



ภาคผนวก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved

ภาคผนวก ก

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ส่วนที่ 1.1 ข้อมูลทั่วไป มีจำนวน 13 ข้อ

โปรดกรอกข้อมูลโดยเขียนเครื่องหมายลงในช่อง () ในคำตอบที่ใกล้เคียงกับท่านมากที่สุด

1. ชื่อ.....นามสกุล.....
2. ที่อยู่ปัจจุบัน: อำเภอ.....จังหวัด.....
3. ภูมิลำเนาเดิม: อำเภอ.....จังหวัด.....
4. วัน/เดือน/ปีเกิด.....
5. เพศ () ชาย () หญิง
6. สถานภาพสมรส
() โสด () สมรส () หย่า
() หม้าย () แยกกันอยู่ () อื่นๆ.....
7. ระดับการศึกษา
() ประถมศึกษา () มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1 – ม.3)
() มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4 – ม.6) () อนุปริญญาตรี
() ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี
() อื่นๆ.....
8. อาชีพ.....
9. รายได้.....ต่อเดือน
10. ระยะเวลาตั้งแต่รับทราบผลการตรวจเลือดจนถึงปัจจุบัน.....ปี.....เดือน
11. ขณะนี้ท่านได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นหรือไม่ () ไม่ได้
ได้รับความช่วยเหลือจาก () สามิ/ภรรยา () บิดา/มารดา ()ญาติ/พี่น้อง
() เพื่อน/เพื่อนบ้าน () องค์กรเอกชน.....
() หน่วยงานราชการ.....
13. ขณะที่ท่านสมัครเป็นสมาชิก DCC ท่านป่วยอยู่ในระยะ () มีอาการ
() ไม่มีอาการ

ส่วนที่ 1.2 แบบประเมินสภาพการเจ็บป่วยใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (เก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย)

1. อาการทั่วไป (ให้คะแนนตามเกณฑ์ Karnofsky score).....

.....

ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้หรือไม่ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

() เชื้อรา Oral candidiasis () ต่อมน้ำเหลืองโต Lymphnode enlargement

() ไอ Cough () เริม/งูสวัด Herpes infection

() ท้องเดิน Diarrhea () ไข้ Fever

() อื่นๆ.....

2. ได้รับการวินิจฉัย หรือแพทย์ลงบันทึกว่า.....

3. น้ำหนักตัวที่ชั่งได้ครั้งนี้.....กิโลกรัม

4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. Hemoglobin (Hb).....mg%

2. WBC count.....(per cubic mm)

3. %Lymphocyte.....%

4. CD4 count.....(per cubic mm)

5. การขาดยาไวรัส () ไม่ได้รับ

() ได้รับ สูตร.....

6. หากท่านได้รับยาต้านไวรัสท่านเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาต้านไวรัส

() ไม่

() เกิดภาวะแทรกซ้อนคือ.....

7. ความสม่ำเสมอของการมารับบริการในระยะเวลา 5 เดือน ที่ผ่านมา (รวมเดือนนี้เป็น 6 เดือน)

มารับบริการอย่างต่อเนื่อง () มา 1-2 ครั้ง

() มา 3-4 ครั้ง

() มา 5-6 ครั้ง

มารับบริการไม่ต่อเนื่อง () มา 1-2 ครั้ง

() มา 3-4 ครั้ง

() มา 5 ครั้ง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต มีจำนวน 13 ข้อ

โปรดกรอกข้อมูลโดยเขียนเครื่องหมายลงในช่อง ในคำตอบที่ใกล้เคียงกับท่านมากที่สุด

1. โดยทั่วไปแล้วท่านจะพูดว่าสุขภาพของท่านอยู่ในระดับใด (เลือก 1 หมายเลข)

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ดีเยี่ยม | ดีมาก | ดี | ดีพอใช้ | ไม่ดี |

2. ข้อความต่อไปนี้นี้เป็นจริงหรือเท็จมากน้อยเพียงใดสำหรับท่าน (เลือกคำตอบจาก 1 ถึง 5)

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | จริงแน่นอน | จริงเป็นส่วนมาก | ไม่ทราบ | เท็จเป็นส่วนมาก | เท็จแน่นอน |
| ก. สุขภาพของท่านไม่สู้ดี | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ข. สุขภาพของท่านดีเท่าๆ
กับคนอื่นที่ท่านรู้จัก | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ค. สุขภาพของท่านดีเยี่ยม | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ง. ท่านรู้สึกแย่ในช่วงที่ผ่านมา
มาไม่นานนี้ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. โดยทั่วไปแล้ว ความเจ็บปวดที่เกิดกับร่างกายของท่านมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด ในช่วงระหว่าง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา (เลือก 1 หมายเลข)

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ไม่มีเลย | น้อยมาก | น้อย | ปานกลาง | รุนแรง | รุนแรงมาก |

4. ในช่วงระหว่าง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นรบกวนการทำงานปกติของท่านมากน้อยเพียงใด

(รวมถึงงานนอกบ้านและงานบ้าน)

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ไม่มีเลย | เล็กน้อย | ปานกลาง | ค่อนข้างมาก | มากที่สุด |

5. คำถามต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่ท่านอาจทำในระหว่างวันธรรมดา สุขภาพของท่านในขณะนี้จำกัดการทำกิจกรรมดังกล่าวหรือไม่ ถ้าใช่ มากน้อยเพียงใด
(เลือก 1 หมายเลขในแต่ละข้อย่อย)

	ใช่ จำกัดอย่างมาก 1	ใช่ จำกัดเล็กน้อย 2	ไม่ใช่ ไม่จำกัดเลย 3
ก. ชนิดหรือปริมาณของกิจกรรมหนักที่ท่านสามารถทำได้ เช่น ยกของหนัก วิ่ง หรือเล่นกีฬาที่ต้องใช้แรงมาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ข. ชนิดหรือปริมาณของกิจกรรมหนักปานกลางที่ท่านสามารถทำได้ เช่น เคลื่อนย้ายโต๊ะ หัวของชำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ค. เดินขึ้นเนินหรือปีนบันไดสองสามขั้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ง. ก้มตัว เงยตัว หรือค่อมตัวลง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
จ. เดินหนึ่งช่วงถนน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ช. กิน แดงตัว อาบน้ำ หรือใช้สุขา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. ด้วยสุขภาพของท่านทำให้ท่านไม่สามารถทำงานใดๆ ได้เลยเช่น ทำงานบ้าน ไปตลาด ไปวัด ใช่หรือไม่
(เลือก 1 ตัวเลือก)

ใช่	ไม่ใช่
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. ด้วยสุขภาพของท่านทำให้ท่านทำงานบ้านได้น้อยลงหรือไปตลาดได้เป็นบางวันใช่หรือไม่
(เลือก 1 ตัวเลือก)

ใช่	ไม่ใช่
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

สำหรับคำถามแต่ละข้อต่อไปนี่ กรุณาเลือกคำตอบที่ใกล้เคียงกับสิ่งที่ท่านรู้สึกมากที่สุดในช่วงระหว่างหนึ่งเดือนที่ผ่านมา (เลือก 1 หมายเลขในแต่ละข้อ)

	ตลอดเวลา	เกือบ	ค่อนข้างบ่อย	บางเวลา	น้อยมาก	ไม่เลย
	ตลอดเวลา					
	1	2	3	4	5	6
8. ในช่วงระหว่าง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมาสุขภาพของท่านทำให้ท่านไม่สามารถดำเนินกิจกรรมทางสังคม เช่น ไปเยี่ยมเพื่อนหรือญาติสนิท มากน้อยเพียงใด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ในช่วงระหว่าง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมาบ่อยครั้งแค่ไหนที่						
ก. ท่านรู้สึกประหม่า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ข. ท่านรู้สึกสงบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ค. ท่านรู้สึกท้อใจและเศร้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ง. ท่านรู้สึกเป็นสุข	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
จ. ท่านรู้สึกแย่มากและไม่มีอะไรที่ทำให้ท่านรู้สึกดีขึ้นได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. บ่อยแค่ไหนในช่วงระหว่าง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา						
ก. ท่านรู้สึกหนักใจกับปัญหาสุขภาพของท่าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ข. ท่านรู้สึกท้อใจกับปัญหาสุขภาพของท่าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ค. ท่านรู้สึกสิ้นหวังกับปัญหาสุขภาพของท่าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ง. ท่านรู้สึกกลัวเนื่องจากปัญหาสุขภาพของท่าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ตลอดเวลา เกือบ ค่อนข้างบ่อย บางเวลา น้อยมาก ไม่เลย
 ตลอดเวลา
 1 2 3 4 5 6

11. บ่อยแค่ไหนในช่วง

ระหว่าง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมาที่

- ก. ท่านรู้สึกกระปรี้กระเปร่า 1 2 3 4 5 6
- ข. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายหมด
เรี่ยวแรง 1 2 3 4 5 6
- ค. ท่านรู้สึกเหนื่อย 1 2 3 4 5 6
- ง. ท่านรู้สึกมีแรงมากพอที่จะ
ทำในสิ่งที่ต้องการทำ 1 2 3 4 5 6

12. บ่อยครั้งไหนในช่วง

ระหว่าง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- ก. ท่านมีความยากลำบากในการ
ให้เหตุผลและแก้ไขปัญหา
ตัวอย่างเช่น วางแผนตัดสินใจ
หรือเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ 1 2 3 4 5 6
- ข. ท่านลืมสิ่งที่เพิ่งเกิดขึ้น
ตัวอย่างเช่น วางของไว้ที่ไหน
หรือลืมเวลานัด 1 2 3 4 5 6
- ค. ท่านไม่มีสมาธิเพียงพอที่จะ
ทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง
เป็นเวลานาน 1 2 3 4 5 6
- ง. ท่านประสบความสำเร็จยากลำบาก
ในการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง
กับการใช้สมาธิและความคิด 1 2 3 4 5 6

13. คุณภาพชีวิตของท่านเป็นอย่างไร ในช่วงระหว่าง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือชีวิตในระยะที่
 ผ่านมาเป็นอย่างไบบ้าง (เลือก 1 หมายเลข)

- 1 2 3 4 5
-
- ดีมาก ค่อนข้างดี ดีกับแย่พอกัน ค่อนข้างแย่ แย่มาก

ภาคผนวก ข

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการศึกษา

ส่วนที่ 1 คำชี้แจง

ดิฉัน นางสาวสุนทรี สุรัตน์ กำลังศึกษาระดับปริญญาโท สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ทำการศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในศูนย์บริการและพัฒนาสุขภาพจังหวัดเชียงราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการในศูนย์บริการและพัฒนาสุขภาพจังหวัดเชียงราย

โดยในการศึกษาครั้งนี้มีเครื่องมือ คือ แบบสัมภาษณ์ 2 ส่วนและแบบเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย 1 ส่วน ข้อมูลทุกส่วนจะถูกปกปิดเป็นความลับ การนำเสนอจะเป็นภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดและไม่มีการอ้างอิงชื่อที่แท้จริงของผู้ให้ข้อมูล และการให้ข้อมูลในครั้งนี้จะไม่มีการติดต่อการได้รับการรักษาและการรับบริการของท่านแต่อย่างใด

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือเป็นอย่างดีในการให้สัมภาษณ์ในครั้งนี้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

ส่วนที่ 2 การยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

หนังสือแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมศึกษา

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....มีความยินยอมที่จะเข้าร่วมการค้นคว้าอิสระในครั้งนี้ โดยข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและเข้าใจเกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้ตามที่ได้อ่านข้างต้น และขอลงลายมือชื่อไว้เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษานี้

ลงชื่อ.....(ผู้ยินยอม)
(.....)

ลงชื่อ.....(ผู้ศึกษา)
(นางสาวสุนทรี สุรัตน์)

ลงชื่อ.....(พยาน)
(.....)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวสุนทรี สุรัตน์
วัน เดือน ปีเกิด	26 มีนาคม 2521
สถานที่เกิด	จังหวัดเชียงใหม่
ประวัติการศึกษา	สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนวัดโนนทัยพายัพ จังหวัดเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2538 สำเร็จปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2542
ประวัติการทำงาน	ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี 2543 – เดือนเมษายน 2545 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาล โรงพยาบาลเชียงใหม่รามฯ 1 จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2545 – เดือนธันวาคม 2545 ปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้ประสานงาน โครงการเอดส์ งานเอดส์และกามโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ตั้งแต่ปี 2546 จนถึงปัจจุบัน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved