

๐๐๐๐๐๐

□□□□□□ □

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

.....

...../...../.....

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการกับการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ข้อ

ข้อ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อ 2 อ่อนเพลีย และนอนไม่หลับในผู้ที่เป็นโรค

ข้อ 3

ข้อ 4

ข้อ 5

ข้อมูลส่วนบุคคล

โปรดเติมข้อความและเครื่องหมาย ✓ () หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. ☐ () ☐
☐ () ☐
2. ☐.....ปี
3. ☐ () ☐ () ☐
☐ คริสต์ () ☐
4. ☐ () ☐
☐ คู่
☐ หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่
5. ☐ () ไม่ได้เรียนหนังสือ
☐ ประถมศึกษาปีที่ 1-6
☐ มัธยมศึกษาปีที่ 1-3
☐ มัธยมศึกษาปีที่ 4-6
☐ ☐ ☐
6. ☐ () ไม่ได้.....
☐
☐
☐ ค้าขาย /
☐
☐ รับจ้าง
☐ ☐

ส่วนที่ 3 ประวัติการเจ็บป่วย

15. ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมานาน.....ปี
16. ขณะนี้ท่านมีการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆร่วมหรือไม่
- () ไม่มี ()
17. ปีที่ผ่านมาเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่
- () ไม่เคย
- () รับการรักษา ณ ห้องฉุกเฉินและกลับบ้าน.....
.....
18. ปีที่ผ่านมาเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่
- () ไม่เคย
- () รับการรักษา ณ ห้องฉุกเฉินและกลับบ้าน.....
.....
19. / สิ่งที่ทำให้ท่านมารับการรักษาค้างครั้งนี้
- () มาตามแพทย์นัด
- () มาด้วยมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น
- ()
20. ท่านคิดว่า ปอดอุดกั้นเรื้อรังของท่านอยู่ในระดับใด
- ()
- ()
- ()
- () น้อย
- () น้อยที่สุด

21. ท่านเคยได้รับความรู้.....
เกิดจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือไม่

() ไม่เคย

() เคย

ถ้าท่านเคยได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการจัดการอาการ
โปรตะบุหัวข้อเรื่องและแหล่งข้อมูลที่ทำให้ความรู้และคำแนะนำดังกล่าวแก่ท่านในตารางต่อไปนี้

หัวข้อเรื่อง	แหล่งข้อมูล
1.	
2.	

22. ท่านมีวิธีการจัดการเมื่อเกิดอาการกำเริบหรือไม่ ถ้ามี ท่านจัดการอาการที่เกิดขึ้นอย่างไร

..... () ไม่มี ()
.....

อาการอ่อนเพลีย () ไม่มี ()
.....

อาการนอนไม่หลับ () ไม่มี ()
.....

..... () ไม่มี ()
.....

อาการซึมเศร้า () ไม่มี ()
.....

.....
.....

แบบประเมินอาการหายใจลำบาก อ่อนเพลีย และนอนไม่หลับในผู้ที่ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีประสบการณ์ ต่อไปนี้หรือไม่อย่างไร	ท่านมีอาการบ่อย ไม่เกิดขึ้นเลย	ไม่มีอาการ	ทำให้นานทุก วัน/สัปดาห์
1. อ่อนเพลีย	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. อ่อนเพลีย	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. นอนไม่หลับ	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

แบบประเมินความวิตกกังวลและการซึมเศร้าในผู้ที่เป็โรคลอดุดกันเรื้อรัง

แบบประเมิน

แบบประเมินชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความวิตกกังวลและการซึมเศร้า
ขึ้นกับท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เมื่อท่านอ่านข้อคำถามแล้ว กรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริง
และตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยเลือกตอบคำถามเพียงข้อเดียว

1. ฉันรู้.....
 - () [3]
 - () บ่อยครั้ง [2]
 - () เป็นบางครั้ง [1]
 - () ไม่เป็นเลย [0]
2. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่าง ๆ ที่ฉันเคยชอบได้
 - () [0]
 - () น้อยลงกว่าเดิมเล็กน้อย [1]
 - () น้อยลงกว่าเดิมมาก [2]
 - () เกือบไม่เหมือนเดิม [3]
3. ฉันมีความรู้สึกกลัว คล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น
 - () [3]
 - () [2]
 - () [1]
 - () [0]
4.อารมณ์ขึ้นในเรื่องต่าง ๆ ได้
 - () [0]
 - () [1]
 - () [2]
 - () [3]

5. □□□□□□□□□□□□□□

() [3]

() [2]

() [1]

() [0]

6. จันฐ์ศึกแจ่มใสเบิกบาน

() [3]

() [2]

() [1]

() [0]

[illegible]

..... [0]

() [1]

() [2]

() [3]

8. ฉันรู้สึกว่าคุณเองคิดอะไร ทำอะไร เชื่ออะไรต่างจากเดิม

..... [3]

() [2]

() [1]

() [0]

9. ฉันรู้สึกไม่สบายใจ จนทำให้รู้สึกปั่นป่วนในท้อง

() [0]

() [1]

() [2]

() [3]

10. ฉันปล่อยเนื้อปล่อยตัว ไม่.....

- () [3]
 () [2]
 () [1]
 () [0]

11. ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย เหมือนกับจะอยู่หนึ่ง ๆ ไม่ได้

- () [3]
 () [2]
 () [1]
 () [0]

12. ฉันมองสิ่งต่าง ๆ ในอนาคต ด้วยความเบิกบานใจ

- () [0]
 () [1]
 () [2]
 () [3]

13. ฉันรู้สึกผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่าง.....

- () บ่อยครั้ง [3]
 () เป็นบางครั้ง [2]
 () [1]
 () ไม่มีเลย [0]

14. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินไปกับการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์

..... ที่เคยเพลิดเพลินได้

- () บ่อยครั้ง [0]
 () เป็นบางครั้ง [1]
 () [2]
 () ไม่มีเลย [3]

แบบประเมินพฤติกรรมปฏิบัติหน้าที่ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

แบบประเมิน

แบบประเมินชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของท่าน เกี่ยวกับร่างกาย การดูแลรักษาบ้าน การออกกำลังกาย การพักผ่อน กิจกรรมทางด้านจิต ซึ่งเกิดจากภาวะการเจ็บป่วยด้วย ในช่วง 1 ที่ผ่านมา ขอให้ท่านพิจารณากิจกรรมในแต่ละข้อว่าท่าน ได้กิจกรรมดังกล่าวได้มากน้อย จากนั้นใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงข้อเดียวและ กรุณาตอบคำถามทุกข้อ โดยคำตอบที่ให้มีความหมายดังนี้

1 ไม่ได้เลยเนื่องจากสุขภาพของคุณไม่อำนวย

2 ด้วยความลำบากมาก

3 นั้นด้วยความลำบากเล็กน้อย

4 คุณทำกิจกรรมนั้นได้อย่างง่ายดาย ไม่ลำบาก

หากท่านไม่ทำกิจกรรมนั้นๆ เนื่องจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ปัญหาสุขภาพ โปรดระบุสาเหตุ ดังกล่าวในช่องว่าง เช่น ไม่เคยทำ หรือมีผู้อื่นทำ แทน เป็นต้น

ข้อ	ชื่อ	กิจกรรมได้...			ไม่ได้ ปัญหา (1)	ไม่ทำ ปัญหา (2)
		ไม่ (4)	น้อย (3)	มาก (2)		
1.	การดูแลร่างกาย					
2.	การแต่งตัวและถอดเสื้อผ้า					
3.						
4.						
5.						

ข้อ ข้อ	ข้อ	ทำได้...			ไม่ได้	ไม่ทำ ข้อ (ข้อ)
		ไม่ ข้อ	ข้อ ข้อ ข้อ	ข้อ ข้อ	ข้อ ปัญหา ข้อ	
		(4)	(3)	(2)	(1)	
6.	การดูแลกิจการภายในบ้าน : ข้อ (ข้อ 6-8) ข้อ					.....
7.	.....					.....
8.	.....					.....
9.	ข้อ บ้าน (ข้อ 9-12) เช่น การดูแลหรือกวาดบ้าน					.....
10.	การเคลื่อนย้ายเครื่องเรือนภายในบ้าน, เปลี่ยนผ้าปูที่นอน หรือ เช็ดหน้าต่าง					.....
11.	.....					.....
12.	.....					.....
13.	.....					.....
14.	ข้อ : ยืดหยุ่นร่างกาย, ข้อ ข้อ ข้อ อย่างสม่ำเสมอ					.....
15.	ข้อ					.....
16.	.....					.....
17.	.....					.....
18.	.....					.....
19.	การพักผ่อนและนันทนาการ : พักผ่อนในช่วงหยุดงาน					.....
	ข้อ บ้าน (ข้อ 20-21)					

ข้อ ข้อ	ข้อ	กิจกรรมได้...			ไม่ได้	ไม่ทำ ข้อ ข้อ (ข้อ)
		ไม่ ข้อ	ข้อ ข้อ ข้อ	ข้อ ข้อ	ข้อ ปัญหา ข้อ	
		(4)	(3)	(2)	(1)	
20.	ข้อ ข้อ เช่น เดินเล่นใน ห้างสรรพสินค้า ชมพิพิธภัณฑ์					.....
21.	.....					.....
22.	ข้อ ข้อ/ข้อ ข้อ (ข้อ 22-23) ข้อ เล่นนอกบ้าน					.....
23.	.....					.....
24.	ข้อ ข้อ ด้านข้อ ข้อ : ช่วยงาน/ข้อ ข้อ ข้อ เช่น ช่วยงาน บวช ช่วยงานวัด เป็นต้น					.....
25.	.....					.....
26.	.....					.....
27.	.....					.....
28.	ข้อ ข้อ ข้อ ข้อ (ข้อ ข้อ/ข้อ) : ข้อ ข้อ ข้อ ข้อ ข้อ ข้อ ข้อ ข้อ ข้อ ข้อ ร่วมกับครอบครัว/ข้อ ข้อ ข้อ ในบ้าน ของท่าน					.....
29.	.....					.....
30.	ช่วยข้อ ข้อ ข้อ ข้อ/ข้อ ข้อ (ข้อ 30-31) ช่วยเหลือครอบครัว/ข้อ ข้อ ข้อ ข้อ ข้อ ต่างๆ เช่น ข้อ ข้อ ข้อ ข้อ ข้อ ข้อ ข้อ ข้อ					.....
31.	.....					.....
32.	.....					.....

๐๐๐๐๐๐๐๐ ๐

เอกสารพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

เพิ่มเติมเกี่ยวกับงานวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ เบอร์ 08-6582-5212 ที่อยู่ 317/6

ราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านครั้งนี้เป็นอย่างดี และขอบคุณ
เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

.....

(พัทธ์ชนก วิจิธรรมศักดิ์)

ผู้ทำวิจัย

๐๐๐๐๐๐๐ ๐

รายนามผู้ทรงคุณ ๐๐๐๐

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.ปณิธิ วัฒนศิริพันธุ์ รองศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
2. ปณิธิ วัฒนศิริพันธุ์ อรรณพ จุลวงษ์ อาจารย์รองหัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์และ
ศัลยศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
3. พันโท นายแพทย์ปณิธิ หาดศิริพันธุ์ อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินหายใจ
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
4. พันตรีหญิงวิภารัตน์ นาวรัตน์ พยาบาลผู้ชำนาญการพยาบาลอายุรศาสตร์ (APN)
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
5. ปณิธิ วัฒนศิริพันธุ์ พยาบาลผู้ชำนาญการพยาบาลอายุรศาสตร์ (APN)
ปณิธิ วัฒนศิริพันธุ์