

APPENDIX A
PATIENT QUESTIONNAIRE (THAI)

แบบสอบถามผู้ป่วย

ID.....

เก็บข้อมูล วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

สถานที่เก็บข้อมูล []₁. หน่วยระดับปวด

[]₂ ศูนย์มะเร็ง

แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยคำถาม 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตัวท่านและประวัติการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรุนแรง ลักษณะอาการปวด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อ ความเข้าใจเกี่ยวกับยาแก้ปวดที่เป็นยาเสพติด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า

ชำนาญกานหอสมุด

ID.....

คำชี้แจง กรุณาวางกลมรอบตัวเลข หน้าข้อความที่เลือก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และประวัติการรักษา

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุปี (เศษไม่ถึงปี ให้ปัดทิ้ง)
3. นับถือศาสนา
 1. พุทธ 2. คริสต์ 3. อิสลาม 4. อื่นๆ.....
4. สถานภาพการแต่งงาน
 1. โสด 2. มีคู่ 3. หม้าย 4. หย่า/แยกกันอยู่
5. การศึกษาสูงสุดของท่าน
 1. ไม่ได้เรียน 2. ประถมศึกษา
 3. มัธยมต้น 4. มัธยมปลาย/อนุปริญญา
 - 5.ปริญญาตรี/เทียบเท่า 6. สูงกว่าปริญญาตรี
6. อาชีพ ปัจจุบัน ของท่าน คือ
 1. ไม่ได้ทำงาน เพราะ. 1.1 เกษียณ 1.2 ป่วย1.3 อื่นๆ.....
 2. ยังทำงานอยู่ อาชีพ
 - 2.1 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/บริษัท 2.2 ประกอบอาชีพส่วนตัว
 - 2.3 รับจ้างรายวัน 2.4 แม่บ้าน
7. ท่านจ่ายค่ารักษาโดยใช้หลักประกันอะไร
 1. จ่ายเอง 2. เบิกจากราชการ/รัฐวิสาหกิจ 3. บัตรทอง (30 บาท)
 4. บัตรประกันสังคม 5. เบิกจากประกันสุขภาพเอกชน 6.

8. ท่านมีใครดูแลช่วยเหลือเวลาอยู่บ้าน คือ
1. ไม่มี
 2. คนในครอบครัว เช่น คู่สมรส/บุตร
 - 3.ญาติ เช่น พี่ป้า น้าอา
 4. จ้างคนมาช่วยดูแลที่บ้าน
 5. เจ้าหน้าที่สถานพักฟื้นผู้ป่วย
9. ท่านทราบว่าตัวเองเป็นเนื้องอก (จากแพทย์)มานานประมาณ.....เดือน.....ปี
10. วิธีการรักษาเนื้องอกที่ได้รับ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาหรือ ขณะนี้ คือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
1. ไม่มี
 2. เคมีบำบัด
 3. รังสีรักษา
 4. อื่นๆ ระบุ.....
11. นอกจากการฉายรังสีบำบัด ท่านยังได้รับการรักษาอาการปวดโดยวิธีอื่นจากแพทย์ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
1. ไม่มี
 2. มี คือ.....
12. หมอได้ซักถามอาการปวดของท่านทุกครั้งที่มารับการรักษา (ถ้าเป็นผู้ป่วยใน คือ ทุกครั้งที่แพทย์มาดูแลท่าน)
1. ไม่เคย
 2. บางครั้ง
 3. ทุกครั้ง
13. ท่านพึงพอใจกับการรักษาอาการปวดจาก(หน่วยรังสีบำบัด / ศูนย์มะเร็ง) เพียงใด
1. ไม่พอใจเลย
 2. ไม่ค่อยพอใจ
 3. เฉยๆ
 4. พอใจ
 5. พอใจมาก
14. การรักษาอาการปวดจาก(หน่วยรังสีบำบัด / ศูนย์มะเร็ง) ได้ผลตามที่ท่านคาดหวังหรือไม่
1. ไม่เลย
 2. ไม่ค่อยดี
 3. พอใช้
 4. ค่อนข้างดี
 5. ดีมาก
15. ความปวดครั้งนี้เป็นต่อเนื่องมานานประมาณ.....วัน.....เดือน.....ปี

ท่านมีอาการปวด ลักษณะดังต่อไปนี้หรือไม่

16. 7 วันที่ผ่านมาจนถึงขณะนี้ มีอาการปวดคล้ายเข็มทิ่มตำหรือไม่
1. มี 2. ไม่มี
17. 7 วันที่ผ่านมาจนถึงขณะนี้ มีอาการปวดแสบร้อนหรือไม่
1. มี 2. ไม่มี
18. 7 วันที่ผ่านมาจนถึงขณะนี้ มีอาการปวดชา _____ หรือไม่
1. มี 2. ไม่มี
19. 7 วันที่ผ่านมาจนถึงขณะนี้ มีอาการปวดเสียวแปลบคล้ายไฟช็อตหรือไม่
1. มี 2. ไม่มี
20. 7 วันที่ผ่านมาจนถึงขณะนี้ มีอาการปวดรุนแรง ขึ้นเมื่อจับเบาๆ / เสียดสีเสื้อผ้า
1. มี 2. ไม่มี
21. 7 วันที่ผ่านมาจนถึงขณะนี้ มีอาการปวดตามข้อต่อ
1. มี 2. ไม่มี

จากการตรวจสอบเวชระเบียน ผู้ป่วย

1. Primary cancer site คือ.....
 1. Liver
 2. ตับอ่อน
 3. Lung
 4. ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 5. Breast
 6. Cervix
 7. Endometrium
 8. Ovary
 9. หลอดอาหาร
 10. ไต
 11. กระเพาะปัสสาวะ
 12. ต่อมลูกหมาก
 13. Oral cavity and pharynx
 14. กระดูก
 15. กล้ามเนื้อ
 16. unknown
 17. อื่นๆ ระบุ.....

 2. วันที่เก็บข้อมูล ชั้นของโรค (T ___ N ___ M ___ G ___)
 1. ชั้นที่ 1
 2. ชั้นที่ 2
 3. ชั้นที่ 3
 4. ชั้นที่ 4
 5. ไม่ระบุ

 3. สถานะโรค
 1. Persistence
 2. Recurrence
 3. ไม่ระบุ
 4. การแพร่กระจาย
 1. ไม่มี
 2. มี ไปยัง.....
 3. ไม่ระบุ.

 5. Type of pain (caused by) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 1. Cancer (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 1.1 Cancer itself
 - 1.2 Metastatic lesion
 2. จากกระบวนการรักษา cancer

 6. ชนิดของความปวด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 1. Nociceptive pain
 2. Neuropathic pain

 6. ชื่อ-นามสกุลแพทย์ที่ให้รักษาในวันเก็บข้อมูล
- ยาระงับความปวดและยาอื่นๆ ที่ได้รับวันที่เก็บข้อมูล คือ (ชื่อยา ขนาด เวลาใช้ยา)
1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____