

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. แพทย์หญิงกนกกรัตน์ เพชรศรีจันทร์

การศึกษา

- แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- วุฒิปัตราวุฒิสถาบัน วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

ประสบการณ์การทำงาน

- นายแพทย์เชี่ยวชาญ ในคลินิกโรคติดเชื้อไวรัส โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์

2. นายแพทย์วุฒิเศรษฐ์ นันทเมือง

การศึกษา

- แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล (ศิริราชพยาบาล)
- วุฒิปัตราวุฒิสถาบัน มหาวิทยาลัยมหิดล (ศิริราชพยาบาล)
- อาวุฒิสถาบันโรคติดเชื้อ มหาวิทยาลัยมหิดล (ศิริราชพยาบาล)

ประสบการณ์การทำงานที่และงานวิจัย

- นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ประจำคลินิกโรคติดเชื้อไวรัส อายุรกรรมทั่วไป และอายุรกรรมโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลราชบุรี
- งานวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับเม็ดเลือดขาว CD4 ในผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ที่ตรวจไม่พบเชื้อไวรัสในกระแสเลือด

3. นายแพทย์อนอมศักดิ์ สะนนท์

การศึกษา

- แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- วุฒิปัตราวุฒิสถาบัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประสบการณ์การทำงาน

- นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ประจำคลินิกผู้รับยาต้านไวรัส และอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลหลังสวน

4. แพทย์หญิงยิ่งลักษณ์ วัชรานันท์

การศึกษา

- แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร
- วุฒิปรีชาคุณศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล (รามธิบดี)

ประสบการณ์การทำงาน

- นายแพทย์ชำนาญการประจำคลินิกผู้รับยาต้านไวรัส และอายุรกรรมทั่วไป
โรงพยาบาลหลังสวน

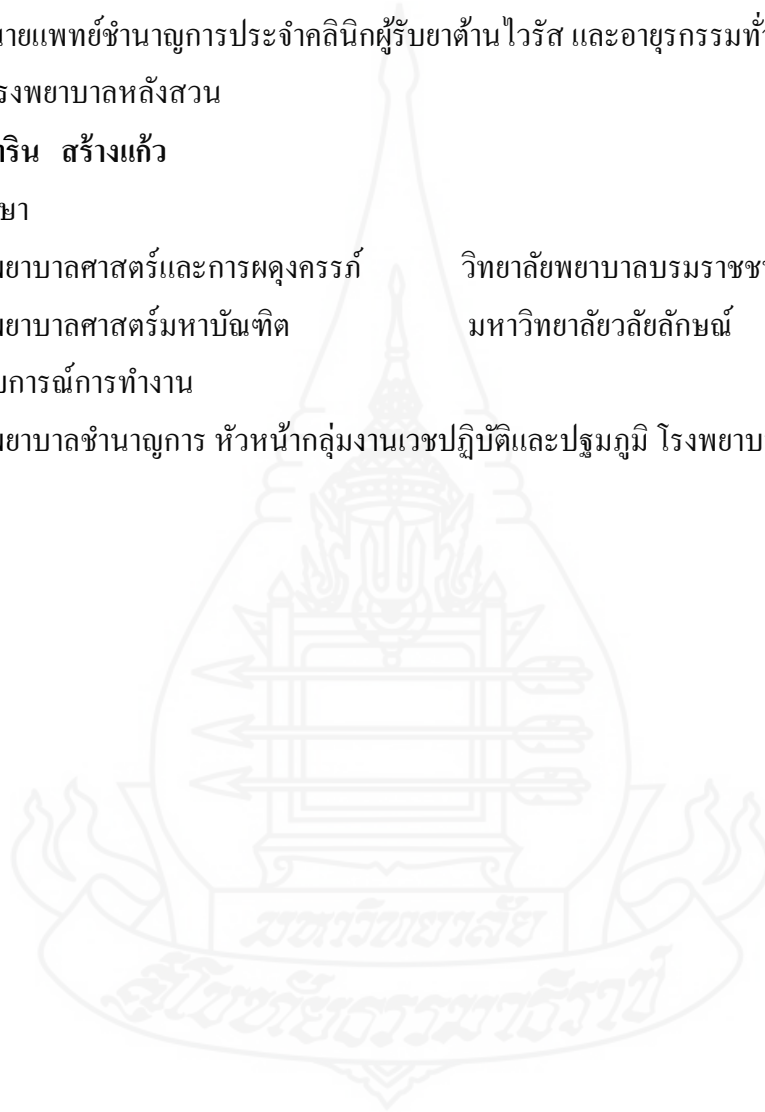
5. นางพัทริณ สว่างแก้ว

การศึกษา

- พยาบาลศาสตร์และการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ประสบการณ์การทำงาน

- พยาบาลชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติและปฐมภูมิ โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน



**แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดชุมพร**

ชื่อ – ผู้ทรงคุณวุฒิ.....

ข้อ	ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			ข้อเสนอแนะ	
		สอดคล้อง	ไม่แน่ใจ	ไม่สอดคล้อง	ควรตัดออก	ควรปรับปรุงข้อคำถาม ดังนี้ (โปรดระบุ)
	ตอนที่ 1.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและการสนับสนุนทางสังคม					
1	เพศ					
2	อายุ					
3	น้ำหนัก					
4	ส่วนสูง					
5	ระดับการศึกษา					
6	อาชีพ					
7	รายได้ส่วนตัวต่อเดือน					
8	สถานภาพสมรส					
9	การสนับสนุนจาก องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น					
10	บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยใน ปัจจุบัน					
11	ผู้ดูแล					
12	การเปิดเผยข้อมูลการ ติดเชื้อเอชไอวี แก่คน ครอบครัว/ผู้อื่น					

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ชุดที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อ	ข้อความถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			ข้อเสนอแนะ	
		สอดคล้อง	ไม่แน่ใจ	ไม่สอดคล้อง	ควรตัดออก	ควรปรับปรุงข้อความถาม ดังนี้ (โปรดระบุ)
	ตอนที่ 1.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลการรักษา					
13	ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส					
14	ระดับCD4 เมื่อเริ่มรับยาต้านไวรัส					
15	ระดับCD4ปัจจุบัน (หรือล่าสุด)					
16	จำนวนเชื้อเอชไอวี (Viral load)					
17	โรคประจำตัวอื่นๆ					
18	ชนิดของยาต้านไวรัส					
19	จำนวนมือที่รับประทานยา					

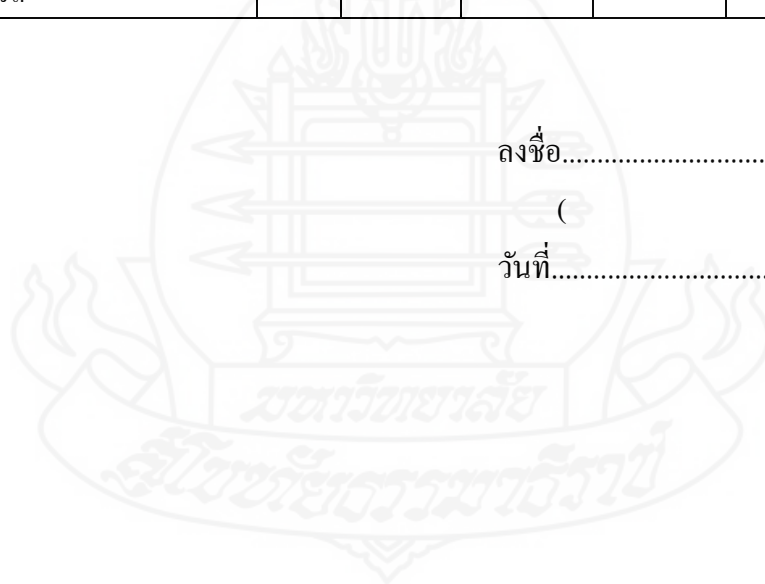
ชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส

ข้อ	ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			ข้อเสนอแนะ	
		สอดคล้อง	ไม่แน่ใจ	ไม่สอดคล้อง	ควรตัดออก	ควรปรับปรุงข้อความ ดังนี้ (โปรดระบุ)
1	ท่านรับประทานยาต้านไวรัสทุกวัน					
2	ท่านรับประทานยาตามจำนวนเม็ดที่แพทย์สั่ง					
3	ท่านรับประทานยาครบตามจำนวนมือของยาต้านไวรัส					
4	ท่านรับประทานยาต้านไวรัสตรงเวลา					
5	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายในการรับประทานยาต้านเชื้อไวรัส					

ลงชื่อ.....

()

วันที่.....



ภาคผนวก ข

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย



แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง

การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดชุมพร

คำชี้แจง

1. กรุณากรอกแบบสอบถามตามความเป็นจริงและครบทุกข้อ เพื่อสามารถนำข้อมูลไปวิเคราะห์และสรุปผลการศึกษาได้อย่างถูกต้อง ชัดเจน

2. แบบสอบถามนี้เป็นการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดชุมพร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยและความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดชุมพร ผลการศึกษานี้ เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการกำหนดแนวทางในการวางแผนดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ให้ผู้บริหารสามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่ ต่อไป

3. การตอบแบบสอบถาม ท่านสามารถเลือกตอบได้อย่างเสรี และคำตอบของท่าน ผู้ศึกษาถือว่าเป็นความลับ และการนำเสนอผลการศึกษาจะเป็นลักษณะภาพรวม ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา

ตอนที่ 1.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ

ตอนที่ 1.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลการรักษา จำนวน 7 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัส จำนวน 5 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ จำนวน 26 ข้อ

ขอขอบพระคุณท่านที่กรุณาเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามชุดนี้

นายวิษณุ อนิลบล

นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขมหาบัณฑิต

ผู้ศึกษา

ชุดที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ตอบ

แบบสอบถาม

ตอนที่ 1.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง ที่ตรงกับสภาพเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ ☐ หญิง ☐ ชาย
2. อายุปี (เต็มตาม พ.ศ.)
3. น้ำหนัก ก่อนทานยาต้านไวรัสกิโลกรัม
หลังทานยาต้านไวรัสกิโลกรัม
4. ส่วนสูงเซนติเมตร
5. ระดับการศึกษา

☐ ไม่ได้เรียน	☐ ประถมศึกษา	☐ มัธยมศึกษาตอนต้น
☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	☐ อนุปริญญา/ปวส.	
☐ ต่ำกว่าปริญญาตรี	☐ ปริญญาตรี	☐ ปริญญาตรีขึ้นไป
6. อาชีพ

☐ รับราชการ/รัฐสาหกิจ	☐ พนักงานมหาวิทยาลัย	☐ พนักงานบริษัท
☐ ลูกจ้าง	☐ รับจ้าง	☐ นักเรียน/นักศึกษา
☐ ค้าขาย/อาชีพอิสระ	☐ เกษตรกร/ประมง	☐ อื่น ๆ (ระบุ).....
7. รายได้ส่วนตัวต่อเดือนบาท
8. สถานภาพสมรส

☐ โสด	☐ แต่งงานแล้ว	☐ อยู่กินกับคู่
☐ แยกกันอยู่	☐ หย่าร้าง	☐ หม้าย
9. การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 - 9.1 ท่านได้รับเงินสนับสนุนจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

☐ ไม่ได้รับ	☐ ได้รับ (โปรดระบุ) จำนวนเงิน.....บาท
------------------------------------	--

10. บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน

- ☐ คนเดียว ☐ คู่สมรส ☐ บิดา/มารดา
☐ บุตร ☐ ญาติพี่น้อง ☐ เพื่อนบ้าน

11. ผู้ดูแล

- ☐ ไม่มี ☐ คู่สมรส ☐ บิดา/มารดา
☐ บุตร ☐ ญาติพี่น้อง ☐ เพื่อนบ้าน

12. ท่านเปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวี แก่คนรอบครัว/ผู้อื่นหรือไม่

- ☐ ไม่เปิดเผย ☐ เปิดเผยกับคนในครอบครัว ☐ เปิดเผยกับบุคคลอื่นที่ไว้วางใจ

ตอนที่ 1.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลการรักษา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง ที่ตรงกับสภาพเป็นจริงของท่านมากที่สุด

13. ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสปี(เต็มตาม พ.ศ.)
 14. ระดับ CD4 เมื่อเริ่มรับยาต้านไวรัสเซลล์/ไมโครลิตร
 15. ระดับ CD4 ปัจจุบัน(หรือล่าสุด)เซลล์/ไมโครลิตร
 16. จำนวนเชื้อเอชไอวี (Viral load) copies/mL
 17. โรคประจำตัวอื่นๆ ☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ).....
 18. ชนิดของยาต้านไวรัส ☐ ชนิดยารวมเม็ดเดียว ☐ ชนิดยาสูตรหลายเม็ด
 19. จำนวนมือที่รับประทานยาต้านไวรัส ☐ วันละครั้ง ☐ วันละ 2 ครั้ง

ชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้ จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่านในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวเองและประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยมีคำถาม 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ในกิจกรรมนั้น ท่านไม่เคยปฏิบัติเลยในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
 ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ในกิจกรรมนั้น ท่านได้ปฏิบัติเพียง 1-2 วันในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่าน

มา
 ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ในกิจกรรมนั้น ท่านได้ปฏิบัติ 3-4 วันในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
 ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ในกิจกรรมนั้น ท่านได้ปฏิบัติ 5-6 วัน ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
 ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ในกิจกรรมนั้น ท่านได้ปฏิบัติเป็นประจำทุกวันในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่าน

ข้อที่	คำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
1	ท่านรับประทานยาต้านไวรัสทุกวัน					
2	ท่านรับประทานยาครบตามจำนวนมือของยาต้านไวรัส					
3	ท่านรับประทานยาต้านไวรัสตรงเวลา					
4	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายในการรับประทานยาต้านเชื้อไวรัส					

ชุดที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกแบบย่อฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย(WHOQOL-BREF-THAI)

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่านในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวเองและประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยมีคำถาม 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมากหรือรู้สึกแย่มาก

เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ หรือรู้สึกแย่มาก
หมายถึง ระดับกลางๆ

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจ หรือรู้สึกดี

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด รู้สึกพอใจมาก
หรือรู้สึกดีมาก

ข้อที่	คำถาม	ไม่ เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวันไหม(ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักเพียงใด					
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆ ดีเพียงใด					

ข้อที่	คำถาม	ไม่ เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน					
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไรๆผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมา มากน้อยเพียงใด					
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน					
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆแค่ไหน					
15	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตาม ความจำเป็นเพียงใด					
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
20	ท่านมีโอกาสดำรงชีพผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					

ข้อที่	คำถาม	ไม่ เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
21	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมาก น้อยเพียงใด					
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน ของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อย เพียงใด					
23	ท่านรู้สึกว่าคุณค่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อย แค่ไหน					
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ ดีเพียงใด					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึก ทางเพศขึ้นแล้วท่าน มีวิธีการทำให้ผ่อนคลาย ลงได้ รวมถึงการช่วยตัวเองหรือ การ มีเพศสัมพันธ์)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความ เป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

ภาคผนวก ค
จริยธรรมการวิจัย





เอกสารรับรองจริยธรรมทางการวิจัย

เอกสารฉบับนี้ เพื่อแสดงว่า โครงการวิจัย

เรื่อง การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ
ในจังหวัดชุมพร

ผู้วิจัย คือ นายแพทย์วิชณุ อนิลบล

หน่วยงาน โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน

ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีแล้ว และเห็นว่า
ผู้วิจัยต้องดำเนินการตามโครงการวิจัยที่ได้กำหนดไว้แล้ว หากมีการปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขใด ๆ ควรผ่าน
ความเห็นชอบหรือแจ้งต่อคณะกรรมการจริยธรรมทางการวิจัยอีกครั้ง

ออกให้ ณ วันที่ ๒๗ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ลงชื่อ

(นายตามพ์ มุกคัมณี)

นายแพทย์ ระดับชำนาญการ

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลำดับที่ ๑๓/๒๕๖๑

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ณ.ศรีวิชัย อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี ๘๔๐๐๐
โทร (๐๗๗) ๕๑๕๖๐๐ ต่อ ๑๔๐๐, โทรสาร (๐๗๗) ๕๑๕๖๔๒

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
เรื่อง
การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษา
ในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดชุมพร

เนื่องด้วย นาย วิษณุ อนิลบล ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน กำลังศึกษาวิจัยเรื่อง การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษา ในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดชุมพร เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์ ที่รับยาต้านไวรัส ณ โรงพยาบาลรัฐ ในจังหวัดชุมพร และ ศึกษาปัจจัยเกี่ยวข้องที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่รับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลรัฐ ในจังหวัดชุมพร

ท่านเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนชื่อและนามสกุลจริงของท่านลงในแบบบันทึก และจะทำลายเมื่อการศึกษารั้งนี้สิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ท่านแต่ประการใด จะไม่มีการระบุชื่อ/ข้อมูลส่วนตัวของท่าน “จะไม่มีการเผยแพร่ภาพถ่ายหรือวิดีโอที่มีรูปของท่านแก่สาธารณะ” ในกรณีที่ผู้วิจัยจำเป็นต้องแสดงภาพถ่ายหรือวิดีโอ ให้ใช้ข้อความว่า “หากผู้วิจัยมีความจำเป็นต้องแสดงภาพถ่ายที่มีรูปของท่าน ผู้วิจัยจะระมัดระวังไม่ให้เห็นภาพหน้าทั้งหมดของท่าน และจะใช้แสดงเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น” ในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านเข้าร่วมด้วยความสมัครใจและสามารถถอนตัวเมื่อใดก็ได้โดยไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ทั้งสิ้น ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ ท่านจะไม่เสียสิทธิ์ใด และจะไม่ระบุชื่อ/ข้อมูลส่วนตัวของท่าน จึงไม่เกิดผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของท่านแต่ประการใด/ ไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลอันพึงได้รับในปัจจุบันและอนาคต (ในกรณีที่เป็นผู้ป่วย)

หากท่านมีปัญหาสงสัยหรือต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับผลการวิจัยสามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ที่ โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน โทร 0-7755-1250

หากท่านมีปัญหาสงสัยเกี่ยวกับสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ ต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติม โปรดสอบถามได้ที่ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form)

ชื่อเรื่องการวิจัย	การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดชุมพร
ชื่อผู้วิจัย	นายวิษณุ อนิลบล
ชื่อประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง	นาย/นาง/นางสาว

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
 ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ในฐานะประชากร หรือ กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจาก ผู้ให้ข้อมูล ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ทำการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติตัวที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติ ผลประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับ รวมทั้งผลข้างเคียงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย อย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ในการรับการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไปทั้งในปัจจุบันและอนาคต ณ สถานพยาบาลแห่งนี้หรือสถานพยาบาลอื่นๆ และหากเกิดมีอาการข้างเคียงหรือสิ่งอื่นใดที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ผู้วิจัย หรือผู้ที่เกี่ยวข้องในขณะนั้นทราบทันที

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะสรุปผลการวิจัยในภาพรวมของการวิจัย หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่ (ชื่อผู้วิจัย) นายวิษณุ อนิลบล
 คลินิกยาด้านไวรัส แผนกผู้ป่วยนอก รพ.ปากน้ำหลังสวน โทรศัพท์ 077-551250

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ และหลังจากลงนามแล้ว ข้าพเจ้าจะได้รับสำเนาของเอกสารฉบับนี้เก็บไว้ 1 ชุด

ลงนาม	ผู้ยินยอม/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม
(.....)	
(วันที่ เดือน พ.ศ.....)	

ลงนาม	ผู้วิจัย
(.....)	
(วันที่ เดือน พ.ศ.....)	

ลงนาม	พยาน
(.....)	(.....)
(วันที่ เดือน พ.ศ.....)	