



ภาคผนวก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก ก
เอกสารรับรองโครงการวิจัย



เอกสารเลขที่ ๑๓๖/๒๕๕๖

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ขอรับรองว่า
โครงการศึกษาการค้นคว้าแบบอิสระเรื่อง : ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการ
ออกกำลังกายที่บ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ
จังหวัดลำปาง (Effectiveness of Implementing Home-based Exercise Nursing Practice Guidelines for
Stroke Patient Rehabilitation in Community, Namjo Sub-district, Mae Tha District, Lamphang
Province)

ของ : นางสาวเสาวนีย์ กุลเสวตร์

สังกัด : นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
แผน ข. ภาคพิเศษ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ได้ผ่านการพิจารณาแล้ว เห็นว่าไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิด
อันตรายแก่ผู้ถูกวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ ตั้งแต่วันที่ออก
หนังสือรับรองฉบับนี้จนถึงวันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๕๗

หนังสือออกวันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๕๖

ลงนาม.....
(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ลงนาม.....
(ศาสตราจารย์ ดร.วิภาดา คุณาวิฑูกุล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ภาคผนวก ข

เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เอกสารคำชี้แจงข้อมูลเข้าร่วมโครงการวิจัยสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เรื่อง ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการออกกำลังกายที่บ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

ข้าพเจ้านางสาวเสาวนีย์ กุลเสวตร์ นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ภาควิชา แพทย์แผน ข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีความประสงค์ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระเรื่อง “ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการออกกำลังกายที่บ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง” โดยการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการออกกำลังกายที่บ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ซึ่งท่านเป็นผู้หนึ่งในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ผลจากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับท่าน ในการนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอยู่ในชุมชน ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปางอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลที่ดีต่อไป การวิจัยครั้งนี้ประกอบไปด้วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 คน โดยท่านจะมีส่วนร่วมในการให้การสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม หลังจากท่านได้ทราบวัตถุประสงค์และแนวทางปฏิบัติในการเข้าร่วมโครงการวิจัยและตกลงที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้แล้วท่านจะได้เซ็นชื่อแสดงความยินยอมการเข้าร่วมการศึกษา หลังจากนั้นท่านจะได้ร่วมในการให้ข้อมูลแก่ผู้ศึกษา โดยการสัมภาษณ์

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจที่จะร่วมตอบแบบสอบถาม ท่านสามารถถอนตัวจากการตอบคำถามครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยท่านจะไม่สูญเสียสิทธิประโยชน์ใดๆที่ท่านควรได้รับ และข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ และดำเนินการอย่างรัดกุม โดยที่การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ก่อให้เกิดความเสี่ยงอันตราย หรือผลเสียจากการเข้าร่วมการวิจัย การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะทำในภาพรวมของผลการศึกษาเท่านั้น และสิทธิประโยชน์อื่นอันจะเกิดจากผลการศึกษาให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

หากท่านมีคำถามเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถติดต่อกับผู้ศึกษาคือนางสาวเสาวนีย์ กุลเสวตร์ ได้ที่บ้านเลขที่ 261/2 หมู่ที่ 1 ตำบลศาลา อำเภอกะลา จังหวัดลำปาง หมายเลขโทรศัพท์ 084-8106907 หรือที่อาจารย์ที่ปรึกษาผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง หมายเลขโทรศัพท์ 053 945018 (ในเวลาราชการ) หรืออาจารย์ที่ปรึกษาผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เดชา ทำดี หมายเลขโทรศัพท์ 053 945018 (ในเวลาราชการ) หรือถ้าท่านมีปัญหาระหว่างการเข้าร่วมการศึกษา ให้ติดต่อที่ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โทรศัพท์ 053 946080 (ในเวลาราชการ)

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

ลงชื่อ.....(ผู้ศึกษา)

(นางสาวเสาวนีย์ กุลเสวตร์)

นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เอกสารแสดงการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เรื่อง ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการออกกำลังกายที่บ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว
ได้อ่านเอกสารคำชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ (หรือผู้อ่านเอกสารให้ข้าพเจ้าฟัง) รวมทั้งได้มีโอกาสซักถามข้อสงสัยจนเป็นที่น่าพอใจแล้ว ข้าพเจ้ายินดีให้ความร่วมมือในฐานะผู้เข้าร่วมโครงการ โดยข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้ตามที่ได้อ่านข้างต้น และขอลงลายมือชื่อไว้เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการศึกษาครั้งนี้

ลงชื่อ.....(ผู้ยินยอม)

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เอกสารชี้แจงข้อมูลเข้าร่วมโครงการวิจัยสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เรื่อง ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการออกกำลังกายที่บ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

ข้าพเจ้านางสาวเสาวนีย์ กุลเสวตร์ นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ภาควิชา แพทย์แผน ข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีความประสงค์ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระเรื่อง “ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการออกกำลังกายที่บ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง” โดยการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการออกกำลังกายที่บ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ซึ่งท่านเป็นหนึ่งในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ผลจากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับท่าน ในการนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอยู่ในชุมชน ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปางอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลที่ดีต่อไป การวิจัยครั้งนี้ประกอบไปด้วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 คน โดยท่านจะมีส่วนร่วมในการให้การสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม หลังจากท่านได้ทราบวัตถุประสงค์และแนวทางปฏิบัติในการเข้าร่วมโครงการวิจัยและตกลงที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้แล้วท่านจะได้เซ็นชื่อแสดงความยินยอมการเข้าร่วมการศึกษา หลังจากนั้นท่านจะได้ร่วมในการให้ข้อมูลแก่ผู้ศึกษา โดยการสัมภาษณ์

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจที่จะร่วมตอบแบบสอบถาม ท่านสามารถถอนตัวจากการตอบคำถามครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยท่านจะไม่สูญเสียสิทธิประโยชน์ใดๆที่ท่านควรได้รับ และข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ และดำเนินการอย่างรัดกุม โดยที่การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ก่อให้เกิดความเสี่ยงอันตราย หรือผลเสียจากการเข้าร่วมการวิจัย การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะทำในภาพรวมของผลการศึกษาเท่านั้น และสิทธิประโยชน์อื่นอันจะเกิดจากผลการศึกษาให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

หากท่านมีคำถามเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถติดต่อกับผู้ศึกษาคือนางสาวเสาวนีย์ กุลเสวตร์ ได้ที่บ้านเลขที่ 261/2 หมู่ที่ 1 ตำบลศาลา อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง หมายเลขโทรศัพท์ 084-8106907 หรือที่อาจารย์ที่ปรึกษาผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง หมายเลขโทรศัพท์ 053 945018 (ในเวลาราชการ) หรืออาจารย์ที่ปรึกษาผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เดชา ทำดี หมายเลข

โทรศัพท์ 053 945018 (ในเวลาราชการ) หรือถ้าท่านมีปัญหาเรื่องสิทธิในการเข้าร่วมการศึกษา ให้
ติดต่อที่ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โทรศัพท์ 053 946080 (ในเวลาราชการ)

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

ลงชื่อ.....(ผู้ศึกษา)

(นางสาวเสาวนีย์ กุลเสวตร์)

นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

เอกสารแสดงการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เรื่อง ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการออกกำลังกายที่บ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว
ได้อ่านเอกสารคำชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ (หรือผู้อ่านเอกสารให้ข้าพเจ้าฟัง) รวมทั้งได้มีโอกาสซักถามข้อสงสัยจนเป็นที่น่าพอใจแล้ว ข้าพเจ้ายินดีให้ความร่วมมือในฐานะผู้เข้าร่วมโครงการ โดยข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้ตามที่ได้อ่านข้างต้น และขอลงลายมือชื่อไว้เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการศึกษาครั้งนี้

ลงชื่อ.....(ผู้ยินยอม)

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เอกสารแจ้งแจ้งข้อมูลเข้าร่วมโครงการวิจัยสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เรื่อง ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการออกกำลังกายที่บ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

ข้าพเจ้านางสาวเสาวนีย์ กุลเสวตร์ นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ภาควิชา แพทย์แผน ข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีความประสงค์ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระเรื่อง “ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการออกกำลังกายที่บ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง” โดยการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการออกกำลังกายที่บ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ซึ่งท่านเป็นหนึ่งในกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ผลจากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับท่าน ในการนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอยู่ในชุมชน ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปางอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลที่ดีต่อไป การวิจัยครั้งนี้ประกอบไปด้วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 คน โดยท่านจะมีส่วนร่วมในการให้การสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม หลังจากท่านได้ทราบวัตถุประสงค์และแนวทางปฏิบัติในการเข้าร่วมโครงการวิจัยและตกลงที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้แล้วท่านจะได้เซ็นชื่อแสดงความยินยอมการเข้าร่วมการศึกษา หลังจากนั้นท่านจะได้ร่วมในการให้ข้อมูลแก่ผู้ศึกษา โดยการสัมภาษณ์

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจที่จะร่วมตอบแบบสอบถาม ท่านสามารถถอนตัวจากการตอบคำถามครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยท่านจะไม่สูญเสียสิทธิประโยชน์ใดๆที่ท่านควรได้รับ และข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ และดำเนินการอย่างรัดกุม โดยที่การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ก่อให้เกิดความเสี่ยงอันตราย หรือผลเสียจากการเข้าร่วมการวิจัย การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะทำในภาพรวมของผลการศึกษาเท่านั้น และสิทธิประโยชน์อื่นอันจะเกิดจากผลการศึกษาให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

หากท่านมีคำถามเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถติดต่อกับผู้ศึกษาคือนางสาวเสาวนีย์ กุลเสวตร์ ได้ที่บ้านเลขที่ 261/2 หมู่ที่ 1 ตำบลศาลา อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง หมายเลขโทรศัพท์ 084-8106907 หรือที่อาจารย์ที่ปรึกษาผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชี่ยง หมายเลขโทรศัพท์ 053 945018 (ในเวลาราชการ) หรืออาจารย์ที่ปรึกษาผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เดชา ทำดี หมายเลข

โทรศัพท์ 053 945018 (ในเวลาราชการ) หรือถ้าท่านมีปัญหาเรื่องสิทธิในการเข้าร่วมการศึกษา ให้ติดต่อที่ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โทรศัพท์ 053 946080 (ในเวลาราชการ)

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

ลงชื่อ.....(ผู้ศึกษา)

(นางสาวเสาวนีย์ กุลเสวตร์)

นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

เอกสารแสดงการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เรื่อง ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการออกกำลังกายที่บ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว
ได้อ่านเอกสารคำชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ (หรือผู้อ่านเอกสารให้ข้าพเจ้าฟัง) รวมทั้งได้มีโอกาสซักถามข้อสงสัยจนเป็นที่น่าพอใจแล้ว ข้าพเจ้ายินดีให้ความร่วมมือในฐานะผู้เข้าร่วมโครงการ โดยข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้ตามที่ได้อ่านข้างต้น และขอลงลายมือชื่อไว้เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการศึกษาครั้งนี้

ลงชื่อ.....(ผู้ยินยอม)

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ค

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการออกกำลังกายที่บ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการออกกำลังกายที่บ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ประกอบด้วย 2 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ประกอบด้วย

- ชักประวัติโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป
- การประเมินปัญหาของผู้ป่วย
- ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะทุพพลภาพโดยพยาบาลผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการประเมิน เพื่อกำหนดเป้าหมายในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ (Barthel index of activity of daily living: BI) (ทศพร คำผลศิริ, 2549)
- ประเมินความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ Stroke impact scale (SIS) (ทศพร คำผลศิริ, 2549)

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง และการฝึกทักษะการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่บ้าน

ขั้นตอนการใช้โปรแกรมการออกกำลังกาย

1. ขั้นตอนเตรียมการ (ใช้เวลา 45 นาที - 1 ชั่วโมง)

- 1.1 สร้างสัมพันธภาพโดยพูดคุยแนะนำตัว พูดคุยกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับสภาพปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
- 1.2 ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโปรแกรมการออกกำลังกาย
- 1.3 การให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.4 การฝึกทักษะ การออกกำลังกายให้ผู้ป่วยอัมพาตและผู้ดูแล
- 1.5 ให้คำปรึกษา และแนะนำเกี่ยวกับปัญหาหารายบุคคลหลังการให้ความรู้และออกกำลังกาย

1.6 นัดหมายผู้ป่วยและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อฝึกการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องตามขั้นตอนดำเนินกิจกรรม

2. ขั้นตอนดำเนินกิจกรรม

2.1 วิธีการให้ความรู้: จัดเตรียมคู่มือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- โดยให้ความรู้และฝึกทักษะที่โรงพยาบาลแม่ทะสาขาน้ำใจ
- ติดตามเยี่ยมบ้าน โดยให้พยาบาลในชุมชนนั้นๆเป็นผู้ติดตามเพื่อดูความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายตามโปรแกรม และให้คำปรึกษาแนะนำหากผู้ป่วยมีปัญหา ทุก 4 สัปดาห์

2.2 ด้านการออกกำลังกาย เพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีหลักการดังนี้

- การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ (Range of motion)
- โดยให้ผู้ป่วยออกกำลังกายด้วยตนเอง (Active exercise) และโดยผู้ดูแลเป็นผู้ออกกำลังกายให้ (Passive exercise)
- การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ (Strength & Endurance)

ระยะเวลา และความถี่ของการฝึกโปรแกรม การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มีความหลากหลายตามชนิดของการออกกำลังกาย และความเหมาะสมของแต่ละบุคคล โดยให้ปฏิบัติตามขั้นตอนการฝึกในคู่มือการออกกำลังกายที่บ้าน

- เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย
- ให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อสงสัย

3. ขั้นตอนการประเมินผล

- ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ (Barthel index of activity of daily living: BI) (ทศพร คำผลศิริ, 2549)
- คุณภาพชีวิตโดยใช้ Stroke impact scale (ทศพร คำผลศิริ, 2549)

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. แบบประเมินแนวปฏิบัติในการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.1 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. แบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล
4. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วย
5. แบบประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

สำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผู้ใช้แนวปฏิบัติในการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย (☐ ☒) ลงในแบบสัมภาษณ์และเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. สถานภาพสมรส () โสด () คู่
() หม้าย () หย่าร้างหรือแยกกันอยู่
4. ศาสนา () พุทธ () คริสต์ () อิสลาม () อื่นๆ
5. ระดับการศึกษา () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษาตอนต้น
() มัธยมศึกษาตอนปลาย () อนุปริญญา
()ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า () ไม่ได้เรียนหนังสือ
6. อาชีพ () รับจ้าง () เกษตรกรรม
() ค้าขาย () ไม่ได้ประกอบอาชีพ
7. รายได้ของท่านโดยเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
8. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
() บุตร () เขย/สะใภ้ () พ่อ/แม่ () พี่/น้อง
() หลาน () สามเณร/ภรรยา
9. มีการใช้โทรศัพท์ในการติดต่อสื่อสารภายในครอบครัวหรือไม่
() มี () ไม่มี

ส่วนที่ 2 ข้อมูลลักษณะผู้ป่วยที่ให้การดูแล

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย (☐✓) ลงในแบบสัมภาษณ์และเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....ปี.....เดือน
2. ระดับความรู้สึกรู้ตัวของผู้ป่วย
() ไม่รู้สึกรู้ตัว () รู้สึกรู้ตัวแต่พูดคุยไม่รู้เรื่อง () รู้สึกรู้ตัวดีไม่สับสน
3. การติดต่อสื่อสารของผู้ป่วย
() พูดได้ ระบุ..... () ปกติ () เข้าแต่ชัดเจน () เข้าและไม่ชัดเจน
() พูดไม่ได้
4. สภาพทางร่างกายของผู้ป่วย
() แขนขาอ่อนแรงซีกซ้าย
() แขนขาอ่อนแรงซีกขวา
() ลำตัวท่อนบนอ่อนแรง
() ลำตัวท่อนล่างอ่อนแรง
() แขนขาอ่อนแรงซีกซ้ายและขวา
5. การรับประทานอาหาร
() รับประทานอาหารทางสายยาง
() ไม่สามารถดื่อกินอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อน
() ดื่อกินอาหารและช่วยเหลือตัวเองได้เป็นปกติ
6. ผู้ป่วยมีโรคร่วมอื่น ได้แก่
() โรคความดันโลหิตสูง () โรคเบาหวาน
() โรคไขมันในเส้นเลือดสูง () โรคหัวใจ
() โรคไตวาย () โรคอื่นๆ.....
7. การรับประทานยาของผู้ป่วย
() รับประทานยาเป็นประจำทุกวัน () รับประทานยาสัปดาห์ละ 3-5 วัน
() รับประทานยาสัปดาห์ละ 1-2 วัน () ไม่ต้องรับประทานยา
() อื่นๆ ระบุ เช่น รับประทานอาหารทางสายยาง.....
8. ชนิด/ยาที่ใช้ในปัจจุบัน ได้แก่.....
.....

9. การจับถ่าย ปัสสาวะ/อุจจาระ

- () ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะ/อุจจาระได้
- () กลั้นปัสสาวะ/อุจจาระได้ปกติ
- () ต้องการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- () ใส่สายสวนปัสสาวะและไม่สามารถดูแลเองได้

10. การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

- () ช่วยเหลือทั้งหมด
- () ช่วยเหลือบางส่วน
- () ผู้ป่วยทำได้เอง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินแนวปฏิบัติในการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง: ข้อความต่อไปนี้เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ศึกษาต้องการทราบความคิดเห็นของท่านในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันว่าเป็นอย่างไร โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ☐ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

1. การรับประทานอาหาร

- ☐ ☐ ต้องมีคนช่วยเหลือ (0)
- ☐ ☐ มีคนช่วยบางส่วน เช่น ตัดเนื้อ เตรียมอาหารให้ (5)
- ☐ ☐ ทำเองได้ (10)

2. การขึ้นลงจากเตียง

- ☐ ☐ ลุกจากเตียงไม่ได้ (0)
- ☐ ☐ ลุกนั่งได้แต่ต้องมีคนช่วยพยุง 1-2 คน (5)
- ☐ ☐ ลุกนั่งได้ ต้องการคนช่วยเหลือน้อย (10)
- ☐ ☐ ลุกนั่งได้เอง ยกเท้าวางบนรถเข็นได้เอง (15)

3. ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม

- ☐ ☐ ต้องมีคนช่วยเหลือ (0)
- ☐ ☐ ทำเองได้ (5)

4. การเข้าห้องน้ำ

- ☐ ☐ ต้องมีคนช่วยเหลือ (0)
- ☐ ☐ มีคนช่วยทำให้บางส่วน (5)
- ☐ ☐ ทำเองได้ (10)

5. การอาบน้ำ

- ☐ ☐ ต้องมีคนช่วยเหลือ (0)
- ☐ ☐ ทำเองได้ (5)

6. การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน

- ☐ ☐ นั่งบนรถเข็นแต่ไปไหนเองไม่ได้ (0) ☐ ใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (5)
☐ ☐ เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พุง (10) ☐ ☐ เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง (15)

7. การขึ้นบันได

- ☐ ☐ ขึ้นบันไดเองไม่ได้ (0)
☐ ☐ ขึ้นบันไดได้แต่ต้องการคนช่วยเล็กน้อย (5) ☐
☐ ☐ ขึ้นบันไดเองได้ อาจจะต้องเกาะราวช่วย(10)

8. การแต่งตัว

- ☐ ☐ ต้องมีคนช่วยเหลือ (0) ☐ ☐ มีคนช่วยบางส่วน (5)
☐ ☐ ทำเองได้ รวมทั้งติดชิป ติดกระดุม (10)

9. การถ่ายอุจจาระ

- ☐ ☐ ถ่ายอุจจาระไม่ได้ ต้องมีคนช่วย (0)
☐ ☐ ถ่ายอุจจาระได้เองเป็นส่วนใหญ่ต้องการคนช่วยหรือสวนอุจจาระบางครั้งไม่เกิน 1 ครั้ง/
สัปดาห์(5)

- ☐ ☐ ทำเองได้ สวนหรือเหน็บยาได้เอง (10)

10.การปัสสาวะ

- ☐ ☐ ปัสสาวะไม่ได้ คาสาขสวนปัสสาวะ (0)
☐ ☐ สวนบางครั้ง ไม่เกิน 1 ครั้ง/วัน (5)
☐ ☐ ปัสสาวะเองได้ (10)

การแปลผล (คะแนนเต็ม 0 - 100) คะแนนความสามารถสูงสุด 100 คะแนนและต่ำสุด 0 คะแนน

0 – 20 = ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย ต้องอาศัยความช่วยเหลืออย่างมาก

25 – 45 = ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้ยากมาก

50 – 70 = ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้ปานกลาง

75 – 95 = ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้น้อย

100 = ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้ปกติ ไม่ได้ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง: แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบประเมินผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อสุขภาพและชีวิตของท่าน ผู้ศึกษาต้องการทราบความคิดเห็นของท่านว่าโรคนี้มีผลกระทบต่อท่านอย่างไร โดยจะถามเกี่ยวกับภาวะบกพร่อง (impairment) และภาวะทุพพลภาพ (disabilities) ที่เกิดจากโรครวมไปถึงผลกระทบที่มีต่อคุณภาพชีวิตของท่าน และในตอนท้ายจะ让您บอกถึงระดับการฟื้นตัวหรือการหายของโรคว่าท่านคิดว่าท่านดีขึ้นมากน้อยเพียงไร

คำถามต่อไปนี้จะถามเกี่ยวกับปัญหาทางด้านร่างกายซึ่งเกิดจากผลของโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย ☐ ☒ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน บันทึกผลการประเมินคุณภาพชีวิตตามเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1 = ไม่มีแรงเลย, 2 = มีแรงเล็กน้อย, 3 = มีแรงปานกลาง, 4 = มีแรงค่อนข้างมาก, 5 = มีแรงมากที่สุด

1. ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ส่วนต่างๆในร่างกายของท่านต่อไปนี้ มีแรงน้อยมากแค่ไหน	มีแรงมากที่สุด (5)	มีแรงค่อนข้างมาก (4)	มีแรงปานกลาง (3)	มีแรงเล็กน้อย (2)	ไม่มีแรงเลย (1)
ก. แขนข้างที่เป็นอัมพาต/อ่อนแรง					
ข. การใช้มือจับของข้างที่เป็นอัมพาต/อ่อนแรง					
ค. ขาข้างที่เป็นอัมพาต/อ่อนแรง					
ง. เท้า/ข้อเท้าข้างที่เป็นอัมพาต/อ่อนแรง					

คำถามต่อไปนี้จะถามเกี่ยวกับความจำและการคิดของท่าน โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย ☐ ✓
 ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน บันทึกผลการประเมินคุณภาพชีวิตตามเกณฑ์การให้คะแนน
 ดังนี้

1 = ไม่ลำบากเลย, 2 = ลำบากเล็กน้อย, 3 = ลำบากปานกลาง, 4 = ลำบากค่อนข้างมาก, 5 = ลำบากมากที่สุด

2. ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความ ลำบากแค่ไหนในการทำสิ่งต่อไปนี้	ไม่ลำบาก เลย (1)	ลำบาก เล็กน้อย (2)	ลำบาก ปานกลาง (3)	ลำบาก ค่อนข้าง มาก (4)	ลำบาก มากที่สุด (5)
ก. จำสิ่งต่างๆที่คนอื่นเพิ่งบอกได้					
ข. จำสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นเมื่อวานได้					
ค. จำได้ว่าจะต้องทำอะไรบ้าง(เช่น ไปพบ แพทย์ตามนัด, กินยา)					
ง. จำวันต่างๆในสัปดาห์ได้					
จ. มีสมาธิ					
ฉ. คิดอย่างรวดเร็ว					
ช. แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นประจำวัน					

คำถามต่อไปนี้จะถามเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึกของท่านที่เกิดขึ้นหรือที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งความสามารถในการควบคุมอารมณ์ของท่านหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยให้ท่านทำเครื่องหมาย ☐ ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน บันทึกผลการประเมินคุณภาพชีวิตตามเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

5 = ไม่เกิดเลย, 4 = เกิดน้อยมาก, 3 = เกิดบ้างบางครั้ง, 2 = เกิดบ่อย, 1 = เกิดตลอดเวลา

3. ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นกับท่านบ่อยแค่ไหน	ไม่เกิดเลย (5)	เกิดน้อย มาก (4)	เกิดบ้าง บางครั้ง (3)	เกิดบ่อย (2)	เกิดตลอด เวลา (1)
ก. รู้สึกเศร้าเสียใจ					
ข. รู้สึกว่าไม่มีคนที่สนิท					
ค. รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของคนอื่น					
ง. รู้สึกว่าตนเองไม่มีอนาคต					
จ. รู้สึกตำหนิตนเองในความคิดที่เคยทำ					
ฉ. สนุกกับการทำสิ่งต่างๆอย่างที่เคยทำ					
ช. รู้สึกกระสับกระส่าย					
ซ. รู้สึกว่าชีวิตเป็นสิ่งที่มีความ					
ณ. ยิ้มและหัวเราะอย่างน้อยวันละครั้ง					

คำถามต่อไปนี้จะถามเกี่ยวกับความสามารถในการสื่อสารของท่านกับคนอื่น รวมถึงความสามารถของท่านในการเข้าใจสิ่งที่อ่านและได้ยินจากการสนทนาโดยให้ท่านทำเครื่องหมาย ☐ ☒ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน บันทึกผลการประเมินคุณภาพชีวิตตามเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1 = ไม่ลำบากเลย, 2 = ลำบากเล็กน้อย, 3 = ลำบากปานกลาง, 4 = ลำบากค่อนข้างมาก, 5 = ลำบากมากที่สุด

4. ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความ ยากลำบากแค่ไหนในการทำสิ่งต่อไปนี้	ไม่ลำบาก เลย (1)	ลำบาก เล็กน้อย (2)	ลำบาก ปานกลาง (3)	ลำบาก ค่อนข้าง มาก (4)	ลำบาก มากที่สุด (5)
ก. ระบุชื่อคนที่อยู่ตรงหน้าของท่าน					
ข. เข้าใจสิ่งที่ผู้อื่นกำลังพูดกับท่าน					
ค. ตอบคำถามได้					
ง. บอกชื่อสิ่งของต่างๆอย่างถูกต้อง					
จ. ร่วมพูดคุยในวงสนทนา					
ฉ. คุยทางโทรศัพท์					
ช. โทรศัพท์ไปหาผู้อื่นรวมทั้งเลือกเบอร์โทร และต่อโทรศัพท์ได้อย่างถูกต้อง					

คำถามต่อไปนี้จะถามเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของท่านโดยให้ท่านทำเครื่องหมาย ☐ ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน บันทึกผลการประเมินคุณภาพชีวิตตามเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1 = ไม่ลำบากเลย, 2 = ลำบากเล็กน้อย, 3 = ลำบากปานกลาง, 4 = ลำบากค่อนข้างมาก, 5 = ลำบากมากที่สุด

5. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความลำบากแค่ไหนในการทำสิ่งต่อไปนี้	ไม่ลำบากเลย (1)	ลำบากเล็กน้อย (2)	ลำบากปานกลาง (3)	ลำบากค่อนข้างมาก (4)	ลำบากมากที่สุด (5)
ก. หั่นอาหารด้วยมีด, ช้อน หรือส้อม					
ข. ใส่เสื้อเอง					
ค. อาบน้ำเอง					
ง. ไปเข้าห้องน้ำได้ทันเวลา					
จ. ควบคุมการกลืนปัสสาวะ (ไม่ปัสสาวะรด)					
ฉ. ควบคุมการกลืนอุจจาระ (ไม่อุจจาระรด)					
ช. ทำงานบ้านเบาๆ (เช่น กวาดบ้าน, ปลูกต้นไม้, เทขยะ, ล้างจาน)					
ซ. ไปซื้อของ					
ณ. ทำงานบ้านที่ใช้แรง (เช่น ถูบ้าน, ซักผ้า)					

คำถามต่อไปนี้จะถามเกี่ยวกับความสามารถในการเคลื่อนไหวทั้งภายในบ้าน (ในชุมชน) ของท่าน โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ □ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน บันทึกผลการประเมินคุณภาพชีวิตตามเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1 = ไม่ลำบากเลย, 2 = ลำบากเล็กน้อย, 3 = ลำบากปานกลาง, 4 = ลำบากค่อนข้างมาก, 5 = ลำบากมากที่สุด

6. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความลำบากแค่ไหนในการทำสิ่งต่อไปนี้	ไม่ลำบากเลย (1)	ลำบากเล็กน้อย (2)	ลำบากปานกลาง (3)	ลำบากค่อนข้างมาก (4)	ลำบากมากที่สุด (5)
ก. นั่งโดยไม่เอน/ล้ม (เสียสมดุล)					
ข. ยืนโดยไม่เอน/ล้ม (เสียสมดุล)					
ค. เดินโดยไม่เอน/ล้ม (เสียสมดุล)					
ง. ลุกจากเตียงไปยังเก้าอี้					
จ. เดินได้ 1 ช่วงตึก (500 เมตร)					
ฉ. เดินอย่างรวดเร็ว					
ช. เดินขึ้นบันได 1 ชั้น					
ซ. เดินขึ้นบันไดหลายชั้น					
ณ. ขึ้นและลงรถ					

คำถามต่อไปนี้จะถามเกี่ยวกับความสามารถในการใช้มือข้างที่เป็นอัมพาตหรืออ่อนแรงของท่าน โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ □ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน บันทึกผลการประเมินคุณภาพชีวิตตามเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1 = ไม่ลำบากเลย, 2 = ลำบากเล็กน้อย, 3 = ลำบากปานกลาง, 4 = ลำบากค่อนข้างมาก, 5 = ลำบากมากที่สุด

7. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความลำบากแค่ไหนในการใช้มือข้างที่อ่อนแรงทำสิ่งต่อไปนี้	ไม่ลำบากเลย (1)	ลำบากเล็กน้อย (2)	ลำบากปานกลาง (3)	ลำบากค่อนข้างมาก (4)	ลำบากมากที่สุด (5)
ก. หิ้วหรือยกของหนัก (เช่น ถุงใส่ของชำร่วยตลาด) หรือถุงที่ใส่ของมากๆ					
ข. หมุนลูกบิดประตู					
ค. เปิดกระป๋องหรือเปิดขวด					
ง. ผูกเชือกรองเท้า					
จ. หยิบเหรียญ					

คำถามต่อไปนี้จะถามเกี่ยวกับผลของโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อความสามารถในการเข้าร่วมในกิจกรรมที่เคยทำ, สิ่งที่มีความหมายต่อท่านและช่วยให้ท่านมีเป้าหมายในชีวิตโดยให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ □ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน บันทึกผลการประเมินคุณภาพชีวิตตามเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1 = ไม่มีเลย, 2 = มีน้อยมาก, 3 = มีบ้างบางครั้ง, 4 = มีบ่อย, 5 = มีตลอดเวลา

8. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีข้อจำกัดในเรื่องต่อไปนี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย (1)	มีน้อยมาก (2)	มีบ้าง บางครั้ง (3)	มีบ่อย (4)	มีตลอดเวลา (5)
ก. การทำงานของท่าน (ทั้งที่ได้รับค่าตอบแทนหรือไม่ได้รับ)					
ข. การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม					
ค. การทำงานอดิเรกที่ท่านคนเดียว (อ่านหนังสือ, แกดสลัก)					
ง. การทำงานอดิเรกที่ทำร่วมกับผู้อื่น (เล่นกีฬา, ไปเที่ยวนอกบ้าน, เดินทาง)					
จ. แสดงบทบาทของท่านในฐานะสมาชิกของครอบครัว หรือฐานะเพื่อน					
ฉ. การเข้าร่วมกิจกรรมทางจิตวิญญาณหรือทางศาสนา					
ช. ความสามารถในการดำเนินชีวิตของตัวเองตามที่ท่านต้องการ					
ซ. ความสามารถในการช่วยเหลือผู้อื่น					

9. ความสามารถในการฟื้นตัวหรือหายจากโรคหลอดเลือดสมอง

แบ่งจากระดับ 0 - 100 (100 หมายถึงการฟื้นตัวหรือหายอย่างสมบูรณ์ และ 0 หมายถึงไม่มีการฟื้นตัวหรือไม่ดีขึ้นเลย) ท่านคิดว่าท่านมีการฟื้นตัวหรือดีขึ้นอยู่ในระดับใด โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ □ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

.....100	หมายถึง	การฟื้นตัวหรือหายอย่างสมบูรณ์
.....90	หมายถึง	การฟื้นตัวมากๆ
.....80	หมายถึง	การฟื้นตัวมาก
.....70	หมายถึง	การฟื้นตัวมากเล็กน้อย
.....60	หมายถึง	การฟื้นตัวปานกลาง – มาก
.....50	หมายถึง	การฟื้นตัวปานกลาง
.....40	หมายถึง	การฟื้นตัวน้อย – ปานกลาง
.....30	หมายถึง	การฟื้นตัวน้อย
.....20	หมายถึง	การฟื้นตัวน้อยมาก
.....10	หมายถึง	การฟื้นตัวน้อยมากๆ
..... 0	หมายถึง	ไม่มีการฟื้นตัวหรือไม่ดีขึ้นเลย

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อการใช้นวปฏิบัติกรพยาบาลในการออกกำลังกายที่บ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

คำชี้แจง: แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง เกี่ยวกับแนวปฏิบัติกรพยาบาลในการออกกำลังกายที่บ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เป็นแบบประเมินความรู้สึก ความพึงพอใจหรือความรู้สึกชื่นชอบินดี และความคิดเห็น ของญาติผู้ดูแลต่อการใช้นวปฏิบัติกรพยาบาลในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ญาติผู้ดูแลได้ประเมินภายหลังการใช้นวปฏิบัติกร 3 เดือน แบบประเมินชุดนี้มีข้อคำถามแบบประเมินค่า (Rating Scale) 3 ระดับ จำนวน 6 ข้อ โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 1-3 ซึ่งแสดงระดับความพึงพอใจและความคิดเห็น ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อการใช้นวปฏิบัติกรพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

คะแนน 3 หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อการใช้นวปฏิบัติในระดับมาก

คะแนน 2 หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อการใช้นวปฏิบัติในระดับปานกลาง

คะแนน 1 หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อการใช้นวปฏิบัติในระดับน้อย

โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ☐ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อการใช้นวปฏิบัติ	ระดับความพึงพอใจ/ความคิดเห็นของญาติผู้ดูแล		
	น้อย	ปานกลาง	มาก
1. ระดับความพึงพอใจต่อการใช้นวปฏิบัติ			
2. ความยากง่ายและความสะดวกในการใช้นวปฏิบัติ หรือการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ			
3. ความชัดเจนของแนวปฏิบัติ สามารถปฏิบัติได้ทุกข้อ (เป็นที่เข้าใจได้ตรงกัน)			
4. ความเหมาะสมกับการนำไปใช้ผู้ป่วย			
5. ประสิทธิผลของการใช้นวปฏิบัติ(สามารถแก้ปัญหาหรือทำให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วย)			
6. สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องที่บ้าน			

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ใช้แนวปฏิบัติในการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟู
สภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย (☐ ☒) ลงในแบบสัมภาษณ์และเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. วุฒิการศึกษาสูงสุดของท่าน
() ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
() ปริญญาโท
4. ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติงานจนถึงปัจจุบัน.....ปี
5. ในปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่ง.....
6. ประสบการณ์ในการทำวิจัย
() เคย
() ไม่เคย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบดูแลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการออกกำลังกายที่บ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

คำชี้แจง: แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลในการออกกำลังกายที่บ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เป็นแบบประเมินความรู้สึก ความพึงพอใจหรือความรู้สึกชื่นชอบยินดี และความคิดเห็น ของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลได้ประเมินภายหลังการใช้แนวปฏิบัติครบ 3 เดือน แบบประเมินชุดนี้มีข้อคำถามแบบประเมินค่า (Rating Scale) 3 ระดับ จำนวน 6 โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 1-3 ซึ่งแสดงระดับความพึงพอใจและความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คะแนน 3 หมายถึง เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลมีความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติในระดับมาก

คะแนน 2 หมายถึง เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลมีความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติในระดับปานกลาง

คะแนน 1 หมายถึง เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลมีความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติในระดับน้อย

ความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อการใช้ แนวปฏิบัติ	ความพึงพอใจ/ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล จำนวน 9 คน		
	น้อย	ปานกลาง	มาก
1. ระดับความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ			
2. ความยากง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติ หรือ การปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ			
3. ความชัดเจนของแนวปฏิบัติ สามารถปฏิบัติได้ทุกข้อ (เป็นที่ เข้าใจได้ตรงกัน)			
4. ความประหยัด (การนำแนวปฏิบัติไปใช้จะช่วยให้งาน ประหยัดต้นทุน ทั้งกำลังคน เวลา และงบประมาณ)			
5. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติ(สามารถแก้ปัญหาหรือทำ ให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วย)			
6. ความเหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องใน หน่วยงานของท่าน			

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-นามสกุล นางสาวเสาวนีย์ กุลเสวตร์
วัน เดือน ปี เกิด 25 มกราคม พ.ศ. 2518
ประวัติการศึกษา ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสลำปาง
ประสบการณ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแม่ทะสาขาน้ำใจ
กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลแม่ทะ



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved