

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบบันทึก แบบสอบถาม และแบบบันทึกกิจกรรมที่ปฏิบัติกับผู้ป่วยใน 24 ชั่วโมง โดยพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย

แบบบันทึกและแบบสอบถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกและสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกการนอนหลับและกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับใน 24 ชั่วโมง

แบบสอบถาม

เลขที่แบบสอบถาม □□ /number

เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ”

คำชี้แจง แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสิ่งรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกกิจกรรมพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับใน 24 ชั่วโมง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมายถูก / ในช่อง หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ		สำหรับผู้วิจัย
<input type="checkbox"/> 1. ชาย	<input type="checkbox"/> 2. หญิง	<input type="checkbox"/>
2. อายุ.....ปี (เกิน 6 เดือนปัดขึ้นเป็น 1 ปี)		<input type="checkbox"/>
3. สถานภาพ		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1. โสด	<input type="checkbox"/> 2. คู่	<input type="checkbox"/> 3. หม้าย / แยก / หย่า
4. ระดับการศึกษา		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เรียน	<input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา	
<input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> 4. อาชีวศึกษา / อนุปริญญา	
<input type="checkbox"/> 5. ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> 6. สูงกว่าปริญญาตรี	
5. ศาสนา		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1. พุทธ	<input type="checkbox"/> 2. อิสลาม	<input type="checkbox"/> 3. คริสต์
		<input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ.....

สำหรับผู้วิจัย

6. อาชีพ
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ | <input type="checkbox"/> 2. รับจ้าง |
| <input type="checkbox"/> 3. รับราชการ | <input type="checkbox"/> 4. ค้าขาย |
| <input type="checkbox"/> 5. เกษตรกรรม | <input type="checkbox"/> 6. นักเรียน / นักศึกษา |
| <input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ..... | |
7. การจ่ายค่ารักษาพยาบาล
1. เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ 2. บัตร 30 บาท 3. จ่ายเอง 4. อื่นๆ.....
10. ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
1. ไม่เคย
2. เคย
11. ประวัติการใช้เครื่องช่วยหายใจ
1. ไม่เคย
2. เคย
12. สาเหตุที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจในครั้งนี้
1. โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ 2. โรคที่ไม่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ
- ระบุ..... ระบุ.....
- ตั้งแต่ข้อ 14-17 คือ เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยกำลังได้รับใน 24 ชั่วโมงที่ทำการสังเกตก่อนการสัมภาษณ์
13. ช่องทางการใส่ท่อช่วยหายใจ
1. ทางปาก 2. ทางจมูก 3. เจาะคอ
14. Weaning
1. มี
2. ไม่มี

สำหรับผู้วิจัย

15. ระยะเวลาที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจจนถึงวันสัมพัทธ์.....วัน

16. จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย RCU จนถึงวันสัมพัทธ์.....วัน

17. ยาที่ได้รับขณะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจครั้งนี้

17.1 ยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอนหลับ

1).....

2).....

3).....

4).....

5).....

17.2 ยาที่มีฤทธิ์รบกวนการนอนหลับ

1).....

2).....

3).....

4).....

5).....

ส่วนที่ 2 คุณภาพการนอนหลับ

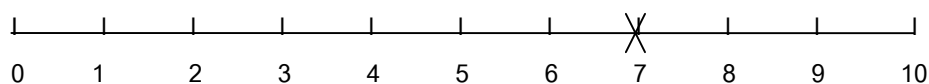
คำชี้แจง : ข้อความต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับลักษณะการนอนหลับของท่าน ในแต่ละข้อคำถามจะมีตัวเลขให้เลือกตั้งแต่ 0 ถึง 10 โดยที่ตำแหน่งเลข 0 ถึง 10 จะมีข้อความที่บอกลักษณะตรงกันข้าม ส่วนตัวเลขกลางจาก 1 ถึง 9 จะบ่งชี้ถึงความมากน้อยของความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนหลับ โดยอาศัยข้อความในตำแหน่งเลข 0 ถึง 10 เป็นหลัก โปรดตอบคำถามเกี่ยวกับการนอนหลับในคืนที่ผ่านมาของท่าน โดยเลือกคำตอบบนเส้นตรงที่มีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 10 แล้วทำเครื่องหมาย X ตามตำแหน่งที่ท่านประเมินลักษณะการนอนหลับของท่านในข้อนั้นจริงๆ

ตัวอย่าง

ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อการนอนหลับของท่านเพียงใด

ไม่พอใจเลย

พอใจมาก

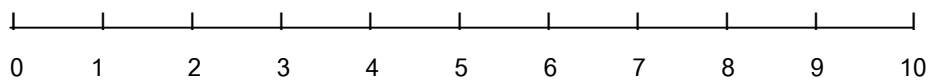


1. ระหว่างการนอนหลับ ท่านรู้สึกตัวตื่นมากน้อยเพียงใด

□□

หลับๆ ตื่นๆ

ไม่ตื่นเลย

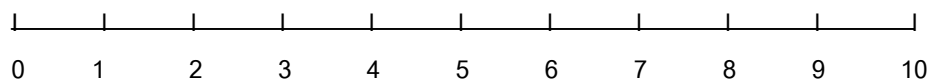


2. ขณะหลับท่านรู้สึกว่ามีอาการเคลื่อนไหวร่างกายหรือไม่ เพียงใด

□□

พลิกไปพลิกมาตลอดคืน

ไม่มีการเคลื่อนไหว

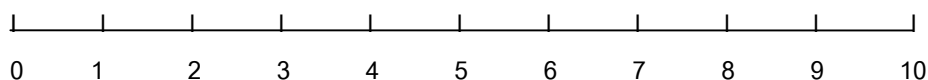


3. ท่านรู้สึกว่าท่านนอนหลับได้เพียงพอหรือไม่เพียงใด

□□

ไม่เพียงพอ

เพียงพอ

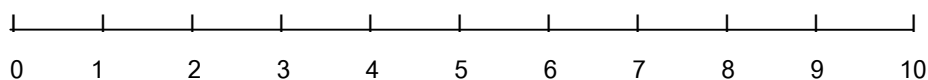


4. หากท่านตื่นช่วงที่กำลังหลับ ท่านต้องเสียเวลามากน้อยเพียงใดจึงจะนอนต่อได้อีก

□□

ใช้เวลานานมาก

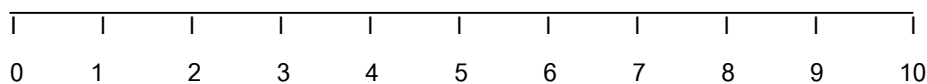
สามารถหลับได้ทันที



5. ลักษณะการหลับของท่านเป็นอย่างไร

หลับได้ตื่นๆ

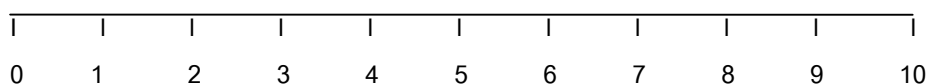
หลับได้ลึก



6. หลังจากท่านตื่นนอนท่านรู้สึกอย่างไร

เพลียมาก

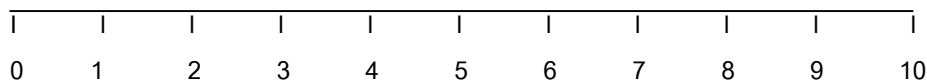
สดชื่น



7. วิธีการที่ทำให้ท่านตื่นนอนเป็นอย่างไร

ถูกปลุกให้ตื่น

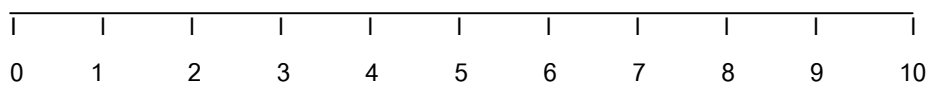
ตื่นเอง



8. ถ้าให้คะแนนเต็ม 10 คะแนน ท่านให้คะแนนความรู้สึกพึงพอใจในการนอนหลับของท่านในระดับใด

