

APPENDICES

APPENDIX B

Budget

No.	ACTIVITIES	PRICE (BAHT)
1	Traveling Expenditure	5,000
2	Pre-testing - Photocopy questionnaires - Stationery - Participants Expenditure (30 persons X 200 baht) - Miscellaneous Expenditure	1,000 1,000 6,000 6,000
3	Data collection - Photocopy questionnaires - Stationery - Participants Expenditure (60 persons X 200 baht) - Miscellaneous Expenditure	6,000 3,000 12,000 30,000
4	Document Printing - Paper + Printing - Stationery	5,000 2,000
	Total	77,000

APPENDIX C

Screening Test

Name.....Age.....years

1. General Information (Please mark ✓ in the selected answer)

Have you been working at Chulalongkorn University more than 1 year?

() Yes

() No

2. Medical History (Please mark ✓ in the selected answer)

() 2.1 No medical conditions

() 2.2 Have these medical conditions: *(can select more than 1 answer)*

[...] Currently foot pain with the cause of foot injury from the accident (i.e. ankle sprain, open wound at ankle or foot etc.) for the last 1 month

[...] History of foot fracture and/or history of foot operation

[...] Foot osteoarthritis

[...] Congenital spine abnormality

[...] Congenital foot abnormality

[...] Rheumatoid arthritis

[...] Systemic Lupus Erythematosus (SLE)

[...] Gout

[...] Diabetes mellitus

[...] Osteoporosis

[...] Neurological diseases (i.e. stroke, Parkinson's disease)

[...] Others. Please specify.....

แบบคัดกรอง

()

ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี

1. ข้อมูลทั่วไป (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่ท่านเลือก)

ท่านทำงานที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยมาต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี ใช่หรือไม่

() ថៃ

() ໝໍໄຊ

2. ประวัติทางการแพทย์ (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่ท่านเลือก)

() 2.1 ไม่มีโรคประจำตัวใดๆ

() 2.2 มีภาวะหรือโรคต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

[...] ขณะนี้ มีอาการปวดบริเวณเท้า เนื่องจากอุบัติเหตุ (เช่น ข้อเท้าแพลง เป็นแผลเปิดที่เท้า) ภายในระยะเวลา 1 เดือน

[...] เคยได้รับการผ่าตัดบริเวณเท้ามาก่อน

[....] เคยมีการหักของกระดูกเท้า

[...] มีภาวะความผิดปกติของกระดูกสันหลังแต่กำเนิด (ได้รับการวินิจฉัยจาก

แพทย์)

[...] มีภาวะความผิดปกติของกระดูกเท้า (ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์)

[....] มีภาวะเสื่อมของกระดูกเท้า (ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์)

[...] เป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

[...] เป็นโรคในกลุ่มแพ้ภูมิิตนเอง (systemic lupus erythematosus)

[...] มีภาวะกระดูกพรุนหรือบาง (ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์)

[....] เป็นโรคเกาต์ (ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์)

[...] เป็นโรคเบาหวาน (ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์)

[...] มีโรคทางระบบประสาท (เส้นเลือดในสมองตีบ/แตก/ตัน, พาร์กินสัน)

[...] อื่นๆ โปรดระบุ.....

APPENDIX D

Questionnaire



ID.....
Date.....

Instruction

- The Questionnaire consists of 6 parts

Part I Individual Information

Part II Work-related Physical Information

Part III Health Behavior Information

Part IV Health-related Quality of life Information

Part V History of Musculoskeletal disorders in low back and lower extremities during the last 12 months

Part VI Foot pain and disability Information (For the persons with foot pain only)

- Please answer all questions by select only 1 answer or fill the short message in the blank. Select the best answer to describe your self
- Some questions have more than 1 answer, we will notify in the end of each sentence

Thank you for your kind cooperation

Part II Work-related physical Information

Instruction Please answer all questions or fill the short message in the blank. Select the best answer to describe yourself by marking ✓ in the blank **only 1 answer**.

1. Current Job.....
2. Working Experience at Chulalongkorn University.....years.....months
3. During the last 12 months your average working duration at Chulalongkorn University about.....hours per day; and.....days per week.
4. Which are your working postures in **every day**?

Item	Yes	No
4.1 Prolong sitting more than 2 hours		
4.2 Prolong standing more than 2 hours		
4.3 Walking for long distance (the sum of distance approximately more than 2 km per day)		
4.4 Lifting more than 5 kg		
4.5 Stair Climbing at least 20 steps		

5. Your average working duration in these postures;
 - 5.1 **Walking** about.....hours.....minutes per day
 - 5.2 **Sitting** about.....hours.....minutes per day
 - 5.3 **Standing** about.....hours.....minutes per day
6. Do you have time break during working?
 - [...] 1. Yes. Approximately more than or equal 10 minutes in every 2 hours.
 - [...] 2. Yes. Approximately less than 10 minutes in every 2 hours.
 - [...] 3. No.

7. Which items can use to describe your working environment?

Item	Yes	No
7.1 Without loud voice disturbing		
7.2 Appropriate temperature in your room; not too much cold and hot		
7.3 Enough lighting in your working environment		
7.4 Good air ventilation		

Part III Health Behavior Information

Instruction Please answer all questions or fill the short message in the blank. Select the best answer to describe yourself by marking ✓ in the blank ***only 1 answer***.

1. During the last 12 months how often do you exercise per week? (**Exercise** refer to the continuously body movement at least 30 minutes until fatigue level or high energy intake level)

[...] 1. No. (**Skip to question No.3**)

[...] 2. Yes, less than 3 times per week.

[...] 3. Yes, more than or equal 3 times per week.

2. Which types of exercise you do with the most frequent (select only 1 answer)?

[...] 1. Walking

[...] 2. Running

[...] 3. Swimming

[...] 4. Ride the bicycle

[...] 5. Others. Please specify.....

3. Currently Smoking

[...] 1. No Smoking.

[...] 2. No Smoking, but be in the area with smoking.

[...] 3. Smoking. Approximately.....sticks per day.

[...] 4. Have history of smoking in the past.

4. Follow by these activities, which activities you **always do**?

Item	Yes	No
4.1 General self-foot assessment (i.e. callus, nail, skin color check) <i>at least 1 time per week</i>		
4.2 Apply moisture to your foot skin by Lotion/Oil <i>every day</i>		
4.3 Foot soaking <i>at least 1 time per week</i>		
4.4 Nail cut straight and not deeply to your nail bed		
4.5 Foot massage <i>at least 1 time per week</i>		
4.6 Foot or Calf stocking <i>every day</i>		
4.7 Foot exercise to improve flexibility or increase strength <i>at least 3 times per week</i>		

Part IV Health-related Quality of life Information

Instruction Please answer all questions or fill the short message in the blank. Select the best answer to describe yourself by marking ✓ in the blank **only 1 answer**.

1. In general, would you say your health is:

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

2. The following two questions are about activities you might do during a typical day.
 Does YOUR HEALTH NOW LIMIT YOU in these activities? If so, how much?

Item	Level of your opinion		
	Yes, Limited A Lot	Yes, Limited A Little	No, Not Limited At All
2.1 MODERATE ACTIVITIES, such as moving a table, pushing a vacuum cleaner, bowling, or playing golf:			
2.2 Climbing SEVERAL flights of stairs:			

3. The next three questions are about how you feel and how things have been DURING THE PAST 4 WEEKS. 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 –

Item	Level of your opinion					
	All of the Time	Most of the Time	A Good Bit of the Time	Some of the Time	A Little of the Time	None of the Time
3.1 Have you felt calm and peaceful?						
3.2 Did you have a lot of energy?						
3.3 Have you felt downhearted and blue?						

4. During the PAST 4 WEEKS, were you limited in the kind of work you do or other regular activities AS A RESULT OF ANY EMOTIONAL PROBLEMS (such as feeling depressed or anxious)?

Item	Level of your opinion	
	Yes	No
4.1 ACCOMPLISHED LESS than you would like		
4.2 Didn't do work or other activities as CAREFULLY as usual		

5. During the PAST 4 WEEKS have you had any of the following problems with your work or other regular activities AS A RESULT OF YOUR PHYSICAL HEALTH?

Item	Level of your opinion	
	Yes	No
5.1 ACCOMPLISHED LESS than you would like:		
5.2 Were limited in the KIND of work or other activities:		

6. During the PAST 4 WEEKS, how much did PAIN interfere with your normal work (including both work outside the home and housework)?

[...] 1. Not At All [...] 2. A Little Bit [...] 3. Moderately
 [...] 4. Quite A Bit [...] 5. Extremely

7. During the PAST 4 WEEKS, how much of the time has your PHYSICAL HEALTH OR EMOTIONAL PROBLEMS interfered with your social activities (like visiting with friends, relatives, etc.)?

[...] 1. All of the Time [...] 2. Most of the Time
 [...] 3. A Good Bit of the Time [...] 4. Some of the Time
 [...] 5. None of the Time

Part VI Foot pain and disability Information (*For the persons with foot pain only*)

Instruction Please select the best answer to describe yourself by marking ✓ in the blank *only 1 answer*.

Because of pain in my feet:	During the past month		
	None of the time	On some days	On most/ every day
I avoid walking outside at all			
I avoid walking long distances			
I don't walk in a normal way			
I walk slowly			
I have to stop and rest my feet			
I avoid hard or rough surfaces when possible			
I avoid standing for a long time			
I catch the bus or use the car more often			
I need help with housework/shopping			
I still do everything but with more pain or discomfort			
I get irritable when my feet hurt			
I feel self-conscious about the shoes I have to wear			
I get self conscious about the shoes I have to wear			
I have constant pain in my feet			
My feet are worse in the morning			
My feet are more painful in the evening			
I get shooting pains in my feet			



แบบสอบถามเรื่อง

**“คุณภาพชีวิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดเท้าในบุคลากร
วัยก่อนเกษียณอายุของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประเทศไทย”**

เลขที่แบบสอบถาม.....

วัน เดือน ปี ที่เก็บข้อมูล.....

คำชี้แจง

- แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล
 - ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะงานประจำของท่าน
 - ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ
 - ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านจิตใจและสังคมสิ่งแวดล้อม
 - ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อบริเวณหลังส่วนบนเอว และระยะย่ำเท้าส่วนขา ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา
 - ส่วนที่ 6 ข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการทำงานของท่าน (สำหรับผู้ที่มีอาการปวดเท้า)
- กรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริง โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว หรือใส่ข้อความสั้นๆ ที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด
- ในบางคำถามท่านสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ ซึ่งจะระบุไว้ในท้ายของคำถามข้อนั้น
- ข้อมูลที่ท่านตอบในแบบสอบถามนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุชื่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นการเฉพาะ

ขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงในการให้ความร่วมมือ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะงานประจำของท่าน

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามทุกข้อตามความเป็นจริง โดยใส่ข้อความสั้นๆ หรือเลือกคำตอบที่สอดคล้องกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ใน [...] เพียง 1 คำตอบ ยกเว้น บางคำถามสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ ซึ่งจะระบุไว้ตอนท้ายของคำถามนั้น

1. อาชีพปัจจุบัน (ลักษณะงาน).....
2. ท่านทำงานที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเป็นระยะเวลาทั้งหมด.....ปี.....เดือน
3. ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านทำงานที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
โดยประมาณ.....ชั่วโมงต่อวัน เป็นจำนวน.....วันต่อสัปดาห์
4. ทำทางต่อไปนี้ เป็นทำทางที่ท่านต้องใช้ ทุกวัน ในการทำงาน ใช่หรือไม่

หัวข้อ	ใช่	ไม่ใช่
4.1 นั่งทำงานอยู่กับที่ ติดต่อกันเป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง		
4.2 ยืนทำงานอยู่กับที่ ติดต่อกันเป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง		
4.3 เดินในระยะทางที่ไกล (รวมระยะทางโดยประมาณมากกว่า 2 กิโลเมตร ต่อวัน)		
4.4 ยก/หิ้วของหนักมากกว่า 5 กิโลกรัม		
4.5 เดินขึ้น-ลงบันไดอย่างน้อย 20 ชั้น		

5. ระยะเวลาโดยเฉลี่ยที่ท่านใช้ในการทำงาน ในทำทางดังต่อไปนี้
 - 5.1 ทำเดิน โดยประมาณ.....ชั่วโมง.....นาที ต่อวัน
 - 5.2 ทำนั่ง โดยประมาณ.....ชั่วโมง.....นาที ต่อวัน
 - 5.3 ทำยืน โดยประมาณ.....ชั่วโมง.....นาที ต่อวัน
6. ท่านมีการพักระหว่างปฏิบัติงานเป็นระยะหรือไม่
 - [...] 1. ใช่ โดยประมาณมากกว่าหรือเท่ากับ 10 นาที ทุกๆ 2 ชั่วโมง
 - [...] 2. ใช่ โดยประมาณน้อยกว่า 10 นาที ทุกๆ 2 ชั่วโมง
 - [...] 3. ไม่ใช่
7. ท่านเห็นว่า ที่ทำงานของท่านมีลักษณะตรงกับข้อใดบ้าง

หัวข้อ	ใช่	ไม่ใช่
7.1 ห้องทำงานไม่มีเสียงดังรบกวน		
7.2 อุณหภูมิในห้องทำงานไม่ร้อนหรือเย็นจนเกินไป		
7.3 แสงสว่างในการทำงานเพียงพอ		
7.4 ห้องทำงานมีอากาศถ่ายเทดี		

5. ลักษณะโดยทั่วไปของรองเท้าคู่ที่ท่านใส่ น้อยที่สุด

5.1 ท่านคิดว่ารองเท้าคู่ที่ท่านใส่น้อยที่สุดมีขนาดเหมาะสมกับเท้าของท่านหรือไม่

[....] 1. รองเท้าขนาดเล็กเกินไป

[....] 2. รองเท้าขนาดพอดีกับรูปเท้า

[....] 3. รองเท้าขนาดใหญ่เกินไป

5.2 ท่านคิดว่า พื้นรองเท้าด้านที่สัมผัสกับฝ่าเท้า ของคู่ที่ท่านใส่น้อยที่สุด มี

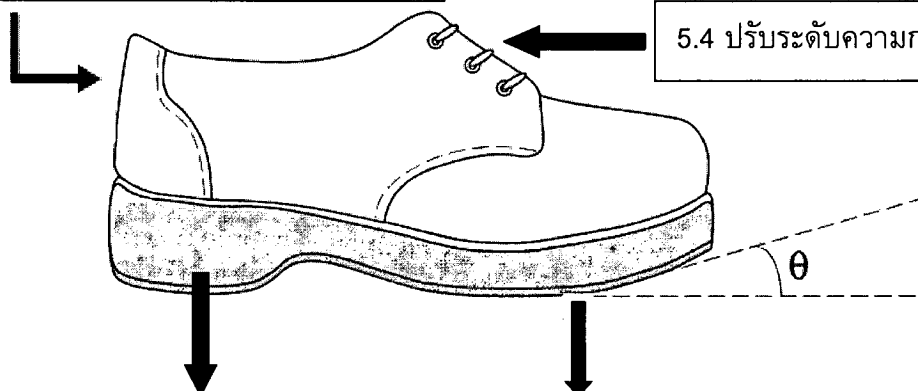
ความนุ่มพอเหมาะหรือไม่

[....] 1. มี

[....] 2. ไม่มี

5.3 วัสดุที่ใช้หุ้มส้นเท้ามีความนุ่มพอเหมาะ

5.4 ปรับระดับความกว้างของหน้าเท้าได้



5.5 ความสูงของส้นรองเท้า

5.6 มุมระหว่างพื้นรองเท้ากับพื้นสัมผัส (θ)

5.3 จากรูป ท่านคิดว่า วัสดุที่ใช้หุ้มส้นเท้า ของคู่ที่ท่านใส่น้อยที่สุด มีความนุ่มพอเหมาะหรือไม่

[....] 1. มี

[....] 2. ไม่มี

[....] 3. ไม่ได้ใส่รองเท้าหุ้มส้น

5.4 จากรูป รองเท้าคู่ที่ท่านใส่น้อยที่สุด สามารถปรับระดับความกว้างของหน้าเท้าได้หรือไม่

[....] 1. ได้

[....] 2. ไม่ได้

5.5 จากรูป ความสูงของส้นรองเท้า โดยประมาณของคู่ที่ท่านใส่น้อยที่สุด

[....] 1. 0 - 2.5 เซนติเมตร

[....] 2. 2.5 – 5.0 เซนติเมตร

[....] 3. มากกว่า 5.0 เซนติเมตร

5.6 จากรูป รองเท้าคู่ที่ท่านใส่น้อยที่สุด มีมุมระหว่างพื้นรองเท้ากับพื้นสัมผัส (θ) หรือไม่

[....] 1. มี

[....] 2. ไม่มี

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านจิตใจและสังคมสิ่งแวดล้อม

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ข้อความเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของคุณในปัจจุบัน กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ใกล้เคียงกับความคิดเห็นของคุณมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

1. โดยทั่ว ๆ ไป ท่านสามารถพูดได้ว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร

- [...] 1. ดีเยี่ยม [...] 2. ดีมาก [...] 3. ดี
[...] 4. ปานกลาง [...] 5. ไม่ดี

2. เรื่องต่อไปนี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับกิจกรรมที่ท่านทำในแต่ละวัน ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นปัญหา/อุปสรรคในการทำกิจกรรมของท่านหรือไม่ ถ้าใช่ มากน้อยแค่ไหน

หัวข้อ	ระดับของความคิดเห็น		
	ใช่, เป็น ปัญหา/ อุปสรรคอย่าง มาก	ใช่, เป็นปัญหา/ อุปสรรคเพียง เล็กน้อย	ไม่เลย
2.1 กิจกรรมที่ใช้แรงปานกลาง เช่น การยกโต๊ะ การทำความสะอาด ปิดกวาด เช็ดถูบ้าน หรือหิ้วของกลับจากตลาด			
2.2 การเดินขึ้นตึก 2-3 ชั้น หรือเดินขึ้นเนิน			

3. คำถามต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับความรู้สึก และสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา กรุณาเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกต่อไปนี้ บ่อยแค่ไหน	ระดับของความคิดเห็น					
	ตลอด เวลา	เกือบตลอด เวลา	ค่อนข้าง บ่อย	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เลย
3.1 ท่านรู้สึกใจสงบ ใจนิ่ง มีสมาธิ						
3.2 ท่านรู้สึกแข็งแรง กระปรี้กระเปร่า สดชื่น						
3.3 ท่านรู้สึกเศร้า หดหู่						

4. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีปัญหาในเรื่องต่อไปนี้กับงานของท่านหรือกิจกรรมที่ท่านเป็นประจำทุกวัน เนื่องมาจาก**ปัญหาสุขภาพ**ของท่าน หรือไม่

หัวข้อ	ระดับของความคิดเห็น	
	ใช่	ไม่ใช่
4.1 ทำงานได้ปริมาณน้อยกว่าที่ต้องการ		
4.2 ไม่สามารถทำงานได้ทุกอย่างตามที่ตั้งใจไว้ ต้องเลิกทำบางอย่างเท่านั้น		

5. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีปัญหาในเรื่องต่อไปนี้กับงานของท่านหรือกิจกรรมที่ท่านเป็นประจำทุกวัน เนื่องมาจาก**ปัญหาด้านอารมณ์**ของท่าน หรือไม่ (เช่น ความรู้สึกซึมเศร้า หรือวิตกกังวล)

หัวข้อ	ระดับของความคิดเห็น	
	ใช่	ไม่ใช่
5.1 ทำงานได้ปริมาณน้อยกว่าที่ต้องการ		
5.2 ทำงาน หรือทำกิจกรรมอื่นๆ โดยปราศจากความกระตือรือร้น สบเพร่า เลินเล่อ อย่างที่เคย		

6. ในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา ปัญหาการเจ็บปวดตามร่างกายทำให้ท่านไม่สามารถทำงานประจำวันได้ตามปกติ (งานในบ้านและนอกบ้าน) มากน้อยเพียงใด

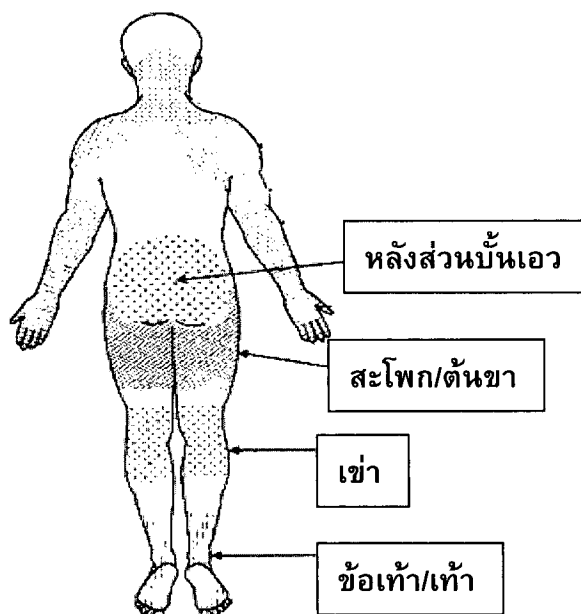
- [...] 1. ไม่เลย [...] 2. เล็กน้อย [...] 3. ปานกลาง
 [...] 4. ค่อนข้างมาก [...] 5. มากที่สุด

7. ในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึก**ว่าปัญหาทางสุขภาพหรือปัญหาทางอารมณ์**เป็นอุปสรรคขัดขวางการทำกิจกรรมทางสังคมของท่าน (เช่น การไปเยี่ยมเพื่อน หรือญาติสนิท เป็นต้น)

- [...] 1. ตลอดเวลา [...] 2. เกือบตลอดเวลา [...] 3. บางครั้ง
 [...] 4. นานๆ ครั้ง [...] 5. ไม่เลย

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อบริเวณหลังส่วนบนและ
รยางค์ส่วนขาในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามทุกข้อตามความเป็นจริง โดยเลือกคำตอบที่สอดคล้องกับความคิด
เห็นของท่านมากที่สุด โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ใน [...] เพียง 1 คำตอบ



1. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีอาการผิดปกติ เช่น ปวด/รู้สึกไม่สบาย/ขา/อ่อนแรง/
ข้อยึด อย่างใดอย่างหนึ่ง เป็นเวลานานกว่า 1 วัน ในบริเวณดังต่อไปนี้ หรือไม่

1.1 หลังส่วนบนเอว (ดังรูป)

[...] 1. ไม่เคย

[...] 2. เคย

1.2 สะโพก/ต้นขา ข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง (ดังรูป)

[...] 1. ไม่เคย

[...] 2. เคย

1.3 เข่า ข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง (ดังรูป)

[...] 1. ไม่เคย

[...] 2. เคย

2. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีอาการผิดปกติ เช่น ปวด/รู้สึกไม่สบาย/ขา/อ่อนแรง/
ข้อยึด อย่างใดอย่างหนึ่ง เป็นเวลานานกว่า 1 วัน ในบริเวณ ข้อเท้า/เท้า หรือไม่

[...] 1. ไม่เคย..... (จบแบบสอบถาม).....

[...] 2. เคย โปรดระบุข้าง ○ ซ้าย ○ ขวา ○ ทั้ง 2 ข้าง

ส่วนที่ 6 ข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการทำงานของเท้า (สำหรับผู้ที่มีการปวดเท้า)
คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น เนื่องจากความเจ็บปวดที่เท้า กรุณาอ่าน
 และพิจารณาว่า ข้อความใดบ้างที่ตรงกับปัญหาสุขภาพเท้าของท่านในช่วงเดือนที่ผ่านมา และ
 โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องสี่เหลี่ยมเพียง 1 คำตอบสำหรับแต่ละข้อความ

เนื่องจากความเจ็บปวดที่เท้า:	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เกิดสิ่งต่อไปนี้กับฉัน		
	ไม่เคย	บางวัน	เกือบทุกวัน/ ทุกวัน
ฉันหลีกเลี่ยงการเดินออกไปข้างนอกอย่างสิ้นเชิง			
ฉันหลีกเลี่ยงการเดินไกลๆ			
ฉันไม่ได้เดินในท่าปกติ			
ฉันเดินช้า ๆ			
ฉันต้องหยุดเพื่อพักเท้า			
ฉันหลีกเลี่ยงการเดินบนพื้นแข็งหรือขรุขระหากทำได้			
ฉันหลีกเลี่ยงการยืนเป็นเวลานาน			
ฉันโดยสารรถประจำทางหรือใช้รถส่วนตัวบ่อยครั้งขึ้น			
ฉันต้องมีคนช่วยในการทำงานบ้าน/จับจ่ายของ			
ฉันรู้สึกหงุดหงิด/ฉุนเฉียวง่ายเมื่อรู้สึกเจ็บเท้า			
ฉันยังคงทำทุกอย่างแต่รู้สึกเจ็บปวดหรือรู้สึกไม่สบายมากขึ้น			
ฉันรู้สึกเจ็บปวดที่เท้าอยู่ตลอดเวลา			
เท้าของฉันจะมีการแฉ่งลงในตอนเช้า			
เท้าของฉันจะเจ็บปวดมากขึ้นในตอนเย็น			
ฉันรู้สึกเจ็บแปลบในเท้าของฉัน			
ฉันรู้สึกว่าต้องระมัดระวังเกี่ยวกับเท้า			
ฉันรู้สึกว่าต้องระมัดระวังเกี่ยวกับรองเท้าที่สวมใส่			

APPENDIX E

Physical Examination Form

No.....

Date...../...../ 2013

Name.....Age.....years

1. Body mass index (kg/m^2)

Weight =kg

Height =m

Height X Height = m^2 BMI = kg/m^2

2. Waist per hip ratio (WHR)

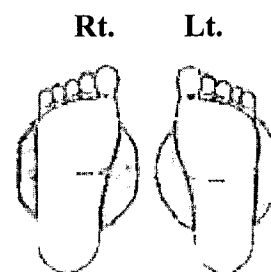
Waist circumference =cm

Hip circumference =cm

WHR =

3. Foot problem assessment (Menz et al., 2011)

Lt. side	Rt.side
Callus formation at these areas: ☐ Big toe ☐ 2 nd - 5 th toes ☐ Fore foot ☐ Mid foot ☐ Hind foot (heel)	Callus formation at these areas: ☐ Big toe ☐ 2 nd - 5 th toes ☐ Fore foot ☐ Mid foot ☐ Hind foot (heel)
Hallux valgus/ Bunion ☐ None ☐ Mild ☐ Moderate ☐ Severe	Hallux valgus/ Bunion ☐ None ☐ Mild ☐ Moderate ☐ Severe
Lesser toe deformities ☐ Yes ☐ No	Lesser toe deformities ☐ Yes ☐ No
Others.....	Others.....



4. Foot Posture index (Keenan et al., 2007)

	<i>FACTOR</i>	<i>PLANE</i>	SCORE 1	
			Date _____	Comment _____
			<i>Left</i> -2 to +2	<i>Right</i> -2 to +2
Rearfoot	Talar head palpation	<i>Transverse</i>		
	Curves above and below the lateral malleolus	<i>Frontal/ transverse</i>		
	Inversion/eversion of the calcaneus	<i>Frontal</i>		
Forefoot	Prominence in the region of the TNJ	<i>Transverse</i>		
	Congruence of the medial longitudinal arch	<i>Sagittal</i>		
	Abd/adduction forefoot on rearfoot	<i>Transverse</i>		
TOTAL				

Reference values

Normal = 0 to +5

Pronated = +6 to +9, Highly pronated 10+

Supinated = -1 to -4, Highly supinated -5 to -12

Note.....

.....

.....

5. Foot muscles strength testing

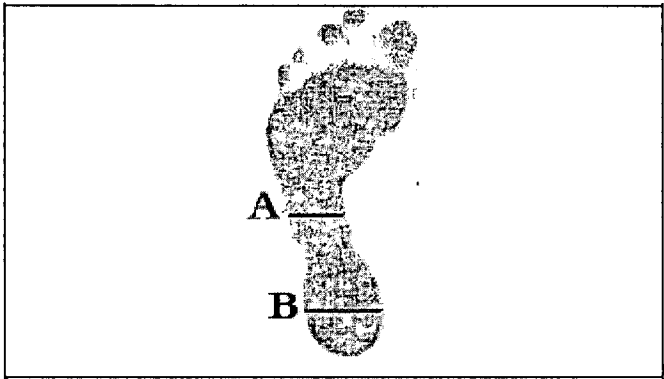
Lt. side			Rt.side		
PPG1	[....] Pass	[....] Fail	PPG1	[....] Pass	[....] Fail
PPG2	[....] Pass	[....] Fail	PPG2	[....] Pass	[....] Fail
Ankle plantarflexion grade.....			Ankle plantarflexion grade.....		
Ankle dorsiflexion grade.....			Ankle dorsiflexion grade.....		

Note.....

.....

.....

6. Staheli’s arch index (SAI) from footprint analysis



Lt. side	Rt.side
A =	A =
B =.....	B =.....
A/B ratio (SAI) =.....	A/B ratio (SAI) =.....
Foot arch type: ☐ High arch (SAI less than 0.44) ☐ Normal (SAI = 0.44-0.89) ☐ Flat arch (SAI more than 0.89)	Foot arch type: ☐ High arch (SAI less than 0.44) ☐ Normal (SAI = 0.44-0.89) ☐ Flat arch (SAI more than 0.89)

Note.....
.....
.....
.....

7. Leg length measurement

Left side.....cm Right side.....cm

APPENDIX F

Approval Ethical consideration committee

AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 053/2556

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 196.1/55 : คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปวดเท้าในบุคลากรวัยก่อน
เกษียณอายุของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประเทศไทย
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวภาวิณี หฤทัยชื่น
หน่วยงาน : วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักตนประดิษฐ์)
ประธาน

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทริ ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 26 กุมภาพันธ์ 2556

วันหมดอายุ : 25 กุมภาพันธ์ 2557

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม



เลขที่โครงการวิจัย 196.1/55
วันที่รับรอง 26 ก.พ. 2556
วันหมดอายุ 25 ก.พ. 2557

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการผิยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุของอนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ใน โครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ให้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ย้อนอนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

APPENDIX G

Consent form

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....

พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
ชื่อโครงการวิจัย คุณภาพชีวิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดเท้าในกลุ่มวัยก่อนเกษียณอายุของ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประเทศไทย
ชื่อผู้วิจัย นางสาวภาวิณี หฤทัยชื่น
ที่อยู่ติดต่อ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข อาคารสถาบัน 3 ชั้น 10 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
โทรศัพท์เคลื่อนที่ 084-551-0444
E-mail: pavinee.h24@gmail.com

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย
รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และ
ประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการ
วิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการ
วิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถาม และ/หรือ รับการตรวจประเมินสุขภาพเท้าทาง
กายภาพบำบัด ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 นาที ประกอบด้วย

- การประเมินโครงสร้างของนิ้วเท้า
- การประเมินโครงสร้างของข้อเท้า
- การประเมินรูปแบบอุ้งเท้า
- การประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อข้อเท้าและนิ้วเท้า
- การประเมินความยาวขา

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้อที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนานหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาวภาวิณี หฤทัยชื่น)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(ผศ.ดร. รัตนา สำโรงทอง)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

APPENDIX H

Testing of Research inspection tools

1. The content validity of Screening and Self-reported questionnaire

The test content and objectives are measured by Index of item-Objective Congruence (IOC) following by calculation from the formula:

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

$\sum R$ = Sum scores of all experts

N = Numbers of experts

From the calculation of IOC to measure the content validity of screening and self-reported questionnaire, the results from the calculation are $IOC = 1.00$ and $IOC = 0.79$, respectively. The tests due to their congruence between the test and objectives or content are acceptable because IOC are higher than 0.5. As seen in Table 6 and Table 7, the researcher corrects 11 items in each part of the questionnaire which are composed of item 4 (the average sleeping duration), item 5 (falling history during the last 12 month), item 6 (current job), item 8 (the average working duration), item 9.5 (stair climbing at least 20 steps), item 10 (the average walking duration, the average sitting duration, the average standing duration), item 11 (time break during working), item 17.1 (appropriate foot size), and item 17.2 (soft insole).

2. The Test-Retest reliability

Kappa coefficient and Intraclass correlation coefficient (ICC) are used to report the levels of reliability for nominal data and continuous data, respectively. In case of ordinal data, the reliability levels are presented by kappa coefficient with linear weighting.

Considering kappa coefficient, the levels of reliability are divided into 5 levels consisting of very good agreement (kappa 0.81-1.00), good agreement (kappa 0.61-0.80), moderate agreement (kappa 0.41-0.60), fair agreement (kappa 0.21-0.40), and poor agreement (kappa less than 0.21) (Landis and Koch, 1977).

Regarding intraclass correlation coefficient, the levels of reliability are divided into 4 levels consisting of high reliability (ICC 0.81-1.00), moderate reliability (ICC 0.51-0.80), low reliability (ICC 0.21-0.50), and very low reliability (ICC less than 0.21) (Bowling 2002).

Table 5 The coefficient level and IOC from the reliability and the content validity test of Screening questionnaire.

Questions	Type of Data	Coefficient Level	Result	IOC
1. Working experience more than 1 year at Chulalongkorn University	Nominal	1.000	Very good	1.0
2. No medical conditions	Nominal	0.865	Very good	1.0
3. Currently foot pain from the accident (i.e. ankle sprain, open wound at ankle or foot etc.) for the last 1 month	Nominal	0.713	Good	1.0
4. History of foot operation	Nominal	1.000	Very good	1.0
5. History of foot fracture	Nominal	0.716	Good	1.0
6. Congenital spine abnormality	Nominal	1.000	Very good	1.0
7. Foot osteoarthritis	Nominal	1.000	Very good	1.0
8. Rheumatoid arthritis	Nominal	-	-	1.0
9. Systemic Lupus Erythematosus (SLE)	Nominal	-	-	1.0
10. Osteoporosis	Nominal	1.000	Very good	1.0
11. Gout	Nominal	1.000	Very good	1.0
12. Diabetes mellitus	Nominal	1.000	Very good	1.0
13. Neurological diseases (i.e. stroke, Parkinson's disease)	Nominal	-	-	1.0

Table 6 The coefficient level and IOC from the reliability and the content validity test of Self-reported questionnaire.

Questions	Type of Data	Coefficient Level	Result	IOC
1. Gender	Nominal	1.000	Very good	1.0
2. Marital Status	Nominal	1.000	Very good	0.7
3. Education Level	Nominal	1.000	Very good	0.7
4. Average sleeping duration	Continuous	0.961	High	0.7
5. Falling history	Nominal	0.919	Very good	0.7
6. Current Job	Nominal	1.000	Very good	1.0
7. Working Experience at Chulalongkorn University	Continuous	0.765	Moderate	1.0
8. Working duration	Continuous	0.907	High	0.7
9. General working postures Prolong sitting more than 2 hours	Nominal	0.919	Very good	1.0
..... Prolong standing more than 2 hours	Nominal	0.669	Good	1.0
..... Walking for long distance	Nominal	0.665	Good	1.0
..... Lifting more than 5 kg	Nominal	1.000	Very good	1.0
..... Stair Climbing	Nominal	0.864	Very good	0.3
10. Average working duration in these postures; Walking	Continuous	0.707	Moderate	0.7
..... Sitting	Continuous	0.819	High	0.7
..... Standing	Continuous	0.850	High	0.7
11. Time break during working	Nominal	0.805	Very good	1.0
12. Working environment Without loud voice disturbing	Nominal	0.719	Good	0.7
..... Appropriate temperature	Nominal	0.705	Good	0.7
..... Enough lighting	Nominal	1.000	Very good	0.7
..... Good air ventilation	Nominal	0.859	Very good	0.7
13. Leisure physical activity	Nominal	0.824	Very good	1.0
14. Types of exercise	Nominal	0.807	Very good	1.0
15. Smoking history	Nominal	1.000	Very good	1.0
16. General foot care General self-foot assessment	Nominal	0.798	Good	1.0

Questions	Type of Data	Coefficient Level	Result	IOC
..... Foot skin moisture	Nominal	0.934	Very good	1.0
..... Foot soaking	Nominal	0.716	Good	1.0
..... Nail cut straight	Nominal	0.640	Good	1.0
..... Foot massage	Nominal	0.737	Good	1.0
..... Foot or calf stocking	Nominal	0.793	Good	1.0
..... Foot exercise	Nominal	0.851	Very good	1.0
17. General footwear Appropriate foot size	Nominal	0.828	Very good	1.0
..... Soft insole	Nominal	0.870	Very good	0.7
..... Heel counter softness	Nominal	0.796	Good	1.0
..... Adjustable fixation	Nominal	0.611	Good	1.0
..... Heel height	Nominal	0.755	Good	1.0
..... Sole flexion point	Nominal	0.757	Good	0.7
18. SF-12 PCS	Continuous	0.989	High	-
19. SF-12 MCS	Continuous	0.987	High	-
20. History of MSDs during the last 12 months at these areas: Low back pain	Nominal	0.933	Very good	-
..... Hip/Thigh pain	Nominal	0.931	Very good	-
..... Knee pain	Nominal	1.000	Very good	-
21. Current foot pain	Nominal	1.000	Very good	-
22. The sides of foot pain	Nominal	0.817	Very good	-
23. MFPDI score	Continuous	0.932	High	-

a. The reliability of Screening and Self-reported questionnaire

According to the Table 6 and Table 7, the coefficients have the range from 0.713 to 1.000 for the screening questionnaire and the range from 0.611 to 1.000 for the self-reported questionnaire. For the self-reported questionnaire, the lower acceptable levels of reliability (coefficient less than 0.61) were found in 2 items i.e. the self-reported callus formation at foot region and the foot orthotics use; therefore the researcher removed them from the self-report questionnaire.

b. The Intrarater reliability of Physical examination

According to the Table 8, the coefficient has the range from 0.713 to 1.000 for the physical examination test. All items reach the acceptable level of reliability with coefficient more than 0.60.

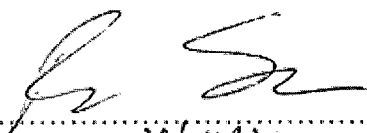
Table 7 The coefficient level from the reliability test of Physical examination.

Test	Types of Data	Coefficient Level	Result
1. Body mass index (BMI)	Continuous	0.945	High
2. Waist hip ratio (WHR)	Continuous	0.970	High
3. Callus formation	Nominal	0.839	Very good
..... Lt. Big toe			
..... Lt. Toes	Nominal	0.651	Good
..... Lt. Forefoot	Nominal	0.850	Very good
..... Lt. Mid foot	Nominal	-	-
..... Lt. Hind foot	Nominal	0.870	Very good
..... Rt. Big toe	Nominal	1.000	Very good
..... Rt. Toes	Nominal	1.000	Very good
..... Rt. Forefoot	Nominal	0.923	Very good
..... Rt. Mid foot	Nominal	-	-
..... Lt. Hind foot	Nominal	0.651	Good
4. Lt. Lesser toe deformities	Nominal	1.000	Very good
5. Rt. Lesser toe deformities	Ordinal	1.000	Very good
6. Lt. Hallux valgus	Ordinal	0.867	Very good
7. Rt. Hallux valgus	Nominal	0.701	Good
8. Lt. Foot Posture index	Nominal	0.875	Very good
9. Rt. Foot Posture index	Nominal	0.704	Good
10. Lt. Arch type	Nominal	0.857	Very good
11. Rt. Arch type	Nominal	0.725	Good
12. Lt. PGT1	Nominal	0.783	Good
13. Lt. PGT2	Ordinal	0.815	Very good
14. Lt. Ankle plantarflexor strength	Ordinal	0.931	Very good
15. Lt. Ankle dorsiflexor strength	Nominal	0.850	Very good
16. Rt. PGT1	Nominal	1.000	Very good
17. Rt. PGT2	Ordinal	0.902	Very good
18. Rt. Ankle plantarflexor strength	Ordinal	0.825	Very good
19. Rt. Ankle dorsiflexor strength	Nominal	0.866	Very good
20. Leg length measurement	Nominal	1.000	Very good

Certification of Research Inspection Tools

After an inspection for suitability of the screening test and questionnaire of Miss Pavinee Harutaichun, Student ID No. 5578810853, Master of Public Health, College of Public Health Sciences, Chulalongkorn University.

I, hereby, certified that the screening test and questionnaire have content validity that are suitable for the topic on “Quality of life and factors associated with foot pain in pre-retirement aged at Chulalongkorn University, Thailand”.

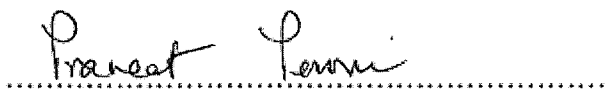

.....
(Assist.Prof. Ratana Samrongtong, Ph.D.)

Specialist in Aging and Public health
College of Public Health Sciences, Chulalongkorn University

Certification of Research Inspection Tools

After an inspection for suitability of the screening test and questionnaire of Miss Pavinee Harutaichun, Student ID No. 5578810853, Master of Public Health, College of Public Health Sciences, Chulalongkorn University.

I, hereby, certified that the screening test and questionnaire have content validity that are suitable for the topic on “Quality of life and factors associated with foot pain in pre-retirement aged at Chulalongkorn University, Thailand”.

A handwritten signature in cursive script, reading "Pranee Pensri", is written over a horizontal dotted line.

(Assist.Prof. Pranee Pensri, Ph.D.)

Specialist in Foot health in elderly persons, children and athletes
Department of Physical Therapy, Chulalongkorn University

Certification of Research Inspection Tools

After an inspection for suitability of the screening test and questionnaire of Miss Pavinee Harutaichun, Student ID No. 5578810853, Master of Public Health, College of Public Health Sciences, Chulalongkorn University.

I, hereby, certified that the screening test and questionnaire have content validity that are suitable for the topic on “Quality of life and factors associated with foot pain in pre-retirement aged at Chulalongkorn University, Thailand”.



.....
(Assist.Prof. Nithima Purepong, Ph.D.)

Specialist in Work-related musculoskeletal disorders
Department of Physical Therapy, Chulalongkorn University