

ภาคผนวก

แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ : การใช้งานอุปกรณ์หนุนเก้าอี้ผู้ป่วยสั่นทำอັกเสบ
(แรกเข้าโครงการ)

1. Patient no..... 000 - 164
2. เบอร์โทรศัพท์.....
3. กลุ่มศึกษา A B 1-2
4. อายุ..... ปี 00-99
5. เพศ 1. หญิง 2. ชาย 1-2
6. สถานภาพสมรส
 1. โสด 2. สมรส 1-3
 3. หย่า
7. ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด
 1. ต่ำกว่าปริญญาตรี 2. ปริญญาตรี 1-4
 3. ปริญญาโท 4. ปริญญาเอกหรือสูงกว่า
8. ส่วนสูง..... ซม. 000-200
9. น้ำหนัก.....กก. 000-200
10. BMI.....กก./ตร.ม. 00-99
11. โรคประจำตัว 1-4
 1. เบาหวาน 2. ความดัน
 3. หัวใจ 4.
12. จำนวนชั่วโมงที่ต้องยืนหรือเดินต่อวัน
 1. น้อยกว่า 4 ชม. 2. 4 ชม. - 8 ชม. 1-4
 3. 8 ชม. - 12 ชม. 4. มากกว่า 12 ชม.

13. อาชีพ

- | | | |
|---|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. นักเรียน / นักศึกษา | <input type="checkbox"/> 2. รับจ้าง/ลูกจ้าง | <input type="checkbox"/> 1-7 |
| <input type="checkbox"/> 3. ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว | <input type="checkbox"/> 4.รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ | |
| <input type="checkbox"/> 5.เกษตรกร | <input type="checkbox"/> 6. ไม่ทำงาน | |
| <input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ ระบุ..... | | |

14. เท้าที่เป็นโรคเอ็นฝ่าเท้าอักเสบ

- | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. เท้าซ้าย | <input type="checkbox"/> 2. เท้าขวา | <input type="checkbox"/> 1-3 |
| <input type="checkbox"/> 3. เท้าทั้งสองข้าง | | |

15. ระยะเวลาที่เป็น.....เดือน

 0-99

16. ความถี่ที่เป็น

- | | | |
|---|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. ทุกวัน | <input type="checkbox"/> 2. 2-3 ครั้งต่อ สัปดาห์ | <input type="checkbox"/> 1-4 |
| <input type="checkbox"/> 3. สัปดาห์ละ 1 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 4. น้อยกว่า 1 ครั้งต่อ | |

สัปดาห์

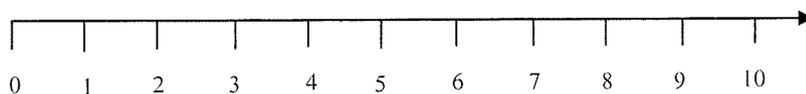
17. เคยได้รับการรักษามาก่อนหรือไม่

- | | | |
|--|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน | <input type="checkbox"/> 2. เคยได้รับการรักษามาก่อน | <input type="checkbox"/> 1-2 |
| วิธีที่ได้รับการรักษามาก่อน..... | | |

18. ระยะเวลาที่เคยได้รับการรักษา.....เดือน

 0-999

19. ระดับความปวด VAS

 0-10

20. FHSQ score

- | | | |
|--------------------|--|-------|
| Foot pain..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 0-100 |
| Foot function..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 0-100 |
| Shoe..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 0-100 |
| GFH..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 0-100 |

แบบสอบถามสุขภาพของเท้า

- แบบสอบถามชุดนี้สอบถามความคิดเห็นของคุณเกี่ยวกับสุขภาพเท้าของคุณ
- โปรดทำเครื่องหมายวงกลมรวมตัวเลขที่ท่านต้องการตอบ
- หากท่านไม่แน่ใจว่าจะตอบอย่างไร ให้เลือกวงกลมคำตอบที่คิดว่าเหมาะสมที่สุด

คำถามต่อไปนี้จะเกี่ยวกับอาการเจ็บปวดที่เท้าของคุณ ในระหว่าง 1 รอบสัปดาห์ที่ผ่านมา

1. ระดับความเจ็บปวดที่เท้าของคุณในระหว่างรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา (โปรดทำเครื่องหมายวงกลมรอบตัวเลข)

ไม่มีความเจ็บปวดเลย.....	1
เจ็บปวดเล็กน้อยมาก.....	2
เจ็บปวดเล็กน้อย.....	3
เจ็บปวดปานกลาง.....	4
เจ็บปวดมาก.....	5

(โปรดทำเครื่องหมายวงกลมรอบตัวเลข)

ในระหว่าง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่มีเลย	มีบ้าง	มีค่อนข้างบ่อย	มีบ่อยมาก	ตลอดเวลา
2. คุณมีอาการเจ็บปวดที่เท้าบ่อยมากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5
3. คุณมีอาการเจ็บที่เท้าแบบตื้อ ๆ บ่อยมากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5
4. คุณมีอาการเจ็บร้าวที่เท้า แบบเฉียบพลันคล้ายโดนของแหลมทิ่มแทงบ่อยมากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5

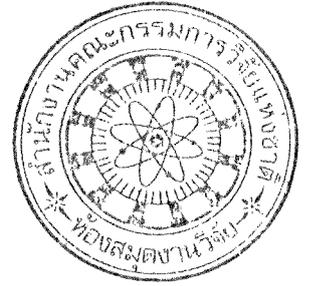
คำถามต่อไปนี้จะเกี่ยวกับอาการเจ็บปวดที่เท้าของคุณที่มีผลกระทบต่อกิจกรรมที่คุณต้องทำในแต่ละวันมากน้อยเพียงใด (โปรดทำเครื่องหมายวงกลมรอบตัวเลข)

ในระหว่าง 1 รอบสัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่มีเลย	มีบ้าง	มีค่อนข้างบ่อย	มีบ่อยมาก	ตลอดเวลา
5. เท้าของคุณก่อให้เกิดปัญหาในการทำงานหรือการทำกิจกรรมทั่วไปในชีวิตประจำวันหรือไม่	1	2	3	4	5
6. คุณมีข้อจำกัดในการทำงานบางอย่างเนื่องจากเท้าของคุณหรือไม่	1	2	3	4	5
7. สุขภาวะเท้าของคุณทำให้เกิดข้อจำกัดในการเดินมากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5
8. สุขภาวะเท้าของคุณทำให้เกิดข้อจำกัดในการเดินขึ้นลงบันไดมากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5

โปรดพลิกไปหน้าถัดไป

9. คุณคิดว่าระดับสุขภาวะทั่วไปของคุณอยู่ในระดับใด (โปรดทำเครื่องหมายวงกลมรอบตัวเลข)

- ดีเยี่ยม.....1
 ดีมาก.....2
 ดี.....3
 พอใช้.....4
 ไม่ดี/แย่.....5



คำถามต่อไปนี้จะเกี่ยวกับรองเท้านักเรียนสวม โปรดทำเครื่องหมายวงกลมรอบตัวเลขที่ตรงกับคำตอบของคุณมากที่สุด

	เห็นควร อย่างมาก	เห็นควร	ไม่แสดง ความคิดเห็น	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างมาก
10. จะหารองเท้าที่สวมแล้ว ไม่เจ็บเท้าหนักมาก	1	2	3	4	5
11. ฉันมีปัญหาในการหารองเท้าที่พอดี กับเท้าของฉัน	1	2	3	4	5
12. ฉันไม่สามารถหาซื้อรองเท้าที่สวม ใส่ได้พอดีหลายๆคู่ตามที่ต้องการได้	1	2	3	4	5

13. คุณคิดว่าสภาพเท้าโดยทั่วไปของคุณเป็นอย่างไร (โปรดทำเครื่องหมายวงกลมรอบตัวเลข)

- ดีเยี่ยม.....1
 ดีมาก.....2
 ดี.....3
 พอใช้.....4
 ไม่ดี/แย่.....5

โปรดแสดงความคิดเห็นถึงสภาพของเท้าของคุณในเวลานี้

.....

14. สุขภาพโดยทั่วไปของคุณเป็นอย่างไร (โปรดทำเครื่องหมายวงกลมรอบตัวเลข)

- ดีมาก.....1
 พอใช้.....2
 ไม่ดี/แย่.....3

โปรดพลิกไปหน้าถัดไป

15. คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับกิจกรรมต่างๆไปที่คุณมักทำในแต่ละวัน โปรดระบุว่าสุขภาพของคุณทำให้คุณมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเหล่านี้มากน้อยเพียงใด (โปรดทำเครื่องหมายวงกลมรอบตัวเลข)

กิจกรรม	ใช่ มีข้อจำกัดมาก	ใช่ มีข้อจำกัด เล็กน้อย	ไม่ใช่ ไม่มีข้อจำกัด เลย
ก. กิจกรรมที่ต้องใช้แรง เช่น การวิ่ง การยกของหนัก หรือการร่วมกิจกรรมกีฬาบางอย่างที่ต้องออกแรงมาก (เมื่อคุณต้องการ)	1	2	3
ข. กิจกรรมที่ต้องใช้แรงระดับปานกลาง เช่น การทำ ความสะอาดบ้าน การยกเก้าอี้ การเล่นเกมอล์ฟ หรือ การว่ายน้ำ	1	2	3
ค. การยกหรือหิ้วถุงใส่ของเมื่อคุณไปซื้อตาม ห้างสรรพสินค้า	1	2	3
ง. การเดินขึ้นเนินสูง	1	2	3
จ. การเดินขึ้นบันไดหนึ่งช่วงชั้น	1	2	3
ฉ. การลุกขึ้นจากการนั่ง	1	2	3
ช. การเดินในระยะทางไกลกว่า 1 กิโลเมตร	1	2	3
ซ. การเดินในระยะทาง 100 เมตร	1	2	3
ฅ. การอาบน้ำและการแต่งกาย	1	2	3

16. ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทางกายและสภาวะทางอารมณ์มีผลกระทบต่อการทำ กิจกรรมทางสังคม
โดยทั่วไปกับครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนบ้านหรือกลุ่มสังคมของคุณมากน้อยเพียงใด

(โปรดทำเครื่องหมายวงกลมรอบตัวเลข)

ไม่เลย.....1
เล็กน้อย.....2
ปานกลาง.....3
ค่อนข้างมาก..... 4
มาก.....5

โปรดพลิกไปหน้าถัดไป

17. คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับความรู้สึกและสภาวะอารมณ์ของคุณในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา
โปรดเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุดในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา

	ตลอดเวลา	ส่วนใหญ่	บางเวลา	มีน้อยมาก	ไม่มีเลย
ก. คุณรู้สึกเหนื่อยหรือไม่	1	2	3	4	5
ข. คุณรู้สึกว่ามีความเครียดหรือไม่	1	2	3	4	5
ค. คุณรู้สึกอ่อนเพลียหรือไม่	1	2	3	4	5
ง. คุณรู้สึกมีชีวิตชีวาหรือไม่	1	2	3	4	5

18. ในช่วงระหว่าง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา สภาวะทางอารมณ์และสุขภาพทางกายของคุณกระทบต่อกิจกรรมทางสังคมของคุณ (เช่น การไปเยี่ยมเยียนเพื่อนฝูงญาติมิตร) เพียงใด

(โปรดทำเครื่องหมายวงกลมรอบตัวเลข)

- ไม่กระทบเลย.....1
มีบ้างน้อยมาก.....2
ปานกลาง.....3
มีค่อนข้างมาก.....4
ตลอดเวลา.....5

19. สำหรับคุณข้อความต่อไปนี้ เป็นจริงหรือไม่จริง

(โปรดใส่วงกลมที่ตัวเลข)

	จริงหรือ จริงเป็นส่วนใหญ่	ไม่แน่ใจ	ไม่จริงหรือ ไม่จริงเป็นส่วนใหญ่
ก. ฉันมักจะเจ็บป่วยง่ายกว่าคนอื่นๆ	1	2	3
ข. ฉันมีความสุขดีพอๆกับคนอื่นๆที่ฉันรู้จัก	1	2	3
ค. ฉันคิดว่าสุขภาพของฉันจะแย่ลง	1	2	3
ง. สุขภาพของฉันดีเยี่ยม	1	2	3

โปรดพลิกไปหน้าถัดไป

แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ : การใช้งานอุปกรณ์หนุนเท้าในผู้ป่วยสันหลังอักเสบ
(ติดตามการรักษา 1 เดือน)

1. ติดตามครั้งที่

1 เดือน

3 เดือน

6 เดือน

1-3

2. น้ำหนัก.....กก.

000-200

3. BMI.....กก./ตร.ม.

00-99

4. ปริมาณน้ำหนักตัวที่ลดลง กก

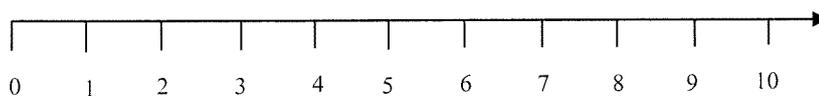
0-99

คิดเป็น..... %

0-100

5. ระดับความปวด VAS

0-10



6. ระดับการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกปวด

1-5

1. ไม่ปวด หายแล้ว

2. ดีขึ้นมาก

3. ดีขึ้นเล็กน้อย

4. เหมือนเดิม ไม่เปลี่ยนแปลง

5. แย่ลง

7. FHSQ score

Foot pain.....

0-100

Foot function.....

0-100

Shoe.....

0-100

GFH.....

0-100

8. ความถี่ในการปฏิบัติการใช้เท้า

1. ไม่ได้ปฏิบัติ

2. สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

1-7

3. วันเว้นวัน

4. ทุกวัน อย่างน้อย 1 ครั้งต่อวัน

5. วันละ 2 ครั้ง

6. วันละ 3 ครั้ง

7. มากกว่า วันละ 3 ครั้ง

9. ปริมาณยา paracetamol เม็ด

0-100

ปริมาณยา Meloxicam เม็ด

0-100

10. ความพึงพอใจต่อการรักษา

0-5

คะแนน 0-5 0 = ไม่พอใจที่สุด , 5 = พพอใจที่สุด

11. การรักษาด้วยวิธีอื่น

1. ไม่ได้รักษาด้วยวิธีอื่น

2. บีบนวด

 1-6

3. สปา

4. กายภาพบำบัด

5. ฉีดยาที่บริเวณสันเท้า

6. อื่นๆ ระบุ.....

12. ชั่วโมงการเดินต่อวัน

ท่านเดินวันละประมาณกี่ชั่วโมง.....

 0-24

ท่านใส่แผ่นรองสันเท้าวันละประมาณกี่ชั่วโมง.....

 0-24

แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ : การใช้งานอุปกรณ์หนุนเท้าในผู้ป่วยส้นเท้าอักเสบ
(ติดตามการรักษา 3 เดือน)

1. ติดตามครั้งที่

1 เดือน

3 เดือน

6 เดือน

1-3

2. น้ำหนัก.....กก.

000-200

3. BMI.....กก./ตร.ม.

00-99

4. ปริมาณน้ำหนักตัวที่ลดลง กก

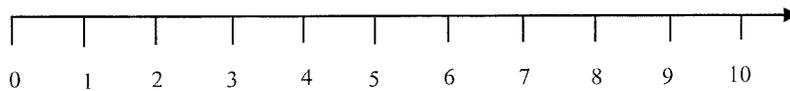
0-99

คิดเป็น..... %

0-100

5. ระดับความปวด VAS

0-10



6. ระดับการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกปวด

1-5

1. ไม่ปวด หายแล้ว

2. ดีขึ้นมาก

3. ดีขึ้นเล็กน้อย

4. เหมือนเดิม ไม่เปลี่ยนแปลง

5. แย่ลง

7. FHSQ score

Foot pain.....

0-100

Foot function.....

0-100

Shoe.....

0-100

GFH.....

0-100

8. ความถี่ในการปฏิบัติการใช้เท้า

1. ไม่ได้ปฏิบัติ

2. สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

1-7

3. วันเว้นวัน

4. ทุกวัน อย่างน้อย 1 ครั้งต่อวัน

5. วันละ 2 ครั้ง

6. วันละ 3 ครั้ง

7. มากกว่า วันละ 3 ครั้ง

9. ปริมาณยา paracetamol เม็ด

0-100

ปริมาณยา Meloxicam เม็ด

0-100

10. ความพึงพอใจต่อการรักษา

0-5

คะแนน 0-5 0 = ไม่พอใจที่สุด , 5 = พพอใจที่สุด

11. การรักษาด้วยวิธีอื่น

- | | | |
|---|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้รักษาด้วยวิธีอื่น | <input type="checkbox"/> 2. บีบนวด | <input type="checkbox"/> 1-6 |
| <input type="checkbox"/> 3. สปา | <input type="checkbox"/> 4. กายภาพบำบัด | |
| <input type="checkbox"/> 5. ฉีดยาที่บริเวณเส้นเอ็น | <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ ระบุ..... | |

12. ชั่วโมงการเดินต่อวัน

- | | |
|---|--|
| ท่านเดินวันละประมาณกี่ชั่วโมง..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0-24 |
| ท่านใส่แผ่นรองส้นเท้าวันละประมาณกี่ชั่วโมง..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0-24 |

แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ : การใช้งานอุปกรณ์หนุนเท้าในผู้ป่วยส้นเท้าอักเสบ
(ติดตามการรักษา 6 เดือน)

1. ติดตามครั้งที่

1 เดือน

3 เดือน

6 เดือน

1-3

2. น้ำหนัก.....กก.

000-200

3. BMI.....กก./ตร.ม.

00-99

4. ปริมาณน้ำหนักตัวที่ลดลง กก

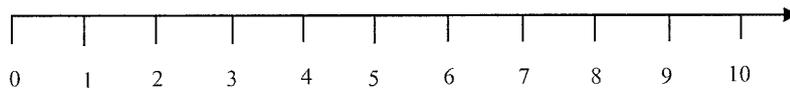
0-99

คิดเป็น..... %

0-100

5. ระดับความปวด VAS

0-10



6. ระดับการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกปวด

1-5

1. ไม่ปวด หายแล้ว

2. ดีขึ้นมาก

3. ดีขึ้นเล็กน้อย

4. เหมือนเดิม ไม่เปลี่ยนแปลง

5. แย่ลง

7. FHSQ score

Foot pain.....

0-100

Foot function.....

0-100

Shoe.....

0-100

GFH.....

0-100

8. ความถี่ในการปฏิบัติการใช้เท้า

1. ไม่ได้ปฏิบัติ

2. สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

1-7

3. วันเว้นวัน

4. ทุกวัน อย่างน้อย 1 ครั้งต่อวัน

5. วันละ 2 ครั้ง

6. วันละ 3 ครั้ง

7. มากกว่า วันละ 3 ครั้ง

9. ปริมาณยา paracetamol เม็ด

0-100

ปริมาณยา Meloxicam เม็ด

0-100

10. ความพึงพอใจต่อการรักษา

0-5

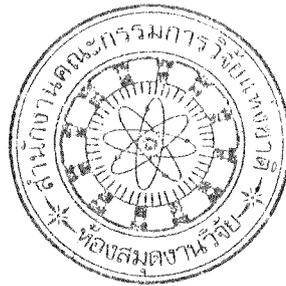
คะแนน 0-5 0 = ไม่พอใจที่สุด, 5 = พพอใจที่สุด

11. การรักษาด้วยวิธีอื่น

- | | | |
|---|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้รักษาด้วยวิธีอื่น | <input type="checkbox"/> 2. บีบนม | <input type="checkbox"/> 1-6 |
| <input type="checkbox"/> 3. สปา | <input type="checkbox"/> 4. ภายภาพบำบัด | |
| <input type="checkbox"/> 5. นวดยาที่บริเวณเส้นเอ็น | <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ ระบุ..... | |

12. ชั่วโมงการเดินต่อวัน

- | | |
|---|--|
| ท่านเดินวันละประมาณกี่ชั่วโมง..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0-24 |
| ท่านใส่แผ่นรองส้นเท้าวันละประมาณกี่ชั่วโมง..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0-24 |



แบบสอบถามความพึงพอใจงานวิจัยเรื่อง การใช้งานอุปกรณ์หนุนเท้าในผู้ป่วยส้นเท้าอักเสบ

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการใช้งานอุปกรณ์หนุนเท้า PSU heel cushion

ส่วนที่ 1 ข้อมูลความพึงพอใจต่อการใช้อุปกรณ์หนุนเท้า

โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับความพึงพอใจของท่าน

ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
การใช้งานอุปกรณ์หนุนเท้า					
1. ท่านสวมใส่อุปกรณ์หนุนเท้า (ความถี่ในการสวมใส่)					
2. ท่านสามารถสวมใส่หรือถอดรองเท้าได้อย่างสะดวก เมื่อสวมใส่อุปกรณ์หนุนเท้า					
3. ท่านใช้เวลาเพียงเล็กน้อยในการสวมใส่หรือถอดรองเท้าที่เสริมอุปกรณ์หนุนเท้า					
4. ท่านสวมใส่อุปกรณ์หนุนเท้าได้พอดีกับเท้า					
5. ท่านสามารถเดินได้อย่างสะดวก เมื่อสวมใส่อุปกรณ์หนุนเท้า					
ความพึงพอใจต่อการสวมใส่อุปกรณ์หนุนเท้า					
6. ท่านรู้สึกสบายเท้า เมื่อได้สวมใส่อุปกรณ์หนุนเท้า					
7. ท่านมีอาการปวดหรือเจ็บที่ส้นเท้าบ้างน้อยลง เมื่อได้สวมใส่อุปกรณ์หนุนเท้า					
8. ท่านหายจากการเจ็บปวดส้นเท้า เมื่อได้สวมใส่อุปกรณ์หนุนเท้า					
9. ท่านมั่นใจในความปลอดภัยจากการสวมใส่อุปกรณ์หนุนเท้า					
10. ท่านเห็นว่าการสวมใส่อุปกรณ์หนุนเท้าไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตประจำวันของท่าน					
11. ท่านมีความเห็นว่าอุปกรณ์หนุนเท้ามีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยส้นเท้าอักเสบ					
12. ท่านมีความพึงพอใจต่อการได้สวมใส่อุปกรณ์หนุนเท้า					
ปัญหาในการใช้งานอุปกรณ์หนุนเท้า					
13. ท่านเดินลำบากกว่าปกติ เมื่อสวมใส่อุปกรณ์หนุนเท้า					
14. ท่านมีอาการแสบบริเวณเท้า เนื่องจากการเสียดสีของอุปกรณ์หนุนเท้า					
15. ท่านมีอาการปวดเมื่อยเท้า เมื่อสวมใส่อุปกรณ์หนุนเท้า					

ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
16. การสวมใส่อุปกรณ์หนุนเท้า ทำให้ท่านเดินได้ง่ายกว่าปกติ					
17. ท่านต้องเดินเกร็งเท้า เมื่อสวมใส่อุปกรณ์หนุนเท้า					
18. ท่านต้องเดินกคปลายเท้า เพื่อให้อุปกรณ์หนุนเท้ากระชับกับเท้า					
19. ท่านคิดว่าการเสริมอุปกรณ์หนุนเท้าทำให้รองเท้ามีกลิ่นอับชื้น					
ความคาดหวังในการใช้งานอุปกรณ์หนุนเท้า					
20. ท่านมั่นใจว่าการสวมใส่อุปกรณ์หนุนเท้า ช่วยลดอาการปวดเท้าให้แก่ท่านได้					
21. ท่านมั่นใจว่าการสวมใส่อุปกรณ์หนุนเท้า ช่วยให้คุณหายจากอาการเจ็บปวดส้นเท้าได้					
22. ท่านมั่นใจว่าการสวมใส่อุปกรณ์หนุนเท้าช่วยให้ท่านสามารถเดินได้คล่องแคล่วมากขึ้น					
ความต้องการใช้อุปกรณ์หนุนเท้า					
23. หลังจากจบโครงการทดลองใช้อุปกรณ์หนุนเท้าแล้ว ท่านยังต้องการสวมใส่อุปกรณ์หนุนเท้านี้					
24. ท่านต้องการแนะนำให้ผู้ป่วยส้นเท้าอักเสบท่านอื่นได้ใส่อุปกรณ์หนุนเท้านี้ด้วย					

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความคิดเห็นต่ออุปกรณ์หนุนเท้า

25. ท่านคิดว่าราคาที่เหมาะสมของอุปกรณ์หนุนเท้าที่ท่านใช้อยู่นี้ ควรมีราคาประมาณเท่าไร?

ราคา.....บาท

26. ท่านคิดว่าอุปกรณ์หนุนเท้าสำหรับผู้ป่วยส้นเท้าอักเสบมีข้อควรปรับปรุงตรงจุดใดและอย่างไรบ้าง

.....

THE FOOT HEALTH STATUS QUESTIONNAIRE

Version 1.03



Thank you for taking the time to fill out this important questionnaire.

The answers you provide will help your podiatrist to understand how to care for your foot problems.

The questionnaire is very simple to complete and there are no right or wrong answers. The questionnaire takes less than 10 minutes to complete.

The Foot Health Status Questionnaire

INSTRUCTIONS

- This questionnaire asks for your views about your foot health.
- All you need to do is circle your answer to each question.
- If you are unsure about how to answer a question, please give the best answer you can.

The following questions are about the foot pain you have had during the past week.

1. What level of foot pain have you had during the past week ?

(circle number)

None		1
Very Mild		2
Mild		3
Moderate		4
Severe		5

(circle a number for each question below)

DURING THE LAST WEEK...

	Never	Occasionally	Fairly Many Times	Very Often	Always
2. How often have you had foot pain ?	1	2	3	4	5
3. How often did your feet ache?	1	2	3	4	5
4. How often did you get sharp pains in your feet ?	1	2	3	4	5

These questions are about how much your feet interfere with activities you might do during a typical day.

(circle a number for each question below)

DURING THE LAST WEEK

	Not at All	Slightly	Moderately	Quite a bit	Extremely
5. Have your <u>feet</u> caused you to have difficulties in your work or activities ?	1	2	3	4	5
6. Were you limited in the kind of work you could do because of your <u>feet</u> ?	1	2	3	4	5

DURING THE LAST WEEK

	Not at All	Slightly	Moderately	Quite a bit	Extremely
7. How much does your <u>foot health</u> limit you walking ?	1	2	3	4	5
8. How much does your <u>foot health</u> limit you climbing stairs ?	1	2	3	4	5

9. How would you rate your overall foot health ? (circle number)

- Excellent . 1
- Very Good .. 2
- Good .. 3
- Fair .. 4
- Poor . 5

Please turn to the next page

The following questions are about the shoes that you wear. Please circle the response which best describes your situation.

	Strongly Agree	Agree	Neither Agree nor Disagree	Disagree	Strongly Disagree
10. It is hard to find shoes that do not hurt my feet.	1	2	3	4	5
11. I have difficulty in finding shoes that fit my feet.	1	2	3	4	5
12. I am limited in the number of shoes I can wear.	1	2	3	4	5

13. In general, what condition would you say your feet are in ?

(circle number)

Excellent	1
Very Good	2
Good	3
Fair	4
Poor	5

Please write some comments about the current state of your feet:

14. In general, how would you rate your health :

(circle number)

- Very Good..... 1
 Fair..... 2
 Poor..... 3

15. The following questions ask about activities you might do during a typical day. Does your health now limit you in these activities? If so, how much?

(circle a number on each line)

<u>ACTIVITIES</u>	Yes, Limited A Lot	Yes, Limited A Little	No, Not Limited At All
a. Vigorous activities , such as running, lifting heavy objects, or (if you wanted to) your ability to participate in strenuous sports	1	2	3
b. Moderate activities , such as cleaning the house, lifting a chair, playing golf or swimming	1	2	3
c. Lifting or carrying bags of shopping	1	2	3
d. Climbing a steep hill	1	2	3
e. Climbing one flight of stairs	1	2	3
f. Getting up from a sitting position	1	2	3
g. Walking more than a kilometre	1	2	3
h. Walking one hundred meters	1	2	3
i. Showering or dressing yourself	1	2	3

16. This next question asks to what extent has your physical health or emotional problems interfered with your normal social activities with family, friends, neighbours or social groups?

(circle number)

- Not at all..... 1
 Slightly..... 2
 Moderately..... 3
 Quite a bit..... 4
 Extremely..... 5

Please turn to the next page

17. These questions are about how you “feel” and how things have been with you during the past month. For each question, please give the one answer that comes closest to the way you have been “feeling”. How much of the time during the past 4 weeks:

	All of the time	Most of the Time	Some of the Time	A little of the Time	None of the Time
a. Did you feel tired?	1	2	3	4	5
b. Did you have a lot of energy?	1	2	3	4	5
c. Did you feel worn out?	1	2	3	4	5
d. Did you feel full of life?	1	2	3	4	5

18. During the past 4 weeks, how much of the time has your emotional problems or physical health interfered with your social activities (like visiting with friends, relatives, etc.)?

(circle number)

- No time at all..... 1
- A small amount of time..... 2
- Moderate amount of time..... 3
- Quite a bit of the time..... 4
- All of the time..... 5

19. How TRUE or FALSE is each of the following statements for you?

(circle a number on each line)

	True or Mostly True	Don't Know	False or Mostly False
a. I seem to get sick a little easier than other people	1	2	3
b. I am as healthy as anybody I know	1	2	3
c. I expect my health to get worse	1	2	3
d. My health is excellent	1	2	3

Please complete the following details.

20. Full Name: _____

21. Address: _____ Postcode: _____

22. Date of Birth: _____ Sex: Male Female

23. What is the date when you filled out this survey? Please write here → _____

24. Do you currently take any medicine prescribed by your doctor for any of the following conditions ;

(please tick the appropriate box/s)

Diabetes Hormone Replacement Therapy

Osteoarthritis High Cholesterol

Blood Pressure Rheumatoid Arthritis

Heart Disease Back Pain

Lung Disease Depression

Any other conditions you take
medicine for, please list
1.
2.
3.

For the next questions, please tick either **YES** or **NO**

25. Are you a pensioner or health care cardholder ? **Yes** **No**

26. Do you smoke cigarettes ?

27. Do you do any regular physical exercise ?

28. Do you have private health insurance ?

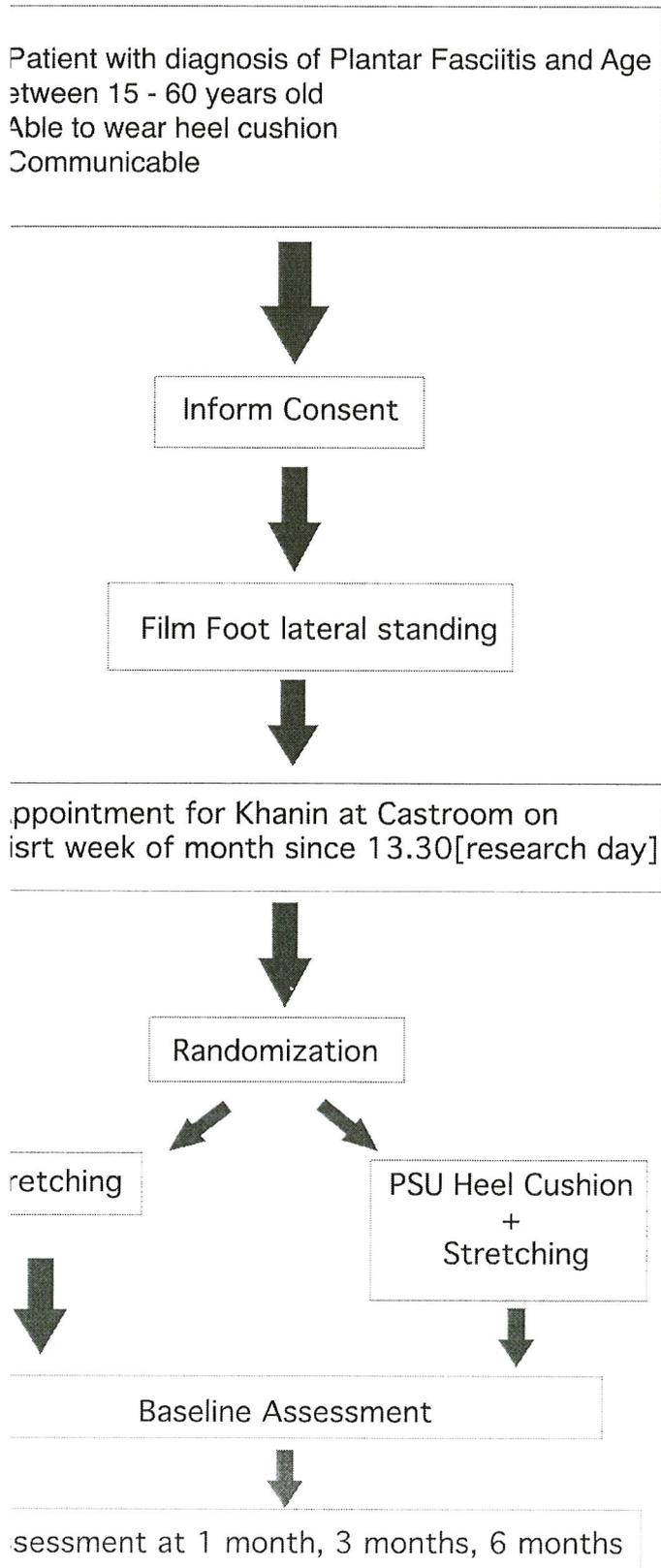
29. Have you completed a trade certificate or any other educational qualification since leaving school ?

**Thank you for completing this
questionnaire**

This questionnaire is designed to be analysed by:
The Foot Health Status Questionnaire
Data Analysis Software © (Version 1.03) and is
supported by Microsoft Windows™ 3.11. 95 and 98.

U Heel Cushion for Treatment of Plantar Fasciitis

in lamthanaporn, MD. , Assist. Prof. Sunton Wongsiri , Assoc. Prof. Boonsin Tangtrakulwanich



Clinical Diagnosis of Plantar Fasciitis

- Onset of pain under the plantar surface of the heel upon weight bearing after a period of non-weight bearing
- Most noticeable in the morning with the first steps after waking or after period of inactivity
- Lessen with increasing levels of activity, but will tend to worsen toward the end of the day
- Localized pain under the anteromedial aspect of the plantar surface of the heel

Exclusion Criteria

- Rheumatologic problem
- Tarsal tunnel, calcaneal fracture
- Rupture of plantar fascia
- NSAIDs allergy
- Latex allergy
- Pregnancy
- Previous surgery around ankle.

If symptom involved bilaterally, Choose the worst side

Simple randomization

Baseline Assessment

- FHSQ (Thai Version)
- Research Questionnaire

Take Home

- Leaflet about PF
- Homemed
- Paracetamol 30 tabs and Meloxicam 30 tabs
- Appointment for Khanin at Castroom on first week of month since 13.30 [research day]

REMOVE SHOES BEFORE FOLLOW UP ASSESSMENT

- FHSQ (Thai Version)
- Research Questionnaire

ใบเชิญชวนเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัย เรื่องศึกษาการใช้งานอุปกรณ์หนุนเท้าในผู้ป่วยส้นเท้าอักเสบ

ในปัจจุบันมีผู้ที่มีอาการปวดส้นเท้าหลังจากการยืนเดินนาน ๆ โดยเฉพาะวัยทำงาน ทำให้มีอาการเจ็บส้นเท้า บางครั้งจำเป็นต้องนั่งพัก หรือต้องทานยาเพื่อช่วยลดอาการปวด และมีผู้ป่วยจำนวนมากที่เจ็บป่วยด้วยโรคเอ็นฝ่าเท้าอักเสบ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงาน และการใช้งานของเท้าในชีวิตประจำวัน ภาวะเจ็บป่วยนี้เกิดจากการใช้งานที่ต้องเดินลงน้ำหนักมากเกินไป น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นกว่าค่ามาตรฐาน

การรักษาในระยะแรก ประกอบด้วย การรับประทานยาต้านการอักเสบ ยืดเอ็นฝ่าเท้า การใช้ อุปกรณ์เสริมรองเท้าเพื่อลดอาการปวด มีการศึกษามาแล้วว่าถ้าได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะแรก จะได้ผลการรักษาที่ดี

ในปัจจุบันมีอุปกรณ์รองส้นเท้าที่ได้รับการออกแบบมา เพื่อช่วยลดอาการบาดเจ็บซึ่งมีคุณภาพและราคาที่แตกต่างกันออกไป ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ ร่วมกับ ภาควิชาวิศวกรรมเครื่องกล คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ออกแบบและประดิษฐ์ แผ่นรองส้นเท้า โดยผลิตจากยางพารา ซึ่งได้มีการทดสอบในห้องปฏิบัติการแล้วว่ามีคุณสมบัติทางกายภาพที่มีความยืดหยุ่นดี และเมื่อทดสอบการใช้สามารถลดแรงกดของส้นเท้าได้ถึง 50%

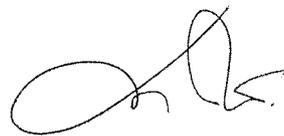
ขอเรียนเชิญผู้ที่มีอาการปวดส้นเท้า เข้าร่วมโครงการศึกษาในครั้งนี้ เพื่อศึกษาผลการใช้แผ่นรองส้นเท้าของ ม.สงขลานครินทร์จากการใช้งานจริง ผลจากการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแผ่นรองส้นเท้า ช่วยให้สุขภาพเท้าดีขึ้น ลดการเจ็บจากการยืนเดินนาน ๆ

ผู้เข้าร่วมโครงการจะได้รับอุปกรณ์รองส้นเท้าเพื่อทดลองใช้งาน และกรอกแบบสอบถามก่อนการทดลองใช้งาน และหลังการทดลองใช้งาน เพื่อนำไปประกอบการวิจัยต่อไป

ท่านสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้เมื่อใด ท่านสามารถทำได้โดยอิสระ

หมายเหตุ หากท่านมีข้อสงสัยหรือซักถามใดๆ สามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ โทร. 074-451614 ติดต่อ นพ.สุนทร วงษ์ศิริ ในวันและเวลาราชการ

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง



(นพ. สุนทร วงษ์ศิริ)

หัวหน้าโครงการวิจัย

Plantar Fasciitis

เอกสารและงานวิจัยทางการแพทย์ที่เชื่อถือได้
รวบรวมเข้ามามีความน่าเชื่อถือ

นพ. คณินทร์ เอี่ยมธนาภรณ์

นพ.คณินทร์ เอี่ยมธนาภรณ์
ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ม.สงขลานครินทร์
หาดใหญ่ สงขลา 90110
Tel : 074451616, 074451614, 0815558362
Email : psuheelcushion@gmail.com

หากมีข้อสงสัยหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม โปรดอย่าลังเลที่จะติดต่อ
ผมพร้อมที่จะให้คำแนะนำและข้อมูล ด้วยความยินดีเป็นอย่างยิ่ง

- คำนี้ถึงพลังงานที่ควรได้รับต่อวัน กินแล้ว
น้ำหนักก็ต้องไม่เพิ่ม กินอาหารครบทั้ง 5 หมู่ แต่
ให้ลดปริมาณคาร์โบไฮเดรต (ข้าว-แป้ง-ธัญพืช)

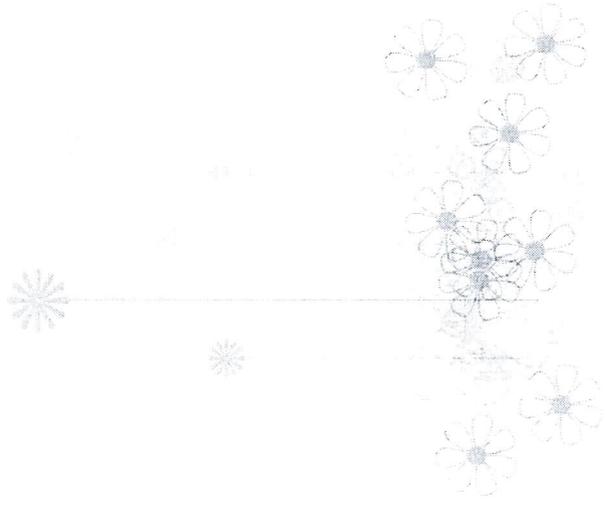
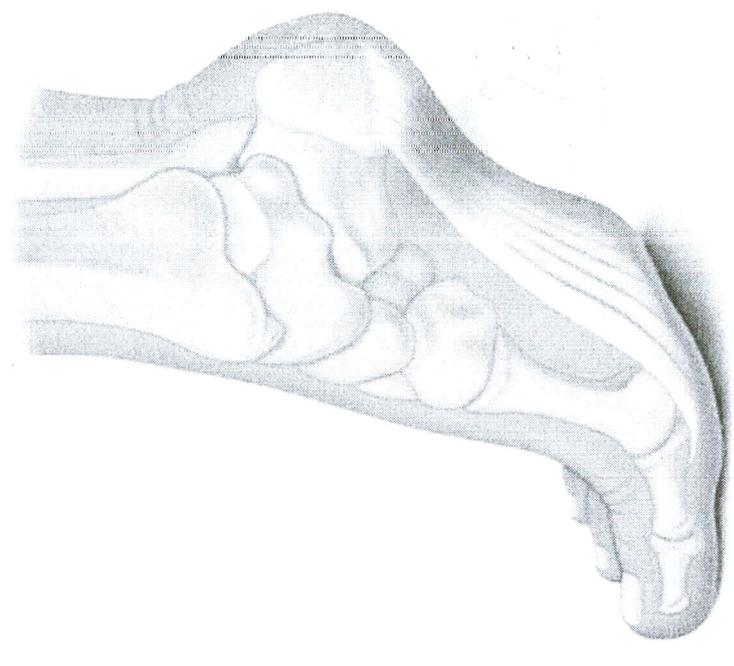
รวมทั้งลดปริมาณผลไม้ลง

- กินอาหารมื้อเล็กๆ แต่บ่อยขึ้น ไม่ควรอดอาหาร
จะทำให้หิวมากขึ้น และเกิดภาวะน้ำตาลในเลือด
ต่ำ

- เลือกประเภทของคาร์โบไฮเดรตที่จะกิน โดย
เลือกที่ไม่ผ่านการขัดสี เพราะจะทำให้อยู่ที่ท้องและ
น้ำตาลในเลือดขึ้นช้า เช่น ข้าวซ้อมมือ ธัญพืช
ขนมปังโฮลวีท วนเส้น
- ให้กินโปรตีน (เนื้อสัตว์ต่างๆ) คู่กับอาหาร
ประเภทผัก จะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง ช่วยชะลอ
การดูซึมมน้ำตาล และช่วยในการลดน้ำหนักได้ดี
- ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เพราะจะทำให้
น้ำหนักขึ้น และเพิ่มคอเลสเตอรอลในเลือด
- กินอาหารที่มีใยอาหาร เพิ่มขึ้น ใยอาหารทำให้
อิ่มง่ายและอึดนาน ตัวอย่างอาหารที่มีเส้นใยมาก
ได้แก่ ถั่ว ข้าวซ้อมมือ ผัก ผลไม้

การออกกำลังกาย

- การออกกำลังกายจะเร่งการเผาผลาญพลังงาน
การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และใช้เวลา
ติดต่อกันไม่ต่ำกว่า 20 นาทีต่อครั้ง จะทำให้เพิ่ม
การเผาผลาญพลังงาน ช่วยให้น้ำหนักได้ดี



ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย??

โรคเอ็นฝ่าเท้าอักเสบเป็นโรคที่พบได้บ่อย และมักจะพบในช่วงอายุ 40 ถึง 60 ปี มีการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นนักวิ่ง ประกอบอาชีพหรือทำงานที่ต้องยืนเป็นเวลานาน มีเท้าแบน มีภาวะน้ำหนักเกิน จะมีโอกาสเป็นโรคนี้น่าขึ้น

ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้จะมีอาการปวดส้นเท้าโดยเฉพาะช่วงหลังตื่นนอน โดยจะปวดทางด้านในของส้นเท้า อาการปวดจะดีขึ้นหลังจากใช้งานระยะหนึ่ง และจะกลับมีอาการซ้ำหลังจากใช้งาน

การรักษามีหลายวิธี ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาใดที่สามารถบอกได้ว่าการรักษาใดเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุด แต่พบว่าการรักษาแบบไม่ต้องผ่าตัดให้ผลการรักษาได้ถึง 90 %

* ท่านสามารถประกอบกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ

* ถ้ามีอาการปวด แนะนำให้รับประทานยาพาราเซตามอล ครั้งละ 1 เม็ด ทุก 4-6 ชม. และจดบันทึกปริมาณยาที่รับประทาน

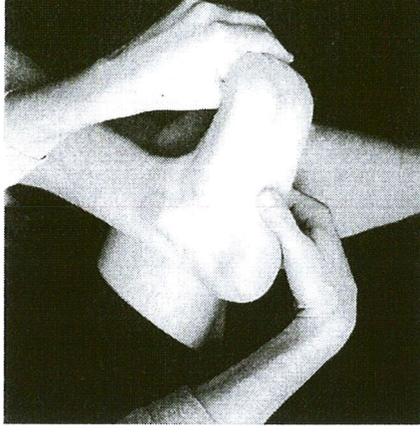
* ถ้าอาการปวดไม่ดีขึ้นให้รับประทานยา Meloxicam เพิ่มอีกวันละ 1 เม็ด

* หลังจากอาการปวดดีขึ้นให้หยุดรับประทานยา

* ไม่แนะนำให้ใช้ยาชนิดอื่น หรือการรักษาวิธีอื่น เช่น การบีบนิ้ว การฉายแสง การผ่าตัด หากจำเป็นต้องใช้วิธีการรักษาอื่น โปรดแจ้งรายละเอียดให้กับทีมวิจัยด้วยครับ เพื่อเป็นข้อมูลในการศึกษา

* แนะนำให้ควบคุมอาหาร และบริหารเอ็นฝ่าเท้าด้วยรายละเอียด ในแผ่นพับนี้

* ติดตามการรักษาตามวันและเวลาที่แพทย์นัด หากท่านไม่สะดวก สามารถโทรพิมพ์มาติดต่อเลื่อนนัดได้ที่ เบอร์ 074-451707



รูปที่ 1 แสดงการบริหารเอ็นฝ่าเท้าข้างซ้าย

วิธีการยืดเอ็นฝ่าเท้า โดยให้ผู้ช่วยทำในท่านั่งไขว่ห้าง ใช้มือข้างเดี๋ยวกั้นจับที่บริเวณนิ้วเท้าทุกนิ้วแล้วดึงเข้าหาตัว จนรู้สึกว่าตึงบริเวณฝ่าเท้า และค้างไว้ นับ 1-10 ทำรอบละ 10 ครั้ง วันละ 3 รอบ



