

ภาคผนวก ง
เอกสารชี้แจงข้อมูล

เอกสารชี้แจงแนะนำข้อมูล (Patient Information Sheet)

ชื่อโครงการ	การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ชื่อผู้ดำเนินโครงการ	นางสาวนรกมล ไหมทอง
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสำหรับผู้ป่วยได้หรือไม่
สถานที่ดำเนินการ	ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร อ. เมือง จ. นนทบุรี

ระยะเวลาในการดำเนินโครงการ 1 เดือน

รายละเอียดของการดำเนินโครงการมีดังนี้

หากท่านยินดีในการเข้าร่วมโครงการการศึกษาอิสระ โดย

- ข้าพเจ้าขอความร่วมมือในการกรอกแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย
 - ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่ จำนวน 5 ข้อ และ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา จำนวน 5 ข้อ
 - แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 40 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ซึ่งเป็นแบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 24 ข้อ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการผ่อนคลาย จำนวน 7 ข้อ และ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการบริหารการหายใจและการออกกำลังกาย จำนวน 9 ข้อ
- กิจกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ การบริหารการหายใจและการออกกำลังกายเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

1. ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพเป็นรายบุคคล
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา ประโยชน์ที่จะได้รับและการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย
3. เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การรับรู้อาการหายใจลำบาก และ การประเมินสัญญาณชีพ ของผู้ป่วย
4. พูดคุยเพื่อทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

1. ประเมินความรู้ในการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 20 ข้อ ใช้เวลา 15 นาที
2. ให้ความรู้ เกี่ยวกับเรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ แนะนำการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใช้เวลา 20 นาที
3. สาธิตทำการบริหารการหายใจและออกกำลังกายเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยใช้ทำการบริหารการหายใจแบบ ไทจีชี่ก จำนวน 5 ท่า ใช้เวลา 20 นาที
4. ให้ผู้ป่วยฝึกบริหารการหายใจและออกกำลังกายจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและมั่นใจ ใช้เวลา 15 นาที โดยมีการสังเกตอาการที่อาจเกิดระหว่างการดำเนินโครงการ เช่น อาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก ผู้ศึกษามีการเตรียมการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย โดยการติดต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินหายใจ เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทันที เตรียมอุปกรณ์การให้ออกซิเจน อุปกรณ์การพ่นยาขยายหลอดลม ให้พร้อมใช้งานได้ที่
5. ให้ผู้ป่วยนั่งพักในท่าที่สุขสบาย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยระบายความรู้สึก และ แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการฝึกการหายใจและออกกำลังกาย ใช้เวลา 10 นาที
6. แจกคู่มือให้ความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และคู่มือการบริหารการหายใจและออกกำลังกาย ให้ผู้ป่วยนำกลับไปปฏิบัติที่บ้าน

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลา 30 - 45 นาที

1. ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อสอบถามปัญหาการบริหารการหายใจและออกกำลังกาย ให้การช่วยเหลือ และให้กำลังใจ
2. ประเมินสัญญาณชีพ อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

3. ประเมินทักษะการบริหารการหายใจและออกกำลังกาย โดยการสังเกตการณ์ปฏิบัติของผู้ป่วย ร่วมกับการพูดคุยเกี่ยวกับปัญหา และอุปสรรค และ วิธีการแก้ไขที่ผ่านมา และ ทบทวนการปฏิบัติ

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลา 45 นาที

1. พูดคุยและซักถามปัญหาภายหลังการฝึกทักษะต่างๆ และร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น
2. ทบทวนทักษะการปฏิบัติการบริหารการหายใจและการออกกำลังกายของผู้ป่วย
3. ส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วยเกี่ยวกับการบริหารการหายใจและการออกกำลังกายให้ผู้ป่วยปฏิบัติต่อไป
4. ประเมินสัญญาณชีพ และ อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
5. ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการดำเนินโครงการ ตามแบบวัดพฤติกรรมกรมการดูแลสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบวัดการรับรู้อาการหายใจลำบาก

ท่านที่เข้าร่วมโครงการมีอิสระเต็มที่ ที่จะปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมการศึกษาเมื่อใดก็ได้ที่ต้องการ โดยที่ท่านจะไม่สูญเสียสิทธิหรือประโยชน์ใดๆ จากโรงพยาบาล ถ้ามีปัญหาเกิดขึ้นระหว่างการดำเนินโครงการ เช่น อาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก ผู้ศึกษาพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาจนกว่าผู้ป่วยจะปลอดภัย โดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินหายใจให้การดูแลรักษาท่านอย่างใกล้ชิด และมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่พร้อมให้บริการกับท่าน เช่น อุปกรณ์การให้ออกซิเจน อุปกรณ์การพ่นยาขยายหลอดลม ข้อมูลต่างๆที่ได้รับจากท่านจะเก็บไว้เป็นความลับ และ จะถูกทำลายเมื่อเสร็จสิ้นการศึกษารั้งนี้ รายงานผลการศึกษารั้งนี้จะเสนอข้อมูลในภาพรวมของกลุ่ม ไม่มีข้อมูลใดๆที่จะบ่งชี้ถึงตัวบุคคล และ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป หากท่านมีข้อสงสัยใดๆเกี่ยวกับการศึกษารั้งนี้ท่านสามารถสอบถามกับผู้ดำเนินโครงการได้ตลอดเวลา และผลการศึกษาก็อาจตีพิมพ์ในบทความวิชาการ หรือวารสารทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามการเผยแพร่ดังกล่าวจะทำเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาเท่านั้น

ลงนาม ผู้ให้ข้อมูล

(.....)

ลงนาม ผู้รับข้อมูล

(.....)

ใบยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการศึกษาอิสระ (Consent form)

โครงการศึกษาอิสระ เรื่อง : การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสำหรับ
ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ ดิฉัน/กระผม

ได้รับการอธิบายจากผู้ดำเนินโครงการถึงวัตถุประสงค์ของการโครงการ วิธีการดำเนินโครงการ
อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการ รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับจากการดำเนิน
โครงการ อย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ซึ่งผู้ดำเนินโครงการ ได้ตอบคำถามต่าง ๆ ที่
สงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนดิฉัน/กระผมพอใจและเข้าร่วมโครงการนี้ด้วยความ
สมัครใจและดิฉัน/กระผมมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการ นี้เมื่อใดก็ได้ ถ้า
ปรารถนาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ที่จะเกิดขึ้นตามมา ทั้งนี้ผู้ดำเนินโครงการ รับรองว่าจะเก็บ
ข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับตัวดิฉัน/กระผมเป็นความลับโดยจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็น
สรุปผลโครงการ ในภาพรวม (ดิฉัน/กระผม อนุญาตให้ผู้ดำเนินโครงการเปิดเผยข้อมูลต่อ
หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ตามที่เห็นสมควรซึ่งกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทาง
วิชาการเท่านั้น) ผู้ดำเนินโครงการรับรองว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ ที่มีสาเหตุจากการโครงการ
ดังกล่าว ดิฉัน/กระผมจะได้รับการพิทักษ์สิทธิโดยไม่คิดมูลค่า โดยผู้รับผิดชอบโครงการศึกษา
อิสระนี้คือ นางสาวนภมล ไหมทอง สามารถติดต่อได้ที่สถาบันบำราศนราดูร ต.ตลาดขวัญ
อ.เมือง จ.นนทบุรี เบอร์โทรศัพท์ 02 - 5903433 และ ที่ปรึกษาโครงการคือ อาจารย์ ดร.
โยทะกา ภาคพงศ์ สามารถติดต่อได้ที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เบอร์
โทรศัพท์ 02-9869213-9

ดิฉัน/กระผมได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้
ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ในกรณีที่ดิฉัน/กระผมไม่สามารถอ่านหนังสือได้ และผู้ดำเนินโครงการ ได้อ่าน
ข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ดิฉัน/กระผมฟังจนเข้าใจดีแล้ว ดิฉัน/กระผมจึงลงนามในใบยินยอมนี้
ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม..... ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม..... พยาน

(.....)

ลงนาม..... พยาน
(.....)