BrienHoldenVisionInstitute

ĐÁNH GIÁ NGƯỜI GIÀ THEO THANG ĐỘ

TÁC GIẢ

Mark Swanson: Đại học Alabama

THẨM ĐỊNH

Kara Crumbliss: Đại học khúc xạ nhãn khoa Illinois

NỘI DUNG CỦA CHƯƠNG

GIỚI THIỆU 1
CHẤN THƯƠNG NÃO 2
KHÁM TÌNH TRẠNG TÂM THẦN 2
TRẦM CẢM 3
CÁC HOẠT ĐỘNG CƠ BẢN CỦA ĐỜI SỐNG HÀNG NGÀY 3
CÁC HOẠT ĐỘNG SỐNG ĐỘC LẬP 4
CÁC SỐ ĐO TỔNG THỂ/CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG LIÊN QUAN VỚI SỨC KHỎE 4
CHẤT LƯỢNG KINH TẾ CỦA CUỘC SỐNG 5
CÁC SỐ ĐO GẮN VỚI THỊ LỰC 5
TÀI LIỆU THAM KHẢO 6

GIỚI THIỆU

Duy trì hoạt động chức năng là mục tiêu chính ở khoa bệnh tuổi già. Mục đích của đánh giá theo thang độ là xác định số lượng và mức độ của vấn đề gì đó bằng cách so sánh với một đơn vị chuẩn. Trong trường hợp đánh giá chức năng, chúng ta đánh giá một bệnh nhân riêng lẻ so với một số đo tiêu chuẩn, sử dụng các thang đo đã được phát triển và được công nhận cho mục đích đó.

Phần nhiều, các công cụ được làm ra đã được sử dụng trong môi trường phục hồi chức năng để đo tác dụng của phục hồi chức năng đối với cá thể. Các công cụ này cho phép so sánh một số đo ban đầu của bệnh nhân (còn gọi là số đo cơ sở) với bình thường. Trong sử dụng công cụ sau đó, bệnh nhân có thể tự điều khiển để định lượng tác dụng của một can thiệp cụ thể. Vì lí do này, các công cụ này trở nên rất quan trọng để đo kết quả. Chúng đang được sử dụng rộng rãi hơn như là các số đo sự thành công của các chiến lược điều trị cụ thể.

Các số đo theo thang độ có vai trò lớn đối với việc chăm sóc mắt. Các cơ quan chi trả cho bên thứ ba (công ti bảo hiểm) đang tìm các cách để cắt giảm chi phí. Loại bỏ chi trả dịch vụ là một lựa chọn thay thế. Trong quá trình hành nghề bạn có thể thấy sự thay đổi đáng kể cách mà các dịch vụ chăm sóc y tế được hoàn trả. Hệ thống có thể thay đổi từ việc được trả cho việc bạn làm sang bạn làm tốt thế nào.

Nghiên cứu thêm nữa để đánh giá tác động của các can thiệp sử dụng đánh giá theo thang độ cuối cùng có thể được yêu cầu cho các cơ quan chi trả bên thứ ba để tiếp tục bảo hiểm cho các thủ thuật, điều trị và các can thiệp phục hồi chức năng thường dùng ở phòng khám khúc xạ nhãn khoa.

Nhiều công cụ thường được dùng bởi các bác sĩ và các nhân viên chăm sóc y tế khác để đánh giá theo thang độ các chức năng của người già. Mục đích của chương này là giới thiệu một số dụng cụ thường dùng.

CHẤN THƯƠNG NÃO

Công cụ lâm sàng phổ biến nhất dùng để đánh giá trạng thái ban đầu sau chấn thương não là thang độ hôn mê Glascow (Teasdale, 1974). Nếu bạn thấy những bệnh nhân chấn thương não thì bạn có thể sẽ gặp số đo này.

A. Thang độ hôn mê Glascow được sử dụng rộng rãi ở những bệnh nhân chấn thương não và đột quị. Bạn có thể thấy thang độ này ở hồ sơ của những bệnh nhân được phục hồi chức năng. Nó đánh giá đáp ứng mở mắt, đáp ứng vận động và đáp ứng lời nói để phân loại là hôn mê hoặc chấn thương não ở mức độ nhẹ, trung bình hoặc nặng.

KHÁM TÌNH TRẠNG TÂM THẦN

Lợi ích chính của các công cụ này là để sàng lọc sa sút trí tuệ.

A. Khám sơ bộ tình trạng tâm thần (Mini Mental Status Examination (MMSE) ((Folstein, 1975) Đây là một công cụ sàng lọc rất tốt đối với chức năng nhận thức. Trong nhiều năm, nó là công cụ được dùng phổ biến nhất trên lâm sàng để sàng lọc sa sút trí tuệ. Nó được trích dẫn trong hàng ngàn bài báo về lão khoa và đa khoa về nhận thức, bao gồm những bài xem xét về thị giác. Sau gần 25 năm ở phạm vi công cộng, năm 2000, nó chuyển sang cái gọi là bảo vệ bằng sáng chế "ngầm". Do đó về mặt kĩ thuật nếu sử dụng nó thì bạn nên dùng phiên bản được cấp bằng sáng chế và trả tiền cho nó. Trong các sách báo nghiên cứu mà hiện nay bạn thường thấy nó được gọi là "công cụ sàng lọc sa sút trí tuệ 30 điểm". Hạn chế chính là nó không nên dùng ở những người chưa học đến lớp 8. Một phiên bản bổ sung cho những người giảm thị lực gọi là MMSE-blind (Busse, 2002) có thể hữu ích cho các nhà lâm sàng để đánh giá những người khiếm thị và giảm nhận thức. Cả 2 cho phép phân loại một người là bình thường, giảm nhận thức nhẹ, trung bình hoặc nặng.

B. Test Short Blessed (Katzman, 1983) Đây là một lựa chọn lâm sàng tốt để sàng lọc sa sút trí tuệ. Được đưa ra đầu tiên bởi Blessed vào năm 1968, phiên bản ngắn gọn giống như MMSE. Nó cũng phân loại mức độ giảm nhận thức và dễ dùng hơn một chút mặc dù việc tính điểm hơi khó khăn hơn. Do vấn đề bản quyền của MMSE, đây có thể là một công cụ sàng lọc tốt để dùng trong phòng khám.

C. Short Portable Mental Status Questionnaire (Bảng hỏi tình trạng tâm thần ngắn gọn) (Pfeiffer, 1975): Công cụ đánh giá này là một lựa chọn lâm sàng dễ dàng khác để đánh giá giảm chức năng trí tuệ có thể kèm theo giảm nhận thức.

D. Montreal Cognitive Assessment (Nasreddine, 2005) (Đánh giá nhận thức Montreal): Đây là một trong những phương pháp mới để đánh giá rối loạn chức năng nhận thức. Nó ngắn gọn, dễ dùng, không bản quyền, sẵn có bằng nhiều ngôn ngữ và có một công cụ đánh giá hợp lệ cho những người bị giảm thị lực được gọi là MoCA blind. Ngoài ra, test này có nhiều phiên bản tiếng Anh, cho phép đánh giá lại ở cùng một người mà không bị kiến thức học được làm tăng điểm số của họ một cách giả tạo. Test này đánh giá nhiều mặt của chức năng nhận thức, bao gồm xử lí thị giác không gian, quá trình này có thể ảnh hưởng đến chức năng thị giác. Nó mang lại một hệ thống tính điểm dễ dàng.

TRẦM CẢM

Trầm cảm thường gặp người già giống như đau đầu ở người trẻ. Thang độ trầm cảm đo cả tâm trạng và cách nhìn nhận. Cần sàng lọc ở những bệnh nhân mới bị giảm thị lực và hoặc giảm nhận thức. Trầm cảm thường được viện dẫn như là một dấu hiệu chính dự báo đáp ứng của bệnh nhân đối với việc phục hồi chức năng khiếm thị.

A. Geriatric Depression Scale (Yesavage, 1982) (Thang điểm trầm cảm tuổi già): Test này giống như MMSE là thang đo phổ biến nhất trong lâm sàng và nghiên cứu dùng để sàng lọc trầm cảm. Nó được phát triển để dùng ở người già. Có 2 phiên bản: một phiên bản dài 30 câu hỏi đúng/sai và một phiên bản ngắn 15 câu hỏi, cả 2 phiên bản đã được công nhận độ nhạy để phát hiện trầm cảm. Hầu hết các công cụ sàng lọc trầm cảm không nhằm chẩn đoán trầm cảm mà để phát hiện những triệu chứng trầm cảm có thể cần đánh giá thêm và intervention. Dụng cụ này cũng tương tự, phân loại bình thường, trầm cảm nhẹ hoặc nặng để theo dõi hoặc chuyển đi. Bất kể chọn test nào, 30 điểm hoặc 15 điểm, bạn cần quen thuộc với thang đo này và xem xét việc sử dụng nó ở phòng khám.

B. Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) (Hamilton, 1980) (Thang điểm trầm cảm Hamilton): Test này thường được dùng trong các thử nghiệm lâm sàng bởi vì lúc đầu nó được đề ra như là một công cụ cho biết trầm cảm và đo sự hồi phục mà các can thiệp điều trị lâm sàng tìm cách định lượng. Hamilton đã đưa ra nhiều phiên bản HRSD giữa 1960 và 1980. Đây là một test dài dòng đối với việc thực hiện và tính điểm nhưng có thể hữu ích để đánh giá tác động của các can thiệp đối với trầm cảm,

C. The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale Revised/ CES-DR (Eaton, 2004) (Thang đo trầm cảm của trung tâm nghiên cứu dich tễ học (được sửa đổi): CES-D (Radloff, 1977) lúc đầu thường được dùng hơn trong các nghiên cứu. Bản CES-DR được sửa đổi có thể dùng trên lâm sàng. Nó có tác dụng tương tự GDS, nhưng tính điểm hơi phức tạp hơn. Một điểm khó khăn: các thang đo bị đảo ngược ở một số câu hỏi (tức là 1 là xấu, bây giờ 1 là tốt). Là công cụ sử dụng công cộng, nó miễn phí cho các nhà thực hành và các nhà nghiên cứu sử dụng. Do test này nhằm định lượng hoặc loại trừ một giai đoạn trầm cảm nặng theo phân loại của Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition (DSM-IV) (tài liệu mà các nhà tâm lí học và các nhà tâm thần học tham khảo để mã hóa) càng có nhiều chuyên gia sức khỏe tâm thần sử dụng công cụ này.

D. Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) (Bảng hỏi sức khỏe bệnh nhân-9) (Kroenke, 2001): Đã có một số dấu hiệu cho thấy công cụ sàng lọc 2 câu hỏi (two question screening) viết tắt là PHQ-2, có thể hiệu quả bằng các công cụ phức tạp hơn. Do đó, một số người hành nghề đã chấp nhận sử dụng PHQ-2. Nếu chắc chắn chỉ ra được những triệu chứng trầm cảm thì PHQ-2 sẽ hướng người hành nghề sử dụng 7 câu hỏi khác trong PHQ-9 để đánh giá mức độ trầm cảm. Do đó, PHQ-9, có 5 thang điểm của trầm cảm nhẹ tới nặng, là test thường được dùng hơn để mang lại mức định lượng được của trầm cảm và kế hoạch chăm sóc thích hợp dựa trên mức đó. Cần chú ý rằng cả hai công cụ đều đo triệu chứng trầm cảm trong 2 vừa tuần qua và không nên dùng thường xuyên hơn mỗi 2 tuần nếu đo thành công hoặc thất bại của can thiệp. Pfizer có bản quyền cho các test này cung cấp cho các nhà nghiên cứu và những người hành nghề để sử dụng miễn phí trên lâm sàng.

Có nhiều công cụ đánh giá khác về trầm cảm ở bệnh nhân cao tuổi mà không được đề cập chi tiết ở đây, bao gồm bảng kiểm kê trầm cảm Beck (Steer, 2000), Thang điểm tự đánh giá trầm cảm Zung (Zung, 1965)

CÁC HOẠT ĐỘNG CƠ BẢN CỦA ĐỜI SỐNG HÀNG NGÀY

Sinh hoạt hàng ngày là những hoạt động cơ bản của một người. Các hoạt động cơ bản hàng ngày cần thiết để thực hiện chức năng an toàn và độc lập ở nhà và thường bao gồm: đi vệ sinh, mặc quần áo, tắm, vào giường và ra khỏi giường, ăn, và vận động quanh nhà. Sinh hoạt cơ bản hàng ngày có thể được đánh giá trước khi xuất viện để xác định xem một bệnh nhân có cần chăm sóc tại cơ sở phục hồi chức năng hoặc nhà dưỡng lão hay là có thể trở về nhà. Các hoạt động cơ bản thường được đánh giá ở người già và những người tàn tật.

A. Chỉ số Barthel (Mahoney, 1965): Thang đo này cùng với thang Katz thường được dùng trong y học tuổi già, cả trên lâm sàng và trong nghiên cứu. Nó thường được dùng trong các bệnh viện trước khi cho một bệnh nhân đột quị xuất viện để vào cơ sở chăm sóc hoặc phục hồi chức năng hay là để cho về nhà. Là một thang đo đánh giá kết quả của sự độc lập, nó được dùng dưới sự theo dõi và cả thông tin của bệnh nhân và gia đình hoặc người chăm sóc.

Nó đánh giá sự độc lập của cá nhân về: ăn, tắm, ăn mặc chỉnh tề, mặc quần áo, đại tiện, tiểu tiện, sử dụng nhà vệ sinh, di chuyển, và cầu thang. Một cá nhân có thể sử dụng dụng cụ trợ giúp và thiết bị thích ứng để đạt được sự độc lập về

các nhiệm vụ này: thí dụ dùng khung tập đi để di chuyển. Mặc dù đã được sử dụng nhiều năm, gần đây thang đo đầu tiên đã được đánh giá tốt hơn về độ tin cậy. (Collin, 1988)

B. Index of Independence in Activities of Daily Living (Katz Index of ADL) (Katz, 1963) (Chỉ số độc lập trong sinh hoạt hàng ngày): Đây là công cụ đầu tiên được phát triển cho mục đích này. Các thang đo khác bao gồm chỉ số Barthel index dựa vào các mục của nghiên cứu Katz ban đầu. Cả 2 công cụ đều bị chỉ trích vì tính chủ quan, tuy nhiên hiện nay cả hai đều được coi là hữu ích để đánh giá sinh hoạt hàng ngày và tốt như nhau. (Hartigan, 2007)

CÁC HOẠT ĐỘNG SỐNG ĐỘC LẬP

Các hoạt động sống độc lập là những số đo rộng hơn của hoạt động chức năng. Đây là những việc mà một người phải làm được để sống hoàn toàn độc lập. Chúng thường bị ảnh hưởng trước Các hoạt động cơ bản của đời sống hàng ngày và dễ bị tác động bởi những thay đổi thị giác. Các thí dụ hoạt động sống độc lập gồm: nấu ăn, quét dọn, sử dụng điện thoại, quản lí tiền, mua sắm.

Instrumental Activities Of Daily Living Scale- IADL (Thang đo hoạt động sống độc lập) (Lawton, 1969): Powell Lawton là một trong những người đầu tiên đề ra các thang đo trong khoa bệnh tuổi già. Đây là thang đo hoạt động sống độc lập đầu tiên được ông sử dụng như là một số đo chức năng và được tham khảo nhiều nhất như là một cơ sở của các thang đo hoạt động sống độc lập khác. Có nhiều thang đo khác được sử dụng và được mở rộng để bao gồm các hoạt động khác (như lái xe). Hầu hết các chuyên gia hoạt động trị liệu sử dụng một thang đo hoạt động sống độc lập để đánh giá bệnh nhân, sau đó cung cấp các can thiệp phục hồi chức năng và các dụng cụ trợ giúp để cải thiện sự thực hiện các hoạt động sống độc lập. Trong chăm sóc mắt và khoa bệnh tuổi già, cần xem xét sự thực hiện các hoạt động sống độc lập để duy trì sự độc lập của bệnh nhân trong càng nhiều khía cạnh hoạt động sống độc lập càng tốt. Có nhiều thang đo khác để đánh giá hoạt động sống độc lập.

CÁC SỐ ĐO TỔNG THỂ/CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG LIÊN QUAN VỚI SỨC KHỎE

Các số đo này chủ yếu quan trọng ở chỗ bạn sẽ thấy chúng được sử dụng trong các nghiên cứu kết quả.

A. Lược tả tác động của bệnh tật (Sickness Impact Profile- SIP) (Gilson, 1975) SIP có 136 mục được tập hợp thành 12 phạm vi hoạt động hàng ngày: ngủ và nghỉ, hành vi cảm xúc, chăm sóc & vận động cơ thể, trông nom gia đình, vận động, tương tác xã hội, đi lại, hành vi cảnh giác, giao tiếp, làm việc, tiêu khiển & giải trí, và ăn. Những người trả lời đánh dấu các mục phù hợp với mình ở thời điểm phỏng vấn. SIP đã được phát triển như là một số đo kết quả sức khỏe chung nhờ sử dụng hệ thống chăm sóc y tế. Gần đây, một SIP 68 ngắn hơn có 68 mục cũng đã được xác thực và cập nhật.

B. Thang đo độc lập chức năng (Functional Independence Measure- FIM(TM) (Wright, 2000) là một thang đo thứ tự 18 mục, được dùng với tất cả các chẩn đoán trong một quần thể phục hồi chức năng. Nó gồm các thành phần của chỉ số Barthel và cả các thành phần nhận thức làm cho nó trở thành hữu ích ở một quần thể người già. Nó được coi là hiệu quả nhất để đánh giá tiến triển trong phục hồi chức năng bệnh nhân nội trú. Hiện nay nó là một test đã đăng kí thương mại và những người sử dụng FIM(TM) phải được đào tạo. Hầu hết các chuyên gia phục hồi chức năng được đào tạo sử dụng nó.

C. Short Form 36 **(**SF-36) (Bảng hỏi ngắn gọn 36): bao gồm một thang đo nhiều mục đánh giá 8 khái niệm sức khỏe với 36 câu hỏi:1) những hạn chế trong các hoạt động thể chất do những vấn đề sức khỏe, 2) những hạn chế các hoạt động xã hội do những vấn đề thân thể hoặc cảm xúc, 3) những hạn chế trong các hoạt động đóng vai thông thường do những vấn đề sức khỏe thể chất, 4) đau cơ thể, 5) sức khỏe tâm thần chung (đau buồn tâm lí và sự khỏe mạnh), 6) những hạn chế trong các hoạt động đóng vai thông thường do các vấn đề cảm xúc, 7) sức sống (năng lượng và sự mệt mỏi), và 8) những cảm nhận sức khỏe chung. Bạn phải là một người dùng được cấp phép của SF-36 thì mới có thể áp dụng nó.

D. Bộ dữ liệu tối thiểu (Minimum Data Set- MDS): là một đánh giá lâm sàng bắt buộc đối với tất cả các bệnh nhân ở mỗi nhà dưỡng lão của Hoa kì. Nó hữu ích để xác lập kế hoạch chăm sóc của người cư trú và nhận biết các vấn đề sức khỏe. MDS có một phần về thị giác (chi tiết hơn về vấn đề này ở bài giảng về nhà dưỡng lão)

CHẤT LƯỢNG KINH TẾ CỦA CUỘC SỐNG

Trong quá trình hành nghề, đây là một khái niệm quan trọng cần biết.

A. **Số năm sống được điều chỉnh theo chất lượng cuộc sống** (quality of life adjusted years hoặc quality adjusted life years = **QALY**) là một số đo tình trạng sức khỏe duy nhất kết hợp số lượng và chất lượng cuộc sống.

Là một số đo tổng quát, nó cộng số năm sống với các tình trạng sức khỏe khác nhau, sử dụng các trọng số (trên một thang đo từ 0 (chết) đến 1 (sức khỏe hoàn hảo) cho mỗi tình trạng sức khỏe. Do đó, 5 năm sức khỏe hoàn hảo = 5 QALY,
2 năm ở một tình trạng được đo bằng 0,5 của sức khỏe hoàn hảo tiếp theo bởi 3 năm sức khỏe hoàn hảo = 4 QALY.

Một trong những yếu tố quan trọng của số đo này là biết được giá trị nào được gán cho một tình trạng sức khỏe. QALY thường được xác định bằng cách hỏi những câu hỏi "trao đổi thời gian" (time trade off) hoặc may rủi (standard gamble). "Ông/bà muốn đổi bao nhiêu năm sống để lấy sức khỏe (hoặc thị lực) hoàn hảo?" Giá trị này được gọi là hiệu dụng cho một bệnh cụ thể. QALY là một số đo cực kì quan trọng, nó cho phép chuyển các đổi ý thích sức khỏe thành các giá trị kinh tế.

QALY cho phép so sánh cắt ngang hoặc so sánh giữa các bệnh. Điều thường thấy là mù lòa có giá trị hiệu dụng gần bằng một số bệnh toàn thân nặng nhất. Những học sinh trung học cận thị nặng muốn "đổi" khoảng 7% cuộc sống lấy không có tật khúc xạ. Những người bị khô mắt nặng muốn đổi 40% cuộc sống còn lại, chỉ hơi ít hơn số người bị đau thắt ngực nặng hoặc những người đang chạy thận nhân tạo. Khám sàng lọc bệnh võng mạc đái tháo đường ở đái tháo đường typ 1 hiệu quả hơn nhiều so với khám sàng lọc ở đái tháo đường typ 2. Tại sao? Do tuổi khởi phát của những người đái tháo đường typ 1, QALY cao hơn cho can thiệp sau khám sàng lọc.

Số đo này đang được dùng nhiều hơn để xác định mức bảo hiểm y tế cho các can thiệp. Thí dụ, kính viễn vọng tí hon được cấy vào mắt để điều trị thoái hóa hoàng điểm đã được đánh giá phí tổn-hiệu quả bằng số đo QALY. (Brown, 2011). Điều này có thể quan trọng trong quyết định của trung tâm các dịch vụ bảo hiểm y tế người già ở Hoa kì để chi trả chi phí dụng cụ và phẫu thuật cho những người đủ tư cách thụ hưởng Medicare. Chúng ta có thể thấy sự xem xét kĩ lưỡng thêm nữa các thủ thuật và các can thiệp nhãn khoa mới mẻ và đang được chi trả trong đó dữ liệu QALY còn chưa được đưa ra.

B. Phí tổn-lợi ích/phí tổn-hiệu quả (cost benefit/cost effectiveness) là một cách thứ hai mà phân tích kinh tế có thể được áp dụng. Trong thị giác, những yếu tố này thường liên quan với phí tổn so với số năm mù có thể phòng tránh. Thước đo kết quả cũng có thể là phí tổn cho mỗi QALY hoặc bất kì số đo chức năng nào.

CÁC SỐ ĐO GẮN VỚI THỊ LỰC

Trong nhiều nghiên cứu hoạt động chức năng, người ta đã cho thấy rằng thị lực ít ảnh hưởng đến các số đo tổng thể như SIP, FIM, hoặc SF-36. Điều này được coi là do "không đủ nội dung riêng về thị giác" ở các bảng hỏi. Do đó, nhiều công cụ đánh giá đặc hiệu thị lực đã xuất hiện và được áp dụng để đánh giá ảnh hưởng của các can thiệp thị giác đối với hoạt động chức năng bao gồm phục hồi chức năng khiếm thị và phẫu thuật đục thể thủy tinh.

A. Visual Function-14 (chức năng thị giác-14) (VF-14): là một trong các số đo gắn với thị lực đầu tiên. Nó được thiết kế riêng để đánh giá ảnh hưởng của đục thể thủy tinh đối với chức năng. Nó đã được dùng trong nhiều nghiên cứu để cho biệt lợi ích của phẫu thuật đục thể thủy tinh đối với hoạt động chức năng. Một số nhà lâm sàng cũng sử dụng số đo này để chứng minh kết quả sau phẫu thuật thể thủy tinh của bệnh nhân để xác nhận sự cần thiết y học của phẫu thuật và để chứng minh lợi ích của nó. Giá trị quốc tế của nó cũng đã được xác nhận (Alonso, 1997). Gần đây hơn, nó đã được dùng để chứng minh tác dụng của các can thiệp phẫu thuật mắt khác, bao gồm phẫu thuật tạo hình mắt và glôcôm.

B. National Eye Institute Visual function questionnaire 25 (NEI VFQ-25) (Bảng hỏi chức năng thị giác của Viện mắt quốc gia 25): Bảng hỏi này cải tiến một số câu hỏi ở SF-36 và bổ sung nhiều "câu hỏi cụ thể về thị giác". Nó được thiết kế để đánh giá ảnh hưởng của bệnh mắt đối với chức năng thị giác (Mangione, 2001). Mỗi nghiên cứu lâm sàng được tài

trợ bởi Viện mắt quốc gia sẽ sử dụng NEI VFQ hoặc một thước đo "riêng về mắt" như là một phần của kết quả. Nó hữu ích ở những bệnh nhân già bị tổn hại thị giác.

C. Các thước đo khác: Đã có sự phát triển nhanh chóng các công cụ đánh giá gắn với thị lực rất cụ thể về bệnh, đây là 2 thí dụ:

a. Chất lượng thị giác ở nhà dưỡng lão (Dreer, 2007)
b.Bảng hỏi chức năng thị giác khiếm thị của bộ cựu chiến binh Hoa kì (Veterans Affairs Low-Vision Visual Functioning Questionnaire, LV VFQ-48) (Stelmack, 2004)

Cần xem xét kĩ các nghiên cứu tương lai hợp lệ của các dụng cụ và điều chỉnh việc sử dụng chúng trong thực hành lâm sàng bởi vì đã có nhiều dữ liệu hơn và các dụng cụ mới hơn có độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Alonso J, Espallargues M, Andersen TF, Cassard SD, Dunn E, Bernth-Petersen P, Norregaard JC, Black C, Steinberg EP, Anderson GF. International applicability of the VF-14. An index of visual function in patients with cataracts.Ophthalmology. 1997. May;104(5):799-807.
- B S Gilson, J S Gilson, M Bergner, R A Bobbit, S Kressel, W E Pollard, and M Vesselago. The sickness impact profile. Development of an outcome measure of health care. Am J Public Health. 1975 December; 65(12): 1304–1310.
- Brown GC, Brown MM, Lieske HB, et al. Comparative effectiveness and cost-effectiveness of the implantable miniature telescope. Ophthalmology. 2011, 118(9):1834-1843
- Busse A, Sonntag A, Bischkopf J, Matschinger H, Angermeyer MC. Adaptation of dementia screening for vision-impaired older persons: administration of the Mini-Mental State Examination (MMSE). J ClinEpidemiol. 2002 Sep;55(9):909-15.
- Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V. The Barthel ADL Index: a reliability study. Int Disability Study.1988;10:61-63.
- Dreer LE, McGwin G Jr, Scilley K, Meek GC, Dyer A, Seker D, Owsley C. Development of a nursing home vision-targeted health-related quality of life questionnaire for older adults. Aging Ment Health. 2007 Nov;11(6):722-33.
- Eaton WW, Muntaner C, Smith C, Tien A, Ybarra M. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: Review and revision (CESD and CESD-R). In: Maruish ME, ed. The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment. 3rd ed. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 2004:363-377.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research 1975. 12 (3): 189–98.
- function. JAMA. 1963;185(12):914-9.
- Hamilton, M. Rating depressive patients. Journal of Clinical Psychiatry 1980. 41: 21-24
- Hartigan I. A comparative review of the Katz ADL and the Barthel Index in assessing the activities of daily living of older people. Int J Older People Nurs. 2007 Sep;2(3):204-12
- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial
- Katzman, R., Brown, T., Fukd, P., Peck, A., Schechter, R. &Shimmel, H. Validation of a short orientation-memory-concentration test of cognitive impairment. American Journal Psvchiatrv,. 1983. 140(6). 734-739.
- Kroenke, K, Spitzer, R., Williams W. PHQ-9 Valdity of a brief depression severity measure. JGIM 2001,16:606-16.
- Lawton, M.P., and Brody, E.M. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969: 9:179-186,.
- Mahoney F. Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. Maryland State Med J 1965, 14: 61–65.
- Mangione CM, Lee PP, Gutierrez PR, Spritzer K, Berry S, Hays RD: Development of the 25-item National Eye Institute Visual Function Questionnaire. Arch Ophthalmol 2001, 119:1050-1058.
- Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, Cummings JL, Chertkow H. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA): A brief screening tool for mild cognitive impairment. J Am Geriatr. Soc. 2005 53:695-99.

- Owen CG, Rudnicka, AR, Smeeth L, Evans JR, Wormald RPL, Fletcher AE. Is the NEI-VFQ-25 a useful tool in identifying visual impairment in an elderly population? BMC Ophthalmology 2006, 6:24. Download from http://www.biomedcentral.com/1471-2415/6/24. June 21, 2014.
- Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatr Soc. 1975;23(10):433-41.
- Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement. 1977;1:385-401.
- Steer, R. A., Rissmiller, D. J.& Beck, A.T. Use of the Beck Depression Inventory with depressed geriatric patients. Behaviour Research and Therapy. 200. 38(3), 311-318.
- Stelmack JA,,,Szlyk JP, Stelmack TR, Demers-Turco P, Williams RT, Moran D, Massof RW. Psychometric properties of the Veterans Affairs Low-Vision Visual Functioning Questionnaire. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2004 Nov;45(11):3919-2
- Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness: A practical scale. The Lancet 2 1974 (7872): 81–4.
- Web citation: http://www.cms.gov/apps/mds/ (accessed June 23, 2014)
- Wright, J. (2000). The FIM(TM). The Center for Outcome Measurement in Brain Injury. http://www.tbims.org/combi/FIM (accessed June 23, 2014).
- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res. 1982-83;17(1):37-49.
- Zung, WW, A self-rating depression scale. Archives of General Psychiatry 1965, 12: 63–70.