

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chiang Mai University

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. อาจารย์ ดร.เกษม นครเขตต์ หัวหน้าภาควิชาพลานามัย คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. ดร.วันนี้อย ชวพงศ์ หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จังหวัดเชียงใหม่
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.มานิช เล้าวงศ์ ประธานคัลยแพทย์ โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่
4. แพทย์หญิงปรารภนา ลินะศิริมากุล อายุรแพทย์ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่
5. คุณสุภาภรณ์ สุวรรณโสภณ หัวหน้างานพยาบาลเฉพาะสาขาอายุรกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่
6. คุณอาภรณ์ ชัยรัตน์ หัวหน้าหน่วยประกันคุณภาพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
7. คุณนาฏยา เอื้องไพโรจน์ พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

ภาคผนวก ข
หนังสือขอความร่วมมือ

ที่ ทม 0610 (16) / 61

ภาควิชาพลานามัย คณะศึกษาศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 239 ถนนห้วยแก้ว

อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200

18 กุมภาพันธ์ 2542

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ
เรียน

ด้วย นางอรศิลป์ ชื่นกุล นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ
ภาควิชาพลานามัย คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อยู่ในช่วงการจัดทำงานวิจัย
เรื่อง “การปรับตัวและความสามารถในการดูแลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรง
พยาบาลนครพิงค์” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาติ ไกรพิบูลย์ และรองศาสตราจารย์
ติสรณี มีสมัคย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

นักศึกษามีความประสงค์จะขอความอนุเคราะห์จาก.....ซึ่ง
เป็นข้าราชการในหน่วยงานสังกัดของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบเครื่องมือและให้ข้อ
เสนอแนะในการทำการศึกษาค้นคว้าวิจัย

คณะอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า.....
เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถเหมาะสมที่จะเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ และให้ข้อเสนอ
แนะในงานวิจัยดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และโปรดให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ
ดังกล่าว จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภณ อรุณรัตน์)

ประธานสาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ

โทร. (053) 944225 -6

โทรสาร (053) 221283

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

โทรศัพท์ (053) 944225

ที่ ทม 0610 (16) / 61

วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2542

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ

เรียน

ด้วย นางอรศิลป์ ชื่นกุล รหัส 4082561 นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตร ในหัวข้อเรื่อง “การปรับตัวและความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลนครพิงค์” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาติ ไกรพิบูลย์ และ รองศาสตราจารย์ดิสรณี มีสมคำพท์ เป็นคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

นักศึกษามีความประสงค์จะขอความอนุเคราะห์เรียนเชิญ.....
.....ซึ่งเป็นข้าราชการในสังกัดของท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์

คณะกรรมการที่ปรึกษาได้พิจารณาแล้วเห็นว่า.....
เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ที่เหมาะสมที่จะเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดอนุญาตให้.....เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิจัยดังกล่าวด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภณ อรุณรัตน์)

ประธานสาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ

ที่ ทม 0610 (16) / 73

ภาควิชาพลานามัย คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 239 ถนนห้วยแก้ว
อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200

23 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2542

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์

ด้วย นางอรศิณี ชื่นกุล นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตร ในหัวข้อเรื่อง “ การปรับตัวและความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลนครพิงค์ ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาดา ไกรพิบูลย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

นักศึกษามีความประสงค์จะขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามกับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ามาอนพักรักษาตัว ในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อใช้ประกอบการทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ โดยจะขอเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มีนาคม ถึง 31 พฤษภาคม 2542

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดอนุญาตให้นางอรศิณี ชื่นกุล เข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าวด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภณ อรุณรัตน์)
ประธานสาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ

โทรศัพท์ (053) 944225

โทรสาร (053) 944225

ภาคผนวก ค
ค่า t (t-test) ในการทดสอบค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม

ตาราง 18 ค่า t (t-test) ในการทดสอบค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามการปรับตัว
ด้านร่างกายของญาติผู้ดูแล

ข้อที่	กลุ่มสูง		กลุ่มต่ำ		ค่า t
	$\bar{X}_H$	S_H	$\bar{X}_L$	S_L	
1	4.5833	1.165	1.9167	1.564	7.74*
2	4.8333	0.389	4.3333	0.492	2.76*
3	4.0833	1.676	1.5833	0.900	4.55*
4	5.0000	0.000	4.0833	1.311	2.42*
5	4.9167	0.289	3.7500	1.485	2.67*
6	4.8333	0.389	2.5000	1.567	5.01*
7	4.9167	0.289	3.0000	1.758	3.73*
8	3.7500	1.138	2.3333	0.778	3.56*
9	4.0000	1.279	2.6667	1.497	2.35*
10	4.5833	0.669	2.9167	1.379	3.77*
11	4.4167	0.669	2.4167	1.379	4.52*
12	5.0000	0.000	4.3333	0.651	3.55*
13	5.0000	0.000	4.6667	0.492	2.35*
14	4.5833	0.900	3.1667	1.697	2.55*
15	5.0000	0.000	3.2500	1.815	3.34*
16	4.9167	0.289	4.0000	1.595	1.96*
17	5.0000	0.000	3.8333	1.801	2.24*
18	5.0000	0.000	3.6667	1.775	2.60*

(* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05)

ตาราง 19 ค่า t (t-test) ในการทดสอบค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามการปรับตัว
ด้านอัตมโนทัศน์ บทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาอาศัยของญาติผู้ดูแล

ข้อที่	กลุ่มสูง		กลุ่มต่ำ		ค่า t
	$\bar{X}_H$	S_H	$\bar{X}_L$	S_L	
1	4.5000	0.798	2.5000	1.508	4.06*
2	4.7500	0.452	3.8333	1.240	3.06*
3	4.9167	0.289	4.4167	0.515	2.93*
4	4.9167	0.289	4.5000	0.522	2.42*
5	4.3333	0.888	3.0000	1.128	3.22*
6	5.0000	0.000	4.4167	0.996	2.03*
7	4.5000	0.522	2.4167	0.996	6.42*
8	3.3333	1.303	1.5833	0.900	3.83*
9	4.4167	0.669	2.5833	1.564	3.73*
10	4.0833	1.165	2.0000	1.128	4.45*
11	4.7500	0.452	3.5000	1.567	2.66*
12	4.7500	0.452	3.8333	0.835	3.34*
13	4.8333	0.389	3.8333	0.345	2.76*
14	4.9167	0.289	4.1667	0.835	2.94*
15	4.5000	1.000	2.8333	0.937	4.21*
16	4.2500	1.422	3.0833	0.793	2.48*
17	4.7500	0.452	3.0833	1.165	4.62*
18	3.8333	0.835	2.5833	0.900	3.53*
19	4.5000	0.674	2.6667	1.435	4.00*
20	4.0833	0.900	3.0833	1.311	2.18*
21	3.7500	0.866	2.8333	0.937	2.49*
22	5.0000	0.000	4.3333	0.651	3.55*

(* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05)

ตาราง 20 ค่า t (t-test) ในการทดสอบค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม
ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อที่	กลุ่มสูง		กลุ่มต่ำ		ค่า t
	$\bar{X}_H$	S_H	$\bar{X}_L$	S_L	
1	3.2500	0.866	2.2500	1.138	2.42*
2	3.2500	0.965	2.4167	0.900	2.19*
3	3.3333	1.231	2.0833	0.996	2.73*
4	3.9167	0.900	2.5000	1.087	3.48*
5	4.5000	0.522	3.3333	0.651	4.84*
6	4.6667	0.492	3.6667	1.073	2.93*
7	4.8333	0.389	3.3333	0.888	5.36*
8	4.0833	0.793	1.5000	0.674	8.60*
9	4.4167	0.669	2.7500	1.055	4.62*
10	3.5000	1.000	1.5000	0.674	5.74*
11	4.4167	0.515	2.7500	0.754	6.32*
12	5.0000	0.000	3.9167	0.000	4.17*
13	4.6667	0.651	3.4167	1.311	2.96*
14	4.0000	0.739	2.5833	1.084	3.74*
15	3.4167	1.443	1.4167	0.739	4.21*
16	4.5833	0.515	3.5000	1.087	3.12*
17	4.0833	1.165	2.6667	1.435	2.65*
18	4.7500	0.452	4.0833	1.165	1.85*
19	4.9167	0.289	4.0000	1.206	2.56*
20	5.0000	0.000	4.2500	0.622	4.18*
21	4.5833	0.669	3.3333	1.303	2.96*

ตาราง 20 (ต่อ)

ข้อที่	กลุ่มสูง		กลุ่มต่ำ		ค่า t
	$\bar{X}_H$	S_H	$\bar{X}_L$	S_L	
22	1.0833	0.669	2.9167	1.443	2.54*
23	4.8333	0.389	3.3333	0.778	5.97*
24	4.2500	0.866	3.1667	1.115	2.66*
25	4.5000	0.522	2.9167	1.240	4.08*

(* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05)

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบสอบถาม

เรื่อง

การปรับตัวและความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ในโรงพยาบาลนครพิงค์

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แบ่งออกเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 1 การปรับตัวด้านร่างกาย

ตอนที่ 2 การปรับตัวด้านอารมณ์ทัศนคติ บทบาทหน้าที่และการพึ่งพาอาศัย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 ตอน

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง
ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. อายุ.....ปี
2. เพศ () 1. หญิง () 2. ชาย
3. ระดับการศึกษา

() 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ	() 4. อนุปริญญา / ประกาศนียบัตร
() 2. ประถมศึกษา	() 5. ปริญญาตรี / เทียบเท่า
() 3. มัธยมศึกษา	() 6. สูงกว่าปริญญาตรี
4. อาชีพ

() 1. ไม่ได้ทำงาน	() 4. ค้าขาย
() 2. รับจ้าง	() 5. รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ
() 3. เกษตรกรรม	() 6. อื่น ๆ ระบุ.....
5. สถานภาพสมรส

() 1. โสด	() 3. หม้าย
() 2. คู่	() 4. หย่า / แยก
6. จำนวนญาติพี่น้องใกล้ชิดที่สามารถมาดูแลญาติที่ป่วย(รวมถึงคนที่ไม่มา).....คน
7. จำนวนญาติพี่น้องที่มาทำหน้าที่ดูแลญาติที่ป่วยอย่างจริงจัง.....คน
8. ระยะเวลาเข้ารับการรักษาดัวในโรงพยาบาล.....วัน
9. สภาพของร่างกายที่อ่อนแอ

() 1. ซีกซ้าย	() 2. ซีกขวา
----------------	---------------

ตอนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล

1. อายุ.....ปี
2. เพศ () 1. หญิง () 2. ชาย

3. ระดับการศึกษา

- () 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ () 4. จบปริญญา / ประกาศนียบัตร
() 2. ประถมศึกษา () 5. ปริญญาตรี / เทียบเท่า
() 3. มัธยมศึกษา () 6. สูงกว่าปริญญาตรี

4. อาชีพ

- () 1. ไม่ได้ทำงาน () 4. ค้าขาย
() 2. รับจ้าง () 5. รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ
() 3. เกษตรกรรม () 6. อื่น ๆ ระบุ.....

5. สถานภาพสมรส

- () 1. โสด () 3. หม้าย
() 2. คู่ () 4. หย่า / แยก

6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว / เดือน

- () 1. ต่ำกว่า/เท่ากับ 4,000 บาท () 4. 8,001 – 10,000 บาท
() 2. 4,001 – 6,000 บาท () 5. 10,001 – 15,000 บาท
() 3. 6,001 – 8,000 บาท () 6. สูงกว่า 15,000 บาท

7. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย โดยท่านเป็น

- () 1.สามี () 5. บิดา
() 2. ภรรยา () 6. มารดา
() 3. บุตร () 7. พี่ / น้อง
() 4. หลาน () 8. อื่นๆ ระบุ.....

8. ระยะเวลาที่ท่านให้การดูแลญาติที่ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล.....วัน

9. ได้รับความช่วยเหลือในการดูแลญาติที่ป่วยจากใคร ในเรื่องต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () 9.1 ค่าใช้จ่าย จาก.....
() 9.2 การช่วยดูแลญาติที่ป่วย จาก.....
() 9.3 การให้คำแนะนำในการดูแลญาติที่ป่วย จาก.....
() 9.4 อื่นๆ.....จาก.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปรับตัวของญาติผู้ดูแล แบ่งออกเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 1 การปรับตัวด้านร่างกาย (19 ข้อ)

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ต้องการทราบเกี่ยวกับความรู้สึกหรือการกระทำของท่าน ตลอดช่วงเวลาที่ท่านให้การดูแลญาติที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ว่าใน 1 สัปดาห์ ท่านมีลักษณะตามข้อความนั้นหรือไม่ แต่ละข้อไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ดังนั้นขอให้ท่านตอบคำถามตามความรู้สึกหรือการกระทำของท่าน โดยเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ท่านคิดว่าตรงกับตัวท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว ในแบบสอบถามชุดนี้มีคำตอบให้เลือก ดังนี้

- ทุกวัน หมายถึง ท่านมีลักษณะที่ปรากฏตามข้อความนั้น 7 วัน / สัปดาห์
 บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านมีลักษณะที่ปรากฏตามข้อความนั้น 5 - 6 วัน / สัปดาห์
 ปานกลาง หมายถึง ท่านมีลักษณะที่ปรากฏตามข้อความนั้น 3 - 4 วัน / สัปดาห์
 บางครั้ง หมายถึง ท่านมีลักษณะที่ปรากฏตามข้อความนั้น 1 - 2 วัน / สัปดาห์
 ไม่มีเลย หมายถึง ท่านไม่มีลักษณะที่ปรากฏตามข้อความนั้นเลย

ข้อความ	ใน 1 สัปดาห์				
	ทุกวัน (7วัน)	บ่อยครั้ง (5-6วัน)	ปานกลาง (3-4วัน)	บางครั้ง (1-2วัน)	ไม่มีเลย
1. ท่านหายใจได้ดี					
2. ท่านมีอาการไอ					
3. ท่านรับประทานอาหารและดื่มน้ำได้ดี ไม่มีอาการคลื่นไส้ หรือ อาเจียน					
4. ท่านเคี้ยวและกลืนอาหารได้ไม่ค่อยดี					
5. ท่านมีอาการท้องผูก					
6. ท่านขับถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ					
7. ท่านขับถ่ายปัสสาวะได้ตามปกติ					
8. ท่านมีสุขภาพแข็งแรงเนื่องจากการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสม่ำเสมอ					

ข้อความ	ใน 1 สัปดาห์				
	ทุกวัน (7วัน)	บ่อยครั้ง (5-6วัน)	ปานกลาง (3-4วัน)	บางครั้ง (1-2วัน)	ไม่มีเลย
9. ท่านไม่สามารถจะหาเวลาออกกำลังกายได้ เนื่องจากต้องดูแลญาติที่ป่วย					
10. ท่านพักผ่อนนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง					
11. ท่านตื่นนอนด้วยความสดชื่นและผ่อนคลาย					
12. ท่านมีอาการครั่นเนื้อครั่นตัว ร้อนๆ หนาวๆ					
13. ท่านมีอาการบวมตามร่างกาย เช่น มือ เท้า					
14. ท่านสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้					
15. ท่านสามารถเคลื่อนไหวข้อและกล้ามเนื้อได้ดี					
16. ท่านมีอาการชาตามร่างกาย เช่น ใบหน้า มือ เท้า					
17. ท่านมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับการได้ยิน					
18. ท่านรับประทานอาหารได้ดีมีรสชาติ เช่น เปรี้ยว หวาน จืด เค็ม					

19. ในขณะที่ท่านให้การดูแลญาติที่ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลนครพิงค์ ท่านมีปัญหาคืออุปสรรค
เกี่ยวกับ การปรับตัวด้านร่างกายอะไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ตอนที่ 2 การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ บทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาอาศัย (25 ข้อ)

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ ต้องการทราบถึงความรู้สึกนึกคิด หรือการกระทำของท่าน ตลอดช่วงเวลาที่ท่านให้การดูแลญาติที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ท่านมีลักษณะตามข้อความนั้นหรือไม่ แต่ละข้อไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ดังนั้นขอให้ท่านตอบคำถามของตามความรู้สึกหรือการกระทำ โดยเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ท่านคิดว่าตรงกับตัวท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว ในแบบสอบถามชุดนี้มีคำตอบให้เลือกดังนี้

มากที่สุด หมายถึง มีความรู้สึกหรือการกระทำตามข้อความนั้นมากที่สุด
 มาก หมายถึง มีความรู้สึกหรือการกระทำตามข้อความนั้นเป็นส่วนมาก
 ปานกลาง หมายถึง มีความรู้สึกหรือการกระทำตามข้อความนั้นปานกลาง
 เล็กน้อย หมายถึง มีความรู้สึกหรือการกระทำตามข้อความนั้นเล็กน้อย
 ไม่มีเลย หมายถึง ไม่มีความรู้สึกหรือการกระทำตามข้อความนั้นเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มีเลย
ด้านอัตมโนทัศน์					
1. ท่านมีความพอใจในสุขภาพที่เป็นอยู่					
2. ท่านมีความคิดว่าตนเองมีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อครอบครัว					
3. ท่านมีกำลังใจในการให้การดูแลญาติที่ป่วย					
4. ท่านมีความภาคภูมิใจในตนเองที่ได้ให้การดูแลญาติที่ป่วย					
5. ท่านคิดว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลญาติที่ป่วย					
6. ท่านมีความคิดว่าตนเองไม่น่าจะต้องเป็นผู้รับหน้าที่ดูแลญาติที่ป่วยอยู่ในขณะนี้ เพราะมีญาติอีกหลายคนที่ทำหน้าที่นี้ได้					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มีเลย
ด้านบทบาทหน้าที่					
7. ท่านสามารถปรับการทำงาน ให้มีเวลาดูแลญาติที่ป่วยได้เป็นอย่างดี					
8. ท่านให้ความร่วมมือในกิจกรรมของชุมชนได้ถึงแม้จะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ก็ตาม					
9. ท่านสามารถดำรงบทบาทเดิมในครอบครัวได้ถึงแม้จะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ก็ตาม					
10. ท่านสามารถปฏิบัติงานในอาชีพได้ เป็นอย่างดี ในช่วงที่ให้การดูแลญาติที่ป่วย					
11. ท่านสนใจฟังคำแนะนำด้านสุขภาพอนามัยจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเพื่อตัวท่านเอง					
12. ท่านสนใจฟังคำแนะนำด้านสุขภาพอนามัยจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเพื่อญาติที่ป่วย					
13. ท่านระมัดระวังไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน หรืออันตรายกับญาติที่ป่วย เช่น การเกิดแผลกดทับ ปอดบวมจากการสูดสำลัก ข้อติดแข็ง และอุบัติเหตุต่าง ๆ					
14. ท่านเข้าใจต่อสุขภาพของตนเองอยู่เสมอ					
15. ท่านทำหน้าที่ดูแลญาติที่ป่วยได้ไม่เต็มที่					
16. ท่านมีเวลามาดูแลญาติที่ป่วยได้เพียงเล็กน้อย					
ด้านการพึ่งพาอาศัย					
17. ท่านได้รับความเห็นใจจากบุคคลในครอบครัว ในขณะที่ทำหน้าที่ดูแลญาติที่ป่วย					
18. ท่านสามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้อื่นในเรื่องทั่วไป					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มีเลย
19. ท่านมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของครอบครัว					
20. ท่านต้องการให้ผู้อื่นสนใจและเอาใจใส่ ญาติที่ป่วย					
21. ท่านเต็มใจให้การช่วยเหลือผู้อื่นในเรื่องต่าง ๆ แม้ว่าจะมีภาระในการดูแลญาติที่ป่วย					
22. ในระหว่างที่ท่านให้การดูแลญาติที่ป่วย ท่านตั้งใจหรือใส่ใจ ที่จะทำอย่างจริงจัง					

23. ท่านมีความรู้สึกอย่างไรบ้าง ที่ได้มาดูแลญาติที่ป่วย.....

.....

.....

.....

.....

24. ท่านมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไรบ้าง ในการที่จะมาดูแลญาติที่ป่วย.....

.....

.....

.....

.....

25. ญาติพี่น้องส่วนใหญ่มีความรู้สึกอย่างไร ต่อญาติที่ป่วย.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (28 ข้อ)

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ต้องการทราบเกี่ยวกับ การกระทำของท่านที่ให้การดูแลญาติที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่ละข้อไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ดังนั้นขอให้ท่านตอบคำถามตามการกระทำ โดยเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความ ที่ท่านคิดว่าตรงกับตัวท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว โดยในแบบสอบถามชุดนี้มีคำตอบให้เลือกดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีลักษณะที่ปรากฏตามข้อความนั้นมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านมีลักษณะที่ปรากฏตามข้อความนั้นมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีลักษณะที่ปรากฏตามข้อความนั้นปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านมีลักษณะที่ปรากฏตามข้อความนั้นน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีลักษณะที่ปรากฏตามข้อความนั้นน้อยที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านความรู้และประสบการณ์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับญาติที่ป่วย					
1. ท่านมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ว่า มีผลต่อร่างกายและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายของญาติที่ป่วยมากน้อยเพียงใด					
2. ท่านสามารถเลือกชนิดและปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยควรรับประทาน ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เช่น เมื่อผู้ป่วยท่านได้เริ่มให้อาหารเหลวหรืออ่อนก่อน					
3. ท่านสามารถช่วยให้ญาติที่ป่วยออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม					
4. ท่านสามารถช่วยให้ญาติที่ป่วยได้รับการพักผ่อน และนอนหลับที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของญาติที่ป่วย					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
5. ท่านสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจหรือให้กำลังใจแก่ญาติที่ป่วย					
6. เมื่อญาติที่ป่วยมีอาการปวดถ่ายอุจจาระ หรือ ปัสสาวะ ท่านสามารถตัดสินใจให้การช่วยเหลือได้					
8. ท่านรู้ถึงความเสี่ยงภาวะที่เกิดขึ้นของญาติที่ป่วย เช่น แขนขาชาวยกไม่ขึ้นเนื่องจากมีเลือดออกในสมอง					
9. ท่านรู้ว่าถ้าผู้ป่วยมีความเครียด จะส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ					
10. ท่านมีข้อมูล ความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง					
ด้านความเอาใจใส่ในสุขภาพของญาติที่ป่วย					
11. ท่านสามารถบอกถึงอารมณ์ ความรู้สึกของญาติที่ป่วย เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล เหนื่อย 7 หรือแสบใส					
12. ท่านให้ความเอาใจใส่สุขภาพของ ญาติที่ป่วย					
13. ท่านให้การดูแลเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับญาติที่ป่วย เช่น แผลกดทับ โดย พลิกตัวให้ผู้ป่วยทุก 1-2 ชั่วโมง อุบัติเหตุจากการตกเตียง โดย เอาเหล็กกันเตียงขึ้น					
14. ท่านคาดการณ์หรือนึกถึงความเสี่ยงของการเปลี่ยนแปลงของโรคที่อาจเกิดเพิ่มขึ้นของญาติที่ป่วย					
15. ท่านเข้าใจและเอาใจใส่เกี่ยวกับการมีพฤติกรรมทางเพศของญาติที่ป่วย					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านความเข้มแข็งของตนเองในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของญาติที่ป่วย					
16. ท่านสามารถให้การดูแลญาติที่ป่วยเป็นอย่างดี ถูกต้องและเหมาะสม					
17. เพื่อนเคยแนะนำ ให้กำลังใจ หรือ ให้ความช่วยเหลือในการดูแลญาติที่ป่วย					
ด้านความรู้สึกของญาติผู้ดูแลต่อภาวะสุขภาพของญาติที่ป่วย					
18. ท่านมีความรู้สึกที่ดีต่อการดูแลญาติที่ป่วย					
19. ท่านมีความสุขที่ได้กระทำสิ่งดี ๆ ให้กับญาติที่ป่วย					
20. ท่านมีความภาคภูมิใจที่ได้ให้การดูแลญาติที่ป่วย					
21. ท่านนึกถึงเรื่องสุขภาพของญาติที่ป่วย เช่น คิดว่าญาติที่ป่วยอาจจะมีอาการดีขึ้น หรือ แย่ลง					
22. ท่านรู้สึกพอใจในรูปร่างหน้าตาของญาติที่ป่วยในปัจจุบัน					
ด้านการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ในการดูแลญาติที่ป่วย					
23. ท่านให้การดูแลญาติที่ป่วยอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอโดยถือว่าเป็นหน้าที่					
24. ท่านแสวงหาความรู้และทักษะในการให้การดูแลญาติที่ป่วย					
25. ท่านสามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ในครอบครัวได้ดีเหมือนเดิม ในขณะที่ให้การดูแลญาติที่ป่วย					

ด้านการให้คุณค่าเกี่ยวกับสุขภาพของญาติที่ป่วย

26. มีสิ่งใดบ้างที่ท่านคิดว่ามีความสำคัญมากกว่าสุขภาพของญาติที่ป่วย ซึ่งท่านให้การดูแล
อยู่ในปัจจุบัน (เช่น การทำงาน การช่วยงานในกิจกรรมของชุมชน ฯลฯ)

โปรดระบุ.....
.....
.....
.....
.....

27. มีสิ่งใดบ้างที่สมาชิกในครอบครัวของท่านคิดว่ามีความสำคัญมากกว่าสุขภาพของญาติ
ที่ป่วย ซึ่งท่านให้การดูแลอยู่ในปัจจุบัน (เช่น สมาชิกคนอื่นในครอบครัวที่ท่านรับผิดชอบ
ค่าใช้จ่ายในครอบครัว ฯลฯ)

โปรดระบุ.....
.....
.....
.....
.....

28. มีสิ่งใดบ้างที่เพื่อนของท่านคิดว่ามีความสำคัญมากกว่าสุขภาพของญาติที่ป่วย ซึ่งท่านให้
การดูแลอยู่ในปัจจุบัน (เช่น การให้กำลังใจ การหาที่รักษาใหม่ที่ดีกว่า การใช้สมุนไพร ฯลฯ)

โปรดระบุ.....
.....
.....
.....
.....

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ - สกุล	นางอรศิลป์ ชื่นกุล
วัน เดือน ปีเกิด	3 ธันวาคม 2503
สถานที่เกิด	จังหวัดเชียงใหม่
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และนตุงครรภััชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนึล่ำปาง จัังหวัดล่ำปาง พ.ศ. 2527
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ 7 (พ.ศ. 2538 - ปัจจุบัน)
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลนครพิงค์ จัังหวัดเชียงใหม่