

ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. นายแพทย์พงษ์ภัทร์ วรสายัณห์ | แพทย์อายุรกรรมประสาท
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา |
| 2. อาจารย์วิไลพร สิงห์ถนัดกิจ | อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน
วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย |
| 3. คุณนิ่มนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์ | พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านอายุรกรรมประสาท
โรงพยาบาลระยอง |
| 4. คุณจุฬารัตน์ คำพานุตย์ | พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านอายุรกรรมประสาท
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา |
| 5. คุณสุปราณี สมบูรณ์ | พยาบาลวิชาชีพ 7 กลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลสวนปรุง |

ภาคผนวก ข
สำเนาหนังสือขอความอนุเคราะห์

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๓๙๓



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๓ มีนาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขออนุญาตเคราะหใ้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
๒. แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ด้วยนางสาวเพ็ญวิสาข์ เจริญอุดมกร นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล-
ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความ
พร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด” โดยมี ดร.เขมรัตน์ มาสิงบุญ เป็นประธานกรรมการ
ควบคุมวิทยานิพนธ์ ในการนี้คณะฯ จึงขออนุญาตเคราะหใ้จากท่านอำนวยความสะดวกให้ นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจาก
กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ในระหว่างวันที่ ๑ พฤษภาคม – ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะหใ้ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัชนิกรณ ทรัพย์กรานนท์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ (๐๓๘)๑๐๒๘๓๖

โทรสาร (๐๓๘)-๓๙๓๔๗๖

ที่ ศธ ๖๖๐๗/๒๒๘



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๑ เมษายน ๒๕๕๔

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์
๒. แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ด้วยนางสาวเพ็ญวิสาข์ เจริญอุดมกร นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด” โดยมี ดร.เขมวราตี มาสิงบุญ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในการนี้ ข้าพเจ้าจึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้ผลิตเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยในวิทยานิพนธ์ดังกล่าว จากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ในระหว่างวันที่ ๒๕ - ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัชนีภรณ์ ทรัพย์กรานนท์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐๓๘-๑๐๒๘๓๖

โทรสาร ๐๓๘-๓๙๓๔๗๖

ผู้วิจัยโทร ๐๘๑-๓๗๕๘๐๐๗

ที่ ศธ ๖๖๐๗/๓๘๒



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๓ มีนาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขออนุญาตเคราะห้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระยอง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
๒. แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ด้วยนางสาวเพ็ญวิสาข์ เจริญอุทัยกร นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล-
ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความ
พร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด” โดยมี ดร.เขมรดี มาสิงบุญ เป็นประธานกรรมการ
ควบคุมวิทยานิพนธ์ ในการนี้คณะฯ จึงขออนุญาตเคราะห้จากท่านอำนวยความสะดวกให้ นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจาก
กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ในระหว่างวันที่ ๑ พฤษภาคม - ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห้ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัชนิภาภรณ์ ทรัพย์กรานนท์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ (๐๓๘)๑๐๒๘๓๖

โทรสาร (๐๓๘)-๓๙๓๔๗๖

ที่ ศธ ๖๖๐๗/๓๔๑



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๓ มีนาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขออนุญาตเคราะหในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๒. แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ด้วยนางสาวเพ็ญวิสาข์ เจริญภูมิมากร นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล-
ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความ
พร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด" โดยมี ดร.เขมรดี มาสิงบุญ เป็นประธานกรรมการ
ควบคุมวิทยานิพนธ์ ในการนี้คณะฯ จึงขออนุญาตเคราะหจากท่านอำนวยความสะดวกให้นิตเก็บรวบรวมข้อมูลจาก
กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ในระหว่างวันที่ ๑ พฤษภาคม - ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะหด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัชณีกรณ ทรัพย์กรานนท์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ (๐๓๘)๑๐๒๘๓๖

โทรสาร (๐๓๘)-๓๙๓๔๗๖

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ขาดเลือด

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ในเขตภาคตะวันออก โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

ชุดที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ชุดที่ 2 แบบประเมินความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล

ชุดที่ 3 แบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

ชุดที่ 4 แบบประเมินความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล

ชุดที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล

ชุดที่ 6 แบบประเมินสัมพันธภาพต่างเกื้อกูลของผู้ดูแล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความ หรือใส่เครื่องหมาย “✓” ลงใน () หน้าข้อความ หรือเติม

ข้อความลงในช่องว่าง (ข้อมูลในส่วนนี้ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วย)

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
() โสด () คู่ () หม้าย () หย่า () แยกกันอยู่
() อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
4. ระดับการศึกษา
() ไม่ได้เรียนหนังสือ () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
() อนุปริญญา () ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี
5. ศาสนา () พุทธ () คริสต์ () อิสลาม () อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
6. การวินิจฉัยโรค.....
7. ระยะเวลาที่ป่วย.....ปี.....เดือน
8. โรคที่พบร่วมกับการเจ็บป่วย
() ไม่มี () ความดันโลหิตสูง () ไขมันในเลือดสูง () หัวใจ
() เบาหวาน () อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
9. ความพิการที่พบ
() อ่อนแรงของแขน ขาข้างขวา () อ่อนแรงของแขน ขาข้างซ้าย
() อ่อนแรงท่อนล่างหรืออัมพาตท่อนล่าง () อ่อนแรงหรืออัมพาตทั้งหมด
10. ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน () น้อย () ปานกลาง () มาก
11. ค่าใช้จ่ายในการรักษา
() จ่ายเอง () เบิกจากต้นสังกัด () โครงการบัตรทอง 30 บาท
() อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
12. ภาวะแทรกซ้อนที่พบในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา
() ไม่มี () ปอดอักเสบ () ช็อคติด () แผลกดทับ
() ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ () อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

แบบประเมิน Barthel ADL Index ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

หัวข้อประเมิน	คะแนน
1. Feeding (รับประทานอาหารที่เตรียมไว้เรียบร้อยแล้ว)	
0 = ทำไม่ได้ต้องมีคนป้อน	
5 = ทำได้แต่ต้องมีคนช่วยตัดเป็นชิ้นเล็ก ๆ	
10 = ทำได้ด้วยตนเอง	
2. Transfer (ลุกจากที่นอน หรือเตียงไปเก้าอี้)	
0 = ทำไม่ได้ หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยก	
5 = ต้องการความช่วยเหลือมาก หรือมีคนดันขึ้นมามีจะนั่งได้	
10 = ต้องการความช่วยเหลือบ้าง หรือช่วยพยุงเล็กน้อย	
15 = ทำได้เองทุกขั้นตอน	
3. Grooming (ล้างหน้า, แปรงฟัน, หวีผม, โกนหนวด)	
0 = ต้องการความช่วยเหลือ	
5 = ทำได้เองทุกขั้นตอน	
4. Toilet use (การใช้ห้องสุขา)	
0 = ช่วยตัวเองไม่ได้	
5 = ทำได้เอง เช่นทำความสะอาดหลังการขับถ่าย	
10 = ช่วยเหลือตัวเองได้ดี เช่น ขึ้นนั่ง – ลงจากโถส้วมได้เอง	
5. Bathing (การอาบน้ำ)	
0 = ต้องมีคนช่วยหรือทำให้	
5 = ทำได้เองทุกขั้นตอน	
6. Mobility (การเคลื่อนไหวภายในบ้าน)	
0 = ทำไม่ได้	
5 = ใช้รถเข็นเคลื่อนที่เข้า ออก มุมห้องหรือประตูได้	
10 = ทำได้โดยมีคนช่วยพยุง หรือคนคอยดูแลเรื่องความปลอดภัย	
15 = เคลื่อนที่ได้เอง	
7. Stairs (การขึ้น – ลงบันได 1 ชั้น)	
0 = ทำไม่ได้	
5 = ต้องการคนช่วย	
10 = ขึ้น – ลงได้เอง	

หัวข้อประเมิน	คะแนน
8. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)	
0 = ต้องมีคนทำให้	
5 = ทำได้ประมาณ 50 %	
10 = ทำได้เองทั้งหมด รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป	
9. Bowels (การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ)	
0 = ควบคุมไม่ได้ หรือต้องสวนอุจจาระอยู่เสมอ	
5 = ควบคุมไม่ได้บางครั้ง (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ครั้ง/สัปดาห์)	
10 = สามารถควบคุมได้เป็นปกติ	
10. Bladder (การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ)	
0 = ควบคุมไม่ได้	
5 = ควบคุมไม่ได้บางครั้ง (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ครั้ง/วัน)	
10 = สามารถควบคุมได้เป็นปกติ	

การแปลผลคะแนน

คะแนน 0 – 20 หมายถึง ระดับความสามารถน้อยมาก

คะแนน 25 – 45 หมายถึง ระดับความสามารถน้อย

คะแนน 50 – 70 หมายถึง ระดับความสามารถปานกลาง

คะแนน 75 – 95 หมายถึง ระดับความสามารถมาก

คะแนน 100 หมายถึง ระดับความสามารถปกติ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย “✓” ลงในช่อง () หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () ม้าย () หย่า () แยก
4. ระดับการศึกษา
() ไม่ได้เรียนหนังสือ () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
() อนุปริญญา () ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี
5. ศาสนา () พุทธ () คริสต์ () อิสลาม () อื่น ๆ.....
6. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
() บิดา () มารดา () ภรรยา () สามี
() ลูกสาว () ลูกชาย () หลาน () อื่น ๆ.....
7. อาชีพปัจจุบัน
() ไม่ได้ประกอบอาชีพ () งานบ้าน () รับจ้าง () ค้าขาย
() ทำไร่/ทำสวน () รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ () อื่น ๆ.....
8. รายได้ของครอบครัว.....บาท/เดือน
9. ความเพียงพอของรายได้
() เพียงพอ () ไม่เพียงพอ
10. ท่านมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาก่อน
() มี () ไม่มี
11. ท่านให้การดูแลผู้ป่วยมานานปี.....เดือน
12. ระยะเวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วยใน 1 วัน.....ชั่วโมง
13. ท่านมีผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย
() ไม่มี () มี ระบุ.....
14. ปัญหาสุขภาพเดิม/โรคประจำตัวของท่าน (ก่อนเข้าทำการดูแลผู้ป่วย)
() ไม่มี () มี ระบุ.....
15. ณ ปัจจุบันท่านมีปัญหาสุขภาพหรือไม่
() ไม่มี () มี ระบุ.....

16. ท่านเคยได้รับข้อมูลหรือฝึกการดูแลผู้ป่วยหรือไม่

() ไม่เคย

() เคย ระบุ.....

17. นอกจากการดูแลผู้ป่วย ท่านมีภาระหน้าที่ในการให้การดูแลบุคคลอื่นหรือไม่

() ไม่มี

() มี ระบุ.....

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นการสอบถามความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นโรคหลอดเลือด

หลอดเลือดสมองขาดเลือด ขอให้ท่านเลือกคำตอบที่ตรงกับความพร้อมของท่านมากที่สุด
ให้ท่านขีดเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างด้านขวา โดยตอบเพียงคำตอบเดียว
ซึ่งมีเกณฑ์ในการเลือกตอบดังนี้

- 0 หมายถึง ท่านไม่มีความพร้อมในการดูแล
- 1 หมายถึง ท่านมีความพร้อมในการดูแลน้อย
- 2 หมายถึง ท่านมีความพร้อมในการดูแลปานกลาง
- 3 หมายถึง ท่านมีความพร้อมในการดูแลมาก
- 4 หมายถึง ท่านมีความพร้อมในการดูแลมากที่สุด

ข้อความ	ไม่มีความ พร้อมเลย (1)	มีความ พร้อม เล็กน้อย (2)	มีความ พร้อม ปานกลาง (3)	มีความ พร้อม มาก (4)	มีความ พร้อมมาก ที่สุด (5)	ไม่ได้ ปฏิบัติ (0)	ผู้วิจัย
1. ความพร้อมในการดูแล							
ผู้ป่วยด้านร่างกาย							
1.1 ท่านมีความพร้อมใน การช่วยเหลือกิจวัตร ประจำวันของผู้ป่วย							
1.2 ท่านมีความพร้อมใน การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับ สารอาหารและน้ำอย่าง เพียงพอ (วันละ 3 – 4 มื้อ)							
.....							
.....							
8. ความพร้อมในการดูแล							
ผู้ป่วยโดยรวม							
8.1 โดยภาพรวมท่านมี ความพร้อมในการดูแล ผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด							

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

ชุดที่ 3 แบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

คำชี้แจง จากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรุณาอ่านคำถามต่อไปนี้แล้วพิจารณาว่าภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่ตรงกับภาวะสุขภาพของท่านมากที่สุด

1. โดยทั่ว ๆ ไป สุขภาพของท่านเป็นอย่างไร

☐ ดีมากที่สุด ☐ ดีมาก ☐ ดี ☐ พอใช้ ☐ แย่

2. ภาวะสุขภาพของท่านโดยทั่วไป.....

.

.

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วพิจารณาว่า ภาวะสุขภาพของท่านในปัจจุบัน มีข้อจำกัด

ในการทำกิจกรรมต่อไปนี้หรือไม่ ถ้าจำกัด จำกัดมากน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน

☐ ที่ตรงกับระดับความจำกัดของท่าน

กิจกรรม	ใช่ จำกัด มาก	ใช่ จำกัด เล็กน้อย	ไม่จำกัด เลย	ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้
3. กิจกรรมที่ออกแรงมาก เช่น การวิ่ง การยกของหนัก, การเล่นกีฬาอย่าง หนัก				
4.				
5.....				
6..... ...				
.....				
.....				
.....				
12. อาบน้ำหรือแต่งตัว				

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วพิจารณาว่า ในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการทำงานหรือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นผลมาจากสุขภาพด้านร่างกายของท่านหรือไม่ **ถ้ามี** บ่อยครั้งเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย ✓

ลงใน ☐ ที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อความ	ตลอดเวลา	เป็นส่วนมาก	เป็นบางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เลย
13. ลดปริมาณเวลาในการทำงานหรือกิจกรรมอื่นๆลง					
.....					
16.....					

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วพิจารณาว่า ในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา สภาพทางด้านอารมณ์ของท่านเช่น รู้สึกซึมเศร้าหรือกังวลทำให้ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการทำงาน หรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บ่อยครั้งเพียงใด ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่ตรงกับความถี่ของการเกิดปัญหาของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ตลอดเวลา	เป็นส่วนมาก	เป็นบางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เลย
17. ลดปริมาณเวลาในการทำงานหรือกิจกรรมอื่นๆลง					
18.....					
19.					

20. ในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา ปัญหาทางภาวะสุขภาพทางร่างกาย และอารมณ์ของท่านเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางด้านสังคมตามปกติกับครอบครัว, เพื่อน, เพื่อนบ้าน หรือกลุ่มต่าง ๆ มากน้อยเพียงใด

☐ ไม่เลย ☐ เล็กน้อย ☐ ปานกลาง ☐ มาก ☐ มากที่สุด

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความต่อไปนี้ ซึ่งถามเกี่ยวกับความรู้สึกของท่าน และสิ่งที่เกิด ระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ตลอดเวลา	เป็นส่วนมาก	เป็นบางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เลย
23. ท่านรู้สึกมีชีวิตชีวา					
24.					
.....					
.....					
31. ท่านรู้สึกอ่อนเพลีย					

32. ในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา ปัญหาทางสุขภาพและอารมณ์ของท่านเป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมทางด้านสังคมเช่น ไปเยี่ยมเพื่อน/ญาติ มากน้อยเพียงใด

☐ ตลอดเวลา ☐ เป็นส่วนมาก ☐ เป็นบางครั้ง ☐ นาน ๆ ครั้ง ☐ ไม่เลย

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วพิจารณาว่าถูกหรือผิด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน □ ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ถูกต้อง ทุกประการ	ถูกต้อง เป็นส่วนใหญ่	ไม่ทราบว่ ถูกหรือผิด	ไม่ถูกต้อง เป็นส่วนใหญ่	ไม่ถูกต้อง เลย
33. ฉันเจ็บป่วยง่ายกว่าคน ทั่วไป					
34.					
35.....					
36.....					

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

ชุดที่ 4 แบบประเมินความเครียดในบทบาทโดยรวมของผู้ดูแล

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์โดยทั่วไปในการดูแลผู้ป่วย ให้ท่านอ่านแต่ละข้อคำถาม และพิจารณาว่าตรงกับประสบการณ์ของท่านในข้อใด โดยทำเครื่องหมาย “✓” ลงในช่อง ☐ หน้าคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

1. จากการพูดคุยกับผู้ดูแลบางคนทำให้ทราบว่าผู้ดูแลบางคนรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ขาดอิสระ ในขณะที่บางคนไม่รู้สึกเช่นนั้น สำหรับตัวท่านเอง ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยทำให้ท่านขาดอิสระมากเพียงใด

☐ ไม่รู้สึกขาดอิสระเลย (0) ☐ รู้สึกขาดอิสระบ้างเล็กน้อย (1) ☐ รู้สึกขาดอิสระค่อนข้างมาก (2)

☐ รู้สึกขาดอิสระมาก (3) ☐ รู้สึกขาดอิสระมากที่สุด (4)

2. บ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นมีความยากลำบาก

☐ ไม่เคยเลย (0) ☐ นาน ๆ ครั้ง (1) ☐ บางครั้ง (2) ☐ บ่อยมาก (3)

☐ เป็นประจำ (4)

·
·
·
·
·
·
·
·
·

7. ถ้าผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลเพิ่มมากขึ้น ท่านมีความมั่นใจเพียงใดที่จะให้การดูแลผู้ป่วยมากกว่าที่ท่านทำอยู่ในขณะนี้

☐ ไม่มั่นใจเลย (4) ☐ มั่นใจเล็กน้อย (3) ☐ มั่นใจค่อนข้างมาก (2)

☐ มั่นใจมาก (1) ☐ มั่นใจมากที่สุด (0)

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

ชุดที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย “✓” ลงในช่องท้ายข้อความ และ ☐ ที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

มากที่สุด หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุน หรือมีความรู้สึกตามข้อความใน คำถามมากที่สุด
 มาก หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุน หรือมีความรู้สึกตามข้อความในคำถามมาก
 ปานกลาง หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุน หรือมีความรู้สึกตามข้อความในคำถามปานกลาง
 เล็กน้อย หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุน หรือมีความรู้สึกตามข้อความในคำถามเล็กน้อย
 ไม่มีเลย หมายถึง ท่านไม่ได้รับการสนับสนุน หรือ ไม่มีความรู้สึกตามข้อความนั้นเลย

ข้อคำถาม	การได้รับการสนับสนุน					ผู้ให้การสนับสนุน
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	เล็กน้อย (2)	ไม่มีเลย (1)	
ด้านอารมณ์						☐ สมาชิกในครอบครัว ระบุ ☐ ญาติ ระบุ ☐ เพื่อน ☐ พยาบาล ☐ แพทย์ ☐ อื่น ๆ ระบุ
1. มีผู้มาเยี่ยมเยียนท่านอยู่เสมอ						
2.....						
3.....						
4.....						
5.....						

ข้อคำถาม	การได้รับการสนับสนุน					ผู้ให้การสนับสนุน
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	เล็กน้อย (2)	ไม่มีเลย (1)	
ด้านการประเมิน 6.ผู้อื่นมองว่าท่านเป็น แบบอย่างที่ดีของสังคม						☐ สมาชิกใน ครอบครัว ระบุ ☐ ญาติ ระบุ ☐ เพื่อน ☐ พยาบาล ☐ แพทย์ ☐ อื่น ๆ ระบุ
7.....						
8.....						
การสนับสนุนด้านข้อมูล 9. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับ โรคและการรักษา ที่ผู้ป่วยเป็นอยู่						☐ สมาชิกใน ครอบครัว ระบุ ☐ ญาติ ระบุ ☐ เพื่อน ☐ พยาบาล ☐ แพทย์ ☐ อื่น ๆ ระบุ
10.						
11.....						
12.						
13.....						

การสนับสนุนด้านทรัพยากร						☐ สมาชิกในครอบครัว
14. ท่านได้รับความช่วยเหลือเรื่องการเงิน						ระบุ
เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วย						☐ ญาติ ระบุ
15.						☐ เพื่อน
16.....						☐ พยาบาล
17.....						☐ แพทย์
18.....						☐ อื่น ๆ ระบุ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

ชุดที่ 6 แบบประเมินความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้ดูแล

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ต้องการทราบถึงความรู้สึกและสัมพันธภาพระหว่างท่านกับผู้ป่วย ในระหว่างการดูแล โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ความรู้สึกของท่านต่อผู้ป่วยในเรื่องต่อไปนี้	ไม่เลย (0)	เล็กน้อย (1)	ค่อนข้างมาก (2)	มาก (3)	มากที่สุด (4)
1. ท่านและผู้ป่วยมีความเห็นตรงกันในเรื่องต่าง ๆ มากเพียงใด					
2. ท่านมีความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้ป่วยมากเพียงใด					
3. ท่านมีความสุขที่ได้ร่วมพูดคุยหรือฟังถึงความหลังกับผู้ป่วยหรือเล่าเหตุการณ์ความหลังต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยฟังมากเพียงใด					
4.....					
5.....					
6.....					
7.....					
8.....					
9.....					
10.....					
11.....					
15. ผู้ป่วยแสดงออกถึงความเอื้ออาทรท่านมากเพียงใด					

ภาคผนวก ง

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรม/ ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

1. ชื่อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

Factors Related to Preparedness for Caregiving Among Caregivers of Patients with Ischemic Stroke

2. ชื่อ นิสิต นางสาว เพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมาร

รหัสประจำตัวนิสิต 52910015 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคปกติ)

3. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 07-02-2554 โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย
กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 197 ราย
- 2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
- 4) ช่วงระยะเวลาในการเก็บข้อมูล วันที่ 1 พฤษภาคม 2554 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2554
- 5) สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล: โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลระยอง และ โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี

4. วันที่ให้การรับรอง: 23 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

รหัสจริยธรรมการวิจัย 07-02-2554

ชื่อผู้วิจัย นางสาวเพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมาร

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้น เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนให้การพยาบาล และเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เพื่อส่งเสริมความพร้อมของผู้ดูแลในการให้การดูแล และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจาก ท่านมีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย คือเป็น เป็นผู้ดูแลหลักที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่บ้าน อย่างน้อย 1 เดือน โดยไม่ได้รับค่าจ้างจากการดูแล และเป็นญาติหรือสมาชิกในครอบครัว โดยมีอายุ 20 ปีขึ้นไป จึงขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ในการให้ข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม ซึ่งจะใช้เวลาในการตอบประมาณ 20 - 30 นาที เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ให้ข้อมูล และตอบแบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความพร้อมในการดูแล ภาวะสุขภาพ ความเครียดในบทบาทการสนับสนุนทางสังคม และความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้ดูแล ในบริเวณห้องที่จัดเตรียมไว้ใกล้กับคลินิกเฉพาะทางอายุรกรรมประสาท โดยจะทำการเก็บข้อมูลหลังจากที่ท่านพาผู้ป่วยเข้าตรวจตามนัดเรียบร้อยแล้ว

ประโยชน์ที่จะได้รับ จากการให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ของท่าน จะช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยที่สัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด และสามารถนำผลวิจัยที่ได้ไปใช้วางแผนการพยาบาล เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล และมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทำให้

ผู้ป่วยมีการฟื้นฟู และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป อย่างไรก็ตามในกรณีที่ท่านตอบแบบสอบถาม หากท่านรู้สึกอึดอัดไม่ต้องการตอบแบบสอบถามในข้อใด สามารถงดการตอบคำถามในข้อนั้น ไปตอบในข้ออื่น ๆ ได้ต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือตอบรับการเข้าร่วมวิจัย และสามารถถอนตัวจากการเป็นผู้ให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาที่เข้าร่วมวิจัย โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ และการถอนตัวในการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล หรือบริการที่ท่านจะได้รับใด ๆ ทั้งสิ้น ผลการศึกษานี้จะใช้สำหรับวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลต่างๆ จะถูกเก็บเป็นความลับ และถูกทำลายหลังจากผลการวิจัยเผยแพร่แล้ว 1 ปี การนำข้อมูลไปอภิปราย หรือเผยแพร่จะเป็นการนำเสนอภาพรวมในเชิงวิชาการเท่านั้น โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่าน และไม่มีข้อมูลใด ๆ ที่จะบ่งชี้ตัวท่าน

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาว เพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมากร หมายเลขโทรศัพท์ 081-3758007 หรือที่ ดร. เขมรดี มาสิงบุญ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-835

นางสาวเพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมากร
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

วันให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและ
ความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะ
บอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มี
ผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อน
เร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยใน
ภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามใน
ใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

(นางสาวเพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมกร)

-2-

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง
จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้
ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย
(นางสาวเพ็ญวิสาข์ เจริญอุดมกร)

ภาคผนวก จ

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองขาดเลือด แยกตามรายชื่อ/ จำนวน ร้อยละ ของแหล่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคม
ของผู้ดูแล

ตารางที่ 15 ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด รายข้อ (n = 130)

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล	$\bar{x}$	SD
ด้านอารมณ์		
1. มีผู้มาเยี่ยมเยียนท่านอยู่เสมอ ขณะที่ต้องดูแลผู้ป่วย	3.01	1.00
2. ท่านได้รับความไว้วางใจในการดูแลผู้ป่วย	3.92	.62
3. มีผู้สอบถามหรือแสดงความเห็นใจท่านในการดูแลผู้ป่วย	3.10	.95
4. มีผู้รับฟังท่านเมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย	3.00	1.12
5. มีผู้ให้ความเคารพนับถือ และยกย่องท่านที่ให้การดูแลผู้ป่วย	3.00	.96
คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์โดยรวม (25 คะแนน)	15.88	3.43
ด้านการประเมิน		
6. ผู้อื่นมองว่าท่านเป็นแบบอย่างที่ดีของสังคม	3.37	.98
7. มีผู้แนะนำ และตักเตือนท่าน เมื่อท่านทำไม่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย	1.95	1.03
8. มีผู้ให้คำชมเชยท่านว่า ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้อื่น	3.00	1.03
คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินโดยรวม (15 คะแนน)	8.57	2.29
การสนับสนุนด้านข้อมูล		
9. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ผู้ป่วยเป็นอยู่	3.00	.95
10. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย	2.00	1.27
11. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อดูแลผู้ป่วย	3.04	1.05
12. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลความปลอดภัยและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย	2.98	1.08
13. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสถานบริการสุขภาพและแหล่งประโยชน์อื่นๆ	2.37	1.23
คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลโดยรวม (25 คะแนน)	14.08	4.63
การสนับสนุนด้านทรัพยากร		
14. ท่านได้รับความช่วยเหลือเรื่องการเงินเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วย	2.58	1.1
15. มีผู้ให้การช่วยเหลือท่านในเรื่องอุปกรณ์และสิ่งของต่างๆที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย	2.64	1.13
16. บุคคลรอบข้างพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยแทนท่านเมื่อท่านต้องไปทำธุระนอกบ้าน	2.92	.99
17. มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระท่าน ในการดูแลกิจวัตร ประจำวันของผู้ป่วย	2.80	1.02
18. ท่านได้รับความช่วยเหลือในการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ให้สะดวกสบายต่อการดูแลผู้ป่วย	2.95	.88
คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรโดยรวม (25 คะแนน)	13.88	4.24

ตารางที่ 16 จำนวน ร้อยละ ของผู้ดูแลจำแนกตามแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ (n = 130)

แหล่งสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ด้านอารมณ์		
สมาชิกในครอบครัว	82	63.1
ญาติ	70	53.8
เพื่อน	52	40
พยาบาล	14	10.8
แพทย์	3	2.3
อ.ส.ม.	10	7.7
ด้านการประเมิน		
สมาชิกในครอบครัว	60	46.2
ญาติ	50	38.4
เพื่อน	85	65.4
พยาบาล	11	8.5
แพทย์	6	4.6
อ.ส.ม.	5	3.8
การสนับสนุนด้านข้อมูล		
สมาชิกในครอบครัว	11	8.5
ญาติ	12	9.2
เพื่อน	14	10.8
พยาบาล	105	80.8
แพทย์	74	56.9
อ.ส.ม.	12	9.2
การสนับสนุนด้านทรัพยากร		
สมาชิกในครอบครัว	97	74.6
ญาติ	47	36.2
เพื่อน	18	13.9
พยาบาล	7	5.5
แพทย์	3	2.3
อ.ส.ม.	3	2.3