

ภาคผนวก

SUB.EC 5012545



คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 ตำบลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่
 จังหวัดสงขลา 90110.

หนังสือรับรองนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

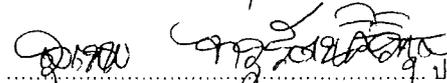
โครงการวิจัยเรื่อง : การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถการให้การดูแลของ
 ครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังที่มีพยาธิสภาพระบบประสาท

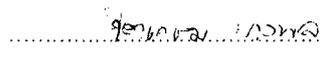
หัวหน้าโครงการ : ดร.สุคดีร์ นีร์ญุณณะ

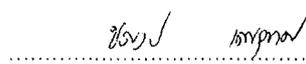
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์

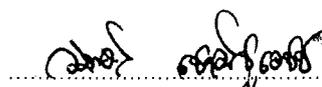
ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในคนจากเวช
 ระเบียบและสิ่งส่งตรวจจากร่างกายมนุษย์ ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ แล้ว

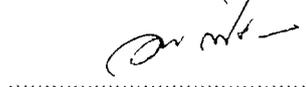
ให้ไว้ ณ วันที่ 7 สิงหาคม 2545


 กรรมการ
 (ศาสตราจารย์นายแพทย์สุเทพ จารุรัตน์ศิริกุล)
 รองคณบดีฝ่ายวิจัย


 กรรมการ
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงจิตเกษม เก่งพล)
 ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา


 กรรมการ
 (นายแพทย์ชวบูลย์ เดชสุขุม)
 ภาควิชาพยาธิวิทยา


 กรรมการ
 (นายแพทย์วรพงศ์ เขานันชูเวชช)
 ภาควิชาศัลยศาสตร์


 กรรมการ
 (นายแพทย์พรชัย สติร์ปัญญา)
 ภาควิชาอายุรศาสตร์

ใบเชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย

ดิฉัน นางสาวสุดศิริ หิรัญชอุณหะ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังศึกษาวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถการให้การดูแลครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง” เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างแท้จริง

ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ญาติผู้ดูแลจะมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ ดังนี้

1. ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ โดยครั้งแรกจะเป็นการสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล การสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความต้องการมีส่วนร่วม การได้มีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที
2. ร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพในการประเมินปัญหาสถานการณ์ การหาวิธีการแก้ไขตัดสินใจ และวางแผนการปฏิบัติดูแลผู้ป่วย โดยการประชุมกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และลงมือปฏิบัติตามแผน
3. เพื่อตรวจสอบการปฏิบัติและประเมินผลการพัฒนารูปแบบ ญาติผู้ดูแลและจะตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย เป็นระยะ จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ในกระบวนการพัฒนารูปแบบครั้งนี้ ดิฉันขออนุญาตบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์ หรือประชุมกลุ่มและถ่ายภาพบางครั้งเพื่อประกอบการศึกษา โดยจะให้ท่านพิจารณาก่อนนำไปใช้

หากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้ ดิฉันยินดีให้ความกระจ่างเพิ่ม ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการศึกษา และถึงแม้ว่าท่านได้เข้าร่วมในการศึกษาแล้ว ท่านก็มีสิทธิที่จะยกเลิกได้ตลอดเวลาตามที่ท่านต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลหรือบริการต่างๆ ที่ท่านและผู้ป่วยจะได้รับ

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

.....
(นางสาวสุดศิริ หิรัญชอุณหะ)

หัวหน้าโครงการวิจัย

ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ

ชื่อโครงการ “การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแล
ครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง”

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)(นามสกุล).....

ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ โดย นางสาวสุดศิริ หิรัญชุนหะ หัวหน้าโครงการฯ ได้อธิบายให้ข้าพเจ้าทราบ
(ดังใบเชิญชวนให้ร่วมโครงการวิจัยที่แนบมานี้)

หากข้าพเจ้ามีข้อสงสัยเกี่ยวกับการดำเนินการของโครงการ ข้าพเจ้ามีสิทธิซักถามผู้วิจัยได้ใน
ระหว่างการรักษา หากการกระทำและคำชี้แจงของผู้วิจัยยังไม่เป็นที่เข้าใจ ข้าพเจ้ามีสิทธิแจ้งต่อประธาน
กรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน (คณบดี คณะแพทยศาสตร์ โทร. 074 451100) หรือ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (โทร. 074 451010) ได้ และหากข้าพเจ้าไม่พอใจในการเข้า
ร่วมโครงการ ข้าพเจ้ามีสิทธิปฏิเสธหรือยกเลิกได้ตลอดเวลาที่ต้องการ โดยไม่เสียสิทธิในการรับการ
รักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ต่อไป

.....
() (วัน/เดือน/ปี)
ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

.....
() (วัน/เดือน/ปี)
พยาน

.....
() (วัน/เดือน/ปี)
แพทย์

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายที่..... เดือน..... พ.ศ..... เพศ..... อายุ..... ปี

สถานภาพสมรส..... ศาสนา..... ระดับการศึกษา..... อาชีพ.....

รายได้ (ก่อนเจ็บป่วย)..... รายได้ (ขณะเจ็บป่วย).....

สาเหตุของการบาดเจ็บ.....

การวินิจฉัยโรค..... Glasgow Coma Scale.....

การผ่าตัด..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล..... วันที่รับไว้ในการศึกษา.....

Glasgow Coma Scale..... Ranchos Los Amigos Scale Level..... ในวันที่รับไว้ในการศึกษา

วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล..... รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล..... วัน

Ranchos Los Amigos Scale Level Disability Rating Scale.....

การเกิดภาวะแทรกซ้อน

- การติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร
 - ไม่เกิด
 - เกิด ระยะเวลาหลังจากรับไว้ในศึกษานาน..... วัน
- การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
 - ไม่เกิด
 - เกิด ระยะเวลาหลังจากรับไว้ในศึกษานาน..... วัน
- แผลกดทับ
 - ไม่เกิด
 - เกิด ระยะเวลาหลังจากรับไว้ในศึกษานาน..... วัน
- ข้อติดแข็ง
 - ไม่เกิด
 - เกิด ระยะเวลาหลังจากรับไว้ในศึกษานาน..... วัน
- อื่นๆ
 - ไม่เกิด
 - เกิด..... ระยะเวลาหลังจากรับไว้ในศึกษานาน..... วัน

แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวผู้ดูแล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยเติมคำลงในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย ✓

ลงในช่อง ข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษา ประกาศนียบัตร
 ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
4. สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่
5. นับถือศาสนา พุทธ คริสต์
 อิสลาม อื่นๆ ระบุ.....
6. อาชีพ รับราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ
 รับจ้าง ค้าขาย
 เกษตรกรรม อื่นๆ ระบุ.....
7. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน.....บาท พอใช้ มีเงินออม มีหนี้สิน
8. ค่ารักษาพยาบาล เบิกได้ ชำระค่ารักษาพยาบาลเอง
 ได้รับยกเว้นค่ารักษาพยาบาล อื่นๆ ระบุ.....
9. ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย บิดา มารดา
 สามี ภรรยา
 บุตร อื่นๆ ระบุ.....
10. สุขภาพโดยทั่วไป.....โรคประจำตัว ไม่มี มี ระบุ.....
 อาการเจ็บป่วยในระหว่างดูแลผู้ป่วย.....
11. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล ไม่มี มี
12. ท่านทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย คนเดียว มีผู้ช่วยเหลือ ระบุ.....
13. ท่านรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยช่วงเวลาใด ตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวัน อื่นๆ ระบุ.....
14. ผู้ให้ความช่วยเหลือด้านอื่นๆ (เช่น ค่าใช้จ่าย ดูแลบ้าน หรือคนในครอบครัว) ระหว่างที่ท่านดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ไม่มี มี ระบุ.....
15. ปัจจุบันท่านพักอาศัยอยู่ที่.....
 ใช้เวลาเดินทางไป-กลับ ระหว่างบ้านพักและโรงพยาบาล..... ชั่วโมง/วัน

แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์
การรับรู้ของครอบครัวผู้ดูแลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

1. คุณรู้สึกอย่างไรที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาพการเจ็บป่วยเช่นนี้
2. ขณะที่คุณเข้ามาเยี่ยมผู้ป่วย หากพยาบาลขอให้คุณเข้ามาดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล คุณคิดว่า คุณทำได้หรือไม่
3. หากคุณ ได้มี โอกาสดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล คุณคิดว่า คุณจะดูแลในเรื่องใดบ้าง
4. อะไรทำให้คุณเข้ามาดูแลผู้ป่วย
5. คุณรู้สึกอย่างไรที่ได้เข้ามาดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล
6. คุณคิดว่าการที่คุณ ได้มี โอกาสเข้ามาดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลมีประโยชน์หรือไม่ อย่างไร
7. ขณะที่คุณ ได้ดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล คุณมีปัญหาหรือข้อจำกัดในเรื่องใดบ้าง จะแก้ไขได้ อย่างไร
8. หลังจาก ได้เข้ามาดูแลผู้ป่วยแล้ว คุณคิดอย่างไรเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง มีเรื่อง อะไรบ้างที่คุณควรเข้ามาดูแล มีเรื่องที่คุณไม่ควรทำไหม ถ้ามีคืออะไร
9. ญาติผู้ป่วยและพยาบาลจะร่วมมือกันได้อย่างไรในการดูแลผู้ป่วย
10. คุณรู้สึกอย่างไรบ้าง เมื่อทราบว่าผู้ป่วยกำลังจะได้กลับบ้าน
11. คุณพร้อมหรือไม่ที่จะรับผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน
12. ในขณะนี้คุณต้องการให้พยาบาลช่วยเหลือคุณในเรื่องใดบ้างหรือไม่
13. การที่คุณ ได้มี โอกาสดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยรับการรักษาใน โรงพยาบาลนั้น คุณรู้สึกอย่างไรบ้าง (รู้สึกว่ามีประโยชน์ รู้สึกไม่สบายใจ รู้สึกกลัวบ้างหรือไม่)

แบบประเมินความสามารถให้การดูแลของครอบครัวผู้ดูแล

แบบประเมินความสามารถให้การดูแลของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมองนี้เป็นแบบประเมินสำหรับเป็นแนวทางการพัฒนาความสามารถให้การดูแล แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินโดยการสังเกตการณ์การให้การดูแลของผู้วิจัยร่วมกับการสัมภาษณ์

กิจกรรม	การปฏิบัติ		บันทึกพฤติกรรม
	ได้	ไม่ได้	
การดูแลพื้นฐาน <ol style="list-style-type: none"> 1. การทำความสะอาดร่างกาย 2. การเช็ดตัวลดไข้ 3. การดูแลความสะอาดขี้ถ่าย 4. การพลิกตะแคงตัว 5. การจัดทำ 6. การเคลื่อนย้าย 			
การดูแลเพื่อการศึกษา <ol style="list-style-type: none"> 1. การให้อาหารทางสายยาง 2. การดูแลทางเดินหายใจ <ul style="list-style-type: none"> - ดูดเสมหะ 3. การบริหารกล้ามเนื้อแขน-ขา 			

