

ภาคผนวก ค

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

วันที่บันทึกข้อมูล.....

ส่วนที่ 1 แบบวัดการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง แบบวัดชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงระดับความรู้สึกในการรับรู้พลังอำนาจของตัวท่านในระหว่างการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขอให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อต่อไปนี้ตรงกับความรู้สึกของท่านหรือไม่ มากน้อยเพียงใด และใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียวและกรุณาตอบทุกข้อโดยการเลือกตอบให้พิจารณาดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความที่ระบุไว้นั้นตรงกับความรู้สึกหรือการรับรู้ของท่านมากที่สุด

มาก หมายถึง ข้อความที่ระบุไว้นั้นตรงกับความรู้สึกหรือการรับรู้ของท่านมาก

ปานกลาง หมายถึง ข้อความที่ระบุไว้นั้นตรงกับความรู้สึกหรือการรับรู้ของท่านปานกลาง

น้อย หมายถึง ข้อความที่ระบุไว้นั้นตรงกับความรู้สึกหรือการรับรู้ของท่านน้อย

ไม่มีเลย หมายถึง ข้อความที่ระบุไว้นั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือการรับรู้ของท่านเลย

ข้อ	ข้อความ	ข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีเลย
1.	ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยทำความสะอาดปากและฟันได้อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช่น การแปรงฟัน การทำความสะอาดปากด้วยไม้พันสำลี เป็นต้น					
2.	ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยได้อาบน้ำหรือเช็ดตัวอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง					
3.	ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยสวมใส่เสื้อผ้าได้อย่างเหมาะสม					
4.	ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสมอย่างน้อยวันละ 3 มื้อ					
5.	ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารเองไม่ได้ ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยได้รับอาหารในแต่ละมื้อ เช่น การป้อนอาหาร การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น					

ข้อ	ข้อความ	ข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีเลย
6.	ท่านมั่นใจว่าสามารถสังเกตลักษณะปัสสาวะของผู้ป่วยที่ผิดปกติได้ เช่น ปัสสาวะออกน้อย ปัสสาวะออกสีเหลืองเข้ม ปัสสาวะเป็นหนอง เป็นต้น					
7.	ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยขับถ่ายปัสสาวะและทำความสะอาดหลังการขับถ่ายได้อย่างเหมาะสม					
8.	ท่านมั่นใจว่าสามารถสังเกตลักษณะอุจจาระของผู้ป่วยที่ผิดปกติได้ เช่น อุจจาระเหลว อุจจาระแข็งตัว เป็นต้น					
9.	ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระและทำความสะอาดหลังการขับถ่ายได้อย่างเหมาะสม					
10.	ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยได้พลิกตะแคงตัว หรือขยับตัวลุกนั่งได้อย่างถูกต้องและเพียงพอ					
11.	ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยมีการทรงตัวได้อย่างเหมาะสม เช่น การทรงตัวในท่านั่ง การทรงตัวในท่านอน เป็นต้น					
12.	ในกรณีที่ต้องมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยได้มีการเคลื่อนย้ายจากที่หนึ่งไปยังที่หนึ่งได้อย่างถูกวิธี เช่น จากเตียงไปยังห้องน้ำ จากห้องนอนไปยังห้องนั่งเล่น เป็นต้น					
13.	ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยนอนหลับได้อย่างพอเพียงอย่างน้อย 6-8 ชม.					

ข้อ	ข้อความ	ข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีเลย
14	ท่านมั่นใจว่าสามารถเลือกใช้อุปกรณ์เสริมเครื่องช่วยพยุง หรือเครื่องช่วยเคลื่อนย้ายให้กับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมกับสภาพร่างกาย					
15	ในกรณีที่ต้องมีการใช้อุปกรณ์เสริม เครื่องช่วยพยุงหรือเครื่องช่วยเคลื่อนย้าย ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดหาอุปกรณ์เหล่านี้ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เช่น ไม้เท้า เครื่องช่วยเดิน รถเข็นล้อเลื่อน เป็นต้น					
16	ในกรณีที่ต้องมีการใช้อุปกรณ์เสริม เครื่องช่วยพยุงหรือเครื่องช่วยเคลื่อนย้าย ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือช่วยเหลือให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์เสริมเครื่องช่วยพยุง หรือเครื่องช่วยเคลื่อนย้ายได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เช่น ไม้เท้าเครื่องช่วยเดิน รถเข็นล้อเลื่อน เป็นต้น					
17	ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการที่พักรักษาตัวให้ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมกับสภาพร่างกาย					
18	ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อให้ความสะดวกแก่ผู้ป่วย เช่นการใช้โถส้วมแบบนั่ง การสร้างราวยึดเกาะ การจัดวางอุปกรณ์ต่างๆ ให้สะดวกต่อการหยิบใช้ เป็นต้น					
19	ท่านมั่นใจว่าสามารถสังเกตสภาพอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยได้					

ข้อ	ข้อความ	ข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีเลย
20	ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการณัสภาพ อารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยได้ เช่น การไม่ ตำหนิหรือแสดงท่าทีไม่พอใจ การให้คำชมเชย การพึงเพற்றมมะ เป็นต้น					
21	ท่านมั่นใจว่าค้นหาปัญหาและความต้องการ ทางสังคมของผู้ป่วยได้ เช่น การต้องการคบ เพื่อนการต้องการร่วมกิจกรรมทางสังคม การ ต้องการร่วมงานสังสรรค์ต่างๆ เป็นต้น					
22	ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วย ได้รับการตอบสนองความต้องการทางสังคม เช่น การจัดให้พบเพื่อน การจัดให้ร่วมกิจกรรม ทางสังคม การเยี่ยมเพื่อน เป็นต้น					
23	ท่านมั่นใจว่าสามารถค้นหาเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วย สักการบูชา สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือหรือ บุคคลที่ผู้ป่วยรักและบูชา เป็นต้น					
24	ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดให้ผู้ป่วยได้ สักการบูชาพระพุทธรูป หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ เคารพนับถือ การจัดการให้ผู้ป่วยได้พบกับ ลูกหลานหรือเพื่อนที่รักและผูกพัน เป็นต้น					
25	ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการผิวหนัง ของผู้ป่วยเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคปอดอักเสบ เป็นต้น					
26	ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการผู้ป่วยให้ ปลอดภัยจากโรคในระบบทางเดินหายใจได้ เช่น โรคปอดอักเสบ เป็นต้น					

ข้อ	ข้อความ	ข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีเลย
27	ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการหรือช่วยเหลือผู้ป่วยในการบริหารข้อต่อต่างๆ ของร่างกาย เพื่อป้องกันข้อติดแข็งได้					
28	ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยได้รับประทานได้ถูกต้องตามขนาดและตรงตามเวลาที่แพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง					
29	ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือป้องกันอุบัติเหตุที่จะเกิดกับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เช่นการหกล้ม ตกเตียงของมีคมบาดมือ เป็นต้น					
30	ท่านมั่นใจว่าสามารถค้นหาความผิดปกติทางด้านร่างกายของท่านได้					
31	ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการกับปัญหาทางด้านร่างกายของท่านได้อย่างเหมาะสม เช่น การดูแลตนเอง การไปพบแพทย์ เป็นต้น					
32	ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการให้ตนเองได้รับประทานอาหารที่ให้ประโยชน์ครบ 5 หมู่ อย่างน้อยวันละ 3 มื้อ					
33	ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการให้ตนเองได้ออกกำลังกาย เช่น การวิ่ง การเดินเร็ว การว่ายน้ำ หรือการปั่นจักรยานวันละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน					

ข้อ	ข้อความ	ข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีเลย
34	ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการให้ตนเองได้นอนหลับพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง					
35	ท่านมั่นใจว่าสามารถค้นหาสภาพอารมณ์และจิตใจของท่านได้					
36	ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการกับปัญหาทางจิตใจของท่านได้อย่างเหมาะสม เช่น การหาวิธีคลายเครียดต่างๆ โดยการหางานอดิเรกทำการพูดคุยกับบุคคลอื่นๆ การหาบุคคลอื่นช่วยเหลือ เป็นต้น					
37	ท่านมั่นใจว่าสามารถค้นหาปัญหาและความต้องการทางสังคมของท่านได้ เช่น การไปเยี่ยมเพื่อน การมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น					
38	ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการให้ตนเองได้รับการตอบสนองความต้องการทางสังคมได้อย่างเหมาะสม เช่น การแบ่งเวลาให้ได้มีกิจกรรมทางสังคม การหาเวลาไปเยี่ยมเพื่อน เป็นต้น					
39	ท่านมั่นใจว่าสามารถค้นหาเกี่ยวกับสิ่งที่ท่านสักการบูชา สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือหรือบุคคลที่ท่านรักและผูกพัน เป็นต้น					
40	ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการให้ตนเองได้สักการบูชาพระพุทธรูป หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือการได้พบกับลูกหลานหรือเพื่อนที่รักและผูกพัน เป็นต้น					

แบบวัดความเครียด

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงระดับความเครียดในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของท่าน ขอให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความทางซ้ายมือให้ผู้ดูแลพิจารณาว่าผู้ดูแลมีความเครียดในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมากน้อยเพียงใด จากนั้นให้ใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ดูแล โดยแต่ละคำตอบมีความหมาย ดังนี้

ไม่เคย	หมายถึง	ไม่เกิดความรู้สึกนั้นเลย
เกือบไม่เคย	หมายถึง	เกิดความรู้สึกกับท่านน้อยครั้งมาก
บางครั้ง	หมายถึง	เกิดความรู้สึกกับท่านเป็นบางครั้ง
ค่อนข้างบ่อย	หมายถึง	เกิดความรู้สึกเหล่านั้นกับท่านบ่อย
เป็นประจำ	หมายถึง	เกิดความรู้สึกเหล่านั้นกับท่านเป็นประจำ

ข้อ	ข้อความ	ข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน				
		ไม่เคย (0)	เกือบ ไม่เคย (1)	บางครั้ง (2)	ค่อนข้าง บ่อย (3)	เป็น ประจำ (4)
1.	ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยขอความช่วยเหลือจากท่าน มากเกินไปจนความต้องการที่แท้จริง					
2.	ท่านรู้สึกว่าท่านใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยจน ทำให้ไม่มีเวลาส่วนตัว					
3.	ท่านรู้สึกเครียดที่ต้องดูแลผู้ป่วย ต้อง รับผิดชอบครอบครัว และต้องทำงานใน ขณะเดียวกัน					
4.	ท่านรู้สึกยุ่งยากกับพฤติกรรมของผู้ป่วย					
5.	ท่านมีอาการง่วงหรือเหนื่อย เมื่อได้ดูแล ผู้ป่วย					
6.	ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยมีส่วนทำให้ความสัมพันธ์ ของท่านกับสมาชิกอื่นในครอบครัวหรือเพื่อน แย่ลง					
7.	ท่านกลัวสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตกับผู้ป่วย					
8.	ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยพึ่งพาท่าน					

ข้อ	ข้อความ	ข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน				
		ไม่เคย (0)	เกือบ ไม่เคย (1)	บางครั้ง (2)	ค่อนข้าง บ่อย (3)	เป็น ประจำ (4)
9.	ท่านรู้สึกตึงเครียด เมื่อได้อยู่กับผู้ป่วย					
10.	ท่านรู้สึกว่าสุขภาพของท่านทรุดโทรม เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย					
11.	ท่านรู้สึกว่าไม่มีความเป็นส่วนตัว อย่างที่ท่าน ต้องการ เพราะต้องคอยดูแลผู้ป่วย					
12.	ท่านรู้สึกว่าชีวิตทางสังคมของท่านได้รับ ผลกระทบ เพราะการดูแลผู้ป่วย					
13.	ท่านรู้สึกไม่สบายใจในการที่เพื่อนฝูงมาเยี่ยม ในขณะที่ท่านกำลังดูแลผู้ป่วย					
14.	ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยคาดหวังให้ท่านดูแลเสมือน หนึ่งว่าท่านเป็นคนเดียวที่เขาพึ่งพาได้					
15.	ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีค่าใช้จ่ายเพียงพอ ที่จะ ดูแลผู้ป่วย					
16.	ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถที่จะดูแลผู้ป่วยได้ อีกต่อไปแล้ว					
17.	ท่านรู้สึกสูญเสียการควบคุมชีวิตตัวเอง นับตั้งแต่ญาติของท่านเจ็บป่วย					
18.	ท่านต้องการให้ผู้อื่นดูแลผู้ป่วยแทนตัวท่านเอง					
19.	ท่านรู้สึกไม่แน่ใจเกี่ยวกับสิ่งที่ท่านปฏิบัติต่อ ผู้ป่วย					
20.	ท่านรู้สึกว่าท่านควรดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่านี้					
21.	ท่านรู้สึกว่าท่านสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่านี้					
22.	โดยภาพรวมแล้ว ท่านรู้สึกว่าป็นภาระในการ ดูแลผู้ป่วย					

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....

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

รายได้ (ก่อนการเจ็บป่วย).....; (หลังการเจ็บป่วย).....

ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาคือ.....

ประวัติการเจ็บป่วย

การวินิจฉัยโรค.....

ระยะเวลาเจ็บป่วย.....

ภาวะแทรกซ้อน.....

โรคประจำตัวและการรักษา.....

ยาที่รับประทาน.....

.....

.....

.....

ประวัติความเจ็บป่วยครอบครัว

ประเมินสภาพร่างกาย

- กำลังกล้ามเนื้อ (Muscle power)

.....

- ตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Muscle tone)

.....

- Sitting Balance

Static.....

Dynamic.....

- Standing Balance

Static

Dynamic

- Functional mobility tasked

1. Supine to Rt.side lying (พลิกตะแคงตัว)

.....

2. Lying to sitting (ลุกจากท่านอนหงาย)

.....

3. Sitting to standing (ขณะลุกขึ้นยืน)

.....

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน / ความต้องการการดูแลผู้ป่วย

1. ความสะอาดของร่างกาย เช่น อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน

ความสามารถในการทำความสะอาดร่างกาย

.....

.....

ความต้องการการช่วยเหลือ:

.....

2. การอาบน้ำเช็ดตัว

ความสามารถในการอาบน้ำเช็ดตัว :

.....

ความต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำเช็ดตัว :

.....

3. การแต่งตัว การสวมใส่เสื้อผ้า

ความสามารถในการแต่งตัว การสวมใส่เสื้อผ้า :

.....

ความต้องการความช่วยเหลือในการแต่งตัว การสวมใส่เสื้อผ้า :

.....

4. การรับประทานอาหารและน้ำ

ความสามารถในการรับประทานอาหารและน้ำ :

.....

ความต้องการความช่วยเหลือในการรับประทานอาหารและน้ำ :

.....

5. การเข้าห้องน้ำ

ความสามารถในการเข้าห้องน้ำ :

.....

ความต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ :

.....

6. การเคลื่อนย้ายตัว เช่น จากเตียงไปรถเข็น

ความสามารถในการเคลื่อนย้ายตัว :

.....

ความต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายตัว :

.....

7. การเดิน

ความสามารถในการเดิน :

.....

ความต้องการความช่วยเหลือในการเดิน:

.....

8. การการกลืนถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาเข้าห้องน้ำ

ความสามารถในการการกลืนถ่ายอุจจาระ :

.....

ความต้องการความช่วยเหลือในการการกลืนถ่ายอุจจาระ:

.....

9. การการกลืนปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาเข้าห้องน้ำ

ความสามารถในการการกลืนปัสสาวะ :

.....

ความต้องการความช่วยเหลือในการการกลืนปัสสาวะ:

.....

ภาวะทางจิตใจและการรับรู้ของผู้ป่วย

.....

บุคคลสำคัญสำหรับผู้ป่วย คือ

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ชื่อผู้ดูแล.....นามสกุล.....

ข้อมูลส่วนตัว

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

ระดับการศึกษา.....

อาชีพ.....

รายได้ของครอบครัวต่อเดือน บาท

[] 1. เพียงพอ

[] 2. ไม่เพียงพอ

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย.....ปี.....เดือน.....สัปดาห์.....

จำนวนระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยใน 1 วัน ชั่วโมง

ผู้ช่วยผู้ดูแล

[] 1. ไม่มี

[] 2. มี ระบุ

แบบประเมินความสามารถในการทำงาน กิจกรรมของผู้ป่วย / ผู้พิการที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ฉบับนี้ได้ผ่านการทำ Validity และทดลองใช้หาค่า interrater reliability = 0.98 ได้ประเมินซึ่งมี 10 หมวด รวม 35 กิจกรรม ดังนี้

หมวด	กิจกรรม
หมวดที่ 1 Feeding	1. ดื่มน้ำ
	2. รับประทานอาหาร
หมวดที่ 2 Grooming	3. แปรงฟัน
	4. ล้างหน้า
	5. ล้างมือ
	6. หวีผม
หมวดที่ 3 Cleaning	7. อาบน้ำ-เช็ดตัว
	8. สระผม-เช็ดตัว
	9. ทำความสะอาดหลังขั้วถ่าย
หมวดที่ 4 Dressing	10. ถอดเสื้อ
	11. ถอดกางเกง
	12. ถอดถุงเท้า-ถอดรองเท้า
	13. ใส่เสื้อ
	14. ใส่กางเกง
	15. ใส่ถุงเท้า-ใส่รองเท้า
หมวดที่ 5 Bowel & Bladder management	16. ควบคุมการขับถ่าย ปัสสาวะ
	17. ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ
หมวดที่ 6 Mobility	18. พลิกตัวบนเตียง
	19. ลุกขึ้นนั่ง
	20. ทรงตัวในท่านั่งและท่าทางในการนั่ง
	21. ลุกขึ้นยืน
	22. ทรงตัวในท่ายืน
	23. เคลื่อนย้ายตัว
	24.1 เดินบนทางราบ
	24.2 เคลื่อนที่บนทางราบโดยใช้รถนั่งคนพิการ

หมวด	กิจกรรม
	25.1 เดินบนทางลาดเอียง
	25.2 เคลื่อนที่บนทางลาดเอียงโดยใช้รถนั่งคนพิการ
	26. ขึ้น ลงบันได อย่างน้อย 12-14 ขั้น
หมวดที่ 8 Communication	27. ฟังเข้าใจในการสื่อสารกับบุคคลอื่น
	28. แสดงออกทางภาษา
หมวดที่ 9 Social & Cognition	29. ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม
	30. แก้ไขปัญหา
	31. ความจำ
	32. คำนวณ
หมวดที่ 10 IADL	33. เตรียมอาหาร
	34. ทำความสะอาดที่พักอาศัย
	35. กินยา

โดยในแต่ละรายการมีการพิจารณายึดหลักในคะแนนแบบประเมินความสามารถของผู้ป่วย / ผู้พิการ ที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ (SNMRC – Functional Assessment)

เอกสารชี้แจงแนะนำข้อมูล (Patient Information sheet)

ชื่อโครงการ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ชื่อผู้ดำเนินโครงการ นางศรีสุตา เจียะรัตน์

วัตถุประสงค์โครงการ เพื่อศึกษาว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีการรับรู้พลังอำนาจและลดระดับความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้หรือไม่

รายละเอียดในการปฏิบัติของผู้เข้าร่วมโครงการมีดังนี้ หากท่านยินดีในการทำโครงการศึกษาอิสระโดย

1. ดิฉันขอความร่วมมือในการกรอกแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและตอบแบบสอบถาม จำนวน 2 ชุดประกอบด้วย แบบวัดระดับความเครียดและแบบวัดระดับการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแล

2. กิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1. การค้นหาความจริงตามสถานการณ์ 2. การพิจารณาไตร่ตรองหรือการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3. การตัดสินใจลงมือปฏิบัติ ดำเนินการ 4. คงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า
ท่านจะได้รับการดูแลดังต่อไปนี้

กิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสัปดาห์ที่ 1

วันที่ 1. ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการดำเนินการ
2. สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ดำเนินโครงการกับผู้เข้าร่วมโครงการและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. ตรวจประเมินสภาพร่างกายและค้นหาปัญหาผู้ป่วยโดยใช้
 - แบบ ประเมินความสามารถในการทำงานกิจกรรมของผู้ป่วย/ผู้พิการของศูนย์ สิรินคร
 เพื่อ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
 - ประเมินกำลังกล้ามเนื้อ
 - ประเมินความตึงตัวของกล้ามเนื้อ

วันที่ 2. ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

1. ค้นหาปัญหาตามสภาพการณ์จริงและการสะท้อนคิดปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการพูดคุย
2. ผู้ดำเนินโครงการให้ผู้ดูแลสาริตทักษะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยได้แก่ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การบริหารเคลื่อนไหวข้อ และออกกำลังกายกล้ามเนื้อ เป็นต้น

วันที่ 3. ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

1. ทบทวนสรุป เรียงลำดับความสำคัญของปัญหา รวมทั้งการคิดวิเคราะห์ปัญหา ระบุปัญหา สาเหตุของปัญหา และการหาแนวทางแก้ไขปัญหา
2. ผู้ดูแลตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหา

กิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สัปดาห์ที่ 2

วันที่ 1 ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

1. สนับสนุนความรู้เรื่อง ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนการใช้ยาและการจัดการความเครียด
2. ให้ผู้ดูแลซักถามข้อปัญหา ข้อสงสัย

วันที่ 2 ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

กิจกรรมการสนับสนุน ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่ม เช่น ทักษะการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การบริหารกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวของข้อ

วันที่ 3 ระยะเวลา 30-45 นาที

ติดตามเยี่ยมและสนับสนุนให้กำลังใจ

กิจกรรมการเสริมสร้างกลังอำนาจ สัปดาห์ที่ 3

วันที่ 1 ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

การประชุมกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยนำสมาชิกในกลุ่มเป็นตัวต้นแบบ และเป็นผู้ดำเนินการกิจกรรมกลุ่ม

1. ประเมินผลการแก้ไขปัญหาการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ
2. ปรับปรุงและหาแนวทางแก้ไขปัญหา และคงไว้ซึ่งกิจกรรมการดูแล
3. ค้นหาปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาใหม่จากการดูแล

วันที่ 2 ระยะเวลา 30-45 นาที

1. ติดตามเยี่ยมและสนับสนุนให้กำลังใจ

กิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สัปดาห์ที่ 4

วันที่ 1 ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

ติดตามประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วันที่ 2 ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

1. ตรวจประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยโดยใช้
 - แบบ ประเมินความสามารถในการทำงานกิจกรรมของผู้ป่วย/ผู้พิการ ของศูนย์สิรินธร เพื่อ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
2. ผู้ดูแล ตอบแบบสอบถาม จำนวน 2 ชุดประกอบด้วย แบบวัดระดับความเครียดและแบบวัดระดับการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแล ครั้งที่2

ระยะเวลาในการดำเนินโครงการ 1 เดือน

การดำเนินการครั้งนี้จะมีการประเมินผลโดยใช้แบบวัดระดับความเครียดและการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 3 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ก่อนเข้าร่วมโครงการ ครั้งที่ 2 หลังเสร็จสิ้นโครงการ ครั้งที่ 3 หลังเสร็จสิ้นโครงการ 1 เดือน

ท่านสามารถยุติการเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ได้ทุกเวลา และไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมหรือไม่ก็ตามจะไม่มีผลต่อท่านแต่อย่างใด ในการเข้าร่วมโครงการซึ่งจะก่อประโยชน์ในการสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกลึกซึ้งมีคุณค่าต่อตนเองต่อผู้ป่วย มีความสามารถในการจัดการปัญหาและความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป ในการเข้าร่วมโครงการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ แต่ท่านจะได้รับการดูแลและให้คำปรึกษาข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยซึ่งก่อเกิดประโยชน์แก่ตัวท่านและผู้ป่วยและผู้ศึกษาจะมีการนัดหมายเวลาและปฏิบัติการทำกิจกรรมของโครงการให้เสร็จตามเวลาที่กำหนดและสอดคล้องกับเวลาในการ ปฏิบัติการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

ข้อมูลที่ได้มาจะเป็นความลับโดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ข้อมูลต่างๆจะใช้รหัสตัวเลขซึ่งผู้ดำเนินโครงการและอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการเท่านั้นที่จะสามารถเข้าถึงข้อมูลได้

ผลการศึกษาอาจตีพิมพ์ในบทความวิชาการหรือวารสารทางการแพทย์อย่างไรก็ตามการเผยแพร่ดังกล่าวจะกระทำเพื่อเป็นประโยชน์แก่การศึกษาเท่านั้น

ลายเซ็น.....

(.....)ผู้รับข้อมูล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลายเซ็น.....

(ศรีสุดา เจียรรัตน์) ผู้ให้ข้อมูล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....