

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University

ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University

ภาคผนวก ก
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

ภาคผนวก ข

คำชี้แจงในการศึกษาและการพัฒนาลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง



คำชี้แจงในการศึกษาและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของผู้ที่สามารถเข้าร่วมในการวิจัย โดยขอธิบายการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบดังนี้

ข้าพเจ้า นายศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลอาชีวเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ท่านเป็นผู้ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการให้ข้อมูลครั้งนี้ จึงขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ซึ่งในการตอบครั้งนี้จะไม่มีถูกหรือผิด และไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านจะได้รับในขณะนี้ คำตอบที่ได้จากท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและไม่มีผลกระทบใด ๆ ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง แต่จะเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม เพราะจะนำผลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนให้การพยาบาล และส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและป้องกันไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อไป

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้ายินดีที่จะตอบให้ท่านเข้าใจ และไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมในการทำการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ท่านจะยังได้รับการรักษาพยาบาลจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลตามปกติ ท่านมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และถึงแม้ท่านจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ท่านก็ยังมีสิทธิจะยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาตามที่ท่านต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

การวิจัยครั้งนี้จะประสบความสำเร็จลงไม่ได้ หากไม่ได้รับความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากท่าน จึงขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ โอกาสนี้ด้วย

(นายศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ)

ผู้วิจัย

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University

ภาคผนวก ก
ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

วันให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม พยาน

(.....)

ลงนาม ผู้ทำวิจัย

(นาย ศักดิ์รินทร์ หลิมเจริญ)

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

เรื่อง

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

เรียน ท่านผู้ตอบแบบสอบถาม

กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ตามความเป็นจริงที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด โดยกาเครื่องหมาย “✓” หรือเติมข้อความในช่องว่าง กรุณาตอบทุกข้อ

แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการบริการของบุคลากรทางสุขภาพ

เลขที่แบบสอบถาม

**แบบสอบถามเรื่องความร่วมมือในการรักษา
ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ**

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ตามความเป็นจริงที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุดโดยกา
เครื่องหมาย “✓” หรือเติมข้อความในช่องว่าง กรุณาตอบทุกข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ () ชาย () หญิง [.....]
2. อายุปี [.....]
3. การศึกษาปี [.....]
4. รายได้ต่อเดือน บาท [.....]

ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา

5. ระดับความดันโลหิต 3 ครั้งก่อน 1)...../..... มิลลิเมตรปรอท [.....]
2)...../..... มิลลิเมตรปรอท [.....]
3)...../..... มิลลิเมตรปรอท [.....]
ระดับความดันโลหิต เดือนนี้/..... มิลลิเมตรปรอท [.....]
6. น้ำหนัก กิโลกรัม [.....]
7. ส่วนสูง เซนติเมตร [.....]
8. ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ได้รับ
การวินิจฉัยจนถึงปัจจุบันปี [.....]
9. ระยะเวลาที่ได้รับบริการ นาที [.....]
10. ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมารักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูง
..... ชั่วโมง..... นาที [.....]
11. ระยะเวลาการนัดจากการตรวจครั้งที่แล้วจนถึงครั้งนี้ นาน สัปดาห์

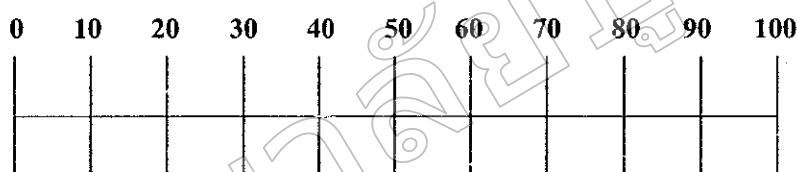
12. การรับประทานยา

12.1 จำนวนเม็ดยาที่ท่านกินในแต่ละวัน เม็ด [.....]

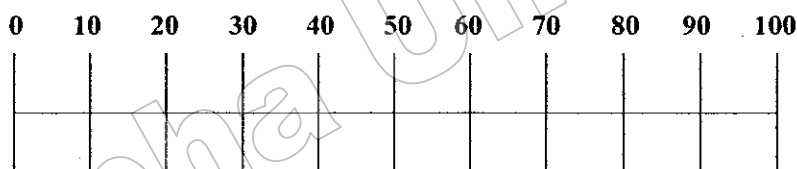
12.2 จำนวนครั้งที่ท่านกินยาในแต่ละวัน ครั้ง [.....]

12.3 แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา

12.3.1 ใน 1 เดือนที่ผ่านมาท่านกินยาได้ครบตามจำนวนมือและครบเม็ดมากน้อยเพียงใด (ให้ขีดเครื่องหมาย X บนเส้นตรงข้างล่างนี้) [.....]



12.3.2 ใน 1 เดือนที่ผ่านมาท่านกินยาได้สม่ำเสมอมากน้อยเพียงใด (ให้ขีดเครื่องหมาย X บนเส้นตรงข้างล่างนี้) [.....]



12.4 ท่านมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาในรอบ 1 เดือนนี้หรือไม่
 คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย “✓” ลงในช่องที่เป็นคำตอบที่ตรงกับการเกิดอาการ
 ข้างเคียงจากการรับประทานยา

อาการข้างเคียง	ไม่เกิด อาการ	เกิดอาการ			สำหรับ ผู้วิจัย
		พอทนได้	ต้องนอนพัก	นอน โรงพยาบาล	
1. ง่วงนอน					
2. อ่อนเพลีย					
3. หงุดหงิดเวลา ดูหนังหรืออื่น					
4. ใจสั่น					
5. ซึม					
6. ปัสสาวะบ่อย					
7. แขนขาอ่อนแรง					
8. ไอ					
9. ผื่นคัน					
10. อื่น ๆ ระบุ					

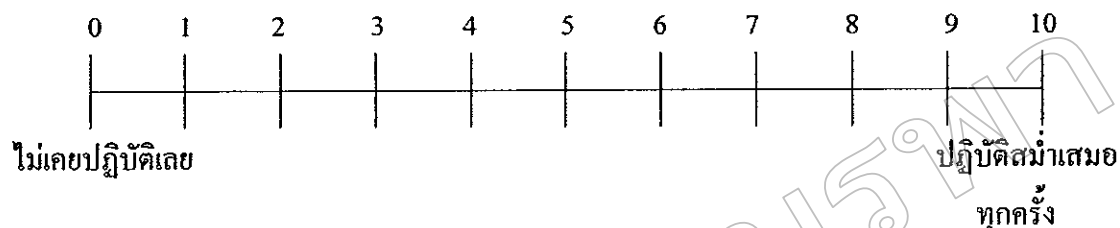
12.5 ระหว่างการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงท่าน เกิดอาการและ
ภาวะแทรกซ้อนต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย “✓” ลงในช่องที่เป็นคำตอบที่ตรงกับอาการและ
ภาวะแทรกซ้อนของท่านในระหว่างที่ท่านรักษาภาวะความดันโลหิตสูง

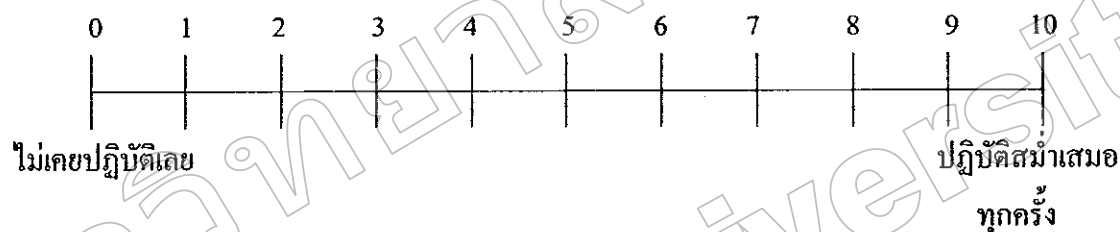
อาการและ ภาวะแทรกซ้อน	ไม่เกิด อาการ	เกิดอาการ			สำหรับ ผู้วิจัย
		พอทนได้	ต้องนอนพัก	นอน โรงพยาบาล	
1. ปวดศีรษะ					
2. เวียนศีรษะ					
3. หน้ามืด					
4. คลื่นไส้					
5. อาเจียน					
6. ความจำเสื่อม					
7. เป็นลม					
8. ตามัว ตาพร่า มองไม่ชัด หรือ ตาบอด					
9. ใจสั่น					
10. เจ็บหน้าอก					
11. เหนื่อยง่าย					
12. หน้าบวม					
13. เท้าบวม					
14. แขนขาอ่อนแรง					
15. แขนขาชา					
16. เป็นตะคริว					
17. อื่น ๆ ระบุ					
.....					

ด้านการรับประทานอาหาร

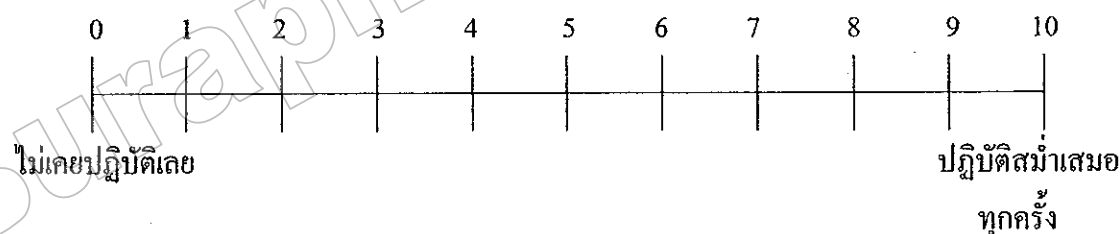
1. ฉันกินอาหารโดยไม่เติมเครื่องปรุงรสที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว หรือซอสปรุงรส
ระหว่างกินอาหาร



2. ฉันเลือกที่จะไม่กินอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม ของหมักดองหรืออาหาร
กระป๋อง



21. ฉันไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งเพื่อรับยาอย่างสม่ำเสมอแม้ว่าไม่มีอาการผิดปกติ



ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง กรุณาเลือกตอบข้อที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย

“✓” ลงในช่องที่เป็นคำตอบเพียงคำตอบเดียว กรุณาตอบคำถามทุกข้อโดยการเลือกตอบ และใช้เกณฑ์ดังนี้

ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดของท่าน

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดของท่าน

ไม่ทราบ หมายถึง ท่านไม่ทราบ

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	สำหรับผู้วิจัย
1.	สาเหตุการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง				
	การรับประทานอาหารเค็ม เช่น ปลาเค็ม ปลาร้า				
	อาหารกระป๋อง หรืออาหารหมักดองทำให้ความ				
	ดันโลหิตสูงขึ้น	.....	.....	.....	.....
2.	คนอ้วนมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิต				
	สูงมากกว่าคนผอมหรือคนที่น้ำหนักปกติ	.....	.....	.....	.....
3.	.....	.....	.....	.....	.....
	อาการข้างเคียงของยา				
39	.....	.....	.....	.....	.....
40	.....	.....	.....	.....	.....
45	คนที่รับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงแล้วมี				
	อาการข้างเคียงที่ไม่รุนแรงจากการใช้ยาสามารถ				
	รับประทานยาต่อไปได้	.....	.....	.....	.....

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการบริการของบุคลากรทางสุขภาพ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย “✓” ลงในช่องที่เป็นคำตอบที่ตรงกับการให้บริการ
สัมพันธภาพ หรือการสื่อสารที่ท่านได้รับจากแพทย์หรือพยาบาลมากที่สุดตามการรับรู้
ของท่าน ตามเกณฑ์ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านได้รับการในข้อความดังกล่าวจากแพทย์หรือพยาบาล
ระดับมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านได้รับการในข้อความดังกล่าวจากแพทย์หรือพยาบาล
ระดับมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านได้รับการในข้อความดังกล่าวจากแพทย์หรือพยาบาล
ระดับปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านได้รับการในข้อความดังกล่าวจากแพทย์หรือพยาบาล
ระดับน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านได้รับการในข้อความดังกล่าวจากแพทย์หรือพยาบาล
ระดับน้อยที่สุด

ข้อความ	การบริการที่ได้รับ					สำหรับ ผู้วิจัย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
การให้บริการในคลินิก						
1. ฉันได้รับการซักประวัติจากแพทย์ หรือพยาบาล						
2. ฉันได้รับการตรวจร่างกายจาก แพทย์หรือพยาบาล						
3. ฉันได้รับการวัดความดันโลหิต จากแพทย์หรือพยาบาล						

ข้อความ	การบริการที่ได้รับ					สำหรับ ผู้ป่วย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
4. ฉันได้รับการ ชั่งน้ำหนัก จาก แพทย์หรือพยาบาล						
15						
16						
17 แพทย์หรือพยาบาลพูดคุย ชักถาม หรือโทรศัพท์ ติดต่อฉันอย่าง เหมาะสม						
18 ฉันได้รับการนัดหมายเพื่อให้มา ตรวจสุขภาพในครั้งต่อไปจากแพทย์ หรือพยาบาลทุกครั้ง						
19 ฉันได้รับการแจ้งเมื่อแพทย์ไม่ได้ ออกตรวจในวันนัด						