

รายการอ้างอิง

- [1] American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care 30 (2007): S4-S41.
- [2] Asia Pacific Cohort Studies Collaboration. Blood glucose and risk of cardiovascular disease in the Asia Pacific Region. Diabetes Care 27 (2004): 2836-2842.
- [3] Qiao, Q., et al. Predictive properties of impaired glucose tolerance for cardiovascular risk are not explained by the development of overt diabetes during follow-up. Diabetes Care 26 (2003): 2910-2914.
- [4] Rockwood, K., MacKnight, C., and McDowell, I. Incidence and outcomes of diabetes mellitus in elderly people: report from the Canadian Study of Health and Aging. CMAJ 162 (2000): 769-772.
- [5] Kim, S. M., et al. Prevalence of Diabetes and impaired fasting glucose in Korea : Korean National Health and Nutrition Survey. Diabetes Care 29 (2006): 226-231.
- [6] สาธารณสุข, กระทรวง. กรมการแพทย์. สำนักพัฒนาวิชาการทางการแพทย์. สถานะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของคนไทย. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข, 2550.
- [7] American Diabetes Association. National diabetes fact sheet[Online]. American Diabetes Association, 2005. Available from: <http://www.diabetes.org/uedocuments/NationalDiabetesFactSheetRev.pdf> [2007, August 10]
- [8] Forouhi, N. G., Goyder†, D. M., Ferguson, B. A., Abbas, J., Lachowycz, K., and Wild, S. H. Wild, Diabetes prevalence in England, 2001—estimates from an epidemiological model. Diabetic Medicine 23 (2005): 189-197.
- [9] Teuscher, A. U., et al. Glycaemia and insulinaemia in elderly European subjects (70-75 years). Diabetic Medicine 18 (2001): 150-153.

- [10] Thailand Diabetes Registry (TDR) Project.. Thailand Diabetes Registry (TDR) Project: Clinical Status and Long Term Vascular Complications in Diabetic Patients. J Med Assoc Thai 89 (2006): S1-S9.
- [11] Third National Health Examination Survey 2004. Prevalence and management of diabetes and associated risk factors by regions of Thailand. Diabetes Care 30 (2007): 2007-2012.
- [12] Hogan, P., et al. Economic costs of diabetes in the US in 2002. Diabetes Care 26 (2003): 917-932.
- [13] Selvin, E., et al. The burden and treatment of diabetes in elderly individuals in the U.S. Diabetes Care 29 (2006): 2415-2419.
- [14] Gavard, J. A., et al. Prevalence of depression in adults with diabetes: An epidemiological evaluation. Diabetes Care 16 (1993): 1167-1178.
- [15] Peyrot, M., et al. Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. Diabetes Care 20 (1997): 585-590.
- [16] Gregg, E. W., et al. Is diabetes associated with cognitive impairment and cognitive decline among older women?. Arch Intern Med 24 (2000): 174-180.
- [17] Brown, J. S., et al. Urinary incontinence in older women. Who is at risk? Study of Osteoporotic Fractures Research Group. Obstetrics & Gynecology 87 (1996): 715-721.
- [18] Kelsey, J. L., et al. Risk factors for fractures of the distal forearm and proximal humerus. American Journal of Epidemiology 135 (1992): 477-489.
- [19] Morley, J. E., et al. The elderly type 2 diabetic patient: special considerations. Diabet Med 15 (1998): S41-S46.
- [20] Schwartz, A. V., et al. Older women with diabetes have an increased risk of fracture: A prospective study. American Journal of Epidemiology 86 (2001): 132-138.

- [21] Greene, D. A., et al. Diabetic neuropathy: scope of the syndrome. Am J Med 30 (1999): 2S-8S.
- [22] Vinik, A. I., et al. Diabetic neuropathy: pathogenesis and therapy. Am J Med 30 (1999): 17S-26S.
- [23] Mayer-Davis, E. J., et al. Intensity and amount of physical activity in relation to insulin sensitivity: the Insulin Resistance Atherosclerosis Study. JAMA 279 (1998): 669-674.
- [24] The Diabetes Prevention Program. Design and methods for a clinical trial in the prevention of type 2 diabetes. Diabetes Care 22 (1999): 623-634.
- [25] UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). Lancet 352 (1998): 837-853.
- [26] UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Quality of life in type 2 diabetic patients is affected by complications but not by intensive policies to improve blood glucose or blood pressure control (UKPDS 37). Diabetes Care 22 (1999): 1125-1136.
- [27] Colagiuri, S., et al. Are Lower Fasting Plasma glucose Levels at Diagnosis of Type 2 Diabetes Associated With Improved Outcomes?: UK Prospective study 61. Diabetes Care 25 (2002): 1410-1417.
- [28] Aekplakorn, W., et al. A Risk Score for Predicting Incident Diabetes in the Thai Population. Diabetes Care 29 (2006): 1872-1877.
- [29] American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 30 (2007): s42-s47
- [30] The Canadian Medical Association. Canadian guidelines for body weight classification in adults: application in clinical practice to screen for overweight and obesity and to assess disease risk. CMAJ 172 (2005): 995-998.

- [31] National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood institute. Clinical guidelines on the identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults[Online]. National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood institute, 1998. Available from: http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_home.htm [2007, July 22]
- [32] WHO expert consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. The Lancet 363 (2004): 157-163.
- [33] World Health Organization (WHO)/International Association of the Study of Obesity (IASO)/ the International Obesity Task Force (IOTF). The Asia-Pacific perspective:redefining obesity and its treatment [Online]. World Health Organization (WHO)/International Association of the Study of Obesity (IASO)/ the International Obesity Task Force (IOTF), 2000. Available from: <http://www.diabetes.com.au/pdf/> [2007, July 22] World Health Organization (WHO)/International Association of the Study of Obesity (IASO)/ the International Obesity Task Force (IOTF).
- [34] National High Blood Pressure Education Program. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. JAMA 289 (2003): 2560-2571.
- [35] Jaeschke, R., et al. User's guides to the medical literature. JAMA 271 (1994): 389-391.
- [36] Jaeschke, R., et al. User's guides to the medical literature. JAMA 271 (1994): 703-707.
- [37] Fielding, A. H., et al. A review of method of prediction errors in conservation presence / absence model . JAMA 271 (1994): 703-707.
- [38] Knottnerus, J. A., et al. Evidence base of clinical diagnosis: evaluation of diagnosis procedure. BMJ 324 (2002): 477-480.

- [39] Calisle, B. A., et al. Diabetes mellitus. In Koda-Kimble, M. A., Young, L. Y., Kradian, W. A., and Guglielmo, B. J. (eds.), Applied therapeutics: the clinical use of drug, pp. 50.1-50.82. New York: Lippicont William & Wilkins, 2005.
- [40] Setter, S. M., White, J. R., and Campbell, K.jr. et al. Diabetes,. In Helms, R. A., Quan, D. J., Herfindal, E. T., and Gourley, D. R. (eds.), Textbook of therapeutic: drug and disease management, pp. 1042-1074. New York: Lippicont William & Wilkins, 2005.
- [41] Croxson, S. C., et al. Polyuria and polydipsia in an elderly population: Its relationship to previously undiagnosed diabetes. Practical Diabetes International 15 (1998): 170-172.
- [42] Jorde, R., et al. Screening for diabetes using HbA1c in elderly subjects. Acta Diabetol 435 (2006): 52-56.
- [43] Croxson, S. C., et al. Fructosamine in diabetes screening of the elderly. Ann Clin Biochem 28 (1991): 279-282.
- [44] Cefalu, W. T., et al. Serum fructosamine as a screening test for diabetes in the elderly: a pilot study. J Am Geriatr Soc 41 (1993): 1090-1094.
- [45] Coutinho, M., et al. The relationship between glucose and incident cardiovascular events. A metaregression analysis of published data from 20 studies of 95,783 individuals followed for 12.4 years. Diabetes Care 22 (1999): 233-240.
- [46] Mooy, J. M., et al. Intra-individual variation of glucose, specific insulin and proinsulin concentrations measured by two oral glucose tolerance tests in a general Caucasian population : the Hoorn Study. Diabetologia 39 (1996): 298-305.
- [47] American Diabetese Association. Screening for type 2 diabetes. Diabetes Care 26 (2003): s21-s24

- [48] Baan, C. A., et al. Performance of a predictive model to identify undiagnosed diabetes in a health care setting. Diabetes Care 22 (1999): 213-219.
- [49] Stern, M. P., et al. Identification of persons at high risk for type 2 diabetes mellitus: do we need the oral glucose tolerance test? Ann Intern Med 136 (2002): 575-581.
- [50] Lindstrom, J., and Tuomilehto, J. The Diabetes Risk Score: A practical tool to predict type 2 diabetes risk. Diabetes Care 26 (2003): 725-731.
- [51] Spijkerman, A. M. W., et al. The performance of a risk score as a screening test for undiagnosed hyperglycemia in ethnic minority groups: data from the 1999 Health Survey for England. Diabetes Care 27 (2004): 116-122.
- [52] Glumer, C., et al. A danish diabetes risk score for targeted screening. Diabetes Care 27 (2004): 727-733.
- [53] Franciosi, M., et al. Use of the diabetes risk score for opportunistic screening of undiagnosed diabetes and impaired glucose tolerance: the IGLOO (Impaired Glucose Tolerance and Long-Term Outcomes Observational) study. Diabetes Care 28 (2005): 1187-1194.
- [54] Schmidt, M. P., et al. Identifying individuals at high risk for diabetes: the atherosclerosis risk in communities study. Diabetes Care 28 (2005): 2013-2018.
- [55] Cabrera de Leon, A., et al. A simple clinical score for type 2 diabetes mellitus screening in the Canary Islands. Diabetes Res Clin Pract 80 (2007): 128-133.
- [56] Ramachandran, A., et al. Derivation and validation of diabetes risk score for urban Asian Indians. Diabetes Res Clin Pract 70 (2005): 63-70.
- [57] Keesukphan, P., et al. The Development and Validation of a Diabetes Risk Score for High-Risk Thai Adults. J Med Assoc Thai 90 (2007): 149-154.

- [58] Al-Lawati, J. A., et al. Diabetes risk score in Oman: A tool to identify prevalent type 2 diabetes among Arabs of the Middle East. Diabetes Res Clin Pract 77 (2007): 438-444.
- [59] Glumer, C., et al. Risk Scores for Type 2 Diabetes Can Be Applied in Some Populations but Not All. Diabetes Care 29 (2006): 410-414.
- [60] Rolka, D. B., et al. Performance of recommended screening tests for undiagnosed diabetes and dysglycemia. Diabetes Care 24 (2001): 1899-1903.
- [61] Goff, D. C.jr., et al. The ALLHAT study. Clinical Diabetes 21 (2003): 102-104.
- [62] Rothwell, P. R., et al. Antihypertensive therapy and incidence of type 2 diabetes in an elderly cohort. Diabetes Care 27 (2004): 2458-2463.
- [63] Taylor, E. N., et al. Antihypertensive medications and the risk of incident type 2 diabetes. Diabetes Care 29 (2006): 1065-1070.
- [64] สุมาลี สิงหนิยม. การกำหนดจำนวนตัวอย่าง (อัตราส่วน). กรุงเทพฯ: ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547. (อัตราส่วน)
- [65] The International Collaborative Study of Cardiovascular Disease in Asia. The Prevalence and management of diabetes in Thai adults. Diabetes Care 26 (2003): 2758-2763.
- [66] Rekenire, N. D., et al. Diabetes, hyperglycemia, and inflammation in older individuals the health, aging and body composition study. Diabetes Care 29 (2006): 1902-1908.
- [67] The DECODE study. Age- and sex-specific prevalences of diabetes and impaired glucose regulation in 13 European cohorts. Diabetes Care 29 (2006): 226-231.
- [68] Wasen E, I. R., et al. Renal impairment associated with diabetes in the elderly. Diabetes Care 27 (2004): 2468-2453.

- [69] Motta, M., et al. Cardio-cerebrovascular complications in elderly with diabetes. Archives of Gerontology and Geriatrics 44 (2007): 261-269.
- [70] American Diabetes Association. Complications of Diabetes in the United States[Online]. American Diabetes Association, 2005. Available from: <http://www.diabetes.org/uedocuments/NationalDiabetesFactSheetRev.pdf> [2007, August 10]
- [71] Alberg, A. J., et al. The use of overall accuracy to evaluate the validity of screening or diagnostic test. J Gen Intern Med 19 (2004): 460-465.
- [72] American Diabetese Association. Screening for type 2 diabetes. Diabetes Care 23 (2000): s20-s23
- [73] American Diabetes Association. Type 2 diabetes[Online]. American Diabetes Association, 2005. Available from: <http://www.diabetes.org/type-2-diabetes.jsp> [2007, August 10]

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบประเมินความเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (diabetes risk score)

ท่านสามารถประเมินความเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างง่าย ๆ ตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ให้คะแนนตนเองในช่อง “คะแนนของท่าน” ตามปัจจัยต่างๆที่ท่านเป็นตามตาราง
2. รวม “คะแนนของท่าน” ในช่องขวาสุดด้านล่าง
3. สุดท้าย กรุณาส่งแบบประเมินความเสี่ยงนี้เพื่อให้ผู้ประเมินได้ประเมินความเสี่ยงให้แก่ท่าน

	ปัจจัย	คะแนน	คะแนนของท่าน
อายุ	50 ปีขึ้นไป	2	
เพศ	หญิง	0	
	ชาย	2	
ดัชนีมวลกาย (น้ำหนักตัว กก./ ความสูงเมตร ²)	น้อยกว่า 23	0	
	23 ถึง 27.49	3	
	มากกว่าหรือเท่ากับ 27.5	5	
ความยาวเส้นรอบเอว	น้อยกว่า 90 เซนติเมตร (ชาย) น้อยกว่า 80 เซนติเมตร (หญิง)	0	
	มากกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตร (ชาย) มากกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตร (หญิง)	2	
โรคความดันโลหิตสูง	ไม่เป็น	0	
	เป็น (ซีสโทลิกสูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท หรือ และ ไดแอสโทลิกสูงกว่า 90 มิลลิเมตร ปรอท หรือ กำลังได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูง)	2	
ประวัติโรคเบาหวานใน พ่อแม่ พี่น้อง	ไม่มี	0	
	มี	4	
รวมคะแนนของท่าน			

ภาคผนวก ข

ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย

(Patient or Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง

ความไวและความจำเพาะของคะแนนความเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวานในการตรวจคัดกรองระดับกลูโคสในเลือดผิดปกติในผู้ป่วยนอกสูงอายุ ณ โรงพยาบาลตำรวจ
SENSITIVITY AND SPECIFICITY OF A DIABETES RISK SCORE AS A SCREENING TEST OF DYSGLYCEMIA IN GERIATRIC OUTPATIENTS OF THE MEDICINE DEPARTMENT AT POLICE GENERAL HOSPITAL

ผู้วิจัย เกษัชกรหญิง มณี วชิรรัตนวงศ์

หน่วยงานที่ทำการวิจัย โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ 492/1 ถนนพระราม 1 ปทุมวัน กรุงเทพฯ โทร. 0-2252-8111-25

โทรศัพท์ (สามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง) 08-5088-2703

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยเรื่องการตรวจคัดกรองผู้มีความเสี่ยงสูงต่อการมีโรคเบาหวาน ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยนี้ ท่านจำเป็นต้องเข้าใจความเสี่ยงและประโยชน์ต่างๆรวมทั้งสิ่งที่คาดหวังจากท่านในฐานะที่เป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอนนี้เป็น "กระบวนการให้คำยินยอม" ผู้วิจัยขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการวิจัยในครั้งนี้ กรุณาอ่านข้อมูลต่อไปนี้ด้วยความรอบคอบ และสอบถามถึงข้อสงสัยต่างๆโดยไม่ลังเล

1. บทนำ

ผู้ที่มีระดับกลูโคสในพลาสมาผิดปกติซึ่งรวมถึงผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นผู้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนที่สำคัญเช่นโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต โดยทั่วไปผู้ที่มีระดับกลูโคสในพลาสมาผิดปกติ มักไม่มีอาการแสดงจึงไม่ได้รับการวินิจฉัยจนกระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อน การตรวจคัดกรองผู้มีความเสี่ยงต่อการมีโรคเบาหวานจึงมีความจำเป็น ปกติแล้วการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานจะทำในสถานพยาบาลโดยแพทย์และพยาบาล แต่เนื่องจากปริมาณงานที่มากและความไม่เพียงพอของบุคลากรสาธารณสุข จึงมีประชาชนจำนวนมากที่ไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการวิจัยความไวและความจำเพาะของ

แบบประเมินความเสี่ยงในการตรวจคัดกรองภาวะระดับกลูโคสในพลาสมาผิดปกติใน
โรงพยาบาล เพื่อประโยชน์ในการดูแลประชาชนผู้รับบริการสุขภาพในอนาคต

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. ความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนที่ได้จากแบบประเมินความเสี่ยงและระดับกลูโคสในพลาสมาในผู้สูงอายุ
2. ความไวและความจำเพาะของแบบประเมินความเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวานในการตรวจคัดกรองภาวะ dysglycemia ในกลุ่มผู้สูงอายุ

3. วิธีการวิจัย

มีผู้เข้าร่วมการวิจัย 1 กลุ่ม จำนวน 140 ราย โดย

1. ตัวอย่างในการวิจัยคือประชากรผู้ป่วยนอกสูงอายุที่มาโรงพยาบาลตำรวจในระหว่างเดือนสิงหาคม 2550 ถึงเดือนมกราคม 2551 จำนวน 319 ราย
2. ผู้วิจัยจะอธิบายถึงวัตถุประสงค์และวิธีการวิจัย จากนั้นผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจะลงนามยินยอมเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัยซึ่งจะได้ทำแบบประเมิน diabetes risk score และผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการวัดระดับความดันโลหิตจากเจ้าหน้าที่แผนกอายุรกรรม
3. ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งจากการสัมภาษณ์และจากข้อมูลเวชระเบียน ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิในการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว ประวัติแพ้ยา น้ำหนัก ส่วนสูง ความยาวเส้นรอบเอว ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตจากการวัด 2 ครั้งเพื่อเปรียบเทียบกับประวัติรักษาโรคความดันโลหิตสูง และประวัติการรักษาโรคความดันโลหิตสูง การออกกำลังกาย ประวัติโรคเบาหวานของพ่อแม่พี่น้อง และประวัติทางสังคม ส่วนในกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยที่เป็นเพศหญิง จะได้รับการสอบถามประวัติคลอดทารกน้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัม หรือเคยได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์
4. ผู้วิจัยจะนัดผู้เข้าร่วมการวิจัยให้อดอาหารและน้ำอย่างน้อยเป็นเวลา 8 ชั่วโมงเพื่อมารับการตรวจวัดระดับ fasting plasma glucose (FPG)
5. เช้าวันนัดเวลา 8.00 น. ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกซักถามอาการเบาหวาน จากนั้นจะได้รับการตรวจวัดระดับ FPG

6. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีผลตรวจอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือมีภาวะ IFG ผู้วิจัยจะบันทึกผลการตรวจคัดกรอง จากนั้นให้คำแนะนำที่เหมาะสมสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่ละรายตามระดับกลูโคสในพลาสมา กรณีที่พบผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีผลตรวจอยู่ในเกณฑ์โรคเบาหวานร่วมกับมีอาการโรคเบาหวานจะได้รับการบันทึกอาการโรคเบาหวาน
 7. ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีระดับ FPG > 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แต่ไม่มีอาการโรคเบาหวาน แพทย์จะทำการนัดให้ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในวันนัดครั้งต่อไป ซึ่งผู้วิจัยจะนำผลการตรวจวัดระดับ FPG และผลการวินิจฉัยมาบันทึกเพื่อการวิเคราะห์ความไวและความจำเพาะต่อไป
4. **ความเสี่ยง ความไม่สบาย และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น**
เนื่องจากท่านจะได้รับการเจาะเลือดจากเส้นเลือดที่แขน จึงอาจทำให้รู้สึกเจ็บ อย่างไรก็ตามท่านสามารถวางใจได้ในด้านความสะดวกและปลอดภัยของการตรวจโดยเจ้าหน้าที่ทางห้องปฏิบัติการ เนื่องจากเป็นเข็มเจาะชนิดใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง
 5. **ผลประโยชน์ที่อาจได้รับ**
 1. ท่านจะได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานด้วยอุปกรณ์ต่างๆโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
 2. กรณีที่ท่านมีระดับกลูโคสในพลาสมาสูงผิดปกติ ท่านจะได้รับคำแนะนำจากผู้วิจัยเพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพต่อไป
 6. **สิทธิในการถอนตัวออกจากการวิจัย**
ท่านสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่เกิดผลเสียใดๆตามมา
 7. **การเก็บรักษาความลับของบันทึกทางการแพทย์ และข้อมูลการวิจัย**
ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับท่านเป็นความลับ
 8. **การเปิดเผยข้อมูลการวิจัย**
ผู้วิจัยจะเปิดเผยข้อมูลของท่านเฉพาะรูปแบบการสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับท่านต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น
 9. **การสอบถามข้อสงสัย**
ท่านสามารถสอบถามข้อมูลจาก เกสัชกรหญิง มณี วชิรรัตนวงศ์ ผู้ดำเนินการวิจัย โครงการจัดตั้งภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หรือโทร. 08-5088-2703

10. การลงนามให้คำยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
 ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว
 ได้อ่านเอกสารฉบับนี้แล้ว ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายข้อ
 ชักถามและข้อสงสัยต่างๆโดยไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนเป็นที่เข้าใจดีแล้ว

ลงนาม.....(ผู้ให้คำยินยอม)

(.....)

ลงนาม.....(พยาน)

(.....)

ลงนาม.....(ผู้วิจัย)

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ จะให้ใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ
 โดยมีพยานลงนาม 2 คน

ภาคผนวก ค

แบบบันทึกข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. อายุ _____ ปี (วันเดือนปีเกิด : ____/____/____)
2. เพศ ชาย หญิง
3. สถานภาพ โสด สมรส หม้าย แยกกันอยู่
4. น้ำหนัก _____ กิโลกรัม
5. ส่วนสูง _____ เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย _____ กิโลกรัม / เมตร²
6. ความยาวเส้นรอบเอว _____ เซนติเมตร
7. ระดับการวิจัยสูงสุดของท่าน

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียน	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> อนุปริญญา / ปริญญาตรี / สูงกว่าปริญญาตรี
8. ปัจจุบันท่านทำงานหรือไม่

<input type="checkbox"/> ไม่ทำ	<input type="checkbox"/> ทำ
--------------------------------	-----------------------------
9. อาชีพของท่าน

<input type="checkbox"/> รับราชการ	<input type="checkbox"/> พนักงานรัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> รับจ้าง	<input type="checkbox"/> พนักงานบริษัท
<input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว	
10. รายได้โดยรวมของท่าน (บาท / เดือน)

<input type="checkbox"/> ไม่มีรายได้	<input type="checkbox"/> ต่ำกว่า 5,000 บาท
<input type="checkbox"/> 5,001 - 10,000 บาท	<input type="checkbox"/> 10,001 - 15,000 บาท
<input type="checkbox"/> 15,001 - 20,000 บาท	<input type="checkbox"/> มากกว่า 20,000 บาท
11. สิทธิในการรักษาพยาบาลของท่าน

<input type="checkbox"/> ชำระเงินเบิกได้	<input type="checkbox"/> ชำระเงิน
<input type="checkbox"/> บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	<input type="checkbox"/> ประกันสังคม
12. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่

<input type="checkbox"/> ไม่เคยสูบบุหรี่	
<input type="checkbox"/> ปัจจุบันยังคงสูบบุหรี่ สูบมานาน _____ ปี จำนวน _____ มวน/วัน	
<input type="checkbox"/> เคยสูบบุหรี่แต่หยุดสูบบุหรี่แล้ว _____ ปี	

13. ท่านดื่มสุราหรือไม่

ไม่เคยดื่มสุรา

ปัจจุบันยังคงดื่มสุรา ดื่มมานาน _____ ปี จำนวน _____ /วัน

เคยดื่มสุราแต่หยุดดื่มสุราแล้ว _____ ปี

14. ท่านมีประวัติแพ้ยาหรือไม่

ไม่มี

มี ระบุยาที่แพ้ _____

15. ท่านออกกำลังกายหรือไม่

ไม่

ออกกำลังกายโดยการ เดิน / วิ่ง / ว่ายน้ำ / ซี่จักรยาน / เต้นแอโรบิก
อื่นๆ _____

16. ครอบครัวของท่านมีพ่อแม่หรือพี่น้องที่เป็นโรคเบาหวานหรือไม่

ไม่มี

มี

17.*** หากผู้รับบริการเป็นผู้หญิงและเคยตั้งครรภ์ ระหว่างตั้งครรภ์ เคยได้รับการตรวจพบว่า เป็นโรคเบาหวานหรือไม่

ไม่เคย

เคย

18.*** หากผู้รับบริการเป็นผู้หญิงและเคยตั้งครรภ์ ท่านเคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัมหรือไม่

ไม่เคย

เคย

19. ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาจนถึงวันนี้ ท่านมีปัญหาด้านสุขภาพหรืออาการเจ็บป่วยอื่นนอกเหนือจากที่มาพบแพทย์ในวันนี้หรือไม่

ไม่มี

มี โรคเรื้อรัง ระบุ _____

มี โรคเฉียบพลัน ระบุ _____

20. ท่านรับประทานยาเป็นประจำตลอด 3 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ โปรดระบุยา ข้อบ่งใช้ และวิธีใช้ _____

21. ผลการตรวจวัดระดับความดันโลหิต ครั้งที่ 1 ซีสโตลิก _____ มิลลิเมตรปรอท

ไดแอสโตลิก _____ มิลลิเมตรปรอท

ครั้งที่ 2 ซีสโทลิก _____ มิลลิเมตรปรอท

ไดแอสโทลิก _____ มิลลิเมตรปรอท

22. ผลการประเมิน Diabetes Risk Score = _____ คะแนน

23. วันและระยะเวลาโดยประมาณของอาหารมื้อล่าสุดก่อนได้รับการตรวจวัดระดับกลูโคสในเลือด _____

24. ระดับ fasting plasma glucose

ครั้งที่ 1 ตรวจวันเดือนปีที่ _____ ผล FPG = _____ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ครั้งที่ 2 ตรวจวันเดือนปีที่ _____ ผล FPG = _____ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

(ครั้งที่ 2 เป็นการตรวจยืนยันสำหรับผู้ที่ผ่านการตรวจครั้งแรกและ $FPG \geq 126$ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และไม่มีอาการแสดงของโรคเบาหวาน)

25. ท่านมีอาการใดอาการหนึ่งต่อไปนี้หรือไม่ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

ปัสสาวะบ่อย

น้ำหนักลด

กระหายน้ำ

หิวบ่อย

26. สรุปว่าผู้เข้าร่วมการวิจัย

มีโรคเบาหวาน

มีภาวะกลูโคสในขณะอดอาหารผิดปกติ

ปกติ

หมายเหตุ

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว มณี วชิรรัตนวงศ์ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีเภสัชศาสตรบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2539 หลังจากนั้น เข้ารับราชการตำแหน่งเภสัชกร ประจำสภากาชาดไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2540-2542 และต่อมาได้ประจำที่โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ตั้งแต่พ.ศ. 2543-2547 จากนั้นจึงเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมคลินิก ที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2547 ในปัจจุบันเป็นเภสัชกรประจำโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์