

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University

ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.นพ. พิทยา จารุพูลผล คณะบดีคณะสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ดร.ไพลิน นุกุลกิจ คณะบดีคณะพยาบาล
มหาวิทยาลัยปทุมธานี
3. ศาสตราจารย์ ดร.รุจา ภูไพบูลย์ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล
รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. น.ต. หลิ่งชลาทิพย์ ทองมอญ พยาบาลประจำการอายุรกรรม
โรงพยาบาลศิริกิตต์
5. คุณเพียงใจ ตีรไพรวงศ์ พยาบาลชำนาญการ
โรงพยาบาลศรีสะเกษ

ภาคผนวก ข

สำเนาหนังสือขอความอนุเคราะห์

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University

(สำเนา)

ที่ ศธ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
169 ถ.ลงหาดบางแสน ด.แสนสุข
ด.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

15 ตุลาคม 2552

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือเพื่อการวิจัย
เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย เค้าโครงขอวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือเพื่อการวิจัย จำนวน 1 ชุด

ด้วยนางสาวนารี พรหมลา นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้อนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่มีความ
สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ในความ
ควบคุมดูแลของ ดร.เขมรดี มาสิงบุญ ประธานกรรมการ ขณะนี้อยู่ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ
เพื่อการวิจัย ในการนี้บัณฑิตวิทยาลัยได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็น
อย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือเพื่อการวิจัย
ของนิสิตในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา หวังเป็นอย่างยิ่งว่า
คงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ประทุม ม่วงมี

(รองศาสตราจารย์ ดร.ประทุม ม่วงมี)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานเลขานุการบัณฑิตวิทยาลัย

โทรศัพท์ 0-3874-5855

โทรสาร 0-3839-3466

(สำเนา)

ที่ ศธ 0528.04/ 1803

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
169 ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข
ฉ.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

17 พฤศจิกายน 2552

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือเพื่อการวิจัย จำนวน 1 ชุด

ด้วยนางสาวนารี พรหมลา นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะ” ในความ ควบคุมดูแลของ ดร.เขมรดี มาสิงบุญ ประธานกรรมการ มีความประสงค์จะขอความอนุเคราะห์ จากท่าน เพื่ออำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคลากรพยาบาล โดยผู้วิจัยจะ ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองระหว่างวันที่ 21 พฤศจิกายน 2552 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2553

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ประทุม ม่วงมี

(รองศาสตราจารย์ ดร.ประทุม ม่วงมี)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานเลขานุการบัณฑิตวิทยาลัย

โทรศัพท์ 0-3874-5855

โทรสาร 0-3839-3466

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามเลขที่.....[][][]

โรงพยาบาล.....

วันที่...../...../.....

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ
แบบสอบถามประกอบด้วย 7 ชุด

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ชุดที่ 3 แบบประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บร่วม

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว

ชุดที่ 5 แบบสอบถามความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ชุดที่ 6 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัว

ชุดที่ 7 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ
ศีรษะ

แบบสอบถามเลขที่.....[][][]

แบบสอบถามชุดที่ 1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านตามความเป็นจริง โดยกาเครื่องหมาย ลงในช่องว่าง () หรือเติมข้อความในช่องว่าง กรุณาตอบทุกข้อ สำหรับผู้วิจัย

1. อายุ.....ปี []
2. เพศ []
 - () ชาย () หญิง
3. สถานภาพสมรส []
 - () โสด () คู่
 - () หม้าย/ หย่า () ร้าง
4. อาชีพ []
 - () ไม่ประกอบอาชีพ () เกษตรกรรม
 - () รับจ้าง () รับราชการ
 - () นักเรียน/ นักศึกษา () ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว
 - () อื่นๆ โปรดระบุ.....
5. การวินิจฉัยโรค..... []
6. คะแนนความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ ณ วันที่เก็บข้อมูล (GCS)..... []
7. การบาดเจ็บร่วมที่อวัยวะอื่น []
 - () ไม่มี () มี ระบุ.....
8. สาเหตุการได้รับบาดเจ็บ..... []
9. การรักษาที่ได้รับ []
 - () การผ่าตัด
 - () การรักษาอื่น ๆ.....
10. ประวัติโรคประจำตัว []
 - () ไม่มี () มี ระบุ.....
11. ตำแหน่งการบาดเจ็บ / มีเลือดออก..... []
 - () สมอส่วนหน้า (Frontal) () สมอส่วนข้าง (Temporal)
 - () สมอส่วนบน (Pariatal) () สมอส่วนหลัง (Occipital)
 - () อื่นๆ

แบบสอบถามเลขที่.....[] [] []

แบบสอบถามชุดที่ 2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านตามความเป็นจริง โดยกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง () หรือเติมข้อความในช่องว่าง กรุณาตอบทุกข้อ สำหรับผู้วิจัย

1. อายุ.....ปี []
2. เพศ []
 - () ชาย
 - () หญิง
3. สถานภาพสมรส []
 - () โสด
 - () คู่
 - () หม้าย/หย่า
 - () ร้าง
4. อาชีพ []
 - () ไม่ประกอบอาชีพ
 - () เกษตรกรรม
 - () รับจ้าง
 - () รับราชการ
 - () นักเรียน/นักศึกษา
 - () ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว
 - () อื่นๆ โปรดระบุ.....
5. รายได้รวมของครอบครัว..... บาท / เดือน []
6. ระดับการศึกษา []
 - () ไม่ได้เรียนหนังสือ
 - () ประถมศึกษา
 - () มัธยมศึกษา 1-3
 - () มัธยมศึกษา 4-6
 - () ปริญญาตรี
 - () อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตร
 - () สูงกว่าปริญญาตรี
 - () อื่นๆ โปรดระบุ.....
7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย []
 - () บิดา - มารดา
 - () สามเณย์ - ภรรยา
 - () บุตร
 - () พี่ / น้อง
 - () ญาติ ระบุ.....
 - () อื่นๆ.....

8. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ []

() ไม่มี

() มี ระบุ

9. ประวัติการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว []

() ไม่มี

() มี ระบุโรค.....

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University

แบบสอบถามเลขที่.....[][][]

แบบสอบถามชุดที่ 3. แบบประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บร่วม

คำชี้แจง ข้อความในตารางต่อไปอธิบายถึงความรุนแรงของการบาดเจ็บร่วมในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ กรุณาเติมข้อความ และคะแนนลงในตาราง ตามการวินิจฉัยของแพทย์ตามความเป็นจริง

หมวดอวัยวะ	การวินิจฉัยโรค	ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ (AIS score)	ค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ (AIS score)	ผล AIS score สูงสุด ยกกำลัง 2
BR 1 Head/ Neck				
BR 2 Facial injuries				
BR.....				
ค่าความรุนแรงของการบาดเจ็บร่วม (ISS) = ค่า (BR.... AISระดับ.....) ² +(BR....AISระดับ.....) ² + (BR...AISระดับ.....) ² = + + = คะแนน				

แบบสอบถามเลขที่.....[] [] []

แบบสอบถามชุดที่ 4. แบบสอบถามความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง

ณ ปัจจุบันสมาชิกครอบครัวของท่านได้รับบาดเจ็บศีรษะและนอนอยู่ในโรงพยาบาล ท่านเครียดหรือไม่

เครียด ไม่เครียด

และอธิบายความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับท่านในขณะนี้ที่ท่านประเมินว่าเป็นความรู้สึกเครียด หลังจาก สมาชิกครอบครัวซึ่งเป็นคนที่ท่านรักได้รับบาดเจ็บศีรษะ ดังนี้

- น้อยที่สุด** หมายถึง ข้อความเหล่านี้ไม่ทำให้ท่านรู้สึกเครียด
- น้อย** หมายถึง ข้อความเหล่านี้ทำให้ท่านรู้สึกเครียดเพียงเล็กน้อย
- ปานกลาง** หมายถึง ข้อความเหล่านี้ทำให้ท่านรู้สึกเครียดปานกลาง
- มาก** หมายถึง ข้อความเหล่านี้ทำให้ท่านรู้สึกเครียดมาก
- มากที่สุด** หมายถึง ข้อความเหล่านี้ทำให้ท่านรู้สึกเครียดมากที่สุด

ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
	1	2	3	4	5	
1. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยอาจจะสูญเสียชีวิตในเหตุการณ์ครั้งนี้						[]
2. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยมีระดับความรู้สึก ตัวเปลี่ยนแปลงไป						[]
3. ท่านรู้สึกว่าอาการบาดเจ็บศีรษะส่งผลเสียต่อสุขภาพร่างกายของผู้ป่วย						[]

ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
	1	2	3	4	5	
4. ท่านรู้สึกว่าการบาดเจ็บศีรษะส่งผลกระทบต่ออารมณ์ของผู้ป่วย						[]
5.						[]
6. การบาดเจ็บศีรษะของผู้ป่วยมีผลต่อกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันของสมาชิกครอบครัว						[]

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University

แบบสอบถามเลขที่.....[] [] []

แบบสอบถามชุดที่ 5. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว
ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

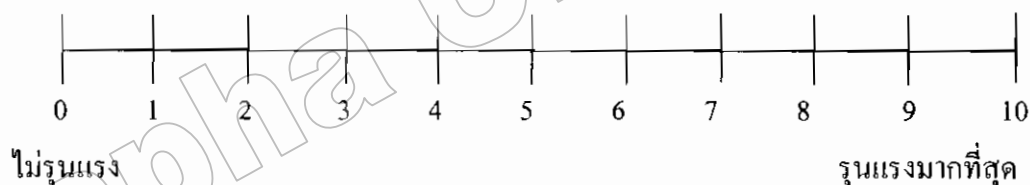
คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้เป็นการวัดระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บ
ศีรษะ

ณ ปัจจุบัน ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย X ลงในส่วนที่ท่านคิดว่าตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด

0 หมายถึง การเจ็บป่วยไม่รุนแรง และ 10 หมายถึง การเจ็บป่วยรุนแรงมากที่สุด

ท่านคิดว่าขณะนี้ ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะซึ่งเป็นสมาชิกครอบครัว
ของท่านอยู่ในระดับมากน้อยเพียงใด



แบบสอบถามเลขที่.....[] [] []

ชุดที่ 6. แบบสอบถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัว

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความดังกล่าวต่อไปนี้ และกรุณาทำเครื่องหมาย ลงในช่อง ที่อธิบายความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับท่าน และผู้ป่วยก่อนเกิดการเจ็บป่วยในครั้งนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยทั้งหมดกับข้อความเหล่านั้น
มาก	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยเป็นส่วนใหญ่กับข้อความเหล่านั้น
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจกับข้อความเหล่านั้น
น้อย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยเป็นส่วนน้อยกับข้อความเหล่านั้น
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยเลยกับข้อความเหล่านั้น

ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
1. ท่านสามารถพูดคุยปัญหาต่าง ๆ กับคนนอกครอบครัวได้ง่ายกว่าพูดกับผู้ป่วย						[]
2. ความสัมพันธ์ระหว่างท่านและผู้ป่วยมีลักษณะต่างคนต่างไป						[]
3. ท่านและผู้ป่วยมักจะประสบปัญหาในการคิดหากิจกรรมที่ทำร่วมกัน						[]
4. ท่านและผู้ป่วยรู้สึกใกล้ชิดกับคนนอกมากกว่าคนในครอบครัว						[]

ข้อความ	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	สำหรับ ผู้วิจัย
5. ท่านและผู้ป่วยมีความยุ่งยากใน การเปลี่ยนแปลงกฎระเบียบใน ครอบครัว						[]
6. ท่านและผู้ป่วยหลบหน้ากันเมื่ออยู่ บ้าน						[]
7. ท่านและผู้ป่วยไม่กล้าพูดสิ่งที่อยู่ ในใจออกมา						[]
8. ท่านและผู้ป่วยร่วมกันทำกิจกรรม ต่าง ๆ มากกว่าจะทำพร้อมกันทั้ง ครอบครัว						[]

แบบสอบถามเลขที่.....[][][]

แบบสอบถามชุดที่ 7. แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย
บาดเจ็บศีรษะ

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นความเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลของ
สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล โปรดอ่านข้อความทางซ้าย
มือทีละข้อแล้วพิจารณาว่า ท่านเห็น ด้วยกับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวมากน้อย
เพียงใดในการดูแลผู้ป่วย แล้วทำเครื่องหมาย \checkmark ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

น้อยที่สุด	หมายถึง ท่าน ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย
น้อย	หมายถึง ท่าน ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเพียงเล็กน้อย
ปานกลาง	หมายถึง ท่าน ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นปานกลาง
มาก	หมายถึง ท่าน ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นมาก
มากที่สุด	หมายถึง ท่าน ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นมากที่สุด

ข้อความ	น้อย	น้อย	ปาน	มาก	มาก	สำหรับ
	ที่สุด		กลาง		ที่สุด	
	1	2	3	4	5	
ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล						[]
1. ท่านให้ข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วยกับ เจ้าหน้าที่ เช่น ประวัติการเจ็บป่วยที่ผ่านมา ประวัติการแพ้ยา โรคประจำตัว เป็นต้น						[]
2.....						[]
9. ท่านได้ให้ข้อมูลกับเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับสิ่งที่ เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยของท่าน เช่น ไม่ มีผู้ดูแล ไม่มีความรู้ ไม่มีเวลาในการดูแล ขณะ ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล						[]

ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
	1	2	3	4	5	
ด้านการวางแผนและตัดสินใจ						[]
10. ท่านได้มีส่วนร่วมวางแผนและตัดสินใจร่วมกับเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น การผ่าตัด การให้ยาและการใช้อุปกรณ์พิเศษ						[]
11. ท่านได้มีส่วนร่วมวางแผน และตัดสินใจเกี่ยวกับการร่วมดูแลผู้ป่วยตามที่ท่านต้องการ เช่น การขอเฝ้าผู้ป่วย 24 ชม. การขอพบแพทย์ การขอย้ายห้องหรือโรงพยาบาล เป็นต้น						[]
12.						[]
13. เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่แย่งท่านได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทาง การรักษา เช่น การใส่หรือถอดเครื่องช่วยหายใจ การกักตัวผู้ป่วย การยุติการรักษา การส่งต่อ เป็นต้น						[]
ด้านการปฏิบัติการดูแล						[]
14. ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย เช่น การเช็ดตัว การเปลี่ยนเสื้อผ้า เป็นต้น						[]
15. ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลการขับถ่ายของผู้ป่วย เช่น การพาไปห้องน้ำ ช่วยรองหม้อนอน การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ เป็นต้น						[]
16. ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยด้านการเคลื่อนไหว เช่น การลุกนั่ง การเดิน การพลิกตะแคงตัว เป็นต้น						[]

ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
	1	2	3	4	5	
17.....						[]
25. ท่านมีส่วนร่วมในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการสื่อสารกับบุคคลรอบข้าง เช่น กระตุ้นการรับรู้และความจำของผู้ป่วยจากเสียงหรือการสัมผัสของสมาชิกครอบครัว การขอยาแก้ปวดจากเจ้าหน้าที่ หรือการพูดคุยกับผู้ป่วยเพียงใกล้เคียง เป็นต้น						[]
ด้านการประเมินผล 26. ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินอาการที่ดีขึ้นหรือแย่ลงของผู้ป่วย เช่นระดับความรู้สึกตัว กำลั้งแขน-ขา การรับรู้ การช่วยเหลือตัวเอง เป็นต้น						[]
27. ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลอาการที่เปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติของผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลแก่เจ้าหน้าที่ โดยไม่ต้องรอให้เจ้าหน้าที่ถาม เช่น มีผื่นขึ้นหลังได้รับเลือดหรือยา ชักเกร็ง มีเลือดหรือน้ำเหลืองซึมจากแผลหลังผ่าตัด เป็นต้น						[]

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
28. การที่ท่านได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยนั้นมีประโยชน์ต่อตัวท่านเอง						
เหตุผล						
.....						
.....						

ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
29. การที่ท่านได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยนั้นมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย						[]
เหตุผล						
.....						
.....						

ข้อคิดเห็นอื่นๆ

.....

.....

.....

***** ขอขอบพระคุณในความร่วมมือ *****

ภาคผนวก ง

หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรม

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ไบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยบูรพา

1. ชื่อวิทยานิพนธ์:

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาไทย) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแล
ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ) FACTORS RELATED FAMILY
PARTICIPATION CARING OF TRAUMATIC BRAIN INJURY PATIENTS

2. ชื่อนิสิต (นาย, นาง, นางสาว): นางสาวนารี พรหมลา

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ภาคปกติ

3. หน่วยงานที่สังกัด:

4. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดวิทยานิพนธ์เรื่องดังกล่าวข้างต้น
แล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย
- 2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วม
โครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษา
ความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะ
เป็นสิ่งที่มีชีวิต หรือ ไม่มีชีวิต

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ ดังนี้

(/) รับรองโครงการวิจัย

() ไม่รับรอง

5. วันที่ให้การรับรอง: 9 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2552

ลงนาม

สมศักดิ์ พันธุ์วัฒนา

(ศาสตราจารย์ ดร.สมศักดิ์ พันธุ์วัฒนา)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม

สมศักดิ์ พันธุ์วัฒนา

(ศาสตราจารย์ ดร.สมศักดิ์ พันธุ์วัฒนารักษาการแทนรองอธิการบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา



คำชี้แจงในการศึกษาและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของผู้ที่สามารถเข้าร่วมในการวิจัย โดยขอรับการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบดังนี้

เนื่องจากดิฉันนางสาว นารี พรมตา นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา กำลังทำวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ” เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ไปใช้วางแผนให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อการฟื้นฟูที่ดีของผู้ป่วย และสามารถกลับไปดูแลต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จึงขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม ซึ่งจะใช้เวลาในการตอบประมาณ 30 นาที ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามทุกข้อให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ข้อมูลที่ท่านตอบ ไม่มีถูกหรือผิด

การเข้าร่วมการศึกษานี้เป็นไปโดยสมัครใจ ท่านอาจจะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือ ถอนตัวจากการศึกษานี้ได้ทุกเมื่อ โดยไม่กระทบต่อการดูแลรักษาที่ท่านจะได้รับจากแพทย์

ผลของการศึกษานี้ จะใช้สำหรับการศึกษาเท่านั้น โดยข้อมูลต่าง ๆ จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ จะถูกทำลายเมื่อเสร็จสิ้นการศึกษา ขอรับรองว่าจะไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่าน

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยที่ไปเก็บรวบรวมข้อมูล สามารถติดต่อสอบถามได้ตลอดเวลาที่ นางสาวนารี พรมตา โทรศัพท์ 08-6070-6826 ที่อยู่ 35/2-3 ด.บางแก้ว อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ 10540 หรือติดต่อสอบถามได้โดยตรงที่ ดร. เขมรดี มาสิงบุญ อาจารย์ที่ปรึกษาการวิจัย ที่คณะพยาบาลศาสตร์ ม.บูรพา อ. เมือง จ. ชลบุรี 20131 โทรศัพท์ 038-745900 ต่อ 3644

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

(นางสาวนารี พรมตา)

ผู้วิจัย



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิก
ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมี
ความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะ
บอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่
มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อน
เร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยใน
ภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามใน
ใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย
(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟังจนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วมือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

(.....)

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University