



ภาคผนวก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved

ภาคผนวก ก

เอกสารคำแนะนำ

การศึกษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการเปลี่ยนแปลงของจำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาวซีดี4
ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ในจังหวัดแพร่

ชื่อผู้ศึกษา นางนงลักษณ์ เกษม นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ แผนก ข ภาคพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
โทรศัพท์ ที่บ้าน 054-625279 เคลื่อนที่ 06-1171073 โทรสาร 054-521383

ความเป็นมา

เมื่อปี พ.ศ.2545 กระทรวงสาธารณสุขเริ่มมีนโยบายสำคัญ ในการให้บริการดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งเป็นการให้บริการดูแลระยะยาวตลอดชีวิต การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ มีทั้งส่วนดี และส่วนด้อยที่จะเกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ / ครอบครัว และชุมชน มีผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อฯ ทั้งทางด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และการดำรงชีวิตประจำวัน ปัจจุบันจังหวัดแพร่ยังต้องการข้อมูลที่สมบูรณ์เพียงพอเกี่ยวกับประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ และผลกระทบต่อทั้งระยะสั้นและระยะยาว ของการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาว่าหลังจากที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์แล้ว ท่านมีการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสหรือไม่ อย่างไร และการเปลี่ยนแปลงระดับภูมิคุ้มกันโรคของท่าน (ซีดีโฟร์) เปลี่ยนแปลงไปอย่างไร เพิ่มขึ้นหรือลดลงอย่างไร มีปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ต่อไป

เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจะตรวจร่างกาย สอบถาม และบันทึกอาการและเรื่องราวที่เกี่ยวข้องเหมือนการให้บริการปกติ จะตรวจเลือดตามระบบปกติ ข้อมูลต่างๆจะเก็บเป็นความลับ และจะไม่เปิดเผยชื่อท่านแก่บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ ข้อมูลจะใช้ประโยชน์ในการให้บริการแก่ท่านโดยตรง การใช้ข้อมูลในการศึกษาจะไม่มีการเปิดเผยชื่อท่านโดยเด็ดขาด

ภาคผนวก ข

ใบยินยอมให้ทำการวิจัยของอาสาสมัคร

การวิจัยเรื่อง การศึกษาโรคติดเชื้ออหิวาต์และอาการเปลี่ยนแปลงของจำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด 4 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์
ในจังหวัดแพร่

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ก่อนลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงต่อการเปิดเผยข้อมูลกับครอบครัวและชุมชน รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่บีบบัง ช้อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะส่วนที่เป็นผลสรุปการวิจัย หรือเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอมใหม่

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

ภาคผนวก ค

แบบสัมภาษณ์การวิจัยเรื่อง การศึกษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการเปลี่ยนแปลงของจำนวนเซลล์
เม็ดเลือดขาวซีดี4 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์
ในจังหวัดแพร่

สัมภาษณ์วันที่.....เดือนพ.ศ. 2548

แบบสัมภาษณ์แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล..... อายุ.....ปี

2. สถานภาพสมรส

โสด

คู่

หม้าย/หย่า/แยก

3. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับ

อยู่คนเดียว

สามี หรือ ภรรยา

สามี หรือ ภรรยา และบุตร

บุตร

บิดา-มารดา

บิดา-มารดา และบุตร

อื่นๆ ระบุ.....

4. การศึกษาสูงสุด

ไม่ได้เรียน

ประถมศึกษาปีที่ 4-6

มัธยมศึกษาตอนต้น

มัธยมศึกษาตอนปลาย

ปวช.

ปวส./อนุปริญญา

ปริญญาตรี

อื่นๆ ระบุ.....

5. ปัจจุบันท่านมีอาชีพ

เกษตรกรรม

รับจ้าง

ค้าขาย

รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

นักเรียน/นักศึกษา

อื่นๆ ระบุ.....

6. รายได้ของสมาชิกในครอบครัวรวมกัน.....บาท/เดือน
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> น้อยกว่า 2000 บาท | <input type="checkbox"/> 2001-3000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 3001-4000 บาท | <input type="checkbox"/> 4001-5000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 5001-6000 บาท | <input type="checkbox"/> มากกว่า 6000 บาท |
7. สิทธิในการรักษาพยาบาลของท่าน
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> บัตรทอง 30 บาท | <input type="checkbox"/> บัตรทองรักษาฟรี |
| <input type="checkbox"/> ประกันสังคม | <input type="checkbox"/> สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ |
| <input type="checkbox"/> ประกันการรักษาพยาบาลเอกชน | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |
8. การเปิดเผยการติดเชื้อเอชไอวีของท่าน
- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> เปิดเผยในครอบครัวและทีมงานผู้รักษา |
| <input type="checkbox"/> เปิดเผยในสังคม |
| <input type="checkbox"/> เปิดเผยกับเจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลรักษาเท่านั้น |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |
9. ท่านทราบว่าท่านติดเชื้อเอชไอวีเมื่อ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
10. ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> เพศสัมพันธ์ต่างเพศ | <input type="checkbox"/> เพศสัมพันธ์เพศเดียวกัน |
| <input type="checkbox"/> ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น | <input type="checkbox"/> รับเลือดติดเชื้อเอชไอวี |
| <input type="checkbox"/> คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... | |
11. อาการหรือการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสที่ท่านเคยเป็นก่อนรับการรักษาด้วยยาต้านคือ
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> เชื้อราในปาก | <input type="checkbox"/> ไข้เรื้อรัง |
| <input type="checkbox"/> ต่อม้ำเหลืองโต | <input type="checkbox"/> น้ำหนักลด |
| <input type="checkbox"/> อูจจาระร่วงเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> ผื่นผิวหนังอักเสบเรื้อรัง(เริม/งูสวัด) |
| <input type="checkbox"/> ปอดอักเสบ พีซีพี | <input type="checkbox"/> วัณโรค |
| <input type="checkbox"/> เยื่อหุ้มสมองอักเสบ | <input type="checkbox"/> ตุ่ม/ผื่นคัน (พีพีอี) |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... | |

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

1. ในรอบ 10 วันที่ผ่านมา ท่านเคยลืมรับประทานยาต้านเกินกว่า 15 นาทีหรือไม่

- ไม่เคย เคย จำนวน.....ครั้ง

2. ท่านมีอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นในการรับประทานยาต้านไวรัสหรือไม่? อย่างไร?

.....

3. อาการหรือการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสที่เกิดขึ้นหลังจากรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> เชื้อราในปาก | <input type="checkbox"/> ไข้เรื้อรัง |
| <input type="checkbox"/> ต่อม้ำเหลืองโต | <input type="checkbox"/> น้ำหนักลด |
| <input type="checkbox"/> อูจาระร่วงเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> ผื่นผิวหนังอักเสบเรื้อรัง(เริม/งูสวัด) |
| <input type="checkbox"/> ปอดอักเสบ พิชีพี | <input type="checkbox"/> วัณโรค |
| <input type="checkbox"/> เชื้อหุ้มสมองอักเสบ | <input type="checkbox"/> ตุ่ม/ผื่นคัน (พีพีอี) |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... | |

บันทึกเพิ่มเติม.....

.....

.....

.....

.....

.....

แบบบันทึกผลการติดตามการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสำหรับผู้ป่วยใหญ่โครงการการเข้าถึงบริการยาต้านระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

โรงพยาบาล.....ATC / NAPHA number.....HN.....

เพศ 1 =ชาย 2 = หญิง ชื่อ.....นามสกุล.....วัน เดือน ปี เกิด.....อายุ.....ปี

ระยะการติดเชื้อเอช ไอ วี ของผู้ป่วยเมื่อแรกเข้าโครงการ 1= Asymptomatic HIV 2 = Symptomatic HIV 3 = AIDS

ทราบผลการตรวจว่าติดเชื้อเอชไอวีเดือน.....พ.ศ.....รวมระยะเวลา.....ปี.....เดือน

ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี.....โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่เคยเป็น.....

ประวัติการกินยาต้านไวรัสเอดส์ 1= ไม่เคย 2= เคย ระบุสูตรยา.....

ครั้งที่	วัน/เดือน/ปี	น้ำหนัก	CD4cell	CD4%	โรคติดเชื้อฉวยโอกาส		อาการข้างเคียง		สูตรยา	สรุปสถานะ	สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงสูตรยา	สาเหตุของการยุติการรักษา	ยาป้องกันOIที่ได้รับ
					มี..ระบุ	ไม่มี	มี..ระบุ..	ไม่มี					



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved