

## ภาคผนวก ก

### การพิทักษ์สิทธิของผู้ที่เข้าร่วมงานวิจัย

ในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยได้มีการแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ในการวิจัย และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

สวัสดิ์ศิระ ดิฉันชื่อ นางสาวพิทยาภรณ์ นวลสีทอง นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขณะนี้กำลังศึกษาวิจัยเรื่องอาการเหนื่อยล้าและการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยและผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป จึงอยากขอความร่วมมือช่วยตอบแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ผู้ดูแลให้การดูแล

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับระดับอาการเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

จึงใคร่ขอความร่วมมือจากคุณในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยดิฉันจะมาสอบถามและจดบันทึกข้อมูลต่าง ๆ จากท่าน และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 30 นาที ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับและนำมาใช้เฉพาะการศึกษาค้นคว้าเท่านั้น โดยจะไม่ระบุชื่อโดยเด็ดขาด

ดิฉันขอรับรองว่าการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ท่านแต่อย่างใด ถ้าท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ดิฉันมีความยินดีอย่างยิ่งที่จะให้ท่านซักถามจนเข้าใจ ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และถึงแม้ว่าท่านเข้าร่วมในการวิจัยแล้วก็ตาม ท่านสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลและบริการต่าง ๆ ที่ท่านได้รับ

ขอขอบคุณ

นางสาว พิทยาภรณ์ นวลสีทอง

ผู้วิจัย

## ภาคผนวก ข

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

สถานที่.....

วันที่...../...../.....

เรื่อง อาการเหนื่อยล้า และการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ  
ขณะอยู่โรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ผู้ดูแลให้การดูแล

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับระดับอาการเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ

ศีรษะ

### แบบสอบถาม

เรื่อง อาการเหนื่อยล้าและการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ขณะ  
รับการรักษาในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่อง ( ) หน้าข้อความแต่ละข้อเพียงช่องเดียว และเติมข้อความ  
ลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ ( ) 1 ชาย ( ) 2 หญิง
2. อายุ ..... ปี
3. ศาสนา
  - ( ) 1 พุทธ
  - ( ) 2 คริสต์
  - ( ) 3 อิสลาม
4. สถานภาพสมรส
  - ( ) 1 โสด
  - ( ) 2 คู่
  - ( ) 3 หม้าย
  - ( ) 4 แยก
  - ( ) 5 หย่า
5. ในขณะนี้ท่านมีบุตรหลานที่ต้องได้รับการดูแลหรือต้องเลี้ยงดูหรือไม่
  - ( ) ไม่มี
  - ( ) มี จำนวน ..... คน ระบุอายุ .....
6. ระดับการศึกษา
  - ( ) 1 อ่านออกเขียนได้
  - ( ) 2 ประถมศึกษา
  - ( ) 3 มัธยมศึกษา
  - ( ) 4 ประกาศนียบัตร
  - ( ) 5ปริญญาตรี
  - ( ) 6 สูงกว่าปริญญาตรี

## 7. ขณะนี้ท่านประกอบอาชีพใด

- ( ) 1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ / แม่บ้าน /ว่างงาน  
 ( ) 2 รับจ้าง  
 ( ) 3 ค้าขาย  
 ( ) 4 รับราชการ  
 ( ) 5 อื่น ๆ ระบุ.....

## 8. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

- ( ) 1 น้อยกว่าหรือเทียบเท่า 3,000 บาท  
 ( ) 2 ระหว่าง 3,001 – 5,000 บาท  
 ( ) 3 ระหว่าง 5,001 – 7,000 บาท  
 ( ) 4 ระหว่าง 7,001 – 10,000 บาท  
 ( ) 5 มากกว่า 10,000 บาท

## 9. ความเพียงพอของรายได้

- ( ) 1 ไม่เพียงพอ  
 ( ) 2 เพียงพอ

## 10. การจ่ายค่ารักษาพยาบาล

- ( ) 1 เบิกค่ารักษาพยาบาล  
 ( ) 2 จ่ายค่ารักษาเอง  
 ( ) 3 สังคมสงเคราะห์  
 ( ) 4 บัตร 30 บาท  
 ( ) 5 ประกันสังคม  
 ( ) 6 พรบ.  
 ( ) 7 อื่นๆ ระบุ.....

11. ความเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยก่อให้เกิดผลกระทบต่อเกี่ยวกับการเงินในครอบครัว มาก  
น้อย เพียงใด

- ( ) 1 ไม่เลย  
 ( ) 2 บ้างเล็กน้อย  
 ( ) 3 ปานกลาง  
 ( ) 4 มาก

12. ภูมิภาคที่ท่านอาศัย
- ( ) 1 ชุมชนเขตเมือง
- ( ) 2 ชุมชนเขตนอกเมือง
13. ภาวะสุขภาพของท่านในปัจจุบัน
- ( ) 1 แข็งแรง
- ( ) 2 ไม่แข็งแรง ระบุ.....
14. ท่านเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะเป็น
- ( ) 1
- ( ) 2 มารดา
- ( ) 3 สามี
- ( ) 4 ภรรยา
- ( ) 5 บุตร
- ( ) 6 อื่น ๆ ระบุ .....
15. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจนถึงวันที่สัมภาษณ์ ..... เดือน.....วัน
16. จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน ..... ชั่วโมง
17. ท่านเคยให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ที่บ้านมาก่อนหรือไม่
- ( ) 1 ไม่เคย
- ( ) 2 เคย
18. ท่านเคยได้รับการอบรมในการดูแลผู้ป่วยมาก่อนหรือไม่
- ( ) 1 ไม่เคย
- ( ) 2 เคย จากใคร ระบุ .....
19. ความรู้หรือทักษะที่ท่านเคยได้รับการอบรม (ท่านสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ( ) 1 การอาบน้ำ
- ( ) 2 การให้อาหารทางสายยาง
- ( ) 3 การดูดเสมหะ
- ( ) 4 การออกกำลังกาย/การทำกายภาพบำบัด
- ( ) 5 การเช็ดตัวลดไข้
- ( ) 6 การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับ
- ( ) 7 อื่น ๆ ระบุ.....

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ผู้ดูแลให้การดูแลขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

1. เพศ  1 ชาย  2 หญิง
2. อายุ .....
3. ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยแรกรับ GCS = .....
4. ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยในปัจจุบัน GCS = .....
5. สภาพผู้ป่วยในปัจจุบัน
  - 1 ไม่มีความพิการ สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้
  - 2 มีความพิการเล็กน้อย แต่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้
  - 3 มีความพิการปานกลาง ประกอบอาชีพไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นเป็นบางครั้ง
  - 4 มีความพิการรุนแรง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา
6. พยาธิสภาพและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยในปัจจุบัน
  - อ่อนแรงของแขน ระบุ .....
  - อ่อนแรงของขา ระบุ .....
  - อัมพาตครึ่งซีก ระบุ .....
  - กำลั้งกล้ามเนื้อแขน ขา ปกติ
  - อื่น ๆ ระบุ.....
7. ระยะเวลาที่เจ็บป่วยจนถึงวันที่สัมภาษณ์
  - 1 น้อยกว่า 1 เดือน ระบุ ..... วัน
  - 2 ระหว่าง 1 – 3 เดือน
  - 3 ระหว่าง 3 – 6 เดือน
  - 4 อื่น ๆ ระบุ .....
8. การใช้อุปกรณ์พิเศษ
  - ท่อเจาะคอ
  - สายยางให้อาหาร
  - สายสวนปัสสาวะ
  - อื่น ๆ .....

**ส่วนที่ 3** แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

**คำชี้แจง** กรุณาตอบคำถามโดยใช้เครื่องหมาย ○ วงกลมรอบล้อมตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับท่านในขณะนี้มากที่สุด โดย "0" หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกต่อข้อความนั้นเลย และ "10" หมายถึง ท่านมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นมากที่สุด

1. ท่านเริ่มรู้สึกว่ามีอาการเหนื่อยล้าตั้งแต่เมื่อไร

- ( ) นาที .....
- ( ) ชั่วโมง.....
- ( ) วัน.....
- ( ) สัปดาห์.....
- ( ) เดือน.....
- ( ) อื่น ๆ.....

**ด้านพฤติกรรมหรือความรุนแรง**

2. ในขณะนี้ท่านรู้สึกทรมานจากอาการเหนื่อยล้ามากน้อยเพียงใด

**ไม่รู้สึกทรมานเลย**

**รู้สึกทรมานมากที่สุด**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. ในขณะนี้ท่านรู้สึกว่าอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น รบกวนความสามารถของท่านในการทำงานให้สำเร็จ มากน้อยเพียงใด

**ไม่รบกวนเลย**

**รบกวนมากที่สุด**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. ในขณะนี้ท่านรู้สึกว่าอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น รบกวนความสามารถของท่านในการพบปะ พูดคุย หรือมีกิจกรรมในสังคมร่วมกับเพื่อนฝูงมากน้อยเพียงใด

**ไม่รบกวนเลย**

**รบกวนมากที่สุด**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. ในขณะนี้ท่านรู้สึกว่าอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น รบกวนเพศสัมพันธ์ของท่านมากน้อยเพียงใด

**ไม่รบกวนเลย**

**รบกวนมากที่สุด**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. โดยรวมแล้ว ท่านรู้สึกว่าการเหนื่อยล้าที่ท่านประสบอยู่ในขณะนี้ กระทบความสามารถของท่านในการเข้าร่วมกิจกรรมที่ท่านชอบมากน้อยเพียงใด

**ไม่รบกวนเลย**

**รบกวนมากที่สุด**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับท่านในขณะนี้ มีระดับความรุนแรงมากน้อยเพียงใด

**ไม่รุนแรงเลย**

**รุนแรงมากที่สุด**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### ด้านความคิดเห็นหรือเจตคติ

กรุณาอธิบายลักษณะของอาการเหนื่อยล้าที่ท่านกำลังประสบอยู่ในขณะนี้ว่าเป็นอย่างไร

8. เป็นสิ่งที่สนุกสนาน

**เป็นสิ่งที่ไม่สนุกสนาน**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. เป็นสิ่งที่ยอมรับได้

**เป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. เป็นสิ่งที่ปกป้อง

**เป็นสิ่งที่ทำลาย**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. เป็นสิ่งที่ดี

**เป็นสิ่งที่ไม่ดี**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. เป็นสิ่งที่ปกติ

**เป็นสิ่งที่ผิดปกติ**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### ด้านความรู้สึก

13. ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

**แข็งแรง**

**อ่อนแอ**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

**มีความตื่นตัว**

**ง่วงซึม**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

**มีชีวิตชีวา**

**เฉื่อยหงอย / ไม่กระตือรือร้น**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



16. ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

**สดชื่น**

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**เหนื่อย**

17. ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

**มีพลัง**

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**หมดพลัง**

**ด้านสติปัญญา หรืออารมณ์**

18. ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

**มีความอดทน**

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**ไม่มีความอดทน**

19. ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

**ผ่อนคลาย**

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**ตึงเครียด**

20. ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

**รำเริง**

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**ซึมเศร้า**

21. ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

**สามารถรวบรวมสมาธิได้**

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**ไม่สามารถรวบรวมสมาธิได้**

22. ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

**สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้**

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**ไม่สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้**

23. ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

**สามารถคิดได้อย่างกระฉับกระฉ่าง**

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**ไม่สามารถคิดได้อย่างกระฉับกระฉ่าง**

24. โดยภาพรวม ท่านคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้ท่านมีอาการเหนื่อยล้า

.....  
25. ในขณะนี้ท่านมีอาการอื่น ๆ นอกจากอาการเหนื่อยล้าหรือไม่

( ) ไม่มี

( ) มี โปรดระบุ .....

**ส่วนที่ 4** แบบประเมินลักษณะอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

**คำชี้แจง** ให้ท่านอธิบายลักษณะ หรือความหมายของอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับท่านในขณะที่ท่านให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

1. เมื่อท่านรู้สึกเหนื่อยล้า ท่านมีลักษณะอาการอย่างไร

.....

**ส่วนที่ 5** แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

**คำชี้แจง** ให้ท่านช่วยเล่าประสบการณ์การจัดการหรือการแก้ไขอาการเหนื่อยล้าที่ท่านได้ปฏิบัติขณะที่ท่านให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

1. เมื่อท่านมีอาการเหนื่อยล้า ท่านมีวิธีการเบี่ยงเบน ะลอล หรือป้องกันอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นอย่างไร (มีกี่วิธี วิธีอะไรบ้าง แต่ละวิธีทำอย่างไร ผลที่ได้รับเป็นอย่างไร) ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

( ) การจัดการโดยใช้ยา

( ) การจัดการโดยไม่ใช้ยา

..... นอนหลับ/พักผ่อน

..... โปรแกรมทางจิตใจ

..... ออกกำลังกาย/มีกิจกรรม

..... นวด

..... โภชนาการ

..... เบี่ยงเบนความสนใจ

..... กิจกรรมผ่อนคลาย

..... อื่น ๆ ระบุ .....

2. ท่านใช้วิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าดังกล่าวบ่อยเพียงใด

.....

.....

3. วิธีการ หรือการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่ท่านใช้ ต้องใช้ระยะเวลาานเท่าไรอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นจึงดีขึ้น/บรรเทาลง

.....

.....

.....

4. วิธีการ หรือการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่ท่านใช้ ต้องทำในสถานที่ใดที่จะช่วยบรรเทาอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น

.....

.....

.....

5. ท่านคิดว่าปัจจัย หรือสิ่งๆที่ช่วยส่งเสริมให้การจัดการอาการเหนื่อยล้าของท่านสำเร็จ หรือดีขึ้น คืออะไร

.....

.....

.....

## ภาคผนวก ค

## ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

รายละเอียดในการจัดการ/วิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้า ซึ่งประกอบด้วยช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการจัดการอาการเหนื่อยล้า ระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการจัดการ สถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างใช้การจัดการ และเหตุผลที่ใช้การจัดการดังกล่าว

ตาราง 13

แสดงจำนวน และร้อยละของช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการจัดการอาการเหนื่อยล้า (N=120).

เวลาที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการจัดการอาการเหนื่อยล้า	จำนวน	ร้อยละ
1. ปฏิบัติแน่นอน	56	46.7
1.1 เช้า	3	5.4
1.2 เที่ยง	24	42.0
1.3 เย็น	16	28.6
1.4 กลางคืน	7	12.5
1.5 ทุกครั้งที่ว่าง	6	10.7
2. ตามสถานการณ์/อาการที่เกิด	64	53.3

ตาราง 14

แสดงจำนวน และร้อยละของระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการจัดการอาการเหนื่อยล้า (N=120).

ระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการจัดการอาการเหนื่อยล้า	จำนวน	ร้อยละ
1. น้อยกว่า 1 ชั่วโมง	76	63.4
2. 1-2 ชั่วโมง	34	28.3
3. มากกว่า 2 ชั่วโมง	10	8.3

ตาราง 15

แสดงจำนวน และร้อยละของสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการจัดการอาการเหนื่อยล้า (N=120).

สถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการจัดการอาการเหนื่อยล้า	จำนวน	ร้อยละ
1. ภายในโรงพยาบาล	71	59.2
2. นอกโรงพยาบาล	45	37.5
3. กลับบ้าน	4	3.3

ตาราง 16

แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล (ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ระยะเวลาที่ให้การดูแล จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลผู้ป่วยต่อวัน ระดับการบาดเจ็บของผู้ป่วยในปัจจุบัน และการใช้อุปกรณ์พิเศษของผู้ป่วย) กับระดับอาการเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่าง (N=120).

ข้อมูลส่วนบุคคล	อาการเหนื่อยล้า		$\chi^2$
	ระดับเล็กน้อย (จำนวน)	อาการเหนื่อยล้าระดับมาก (จำนวน)	
ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล			.04 <sup>NS</sup>
สุขภาพแข็งแรง	8	30	
สุขภาพไม่แข็งแรง	16	66	
ระยะเวลาที่ให้การดูแล			.72 <sup>NS</sup>
น้อยกว่า 7 วัน	17	59	
มากกว่า 7 วัน	7	37	
จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลผู้ป่วยต่อวัน			.66 <sup>NS</sup>
น้อยกว่า 12 ชั่วโมง	6	17	
มากกว่า 12 ชั่วโมง	18	79	
ระดับการบาดเจ็บของผู้ป่วยในปัจจุบัน			1.96 <sup>NS</sup>
น้อยกว่า 8 คะแนน	1	14	
มากกว่า 8 คะแนน	23	82	
การใช้อุปกรณ์พิเศษของผู้ป่วย			1.89 <sup>NS</sup>
ไม่มีอุปกรณ์พิเศษ	16	49	
มีอุปกรณ์พิเศษ	8	47	

NS = Non Significant

## ภาคผนวก ง

## ตารางการประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie &amp; Moregan

ขนาด ประชากร	ขนาด กลุ่มตัวอย่าง	ขนาด ประชากร	ขนาด กลุ่มตัวอย่าง	ขนาด ประชากร	ขนาด กลุ่มตัวอย่าง
10	10	220	140	1,200	291
15	14	230	144	1,300	297
20	19	240	148	1,400	302
25	24	250	152	1,500	306
30	28	260	155	1,600	310
35	32	270	159	1,700	313
40	36	280	162	1,800	317
45	40	290	165	1,900	320
50	44	300	169	2,000	322
55	48	320	175	2,200	327
60	52	340	181	2,400	331
65	56	360	186	2,600	335
70	59	380	191	2,800	338
75	63	400	196	3,000	341
80	66	420	201	3,500	346
85	70	440	205	4,000	351
90	73	460	210	4,500	354
95	76	480	214	5,000	357
100	80	500	217	6,000	361
110	86	550	226	7,000	364
120	92	600	234	8,000	367
130	97	650	242	9,000	368
140	103	700	248	10,000	370
150	108	750	254	15,000	375
160	113	800	260	20,000	377
170	118	850	265	30,000	379
180	123	900	269	40,000	380
190	127	950	274	50,000	381
200	132	1,000	278	75,000	382
210	136	1,100	285	100,000	384

## ภาคผนวก จ

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย

1. นายแพทย์สรรเพชร เลิศตระกูล  
นายแพทย์ศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลสงขลา
2. ผศ.ดร. วงจันทร์ เพชรพิเชฐเขียว  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. คุณนิษฐา อรัญดร  
หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลหาดใหญ่