

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญปัญหากับผลของการปรับตัวของครอบครัว

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่างและทำเครื่องหมาย / ลงใน () ซึ่งตรงกับข้อมูลทั่วไปของครอบครัวท่าน

1. ข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. ปัจจุบันผู้ป่วยอายุ ปี
2. เพศของผู้ป่วย () 1. เพศชาย () 2. เพศหญิง
3. สถานภาพของท่านเป็นอย่างไร
() 1. คู่ () 2. หย่าร้าง/หม้าย () 3. โสด
4. การศึกษาสูงสุดชั้น.....
() 1. ไม่ได้เรียน () 2. ประถมศึกษา
() 3. มัธยมศึกษาตอนต้น () 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.
() 6. อนุปริญญา/ ปวส. () 7. ปริญญาตรี () 8. อื่นๆ (ระบุ).....
5. อาชีพของผู้ป่วย
() 1. แม่บ้าน / พ่อบ้าน () 2. เกษตรกร
() 3. รับราชการ () 4. ค้าขาย
() 5. อื่นๆ (ระบุ)
6. ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล
() 1. 1 เดือน () 2. 3 เดือน
() 3. 6 เดือน () 4. 1 ปีขึ้นไป

2. ข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. อายุของผู้ดูแล..... ปี
2. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
3. สถานภาพสมรสของผู้ดูแล
() 1. คู่ () 2. หย่าร้าง/หม้าย
() 3. โสด
4. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
() 1. บุตรสาว/บุตรชาย () 2. สามเณร/ภรรยา
() 3. หลาน () 4. พี่ น้อง
() 5. อื่นๆ.....
5. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย..... ต่อวัน

6. การศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- () 1. ไม่ได้เรียน () 2. ประถมศึกษา
- () 3. มัธยมศึกษาตอนต้น () 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
- () 6. อนุปริญญา/ปวส. () 7. ปริญญาตรี () 8. อื่นๆ (ระบุ).....
7. อาชีพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- () 1. แม่บ้าน / พ่อบ้าน () 2. เกษตรกร
- () 3. รับราชการ () 4. รับจ้าง () 5. อื่นๆ (ระบุ)
8. ลักษณะครอบครัวของท่านเป็นครอบครัวชนิดใด
- () 1. ครอบครัวเดี่ยว () 2. ครอบครัวขยาย
9. ครอบครัวของท่านมีรายได้เพียงใด
- () 1. ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน
- () 2. 5001 – 9,999 บาท / เดือน
- () 3. 10,000- 14,999 บาท /เดือน
- () 4. 15,000- 19,999 บาท / เดือน
- () 5. 20,000- 24,999 บาท /เดือน
- () 6. 25,000 บาท/เดือนขึ้นไป
10. รายได้ของครอบครัวเพียงพอสำหรับครอบครัวเพียงใด
- () เพียงพอ แต่มีหนี้สิน () เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน
- () เพียงพอ เหลือเก็บบ้างเล็กน้อย () ไม่เพียงพอ
11. จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกัน คน
12. สมาชิกครอบครัวของท่านส่วนใหญ่นับถือศาสนาอะไร
- () 1. พุทธ () 2. คริสต์ () 3. อิสลาม () 4. อื่นๆ (ระบุ).....
13. ครอบครัวของท่านเคยพาผู้ป่วยไปรักษาอย่างอื่นร่วมด้วยหรือไม่
- () ไม่เคย
- () เคย (ระบุ).....(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- () 1. กินยาสมุนไพร
- () 2. รดน้ำมันดี
- () 3. ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา/ ทำบุญตักบาตร
- () 4. อื่นๆ.....
14. สถานที่ที่ท่านพาผู้ป่วยไปรับการรักษาพยาบาล
- () 1. โรงพยาบาลรัฐบาล () 2. โรงพยาบาลเอกชน
- () 3. คลินิกแพทย์ () 4. สถานีอนามัย

15. ครอบครัวของท่านรับรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- () 1. รับรู้ว่าผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องได้รับการดูแล
- () 2. รับรู้ว่าผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่จำเป็นต้องอยู่ดูแลตลอดเวลา
- () 3. รับรู้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยว่าต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิดตลอดเวลา
- () 4. ไม่รับรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย
16. ครอบครัวของท่านรู้สึกเครียดอย่างไรเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- () 1. ไม่รู้สึกเครียด () 2. เครียดเล็กน้อย
- () 3. เครียดปานกลาง () 4. เครียดมากที่สุด
17. เมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกครอบครัว ครอบครัวของท่านมีแหล่งช่วยเหลือของครอบครัวหรือไม่
- () 1. ไม่มี
- () 2. มี ระบุ.....
- () 1.ญาติ พี่น้อง () 2.เพื่อน
- () 3. องค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ () 4. อื่นๆ ระบุ.....
18. หลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลท่านต้องการให้พยาบาล/เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์มาเยี่ยมที่บ้านภายในระยะเวลาเท่าใด
- () 1. 1 สัปดาห์หลังจากออกจากโรงพยาบาล () 2. 1 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล
- () 2. 3 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล () 4. 6 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล

แบบสอบถามการเผชิญปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง : แบบสอบถามชุดนี้ต้องการทราบวิธีการเผชิญปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรุณาทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านตามความเป็นจริง โดยถือเกณฑ์ดังนี้

ไม่ทำ หมายถึง ไม่ใช้วิธีนั้นจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

ทำบางครั้ง หมายถึง ใช้วิธีการนั้นจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของครอบครัว ด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นบางครั้ง ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง / สัปดาห์

ทำบ่อยครั้ง หมายถึง ใช้วิธีการนั้นจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของครอบครัว ด้วยโรคหลอดเลือดสมองบ่อยครั้ง ปฏิบัติ 3-4 ครั้ง / สัปดาห์

ทำประจำ หมายถึง ใช้วิธีการนั้นจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของครอบครัว ด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นประจำ ปฏิบัติ 5-7 ครั้ง / สัปดาห์

เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านท่านมีวิธีการเผชิญปัญหาอย่างไร	ไม่ทำ	ทำบางครั้ง	ทำบ่อยครั้ง	ทำประจำ
ท่านมีวิธีการแก้ไขปัญหาอย่างไรเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขณะอยู่ที่บ้าน				
1. ท่านซักถามข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วยบิตามารดาจากแพทย์/พยาบาล				
2. ท่านได้ซักถามแผนการรักษาจากแพทย์/พยาบาล				
3. ท่านคิดว่าสมาชิกครอบครัวมีการสื่อสาร พูดคุยปัญหาข้อสงสัยจากแพทย์/พยาบาล ได้เป็นอย่างดี				
4. ท่านคิดว่าสมาชิกครอบครัวของท่านมีการแสวงหาข้อมูล วิธีการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ดูทีวี, ฟังวิทยุ, อ่านหนังสือ				
5. สมาชิกครอบครัวของท่านปฏิบัติตามคำแนะนำจากแพทย์/พยาบาล				
6. สมาชิกครอบครัวของท่านพยายามพบปะสังสรรค์กับผู้อื่น				
7. สมาชิกครอบครัวบางคนลาออกจากการประจำที่ทำอยู่				
8. สมาชิกครอบครัวพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ				
9. สมาชิกครอบครัวแสวงหาการรักษาเพิ่มเติม เช่น ฟ้าไปรดน้ำมนต์, รับประทานยาสมุนไพร, การงคอาหารบางอย่าง				
ท่านมีวิธีการจัดการกับอารมณ์ที่ตึงเครียดอย่างไร				
10. สมาชิกครอบครัวบางคนร้องไห้ระบายความรู้สึก				
11. สมาชิกครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน ในครอบครัวเช่น ดูทีวี, ฟังวิทยุ				
12. สมาชิกครอบครัวบางคนใช้ยานอนหลับหรือยาระงับประสาทเมื่อมีอาการเครียด				
13. สมาชิกครอบครัวดื่มสุรา เบียร์ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพื่อให้ลืมปัญหา				

เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านท่านมีวิธีการเผชิญปัญหาอย่างไร	ไม่ทำ	ทำบางครั้ง	ทำบ่อยครั้ง	ทำประจำ
14. สมาชิกครอบครัวกล่าวโทษผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง				
15. สมาชิกในครอบครัวต่างคนต่างอยู่				
16. สมาชิกในครอบครัวไม่พูด/ไม่คิดถึงเหตุการณ์หรือสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด				
17. สมาชิกในครอบครัวปลอบใจกันและกัน ในครอบครัว				
ท่านมีการใช้แหล่งประโยชน์ของครอบครัวอย่างไร				
18. สมาชิกในครอบครัวเล่าเรื่องวิตกกังวลให้ญาติ/เพื่อนฟัง				
19. สมาชิกในครอบครัวออกกำลังกายหรือทำงานอดิเรกเพื่อระบายความเครียด				
20. สมาชิกครอบครัวแต่ละคนทำกิจกรรมที่ตนเองชอบเพื่อให้สบายใจ เช่น ร้องเพลง				
21. สมาชิกครอบครัวมีการทำสมาธิเพื่อให้จิตใจสงบ				
22. สมาชิกครอบครัวสวดมนต์ อ้อนวอนต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ขอให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วย				
23. มีการพูดคุยกันในครอบครัวช่วยกันหาวิธีแก้ไขปัญหา				
24. สมาชิกครอบครัวแบ่งงานรับผิดชอบในครอบครัว				
25. สมาชิกครอบครัวปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่กันในครอบครัว				
26. สมาชิกครอบครัวปรึกษาปัญหาไม่สบายใจกับแพทย์/พยาบาล				
27. สมาชิกครอบครัวขอความช่วยเหลือจากญาติ/เพื่อนเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา				
28. สมาชิกครอบครัวร่วมทำกิจกรรมทางศาสนา เช่น ทำบุญ ตักบาตร นำพระมาสวดเพื่อต่ออายุ				
29. สมาชิกครอบครัวไปหาหมอพื้นบ้าน เช่น หมอคู่ หมอธรรม				
30. สมาชิกครอบครัวปรึกษา/ขอคำแนะนำจากครอบครัวอื่นที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง				
ท่านมีวิธีการให้ความหมายใหม่ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในทางที่ดีอย่างไร				
31. สมาชิกครอบครัวคิดว่าดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ที่ต้องทำ				
32. สมาชิกครอบครัวคิดว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความสามัคคี/เห็นอกเห็นใจกันมากขึ้น ในครอบครัว				
33. สมาชิกครอบครัวคิดว่าอาการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวเป็นชะตากรรมเก่า				
34. สมาชิกครอบครัวคิดว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่สามารถเกิดขึ้นกับครอบครัวตน				
35. สมาชิกครอบครัวลดความคาดหวังต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับครอบครัวตนเอง				
36. สมาชิกครอบครัวพยายามคิดว่าไม่เป็นไรขอให้พยายามดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด				
37. สมาชิกครอบครัวคิดว่าครอบครัวสามารถรับได้ถ้าต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง				

**แบบสอบถามภาวะสุขภาพกายและใจของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง**

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ต้องการทราบภาวะสุขภาพกายและใจของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับแบบสอบถามข้างล่างนี้ ขอให้ท่านตอบคำถามโดยใช้เครื่องหมายถูก (/) ในช่องที่ตรงตามความเป็นจริงในครอบครัวของท่านมากที่สุด การเลือกให้ถือเกณฑ์ดังนี้

น้อยที่สุด หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพกายและใจของครอบครัวน้อยที่สุด
ปานกลาง หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพกายและใจของครอบครัวปานกลาง
มาก หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพกายและใจของครอบครัวมาก
มากที่สุด หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพกายและใจของครอบครัวมากที่สุด

ข้อความ	น้อยที่สุด	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ท่านคิดว่าเมื่อมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบ้าน สมาชิกครอบครัวของท่านกังวลต่อภาวะสุขภาพของตนเองเพียงใด				
2. สมาชิกครอบครัวของท่านรู้สึกดีเยี่ยมเพียงใดเมื่อมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบ้าน				
3. สมาชิกในครอบครัวของท่านมีความกระตือรือร้นในการดูแลผู้ป่วยเพียงใดเมื่อมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบ้าน				
4. สมาชิกในครอบครัวของท่านรู้สึกหวั่นใจเพียงใดเมื่อมีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง				
5. สมาชิกในครอบครัวรู้สึกกลัวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเพียงใด				
6. สมาชิกในครอบครัวรู้สึกโกรธเพียงใดเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง				
7. สมาชิกในครอบครัวรู้สึกเศร้าโศกเพียงใดเมื่อมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบ้าน				
8. ท่านรู้สึกท้อแท้ใจเพียงใดเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง				
9. ท่านรู้สึกกังวลใจกับอาการของผู้ป่วยเพียงใดเมื่อต้องดูแลผู้ป่วย				
10. สมาชิกในครอบครัวรู้สึกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวเพียงใดเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน		-		

แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง กรุณาเลือกข้อความโดยใช้เครื่องหมายถูก (/) ในช่องที่ตรงตามความเป็นจริงกับครอบครัวของท่านมากที่สุด การเลือกให้ถือเกณฑ์ดังนี้

ไม่ตรงเลย หมายถึง ไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย

ตรงเล็กน้อย หมายถึง กิจกรรมนั้นตรงปานกลาง หรือทำเกือบทุกวัน

ตรงปานกลาง หมายถึง กิจกรรมนั้นตรงเล็กน้อย หรือ ทำเป็นบางครั้ง บางวัน

ตรงมากที่สุด หมายถึง กิจกรรมนั้นตรงมากที่สุด หรือทำเป็นประจำ

ข้อความ	ไม่ ตรงเลย	ตรง เล็กน้อย	ตรง ปาน กลาง	ตรง มาก ที่สุด
1. สมาชิกในครอบครัวช่วยกันแก้ไขปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในบ้านได้				
2. ในครอบครัวของท่านมีการพูดคุยกันเสมอว่า วิธีการแก้ปัญหาที่ท่านทำไปนั้นได้ผลหรือไม่				
3. เมื่อท่านขอให้คนในครอบครัวทำอะไร ท่านมักไม่แน่ใจว่าเขาจะทำได้หรือไม่				
4. ครอบครัวของท่านแสดงความรักใคร่เอ็นดูต่อกันมากพอ				
5. ท่านรู้สึกมีอิสระ และเป็นตัวของตัวเองเพียงพอ				
6. ทุกคนในครอบครัวของท่านสามารถทำผิดได้โดยไม่ต้องรับโทษ				
7. ทุกคนในครอบครัวของท่านเข้ากันได้เป็นอย่างดี				
8. เมื่อมีปัญหาภายในครอบครัว มักมีการปรึกษากันว่าจะแก้ปัญหาอย่างไร				
9. บ่อยครั้งที่ท่านไม่สามารถพูดในสิ่งที่您คิดหรือรู้สึก				
10. สมาชิกในครอบครัวของท่านมีงานบ้านที่ต้องรับผิดชอบ				
11. แสดงความรู้สึกทั้งดีและไม่ดีต่อกันอย่างเปิดเผย				
12. สมาชิกในครอบครัวจะสนใจท่านก็ต่อเมื่อเรื่องนั้นเป็นเรื่องสำคัญสำหรับเขา				
13. ครอบครัวของท่านห้ามมีการทำร้ายร่างกายกัน				
14. สมาชิกในครอบครัวของท่านมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน				
15. ในครอบครัวของท่านเมื่อมีการตกลงเรื่องต่างๆร่วมกันจะเป็นไปได้ลำบากเพราะไม่ค่อยเข้าใจกัน				
16. สมาชิกในครอบครัวของท่านสามารถพูดกันตรงไปตรงมาไม่อ้อมค้อม				
17. ครอบครัวของท่านไม่เคยขาดสิ่งจำเป็น เช่น อาหาร เสื้อผ้า ยารักษาโรค ฯลฯ				
18. บางคนในครอบครัวไม่ค่อยแสดงอารมณ์หรือความรู้สึก				

ข้อความ	ไม่ ตรงเลย	ตรงเล็ก น้อย	ตรง ปาน กลาง	ตรง มาก ที่สุด
19.ทุกคนยอมรับว่า แต่ละคนมีแบบฉบับของตนเอง				
20.ครอบครัวของคุณรักใคร่ปรองดองกัน				
21.สมาชิกในครอบครัวของท่านบางทีก็ยุ่ง วุ่นวายกับคนอื่นมากเกินไปจนน่าอึดอัดใจ				
22.ขณะนี้ครอบครัวของท่านมีความสุขดีพอแล้ว				
23.ท่านรู้สึกเจนว่าแต่ละคนรู้สึกอย่างไรเมื่อฟังจากคำพูดของเขา				
24.สมาชิกครอบครัวของท่านต่างคนต่างอยู่				
25.สมาชิกครอบครัวของท่านสามารถเผชิญปัญหาต่างๆร่วมกันได้ดี				
26.สมาชิกครอบครัวของท่านแก้ปัญหาความไม่สบายใจระหว่างกันได้ก่อนเข้าตี				
27.สมาชิกครอบครัวของท่านมีลักษณะสบาย ไม่มียึดถือมาตรฐานกฎเกณฑ์ใดๆ				
28.สมาชิกในครอบครัวของท่านมักจะพูดกันตรงๆแทนที่จะพูดผ่านอีกคนหนึ่ง				
29.สมาชิกครอบครัวของท่านแต่ละคนปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างไม่ขาดตกบกพร่อง				
30.สมาชิกในครอบครัวของท่านใครจะทำอะไรก็ได้ตามใจชอบ				
31.ท่านกล้าบอกสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆเมื่อเขาทำในสิ่งที่คุณไม่ชอบ				
32.ในยามวิกฤติสมาชิกในครอบครัวสามารถพึ่งพาอาศัยกันได้				
33.ผู้ใหญ่ในครอบครัวออกคำสั่งหรือควบคุมเด็กมากเกินไป				
34.ท่านสามารถระบายความทุกข์ใจให้คนในครอบครัวฟัง				
35.ครอบครัวของท่านให้ความสำคัญต่อความรู้สึกของสมาชิก				
36.สมาชิกในครอบครัวของท่านมีความรู้สึกที่ไม่ดีเกิดขึ้นมากมาย				

แบบสอบถามความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันภายในครอบครัว

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องว่างที่ตรงกับข้อความ ที่ท่านมีความเห็นตรงกับข้อความนั้นๆ โดยมี
เกณฑ์ในการเกณฑ์ในการเลือกตอบ ดังนี้

ไม่เคยเลย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติตั้งข้อความนั้นเลย

บางครั้ง หมายถึง เคยปฏิบัติตั้งข้อความนั้นเป็นบางครั้ง

บ่อยๆ หมายถึง เคยปฏิบัติตั้งข้อความนั้นบ่อยๆ มากกว่าบางครั้ง

เป็นประจำ หมายถึง เคยปฏิบัติตั้งข้อความนั้นเป็นประจำ

ข้อความ	ไม่เคยเลย	บางครั้ง	บ่อยๆ	เป็นประจำ
1. เมื่อมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสมาชิกในครอบครัวพูดคุยปัญหาต่างๆกับคนนอกครอบครัวง่ายกว่าพูดคุยกับคนในครอบครัว				
2. สมาชิกครอบครัวรู้สึกสนิทสนมกับคนภายนอกครอบครัวมากกว่าคนในครอบครัว				
3. เมื่อมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสมาชิกในครอบครัวทุกคนต่างคนต่างไป				
4. เมื่อมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสมาชิกในครอบครัวจะจับคู่กันทำงานมากกว่าจะช่วยกันทุกคนในครอบครัว				
5. เมื่อมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สมาชิกครอบครัวพยายามหลบเลี่ยงหรือไม่พูดคุยกันในครอบครัว				
6. เมื่อมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สมาชิกครอบครัวถือว่าเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก				
7. เมื่อมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สมาชิกครอบครัวมีการตัดสินใจร่วมกันแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น				

ภาคผนวก ข
แบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

แบบคำชี้แจงอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญปัญหากับผลของการปรับตัวของครอบครัว
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ดิฉัน นางสาวชุลีกร ทาทอง นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เห็นว่าท่านและครอบครัวของท่านเป็นผู้ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการให้ข้อมูลครั้งนี้ จึงใคร่ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 40-45 นาที

ในการตอบแบบสอบถามนี้ไม่มีคำตอบผิดหรือถูก ข้อมูลที่ได้จากท่านและครอบครัวจะนำไปใช้ในการวางแผนดูแลครอบครัวและส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพื่อให้มีผู้ดูแลผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีวิธีการเผชิญปัญหาที่ดี และสามารถปรับตัวได้เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจและไม่มีผลเสียหรืออันตรายใดๆ ท่านสามารถปฏิเสธหรือยกเลิกการเข้าร่วมโครงการเมื่อใดก็ได้ ซึ่งท่านจะไม่เสียผลประโยชน์แต่อย่างใด ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ ในขณะที่เข้าร่วมการวิจัยถ้าท่านและครอบครัวมีข้อสงสัยใดๆ สามารถซักถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาหรือสามารถติดต่อสอบถามข้อสงสัยได้จากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ชั้น 6 อาคารสำนักคณบดี คณะแพทยศาสตร์ โทร 043- 363723 ,043- 363749 เบอร์ภายใน 3723 , 3749 โทรสาร 043- 348373 หรือ นางสาวชุลีกร ทาทอง โทรศัพท์ 0817682786 ผู้วิจัยขอขอบคุณในการเข้าร่วมการวิจัย ณ โอกาสนี้ด้วย

นางสาวชุลีกร ทาทอง
นักศึกษาระดับปริญญาโทสาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว

แบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้า(นาย, นาง , นางสาว)นามสกุล.....อายุ.....ปี
 ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
ได้รับฟังคำชี้แจงจากนางสาวชุลีกร ทาทอง เกี่ยวกับการเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย เรื่อง
 “ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญปัญหากับผลของการปรับตัวของครอบครัวที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง”
 โดยข้อความที่อธิบายประกอบด้วย

1. วัตถุประสงค์ระยะเวลาที่ทำการวิจัย
2. ขั้นตอนและวิธีปฏิบัติที่ต้องปฏิบัติ
3. การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลตามปกติของท่าน
4. ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และข้อมูลอื่นๆที่เกี่ยวข้องเป็นความลับและจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ถ้าข้าพเจ้าปรารถนาโดยไม่เสียสิทธิใดๆในการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไปทั้งในปัจจุบันและอนาคต ณ สถานพยาบาลแห่งนี้หรือสถานพยาบาลแห่งอื่น

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจตามคำอธิบายข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจ และยินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ จึงได้ลงนามยินยอมเป็นอาสาสมัครของ โครงการวิจัยดังกล่าว

ลงมือชื่ออาสาสมัคร.....(ผู้เข้าร่วม โครงการ)
 (.....)

ลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล.....
 (.....)

พยาน.....(ไม่ใช่ผู้อธิบายและเจ้าของโครงการ)
 (.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ - พยานไม่ใช่ผู้อธิบายและเจ้าของโครงการ

- ถ้าผู้เข้าร่วม โครงการ ไม่สามารถลงมือชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยได้ให้ประทับหัวแม่มือ

ภาคผนวก ก
ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



มหาวิทยาลัยขอนแก่น
หนังสือฉบับนี้ให้ไว้ เพื่อแสดงว่า

โครงการวิจัยเรื่อง: ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญปัญหา กับผลของการปรับตัวของ
ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
(Relationship between coping behavior of caregiver and family adaptation
with cerebrovascular disease)

ผู้วิจัย: นางสาวชุลีกร ทาทอง และคณะ

หน่วยงานที่สังกัด: นักศึกษาหลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki)

ให้ไว้ ณ วันที่ 21 สิงหาคม พ.ศ. 2549

(รองศาสตราจารย์จรรยาภรณ์ ศรีนัครินทร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ลำดับที่ 4.1.08: 08/2549

เลขที่: HE490632

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Institutional Review Board Number; IRB00001189

สำนักงาน: 123 ถนนมิตรภาพ อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002

Federal Wide Assurance; FWA00003418

โทร. (043) 363723, (043) 363749 โทรสาร (043) 363749

ภาคผนวก ง

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

1. รศ.เจียมจิต แสงสุวรรณ
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. ดร.วรวรรณ ประชากุล
สาขาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3. แพทย์หญิงมณฑิรา ศรีพลกรัง
แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเลย
4. นางสุมิสา คำประสิทธิ์
พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเลย
5. นางสาวจเรช พิมภรณ์
พยาบาลวิชาชีพ 7 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลเลย