

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นพ. วันเฉลิม จิตคำริห์

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจะนะ

ประสบการณ์หรือความเชี่ยวชาญ

- รับผิดชอบให้บริการคลินิกตามโครงการยาด้านไวรัส
เอดส์ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลจะนะ

2. นางภัตตรา มยาเสศ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

หัวหน้างานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร

ประสบการณ์หรือความเชี่ยวชาญ

- รับผิดชอบงานตามโครงการดูแลผู้ป่วยเอดส์
อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องจังหวัดชุมพร
- การประเมินผลการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
จังหวัดชุมพร พ.ศ.2548 (โดยใช้CIPP MODEL)

3. ญ.ธัญวรัตน์ อุทธิจันทร์

เภสัชกรชำนาญการ

หัวหน้างานเภสัชกรรม

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา

ประสบการณ์หรือความเชี่ยวชาญ

- รับผิดชอบการบริหารจัดการเวชภัณฑ์และนิเทศติดตาม
การให้บริการยา เวชภัณฑ์มีใช้ยา ในการควบคุม
การระบาดของโรคเอดส์โรคในเขตภาคใต้ตอนล่าง
- เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางวิชาการเรื่องการใช้ยา
ต้านไวรัส ในการให้บริการโครงการยาด้านไวรัสเอดส์
ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาล
ชุมชนในเขตภาคใต้ตอนล่าง

ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม



แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ในระดับปริญญาโท สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ วิชาเอกบริหาร โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ความรู้ รวมถึงเจตคติต่อความร่วมมือในการรักษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพรเพื่อให้ทราบถึงพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งคาดว่าจะจะเป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนปรับเปลี่ยนและส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม คำตอบของท่านมีคุณค่าอย่างยิ่งต่องานวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่ได้รับจากท่านไว้เป็นความลับ โดยจะนำไปใช้เพื่อสรุปผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงและสมบูรณ์จะช่วยให้การวิจัยดำเนินไปด้วยความถูกต้อง ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดตอบแบบสอบถามตามความคิดเห็นของท่านอย่างรอบคอบให้ครบทุกข้อ

แบบสอบถามนี้ แบ่งออกเป็น 4 ตอน มีจำนวน 10 หน้า

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะ

แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ(Check-list) และเติมคำลงในช่องว่าง มีจำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ลักษณะ

แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check-list) มีจำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเจตคติต่อความร่วมมือในการรักษา ลักษณะแบบสอบถามเป็น

แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) มีจำนวน 15 ข้อ

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ลักษณะแบบสอบถาม

เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) มีจำนวน 15 ข้อ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่างและใส่เครื่องหมาย (x) ในช่อง () หน้าข้อความที่ตรงกับผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ () ชาย
() หญิง
2. อายุของท่าน.....ปีเดือน
3. การศึกษาสูงสุดของท่าน
() ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษา
() อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
() ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
() สูงกว่าปริญญาตรี
4. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน..... บาท
5. ท่านรับยาต้านไวรัสเอดส์ เมื่อเดือน.....พ.ศ.....

ตอนที่ 2 แบบสอบถามทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย x ทับตัวอักษร ก ข ค หรือ ง ในข้อที่ถูกต้องที่สุด

1. ข้อใดเป็นลักษณะของผู้ป่วยที่จะต้องรับยาในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์
 - ก. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ร่างกายแข็งแรง ไม่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส
 - ข. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่มีความพร้อมในการกินยาอย่างต่อเนื่อง
 - ค. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีระดับซีดีโฟร์ต่ำกว่า 350
 - ง. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์หลังคลอดที่มีระดับซีดีโฟร์สูงกว่า 350
2. ข้อใดไม่ใช่สาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
 - ก. การใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
 - ข. การพักอาศัยบ้านเดียวกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
 - ค. การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
 - ง. ลูกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ซึ่งไม่ได้กินยาต้านไวรัสเอดส์
3. ข้อใดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
 - ก. วัณโรค
 - ข. ภาวะแพ้อาหาร

- ค. เบาหวาน
- ง. ความดันโลหิตสูง
4. ข้อใดไม่ใช่ประโยชน์ของการกินยาต้านไวรัสเอดส์
- ก. ช่วยให้หายจากโรค
- ข. ช่วยให้สามารถมีชีวิตเหมือนคนปกติที่ไม่เป็นโรค
- ค. ช่วยเพิ่มระดับภูมิคุ้มกัน
- ง. ช่วยลดการติดเชื้อฉวยโอกาส
5. ข้อใดไม่ใช่อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้จากการกินยาต้านไวรัสเอดส์
- ก. แก้มตอบ แขนขาลีบ
- ข. ซาตามปลายมือปลายเท้า
- ค. คลื่นไส้อาเจียน
- ง. อ้วน น้ำหนักขึ้น
6. ข้อใดสำคัญที่สุดในการกินยาต้านไวรัสเอดส์
- ก. กินยาพร้อมอาหาร
- ข. กินยาตรงตามขนาดและเวลาที่กำหนด
- ค. ดื่มน้ำตามมากๆ หลังกินยา
- ง. กินยาห่างจากผลไม้ นม หรือยาอื่นๆ ที่ระบุบนฉลากว่าห้ามกินพร้อมกัน
7. ข้อใดไม่ถูกต้องหากท่านสงสัยว่ามีอาการแพ้ยาต้านไวรัสเอดส์
- ก. ไม่บอกใคร สังเกตอาการเองที่บ้าน
- ข. รีบไปโรงพยาบาลเพื่อปรึกษาเภสัชกร แพทย์ หรือพยาบาล
- ค. รีบโทรศัพท์ปรึกษาเภสัชกร แพทย์ หรือพยาบาล
- ง. รีบไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านเพื่อปรึกษาบุคลากรสาธารณสุข
8. การปฏิบัติข้อใดที่ทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ล้มเหลว
- ก. กินยาต้านไวรัสเอดส์สูตรเดิม
- ข. กินยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ
- ค. กินยาต้านไวรัสเอดส์ร่วมกับอาหารเสริม
- ง. กินยาต้านไวรัสเอดส์ร่วมกับยาลดไขมัน
9. ข้อใดไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการเก็บรักษาและการใช้ถุงยางอนามัย
- ก. ตรวจสอบว่ายังไม่หมดอายุก่อนใช้
- ข. ตรวจสอบว่าซองไม่ชำรุดหรือฉีกขาดก่อนใช้

ค. เลือกใช้ในขนาดที่เหมาะสม

ง. เก็บรักษาไว้ที่อุณหภูมิสูง

10. ข้อใดเป็นหลักการรับประทานอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

ก. กินอาหารที่สด สะอาด ให้ครบ 5 หมู่

ข. กินอาหารสุกๆดิบๆ

ค. กินอาหารที่มีไขมันสูง

ง. กินอาหารรสจัด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อความร่วมมือในการรักษา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย x ลงในช่องข้อความที่ตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริงของท่านเกี่ยวกับ
เรื่องการรักษา

ระดับ 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ระดับ 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน

ระดับ 3 หมายถึง ข้อความนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึกของท่าน

ระดับ 2 หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ระดับ 1 หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

เจตคติต่อความร่วมมือ ในการรักษา	ระดับความรู้สึก				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	5	4	3	2	1
1. ท่านเข้ารับบริการในโครงการยา ต้านไวรัสเอดส์เนื่องจากเชื่อว่าการ ปฏิบัติตามคำแนะนำและการใช้ยา ที่ถูกต้องจะทำให้ท่านมีชีวิตรที่ยืนยาว ขึ้น					
2. ท่านเชื่อว่าการกินยาถูกต้อง ตรง เวลาและต่อเนื่องสามารถลดความเสี่ยง ต่อภาวะดื้อยาด้านไวรัสเอดส์					

เจตคติต่อความร่วมมือ ในการรักษา	ระดับความรู้สึก				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	5	4	3	2	1
3. ท่านเชื่อว่าการรักษาด้วยยา ต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องส่งผลให้ อาการแทรกซ้อนเช่น ปอดอักเสบและ เชื้อราในสมองลดลง					
4. ท่านเชื่อว่าสามารถหยุดการกินยา ต้านไวรัสเอดส์เองได้ หากท่านรู้สึก ตนเองแข็งแรงดี					
5. ท่านรู้สึกว่าการรักษาด้วยยาต้าน ไวรัสเอดส์ มีโทษจากอาการข้างเคียง ของยามากกว่ามีประโยชน์ในการ รักษา					
6. ท่านเชื่อว่าการใช้ถุงยางอนามัย ช่วยลดความเสี่ยงในการติดโรค ทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์					
7. ท่านเชื่อว่าการซื้อบริการทางเพศ มีความเสี่ยงต่อการติดโรค ทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์					
8. ท่านเชื่อว่าอาหารที่มีประโยชน์ ต่อร่างกายเช่น ข้าว แป้ง เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ และน้ำสะอาด ช่วยให้ระบบ ภูมิคุ้มกันดีขึ้น					
9. ท่านเชื่อว่าการบริโภคอาหารที่อ้วน เพียงพอ ครบ 3 มื้อ ช่วยให้ร่างกาย แข็งแรง					

เจตคติต่อความร่วมมือในการรักษา	ระดับความรู้สึก				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	5	4	3	2	1
10. ท่านเชื่อว่าการดื่มสุรา เครื่องดื่มชูกำลัง มีผลดีต่อสุขภาพสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์					
11. ท่านรู้สึกว่าการรับยาตามนัด <u>ไม่</u> จำเป็น เพราะยังคงมียาต้านไวรัสเอดส์เก่าเหลืออยู่					
12. ท่านรู้สึกว่าการ <u>ไม่</u> มารับยาด้านไวรัสเอดส์ตามนัดเป็นผลดี เพราะไม่ต้องเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม					
13. ท่านเชื่อว่าสามารถขอรับยาด้านไวรัสเอดส์ได้จากโรงพยาบาลอื่นได้ โดยไม่ต้องปรึกษาแพทย์ผู้รักษาล่วงหน้า					
14. ท่านรู้สึกเห็นด้วยในคำแนะนำเรื่องการใช้ยาและการดูแลสุขภาพจากบุคลากรที่ผู้ให้คำปรึกษาในโครงการยาด้านไวรัสเอดส์ที่โรงพยาบาล					
15. ท่านรู้สึก <u>ไม่</u> ไว้วางใจในตัวบุคลากรผู้ให้การรักษาทำให้ไม่อยากตอบคำถามเกี่ยวกับการใช้ยา การรักษาสุขภาพและข้อมูลส่วนตัวของท่าน					

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย x ลงในช่องข้อความที่ตรงกับที่ท่านปฏิบัติได้จริงในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

ระดับ 3 หมายถึง ปฏิบัติตามพฤติกรรมดังกล่าวทุกครั้งหรือสม่ำเสมอ

ระดับ 2 หมายถึง ปฏิบัติตามพฤติกรรมดังกล่าวเป็นบางครั้งและไม่สม่ำเสมอ
เป็นความจริงเพียงครั้งเดียว

ระดับ 1 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติตามพฤติกรรมดังกล่าว

พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา	ระดับการปฏิบัติ		
	สม่ำเสมอ	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
	3	2	1
1. ยาด้านไวรัสเอดส์ที่กำหนดให้กินทุก 12 ชั่วโมง ท่านกินเวลาเดิมตรงเวลาทุกวัน เช่น 8.00 น. และ 20.00 น.			
2. ท่านกินยาตามคำสั่งที่ระบุบนฉลากยา ของโรงพยาบาลทุกครั้ง ตัวอย่างเช่น ท่านได้รับยา ที่ฉลากระบุ กินครั้งละ 2 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน ท่านก็ปฏิบัติตามนั้น			
3. ท่านกินยาด้านไวรัสเอดส์ครบทุกมื้อ			
4. ท่านหยุดยาเองและไม่มาหาหมอเมื่อสงสัยว่าเกิด อาการข้างเคียงจากยาหรือแพ้ยาด้านไวรัสเอดส์			
5. ท่านหยุดยาด้านไวรัสเอดส์เองเมื่อรู้สึกว่าตนเอง แข็งแรงดี			
6. ท่านมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย			
7. ท่านมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่ใช่สามีหรือภรรยา ของตน			
8. ท่านดูแลสุขภาพตนเองอย่างเคร่งครัด โดยรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น ข้าว แป้ง เนื้อสัตว์ ผักผลไม้ และน้ำสะอาด			

พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา	ระดับการปฏิบัติ		
	สม่ำเสมอ	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
	3	2	1
9. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มชูกำลัง			
10. ท่านกินอาหารที่เพียงพอ ครบ 3 มื้อ			
11. ท่านมาขอรับยาต้านไวรัสเอดส์ก่อนวันนัด เนื่องจากไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม			
12. ท่านมารับยาต้านไวรัสเอดส์หลังวันนัด เพราะกินยาไม่สม่ำเสมอ ทำให้มียาเหลือ			
13. ท่านกินยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่อง เพราะไม่สามารถมาตามนัดได้			
14. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมในคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ ที่มีในโรงพยาบาล			
15. ท่านให้ข้อมูลที่เป็นความจริงแก่แพทย์ พยาบาล และเภสัชกรในเรื่องการปฏิบัติเกี่ยวกับการกินยา และการดูแลสุขภาพของตัวท่านเอง			