ไม่พอใจเลย

พอใจมาก



ส่วนที่ 3 สิ่งรบกวนการนอนหลับ

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นสิ่งรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ให้
ทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับสิ่งที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยจากการ
สัมภาษณ์

สิ่งรบกวนการนอนหลับ	ไม่มี	มี	
		ไม่รบกวน	รบกวน
ด้านร่างกาย			
1. เจ็บในปากและมุมปากจากการคาท่อช่วยหายใจ			
2. เจ็บคอจากการคาท่อช่วยหายใจ			
3. ปากและคอแห้ง			
4. ปวดเมื่อย			
5. ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว			
6. ไอ			
7. หายใจลำบาก			
8. เหนื่อยหอบ			
9. ทำนอนไม่สุขสบาย			
10. มีไข้			
11. อาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องอืด แน่นท้อง เป็นต้น			
12. หิวอาหารหรือน้ำ			
13. การถ่ายปัสสาวะ			
14. การให้อาหารทางสายยาง			
15. การดูดเสมหะ			
16. การวัดสัญญาณชีพ			
17. การให้ยา			
18. การเช็ดตัว			
19. การเปลี่ยนท่านอนให้ทุก 2 ชั่วโมง			
20. การเจาะเลือด			

สิ่งรบกวนการนอนหลับ	ไม่มี	มี	
		ไม่รบกวน	รบกวน
ด้านจิตใจและอารมณ์			
1. กังวลเรื่องความเจ็บป่วย			
2. กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัว			
3. กังวลเรื่องค่ารักษาพยาบาล			
4. ฝันร้าย			
5. กลัวตาย			
6. กลัวเครื่องช่วยหายใจไม่ทำงาน			
7. กลัวการเอาท่อช่วยหายใจออกหรือหย่าเครื่องช่วยหายใจ			
8. คิดถึงลูกหลานหรือญาติพี่น้อง			
ด้านสิ่งแวดล้อม (**ถ้ามีให้ระบุรายละเอียดไว้ด้วย)			
1. เสียงนอน หมอน ผ้าห่มไม่เหมาะสม			
2. อุณหภูมิในห้องผู้ป่วยร้อนเกินไป			
3. อุณหภูมิในห้องผู้ป่วยเย็นเกินไป			
4. เสียงพูดคุยของเจ้าหน้าที่			
5. เสียงจากกิจกรรมการพยาบาล			
6. เสียงผู้ป่วยอื่น			
7. เสียงของอุปกรณ์ต่างๆ			
8. มองเห็นอุปกรณ์ต่างๆที่น่ากลัวและไม่คุ้นเคย			
9. สถานที่ที่ไม่คุ้นเคย			
10. มีแมลง เช่น ยุง			
11. แสงสว่างตลอดเวลา			

ภาคผนวก ข
ใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามรูปแบบของคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในคน
หน่วยส่งเสริมพัฒนาทางวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**ขอเชิญเข้าร่วม โครงการวิจัย
ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ**

เรียน ผู้อ่านที่นับถือ

ดิฉันใคร่ขอเล่าถึงโครงการวิจัยที่กำลังทำอยู่ และขอเชิญชวนท่านเข้าร่วมในโครงการนี้ เนื่องจากการนอนหลับเป็นกิจกรรมพื้นฐานที่มีความจำเป็นและสำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ทุกคน และมีความสำคัญยิ่งในผู้ที่กำลังเจ็บป่วยเพราะถ้าได้นอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอก็จะช่วยส่งเสริมการหายของโรคที่เป็นอยู่ได้ส่วนหนึ่ง แต่เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลมักจะมีปัญหาเรื่องการนอนหลับไม่เพียงพอหรือถูกรบกวนการนอนหลับได้จากหลายปัจจัย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตหรือกึ่งวิกฤตที่กำลังได้รับเครื่องช่วยหายใจ ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าจะศึกษาถึงคุณภาพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และสิ่งรบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยที่กำลังได้รับเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งสามารถนำผลการวิจัยที่ได้มาใช้ในการปรับปรุงระบบงานหรือกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ให้เหมาะสม จึงจำเป็นต้องศึกษาจากผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการนอนหลับในขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ดิฉันจึงใคร่ขอเชิญชวนท่านเข้าร่วมโครงการ

ถ้าท่านตัดสินใจเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ ประสบการณ์ของท่านเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง เพราะนอกจากจะทำให้เข้าใจเกี่ยวกับการนอนหลับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและสิ่งรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแล้ว ยังนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนและปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับให้สอดคล้องตามความต้องการของผู้ป่วย และนำไปเป็นแนวทางในการปรับปรุงหรือพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงาน ปรับเปลี่ยนเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้รบกวนการนอนหลับน้อยที่สุด และข้อมูลที่ได้จากท่านถือเป็นความลับ การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลกระทำในภาพรวม และข้อมูลที่ได้จะใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น หากว่าท่านปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยหรือถ้าท่านตัดสินใจเข้าร่วมโครงการแล้วและต้องการที่จะถอนตัวออกจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เมื่อใด ท่านก็สามารถกระทำได้อย่างอิสระ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ถ้าท่านมีคำถามใดๆ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมโครงการนี้ โปรดซักถามผู้วิจัยได้อย่างเต็มที่ที่หออภิบาลการหายใจ หมายเลขโทรศัพท์ 074-451490-1 ในวันและเวลาราชการ

ขอขอบคุณอย่างสูง

(นางสาววรรณี รักอิม)

ผู้วิจัย

ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว).....(นามสกุล).....
 ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยตามที่คุณวรรดี รักอ้อม ได้อธิบายให้ข้าพเจ้าทราบ(ดังใบเชิญชวนให้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมานี้)

หากข้าพเจ้ามีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย ข้าพเจ้ามีสิทธิซักถาม คุณวรรดี รักอ้อม ได้ในระหว่างสัมภาษณ์ หากการกระทำและการชี้แจงของคุณวรรดี รักอ้อม ยังไม่เป็นที่พอใจ ข้าพเจ้ามีสิทธิแจ้งต่ออนุกรรมการจริยธรรม (คนบตี คณะแพทย์ โทร. 074-451100) หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (โทร. 074-451010) ได้ และหากข้าพเจ้าไม่พอใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้ามีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ทันที

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจในวัตถุประสงค์โครงการวิจัยทั้งหมด ตามคำอธิบายข้างต้นแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยดังกล่าว

.....
 ()
 (ลายเซ็นผู้เข้าร่วมโครงการ)

.....
 (วัน/เดือน/ปี)

.....
 ()
 (ลายเซ็นผู้วิจัย)

.....
 (วัน/เดือน/ปี)

.....
 ()
 (ลายเซ็นพยาน)

.....
 (วัน/เดือน/ปี)

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. ผศ.พญ. จารุรินทร์ ปิตานุกงส์ | อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 2. อาจารย์นายแพทย์ศิวศักดิ์ จุทอง | อาจารย์ประจำหน่วยระบบทางเดินหายใจ
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 3. ผศ.ดร. เพ็ญพิศ ฐานิวัฒนานนท์ | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 4. คุณยุพิน วัฒนสิทธิ์ | หัวหน้าหออภิบาลการหายใจ
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ |
| 5. คุณประสพสุข อินทร์กษา | หัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วย
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ |