

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสัมภาษณ์.....

โรงพยาบาล.....

วันที่...../...../.....

เรื่อง ปัจจัยทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5  
ที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

รหัสที่

## แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

## ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับความจริงของท่านมากที่สุด หรือเติมคำลงในช่องว่าง เฉพาะส่วนที่เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

## 1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

สำหรับผู้วิจัย

1. อายุ..... ปี [    ]
2. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง [    ]
3. สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) คู่ [    ]  
( ) หม้าย ( ) หย่า
4. อาชีพ ( ) เกษตรกรรม ( ) ไม่ได้ทำงาน (พ่อบ้าน/แม่บ้าน) [    ]  
( ) รับจ้าง ( ) รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ  
( ) ค้าขาย ( ) อื่น ๆ โปรดระบุ.....
5. ระดับการศึกษา ( ) ไม่ได้เรียนหนังสือ ( ) ประถมศึกษา [    ]  
( ) มัธยมศึกษา ( ) ปวช./ปวส.  
( ) ประกาศนียบัตรและอนุปริญญา ( ) ปริญญาตรี  
( ) ปริญญาโท ( ) อื่น ๆ โปรดระบุ.....
6. รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน) [    ]  
( ) ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 2,000 ( ) 2,001-4,000  
( ) 4,001-6,000 ( ) 6,001-8,000  
( ) 8,001-10,000 ( ) มากกว่า 10,000 ระบุ.....
7. การจ่ายค่ารักษาพยาบาล [    ]  
( ) เบิกได้ ( ) บัตรทอง  
( ) ประกันสังคม ( ) จ่ายเอง  
( ) อื่น ๆ.....
8. ผู้ที่คอยดูแลช่วยเหลือท่าน..... [    ]

## 2. ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา (บันทึกโดยผู้วิจัย)

9. ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังมากี่ปี.....

10. ระยะของโรคไตเรื้อรัง

[    ]

(    ) ระยะที่ 4

(    ) ระยะที่ 5

11. โรคร่วมระบบ

(    ) ไม่มี

(    ) มี

(    ) เบาหวาน

(    ) ความดันโลหิตสูง

(    ) โรคหัวใจ

(    ) อื่น ๆ .....

12. ยาที่ได้รับระบบ

[    ]

1. ....

2. ....

3. ....

4. ....

5. ....

13. ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาท่านเข้านอนในโรงพยาบาลหรือไม่

(    ) มี

(    ) ไม่มี

สาเหตุ.....

14. ท่านเคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคไตเรื้อรังหรือไม่

(    ) ไม่เคย

(    ) เคย เรื่อง.....

แหล่งข้อมูล.....

15. FBS ..... mg% ใน 1 เดือนที่ผ่านมา

16. BP .....mmHg ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจ

17. Hct .....% ใน วันที่มาตรวจ

18. BUN .....mg/dl ใน วันที่มาตรวจ

19. Cr.....mg/dl ใน วันที่มาตรวจ

20. Na.....mg/dl ใน วันที่มาตรวจ

21. K.....mg/dl ใน วันที่มาตรวจ

22. Ca.....mg/dl ในวันที่มาตรวจ

23. P.....mg/dl ในวันที่มาตรวจ

24. น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหรือไม่ใน 1 เดือนก่อนที่ท่านจะมาตรวจ

( ) ไม่เพิ่ม

( ) เพิ่มขึ้น

มหาวิทยาลัยบูรพา  
Burapha University

## ส่วนที่ 2 แบบประเมินการปฏิบัติทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของท่านในช่วง 7 วันที่ผ่านมา โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติจริงของท่านมากที่สุด

| ท่านสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่อไปนี้ได้ด้วยตนเองอย่างน้อยเพียงใด       | ปฏิบัติไม่ได้เลย | ปฏิบัติได้ต้องมีคนช่วยเหลือมาก | ปฏิบัติได้มีคนช่วยเหลือเล็กน้อย | ปฏิบัติได้ด้วยตนเอง | ไม่ได้ปฏิบัติเนื่องจาก (โปรดระบุ) |
|--------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------|-----------------------------------|
| <b>กิจกรรมการดูแลส่วนบุคคล</b>                                     |                  |                                |                                 |                     |                                   |
| 1. อาบน้ำ                                                          |                  |                                |                                 |                     | .....                             |
| 2. ....                                                            |                  |                                |                                 |                     | .....                             |
| 3. ....                                                            |                  |                                |                                 |                     | .....                             |
| <b>กิจกรรมภายในบ้าน ครอบครัว</b>                                   |                  |                                |                                 |                     |                                   |
| 4. ทำงานบ้านที่ออกแรงเบา ๆ (เช่น ปัด กวาดบ้าน รดน้ำต้นไม้ เป็นต้น) |                  |                                |                                 |                     | .....                             |
| 5. ทำงานบ้านที่ออกแรงปานกลาง (เช่น ถูบ้าน ขัดห้องน้ำ เป็นต้น)      |                  |                                |                                 |                     | .....                             |
| 6. ....                                                            |                  |                                |                                 |                     | .....                             |
| 7. ....                                                            |                  |                                |                                 |                     | .....                             |
| 8. ....                                                            |                  |                                |                                 |                     | .....                             |
| 9. ....                                                            |                  |                                |                                 |                     | .....                             |
| 10. ....                                                           |                  |                                |                                 |                     | .....                             |
| 11. ....                                                           |                  |                                |                                 |                     | .....                             |
| 12. ....                                                           |                  |                                |                                 |                     | .....                             |

| ท่านสามารถปฏิบัติกิจกรรมดังต่อไปนี้<br>ได้ด้วยตนเองมากน้อยเพียงใด         | ปฏิบัติ<br>ไม่ได้<br>เลย | ปฏิบัติได้<br>ต้องมีคน<br>ช่วยเหลือ<br>มาก | ปฏิบัติได้<br>มีคน<br>ช่วยเหลือ<br>เล็กน้อย | ปฏิบัติได้<br>ด้วย<br>ตนเอง | ไม่ได้ปฏิบัติ<br>เนื่องจาก<br>(โปรดระบุ) |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------|
| กิจกรรมทางสังคมและปฏิสัมพันธ์                                             |                          |                                            |                                             |                             |                                          |
| 13. ฟังเทศน์ฟังธรรม สวดมนต์<br>ไหว้พระ                                    |                          |                                            |                                             |                             | .....                                    |
| 14. เข้าร่วมกิจกรรมอื่น ๆ ทาง<br>ศาสนา (เช่น ทำบุญ เลี้ยงพระ ตัก<br>บาตร) |                          |                                            |                                             |                             | .....                                    |
| 15. ....                                                                  |                          |                                            |                                             |                             | .....                                    |
| 16. ....                                                                  |                          |                                            |                                             |                             | .....                                    |
| 17. ....                                                                  |                          |                                            |                                             |                             | .....                                    |



### ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

**คำชี้แจง** ข้อความข้างล่างนี้เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ขอให้ท่านอ่านแต่ละอาการและพิจารณาว่า ท่านมีอาการต่างๆเหล่านี้หรือไม่ และหากมีอาการ ท่านมีความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการมากน้อยเพียงใด

**หากท่านไม่มีอาการใด** กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องไม่มีอาการ และไม่ต้องทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องความถี่ ความรุนแรง และความรู้สึกลักษณะของอาการ

**โดยความถี่ ของอาการมี 4 ระดับ ดังนี้**

- |   |                            |                          |
|---|----------------------------|--------------------------|
| 1 | หมายถึง มีความถี่น้อยมาก   | เกิด 1-2 ครั้ง/ สัปดาห์  |
| 2 | หมายถึง มีความถี่บางครั้ง  | เกิด 3-5 ครั้ง/ สัปดาห์  |
| 3 | หมายถึง มีความถี่บ่อยครั้ง | เกิด 6-7 ครั้ง/ สัปดาห์  |
| 4 | หมายถึง มีความถี่ตลอดเวลา  | เกิด 8-10 ครั้ง/ สัปดาห์ |

**โดยความรุนแรง ของอาการมี 4 ระดับ ดังนี้**

- |   |                               |                          |
|---|-------------------------------|--------------------------|
| 1 | หมายถึง มีความรุนแรงน้อย      | เกิด 1-2 ครั้ง/ สัปดาห์  |
| 2 | หมายถึง มีความรุนแรงปานกลาง   | เกิด 3-5 ครั้ง/ สัปดาห์  |
| 3 | หมายถึง มีความรุนแรงมาก       | เกิด 6-7 ครั้ง/ สัปดาห์  |
| 4 | หมายถึง มีความรุนแรงมากที่สุด | เกิด 8-10 ครั้ง/ สัปดาห์ |

**โดยความทุกข์ทรมานของอาการมี 5 ระดับ ดังนี้**

- |   |                                     |                          |
|---|-------------------------------------|--------------------------|
| 0 | หมายถึง ไม่มีความทุกข์ทรมานเลย      | เกิด 0 ครั้ง/สัปดาห์     |
| 1 | หมายถึง มีความทุกข์ทรมานเล็กน้อย    | เกิด 1-2 ครั้ง /สัปดาห์  |
| 2 | หมายถึง มีความทุกข์ทรมานพอควร       | เกิด 3-5 ครั้ง/ สัปดาห์  |
| 3 | หมายถึง มีความทุกข์ทรมานค่อนข้างมาก | เกิด 6-7 ครั้ง/ สัปดาห์  |
| 4 | หมายถึง มีความทุกข์ทรมานมาก         | เกิด 8-10 ครั้ง/ สัปดาห์ |

**ยกตัวอย่างเช่น** ความถี่ของอาการ ถ้าท่านมีอาการ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ หมายถึงท่านมีความถี่ของอาการน้อยมาก ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่หมายเลข 1 หรือความรุนแรงของอาการ หากท่านมีอาการ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ หมายถึงท่านมีความรุนแรงของอาการปานกลาง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องหมายเลข 2 หรือความทุกข์ทรมานของอาการ หากท่านมีอาการ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ หมายถึงท่านมีความทุกข์ทรมานของอาการเล็กน้อย ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องหมายเลข 1 เป็นต้น

| ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา<br>ท่านมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ | ไม่มี<br>อาการ<br>(✓) | ถ้ามีท่านมีอาการที่เกิดขึ้นถี่<br>เพียงใด |              |               |              | ถ้ามีอาการมีความรุนแรง<br>มากเพียงใด |             |     |           | ถ้ามีอาการทำให้ท่านรู้สึกทุกข์<br>ทรมานมากเพียงใด |          |           |                 |     |
|------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------|--------------|---------------|--------------|--------------------------------------|-------------|-----|-----------|---------------------------------------------------|----------|-----------|-----------------|-----|
|                                                            |                       | น้อย<br>มาก                               | บาง<br>ครั้ง | บ่อย<br>ครั้ง | เกิด<br>ตลอด | น้อย                                 | ปาน<br>กลาง | มาก | มากที่สุด | ไม่เลย                                            | เล็กน้อย | พอ<br>ควร | ค่อนข้าง<br>มาก | มาก |
| เหนื่อยล้า                                                 |                       | 1                                         | 2            | 3             | 4            | 1                                    | 2           | 3   | 4         | 0                                                 | 1        | 2         | 3               | 4   |
| คันผิวหนัง                                                 |                       | 1                                         | 2            | 3             | 4            | 1                                    | 2           | 3   | 4         | 0                                                 | 1        | 2         | 3               | 4   |
| ท้องผูก                                                    |                       | 1                                         | 2            | 3             | 4            | 1                                    | 2           | 3   | 4         | 0                                                 | 1        | 2         | 3               | 4   |
| เบื่ออาหาร                                                 |                       | 1                                         | 2            | 3             | 4            | 1                                    | 2           | 3   | 4         | 0                                                 | 1        | 2         | 3               | 4   |
| ปวดศีรษะ                                                   |                       | 1                                         | 2            | 3             | 4            | 1                                    | 2           | 3   | 4         | 0                                                 | 1        | 2         | 3               | 4   |
| นอนไม่หลับ                                                 |                       | 1                                         | 2            | 3             | 4            | 1                                    | 2           | 3   | 4         | 0                                                 | 1        | 2         | 3               | 4   |
| วิตกกังวล                                                  |                       | 1                                         | 2            | 3             | 4            | 1                                    | 2           | 3   | 4         | 0                                                 | 1        | 2         | 3               | 4   |
| หายใจลำบาก                                                 |                       | 1                                         | 2            | 3             | 4            | 1                                    | 2           | 3   | 4         | 0                                                 | 1        | 2         | 3               | 4   |
| คลื่นไส้/อาเจียน                                           |                       | 1                                         | 2            | 3             | 4            | 1                                    | 2           | 3   | 4         | 0                                                 | 1        | 2         | 3               | 4   |
| แสบร้อน/กระตุกที่ขา                                        |                       | 1                                         | 2            | 3             | 4            | 1                                    | 2           | 3   | 4         | 0                                                 | 1        | 2         | 3               | 4   |
| ซึมเศร้า                                                   |                       | 1                                         | 2            | 3             | 4            | 1                                    | 2           | 3   | 4         | 0                                                 | 1        | 2         | 3               | 4   |
| อาการอื่นๆที่พบ                                            |                       | 1                                         | 2            | 3             | 4            | 1                                    | 2           | 3   | 4         | 0                                                 | 1        | 2         | 3               | 4   |
|                                                            |                       | 1                                         | 2            | 3             | 4            | 1                                    | 2           | 3   | 4         | 0                                                 | 1        | 2         | 3               | 4   |

#### ส่วนที่ 4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

**คำชี้แจง** ข้อความต่อไปนี้เป็นารับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ จากบุคคลอื่น ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว คู่สมรส เครือญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อน หรือบุคลากรในทีมสุขภาพ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ซึ่งมีความหมายดังนี้

|                   |                                                               |
|-------------------|---------------------------------------------------------------|
| ไม่เป็นจริง       | หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก                        |
| เป็นจริงเล็กน้อย  | หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย |
| เป็นจริงส่วนใหญ่  | หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็นส่วนใหญ่  |
| เป็นจริงมากที่สุด | หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นมากที่สุด     |

| ข้อความ                                                                                                                  | ไม่เป็นจริง | เป็นจริงเล็กน้อย | เป็นจริงส่วนใหญ่ | เป็นจริงมากที่สุด | สำหรับผู้ป่วย |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------|------------------|-------------------|---------------|
| <b>การสนับสนุนด้านอารมณ์</b>                                                                                             |             |                  |                  |                   | [ ]           |
| 1. ท่านได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิดเมื่อท่านเจ็บป่วย                                                   |             |                  |                  |                   | [ ]           |
| 2. ....                                                                                                                  |             |                  |                  |                   | [ ]           |
| 3. ....                                                                                                                  |             |                  |                  |                   | [ ]           |
| 4. ....                                                                                                                  |             |                  |                  |                   | [ ]           |
| 5. ....                                                                                                                  |             |                  |                  |                   | [ ]           |
| <b>ด้านข้อมูลข่าวสาร</b>                                                                                                 |             |                  |                  |                   |               |
| 6. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์                                                         |             |                  |                  |                   | [ ]           |
| 7. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องกับโรคที่เป็นอยู่จากบุคลากรทางการแพทย์/ผู้ที่เป็นโรคเช่นเดียวกัน |             |                  |                  |                   | [ ]           |

| ข้อความ                                                                                                 | ไม่เป็น<br>จริง | เป็น<br>จริงเล็กน้อย | เป็น<br>จริง<br>ส่วน<br>ใหญ่ | เป็น<br>จริง<br>มาก<br>ที่สุด | สำหรับ<br>ผู้วิจัย |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------|
| 8. ....                                                                                                 |                 |                      |                              |                               | [ ]                |
| 9. ....                                                                                                 |                 |                      |                              |                               | [ ]                |
| 10. ....                                                                                                |                 |                      |                              |                               | [ ]                |
| <b>ด้านการประเมินค่า</b>                                                                                |                 |                      |                              |                               |                    |
| 11. บุคคลใกล้ชิด หรือบุคลากรทางการแพทย์<br>ให้คำยกย่องชมเชย เมื่อท่านปฏิบัติตัวได้<br>ถูกต้อง           |                 |                      |                              |                               | [ ]                |
| 12. บุคคลใกล้ชิดหรือบุคลากรทางการแพทย์<br>ตักเตือน และให้คำแนะนำแก่ท่าน หากท่าน<br>ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง |                 |                      |                              |                               | [ ]                |
| 13. ....                                                                                                |                 |                      |                              |                               | [ ]                |
| 14. ....                                                                                                |                 |                      |                              |                               | [ ]                |
| 15. ....                                                                                                |                 |                      |                              |                               | [ ]                |
| <b>ด้านทรัพยากร</b>                                                                                     |                 |                      |                              |                               |                    |
| 16. ท่านได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน<br>จากบุคคลใกล้ชิด                                                |                 |                      |                              |                               | [ ]                |
| 17. ท่านได้รับความช่วยเหลือในด้าน เสื้อผ้า<br>สิ่งของ เครื่องใช้ต่าง ๆ ที่จำเป็น จากบุคคล<br>ใกล้ชิด    |                 |                      |                              |                               | [ ]                |
| 18. ....                                                                                                |                 |                      |                              |                               | [ ]                |
| 19. ....                                                                                                |                 |                      |                              |                               | [ ]                |
| 20. ....                                                                                                |                 |                      |                              |                               | [ ]                |

ภาคผนวก ข

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



## แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

### คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

#### 1. ชื่อวิทยานิพนธ์

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาไทย) ปัจจัยทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (English) PREDICTORS OF FUNCTIONAL PERFORMANCE IN PATIENTS

WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE

#### 2. ชื่อนิสิต นางสาวเพ็ญศรี จิตต์จันทร์

รหัสประจำตัวนิสิต 51910230 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

☒ ภาคปกติ

☐ ภาคพิเศษ

#### 3. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวกับ

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย
- 2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัยไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่มีชีวิต หรือไม่มีชีวิต

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ ดังนี้

( ☒ ) รับรองโครงการวิจัย (Approval)

( ☐ ) ไม่รับรอง (Not Approval)

4) ช่วงระยะเวลาในการเก็บข้อมูล วันที่ 10 มิถุนายน 2553 ถึง วันที่ 31 ตุลาคม 2553

4. วันที่ให้การรับรอง: 10 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2553

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



## เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

ชื่อโครงการ

ปัจจัยทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

Predictors of Functional Performance in Patients with Chronic Kidney Disease

ผู้วิจัยหลัก

นางสาวเพ็ญศรี จิตต์จันทร์

หน่วยงาน/สถาบัน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ได้พิจารณารายละเอียดของโครงการวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร เอกสารแสดงความยินยอม เข้าร่วมการวิจัยภาษาไทยแล้ว มีมติสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบเขตของโครงการที่เสนอได้

(ทพญ.ชนิษฐา ตาโรจน์)

รองประธานคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์

(นายแพทย์มนัส กนกศิลป์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

วันที่รับรอง :

๕ 7 ก. ย. 2553

วันหมดอายุของการรับรอง :

๕ 6 ก. ย. 2554

เอกสารที่รับรองรวมถึง

1. โครงร่างการวิจัย
2. ใบยินยอมและเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร
3. ผู้วิจัย/คณะผู้วิจัย
4. แบบสอบถาม/แบบบันทึกข้อมูล

ผู้วิจัยที่ได้รับการรับรองต้องยอมตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยรับทราบว่าเป็นการวิจัยจริยธรรมที่จะรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาก่อนโครงการได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
2. กิจกรรมของโครงการวิจัยต้องจบลงภายในวันหมดอายุของการรับรอง ถ้าต้องการขยายเวลา ต้องยื่นแสดงความจำนงก่อนวันหมดอายุ 30 วัน
3. ผู้วิจัยต้องทำการศึกษาดูงานที่ระบุไว้ในโครงร่างงานวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เพียงแบบฟอร์มที่คณะกรรมการจริยธรรมฯ ได้รับรอง (ใบยินยอมและเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร, แผนประชาสัมพันธ์ เป็นต้น) และ คณะกรรมการจริยธรรมฯ มีสิทธิตรวจสอบเอกสารดังกล่าวได้ทุกครั้งที่ต้องการ
5. ในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ข้างเคียงร้ายแรง ต้องรายงานคณะกรรมการจริยธรรมฯ ภายใน 5 วันทำการ
6. ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมไปจากเดิมที่รับรองไว้ ต้องรายงานคณะกรรมการจริยธรรมฯ ก่อนที่จะเริ่มทำกิจกรรมนั้นๆ
7. ส่งรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์หลังโครงการวิจัยเสร็จสิ้นลงแล้ว จำนวน 1 ฉบับ



ภาคผนวก ค

คำชี้แจงและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย





## ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง: ปัจจัยทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

เรียน ผู้ป่วยทุกท่าน

เนื่องจากดิฉันเพ็ญศรี จิตต์จันทร์ นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา กำลังทำวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนให้การพยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต และส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรค และการเสียชีวิตลงได้ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

ดิฉันจึงขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งการเก็บข้อมูลจะใช้วิธีการสัมภาษณ์ ร่วมกับการขอให้ท่านตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยการตอบแบบสอบถามขอท่านตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ข้อมูลที่ท่านตอบ ไม่มีถูกหรือผิด โดยรวมจะใช้เวลาประมาณ 20 นาทีในการเก็บข้อมูลทั้งหมด

การเข้าร่วมการศึกษานี้เป็นไปโดยสมัครใจ ท่านอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการศึกษานี้ได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านจะได้รับใด ๆ

ผลของการศึกษานี้ จะนำเสนอในภาพรวม ข้อมูลต่างๆจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะถูกทำลายเมื่อเสร็จสิ้นการศึกษา ขอรับรองว่าจะไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่าน

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยที่ไปร่วมเก็บรวบรวมข้อมูลในวันทำการเก็บรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามได้ตลอดเวลาที่นางสาวเพ็ญศรี จิตต์จันทร์ โทรศัพท์ 085- 8563164 หรือ ดิ็กพระวอพระตา 5 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000 ซึ่งยินดีให้คำตอบแก่ท่านทุกเมื่อ

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านเป็นอย่างยิ่ง ในความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

นางสาวเพ็ญศรี จิตต์จันทร์

ผู้วิจัย



## ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

(นางสาวเพ็ญศรี จิตต์จันทร์)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

(นางสาวเพ็ญศรี จิตต์จันทร์)

ภาคผนวก ง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการกับการปฏิบัติหน้าที่

**Correlations**

|              |                     | fatigue | pruritus | constipation | anorexia | headache | sleepless | anxious | dyspnea | nuasea  | restless | depress | dizziness | edema  | tperfor |
|--------------|---------------------|---------|----------|--------------|----------|----------|-----------|---------|---------|---------|----------|---------|-----------|--------|---------|
| fatigue      | Pearson Correlation | 1       | .217**   | .005         | .288**   | .176**   | .191**    | .074    | .179**  | .198**  | .067     | .127    | -.013     | .143*  | -.215** |
|              | Sig. (2-tailed)     |         | .001     | .940         | .000     | .010     | .005      | .276    | .008    | .003    | .329     | .061    | .844      | .036   | .001    |
|              | N                   | 217     | 217      | 217          | 217      | 217      | 217       | 217     | 217     | 217     | 217      | 217     | 217       | 217    | 217     |
| pruritus     | Pearson Correlation | .217**  | 1        | .127         | .085     | .190**   | .158*     | -.001   | .190**  | .157*   | .123     | .126    | .072      | .134*  | -.194** |
|              | Sig. (2-tailed)     | .001    |          | .062         | .212     | .005     | .020      | .988    | .005    | .020    | .070     | .063    | .293      | .049   | .004    |
|              | N                   | 217     | 217      | 217          | 217      | 217      | 217       | 217     | 217     | 217     | 217      | 217     | 217       | 217    | 217     |
| constipation | Pearson Correlation | .005    | .127     | 1            | .103     | .042     | .150*     | .185**  | .056    | .109    | .134*    | .097    | .070      | .121   | -.208** |
|              | Sig. (2-tailed)     | .940    | .062     |              | .132     | .538     | .027      | .006    | .410    | .110    | .049     | .154    | .306      | .074   | .002    |
|              | N                   | 217     | 217      | 217          | 217      | 217      | 217       | 217     | 217     | 217     | 217      | 217     | 217       | 217    | 217     |
| anorexia     | Pearson Correlation | .288**  | .085     | .103         | 1        | .097     | .281**    | .100    | .139*   | .369**  | .011     | .071    | .020      | .099   | -.197** |
|              | Sig. (2-tailed)     | .000    | .212     | .132         |          | .155     | .000      | .143    | .041    | .000    | .875     | .296    | .772      | .146   | .003    |
|              | N                   | 217     | 217      | 217          | 217      | 217      | 217       | 217     | 217     | 217     | 217      | 217     | 217       | 217    | 217     |
| headache     | Pearson Correlation | .176**  | .190**   | .042         | .097     | 1        | .168*     | .040    | .257**  | .139*   | .145*    | .129    | -.037     | .117   | -.045   |
|              | Sig. (2-tailed)     | .010    | .005     | .538         | .155     |          | .013      | .563    | .000    | .042    | .033     | .057    | .589      | .086   | .509    |
|              | N                   | 217     | 217      | 217          | 217      | 217      | 217       | 217     | 217     | 217     | 217      | 217     | 217       | 217    | 217     |
| sleepless    | Pearson Correlation | .191**  | .158*    | .150*        | .281**   | .168*    | 1         | .229**  | .192**  | .242**  | .064     | .190**  | -.044     | .141*  | -.139*  |
|              | Sig. (2-tailed)     | .005    | .020     | .027         | .000     | .013     |           | .001    | .005    | .000    | .351     | .005    | .516      | .038   | .041    |
|              | N                   | 217     | 217      | 217          | 217      | 217      | 217       | 217     | 217     | 217     | 217      | 217     | 217       | 217    | 217     |
| anxious      | Pearson Correlation | .074    | -.001    | .185**       | .100     | .040     | .229**    | 1       | .021    | .190**  | .073     | .181**  | .087      | .050   | -.047   |
|              | Sig. (2-tailed)     | .276    | .988     | .006         | .143     | .563     | .001      |         | .763    | .005    | .285     | .008    | .204      | .462   | .493    |
|              | N                   | 217     | 217      | 217          | 217      | 217      | 217       | 217     | 217     | 217     | 217      | 217     | 217       | 217    | 217     |
| dyspnea      | Pearson Correlation | .179**  | .190**   | .056         | .139*    | .257**   | .192**    | .021    | 1       | .207**  | .088     | .159*   | .107      | .220** | -.124   |
|              | Sig. (2-tailed)     | .008    | .005     | .410         | .041     | .000     | .005      | .763    |         | .002    | .198     | .019    | .115      | .001   | .069    |
|              | N                   | 217     | 217      | 217          | 217      | 217      | 217       | 217     | 217     | 217     | 217      | 217     | 217       | 217    | 217     |
| nuasea       | Pearson Correlation | .198**  | .157*    | .109         | .369**   | .139*    | .242**    | .190**  | .207**  | 1       | .151*    | .163*   | .116      | .138*  | -.221** |
|              | Sig. (2-tailed)     | .003    | .020     | .110         | .000     | .042     | .000      | .005    | .002    |         | .026     | .016    | .088      | .042   | .001    |
|              | N                   | 217     | 217      | 217          | 217      | 217      | 217       | 217     | 217     | 217     | 217      | 217     | 217       | 217    | 217     |
| restless     | Pearson Correlation | .067    | .123     | .134*        | .011     | .145*    | .064      | .073    | .088    | .151*   | 1        | .828**  | .147*     | .081   | -.020   |
|              | Sig. (2-tailed)     | .329    | .070     | .049         | .875     | .033     | .351      | .285    | .198    | .026    |          | .000    | .031      | .232   | .768    |
|              | N                   | 217     | 217      | 217          | 217      | 217      | 217       | 217     | 217     | 217     | 217      | 217     | 217       | 217    | 217     |
| depress      | Pearson Correlation | .127    | .126     | .097         | .071     | .129     | .190**    | .181**  | .159*   | .163*   | .828**   | 1       | .210**    | .129   | -.089   |
|              | Sig. (2-tailed)     | .061    | .063     | .154         | .296     | .057     | .005      | .008    | .019    | .016    | .000     |         | .002      | .057   | .194    |
|              | N                   | 217     | 217      | 217          | 217      | 217      | 217       | 217     | 217     | 217     | 217      | 217     | 217       | 217    | 217     |
| dizziness    | Pearson Correlation | -.013   | .072     | .070         | .020     | -.037    | -.044     | .087    | .107    | .116    | .147*    | .210**  | 1         | .000   | -.208** |
|              | Sig. (2-tailed)     | .844    | .293     | .306         | .772     | .589     | .516      | .204    | .115    | .088    | .031     | .002    |           | .997   | .002    |
|              | N                   | 217     | 217      | 217          | 217      | 217      | 217       | 217     | 217     | 217     | 217      | 217     | 217       | 217    | 217     |
| edema        | Pearson Correlation | .143*   | .134*    | .121         | .099     | .117     | .141*     | .050    | .220**  | .138*   | .081     | .129    | .000      | 1      | -.117   |
|              | Sig. (2-tailed)     | .036    | .049     | .074         | .146     | .086     | .038      | .462    | .001    | .042    | .232     | .057    | .997      |        | .086    |
|              | N                   | 217     | 217      | 217          | 217      | 217      | 217       | 217     | 217     | 217     | 217      | 217     | 217       | 217    | 217     |
| tperfor      | Pearson Correlation | -.215** | -.194**  | -.208**      | -.197**  | -.045    | -.139*    | -.047   | -.124   | -.221** | -.020    | -.089   | -.208**   | -.117  | 1       |
|              | Sig. (2-tailed)     | .001    | .004     | .002         | .003     | .509     | .041      | .493    | .069    | .001    | .768     | .194    | .002      | .086   |         |
|              | N                   | 217     | 217      | 217          | 217      | 217      | 217       | 217     | 217     | 217     | 217      | 217     | 217       | 217    | 217     |

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

มหาวิทยาลัยบูรพา  
Burapha University

ภาคผนวก จ  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- |                                            |                                                                                            |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. แพทย์หญิงผาณิต สุขโท                    | อายุรแพทย์โรคไต<br>โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์<br>จังหวัดอุบลราชธานี                         |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา กิริติยวงศ์ | อาจารย์ภาควิชาอายุรศาสตร์คัลยศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยบูรพา                                    |
| 3. ดร.สุรีย์ ธรรมิกบวร                     | คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี                                             |
| 4. นางสาวรัตนภรณ์ แจ่มจำรัส                | พยาบาลวิชาชีพระดับ 7<br>พยาบาลชำนาญการด้านไตเทียม<br>หัวหน้าแผนกไตเทียม<br>โรงพยาบาลชลบุรี |
| 5. นางสาวสุพัตรา สิงห์อุตสาหะชัย           | พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง (APN)<br>หัวหน้าแผนกไตเทียม<br>โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์           |