



**แบบสอบถามผู้สูงอายุ
ข้อมูลสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับ
โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI
และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture)**

ภายใต้โครงการพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ
สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง Stroke, STEMI, Hip Fracture แบบบูรณาการในเขตสุขภาพที่ 10

แบบสอบถามผู้สูงอายุ

ข้อมูลสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture)

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลด้านสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น ข้อมูลความรู้ ความเข้าใจปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) รวมถึงประวัติการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานของแต่ละจังหวัดในการนำไปขับเคลื่อนการกำหนดรูปแบบระบบสุขภาพชุมชน ศูนย์บริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง Stroke, STEMI และ Hip fracture แบบบูรณาการ ในเขตสุขภาพที่ 10

แบบสอบถาม มีทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติด้านสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนที่เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI

ส่วนที่ 4 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนภาวะพลัดตกหกล้มและกระดูกสะโพกหัก

ส่วนที่ 5 ประวัติการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669

คณะผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากผู้สูงอายุทุกท่านตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนตามจริง หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดีและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ส่วนนี้บันทึกให้ตรงกับแบบประเมินผู้สูงอายุแต่ละราย

รหัสแบบสำรวจ -- (จังหวัด - ตำบล - หมู่บ้าน - ลำดับแบบสอบถาม)

เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ----

วันที่เก็บข้อมูล วันที่ เดือน ปี พ.ศ.

ชื่อผู้สัมภาษณ์

จังหวัด

1. อุบลราชธานี 2. มุกดาหาร 3. ศรีสะเกษ 4. ยโสธร 5. อำนาจเจริญ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติด้านสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุ		รหัส
คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความแก่ผู้ถูกสัมภาษณ์ เมื่ออ่านจบแล้วให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบจากนั้นผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ หรือ กรอกรายละเอียดให้ตรงกับข้อความนั้น ๆ		
1. เพศ	<input type="checkbox"/> 1) ชาย <input type="checkbox"/> 2) หญิง	Sex []
2. ปี พ.ศ. เกิด		Year []
3. สถานภาพสมรส	<input type="checkbox"/> 1) โสด <input type="checkbox"/> 2) สมรส <input type="checkbox"/> 3) หม้าย <input type="checkbox"/> 4) หย่า/แยกกันอยู่	Status []
4. ระดับการศึกษาสูงสุด	<input type="checkbox"/> 0) ไม่ได้เรียน <input type="checkbox"/> 1) ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> 2) มัธยมศึกษา/ปวช. <input type="checkbox"/> 3) อนุปริญญา/ปวส. <input type="checkbox"/> 4)ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> 5) สูงกว่าปริญญาตรี	Edu []
5. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพหลัก	<input type="checkbox"/> 0) ไม่ได้ประกอบอาชีพ <input type="checkbox"/> 1) รับจ้าง <input type="checkbox"/> 2) เกษตรกรรม/ประมง/ปศุสัตว์ <input type="checkbox"/> 3) ค้าขาย <input type="checkbox"/> 4) ธุรกิจส่วนตัว <input type="checkbox"/> 5) ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการเกษียณ <input type="checkbox"/> 6) อื่นๆ ระบุ.....	Occ []
6. รายได้ต่อเดือนของผู้สูงอายุ.....บาท		Inc []
7. ประวัติโรคประจำตัวและระยะเวลาที่เป็น (ต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วเท่านั้น)	0) ไม่เป็น 1) เป็น 99) ไม่แน่ใจ	
1. โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ระยะเวลาที่เป็น.....ปี <input type="checkbox"/>	Dis1 []
2. โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ระยะเวลาที่เป็น.....ปี <input type="checkbox"/>	Dis2 []
3. ไขมันในเลือดสูง	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ระยะเวลาที่เป็น.....ปี <input type="checkbox"/>	Dis3 []
4. โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ระยะเวลาที่เป็น.....ปี <input type="checkbox"/>	Dis4 []
5. โรคสมองขาดเลือด	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ระยะเวลาที่เป็น.....ปี <input type="checkbox"/>	Dis5 []
6. โรคกระดูกพรุน	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ระยะเวลาที่เป็น.....ปี <input type="checkbox"/>	Dis6 []
7. อื่นๆ ระบุ	<input type="checkbox"/> ระยะเวลาที่เป็น.....ปี	Dis7Y []
.....		Dis8Y []
8. อื่นๆ ระบุ	<input type="checkbox"/> ระยะเวลาที่เป็น.....ปี	
.....		

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติด้านสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุ	รหัส																																								
<p>8. ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์</p> <p><input type="checkbox"/> 0) ไม่เคยดื่ม (ข้ามไปข้อ 9) <input type="checkbox"/> 1) เคยดื่ม ปัจจุบันเลิกดื่มแล้ว (ข้ามไปข้อ 9)</p> <p><input type="checkbox"/> 2) ปัจจุบันยังดื่ม</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 2.1) ดื่มเป็นครั้งคราว (ตามเทศกาล งานเลี้ยงสังสรรค์)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 2.2) ดื่มประจำ 1-4 ครั้งต่อเดือน</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 2.3) ดื่มประจำ 2-4 ครั้งต่อสัปดาห์</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 2.4) ดื่มประจำทุกวัน หรือเกือบทุกวัน</p>	<p>Alc []</p> <p>Alc2 []</p>																																								
<p>9. ประวัติการสูบบุหรี่</p> <p><input type="checkbox"/> 0) ไม่สูบ (ข้ามไปข้อ 10) <input type="checkbox"/> 1) เคยสูบ ปัจจุบันเลิกแล้ว (ข้ามไปข้อ 10)</p> <p><input type="checkbox"/> 2) ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 2.1) น้อยกว่า 5 มวนต่อวัน</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 2.2) 5 -10 มวนต่อวัน</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 2.3) มากกว่า 10 มวนต่อวัน</p>	<p>Nico []</p> <p>Nico2[]</p>																																								
<p>10. คนในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์/อัมพาต) หรือไม่</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="width: 15%;">0) ไม่เป็น</th> <th style="width: 15%;">1) เป็น</th> <th style="width: 15%;">8) ไม่ทราบ</th> <th style="width: 15%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. พ่อ</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Hered1[]</td> </tr> <tr> <td>2. แม่</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Hered2[]</td> </tr> <tr> <td>3. พี่/น้อง</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Hered3[]</td> </tr> <tr> <td>4. ปู่/ย่า/ตา/ยาย</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Hered4[]</td> </tr> <tr> <td>5. ลุง/ป้า/น้า/อา</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Hered5[]</td> </tr> </tbody> </table>		0) ไม่เป็น	1) เป็น	8) ไม่ทราบ		1. พ่อ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hered1[]	2. แม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hered2[]	3. พี่/น้อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hered3[]	4. ปู่/ย่า/ตา/ยาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hered4[]	5. ลุง/ป้า/น้า/อา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hered5[]											
	0) ไม่เป็น	1) เป็น	8) ไม่ทราบ																																						
1. พ่อ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hered1[]																																					
2. แม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hered2[]																																					
3. พี่/น้อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hered3[]																																					
4. ปู่/ย่า/ตา/ยาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hered4[]																																					
5. ลุง/ป้า/น้า/อา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hered5[]																																					
<p>11. การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์/อัมพาต)</p> <p><input type="checkbox"/> 0) ไม่เคย (ข้ามไปข้อ 12)</p> <p><input type="checkbox"/> 1) เคย ท่านเคยได้รับความรู้จากไหน (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 1) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 2) เจ้าหน้าที่ รพ.สต.</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 15%;">Reck3 []</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3) อสม./ผู้ดูแลผู้สูงอายุ</td> <td><input type="checkbox"/> 4) เพื่อน/ญาติ/คนรู้จัก</td> <td></td> <td></td> <td>Reck4 []</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5) โทรทัศน์</td> <td><input type="checkbox"/> 6) วิทยู</td> <td></td> <td></td> <td>Reck5 []</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7) อินเทอร์เน็ต</td> <td><input type="checkbox"/> 8) สื่อสิ่งพิมพ์/ป้ายประชาสัมพันธ์</td> <td></td> <td></td> <td>Reck6 []</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9) เอกสาร/แผ่นพับ/คู่มือของโรงพยาบาล</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Reck7 []</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10) อื่นๆ</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Reck8 []</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Reck9 []</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Reck10[]</td> </tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/> 1) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	<input type="checkbox"/> 2) เจ้าหน้าที่ รพ.สต.			Reck3 []	<input type="checkbox"/> 3) อสม./ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	<input type="checkbox"/> 4) เพื่อน/ญาติ/คนรู้จัก			Reck4 []	<input type="checkbox"/> 5) โทรทัศน์	<input type="checkbox"/> 6) วิทยู			Reck5 []	<input type="checkbox"/> 7) อินเทอร์เน็ต	<input type="checkbox"/> 8) สื่อสิ่งพิมพ์/ป้ายประชาสัมพันธ์			Reck6 []	<input type="checkbox"/> 9) เอกสาร/แผ่นพับ/คู่มือของโรงพยาบาล				Reck7 []	<input type="checkbox"/> 10) อื่นๆ				Reck8 []					Reck9 []					Reck10[]	<p>Reck []</p> <p>Reck1 []</p> <p>Reck2 []</p> <p>Reck3 []</p> <p>Reck4 []</p> <p>Reck5 []</p> <p>Reck6 []</p> <p>Reck7 []</p> <p>Reck8 []</p> <p>Reck9 []</p> <p>Reck10[]</p>
<input type="checkbox"/> 1) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	<input type="checkbox"/> 2) เจ้าหน้าที่ รพ.สต.			Reck3 []																																					
<input type="checkbox"/> 3) อสม./ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	<input type="checkbox"/> 4) เพื่อน/ญาติ/คนรู้จัก			Reck4 []																																					
<input type="checkbox"/> 5) โทรทัศน์	<input type="checkbox"/> 6) วิทยู			Reck5 []																																					
<input type="checkbox"/> 7) อินเทอร์เน็ต	<input type="checkbox"/> 8) สื่อสิ่งพิมพ์/ป้ายประชาสัมพันธ์			Reck6 []																																					
<input type="checkbox"/> 9) เอกสาร/แผ่นพับ/คู่มือของโรงพยาบาล				Reck7 []																																					
<input type="checkbox"/> 10) อื่นๆ				Reck8 []																																					
				Reck9 []																																					
				Reck10[]																																					

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติด้านสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุ	รหัส
12. ประวัติเคยพลัดตกหกล้ม (ทั้งในและนอกบ้าน) เช่น ตกบันได ลื่นล้มในห้องน้ำ สะดุดผ้าเช็ดพื้น ตกแคร่หรือโซฟา) <input type="checkbox"/> 0) ไม่เคย (ข้ามไปส่วนที่ 2) <input type="checkbox"/> 1) เคย ในรอบ 6 เดือน ที่ผ่านมาเคยพลัดตกหกล้ม จำนวน.....ครั้ง (0,1, 2, 3...)	Fall [] Frqfall []

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์มีจำนวน 12 ข้อ ให้ผู้สัมภาษณ์ ถามผู้สูงอายุโดยอ่านคำถามในแต่ละข้อ ภายหลังจากอ่านคำถามจบ ให้ผู้สูงอายุตอบคำว่า “ใช่” “ไม่ใช่” หรือ “ไม่ทราบ” สำหรับข้อคำถามนั้น แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ให้ตรงกับคำตอบ

คำถาม	0) ไม่ใช่	1) ใช่	8)ไม่ทราบ	รหัส
ท่านคิดว่า.....				
1. ถ้าพ่อแม่เป็นโรคหลอดเลือดสมองลูกจะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมอง				ST1 []
2. การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง				ST2 []
3. การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง				ST3 []
4. น้ำหนักต่ำกว่าปกติหรือผอมเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าน้ำหนักเกินหรืออ้วน				ST4 []
5. โรคเบาหวานเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง				ST5 []
6. โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง				ST6 []
7. ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง				ST7 []
8. ผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีภูมิคุ้มกันป้องกันการเป็นซ้ำได้				ST8 []
ท่านคิดว่าอาการต่อไปนี้ เป็น “อาการหรือสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง” ใช่หรือไม่ใช่				
9. ปากเบี้ยวหรือมุมปากตก ข้างใดข้างหนึ่งอย่างทันทีทันใด				ST9 []
10. แขน/ขา อ่อนแรง ข้างใดข้างหนึ่งอย่างทันทีทันใด				ST10 []
11. พูดลำบาก พูดไม่ชัด หรือพูดไม่รู้เรื่องอย่างทันทีทันใด				ST11 []
12. เดินเซ เดินลำบาก หรือสูญเสียความสามารถในการทรงตัวอย่างทันทีทันใด และอาการหายเป็นปกติภายใน 24 ชั่วโมง				ST12 []

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้ เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์มีจำนวน 13 ข้อ ให้ผู้สัมภาษณ์ ถามผู้สูงอายุโดยอ่านคำถามในแต่ละข้อ ภายหลังจากอ่านคำถามจบ ให้ผู้สูงอายุตอบคำว่า “ใช่” “ไม่ใช่” หรือ “ไม่ทราบ” สำหรับข้อคำถามนั้น แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ให้ตรงกับคำตอบ

คำถาม	0) ไม่ใช่	1) ใช่	8)ไม่ทราบ	รหัส
ท่านคิดว่า.....				
1. ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI				STM1[]
2. ผู้ที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะ 3 ขึ้นไป ไม่ใช่สาเหตุเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI				STM2[]
3. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ สามารถป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI ได้				STM3[]
4. ความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI				STM4[]
5. ไขมันในเลือดสูงไม่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI				STM5[]
ท่านคิดว่าอาการต่อไปนี้ เป็น “อาการหรือสัญญาณเตือนโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI” ใช่หรือไม่ใช่				
6. อาการเจ็บแน่นบริเวณหน้าอกนานมากกว่า 15-20 นาที				STM6 []
7. อาการร้าวบริเวณคอ กราม ไหล่ แขนทั้ง 2 ข้างโดยเฉพาะข้างซ้าย				STM7 []
8. อาการหายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้				STM8 []
9. อาการหมดสติหรือหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน				STM9 []
ข้อ 10-13 สอบถามเฉพาะผู้สูงอายุที่เคยเป็นโรคหัวใจมาก่อน				
10. ผู้ป่วยที่เคยมีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI แล้วและใส่ขดลวดแก้ไขแล้วจะไม่มีโอกาสเกิดภาวะนี้อีก				STM10[]
11. ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วต้องรับประทานยาแอสไพริน ตลอดชีวิต				STM11[]
12. ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดค้ำยันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วควรได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ และฉีดซ้ำปีละ 1 ครั้ง				STM12[]
13. ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดค้ำยันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วควรหลีกเลี่ยงการเชียร์มวย ดูบอล หรือการแข่งขันที่มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์สูง				STM13[]

ส่วนที่ 4 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือน ภาวะพลัดตก/หกล้ม และกระดูกสะโพกหัก

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์มีจำนวน 13 ข้อ ให้ผู้สัมภาษณ์ ถามผู้สูงอายุโดยอ่านคำถามในแต่ละข้อ ภายหลังจากอ่านคำถามจบ ให้ผู้สูงอายุตอบคำว่า “ใช่” “ไม่ใช่” หรือ “ไม่ทราบ” สำหรับข้อคำถามนั้น แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ให้ตรงกับคำตอบ

เนื้อหา	0. ไม่ใช่	1. ใช่	8.ไม่ทราบ	รหัส
ข้อ 1-10 ท่านคิดว่าลักษณะต่อไปนี้...มีความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้มใช่หรือไม่ใช่				
1. อาการเวียน บ้านหมุน หน้ามืด ขณะลุกยืน				Hip1 []
2. เป็นตาขี้ขี้				Hip2 []
3. เดินบนพื้นต่างระดับ ขึ้นบันได				Hip3 []
4. ได้รับยากลุ่มยากันชัก				Hip4 []
5. การสูบบุหรี่				Hip5 []
6. บริเวณบ้านแสงสว่างไม่เพียงพอ				Hip6 []
7. ขนาดของรองเท้าไม่เกี่ยวกับการล้ม				Hip7 []
8. ออกกำลังกายบ่อยๆ สัปดาห์ละ 3 วัน				Hip8 []
9. ทานยาลดน้ำมูก ยานอนหลับ หรือยาลดความดันโลหิตบางชนิด				Hip9 []
10. การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุทำให้เกิดกระดูกสะโพกหักได้				Hip10 []
ท่านคิดว่า เมื่อผู้สูงอายุหกล้มจะมี “อาการหรือสัญญาณเตือนกระดูกสะโพกหัก” ต่อไปนี้ ใช่หรือไม่ใช่				
11. มีอาการปวดบริเวณข้อสะโพก ยืนลงน้ำหนักไม่ได้				Hip11 []
12. ขาหัดสั้น ผิดรูป ขาแยะออก				Hip12 []
13. มีเลือดไหลออกมาตรงบริเวณข้อสะโพก				Hip13 []

ส่วนที่ 5 ประวัติใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669	รหัส
คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความแก่ผู้ถูกสัมภาษณ์ เมื่ออ่านจบแล้วให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบ จากนั้นผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ หรือ กรอกรายละเอียดให้ตรงกับคำตอบนั้น ๆ	
5.1 ท่านรู้จักเบอร์ 1669 หรือไม่ <input type="checkbox"/> 0) ไม่รู้จัก <input type="checkbox"/> 1) รู้จัก	Kems []
5.2 เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินกับผู้สูงอายุ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่ออก ปากเขียว แขนขาอ่อนแรง เป็นลมหมดสติ พลัดตกหกล้มขาหัก ถูกรถชน ท่านหรือผู้สูงอายุจะขอความช่วยเหลือจากใครได้บ้าง (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> 1) บุคคล/สมาชิกในครอบครัว <input type="checkbox"/> 2) เพื่อนบ้าน/ผู้สูงอายุด้วยกัน <input type="checkbox"/> 3) บุคคลหรือหน่วยงานในชุมชน เช่น อสม. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อปพร. เทศบาล <input type="checkbox"/> 4) เจ้าหน้าที่ รพ.สต./รพ. <input type="checkbox"/> 5) การแพทย์ฉุกเฉิน 1669/กู้ชีพตำบล <input type="checkbox"/> 6) หน่วยงานอื่นๆ (ระบุ).....	EmsR1 [] EmsR2 [] EmsR3 [] EmsR4 [] EmsR5 [] EmsR6 []
5.3 ที่ผ่านมาผู้สูงอายุเคยเจ็บป่วยฉุกเฉิน เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่ออก ปากเขียว แขนขาอ่อนแรง เป็นลมหมดสติ พลัดตกหกล้ม ขาหัก ถูกรถชน หรือไม่ <input type="checkbox"/> 0) ไม่เคย (จบการสัมภาษณ์) <input type="checkbox"/> 1) เคย แล้วในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาผู้สูงอายุเคยเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือไม่ <input type="checkbox"/> 0. ไม่เคย (จบการสัมภาษณ์) <input type="checkbox"/> 1. เคย จำนวน.....ครั้ง แล้วครั้งล่าสุดที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยฉุกเฉิน มีอาการหรือเป็นโรคอะไร (ระบุชื่อโรคหรืออาการแสดง) ครั้งล่าสุด ผู้สูงอายุปฏิบัติตัวอย่างไร (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> 1) ปล่อยให้อาการทุเลาเอง ไม่ได้ไปสถานพยาบาล <input type="checkbox"/> 2) ร้องขอความช่วยเหลือจากบุคคล หน่วยงานในชุมชนก่อนไปสถานพยาบาล เช่น อสม. กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน รพ.สต. นายก อบต. เป็นต้น <input type="checkbox"/> 3) ไปสถานพยาบาลด้วยตนเอง (ญาติ คนในครอบครัว เพื่อนบ้านพาไป) <input type="checkbox"/> 4) ไปสถานพยาบาลด้วยการเรียกใช้บริการแพทย์ฉุกเฉิน 1669, กู้ชีพตำบล <input type="checkbox"/> 5) จัดการด้วยวิธีอื่นๆ (โปรดระบุ).....	Hems [] Hems1 [] Hems1F [] Pems1 [] Pems2 [] Pems3 [] Pems4 [] Pems5 []



**“ผู้สูงอายุรู้เท่าทัน ไม่เจ็บไม่ไข
เป็นแล้วเข้าถึงใจ ปลอดภัยไร้แทรกซ้อน”**

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10

ต.แจ้งสนิท บ้านท่าบ่อ ต.แฉะแม่ อ.เมืองอุบลราชธานี

จ.อุบลราชธานี 34000