

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chiang Mai University

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ประหยัด สายวิเชียร สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา
บัณฑิตศึกษาศาน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. นายแพทย์วีรชาติ เลิศนิกุล อายุรแพทย์ โรงพยาบาลแมคคอร์มิค
จังหวัดเชียงใหม่
3. คุณอารีย์ ใจคำป็น พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7
แผนกควบคุมโรคไม่ติดต่อ
โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

ภาคผนวก ข

เครื่องมือ

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ใน () ให้ตรงตามคำตอบของผู้ให้สัมภาษณ์

1. เพศ.....
2. อายุ..... ปี เดือน
3. สถานภาพสมรส : () 1. โสด () 2. คู่ () 3. ม่าย () 4. หย่า
() 5. แยกกันอยู่ () 6. อื่น ๆ ระบุ.....
4. ท่านนับถือศาสนา : () 1. พุทธ () 2. อิสลาม () 3. อื่น ๆ ระบุ.....
5. ระดับการศึกษา : () 1. ไม่ได้รับการศึกษา () 2. ประถมศึกษา
() 3. มัธยมศึกษา/ปวช. () 4. อนุปริญญา/ปวส.
() 5. ปริญญาตรี () 6. อื่น ๆ ระบุ.....
6. ปัจจุบันท่านมีอาชีพ : () 1. แม่บ้าน () 2. รับจ้าง () 3. เกษตรกรรม
() 4. ค้าขาย () 5. พนักงานรัฐวิสาหกิจ
() 6. รับราชการ () 7. อื่น ๆ ระบุ.....
7. รายได้ : () 1. เฉลี่ย.....บาทต่อเดือน
() 2. ไม่มีรายได้
8. ระดับความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท
9. เป็นความดันโลหิตสูงมานาน ปี เดือน
10. ภาวะสุขภาพของท่านขณะนี้ :
() 1. ไม่ดีระบุ..... () 2. ปานกลาง
() 3. ดี

11. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะเป็นโรคความดันโลหิตสูง จากใครบ้าง
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () 1. แพทย์ () 2. พยาบาลประจำคลินิกเฉพาะโรค
() 3. นักโภชนาการ () 4. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
() 5.ญาติพี่น้องและเพื่อน ๆ () 6. สื่อวิทยุโทรทัศน์และเอกสารต่าง ๆ
() 7. อื่น ๆ ระบุ.....

12. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะเป็นโรคความดันโลหิตสูงเรื่องใดบ้าง
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () 1. การรับประทานยา () 2. การควบคุมอาหาร
() 3. การออกกำลังกาย () 4. การจัดการกับความเครียด
() 5. การควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น การงดดื่มสุรา ชากาแฟ สูบบุหรี่ การควบคุม
น้ำหนักตัว
() 6. การตรวจตามนัด

13. ท่านสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ได้หรือไม่

- () 1. ได้เนื่องจาก
() 1.1 เคยควบคุมสำเร็จด้วยตนเองมาก่อน
() 1.2 การได้เห็นแบบอย่าง หรือประสบการณ์ของผู้อื่น
() 1.3 การได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น
() 1.4 อื่น ๆ ระบุ.....
() 2. ไม่ได้

๑/๓๓

๖/๖.๑๓๒

๐/๖๓๑

แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
โรงพยาบาลสันทราย อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้ประกอบด้วยคำถาม 29 ข้อ กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วพิจารณาคำถามแต่ละข้อและให้คะแนนความรู้ความสามารถของผู้ตอบที่จะดูแลตนเองในแต่ละข้อได้สำเร็จ โดยบอกระดับความมั่นใจ ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ซึ่งระดับความมั่นใจแบ่งออกได้เป็น 5 ระดับ คือ

มีความมั่นใจมากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถที่จะปฏิบัติได้มากที่สุด
มีความมั่นใจมาก	หมายถึง	ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถที่จะปฏิบัติได้มาก
มีความมั่นใจปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถที่จะปฏิบัติได้ปานกลาง
มีความมั่นใจน้อย	หมายถึง	ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถที่จะปฏิบัติได้น้อย
ไม่มีความมั่นใจ	หมายถึง	ท่านไม่มีความมั่นใจว่าสามารถที่จะปฏิบัติได้

ข้อความ	ไม่มี ความ มั่นใจ	มีความ มั่นใจ น้อย	มีความ มั่นใจ ปานกลาง	มีความ มั่นใจ มาก	มีความ มั่นใจ มากที่สุด
ด้านการควบคุมอาหาร					
1. ท่านมีความมั่นใจว่าท่านสามารถงดหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ไข่แดง หนังหมู เครื่องในสัตว์ เป็นต้น					
2. ท่านมีความมั่นใจว่าท่านสามารถใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหาร เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด ไม่มากกว่า 6 ช้อนชาต่อวัน					

ข้อความ	ไม่มี ความ มั่นใจ	มีความ มั่นใจ น้อย	มีความ มั่นใจ ปานกลาง	มีความ มั่นใจ มาก	มีความ มั่นใจ มากที่สุด
<p>3. ท่านมีความมั่นใจว่าในระหว่าง รับประทานอาหาร ท่านจะไม่ดื่ม น้ำปลา ซีอิ๊ว หรือเกลือผสมลงใน อาหารอีก</p> <p>4. ท่านมีความมั่นใจว่าท่านสามารถงด หรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา ไข่เค็ม น้ำบูดู</p> <p>5. ท่านมีความมั่นใจว่าท่านสามารถงด หรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร พวกแป้งและน้ำตาลมาก เช่น เค้ก คุกกี้ ขนมหวาน น้ำหวาน น้ำอัดลม และผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น ทุเรียน มะขามหวาน มะม่วงสุก</p> <p>6. ท่านมีความมั่นใจว่าท่านสามารถงด หรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร ที่มีโคเลสเตอรอลสูง ได้แก่ ไข่แดง มันสมอง มันหมู มันกุ้ง เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก หอย</p>					
<p>ด้านการออกกำลังกาย</p> <p>1. ท่านมีความมั่นใจว่าท่านสามารถ หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายแบบ การยก แบบลาก ดึง ของหนัก</p> <p>2. ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถการ ออกกำลังกายแบบค่อยเป็นค่อยไป โดย เริ่มจากครั้งละ 5 – 10 นาที จนเพิ่มขึ้น เป็น 30 นาที</p>					

ข้อความ	ไม่มี ความ มั่นใจ	มีความ มั่นใจ น้อย	มีความ มั่นใจ ปานกลาง	มีความ มั่นใจ มาก	มีความ มั่นใจ มากที่สุด
<p>3. ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถการ ออกกำลังกายโดยการเดิน วิ่งเหยาะ ๆ ว่ายน้ำ หรือแอโรบิคอย่างน้อย 30 นาที</p> <p>4. ท่านมีความมั่นใจว่าในขณะที่ และหลัง การออกกำลังกาย ท่านสามารถสังเกต อาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ใจสั่น หัวใจเต้นเร็วกว่า 100 ครั้ง/นาที หายใจเหนื่อยหอบ เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม เป็นต้น</p> <p>5. ท่านมีความมั่นใจว่าเมื่อมีอาการผิด ปกติขณะและหลังจากออกกำลังกาย ท่านสามารถหยุดออกกำลังกายแล้วไป ปรึกษาแพทย์</p>					
ด้านการจัดการกับความเครียด					
<p>1. ท่านมีความมั่นใจว่าเมื่อท่านมีเรื่องไม่ สบายใจ ท่านสามารถปรึกษากับ ผู้ใกล้ชิด เช่น สามี ญาติ พี่น้อง เพื่อนบ้าน</p>					
<p>2. ท่านมีความมั่นใจว่าเมื่อท่านมี ความเครียดท่านสามารถผ่อนคลายโดย การนั่งสมาธิ หรือสวดมนต์ภาวนาตาม ศาสนาที่ตนนับถือ</p>					
<p>3. ท่านมีความมั่นใจว่าเมื่อท่านมี ความเครียด ท่านจะไม่ผ่อนคลาย ความเครียดโดยการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือใช้ยาระงับประสาท</p>					

ข้อความ	ไม่มี ความ มั่นใจ	มีความ มั่นใจ น้อย	มีความ มั่นใจ ปานกลาง	มีความ มั่นใจ มาก	มีความ มั่นใจ มากที่สุด
<p>4. ท่านมีความมั่นใจว่าเมื่อท่านมีความเครียด ท่านสามารถผ่อนคลาย โดยการนอนหลับ เดินเล่น อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูทีวี หรืออยู่เฉย ๆ</p> <p>5. ท่านมีความมั่นใจว่าเมื่อท่านมีความเครียด โกรธ หรือ โมโห ท่านสามารถใช้วิธีระบายอารมณ์กับ ผู้ใกล้ชิด</p> <p>6. ท่านมีความมั่นใจว่าท่านสามารถควบคุมอารมณ์ไม่ให้หงุดหงิดหรือ อารมณ์เสียบ่อย</p>					
<u>ด้านการรับประทานยา</u>					
1. ท่านมีความมั่นใจว่าท่านสามารถรับประทานยาตรงตามเวลา					
2. ท่านมีความมั่นใจว่าท่านสามารถรับประทานยาตามจำนวนที่แพทย์สั่ง					
3. ท่านมีความมั่นใจว่าท่านไม่ซื้อยามารับประทานเอง					
4. ท่านมีความมั่นใจว่าท่านจะไม่หยุดรับประทานยาเมื่ออาการดีขึ้น					
5. ท่านมีความมั่นใจว่า เมื่อท่านมีอาการผิดปกติหลังจากรับประทานยา ท่านสามารถหยุดรับประทานยา แล้วรีบไปพบแพทย์ทันที					

ข้อความ	ไม่มี ความ มั่นใจ	มีความ มั่นใจ น้อย	มีความ มั่นใจ ปานกลาง	มีความ มั่นใจ มาก	มีความ มั่นใจ มากที่สุด
<p>ด้านการตรวจตามนัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ท่านมีความมั่นใจว่าท่านสามารถไปตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง 2. ท่านมีความมั่นใจว่าเมื่อท่านมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดมึนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน บวมตามปลายมือ ปลายเท้า ท่านจะรีบไปพบแพทย์ก่อนแพทย์นัด 					
<p>ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ท่านมีความมั่นใจว่าท่านสามารถงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา ยาแดง เหล้า เบียร์ 2. ท่านมีความมั่นใจว่าท่านสามารถควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 3. ท่านมีความมั่นใจว่าท่านสามารถงดรับประทานอาหารจุกจิก 4. ท่านมีความมั่นใจว่าท่านสามารถพักผ่อนอย่างเพียงพอ 5. ท่านมีความมั่นใจว่าท่านสามารถดูแลไม่ให้มีอาการท้องผูก 					

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวอภินันท์ อุตระกุล
วัน เดือน ปีเกิด	27 มีนาคม 2518
ประวัติการศึกษา	
2535	มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนนวมินทราชูทิศ พายัพ จังหวัดเชียงใหม่
2539	ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล และ ผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยพายัพ จังหวัดเชียงใหม่
ประสบการณ์การทำงาน	
2540-ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่