

ภาคผนวก

ภาคผนวก ค

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน () ตามความเป็นจริง

1. เพศ

1. () ชาย

2. () หญิง

2. อายุ ปี

3. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน

1. () ไม่ได้เรียนแต่อ่านออกเขียนได้

2. () ประถมศึกษา

3. () มัธยมศึกษา

4. () อนุปริญญา

5. () ปริญญาตรี

6. () สูงกว่าปริญญาตรี

7. () อื่นๆ ระบุ.....

4. สถานภาพสมรส

1. () โสด

2. () คู่

3. () หม้าย / หย่า / แยก

5. นับถือศาสนา

1. () พุทธ

2. () คริสต์

3. () อิสลาม

4. () อื่นๆ

6. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพอะไร

1. () ทำนา ทำสวน ทำไร่

2. () ทำงานบ้าน

3. () ค้าขาย

4. () รับจ้าง

5. () รับราชการ

เลขที่

--	--	--

สำหรับผู้วิจัย

1. ☐

2. ☐

3. ☐

4. ☐

5. ☐

6. ☐

6. () ไม่มีอาชีพ (เป็นแม่บ้าน พ่อบ้าน อาศัยอยู่กับลูกหลาน)
7. () อื่นๆ ระบุ.....
7. ครอบครัวของท่านมีรายได้เฉลี่ยเดือนละ..... บาท 7. ☐
8. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร 8. ☐
1. () อยู่กับครอบครัว หรือญาติ ระบุความเกี่ยวข้อง.....
2. () อยู่กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติ ระบุความเกี่ยวข้อง.....
3. () อยู่คนเดียว
9. ท่านมีญาติป่วยเป็นโรคเบาหวานหรือไม่ 9. ☐
1. () มี
2. () ไม่มี
- ถ้ามี เกี่ยวข้องเป็น ระบุ.....
10. ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานมานาน.....ปี 10. ☐
11. ประเภทอาหารที่รับประทานเป็นประจำในปัจจุบัน 11. ☐
1. () รับประทานอาหารตามปกติเช่นเดียวกับก่อนเป็นเบาหวาน
2. () รับประทานอาหารเบาหวานตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ
3. () อาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน
4. () อาหารรสจัด
5. () อื่นๆ ระบุ.....
12. ท่านเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานหรือไม่ 12. ☐
1. () เคย
2. () ไม่เคย
- ถ้าเคย ท่านเคยได้รับข้อมูลจากใคร (ถ้าตอบว่าไม่เคย ข้ามไปตอบข้อ 13)
1. () แพทย์
2. () พยาบาล
3. () อื่นๆ ระบุ.....
13. ท่านเคยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจากโรคเบาหวานหรือไม่ 13. ☐
1. () เคย จากสาเหตุใด ระบุ.....
2. () ไม่เคย
14. ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง 14. ☐
- ครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่.....ผลที่ได้.....มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

เลขที่แบบสอบถาม

--	--	--

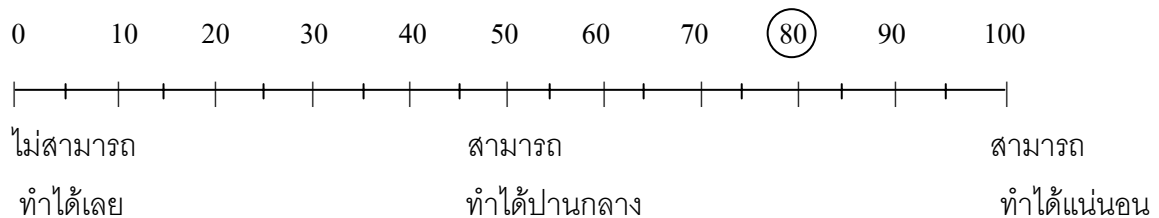
ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

คำชี้แจงเกี่ยวกับการตอบแบบประเมิน

แบบประเมินฉบับนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ แต่ละข้อถามถึงความสามารถในการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ขอให้ท่านพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วให้คะแนนความมั่นใจในความสามารถของท่านที่จะกระทำการดูแลตนเองในแต่ละข้อได้สำเร็จ โดยวงกลมรอบตัวเลขที่แสดงความมั่นใจที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ตัวอย่าง เช่น

1. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถนอนหลับพักผ่อนได้วันละ 8 ชั่วโมงนอน



เมื่อท่านมีความมั่นใจ 80 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนนว่าท่านสามารถนอนหลับพักผ่อนได้วันละ 8 ชั่วโมง

--	--	--

A horizontal number line ranging from 0 to 100. Major tick marks are labeled at intervals of 10 (0, 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100). There are also minor tick marks between the major ones. Below the line, there are three descriptive labels in Thai:

- ไม่สามารถทำได้เลย** (Cannot do at all) is positioned below the range from 0 to approximately 20.
- สามารถทำได้นานกลาง** (Can do moderately well) is positioned below the range from approximately 30 to 70.
- สามารถทำได้แน่นอน** (Can do definitely well) is positioned below the range from approximately 80 to 100.

A horizontal number line from 0 to 100 with tick marks every 10 units. Below the line are three labels: "ไม่สามารถทำได้เลย" (Cannot do at all) under 0-30, "ทำได้ปานกลาง" (Moderate ability) under 30-70, and "ทำได้แน่นอน" (Definitely able to do) under 70-100.

[illegible]

4. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถหลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลมาก เช่น ขนมหวาน ทอฟฟี่ น้ำอัดลม ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน ขนุน ลำไย ลิ้นจี่ ได้ ถึงแม้ว่าฉันจะรู้สึกว่าการเหล่านั้นน่ารับประทานมากก็ตาม



5. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ ได้



6. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก เช่น อาหารทอดต่างๆ กะทิ ไขมันสัตว์ เครื่องในสัตว์ไข่แดง เนย หอยนางรม ได้



7. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถรับประทานอาหารแต่ละมื้อตรงตามเวลาได้



8. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานได้



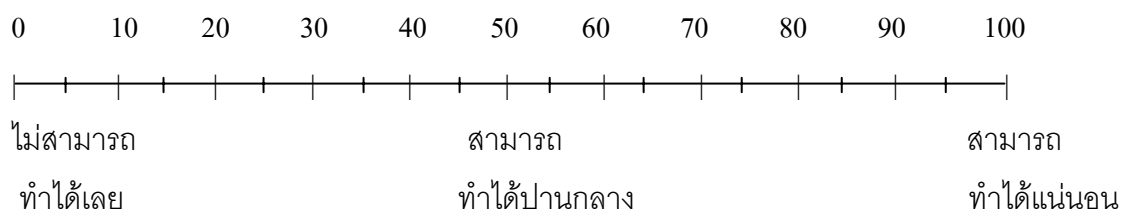
9. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถรับมือกับภาระงานได้ถูกต้องตามเวลาเสมอ



10. ไม่ว่าฉันจะอยู่ที่ใด ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถรับประทานยา (ทั้งชนิดก่อนหรือหลังอาหาร) ได้อย่างครบถ้วนทุกมื้อ



11. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถดูแลและเก็บรักษายาได้ถูกต้อง



12. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถรู้ได้ว่าเมื่อใดที่น้ำตาลในเลือดของฉันต่ำเกินไป



13. ทุกครั้งที่ม่มีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไป ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถแก้ไขอาการในเบื้องต้นด้วยตนเองได้



.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

30.....

เลขที่แบบสอบถาม

--	--	--

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง () ที่ตรงกับการปฏิบัติจริงของผู้ป่วย

ข้อความ	ทำเป็นประจำ (6-7 ครั้ง/ สัปดาห์)	ทำบ่อย (3-5 ครั้ง/ สัปดาห์)	ทำนานๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/ สัปดาห์)	ไม่เคย ทำเลย
1. ท่านรับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ได้แก่ ข้าว แป้ง เนื้อสัตว์ ไข่ ถั่ว นม ไขมัน ผัก และผลไม้				
2. ท่านรับประทานอาหารครบ 3 มื้อทุกวัน				
3. ท่านรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของแป้งและน้ำตาลในปริมาณที่จำกัด				
4. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก เช่น อาหารทอด เนื้อติดมัน หมูสามชั้น กุนเชียง หนังไก่ทอด ฯลฯ				
5. ท่าน/ครอบครัวของท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันถั่วเหลือง				
6. ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น มะม่วงสุก ทุเรียน ขนุน เงาะ ลำไย ฯลฯ				
7. ท่านรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผักสวนที่เป็นก้านและใบ				
8. ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์				
9. ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม น้ำหวานต่างๆ				
10. ท่านออกกำลังกายครั้งละประมาณ 30 นาที				
11. ก่อนออกกำลังกายท่านเริ่มจากการเดินช้าๆ ประมาณ 5-10 นาที แล้วตามด้วยการยืดเหยียดข้อและกล้ามเนื้อประมาณ 5 นาที แล้วจึงออกกำลังกายจริง				
12. ท่านมีการออกกำลังกาย เช่น เดิน วิ่งเหยาะๆ ว่ายน้ำ ปลูกต้นไม้ ฝึกโยคะ และอื่นๆ				

ข้อความ	ทำเป็นประจำ (6-7 ครั้ง/ สัปดาห์)	ทำบ่อย (3-5 ครั้ง/ สัปดาห์)	ทำนานๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/ สัปดาห์)	ไม่เคย ทำเลย
13. ก่อนจะหยุดออกกำลังกาย ท่านค่อยๆผ่อนความเร็วลงโดยไม่หยุดทันที				
14. ท่านรับประทานยาตามจำนวนที่แพทย์สั่ง				
15. ท่านรับประทานยาตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง				
16. ท่านเคยลดหรือเพิ่มขนาดยาด้วยตนเอง				
17. ท่านพกลูกอมหรือน้ำตาลติดตัวไว้เพื่อป้องกันการหมดสติจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไป				
18. ท่านมีการเฝ้าระวังอาการที่แสดงอาการน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ กระหายน้ำมาก อ่อนเพลีย ปัสสาวะมาก และบ่อยโดยเฉพาะเวลากลางคืน ปวดศีรษะ ตามัว คลื่นไส้ อาเจียน				
19. ท่านทำความสะอาดเท้าให้ทั่วทุกส่วน				
20. ท่านตรวจเท้าให้ทั่วทุกส่วน				
21. ท่านบริหารเท้าครั้งละ 15 นาที				
22. ท่านสวมรองเท้าเมื่อท่านออกนอกบ้าน				
23. ท่านดูแลเท้าของท่านไม่ให้เกิดบาดแผล				
24. เมื่อท่านตัดเล็บเท้า ท่านปฏิบัติโดยตัดเล็บเท้าให้เป็นแนวตรง ไม่สั้นติดเนื้อ				