



ภาคผนวก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved

## ภาคผนวก ก

### เอกสารรับรองเชิงจริยธรรม



เอกสารเลขที่ ๒๐๕/๒๕๕๖

#### เอกสารรับรองโครงการวิจัย

ชื่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย: คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ที่อยู่ : ๑๑๐ ถนนอินทวิโรจ ต่าบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

ชื่อหัวหน้าโครงการศึกษาการค้นคว้าแบอิสระ : นางสาวศรุตาทวีพร มงคล

สังกัด : นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ แผนก ช. ภาคพิเศษ  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ชื่อเรื่องโครงการศึกษาการค้นคว้าแบอิสระ (ภาษาไทย) ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก  
สำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดัน  
โลหิตสูง โรงพยาบาลดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่

(ภาษาอังกฤษ) Effectiveness of Clinical Practice Guidelines Implementation for  
Promoting Medication Adherence Among Elderly with Hypertension, Doi Tao  
Hospital, Chiang Mai Province

เลขที่โครงการ : EXP - ๑๑๘- ๒๕๕๖

ผู้ให้ทุนวิจัย : -

เอกสารรับรอง	ฉบับที่รับรอง
โครงการวิจัย	- ฉบับวันที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๕๖
เอกสารแสดงความยินยอม/ ข้อมูลสำหรับ อาสาสมัคร	- ฉบับวันที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๕๖
แบบบันทึกข้อมูล	- ฉบับวันที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๕๖
ข้อตกลงวิธีดำเนินการ	- ฉบับวันที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๕๖

กระบวนการพิจารณาโครงการวิจัย : แบบเร่งด่วน

ผลการพิจารณา : คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณาแล้ว มีมติเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัย  
ในขอบเขตที่เสนอได้

อนุมัติ ณ วันที่ ๑๒ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ มีผลถึงวันที่ ๑๑ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๗

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย

- ทุก ๓ เดือน
- ทุก ๖ เดือน
- ทุกปี (ในกรณีนี้โปรดยื่นอย่างน้อย ๖๐ วัน ก่อนวันหมดอายุใบรับรอง)

คณะกรรมการฯ ชุดนี้จัดตั้งและดำเนินการตาม GCPs และแนวทางจริยธรรมสากล กฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

ลงชื่อ : ..... 

(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ)  
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ลงชื่อ : ..... 

(ศาสตราจารย์ ดร.วิภาดา คุณนาวิกติกุล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การปฏิบัติหลังจากรับรอง

- หากจะแก้ไขเปลี่ยนแปลงในข้อมูลสำหรับผู้ป่วย/อาสาสมัคร หรือเอกสารยินยอมหรือโครงการวิจัย ต้องขออนุมัติก่อนเว้นแต่เป็นเรื่องเร่งด่วนเพื่อสวัสดิภาพของอาสาสมัคร
- หากมีข้อมูลใหม่หรือเหตุการณ์ใด ๆ ที่อาจมีผลต่ออัตราส่วนระหว่างผลประโยชน์/ความเสี่ยงของการศึกษาวิจัย ให้รายงานต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโดยรีบด่วน
- การเบี่ยงเบน/ฝ่าฝืนโครงการวิจัย ต้องแจ้งคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยทุกครั้ง

## ภาคผนวก ข

### เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เอกสารแจ้งแจ้งข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร/ผู้เข้าร่วมการศึกษาเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระ  
(สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมความร่วมมือ  
ในการรักษาด้วยยาตามมาตรฐาน)

ข้าพเจ้า นางสาวศรุตาทวีพร มงคล นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ แผนก  
ภาคพิเศษ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จัดทำการศึกษาเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระ  
เรื่อง “ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา  
ด้วยยาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่” โดยมี  
วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความ  
ร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุที่เป็น โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดอยเต่า จังหวัด  
เชียงใหม่ โดยศึกษาในช่วงก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความ  
ร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ข้าพเจ้า จึงขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการศึกษานี้ เนื่องจากท่านเป็นหนึ่งในผู้สูงอายุ จำนวน  
30 คน ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงและมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับต่ำ  
คือ มีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยา น้อยกว่า 6 คะแนน ที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคความ  
ดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 ซึ่ง  
ในการศึกษา ครั้งนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้นและไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วม  
การศึกษานี้

ในการศึกษาครั้งนี้ ข้าพเจ้า จะสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของท่านและประเมินความร่วมมือใน  
การรักษาด้วยยาก่อนและหลังเข้าร่วมการศึกษา หลังจากนั้นท่านจะได้รับส่งเสริมความร่วมมือใน  
การรักษาด้วยยาตามมาตรฐานจากทีมพยาบาลที่ให้บริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง  
โรงพยาบาลดอยเต่า เป็นเวลา 1 เดือน และจะนัดท่านมาประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาซ้ำ  
อีกครั้ง ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะทำให้ทราบถึงแนวทางในการส่งเสริมความร่วมมือใน  
การรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงได้อย่างเหมาะสมและเกิดประสิทธิภาพ  
สูงสุด

เมื่อท่านได้รับทราบวัตถุประสงค์ กิจกรรมและขั้นตอนในการการศึกษาและตกลงยินยอมเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ ขอให้ท่านลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา ระหว่างการดำเนินการศึกษาท่านสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมการศึกษาเมื่อใดก็ได้โดยไม่สูญเสียประโยชน์ใดๆและไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานที่ท่านพึงจะได้รับ ข้อมูลของท่านจะได้รับการเก็บถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับโดยจะไม่มีการระบุชื่อของท่าน การนำเสนอผลการศึกษานำเสนอในภาพรวมของโครงการนี้เท่านั้น สิทธิประโยชน์อื่นๆ อันจะเกิดจากผลการศึกษาให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมการศึกษาเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระ หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการศึกษานี้ ท่านสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ คือ นางสาวศรุตาทวีพร มงคล โรงพยาบาลคอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ โทรศัพท์ 086-1506017 หรืออาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงฤดี ลาสุขะ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โทรศัพท์ 081-2879737 ในกรณีที่ท่านต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้ร่วมการศึกษาเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระ ท่านสามารถติดต่อได้ที่ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โทรศัพท์ 053-946080 (เวลาราชการ)

ลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูลการศึกษา ..... วัน-เดือน-ปี .....

(นางสาวศรุตาทวีพร มงคล)

เอกสารแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษาเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระ  
ของอาสาสมัคร/ผู้เข้าร่วมการศึกษาเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... ขอให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในการศึกษาเพื่อการค้นคว้าอิสระ เรื่อง “ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและคำอธิบายเกี่ยวกับการศึกษาเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระนี้แล้ว ข้าพเจ้าได้มีโอกาสซักถามเกี่ยวกับการศึกษานี้และได้รับคำตอบเป็นที่พอใจและเข้าใจแล้ว ข้าพเจ้ามีเวลาเพียงพอในการอ่านและทำความเข้าใจกับข้อมูลในเอกสารนี้อย่างถี่ถ้วน และได้รับเวลาเพียงพอในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมโครงการนี้หรือไม่

ข้าพเจ้าขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานเพื่อประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระครั้งนี้ โดยการลงลายมือชื่อนี้ ข้าพเจ้าไม่ได้สละสิทธิใดๆที่ข้าพเจ้าพึงมีตามกฎหมาย

ลายมือชื่ออาสาสมัคร .....วัน-เดือน-ปี .....  
(.....)

ลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูลการศึกษา .....วัน-เดือน-ปี .....  
(นางสาวศรุตาทวีพร มงคล)

เอกสารคำชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร/ผู้เข้าร่วมการศึกษาเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระ  
(สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับการดูแลแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการ  
ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา)

ข้าพเจ้า นางสาวศรุตาทวีพร มงคล นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ  
แผนก ภาควิชาพิเศษ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จัดทำการศึกษาเพื่อการค้นคว้า แบบ  
อิสระ เรื่อง “ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการ  
รักษาด้วยยาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของ  
การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุที่เป็น  
โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ โดยศึกษาในช่วงก่อนและหลังการใช้  
แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุที่เป็นโรค  
ความดันโลหิตสูง

ข้าพเจ้า จึงขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการศึกษานี้ เนื่องจากท่านเป็นหนึ่งในผู้สูงอายุ จำนวน  
30 คน ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับต่ำ  
คือ มีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยา น้อยกว่า 6 คะแนน ที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคความ  
ดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่ เดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2557  
ซึ่งในการศึกษารั้งนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้นและไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วม  
การศึกษานี้

ในการศึกษารั้งนี้ ข้าพเจ้าจะสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน และประเมินความร่วมมือใน  
การรักษาด้วยยาก่อนและหลังเข้าร่วมการศึกษา จากนั้นท่านจะได้รับความรู้ปฏิบัติตัวในเรื่องการ  
ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและวิธีส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดย ทีม  
พยาบาลที่ให้บริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ ทุกครั้งที่มารับ  
บริการระหว่างที่ท่านเข้าร่วมการศึกษาก็จะมีการติดต่อสอบถามท่านจากทีมพยาบาลที่ให้การดูแล  
เกี่ยวกับอาการผิดปกติ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและการปฏิบัติตัวในเรื่องการส่งเสริมความ  
ร่วมมือในการรักษาด้วยยา และนำปัญหาที่เกิดขึ้นมาวางแผนร่วมกัน นอกจากนี้ท่านจะได้รับการฝึก  
บันทึกรับประทานยาของตนเองลงในคู่มือสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาโรค  
ความดันโลหิตสูงที่จะแจกให้เพื่อนำไปบันทึกต่อบ้านและนำมาในวันนัดประเมินความร่วมมือใน  
การรักษาด้วยยาซ้ำ หลังจากนั้นท่านจะได้รับการติดตามทางโทรศัพท์อย่างสัปดาห์ละครั้ง และจะ  
นัดท่านมาประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาซ้ำพร้อม ทั้งประเมินความพึงพอใจของท่าน  
หลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา อีก 1 เดือน ผลที่ได้

จากการศึกษาครั้งนี้เราคาดว่าท่านจะได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพจากพยาบาล ได้รับความรู้ และทักษะต่างๆในการควบคุมความดันโลหิตของตนเองและอาจทำให้ท่านสามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในการรับประทานยาเพื่อควบคุมความดันโลหิต นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้หลังการศึกษาจะ เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพแบบเดียวกับท่าน เราจึงขอให้ท่านอ่านและทำความเข้าใจ กับการศึกษานี้ก่อน หากสงสัยโปรดซักถามหรือนำไปปรึกษา ผู้ใกล้ชิด และเมื่อเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าขอให้ท่านตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการศึกษาของเราหรือไม่

เมื่อท่านได้รับทราบวัตถุประสงค์ กิจกรรมและขั้นตอนในการการศึกษาและตกลงยินยอมเข้า ร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ ขอให้ท่านลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม การศึกษา ระหว่างการศึกษาหากท่านมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หน้ามืดตาลาย แขนขาอ่อนแรง หรือได้รับบาดเจ็บอื่นๆ จากการร่วมกิจกรรม ท่านสามารถแจ้งให้ทราบได้ทันที เราจะหยุดการศึกษาและจะดูแลให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสมจนกว่าอาการจะดีขึ้นและ จะยุติ การศึกษาเมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าท่านไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาต่อไปได้ ท่านสามารถถอนตัวออก จากการศึกษาเมื่อใดก็ได้โดยไม่สูญเสียประโยชน์ใดๆและไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล ตามมาตรฐานที่ท่านพึงจะได้รับ ข้อมูลของท่านจะได้รับการเก็บถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับโดยจะ ไม่มีการระบุชื่อของท่าน การนำเสนอผลการศึกษานำเสนอในภาพรวมของโครงการนี้เท่านั้น สิทธิประโยชน์อื่นๆ อันจะเกิดจากผลการศึกษาให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมการศึกษาเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระ หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับ การศึกษานี้ ท่านสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ คือ นางสาวศรุตาทวีพร มงคล โรงพยาบาลคอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ โทรศัพท์ 086-1506017 หรืออาจารย์ที่ปรึกษารองศาสตราจารย์ ดร.ดวงฤดี ลาสุขะ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โทรศัพท์ 081-2879737 ในกรณีที่ท่านต้องการทราบ ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้ร่วมการศึกษาเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระ ท่านสามารถติดต่อได้ที่ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โทรศัพท์ 053-946080 (เวลาราชการ)

ลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูลการศึกษา ..... วัน-เดือน-ปี .....

(นางสาว ศรุตาทวีพร มงคล)



เอกสารแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษาเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระ  
ของอาสาสมัคร/ผู้เข้าร่วมการศึกษาเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... ขอให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในการศึกษาเพื่อการค้นคว้าอิสระ เรื่อง “ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่”

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและคำอธิบายเกี่ยวกับการศึกษาเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระนี้แล้ว ข้าพเจ้าได้มีโอกาสซักถามเกี่ยวกับการศึกษานี้และได้รับคำตอบเป็นที่พอใจและเข้าใจแล้ว ข้าพเจ้ามีเวลาเพียงพอในการอ่านและทำความเข้าใจกับข้อมูลในเอกสารนี้อย่างถี่ถ้วน และได้รับเวลาเพียงพอในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมโครงการนี้หรือไม่

ข้าพเจ้าขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานเพื่อประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระครั้งนี้ โดยการลงลายมือชื่อนี้ ข้าพเจ้าไม่ได้สละสิทธิใดๆที่ข้าพเจ้าพึงมีตามกฎหมาย

ลายมือชื่ออาสาสมัคร ..... วัน-เดือน-ปี .....  
( ..... )

ลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูลการศึกษา ..... วัน-เดือน-ปี .....  
(นางสาวศรุตาทวีพร มงคล)

เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร/หรือผู้เข้าร่วมในการศึกษาค้นคว้าแบบอิสระ  
(สำหรับพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือ  
ในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง)

ข้าพเจ้า นางสาวศรุตาทวีพร มงคล นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ แผนก ภาควิชาพิเศษ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จัดทำการศึกษาเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระเรื่อง “ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่” โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ โดยศึกษาในช่วงก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ข้าพเจ้าใคร่ขอเชิญท่านซึ่งเป็นพยาบาลในจำนวน 3 ราย ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและปฏิบัติงานในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดอยเต่า เข้าร่วมการศึกษาเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระ ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2557 ซึ่งในการเตรียมความพร้อมก่อนการดำเนินงานท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับสาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เราจะชี้แจงรายละเอียดในขั้นตอนต่างๆของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การเตรียมเอกสารการบันทึกข้อมูล นอกจากนี้ยังมีการอบรมให้ความรู้ในการดูแลและส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาแก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เมื่อมีความเข้าใจตรงกันจะนำแนวปฏิบัติไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อท่านได้รับทราบวัตถุประสงค์และกิจกรรมในการเข้าร่วมโครงการศึกษาซึ่งขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน การตกลงหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการจะไม่มีผลต่อประโยชน์และการประเมินผลการปฏิบัติงาน หากมีการนัดหมายกลุ่มอาสาสมัครให้ท่านเข้าร่วมโครงการนอกเวลาการทำงาน ผู้ศึกษาจะมีค่าตอบแทนในการเดินทางเข้าร่วมโครงการตามความเป็นจริงและเหมาะสม หากท่านประสงค์ จะเข้าร่วมการศึกษา ขอให้ท่านลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา ในระหว่างการดำเนินการศึกษา ท่านสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วม

การศึกษาเมื่อใดก็ได้โดยไม่สูญเสียประโยชน์ใดๆและไม่มีผลกระทบต่อการประเมินผลการปฏิบัติงานของท่านและไม่เกิดภาวะเสี่ยงหรืออันตรายใดๆ ข้อมูลของท่านจะได้รับการเก็บถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับโดยจะไม่มีการระบุชื่อของท่าน การนำเสนอผลการศึกษานำเสนอในภาพรวมของโครงการนี้เท่านั้น และสิทธิประโยชน์อื่นๆ อันจะเกิดจากผลการศึกษาให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมการศึกษาเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระ หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการศึกษานี้ ท่านสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ คือ นางสาวศรุตาทวีพร มงคล โรงพยาบาลดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ โทรศัพท์ 086-1506017 หรืออาจารย์ที่ปรึกษารองศาสตราจารย์ ดร.ดวงฤดี ลาสุขะ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โทรศัพท์ 081-2879737 ในกรณีที่ท่านต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้ร่วมการศึกษาเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระ ท่านสามารถติดต่อได้ที่ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โทรศัพท์ 053-946080 (เวลาราชการ)

ลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูลการศึกษา ..... วัน-เดือน-ปี .....

(นางสาวศรุตาทวีพร มงคล)

เอกสารแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษาเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระ  
ของอาสาสมัคร/ผู้เข้าร่วมการศึกษาเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... ขอให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในการศึกษาเพื่อการค้นคว้าอิสระ เรื่อง “ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่”

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและคำอธิบายเกี่ยวกับการศึกษาเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระนี้แล้ว ข้าพเจ้าได้มีโอกาสซักถามเกี่ยวกับการศึกษานี้และได้รับคำตอบเป็นที่พอใจและเข้าใจแล้ว ข้าพเจ้ามีเวลาเพียงพอในการอ่านและทำความเข้าใจกับข้อมูลในเอกสารนี้อย่างถี่ถ้วน และได้รับเวลาเพียงพอในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมโครงการนี้หรือไม่

ข้าพเจ้าขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานเพื่อประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระครั้งนี้ โดยการลงลายมือชื่อนี้ ข้าพเจ้าไม่ได้สละสิทธิใดๆที่ข้าพเจ้าพึงมีตามกฎหมาย

ลายมือชื่ออาสาสมัคร .....วัน-เดือน-ปี .....  
(.....)

ลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูลการศึกษา .....วัน-เดือน-ปี .....  
(นางสาวศรุตาทวีพร มงคล)

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษาและรวบรวมข้อมูล

เลขที่แบบประเมิน.....

แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง  
โรคความดันโลหิตสูงของ Donald E.Morisky  
(Morisky Medication Adherence scale , MMAS)

คำชี้แจง แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง  
ของ Donald E.Morisky ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีจำนวนข้อคำถาม 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีจำนวนข้อคำถาม 1 ข้อ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright © by Chiang Mai University  
All rights reserved

ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรง

กับสภาพความเป็นจริงกับท่านมากที่สุด

1. เพศ ชาย หญิง

2. ปัจจุบันที่มีอายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

โสด

คู่

หม้าย

หย่า/แยก

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

ไม่ได้เรียน

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษา

ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา

ปริญญาตรี

สูงกว่าปริญญาตรี

5. ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ

อยู่คนเดียว

สามี/ภรรยา

บุตร/หลาน

6. จำนวนครั้งของการมารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูง.....ครั้ง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University  
All rights reserved

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีจำนวนข้อคำถาม 7 ข้อ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	ไม่ใช่	ใช่
1. บางครั้งคุณลืมรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่		
2. ให้นึกทบทวนว่าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมามีบางวันหรือไม่ ที่คุณไม่รับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง		
3. คุณเคยหยุดรับประทานยาโดยไม่บอกแพทย์ เนื่องจากรู้สึกแย่งลง เมื่อรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่		
4. เมื่อคุณเดินทางหรือออกจากบ้าน บางครั้งคุณเคยลืมนำยาไปด้วยหรือไม่		
5. เมื่อวานนี้คุณรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่		
6. เมื่อคุณสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ปกติ บางครั้งคุณหยุดรับประทานยาหรือไม่		
7. คุณรู้สึกยุ่งยาก รบกวนหรือไม่ในการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงตามแผนการรักษาของแพทย์		

**การแปลผลคะแนน**

ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ

เป็นข้อคำถามทางบวก 1 ข้อ คือ ข้อ 5

เป็นข้อคำถามด้านลบ 6 ข้อ คือ ข้อ 1,2,3,4,6,7

และลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือกให้ผู้ป่วยพิจารณาว่าตรงกับการปฏิบัติของตนเองหรือไม่ โดยเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

คำถามทางบวก ไม่ใช่ ใช่ เท่ากับ 0 1

คำถามทางลบ ไม่ใช่ ใช่ เท่ากับ 1 0

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่มีจำนวนข้อคำถาม 1 ข้อ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างหน้าข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด

คุณมีความยุ่งยากที่จะจำเกี่ยวกับยารักษาโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดของคุณบ่อยแค่ไหน

- ไม่เคยเลย
- นานๆครั้ง
- บางครั้ง
- เกือบทุกครั้ง
- ประจำทุกครั้ง

การแปลผลคะแนน

ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ให้เลือกตอบ โดยเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

เลือกตอบ ไม่เคยเลย เท่ากับ 1

นานๆครั้ง/บางครั้ง/เกือบทุกครั้ง/ประจำทุกครั้ง เท่ากับ 0

เกณฑ์การให้คะแนน ให้รวมทั้ง 2 ส่วน

8 คะแนน แสดงว่า ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับมาก

6-7 คะแนน แสดงว่า ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับ

ปานกลาง

น้อยกว่า 6 คะแนน แสดงว่า ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับต่ำ



แบบบันทึกข้อมูลของพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

แบ่งออกเป็น 2 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมคำลงในช่องว่าง หรือ กา เครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อความที่เป็นจริง

1. อายุ ปี	P1
2. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง	P2
3. ตำแหน่ง ( ) แพทย์ ( ) พยาบาลวิชาชีพ ( ) เกสัชกร ( ) ผู้ช่วยเหลือคนไข้	P3
4. ระดับการศึกษา ( ) มัธยมศึกษาตอนปลาย ( ) ปวช./ปวส./อนุปริญญา ( ) ปริญญาตรี ( ) ปริญญาโทขึ้นไป	P4
5. ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.....ปี	P5
6. ท่านเคยได้รับการอบรม/ได้รับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง/หรือการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กรุณาระบุรายชื่อการอบรมความรู้ด้วย ( ) ไม่เคย ( ) เคย	P6

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

คำชี้แจง

กรุณาตอบให้ตรงกับความรู้สึกของท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✕ ลงในช่องว่างที่กำหนดให้เพื่อแสดงถึงระดับความพึงพอใจของท่าน ต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จากนั้นวงกลมล้อมตัวเลขแสดงถึงระดับความพึงพอใจของท่าน ซึ่งแบ่งระดับความพึงพอใจออกเป็น

ไม่พึงพอใจ

พึงพอใจ

ระดับความพึงพอใจ

น้อย 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 มาก

หมายเหตุ ตัวเลข 1-3 หมายถึงพื่อน้อย 4-6 พึ่งพอใจปานกลาง 7-10 หมายถึงพื่อนมาก

ข้อคิดเห็นของท่านมีความสำคัญต่อการปรับปรุงและพัฒนางานการดูแลผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูง

ปัญหาและอุปสรรคต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

.....  
.....  
.....

ข้อเสนอแนะ

.....  
.....  
.....

แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก

คำชี้แจง

กรุณาตอบให้ตรงกับความรู้สึกของท่านโดย เครื่องหมาย ✕ ลงในช่องว่างที่กำหนดให้เพื่อแสดงถึงระดับความพึงพอใจของท่าน ต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จากนั้นวงกลมล้อมตัวเลขแสดงถึงระดับความพึงพอใจของท่าน ซึ่งแบ่งระดับความพึงพอใจออกเป็น

ไม่พึงพอใจ

พึงพอใจ

ระดับความพึงพอใจ

น้อย 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 มาก

หมายเหตุ ตัวเลข 1-3 หมายถึงพื่อน้อย 4-6 พึ่งพอใจปานกลาง 7-10 หมายถึงพื่อนมาก

ภาคผนวก ง

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศพร คำผลศิริ

นายบำเหน็จ แสงรัตน์

นางปาลีรัฐ โตไพบุลย์

สังกัด

สำนักพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการขั้นสูง สาขาการ  
พยาบาลผู้สูงอายุ แผนกอายุรกรรม

พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการขั้นสูง สาขาการ  
พยาบาลผู้สูงอายุ แผนกหลอดเลือดและหัวใจ

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล

นางสาวศรุตาทวีพร มงคล

วัน เดือน ปี เกิด

22 สิงหาคม 2521

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2544 ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาล  
พระปกเกล้าจันทบุรี

ประวัติการทำงาน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลดอยเต่า  
จังหวัดเชียงใหม่



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright © by Chiang Mai University  
All rights reserved