



ภาคผนวก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของทารก

รายที่ HN.....G....P....A....I....Last....ปี อายุครรภ์.....สัปดาห์ประเมินโดยใช้ LPM

เพศ.....คลอดวันที่.....เวลาเกิด.....น้ำหนักตัวแรกเกิด..... กรัม

วันที่เจาะเลือด..... ทารกอายุ.....วัน ทารกได้คุณนมมารดาแล้ว.....วัน (..... ครั้ง)

จำนวนเลือดที่ต้องการ ซีซีเพื่อตรวจคัดกรองภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมน, กรุ๊ปเลือด, ภาวะพร่องเอ็นไซม์ G-6PD, ภาวะตัวเหลือง

.....1. ทำอุ้มแบบศีรษะอยู่บนข้อพับแขน โดยมารดาอุ้มให้ศีรษะทารกวางพักอยู่บนต้นแขนหรือมุมของข้อศอก จมูกอยู่แนวเดียวกับหัวนม แขนทารกข้างหนึ่งอยู่ใต้แขนที่ใช้ประคองตัวทารก ประคองทารกชิดแนบลำตัวมารดา ใช้แขนประคอง สะโพก ลำตัว คอ และศีรษะทารก ขาของทารกจะอยู่ใต้นมอีกข้างหนึ่ง ส่วนมืออีกข้างหนึ่งของมารดาจะประคองเต้านมข้างที่ทารกดูดนม

.....2. ทำอุ้มแบบท่าเฉียงแนบลำตัว ทำนี้ขาของทารกจะอยู่ที่วงแขนของมารดา ส่วนมือของมารดาจะประคองส่วนของคอที่ใกล้กับส่วนหัวของทารก ส่วนมืออีกข้างหนึ่งของมารดาจะประคองเต้านมข้างที่ทารกดูดนม

.....3. ทำอุ้มแบบลูกฟุตบอล ทำนี้มือมารดาประคองหัวทารก โดยส่วนของขาและลำตัวของลูกจะอยู่ใต้รักแร้มารดา ซึ่งทำนี้เหมือนกับการอุ้มลูก American Football

.....4. ทำลักษณะอื่นๆ.....

พฤติกรรมการดูดนมของทารก () ดูด () ไม่ดูด

การได้รับน้ำนม () ได้รับ () ไม่ได้รับ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมตอบสนองความเจ็บปวดทารก

Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) ใช้ได้กับทารกแรกเกิดจนถึง 1 ปี พัฒนาขึ้นโดยลอว์เรนซ์และคณะ (Lawrence et al., 1993) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินพฤติกรรมตอบสนองความเจ็บปวดของทารก ประกอบด้วย 6 หมวดดังตารางการให้คะแนนถ้าปรากฏอาการให้ 1 หรือ 2 คะแนน ไม่ปรากฏอาการให้ 0 คะแนน คะแนนรวม 7 คะแนน ถ้าคะแนนที่ให้มากกว่า 3 คะแนนถือว่าทารกมีความเจ็บปวด

รายงาน การ ประเมิน	0	1	2	คะแนน จากการ ประเมิน
การ แสดงออก ทาง ใบหน้า	กล้ามเนื้อใบหน้า คลายตัว (เฉยๆ สบาย)	กล้ามเนื้อใบหน้าตึงตัว หรือเกร็ง(แสบๆ ปาก เบะ จมูกย่น หัวคิ้วย่น ปิดตาแน่น)	-	
การร้องไห้	ไม่มีเสียงร้องไห้	ร้องเป็นพักๆ หรือร้อง คราง	กรี๊ดร้อง, ร้องมากขึ้น , ร้องเสียงแหลม(ใน รายที่ใส่ท่อหลอดลม ทารกจะร้องไม่มีเสียง หรือแสดงออกถึง ความเจ็บปวดทาง ใบหน้า)	
รูปแบบ การหายใจ	ผ่อนคลาย (สม่ำเสมอ)	หายใจไม่สม่ำเสมอ , เร็วกว่าปกติ, กลั้น หายใจ, หรือหยุด หายใจเป็นช่วงๆ	-	
แขน	กล้ามเนื้อผ่อน คลาย ไม่มีการตึง ตัว หรือแขนมีการ เคลื่อนไหวบ้าง	เหยียด, งอ หรือเกร็งตัว หรือมีการกระตุกของ แขนอย่างรวดเร็ว	-	

รายงาน การ ประเมิน	0	1	2	คะแนน จากการ ประเมิน
ขา	กล้ามเนื้ออ่อน คลายไม่มีการตึง ตัว หรือขามีการ เคลื่อนไหวบ้าง	เหยียด, งอ หรือเกร็งตัว หรือมีการกระตุกของ ขาอย่างรวดเร็ว	-	
ระดับของ การตื่นตัว	ง่วง , หรือมีความ ตื่นตัวและสงบไม่ กระวนกระวาย	กระวนกระวาย กระสับกระส่าย , ไม่ อยู่นิ่ง	-	
รวมคะแนน				

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

แบบสอบถาม

เรื่อง ความคิดเห็นของมารดาต่อการมีส่วนร่วมในการเจาะเลือดทารก ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่

แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษาความคิดเห็นของมารดาต่อการมีส่วนร่วมในการเจาะเลือดทารก เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงการให้บริการและแนวทางในการให้การพยาบาลต่อไป จึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามฉบับนี้

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของมารดาต่อการมีส่วนร่วมในการเจาะเลือดทารก

การตอบแบบสอบถาม ขอความกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ ข้อมูลทุกข้อมีความสำคัญต่อความถูกต้องและความสำเร็จของการศึกษาคั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง คำตอบของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ จะไม่มีผลกระทบต่อท่านด้านการใช้บริการแต่อย่างใด

ขอขอบคุณในความร่วมมืออันดีของท่าน

จิวารัตน์ พานธงรักษ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

โปรดเขียนเครื่องหมาย / ลงใน () หน้าข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1.อายุของท่าน.....ปี

2.การศึกษาสูงสุดของท่าน

- () 1. ไม่ได้เรียน () 2. ประถมศึกษา () 3. มัธยมศึกษา
 () 4. อาชีวศึกษา () 5. อนุปริญญา () 6. ปริญญาตรี
 () 7. สูงกว่าปริญญาตรี () 8. อื่นๆ ระบุ.....

3.ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพ

- () 1. แม่บ้าน () 2. รับจ้าง () 3. ค้าขาย
 () 4. รัฐวิสาหกิจ () 5. รับราชการ () 6. ธุรกิจส่วนตัวระบุ.....
 () 7. อื่นๆ ระบุ.....

4.บุตรคนนี้เป็นบุตรคนที่เท่าไร (ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด)

- () 1. บุตรคนที่ 1 () 2. บุตรคนที่ 2 () 3. บุตรคนที่ 3 () 4. บุตรคนที่ 4

5.มีประสบการณ์ในการอุ้มทารกเจาะเลือด

- () 1. เคย () 2. ไม่เคย

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของมารดาต่อการมีส่วนร่วมในการเจาะเลือดทารก

แบบประเมินความคิดเห็นของมารดาต่อการมีส่วนร่วมในการเจาะเลือดทารก มีทั้งหมด 4 ด้าน คือ ด้านความรู้สึกลต่อการเจาะเลือด ด้านความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการเจาะเลือด ด้านอรรถาศัย ความสนใจของผู้ให้บริการ ด้านข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากการบริการ โดยแบ่งระดับความคิดเห็น ออกเป็น 5 ระดับ

โปรดเขียนเครื่องหมาย X ลงในช่องระดับที่ตรงกับความรู้สึกลของท่านมากที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.ด้านความรู้สึกลต่อการเจาะเลือด					
1) ท่านรู้สึกลกลัวที่ทารกถูกเจาะเลือด					
2) ท่านรู้สึกลกังวลเกี่ยวกับการเจาะเลือดทารกครั้งนี้					
3) ท่านรู้สึกลอยากมีส่วนร่วมในการอุ้มทารกคุณนขณะทีทารกได้รับการเจาะเลือด					
4) ท่านรู้สึกลดีทีได้อุ้มทารกคุณนขณะเจาะเลือด					
2.ด้านความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการเจาะเลือด					
1) ท่านทราบเหตุผลทีต้องให้มารดาอุ้มทารกคุณนขณะเจาะเลือด					
2) ท่านเห็นว่าการทีมารดามีส่วนร่วมในการอุ้มทารกคุณนขณะทีทารกได้รับการเจาะเลือดเป็นเรื้องสำคัญ					
3) ท่านไม่ต้องการมีส่วนร่วมในการอุ้มทารกคุณนขณะทีทารกได้รับการเจาะเลือด					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
3.ด้านอรรถยาศัยความสนใจของผู้ให้บริการ					
1) เจ้าหน้าที่ต้อนรับท่านด้วยอรรถยาศัยไมตรีที่ดี					
2) เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจในปัญหาและความต้องการของท่าน					
3) เจ้าหน้าที่แสดงความรังเกียจหรือไม่เต็มใจให้บริการ					
4) เจ้าหน้าที่พูดจากับท่านด้วยความสุภาพและเป็นกันเอง					
4.ด้านข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากการบริการ					
1) เจ้าหน้าที่อธิบายขั้นตอนการเจาะเลือดให้ท่านรับทราบ					
2) เจ้าหน้าที่อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการเจาะเลือดทารกให้ท่านทราบ					
3) เจ้าหน้าที่อธิบายข้อมูลในเรื่องการทราบผลของการเจาะเลือดให้ท่านทราบ					
4) เจ้าหน้าที่อธิบายผลแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการเจาะเลือดทารกให้ท่านทราบ					

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม.....

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามเรื่องความคิดเห็นของมารดาต่อการมีส่วนร่วมในการเจาะเลือดทารก ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่

ผู้ทรงคุณวุฒิ

สังกัด

- | | | |
|--------------------------|-----------|---|
| 1. พญ. เพ็ญพักตร์ | สรชัย | โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ |
| 2. พญ. โชติรส | พันธ์พงษ์ | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ |
| 3. รองศาสตราจารย์เนตรทอง | นามพรม | ภาควิชากุมารเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |

ภาคผนวก ก

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

เอกสารคำชี้แจงแก่อาสาสมัคร/ผู้เข้าร่วมโครงการการศึกษา

ข้อมูลโครงการการศึกษา

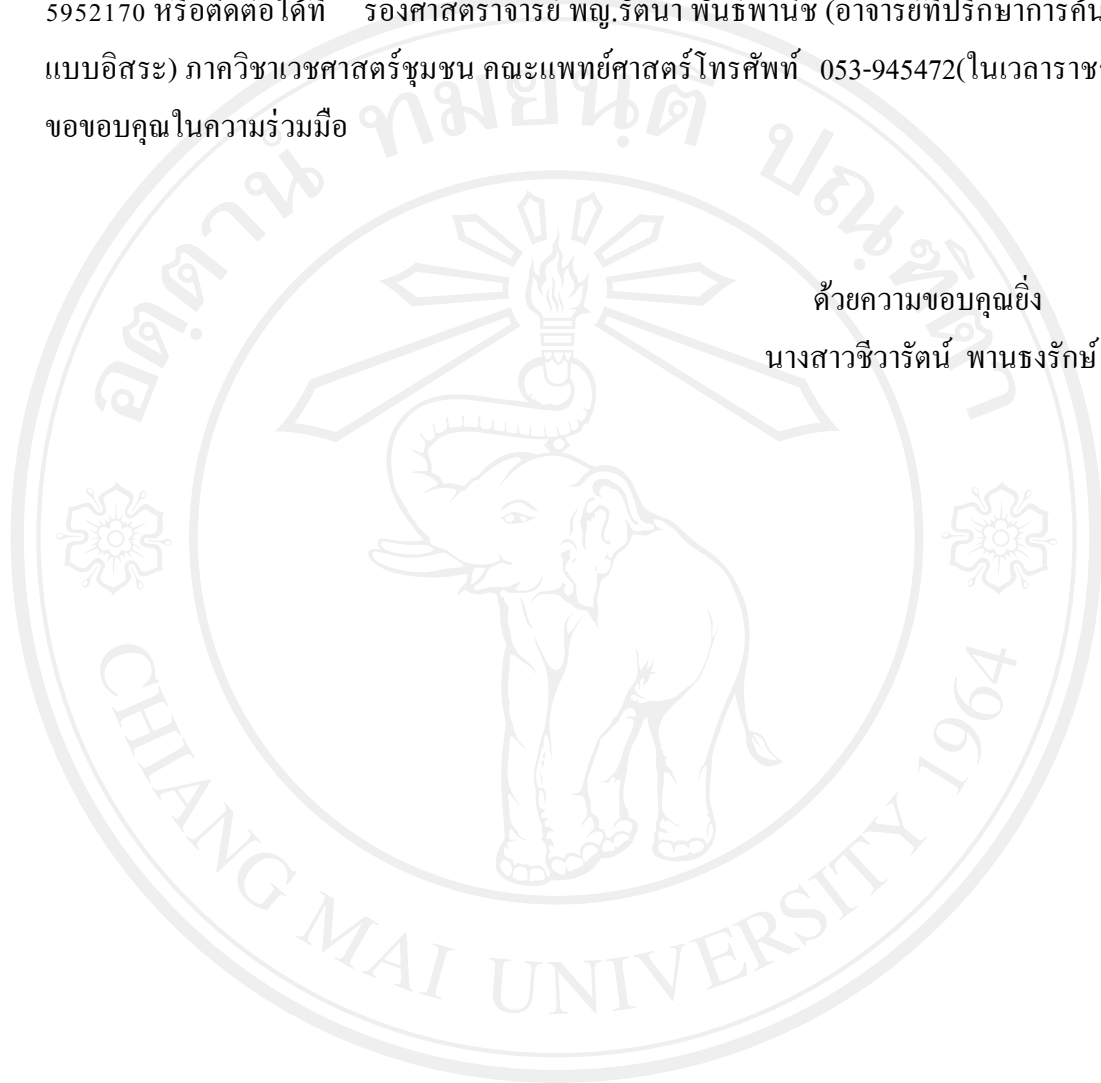
ชื่อโครงการ	ทำอุ้มทารกคุณคนขณะเจาะเลือดกับการตอบสนองความเจ็บปวดจากการเจาะเลือดทาง หลอดเลือดดำ ในทารกแรกเกิดครบกำหนด
ชื่อผู้ศึกษา	นางสาวชีวารัตน์ พานธงรักษ์ นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ภาคพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของมารดาต่อการมีส่วนร่วมในการเจาะเลือดทารก ซึ่งการเจาะเลือดทารกครั้งนี้เป็นการตรวจคัดกรองภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมน, กรุ๊ปเลือด, ภาวะพร่องเอ็นไซม์ G-6PD, ภาวะตัวเหลือง และทารกทุกคนต้องได้รับการเจาะเลือดก่อนออกจากโรงพยาบาล จึงไม่ได้ทำการอันใดที่เป็นอันตรายต่อทารก มีเพียงการประเมินความเจ็บปวดในขณะที่ได้รับการเจาะเลือดเท่านั้น สำหรับการเจาะเลือดทารกอาจมีภาวะเสี่ยงต่อภาวะเลือดหยุดยากในกรณีที่ทารกมีความผิดปกติเกี่ยวกับเลือด (ซึ่งพบได้น้อย) และจากการศึกษานี้จะนำผลที่ได้ไปใช้ในการปรับปรุงการให้บริการและแนวทางในการให้การพยาบาลต่อไป

ท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีความสำคัญต่อการศึกษา ดิฉันใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านกรุณาให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเห็นในการรับบริการการเจาะเลือดทารก โดยท่านจะได้รับแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินความคิดเห็นของมารดาต่อการมีส่วนร่วมในการเจาะเลือดทารก หากท่านตัดสินใจที่จะเข้าร่วมการศึกษาและอนุญาตให้ทารกเข้าร่วมในการศึกษา ดิฉันใคร่ขอความร่วมมือจากท่านลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการการศึกษา อย่างไรก็ตามท่านมีสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลแต่ประการใด ข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะเก็บเป็นความลับและจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

หากท่านมีคำถามเกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้สามารถติดต่อดิฉันนางสาวชีวารัตน์ พานชงรักษ์
 ได้ที่ 51 ถนนประชาสัมพันธ์ ต. ช้างกลาง อ. เมือง จ. เชียงใหม่ 50100 หมายเลขโทรศัพท์ 081 –
 5952170 หรือติดต่อได้ที่ รองศาสตราจารย์ พญ.รัตนา พันธุ์พานิช (อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้า
 แบบอิสระ) ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โทรศัพท์ 053-945472(ในเวลาราชการ)
 ขอขอบคุณในความร่วมมือ

ด้วยความขอบคุณยิ่ง
 นางสาวชีวารัตน์ พานชงรักษ์



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 Copyright© by Chiang Mai University
 All rights reserved

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ – สกุล

นางสาวชิวารัตน์ พานธงรักษ์

วัน เดือน ปีเกิด

17 กรกฎาคม 2527

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2545

มัธยมศึกษาตอนปลายจาก โรงเรียนบุญวาทย์วิทยาลัย
จังหวัดลำปาง

พ.ศ. 2549

พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2550 - 2552

พยาบาลวิชาชีพพระคัมภีร์ปฏิบัติกร ประจำแผนกหอผู้ป่วยวิกฤต
กุมารเวชกรรมโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

พ.ศ. 2552 - 2554

พยาบาลวิชาชีพพระคัมภีร์ปฏิบัติกร ประจำแผนกทารกแรกเกิด
วิกฤต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved