



ภาคผนวก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved

## ภาคผนวก ก

## แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว)..... นามสกุล ..... HN ..... อายุ.....ปี  
 สิทธิการรักษา..... วันที่เก็บข้อมูล.....  
 โรคร่วมที่พบ..... ได้รับการวินิจฉัยเมื่อ.....แพทย์.....  
 ..... ได้รับการวินิจฉัยเมื่อ.....แพทย์.....  
 ..... ได้รับการวินิจฉัยเมื่อ.....แพทย์.....  
 ..... ได้รับการวินิจฉัยเมื่อ.....แพทย์.....

ยาที่ใช้ประจำคือ

| ยา    | วิธีใช้ | ยา    | วิธีใช้ |
|-------|---------|-------|---------|
| ..... | .....   | ..... | .....   |
| ..... | .....   | ..... | .....   |
| ..... | .....   | ..... | .....   |
| ..... | .....   | ..... | .....   |
| ..... | .....   | ..... | .....   |
| ..... | .....   | ..... | .....   |

ยาสเตตินที่ใช้คือ ( ) simvastatin 20 mg. ( ) atorvastatin 20 mg. ( ) rosuvastatin 10 mg.

วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มใช้ยาสเตติน.....

วัตถุประสงค์ของการใช้ยาสเตติน ( ) primary prevention ( ) secondary prevention

ข้อมูลการใช้ยาสเตติน

| ครั้งที่ | ว/ด/ป | ยาสเตติน | วิธีใช้ | จำนวนเม็ด | วันนัดครั้งต่อไป | หมายเหตุ |
|----------|-------|----------|---------|-----------|------------------|----------|
|          |       |          |         |           |                  |          |
|          |       |          |         |           |                  |          |
|          |       |          |         |           |                  |          |

ระดับ LDL-cholesterol ..... mg./dl. วัน/เดือน/ปี.....



**ตอนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพต่อโรคไขมันในเลือดสูง**

| ข้อความ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | เห็นด้วย*<br>อย่างที่สุด | เห็นด้วย | ไม่แน่ใจ | ไม่เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วย<br>อย่างที่สุด |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|----------|-------------|----------------------------|
| <b>การรับรู้โอกาสเสี่ยง</b><br>ท่านคิดว่าการมีระดับไขมันในเลือดสูงจะทำให้...<br>1. เกิดเป็นคราบไขมันเกาะที่เส้นเลือด ทำให้เส้นเลือดขาดความยืดหยุ่นและเปราะแตกได้<br>2. ท่านมีโอกาสเกิดโรคหัวใจขาดเลือด , เส้นเลือดหัวใจตีบตันได้<br>3. ท่านมีโอกาสเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตได้<br>4. ท่านมีโอกาสเกิดโรคเส้นเลือดสมองตีบตันได้ |                          |          |          |             |                            |
| <b>การรับรู้ความรุนแรง</b><br>ท่านคิดว่าการมีระดับไขมันในเลือดสูง...<br>6. มีความรุนแรงมากจนทำให้เสียชีวิตกะทันหันได้<br>7. อาจจะทำให้ท่านมีความพิการของอวัยวะเช่น แขนขาเป็นอัมพาตได้<br>8. ทำให้ผู้ที่เป็นโรคหัวใจอยู่ก่อนแล้วเป็นรุนแรงมากขึ้นจนเสียชีวิตได้                                                             |                          |          |          |             |                            |
| <b>การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาสแตติน</b><br>ท่านคิดว่าการใช้ยาสแตติน...<br>9. ช่วยในการป้องกันการเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตได้<br>10. ช่วยในการป้องกันการเกิดเส้นเลือดหัวใจตีบตัน<br>11. ช่วยในการป้องกันการเกิดเส้นเลือดสมองตีบตัน<br>12. ป้องกันไม่ให้คนที่มีความเสี่ยงอยู่แล้วเป็นรุนแรงมากขึ้น                               |                          |          |          |             |                            |

| ข้อความ                                                                                                                                                                                                                                                                          | เห็นด้วย*<br>อย่างที่สุด | เห็นด้วย | ไม่แน่ใจ | ไม่เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วย<br>อย่างที่สุด |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|----------|-------------|----------------------------|
| <b>การรับรู้ประสบการณ์ของการใช้ยาเสพติด</b><br>ท่านคิดว่าท่านไม่สามารถใช้ยาเสพติดเป็นเวลาติดต่อกันนานๆ เนื่องจาก...<br>13. การทานยาทำให้ท่านรู้สึกเป็นภาระ<br>14. ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งไม่ได้<br>15. ท่านไม่รู้ว่ายาทานไปเพื่ออะไร<br>16. ท่านไม่เชื่อว่ายา มีประโยชน์จริง |                          |          |          |             |                            |

**อธิบายตัวเลือก\*** เห็นด้วยอย่างที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นมากที่สุดหรือเกือบทั้งหมด

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นมาก

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นปานกลาง

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นน้อย

ไม่เห็นด้วยอย่างที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็น

### ตอนที่ 3 ความร่วมมือในการใช้ยากลุ่มสแตติน

ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดอย่างไรบ้าง\*

| ข้อ | ข้อความ                                              | ปฏิบัติ<br>ประจำ | ปฏิบัติ<br>บ่อยครั้ง | ปฏิบัติ<br>บางครั้ง | ปฏิบัติ<br>นานๆครั้ง | ไม่เคย<br>ปฏิบัติ | อื่นๆ |
|-----|------------------------------------------------------|------------------|----------------------|---------------------|----------------------|-------------------|-------|
| 1.  | ท่านไม่ได้รับประทานยาเสพติด                          |                  |                      |                     |                      |                   |       |
| 2.  | ท่านแบ่งยาเสพติดให้ผู้อื่นใช้                        |                  |                      |                     |                      |                   |       |
| 3.  | ท่านลดหรือเพิ่มขนาดยาเสพติดเอง                       |                  |                      |                     |                      |                   |       |
| 4.  | เมื่อท่านรู้สึกสบายดี ท่านจะหยุดการรับประทานยาเสพติด |                  |                      |                     |                      |                   |       |
| 5.  | ท่านไม่ได้รับประทานยาเสพติดเนื่องจากยาไม่พอ          |                  |                      |                     |                      |                   |       |

**อธิบายตัวเลือก** ปฏิบัติประจำ หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมนั้นประมาณ 5-7 วันใน 1 สัปดาห์

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมนั้นประมาณ 3-4 วันใน 1 สัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมนั้นประมาณ 1-2 วันใน 1 สัปดาห์

ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมนั้นประมาณ 1-3 ครั้งใน 1 เดือน

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ผู้ป่วยไม่เคยมีพฤติกรรมนั้นเลย

อื่นๆ(ระบุ) หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมนั้นในกรณีที่นอกเหนือจากตัวเลือกที่ให้

**ตอนที่ 4 พฤติกรรมการควบคุมอาหารและการปฏิบัติตัว**

| ข้อ | ข้อความ                                                                         | ปฏิบัติ<br>ประจำ | ปฏิบัติ<br>บ่อยครั้ง | ปฏิบัติ<br>บางครั้ง | ปฏิบัติ<br>นานๆครั้ง | ไม่เคย<br>ปฏิบัติ | อื่นๆ |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------|---------------------|----------------------|-------------------|-------|
| 1.  | ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ติดมันเช่น หมูสามชั้น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ข้าวหมูกรอบ   |                  |                      |                     |                      |                   |       |
| 2.  | ท่านรับประทานเนยหรืออาหารที่มีเนยเป็นส่วนประกอบ เช่น ขนมปังเนยสด                |                  |                      |                     |                      |                   |       |
| 3.  | ท่านใช้น้ำมันหมู หรือน้ำมันปาล์ม หรือน้ำมันมะพร้าวทำอาหาร                       |                  |                      |                     |                      |                   |       |
| 5.  | ท่านรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิเช่น ของหวานใส่กะทิ ไอศกรีมกะทิ แกงกะทิ |                  |                      |                     |                      |                   |       |
| 6.  | ท่านรับประทานอาหารทะเล เช่น กุ้ง ปลาหมึก หอยนางรม                               |                  |                      |                     |                      |                   |       |
| 7.  | ท่านออกกำลังกายหรือเดินเล่น ทำสวน ทำงานบ้าน ครั้งละ 30 นาทีขึ้นไป               |                  |                      |                     |                      |                   |       |
| 8.  | ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์                              |                  |                      |                     |                      |                   |       |
| 9.  | ท่านสูบบุหรี่                                                                   |                  |                      |                     |                      |                   |       |
| 10. | ท่านมีความเครียด                                                                |                  |                      |                     |                      |                   |       |

## ภาคผนวก ค

### เอกสารการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

#### หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมการศึกษา

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว .....

ที่อยู่.....

บัตรประจำตัวประชาชน/ ข้าราชการเลขที่.....

ขอให้ความยินยอมของตนเอง ที่จะเข้าเกี่ยวข้องในการศึกษา เรื่อง ความร่วมมือในการรักษาและ  
ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยากลุ่มสเตตินและมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก  
โรงพยาบาลสุรินทร์ ซึ่งผู้ศึกษาได้แก่ นางรัชนก สิทธิโชติวงศ์ ได้อธิบายต่อข้าพเจ้าเกี่ยวกับ  
การศึกษาในครั้งนี้แล้ว ผู้ศึกษามีความยินดีที่จะให้คำตอบต่อคำถามประการใดที่ข้าพเจ้าอาจจะมี  
ได้ ตลอดระยะเวลาเข้าร่วมการศึกษานี้ ผู้ศึกษารับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับตัว  
ข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการศึกษา และผู้ศึกษาจะได้  
ปฏิบัติในสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจของข้าพเจ้าตลอดการศึกษานี้ และ  
รับรองว่าหากเกิดมีอันตรายใดๆจากการศึกษาดังกล่าว ผู้ศึกษายินยอมจะให้ได้รับการรักษาอย่าง  
เต็มที่ ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจและสามารถที่จะถอนตัวจากการศึกษานี้  
เมื่อใดก็ได้ ทั้งนี้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับ ถ้าหากข้าพเจ้าเป็น  
ผู้ป่วย และในกรณีที่เกิดข้อข้องใจหรือปัญหาที่ข้าพเจ้าต้องการปรึกษากับผู้ศึกษา ข้าพเจ้า  
สามารถติดต่อกับผู้ศึกษาคือ นางรัชนก สิทธิโชติวงศ์ ได้ที่บ้านเลขที่ 278 ถนนเทศบาล 2  
ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ หรือ ที่งานเตรียมยาเคมีบำบัด กลุ่มงานเภสัชกรรม  
โรงพยาบาลสุรินทร์ หรือโทรศัพท์ 0819553616

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

ลงนาม.....ผู้ศึกษา

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

วันที่.....

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล

นางรัชนก สิริโชติวงศ์

วัน เดือน ปี เกิด

25 พฤษภาคม พ.ศ. 2519

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2534 มัธยมศึกษาตอนต้นจากโรงเรียนสิรินธร จ.สุรินทร์

พ.ศ. 2535 มัธยมศึกษาตอนปลายจากศูนย์การศึกษานอก  
โรงเรียน จ.สุรินทร์

พ.ศ. 2541 ปริญญาตรีเกศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล

การทำงาน

รับราชการตำแหน่งเภสัชกร กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาล  
สุรินทร์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541-ปัจจุบัน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved