

มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก

Burapha University

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

## รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

- |  |  |
|--|--|
| 1. นายแพทย์ชูชัย ตฤาภรณ์                         | นายแพทย์ 8<br>สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 ชลบุรี                     |
| 2. นายแพทย์อานนท์ สุวรรณภักดิ์                   | นายแพทย์ 6<br>โรงพยาบาลอ่าวอุดมอำเภอสรรพยา ชลบุรี                      |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ | อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลชุมชน<br>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 4. นางสาวพรรณทิพา ฐิติวร                         | นักวิชาการสาธารณสุข 8<br>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี                |
| 5. นางมาลี เกิดพันธุ์                            | นักวิชาการสาธารณสุข 8<br>สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 ชลบุรี          |

ภาคผนวก ข

ตารางแสดงการจับคู่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 16 การจับคู่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Matching no.	กลุ่มทดลอง (Experimental Group)						กลุ่มควบคุม (Control)							
	การสุ่มได้เข้าชั้นทะเบียนรักษาโรค		ข้อมูลกลุ่มทดลอง		ผลการตรวจเสมหะทางเชื้อไวรัส		การสุ่มได้เข้าชั้นทะเบียนรักษาโรค		ข้อมูลกลุ่มควบคุม		ผลการตรวจเสมหะทางเชื้อไวรัส			
	ก่อน	หลัง	ID	เพศ	อายุ	ก่อนเริ่มการรักษา	เมื่อสิ้นสุดการรักษาเดือนที่ 2	ก่อน	หลัง	ID	เพศ	อายุ	ก่อนเริ่มการรักษา	เมื่อสิ้นสุดการรักษาเดือนที่ 2
1	/	/						/	/					
2	/	/						/	/					
3		/						/	/					
4	/	/						/	/					
5		/						/	/					
6	/	/						/	/					
7	/	/						/	/					
8		/						/	/					
9		/						/	/					
10		/						/	/					
11	/	/						/	/					
12	/	/						/	/					

ตารางที่ 16 (ต่อ)

Matching No.	กลุ่มทดลอง (Experimental Group)				กลุ่มควบคุม (Control)							
	การสุ่มลำดับชั้น ทะเบียนรักษา วัณโรค		ข้อมูล กลุ่มทดลอง		การสุ่มลำดับชั้น ทะเบียนรักษา วัณโรค		ข้อมูล กลุ่มควบคุม		ผลการตรวจเสมหะ หาเชื้อวัณโรค			
	ก่อน	หลัง	ID	เพศ	อายุ	ก่อนเริ่มการ รักษา	เมื่อสิ้นสุด การรักษา เดือนที่ 2	ID	เพศ	อายุ	ก่อนเริ่มการ รักษา	เมื่อสิ้นสุด การรักษา เดือนที่ 2
13		/						/				
14	/							/				
15	/							/				
16	/							/				
17		/										
18	/							/				
19	/							/				
20		/										
21	/							/				
22	/							/				
23		/						/				
24		/						/				
25	/							/				

มหาวิทยาลัยบูรพา  
Burapha University

ภาคผนวก ก  
เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

## แผนการเชื่อมบ้านผู้ป่วยวัยโรคปอด

แผนการเชื่อมบ้านผู้ป่วยวัยโรคปอด ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพในการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ  
วัยโรค สร้างการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ร่วมกับการให้แรงบันดาลใจสนับสนุนทางสังคม โดย  
พยาบาลชุมชนและสมาชิกครอบครัว และดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการเชื่อมบ้านซึ่งเป็นกระบวนการเชิงรุกของพยาบาลชุมชนประยุกต์กับการอภิปรายกลุ่ม  
การสัทธิศ และฝึกปฏิบัติ

โดยจะเชื่อมบ้าน ทุก 1 สัปดาห์ รวม 4 ครั้งติดต่อกัน ใช้เวลาครั้งละประมาณ 30-45 นาที เริ่มเขียนครั้งแรกในสัปดาห์แรกของกรรภษาวัยโรค  
กระบวนการเชื่อมบ้านประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การประเมินปัญหาในการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนและปฏิบัติ  
ตามแผนการพยาบาล การประเมินผลการปฏิบัติ โดยมีพยาบาลชุมชนและสมาชิกครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติตามตัวของผู้ป่วย

