



ภาคผนวก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก ก

แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความในช่องว่าง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ปัจจุบันท่านอายุ..... ปี

2. เพศ 1.ชาย 2.หญิง

3. สถานภาพสมรส 1. โสด 2. สมรส 3. หม้าย
 4. หย่า 5. แยกกันอยู่ 6. อื่นๆ ระบุ.....

4. อาชีพปัจจุบัน 1. รับจ้าง 2. ค้าขาย 3. รับราชการ
 4. รัฐวิสาหกิจ 6. เอกชน 7. เกษตรกรรม
 8.ว่างงาน 9. อื่นๆ ระบุ.....

5. ระดับการศึกษา 1. ไม่ได้เรียน 2. ประถมศึกษา 3. มัธยมศึกษา/เทียบเท่า
 4. อนุปริญญา 5. ปวศ. 6. ปริญญาตรี
 7. สูงกว่าปริญญาตรี 8. อื่นๆ ระบุ.....

6. ระยะเวลาที่ทราบผลเลือดบวกเอชไอวี จนถึงปัจจุบันปี.....เดือน

7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

8. ความสะดวกในการมารับยา 1. สะดวก
 2. ไม่สะดวกเพราะ ไม่สามารถหยุดงานได้
 ระยะทางไกล
 มาเองไม่ได้
 อื่นๆ.....

9. การสูบบุหรี่ 1.ไม่สูบ 2.เคยสูบ.....มวน/วัน แต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว
 3.ยังคงสูบบุหรี่อยู่ จำนวน.....มวน ระยะเวลา.....เดือน.....ปี
10. การดื่มสุรา 1.ไม่ดื่ม 2.ดื่มเป็นประจำ ระบุความถี่.....ครั้ง ต่อสัปดาห์ หรือ เดือน
 3.ดื่มนานๆครั้ง ระบุความถี่.....ครั้ง ต่อสัปดาห์ หรือ เดือน
11. ในช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลหรือไม่ ไม่เคย เคย
ถ้าเคยให้ระบุจำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล.....ครั้ง โปรดระบุโรคที่ป่วย.....
จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล.....วัน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์วัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ เอดส์

คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามที่ให้คุณตอบในช่วงเวลา 1 เดือน ที่ผ่านมารวมถึงปัจจุบัน ถึงความเชื่อมั่นที่ท่านสามารถทำในสิ่งต่อไปนี้ได้ ใช้คำตอบจะอยู่ช่วงระหว่าง “ไม่สามารถทำได้เลย” “สามารถทำได้มากที่สุด” ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีความเชื่อมั่นแค่ไหนที่ท่านสามารถทำในสิ่งต่อไปนี้:

ความเชื่อมั่นที่ท่านสามารถทำสิ่งต่อไปนี้ได้เพียงใด	ระดับความเชื่อมั่นสามารถทำได้				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่สามารถทำได้เลย
1.ท่านสามารถเอาการรับประทานยาต้านไวรัสเข้าไปในชีวิตประจำวันของท่าน					
2.ท่านสามารถรับประทานยาต้านไวรัสต่อไปแม้ว่าเริ่มมีอาการข้างเคียงเข้าไปรบกวนกิจวัตรประจำวันของท่าน					
3.ท่านสามารถเอาการรับประทานยาต้านไวรัสเข้าไปในชีวิตประจำวันของท่านถึงแม้ว่าการรับประทานยาจะทำต่อหน้าคนที่ไม่ว่าท่านติดเชื้อเอชไอวีก็ตาม					
4.ท่านสามารถรับประทานยาต้านไวรัสต่อไปแม้ว่าชีวิตประจำวันของท่านจะมีภารกิจมาก					
5.ท่านสามารถรับประทานยาต้านไวรัสต่อไปแม้ท่านรู้สึกไม่สบาย					
6.ท่านสามารถรับประทานยาต้านไวรัสต่อไปแม้ท่านจะอยู่ในภาวะซึมเศร้า กังวล เครียด					

ความเชื่อมั่นที่คุณสามารถทำสิ่งต่อไปนี้ได้ เพียงใด	ระดับความเชื่อมั่นสามารถทำได้				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่สามารถทำได้เลย
7.ท่านสามารถรับประทานยาต้านไวรัสต่อไป แม้เป็นการปฏิบัติที่รบกวนกิจกรรมประจำวัน ของท่าน					
8.ท่านสามารถรับประทานยาต้านไวรัสต่อไป แม้ว่าผลค่าCD4จะไม่ดีขึ้น ในช่วง 3เดือน ข้างหน้า					
9.ท่านสามารถรับประทานยาต้านไวรัสต่อไป แม้ว่าจะรู้สึกท้อแท้กับสุขภาพของท่าน					
10.ท่านสามารถรับประทานยาต้านไวรัสต่อไป แม้ว่าจะต้องไปตามโรงพยาบาลนัดทุกครั้ง					
11.ท่านสามารถรับประทานยาต้านไวรัสต่อไป แม้ว่าคนที่ใกล้ชิดกับท่านจะบอกว่าการ รับประทานยาต้านไวรัสนี้อาจจะไม่ดีสำหรับ ท่าน					
12.ท่านสามารถมองการรับประทานยาต้าน ไวรัสว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์อยู่ถึงแม้ว่าการ รับประทานยาต้านไวรัสจะไม่ทำให้ท่านมี สุขภาพดีขึ้น					

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการรับประทานต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

แบบบันทึกการนับเม็ดยา

HN.....

วันที่มารับยา..... วันนัดครั้งก่อน.....

1. ท่านมีความเต็มใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ 1.เต็มใจ 2.ไม่เต็มใจ

2. ท่านร่วมมือตามแผนการรักษาของแพทย์ดังนี้

รายการยา	จำนวนเม็ดยา ที่รับประทาน ต่อวัน(เม็ด)	จำนวนยาที่ได้ใน ครั้งก่อน(จำนวน ที่เหลือครั้งก่อน+ จำนวนที่ได้ใหม่)	จำนวนเม็ดยา ที่ใช้ไป(เม็ด)	จำนวนเม็ด ยาที่เหลือ ครั้งนี้(เม็ด)	%Adherence
จีพีโอเวียร์					
จีพีโอแซด					
ดีโพรที					
สามทีซี					
เอฟาไวเรนซ์					
เอแซดที					
อินดินาเวียร์					
ริโทนาเวียร์					

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์อุปสรรคในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์

คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามที่ให้ท่านตอบในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านรู้สึกว่าการนี้เป็นอุปสรรคต่อการรับประทานยาต้านไวรัสของท่านหรือไม่

อุปสรรคในการรับประทานยาต้านไวรัสของท่านหรือไม่	เป็นอุปสรรค	
	ใช่	ไม่ใช่
1.จำนวนของยาต้านไวรัสที่รับประทานมีอยู่มาก เป็นอุปสรรคต่อการรับประทานยาต้านไวรัส ใช่หรือไม่		
2.ระยะเวลาของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เป็นอุปสรรคต่อการรับประทานยาต้านไวรัสใช่หรือไม่		
3.อาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสเช่น ซาตามปลายมือเท้า ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ภาวะไขมันย่ำที่ผิดปกติ และอื่นๆ เป็นอุปสรรคต่อการรับประทานยาต้านไวรัสใช่หรือไม่		
4.ราคาของยาต้านไวรัสเป็นอุปสรรคต่อการรับประทานยาต้านไวรัสใช่หรือไม่		
5. ความถี่ของการมาตามนัดของ รพ.เป็นอุปสรรค ต่อการรับประทานยาต้านไวรัสใช่หรือไม่ (หากตอบไม่ใช่ ให้ข้ามไปทำข้อ 6)		
เหตุผลที่ การมาตามนัดเป็นอุปสรรคต่อการรับประทานยาต้านไวรัส (ตอบได้มากกว่า 1ข้อ)		
5.1 ไม่สามารถทำงานหรือหยุดงานได้		
5.2 ที่พักอาศัยอยู่ไกลจากโรงพยาบาล		
5.3 ไม่สบายมากจนไม่สามารถเดินทางมาได้		
5.4 ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาก		
6.เดินทางหรือมีการย้ายที่อยู่อาศัยบ่อยเป็นอุปสรรคต่อการรับประทานยาต้านไวรัสใช่หรือไม่		

อุปสรรคในการรับประทานยาต้านไวรัสของท่านหรือไม่	เป็นอุปสรรค	
	ใช่	ไม่ใช่
7.ความยากจนเป็นอุปสรรคต่อการรับประทานยาต้านไวรัสใช่หรือไม่		
8.ภาวะเศรษฐกิจโดยรวมเป็นอุปสรรคต่อการรับประทานยาต้านไวรัสใช่หรือไม่		
9.มลทินจากการติดเชื้อเอชไอวีเป็นอุปสรรคต่อการรับประทานยาต้านไวรัสใช่หรือไม่		
กรุณาระบุสาเหตุที่ทำให้ท่านขาดการรับประทานยาต้านไวรัส		

ส่วนที่ 5 ผลลัพธ์ทางคลินิก (โดยการบันทึกจาก OPD Card ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์)

1. ยาด้านไวรัสเอดส์ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันนี้คือ

- 1. สูตร 1 คือ จีพีโอเวียร์ (d4T +3TC+NVP)
- 2. สูตร 2 คือ จีพีโอแซด (AZT +3TC+NVP)
- 3. สูตร 3 คือ d4T +3TC+EFV
- 4. สูตร 4 คือ AZT +3TC+EFV
- 5. สูตร 5 คือ d4T +3TC+IDV+RTV
- 6. สูตรอื่นๆคือ.....

2. ระยะเวลาที่รับประทานยาด้านไวรัสเอดส์สูตรข้างต้น นาน.....ปี.....เดือน

3. ท่านเคยได้รับทราบผลการตรวจผลลัพธ์ทางคลินิกในเลือด เช่น CD4 , Viral load

- ทราบ ระบุ..... ไม่ทราบ.....

4. ระดับ CD4..... เจาะวันที่.....
Viral load..... เจาะวันที่.....

ภาคผนวก ข

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การชี้แจงข้อมูลโครงการค้นคว้าแบบอิสระและการยินยอมสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ

1. เอกสารคำชี้แจงสำหรับอาสาสมัคร / ผู้เข้าร่วมโครงการค้นคว้าแบบอิสระ ของกลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์

ข้าพเจ้า นางสาวสิริลักษณ์ นานาวิชิต นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต แผนก (ภาคปกติ) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีความประสงค์ขอเชิญท่านเข้าร่วมโครงการค้นคว้าแบบอิสระ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความร่วมมือ และอุปสรรคในการรับประทานยาต้านไวรัสและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในโรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลหางดงมีการจัดตั้งคลินิกยาต้านไวรัสขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยที่รับยาต้านไวรัส 293 ราย โดยได้รับการสนับสนุนยาจากสำนักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกองทุนยาต้านไวรัสระหว่างประเทศ สูตรยาที่ได้รับส่วนใหญ่ คือ GPO-VIR S30 GPO-Z และ d4T+ 3TC+ EFV โดยมีบางส่วนได้ยาสูตร 2NRTI +PI ซึ่งพบว่า จากการรับประทานยาเป็นเวลา นานประมาณ 1-2 ปี อาการข้างเคียงที่พบเพิ่มขึ้น คือ ภาวะไขมันย่ำที่ผิดปกติ (Lipodystrophy) และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ แพทย์จะพิจารณาเปลี่ยนใช้ยาสูตรอื่น นอกจากนี้หลังจากการได้รับยาเป็นเวลานานประมาณ 1.5 - 2 ปีขึ้นไป พบการดื้อยามากขึ้นทำให้มีการใช้ยาสูตรที่แตกต่างไปซึ่งมีอัตราการดื้อยาสูงในคลินิกของโรงพยาบาลหางดงมีการให้บริการโดยทีมงานประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และเจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ซึ่งเภสัชกรจะทำหน้าที่บริการจัดจ่ายยาต้านไวรัส และประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส โดยวิธีนับเม็ดยาและสัมภาษณ์ผู้ป่วย นอกจากนี้ยังให้บริการให้คำแนะนำปรึกษาการรับประทานยาเพื่อหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และแนะนำการปฏิบัติตนช่วยเพิ่มความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสด้วย จากที่กล่าวมาถ้าผู้ป่วยมีการรับประทานยาต้านไวรัสไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะทำให้เกิดการดื้อยาและเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นและการรักษาสูตรนั้นๆ ไม่ได้ผลซึ่งอาจต้องเปลี่ยนไปรักษาด้วยสูตรที่สูงขึ้นซึ่งมีราคาแพง มีความยุ่งยากในการรับประทานและมีอาการข้างเคียงที่รุนแรงมากขึ้นและส่งผลกระทบต่อ

ต่อปัญหาด้านเศรษฐกิจสุขภาพด้วย ซึ่งปัญหานี้เภสัชกรและทีมคลินิกทางด้านไวรัสสามารถช่วยผู้ป่วยในการเพิ่มการจัดการเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสให้มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอตามแผนการรักษา ซึ่งการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความร่วมมือ อุปสรรคและผลลัพธ์ทางคลินิกในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความต่อเนื่องและสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วยซึ่งจะส่งผลต่อการเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส และลดการดื้อยาต้านไวรัส นอกจากนี้ยังนำผลการศึกษามาประกอบการบริการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยที่รับยาต้านไวรัสด้วย โดยใช้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มารับยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลหางดงในช่วงเวลา เดือน กรกฎาคม ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2552 โดยท่านจะมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล หลังจากท่านได้รับทราบวัตถุประสงค์ และแนวทางปฏิบัติในการเข้าร่วมโครงการศึกษาและตกลงจะเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้แล้วท่านจะได้เซ็นชื่อแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา หลังจากนั้นท่านจะได้ร่วมในการให้ข้อมูลแก่ผู้ศึกษาโดยข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ จะดำเนินการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล คนละ 1 ครั้ง ครั้งละไม่เกิน 1 ชั่วโมง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ที่เข้าร่วมโครงการจะเป็นไปด้วยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจ หรือเปลี่ยนใจที่จะเข้าร่วมโครงการท่านสามารถถอนตัวจากการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลาโดยท่านจะไม่สูญเสียสิทธิประโยชน์ใดๆ ซึ่งในขบวนการเก็บข้อมูลดังกล่าวไม่มีการเก็บค่าใช้จ่าย ไม่มีความเสี่ยงอันตรายใดๆ ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำข้อมูลไปเผยแพร่จะทำในลักษณะภาพรวมของผลการศึกษานั้น สิทธิประโยชน์อันอื่นจะเกิดจากผลการศึกษา ให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับ ของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

หากท่านมีปัญหาหรือมีคำถามเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้และต้องการข้อมูลเพิ่มเติมใดๆ สามารถติดต่อ นางสิริลักษณ์ นานาวิชิต ตำแหน่ง เภสัชกร 7 ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลหางดง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ โทร.085-7129950หรือติดต่อได้ที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัตนาภรณ์ อววิพันธ์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โทรศัพท์ 053-944395 (ในเวลาราชการ)

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

ลงชื่อ.....ผู้ศึกษา

(นางสิริลักษณ์ นานาวิชิต)

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ภาคผนวก ก

เอกสารแสดงความยินยอมของอาสาสมัคร

การค้นคว้าแบบอิสระ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความร่วมมืออุปสรรคและผลลัพธ์ทางคลินิกในการรับประทานยาต้านไวรัส ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในโรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่

วันที่ให้ความยินยอม วันที่.....เดือน.....พศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการศึกษาในครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้ศึกษาถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา และประโยชน์ที่จะเกิดจากการศึกษาอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้ศึกษารับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าเข้าใจ

ข้าพเจ้าสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในการศึกษานี้ เมื่อใดก็ได้และเข้าร่วมโครงการนี้ด้วยความสมัครใจและการบอกเลิกการเข้าร่วมการศึกษานี้ จะไม่มีผลต่อการดูแลที่ข้าพเจ้าพึงได้รับต่อไป

ผู้ศึกษารับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยในรูปแบบที่เป็นสรุปการศึกษา การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการและได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

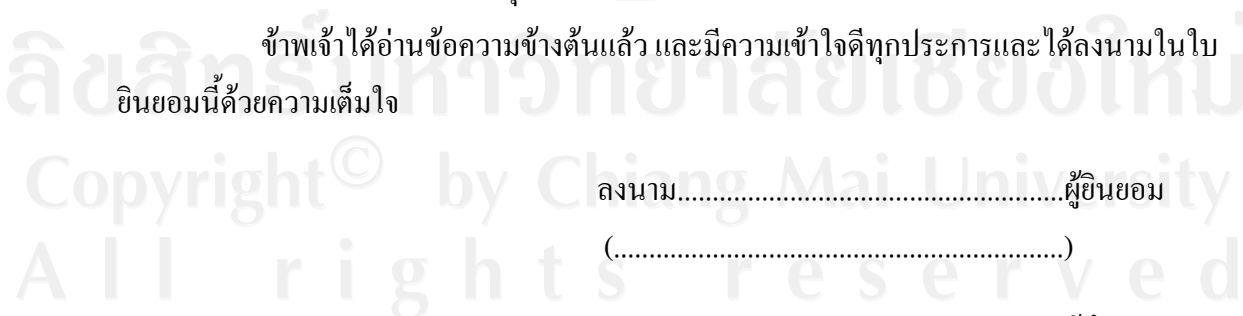
(.....)

ลงนาม.....ผู้ศึกษา

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)



ภาคผนวก ง

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุวรงค์ จันทรวิจิตร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. อาจารย์ ดิลกา ไตรไพบูลย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3. นายแพทย์ วิรัช กลิ่นบัวเข็ม โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสิริลักษณ์ นานาวิชิต
วัน เดือน ปี เกิด	12 สิงหาคม พ.ศ. 2512
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2526	มัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนวัดโนนทัยพายัพ จังหวัดเชียงใหม่
พ.ศ. 2529	มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนวัดโนนทัยพายัพ จังหวัดเชียงใหม่
พ.ศ. 2535	เกียรตินิยมบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
การทำงาน	รับราชการตำแหน่งเภสัชกร ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลหางดง อำเภอดงหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี 2543 ถึงปัจจุบัน