

ภาคผนวก ค
เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

8. รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่เกิน 2,000 บาท | <input type="checkbox"/> 2,001 – 4,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 4,001 – 6,000 บาท | <input type="checkbox"/> 6,001 – 8,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 8,001 – 10,000 บาท | <input type="checkbox"/> 10,001 – 12,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 12,001 – 14,000 บาท | <input type="checkbox"/> 14,001 – 16,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 16,001 – 18,000 บาท | <input type="checkbox"/> 18,001 – 20,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 20,001 บาทขึ้นไป | |

9. ความเพียงพอของรายได้

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> พอใช้ | <input type="checkbox"/> ไม่พอใช้ |
|--------------------------------|-----------------------------------|

10. ค่าใช้จ่ายในการรักษาได้จาก

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> จ่ายเอง | <input type="checkbox"/> เบิกจากต้นสังกัด |
| <input type="checkbox"/> ประกันสังคม | <input type="checkbox"/> บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง) |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ | |

11. ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาหรือไม่

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่มีปัญหา | <input type="checkbox"/> มีปัญหาเล็กน้อย |
| <input type="checkbox"/> มีปัญหาปานกลาง | <input type="checkbox"/> มีปัญหามาก |

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่

12. ท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่

() เคย

() ไม่เคย

13. ท่านสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ ปี

14. จำนวนบุหรี่ที่ท่านสูบต่อวัน

() น้อยกว่า 5 มวน

() 6 – 10 มวน

() 11-15 มวน

() 16- 20 มวน

() 21 มวนขึ้นไป

15. ปัจจุบันท่านยังสูบบุหรี่หรือไม่

() เลิกสูบบุหรี่แล้ว

() ยังคงสูบบุหรี่ โปรตละบุจำนวนที่สูบ มวน/วัน

16. ระยะเวลาในการเลิกสูบบุหรี่ (สำหรับผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว)

() ต่ำกว่า 1 ปี

() 1- 3 ปี

() 4- 6 ปี

() 7 ปี ขึ้นไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา

17. ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมานาน ปี

18. ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาท่านเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่

() ไม่เคย

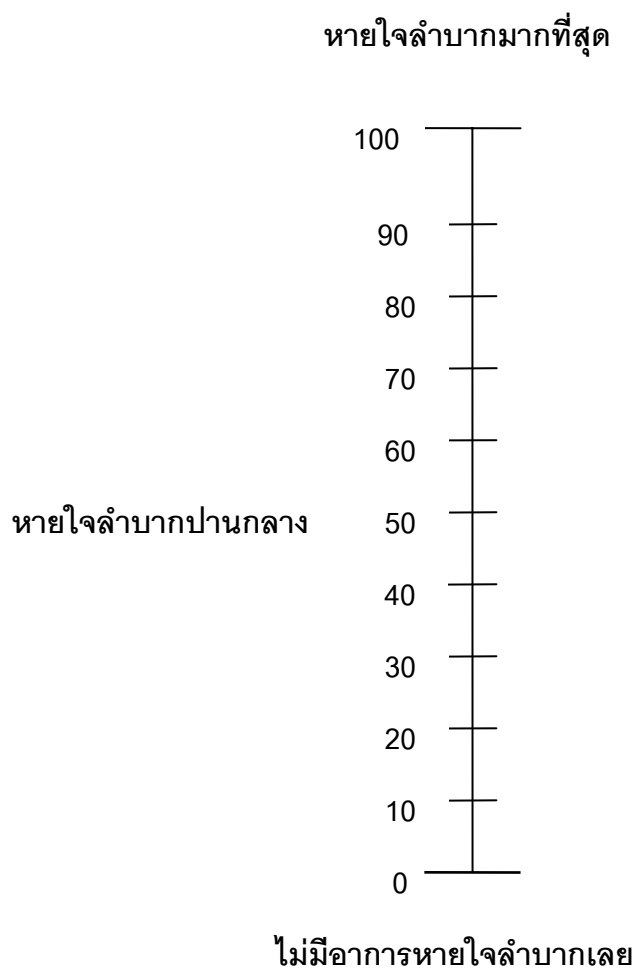
() เคย โปรตละบุจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษา ครั้ง

แบบสอบถามเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ข้อคำถาม	คำตอบ		ระดับ ความ รุนแรงของ โรค
	ใช่	ไม่ใช่	
1. ท่านสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ตามปกติโดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบหรือไม่			ระดับที่ 1
2. ท่านไม่สามารถเดินบนพื้นราบได้ กระฉับกระเฉงเท่าคนปกติ และ ไม่สามารถเดินขึ้นที่สูงหรือขึ้นบันไดได้เท่ากับคนในวัยเดียวกันใช่หรือไม่ และ จะมีอาการเหนื่อยหอบเมื่อขึ้นตึกสูง 1 ชั้น ใช่หรือไม่			ระดับที่ 2
3. ท่านไม่สามารถทำงานหนักหรือทำงานที่ยุ่งยากได้ และ ไม่สามารถเดินบนพื้นราบได้เท่ากับคนในวัยเดียวกัน และมีอาการหอบเหนื่อยเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น และ ต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 2 ชั้น ใช่หรือไม่			ระดับที่ 3
4. ท่านมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมมากขึ้น โดยไม่สามารถทำงานได้และเคลื่อนไหวได้ในขอบเขตที่จำกัด และต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น แต่ยังสามารถดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ใช่หรือไม่			ระดับที่ 4
5. ท่านมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมาก และ เมื่อเดินเพียง 2-3 ก้าว หรือลุกนั่ง ก็จะมีอาการเหนื่อย ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีอาการเหนื่อยหอบแม้ขณะพูดหรือแต่งตัว ใช่หรือไม่			ระดับที่ 5

แบบวัดการรับรู้อาการหายใจลำบาก (Dyspnea Visual Analogue Scale)

คำชี้แจง แบบวัดอาการหายใจลำบาก เป็นมาตรแสดงการรับรู้อาการหายใจลำบากของท่านในขณะนี้ มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร ทางด้านบนสุดที่ตำแหน่ง 100 มิลลิเมตร หมายถึง ท่านมีอาการหายใจลำบากมากที่สุด ส่วนทางด้านล่างสุดที่ตำแหน่ง 0 มิลลิเมตร หมายถึง ไม่มีอาการหายใจลำบากเลย และ ตรงกึ่งกลางที่ตำแหน่ง 50 มิลลิเมตร หมายถึง มีอาการหายใจลำบากปานกลาง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย x ลงบนเส้นตรง ณ จุดที่บ่งบอกถึงอาการหายใจลำบากของท่านในขณะนี้



แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำชี้แจง แบบวัดชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงการกระทำกิจกรรมการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพของท่านในชีวิตประจำวันในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาขณะที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วพิจารณาว่าท่านมีการกระทำกิจกรรมหรือการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพเหล่านั้นบ่อยครั้งเพียงใด หลังจากนั้นให้ทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับการกระทำกิจกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพของท่าน ให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยแต่ละคำตอบจะมีความหมายดังนี้

ปฏิบัติสม่ำเสมอ	หมายถึง	ท่านมีการทำ กิจกรรม หรือปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพในเรื่องนั้นๆเป็นประจำ
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านมีการทำกิจกรรมหรือปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพในเรื่องนั้นๆ นานๆ ครั้ง หรือ บางวัน หรือ เป็นส่วนน้อย
ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยกระทำกิจกรรม หรือไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพในเรื่องนั้นๆ เลย

คำถาม	พฤติกรรมสุขภาพ			หมายเหตุ
	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย	
พฤติกรรม การดูแลสุขภาพด้าน การส่งเสริมสุขภาพ				
1. ท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่				
2. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในบริเวณ ที่มีอาการพิษ เช่น ควันบุหรี่และ ควันพิษ เป็นต้น				
3. ท่านหลีกเลี่ยงกับการสัมผัสกับ เกสรดอกไม้ ผุ่นละออง เป็นต้น				
4. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ อับชื้น อากาศร้อนมาก หรือ เย็น มาก				
5. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับ ผู้ที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดิน หายใจ เช่น ผู้ที่มีอาการเจ็บคอ ไข้หวัด หรือ ไซนัสอักเสบ เป็นต้น				
6. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่ที่มีคน แออัด และ มีการระบายอากาศไม่ ดี เช่น ตลาด โรงภาพยนตร์ ศูนย์การค้า เป็นต้น				
7. ท่านไปพบแพทย์เมื่อมีอาการ ผิดปกติ เช่น ไอบ่อย เจ็บคอ มี เสมหะมาก คลื่นไส้ ใจสั่น เป็นต้น				
8. ท่านบ้วนปาก หรือ แปรงฟัน หลังรับประทานอาหารทุกครั้ง				
9. ท่านไปรับการตรวจรักษาจาก แพทย์ตามนัดทุกครั้ง				

คำถาม	พฤติกรรมสุขภาพ			หมายเหตุ
	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย	
10. ท่านรับประทานอาหารจำพวก แป้ง เช่น ข้าว ขนมปัง น้อยลง				
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้าน การส่งเสริมสุขภาพ 11. ท่านประกอบอาหารโดยใช้ น้ำมันจากพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว เป็นต้น				
12. ท่านรับประทานอาหารที่มี โปรตีนจากเนื้อสัตว์ พวกรูปปลา ทะเล				
13. ท่านรับประทานผักและผลไม้				
14. ท่านรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย				
15. ท่านรับประทานอาหารพอกอิ่ม ในแต่ละมื้อ				
16. ท่านดื่มน้ำอย่างน้อย 8-10 แก้วต่อวัน				
17. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำเย็น (น้ำแช่ตู้เย็นหรือน้ำใส่น้ำแข็ง)				
18. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทาน อาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส เช่น ถั่ว กะหล่ำปลี ต้นหอม อาหารหมัก ดอง เป็นต้น				

คำถาม	พฤติกรรมสุขภาพ			หมายเหตุ
	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย	
19. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่ม เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ เป็นต้น				
20. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่ม ที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ เป็นต้น				
21. ท่านใช้ยาพ่นได้ถูกต้องตาม คำแนะนำและ/หรือรับประทานยา ตรงตามเวลา				
22. ท่านหลีกเลี่ยงการเพิ่มขนาด ยา หรือ หยุดรับประทานยาเอง โดยไม่ปรึกษาแพทย์				
พฤติกรรม การดูแลสุขภาพด้าน การส่งเสริมสุขภาพ 23. ท่านหลีกเลี่ยงการซื้อยาอื่นมา รับประทานเองโดยไม่ปรึกษา แพทย์				
24. เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการใช้ ยา ท่านปรึกษาแพทย์ หรือ พยาบาล				
พฤติกรรม การดูแลสุขภาพด้าน การผ่อนคลาย 25. เมื่อมีอาการหายใจลำบาก ท่านบรรเทาโดยการนั่งโน้มตัวไป ข้างหน้า ยืนพิงฝาผนัง หรือพิง พนักเก้าอี้ และ นอนพักในที่				

คำถาม	พฤติกรรมสุขภาพ			หมายเหตุ
	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย	
ศีรษะสูง				
26. เมื่อท่านรู้สึกเครียด หรือ วิตกกังวล ท่านผ่อนคลายโดยการปล่อยตัวตามสบาย หรือ สวดมนต์ นั่งสมาธิ หรือ ดูโทรทัศน์ เป็นต้น				
27. เมื่อท่านไม่สบายใจ หรือมี ปัญหาท่านระบายความรู้สึกให้ผู้ที่ท่านไว้ใจ หรือ บุคคลที่อยู่ใกล้ชิด ฟัง				
28. ท่านนอนหลับพักผ่อนได้ ประมาณ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน				
29. ท่านพักผ่อนในตอนกลางวัน เช่น นอนพัก ฟังเพลง หรือทำงานอดิเรกอื่นๆ อย่างน้อยวันละ ประมาณ 30-60 นาที				
30. เมื่อปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ แล้ว รู้สึกเหนื่อย ท่านจะหยุดพักทันที				
31. ท่านพักผ่อนหลังรับประทานอาหาร ประมาณ 15-30 นาที				
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการบริหารการหายใจและออกกำลังกาย <u>การบริหารการหายใจ</u>				
32. ท่านหายใจโดยการหายใจเข้าทางจมูกให้ลึกที่สุด และหายใจ				

คำถาม	พฤติกรรมสุขภาพ			หมายเหตุ
	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย	
ออกทางปากช้าๆ แบบห่อปากให้ การหายใจนานกว่าการหายใจ เข้าเป็น 2 เท่า อย่างน้อยวันละ 2 เวลา (เช้า-เย็น) ครั้งละ 10 นาที				
33. ท่านหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อ หน้าท้องและกระบังลมเป็นการ หายใจเข้าให้ท้องโป่งออกและ หายใจออกให้ท้องแฟบลงอย่าง น้อยวันละ 2 เวลา (เช้า-เย็น) ครั้ง ละ 10 นาที				
34. เมื่อมีอาการไอเกิดขึ้น ท่านไอ อย่างมีประสิทธิภาพโดยการ หายใจเข้าลึกๆทางจมูก กลั้นไว้ 1 นาที แล้วไอออกมาแรงๆพร้อมกับ ก้มตัวลงมาด้านหน้าเล็กน้อย เพื่อ ขับเสมหะ				
<u>การออกกำลังกาย</u> 35. ท่านออกกำลังกายในที่ที่มี อากาศถ่ายเทสะดวก				
36. ก่อนและหลังการออกกำลังกาย ท่านมีการยืดกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อบริเวณ ไหล่ ทรวงอก และ ลำตัว				
37. ท่านใช้เวลาในการออกกำลังกาย ครั้งละประมาณ 30 - 45 นาที				

คำถาม	พฤติกรรมสุขภาพ			หมายเหตุ
	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย	
การออกกำลังกาย 38. ขณะออกกำลังกาย หากพบว่า มีอาการหายใจลำบาก เหนื่อย หอบมาก หัวใจเต้นเร็วและแรง ท่านหยุดออกกำลังกาย แล้วพัก พร้อมกับบริหารการหายใจ				
39. ภายหลังจากการออกกำลังกาย ท่านมีเวลาผ่อนคลายโดยการ พักผ่อน ประมาณ 15-30 นาที				
40. ภายหลังจากการออกกำลังกาย แล้วเกิดอาการหายใจลำบาก ใน การออกกำลังกายครั้งต่อไปท่าน จะลดเวลาการออกกำลังกายลง				

แบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบตามความเป็นจริง ถ้าข้อใดเห็นว่าถูกต้องให้ตอบ “ใช่” ถ้าข้อใดเห็นว่าไม่ถูกต้องให้ตอบว่า “ไม่ใช่”

ลำดับ ที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1.	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดจากการสูบบุหรี่จัดเป็นเวลานาน		
2.	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถรักษาให้หายขาดได้		
3.	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีอาการเหนื่อยง่าย ไอ มีเสมหะ		
4.	ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งเพื่อ การรักษาอย่างต่อเนื่อง		
5.	อาหารที่ควรงดคือ อาหารที่ทำให้เกิดลมในกระเพาะ เช่น ถั่วต่างๆ กะหล่ำปลี อาหารหวานจัด มันจัด เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์		
6.	ท่านสามารถรับประทานอาหารได้มีอิสระมากๆ โดยไม่มีข้อจำกัด		
7.	น้ำอุ่นมีประโยชน์คือช่วยทำให้เสมหะอ่อนตัว ขับออกได้ง่าย		
8.	วิธีหนึ่งที่จะช่วยป้องกันท้องผูกได้คือการดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว		
9.	การออกกำลังกายอย่างหนักก่อนนอนจะช่วยให้หลับสนิทยิ่งขึ้น		
10.	เครื่องนอน เช่น หมอน ผ้าห่ม ควรทำจากนุ่น ไหมพรม ขนสัตว์		
11.	เมื่อสังเกตว่าท่านมีอาการผิดปกติเกิดจากการใช้ยา ควรหยุดยา และปรึกษาแพทย์		
12.	ขั้นตอนสำคัญของการพ่นยา คือการกดกระบอกพ่นยาพร้อมกับ สูดหายใจเข้าทางปาก ลึกๆ ช้าๆ กลั้นหายใจไว้ประมาณ 10 วินาทีเพื่อให้ยาออกฤทธิ์เต็มที่		
13.	การหลีกเลี่ยงสิ่งระคายเคืองหลอดลมที่สำคัญที่สุดคือการงดสูบ บุหรี่		
14.	ท่านไม่ควรอยู่ในบริเวณที่มีฝุ่นละออง ร้อนอบอ้าว หรือเย็นจัด		
15.	การไม่ไปในสถานที่ที่มีคนมากๆ ไม่อยู่ใกล้คนเป็นหวัดหรือ โรคติดต่อ จะช่วยให้ท่านไม่เกิดการติดเชื้อในทางเดินหายใจ		

ลำดับ ที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
16.	ท่านสามารถทำงานได้ติดต่อกันเป็นเวลานานๆ โดยไม่ต้องหยุดพัก		
17.	การทำกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละชั้น ต้องมีการวางแผนและจัดลำดับโดยยึดหลักเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่มีความสำคัญก่อน		
18.	ท่านควรปฏิบัติกิจกรรมในทำเย็นหรือเดินแทนท่านั่ง		
19.	การอาบน้ำขณะที่เหนื่อยมากที่สุด จะทำให้ท่านสดชื่นขึ้น		
20.	ถ้าอากาศเย็นขึ้น ควรเช็ดตัวแทนการอาบน้ำ		