

คนที่.....
วันที่.....
เวลา.....
ครั้งที่.....

ภาคผนวก ก.

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และแบบประเมินภาวะสุขภาพ
รวมทั้งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

ชื่อ-สกุล.....ชื่อสมมติ.....HN :วันที่รับเข้าวิจัย.....

ข้อมูลส่วนตัว

เพศ.....อายุ.....ปี สถานภาพสมรส.....ศาสนา.....

ระดับการศึกษา.....อาชีพ (ก่อนการเจ็บป่วย)..... ; (หลังการเจ็บป่วย).....

รายได้ (ก่อนการเจ็บป่วย) ; (หลังการเจ็บป่วย)

ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาคือ.....

ประวัติการเจ็บป่วย

อาการที่ญาตินำมาโรงพยาบาล.....

.....

การวินิจฉัยโรค.....การตรวจพิเศษและผล.....

โรคประจำตัวและการรักษา.....

วันที่เข้ารับการรักษา.....

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล.....(รวมวันที่อยู่ในโรงพยาบาลทั้งหมด วัน)

การตรวจสภาพร่างกายและอาการทางระบบประสาท

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ภาวะทางจิตใจและการรู้คิดของผู้ป่วย

.....

.....

.....

.....

.....

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน / ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

1. สุขวิทยาส่วนบุคคล (ความสะอาดของร่างกาย เช่น ผม เล็บ ช่องปาก)

ความสามารถในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล :

.....

.....

.....

ความต้องการความช่วยเหลือในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล :

.....

.....

.....

2. การอาบน้ำเช็ดตัว

ความสามารถในการอาบน้ำเช็ดตัว :

.....

.....

.....

ความต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำเช็ดตัว :

.....

.....

.....

3. การแต่งตัว การสวมใส่เสื้อผ้า

ความสามารถในการแต่งตัว การสวมใส่เสื้อผ้า :

.....

.....

.....

ความต้องการความช่วยเหลือในการแต่งตัว การสวมใส่เสื้อผ้า :

.....

.....

.....

4. การรับประทานอาหารและน้ำ

ความสามารถในการรับประทานอาหารและน้ำ :

.....

.....

.....

ความต้องการของการดูแลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและน้ำ :

5. การติดต่อสื่อสาร

ความสามารถในการติดต่อสื่อสาร :

ความต้องการความช่วยเหลือในการติดต่อสื่อสาร :

6. การพักผ่อน

ความสามารถในการพักผ่อน :

ความต้องการความช่วยเหลือในการพักผ่อน :

7. การเคลื่อนย้าย (เตียง , บันได , รถเข็น)

ความสามารถในการเคลื่อนย้าย :

ความต้องการการดูแลเกี่ยวกับการเคลื่อนย้าย :

8. การเดิน

ความสามารถในการเดิน :

.....
.....
.....

ความต้องการการดูแลเกี่ยวกับการเดิน :

.....
.....
.....

9. การออกกำลังกาย

ความสามารถในการออกกำลังกาย :

.....
.....
.....

ความต้องการการดูแลเกี่ยวกับการออกกำลังกาย :

.....
.....
.....

10. การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ

ความสามารถในการถ่ายปัสสาวะ :

.....
.....
.....

ความต้องการการดูแลเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ :

.....
.....
.....

11. การควบคุมการถ่ายอุจจาระ

ความสามารถในการถ่ายอุจจาระ :

.....
.....
.....

ความต้องการการดูแลเกี่ยวกับการถ่ายอุจจาระ :

.....

.....

.....

.....

12. การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน

ความสามารถในการใช้ห้องสุขาหรือกระโถน :

.....

.....

.....

ความต้องการการดูแลเกี่ยวกับการใช้ห้องสุขาหรือกระโถน :

.....

.....

.....

13. อื่น ๆ

.....

.....

.....

สรุป ● ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (เพิ่มขึ้น/ลดลง) เป็นระยะเวลาานานเท่าใด เพราะอะไร/อย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

● มีปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นหรือลดลง

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ข.
แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

คนที่.....
วันที่.....
เวลา.....
ครั้งที่.....

ชื่อผู้ให้ข้อมูล.....ชื่อสมมติ.....

ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย.....

ข้อมูลส่วนตัว

เพศ.....อายุ.....ปี สถานภาพสมรส.....ศาสนา.....

ระดับการศึกษา.....อาชีพ (ก่อนดูแลผู้ป่วย)..... ; (หลังดูแลผู้ป่วย).....

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ดูแล (ก่อนดูแลผู้ป่วย)..... ; (หลังดูแลผู้ป่วย).....

รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน.....

จำนวนบุตร.....บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัว.....

ข้อมูลทั่วไป

1) ลักษณะครอบครัว

[] เดี่ยว

[] ขยาย ระบุ (จำนวน,ใครบ้าง).....

2) ปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาและดูแลผู้ป่วย

[] ไม่มี

[] มี ระบุ (อย่างไร)

3) การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองของผู้ดูแล

[] แข็งแรง

[] ไม่แข็งแรง ระบุ (อย่างไร) โดยรวมทั้งโรคประจำตัว ตลอดจนการรักษา

.....
.....
.....

4) อาการเจ็บป่วยในขณะที่ดูแลผู้ป่วย

[] ไม่มี

[] มี ระบุ (อย่างไร).....

5) ช่วงเวลาที่ท่านต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย

[] ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน

[] อื่น ๆ ระบุ

6) ท่านมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคเรื้อรังอื่น

[] ไม่เคย

[] เคย ระบุ

.....

7) ท่านมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย .

[] ไม่มี

[] มี ระบุ (ใครและช่วยทำอะไรบ้าง)

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ค

แนวคำถามในการสัมภาษณ์ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล
ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

1. อยากให้คุณเล่าให้ฟังว่า กิจวัตรประจำวันของคุณที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย คุณทำอะไบ้าง เพราะอะไร คุณรู้สึกอย่างไร ที่ต้องทำกิจกรรมนั้นๆ (ทำอะไร เหตุผลที่ทำให้รู้สึกอย่างไร) และตามความคิดเห็นของคุณ คุณคิดว่าการดูแลผู้ป่วยหมายถึงอะไร (อยากให้อยกตัวอย่าง)
2. ในการที่ดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน คุณมีปัญหา/เหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นบ้างในการดูแล คุณรู้สึกอย่างไร อยากให้คุณเล่าให้ฟัง และคุณได้จัดการกับปัญหา/เหตุการณ์นั้นอย่างไร (ทำอย่างไร เหตุผลที่ทำ) วิธีที่คุณใช้จัดการกับปัญหา/เหตุการณ์นั้นเคยใช้ก่อนมั๊ย (เอามาจากไหน/เรียนรู้มาจากไหน) ผลของการจัดการกับปัญหา เหตุการณ์นั้นเป็นอย่างไร (สำเร็จ/ไม่สำเร็จ) เพราะอะไร แล้วคุณทำอย่างไรต่อไป ทำไมถึงทำอย่างนั้น
3. เมื่อย้อนกลับไปถึงเหตุการณ์เมื่อผู้ป่วยเริ่มเป็นอัมพาตใหม่ๆ (2-3เดือนแรก) มีเหตุการณ์/ปัญหาในการดูแลอะไบ้าง คุณรู้สึกอย่างไร และแก้ไขปัญหา/เหตุการณ์นั้นอย่างไร ที่แก้ไขไม่ได้ (บางเรื่อง) เพราะอะไร แก้ปัญหาแล้วดีขึ้นมั๊ย ถ้าไม่ดีขึ้นจะทำอย่างไรต่อไป เปรียบเทียบกับการดูแลในขณะปัจจุบันแล้ว ปัญหาใดบ้างที่ดีขึ้น/แย่ลงหรือคงเดิมเพราะอะไร ท่านได้เรียนรู้อะไรบ้าง
4. ในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมีผลกระทบต่อดังคุณอย่างไรบ้าง เพราะเหตุใด และรู้สึกอย่างไรต่อผลกระทบเหล่านั้น
5. เมื่อเกิดปัญหาขึ้นในการดูแลผู้ป่วย อะไรที่ช่วยให้ประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหา (สามารถแก้ไขปัญหาได้) และอะไรที่ทำให้ปัญหาทวีความรุนแรงมากขึ้น (ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้)
6. ในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน คุณต้องการความช่วยเหลืออย่างไรบ้าง จากใคร เพราะเหตุใด

ภาคผนวก ง
ใบพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูล

สวัสดีค่ะ ดิฉัน นางสาวนันทพร ศรีนิ่ม เป็นนักศึกษาพยาบาลปริญญาโท ที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขณะนี้กำลังศึกษาเรื่องการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการส่งเสริมการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัวอื่น ที่มีปัญหาล้ายกับท่านในการดูแลผู้ป่วย

จึงขอความร่วมมือจากท่านในการให้สัมภาษณ์ ซึ่งวันและเวลาในการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความพร้อมของท่าน ขณะพูดคุยดิฉันขออนุญาตจดบันทึกข้อมูลที่สำคัญ พร้อมกับบันทึกเทปคำบอกเล่าของท่านไว้ด้วย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนถูกต้องตรงกับความเป็นจริงตามเนื้อหาของข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากท่าน และท่านสามารถที่จะปฏิเสธการให้ข้อมูลต่างๆ หรือขอออกจากการเข้าร่วมศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้ ถ้าเกิดความไม่สะดวกใดๆ ก็ตาม โดยจะไม่ส่งผลกระทบต่อตัวท่านและผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้ทั้งหมด ดิฉันสัญญาว่าจะเก็บไว้เป็นความลับ โดยจะนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ถ้าจำเป็นต้องอ้างถึงผู้ให้ข้อมูล ดิฉันจะใช้ชื่อเป็นนามสมมติ หากท่านมีข้อสงสัยในภายหลังเกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้ ดิฉันยินดีให้ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อความกระจ่าง

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือ

นันทพร ศรีนิ่ม

ภาคผนวก จ
ตัวอย่างแบบบันทึกสถานการณ์

ผู้ดูแล.....นามสมมติ.....สัมภาษณ์ครั้งที่.....
วันที่.....เวลา.....น.
สถานที่และบรรยากาศ.....
.....
.....

1. แบบบันทึกของผู้วิจัย (personal notes)

1.1 เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (ใคร อะไร ที่ไหน เมื่อไร อย่างไร ทำไม)

เนื้อหาจากการสัมภาษณ์	การแปลความหมาย

1.2 ปฏิกริยาของผู้ดูแลในขณะที่เล่าเหตุการณ์ หรือขณะให้การดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างไร (สีหน้า ท่าทาง คำพูดและน้ำเสียง)

.....
.....
.....

1.3 ปฏิกริยาของผู้ป่วยในขณะที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลเป็นอย่างไร (สีหน้า ท่าทาง คำพูด และน้ำเสียง)

.....
.....

1.4 ผู้วิจัยคิดหรือรู้สึกอย่างไรในเหตุการณ์ขณะนั้น

.....
.....

2. แบบบันทึกหลักการ แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์
หลักการ แนวคิดและทฤษฎีที่นำมาใช้อธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้แก่

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ปัญหาและอุปสรรคที่เกี่ยวข้องในครั้งนี

.....

.....

.....

.....

.....

แผนงานที่จะทำในวันต่อไป

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ฉ

รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเครื่องมือวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี คงอินทร์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ดร.สุดศิริ หิรัญขุนทด ภาควิชาการพยาบาลศัลยกรรมศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. รองศาสตราจารย์ บุญวดี เพชรรัตน์ ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
4. อาจารย์จากรุวรรณ มานะสุระการ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์