



**APPENDICES**

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved

## APPENDIX A

### INFORMED CONSENT FORM

รหัสผู้ดูแล#.....

#### หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมในโครงการวิจัย

โครงการวิจัยเรื่อง “วินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสในเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่”

ได้ศึกษาเกี่ยวกับวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสในเด็กติดเชื้อ เอชไอวี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการนี้

ถ้าท่านยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยจะขอสัมภาษณ์ท่านเป็นการส่วนตัว เพื่อตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยวินัยในการกินยา ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเอชไอวี ความพึงใจ ในขณะที่ตอบคำถามผู้วิจัยจะอยู่กับท่านเพื่อให้ความช่วยเหลือเมื่อไม่เข้าใจคำถาม และไม่จำเป็นต้องตอบคำถามทุกคำถาม ถ้าคำถามนั้นทำให้รู้สึกอึดอัด และชื่อของท่านจะไม่ปรากฏอยู่ในแบบสอบถาม จะมีเพียงรหัสประจำตัวท่าน

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับท่านไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นผลสรุปของการวิจัย และผู้วิจัยจะได้ปฏิบัติในสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจของท่าน ตลอดการวิจัยนี้ และรับรองว่าหากเกิดมีอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ท่านจะ ได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ ผู้วิจัยจะไม่เปิดเผยคำตอบแก่ผู้ใด ดังนั้น ท่านไม่ต้องกลัวหรืออาย ไม่ต้องวิตกกังวลต่อการตอบคำถามใด ๆ

การตอบแบบสอบถามจะใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที โดยจะไม่มีใครบังคับท่านให้เข้าร่วมการศึกษา ถ้าไม่ยินยอม สามารถปฏิเสธได้ การปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาจากแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์

ท่านจะเป็นอิสระต่อการตอบคำถามในขณะนี้ หรือทุกเวลาระหว่างที่เข้าร่วมการศึกษา ถ้าท่านยินยอมเข้าร่วมการศึกษา กรุณาลงชื่อ และวันที่ข้างล่างนี้

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว .....

ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วย โดยที่ข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ ทั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อสถานภาพหรือการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่พึงจะได้รับ ในกรณีที่เกิดข้อข้องใจหรือปัญหาที่ข้าพเจ้าต้องการปรึกษากับผู้วิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นาง โจแอน เฮอร์รี ได้ที่ห้องวิเทศสัมพันธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน 053-949137 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 089-5907811 โทรสาร 053-217145

ลายมือชื่อของผู้ดูแลหลัก ..... วันที่ .....

ลายมือชื่อของผู้วิจัย ..... วันที่ .....

ลายมือชื่อของพยาน ..... วันที่ .....

ลายมือชื่อของพยาน ..... วันที่ .....

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved

APPENDIX B

ETHICAL APPROVAL DOCUMENTS



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะแพทยศาสตร์ โทร. 6641

ที่ ศธ 0515(05)/

5489

วันที่

17 เม.ย. 2551


เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาให้การรับรองเชิงจริยธรรม (แบบเร่งพิเศษ)

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตามบันทึกที่ ศธ 0515(04.6.1)/086 ลงวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2551 และ ศธ 0515(04.6.1)/1638 ลงวันที่ 27 มีนาคม 2551 นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้เสนอและแก้ไขโครงการวิจัย เรื่อง “วินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสในเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่” หรือชื่อภาษาอังกฤษ “Adherence to Highly Active Anti Retroviral Therapy in HIV-Infected Children Receiving Treatment at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital” Study code No. 08FEB281017 ของ Mrs. Joanne Hendry มาเพื่อขอรับการพิจารณารับรองเชิงจริยธรรม (แบบเร่งพิเศษ) นั้น

คณะแพทยศาสตร์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณาแล้ว มีมติเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยได้ ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ระบุในเอกสารรับรองโครงการเป็นต้นไป ดังได้แนบเอกสารรับรองฯ มาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และเพื่อแจ้งผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบต่อไปด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

  
(รองศาสตราจารย์ นานแพทน์เวศน์ นันทิวงศ์)  
คณบดีคณะแพทยศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์
รับที่..... 8682
รับที่..... 27 เม.ย. 2551
เวลา.....

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright © by Chiang Mai University  
All rights reserved



เอกสารเลขที่ 116/2551

## เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์

ชื่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย : คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ชุดที่ 3

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ที่อยู่ : 110 ถนนอินทวโรรส ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : Mrs. Joanne Hendry

สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ชื่อเรื่องโครงการวิจัย : Adherence to Highly Active Anti Retroviral Therapy in HIV-Infected Children Receiving Treatment at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

เลขที่โครงการ : 08FEB281017

ผู้ให้ทุนวิจัย : -

เอกสารที่รับรอง	ฉบับที่รับรอง
โครงการวิจัย	- ฉบับวันที่ 8 เมษายน 2551
หนังสือแสดงความยินยอม/ ข้อมูลสำหรับผู้ป่วย	- ฉบับวันที่ 8 เมษายน 2551
อัตรประวัติส่วนตัวหัวหน้าโครงการ	- ฉบับวันที่ 8 เมษายน 2551
แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย	- ฉบับวันที่ 8 เมษายน 2551
แบบสอบถาม	- ฉบับวันที่ 8 เมษายน 2551

กระบวนการพิจารณาโครงการวิจัย : เร่งพิเศษ (Expedited Review)

ผลการพิจารณา: คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณาแล้ว มีมติ

 เห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยในขอบเขตที่เสนอได้ เห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยได้ภายใต้เงื่อนไขข้างท้าย

อนุมัติ ณ วันที่ 8 เดือน เมษายน พ.ศ. 2551 มีผลถึงวันที่ 8 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2551

คณะกรรมการฯ ชุดนี้จัดตั้งและดำเนินการตาม GCPs และแนวทางจริยธรรมสากล กฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

ลงชื่อ : 

(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ปัญจะ กุลพงษ์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

ลงชื่อ : 

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์นิเวศน์ นันทจิต)

คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



**Certificate of Approval**

**No. 116/2008**

<b>Name of Ethics Committee :</b> Research Ethics Committee 3, Faculty of Medicine, Chiang Mai University <b>Address of Ethics Committee :</b> 110 Intavaroros Rd., Amphoe Muang, Chiang Mai, Thailand 50200	
<b>Principal Investigator :</b> Mrs. Joanne Hendry. Faculty of Nursing, Chiang Mai University.	
<b>Protocol title:</b> Adherence to Highly Active Anti Retroviral Therapy in HIV-Infected Children Receiving Treatment at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital <b>STUDY CODE :</b> 08FEB281017 <b>Sponsor :</b> -	
Documents filed	Document reference
<b>Research protocol</b>	- Version date    ⌘    April    2008
<b>Informed consent documents /Patient information sheet</b>	- Version date    ⌘    April    2008
<b>Principal Investigator Curriculum vitae</b>	- Version date    ⌘    April    2008
<b>Case Report Form</b>	- Version date    ⌘    April    2008
<b>Questionnaire</b>	- Version date    ⌘    April    2008
<b>Opinion of the Ethics Committee/Institutional Review Board : PLS. CHECK ONE</b> <input checked="" type="checkbox"/> Approval <input type="checkbox"/> Conditional approval (Specify on space below) ..... .....	
<b>DECISION :</b> By expedited review process <b>Date of Approval :</b> April ⌘ , 2008 <b>Expiration Date:</b> June ⌘ , 2008	
This Ethics Committee is organized and operates according to GCPs and relevant international ethical guidelines, the applicable laws and regulations.	
<b>Signed :</b> ..... (Emeritus Professor Panja Kulapongs, M.D.) Chairperson, Faculty of Medicine	
<b>Signed :</b> ..... (Associate Professor Nives Nantachit, M.D.) Dean, Faculty of Medicine	

## APPENDIX C

### ENGLISH QUESTIONNAIRE

Caregiver Code #.....

**The interviewer will administer all parts of the questionnaire**

**\* Note: All data will be analyzed as group data and the individual information will remain confidential.**

#### **Part 1. Demographic Data of Primary Caregiver**

1. Gender  1. Male  2. Female
2. Age ..... years
3. Caregiver's relationship to child
1. Biological mother  2. Biological father  3. Maternal grandparent
4. Paternal grandparent  5. Step parent  6. Adoptive parent
7. Family friend  8. Biological relative, please state (e.g. aunt) ...
9. Other, please state .....
4. Nationality  1. Thai  2. Other, please state .....
5. Religion
1. Buddhist  2. Christian  3. Muslim
4. Animist  5. No religion  6. Other, please state .....
6. Educational level
1. Primary school (Prathom 1-3)  2. Primary school (Prathom 4-6)
3. Secondary school (Mathayom 1-3)  4. Secondary school (Mathayom 4-6)
5. Vocational College  6. Bachelor Degree
7. Master Degree  8. Doctoral Degree

9. None  10. Other, please state

## 7. Marital status

1. Single  2. Married  
 3. Separated or divorced  4. Widowed  
 5. Other, please state .....

## 8. Employment status

1. Employed full time  2. Employed part time  
 3. Homemaker  4. Self employed  
 5. Seasonally employed  6. Disabled  
 7. Retired  8. Unemployed

9. Number of family members in the household.....people

## 10. Monthly household income (Baht)

1.  $\leq 2,000$   2. 2,001-5,000  3. 5,001-8,000  
 4. 8,001-11,000  5. 11,001-14,000  6. 14,001-16,000  
 7.  $\geq 16,000$

## 11. HIV status

1. Positive (**If positive, please go to Q12**)  2. Negative  
 3. Don't know  4. Don't want to disclose

## 12. Taking ARV medication?

1. Yes (.....years/months)  2. No

## 13. General health

1. Excellent  2. Good  3. Ok  4. Poor  5. Sick

14. Length of time as primary caregiver.....years/months





3. In the last month, did you utilize any of the following aids to help you remember to give the child the medication?

Aids/tools	Yes	No	Don't know/ Can't remember
1. Labels/Stickers			
2. Calendars/daily planner			
.....			
.....			
.....			
10. Radio			

4. Please state how often you have experienced the following problems or difficulties.

Problem/difficulty	Never	In the last seven days	In the last month	In the last 1 - 3 months	Don't know// remember	At Some point since starting ART
1. I ran out of medicine before the next appointment						
2. Didn't come for medicine						
3. The medicine tastes bad						
4. I just forgot to give it						
.....						
.....						
.....						
27. Other problems .....						

5. Most anti-HIV medications need to be taken on a schedule, such as '2 times a day' or 'every 8 hours'. How closely do you follow the specific schedule of your child?

- Never                       some of the time                       about half of the time  
 most of the time                       all the time

6. If your child's medication has special instructions, e.g. 'take with food' or 'on an empty stomach' please state? (See Part 2 Q2 medication details)

Special instructions?

.....

.....

7. How often do you follow those special instructions?

- Never
- some of the time
- about half of the time
- most of the time
- all the time

8. Generally, do you think this form of medication is convenient for you to give to the child?

- |                |     |    |
|----------------|-----|----|
| 1. Syrup       | Yes | No |
| 2. Pills       | Yes | No |
| 3. Powder      | Yes | No |
| 4. Capsule     | Yes | No |
| 5. Other ..... | Yes | No |

9. Which type of medication does your child prefer to take?

- |                |     |    |
|----------------|-----|----|
| 1. Syrup       | Yes | No |
| 2. Pills       | Yes | No |
| 3. Powder      | Yes | No |
| 4. Capsule     | Yes | No |
| 5. Other ..... | Yes | No |

10. Does the form of medication (e.g. powder, syrup, pill) make it harder for you to give the medication?

- Yes
- No
- Don't know/not sure

If yes, why?

.....

.....

11. Do you do feel there is an easier way to give the child the medication?

- Yes
- No
- Don't know/not sure

If yes, what?

.....

.....

### Part 3. Knowledge and Understanding

1. Do you know why your child is taking the medication?

Yes

No

Not sure

If yes, please state.....

Questions	Yes	No	Don't know	Not sure
2. Can taking the ARV medication cure HIV?				
3. Does the AIDS virus develop resistance to some ARV medications if they are not taken as prescribed?				
.....				
.....				
.....				
10. Can taking ARV medication extend a person's life?				

### Part 4. Attitudes and Self-efficacy

Statements	Strongly agree	Agree	Disagree	Strongly disagree
1. I am confident that the ARV medicine will help my child.				
2. I believe that I can follow all the proper instructions necessary.				
.....				
.....				
.....				
10. I believe that I know what is best for my child and I will act accordingly.				

**Part 5. Clinical Setting and Support**

Statements	Strongly agree	Agree	Disagree	Strongly disagree
1. The doctor or support nurse gives me the necessary information about the ARV medicine.				
2. I feel comfortable discussing the ARV medicine with my doctor.				
.....				
.....				
.....				
13. I feel safe and comfortable discussing any problems at the clinic.				

14. To what level do you receive <b>financial support</b> from the following people in <b>managing the illness</b> in your child?	Not at all	A little	Some	A lot	N/A
Partner/spouse					
Doctor/Health worker					
Support group					
Own family members					
Other, please state.....					
15. To what level do you receive <b>emotional support</b> from the following people in <b>managing the illness</b> in your child?					
Partner/spouse					
Doctor/Health worker					
Support group					
Own family members					
Other, please state.....					
16. To what extent do you receive support from the following people in <b>giving ARV medicine correctly to your child?</b>					
Partner/spouse					
Doctor/Health worker					
Support group					
Own family members					
Other, please state.....					

**Complete a-c at the end of the interview**

a. Was the questionnaire fully completed at this visit?

1. Yes

2. No

Indicate the reason if the questionnaire was not completed:

1 – Primary caregiver refused

2 – Participant missed clinic visit

3 – There was not enough time

4 – Primary caregiver not available

5 – Primary caregiver upset/crying and didn't want to continue

6 – Other reason, please specify .....

b. Who responded to the questions?

1 – Biological mother

2 – Biological father

3 – Other relative, specify .....

4 – Adoptive parent, specify .....

5 – Foster parent, specify .....

6 – Other, specify .....

c. Who is responsible for administering the medication?

1 – Primary caregiver solely responsible

2 – Primary caregiver and other individual, specify .....

3 – Other, please specify .....

Name of interviewer .....

Date ...../...../2008.



## APPENDIX D

### THAI QUESTIONNAIRE

ผู้สัมภาษณ์จะเป็นคนกรอกข้อมูลแบบฟอร์มทุกข้อ

\*หมายเหตุ: ข้อมูลทั้งหมดจะถูกรวบรวมและวิเคราะห์ร่วมกันและข้อมูลของแต่ละบุคคลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ

#### ส่วน 1. ข้อมูลพื้นฐานเรื่องผู้ดูแลหลัก

1. เพศ  
1. ชาย                      2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับเด็ก  
1. มารดา                      2. บิดา                      3. ตา/ยาย  
4. ปู่/ย่า                      5. มารดา/บิดาเลี้ยง                      6. มารดา/บิดาบุญธรรม  
7. เพื่อนของครอบครัว                      8.ญาติ ระบุ (เช่น ป้า).....  
9. อื่นๆ โปรดระบุ.....
4. สัญชาติ (ผู้ดูแลเท่านั้น)  
1. ไทย                      2. อื่นๆ โปรดระบุ .....
5. ศาสนา (ผู้ดูแลเท่านั้น)  
1. พุทธ                      2. คริสต์                      3. อิสลาม  
4. พราหมณ์                      5. ไม่มีศาสนา                      6. อื่นๆ โปรดระบุ .....
6. ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ดูแลหลัก  
1. ประถมต้น                      2. ประถมปลาย                      3. มัธยมต้น  
4. มัธยมปลาย                      5. ปวส.                      6.ปริญญาตรี  
7.ปริญญาโท                      8.ปริญญาเอก  
9. ไม่มีการศึกษาใดๆ                      10. อื่นๆ โปรดระบุ .....
7. สถานภาพสมรสของผู้ดูแล  
1. โสด                      2. สมรส                      3. แยกหรือหย่าร้าง  
4. หม้าย                      5. อื่นๆ โปรดระบุ.....

## 8. ภาวะการทำงานของผู้ดูแล

- |                       |                        |
|-----------------------|------------------------|
| 1. ทำงานประจำเต็มเวลา | 2. ทำงานประจำครึ่งเวลา |
| 3. พ่อบ้าน/แม่บ้าน    | 4. ทำธุรกิจส่วนตัว     |
| 5. รับจ้างตามฤดูกาล   | 6. พิจาร               |
| 7. เกษียณอายุ         | 8. ไม่ได้ทำงาน         |

## 9. จำนวนสมาชิกครอบครัว .....คน

## 10. รายได้ของครอบครัวต่อเดือนประมาณ (บาท)

- |                  |                  |
|------------------|------------------|
| 1. $\leq 2,000$  | 2. 2,001-5,000   |
| 3. 5,001-8,000   | 4. 8,001-11,000  |
| 5. 11,001-14,000 | 6. 14,001-16,000 |
| 7. $\geq 16,000$ |                  |

## 11. ภาวะการตัดสินใจเชื่อเอชไอวีของผู้ดูแล

- |  |                   |
|--|-------------------|
| 1. ตัดเชื้อ (ถ้าตัดเชื้อ โปรดตอบคำถามข้อ 12) |                   |
| 2. ไม่ตัดเชื้อ (ไม่ต้องตอบคำถามข้อ 12)       |                   |
| 3. ไม่ทราบ                                   | 4. ไม่อยากเปิดเผย |

## 12. ผู้ดูแลได้กินยาต้านไวรัสหรือไม่

- |                       |              |
|-----------------------|--------------|
| 1. กิน (นาน ..... ปี) | 2. ไม่ได้กิน |
|-----------------------|--------------|

## 13. สุขภาพของผู้ดูแลในภาพรวม

- |            |          |
|------------|----------|
| 1. ดีมาก   | 2. ดี    |
| 3. ปานกลาง | 4. ไม่ดี |
| 5. แย่     |          |

## 14. ผู้ดูแลหลักได้ดูแลเด็กคนนีมา.....ปี



3. ตั้งแต่การตรวจเมื่อ 1 เดือนที่ผ่านมา คุณซึ่งเป็นผู้ดูแลเด็กได้ใช้เครื่องมือต่าง ๆ เหล่านี้เพื่อให้มีวินัยในการรับประทานยามากขึ้นหรือไม่

เครื่องมือ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ/ จำไม่ได้
1. จลาก หรือ ป้ายสติ๊กเกอร์			
2. ปฏิทิน			
.....			
.....			
.....			
10. รายการวิทยุ			

4. คุณเคยประสบกับปัญหาหรือเคยพบกับ**ความลำบาก**ในการให้ยาเด็กหรือเปล่า กรุณาระบุตามความถี่ด้านล่างนี้การชี้ตัวปัญหา

ปัญหา/ความลำบาก	ไม่เคยเลย	7 วันที่ผ่านมา	8-30 วันที่ผ่านมา	มากกว่า 1 เดือน-3 เดือน	มากกว่า 3 เดือน	ไม่ทราบ/จำไม่ได้
1. ยาที่จะให้เด็กนั้นหมดก่อนถึงวันนัด						
2. ไม่ได้มารับยาตามนัด						
.....						
.....						
.....						
30. เด็กมั่วออกไปเล่น จึงกินยาไม่ตรงเวลา						

5. ยาต้านเอชไอวี ส่วนมากต้องกินยาตามเวลาที่กำหนด เช่น ‘วันละ 2 ครั้ง’ หรือ ‘ทุก 8 ชั่วโมง’  
คุณทำตามกำหนดเวลาการใช้ยาของเด็กมากน้อยเพียงใด

ไม่ทำตามเลย

ทำตามบ้าง

ทำตามประมาณครึ่งหนึ่ง

ทำตามส่วนมาก

ทำตามตลอดเวลา

6. ถ้ายาที่เด็กกินมีคำสั่งพิเศษ เช่น ‘รับประทานพร้อมอาหาร’ หรือ ‘รับประทานตอนท้องว่าง’  
คุณระบุด้วย มีคำแนะนำพิเศษอะไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

คุณทำตามคำสั่งพิเศษดังกล่าวบ่อยมากน้อยแค่ไหน

ไม่ทำตามเลย

ทำตามบ้าง

ทำตามประมาณครึ่งหนึ่ง

ทำตามส่วนมาก

ทำตามตลอดเวลา

7. โดยทั่วไปแล้วท่านคิดว่ายาแบบต่อไปนี้จะสะดวกต่อท่านในการให้ยาเด็ก

1. ยาน้ำ	ใช่	ไม่ใช่
2. ยาเม็ด	ใช่	ไม่ใช่
3. ยาผง	ใช่	ไม่ใช่
4. แค็ปปซูล	ใช่	ไม่ใช่
5. อื่นๆ (ระบุ).....	ใช่	ไม่ใช่

8. เด็กของท่านชอบกินยาแบบไหน

1. ยาน้ำ	ใช่	ไม่ใช่
2. ยาเม็ด	ใช่	ไม่ใช่
3. ยาผง	ใช่	ไม่ใช่
4. แค็ปปซูล	ใช่	ไม่ใช่
5. อื่นๆ (ระบุ).....	ใช่	ไม่ใช่

9. ลักษณะของยา (เช่น ผง น้ำ เม็ด) สร้างความลำบากในการให้ยาหรือไม่

ใช่

ไม่ใช่

ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

ถ้า “ใช่” ทำไม่ถึงสร้างความลำบาก

.....

.....

10. คุณทราบไหมว่ามีวิธีที่ง่ายในการให้ยาด้านไวรัสแก่เด็กหรือไม่?

ทราบ

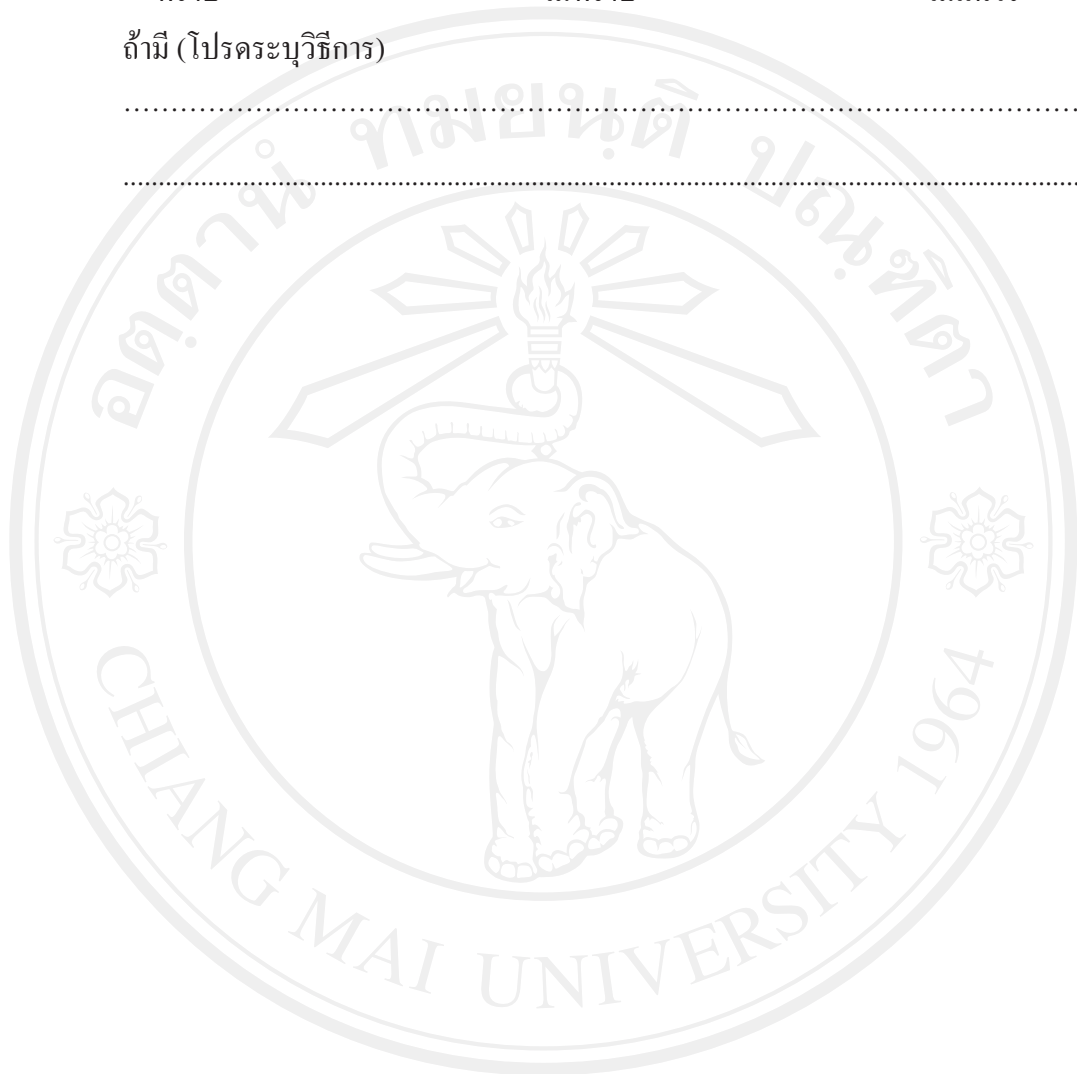
ไม่ทราบ

ไม่แน่ใจ

ถ้ามี (โปรดระบุวิธีการ)

.....

.....



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved

### ส่วน 3. ความรู้และความเข้าใจ

1. คุณทราบหรือไม่ว่าทำไมเด็กจึงต้องกินยา

ทราบ

ไม่ทราบ

ไม่แน่ใจ

ถ้า “ทราบ” โปรดระบุ.....

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	ไม่แน่ใจ
2. การกินยาต้านไวรัสสามารถรักษาโรคเอช.ไอ.วี.ให้หายได้ใช่หรือไม่				
3. ไวรัสของโรคเอดส์สามารถคือยาต้านไวรัสบางชนิดได้ถ้าไม่กินตามคำสั่งของแพทย์ใช่หรือไม่				
.....				
.....				
.....				
10. การกินยาต้านไวรัสจะทำให้คนที่กินยามีอายุยืนยาวมากขึ้นใช่หรือไม่				



#### ส่วน 4. ทักษะคิดและความคิดเห็นของตนเอง

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ฉันมั่นใจว่ายาต้านไวรัสจะช่วยให้เด็กของฉัน				
2. ฉันคิดว่าฉันทำตามคำแนะนำของแพทย์ ได้ทุกอย่าง				
.....				
.....				
.....				
10. ฉันเชื่อว่าฉันทราบดีว่าสิ่งไหนที่ดีที่สุดแก่เด็ก ของฉันและถ้าฉันทำได้ฉันก็จะทำ				

#### ส่วน 5. สถานการณ์ในคลินิกและการสนับสนุน

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
1. แพทย์ หรือ เจ้าหน้าที่พยาบาลได้ให้ข้อมูลที่ จำเป็นเรื่องยาต้านไวรัสแก่คุณ				
2. คุณรู้สึกสบายใจที่จะพูดคุยกับแพทย์ หรือ เจ้าหน้าที่พยาบาลเรื่องยาต้านไวรัส				
.....				
.....				
.....				
13. ฉันรู้สึกพอใจเกี่ยวกับคำแนะนำเรื่องยาต้าน ไวรัส				

14. คุณได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุน <u>ด้านการเงิน</u> จากบุคคลต่อไปนี้ ในการดูแลเด็กของคุณมากน้อยแค่ไหน	ไม่สนับสนุนเลย	สนับสนุนเล็กน้อย	สนับสนุนบ้าง	สนับสนุนมาก	ตอบไม่ได้
สามี/ภรรยา (แฟน)					
แพทย์/บุคลากรทางสุขภาพ					
กลุ่มผู้ติดเชื้อ					
บุคคลในครอบครัว					
คนอื่น ๆ/โปรดระบุ.....					
15. คุณได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุน <u>ด้านกำลังใจ</u> จากบุคคลต่อไปนี้ ในการดูแลเด็กของคุณมากน้อยแค่ไหน?					
สามี/ภรรยา (แฟน)					
แพทย์/บุคลากรทางสุขภาพ					
กลุ่มผู้ติดเชื้อ					
บุคคลในครอบครัว					
16. คุณได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากบุคคลต่อไปนี้ในการ <u>ให้ยาด้านไวรัส</u> กับเด็กของคุณอย่างถูกต้องมากน้อยแค่ไหน?					
สามี/ภรรยา (แฟน)					
แพทย์/บุคลากรทางสุขภาพ					
กลุ่มผู้ติดเชื้อ					
บุคคลในครอบครัว					

หมายเหตุ โปรดตอบแบบสอบถาม ข้อ a-c หลังจากสัมภาษณ์ผู้ดูแลแล้ว

a. แบบสอบถามถูกกรอกทั้งหมดในคราวนี้หรือไม่?

1. ใช่
2. ไม่ใช่

ระบุสาเหตุที่ไม่ได้กรอกแบบสอบถามทั้งหมด:

- 1 – ผู้ดูแลหลักไม่ยอมให้สัมภาษณ์
- 2 – คนไข้ไม่มา
- 3 – มีเวลาไม่พอ
- 4 – ผู้ดูแลหลักไม่ว่าง
- 5 – ผู้ดูแลไม่พอใจ/ไม่ต้องการตอบคำถาม
- 6 – อื่นๆ โปรดระบุ .....

b. ใครเป็นคนตอบคำถาม?

- 1 – มารดา
- 2 – บิดา
- 3 –ญาติคนอื่น ระบุ .....
- 4 – มารดาหรือบิดาเลี้ยง ระบุ .....
- 5 – มารดาหรือบิดาบุญธรรม ระบุ .....
- 6 – อื่นๆ โปรดระบุ .....

c. ใครเป็นคนรับผิดชอบการให้ยาคนไข้?

- 1 – ผู้ดูแลหลักรับผิดชอบ
- 2 – ผู้ดูแลหลักและคนอื่น ระบุ .....
- 3 – อื่นๆ โปรดระบุ .....

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright © by Chiang Mai University  
All rights reserved

ล. ผู้สัมภาษณ์ .....

วันที่...../...../.....

## APPENDIX E

## DATA EXTRACTION FORM

## From children's medical records

Name ..... Sex ..... Caregiver's code #.....

Age ..... years ..... months

Caregiver (mother/father etc.).....

Start ARV (date) .....


Duration on ARV ..... years ..... months

ARV medication	P – Powder C – Capsule T – Tablet S - Syrup	Pills each dose	Doses per day	Special Instructions
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Last CD4 count ..... When .....

Last Viral Load ..... When .....

All rights reserved

**CURRICULUM VITAE**

**Name** Mrs. Joanne Hendry

**Date of birth** November 1<sup>st</sup>, 1974

**Education**

**1997** BSc. Behavioural Science  
School of Social and Health Sciences  
University of Abertay, Scotland

**Place of work** Research and International Relations Section  
Faculty of Nursing, Chiang Mai University  
Chiang Mai, 50200, Thailand  
Tel: 66 53 945012  
Fax: 66 53 217145  
Email: [joanne@chiangmai.ac.th](mailto:joanne@chiangmai.ac.th)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved