ



ชื่อ.....นามสกุล.....

โปรดอย่าทำลาย

นำติดตัวทุกครั้งที่ได้รับบริการ ในสถานพยาบาลทุกแห่ง

คำแนะนำการใช้สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ

1. สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเล่มนี้ ใช้สำหรับบันทึกข้อมูลสุขภาพของท่านซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของท่าน โปรดเก็บไว้อย่าให้หาย
2. การประเมินพฤติกรรมสุขภาพและสภาวะสุขภาพ สามารถประเมินได้ด้วยตัวท่านเองใน ส่วนที่ 1 และประเมินโดยอาสาสมัครที่ผ่านการอบรมหรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในส่วนที่ 2
3. นำสมุดเล่มนี้ไปด้วยทุกครั้งเมื่อไปรับการตรวจรักษาหรือรับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือหน่วยบริการสุขภาพ และโปรดมอบสมุดบันทึกสุขภาพเล่มนี้ให้เจ้าหน้าที่บันทึกการตรวจรักษาทุกครั้ง
4. หากท่านมีข้อสงสัยหรือมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้คู่มือนี้ กรุณาสอบถามรายละเอียดจากเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

กรณีฉุกเฉิน :

ผู้รับแจ้งเหตุฉุกเฉินชื่อ.....นามสกุล.....
ที่อยู่.....
.....
ที่ทำงาน.....
โทรศัพท์..... มือถือ.....

สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ “ผู้สูงวัย คือ หลักชัยของสังคม”

กระทรวงสาธารณสุข

www.anamai.moph.go.th/soongwai



ที่ปรึกษา

- ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- อธิบดีกรมอนามัย
- อธิบดีกรมการแพทย์
- อธิบดีกรมควบคุมโรค
- อธิบดีกรมสุขภาพจิต
- อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กองบรรณาธิการ

- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
- กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย
- สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
- สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ชื่อหนังสือ : สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ

ISBN : 978-616-11-2325-3

จัดพิมพ์โดย : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย

พิมพ์ครั้งที่ 4 : พฤศจิกายน 2557

จำนวน : 70 หน้า

พิมพ์ที่ : ศูนย์สื่อสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

ประวัติส่วนตัวและประวัติสุขภาพ

สำหรับ
ติครูภาพ

1. ชื่อ..... นามสกุล
เลขประจำตัวประชาชน ----
 2. อายุ..... ปี วัน เดือน ปี เกิด
 3. น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง..... ซม. หมู่เลือด.....
 4. ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....
ถนน..... ตำบล
อำเภอ..... จังหวัด
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
 5. อาชีพ.....
 6. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต.....
 7. ประวัติการผ่าตัด.....
 8. โรคประจำตัว.....
 9. ยาที่รับประทานประจำ.....
 10. ประวัติการแพ้ยาหรืออาหาร.....
 11. การสูบบุหรี่/ยาเส้น
() ไม่สูบ () สูบบ้าง () สูบประจำ
() เคยสูบ เลิกสูบ.....ปี
 12. การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ ยาแดงเหล้า)
() ไม่ดื่ม () ดื่บบ้าง () ดื่มประจำ
() เคยดื่ม เลิกดื่ม.....ปี
- บันทึกประวัติครั้งแรก วันที่.....



สารบัญ



ส่วนที่ 1 บันทึกการประเมินด้วยตนเองหรือครอบครัว

หน้า

บันทึกการประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร	1
บันทึกการคัดกรองภาวะกลั้นปัสสาวะ	3
บันทึกการประเมินปัญหาการนอน	3
บันทึกการตรวจสอบสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง	4
บันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	7
บันทึกการประเมินอาการเตือนของโรคมะเร็ง	11
บันทึกการประเมินสุขภาพด้วยตนเองและครอบครัว	12
บันทึกปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ	13

ส่วนที่ 2 บันทึกการประเมินด้วยอาสาสมัคร หรือบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข

บันทึกการประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	14
บันทึกการประเมินภาวะหกล้ม	20
บันทึกการประเมินข้อเข่าเสื่อม	21
บันทึกการประเมินภาวะสมองเสื่อม	25
บันทึกการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง	27
บันทึกการคัดกรองสุขภาวะทางตา	29
บันทึกการประเมินมาตรฐานสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุ	31

ส่วนที่ 3 บันทึกการตรวจรักษาพยาบาล (โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข)

บันทึกการตรวจสอบสุขภาพประจำปี	44
บันทึกการตรวจร่างกายและรักษาพยาบาล	46
บันทึกการได้รับวัคซีนป้องกันโรค	48
บันทึกการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัคร	49



ภาคผนวก

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

- 10 บัญญัติสร้างสุขผู้สูงอายุ 53
- อาหาร 54
- ออกกำลังกาย 54
- อารมณ์ 55
- สิ่งแวดล้อม 55
- ช่องปาก 56

โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการดูแลรักษา

- โรคข้อเข่าเสื่อม 57
- โรคหัวใจขาดเลือด 57
- โรคความดันโลหิตสูง 58
- โรคหลอดเลือดสมอง 58
- ภาวะไขมันในเลือดสูง 59
- โรคมะเร็ง 59
- โรคเบาหวาน 60
- โรคสมองเสื่อม 60
- คำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุ 61



แหล่งข้อมูลสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ 62



กำหนดนัดเพื่อสุขภาพครั้งต่อไป 63

ส่วนที่ 1 บันทึกการประเมินด้วยตนเองหรือครอบครัว

บันทึกการประเมินพฤติกรรมมารบริโภคอาหาร

ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านได้ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ในการกินอาหารที่ผ่านๆ มา ตามความเป็นจริง)

ความหมาย : การปฏิบัติเป็นประจำ หมายความว่า ปฏิบัติทุกครั้งหรือทุกวัน
 การปฏิบัติเป็นครั้งคราว หมายความว่า ไม่ได้ปฏิบัติทุกวัน
 ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายความว่า ไม่เคยปฏิบัติเลย

พฤติกรรมมารกินอาหารและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง	ความถี่ในการปฏิบัติ		
	ประจำ	ครั้งคราว	ไม่เคยเลย
1. กินอาหารครบ 5 หมู่			
2. กินอาหารหลากหลาย,ไม่ซ้ำซาก			
3. กินข้าวซ้อมมือหรือข้าวกล้อง			
4. กินผัก			
5. กินผลไม้			
6. กินปลา			
7. กินเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน			
8. ดื่มนม			
9. กินอาหารที่ปรุงสุกใหม่			
10. ล้างมือทุกครั้งก่อนกินอาหาร			
11. ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดเส้นรอบเอว			
12. ตรวจสอบสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง			
13. กินอาหารที่มีไขมันหรือน้ำมัน			
14. กินอาหารประเภททอดและผัด			
15. กินอาหารประเภทที่มีรสหวาน			
16. ดื่มน้ำอัดลม หรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน			
17. เติมน้ำตาลทุกครั้งทีกินอาหาร			
18. กินอาหารรสเค็ม			
19. เติมน้ำปลาหรือเกลือทุกครั้งทีกินอาหาร			
20. กินอาหารที่ใส่สีผสมธรรมชาติ			

การแปลผลพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ภายหลังการทำเครื่องหมาย ✓ (ถูก) ทุกข้อแล้ว ขอให้ท่านสรุปพฤติกรรมการกินอาหารตามความถี่ ดังนี้

1. พฤติกรรมการกินตามข้อ 1 - 12 เป็นพฤติกรรมที่ดี และเหมาะสม ถ้าท่านมีความถี่ของการปฏิบัติ

..... เป็นประจำ ขอให้ท่านจงปฏิบัติต่อไป

..... เป็นครั้งคราว ขอให้ท่านจงพยายามปฏิบัติเป็นประจำ

..... ไม่เคยเลย ขอให้ท่านพิจารณาถึงสาเหตุที่ไม่ได้ปฏิบัติ แล้วใช้ความพยายามค่อยๆ ปฏิบัติเป็นครั้งคราวและปฏิบัติเป็นประจำ

2. พฤติกรรมการกินตามข้อ 13 - 20 เป็นพฤติกรรมที่จะต้องปรับปรุง ถ้าท่านมีความถี่ของการปฏิบัติ

..... เป็นประจำ ขอให้ท่านพิจารณาถึงสาเหตุที่ปฏิบัติเป็นประจำ แล้วใช้ความพยายามค่อยๆ เปลี่ยนมาปฏิบัติเป็นครั้งคราว หรือไม่ปฏิบัติเลยจะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของท่าน

..... เป็นครั้งคราว ขอให้ท่านปฏิบัติต่อไป แต่ถ้าปรับเป็นไม่ปฏิบัติเลย ก็จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของท่าน

..... ไม่ปฏิบัติเลย ขอให้ท่านจงปฏิบัติต่อไป



ที่มา : สำนักโภชนาการ กรมอนามัย

การคัดกรองภาวะกลั้นปัสสาวะ

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

การพิจารณา

ถ้าตอบว่า “มี” ควรพบแพทย์ตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันผลและทำการรักษา

ที่มา : สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

การประเมินปัญหาการนอน

1 ท่านมีปัญหาการนอนหลับหรือไม่

ไม่มี

มีปัญหา

นอนไม่หลับ นอนมากเกินไป นอนกรน นอนละเมอ

อื่นๆ ระบุ

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

โดยเฉลี่ยท่านหลับได้คืนละ.....ชั่วโมง

2 ท่านมีอาการง่วง อ่อนเพลีย ตอนกลางวันหรือไม่

ไม่มี

มีปัญหา

การพิจารณา

ถ้าตอบ “มีปัญหา” ข้อใดข้อหนึ่ง ควรพบแพทย์ตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันผลและทำการรักษา

ที่มา : เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

การตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง

การตรวจ : ควรทำเป็นกิจวัตรหลังแปรงฟันเสร็จแล้ว โดยอ้าปากส่องกระจกในที่ที่แสงสว่างเพียงพอ และอาจใช้กระจกเงาบานเล็กๆ ช่วยสะท้อนในปากตรงบางมุมที่ดูยาก (ตามภาพประกอบหน้า 31)

การตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง	ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี)				
	1	2	3	4	5

1. แปรงฟันได้สะอาดทั่วถึงหรือไม่ ยังมีเศษอาหารคราบจุลินทรีย์ (ซีฟัน) ตกค้างหรือไม่	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
2. ตัวฟันและรากฟัน มีลักษณะผิดปกติ มีรอยดำ เป็นรูผุ ลึก เป็นหลุมหรือไม่	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
3. เหงือกมีการอักเสบ บวมแดง ขอบเหงือกมีหินปูน หรือฟันโยกหรือไม่	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
4. มีแผล หรือก้อนทุม บริเวณเหงือก ข้างแก้ม เพดาน ลิ้น ริมฝีปาก นานมากกว่า 2 สัปดาห์ หรือไม่	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี

ถ้าบริเวณใดยังแปรงไม่สะอาดควรแปรงซ้ำ แต่ถ้าพบความผิดปกติตามข้อ 2, 3, 4 ควรไปพบทันตแพทย์

วิธีการตรวจสอบสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง

1. ตรวจสอบฟันหน้า บน-ล่าง : โดยยิ้มยิงฟันกับกระจก



2. ตรวจสอบฟันกรามด้านติดแก้ม : โดยยิ้มให้กว้างถึงฟันกราม อาจใช้นิ้วมือช่วยดึงมุมปากให้เห็นชัดเจนขึ้น



3. ตรวจสอบด้านใน และด้านบดเคี้ยวฟันล่าง : โดยก้มหน้า อ้าปากกว้าง กระจกหันขึ้น



4. ตรวจสอบด้านเพดาน และด้านบดเคี้ยวฟันบน : โดยเงยหน้า อ้าปากดู ฟันหน้าบน ด้านเพดาน อาจต้องใช้กระจกบานเล็กช่วยสะท้อนภาพ



ที่มา : สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

ตัวอย่างสุขภาพช่องปากที่มีลักษณะผิดปกติ



ลักษณะฟันและรากฟันที่มีลักษณะผิดปกติ มีรอยดำ เป็นรูผุ ลึก เป็นหลุม



ลักษณะฟันสึกด้านบดเคี้ยว ฟันจะเตี้ยลง คมบาดลิ้น

ลักษณะขอบเหงือกมีหินปูน



ลักษณะฟันที่มีหินปูน เหงือกอักเสบ บวมแดง เลือดออกง่าย ฟันโยก



ลักษณะมีแผล หรือก้อนทุมบริเวณเหงือก ข้างแก้ม เพดาน ลิ้น ริมฝีปาก



มีคราบจุลินทรีย์ (ซีฟัน) บริเวณคอฟัน ขอบเหงือกที่แปร่งไม่สะอาด ทำให้เหงือกอักเสบ เลือดออกง่าย

บันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

รายละเอียดการตรวจเต้านม	ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี)				
	1	2	3	4	5
1. ท่านได้ตรวจด้วยตาแล้วคลำด้วยมือ (ตามวิธี)					
ขั้นที่ 1 ดูด้วยตา					
- เต้านมสองข้างมีการเปลี่ยนแปลงจากปกติหรือไม่?					
- หัวนมมีการเปลี่ยนสีหรือมีของเหลวออกจากหัวนมหรือไม่?					
- หัวนมบิดเบี้ยวหรือไม่?					
- มีรอยยุบหรือรอยบุ๋มที่เต้านมหรือไม่?					
- เต้านมที่ห้อยมาข้างหน้าผิดปกติหรือไม่?					
ขั้นที่ 2 คลำด้วยมือตามขั้นตอนต่อไปนี้หรือไม่?					
- นอนหงายในท่าสบาย สอดฝ่าขนหนู ม้วนใต้ไหล่ข้างที่จะตรวจ โดยเอาแขน ตั้งฉากกับไหล่					
- ใช้กึ่งกลางตอนบนของ 3 นิ้ว กดเป็น วงกลมขนาดเท่าเหรียญสิบบาท					
- กด 3 ระดับ เบา กลาง หนัก เคลื่อนนิ้ว ให้ทั่วเต้านมโดยไม่ยกนิ้ว					

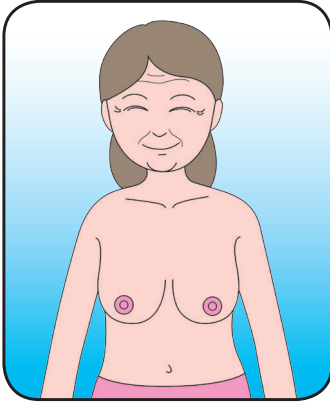
กา ✓ เมื่อปกติ
กา X เมื่อพบสิ่งผิดปกติ

รายละเอียดการตรวจเต้านม	ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี)				
	1	2	3	4	5
- คลำจากบริเวณใต้ราวนมจนถึงกระดูก ไหปลาร้าในแนวขึ้นลงจนทั่วบริเวณ เต้านมถึงบริเวณใต้ท้องแขน					
- ตรวจเต้านมอีกข้างในแบบเดียวกัน					
2. ท่านคิดว่ามีสิ่งผิดปกติหรือไม่ถ้าคิดว่ามี โปรดระบุ.....					
3. พบ อสม. ตรวจยืนยัน ใช่หรือไม่ โปรดระบุ.....					

ที่มา : โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช โดย มูลนิธิถันยรักษ์ในพระราชูปถัมภ์
สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย สภากาชาดไทย
สปสช. และภาคเอกชน

วิธีการตรวจเต้านม

ขั้นที่ 1 ดูด้วยตา (Look for Change)



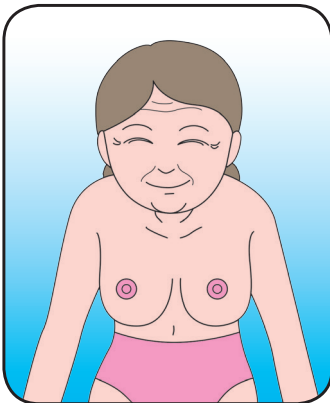
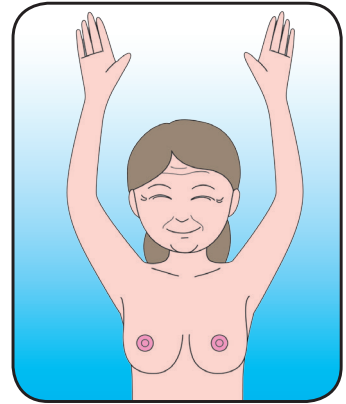
ยืนส่องกระจก

1.1 ปล่อยแขนข้างลำตัวตามสบาย

- ดูว่าเต้านมทั้งสองข้างมีการเปลี่ยนแปลงจากปกติหรือไม่
- หัวนมมีการเปลี่ยนสีหรือมีของเหลวออกจากหัวนมหรือไม่

1.2 ยกมือขึ้นเหนือศีรษะ

- เพื่อดูด้านหน้าและด้านข้างของเต้านมว่ามีความผิดปกติ เช่น รอยยุบหรือรอยบวมหรือไม่



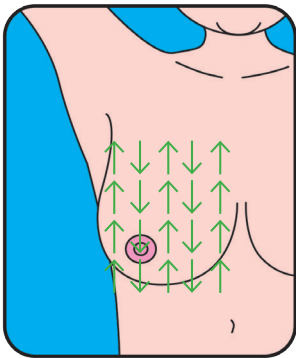
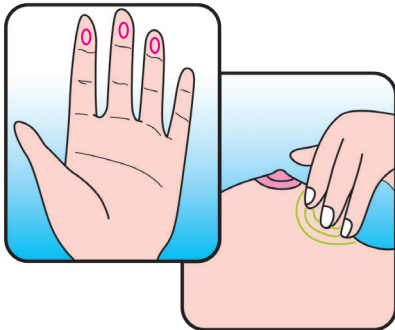
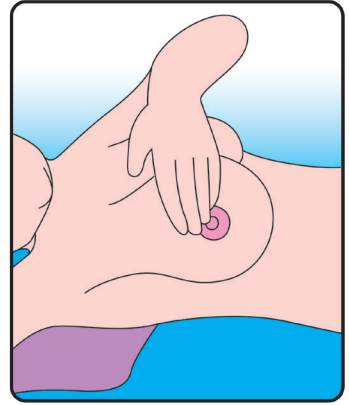
1.3 เอามือเท้าเอว ยืนตรงเกร็งหน้าอก ไค้ตัวมาข้างหน้า ปล่อยแขนตามสบาย

- สังเกตการเปลี่ยนแปลงของเต้านมในท่ายืนตรง
- ในท่าไค้ตัวดูเต้านมที่ห้อยมาข้างหน้าว่าผิดปกติหรือไม่
- หัวนมบิดเบี้ยวหรือไม่

ขั้นที่ ② แล้วคลำด้วยมือ (Feel for Change)

นอนหงายในท่าสบาย

2.1 สอดฝ่าขนหนูม้วนใต้ไหล่ข้างที่จะตรวจ โดยให้แขนตั้งฉากกับไหล่



2.2 ใช้กึ่งกลางนิ้วส่วนบน 3 นิ้ว (นิ้วชี้ นิ้วนาง นิ้วกลาง)

- กดเป็นวงกลมขนาดเท่าเหรียญ สิบบาทแล้วเคลื่อนนิ้วให้ทั่วบริเวณเต้านม โดยไม่ยกนิ้ว

- โดยกด 3 ระดับ คือ เบา กลาง หนัก
- คลำจากบริเวณใต้ราวนมจนถึงกระดูกไหปลาร้าในแนวขึ้นลงจนทั่วบริเวณ เต้านมถึงบริเวณใต้ท้องแขนโดยใช้วิธี เคลื่อนนิ้วเช่นกัน

2.3 ตรวจเต้านมอีกข้างในแบบเดียวกัน

หมายเหตุ : หากตรวจแล้วมีข้อสงสัยโปรดไปพบ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

บันทึกการประเมินอาการเตือนของโรคมะเร็ง

สัญญาณอันตราย 7 ประการ ของมะเร็ง!!!

สัญญาณอันตราย 7 ประการ	ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี)				
	1	2	3	4	5
1. การมีแผลเรื้อรัง นานเกินกว่า 2 สัปดาห์	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
2. การมีตุ่ม ใต ก้อนแข็ง เกิดขึ้น ในที่ปกติไม่ควรมี โดยเฉพาะที่ เต้านม ในช่องท้อง บริเวณคอ รักแร้ ขาหนีบ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
3. มีอาการผิดปกติเรื้อรังของ ระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องอืด ท้องเฟ้อ กลืนอาหารไม่ลง ท้องผูกสลับกับท้องเสียอยู่เรื่อย ถ่ายเป็นมูกปนเลือดเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
4. มีอาการไอเรื้อรังโดยหาสาเหตุ ไม่ได้ หรือเสียงแหบแห้งอยู่ยาวนาน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
5. มีการเปลี่ยนแปลงของหูด ไฝ ปาน ที่เคยมีอยู่ก่อน เช่น เปลี่ยนสีไปจากเดิม หรือมีขนาด ที่โตขึ้นผิดปกติ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
6. มีอาการผิดปกติของประจำเดือน ในผู้หญิง เช่น มีประจำเดือน กะปริดกะปรอย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
7. มีน้ำเหลืองหรือเลือดหรือสิ่งผิด ปกติอื่นๆ ออกจากตา หู จมูก เต้านม ช่องคลอด ทวารหนัก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี

ถ้ามีอาการผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง ควรรีบปรึกษาแพทย์ทันที มะเร็งเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้ ถ้าตรวจพบและรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ตรวจพบ

กิจวัตรประจำวัน/คะแนนพฤติกรรม	ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี)				
	1	2	3	4	5
<p>1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้ หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง</p> 	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<p>2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วม เองได้ ทำความสะอาด ได้เรียบร้อยหลังจาก เสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)</p> 	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<p>5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน</p> <p>0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้</p> 	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
<p>1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเอง ให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมี คนเข็นให้) และจะต้อง เข้าออกมุมห้อง หรือประตูได้</p> 	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<p>2. เดินหรือเคลื่อนที่ โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแล เพื่อความปลอดภัย</p> 	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<p>3. เดินหรือ เคลื่อนที่ได้เอง</p> 	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3

กิจวัตรประจำวัน/คะแนนพฤติกรรม	ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี)				
	1	2	3	4	5
<p>6. การสวมใส่เสื้อผ้า</p> <p>0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย</p>  <p>1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย</p>  <p>2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)</p> 	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
<p>7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น</p> <p>0. ไม่สามารถทำได้</p>  <p>1. ต้องการคนช่วย</p>  <p>2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)</p> 	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2

กิจวัตรประจำวัน/คะแนนพฤติกรรม	ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี)				
	1	2	3	4	5
.....
10 การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ 	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง) 	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2. กลั้นได้เป็นปกติ 	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
คะแนนรวม	.....	.....	.....	.....	.....
อยู่ในกลุ่มที่	.....	.....	.....	.....	.....

ผลการประเมิน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคม) พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ (12 คะแนนขึ้นไป)

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 (กลุ่มติดบ้าน) ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (5-11 คะแนน)

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 (กลุ่มติดเตียง) พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพ (0-4 คะแนน)

หมายเหตุ : ควรประเมินอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ขึ้นอยู่กับสภาพการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

ที่มา : Barthel ADL Index ประยุกต์โดยกรมอนามัย

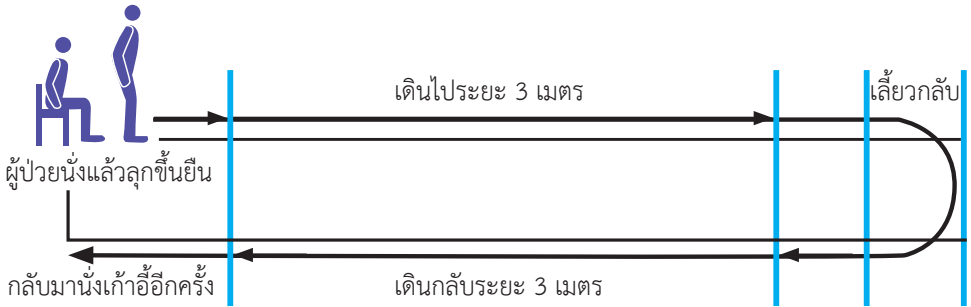
บันทึกการประเมินคัดกรองภาวะหกล้ม

ให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นจากเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขนและจับเวลาโดยให้เดินเป็นเส้นตรงระยะทาง 3 เมตร หมุนตัวและเดินกลับมาที่นั่งเดิม

1. น้อยกว่า 30 วินาที

2. ตั้งแต่ 30 วินาทีขึ้นไป

3. เดินไม่ได้



เกณฑ์การตัดสิน

- ผู้สูงอายุใช้เวลาในการเดินน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 วินาที ถือว่า ปกติ
- ผู้สูงอายุใช้เวลาในการเดินตั้งแต่ 30 วินาทีขึ้นไป ถือว่า มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม ควรได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ และ ป้องกันภาวะหกล้ม

ตารางบันทึกผล

เวลาในการเดิน	ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี)				
	1	2	3	4	5
1. น้อยกว่า 30 วินาที
2. ตั้งแต่ 30 วินาทีขึ้นไป					
3. เดินไม่ได้					

ที่มา : ประยุกต์จากแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกัน/ประเมินการหกล้มในผู้สูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

บันทึกการประเมินข้อเข้าเสื่อม

คำชี้แจง : โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด
ใน 1 เดือนที่ผ่านมา

ลักษณะอาการ	คะแนนที่ได้
<p>1. ลักษณะอาการเจ็บปวดเข้าของท่าน</p> <p>() ไม่มีอาการ (4 คะแนน)</p> <p>() อาการปวดเล็กน้อย ที่เข้าเล็กน้อย เฉพาะเวลาขยับตัวหรืออยู่ในบางท่าเท่านั้น (3 คะแนน)</p> <p>() หลังใช้งานนาน อาการปวดเข้ามากขึ้น พักแล้วดีขึ้น เป็นๆ หายๆ (2 คะแนน)</p> <p>() อาการปวดเข้าเพิ่มมากขึ้น ปวดนานขึ้น (1 คะแนน)</p> <p>() อยู่เฉยๆ ก็ปวดมาก ขยับไม่ได้ (0 คะแนน)</p>	
<p>2. ท่านมีปัญหาเรื่องเข้าในการทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเองหรือไม่ เช่น การยืนอาบน้ำ เป็นต้น</p> <p>() ไม่มีปัญหา (4 คะแนน)</p> <p>() มีอาการปวดเข้า/ข้อเข้าฝืดตึงขัดเล็กน้อย แต่น้อยมาก (3 คะแนน)</p> <p>() มีอาการปวดเข้า/ข้อเข้าฝืดตึงเล็กน้อย บ่อยครั้ง (2 คะแนน)</p> <p>() เริ่มมีปัญหาทำด้วยความยากลำบาก (1 คะแนน)</p> <p>() ไม่สามารถทำได้ (0 คะแนน)</p>	
<p>3. ท่านมีปัญหาเรื่องเข้า เมื่อก้าวขึ้นลงรถ หรือรถประจำทางหรือไม่</p> <p>() ไม่มีอาการใดๆ (4 คะแนน)</p> <p>() มีอาการปวดเข้า/ข้อเข้าฝืดตึงขัดเล็กน้อย แต่น้อยมาก (3 คะแนน)</p> <p>() มีอาการปวดเข้า/ข้อเข้าฝืดก้าวขึ้นลงได้ช้ากว่าปกติ (2 คะแนน)</p> <p>() มีอาการปวดเข้ามาก/ข้อเข้าฝืด ก้าวขึ้นลงด้วยความยากลำบาก (1 คะแนน)</p> <p>() ไม่สามารถทำได้ (0 คะแนน)</p>	

ลักษณะอาการ	คะแนนที่ได้
<p>4. ระยะเวลาที่ท่านเดินได้มากที่สุดก่อนที่จะมีอาการปวดเข่า</p> <ul style="list-style-type: none"> () เดินได้เกิน 1 ชั่วโมง โดยไม่มีอาการอะไร (4 คะแนน) () เดินได้ 6 – 60 นาที เริ่มมีอาการปวด (3 คะแนน) () เดินได้เพียง 5 – 15 นาที เริ่มมีอาการปวด (2 คะแนน) () เดินได้แค่รอบบ้านเท่านั้น เริ่มมีอาการปวด (1 คะแนน) () ทำไม่ได้และเดินไม่ไหว (0 คะแนน) 	
<p>5. หลังทานอาหารเสร็จ ในขณะที่ลุกจากเก้าอี้ นั่ง เข่าของท่านมีอาการอย่างไร</p> <ul style="list-style-type: none"> () ไม่มีอาการ (4 คะแนน) () มีอาการปวดเข่า/ข้อเข่าฝืดเล็กน้อย (3 คะแนน) () มีอาการปวดเข่าข้อเข่าฝืดปานกลาง (2 คะแนน) () มีอาการปวดเข่ามาก/ข้อเข่าฝืด ลุกขึ้นยืนได้ด้วยความยากลำบาก (1 คะแนน) () ปวดมากไม่สามารถลุกขึ้นได้ (0 คะแนน) 	
<p>6. ท่านต้องเดินโยกตัว (เดินกระเผลกกระเผลก) เพราะอาการที่เกิดจากเข่าของท่านหรือไม่</p> <ul style="list-style-type: none"> () ไม่เคย (4 คะแนน) () ในช่วง 2-3 ก้าวแรกที่ยืนขึ้นเท่านั้น (3 คะแนน) () เป็นบางครั้ง (2 คะแนน) () เป็นส่วนใหญ่ (1 คะแนน) () ตลอดเวลา (0 คะแนน) 	
<p>7. ท่านสามารถนั่งลงคุกเข่าและลุกขึ้นได้หรือไม่</p> <ul style="list-style-type: none"> () ลุกได้ง่าย (4 คะแนน) () ลุกได้ ลำบากเล็กน้อย (3 คะแนน) () ลุกได้แต่ยากขึ้น (2 คะแนน) () ลุกได้แต่ยากลำบากมาก (1 คะแนน) () ลุกไม่ไหว (0 คะแนน) 	

ลักษณะอาการ	คะแนนที่ได้
<p>8. ท่านมีปัญหาปวดเข่า ในขณะที่นอนกลางคืนหรือไม่</p> <p>() ไม่เคย (4 คะแนน)</p> <p>() ใน 1 เดือนมี 1-2 ครั้ง (3 คะแนน)</p> <p>() บางคืน (2 คะแนน)</p> <p>() ส่วนมาก (1 คะแนน)</p> <p>() ทุกคืน (0 คะแนน)</p>	
<p>9. ในขณะที่คุณทำงาน/ทำงานบ้านท่านมีอาการปวดเข่าหรือไม่</p> <p>() ไม่มี (4 คะแนน)</p> <p>() น้อยมาก (3 คะแนน)</p> <p>() บางครั้ง (2 คะแนน)</p> <p>() ส่วนมาก (1 คะแนน)</p> <p>() ตลอดเวลา (0 คะแนน)</p>	
<p>10. ท่านเคยมีความรู้สึกว้าวุ่นของท่านทรุดลงทันทีหรือหมดแรงทันทีจนตัวทรุดลง</p> <p>() ไม่เคย (4 คะแนน)</p> <p>() ในช่วงแรกที่ก้าวเดินเท่านั้น (3 คะแนน)</p> <p>() บางครั้ง (2 คะแนน)</p> <p>() ส่วนมาก (1 คะแนน)</p> <p>() ตลอดเวลา (0 คะแนน)</p>	
<p>11. ท่านสามารถไปซื้อของใช้ต่างๆ ได้ด้วยตัวท่านเอง</p> <p>() ได้เป็นปกติ (4 คะแนน)</p> <p>() ไปได้ เริ่มมีอาการปวดเข่า/ตึงเข่าเล็กน้อย (3 คะแนน)</p> <p>() ไปได้ เริ่มมีอาการปวดเข่า /ตึงเข่ามากขึ้น (2 คะแนน)</p> <p>() พอไปได้ แต่ด้วยความยากลำบากมาก (1 คะแนน)</p> <p>() ไปไม่ได้ (0 คะแนน)</p>	

ลักษณะอาการ	คะแนนที่ได้
<p>12. ท่านสามารถเดินลงบันไดได้หรือไม่</p> <p>() เดินลงได้ เป็นปกติ (4 คะแนน)</p> <p>() เดินลงได้ เริ่มมีอาการปวดเข่า/ตึงเข่าเล็กน้อย (3 คะแนน)</p> <p>() เดินลงได้ เริ่มมีอาการปวดเข่า/ตึงเข่ามากขึ้น (2 คะแนน)</p> <p>() เดินลงได้ด้วยความยากลำบากมาก (1 คะแนน)</p> <p>() เดินลงไม่ได้ (0 คะแนน)</p>	
คะแนนรวม	

ผลการประเมิน

- เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง (0 – 19 คะแนน) ควรได้รับการรักษาจาก ศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกระดูกและข้อทันที
- มีอาการโรคข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง (20 – 29 คะแนน) ควรปรึกษา ศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกระดูกและข้อเพื่อรับการตรวจรักษา
- เริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อม (30 – 39 คะแนน) ควรได้รับคำแนะนำจาก บุคลากรทางการแพทย์และการทำกิจกรรมอย่างเหมาะสม
- ยังไม่พบอาการผิดปกติ (40 – 48 คะแนน) ควรตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปี

ที่มา : ดัดแปลงจาก

Dawson J, Questionnaire on the perceptions of patients about total knee replacement. J Bone Joint Surg Br. 1998

บันทึกการประเมินภาวะสมองเสื่อม

แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม เป็นการประเมินสมรรถภาพสมองด้านการรับรู้และความจำสำหรับผู้สูงอายุไทยที่ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร

ผู้ประเมิน ให้ผู้สูงอายุดูภาพ รถยนต์ เสื้อ เก้าอี้ แล้วพูดทวนชื่อสิ่งของทั้ง 3 คือ รถยนต์ เสื้อ เก้าอี้ เพียง 1 ครั้ง และให้ผู้สูงอายุจำของ 3 สิ่งไว้ เพราะสักครู่ ผู้ประเมินจะกลับมาถามใหม่ โดยให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตอบถูกเท่านั้น



ข้อคำถาม	ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี)									
	1		2		3		4		5	

	ถูก	ผิด	ถูก	ผิด	ถูก	ผิด	ถูก	ผิด	ถูก	ผิด
<p>1. ให้ผู้สูงอายุคำนวณ 20 - 3 ไปเรื่อยๆ 3 ครั้ง (ในแต่ละครั้งที่ตอบถูกใช้เวลาคิดในแต่ละช่วงคำตอบไม่เกิน 1 นาที หลังจบคำถาม) ถ้าผู้สูงอายุตอบคำถามที่ 1 ไม่ได้ ให้ตั้งเลข ต่อไปคือ 17 - 3 จากนั้นให้คำนวณในครั้งต่อไป ตามลำดับให้เลขไปเรื่อยๆ จนครบ 1 นาที</p>										
<p>2. ให้กลับมาถามถึงสิ่งของ 3 อย่างที่ฝากให้จำในครั้งแรก (ต้องไม่ให้เห็นภาพ เพราะต้องการทดสอบเรื่องความจำของผู้สูงอายุ และต้องพูดถูกทั้ง 3 ภาพ ห้ามขาดภาพใดภาพหนึ่ง โดยอาจไม่เรียงลำดับของภาพก็ได้ จึงจะถือว่าผู้สูงอายุตอบได้ถูกต้อง)</p>										
การประเมิน

การแปลผล

1. ตอบถูกทั้ง 2 ข้อ ถือว่าปกติ
2. กรณีที่ผิด 1 หรือ 2 ข้อ อาจมีปัญหาเรื่องความจำให้ส่งต่อ รพ.สต.

โรงพยาบาล หรือสถานบริการของรัฐเพื่อประเมินด้วย MMSE - Thai 2002 ต่อไป

ที่มา : สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง

วิธีการประเมิน

1. เลือกตารางว่าเป็นโรคเบาหวานหรือไม่
2. เลือกเพศชาย หรือหญิง
3. เลือกการสูบบุหรี่ ว่าสูบหรือไม่สูบ
4. เลือกช่วงอายุ

ช่วงอายุ (ปี)	เลือกช่อง
50-59	50
60-69	60
70 ปีขึ้นไป	70

5. เลือกค่า systolic blood pressure

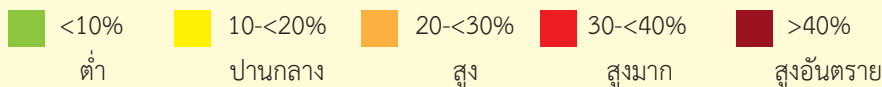
ค่า systolic blood pressure (มม.ปรอท)	เลือกช่อง
<120 - 139	120
140 - 159	140
160 - 179	160
180 ขึ้นไป	180

6. ค่า cholesterol

ค่า cholesterol (มก./ดล.)	เลือกช่อง
<160 - 199	160
200 - 239	200
240 - 279	240
280 - 319	280
320 ขึ้นไป	320

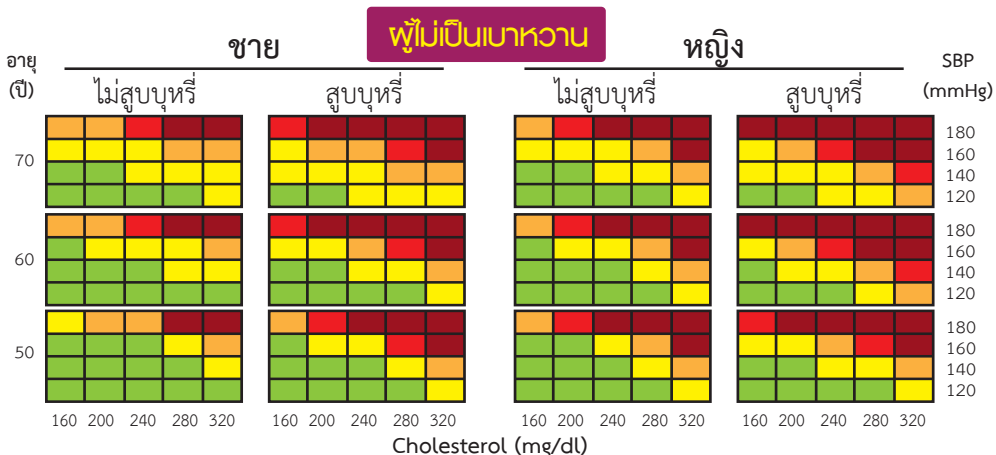
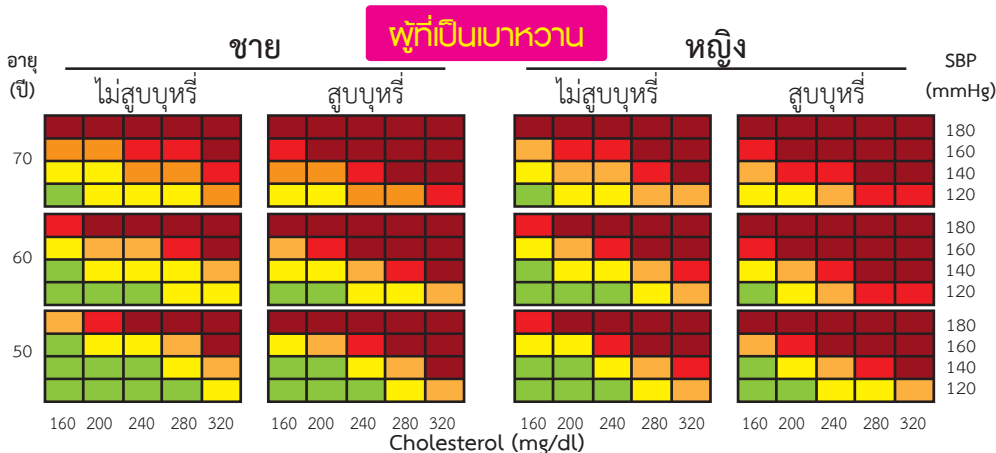
การแปลผลระดับโอกาสเสี่ยง

แถบสีจะบอกถึงโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) และโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (stroke) ใน 10 ปี ข้างหน้า



ปฏิบัติการเพื่อลดความเสี่ยง

โดยปฏิบัติตามหลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) และ 2 ส. (ไม่สูบบุหรี่ และลดการดื่มสุรา) และควบคุมความดันโลหิต ระดับน้ำตาล และไขมันในเลือด ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ



บันทึกการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง

ระดับโอกาสเสี่ยง	ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี)				
	1	2	3	4	5
■ <10% ต่ำ
■ 10-<20% ปานกลาง					
■ 20-<30% สูง					
■ 30-<40% สูงมาก					
■ >40% สูงอันตราย					

ที่มา : สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

การคัดกรองสุขภาพทางตา

ข้อแนะนำ

การคัดกรองสุขภาพทางตาเป็นการคัดกรองปัญหาการมองเห็น (ระยะไกล-ใกล้) ที่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันและลักษณะการมองเห็นผิดปกติที่เป็นปัญหาและพบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ต้อกระจก ต้อหิน และจอตาเสื่อมเนื่องจากอายุ

ข้อ	คำถาม	ไม่ใช่	ใช่	ระบุตา		
1.	นับนิ้วในระยะ 3 เมตรได้ถูกต้องน้อยกว่า 3 ใน 4 ครั้ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ซ้าย - ขวา		
2.	อ่านหนังสือพิมพ์หน้าหนึ่งในระยะ 1 ฟุตไม่ได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ซ้าย - ขวา		
3.	ปิดตาดูทีละข้าง พบว่า ตามัว คล้ายมี หมอกบัง			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ซ้าย - ขวา
4.	ปิดตาดูทีละข้าง พบว่า มองเห็นชัด แต่ตรงกลาง ไม่เห็น รอบข้าง หรือ มักเดินชนประตู สิ่งของบ่อยๆ			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ซ้าย - ขวา
5.	ปิดตาดูทีละข้าง พบว่ามองเห็นจุดดำ กลางภาพหรือ เห็นภาพบิดเบี้ยว			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ซ้าย - ขวา

การพิจารณา

ถ้าตอบ “ใช่” ข้อใดข้อหนึ่งแสดงว่า มีปัญหาการมองเห็น
ส่งต่อบุคลากรทางสุขภาพเพื่อทำการประเมินด้วยแผ่นป้ายสเนลเลน
(Snellen Chart) หรือส่งต่อแพทย์ตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันผลและทำ
การรักษา

หมายเหตุ

ข้อ 1 ประเมินสายตาดูต่อความเสี่ยงในการใช้ชีวิตประจำวัน (ระยะใกล้)

วิธีทดสอบ

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

ข้อ 2 ประเมินสายตาดูต่อความเสี่ยงในการใช้ชีวิตประจำวัน (ระยะไกล)

วิธีทดสอบ

ให้ผู้สูงอายุอ่านหนังสือพิมพ์หน้าหนึ่งในระยะ 1 ฟุต ถ้าอ่านได้มากกว่า
ครึ่งหน้าหนังสือพิมพ์ ถือว่า อ่านได้

ข้อ 3 ประเมินความเสี่ยงต่อกระจก

ข้อ 4 ประเมินความเสี่ยงต่อหิน

ข้อ 5 ประเมินความเสี่ยงโรคจอตาเสื่อมเนื่องจากอายุ

บันทึกการประเมินมาตรฐานสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ (ควรประเมินอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง)

1. มีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

1.1 มีสุขภาพกายที่พึงประสงค์

คำชี้แจง : โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด
โรคที่สามารถควบคุมได้ในระยะเวลา 1 ปี ที่ผ่านมา

โรค		ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี)				
		1	2	3	4	5
หัวใจ ขาดเลือด	ไม่มี					
	มี / คุมได้					
	มี / คุมไม่ได้					
โรคมะเร็ง	ไม่มี					
	มี / คุมได้					
	มี / คุมไม่ได้					
โรคเส้นเลือด ในสมอง อุดตัน	ไม่มี					
	มี / คุมได้					
	มี / คุมไม่ได้					
โรคข้อเสื่อม	ไม่มี					
	มี / คุมได้					
	มี / คุมไม่ได้					
วัณโรค	ไม่มี					
	มี / คุมได้					
	มี / คุมไม่ได้					

หมายเหตุ : ไม่มี หรือ มี/คุมได้ ถือว่าผ่านการประเมิน

โรคที่สามารถควบคุมได้ในระยะเวลา 6 เดือน ที่ผ่านมา

คำชี้แจง : โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ผลการตรวจโรคความดันโลหิตสูง (ต้องมีค่าต่ำกว่า 140/90 mmHg)

รายการ		ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี)				
		1	2	3	4	5
	
1. ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง						
2. ผลการตรวจโรคความดันโลหิตสูง	ปกติ					
	ไม่ปกติ					

ผลการตรวจโรคเบาหวาน (ต้องมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดไม่เกิน 125 mg)

รายการ		ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี)				
		1	2	3	4	5
	
1. ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน						
2. ผลการตรวจโรคเบาหวาน	ปกติ					
	ไม่ปกติ					

หมายเหตุ : ปกติ ถือว่าผ่านการประเมิน

1.2 มีสุขภาพจิตที่พึงประสงค์

แบบคัดกรองดัชนีวัดสุขภาพจิต (TMHI – 15)

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด และขอความร่วมมือตอบคำถามทุกข้อ

คำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์ของท่านในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน ให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์อาการ ความคิดเห็น และความรู้สึกของท่าน ว่าอยู่ในระดับใด แล้วตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึก หรือ ไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ

เล็กน้อย หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย

มาก หมายถึง เคยมีเหตุการณ์อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มาก หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มาก

มากที่สุด หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มากที่สุด หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มากที่สุด

รายการ		ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี)				
		1	2	3	4	5
	
1. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต	ไม่เลย					
	เล็กน้อย					
	มาก					
	มากที่สุด					
2. ท่านรู้สึกสบายใจ	ไม่เลย					
	เล็กน้อย					
	มาก					
	มากที่สุด					

รายการ		ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี)				
		1	2	3	4	5
3. ท่านรู้สึกเบื่อหน่าย ต่อทั้งกับการดำเนิน ชีวิตประจำวัน	ไม่เลย					
	เล็กน้อย					
	มาก					
	มากที่สุด					
4. ท่านรู้สึกผิดหวัง ในตัวเอง	ไม่เลย					
	เล็กน้อย					
	มาก					
	มากที่สุด					
5. ท่านรู้สึกว่าชีวิต ของท่านมีแต่ ความทุกข์	ไม่เลย					
	เล็กน้อย					
	มาก					
	มากที่สุด					
6. ท่านสามารถ ทำใจยอมรับได้ สำหรับปัญหา ที่ยากจะแก้ไข	ไม่เลย					
	เล็กน้อย					
	มาก					
	มากที่สุด					
7. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถ ควบคุมอารมณ์ได้ เมื่อมีเหตุการณ์คับขัน หรือร้ายแรงเกิดขึ้น	ไม่เลย					
	เล็กน้อย					
	มาก					
	มากที่สุด					
8. ท่านมั่นใจที่จะเผชิญ กับเหตุการณ์ร้ายแรง ที่เกิดขึ้นในชีวิต	ไม่เลย					
	เล็กน้อย					
	มาก					
	มากที่สุด					
9. ท่านรู้สึก เห็นอกเห็นใจ เมื่อผู้อื่นมีทุกข์	ไม่เลย					
	เล็กน้อย					
	มาก					
	มากที่สุด					

รายการ		ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี)				
		1	2	3	4	5
10. ท่านรู้สึกเป็นสุข ในการช่วยเหลือผู้อื่น ที่มีปัญหา	ไม่เลย					
	เล็กน้อย					
	มาก					
	มากที่สุด					
11. ท่านให้ความ ช่วยเหลือแก่ผู้อื่น เมื่อมีโอกาส	ไม่เลย					
	เล็กน้อย					
	มาก					
	มากที่สุด					
12. ท่านรู้สึกภูมิใจ ในตนเอง	ไม่เลย					
	เล็กน้อย					
	มาก					
	มากที่สุด					
13. ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย เมื่ออยู่ในครอบครัว	ไม่เลย					
	เล็กน้อย					
	มาก					
	มากที่สุด					
14. หากท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่าครอบครัว จะดูแลท่านเป็นอย่างดี	ไม่เลย					
	เล็กน้อย					
	มาก					
	มากที่สุด					
15. สมาชิกในครอบครัว มีความรักและผูกพัน ต่อกัน	ไม่เลย					
	เล็กน้อย					
	มาก					
	มากที่สุด					
รวมคะแนน						

ที่มา : รายงานการวิจัย เรื่องการพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (version 2007):
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2552

การให้คะแนนและการแปลผลค่าปกติ (norm) ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสั้น (TMHI-15)

การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้
กลุ่มที่ 1 ได้แก่ข้อ

1	2	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15

แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ไม่เลย = 1 คะแนน

เล็กน้อย = 2 คะแนน

มาก = 3 คะแนน

มากที่สุด = 4 คะแนน

กลุ่มที่ 2 ได้แก่ข้อ

3	4	5
---	---	---

แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ไม่เลย = 4 คะแนน

เล็กน้อย = 3 คะแนน

มาก = 2 คะแนน

มากที่สุด = 1 คะแนน

การแปลผล เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้ (คะแนนเต็ม 60 คะแนน)

51-60 คะแนน

หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

44-50 คะแนน

หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

43 คะแนนหรือน้อยกว่า

หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

หมายเหตุ : ผ่าน 44 คะแนนขึ้นไปถือว่าผ่านการประเมิน

1.3 การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q)

คำชี้แจง : โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด

คำถาม	ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี)									
	1		2		3		4		5	

	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือ ท้อแท้ ลึกลับ หรือไม่										
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ท่านรู้สึกเบื่อทำอะไรไม่เพลิดเพลินหรือไม่										

ผลการประเมิน

1. ถ้าคำตอบ **ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม** หมายถึง **ปกติไม่เป็นโรคซึมเศร้าในขณะนี้**
2. ถ้าคำตอบ **มี ข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อ** (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง **มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าหรือมีโอกาสที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า**

ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี)				
1	2	3	4	5
.....
<input type="checkbox"/> ซึมเศร้า	<input type="checkbox"/> ซึมเศร้า	<input type="checkbox"/> ซึมเศร้า	<input type="checkbox"/> ซึมเศร้า	<input type="checkbox"/> ซึมเศร้า
<input type="checkbox"/> ไม่ซึมเศร้า	<input type="checkbox"/> ไม่ซึมเศร้า	<input type="checkbox"/> ไม่ซึมเศร้า	<input type="checkbox"/> ไม่ซึมเศร้า	<input type="checkbox"/> ไม่ซึมเศร้า

หมายเหตุ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ถือว่าผ่านการประเมิน

ที่มา : คณะทำงานจัดทำแนวการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ กรมสุขภาพจิต

2. มีฟันใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ โดยมีฟัน 4 คู่สบ

คำชี้แจง : โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด

รายการ	ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี)									
	1		2		3		4		5	

	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
มีฟันใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ โดยมีฟันหลัง 4 คู่สบ										

หมายเหตุ มี แปลว่า ผ่านการประเมิน
 ไม่มี แปลว่า ไม่ผ่านการประเมิน

1. ฟันใช้งาน หมายถึง ฟันแท้หรือฟันเทียมก็ได้
2. ฟันหลัง 4 คู่สบ หมายถึง การมีฟันหลัง (ฟันกรามน้อยและ/หรือฟันกรามใหญ่ สบกันทั้งซ้ายและขวาอย่างน้อย 4 คู่ขึ้นไป



ฟันหลัง ข้างขวา
 สบกัน 3 คู่ นับฟันหลัง
 ถัดจากซี่เขี้ยวเป็นต้นไป



ฟันหลัง ข้างซ้าย
 สบกัน 2 คู่ ฟันล่าง 2 ซี่
 สบกับฟันบน 3 ซี่
 นับเป็นคู่สบกันได้ 2 คู่



ฟันหลังที่ไม่สบกันเลย
 (0 คู่)

ภาพจาก : สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

3. ดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์ปกติ/หรือรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ

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

การแบ่งระดับความอ้วนตามค่าดัชนีมวลกายของคนเอเชีย

ค่าดัชนีมวลกาย (กก./ม ²)	ภาวะน้ำหนักตัว
น้อยกว่า 18.5	ผอม
18.5 - 22.9	ปกติ
23.0 - 24.9	น้ำหนักเกิน
25.0 - 29.9	โรคอ้วน
มากกว่า 30	โรคอ้วนอันตราย

ดัชนีมวลกาย (BMI)	ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี)				
	1	2	3	4	5

	BMI =	BMI =	BMI =	BMI =	BMI =
ผอม					
ปกติ					
น้ำหนักเกิน					
โรคอ้วน					
โรคอ้วนอันตราย					

หมายเหตุ : มีดัชนีมวลกายปกติ ถือว่าผ่านการประเมิน

ที่มา : สำนักโภชนาการ กรมอนามัย

การวัดเส้นรอบเอว

รอบเอว	ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี)				
	1	2	3	4	5

	ผล.....ซม.	ผล.....ซม.	ผล.....ซม.	ผล.....ซม.	ผล.....ซม.
เกิน					
ไม่เกิน					

หมายเหตุ : รอบเอว

ชาย น้อยกว่า 90 เซนติเมตร แปลว่า รอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ
หญิง น้อยกว่า 80 เซนติเมตร แปลว่า รอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ

วิธีการวัดรอบเอว

1. อยู่ในท่ายืน
2. ใช้สายรัดวัดรอบเอว โดยวัดผ่านสะดือ
3. วัดในช่วงหายใจออก (ท้องแฟบ) โดยให้สายวัดแนบกับลำตัว ไม่รัดแน่น

และให้ระดับสายวัดที่รอบเอววางอยู่ในแนวขนานกับพื้น



4. ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ

คำชี้แจง : โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเอง และผู้อื่นได้ตามอัตภาพ		ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี)				
		1	2	3	4	5
4.1 ปฏิบัติภารกิจ ประจำวันได้	ผ่าน					
	ไม่ผ่าน					
4.2 สามารถเดินทาง ไปนอกบ้าน ด้วยตนเองตามที่ ต้องการได้อย่าง ถูกต้อง	ผ่าน					
	ไม่ผ่าน					
4.3 สามารถดูแล ช่วยเหลือผู้อื่น ได้ตามอัตภาพ	ผ่าน					
	ไม่ผ่าน					

หมายเหตุ : ผ่าน 3 ข้อ ถือว่าผ่านการประเมิน

5. พฤติกรรมสุขภาพ

คำชี้แจง : โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด

พฤติกรรมสุขภาพ		ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี)				
		1	2	3	4	5
5.1 ออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 15-30 นาที	ไม่เคย					
	บางครั้ง					
	เป็นประจำ					
5.2 รับประทาน ผัก ผลไม้	ไม่เคย					
	บางครั้ง					
	เป็นประจำ					
5.3 ดื่มน้ำอย่างน้อย วันละ 8 แก้ว	ไม่เคย					
	บางครั้ง					
	เป็นประจำ					
5.4 การสูบบุหรี่/ยาเส้น	ไม่สูบ					
	สูบบางครั้ง					
	สูบเป็นประจำ					
5.5 การดื่มเครื่องดื่ม ที่มีส่วนผสมของ แอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ ยาดองเหล้า)	ไม่ดื่ม					
	ดื่มบางครั้ง					
	ดื่มเป็นประจำ					

หมายเหตุ : ข้อ 5.1, 5.2 และ 5.3 ทำเป็นประจำถือว่าผ่านการประเมิน
ข้อ 5.4 ไม่สูบถือว่าผ่านการประเมิน
ข้อ 5.5 ไม่ดื่มถือว่าผ่านการประเมิน

สรุปผลการประเมิน

รายการประเมิน	ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี)				
	1	2	3	4	5
1. มีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ					
1.1 มีสุขภาพกายที่พึงประสงค์	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน
1.2 มีสุขภาพจิตที่พึงประสงค์	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน
1.3 ประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า ด้วย 2 คำถาม (2Q)	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน
2. มีพื้นที่ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี โดยมีพื้น 4 คู่สับ	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน
3. มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ /หรือรอบเอวอยู่ในเกณฑ์	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน
4. ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน
5. พฤติกรรมสุขภาพ					
5.1 ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 15-30 นาที	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน
5.2 การรับประทานอาหาร ผัก ผลไม้	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน
5.3 การดื่มน้ำอย่างน้อย วันละ 8 แก้ว	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน
5.4 ไม่สูบบุหรี่/ยาเส้น	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน
5.5 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ ยาตองเหล้า)	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	<input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน

บันทึกการได้รับวัคซีนป้องกันโรค

วัคซีน	จำนวนครั้งที่ควรได้รับ	วัน /เดือน/ปี /สถานที่รับบริการวัคซีน				
		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5
ฉีดวัคซีนคอตีบบาดทะยัก (dT)						
หมายเหตุ (ผู้ที่ควรได้รับวัคซีน)		1. ผู้ที่ไม่เคยได้รับวัคซีนนี้หรือเคยได้รับมาก่อนแต่ไม่ถึง 3 ครั้ง 2. ผู้ที่เคยได้รับวัคซีนครั้งล่าสุดมานานเกิน 10 ปี				
ฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่						
หมายเหตุ (ผู้ที่ควรได้รับวัคซีน)		ผู้มีความเสี่ยง				
ฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล						
หมายเหตุ (ผู้ที่ควรได้รับวัคซีน)		1. อายุมากกว่า 65 ปีทุกราย 2. ผู้มีโรคเรื้อรัง 7 โรค ได้แก่ โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไตวาย โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีเคมีบำบัด				
.....						

บันทึกการเยี่ยมชมบ้านและการได้รับความรู้ / คำแนะนำ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัคร

ลำดับ	วัน เดือน ปี (ระยะเวลาที่เยี่ยม)	กิจกรรมการเยี่ยมชมบ้าน / การให้ความรู้ / คำแนะนำ	อื่นๆ ระบุ	ลงชื่อ ผู้เยี่ยม/ ผู้ให้ความรู้															
					คือเรื่องผู้ที่ถูกควบคุมโรค	คนถูกกักโรคอยู่สถานที่ชุมชน	ดูประวัติผู้ป่วยและประวัติครอบครัว/ประวัติผู้ป่วยหรือผู้สัมผัส	ตรวจประวัติผู้ป่วย	ประวัติผู้ป่วยและประวัติครอบครัว										
		ประวัติผู้ป่วยและประวัติครอบครัว																	
		ประวัติผู้ป่วยและประวัติครอบครัว																	
		ประวัติผู้ป่วยและประวัติครอบครัว																	
		ประวัติผู้ป่วยและประวัติครอบครัว																	
		ประวัติผู้ป่วยและประวัติครอบครัว																	
		ประวัติผู้ป่วยและประวัติครอบครัว																	
		ประวัติผู้ป่วยและประวัติครอบครัว																	
		ประวัติผู้ป่วยและประวัติครอบครัว																	
		ประวัติผู้ป่วยและประวัติครอบครัว																	

ภาคผนวก

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

10 บัญญัติสร้างสุขผู้สูงวัย

- บัญญัติที่ 1 รักษาความสะอาดร่างกาย/สิ่งของ
- บัญญัติที่ 2 รักษาอนามัยในช่องปาก
- บัญญัติที่ 3 รักษามือให้สะอาดอยู่เสมอ
- บัญญัติที่ 4 เลือกสรรอาหารที่เสริมพลังกาย
- บัญญัติที่ 5 รู้เท่าทันอบายมุข
- บัญญัติที่ 6 สร้างความสัมพันธ์ของครอบครัวให้อบอุ่น
- บัญญัติที่ 7 ป้องกันอุบัติเหตุและอุบัติเหตุภัยด้วยความไม่ประมาท
- บัญญัติที่ 8 ออกกำลังกายได้ทุกวัน และต้องตรวจสุขภาพทุกปี
- บัญญัติที่ 9 ทำให้จิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ
- บัญญัติที่ 10 รักษาและอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม เพื่อสร้างสรรค์สังคม



กินเท่าไรจึงถือว่าพอดี

1. กินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลายและหมั่นดูแลน้ำหนักตัว
2. กินข้าวเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ
3. กินพืชผักให้มากขึ้นและกินผลไม้เป็นประจำ
4. กินปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ
5. ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย
6. กินอาหารที่มีไขมันแต่พอควร
7. หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวานจัด และเค็มจัด
8. กินอาหารที่สะอาด ปราศจากการปนเปื้อน
9. งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

การเคลื่อนไหวออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

การออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ ได้แก่

การเดิน ถีบจักรยาน ออกกำลังกายในน้ำ ว่ายน้ำ รำมวยจีน หรือกิจกรรมในวิถีชีวิตอื่นๆ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที

2 ควร

1. ควรออกกำลังกายจากน้อยไปหามาก
2. ควรอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย

5 ไม่

1. ไม่ออกแรง เกร็ง, เบ่ง
2. ไม่ออกแรงกระทำต่อข้อมากๆ
3. ไม่บริหารกายในท่าความเร็วสูง
4. ไม่ออกกำลังกายในที่ที่มีอากาศร้อนอบอ้าว แดดจัด
5. ไม่ออกกำลังกายเมื่ออ่อนเพลีย หรือไม่สบาย

การทำอาารมณ์และจิตใจให้เป็นสุข

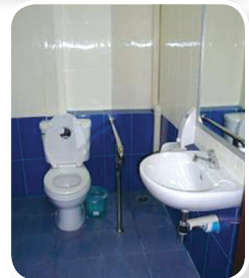


1. อารมณ์และจิตใจจะแจ่มใสได้ต้องมีสุขภาพที่ดี
2. ควรพยายามดูแลร่างกาย และช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติภารกิจประจำวันของตนเองให้มากที่สุด
3. ยอมรับบทบาทและสภาพที่เปลี่ยนแปลงเมื่อมีอายุมากขึ้น
4. เมื่อมีความกังวลใจในเรื่องต่างๆ ควรปรึกษาคนใกล้ชิด เพื่อนบ้านสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ของรัฐ ปฏิบัติธรรมะ เป็นต้น
5. พยายามหากิจกรรมงานอดิเรกที่ทำแล้วเพลิดเพลินและมีคุณค่าทางจิตใจ
6. พบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่นเพื่อพูดคุยกันหรือปรับทุกข์กัน และร่วมกิจกรรมกับเพื่อนๆ ในชมรมผู้สูงอายุ
7. ยึดศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ

การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

ห้องน้ำ

1. ไม่ควรอยู่ห่างจากห้องนอนผู้สูงอายุเกิน 9 ฟุต
2. ภายในห้องน้ำควรมีราวยึดเกาะ
3. พื้นห้องน้ำควรปูด้วยวัสดุเนื้อหยาบหรือแผ่นยางกันลื่น ควรแยกห้องอาบน้ำออกจากห้องส้วม
4. ควรมีเก้าอี้สำหรับนั่งอาบน้ำติดอยู่กับที่เพื่อป้องกันการลื่นไถลและควรใช้ฝักบัวอาบน้ำแทนการตัก โถส้วมควรเป็นโถนั่งราบจะดีกว่านั่งยอง



บันได

1. ราวบันไดควรมีรูปร่างทรงกลม 2 ข้าง และราวบันไดควรรยาวกว่าตัวบันได
2. ความสูงของบันไดแต่ละขั้นไม่ควรเกิน 6 นิ้ว
3. ขอบบันไดแต่ละขั้นควรติดวัสดุกันลื่นและมีแถบสีที่แตกต่างจากขั้นอื่น
4. แสงสว่างบริเวณบันไดต้องเพียงพอ มีสวิตช์ไฟทั้งชั้นบนและล่าง

การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ

การแปรงฟัน

หลักสำคัญ คือ ต้องทำให้ปากและฟันสะอาด โดยไม่ทำอันตรายต่อเหงือกและฟัน ดังนั้น การแปรงฟันที่ถูกต้องวิธี ได้แก่

1. เลือกใช้แปรงสีฟันที่ขนอ่อนนุ่ม ปลายขนแปรงมนกลม
2. เน้นการแปรงบริเวณขอบเหงือก คอฟัน เป็นพิเศษ แปรงฟันบริเวณขอบเหงือกให้ขนแปรงทำมุม 45 องศา กับตัวฟัน ขยับแปรงไป-มา สั้นๆ เบาๆ ในแนวนอน แปรงฟันด้านในของฟันหน้าล่าง
3. แปรงให้ทั่วถึงทุกซี่ ทั้งด้านนอกที่ติดฟุ้งแก้ม และด้านใน ที่ติดกับลิ้นหรือเพดาน รวมทั้งด้านบดเคี้ยว
4. แปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้งๆ ละ 2 นาที โดยเน้นเวลาก่อนนอนและหลังแปรงฟัน งดกินขนมหวาน น้ำอัดลม อย่างน้อย 2 ชั่วโมง
5. ควรแปรงลิ้น โดยใช้ยาสีฟันเล็กน้อย แปรงลิ้นเบาๆ ให้ทั่วถึง การแปรงลิ้นให้ลากจากด้านในลำคอ ออกมาด้านนอกเบาๆ



โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการดูแลรักษา



1. โรคข้อเข่าเสื่อม

การดูแลตนเองเมื่อเป็นข้อเข่าเสื่อม

1. ใช้ความร้อนประคบรอบเข่า ลดอาการปวด เกร็ง
2. บริหารกล้ามเนื้อข้อเข่าให้แข็งแรงอยู่เสมอ
3. ใช้สนับเข่า เพื่อกระชับ ลดอาการปวด
4. ใช้ไม้เท้าช่วยเดิน ช่วยลดแรงที่กระทำต่อข้อ
5. หลีกเลี่ยงอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม เช่น นั่งพับเพียบ कुกเข่า ชัดสมาธิ นั่งยองๆ
6. ลดน้ำหนักในรายที่อ้วนมาก



2. โรคหัวใจขาดเลือด

การดูแลตนเองขณะเป็นโรคหัวใจขาดเลือด

1. พบแพทย์เพื่อรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดสม่ำเสมอ
2. เลิกสูบบุหรี่เด็ดขาด
3. ถ้าอ้วนควรลดน้ำหนัก
4. รับประทานอาหารให้ถูกต้อง ไขมันอิ่มตัว ลดเค็ม รับประทานอาหารที่มีกากมาก / เส้นใยสูง
5. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ แต่ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่หักโหม
6. หลีกเลี่ยงสิ่งที่จะกระตุ้นให้เกิดอาการโรคหัวใจกำเริบ เช่น
 - อย่าทำงานหักโหมเกินไป
 - อย่ารับประทานอาหารอิมเกินไป
 - ระวังอย่าให้ท้องผูก
 - งดดื่มชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน
 - หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้ตื่นเต้นตกใจหรือการกระทบกระเทือนทางจิตใจ



3. ความดันโลหิตสูง

การป้องกันและการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง

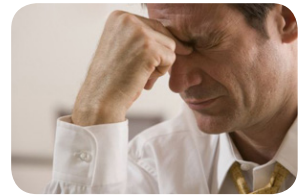
1. ควบคุมน้ำหนักร่างกายให้พอดีและหมั่นออกกำลังกาย
2. ลดอาหารเค็ม งดรับประทานผงชูรส ป้องกันอาการท้องผูกโดยการรับประทานผักผลไม้ให้มาก ดื่มน้ำให้เพียงพอ
3. งดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
4. หลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ทำให้หงุดหงิด โมโห ตื่นเต้น และนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ
5. ควรบริโภคอาหารที่มีไขมันและคอเลสเตอรอลต่ำ มีเส้นใยอาหารสูง
6. รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ ควรไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ไม่ควรหยุดยาหรือปรับยาด้วยตนเอง
7. หมั่นตรวจวัดความดันโลหิตเป็นประจำ ควรบันทึกลงคู่มือไว้ด้วย
8. สำหรับผู้ที่รับประทานยาขับปัสสาวะ ควรรับประทานส้ม กัวยเป็นประจำ



4. โรคหลอดเลือดสมอง

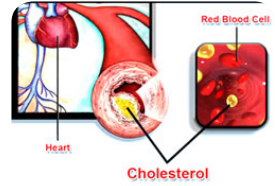
การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

1. งดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงดื่มเหล้า
2. หมั่นตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ
3. ลดการบริโภคอาหารรสเค็มจัด
4. บริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลและไขมันต่ำ อาหารที่มีเส้นใยสูง
5. รักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในระดับปกติ
6. ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
7. ถ้าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือมีภาวะไขมันในเลือดสูง ควรรับการรักษาจากแพทย์อย่างต่อเนื่อง



5. ภาวะไขมันในเลือดสูง

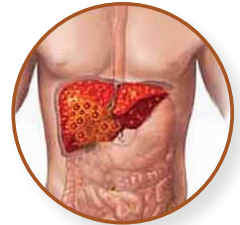
วิธีป้องกันและการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง



1. ตรวจไขมันในเลือดตามคำแนะนำของแพทย์
2. เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภค โดย
 - จำกัดอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง เช่น เครื่องในสัตว์ ไข่แดง ปลาหมึก หอยนางรม
 - ควรรับประทานอาหารประเภทเนื้อปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน
 - ลดอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอด อาหารที่มีกะทิ
 - ลดการบริโภคน้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม เนย และใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหาร โดยใช้ประมาณ 2 – 3 ช้อนโต๊ะต่อวัน
3. ควรบริโภคอาหารที่มีเส้นใยสูง เช่น ผลไม้สดและผักต่างๆ และถั่วต่างๆ
4. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ งดสูบบุหรี่และไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ และหลีกเลี่ยงภาวะเครียด

6. โรคมะเร็ง

การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง



1. ไม่สูบบุหรี่ หรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีบุหรี่
2. รับประทานอาหารให้หลากหลาย ที่ประกอบด้วยธัญพืช เช่น ถั่วชนิดต่างๆ ข้าวกล้อง พืช ผักหลายๆ อย่าง รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่
3. รับประทานอาหารผักและผลไม้สดให้มากเป็นประจำตามฤดูกาล
4. รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ และเค็มน้อย ลดจำนวนอาหารหมักดอง หรือรมควัน และหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีสารก่อมะเร็ง
5. งดการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
6. ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย ลดความเครียดและออกกำลังกายเป็นประจำ

7. โรคเบาหวาน

การป้องกันและการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน



1. ควบคุมอาหาร อย่าปล่อยให้อ้วนไม่รับประทานของหวาน งดสูบบุหรี่ ดื่มสุราและของเค็ม ควรรับประทานอาหารไขมันต่ำ อาหารที่มีเส้นใยสูง และออกกำลังกายพอควรอย่างต่อเนื่อง
2. พักผ่อนให้เพียงพอ ทำจิตใจให้ร่าเริง อย่าให้เครียดหรือวิตกกังวล
3. พบแพทย์และตรวจเลือดตามนัด รับประทานยาตามแพทย์สั่งโดยเคร่งครัด และสม่ำเสมอ
4. หลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
5. ดูแลรักษาเท้าให้สะอาดอยู่เสมอ เพราะเมื่อมีบาดแผลจะทำให้แผลหายช้า
6. มีลูกอมติดตัวไว้ เพื่อป้องกันการหมดสติจากน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไป หลังรับประทานยาเบาหวาน
7. ถ้ามีแผลแล้วหายช้าหรือมีความผิดปกติใดๆ ควรปรึกษาแพทย์ทันที

8. โรคสมองเสื่อม

การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม

1. ควรตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ รักษาโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดอย่างต่อเนื่อง ตามคำแนะนำของแพทย์
2. ไม่รับประทานยาเอง โดยไม่ปรึกษาแพทย์
3. หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา สารเสพติดต่างๆ
4. ควรให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารโรคต่างๆ อย่างสม่ำเสมอจะช่วยฝึกความจำ
5. รักษาน้ำหนักตัวให้เหมาะสม
6. พบปะญาติ พี่น้อง เพื่อนฝูง และเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เป็นประจำ
7. กระตุ้นให้ทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ออกกำลังกาย จะสามารถชะลอความเสื่อมของร่างกายและสมองได้



คำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุ

อาการที่ควรรีบไปพบแพทย์

1. ตัวร้อนจัด ไข้สูง/หนาวสั่น ไข้หลายวันติดต่อกัน ปวดมึนท้ายทอย ปวดหัว ร่วมกับคลื่นไส้ อาเจียน ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ชักกระตุก หมดสติ
2. ไอเรื้อรัง มีเสมหะเขียวข้น หรือปนเลือด หายใจหอบ
3. บวมตามตัว แขนขา หน้าตา คลำได้ก้อนนูนส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย
4. อาเจียนรุนแรงหรือติดต่อกัน มีเลือดปนหรือเป็นสีดำ ถ่ายอุจจาระเหลว ติดต่อกันหลายครั้งหรือเป็นน้ำ มีมูกเลือดปน หรือเป็นสีดำ
5. มีเลือดออกทางช่องคลอด หรือมีบาดแผลบริเวณอวัยวะเพศ
6. ปัสสาวะขัดหรือกะปริดกะปรอย หรือเป็นสีเลือด สีน้ำตาลแกมเนื้อ หรือ สีชาเข้ม
7. เจ็บหน้าอกเหมือนถูกบีบรัด ปวดร้าวไปที่แขนซ้ายหรือต้นคอ แน่นหน้าอก นอนราบไม่ได้
8. ปวดกระบอกตา เจ็บระคายเคืองตา ตามัว เห็นภาพซ้อน
9. หูอื้อ ปวดในหู มีน้ำหนวก มีสิ่งแปลกปลอมเข้าหู
10. กลืนอาหารลำบาก เหนื่อกบวม
11. กล้ามเนื้อ แขนขาอ่อนแรง กล้ามเนื้อกระตุก ปวดบวมแดงร้อนบริเวณ ข้อต่อ
12. ซึม พุดน้อยลง เบื่ออาหาร ร้องไห้ง่าย บ่นอยากตาย เบื่อชีวิต
13. ทำทางหวาดระแวง กลัวคนทำร้าย ไม่ไว้ใจใคร ระแวงคู่สมรสนอกใจ พุดคนเดียว
14. หลงลืมง่าย จำคนคุ้นหน้าไม่ได้ สับสนเรื่องเวลาและสถานที่

แหล่งข้อมูลสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ

- **กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข**
โทรศัพท์ 02-5904000 เว็บไซต์ www.anamail.moph.go.th
- **สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข**
โทรศัพท์ 02-5906010, 02-5906253 เว็บไซต์ www.gingthai.org
- **สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร**
โทรศัพท์ 02-2460301, 02-2460302 เว็บไซต์ www.thaihealth.or.th
- **สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล**
โทรศัพท์ 02-800-2380 ต่อ 301 เว็บไซต์ www.inmu.mahidol.ac.th
- **กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.)**
โทรศัพท์ 02-6361000 เว็บไซต์ www.gpf.or.th
- **สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ**
โทรศัพท์ 02-2555850-7 ต่อ 300-308 เว็บไซต์ www.oppo.opp.go.th
- **สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค**
โทรศัพท์ 02-5903967, 02-9510402 เว็บไซต์ www.thaincd.com
- **สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต**
โทรศัพท์ 02-5908168, 02-5908570 เว็บไซต์ www.sorponsor.com
- **สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระศรีนครินทร์ราบรมราชชนนี**
โทรศัพท์ 02-2823251, 02-282-7716
- **เจ็บป่วยฉุกเฉิน โทร. 1669**
- **เหตุด่วน-เหตุร้าย โทร. 191**
- **สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย**
โทรศัพท์ 086-9904207 เว็บไซต์ www.azthai.org
- **สมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย**
โทรศัพท์ 02-7165995 เว็บไซต์ www.thaidementia.org



กำหนดนัดเพื่อตรวจสุขภาพครั้งต่อไป



ตรวจครั้งที่	วัน เดือน ปี	เวลา	รายการตรวจ/กิจกรรม	สถานพยาบาล ที่นัดตรวจ
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

กิจวัตรประจำวัน/คะแนนพฤติกรรม	ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี)				
	1	2	3	4	5
3. ลูกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียง ไปยังเก้าอี้ 0. ไม่สามารถ นั่งได้ (นั่งแล้ว จะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น 	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
1. ต้องการ ความช่วยเหลือ อย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรง หรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คน พยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ 	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2. ต้องการ ความช่วยเหลือ บ้าง เช่น บอกให้ ทำตาม หรือช่วย พยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแล เพื่อความปลอดภัย 	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3. ทำได้เอง 	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
4. ใช้ห้องน้ำ 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ 	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

ส่วนที่ 3 บันทึกการตรวจรักษาพยาบาล

บันทึกการตรวจสุขภาพประจำปี

รายการส่งตรวจ	ค่าอ้างอิง	ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี)									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
CBC การตรวจนับเม็ดเลือด											
- Hb ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง *	ญ.12-16 gm/dl, ช.14-18 gm/dl										
- Hct อัตราความเข้มข้นของเลือด *	ญ.37-48 %, ช.42-52%										
- WBC จำนวนเม็ดเลือดขาว	4,000-11,000/ul										
- Platelet count จำนวนเกล็ดเลือด	150,000-440,000/ul										
Blood Chemistry การตรวจสารเคมีในเลือด											
- FBS น้ำตาลในเลือด *	70-100 mg/dl										
- BUN การทำงานของไต	6-20 mg/dl										
- Cr การทำงานของไต	0.5-1.0 mg/dl										
- Uric acid กรดยูริกในเลือด	2.0-7.0 mg/dl										
- Cholesterol ไขมันโคเลสเตอรอล *	< 200 mg/dl										
- Triglyceride ไขมันไตรกลีเซอไรด์	< 200 mg/dl										
- HDL ไขมันเอชดีแอล (ไขมันชนิดดี)	> 40 mg/dl										
- LDL ไขมันแอลดีแอล (ไขมันชนิดเลว)	< 160 mg/dl										
- Alk phosphatase ตับและกระดูก	35-105 U/L										
- SGOT เอนไซม์ตับ	0-32 U/L										
- SGPT เอนไซม์ตับ	0-33 U/L										
การตรวจอื่นๆ											
UA การตรวจปัสสาวะ *											
Stool การตรวจอุจจาระ *											
pap smear/VIA การตรวจมะเร็งปากมดลูก *											
การตรวจพิเศษต่างๆ											
คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)											
คลื่นสะท้อนเสียง (Ultrasound)											
เอ็กซเรย์ (x-ray)											
อื่นๆ.....											
.....											
.....											

หมายเหตุ * อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช.

