

แบบสอบถาม

ID Code □□□□

คำอธิบาย : แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยสองส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 เป็นเครื่องมือสำหรับการประเมินการรับรู้ความสามารถตนเอง การจัดการตนเอง และความรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หรือเขียนคำตอบลงใน

.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ ชาย หญิง
2. สถานภาพการสมรส โสด แต่งงาน หม้าย หย่า แยก
3. อายุ ปี
4. ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา
 ปริญญาตรี ปริญญาโท สูงกว่าปริญญาโท
5. ศาสนา พุทธ อิสลาม คริสต์ ศาสนาอื่น ๆ ระบุ.....
6. รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน
 ต่ำกว่า 4,999 บาท 5,000-9,999 บาท
 10,000-14,999 บาท 15,000-19,999 บาท
 20,000-24,999 บาท มากกว่า 25,000 บาท
7. น้ำหนักกิโลกรัม
8. ส่วนสูงเซนติเมตร
9. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน..... ปี

10. ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่สองของสมาชิกในครอบครัว มี ไม่มี

ถ้ามีโปรดระบุความเกี่ยวข้อง

11. โรคประจำตัวอื่น ๆ ไม่มี มี

หากมี โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)

ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง

โรคหัวใจ โรคไต

โรคอื่น ๆ โปรดระบุ

12. ประเภทของการรักษาโรคเบาหวานที่ท่านได้รับ

ไม่ใช้ยา ยารับประทาน

อินซูลิน ใช้ทั้งอินซูลินและยารับประทาน

13. ประวัติการสูบบุหรี่ สูบ เคยสูบ ไม่สูบ

14. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดื่ม เคยดื่ม ไม่ดื่ม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง ,ความรู้และการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

แบบประเมิน การรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน (T-DMSES)

คำชี้แจง โปรดวงกลมรอบตัวเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เมื่อ 1= มั่นใจระดับน้อยที่สุด และ 5 = มั่นใจระดับมากที่สุด

ฉันมั่นใจว่า :

1. ฉันสามารถตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดของฉันได้ในกรณีที่จำเป็น
1 2 3 4 5
2. ฉันสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดของฉันได้หากระดับน้ำตาลในเลือดของฉันสูงเกินไป เช่น เปลี่ยน)
(ชนิดของอาหารที่รับประทาน)
1 2 3 4 5
3. ฉันสามารถเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือดของฉันได้หากระดับน้ำตาลในเลือดของฉันต่ำเกินไป เช่น เปลี่ยน)
ชนิดของอาหารที่รับประทาน)
1 2 3 4 5
4. ฉันสามารถเลือกรับประทานอาหารที่ดีและเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของฉัน
1 2 3 4 5
5. ฉันสามารถเลือกอาหารที่หลากหลายโดยยังคงยึดตามแผนการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ
1 2 3 4 5
6. ฉันสามารถควบคุมน้ำหนักตัวและรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้
1 2 3 4 5
7. ฉันสามารถตรวจสอบเท้าของฉันได้ (เช่น ตรวจสอบว่าควรตัดเล็บเท้าหรือไม่ หรือมีบาดแผลหรือไม่)
1 2 3 4 5
8. ฉันสามารถออกกำลังกายและทำกิจกรรมทางกายได้อย่างเพียงพอ เช่น การเดิน การเดินแอโรบิก และการ)
(ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ)
1 2 3 4 5
9. ฉันยังคงสามารถรับประทานอาหารได้ตามแผนการรับประทานอาหารเมื่อฉันป่วย
1 2 3 4 5
10. ฉันสามารถปฏิบัติตามแผนการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ
1 2 3 4 5
11. ฉันสามารถออกกำลังกายเพิ่มขึ้นได้ หากแพทย์ให้คำแนะนำว่าควรที่จะทำเช่นนั้น
1 2 3 4 5
12. เมื่อได้ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ฉันสามารถปรับเปลี่ยนแผนการรับประทานอาหารของตนเองได้
1 2 3 4 5
- 13.ฉันสามารถปฏิบัติตามแผนการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพได้ เมื่อฉันไม่ได้อยู่ที่บ้าน
1 2 3 4 5

14.ฉันสามารถเลือกรับประทานอาหารที่หลากหลาย โดยยึดตามแผนการรับประทานอาหาร เมื่อฉันไม่ได้อยู่ที่บ้าน

1 2 3 4 5

15.ฉันสามารถปฏิบัติตามแผนการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพในระหว่างช่วงที่มิงานเทศกาลต่างๆ ได้

1 2 3 4 5

16.ฉันสามารถเลือกอาหารที่หลากหลาย โดยยังคงยึดตามแผนการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ เมื่อฉันต้องไปงานเลี้ยงสังสรรค์

1 2 3 4 5

17. ฉันสามารถยึดตามแผนการรับประทานอาหารของตนเอง เมื่อฉันกำลังรู้สึกเครียดหรือวิตกกังวล

1 2 3 4 5

18. ฉันสามารถไปพบแพทย์ได้ 4 ครั้งต่อ 1 ปี เพื่อทำการตรวจโรคเบาหวานของฉัน

1 2 3 4 5

19.ฉันสามารถรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ได้

1 2 3 4 5

20.ฉันจะสามารถรับประทานยาของฉันได้ตามปกติแม้เจ็บป่วย

1 2 3 4 5

แบบประเมิน สาระสำคัญของกิจกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (T-SDSCA)

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้จะถามท่านเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในระยะ 7 วันที่ผ่านมา หากท่านป่วยในช่วง 7 วันที่ผ่านมา โปรดนึกถึงกิจกรรมการดูแลตนเองในช่วง 7 วันก่อนที่ท่านจะป่วย(โปรดวงกลมรอบตัวเลขที่ตรงกับความจริงการปฏิบัติของท่าน)

การรับประทานอาหาร

ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ท่านได้ปฏิบัติตามแผนการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพกี่วัน ?

0 1 2 3 4 5 6 7

โดยเฉลี่ยแล้ว ช่วงเดือนที่ผ่านมา ท่านได้ปฏิบัติตามแผนการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพกี่วันต่อสัปดาห์ ?

0 1 2 3 4 5 6 7

ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ท่านได้รับประทานผักและผลไม้เท่ากับหรือมากกว่า 5 ชนิด กี่วัน

0 1 2 3 4 5 6 7

ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ท่านได้รับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเช่นเนื้อแดงหรือผลิตภัณฑ์นมที่มีไขมัน กี่วัน ?

0 1 2 3 4 5 6 7

การออกกำลังกาย

ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ท่านได้ออกกำลังกายเป็นเวลาอย่างน้อย 30 นาที (รวมถึงการเดินออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องเป็นจำนวนกี่วัน)

0 1 2 3 4 5 6 7

ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ท่านได้ออกกำลังกายในช่วงการออกกำลังกายที่เฉพาะเจาะจง เช่น เดินแอร์โรบิควิ่ง , ปั่นจักรยาน , เหยาะ ๆ ทยานนอกเหนือจากที่ทำบริเวณบ้านหรือที่ทำงาน เป็นจำนวนกี่วัน ?

0 1 2 3 4 5 6 7

การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด

ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ท่านได้ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดกี่วัน ?

0 1 2 3 4 5 6 7

ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ท่านได้ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ตามคำแนะนำของบุคลากรทางด้านสุขภาพกี่วัน ?

0 1 2 3 4 5 6 7

การดูแลเท้า

ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ท่านได้ตรวจเช็คเท้าของท่านกี่วัน

0 1 2 3 4 5 6 7

ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ท่านได้ตรวจเช็คด้านในรองเท้าของท่านกี่วัน

0 1 2 3 4 5 6 7

การสูบบุหรี่

ท่านได้สูบบุหรี่ แม้แต่ครั้งเดียว (ซีดเดียว) ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา

ไม่ใช่ ใช่

ถ้าตอบว่าใช่ โปรดระบุจำนวนมวนบุหรี่ที่ท่านสูบต่อวัน มวน

แพทย์ได้สั่งการรักษาใดบ้างต่อไปนี้แก่ท่าน ? โปรดระบุการรักษาทุกการรักษาที่ท่านได้รับ

- ก. ฉีดอินซูลิน 1-2 ครั้งต่อวัน
- ข. ฉีดอินซูลิน 3 ครั้งหรือมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน
- ค. ยาเม็ดรับประทานเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
- ง. การรักษาอื่น ๆ (โปรดระบุ)
- จ. ฉันไม่ได้รับยาตามใบสั่งแพทย์ทั้งยาเม็ดรับประทานอินซูลิน

การรับประทานอาหาร

ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ท่านได้งดเว้นอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลตลอดทั้งวัน กี่วัน

0 1 2 3 4 5 6 7

การรับประทานยา

ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ท่านได้ทำตามคำแนะนำแพทย์เกี่ยวกับยาโรคเบาหวานกี่วัน

0 1 2 3 4 5 6 7

ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ท่านได้ยาฉีดอินซูลินตามคำแนะนำแพทย์นำกี่วัน

0 1 2 3 4 5 6 7

ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ท่านได้รับประทานยาเม็ดรักษาเบาหวานตามคำแนะนำแพทย์กี่วัน

0 1 2 3 4 5 6 7

การดูแลเท้า

ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ท่านได้ล้างทำความสะอาดเท้ากี่วัน

0 1 2 3 4 5 6 7

ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ท่านได้เช็ดเท้าของท่านกี่วัน

0 1 2 3 4 5 6 7

ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ท่านได้ทำให้ชอกนิ้วเท้าแห้งหลังจากล้างทำความสะอาดเท้ากี่วัน ?

0 1 2 3 4 5 6 7

แบบสอบถาม ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (DKQ)

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้ มีเพียงคำตอบที่ถูกเพียงข้อเดียวในแต่ละข้อคำถาม หากท่านทราบคำตอบ โปรดวงกลมรอบตัวอักษรหน้าคำตอบนั้น หากท่านไม่ทราบคำตอบ โปรดวงกลมรอบตัวอักษรหน้าตัวเลือก “ฉันไม่ทราบ”

- สาเหตุโดยทั่วไปของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คือ :
 - รับประทานน้ำตาลและอาหารที่หวานมากเกินไป
 - อินซูลินในร่างกายทำงานไม่มีประสิทธิภาพ
 - การทำงานของไตในการควบคุมน้ำตาลในปัสสาวะบกพร่อง
 - ฉันไม่ทราบ
- โรคเบาหวานที่ไม่ได้รับการรักษาโดยปกติจะทำให้ให้น้ำตาลในเลือด:
 - ปกติ
 - เพิ่มขึ้น
 - ลดลง
 - ฉันไม่ทราบ
- ช่วงของระดับน้ำตาลในเลือดที่ปกติคือ :
 - 2.8 มิลลิโมล/ลิตร
 - 6.1 มิลลิโมล/ลิตร
 - 7.0 มิลลิโมล/ลิตร
 - ฉันไม่ทราบ
- ปัญหาทางสุขภาพใดต่อไปนี้ ไม่ได้ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน:
 - โรคไต
 - ปัญหาเกี่ยวกับตา
 - ปัญหาเกี่ยวกับปอด
 - ทุกข้อที่กล่าวมาข้างต้น
 - ฉันไม่ทราบ
- ข้อใดต่อไปนี้กล่าวถูกต้อง?
 - ไม่เป็นปัญหาหากฉันไม่สามารถควบคุมเบาหวานได้เต็มที่ ตราบใดที่ฉันยังไม่มีอาการโคม่า
 - เป็นเรื่องดีที่มีน้ำตาลปนกับปัสสาวะบ้างเพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
 - การควบคุมเบาหวานที่ไม่ดีอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในภายหลัง
 - ฉันไม่ทราบ

6. หัวใจสำคัญของการควบคุมเบาหวานคือ :

- ก. ความสมดุลระหว่างปริมาณอินซูลิน ยาเม็ดควบคุมน้ำตาล อาหาร และการออกกำลังกาย
- ข. การรักษาระดับน้ำตาลในปัสสาวะให้ต่ำเพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
- ค. การรับประทานอาหาร โปรตีนสูงและมีกากใยสูง
- ง. ฉีดยาไม่ทราบ

7. ผู้ที่เป็นเบาหวานควรที่จะ :

- ก. ปรุงอาหารแยกจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว
- ข. รับประทานอาหารเช้าในเวลาเดิมทุก ๆ วัน
- ค. รับประทานอาหารที่หลากหลาย สับเปลี่ยนรายการอาหารทุกวัน
- ง. ฉีดยาไม่ทราบ

8. โดยทั่วไปแล้ว ผู้ป่วยเบาหวานที่ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ควรออกกำลังกาย :

- ก. ครั้งละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละครั้ง
- ข. ครั้งละ 20 -30 นาที 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์
- ค. 1 ชั่วโมง ทุก ๆ วัน
- ง. ฉีดยาไม่ทราบ

9. โดยทั่วไปการออกกำลังกายมีผลต่อการ :

- ก. ลดระดับน้ำตาลในเลือด
- ข. เพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด
- ค. เพิ่มน้ำตาลในปัสสาวะ
- ง. ฉีดยาไม่ทราบ

10. ข้าวส่วนใหญ่เป็น :

- ก. โปรตีน
- ข. คาร์โบไฮเดรต
- ค. ไขมัน
- ง. ฉีดยาไม่ทราบ

11. อาหารใดต่อไปนี้ที่ท่านสามารถรับประทานได้มากที่สุดเท่าที่ท่านอยากจะรับประทาน ?

- ก. แอปเปิล
- ข. คีนฉ่าย, ผักชี
- ค. เนื้อสัตว์
- ง. ฉีดยาไม่ทราบ

12. การตรวจสอบระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง คือ :
- ก. หัวใจสำคัญในการกำหนดปริมาณที่เหมาะสมของยา
 - ข. สิ่งสำคัญเพื่อผลลัพธ์ของการควบคุมโรคเบาหวานเช่น การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย
 - ค. ถูกทั้ง ก. และ ข .
 - ง. ฉันไม่ทราบ
13. ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรที่จะดูแลเท้าของตนเองให้ดี เนื่องจาก :
- ก. การได้รับยาฉีดอินซูลินที่ขาเป็นเวลานานๆ อาจทำให้เท้าบวมได้
 - ข. โดยทั่วไปแล้วเท้าที่มีลักษณะแบนมีความเกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน
 - ค. ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานอาจมีการไหลเวียนของเลือดบริเวณเท้าไม่ดี
 - ง. ฉันไม่ทราบ
14. ฤทธิ์ของยาเมื่อรับประทานรักษาเบาหวานคือ
- ก. ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง
 - ข. เพิ่มการหลั่งของอินซูลิน
 - ค. เพิ่มการตอบสนองของอินซูลิน
 - ง. ถูกทุกข้อที่กล่าวมา
 - จ. ฉันไม่ทราบ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและภาวะแทรกซ้อน

1. HbA1C ผลการตรวจmg/dl
วันที่ตรวจ วัน/เดือน/ปี (...../...../.....)
2. LDL –cholesterol ผลการตรวจ.....mg/dl
วันที่ตรวจ วัน/เดือน/ปี (...../...../.....)
3. HDL-cholesterol ผลการตรวจmg/dl
วันที่ตรวจ วัน/เดือน/ปี (...../...../.....)
4. Triglyceride ผลการตรวจmg/dl
วันที่ตรวจ วัน/เดือน/ปี (...../...../.....)

5. ความดันโลหิต

5a. SBP..... mmHg

5b. DBP..... mmHg

วันที่ตรวจ วัน/เดือน/ปี (...../...../.....)

6. ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ไม่มี มีหากตอบว่ามี โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก

- Cerebrovascular Accident; CVA
- Cerebral Infraction
- Ischemic Stroke
- Stroke, Not specify
- Cerebral Hemorrhage
- Transient Ischemic Attack; TIA
- Angina pectoris
- Congestive Heart Failure; CHF
- Myocardial Infraction; MI included Ischemic Heart Disease; IHD
- Coronary Revascularization
- Peripheral Arterial Disease, PAD
- Neuropathy (Painful neuropathy, Autonomic neuropathy, neurogenic bladder)
- Renal Insufficiency (CRI, CRF, CKD, ESRD)
- Diabetes Nephropathy; DN
- Diabetes Retinopathy; DR
- ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ โปรดระบุ.....