

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1. ผศ.ดร. ยวดี รอดจากภัย | อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 2. ดร. วัฒนา บรรเทึงสุข | อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี |
| 3. อาจารย์วรรณรัตน์ ลาวั่ง | อาจารย์ประจำภาควิชาเวชปฏิบัติชุมชน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 4. อาจารย์วรพนิต ศุกระแพทย์ | พยาบาลวิชาชีพ 8
หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลเด็ก ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี |
| 5. คุณนันทพร พิชะยะ | พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก
ศูนย์มะเร็ง ชลบุรี |
| 6. คุณสุรภา สุขสวัสดิ์ | พยาบาลวิชาชีพ 7
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา |

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง
ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

วันให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์
ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมใน
โครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจน
ข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็น
การสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามใน
ใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม พยาน

(.....)

ลงนาม ผู้ทำวิจัย

(นางสาวปาริฉัตร กุลษาบาล)

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พื้นฐานและกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด ในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าตัวเลขที่ตรงกับความสามารถของผู้ป่วยในแต่ละข้อ

1. การรับประทานอาหารของผู้ป่วยเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding)
 - ___ 0. ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
 - ___ 1. ดักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า
 - ___ 2. ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
2. การล้างหน้า, หวีผม, แปรงผม, โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming)
 - ___ 0. ต้องการความช่วยเหลือ
 - ___ 1. ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. การถูกนึ่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer)
 - ___ 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
 - ___ 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาก็จะนั่งอยู่ได้
 - ___ 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
 - ___ 3. ทำได้เอง
4. การใช้ห้องสุขา (Toilet Use)
 - ___ 0. ช่วยตัวเองไม่ได้
 - ___ 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางส่วน
 - ___ 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง, ทำความสะอาดได้เรียบร้อย หลังจากเสร็จธุระ, ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility)
 - ___ 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
 - ___ 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้

- _____ 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจ
สนใจและเพื่อความปลอดภัย
- _____ 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง
6. การสวมเสื้อผ้า (Dressing)
- _____ 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทนไม่ได้หรือน้อย
- _____ 1. ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- _____ 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้
เหมาะสมก็ได้)
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs)
- _____ 0. ไม่สามารถทำได้
- _____ 1. ต้องการคนช่วย
- _____ 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)
8. การอาบน้ำ (Bathing)
- _____ 0. ต้องมีคนช่วย หรือทำให้
- _____ 1. อาบน้ำได้เอง
9. การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels)
- _____ 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- _____ 1. กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์)
- _____ 2. กลั่นได้เป็นปกติ
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder)
- _____ 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- _____ 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- _____ 2. กลั่นได้เป็นปกติ

คะแนนรวม.....

เมื่อประเมินกิจกรรมทั้งหมดแล้วนำผลรวมของคะแนนมาแบ่งตามเกณฑ์ (สุทธิชัย
จิตะพันธ์กุล, 2541) ดังนี้

- 0-4 คะแนน หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งหมด
- 5-8 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้น้อย
- 9-11 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้ปานกลาง
- 12-19 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้มาก
- 20 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้ทั้งหมด

แบบสอบถาม

พฤติกรรมการณ์ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

เลขที่แบบสอบถาม.....

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

1. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปีเต็ม (นับถึงวันตอบแบบสอบถาม)
3. ท่านมีสถานภาพใด
 - ☐ 1. โสด ☐ 4. หย่า
 - ☐ 2. คู่ ☐ 5. แยกกันอยู่
 - ☐ 3. มีชาย
4. ท่านมีการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับใด
 - ☐ 1. ไม่ได้เรียน ☐ 5. ปริญญาตรี
 - ☐ 2. ประถมศึกษา ☐ 6. ปริญญาโท
 - ☐ 3. มัธยมศึกษา ☐ 7. อื่น ๆ
 - ☐ 4. ปวช., อนุปริญญา
5. ปัจจุบันท่านมีอาชีพหลักอะไร (อาชีพหลักคือใช้เวลาส่วนใหญ่ในการประกอบอาชีพ)
 - ☐ 1. ไม่ได้ทำงาน ☐ 5. รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ
 - ☐ 2. รับจ้างทั่วไป ☐ 6. ค้าขาย, ธุรกิจส่วนตัว
 - ☐ 3. รับจ้างประจำ ☐ 7. อื่น ๆ ระบุ.....
 - ☐ 4. เกษตรกรรม ระบุ
6. รายได้เฉลี่ยครอบครัวของท่านประมาณ.....บาทต่อเดือน
7. รายได้ของครอบครัวเพียงพอสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายต่อเดือนหรือไม่
 - ☐ 1. เพียงพอ ☐ 2. ไม่เพียงพอ
9. ท่านมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะใด.....
- 1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแล
10. ระยะเวลาที่ท่านเริ่มให้การดูแลผู้ป่วยรายนี้.....เดือน.....ปี
11. จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ยวันละ.....ชั่วโมง

12. ท่านมีผู้ช่วยเหลือสับเปลี่ยนในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่

☐ 1. ไม่มี

☐ 2. มี

13. ท่านเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมาก่อนหรือไม่

☐ 1. ไม่เคย

☐ 2. เคยดูแลเป็นเวลา.....ปี.....เดือน

14. เหตุผลที่ท่านดูแลผู้ป่วยรายนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 1. เป็นหน้าที่ที่ต้องดูแล

☐ 4. เป็นการตอบแทนบุญคุณ

☐ 2. มีความสามารถในการดูแล

☐ 5. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

☐ 3. มีเวลา มีความสะดวก

1.3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

1. เพศ

☐ 1. ชาย

☐ 2. หญิง

2. ปัจจุบันผู้ป่วยอายุ.....ปีเต็ม (นับถึงวันตอบแบบสอบถาม)

3. สถานภาพของผู้ป่วย

☐ 1. โสด

☐ 4. หย่า

☐ 2. คู่

☐ 5. แยกกันอยู่

☐ 3. ม่าย

4. การศึกษาสูงสุดของผู้ป่วยอยู่ในระดับใด

☐ 1. ไม่ได้เรียน

☐ 5. ปริญญาตรี

☐ 2. ประถมศึกษา

☐ 6. ปริญญาโท

☐ 3. มัธยมศึกษา

☐ 7. อื่น ๆ

☐ 4. ปวช., อนุปริญญา

5. ปัจจุบันผู้ป่วยมีอาชีพหลักอะไร (อาชีพหลักคือใช้เวลาส่วนใหญ่ในการประกอบอาชีพ)

☐ 1. ไม่ได้ทำงาน

☐ 5. รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ

☐ 2. รับจ้างทั่วไป

☐ 6. ค้าขาย, ธุรกิจส่วนตัว

☐ 3. รับจ้างประจำ

☐ 7. อื่น ๆ ระบุ.....

☐ 4. เกษตรกรรม (ระบุ).....

6. รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยประมาณ.....บาทต่อเดือน

7. รายได้ของผู้ป่วยเพียงพอสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายต่อเดือนหรือไม่

☐ 1. เพียงพอ

☐ 2. ไม่เพียงพอ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนดให้ ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านในแต่ละข้อคำถามให้ท่านเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว (โปรดตอบทุกข้อ) การเลือกคำตอบถือเกณฑ์ดังนี้

- 5 หมายถึง เป็นจริงมากที่สุดหรือข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด
- 4 หมายถึง เป็นจริงมากหรือข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมาก
- 3 หมายถึง เป็นจริงปานกลางหรือข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านปานกลาง
- 2 หมายถึง เป็นจริงเล็กน้อยหรือข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเล็กน้อย
- 1 หมายถึง ไม่จริงเลยมากที่สุดหรือข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือไม่เคยเกิดขึ้นเลย

ข้อความ	เป็นจริงมากที่สุด (5)	เป็นจริงมาก (4)	เป็นจริงปานกลาง (3)	เป็นจริงเล็กน้อย (2)	ไม่จริงเลย (1)
การสนับสนุนด้านอารมณ์					
1. คนใกล้ชิดแสดงความห่วงใยและเอาใจใส่ท่านเมื่อท่านมีความวิตกกังวลเรื่องการเจ็บป่วยของผู้ป่วย					
2. คนใกล้ชิดแสดงความเห็นใจท่านเกี่ยวกับอาการความเจ็บป่วยของผู้ป่วย					
3. คนใกล้ชิด แพทย์ พยาบาล ทำให้ท่านมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย					

ตอนที่ 4 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่คิดว่าตรงกับตัวท่านมากที่สุด

- 1 หมายถึง ไม่จริงหรือท่านไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้น
- 2 หมายถึง จริงบางครั้งหรือท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
- 3 หมายถึง ค่อนข้างจริงหรือท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
- 4 หมายถึง จริงมากหรือท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้นทั้งหมดโดยไม่มีข้อแม้

ข้อความ	ไม่จริง (1)	จริง บางครั้ง (2)	ค่อนข้างจริง (3)	จริง มาก (4)
1. ท่านชอบทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุข				
2. ท่านให้ความสำคัญอย่างมากในการเลือกคำพูดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย				
3. ท่านรู้ว่าเมื่อไรควรพูด เมื่อไรควรฟังกับผู้ป่วย				

ตอนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามการปฏิบัติกิจกรรมของท่าน (โปรดตอบทุกข้อ)
การเลือกคำตอบถือเกณฑ์ดังนี้

- | | | |
|-------------|---------|---|
| ไม่เคย | หมายถึง | ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนี้เลยในการดูแล |
| นาน ๆ ครั้ง | หมายถึง | ได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้บ้างเป็นส่วนตัว |
| บ่อยครั้ง | หมายถึง | ได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้บ่อยครั้งกระทำเป็นประจำแต่ไม่ทุกครั้ง |
| เป็นประจำ | หมายถึง | ได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้สม่ำเสมอทุกครั้งในการดูแล |

ข้อ	พฤติกรรมการดูแล	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย
1	ท่านพูดคุยกับผู้ป่วยโดยใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวล				
2	ท่านให้เวลาพูดคุยกับผู้ป่วย				
3	ท่านเอาใจใส่และสนใจดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย				