

ภาคผนวก

**ภาคผนวก ก**  
**แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล**

เลขที่ 

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

1 2

เวลา .....

สำหรับผู้วิจัย

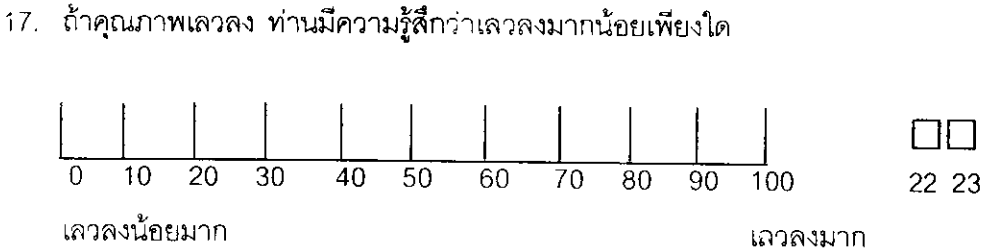
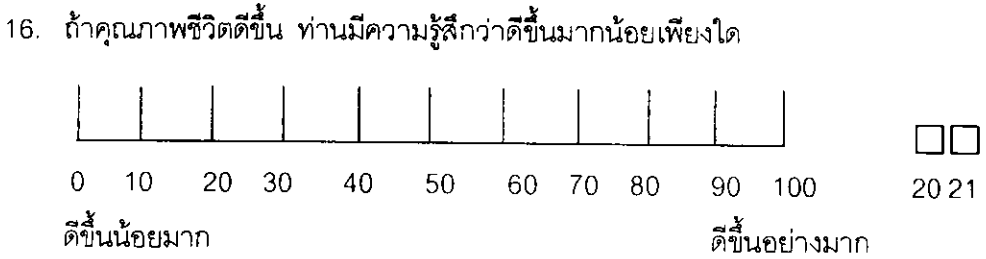
**คำชี้แจง** กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  
หรือเติมข้อความในช่องว่าง

- |  |                          |             |                          |                  |                          |   |
|--|--------------------------|-------------|--------------------------|------------------|--------------------------|---|
| 1. เพศ   | <input type="checkbox"/> | หญิง        | <input type="checkbox"/> | ชาย              | <input type="checkbox"/> |   |
|  |                          |             |                          |                  |                          | 3   |
| 2. อายุ .....  |                          | ปี          |                          |                  |                          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|  |                          |             |                          |                  |                          | 4 5   |
| 3. สถานภาพสมรส   |                          |             |                          |                  |                          | <input type="checkbox"/>                          |
|  | <input type="checkbox"/> | โสด         | <input type="checkbox"/> | คู่              |                          | 6   |
|  | <input type="checkbox"/> | หม้าย       | <input type="checkbox"/> | หย่า, แยก        |                          |   |
| 4. วุฒิการศึกษา  |                          |             |                          |                  |                          | <input type="checkbox"/>                          |
|  | <input type="checkbox"/> | ไม่ได้เรียน | <input type="checkbox"/> | ประถมศึกษา       |                          | 7   |
|  | <input type="checkbox"/> | มัธยมศึกษา  | <input type="checkbox"/> | ประกาศนียบัตร    |                          |   |
|  | <input type="checkbox"/> | ปริญญาตรี   | <input type="checkbox"/> | สูงกว่าปริญญาตรี |                          |   |
| 5. อาชีพก่อนได้รับการรักษาด้วยการขจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้อง |                          |             |                          |                  |                          | <input type="checkbox"/>                          |
|  | <input type="checkbox"/> | ข้าราชการ   | <input type="checkbox"/> | ค้าขาย           |                          | 8   |
|  | <input type="checkbox"/> | รัฐวิสาหกิจ | <input type="checkbox"/> | รับจ้าง          |                          |   |
|  | <input type="checkbox"/> | ทำไร่ ทำนา  | <input type="checkbox"/> | ไม่ได้ทำงาน      |                          |   |
|  | <input type="checkbox"/> | อื่นๆ ..... |                          | (ระบุ)           |                          |   |
| 6. อาชีพในปัจจุบัน   |                          |             |                          |                  |                          | <input type="checkbox"/>                          |
|  | <input type="checkbox"/> | ข้าราชการ   | <input type="checkbox"/> | ค้าขาย           |                          | 9   |
|  | <input type="checkbox"/> | รัฐวิสาหกิจ | <input type="checkbox"/> | รับจ้าง          |                          |   |
|  | <input type="checkbox"/> | ทำไร่ ทำนา  | <input type="checkbox"/> | ไม่ได้ทำงาน      |                          |   |
|  | <input type="checkbox"/> | อื่นๆ ..... |                          | (ระบุ)           |                          |   |

7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว
- ไม่มีรายได้ 10
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท
- 3,001 – 5,000 บาท
- 5,001 – 10,000 บาท
- 10,001 – 15,000 บาท
- 15,001 – 20,000 บาท
- 20,001 – 25,000 บาท
- มากกว่า 25,000 บาท
8. ค่ารักษาพยาบาล
- เบิกได้หมด  เบิกได้บางส่วน  เบิกไม่ได้ 11
9. ท่านได้รับการขจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องต่อเนื่อง
- เป็นเวลานาน ..... ปี ..... เดือน 12 13
10. ท่านได้เปลี่ยนน้ำยาขจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องต่อเนื่องโดย
- ทำด้วยตนเอง
- มีผู้ช่วย 14
- ทำด้วยตนเองและมีผู้ช่วย
11. ท่านได้รับคำแนะนำ หรือความรู้ในการปฏิบัติตน เพื่อดูแลตนเองจาก
- (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- แพทย์  พยาบาล 15
- ญาติ เพื่อน  หนังสือคู่มือจากไตเทียม
- ผู้ป่วยที่ได้รับการขจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้อง
- หนังสืออื่นๆ  อื่นๆ
12. ท่านมาตรวจตามนัด
- สม่าเสมอ  ไม่สม่าเสมอ 16
13. ท่านมีโรคอื่นๆ ร่วมด้วยหรือไม่
- มี ..... (ระบุ) 17
- ไม่มี

14. หลังจากได้รับการจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องต่อเนื่อง   
 ท่านมีการติดเชื้อทางเยื่อบุช่องท้อง  18  
 มี ..... ครั้ง  
 ไม่มี

15. คุณภาพชีวิตหลังจากได้รับการจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องต่อเนื่อง   
 คงเดิม  ดีขึ้น  19  
 เลวลง



**ภาคผนวก ข**  
**แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง**

ต่อไปนี้เป็นข้อความที่บรรยายถึงลักษณะของแต่ละบุคคล กรุณาให้ความเห็นในแต่ละข้อว่า ตรงกับลักษณะของตัวท่านมากน้อยเพียงใด โดยขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

- หมายเลข 1 แสดงว่า ข้อความนั้นไม่ตรงกับลักษณะของตัวท่านเลย
- หมายเลข 2 แสดงว่า ข้อความนั้นตรงกับลักษณะของตัวท่านเล็กน้อย
- หมายเลข 3 แสดงว่า ข้อความนั้นตรงกับลักษณะของตัวท่านปานกลาง
- หมายเลข 4 แสดงว่า ข้อความนั้นตรงกับลักษณะของตัวท่านมากพอควร
- หมายเลข 5 แสดงว่า ข้อความนั้นตรงกับลักษณะของตัวท่านมากที่สุด

คำถาม	1	2	3	4	5
1. ท่านต้องปรับปรุงปฏิบัติตัว เพื่อให้การขจัดของเสียทางเยื่อหุ้มช่องท้องต่อเนื่องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ					
2. ท่านได้คิดทบทวนในสิ่งที่กระทำอยู่ว่าจะช่วยให้การขจัดของเสียทางเยื่อหุ้มช่องท้องต่อเนื่อง (CAPD) เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ					
3. ท่านได้ปรับกิจกรรมให้เหมาะสม ถ้ารู้สึกอ่อนเพลีย					
4. ท่านดูแลสิ่งแวดล้อมรอบตัวให้สะอาดอยู่เสมอ					
5. ถ้าท่านรู้สึกอ่อนเพลีย ท่านจะไม่สามารถดูแลตนเองได้ตามที่ต้องการ					
6. ท่านพยายามแสวงหาวิธีที่ทำให้ดูแลตนเองได้ดีขึ้น					
7. ท่านพยายามรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคอย่างเพียงพอ					
8. ท่านได้เปลี่ยนแปลงสุขนิสัยบางอย่างเพื่อปรับปรุงให้สุขภาพดีขึ้น					
9. ท่านพยายามช่วยตนเองมากที่สุดเท่าที่จะทำได้					

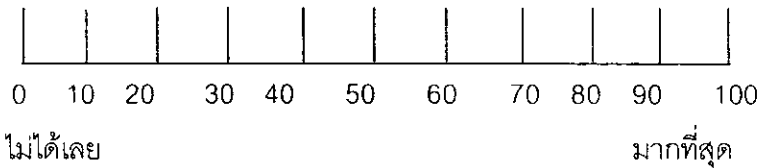
- หมายเลข 1 แสดงว่า ข้อความนั้นไม่ตรงกับลักษณะของตัวท่านเลย
- หมายเลข 2 แสดงว่า ข้อความนั้นตรงกับลักษณะของตัวท่านเล็กน้อย
- หมายเลข 3 แสดงว่า ข้อความนั้นตรงกับลักษณะของตัวท่านปานกลาง
- หมายเลข 4 แสดงว่า ข้อความนั้นตรงกับลักษณะของตัวท่านมากพอควร
- หมายเลข 5 แสดงว่า ข้อความนั้นตรงกับลักษณะของตัวท่านมากที่สุด

คำถาม	1	2	3	4	5
10. ท่านพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยกับผู้ป่วยด้วยกัน					
23. ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง					
24. ท่านมักนึกถึงการออกกำลังกาย แต่มักจะไม่ได้ กระทำตามที่คิด					

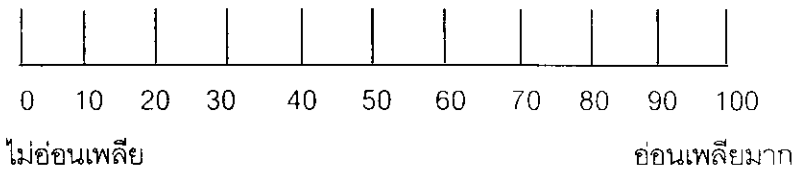
**ภาคผนวก ค**  
**แบบประเมินคุณภาพชีวิต**

ในแต่ละข้อต่อไปนี้ เป็นคำบรรยายถึงคุณภาพชีวิตของท่านในขณะนี้ ความรู้สึกของท่านในแต่ละข้อ จะอยู่ในช่วง 0 – 100 คะแนนบนเส้นตรง ขอให้ท่านอ่านข้อความและขีดเครื่องหมาย X ลงบนเส้นตรงตรงจุดที่บ่งบอกถึงความรู้สึกของท่านจริงๆ ในแต่ละข้อ ไม่ว่าท่านจะกักบาทที่ตำแหน่งใด ไม่มีถูกหรือผิด เพราะเป็นความรู้สึกต่อคุณภาพชีวิตของท่านเองในข้อนั้นๆ

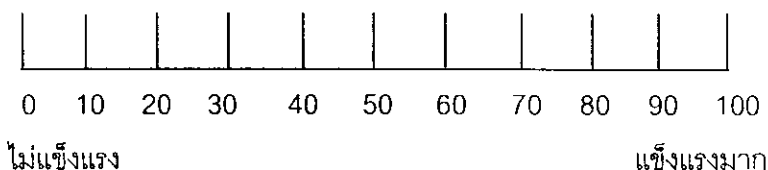
1. ท่านสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้มากน้อยเพียงใด



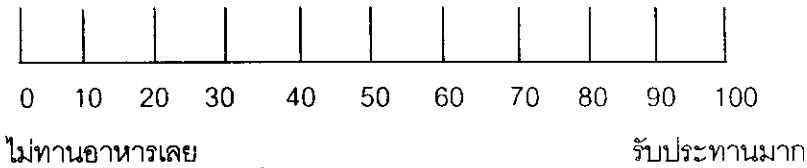
2. ท่านรู้สึกอ่อนเพลียมากน้อยเพียงใด



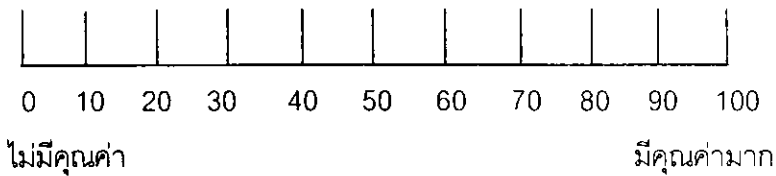
3. ขณะนี้ท่านมีสุขภาพแข็งแรงเพียงใด



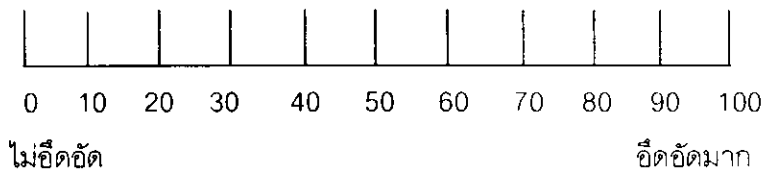
4. ท่านรับประทานอาหารมากน้อยเพียงใด



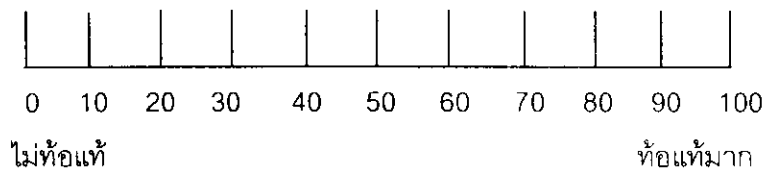
5. ท่านรู้สึกว่าคุณค่าเพียงใด



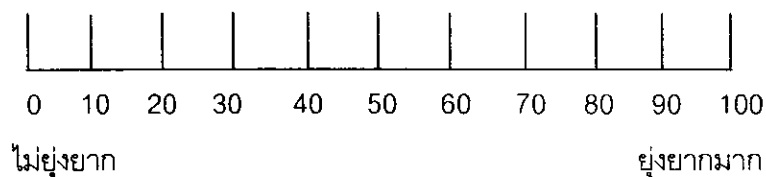
14. ท่านรู้สึกอย่างไรขณะที่มีน้ำขังในช่องท้อง



15. ท่านรู้สึกห่อเหี่ยวหรือหงุดหงิดมากน้อยเพียงใด



16. การขาดของเสียทางเยื่อช่องท้องต่อเนื่อง (CAPD) สร้างความลำบากยุ่งยากแก่ท่านเพียงใด





## ภาคผนวก ง แบบพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการจะได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ โดยยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ ภายหลังได้รับการแนะนำตน บอกวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการทำวิจัย จากผู้วิจัย ดังนี้

"สวัสดีค่ะ ดิฉัน เป็นพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ กำลังทำวิจัยเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล และดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่องต่อไป จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านช่วยตอบแบบสอบถาม ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 25 – 30 นาที ในการตอบแบบสอบถามนี้ท่านจะไม่มีถูกหรือผิด และไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลในขณะนี้ ในระหว่างตอบแบบสอบถามท่านอาจยกเลิกการเข้าร่วมโครงการได้ตามต้องการ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการแต่อย่างใด"

## ประวัติผู้วิจัย

### หัวหน้าโครงการ

ชื่อ - สกุล           นางค์ทลียา อุดคติ  
 คุณวุฒิ             วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์)  
 ตำแหน่ง            พยาบาลประจำการ  
 สถานที่ทำงาน    หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 10 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

### ผู้ร่วมวิจัย

ชื่อ - สกุล           นางสาว ณัฐนิช จันทจิรโกวิท  
 คุณวุฒิ             วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์)  
 ตำแหน่ง            พยาบาลประจำการ  
 สถานที่ทำงาน    หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 10 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์