

Appendix E

Data collection forms (Thai)

แบบบันทึกประวัติ

1. อาการสำคัญ.....
2. เกิดขึ้นเมื่อวันที่...../...../.....(onset of pain)
3. ลักษณะอาการปวดเกิดขึ้น (onset of pain)
 1. เกิดขึ้นเอง อย่างเฉียบพลัน 2. เกิดขึ้นเอง อย่างช้าๆ ค่อยเป็นค่อยไป
 3. บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ 4. บาดเจ็บจากการทำงาน
4. เนื่องจาก...../หรือ ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด (cause of symptom)
5. สถานะอาการขณะนี้ 1. ดีขึ้น 2. ไม่เปลี่ยนแปลง 3. แย่ลง
6. เริ่มมีอาการแสดงบริเวณ
 1. หลังส่วนล่าง 2. ขาท่อนบน 3. ขาท่อนล่าง
ระดับความเจ็บปวด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ไม่มีอาการปวดเลย ปวดมากจน
ไม่สามารถอธิบายได้
7. มีอาการต่อเนื่องบริเวณ
 1. หลังส่วนล่าง 2. ขาท่อนบน 3. ขาท่อนล่าง
ระดับความเจ็บปวด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ไม่มีอาการปวดเลย ปวดมากจน
ไม่สามารถอธิบายได้
8. มีอาการเป็นพักๆ บริเวณ
 1. หลังส่วนล่าง 2. ขาท่อนบน 3. ขาท่อนล่าง
ระดับความเจ็บปวด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ไม่มีอาการปวดเลย ปวดมากจน
ไม่สามารถอธิบายได้
9. อาการแย่ง
9.1. เมื่อทำท่า 1. ก้มหลัง 2. นั่งลง/ลุกขึ้นยืน 3. ยืน
 4. เดิน 5. นอนหงาย 6. นอนคว่ำ
 7. นอนตะแคง 8. อื่นๆ ระบุ.....
- 9.2. ช่วงเวลา 1. เช้า 2. เย็น 3. เท่ากันทั้งวัน

- 9.3. เมื่อ 1. อยู่นิ่งๆ 2. เคลื่อนไหวร่างกาย
- 9.4. อื่นๆ ระบุ.....
10. อาการดีขึ้น
- 10.1. เมื่อทำท่า 1. ก้มหลัง 2. นั่งลง/ลุกขึ้นยืน 3. ยืน
 4. เดิน 5. นอนหงาย 6. นอนคว่ำ
 7. นอนตะแคง 8. อื่นๆ ระบุ.....
- 10.2. ช่วงเวลา 1. เช้า 2. เย็น 3. เท่ากันทั้งวัน
- 10.3. เมื่อ 1. อยู่นิ่งๆ 2. เคลื่อนไหวร่างกาย
- 10.4. อื่นๆ ระบุ.....
11. อาการดังกล่าวรบกวนการนอนหลับหรือไม่ 1. ไม่รบกวน 2. รบกวน
12. ท่านอนปกติ 1. นอนหงาย 2. นอนคว่ำ 3. นอนตะแคง
13. พื้นผิวที่นอน 1. นุ่ม 2. แน่น/แข็ง 3. จมเป็นหลุม
14. ท่าทางการเดิน 1. ปกติ 2. ผิดปกติ แบบ.....
15. มีอาการขณะ ไอ่/ จาม 1. ไม่ใช่ 2. ใช่
16. การกลั้นปัสสาวะ 1. ปกติ 2. ผิดปกติ.....
17. ประวัติอาการนี้ในอดีต 1. 0 เดือน 2. 1-5 เดือนก่อน
 3. 6-10 เดือน 4. มากกว่า 11 เดือน
18. ปีที่มีอาการครั้งแรก
19. ประวัติอดีต.....
20. การรักษาที่เคยได้รับ.....
21. เคยทำการ x-ray บริเวณหลังส่วนล่างมาก่อน 1. ไม่เคย 2. เคย ระบุผล.....
22. สุขภาพทั่วไป 1. ดี 2. พอใช้ 3. แย่
23. โรคประจำตัว ที่เคยได้รับการวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์
 1. ไม่มี 2. มี โปรดระบุ.....
24. ยาที่รับประทาน/ใช้ เป็นประจำ
 1. ไม่ใช่เลย 2. NSAID 3. Analgesic 4. Steroid
 5. Anticoagulant 6. อื่นๆ ระบุ.....
25. ประวัติการผ่าตัด
 1. ไม่เคย 2. เคย ระบุ การผ่าตัด.....เมื่อ...../...../.....

26. ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ

1. ไม่เคย 2. เคย ระบุ.....เมื่อ...../...../.....

27. น้ำหนักลดลงอย่างผิดปกติ หรือไม่ 1. ไม่ 2. ใช่

28. หยุดงานเนื่องจากอาการปัจจุบัน ใช่หรือไม่ 1. ไม่ใช่ 2. ใช่ ตั้งแต่วันที่...../...../.....

แบบบันทึกการตรวจร่างกาย

วันที่...../...../.....หมายเลขอ้างอิง.....

การสังเกต

1. รูปร่าง 1. ectomorphic 2. mesomorphic 3. endomorphic

2. ทำเยื่อ ด้านหน้า

จุดสังเกต	ปกติ	ไม่ปกติ	บันทึกสิ่งผิดปกติ
1. ศีรษะ			
2. แนวปลายจมูก			
3. ระดับไหล่ 2 ข้าง			
4. ระดับไหวกะดูกปลาร้า 2 ข้าง			
5. มุม carrying angle			
6. ระดับ patella			

3. ทำเยื่อ ด้านข้าง

จุดสังเกต	ปกติ	ไม่ปกติ	บันทึกสิ่งผิดปกติ
1. แนวใบหูตรงกับแนวไหล่			
2. ไค้คอ			
3. ไค้หลังระดับอก			
4. ไค้หลังระดับเอว			

4. ทำเยื่อ ด้านหลัง

จุดสังเกต	ปกติ	ไม่ปกติ	บันทึกสิ่งผิดปกติ
1. ระดับไหล่ 2 ข้าง			
2. ระดับ inferior angle of scapula			
3. แนวกระดูกสันหลัง			
4. ระดับมุมเอว			
5. ระดับ PSIS			

5. ทำเดิน 1. normal 2. abnormal6. Lateral shift 1. ไม่มี 2. lateral shift to right 3. lateral shift to left7. Scoliosis 1. ไม่มี 2. มี right rib hump 3. มี left rib hump8. Spina bifida 1. ไม่มี 2. มี

9. การสังเกตอื่นๆ

.....

การประเมินการเคลื่อนไหว

การเคลื่อนไหว	ช่วงการเคลื่อนไหว (AROM)	ปกติ	การเบี่ยงเบน	ขวา	ซ้าย	ปกติ
Flexion	cm.		in flexion			
Extension	cm.		in extension			
Left lateral flexion	cm.					
Right lateral flexion	cm.					
Flexion with OP						
Extension with OP						
Left lateral flexion with OP						
Right lateral flexion with OP						
Quadrant test	<input type="checkbox"/> negative <input type="checkbox"/> positive					

Palpation

1. Spasm 1. no spasm 2. midline 3. paraspinal area
 2. Tenderness 1. no spasm 2. midline 3. paraspinal area

Neurological tests

Motor deficit: myotomes	Right	Left
L ₁ -L ₂ : hip flexion		
L ₃ : knee extension		
L ₄ : ankle dorsiflexion		
L ₅ : toe extension		
S ₁ : ankle plantar flexion		
S ₁ -S ₂ : knee flexion		

การตรวจอื่นๆ

SLR test	<input type="checkbox"/> negative <input type="checkbox"/> positive Rt.....degree Lt.....degree
Patrick test: sign-of-4	<input type="checkbox"/> negative <input type="checkbox"/> positive
Leg length discrepancy	<input type="checkbox"/> เท่ากัน <input type="checkbox"/> ไม่เท่ากัน Rt.....cm. Lt.....cm.
Sit-and-reach testcm. <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ
Resting blood pressure in sittingmmHg

แบบสอบถามคัดกรองก่อนการออกกำลังกาย
(Modified Physical Readiness Questionnaire)

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. แพทย์เคยบอกว่าคุณมีปัญหาเกี่ยวกับหัวใจ และคุณควรทำแต่กิจกรรมตามที่แพทย์แนะนำ หรือไม่		
2. คุณมีอาการปวดในทรวงอกเมื่อทำกิจกรรมต่างๆ หรือไม่		
3. ในเดือนที่ผ่านมา คุณเคยมีอาการปวดในทรวงอก ขณะที่ไม่ได้ทำกิจกรรมใดๆ เลย หรือไม่		
4. คุณเคยเสียการทรงตัว (ล้ม) เนื่องจากเวียนศีรษะ หรือเคยหมดสติ หรือไม่		
5. แพทย์เคยบอกว่าคุณมีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับกระดูก หรือข้อต่อ ซึ่งอาการแย่ลงเมื่อเปลี่ยนกิจกรรมต่างๆ หรือไม่		
6. ขณะนี้แพทย์สั่งยาสำหรับภาวะความดันสูงหรือภาวะหัวใจให้คุณหรือไม่		
7. มีเหตุผลอื่นๆ ที่ทำให้คุณไม่สามารถทำกิจกรรมตามที่คุณต้องการ หรือไม่		

ความดันโลหิตขณะพัก...../..... การเต้นของหัวใจ.....ครั้ง /นาที

แบบบันทึกผลการประเมินความมั่นคงกระดูกสันหลัง
ด้วยเครื่อง Stabilizer™ pressure biofeedback

No. of level	trial 1		trial 2		trial 3	
	passed	failed	passed	failed	passed	failed
1						
2						
3						
4						
5						
6						
Final result	Passed Level..... (บันทึก No. of level ที่ดีที่สุดทำได้ผ่านตามเกณฑ์จาก 3 trials)					

ค่าเวลาจากการทดสอบความทนทานของกล้ามเนื้อหลัง (Sorensen test)

The best time.....seconds