

ภาคผนวก ข

แบบประเมินสุขภาพเท้า แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

และแบบสัมภาษณ์ครอบครัว

รหัสแบบประเมิน ☐

ส่วนที่ 1 แบบประเมินสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบประเมินการดูแลรักษาเท้าผู้ป่วยเบาหวาน สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน (2551) โดยมีแนวทางประเมินสุขภาพเท้าจำนวน 12 ข้อ ประเมินเท้าซ้ายแยกจากเท้าขวา มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเสื่อมหน้าที่ของระบบต่างๆ ที่ส่งผลที่เท้าอันมีสาเหตุมาจากโรคเบาหวาน ซึ่งทำการตรวจโดยผู้วิจัย
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับข้อความตามความเป็นจริง

การประเมิน	เท้าขวา		เท้าซ้าย		สำหรับ ผู้วิจัย
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	
1. ไม่มีอาการปวดบวมเวลาเดินมาก ๆ					
2. คลำชีพจรบริเวณหลังเท้าได้ชัดเจน					
3. เมื่อกดเล็บนิ้วหัวแม่เท้า เลือดจะไหลกลับภายใน 3 วินาที					
4. ไม่มีอาการชา หรือปวดเหมือนมีเข็มมาทิ่มแทงหรือปวดเหมือนไฟฟ้าช็อต					
5. มีความรู้สึกในการตรวจตำแหน่งทุกนิ้ว					
6. มีความรู้สึกทุกจุดสัมผัส เมื่อทดสอบด้วย Monofilament 4 จุด คือ นิ้วหัวแม่เท้า (Big Toe) และหัวกระดูกบริเวณโคนนิ้วที่ 1, 3, 5 รวมเป็น 4 จุด จมแล้วไม่รู้สึกแก่จุดเดียว ใน 4 จุดนี้ก็ถือว่า (Impairment Neuropathy)					
 Right Left					
7. เท้าสะอาดทั่วทุกส่วน ได้แก่ บริเวณหลังเท้า ซอกนิ้วเท้า เล็บเท้า และฝ่าเท้า					
8. ไม่มีผิวหนังบาง/ แดง/ เป็นมันเงา/ หนัสนา ๆ/ ตาปลา เป็นการตรวจประเมินสภาพเท้า ถ้าพบให้ระบุชนิดไหน ☐ Corn หนัสนา ☐ Callus ตาปลา					

การประเมิน	เท้าขวา		เท้าซ้าย		สำหรับ ผู้วิจัย
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	
9. ไม่มีการอักเสบของผิวหนัง					
10. ไม่มีบาดแผลที่เท้า					
11. ไม่มีเล็บหนา/ ขบ/ อักเสบ/ เป็นหนอง/ ติดเชื้อรา					
12. ไม่พบความผิดปกติของรูปร่างเท้า เป็นการตรวจ ประเมินสภาพกล้ามเนื้อกระดูก ถ้าพบให้ระบุชนิดไหน ☐ Bunion เท้าผิดรูปแบบแบนเนียง ☐ Hammer Toe นิ้วเท้ารูปฆ้อน ☐ Claw Toe นิ้วเท้าหงิกงออีกพื้น ☐ Charcot Foot รูปร่างเท้าผิดปกติ					

เกณฑ์การให้คะแนนของสุขภาพเท้าแต่ละข้าง กำหนดไว้ดังนี้

ตรวจพบว่า ใช่ หมายถึง ปกติ ให้ 1 คะแนน

ตรวจพบว่า ไม่ใช่ หมายถึง ผิดปกติ ให้ 0 คะแนน

การคิดคะแนนของสุขภาพเท้าทั้ง 2 ข้าง ใช้เกณฑ์ตามแบบประเมินสุขภาพเท้าของผู้เป็นโรคเบาหวาน
สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน (2551) ซึ่งกำหนดไว้ดังนี้

เท้าซ้าย มีคะแนนรวม 12 คะแนน

เท้าขวา มีคะแนนรวม 12 คะแนน

ใช้คะแนนรวมทั้งหมด 24 คะแนน

การแปลผล คะแนนรวม 24 คะแนน หมายถึง มีสุขภาพเท้าปกติ

คะแนนรวม 0-23 คะแนน หมายถึง มีสุขภาพเท้าผิดปกติ

ตัวอย่างสภาพเท้าผู้ป่วยเบาหวานที่ผิดปกติ

Bunion เท้าผิดรูปแบบ บวมเนือง			
Hammer Toe นิ้วเท้ารูปงอน			
Claw Toe นิ้วเท้าหักงอ จิกพื้น			
Corn หนังหนา			
Callus ตาปลา			
Charcot Foot รูปร่างเท้า ผิดปกติ			

รหัสแบบสอบถาม ☐

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงหน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่านตามความเป็นจริง

ผู้ป่วยรายที่

HN

สำหรับผู้ป่วย

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง

☐

2. อายุ.....ปี.....เดือน

☐ ☐

3. สถานภาพสมรส () 1. โสด () 2. คู่ () 3. หม้าย/ หย่า/ แยก

☐

4. ระดับการศึกษา () 1. ไม่ได้รับการศึกษา () 2. ประถมศึกษา () 3. มัธยมศึกษา () 4. อนุปริญญา/ ปวช./ ปวส. () 5. ปริญญาตรี () 6. สูงกว่าปริญญาตรี

☐

5. ศาสนา () 1. พุทธ () 2. อิสลาม () 3. คริสต์ () 4. อื่น ๆ

☐

6. รายได้เฉลี่ยของท่าน (เฉพาะตัว).....บาทต่อเดือน (ถ้าไม่มีรายได้ใส่ 0 บาท)

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

7. รายได้ของท่านได้มาจากแหล่งใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐

- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| () 1. ไม่มีรายได้ | () 2. ประกอบอาชีพของตนเอง |
| () 3. คู่สมรส | () 4. บุตร |
| () 5. หหลาน | () 6. พี่น้อง/ญาติ |
| () 7. อื่น ๆ (ระบุ)..... | |

8. อาชีพ () 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ

() 2. งานบ้าน

☐

() 3. รับจ้าง

() 4. ค้าขาย

() 5. เกษตรกรรม

() 6. รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ

() 7. อื่น ๆ (ระบุ).....

9. บทบาทที่รับผิดชอบในครอบครัว

☐

- () 1. หัวหน้าครอบครัว () 2. สมาชิกครอบครัว () 3. อื่น ๆ เช่น ผู้อาศัย

10. ประวัติการสูบบุหรี่

☐

- () 1. ไม่เคยสูบบุหรี่ () 2. สูบบุหรี่ ระบุจำนวน.....
() 3. เคยสูบบุหรี่ มานาน.....ปี.....เดือน ปัจจุบันเลิกแล้ว (เลิกมานาน.....ปี.....เดือน)

11. ประวัติการดื่มสุรา

☐

- () 1. ไม่เคยดื่มสุรา () 2. ดื่มสุรา ระบุจำนวน.....
() 3. เคยดื่มสุรา มานาน.....ปี.....เดือน ปัจจุบันเลิกแล้ว (เลิกมานาน.....ปี.....เดือน)

12. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน.....ปี.....เดือน

☐

13. อาการผิดปกติ (ภาวะแทรกซ้อน) ที่ท่านพบจากโรคเบาหวาน (ถ้าท่านตอบ ข้อ 2 ขอให้ระบุ.... ข้อ 2.1, ข้อ 2.2, ข้อ 2.3, ข้อ 2.4 ด้วย ท่านสามารถตอบได้หลายข้อ)

☐

- () 1. ไม่พบ
() 2. พบ ระบุ.....
() 2.1 ตา อาทิเช่น เบาหวานขึ้นตา () 2.2 ไต อาทิเช่น เบาหวานขึ้นไต (ไตวาย)
() 2.3 เท้า อาทิเช่น แผลที่เท้าเรื้อรัง ปลายประสาทเท้าชา ตาปลา หนองเท้าติดเชื้อ ฯลฯ
() 2.4 อื่น ๆ ระบุ.....

14. ประวัติการเกิดแผลที่เท้า (ตั้งแต่เริ่มรู้ว่าเป็นโรคเบาหวาน)

☐

- () 1. ไม่เคย
() 2. เคย ระบุ (จำนวนครั้ง, สาเหตุของการเกิดแผล, ระยะเวลาการหายของแผล, วิธีการดูแลรักษาแผล).....
.....
.....
.....
.....

15. วิธีการที่ท่านดูแลเท้าของท่านเป็นพิเศษ (ถ้าท่านตอบ ข้อ 2 ขอให้ระบุ.... ข้อ 2.1, ข้อ 2.2, ข้อ 2.3, ข้อ 2.4, ข้อ 2.5 ด้วย ท่านสามารถตอบได้หลายข้อ) ☐

() 1. ไม่มี

() 2. มี ระบุ.....

() 2.1 การล้างเท้า

() 2.2 การตัดเล็บ

() 2.3 การตรวจเท้า

() 2.4 บริหารเท้า

() 2.5 อื่น ๆ ระบุ.....

16. ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังจากงดน้ำและอาหารเป็นเวลา 6-8 ชั่วโมง
ครั้งล่าสุด.....mg%

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University

รหัสแบบสอบถาม ☐

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงหน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่านตามความเป็นจริง
ครอบครัวที่..... สำหรับผู้วิจัย1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง ☐2. อายุ.....ปีเดือน ☐ ☐3. สถานภาพสมรส () 1. โสด () 2. คู่ () 3. หม้าย/ หย่า/ แยก ☐4. ระดับการศึกษา () 1. ไม่ได้รับการศึกษา () 2. ประถมศึกษา ☐
() 3. มัธยมศึกษา () 4. อนุปริญญา/ ปวช./ ปวส.
() 5. ปริญญาตรี () 6. สูงกว่าปริญญาตรี5. ศาสนา () 1. พุทธ () 2. อิสลาม () 3. คริสต์ () 4. อื่น ๆ ☐6. อาชีพ () 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ () 2. งานบ้าน () 3. รับจ้าง ☐
() 4. ค้าขาย () 5. รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ () 6. เกษตรกรรม
() 7. อื่น ๆ (ระบุ).....7. บทบาทที่รับผิดชอบในครอบครัว ☐
() 1. หัวหน้าครอบครัว () 2. สมาชิกครอบครัว () 3. อื่น ๆ เช่น ผู้อาศัย8. จำนวนสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด.....คน ☐9. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน.....บาท ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

10. ท่านมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเบาหวาน

☐

- () 1.สามี/ ภรรยา () 2.พี่/ น้อง () 3. บุตร
() 4. หลาน () 5. ย่า/ ยาย () 6. อื่น ๆ ระบุ.....

11. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน.....ปี.....เดือน

12. ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ประมาณ.....ชั่วโมงต่อวัน

13. ท่านเคยสนใจดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน

☐

- () 1. ไม่สนใจดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน
() 2. สนใจดูแลสุขภาพเท้าโดยวิธี ระบุ.....(ถ้าท่านตอบ ข้อ 2 ขอให้ระบุ....
ข้อ 2.1, ข้อ 2.2, ข้อ 2.3, ข้อ 2.4, ข้อ 2.5, ข้อ 2.6 ด้วย ท่านสามารถตอบได้หลายข้อ)
() 2.1 การล้างเท้า () 2.2 การตัดเล็บ
() 2.3 การตรวจเท้า () 2.4 บริหารเท้า
() 2.5 จัดซื้ออุปกรณ์ อาทิเช่น รองเท้า, ถุงเท้า () 2.6 อื่น ๆ ระบุ.....

รหัสแบบสอบถาม ☐**ส่วนที่ 4** แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน

แบบประเมินชุดนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน
คำชี้แจง แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นแบบประเมินพฤติกรรม
 การดูแลเท้าของท่านที่ปฏิบัติจริง

ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความที่ตรงกับพฤติกรรมปฏิบัติของท่าน
 ตามความเป็นจริง

เป็นการอธิบายถึงการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน ลักษณะแบบประเมิน
 มีดังนี้

- 1 = หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติในกิจกรรมการดูแลเท้านั้นเลยสักครั้งเดียว (ไม่เคยปฏิบัติ)
- 2 = หมายถึง ปฏิบัติในกิจกรรมการดูแลเท้านั้นนาน ๆ ครั้ง (ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง)
- 3 = หมายถึง ปฏิบัติในกิจกรรมการดูแลเท้านั้นเป็นบางครั้ง (ปฏิบัติบางครั้ง)
- 4 = หมายถึง ปฏิบัติในกิจกรรมการดูแลเท้านั้นบ่อยครั้ง (ปฏิบัติบ่อย ๆ ครั้ง)
- 5 = หมายถึง ปฏิบัติในกิจกรรมการดูแลเท้านั้นเป็นประจำทุกครั้ง (ปฏิบัติเป็นประจำ)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้า ของผู้ป่วยเบาหวาน	ไม่เคย ปฏิบัติ (1)	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง (2)	ปฏิบัติ บางครั้ง (3)	ปฏิบัติ บ่อย ๆ ครั้ง (4)	ปฏิบัติเป็น ประจำ (5)
ด้านการดูแลรักษาความสะอาดของผิวหนัง 1. ท่านล้างเท้าโดยฟอกตามซอกนิ้วเท้า และส่วนต่าง ๆ ของเท้าด้วยสบู่อ่อน ๆ ทุกวัน					
2. ท่านใช้ผ้านุ่มซับเท้า และซอกนิ้วเท้า ให้แห้ง ภายหลังกาล้างเท้าหรือเมื่อเท้าเปียก					
ด้านการตรวจเท้าเพื่อค้นหาความผิดปกติ 3. ท่านตรวจเท้าหาความผิดปกติอย่าง ละเอียดทั่วทุกส่วน ทุกวัน โดยเฉพาะ บริเวณซอกนิ้วเท้า และใต้ฝ่าเท้า					
4. ท่านตรวจดูสภาพเล็บทุกครั้งที่คุณตัดเล็บ					
ด้านการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า 5. ท่านทาโลชั่นบาง ๆ ที่เท้า ภายหลังจาก การล้างเท้า และซับเท้าให้แห้ง					
6. ท่านตัดเล็บเท้าด้วยความระมัดระวัง โดยตัดในแนวตรง ไม่สั้นชิดเนื้อ และไม่ ตัดขอบเล็บด้านข้าง					
7. ท่านล้างเท้าหรือแช่เท้าในน้ำให้เล็บนิ่ม ก่อนตัดเล็บ					
8. ท่านใช้มีด ไม้ หรือของแข็งอื่น ๆ แคะซอกเล็บเท้าเพื่อทำความสะอาด					
9. ท่านระมัดระวังการเหยียบของมีคม เดินสะดุดของแข็ง ที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ ที่เท้า แม้ขณะเดินในบ้าน					
10. ท่านสวมถุงเท้านุ่ม ๆ ขอบไม่รัด ไม่มี ตะเข็บเพื่อป้องกันการถูกบาดจากตะเข็บ หรือขอบรัดแน่นเกินไป					

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้า ของผู้ป่วยเบาหวาน	ไม่เคย ปฏิบัติ (1)	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง (2)	ปฏิบัติ บางครั้ง (3)	ปฏิบัติ บ่อย ๆ ครั้ง (4)	ปฏิบัติเป็น ประจำ (5)
11. ท่านสวมรองเท้าตลอดทั้งในบ้าน และทุกครั้งเวลาออกนอกบ้าน					
12. ก่อนใส่รองเท้า ท่านตรวจดูภายใน รองเท้าว่ามีเศษหิน กรวด ทราย หรือวัตถุ ใด ๆ อยู่ภายในรองเท้า พร้อมทั้งเคาะออก ก่อนใส่					
13. ท่านใส่รองเท้าที่มีลักษณะหุ้มเท้าเวลา เดินรองเท้าไม่หลุดจากเท้าได้ง่าย					
14. ท่านเลือกรองเท้าที่สวมใส่สบาย ไม่บีบรัด พื้นนุ่ม มีการระบายอากาศ และความชื้นได้ อาทิเช่น รองเท้าผ้าใบ รองเท้าหนัง ฯลฯ					
15. เมื่อซื้อรองเท้าใหม่ ท่านจะสวมรองเท้า ใหม่นานครั้งละครึ่งชั่วโมงสลับกับรองเท้า คู่เก่า และค่อยเพิ่มเวลาให้นานขึ้นในวัน ต่อไป					
ด้านการส่งเสริมการไหลเวียนเลือดบริเวณ เท้า 16. ท่านนั่งไขว่ห้าง นั่งยอง ๆ นั่งขัดสมาธิ นั่งพับเพียบ หรือการยืนเป็นเวลานาน					
17. ท่านสูบบุหรี่หรืออยู่ใกล้บริเวณที่มี ควันบุหรี่					
18. เวลาอากาศเย็นมาก ท่านจะใส่ถุงเท้า หรือใช้ผ้าห่มเท้าให้อุ่น					
19. ท่านนวดนิ้วเท้า ฝ่าเท้า และน่องหรือ บริหารขาและเท้าทุกวัน					

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้า ของผู้ป่วยเบาหวาน	ไม่เคย ปฏิบัติ (1)	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง (2)	ปฏิบัติ บางครั้ง (3)	ปฏิบัติ บ่อย ๆ ครั้ง (4)	ปฏิบัติเป็น ประจำ (5)
ด้านการดูแลรักษาบาดแผล 20. เมื่อมีบาดแผลเกิดขึ้นเล็กน้อย ท่านทำความสะอาดแผลด้วยน้ำต้มสุก หรือน้ำเกลือล้างแผล และคอยสังเกต ลักษณะของแผล และอาการเปลี่ยนแปลง					
21. เมื่อมีบาดแผลที่เท้า ท่านใช้น้ำยา ทิงเจอร์ไอโอดีน ยาแดง หรือน้ำยาเค็ด (ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์) ทำแผล					
22. ขณะมีแผลที่เท้า ท่านดูแลบาดแผล ให้สะอาด และแห้งอยู่เสมอ					
23. เมื่อเท้ามีแผล และทำแผลเองแล้ว ไม่ดีขึ้น ถ้าแผลอักเสบรุนแรง ท่านไป พบแพทย์					

ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน

แบบประเมินชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน

คำชี้แจง แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าของครอบครัวในการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นการประเมินพฤติกรรมของท่านในการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานที่ท่านรับผิดชอบ ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมดูแลของท่านต่อผู้ป่วยเบาหวานตามความเป็นจริง

เป็นการอธิบายถึงการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเท้าของครอบครัวในการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน ลักษณะแบบสัมภาษณ์มีดังนี้

- 1 = หมายถึง ครอบครัวไม่เคยปฏิบัติในกิจกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานนั้นเลย
สักครั้งเดียว (ไม่เคยปฏิบัติ)
- 2 = หมายถึง ครอบครัวปฏิบัติในกิจกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานนั้นนาน ๆ ครั้ง
(ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง)
- 3 = หมายถึง ครอบครัวปฏิบัติในกิจกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานนั้นเป็นบางครั้ง
(ปฏิบัติบางครั้ง)
- 4 = หมายถึง ครอบครัวปฏิบัติในกิจกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานนั้นบ่อยครั้ง
(ปฏิบัติบ่อย ๆ ครั้ง)
- 5 = หมายถึง ครอบครัวปฏิบัติในกิจกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานนั้นเป็นประจำ
ทุกครั้ง (ปฏิบัติเป็นประจำ)

พฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ เท้าของผู้ป่วยเบาหวาน	ไม่เคย ปฏิบัติ (1)	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง (2)	ปฏิบัติ บางครั้ง (3)	ปฏิบัติ บ่อย ๆ ครั้ง (4)	ปฏิบัติเป็น ประจำ (5)
ด้านการดูแลรักษาความสะอาดของผิวหนัง 1. ท่านคอยเตือนหรือดูแลให้ผู้ป่วยเบาหวาน ล้างเท้าด้วยสบู่อ่อน ๆ และใช้ผ้านุ่มซับเท้า ให้แห้ง					
ด้านการตรวจเท้าเพื่อค้นหาความผิดปกติ 2. ท่านได้ตรวจหาความผิดปกติเกี่ยวกับเท้า ของผู้ป่วยเบาหวาน					
3. ท่านตรวจดูสภาพเล็บของผู้ป่วยเบาหวาน					
ด้านป้องกันการเกิดแผลที่เท้า 4. ท่านได้ตรวจดูหรือดูแลให้ผู้ป่วยเบาหวาน ล้างเท้า และซับเท้าให้แห้ง					
5. ท่านได้ตรวจดูหรือดูแลให้ผู้ป่วยเบาหวาน ทาโลชั่นบาง ๆ ที่เท้า					
6. ท่านได้ตรวจดูหรือช่วยเหลือนails เล็บเท้า ให้ผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยความระมัดระวังโดยตัด ในแนวตรง ไม่ตัดสั้นชิดเนื้อ และไม่ตัดขอบ เล็บด้านข้าง					
7. ท่านคอยเตือนให้ผู้ป่วยเบาหวานหลีกเลี่ยง การแช่เท้าในน้ำอุ่น					
8. ท่านคอยเตือนให้ผู้ป่วยเบาหวาน สวมถุงเท้า และรองเท้านิรภัยทั้งในบ้าน และ ทุกครั้งเวลาออกนอกบ้าน					
9. ท่านคอยเตือนให้ผู้ป่วยเบาหวานระมัดระวัง การเหยียบของมีคม เดินสะดุดของแข็ง ที่ทำให้ เกิดการบาดเจ็บที่เท้าแม้ขณะเดินในบ้าน					

พฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ เท้าของผู้ป่วยเบาหวาน	ไม่เคย ปฏิบัติ (1)	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง (2)	ปฏิบัติ บางครั้ง (3)	ปฏิบัติ บ่อย ๆ ครั้ง (4)	ปฏิบัติเป็น ประจำ (5)
10. ท่านจัดหาถุงเท้านุ่ม ๆ ขอบไม่รัด ไม่มี ตะเข็บให้ผู้ป่วยเบาหวานสวมใส่					
11. ท่านสนับสนุน และดูแลให้ผู้ป่วยเบาหวาน ได้ใส่รองเท้าที่มีลักษณะหุ้มเท้า ไม่บีบรัด พื้นนุ่ม และมีการระบายอากาศ และความชื้น					
12. ท่านคอยเตือนหรือช่วยตรวจดูเศษวัตถุที่อยู่ ภายในรองเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน พร้อมทั้ง เคาะออกให้ก่อนที่ผู้ป่วยเบาหวาน จะใส่ รองเท้า					
ด้านการส่งเสริมการไหลเวียนเลือดบริเวณเท้า 13. ท่านคอยเตือนให้ผู้ป่วยเบาหวานหลีกเลี่ยง การนั่งไขว่ห้างหรือการนั่งของ ๆ นั่งขัดสมาธิ นั่งพับเพียบหรือการยืนเป็นเวลานาน					
14. ท่านคอยเตือนหรือดูแลให้ผู้ป่วยเบาหวาน ได้ฉีกนิ้วเท้า ฝ่าเท้า และน่องอย่างสม่ำเสมอ					
15. ท่านคอยเตือนให้ผู้ป่วยเบาหวานได้บริหาร ขา และเท้าอย่างสม่ำเสมอ					
16. ท่านคอยเตือนหรือดูแลเท้าของผู้ป่วย เบาหวานให้อบอุ่นโดยการให้สวมถุงเท้าหรือ ใช้ผ้าห่มเท้า ในเวลาที่อากาศเย็นมาก					
17. ท่านคอยเตือนหรือให้กำลังใจผู้ป่วย เบาหวานในการเลิกสูบบุหรี่หรือท่านคอย เตือนให้ผู้ป่วยเบาหวานหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ บริเวณที่มีควันบุหรี่					

พฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ เท้าของผู้ป่วยเบาหวาน	ไม่เคย ปฏิบัติ (1)	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง (2)	ปฏิบัติ บางครั้ง (3)	ปฏิบัติ บ่อย ๆ ครั้ง (4)	ปฏิบัติเป็น ประจำ (5)
ด้านการดูแลรักษาบาดแผล 18. เมื่อผู้ป่วยเบาหวานเกิดบาดแผลขึ้นเล็กน้อย ท่านดูแลล้างแผลให้ผู้ป่วยเบาหวานด้วยน้ำต้ม สุกที่เย็นแล้ว หรือน้ำเกลือล้างแผล และปิดแผล ให้ด้วยผ้าปิดแผลที่สะอาด					
19. ท่านคอยสังเกตลักษณะอาการเปลี่ยนแปลง ของแผล และการอักเสบของแผล ถ้าพบความ ผิดปกติ ท่านรีบพาผู้ป่วยเบาหวาน ไปพบแพทย์ ทันทีเมื่อการอักเสบลุกลามมากขึ้น					