

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1. นายแพทย์กสิวัฒน์ ศรีประดิษฐ์ | ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบ้านโพธิ์
จังหวัดฉะเชิงเทรา |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.สุลี ทองวิเชียร | คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย |
| 3. ดร.รวีวรรณ เผ่ากัณหา | อาจารย์ประจำภาคผู้สูงอายุ
มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 4. นางพรเพ็ญ ภัทรากกร | หัวหน้าฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน
โรงพยาบาลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี |
| 5. นางอารีวรรณ เปสน | พยาบาลวิชาชีพฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัว
และชุมชน
โรงพยาบาลมะขาม
จังหวัดจันทบุรี |

ภาคผนวก ข

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของ
ผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา

วันให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์
ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว
ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วม
ในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อ
ข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อน
เร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยใน
ภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามใน
ใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

(.....นางศุรีย์ ศรี้อยทอง.....)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา

เรียน ท่านผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

ดิฉัน นางสาวสุรีย์ สร้อยทอง นักศึกษาปริญญาโท สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา กำลังทำการศึกษาค้นคว้าวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนอำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 378 คน

ดิฉันจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมการวิจัย ถ้าท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัย ท่านตอบแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับ ข้อมูลส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกาย พฤติกรรมการออกกำลังกายตามความเป็นจริง และรับการตรวจร่างกายเบื้องต้นโดยพยาบาลเวชปฏิบัติ โดยใช้เวลาประมาณ 30 – 40 นาที ซึ่งในการตอบครั้งนี้จะไม่ถูกหรือผิด และไม่มีผลใดๆ ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง คำตอบที่ได้จากท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม เพราะจะนำผลที่ได้ไปใช้ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ มากยิ่งขึ้น ตลอดจนช่วยในการวางแผนปรับปรุงรูปแบบการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้ายินดีที่จะตอบให้ท่านเข้าใจ และท่านมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้และถึงแม้ว่าท่านจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ท่านก็ยังมีสิทธิจะยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาตามที่ท่านต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น

การวิจัยครั้งนี้จะประสบความสำเร็จลงไม่ได้ หากไม่ได้รับความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากท่าน จึงขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ โอกาสนี้ด้วย

นางสุรีย์ สร้อยทอง

ผู้วิจัย

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เลขที่แบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชุมชน

อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประสงค์การเริ่มต้นการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ

โดยให้ผู้สัมภาษณ์บันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ หรือทำเครื่องหมาย “✓” ลงในช่อง ()
 หน้าข้อความ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์จะถือเป็นความลับ ซึ่งผู้วิจัยจะนำไปวิเคราะห์และนำเสนอ
 ผลการวิจัยในภาพรวม จึงขอความร่วมมือจากท่านผู้สูงอายุโปรดให้คำตอบตามความเป็นจริง เพื่อ
 ประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้และส่วนรวมต่อไป

ขอขอบคุณในความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ มา ณ โอกาสนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประสบการณ์เดิมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์เติมข้อความลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย “√” ลงในช่อง () ที่หน้าข้อความหรือเติมคำในช่องว่างให้สมบูรณ์ ตรงกับความเป็นจริง

ที่อยู่ บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา
วัน เดือน ปี ที่สัมภาษณ์...../...../.....

1. เพศ () 1. ชาย () หญิง sex ()
2. ท่านมีอายุเท่าไร.....ปี (คำนวณอายุปีเต็มโดยใช้ พ.ศ. ปัจจุบัน-พ.ศ.เกิด) age ()
3. ท่านมีสถานภาพสมรสอะไร status ()
() 1. โสด () 2. คู่ () 3. หม้าย () 4. หย่า/ แยก
4. ท่านจบการศึกษาสูงสุดระดับใด..... edu ()
() 1. ไม่ได้เรียน () 2. ประถมศึกษา
() 3. มัธยมศึกษา, ปวช () 4. อนุปริญญา, ปวส.
() 5. ปริญญาตรี () 6. สูงกว่าปริญญาตรี
5. ท่านมีรายได้ประมาณเดือนละเท่าไร ระบุจำนวน.....บาท income ()
6. ก่อนอายุ 60 ปี ท่านเคยออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง เป็นเวลา
อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ หรือไม่ pastexc ()
() 1. เคย
() 2. ไม่เคย

ส่วนที่ 2. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เป็น การสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่ปฏิบัติจริง ในช่วง 1 เดือน ก่อนการสัมภาษณ์ ให้ผู้สัมภาษณ์ใส่เครื่องหมาย “✓” ลงในช่อง () ให้ตรงกับคำตอบของผู้สูงอายุให้มากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังนี้

1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านออกกำลังกายบ้างหรือไม่

() 1. ออกกำลังกาย act1 ()

ถ้าท่านออกกำลังกาย ท่านออกกำลังกายด้วยวิธีการใดมากที่สุด

- | | |
|--------------------|------------------------|
| () 1. เดินเร็ว | () 2. วิ่ง |
| () 3. เต้นแอโรบิก | () 4. ขี่จักรยาน |
| () 5. ว่ายน้ำพลอง | () 6. อื่นๆ ระบุ..... |

ท่านเคยมีอาการผิดปกติระหว่างออกกำลังกายหรือไม่

() 1. เคย มีอาการอย่างไร ระบุ.....

ท่านทำอย่างไร ระบุ.....

() 2. ไม่เคย

() 2. ไม่ออกกำลังกาย สาเหตุ เพราะ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) act 2 ()

- | |
|--------------------------------|
| () 1. มีโรคประจำตัว |
| () 2. ไม่มีเวลา |
| () 3. ไม่มีสถานที่ |
| () 4. ไม่มีอุปกรณ์ |
| () 5. ไม่มีเพื่อน |
| () 6. ไม่จำเป็น สุขภาพแข็งแรง |
| () 7. ไม่ชอบ |
| () 8. อาย |
| () 9. เล่นกีฬาไม่เป็น |
| () 10. อื่นๆ (โปรดระบุ)..... |

ถ้าตอบไม่ได้ออกกำลังกายให้ข้ามไป ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม

2. ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติกรออกกำลังกาย ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า 3 ระดับ

- 2 = ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติสม่ำเสมอ 3 ครั้งขึ้นไปใน 1 สัปดาห์
 1 = ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ หรือน้อยกว่า 3 ครั้งใน 1 สัปดาห์
 0 = ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่ปฏิบัติกิจกรรมหรือไม่ออกกำลังกาย

ข้อความ	ปฏิบัติ			สำหรับ ผู้วิจัย
	เป็นประจำ	เป็นบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย	
1. ท่านออกกำลังกายชนิดที่ร่างกายมีการยืดหดกล้ามเนื้อและข้อต่อต่างๆ มีการเคลื่อนไหวช้าๆ กัน เช่น เดินเร็ว รำมวยจีน กายบริหาร				EXC 1 ()
2. ท่านมีความพร้อมของร่างกายตัวเอง ก่อนการออกกำลังกายทุกครั้ง เช่น ไม่มีอาการปวด ไม่อ่อนเพลีย ไม่มีไข้ ไม่มีใจสั่น				EXC 2 ()
3. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง				EXC 3 ()
4. ท่านออกกำลังกายติดต่อกันเป็นระยะเวลา 20 – 30 นาทีต่อครั้ง				EXC 4 ()
5. ขณะที่ออกกำลังกาย ท่านรู้สึกสบายใจและสนุกสนาน ผ่อนคลาย				EXC 5 ()
6. ท่านมีการอบอุ่นร่างกาย เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการออกกำลังกาย เป็นเวลาอย่างน้อย 5 นาที				EXC 6 ()
7. หลังจากออกกำลังกาย ท่านมีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นเวลาอย่างน้อย 5 นาที				EXC 7 ()
8. ท่านออกกำลังกายโดยคำนึงถึง สภาพร่างกาย				EXC 8 ()
9. ท่านสวมชุดออกกำลังกาย เหมาะสมกับการออกกำลังกาย				EXC 9 ()
10. ท่านสวมรองเท้าที่เหมาะสมกับวิธีการออกกำลังกาย				EXC 10 ()

ข้อความ	ปฏิบัติ			สำหรับ ผู้วิจัย
	เป็น ประจำ	เป็น บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย	
11. ท่านสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง ขณะ ออกกำลังกาย เช่น เจ็บหน้าอก เวียนศีรษะ ตามัว เหงื่อออกมาก ตัวเย็น				EXC 11 ()
12. ท่านออกกำลังกายจนกระทั่งมีเหงื่อออกและ หัวใจเต้นเร็วขึ้น				EXC 12 ()
13. ท่านออกกำลังกายในที่โล่ง และมีอากาศ ถ่ายเทได้สะดวก				EXC 13 ()
14. หลังจากออกกำลังกาย ท่านมีการพักผ่อน อย่างน้อย 10 นาที				EXC 14 ()

ส่วนที่ 3. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง สัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุประกอบด้วย 3 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ โดยแต่ละข้อในแบบสัมภาษณ์ชุดนี้มี 4 คำตอบ ให้เลือกคำตอบได้เพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความรู้สึก ความเข้าใจ หรือการรับรู้ของท่านมากที่สุด โดยตอบว่า

สนับสนุนมาก	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความเข้าใจ หรือ การรับรู้ของท่านมากที่สุด มีค่าเป็นตัวเลขเท่ากับ 3
สนับสนุนปานกลาง	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความเข้าใจ หรือการรับรู้ของท่านปานกลาง มีค่าเป็นตัวเลขเท่ากับ 2
สนับสนุนน้อย	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความเข้าใจ หรือการรับรู้ของท่านเพียงส่วนน้อย มีค่าเป็นตัวเลขเท่ากับ 1
ไม่เคยสนับสนุน	หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความเข้าใจ หรือการรับรู้ของท่านเลยแม้แต่น้อย มีค่าเป็นตัวเลขเท่ากับ 0

คำถาม ท่านได้รับการช่วยเหลือจากบุคคล ได้แก่ คู่สมรส บุตร แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน ในกิจกรรมเหล่านี้มากน้อยเพียงใด

ข้อความ	มาก 3	ปานกลาง 2	น้อย 1	ไม่เคย 0	สำหรับผู้วิจัย
การสนับสนุนทางด้านอารมณ์					
1. กระตุ้นเตือน ให้ท่านออกกำลังกาย					SSmo 1 ()
2. ให้กำลังใจ เมื่อท่านออกกำลังกาย					SSmo 2 ()
3. ให้ความสนใจ รับฟัง เมื่อท่านเล่าปัญหาการออกกำลังกาย					SSmo 3 ()
4. รู้สึกพอใจ เมื่อท่านออกกำลังกาย					SSmo 4 ()
5. กล่าวชื่นชม เมื่อท่านออกกำลังกาย					SSmo 5 ()
6. คอยดูแล ขณะที่ท่านออกกำลังกาย					SSmo 6 ()
7. ชักชวน พุดจาโน้มน้าวให้ท่านออกกำลังกาย					SSmo 7 ()

ข้อความ	มาก 3	ปานกลาง 2	น้อย 1	ไม่เคย 0	สำหรับผู้วิจัย
การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร					
8. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ					SSinfo 1 ()
9. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ					SSinfo 2 ()
10. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับประเภทของการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ					SSinfo 3 ()
11. ให้คำแนะนำแนวทางแก้ไข เมื่อท่านมีปัญหาการออกกำลังกาย					SSinfo 4 ()
12. ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังกาย					SSinfo 5 ()
13. จัดหาคู่มือ เอกสาร หนังสือ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ					SSinfo 6 ()
การสนับสนุนทางด้านวัตถุถึงของ/บริการ					
14. จัดหา เตรียมอุปกรณ์การออกกำลังกาย					SSinst 1 ()
15. เตรียมน้ำดื่ม เมื่อท่านออกกำลังกาย					SSinst 2 ()
16. เตรียมสถานที่ในการออกกำลังกาย					SSinst 3 ()
17. สนับสนุนการเงินเพื่อใช้จ่ายในการออกกำลังกาย					SSinst 4 ()
18. พาไปยังสถานที่ในการออกกำลังกาย					SSinst 5 ()
19. ช่วยเหลือแบ่งเบาภาระงาน ขณะที่ท่านออกกำลังกาย					SSinst 6 ()

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการได้รับการวินิจฉัยโรคสุขภาพกาย

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับ โรคประจำตัวและอาการที่ผิดปกติในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน โดยให้ผู้สูงอายุตอบตามความเป็นจริง ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความให้ผู้สูงอายุพิจารณาว่าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวและอาการที่ผิดปกติหรือไม่ หลังจากนั้นให้ใส่เครื่องหมาย “✓” ลงในช่อง ()

4.1 โรคเรื้อรัง

1. ใน 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีโรคเรื้อรังอะไรบ้างที่เป็นการวินิจฉัยจากแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() ไม่มี () มีโรคอะไรบ้าง..... และมีระยะเวลาที่เป็นโรคนั้นนานเท่าไร .

โรคเรื้อรัง	ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือพยาบาล	สำหรับผู้วิจัย
() 1. ความดันโลหิตสูง	() 0. ไม่มี () 1. มี ระยะเวลา.....ปี.....เดือน	Dis 1 (.....)
() 2. เบาหวาน	() 0. ไม่มี () 1. มี ระยะเวลา.....ปี.....เดือน	Dis 2 (.....)
() 3. โรคไต	() 0. ไม่มี () 1. มี ระยะเวลา.....ปี.....เดือน	Dis 3 (.....)
() 4. โรคหัวใจ	() 0. ไม่มี () 1. มี ระยะเวลา.....ปี.....เดือน	Dis 4 (.....)
() 5. ข้อเสื่อม	() 0. ไม่มี () 1. มี ระยะเวลา.....ปี.....เดือน	Dis 5 (.....)
() 6. โรคหลอดเลือดในสมอง	() 0. ไม่มี () 1. มี ระยะเวลา.....ปี.....เดือน	Dis 6 (.....)
() 7. ไขมันในเลือดสูง	() 0. ไม่มี () 1. มี ระยะเวลา.....ปี.....เดือน	Dis 7 (.....)
() 8. อ้วนลงพุง	() 0. ไม่มี () 1. มี ระยะเวลา.....ปี.....เดือน	Dis 8 (.....)
() 9. หอบหืด	() 0. ไม่มี () 1. มี ระยะเวลา.....ปี.....เดือน	Dis 9 (.....)
() 10. โรคภูมิแพ้	() 0. ไม่มี () 1. มี ระยะเวลา.....ปี.....เดือน	Dis 10 (.....)
() 11. โรคกระเพาะอาหาร	() 0. ไม่มี () 1. มี ระยะเวลา.....ปี.....เดือน	Dis 11 (.....)
() 12. โรคอื่นๆ ระบุ.....	() 0. ไม่มี () 1. มี ระยะเวลา.....ปี.....เดือน	Dis 12 (.....)

4.2 อาการเจ็บป่วย

2. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติทางร่างกายอะไรบ้าง.....
และอาการเหล่านั้นได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและ
ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือไม่

อาการ	ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือพยาบาล		สำหรับผู้วิจัย
() 1. ปวดท้อง	() 0. ไม่มี	() 1. มี	Dxi 1 (.....)
() 2. ท้องเสีย	() 0. ไม่มี	() 1. มี	Dxi 2 (.....)
() 3. คลื่นไส้ อาเจียน	() 0. ไม่มี	() 1. มี	Dxi 3 (.....)
() 4. หวัด	() 0. ไม่มี	() 1. มี	Dxi 4 (.....)
() 5. มีไข้	() 0. ไม่มี	() 1. มี	Dxi 5 (.....)
() 6. ปวดศีรษะ	() 0. ไม่มี	() 1. มี	Dxi 6 (.....)
() 7. ปวดกล้ามเนื้อ	() 0. ไม่มี	() 1. มี	Dxi 7 (.....)
() 8. ปวดข้อ	() 0. ไม่มี	() 1. มี	Dxi 8 (.....)
() 9. ผื่นแพ้ตามร่างกาย	() 0. ไม่มี	() 1. มี	Dxi 9 (.....)
() 10. อ่อนเพลีย	() 0. ไม่มี	() 1. มี	Dxi 10 (.....)
() 11. อื่น ๆ ระบุ.....	() 0. ไม่มี	() 1. มี	Dxi 11 (.....)

4.3 แบบบันทึกการตรวจร่างกาย

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับอาการในปัจจุบันของผู้สูงอายุ และทำการตรวจร่างกายเบื้องต้นของผู้สูงอายุ โดยพยาบาลวิชาชีพ หลังจากนั้นให้ใส่เครื่องหมาย “✓” ลงในช่อง ()

อาการ	สำหรับผู้วิจัย	อาการแสดง	สำหรับผู้วิจัย
1. สัญญาณชีพ		Systolic = mmHg.	
		Diastolic = mmHg.	
		1.1 ความดันช่วงบน (Systolic)	Sym 1
		มากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท	(.....)
		() 0. ไม่พบ	
		() 1. พบ.....	
		1.2 ความดันช่วงล่าง (Diastolic)	Sym 2
		มากกว่าหรือเท่ากับ	(.....)
		95 มิลลิเมตรปรอท	
		() 0. ไม่พบ	
		() 1. พบ.....	
		P = /m	
		1.3 ชีพจรไม่สม่ำเสมอ	Sym 3
		() 0. ไม่พบ	(.....)
		() 1. พบ.....	
		1.4 ชีพจรมากกว่า 100 ครั้ง/นาที	Sym 4
		() 0. ไม่พบ	(.....)
		() 1. พบ.....	
		R = /m	
		1.5 หายใจมากกว่า 24 ครั้ง/นาที	Sym 5
		() 0. ไม่พบ	(.....)
		() 1. พบ.....	

อาการ	สำหรับผู้วิจัย	อาการแสดง	สำหรับผู้วิจัย
2. สภาพร่างกายทั่วไป			
2.1.1 มีนังศีรษะ	Sig1 (.....)	2.2.1 บาดแผลที่ศีรษะ	Sym 6
() 0. ไม่มี		() 0. ไม่พบ	(.....)
() 1. มี		() 1. พบ.....	
2.1.2 ตามัว	Sig2 (.....)	2.2.2 เยื่อตาขาวซีด	Sym 7
() 0. ไม่มี		() 0. ไม่พบ	(.....)
() 1. มี		() 1. พบ.....	
		2.2.3 ต้อกระจก	Sym 8
		() 0. ไม่พบ	(.....)
		() 1. พบ.....	
		2.2.4 ต้อเนื้อ	Sym 9
		() 0. ไม่พบ	(.....)
		() 1. พบ.....	
2.1.3 หูตึง	Sig3 (.....)	2.2.5 หูน้ำหนวก	Sym 10
() 0. ไม่มี		() 0. ไม่พบ	(.....)
() 1. มี		() 1. พบ.....	
		2.2.6 จมูกกดเจ็บ	Sym 11
		() 0. ไม่พบ	(.....)
		() 1. พบ.....	
		2.2.7 จมูกมีสิ่งคัดหลั่งมาก/มีกลิ่น/มีเลือดปน	Sym 12
		() 0. ไม่พบ	(.....)
		() 1. พบ.....	
3. ระบบทางเดินหายใจ			
3.1.1 น้ำมูก	Sig 4 (.....)	3.2.1 การเคลื่อนไหวของปอด ทั้งสองข้างไม่เท่ากัน	Sym 13
() 0. ไม่มี		() 0. ไม่พบ	(.....)
() 1. มี.....		() 1. พบ.....	
3.1.2 ไอ	Sig 5 (.....)	3.2.2 เสียงหายใจเข้า/ออกยาวไม่เท่ากัน	Sym 14
() 0. ไม่มี		() 0. ไม่พบ	(.....)
() 1. มี.....		() 1. พบ.....	

อาการ	สำหรับผู้ป่วย	อาการแสดง	สำหรับผู้ป่วย
4. ระบบทางเดินอาหาร 4.1.1 ปวดท้อง () 0. ไม่มี () 1. มี..... 4.1.2 ท้องผูก () 0. ไม่มี () 1. มี..... 4.1.3 คลื่นไส้อาเจียน () 0. ไม่มี () 1. มี..... 4.1.4 ท้องเสีย () 0. ไม่มี () 1. มี.....	Sig6 (.....)	3.2.3 เสียงเคาะปอดทึบ / โปร่ง () 0. ไม่พบ () 1. พบ.....	Sym 15 (.....)
		4.2.1 ท้องอืด () 0. ไม่พบ () 1. พบ.....	Sym 16 (.....)
		4.2.2 อาการกดเจ็บ () 0. ไม่พบ () 1. พบ.....	Sym 17 (.....)
		4.2.3 อาการกดปล่อยแล้วเจ็บ () 0. ไม่พบ () 1. พบ.....	Sym 18 (.....)
	Sig7 (.....)	4.2.4 เสียงเคาะโปร่ง/ทึบ () 0. ไม่พบ () 1. พบ.....	Sym 19 (.....)
		4.2.5 เสียงโครกครากมากกว่า 10 ครั้ง/นาที () 0. ไม่พบ () 1. พบ.....	Sym 20 (.....)
		4.2.6 เสียงโครกครากน้อยกว่า 2 ครั้ง/นาที () 0. ไม่พบ () 1. พบ.....	Sym 21 (.....)
		5.2.1 การบวมในข้อ/นอกข้อ ของแขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้าง () 0. ไม่พบ () 1. พบ.....	Sym 22 (.....)
	Sig8 (.....)		
	Sig9 (.....)		
5. ระบบกล้ามเนื้อและข้อต่อ 5.1.1 ปวดกล้ามเนื้อ () 0. ไม่มี () 1. มี..... 5.1.2 ปวดข้อต่อ () 0. ไม่มี () 1. มี.....	Sig 10 (.....)		
	Sig 11 (.....)		

อาการ	สำหรับผู้วิจัย	อาการแสดง	สำหรับผู้วิจัย
5.1.3 กล้ามเนื้ออ่อนแรง () 0. ไม่มี () 1. มี.....	Sig 12 (.....)	5.2.2 การผิดรูปร่างของกระดูกและข้อ () 0. ไม่พบ () 1. พบ..... 5.2.3 กดเจ็บบริเวณข้อ () 0. ไม่พบ () 1. พบ..... 5.2.4 การเคลื่อนไหวของข้อไม่เต็มที่/น้อยลง () 0. ไม่พบ () 1. พบ..... 5.2.5 บริเวณรอบข้อมีอาการอักเสบ () 0. ไม่พบ () 1. พบ.....	Sym 23 (.....) Sym 24 (.....) Sym 25 (.....) Sym 26 (.....)
6. ระบบผิวหนัง 6.1.1 ก้นบริเวณผิวหนัง () 0. ไม่มี () 1. มี.....	Sig 13 (.....)	6.2.1 ผิวหนังซีด () 0. ไม่พบ () 1. พบ..... 6.2.2 ผิวจุดจ้ำเลือด/ผื่น/ตุ่ม () 0. ไม่พบ () 1. พบ..... 6.2.3 มีแผลถลอก () 0. ไม่พบ () 1. พบ..... 6.2.4 มีแผลลึกถึงชั้นผิวหนัง () 0. ไม่พบ () 1. พบ.....	Sym 27 (.....) Sym 28 (.....) Sym 29 (.....) Sym 30 (.....)

อาการ	สำหรับผู้วิจัย	อาการแสดง	สำหรับผู้วิจัย
7. ระบบไหลเวียนโลหิต 7.1.1 ใจสั่น () 0. ไม่มี () 1. มี..... 7.1.2 ใจหวิว () 0. ไม่มี () 1. มี.....	Sig14 (.....) Sig15 (.....)	7.2.1 ขนาดหัวใจโตกว่าปกติ () 0. ไม่พบ () 1. พบ..... 7.2.2 เสียงเมอร์เมอร์ () 0. ไม่พบ () 1. พบ..... 7.2.3 การสั่นสะเทือนของหัวใจ () 0. ไม่พบ () 1. พบ.....	Sym 31 (.....) Sym 32 (.....) Sym 33 (.....)
8. ระบบประสาทและประสาทสัมผัส 8.1.1 ปวดศีรษะ () 0. ไม่มี () 1. มี..... 8.1.2 นอนไม่หลับ () 0. ไม่มี () 1. มี..... 8.1.3 ชาตามปลายมือปลายเท้า () 0. ไม่มี () 1. มี.....	Sig16 (.....) Sig17 (.....) Sig18 (.....)	8.2.1 แขนอ่อนแรงเป็นอัมพาต () 0. ไม่พบ () 1. พบ..... 8.2.2 ขาอ่อนแรงเป็นอัมพาต () 0. ไม่พบ () 1. พบ.....	Sym 34 (.....) Sym 35 (.....)