

## ภาคผนวก ก

แบบเก็บข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  ที่เป็นจริงสำหรับท่าน และเติมข้อความในช่องว่างที่เว้นไว้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จ.สุรินทร์

2. อายุ .....ปี

3. เพศ  1.ชาย  2. หญิง

4. สถานภาพสมรส  1. โสด  2. สมรส

3. หม้าย  4. หย่าหรือแยกกันอยู่

กรณีมีคู่ครอง ปัจจุบันเป็นการแต่งงานครั้งที่..... โดยแต่งงานกับ  เพศเดียวกัน  ต่างเพศ

5. สาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวีเกิดจาก  ตนเองติดเชื้อเอชไอวี

คู่ครองติดเชื้อเอชไอวี

สาเหตุอื่นที่ไม่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี

6. อาชีพหลัก

1. ค้าขาย

2. เกษตรกรรม / ทำนา / ทำไร่

3. รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ / เอกชน  4. รับจ้างทั่วไป

5. นักเรียน / นักศึกษา

6. ไม่ได้ทำงาน

7. อื่น ๆ .....

7. ระดับการศึกษา

1. ไม่ได้เรียน

2. ประถมศึกษา

3. มัธยมศึกษา / เทียบเท่า

4. อนุปริญญา / ปวส.

5. ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

6. อื่น ๆ .....

8. รายได้รวมของท่านจากการประกอบอาชีพโดยเฉลี่ยต่อเดือน

1. ไม่มีรายได้  2. น้อยกว่า 2,000 บาท  
 3. 2,001 – 4,000 บาท  4. 4,001 – 6,000 บาท  
 5. 6,001 – 8,000 บาท  6. 8,001 – 10,000 บาท  
 7. มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป

9. รายได้รวมของครอบครัว (รวมตัวท่าน) โดยเฉลี่ยต่อเดือน

1. ไม่มีรายได้  2. น้อยกว่า 2,000 บาท  
 3. 2,001 – 4,000 บาท  4. 4,001 – 6,000 บาท  
 5. 6,001 – 8,000 บาท  6. 8,001 – 10,000 บาท  
 7. มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป

10. แหล่งสนับสนุนเงินช่วยเหลือ

- ไม่ได้รับการช่วยเหลือ  
 ได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งต่าง ๆ ดังนี้  
 หน่วยงานสงเคราะห์ของทางราชการ  จากญาติ  
 หน่วยงาน มูลนิธิ เอกชน  
 แหล่งอื่น ๆ ระบุ.....

11. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- สามี – ภรรยา  พ่อ – แม่  ญาติ

12. บุคคลที่เป็นผู้ดูแลท่านในปัจจุบัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- สามี – ภรรยา  พ่อ – แม่  บุตร  อยู่คนเดียว

13. จำนวนบุตรที่อยู่ในความดูแลของท่าน

- ไม่มีบุตร  1 คน  2 คน  3 คน  มากกว่า 3 คน

14. ท่านมีผู้ติดเชื่ออาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับท่านหรือไม่

- ไม่มี  
 มี ถ้ามีเป็นความสัมพันธ์ในลักษณะใด  สามี  ภรรยา  บุตร

15. กรณีที่แต่งงานหรือมีคู่ครองประจำ ปัจจุบันท่านเลือกคุมกำเนิดโดยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ไม่คุม เพราะ
1. เป็นโสด/หม้าย/แยกกันอยู่
  2. ไม่ต้องมีเพศสัมพันธ์ด้วยกัน
  3. ต้องการมีบุตร
- กินยาเม็ดคุมกำเนิด     ฉีดยาคุมกำเนิด     ยาฝังคุมกำเนิด
- ใส่ห่วงคุมกำเนิด     ใช้ถุงยางอนามัย     ทำหมัน     อื่น ๆ

(ระบุ).....

16. สิทธิการรักษาพยาบาล

1. บัตรทอง     2. ประกันสังคม
3. เบิกได้/สวัสดิการข้าราชการ     4. ชำระเงินเอง
5. อื่น ๆ.....

17. ความสะดวกในการเดินทางมารับยา

1. สะดวก
2. ไม่สะดวก เพราะ .....

18. การสูบบุหรี่

1. ไม่สูบ     2. สูบ.....มวน/วัน
3. เคยหยุดสูบบุหรี่.....ปี

19. การดื่มสุรา

1. ไม่ดื่ม     2. ดื่มเป็นประจำ
3. ดื่มนาน ๆ ครั้ง

20. การใช้ยาเสพติด

1. ไม่เคยใช้     2. เลิกแล้วเคยใช้ยา.....
3. ยังใช้อยู่คือยา.....

21. ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยมีการเจ็บป่วยจากโรคที่ท่านเป็นหรือไม่ ให้ระบุจำนวนครั้งที่ป่วย.....ครั้ง (ใส่ 0 ถ้าไม่เคยเจ็บป่วยเลย)

ท่านไปรับการรักษาที่ใด

- มารักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้  
 รับการรักษาที่สถานีนามัย  
 ซ้ำยามารับประทานเอง  
 ปลดปล่อยให้หายเอง  
 รักษาที่อื่น

22. ในช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลหรือไม่ ให้ระบุจำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล.....ครั้ง (ใส่ 0 ถ้าไม่เคยนอนโรงพยาบาล) หากเคยนอนโรงพยาบาลโปรดระบุโรคที่ป่วย.....จำนวนวันทีนอนโรงพยาบาล.....วัน

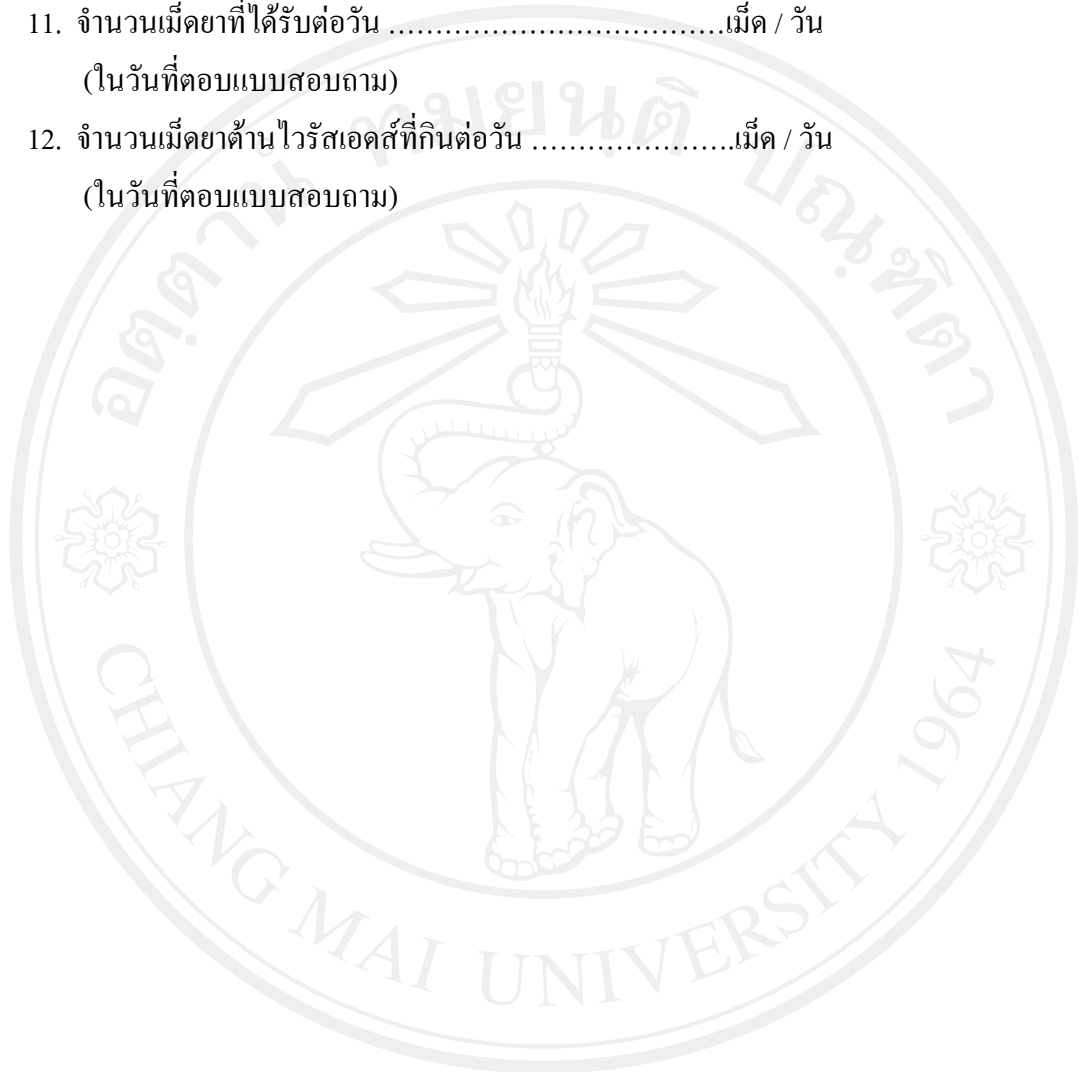
## ภาคผนวก ข

แบบเก็บข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  ที่เป็นจริงสำหรับท่าน และเติมข้อความในช่องว่างที่เว้นไว้

1. ระยะเวลาที่คิดเชื้อ .....ปี (ทราบผลการตรวจเลือดว่าคิดเชื้อเอชไอวี ปี พ.ศ.....)
2. ยาด้านไวรัสเอดส์ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันนี้คือ
  1. สูตร 1 คือ d4T + 3TC + NVP (จีพีโอเวียร์)
  2. สูตร 2 คือ d4T + 3TC + EFV
  3. สูตร 3 คือ d4T + 3TC + IDV + RTV
  4. สูตร 4 คือ AZT + 3TC + NVP
  5. สูตร 5 คือ AZT + 3TC + EFV
  6. สูตรอื่น ๆ คือ.....
3. ระยะเวลาที่กินยาด้านไวรัสเอดส์สูตรข้างต้น นาน.....ปี.....เดือน
4. เคยมีประวัติการแพ้ยาหรือไม่
  1. ไม่เคย
  2. เคยแพ้ยา ชื่อ.....
5. โรคประจำตัวอื่น ๆ
  1. ไม่มี
  2. มี ระบุ.....
6. ยารักษา / ป้องกันเชื้อปอดอักเสบ PCP/ Toxo (โคไตรมอกซาโซลหรือแคปไซน)
  1. ไม่ใช่แล้ว
  2. ใช้อยู่
7. ยารักษา / ป้องกันเชื้อราเชื้อหุ้มสมองอักเสบ (ฟลูโคนาโซล)
  1. ไม่ใช่แล้ว
  2. ใช้อยู่
8. ยารักษาวัณโรค คือ.....
  1. ไม่ใช่แล้ว
  2. ใช้อยู่
9. ยาอื่น ๆ ที่ใช้ คือ .....
  1. ไม่ใช่แล้ว
  2. ใช้อยู่

10. จำนวนชนิดของยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ .....ชนิด  
(ในวันที่ตอบแบบสอบถาม)
11. จำนวนเม็ดยาที่ได้รับต่อวัน .....เม็ด / วัน  
(ในวันที่ตอบแบบสอบถาม)
12. จำนวนเม็ดยาด้านไวรัสเอดส์ที่กินต่อวัน .....เม็ด / วัน  
(ในวันที่ตอบแบบสอบถาม)



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved

## ภาคผนวก ค

## แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัส

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  ที่เป็นจริงสำหรับท่าน และเติมข้อความในช่องว่างที่เว้นไว้

1. ระยะเวลาที่ท่านได้กินยาต้านไวรัสขณะนี้ .....เดือน / สัปดาห์
2. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมามีคน (ในครอบครัว/ หรือผู้ที่ท่านไว้ใจ) ช่วยเตือนให้รับประทานยาเป็นประจำหรือไม่
 

<input type="checkbox"/> 1. ไม่มี	<input type="checkbox"/> 2. มี
-----------------------------------	--------------------------------
3. ท่านใช้วิธีใดในการเตือนให้รับประทานยาตรงเวลา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 

<input type="checkbox"/> 1. คนช่วยเตือน	<input type="checkbox"/> 2. นาฬิกา	<input type="checkbox"/> 3. โทรศัพท์มือถือ
<input type="checkbox"/> 4. ใช้เวลาจากรายการทีวีหรือวิทยุ		
<input type="checkbox"/> 5. ฟังเสียงระฆังจากวัดหรือโบสถ์		
<input type="checkbox"/> 6. อื่น ๆ โปรดระบุ.....		

4. ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านกินยาได้สม่ำเสมอเพียงใด  
(ให้ขีดเครื่องหมาย X บนเส้นตรงข้างล่างนี้)

0
100  
 ไม่สม่ำเสมอเลย สม่ำเสมอมากที่สุด  
(ไม่เคยขาดยาเลยแม้แต่เม็ดเดียว)

Adherence :.....

5 ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาท่านสามารถรับประทานยาสม่ำเสมอ ตามแนวทางการรักษาของแพทย์ได้มากน้อยแค่ไหน

1. ไม่เคยปฏิบัติตามแนวทางการรักษาของแพทย์เลย
2. ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาของแพทย์ประมาณครึ่งหนึ่ง
3. ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาของแพทย์ทุกครั้ง

6 ข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ท่านได้รับตามแผนการรักษาและความถี่ในการลืมกินยา หรือกินยาเลยเวลาเกิน 30 นาที ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา

ชื่อยา	จน.ครั้งที่ต้องกิน /วัน	เวลาในการกินยาด้านไวรัส		จน.ครั้งที่ลืมกินยาหรือเลยเกินเวลา30 นาที
		เวลาที่ต้องกิน	เวลาที่กินจริง	

Adherence :.....



7. ท่านกินยาตลาดเคลื่อนจากเวลาที่ควรรับประทานโดยเฉลี่ยมากน้อยเพียงใด

1. ไม่เกินครึ่งชั่วโมง
2. ประมาณ 1 ชั่วโมง
3. ประมาณ 2 ชั่วโมง
4. ประมาณ 3 ชั่วโมง
5. ประมาณ 4 ชั่วโมง
6. มากกว่า 4 ชั่วโมง

9. ความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้จากวิธีการนับเม็ดยาในครั้งนี้

รายการยา	จำนวนเม็ดยาที่กิน ต่อวัน (ให้ลงจำนวนเม็ด ว่ากินยาชนิดนี้กี่ เม็ดใน 1 วัน)	จำนวนวันที่ให้ยา ไปกิน (ลงจำนวนวันนับ แต่วันนัดครั้ง ล่าสุด)	จำนวนยาที่ใช้ไป ครั้งก่อน (เม็ด)	จำนวนยาที่เหลือ ครั้งนี้ (ให้นับเม็ดยารวันที่ ไปเยี่ยมว่าเหลือกี่ เม็ด)
จีพีโอเวียร์				
ดีโพรที				
สามทีซี				
เอฟาวิเรนซ์				
เอแซดที				
อินดิงาเวียร์				
ริโทนาเวียร์				

Adherence : .....

10. ข้อใดต่อไปนี้เป็นเหตุผลที่ทำให้ท่านไม่กินยาตามแผนการรักษา (ให้ขีดเครื่องหมาย X ในช่องตารางข้างล่างนี้)

เหตุผล	ใช่	ไม่ใช่
1. ยาไม่พอ เนื่องจากไม่ได้มารับยาต่อเนื่อง		
2. ยาไม่พอ เนื่องจากเจ้าหน้าที่จ่ายยาให้ไม่พอ		
3. ยาไม่พอ เนื่องจากแบ่งยาให้แก่ผู้อื่น		
4. ยาหายหรือเสียหาย		
5. ลืมกินยา		
6. ไม่อยากกินอีกต่อไปจึงหยุดยาเอง		
7. ไม่อยากกินเพราะรู้สึกไม่สบายจึงหยุดยาเอง		
8. ไม่อยากกินยาเพราะกลัวผู้อื่นสงสัย		
9. ปรับเปลี่ยนเวลาในการดำเนินชีวิตประจำวัน		
10. สับสนไม่แน่ใจว่าจะต้องกินยาอย่างไร		
11. ไม่ทราบว่าต้องกินอย่างต่อเนื่อง		
12. มีความรู้สึกซึมเศร้า		
13. มียาที่ต้องกินหลายชนิดกินไป		
14. เผลอหลับจนเลยเวลากินยา		
15. ต้องไปทำธุระนอกบ้าน		

## ภาคผนวก ง

## หนังสือแสดงความยินยอมของอาสาสมัคร

การวิจัยเรื่อง การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส  
จากวิธีวัดที่ต่างกัน กับผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี รพ.ท่าตุม จ.สุรินทร์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า(นาย,นางสาว,นาง).....นามสกุล.....  
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของ  
การวิจัย วิธีวิจัย อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ  
ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการนี้โดยสมัครใจ และมีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้  
ผู้วิจัยรับรองว่า หากเกิดอันตรายใด ๆ ด้วยเหตุแห่งวิจัยนี้ ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิด  
มูลค่าและจะได้รับการชดเชยรายได้ที่สูญเสียไปในระหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าวในวงเงินไม่เกิน 1,000 บาท  
นอกจากนี้ ผลการทดสอบของอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการจะถือเป็นความลับส่วนบุคคลจะไม่เปิดเผยจนกว่าจะ  
ได้รับอนุญาตจากอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมฉบับนี้  
ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....อาสาสมัครผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....ผู้รับผิดชอบการวิจัย

( นางสาวภารดี ปลอดภัย )

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ – สกุล	นางสาวภาณี พลอดภัย
วัน เดือน ปี เกิด	1 มีนาคม 2522
ประวัติการศึกษา	สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนคณะราษฎรบำรุง จังหวัดยะลา ปีการศึกษา 2539 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเกสัชศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปีการศึกษา 2543
ประสบการณ์	ปฏิบัติงานในตำแหน่งเภสัชกร โรงพยาบาลท่าตุม จังหวัดสุรินทร์ ตั้งแต่ปี 2544 จนถึงปัจจุบัน