





ภาคผนวก ก

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ชุดที่.....

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปีเดือน
() 20-39 ปี
() 40-59 ปี () 60 ปีขึ้นไป
3. สถานภาพสมรส
() โสด
() คู่ () หม้าย/หย่า/แยก
4. ระดับการศึกษา
() ชั้นประถมศึกษา () ชั้นมัธยมศึกษา
() อนุปริญญา () ปริญญาตรี หรือสูงกว่าปริญญาตรี
5. ปัจจุบันประกอบอาชีพ หรือไม่
() ไม่ได้ประกอบอาชีพ เนื่องจาก.....
อาชีพที่เคยทำ
() ประกอบอาชีพ
() เกษตรกร () รับจ้าง
() ค้าขาย () นักเรียน/นักศึกษา
() รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
6. รายได้บาท/เดือน
() ไม่พอเพียง
() มีหนี้สิน () ไม่มีหนี้สิน
() พอเพียง

ข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้จากบันทึกเวชระเบียน (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูล)

7. ระดับ CD₄ ก่อนรับยาต้านไวรัส เมื่อวันที่

ผล lab อื่น ๆ CBC.....

ALT.....

ระดับ CD₄ ปัจจุบัน เมื่อวันที่

8. ยาต้านไวรัสที่ได้รับ

ได้รับยาต้านไวรัสมาแล้ว ปีเดือน (วันที่..... เดือน..... พ.ศ.)

9. การได้รับยาป้องกันโรคติดเชื้ออวัยวะ

() ไม่ได้ () ได้ ได้แก่ () Cotrimoxazole ได้มา ปี เดือน

() fluconazole ได้มา ปี เดือน

() อื่น ๆ ได้มาปีเดือน

ส่วนที่ 2 : แบบสอบถามพฤติกรรมการณ์การดูแลตนเอง

คำชี้แจง : แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับพฤติกรรม หรือการ

ปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส โดยผู้ตอบแบบสอบถามอ่านข้อคำถาม แล้ว

ทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับพฤติกรรม หรือการปฏิบัติตัวของผู้ตอบโดยแต่ละข้อคำตอบ

มีความหมายดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เป็น

ประจำสม่ำเสมอ ทุกครั้ง

โดยใช้สัญลักษณ์ 

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เป็น

ส่วนมาก หรือเกือบทุกครั้ง

โดยใช้สัญลักษณ์ 

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เป็นบางครั้ง

หรือบางวัน

โดยใช้สัญลักษณ์ 

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ น้อยครั้ง

หรือเกือบไม่ปฏิบัติเลย

โดยใช้สัญลักษณ์ 

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ผู้ตอบไม่มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เลย

โดยใช้สัญลักษณ์ 

กิจกรรมการดูแลตนเอง	ปฏิบัติ ประจำ 	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง 	ปฏิบัติ บางครั้ง 	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง 	ไม่ปฏิบัติ เลย 
1. เมื่อมีปัญหาไม่เข้าใจเกี่ยวกับเอดส์และยาต้านไวรัส ท่านหาความรู้, ข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ					
2. เมื่อมีข้อสงสัยเรื่องโรคเอดส์ และยาต้านไวรัส ท่านอ่านหนังสือ / เอกสาร / แผ่นพับ					
3. ท่านพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้/การปฏิบัติตัวกับเพื่อนผู้ติดเชื้อ					
4.....					
5.....					
6.....					
47.....					
48.....					
49.....					
50.....					



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรงความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

1. แพทย์หญิงเพ็ญศรี มโนวีรสรณ์
โรงพยาบาลพิจิตร จังหวัด พิจิตร
2. ดร. ชมนาด วรรณพรศิริ
อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช พิษณุโลก
3. ดร. สุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา
อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
4. นางสาวเพ็ญศรี เอี่ยมเก็บ
พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
5. นางสาวธรรทิพย์ อิมทรัพย์
พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลท่าตะโก อำเภอ ท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์



ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์



เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ

ชื่อโครงการ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส
Self – care behaviors of AIDS patients with antiretroviral agent

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางพุทธวรรณ ศิวะเทพิกุล

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา ศ.ดร.ประนอม โอทกานนท์

เลขที่โครงการ/รหัส 49 02 02 0048

สังกัดหน่วยงาน/คณะ พยาบาลศาสตร์

การรับรอง ขอรับรองโครงการวิจัยดังกล่าวข้างบนนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรอง
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
ครั้งที่ 12/2549 เมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน 2549

ประเภทการรับรอง รับรองแบบเร่งรัด

ลงนาม

วิบูลย์ วัฒนานทร

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิบูลย์ วัฒนานทร)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการ

INFORMED CONSENT FORM

การวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส

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

ข้าพเจ้า (นาย/ นาง/ นางสาว).....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

บัตรประชาชน / ข้าราชการเลขที่.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย เพื่อให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย อย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยได้ตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ไม่ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการนี้ด้วยความเต็มใจ และมีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ข้าพเจ้าอนุญาตให้ผู้วิจัยเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ตามที่ผู้วิจัยเห็นสมควร ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ (โดยไม่เปิดเผย ชื่อ - นามสกุล) และจะเปิดเผยได้ในรูปแบบที่เป็นผลสรุปของการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดปัญหาใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าสามารถติดต่อได้ที่ นาง พุทธวรรณ ศิวเวทีกุล โรงพยาบาลโพทะเล อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร 66130 หมายเลขโทรศัพท์ 056 - 681115 ต่อ 114

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

ลงนาม..... () ผู้เข้าร่วมโครงการ
ลงนาม..... () ผู้วิจัย
ลงนาม..... () พยาน
ลงนาม..... () พยาน