

แบบคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน (COMMUNITY SCREENING)

- แบบคัดกรองนี้ออกแบบมาสำหรับการคัดกรองในชุมชนโดยอาสาสมัครหรือครอบครัวของผู้สูงอายุ
- กรณีที่คัดกรองแล้วพบความผิดปกติอย่างน้อย 1 ข้อ ให้ส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อทำการประเมินเชิงลึกต่อไป

ข้อมูลทั่วไป

เลขประจำตัวประชาชน - - - -

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว) วัน เดือน ปีเกิด อายุ ปี

เพศ ชาย หญิง ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ หมู่ ตำบล อำเภอ จังหวัด

ท่านอยู่กับใครที่บ้าน อยู่คนเดียว อยู่มากกว่า 1 คน

ข้อมูลเชิงสังคม

- การอยู่อาศัย หรือ ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย
 - ไม่ได้อยู่คนเดียว หรือ มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย
 - อยู่คนเดียว หรือ ไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย
- ลักษณะที่อยู่อาศัย
 - มั่นคงแข็งแรง หรือไม่มั่นคงแต่ไม่มีผลต่อความปลอดภัยในชีวิตและสุขภาพ
 - ไม่มีที่อยู่อาศัย หรือ มีที่อยู่อาศัยแต่ไม่ปลอดภัยต่อชีวิตและสุขภาพ
- ความเพียงพอของรายได้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน
 - เพียงพอ ไม่เพียงพอ

แบบคัดกรองผู้สูงอายุ

ความถดถอยของร่างกาย	การทดสอบ	ส่งต่อเพื่อประเมินเชิงลึก กรณีพบอย่างน้อยหนึ่งข้อ
ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย (LIMITED MOBILITY)	<ul style="list-style-type: none"> • ให้ผู้สูงอายุเดินไปและกลับด้วยตนเอง 6 เมตร ภายในระยะเวลา 12 วินาที (TIME UP AND GO TEST) • มีประวัติหกล้มภายใน 6 เดือน อย่างน้อย 1 ครั้ง 	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> มี
ด้านการขาดสารอาหาร (MALNUTRITION)	<ul style="list-style-type: none"> • น้ำหนักลดมากกว่า 3 กิโลกรัมภายในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา (โดยไม่ได้ตั้งใจ ลดน้ำหนัก) • มีความอยากอาหารลดลงหรือไม่ 	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> มี
ด้านการมองเห็น (VISUAL IMPAIRMENT)	<ul style="list-style-type: none"> • คุณมีปัญหาใดๆเกี่ยวกับดวงตาของคุณ เช่น การมองระยะไกล การอ่านหนังสือ 	<input type="checkbox"/> มี
ด้านการได้ยิน (HEARING LOSS)	<ul style="list-style-type: none"> • ให้ถูนิ้วโป้งกับนิ้วชี้ห่างจากหูของผู้สูงอายุประมาณ 1 นิ้ว ที่ละข้าง ทั้งหูขวาและ หูซ้าย (Finger rub test) 	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ยินทั้ง 2 ข้าง <input type="checkbox"/> ไม่ได้ยินข้างเดียว
ด้านภาวะซึมเศร้า (DEPRESSIVE SYMPTOMS)	<ul style="list-style-type: none"> • ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึกหดหู เศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวัง หรือไม่ • ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่ 	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> มี
ด้านการกลั้นปัสสาวะ (URINARY INCONTINENCE)	<ul style="list-style-type: none"> • ผู้สูงอายุมีภาวะปัสสาวะเล็ดหรือปัสสาวะรด จนทำให้เกิดปัญหาในการใช้ ชีวิตประจำวัน 	<input type="checkbox"/> มี
ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)	<ul style="list-style-type: none"> • ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของท่านในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยไม่ต้องพึ่งคนอื่น ลดลงหรือไม่ (กินอาหาร ล้างหน้าแปรงฟันหวีผม ลุกนั่งจากที่นอนหรือเตียง เข้าห้องน้ำ เคลื่อนที่ไปมาในบ้าน สวมใส่เสื้อผ้า ขึ้นลงบันได 1 ชั้น อาบน้ำ กลั้นอุจจาระ กลั้นปัสสาวะ) 	<input type="checkbox"/> ลดลง
ช่องปาก	<ul style="list-style-type: none"> • ท่านมีความยากลำบากในการเคี้ยวอาหารแข็งหรือไม่ • ท่านมีอาการเจ็บปวดในช่องปากหรือไม่ 	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> มี
ด้านความคิดความจำ (COGNITIVE DECLINE)	<ul style="list-style-type: none"> • ให้ทำแบบทดสอบด้านความคิดความจำ (Mini cog) 	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ
สรุป พบผิดปกติ	 ด้าน

แบบทดสอบด้านความคิดความจำ Mini-Cog (S.Borson)

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

วันที่เก็บข้อมูล

ชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย (นาย, นาง, นางสาว) อายุ ปี

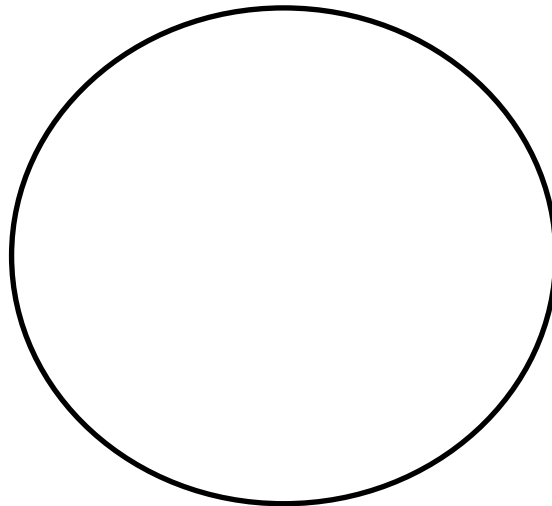
ขั้นที่ 1 ให้ผู้ทดสอบพูดตาม และจำคำ 3 คำไว้ แล้วจะกลับมาถามซ้ำ

หลานสาว

สวรรค์

ภูเขา

ขั้นที่ 2 วาดรูปนาฬิกา โดยใส่ตัวเลข และเข็มนาฬิกา ที่เวลา 11.10 น.



ขั้นที่ 3 ให้ผู้ทดสอบบอกคำ ที่ให้จำไว้ 3 คำ ใน ขั้นที่ 1

การให้คะแนน

Word recall (0-3 คะแนน)	1 คะแนน ต่อ 1 คำ
Clock Draw (0 หรือ 2 คะแนน)	2 คะแนน วาดรูปครบถ้วนทั้งตัวเลขและเวลา
รวมคะแนน (0-5 คะแนน)	คะแนน Word recall + Clock Draw

Mini-Cog (S.Borson) ถ้าคะแนนน้อยกว่า 3 คะแนน ผิดปกติมีภาวะ Cognitive ผิดปกติ

ที่มา: Mini-Cog™ © S. Borson. All rights reserved. Reprinted with permission of the author solely for clinical and educational purposes. May not be modified or used for commercial, marketing, or research purposes without permission of the author (soob@uw.edu). v. 01.19.16

.....
พัฒนาเครื่องมือจาก แบบคัดกรองผู้สูงอายุชุมชน (community screening) โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ

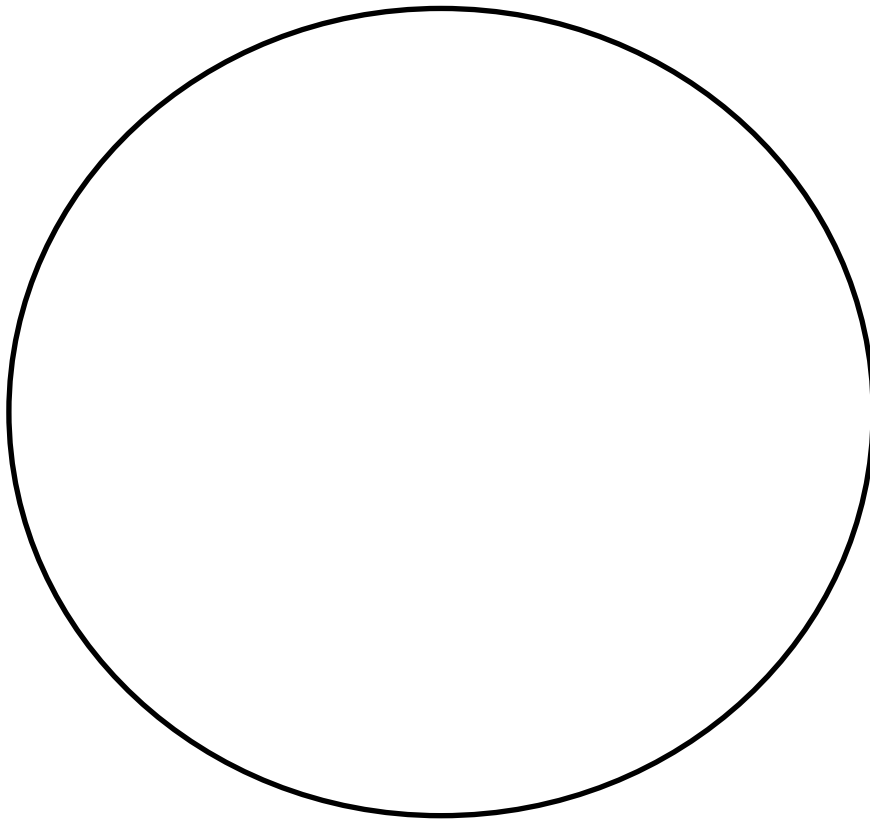
แบบทดสอบด้านความคิดความจำ Mini-Cog (S.Borson)

(สำหรับผู้สูงอายุ)

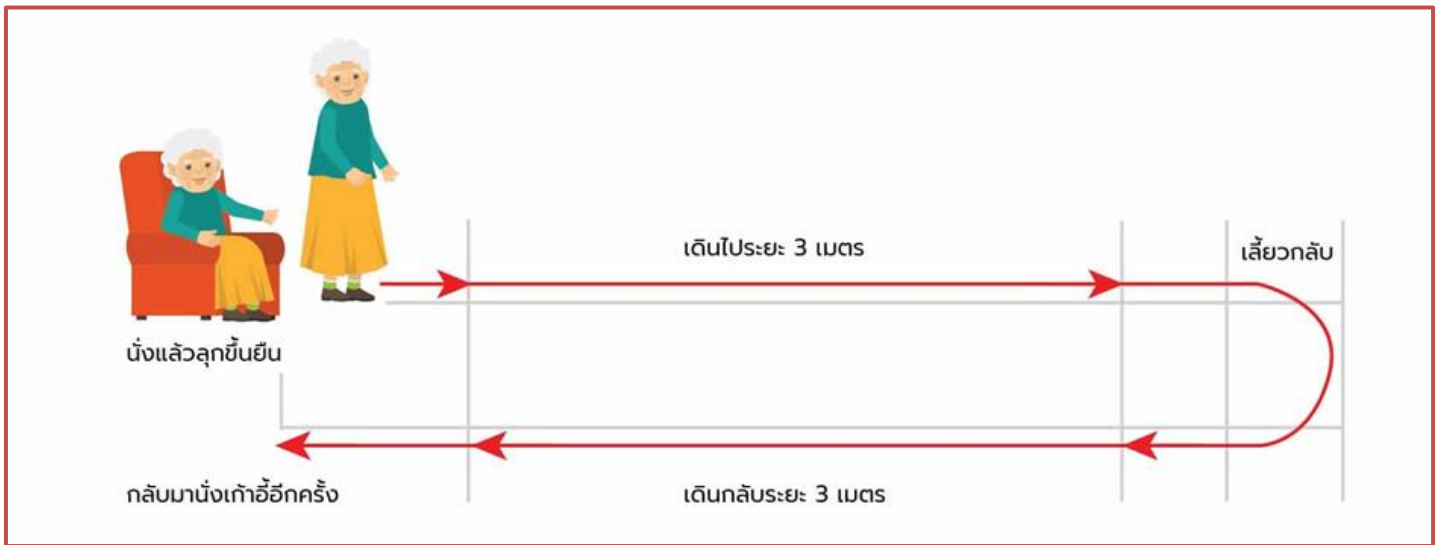
วันที่เก็บข้อมูล

ชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย (นาย, นาง, นางสาว) อายุ ปี

ให้ผู้สูงอายุวาดรูปนาฬิกา โดยใส่ตัวเลข และเข็มนาฬิกา ที่เวลา 11.10 น.



การทดสอบแบบ Timed up and Go



วิธีการปฏิบัติ

1. ให้ผู้สูงอายุ นั่งบนเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขน
2. ลุกขึ้นยืนเอง
3. เดินด้วยความเร็วปกติของผู้ป่วย เป็นเส้นตรงไปข้างหน้า เป็นระยะทาง 3 เมตร แล้วหมุนตัว เดินกลับมานั่งที่เก้าอี้เดิม
4. ผู้ทดสอบจับเวลาตั้งแต่ให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นจนกลับมา นั่งที่เดิม พร้อมสังเกตลักษณะการเดิน
5. ตลอดการทดสอบ ผู้ทดสอบหรือผู้ช่วยควรอยู่ใกล้ผู้สูงอายุเพื่อระวังการล้ม
6. ถ้าปกติผู้สูงอายุต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดินเช่นไม้เท้า ก็ให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์นั้นตามปกติขณะทดสอบ
7. ถ้าใช้เวลามากกว่าหรือเท่ากับ 12 วินาทีถือว่ามีความเสี่ยงหกล้ม ต้องทำการตรวจประเมินเพิ่มเติม

แบบประเมินภาวะโภชนาการ (Nutritional Assessment; MNA)

ชื่อ		สกุล		
เพศ	อายุ	น้ำหนัก (กก.)	ส่วนสูง (ซม.)	วันที่

Mini Nutritional Assessment: MNA (Screening): short form

การคัดกรองภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ	
A ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา มารับประทานอาหารได้น้อยลงเนื่องจากความอยากอาหารลดลง มีปัญหาการย่อย การเคี้ยว หรือปัญหาการกลืนหรือไม่	
<input type="radio"/> 0 รับประทานอาหารน้อยลงอย่างมาก <input type="radio"/> 2 การรับประทานอาหารไม่เปลี่ยนแปลง	<input type="radio"/> 1 รับประทานอาหารน้อยลงปานกลาง
B ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักลดลงหรือไม่	
<input type="radio"/> 0 น้ำหนัก ลดลงมากกว่า 3 กิโลกรัม <input type="radio"/> 2 น้ำหนักลดระหว่าง 1- 3 กิโลกรัม	<input type="radio"/> 1 ไม่ทราบ <input type="radio"/> 3 น้ำหนักไม่ลดลง
C สามารถเคลื่อนไหวได้เองหรือไม่	
<input type="radio"/> 0 นอนบนเตียงหรือต้องอาศัยรถเข็นตลอดเวลา <input type="radio"/> 1 ลุกจากเตียงหรือรถเข็นได้บ้าง แต่ไม่สามารถไปข้างนอกได้เอง <input type="radio"/> 2 เดินและเคลื่อนไหวได้ตามปกติ	
D ใน 3 เดือนที่ผ่านมา มีความเครียดรุนแรงหรือป่วยเฉียบพลันหรือไม่	
<input type="radio"/> 0 มี <input type="radio"/> 2 ไม่มี	
E มีปัญหาทางจิตประสาท (Neuropsychological problems) หรือไม่	
<input type="radio"/> 0 ความจำเสื่อม หรือซึมเศร้า อย่างรุนแรง <input type="radio"/> 2 ไม่มีปัญหาทางประสาท	<input type="radio"/> 1 ความจำเสื่อมเล็กน้อย
F1 ดัชนีมวลกาย (BMI) = น้ำหนักตัว (กก.) / [ส่วนสูง (ม.) ²]	
<input type="radio"/> 0 BMI น้อยกว่า 19 <input type="radio"/> 2 BMI ตั้งแต่ 21 แต่น้อยกว่า 23	<input type="radio"/> 1 BMI ตั้งแต่ 19 แต่น้อยกว่า 21 <input type="radio"/> 3 BMI ตั้งแต่ 23 ขึ้นไป
*** หากไม่สามารถหาค่าดัชนีมวลกายได้ให้เปลี่ยนคำถามข้อ F1 เป็น F2	
F2 เส้นรอบวงน่อง (Calf circumference; CC) หน่วยเป็นเซนติเมตร	
<input type="radio"/> 0 CC น้อยกว่า 31	<input type="radio"/> 3 CC ตั้งแต่ 31 ขึ้นไป

เกณฑ์การประเมิน

คะแนนเต็ม 14 คะแนน

หากคะแนนรวม ≤ 11 คะแนน ให้ประเมินต่อด้วย Full MNA

12-14 คะแนน โภชนาการปกติ

8-11 คะแนน เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร

0-7 คะแนน ขาดสารอาหาร

แบบประเมินภาวะโภชนาการ (Nutritional Assessment; MNA)

Mini Nutritional Assessment: MNA (Assessment): Full form

การประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ	
G ช่วยเหลือตัวเองได้ (ไม่อยู่ในการดูแลของสถานพักฟื้นคนชรา หรือโรงพยาบาล)	
① ใช่	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 ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿ ๐ ไม่ใช่
I รับประทานอาหารมากกว่า 3 ชนิด ต่อวัน	
① ใช่	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 ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿ ๐ ไม่ใช่
H มีแผลกดทับหรือแผลที่ผิวหนังหรือไม่	
① ใช่	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 ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿ ๐ ไม่ใช่
J ผู้ป่วยรับประทานอาหารเต็มมือ ได้กี่มื้อต่อวัน	
① 1 มื้อ	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 ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿ ๑ 2 มื้อ ๒ 3 มื้อ
K ผู้ป่วยรับประทานอาหารจำพวกโปรตีนเหล่านี้บ้างหรือไม่ • นมหรือผลิตภัณฑ์จากนม (เช่น ชีส โยเกิร์ต) อย่างน้อย 1 หน่วยบริโภคต่อวัน • ถั่ว หรือไข่อย่างน้อย 2 หน่วยบริโภคต่อสัปดาห์ • เนื้อสัตว์ ปลาหรือสัตว์ปีกทุกวัน	
① ใช่	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 ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿ ๐ ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
L ผู้ป่วยรับประทานอาหารผักหรือผลไม้อย่างน้อย 2 หน่วยบริโภคต่อวัน	
① ไม่ใช่	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 ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿ ๑ ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
M ต้มเครื่องต้ม (น้ำ น้ำผลไม้ กาแฟ ชา นม หรืออื่นๆ) ปริมาณเท่าไรต่อวัน	
① น้อยกว่า 3 ถ้วย	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 ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿ ๑ 3-5 ถ้วย ๒ มากกว่า 5 ถ้วย
N ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองขณะรับประทานอาหาร	
① ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง	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 ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿ ๑ รับประทานอาหารได้เองแต่ค่อนข้างลำบาก
② รับประทานอาหารได้เอง / ไม่มีปัญหา	
O คิดว่าตนเองมีภาวะโภชนาการเป็นอย่างไร	
① ขาดสารอาหาร	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 ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿ ๑ ไม่แน่ใจว่ามีภาวะโภชนาการอย่างไร ๒ ไม่ขาดสารอาหาร
P เมื่อเทียบกับคนในวัยเดียวกันคิดว่าสุขภาพของตนเป็นอย่างไร	
① ด้อยกว่า	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 ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿ ๑ ไม่ทราบ ๒ พอกัน ๓ ดีกว่า
Q เส้นรอบวงแขน (Mid-arm circumference; MAC) หน่วยเป็นเซนติเมตร	
① MAC น้อยกว่า 21	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 ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿ ๑ MAC 21-22 ๒ MAC ตั้งแต่ 22 ขึ้นไป
R เส้นรอบวงน่อง (Calf circumference; CC) หน่วยเป็นเซนติเมตร	
① CC น้อยกว่า 31	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 ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿ ๑ CC ตั้งแต่ 31 ขึ้นไป

เกณฑ์การประเมิน

คะแนนรวม 30 คะแนน : คะแนนคัดกรอง (เต็ม 14 คะแนน) รวมกับคะแนนประเมิน (เต็ม 16 คะแนน)

24-30 คะแนน	โภชนาการปกติ
17-23.5 คะแนน	เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร
น้อยกว่า 17 คะแนน	ขาดอาหาร

การประเมินสุขภาพช่องปาก

ชื่อ..... นามสกุล..... อายุ ปี

การประเมินช่องปากผู้สูงอายุ

1. ปัญหาการเคี้ยวอาหาร

1.1 มีฟันผุ รากฟันผุที่ไม่สามารถป้องกัน หรือให้บริการได้ หรือไม่

 มี ไม่มี

1.2 มีเหงือกบวม ฝึ หนอง ฟันโยก หรือไม่

 มี ไม่มี

1.3 จำนวนฟันแท่นน้อยกว่าเกณฑ์ (อย่างน้อย 20 ซี่หรือ 4 คู่สบ) หรือไม่

 ใช่ ไม่ใช่

2. ปัญหาเนื้อเยื่อช่องปาก: มีก้อน รอยแดงรอยขาว แผลเรื้อรัง นานกว่า 2 สัปดาห์ หรือไม่

 มี ไม่มี

3. ปัญหาปากแห้ง น้ำลายแห้ง: ต้องดื่มน้ำตามเพื่อช่วยกลืนบ่อยครั้ง/ มีอาการลิ้นแห้ง ติดเพดานบ่อย หรือไม่

 มี ไม่มี

4. สภาพช่องปาก (Oral Hygiene) สะอาด หรือไม่

 สะอาด ไม่สะอาด

เกณฑ์การประเมิน

ข้อ 1-3 ถ้าประเมินว่า “มี” หรือ “ใช่ ” ≥ 1 ข้อ ควรส่งต่อ




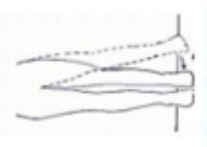


ถ้าประเมินว่า “ไม่มี” หรือ “ไม่ใช่ ” ควรแนะนำและบริการส่งเสริม ป้องกัน

ข้อ 4 ถ้าประเมินว่า “ไม่สะอาด” ควรฝึกการแปรงฟันและใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อควบคุมคราบจุลินทรีย์








การประเมินสุขภาพองค์รวม (Comprehensive Assessment for Care Plan) เพื่อวางแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ด้านการเคลื่อนไหว

ชื่อ..... นามสกุล..... อายุ

ตอนที่ 1 การประเมินเพื่อออกแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล

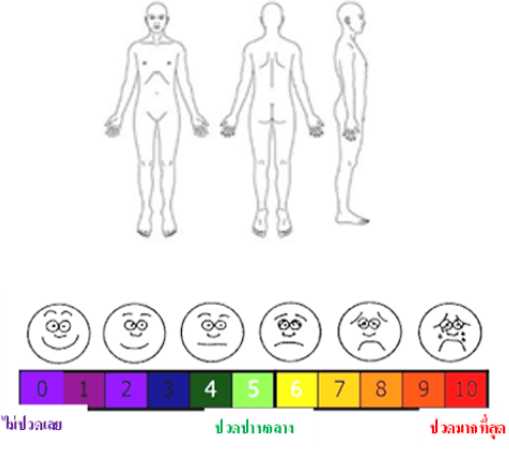
ประเมินการเคลื่อนไหว	ประเมินช่วงการเคลื่อนไหว	ประเมินความแข็งแรงกล้ามเนื้อ	ผลการประเมิน	แผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล
ข้อสะโพก	ท่าที่ 1 - นอนหงายตะขาไปข้างหน้าเข้าเหยียดตรง  - นอนคว่ำเหยียดขาไปด้านหลัง  ผลการประเมิน <input type="checkbox"/> ทำได้ สุดช่วงการเคลื่อนไหว (เปรียบเทียบกับ 2 ข้าง) <input type="checkbox"/> ทำได้ ไม่สุดช่วงการเคลื่อนไหว	ท่าที่ 1 - นอนหงายตะขาไปข้างหน้าเข้าเหยียดตรง เกร็งขาด้านแรงกับผู้ประเมิน - นอนคว่ำเหยียดขาไปด้านหลัง เกร็งขาด้านแรงกับผู้ประเมิน  ผลการประเมิน <input type="checkbox"/> ด้านแรงได้ <input type="checkbox"/> ด้านแรงไม่ได้	1. สรุปผลการประเมินช่วงการเคลื่อนไหว ข้อที่ช่วงการเคลื่อนไหวผิดปกติ ได้แก่ <input type="checkbox"/> ข้อสะโพก <input type="checkbox"/> ข้อเข่า <input type="checkbox"/> ข้อเท้า สรุปจำนวนข้อที่ผิดปกติ 2. สรุปผลการประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ข้อที่ด้านแรงไม่ได้ ได้แก่ <input type="checkbox"/> ข้อสะโพก <input type="checkbox"/> ข้อเข่า <input type="checkbox"/> ข้อเท้า สรุปจำนวนข้อที่ผิดปกติ	<ul style="list-style-type: none"> ○ โปรแกรมการยืดกล้ามเนื้อ ○ โปรแกรมเพิ่มองศาการเคลื่อนไหว ○ โปรแกรมการฝึกการทรงตัว ○ โปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ หมายเหตุ ถ้าผิดปกติช่วงการเคลื่อนไหว ให้ใช้โปรแกรมเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวถ้าผิดปกติการทรงตัว ให้ใช้โปรแกรมฝึกการทรงตัวถ้าผิดปกติความแข็งแรงกล้ามเนื้อ ให้ใช้โปรแกรมเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อถ้าปวดขา ปวดหลังให้ใช้โปรแกรมการยืดกล้ามเนื้อถ้าปวดข้อเข่าให้ใช้โปรแกรมเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ เฉพาะท่าที่ 1, 3, 6, 7ถ้าปวดข้อเท้าให้ใช้โปรแกรมเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ เฉพาะท่าที่ 2
	ท่าที่ 2 - นอนหงาย กางขาออกด้านข้าง - นอนหงาย หุบขาเข้า  ผลการประเมิน <input type="checkbox"/> ทำได้ สุดช่วงการเคลื่อนไหว (เปรียบเทียบกับ 2 ข้าง) <input type="checkbox"/> ทำได้ ไม่สุดช่วงการเคลื่อนไหว	ท่าที่ 2 - นอนหงาย กางขาออกด้านข้าง เกร็งขาด้านแรงกับผู้ประเมิน - นอนหงายหุบขาเข้า เกร็งขาด้านแรงกับผู้ประเมิน  ผลการประเมิน <input type="checkbox"/> ด้านแรงได้ <input type="checkbox"/> ด้านแรงไม่ได้		
	ท่าที่ 3 - นอนหงาย หมุนขาเข้า / หมุนขาออก  ผลการประเมิน <input type="checkbox"/> ทำได้ สุดช่วงการเคลื่อนไหว (เปรียบเทียบกับ 2 ข้าง) <input type="checkbox"/> ทำได้ ไม่สุดช่วงการเคลื่อนไหว			

การประเมินสุขภาพองค์รวม (Comprehensive Assessment for Care Plan) เพื่อวางแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ด้านการเคลื่อนไหว

ประเมินการเคลื่อนไหว	ประเมินช่วงการเคลื่อนไหว	ประเมินความแข็งแรงกล้ามเนื้อ	ผลการประเมิน	แผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล
ข้อเข่า	<p>- นอนหงาย งอเข่า / เทียบเข่า</p>  <p>ผลการประเมิน</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ทำได้ สุดช่วงการเคลื่อนไหว (เปรียบเทียบกับ 2 ข้าง) <input type="checkbox"/> ทำได้ ไม่สุดช่วงการเคลื่อนไหว 	<p>- นอนหงาย งอเข่า เกร็งขาต้านแรงกับผู้ประเมิน</p> <p>- นอนหงาย เทียบเข่า เกร็งขาต้านแรงกับผู้ประเมิน</p>  <p>ผลการประเมิน</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ต้านแรงได้ <input type="checkbox"/> ต้านแรงไม่ได้ 		
ข้อเท้า	<p>- กระดกข้อเท้าขึ้น / ถีบปลายทางลง</p>  <p>ผลการประเมิน</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ทำได้ สุดช่วงการเคลื่อนไหว (เปรียบเทียบกับ 2 ข้าง) <input type="checkbox"/> ทำได้ ไม่สุดช่วงการเคลื่อนไหว 	<p>- กระดกข้อเท้าขึ้นเกร็งขาต้านแรงกับผู้ประเมิน</p> <p>- ถีบปลายทางลงเกร็งขาต้านแรงกับผู้ประเมิน</p>  <p>ผลการประเมิน</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ต้านแรงได้ <input type="checkbox"/> ต้านแรงไม่ได้ 		
ประเมินการทรงตัว	<p>1. การทรงตัวแบบที่ 1</p> <p>- ยืนให้เท้า 2 ข้างชิดกัน ปลายเท้า 2 ข้างเสมอกัน</p> 		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> สามารถยืนได้ ไม่มีเซ <input type="checkbox"/> สามารถยืนได้ มีการเซ 	
	<p>2. การทรงตัวแบบที่ 2</p> <p>- ยืนให้ปลายเท้าข้างใดข้างหนึ่ง ส้ำหน้าเท้าอีกข้างหนึ่ง ประมาณครึ่งฝ่าเท้า</p> 		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> สามารถยืนได้ ไม่มีเซ <input type="checkbox"/> สามารถยืนได้ มีการเซ 	
	<p>3. การทรงตัวแบบที่ 3</p> <p>- ยืนให้ส้นเท้าข้างใดข้างหนึ่งแตะปลายเท้าของเท้าอีกข้างหนึ่ง</p> 		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> สามารถยืนได้ ไม่มีเซ <input type="checkbox"/> สามารถยืนได้ มีการเซ 	

หมายเหตุ กรณีได้รับการผ่าตัดข้อสะโพก/ข้อเข่า หรือมีอาการปวด/บวม/แดง/ร้อน ของกล้ามเนื้อและข้อ ควรได้รับการประเมินจากนักกายภาพ พยาบาล หรือแพทย์เพื่อพิจารณาการตรวจวินิจฉัยอย่างเหมาะสม

การประเมินสุขภาพองค์รวม (Comprehensive Assessment for Care Plan)
 เพื่อวางแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ด้านการเคลื่อนไหว

การประเมินความเจ็บปวด	ผลการประเมิน	แผนการส่งเสริมรายบุคคล
	<p>ปวดบริเวณไหน ระบุ</p> <p>ระดับอาการปวด ระบุ</p>	

การประเมินสุขภาพองค์รวม (Comprehensive Assessment for Care Plan)
เพื่อวางแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ด้านการเคลื่อนไหว

ตอนที่ 2 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (Environment factor)

1. แสงสว่างไม่พอ/ไม่เปิดไฟ แนวทางในการแก้ไข.....

มี ไม่มี

2. พื้นลื่น วางของเกะกะ พรหม มีสัตว์เลี้ยง/เด็กเล็กในบ้าน แนวทางในการแก้ไข.....

มี ไม่มี

3. พื้นต่างระดับ/บันได แนวทางในการแก้ไข.....

มี ไม่มี

4. รองเท้าไม่เหมาะสม: ตะ แลวม สูง แนวทางในการแก้ไข.....

มี ไม่มี

5. ห้องน้ำ: โถนั่ง พื้นลื่น แยกส่วนเปียกส่วนแห้ง แนวทางในการแก้ไข.....

มี ไม่มี

หมายเหตุ ถ้ามีข้อใดข้อหนึ่งให้วางแผนเพื่อจัดการสิ่งแวดล้อม

6. กินยาที่มีฤทธิ์ง่วงซึมหรือมีการใช้ยาร่วมกันตั้งแต่ 5ชนิด ขึ้นไป แนวทางในการแก้ไข.....

มี ไม่มี

หมายเหตุ ถ้ามีให้ไปประเมินและวางแผนการจัดการเรื่องยา

การออกกำลังกาย

ป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

โปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ



1. ทำเหยียดเข่า นั่งเก้าอี้จากนั้นเหยียดขาไปข้างหน้าให้ตรง พร้อมกระดกข้อเท้าขึ้น ทำซ้ำ ๆ 10 ครั้ง สลับกันทั้ง 2 ข้าง



4. ทำกางขาไปด้านข้าง ยืนหันข้างให้เก้าอี้ แยกเท้าออกประมาณช่วงไหล่ มือข้างหนึ่งจับเก้าอี้ กางขาออกไปด้านข้างแล้วกลับสู่ท่าเดิม ทำซ้ำ ๆ 10 ครั้ง ทำสลับกันทั้ง 2 ข้าง



2. ทำเขย่งฝ่าเท้า ยืนตรงมือ 2 ข้าง จับเก้าอี้ แล้วเขย่งปลายเท้าให้สูงที่สุด แล้วกลับสู่ท่าเดิม ทำซ้ำ ๆ 10 ครั้ง



5. ทำเหยียดสะโพก ยืนหันหน้าเข้าทางเก้าอี้ มือ 2 ข้างจับเก้าอี้ หลังจากนั้นเหยียดขาไปด้านหลังแล้วกลับสู่ท่าเดิม ทำซ้ำ ๆ 10 ครั้ง ทำสลับกันทั้ง 2 ข้าง



3. ทำงอเข่า ยืนจับเก้าอี้ จากนั้นงอเข่าไปทางด้านหลังให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ แล้วกลับสู่ท่าเดิม ทำซ้ำ ๆ 10 ครั้ง ทำสลับกันทั้ง 2 ข้าง



6. ทำงอสะโพก ยืนหันข้างให้เก้าอี้ มือข้างหนึ่งจับเก้าอี้ จากนั้นให้ยกขาขึ้นไปทางด้านหน้า แล้วกลับสู่ท่าเดิม ทำซ้ำ ๆ 10 ครั้ง ทำสลับกันทั้ง 2 ข้าง



7. ทำย่อเข่า ยืนหันหน้าให้เก้าอี้ แยกเท้าออกประมาณช่วงไหล่ จากนั้นย่อเข่า 2 ข้างลง แล้วกลับสู่ท่าเดิมทำซ้ำ ๆ 10 ครั้ง

โปรแกรมเพิ่มองศาการเคลื่อนไหว

1. Heel slide นอนหงายลากส้นเท้าติดเตียงงอเข่าให้ได้มากที่สุดเท่าที่ไม่กระตุ้นอาการปวด และสามารถนำผ้าคล้องปลายเท้าช่วยดึงให้เข่างอเพิ่มขึ้นได้ หากงอแล้วไม่ปวดทำค้างไว้ 5 วินาที ทำซ้ำ ๆ ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 2 รอบ ทำต่อเนื่องทุกวัน



2. Position for knee extension นอนหงายวางเท้าข้างที่ต้องการยืดไว้บนหมอนหนุน 1 ใบ เหยียดขาให้ตั้งทำค้างไว้ 5 วินาที ทำซ้ำ 10 ครั้ง วันละ 2 รอบ ทำต่อเนื่องทุกวัน (หากเข่าอ่อนไม่ควรปฏิบัติทำนี้)

โปรแกรมการฝึกการทรงตัว

1. ทำเขย่งปลายเท้า ยืนตัวตรง มือเกาะเก้าอี้ (ขาเก้าอี้ไม่มีล้อหมุน) ค่อย ๆ เขย่งปลายเท้าให้สูงที่สุด ปล่อยมือจากเก้าอี้ ยกมือทั้ง 2 ข้าง ขึ้นขนานกับพื้น และพยายามทรงตัวให้นานที่สุดเท่าที่ทำได้



2. ทำงอสะโพก ยืนตัวตรง มือเกาะเก้าอี้ ค่อย ๆ งอเข่าข้างหนึ่งมาหาหน้าอก ปล่อยมือจากเก้าอี้ ยกมือทั้ง 2 ข้าง ขึ้นขนานกับพื้น และทรงตัวให้นานที่สุดเท่าที่ทำได้ ทำซ้ำโดยยืนบนขาอีกข้างหนึ่ง



3. ทำเดินต่อส้นเท้า เดินให้ส้นเท้าข้างหนึ่งชนกับปลายนิ้วเท้าของขาอีกข้างหนึ่ง เดินสลับกันเป็นเส้นตรง

โปรแกรมการยืดกล้ามเนื้อ

1. ทำยืดกล้ามเนื้อหลัง นอนราบบนเตียง กอดเข่าทั้ง 2 ข้าง แล้วยกเข่าทั้ง 2 ข้าง เข้ามาชิดอก ค้างไว้ 10-30 วินาที แล้วกลับสู่ท่าเดิม



3. ทำยืดกล้ามเนื้อสะโพก นอนราบบนเตียง ไขว้ขาขวาเหมือนเลข 4 ใช้มือดึงขาซ้ายเข้าชิดอก ค้างไว้ 10-30 วินาที แล้วกลับสู่ท่าเดิม ทำสลับกันทั้ง 2 ข้าง

2. ทำยืดกล้ามเนื้อหลังด้านข้าง นอนราบบนเตียง ชันเข่าขวาข้ามไขว้ขาซ้าย มือซ้ายดึงเข่าขวาชิดเตียง มือขวาจับขอบเตียง ค้างไว้ 10-30 วินาที แล้วกลับสู่ท่าเดิม ทำสลับกันทั้ง 2 ข้าง



4. ทำยืดกล้ามเนื้อขา นั่งบนเตียง เหยียดขาแล้วกระดกปลายเท้าทั้ง 2 ข้างขึ้น และก้มตัวให้มือแตะปลายเท้า ค้างไว้ 10-30 วินาที แล้วกลับสู่ท่าเดิม

การประเมินสุขภาพองค์รวม (Comprehensive Assessment for Care Plan) เพื่อวางแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ด้านการเคลื่อนไหว

ข้อควรระวัง

1. รู้จักตนเองว่าเป็นโรคอะไร และมีความเสี่ยงอย่างไร เลือกการออกกำลังกายที่เหมาะสม
2. เริ่มออกกำลังกายจากเบาๆ ในเวลาสั้นๆ ก่อน แล้วค่อยเพิ่มขึ้นจนสามารถออกกำลังกายได้นานประมาณ 15-30 นาที
3. สวมใส่เสื้อผ้า รองเท้าที่คล่องแคล่ว และเลือกสถานที่ที่เหมาะสม เพื่อหลีกเลี่ยงอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น
4. ห้ามกลั้นหายใจหรือเบ่งไม่ว่าจะออกกำลังกายอะไรก็ตาม ให้หายใจเข้า-ออกตามปกติ
5. อบอุ่นร่างกายก่อนทุกครั้งประมาณ 10 นาที และอย่าหยุดออกกำลังกายทันที ค่อยๆ ลดความหนักของการออกกำลังกายลง 5-10 นาที ก่อนหยุดออกกำลังกาย
6. อย่าออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยเกินไปสังเกตการหายใจว่าเร็วเกินไปหรือไม่
7. อาการปวดเมื่อยหลังออกกำลังกาย อาจเกิดขึ้นได้ให้พักหรือปรับเปลี่ยนแบบการออกกำลังกายให้เบาลง
8. หากมีอาการผิดปกติระหว่างออกกำลังกาย เช่น หายใจขัด เจ็บหน้าอก หรือเวียนศีรษะต้องหยุดทันที
9. อย่าออกกำลังกายเพียงลำพัง เพราะเสี่ยงล้ม

การประเมินสุขภาพองค์รวม (Comprehensive Assessment for Care Plan) เพื่อวางแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ด้านการเคลื่อนไหว

Medical Assessment

แบบประเมินเพื่อคัดแยกผู้จำเป็นต้องวินิจฉัยเพิ่มเติมทางการแพทย์

พัฒนาแนวทางมาจากกรมการแพทย์และทีมพัฒนาผู้สูงอายุในชุมชน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สำหรับกรณีผู้มีภาวะถดถอยด้านการเคลื่อนไหว

กรณีหนัก

- เกิดเหตุการณ์เมื่อประมาณกี่เดือนที่แล้ว
ภายใน.....เดือนที่แล้ว
เวลาที่เกิดเหตุการณ์
 เช้า สาย บ่าย เย็น กลางคืน
- สถานที่ล้ม
 ในบริเวณบ้าน นอกบริเวณบ้าน
ทำอะไรตอนล้ม (ระบุ)
- อาการก่อนล้ม
 - หน้ามืดเป็นลม
 เป็นบ่อยไหม ขณะนี้ยังเป็นอยู่ไหม
 - แขนขาอ่อนแรง
 เป็นบ่อยไหม ขณะนี้ยังเป็นอยู่ไหม
 - เหนื่อย
 เป็นบ่อยไหม ขณะนี้ยังเป็นอยู่ไหม
 - เดินเซโคลงเคลง
 เป็นบ่อยไหม ขณะนี้ยังเป็นอยู่ไหม
 - หมดสติ/จำเหตุการณ์ไม่ได้
 เป็นบ่อยไหม ขณะนี้ยังเป็นอยู่ไหม
 - ใจสั่น
 เป็นบ่อยไหม ขณะนี้ยังเป็นอยู่ไหม
 - เวียนหัวบ้านหมุน
 เป็นบ่อยไหม ขณะนี้ยังเป็นอยู่ไหม
 - มองไม่ชัดเพราะปัญหาสายตา
 เป็นบ่อยไหม ขณะนี้ยังเป็นอยู่ไหม

กรณีไม่หนัก

มีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่

- หน้ามืดเป็นลม
 เป็นบ่อยไหม ขณะนี้ยังเป็นอยู่ไหม
- แขนขาอ่อนแรง
 เป็นบ่อยไหม ขณะนี้ยังเป็นอยู่ไหม
- เหนื่อย
 เป็นบ่อยไหม ขณะนี้ยังเป็นอยู่ไหม
- เดินเซโคลงเคลง
 เป็นบ่อยไหม ขณะนี้ยังเป็นอยู่ไหม
- หมดสติ/จำเหตุการณ์ไม่ได้
 เป็นบ่อยไหม ขณะนี้ยังเป็นอยู่ไหม
- ใจสั่น
 เป็นบ่อยไหม ขณะนี้ยังเป็นอยู่ไหม
- เวียนหัวบ้านหมุน
 เป็นบ่อยไหม ขณะนี้ยังเป็นอยู่ไหม
- มองไม่ชัดเพราะปัญหาสายตา
 เป็นบ่อยไหม ขณะนี้ยังเป็นอยู่ไหม

ข้อบ่งชี้ก่อนส่งพบแพทย์ เพื่อวินิจฉัยทางการแพทย์เพิ่มเติม

มีอาการเหล่านี้ควรส่งพบเสมอเพื่อหาสาเหตุ

- ✓ หน้ามืดเป็นลม
- ✓ หมดสติ/จำเหตุการณ์ไม่ได้
- ✓ ใจสั่น
- ✓ เหนื่อย

ยังมีอาการเหล่านี้อยู่หรือเป็นบ่อย

- ✓ แขนขาอ่อนแรง
- ✓ เวียนหัวบ้านหมุน
- ✓ เดินเซโคลงเคลง

มีการบาดเจ็บ

- ✓ กระดูกหัก (เพื่อพิจารณารักษาภาวะกระดูกพรุน)
- ✓ มีกระดูก และ/หรือ ข้อต่อผิดปกติ
- ✓ สงสัย Sarcopenia

การประเมินสุขภาพองค์รวม (Comprehensive Assessment for Care Plan) เพื่อวางแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ด้านภาวะโภชนาการ

การประเมินภาวะโภชนาการเพื่อวางแผนสุขภาพเฉพาะราย (คำนวณการเผาผลาญพลังงาน (BMR))

ชื่อ..... นามสกุล..... อายุ ปี

เพศ ชาย หญิง น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร

ขั้นตอนที่ 1 วิธีคำนวณการเผาผลาญพลังงาน (BMR)

ชาย : $BMR = 66 + (13.7 \times \text{น้ำหนักตัวเป็น กก.}) + (5 \times \text{ส่วนสูงเป็น ซม.}) - (6.8 \times \text{อายุ})$
 $BMR = 66 + (13.7 \times \dots) + (5 \times \dots) - (6.8 \times \dots)$
 $BMR = \dots$

หญิง : $BMR = 665 + (9.6 \times \text{น้ำหนักตัวเป็น กก.}) + (1.8 \times \text{ส่วนสูงเป็น ซม.}) - (4.7 \times \text{อายุ})$
 $BMR = 665 + (9.6 \times \dots) + (1.8 \times \dots) - (4.7 \times \dots)$
 $BMR = \dots$

ขั้นตอนที่ 2 การเผาผลาญพลังงานโดยปกติ = BMR x ตัวแปร

- นิ่งทำงานอยู่กับที่ และไม่ได้ออกกำลังกายเลย =x 1.2
- ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาเล็กน้อย ประมาณอาทิตย์ละ 1-3 วัน =.....x 1.375
- ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาปานกลาง ประมาณอาทิตย์ละ 3-5 วัน =.....x 1.55
- ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาปานกลาง ประมาณอาทิตย์ละ 6-7 วัน =.....x 1.725
- ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาอย่างหนักทุกวันเข้าเย็น =.....x 1.9

ดังนั้นพลังงานที่ต้องการในแต่ละวัน =แคลอรี

ต้องการพลังงาน 1,100-1,300 แคลอรี/วัน เลือกแผน A (คำนวณจาก 1,200 แคลอรี/วัน)

ต้องการพลังงาน 1,300-1,500 แคลอรี/วัน เลือกแผน B (คำนวณจาก 1,400 แคลอรี/วัน)

ต้องการพลังงาน 1,500-1,700 แคลอรี/วัน เลือกแผน C (คำนวณจาก 1,600 แคลอรี/วัน)

ต้องการพลังงาน 1,700-1,900 แคลอรี/วัน เลือกแผน D (คำนวณจาก 1,800 แคลอรี/วัน)

ขั้นตอนที่ 3 เลือกแผน

แหล่งที่มา: การคำนวณปริมาณพลังงานที่ร่างกายได้รับต่อวัน,(2559)

สืบค้นเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2564. จาก <http://energylife26.blogspot.com>

การประเมินสุขภาพองค์รวม (Comprehensive Assessment for Care Plan)
เพื่อวางแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ด้านภาวะโภชนาการ

ตัวอย่าง

แผน A : พลังงาน 1,100-1,300 แคลอรี/วัน

แผน A 1	สำหรับ กรณีที่মনมได้วันละ 2 แก้ว	มือเช้า	ว่างเช้า	มือเที่ยง	ว่างบ่าย	มือเย็น
	ข้าวแบ่ง 5 ทัพพี	2		2		1
	ผัก 4 ทัพพี	2		1		1
	ผลไม้ 1 ส่วน		1			
	เนื้อสัตว์ 5 ช้อนกินข้าว	2		2		1
	ถั่วเมล็ดแห้ง 1 ช้อนกินข้าว				1	
	นม 2 กล่อง		1			1
	น้ำ 8 แก้ว	2	1	2	1	2
	น้ำมัน/น้ำตาล/เกลือ	บริโภคแต่น้อย เท่าที่จำเป็น				

แผน A 2	สำหรับ กรณีที่মনมได้วันละ 1 แก้ว	มือเช้า	ว่างเช้า	มือเที่ยง	ว่างบ่าย	มือเย็น
	ข้าวแบ่ง 6 ทัพพี	2		2		2
	ผัก 4 ทัพพี	1		2		1
	ผลไม้ 1 ส่วน		1			
	เนื้อสัตว์ 5 ช้อนกินข้าว	2		2		1
	ถั่วเมล็ดแห้ง 1 ช้อนกินข้าว		1			
	นม 1 กล่อง				1	
	น้ำ 8 แก้ว	2	1	2	1	2
	น้ำมัน/น้ำตาล/เกลือ	บริโภคแต่น้อย เท่าที่จำเป็น				

แผน A 3	สำหรับ กรณีไม่ตมมนม	มือเช้า	ว่างเช้า	มือเที่ยง	ว่างบ่าย	มือเย็น
	ข้าวแบ่ง 6 ทัพพี	2		2		2
	ผัก 4 ทัพพี	1		2		1
	ผลไม้ 1 ส่วน		1			
	เนื้อสัตว์ 8 ช้อนกินข้าว	3		3		2
	ถั่วเมล็ดแห้ง 1 ช้อนกินข้าว				1	
	นม 0 กล่อง					
	น้ำ 8 แก้ว	2	1	2	1	2
	น้ำมัน/น้ำตาล/เกลือ	บริโภคแต่น้อย เท่าที่จำเป็น				

การประเมินสุขภาพองค์รวม (Comprehensive Assessment for Care Plan)
เพื่อวางแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ด้านภาวะโภชนาการ

ตัวอย่าง

แผน B : พลังงาน 1,300-1,500 แคลอรี/วัน

แผน B 1	สำหรับ กรณีที่মনมได้วันละ 2 แก้ว	มือเช้า	ว่างเช้า	มือเที่ยง	ว่างบ่าย	มือเย็น
	ข้าวแบ่ง 5 ทัพพี	2		1 ½		1 ½
	ผัก 4 ทัพพี	1		2		1
	ผลไม้ 1 ส่วน		1			
	เนื้อสัตว์ 6 ช้อนกินข้าว	2		2		2
	ถั่วเมล็ดแห้ง 1 ช้อนกินข้าว			1		
	นม 2 กล่อง		1			1
	น้ำ 8 แก้ว	2	1	2	1	2
	น้ำมัน/น้ำตาล/เกลือ	บริโภคแต่น้อย เท่าที่จำเป็น				

แผน B 2	สำหรับ กรณีที่মনมได้วันละ 1 แก้ว	มือเช้า	ว่างเช้า	มือเที่ยง	ว่างบ่าย	มือเย็น
	ข้าวแบ่ง 7 ทัพพี	2		3		2
	ผัก 4 ทัพพี	1		2		1
	ผลไม้ 1 ส่วน		1			
	เนื้อสัตว์ 6 ช้อนกินข้าว	2		2		2
	ถั่วเมล็ดแห้ง 1 ช้อนกินข้าว		1			
	นม 1 กล่อง					1
	น้ำ 8 แก้ว	2	1	2	1	2
	น้ำมัน/น้ำตาล/เกลือ	บริโภคแต่น้อย เท่าที่จำเป็น				

แผน B 3	สำหรับ กรณีไม่ตมมนม	มือเช้า	ว่างเช้า	มือเที่ยง	ว่างบ่าย	มือเย็น
	ข้าวแบ่ง 7 ทัพพี	2		3		2
	ผัก 4 ทัพพี	1		2		1
	ผลไม้ 1 ส่วน		1			
	เนื้อสัตว์ 8 ช้อนกินข้าว	3		3		2
	ถั่วเมล็ดแห้ง 1 ช้อนกินข้าว		1			
	นม 0 กล่อง					
	น้ำ 8 แก้ว	2	1	2	1	2
	น้ำมัน/น้ำตาล/เกลือ	บริโภคแต่น้อย เท่าที่จำเป็น				

การประเมินสุขภาพองค์รวม (Comprehensive Assessment for Care Plan)
เพื่อวางแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ด้านภาวะโภชนาการ

ตัวอย่าง

แผน C : พลังงาน 1,500-1,700 แคลอรี/วัน

แผน C 1	สำหรับ กรณีดื่มนมได้วันละ 2 แก้ว	มือเช้า	ว่างเช้า	มือเที่ยง	ว่างบ่าย	มือเย็น
	ข้าวแบ่ง 7 ทัพพี	2		3		2
	ผัก 4 ทัพพี	1		2		1
	ผลไม้ 1 ส่วน		1			
	เนื้อสัตว์ 7 ช้อนกินข้าว	2		3		2
	ถั่วเมล็ดแห้ง 1 ช้อนกินข้าว				1	
	นม 2 กล่อง		1			1
	น้ำ 8 แก้ว	2	1	2	1	2
	น้ำมัน/น้ำตาล/เกลือ	บริโภคแต่น้อย เท่าที่จำเป็น				

แผน C 2	สำหรับ กรณีดื่มนมได้วันละ 1 แก้ว	มือเช้า	ว่างเช้า	มือเที่ยง	ว่างบ่าย	มือเย็น
	ข้าวแบ่ง 8 ทัพพี	3		3		2
	ผัก 4 ทัพพี	2		1		1
	ผลไม้ 2 ส่วน		1			1
	เนื้อสัตว์ 7 ช้อนกินข้าว	3		2		2
	ถั่วเมล็ดแห้ง 1 ช้อนกินข้าว				1	
	นม 1 กล่อง		1			
	น้ำ 8 แก้ว	2	1	2	1	2
	น้ำมัน/น้ำตาล/เกลือ	บริโภคแต่น้อย เท่าที่จำเป็น				

แผน C 3	สำหรับ กรณีไม่ดื่มนม	มือเช้า	ว่างเช้า	มือเที่ยง	ว่างบ่าย	มือเย็น
	ข้าวแบ่ง 8 ทัพพี	3		3		2
	ผัก 4 ทัพพี	1		2		1
	ผลไม้ 2 ส่วน		1		1	
	เนื้อสัตว์ 10 ช้อนกินข้าว	3		4		3
	ถั่วเมล็ดแห้ง 1 ช้อนกินข้าว				1	
	นม 0 กล่อง					
	น้ำ 8 แก้ว	2	1	2	1	2
	น้ำมัน/น้ำตาล/เกลือ	บริโภคแต่น้อย เท่าที่จำเป็น				

การประเมินสุขภาพองค์รวม (Comprehensive Assessment for Care Plan)
เพื่อวางแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ด้านภาวะโภชนาการ

ตัวอย่าง

แผน D : พลังงาน 1,700-1,900 แคลอรี/วัน

แผน D 1	สำหรับ กรณีดื่มนมได้วันละ 2 แก้ว	มือเช้า	ว่างเช้า	มือเที่ยง	ว่างบ่าย	มือเย็น
	ข้าวแบ่ง 9 ทัพพี	3		3		3
	ผัก 4 ทัพพี	1		2		1
	ผลไม้ 2 ส่วน		1		1	
	เนื้อสัตว์ 8 ช้อนกินข้าว	3		3		2
	ถั่วเมล็ดแห้ง 1 ช้อนกินข้าว		1			
	นม 2 กล่อง	1				1
	น้ำ 8 แก้ว	2	1	2	1	2
	น้ำมัน/น้ำตาล/เกลือ	บริโภคแต่น้อย เท่าที่จำเป็น				

แผน D 2	สำหรับ กรณีดื่มนมได้วันละ 1 แก้ว	มือเช้า	ว่างเช้า	มือเที่ยง	ว่างบ่าย	มือเย็น
	ข้าวแบ่ง 9 ทัพพี	3		3		3
	ผัก 4 ทัพพี	1		2		1
	ผลไม้ 3 ส่วน	1			2	
	เนื้อสัตว์ 8 ช้อนกินข้าว	3		3		3
	ถั่วเมล็ดแห้ง 1 ช้อนกินข้าว		1			
	นม 1 กล่อง		1			
	น้ำ 8 แก้ว	2	1	2	1	2
	น้ำมัน/น้ำตาล/เกลือ	บริโภคแต่น้อย เท่าที่จำเป็น				

แผน D 3	สำหรับ กรณีไม่ดื่มนม	มือเช้า	ว่างเช้า	มือเที่ยง	ว่างบ่าย	มือเย็น
	ข้าวแบ่ง 9 ทัพพี	3		3		3
	ผัก 4 ทัพพี	1		2		1
	ผลไม้ 3 ส่วน	1	1		1	
	เนื้อสัตว์ 8 ช้อนกินข้าว	3		2 ½		2 ½
	ถั่วเมล็ดแห้ง 1 ช้อนกินข้าว			1		
	นม 0 กล่อง					
	น้ำ 8 แก้ว	2	1	2	1	2
	น้ำมัน/น้ำตาล/เกลือ	บริโภคแต่น้อย เท่าที่จำเป็น				

การประเมินสุขภาพองค์รวม (Comprehensive Assessment for Care Plan) เพื่อวางแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ด้านภาวะโภชนาการ

กลุ่มอาหาร

ข้าว-แป้ง

ข้าว 1 ส่วน
เท่ากับ 1 ทัพพี
(โดยประมาณ)



ผลไม้

ผลไม้ 1 ส่วน
เท่ากับ
1 กำปั้นมื่อ/จานเล็ก



ผัก

ผักต่างๆ 1 ส่วน
เท่ากับ ผักสุก 1 ทัพพี/
ผักดิบ 2 ทัพพี



เนื้อสัตว์

เนื้อสัตว์ 1 ส่วน
เท่ากับ
เนื้อสัตว์สุก 2 ช้อนกินข้าว



นม

นม 1 ส่วน
เท่ากับ 1 แก้ว/กล่อง



น้ำ

น้ำ 1 ส่วน
เท่ากับ 1 แก้ว/กล่อง



การประเมินสุขภาพองค์รวม (Comprehensive Assessment for Care Plan) เพื่อวางแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ด้านช่องปาก

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ผู้สูงอายุที่ผ่านการทำแบบประเมินผู้สูงอายุเชิงลึก (In-depth assessment ;Step 2) ในด้านช่องปาก แล้วพบว่า “มีปัญหา” ให้ทันตบุคลากรประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเพิ่มเติมตามแบบประเมินนี้ เพื่อวางแผนการรักษาและแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุรายบุคคล โดยสามารถประเมินตามแนวทาง ดังนี้

ปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคในช่องปาก

1. โรคทางระบบที่สำคัญหรือต้องกินยาเป็นประจำ

เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดและหัวใจ มะเร็งช่องปาก อื่นๆ.....

2. แปรงฟันก่อนนอนเป็นประจำ แปรงนานครั้งละ 2 นาที ใช่ ไม่ใช่

3. ใช้น้ำยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ใช่ ไม่ใช่

4. รับประทานอาหารว่าง และ/หรือ เครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ระหว่างมื้อ มากกว่า 2 ครั้งต่อวัน ใช่ ไม่ใช่

5. การสูบบุหรี่ เคยสูบ (ระยะเวลา ปี วันละ มวน) ปัจจุบันสูบ (ระยะเวลาปี วันละมวน)

6. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดื่มเฉพาะเทศกาล/วันพิเศษ ดื่มเป็นประจำ เฉลี่ยสัปดาห์ละ ครั้ง

7. การเคี้ยวหมาก/ยาเส้น เคยเคี้ยว ปัจจุบันเคี้ยว

8. พบทันตแพทย์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ใช่ ไม่ใช่

การตรวจสถานะช่องปาก

สถานะช่องปาก	เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน	แนวทางการส่งเสริม ป้องกันหรือ จัดบริการ
1. การสูญเสียฟัน - จำนวนฟันแท้ที่ใช้งานได้ ซี่ - จำนวนคู่สบฟันหลังทั้งฟันแท้และฟันเทียม คู่สบ	พบปัญหา เมื่อ - มีฟันแท้ใช้งานได้ น้อยกว่า 20 ซี่ หรือ - มีคู่สบฟันหลัง น้อยกว่า 4 คู่	<input type="checkbox"/> พบปัญหา <input type="checkbox"/> ไม่พบปัญหา	หากพบปัญหา - ส่งต่อทันตแพทย์เพื่อปรึกษาใส่ ฟันเทียม หากไม่พบปัญหา - ให้คำแนะนำการดูแลฟันแท้และสภาพ เหงือก
2. ความจำเป็นในการใส่ฟันเทียม	มีความจำเป็น เมื่อ - สูญเสียฟันแท้หลายซี่ จนเคี้ยวไม่ได้ - ฟันเทียมเดิมหลวม หรือ แตกหัก สึก จนเคี้ยวไม่ได้ - มีการสูญเสียฟันแท้เพิ่ม หรือสูญเสียฟัน abutment ทำให้เคี้ยวไม่ได้ต้องทำ ใหม่	<input type="checkbox"/> พบปัญหา <input type="checkbox"/> ไม่พบปัญหา	กรณีไม่มีฟันเทียม - ส่งต่อทันตแพทย์เพื่อใส่ฟันเทียม - ให้คำแนะนำการดูแลฟันแท้ที่เหลือ(ถ้ามี) กรณีมีฟันเทียมเดิม - ส่งต่อทันตแพทย์เพื่อซ่อมแซมฟันเทียม เดิมที่ชำรุด - ให้คำแนะนำการดูแลฟันแท้ที่เหลือ(ถ้ามี) หากไม่พบปัญหา - ให้คำแนะนำการดูแลฟันแท้ที่เหลือ(ถ้ามี) และแนะนำการทำความสะอาดฟันเทียม

การประเมินสุขภาพองค์รวม (Comprehensive Assessment for Care Plan)
เพื่อวางแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ด้านช่องปาก

สภาวะช่องปาก	เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน	แนวทางการส่งเสริม ป้องกันหรือ จัดบริการ
3. - ฟันผุ / รากฟันผุ ซี่ - รากฟันโผล่ฟันขอบเหงือก เสี่ยงต่อการเกิด รากฟันผุ..... ซี่	3.1 พบปัญหา พบฟัน/รากฟันผุ ฟันหรือรากฟันผุ หมายถึง มีรูผุ ฟันนึ่ม ชัดเจน ไม่ นับรอยดำ น้ำตาล หรือฟันแข็ง ซึ่งการหยุดลุกลาม(arrested caries) 3.2 มีความเสี่ยงต่อรากฟันผุ เมื่อพบ เหงือกกร่น มีรากฟันโผล่ > 4 มม. และมี Plaque ปกคลุม หรือ พบรากฟันผุระยะแรก(leathery) อาจมีสี น้ำตาลอ่อน ผิวเริ่มยุ่ยๆ	<input type="checkbox"/> พบปัญหา <input type="checkbox"/> ไม่พบปัญหา	หากพบปัญหา - อุดฟัน/รากฟัน ด้วยวัสดุทางเลือก เช่น Glass Ionomer ในรายที่ฟันหรือ รากฟัน มีรูผุ ฟันนึ่มชัดเจน - ส่งต่อทันตแพทย์เพื่อการรักษา ที่ซับซ้อน - ทาฟลูออไรด์ความเข้มข้นสูงเฉพาะที่ (เช่น ฟลูออไรด์วานิช) ในคนที่มีความ เสี่ยงรากฟันผุ (บริเวณรากฟันผุ ระยะแรกหรือมีรากฟันโผล่ >4 มม. และมี Plaque ปกคลุม) โดยแนะนำให้ทาฟลูออไรด์วานิชปีละ 2 ครั้ง หากไม่พบปัญหา - ฝึกและเน้นแปรงฟันด้วยยาสีฟัน ผสมฟลูออไรด์โดยเฉพาะบริเวณเสี่ยง ต่อ การเกิดฟันผุ - ใช้อุปกรณ์เสริม ได้แก่ แปรงซอก ฟัน/ ไหมขัดฟัน และน้ำยาบ้วนปากผสม ฟลูออไรด์ร่วม หากพบว่า มีฟันผุ ลุกลาม และมีปัญหาในการแปรงฟัน - หลีกเลี่ยง/ลดจำนวนครั้งการบริโภค อาหารว่างและเครื่องดื่มมีน้ำตาลผสม
4. เหงือกและเนื้อเยื่อปริทันต์ <input type="checkbox"/> เหงือกอักเสบ <input type="checkbox"/> มีหินปูน <input type="checkbox"/> โรคปริทันต์	พบปัญหา - เหงือกอักเสบ ภาวะมีเลือดออกหลังการ แปรงฟัน - มีหินปูน พบที่ตัวฟันและ ขอบเหงือก - มีภาวะปริทันต์อักเสบ พบฟันโยก 3 degree - กรณีตรวจด้วย Periodontal probe พบร่องปริทันต์ลึกกว่า 4 มม.	<input type="checkbox"/> พบปัญหา <input type="checkbox"/> ไม่พบปัญหา	หากพบปัญหา - ขูดหินปูนเนื้อเยื่อเหงือก - ส่งต่อทันตแพทย์ เพื่อรักษาปริทันต์ อักเสบ หากไม่พบปัญหา - ฝึกแปรงฟัน เน้นที่คอฟัน และ บริเวณซอกฟัน

การประเมินสุขภาพองค์รวม (Comprehensive Assessment for Care Plan)
เพื่อวางแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ด้านช่องปาก

สภาวะช่องปาก	เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน	แนวทางการส่งเสริม ป้องกันหรือจัดบริการ
5. แผล/ มะเร็งช่องปาก	พบปัญหา เมื่อพบ - มีรอยฝ้าขาว รอยฝ้าแดง ฝ้าขาวปนแดง ในปาก - มีแผลขอบไม่ชัดเจน หรือ ก้อนเรื้อรัง ไม่นับ แผลจากฟันบิ่น คม แผลจากฟันเทียมหลวมขยับ ซึ่งหายใน 2 สัปดาห์เมื่อกำจัด สาเหตุ	<input type="checkbox"/> พบปัญหา <input type="checkbox"/> ไม่พบปัญหา	หากพบปัญหา - ส่งต่อทันตแพทย์เพื่อตรวจยืนยันและวางแผนการ รักษา - ติดตามอาการและผลการรักษา หากไม่พบปัญหา - แนะนำทำความสะอาดเนื้อเยื่อ ลิ้น
6. สภาวะปากแห้ง น้ำลายน้อย	พบปัญหา เมื่อพบ - ริมฝีปากแห้งแตก มุมปากแห้ง - กระจกตาดำขุ่น ตัดลิ้น - น้ำลายเหนียวข้น/ไม่มีน้ำลาย - เนื้อเยื่อในช่องปากแห้ง - กินอาหารแห้งๆ ต้องจิบน้ำตาม	<input type="checkbox"/> พบปัญหา <input type="checkbox"/> ไม่พบปัญหา	หากพบปัญหา - แนะนำเบื้องต้น ให้จิบน้ำบ่อยๆ การบริหาร กล้ามเนื้อช่องปาก และต่อมน้ำลาย ติดตาม - ส่งต่อทันตแพทย์ หากไม่พบปัญหา - บริหารกล้ามเนื้อช่องปาก และต่อมน้ำลาย
7. ฟันสึก	มีปัญหา เมื่อพบ - ฟันสึกด้านบดเคี้ยวเกิน ครึ่งหนึ่งของตัวฟัน	<input type="checkbox"/> พบปัญหา <input type="checkbox"/> ไม่พบปัญหา	หากพบปัญหา - ส่งต่อทันตแพทย์เพื่อรับการบูรณะฟัน - ทั้งในกรณีพบและไม่พบปัญหา ให้แนะนำ หลีกเลี่ยง/ลดการเคี้ยวของกรอบ/แข็ง หรือการ บริโภคอาหารเครื่องดื่มรสเปรี้ยวจัด / การนอนกัดฟัน
8. การดูแลอนามัยช่องปาก	มีปัญหา เมื่อพบ - มีคราบจุลินทรีย์เห็นชัดเจน - มีหินปูน มีกลิ่นปาก - ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำความสะอาด ได้ด้วยตัวเอง หรือ มีข้อจำกัดในการแปรงฟัน	<input type="checkbox"/> พบปัญหา <input type="checkbox"/> ไม่พบปัญหา	หากพบปัญหา - ชูดหินปูน - ติดตามอย่างสม่ำเสมอ หากไม่พบปัญหา - ฝึกแปรงฟัน ถ้ามีข้อจำกัดในการแปรงฟันปกติ แนะนำอุปกรณ์อื่น เช่น แปรงสีฟันไฟฟ้า, แปรงซอก ฟัน, น้ำยาบ้วนปาก - ติดตามอย่างสม่ำเสมอ

แผนการส่งเสริมสุขภาพเฉพาะราย ด้านการเคลื่อนไหว

ชื่อ..... นามสกุล..... อายุ ปี โรคประจำตัว

ระยะเวลาในการให้โปรแกรม สัปดาห์

แผนการส่งเสริมสุขภาพเฉพาะราย			
ผู้สูงอายุ/ญาติ	อสม./หมอมคนี่ 1 ชื่อ.....	เจ้าหน้าที่รพ.สต./หมอมคนี่ 2 ชื่อ.....	หมอมคนี่ 3 /สหวิชาชีพจาก โรงพยาบาล ชื่อ.....
<input type="checkbox"/> ออกกำลังกายเพื่อการยืดกล้ามเนื้อ ค้างไว้ 10 -30 วินาที วันละ 2 รอบ <input type="checkbox"/> ออกกำลังกายเพื่อเพิ่มองศาการ เคลื่อนไหว ทำท่าละ 10 ครั้ง วันละ 2 รอบ <input type="checkbox"/> ออกกำลังกายเพื่อการฝึกทรงตัว ฝึกครั้งละ 15 นาที วันละ 2 รอบ <input type="checkbox"/> โปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่ม กำลังกล้ามเนื้อ ทำท่าละ 10 ครั้ง วันละ 2 รอบ <input type="checkbox"/> อื่นๆ	<input type="checkbox"/> รับทราบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจาก หมอมคนี่ 2/หมอมคนี่ 3 <input type="checkbox"/> เยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นและเสริมกำลังใจ ผู้สูงอายุและญาติวัน/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> กำกับติดตามการออกกำลังกายผู้สูงอายุ และญาติวัน/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> อื่นๆ	<input type="checkbox"/> สอนและให้คำปรึกษาสำหรับการปฏิบัติตาม โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเฉพาะรายให้กับ หมอมคนี่ 1 และผู้สูงอายุ/ญาติ <input type="checkbox"/> เยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นและเสริมกำลังใจผู้สูงอายุ และญาติสัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> กำกับติดตามการออกกำลังกายผู้สูงอายุ และญาติสัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> ประเมินผลเพื่อปรับปรุงแผนการส่งเสริม สุขภาพสัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> อื่นๆ	<input type="checkbox"/> สอนโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ เฉพาะรายให้กับหมอมคนี่ 1, 2 และ ผู้สูงอายุ/ญาติ <input type="checkbox"/> เยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นและเสริมกำลังใจ ผู้สูงอายุและญาติสัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> กำกับติดตามการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุและญาติสัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> ประเมินผลเพื่อปรับปรุงแผนการ ส่งเสริมสุขภาพสัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> อื่นๆ

- หมายเหตุ 1. การส่งเสริมสุขภาพเฉพาะรายด้านการเคลื่อนไหวจะใช้ระยะเวลาในการปฏิบัติตามโปรแกรมประมาณ 8-12 สัปดาห์
2. การติดตามประเมินผลจะใช้แบบประเมิน Timed up and go โดยสามารถพิจารณาประเมินได้ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 8 เป็นต้นไป
3. ในการให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเป็นบูรณาการการทำงานร่วมกันของหมอมคนี่ 1, 2 และ 3 ทั้งนี้สามารถปรับให้เป็นไปตามบริบท
ของแต่ละพื้นที่ได้
4. แนะนำให้ผู้สูงอายุที่มีความถดถอยด้านการเคลื่อนไหวรับประทานโปรตีนให้ได้ 1 กรัม/น้ำหนัก (กก.) เช่น ผู้สูงอายุน้ำหนัก 60 กิโลกรัม
ให้รับประทานโปรตีนประมาณ 60 กรัม/วัน
5. ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมจนไม่สามารถจะให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพได้ เช่น โรคหัวใจ โรคข้อเสื่อมที่มีอาการรุนแรง ให้ส่งต่อ หมอมคนี่ 3
หรือคลินิกผู้สูงอายุเพื่อให้การรักษาก่อนเข้าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ (อาจใช้แบบประเมิน Medical assessment)

แผนการส่งเสริมสุขภาพเฉพาะราย ด้านการเคลื่อนไหว

นอกเหนือจากการประเมินเรื่องการเคลื่อนไหวและการทรงตัวแล้ว ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุยังมีองค์ประกอบที่ต้องเพิ่มเติมอีก 2 ด้าน ได้แก่ การใช้ยา และสิ่งแวดล้อม ซึ่งหมอคนที่ 2 และ 3 จะต้องทำการประเมินและให้คำแนะนำหรือวางแผนแก้ไขปรับปรุงในกรณีที่มีอิทธิพลต่อโอกาสการหกล้มสูง

Problem list	รายละเอียดของปัญหา	แผนในการแก้ปัญหา
ด้านยาที่มีฤทธิ์วงซึม		
ด้านสิ่งแวดล้อม		

แผนการส่งเสริมสุขภาพเฉพาะราย ด้านการการขาดสารอาหาร

ชื่อ..... นามสกุล..... อายุ ปี โรคประจำตัว

ระยะเวลาในการให้โปรแกรม สัปดาห์

แผนการส่งเสริมสุขภาพเฉพาะราย

ผู้สูงอายุ/ญาติ	อสม./หมอคนที่ 1	เจ้าหน้าที่รพ.สต./หมอคนที่ 2	หมอคนที่ 3 /สหวิชาชีพจากโรงพยาบาล
<input type="radio"/> ปฏิบัติตามโปรแกรม ทุกวัน <input type="radio"/> อื่นๆ	ชื่อ..... <input type="radio"/> ชั่งน้ำหนักผู้สูงอายุวัน/สัปดาห์ <input type="radio"/> ติดตามการทานอาหารตามโปรแกรมวัน/สัปดาห์ <input type="radio"/> อื่นๆ	ชื่อ..... <input type="radio"/> แบบประเมิน MNAสัปดาห์/เดือน <input type="radio"/> เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเพื่อปรับเปลี่ยนแผนสัปดาห์/เดือน <input type="radio"/> อื่นๆ	ชื่อ..... <input type="radio"/> แบบประเมิน MNAสัปดาห์/เดือน <input type="radio"/> เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเพื่อปรับเปลี่ยนแผนสัปดาห์/เดือน <input type="radio"/> ให้คำแนะนำเพิ่มเติมหมอคนที่ 1 และ 2 <input type="radio"/> อื่นๆ

หมายเหตุ ข้อเสนอแนะการกินอาหารที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ

1. กินอาหารแต่ละกลุ่มให้หลากหลายในปริมาณที่แนะนำตามธงโภชนาการและหมั่นดูแลน้ำหนักและรอบเอว
2. กินข้าวเป็นหลัก เน้นข้าวกล้อง ข้าวขัดสีน้อย สลับอาหารประเภทแป้งบางมื้อ
3. กินปลา ไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ถั่วเมล็ดแห้ง และผลิตภัณฑ์นมเป็นประจำ
4. กินผักให้มาก กินผลไม้ประจำ และหลากหลายสี หลีกเลี่ยงผลไม้รสหวานจัด
5. ดื่มนมรสจืด และกินอาหารที่เป็นแหล่งแคลเซียมอื่นๆ
6. หลีกเลี่ยงอาหาร ไขมันสูง หวานจัด เค็มจัด ให้ใช้เครื่องปรุงรสเค็มเสริมไอโอดีน
7. ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มรสหวาน ชา กาแฟ และน้ำอัดลม
8. กินอาหารที่สะอาด ปลอดภัย และปรุงสุกใหม่ๆ ไม่กินอาหารสุกๆ ดิบๆ
9. งดหรือหลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การประเมินสุขภาพองค์รวม (Comprehensive Assessment for Care Plan) เพื่อวางแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ด้านภาวะโภชนาการ

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ที่อยู่.....หมู่.....ตำบล.....รพ.สต.

แผน A : พลังงาน 1,100-1,300 แคลอรี/วัน

แผน A 1	สำหรับ กรณีตีมนมได้วันละ 2 แก้ว	มือเช้า	ว่างเช้า	มือเที่ยง	ว่างบ่าย	มือเย็น
	ข้าวแบ่ง 5 ทัพพี					
	ผัก 4 ทัพพี					
	ผลไม้ 1 ส่วน					
	เนื้อสัตว์ 5 ช้อนกินข้าว					
	ถั่วเมล็ดแห้ง 1 ช้อนกินข้าว					
	นม 2 กล่อง					
	น้ำ 8 แก้ว					
	น้ำมัน/น้ำตาล/เกลือ	บริโภคแต่น้อย เท่าที่จำเป็น				
แผน A 2	สำหรับ กรณีตีมนมได้วันละ 1 แก้ว	มือเช้า	ว่างเช้า	มือเที่ยง	ว่างบ่าย	มือเย็น
	ข้าวแบ่ง 6 ทัพพี					
	ผัก 4 ทัพพี					
	ผลไม้ 1 ส่วน					
	เนื้อสัตว์ 5 ช้อนกินข้าว					
	ถั่วเมล็ดแห้ง 1 ช้อนกินข้าว					
	นม 1 กล่อง					
	น้ำ 8 แก้ว					
	น้ำมัน/น้ำตาล/เกลือ	บริโภคแต่น้อย เท่าที่จำเป็น				
แผน A 3	สำหรับ กรณีไม่ตีมนม	มือเช้า	ว่างเช้า	มือเที่ยง	ว่างบ่าย	มือเย็น
	ข้าวแบ่ง 6 ทัพพี					
	ผัก 4 ทัพพี					
	ผลไม้ 1 ส่วน					
	เนื้อสัตว์ 8 ช้อนกินข้าว					
	ถั่วเมล็ดแห้ง 1 ช้อนกินข้าว					
	นม 0 กล่อง					
	น้ำ 8 แก้ว					
	น้ำมัน/น้ำตาล/เกลือ	บริโภคแต่น้อย เท่าที่จำเป็น				

การประเมินสุขภาพองค์รวม (Comprehensive Assessment for Care Plan) เพื่อวางแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ด้านภาวะโภชนาการ

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ที่อยู่.....หมู่.....ตำบล.....รพ.สต.

แผน B : พลังงาน 1,300-1,500 แคลอรี/วัน

แผน B 1	สำหรับ กรณีตีมนมได้วันละ 2 แก้ว	มือเช้า	ว่างเช้า	มือเที่ยง	ว่างบ่าย	มือเย็น
	ข้าวแบ่ง 5 ทัพพี					
	ผัก 4 ทัพพี					
	ผลไม้ 1 ส่วน					
	เนื้อสัตว์ 6 ช้อนกินข้าว					
	ถั่วเมล็ดแห้ง 1 ช้อนกินข้าว					
	นม 2 กล่อง					
	น้ำ 8 แก้ว					
	น้ำมัน/น้ำตาล/เกลือ	บริโภคแต่น้อย เท่าที่จำเป็น				
แผน B 2	สำหรับ กรณีตีมนมได้วันละ 1 แก้ว	มือเช้า	ว่างเช้า	มือเที่ยง	ว่างบ่าย	มือเย็น
	ข้าวแบ่ง 7 ทัพพี					
	ผัก 4 ทัพพี					
	ผลไม้ 1 ส่วน					
	เนื้อสัตว์ 6 ช้อนกินข้าว					
	ถั่วเมล็ดแห้ง 1 ช้อนกินข้าว					
	นม 1 กล่อง					
	น้ำ 8 แก้ว					
	น้ำมัน/น้ำตาล/เกลือ	บริโภคแต่น้อย เท่าที่จำเป็น				
แผน B 3	สำหรับ กรณีไม่ตีมนม	มือเช้า	ว่างเช้า	มือเที่ยง	ว่างบ่าย	มือเย็น
	ข้าวแบ่ง 7 ทัพพี					
	ผัก 4 ทัพพี					
	ผลไม้ 1 ส่วน					
	เนื้อสัตว์ 8 ช้อนกินข้าว					
	ถั่วเมล็ดแห้ง 1 ช้อนกินข้าว					
	นม 0 กล่อง					
	น้ำ 8 แก้ว					
	น้ำมัน/น้ำตาล/เกลือ	บริโภคแต่น้อย เท่าที่จำเป็น				

การประเมินสุขภาพองค์รวม (Comprehensive Assessment for Care Plan) เพื่อวางแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ด้านภาวะโภชนาการ

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ที่อยู่.....หมู่.....ตำบล.....รพ.สต.

แผน C : พลังงาน 1,500-1,700 แคลอรี/วัน

แผน C 1	สำหรับ กรณีตีมนมได้วันละ 2 แก้ว	มือเช้า	ว่างเช้า	มือเที่ยง	ว่างบ่าย	มือเย็น
	ข้าวแบ่ง 7 ทัพพี					
	ผัก 4 ทัพพี					
	ผลไม้ 1 ส่วน					
	เนื้อสัตว์ 7 ช้อนกินข้าว					
	ถั่วเมล็ดแห้ง 1 ช้อนกินข้าว					
	นม 2 กล่อง					
	น้ำ 8 แก้ว					
	น้ำมัน/น้ำตาล/เกลือ	บริโภคแต่น้อย เท่าที่จำเป็น				
แผน C 2	สำหรับ กรณีตีมนมได้วันละ 1 แก้ว	มือเช้า	ว่างเช้า	มือเที่ยง	ว่างบ่าย	มือเย็น
	ข้าวแบ่ง 8 ทัพพี					
	ผัก 4 ทัพพี					
	ผลไม้ 2 ส่วน					
	เนื้อสัตว์ 7 ช้อนกินข้าว					
	ถั่วเมล็ดแห้ง 1 ช้อนกินข้าว					
	นม 1 กล่อง					
	น้ำ 8 แก้ว					
	น้ำมัน/น้ำตาล/เกลือ	บริโภคแต่น้อย เท่าที่จำเป็น				
แผน C 3	สำหรับ กรณีไม่ตีมนม	มือเช้า	ว่างเช้า	มือเที่ยง	ว่างบ่าย	มือเย็น
	ข้าวแบ่ง 8 ทัพพี					
	ผัก 4 ทัพพี					
	ผลไม้ 2 ส่วน					
	เนื้อสัตว์ 10 ช้อนกินข้าว					
	ถั่วเมล็ดแห้ง 1 ช้อนกินข้าว					
	นม 0 กล่อง					
	น้ำ 8 แก้ว					
	น้ำมัน/น้ำตาล/เกลือ	บริโภคแต่น้อย เท่าที่จำเป็น				

การประเมินสุขภาพองค์รวม (Comprehensive Assessment for Care Plan) เพื่อวางแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ด้านภาวะโภชนาการ

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ที่อยู่.....หมู่.....ตำบล.....รพ.สต.

แผน D : พลังงาน 1,700-1,900 แคลอรี/วัน

แผน D 1	สำหรับ กรณีที่เริ่มนมได้วันละ 2 แก้ว	มือเช้า	ว่างเช้า	มือเที่ยง	ว่างบ่าย	มือเย็น
	ข้าวแบ่ง 9 ทัพพี					
	ผัก 4 ทัพพี					
	ผลไม้ 2 ส่วน					
	เนื้อสัตว์ 8 ซ้อนกินข้าว					
	ถั่วเมล็ดแห้ง 1 ซ้อนกินข้าว					
	นม 2 กล่อง					
	น้ำ 8 แก้ว					
	น้ำมัน/น้ำตาล/เกลือ	บริโภคแต่น้อย เท่าที่จำเป็น				
แผน D 2	สำหรับ กรณีที่เริ่มนมได้วันละ 1 แก้ว	มือเช้า	ว่างเช้า	มือเที่ยง	ว่างบ่าย	มือเย็น
	ข้าวแบ่ง 9 ทัพพี					
	ผัก 4 ทัพพี					
	ผลไม้ 3 ส่วน					
	เนื้อสัตว์ 8 ซ้อนกินข้าว					
	ถั่วเมล็ดแห้ง 1 ซ้อนกินข้าว					
	นม 1 กล่อง					
	น้ำ 8 แก้ว					
	น้ำมัน/น้ำตาล/เกลือ	บริโภคแต่น้อย เท่าที่จำเป็น				
แผน D 3	สำหรับ กรณีที่ไม่เริ่มนม	มือเช้า	ว่างเช้า	มือเที่ยง	ว่างบ่าย	มือเย็น
	ข้าวแบ่ง 9 ทัพพี					
	ผัก 4 ทัพพี					
	ผลไม้ 3 ส่วน					
	เนื้อสัตว์ 8 ซ้อนกินข้าว					
	ถั่วเมล็ดแห้ง 1 ซ้อนกินข้าว					
	นม 0 กล่อง					
	น้ำ 8 แก้ว					
	น้ำมัน/น้ำตาล/เกลือ	บริโภคแต่น้อย เท่าที่จำเป็น				

แผนส่งเสริมสุขภาพเฉพาะราย ด้านช่องปาก

ชื่อ นามสกุล อายุ ปี ระยะเวลาปฏิบัติกิจกรรม สัปดาห์

คำชี้แจง พื้นที่ที่สามารถนำแนวทางไปปรับใช้ตามความเหมาะสมของผู้สูงอายุแต่ละราย โดยผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องปฏิบัติทุกกิจกรรม (ใช้เวลาปฏิบัติกิจกรรมตามแผนประมาณ 8-12 สัปดาห์)

แผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

ผู้ป่วย/ญาติ	อสม. (หมอคนที่ 1)	ทันตภิบาล (หมอคนที่ 2)	ทันตแพทย์ (หมอคนที่ 3)
<p>เรียนรู้และปฏิบัติตามแผน (ทุกวันหรือตามคำแนะนำ)</p> <p><input type="checkbox"/> การแปรงฟัน</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ยาสีฟันมีฟลูออไรด์ 1,000-1,500 ppm <input type="radio"/> แปรงฟันแบบขยับแปด <input type="radio"/> แปรงแห้ง <input type="radio"/> แปรงฟัน (สูตร 2-2-2) <input type="radio"/> แปรงฟันก่อนนอน <input type="radio"/> แปรงลิ้น (ทุกครั้ง) <input type="radio"/> ทำความสะอาดซอกฟัน <p><input type="checkbox"/> การดูแลเมื่อใส่ฟันปลอม</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ทำความสะอาดสันเหงือก/เพดาน/กระพุ้งแก้ม <input type="radio"/> ถอดแปรงฟันปลอม (หลังอาหาร) <input type="radio"/> ถอดฟันปลอมแช่น้ำ ไม่ใส่นอน <input type="radio"/> แช่ฟันเทียมในน้ำยาฆ่าเชื้อ หรือเม็ดฟู่ผสมน้ำ (1 ครั้ง/สัปดาห์) <p><input type="checkbox"/> การดูแลปัญหาปากแห้ง/การเคี้ยว/การกลืน</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> จิบน้ำบ่อยๆ <input type="radio"/> นวดกระตุ้นต่อมน้ำลาย บริหารกล้ามเนื้อลิ้น (ก่อนอาหาร) <input type="radio"/> บริหารกล้ามเนื้อใบหน้า (หลังล้างหน้าตอนเช้า) <p><input type="checkbox"/> การบริโภคเพื่อสุขภาพในช่องปาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ไม่ทานอาหารว่าง/เครื่องดื่ม นอกมื้อ ที่เติมน้ำตาลเกิน 1 ครั้งต่อวัน <input type="radio"/> หลีกเลี่ยง/ลดการเคี้ยวของกรอบ/แข็ง <input type="radio"/> หลีกเลี่ยง/ลดอาหารและเครื่องดื่มรสเปรี้ยวจัด <input type="radio"/> ไม่สูบบุหรี่ <input type="radio"/> ไม่เคี้ยวหมาก <input type="radio"/> ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ <p><input type="checkbox"/> การตรวจช่องปากด้วยตนเอง</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ตรวจความสะอาด (หลังแปรงฟัน) <input type="radio"/> ตรวจความผิดปกติในช่องปาก ได้แก่ ฟันผุ สภาวะเหงือก รอยขาว/แดง/ก้อนนูน/แผลที่ไม่หาย ภายใน 2 สัปดาห์) <p><input type="checkbox"/> การเข้ารับบริการจากทันตบุคลากร (อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี และตามนัด)</p>	<p><input type="checkbox"/> วางแผนและเรียนรู้กิจกรรมตามแผนส่งเสริมสุขภาพเฉพาะราย ด้านช่องปาก ร่วมกับหมอคนที่ 2 และ 3</p> <p><input type="checkbox"/> วางแผนการติดตามโดยหมอคนที่ 1</p> <p>เยี่ยมบ้าน/วิดีโอคอล เพื่อชื่นชมและกระตุ้นผู้ป่วยและญาติให้ทำตามแผน และส่งข้อมูลที่จำเป็นให้กับหมอคนที่ 2</p> <p>ความถี่ครั้ง/สัปดาห์ (ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยและบริบทพื้นที่)</p>	<p><input type="checkbox"/> วางแผนการรักษาและแผนส่งเสริมสุขภาพเฉพาะราย ด้านช่องปาก ร่วมกับหมอคนที่ 3 (หมายเหตุ : การวางแผนกิจกรรมร่วมกับหมอคนที่ 3 อาจ consult ผ่านทางช่องทางออนไลน์)</p> <p><input type="checkbox"/> ให้การรักษาและสาธิตกิจกรรมตามแผน</p> <p><input type="checkbox"/> ให้ทันตกรรมป้องกัน เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ตรวจความสะอาดของช่องปาก เช่น ดูด้วยตาเปล่า หรือย้อมคราบจุลินทรีย์ <input type="radio"/> ขูดหินปูน/ขัดฟัน <input type="radio"/> ทาฟลูออไรด์วานิช <p><input type="checkbox"/> วางแผนการติดตามโดยหมอคนที่ 2</p> <p>นัดติดตาม/เยี่ยมบ้าน/วิดีโอคอล เพื่อชื่นชมและประเมินความสามารถทำตามแผนของผู้ป่วยและญาติ อาจประสานข้อมูลกับหมอคนที่ 3 เพื่อการปรับแผนให้เหมาะสม</p> <p>ความถี่.....(ควรมีการติดตามโดยทันตบุคลากรในช่วง 12 สัปดาห์ที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผน)</p>	<p><input type="checkbox"/> ตรวจสอบ /วางแผนการรักษา /ให้การปรึกษา (เมื่อได้รับการส่งต่อ) และวางแผนกิจกรรมส่งเสริมฯร่วมกับหมอคนที่ 1 และ 2 เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินความจำเป็นในการใช้สารทดแทนน้ำลาย (น้ำลายเทียม ฝุ่นพุ่มปาก) - ส่งจ่ายน้ำยาบ้วนปาก ในกรณีเสี่ยงต่อโรคฟันผุและมีภาวะโรคปริทันต์

แผนส่งเสริมสุขภาพเฉพาะราย ด้านช่องปาก

คำอธิบายกิจกรรม/สื่อความ

☐ การแปรงฟัน

- ยาสีฟันมีฟลูออไรด์ 1,000-1,500 ppm
สังเกตส่วนประกอบที่ข้างหลอดยาสีฟันว่ามีสารฟลูออไรด์รูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ได้แก่
 - โซเดียมฟลูออไรด์ (Sodium fluoride)
 - โซเดียมโมโนฟลูออโรฟอสเฟต (Sodium monofluorophosphate)
 - สแตนนัสฟลูออไรด์ (Stannous fluoride)
- แปรงฟันแบบขยับปิด
- แปรงลิ้น (ทุกครั้ง)

การ “แปรงฟันแบบขยับปิด”

- 1 วางแปรงสีฟันเอียงเข้าหาคอฟัน 45 องศา
- 2 ขยับขนแปรงสั้นๆในแนวหน้า-หลัง 4-5 ครั้ง และปิดขนแปรงขึ้นในฟันบน ปิดขนแปรงลงในฟันล่าง
- 3 ขยับแปรงสีฟันเพื่อแปรงบริเวณที่ติดฟัน โดยวางขนแปรงคร่อมบริเวณเด็นเล็กน้อย
- 4 แปรงฟันด้านบดเคี้ยว โดยการถูไปมาบนหน้าตัดฟัน
- 5 แปรงลิ้น โดยการวางแปรงสีฟันตั้งฉากกับลิ้น และปิดออกมาเบาๆ 4-5 ครั้ง

ฟันหน้าบนด้านนอก
 ฟันหลังบนด้านนอก
 ฟันหลังบนด้านใน
 ฟันหน้าบนด้านใน
 ฟันหลังล่างด้านนอก
 ฟันหลังล่างด้านใน
 ฟันด้านบดเคี้ยว
 ฟันหน้าบนด้านใน
 ฟันหน้าล่างด้านใน
 แปรงลิ้น

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

แผนส่งเสริมสุขภาพเฉพาะราย ด้านช่องปาก

คำอธิบายกิจกรรม/สื่อความ

○ แปรงฟัน (สูตร 2-2-2)

แปรงฟัน 2-2-2 คืออะไร?

	ทำอะไร?	เพื่ออะไร?
2 ครั้ง	แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง เช้า/ก่อนนอน	ลดการสะสมของจุลินทรีย์ในช่องปาก
2 นาที	แปรงฟันนานครั้งละ 2 นาที	ให้มั่นใจว่าแปรงได้สะอาดและทั่วถึง
2 ชั่วโมง	งดกินอาหาร/เครื่องดื่มอย่างน้อย 2 ชั่วโมง	ลดการเกิดจุลินทรีย์และกรดในช่องปาก

○ แปรงฟันก่อนนอน

แปรงฟัน 'ก่อนนอน' สำคัญยังไง?

ตอนกลางวัน	ตอนนอน
น้ำลายไหลปกติ	น้ำลายไหลน้อยลง
รักษาสมดุล/ชะล้างเชื้อโรคได้ดีตามปกติ	ชะล้างเชื้อโรคได้ลดลง เสี่ยงฟันผุเพิ่มขึ้น

การแปรงฟันก่อนนอน ช่วยลดการเกิดฟันผุ

'แปรงฟันก่อนนอน' แปรงตอนไหน?

- แปรงแล้ว เข้านอนทันที (Correct)
- แปรงแล้วไม่กินอะไร 'ขกเว้นน้ำเปล่า' จนเข้านอน (Correct)
- แปรงแล้วกินของก่อนเข้านอน (Incorrect)

○ แปรงฟันแห้ง

แปรงแห้ง คือการให้บ้วนยาสีฟันแล้วเช็ดออกโดยไม่ต้องบ้วนน้ำ (Split don't rinse) หรือบ้วนปากโดยใช้ใช้น้ำน้อยที่สุด

แปรงฟันแห้ง

แปรงอย่างไร?

- ❌ ไม่บ้วนน้ำก่อนแปรงฟัน
- ❌ ใช้น้ำประปาฉีดจนชุ่มน้ำ
- ❌ ถ่มฝองทิ้ง ไม่บ้วนน้ำ หลังแปรงฟัน

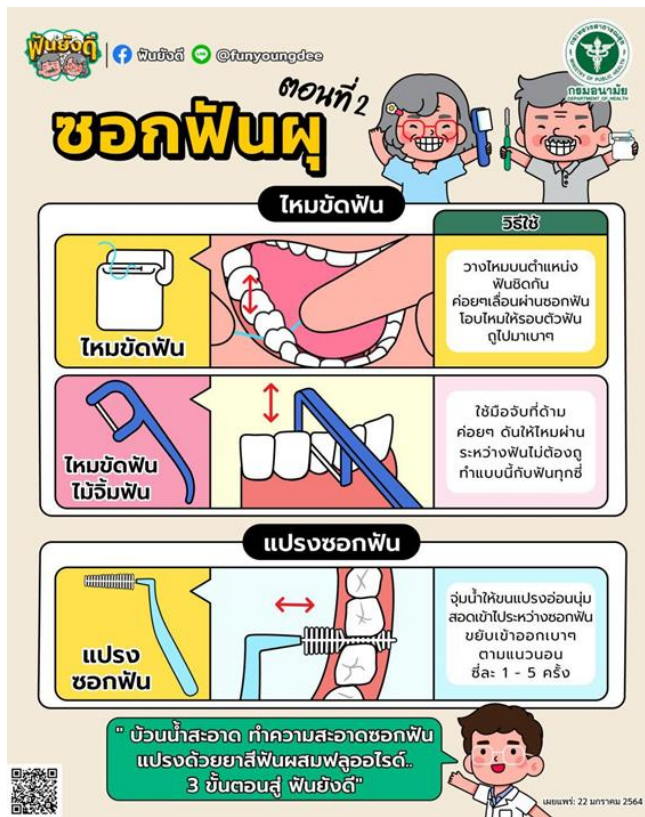
การแปรงฟันแบบไม่บ้วนน้ำ ทำให้ฟลูออไรด์ที่ควรจะได้จากยาสีฟันไม่ถูกชะล้างออกไป

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

แผนส่งเสริมสุขภาพเฉพาะราย ด้านช่องปาก

คำอธิบายกิจกรรม/สื่อความรู้

- ทำความสะอาดซอกฟัน



- การดูแลเมื่อใส่ฟันปลอม
- ทำความสะอาดสันเหงือก/เพดาน/กระพุ้งแก้ม โดยใช้ผ้าก๊อชหรือผ้าอ้อมสะอาดชุบน้ำต้มสุกที่เย็นแล้ว เช็ดตามบริเวณสันเหงือกกว้าง เพดาน และกระพุ้งแก้ม
- ถอดแปรงฟันปลอม (หลังอาหาร)
- แช่ฟันปลอมในน้ำยาฆ่าเชื้ออย่างใดอย่างหนึ่ง (1 ครั้ง/สัปดาห์)
 - 1-2% โซเดียมไฮโปคลอไรท์เป็นเวลา 3 นาที (สำหรับฟันปลอมฐานพลาสติก) หรือ 1 นาที (สำหรับฟันปลอมฐานโลหะหรือมีตะขอโลหะ)
 - 0.2% คลอเฮกซิดีน เป็นเวลา 15 นาที แล้วแช่น้ำเปล่า
 - เม็ดฟู่ทำความสะอาดฟันปลอมผสมน้ำ
- ถอดฟันปลอมแช่น้ำ ไม่ใส่นอน



แผนส่งเสริมสุขภาพเฉพาะราย ด้านช่องปาก

คำอธิบายกิจกรรม/สื่อความรู้

- การดูแลปัญหาปากแห้ง/การเคี้ยว/การกลืน
 - จิบน้ำบ่อยๆ
 - นวดกระตุ้นต่อมน้ำลาย
บริหารกล้ามเนื้อลิ้น (ก่อนอาหาร)
 - บริหารกล้ามเนื้อใบหน้า
(หลังล้างหน้าตอนเช้า)

แจก 3 ท่าออกกำลังกาย ช่วยคลายปัญหาการเคี้ยว

ท่าออกกำลังกายกระตุ้นต่อมน้ำลาย

- วางนิ้วก้อยถึงนิ้วชี้ บริเวณแก้ม
- นวดบริเวณฟันกรามบน โดยวนจาก หลังไปหน้า 10 ครั้ง
- วางนิ้วโป้งใต้กรรไกรล่าง ถัดจากใต้หูถึงใต้คาง 5 ตำแหน่ง 5 ครั้ง
- กดนิ้วโป้งทั้ง 2 ข้าง ที่คางบริเวณ ใต้ลิ้น 10 ครั้ง

ท่าบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า

- สอดลมหายใจ เข้าให้เต็มปอด
- ยกแก้มขึ้น + หลับตา ทำ 10 ครั้ง
- ทำตาโตและปากป่อง 10 ครั้ง
- ใช้ลมดันกระพุ้งแก้ม ไปซ้าย-ขวา 10 ครั้ง

ท่าบริหารกล้ามเนื้อลิ้น

- แลบลิ้นออก-เข้า 10 ครั้ง
- แลบลิ้นขึ้น-ลง 10 ครั้ง
- แลบลิ้นซ้าย-ขวา 10 ครั้ง
- ปิดปาก แล้วดันลิ้น ไปที่ริมฝีปาก บน-ล่าง 10 ครั้ง
- ปิดปาก แล้วดันลิ้น ไปที่กระพุ้งแก้ม ซ้าย-ขวา 10 ครั้ง

อย่าลืมทำทุกวัน เพื่อชะลอความเสื่อมของช่องปากและใบหน้านะครับ!

กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

- การบริโภคเพื่อสุขภาพในช่องปาก
 - ไม่ทานอาหารว่าง/เครื่องดื่ม ที่เติมน้ำตาล นอกมื้อเกิน 1 ครั้งต่อวัน
 - หลีกเลี่ยง/ลดการเคี้ยวของกรอบ/แข็ง
 - หลีกเลี่ยง/ลดอาหารและเครื่องดื่มรสเปรี้ยวจัด
 - ไม่สูบบุหรี่ ○ ไม่เคี้ยวหมาก
 - ไม่ดื่มแอลกอฮอล์

กินแบบไหน? ลดเสี่ยง ไม่ต้องหาหมอฟัน

ควรกิน

กินอาหารครบ 5 หมู่ และหลากหลาย

ควรเลี่ยง

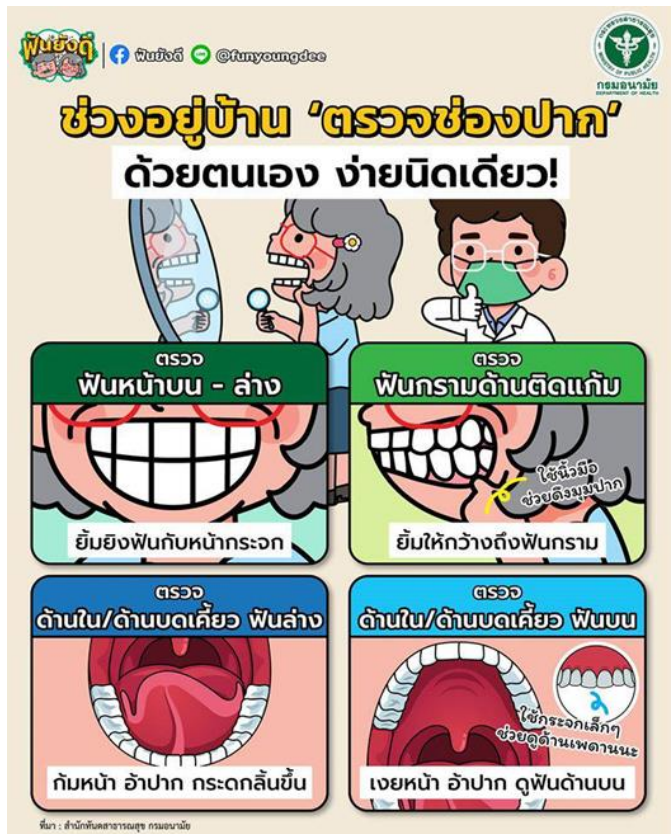
เลี่ยงอาหารแข็ง	กรอบ อ่อนเหนียว น้ำแข็ง	ทำให้ฟันแตก ฟันบิ่น/ฟันร้าว
เลี่ยงอาหารเหนียว	เหนียวเหนียวๆ กอหนืด มลืองวาม	ติดฟัน ทำความสะอาดยาก เสี่ยงฟันผุ
เลี่ยงอาหารหวานจัด	ข้าวเหนียว มลืองวาม ขนมไทยหวานๆ น้ำเชื่อม ทรายแดง	เป็นแหล่งอาหารของเชื้อโรค ทำให้ฟันผุง่าย
เลี่ยงของเปรี้ยว	ผลไม้เปรี้ยว มะม่วงเปรี้ยว มะนาว ไซ	ทำให้ฟันสึกกร่อน เป็นหลุม

กรมอนามัย 28 เมษายน 2563

แผนส่งเสริมสุขภาพเฉพาะราย ด้านช่องปาก

คำอธิบายกิจกรรม/สื่อความรู้

- การตรวจช่องปากด้วยตนเอง
- ตรวจความสะอาด (หลังแปรงฟัน)



- ตรวจความผิดปกติในช่องปาก ได้แก่ ฟันผุ สภาพเหงือก รอยขาว/แดง/ก้อนนูน/แผลที่ไม่หายภายใน 2 สัปดาห์



การให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามแผน (ให้ Monitor ตามแบบรายงาน)

แบบรายงาน

การให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามแผน

ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว สภาวะโภชนาการ และสุขภาพช่องปาก

ชื่อ สกุล (ผู้สูงอายุ)

หน่วยบริการ

ตำบล อำเภอ จังหวัด.....

เงื่อนไข ต้องดำเนินการให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของแผน จึงจะได้รับงบ PPA

ด้าน	การทำ Individual care plan		การให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามแผน		
	ยังไม่ได้ดำเนินการ	ดำเนินการแล้ว	น้อยกว่าร้อยละ 50 ของกิจกรรมใน Care plan	ร้อยละ 50 – 75 ของกิจกรรมใน Care plan	ร้อยละ 75 ขึ้นไป ของกิจกรรมใน Care plan
การเคลื่อนไหว					
สภาวะโภชนาการ					
สุขภาพช่องปาก					

ผู้รายงาน

วันที่รายงาน