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับวัยโรคและแนวทางการปฏิบัติตัวตามแผนการดูแลสุขภาพ
2. ผู้ป่วยวัยโรคปอดปฏิบัติถูกต้องเกี่ยวกับกรไปตรวจและรับยวัยโรคตามนัด การรับประทานยา การป้องกันกรแพร่กระจายเชื้อวัยโรค  
การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การงดสิ่งเสพติด และการพักผ่อน
3. ผลการตรวจประเมินผู้ป่วยเมื่อสิ้นสุดการรกรษาเดือนที่ 2 ไม่พบเชื้อวัยโรค



**เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)**

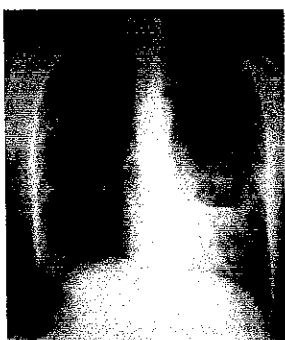
**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และเตรียมความพร้อมสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ
2. ประเมินภาวะสุขภาพและการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย
3. ประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส โรค การรับรู้ความรุนแรงของไวรัส โรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และแนวทางแก้ไข

ประเด็นในการเยี่ยมบ้าน		กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน	
ประเด็น	พยาบาลชุมชน	ผู้ป่วย	สมาชิกครอบครัว
สร้างสัมพันธภาพ	<p>1. ทักทายผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว แนะนำตัวเพื่อสร้างความสัมพันธ์กันเอง แล้วแจ้งวัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้าน</p> <p>2. ทำความรู้จักกับสมาชิกครอบครัว โดยถามชื่อและความสนใจในการร่วมพูดคุย ซึ่งแจ้งจำนวนครั้งที่จะมาเยี่ยมบ้าน ความถี่และระยะเวลาในการเยี่ยมแต่ละครั้ง</p> <p>3. ประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัว</p> <p>.....</p>	<p>รับฟังแผนการเยี่ยมบ้าน</p> <p>.....</p>	<p>แนะนำตนเองและร่วมรับฟังแผนการเยี่ยมบ้าน</p> <p>.....</p>

กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน			
ประเด็นในการเยี่ยมบ้าน	พยาบาลชุมชน	ผู้ป่วย	สมาชิกครอบครัว
เตรียมความพร้อม สมาชิกครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยให้ ปฏิบัติตามแผนการ ดูแลสุขภาพ	รวบรวมข้อมูล สนทนา อภิปรายกับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับ ความรู้เรื่องวัน โรค แผนการดูแลสุขภาพ และความคาดหวัง ต่อผลการรักษาวินิจฉัยโรคให้หายขาด การวินิจฉัยการพยาบาล ผู้ป่วยอาจจะไม่ได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติตาม แผนการดูแลสุขภาพอย่างครบถ้วนจากสมาชิกครอบครัว เนื่องจากสมาชิกครอบครัวขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับ วัน โรคและแผนการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล 1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวร่วมกันกำหนด เป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยให้หายขาดในระยะเวลา 6 เดือน เพื่อ..... 2. ประเมินความรู้ความเข้าใจของสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับ	ร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ เรื่องวัน โรค แผนการดูแล สุขภาพ และความคาดหวังต่อ ผลการรักษา	ร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ เรื่องวัน โรค แผนการดูแล สุขภาพและความคาดหวังต่อ ผลการรักษา 1. ร่วมกำหนดเป้าหมายในการ รักษาวินิจฉัยโรคหายขาดใน 6 เดือน 2. สนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติ ตามแผนการดูแลสุขภาพ 3. ตอบข้อซักถาม.....

## แบบบันทึกติดตามผู้ป่วยวัณโรคสำหรับผู้วิจัย



รหัสกลุ่มตัวอย่าง .....

เริ่มบันทึกวันที่ .....

### คำชี้แจง

แบบติดตามผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน เป็นแนวทางติดตามปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุม ปัญหาสุขภาพเหล่านั้นจะถูกนำมาวิเคราะห์และหาแนวทางการแก้ไขร่วมกันระหว่างผู้ป่วย พยาบาลชุมชนและสมาชิกครอบครัว และเป็นประเด็นที่จะต้องให้ความสำคัญในการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

เป้าหมายการเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง/ 2 สัปดาห์ รวม 5 ครั้ง ดังนั้น รูปแบบการบันทึกจึงจำแนกเป็นรายครั้งที่ออกเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้เพื่อความชัดเจนในการติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และการบันทึกจะบันทึกข้อมูลจริงจากการสังเกต การตรวจร่างกาย และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและ/ หรือ ผู้ดูแล

โดยประเด็นในการติดตาม แบ่งออกเป็น 5 ข้อ ดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ
2. การดูแลสุขภาพทั่วไป
3. การรับประทานยาวัณโรค
4. อาการข้างเคียงจากยา
5. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

## 1. การประเมินภาวะสุขภาพ

ข้อมูลแรกเริ่มรับการรักษา			ข้อมูลจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน				
ข้อมูล	หน่วยนับ	ข้อมูล	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....	ครั้งที่ 4 วันที่.....	ครั้งที่ 5 วันที่.....
T.	°C						
P.	ครั้งต่อนาที						
R.	ครั้งต่อนาที						
BP.	mm.Hg.						
เสียงปอด		<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....
น้ำหนัก	กิโลกรัม						
ส่วนสูง	เซ็นติเมตร						
BMI		<input type="checkbox"/> นน.น้อย <input type="checkbox"/> นน.ปกติ <input type="checkbox"/> เสี่ยงต่อ โรคอ้วน <input type="checkbox"/> อ้วนระดับ 1 <input type="checkbox"/> อ้วนระดับ 2	<input type="checkbox"/> นน.น้อย <input type="checkbox"/> นน.ปกติ <input type="checkbox"/> เสี่ยงต่อ โรคอ้วน <input type="checkbox"/> อ้วนระดับ 1 <input type="checkbox"/> อ้วนระดับ 2	<input type="checkbox"/> นน.น้อย <input type="checkbox"/> นน.ปกติ <input type="checkbox"/> เสี่ยงต่อ โรคอ้วน <input type="checkbox"/> อ้วนระดับ 1 <input type="checkbox"/> อ้วนระดับ 2	<input type="checkbox"/> นน.น้อย <input type="checkbox"/> นน.ปกติ <input type="checkbox"/> เสี่ยงต่อ โรคอ้วน <input type="checkbox"/> อ้วนระดับ 1 <input type="checkbox"/> อ้วนระดับ 2	<input type="checkbox"/> นน.น้อย <input type="checkbox"/> นน.ปกติ <input type="checkbox"/> เสี่ยงต่อ โรคอ้วน <input type="checkbox"/> อ้วนระดับ 1 <input type="checkbox"/> อ้วนระดับ 2	<input type="checkbox"/> นน.น้อย <input type="checkbox"/> นน.ปกติ <input type="checkbox"/> เสี่ยงต่อ โรคอ้วน <input type="checkbox"/> อ้วนระดับ 1 <input type="checkbox"/> อ้วนระดับ 2

## 2. การดูแลสุขภาพทั่วไป

บันทึกเครื่องหมาย ✓ ใน  ตามการปฏิบัติ กรณีที่ผู้ป่วยปฏิบัติไม่ได้ ให้บันทึกเหตุผลในแบบบันทึก  
ติดตามการเยี่ยมบ้าน (เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง 4) ด้วย

การดูแลสุขภาพทั่วไป		ข้อมูลจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน				
ข้อมูล	แนวทางปฏิบัติ	เยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่.....	เยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่.....	เยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่.....	เยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่.....	เยี่ยมครั้งที่ 5 วันที่.....
ทำนออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 20-30 นาที	ทุกสัปดาห์	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....
ทำนรับประทาน ครบ 3 มื้อต่อวัน	ทุกวัน	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....

การดูแลสุขภาพทั่วไป		ข้อมูลจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน				
ข้อมูล	แนวทางปฏิบัติ	เยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่.....	เยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่.....	เยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่.....	เยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่.....	เยี่ยมครั้งที่ 5 วันที่.....
ท่านรับประทาน อาหารเพียงพอ	ทุกมื้อ	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....
ท่านรับประทาน อาหารประเภท เนื้อสัตว์ ไข่ หรือ นม	ทุกมื้อ	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....
ท่านรับประทาน ผักและผลไม้	ทุกมื้อ	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....
ท่านดื่มน้ำสะอาด อย่างน้อย 6-8 แก้ว ต่อวัน	ทุกวัน	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....
ท่านนอนหลับ พักผ่อนได้เพียงพอ	ทุกวัน	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....
ท่านหลีกเลี่ยงการ สัมผัสควันบุหรี่	ทุกครั้ง	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....
ท่านหลีกเลี่ยง การดื่มเครื่องดื่มที่ มีแอลกอฮอล์ผสม เช่น สุรา เบียร์ ชาดองเหล้า	ทุกวัน	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ เนื่องจาก.....

### 3. การรับประทานยาวัณโรค

บันทึกเครื่องหมาย ✓ ใน  ตามพฤติกรรมกรับประทานยา ถ้าผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้องให้บันทึกเหตุผลในแบบบันทึกติดตามการเยี่ยมบ้าน (เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง 4) ด้วย

ยาวัณโรค1 มีต่อวัน (แผนการรักษา)		ข้อมูลการรับประทานยาจริง				
ชื่อยา	ขนาดยา (มิลลิกรัม)	เยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่.....	เยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่.....	เยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่.....	เยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่.....	เยี่ยมครั้งที่ 5 วันที่.....
ไอโซไนอาซิด		<input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก.....
ไรแฟมปีซิน		<input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก.....
ไพราซินามิด		<input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก.....
อีแรมบีวอดอล		<input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก.....	<input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก.....

### 4. อาการข้างเคียงจากยา

1. อาการข้างเคียงจากยาวัณโรคอย่างรุนแรง ที่ควรหยุดยารักษาวัณโรคทันทีและส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์  
ให้บันทึกเครื่องหมาย ✓ ใน  ตามอาการข้างเคียงที่พบ ดังนี้

0. ไม่มีอาการ     1. มีอาการ แต่กินยาต่อได้     2. มีอาการ และกินยาต่อไม่ได้

อาการข้างเคียงจากยา	ข้อมูล จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน				
	เยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่.....	เยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่.....	เยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่.....	เยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่.....	เยี่ยมครั้งที่ 5 วันที่.....
ตัวเหลือง ตาเหลือง (หาไอโซไนอาซิด ไรแฟมปีซิน ไพราซินามิด)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2

อาการข้างเคียงจากยา	ข้อมูล จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน				
	เยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่.....	เยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่.....	เยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่.....	เยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่.....	เยี่ยมครั้งที่ 5 วันที่.....
ตามัว ตามองตึ๋ม (ยาอีแรมบิวตอล)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
หายใจหอบ (ไรเฟมปีซิน)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
จุดเลือดออกตามผิวหนัง หรือ Purpura (ไรเฟมปีซิน)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Acute Hemolytic anemia (ไรเฟมปีซิน)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Shock (ไรเฟมปีซิน)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
ไตวาย (ไรเฟมปีซิน)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2

## 2. อาการข้างเคียงของยาไม่รุนแรง ให้คำแนะนำดูแลรักษาตามอาการ ให้บันทึกเครื่องหมาย ✓

ใน  ตามอาการข้างเคียงที่พบ ดังนี้

0. ไม่มีอาการ       1. มีอาการ แต่กินยาต่อได้       2. มีอาการ และกินยาต่อไม่ได้

อาการข้างเคียงจากยา	ข้อมูล จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน				
	เยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่.....	เยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่.....	เยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่.....	เยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่.....	เยี่ยมครั้งที่ 5 วันที่.....
ปลายประสาทอักเสบ เช่น ชาปลายมือปลายเท้า ปวดกล้ามเนื้อ (ยาไอโซไนอาซิด)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Pellagra-Like Syndrome (ยาไอโซไนอาซิด)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
ผื่น/ Skin Rashes (ยาไอโซไนอาซิด)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Cutaneous Syndrome เช่น คัน อาจมี ผื่นโดยเฉพาะที่หน้าและหนังศีรษะ หรือตาแดง น้ำตาไหล (ฮาโรเฟมปีซิน)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Flu Syndrome เช่น ไข้ สิ้น ปวด เมื่อย ปวดศีรษะ ปวดกระดูก (ฮาโรเฟมปีซิน)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Abdominal Syndrome เช่น ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน และท้องเสีย (ฮาโรเฟมปีซิน)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2

อาการข้างเคียงจากยา	ข้อมูล จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน				
	เยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่.....	เยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่.....	เยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่.....	เยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่.....	เยี่ยมครั้งที่ 5 วันที่.....
ปัสสาวะ อุจจาระ น้ำลาย เสมหะ น้ำตา และเหงื่อมีสีออกปาทางแดง หรือส้ม (ซาโรแฟนปีซิน)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
ปวดข้อ (ซาโทรราซิมาไมด์)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2

### 5. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

บันทึกเครื่องหมาย  ใน  ตามพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่สังเกตเห็น ประกอบกับ  
การสอบถาม ดังนี้

0. ไม่ปฏิบัติ     1. ปฏิบัติเป็นบางครั้ง     2. ปฏิบัติสม่ำเสมอ

การป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อ	ข้อมูล จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน				
	เยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่.....	เยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่.....	เยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่.....	เยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่.....	เยี่ยมครั้งที่ 5 วันที่.....
1. ใช้ผ้าปิดปากจุมทุกครั้ง เมื่อไอ	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
2. บ้วนเสมหะลงในภาชนะที่มีฝาปิด	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
3. ทำลายเสมหะจากภาชนะรองรับ เสมหะ โดยทิ้งลงโถส้วมหรือน้ำ ทำความสะอาด หรือเผาไฟ	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
4. แยกภาชนะหรือใช้ช้อนกลางตัก อาหาร เมื่อรับประทานอาหาร ร่วมกับสมาชิกครอบครัว หรือผู้อื่น	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
5. ทานนอนห้องเดียวกันกับสมาชิก ครอบครัวคนอื่น	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
6. ทานหรือผู้ดูแลได้ซักเสื้อผ้าของ ท่าน รวมทั้งผ้าเช็ดหน้าที่เป็น เสมหะ คั้งแมคหรืออบให้แห้ง	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
7. ทานหรือผู้ดูแลนำที่นอน หมอน ผ้าห่ม ออกคั้งแมค	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
11. ทานหรือผู้ดูแลเปิดหน้าต่างและ ประตูห้องนอนของผู้ป่วยให้อากาศ ถ่ายเทสะดวกหรือแสงแดดส่องถึง	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
12. ทานเดินทาง ไปในที่ที่มีผู้คน มาก ๆ เช่น ตลาดนัด/ โรงภาพยนตร์/ ห้างสรรพสินค้า	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2



มหาวิทยาลัยบูรพา  
Burapha University

ภาคผนวก ง  
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

## แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยวัณโรคปอด

  ID

### คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ไปใช้ในการวิเคราะห์ผลการวิจัย แบ่งเป็น

#### 1. ข้อมูลทั่วไป

#### 2. พฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีเกณฑ์ในการตอบแบบสัมภาษณ์ คือ

ปฏิบัติสม่ำเสมอ คะแนน = 2 หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้น เป็นประจำทุกครั้ง

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง คะแนน = 1 หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้น เป็นบางครั้ง

ไม่ได้ปฏิบัติ คะแนน = 0 หมายถึง ท่านไม่ทำกิจกรรมนั้นเลย

ไม่ต้องปฏิบัติ หมายถึง ไม่มีกิจกรรมให้ปฏิบัติ

โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านให้ท่านฟัง ขอให้ท่านให้ข้อมูลตามความเป็นจริง

สำหรับผู้วิจัย

### ก. ข้อมูลทั่วไป

1. น้ำหนัก..... กิโลกรัม สูง..... เซ็นติเมตร

ดัชนีมวลกายของท่าน (ผู้วิจัย คำนวณจากน้ำหนักตัว/ส่วนสูงเป็น เมตร<sup>2</sup>)

1. น้อย (ต่ำกว่า 18.5)

2. ปกติ (18.5 - 22.9)

3. เสี่ยงต่อโรคอ้วน (23.0-24.9)

4. อ้วนระดับ 1 (25.0-29.9)

5. อ้วนระดับ 2 ( $\geq 30.0$ )

BMI

2. เพศ

1. ชาย

2. หญิง

sex

3. ปัจจุบัน ท่านมีอายุ .....ปี

age

4. ท่านมีสถานภาพสมรสแบบใด

1. คู่

status

2. ไม่มีคู่ ระบุ

single

1. โสด

2. หม้าย

3. หย่า

4. ร้าง

5. ระดับการศึกษาสูงสุดที่ท่านเรียนจบ หรือกำลังเรียนอยู่คือระดับใด

0. ไม่ได้ศึกษา
1. ต่ำกว่าประถมศึกษา ระบุระดับการศึกษา.....
2. ประถมศึกษาปีที่ 1-6 ระบุระดับการศึกษา.....
3. มัธยมศึกษาตอนต้น ระบุระดับการศึกษา.....
4. มัธยมศึกษาตอนปลาย ระบุระดับการศึกษา.....
5. อนุปริญญา ระบุระดับการศึกษา.....
6. ปริญญาตรี ระบุระดับการศึกษา.....
7. สูงกว่าปริญญาตรี ระบุระดับการศึกษา.....

study

6. ปัจจุบัน ท่านประกอบอาชีพอะไร

1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ
2. นักเรียน นักศึกษา
3. ค้าขาย
4. รับจ้าง
5. เกษตรกร
6. รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ
7. อื่น ๆ ระบุ .....

work

7. ลักษณะอาชีพของท่านสะดวกต่อการรักษาโรคหรือไม่

1. ใช่ เนื่องจาก...
- สถานที่ทำงานมีที่ตั้งแน่นอน
- ไม่ต้องเดินทางไปทำงานต่างจังหวัด
- สามารถลาไปตรวจและรับยาตามนัดได้
2. ไม่ใช่ เนื่องจาก...
- สถานที่ทำงาน ไม่มีที่ตั้งแน่นอน
- ต้องเดินทางไปทำงานต่างจังหวัด
- ไม่สามารถลาไปตรวจและรับยาตามนัดได้

no-work

8. จำนวนสมาชิกทั้งหมดในบ้าน..... คน

family

9. ผู้ดูแลหลักของท่านมีความสัมพันธ์ใดกับท่าน

1. บิดา                       2. มารดา                       3. คู่สมรส  
 4. พี่                               5. น้อง                       6. บุตร  
 7. ญาติ                       8. บุคคลอื่น ระบุความสัมพันธ์.....

care

10. ท่านมีสิทธิในการรักษาพยาบาลหรือไม่

0. ไม่มีสิทธิ เช่น เป็นคนไทยที่ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน หรือแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนแรงงานข้ามชาติ จึงจัดทำบัตรประกันสุขภาพไม่ได้

money

1. มีสิทธิ ระบุประเภทของสิทธิ

1. ข้าราชการ                       2. รัฐวิสาหกิจ  
 3. ประกันสังคม                       4. บัตร 30 บาทรักษาทุกโรค  
 5. บริษัทประกัน                       6. อื่น ๆ ระบุ .....

11. ผลการตรวจเอ็ดส์ (ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย)

- ตรวจ  
 1. พบเชื้อ                       2. ไม่พบเชื้อ  
 ไม่ตรวจ

Aids

#### ข. พฤติกรรมสุขภาพ

ลำดับ	การปฏิบัติตนใน 1 เดือนที่ผ่านมา	ปฏิบัติสม่ำเสมอ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ	ไม่มีกิจกรรมให้ปฏิบัติ	สำหรับผู้วิจัย
1	ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 20-30 นาที					<input type="checkbox"/> exercise
2	ท่านรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ทุกวัน					<input type="checkbox"/> dmeal
3	ท่านรับประทานอาหารเพียงพอ ทุกมื้อ					<input type="checkbox"/> qmeal
4	ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไข่ หรือนม ทุกมื้อ					<input type="checkbox"/> protein
5	ท่านรับประทานผักและผลไม้ ทุกมื้อ					<input type="checkbox"/> fruit
6	ท่านดื่มน้ำสะอาด อย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว					<input type="checkbox"/> water
7	ท่านนอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอ ทุกวัน					<input type="checkbox"/> sleep
8	ท่านหลีกเลี่ยงการสัมผัสควันบุหรี่					<input type="checkbox"/> smoke
9	ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาแดงเหล้า					<input type="checkbox"/> alcohol

## แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอด

□□ ID

วันที่บันทึกข้อมูล.....

### คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดใน 1 เดือนที่ผ่านมา แบ่งเป็นการปฏิบัติตัว 4 ด้าน ได้แก่

1. การดูแลสุขภาพทั่วไป
2. การมาตรวจตามนัด
3. การรับประทานยา
4. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

เกณฑ์ในการตอบแบบสัมภาษณ์ คือ

ไม่มีกิจกรรมให้ปฏิบัติ หมายถึง ไม่มีกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติ

มีกิจกรรมให้ปฏิบัติ หมายถึง มีกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติ แยกเป็น

ปฏิบัติสม่ำเสมอ คะแนน = 2 หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำทุกครั้ง

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง คะแนน = 1 หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้ง

ไม่ได้ปฏิบัติ คะแนน = 0 หมายถึง ท่านไม่ทำกิจกรรมนั้นเลย

ซึ่งผู้วิจัยจะอ่านให้ท่านฟัง และขอให้ท่านตอบคำถามตามการปฏิบัติจริงว่า “ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมต่อไปนี้ บ่อยเพียงใด”

ลำดับ	การปฏิบัติคนใน 1 เดือนที่ผ่านมา	มีกิจกรรมให้ปฏิบัติ			ไม่มี กิจกรรม ให้ปฏิบัติ	สำหรับ ผู้วิจัย
		ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ		
	<b>- ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป</b>					
1	ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 20-30 นาที					<input type="checkbox"/> exercise
2	ท่านรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ทุกวัน					<input type="checkbox"/> dmeal
3	ท่านรับประทานอาหารเพียงพอ ทุกมื้อ					<input type="checkbox"/> qmeal
4	ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไข่ หรือนม ทุกมื้อ					<input type="checkbox"/> protein
5	ท่านรับประทานผักและผลไม้ ทุกมื้อ					<input type="checkbox"/> fruit
6	ท่านดื่มน้ำสะอาด อย่างน้อย 6-8 แก้วทุกวัน					<input type="checkbox"/> water
7	ท่านนอนหลับพักผ่อน ได้เพียงพอ ทุกวัน					<input type="checkbox"/> sleep
8	ท่านหลีกเลี่ยงการสัมผัสควันบุหรี่					<input type="checkbox"/> smoke
	<b>- ด้านการมาตรวจตามนัด</b>					
9	ท่าน ไปพบแพทย์ตรวจหรือรับยาตรงนัด					<input type="checkbox"/> doctor
	<b>- ด้านการรับประทานยารักษาโรค</b>					
10	ท่านรับประทานยารักษาโรคเวลาเดียวกัน					<input type="checkbox"/> time
11	ท่านรับประทานยารักษาโรคครบทุกชนิด					<input type="checkbox"/> drug
12	ท่านรับประทานยารักษาโรคครบจำนวน					<input type="checkbox"/> tablet
	<b>- ด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ</b>					
13	ท่านใช้ผ้าปิดปากจมูกทุกครั้ง เมื่อท่านไอ					<input type="checkbox"/> mask
14	ท่านบ้วนเสมหะลงภาชนะที่มีฝาปิด					<input type="checkbox"/> sputum
15	ท่านหรือผู้ดูแล ทำลายเสมหะจากภาชนะรองรับเสมหะ โดยทิ้งลงโถส้วมราดน้ำ ทำความสะอาดหรือเผาไฟ					<input type="checkbox"/> clean
16	ท่านแยกภาชนะหรือ ใช้ช้อนกลางตักอาหาร เมื่อรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกครอบครัวหรือผู้อื่น					<input type="checkbox"/> dish

ลำดับ	การปฏิบัติตนใน 1 เดือนที่ผ่านมา	มีกิจกรรมให้ปฏิบัติ			ไม่มีกิจกรรมให้ปฏิบัติ	สำหรับผู้วิจัย
		ปฏิบัติสม่ำเสมอ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ		
17	ท่านนอนห้องเดียวกับสมาชิกครอบครัวคนอื่น					<input type="checkbox"/> bedroom
18	ท่านหรือผู้ดูแล ได้ซักเสื้อผ้าของท่าน รวมทั้งผ้าเช็ดหน้าที่ปนเปื้อนเสมหะ ผึ่งแดดหรืออบให้แห้ง					<input type="checkbox"/> wash
19	ท่านหรือผู้ดูแล นำที่นอน หมอน ผ้าห่ม ออกไปทำ ความสะอาด					<input type="checkbox"/> sun
20	ท่านหรือผู้ดูแล เปิดหน้าต่างหรือประตูห้องนอนของท่านให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก หรือแสงแดดส่องถึง					<input type="checkbox"/> airflow
21	ท่านเดินทางไปในที่ที่มีผู้คนมาก ๆ เช่น ตลาดนัด/ห้างสรรพสินค้า/ โรงภาพยนตร์					<input type="checkbox"/> social

ตารางที่ 17 ผลการตรวจหาเชื้อไวรัสของกุ่มทดลองและกุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

Matching no.	กุ่มทดลอง (Experimental Group)						กุ่มควบคุม (Control)										
	การสุ่มลำดับขั้น ทะเบียนรักษา ไวรัสโรค			ข้อมูล กุ่มทดลอง			การสุ่มลำดับขั้น ทะเบียนรักษา ไวรัสโรค			ข้อมูล กุ่มควบคุม			ผลการตรวจหา เชื้อไวรัสโรค				
	ก่อน	หลัง	ผลการศึกษา	ID	เพศ	อายุ	ก่อนเริ่มการ รักษา	เมื่อสิ้นสุด การรักษา	เมื่อสิ้นสุด การรักษาค เดือนที่ 2	ก่อน	หลัง	ผลการศึกษา	ID	เพศ	อายุ	ก่อนเริ่มการ รักษา	เมื่อสิ้นสุด การรักษาค เดือนที่ 2
1	/	/	died	E1	ชาย	34	3+, HIV			/			C1	ชาย	33	1+	ชาย
2	/	/	Neg.	E2	ชาย	42	3+, HIV			/			C2	ชาย	47	2+, HIV	Neg.
3	/	/	Neg.	E3	ชาย	66	3+			/			C3	ชาย	62	3+	Neg.
4	/	/	Neg.	E4	หญิง	35	3+			/			C4	หญิง	39	2+	Neg.
5	/	/	Neg.	E5	ชาย	59	2+			/			C5	ชาย	57	2+	1+
6	/	/	Neg.	E6	ชาย	67	3+			/			C6	ชาย	64	3+	Neg.
7	/	/	Neg.	E7	ชาย	37	3+, HIV			/			C7	ชาย	38	3+	2+
8	/	/	Neg.	E8	ชาย	41	3+			/			C8	ชาย	41	3+	Neg.
9	/	/	Neg.	E9	หญิง	30	2+			/			C9	หญิง	33	1+, HIV	Neg.
10	/	/	Neg.	E10	หญิง	47	1+			/			C10	หญิง	52	3+	Neg.
11	/	/	Neg.	E11	ชาย	15	1+			/			C11	ชาย	20	3+	Neg.
12	/	/	Neg.	E12	ชาย	38	2+			/			C12	ชาย	36	3+	Neg.



ตารางที่ 17 (ต่อ)

Matching no.	กลุ่มทดลอง (Experimental Group)					กลุ่มควบคุม (Control)								
	การสุ่มลำดับขั้น ทะเบียนรักษา ไวรัสโรค		ข้อมูล กลุ่มทดลอง			ผลการตรวจเสมหะ หาเชื้อไวรัสโรค		การสุ่มลำดับขั้น ทะเบียนรักษา ไวรัสโรค		ข้อมูล กลุ่มควบคุม			ผลการตรวจเสมหะ หาเชื้อไวรัสโรค	
	ก่อน	หลัง	ID	เพศ	อายุ	ก่อนเริ่มการ รักษา	เมื่อสิ้นสุด การรักษา เดือนที่ 2	ก่อน	หลัง	ID	เพศ	อายุ	ก่อนเริ่มการ รักษา	เมื่อสิ้นสุด การรักษา เดือนที่ 2
13	/	/	E13	ชาย	38	2+, HIV	Neg.	/	/	C12	ชาย	38	3+, HIV	Neg.
14	/	/	E14	หญิง	20	3+	Neg.	/	/	C14	หญิง	17	1+	Neg.
15	/	/	E15	ชาย	50	3+	Neg.	/	/	C15	ชาย	49	3+	Neg.
16	/	/	E16	ชาย	26	3+	Neg.	/	/	C16	ชาย	25	3+	Neg.
17	/	/	E17	หญิง	56	2+	Neg.	/	/	C17	หญิง	60	2+	Neg.
18	/	/	E18	หญิง	42	2+	Neg.	/	/	C18	หญิง	40	3+	แพ้ยา, ไข้
19	/	/	E19	ชาย	50	2+	Neg.	/	/	C19	ชาย	55	3+	Neg.
20	/	/	E20	ชาย	79	2+	Neg.	/	/	C20	ชาย	73	3+	died
21	/	/	E21	ชาย	42	1+	Neg.	/	/	C21	ชาย	38	3+	2+
22	/	/	E22	หญิง	51	3+	Neg.	/	/	C22	หญิง	54	2+	Neg.
23	/	/	E23	ชาย	32	1+	Neg.	/	/	C23	ชาย	33	2+, HIV	Died
24	/	/	E24	ชาย	45	1+	Neg.	/	/	C24	ชาย	42	3+	Neg.
25	/	/	E25	ชาย	40	3+	Neg.	/	/	C25	ชาย	44	1+, HIV	Died

ภาคผนวก จ

การคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา

## การคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา

เกณฑ์การแสดงความคิดเห็น สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่

ระดับ 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับนิยามเลย

ระดับ 2 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุง  
อย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับนิยาม

ระดับ 3 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุง  
เล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับนิยาม

ระดับ 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับนิยาม

ตารางที่ 18 การคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตามแผนการดูแล  
สุขภาพของผู้ป่วยฉีกโรคปอด

ข้อ ที่	ระดับความคิดเห็น																				ข้อที่มีระดับ ความคิดเห็น =3 และ 4
	ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 1				ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 2				ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 3				ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 4				ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 5				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1				/				/				/				/				/	1
2				/				/				/				/				/	-
3				/				/				/				/				/	-
4				/				/				/				/				/	4
5				/				/				/				/				/	-
6				/				/				/				/				/	6
7				/				/				/				/				/	-
8				/				/				/				/				/	8
9				/				/				/				/				/	9
10				/				/				/				/				/	10
11				/				/				/				/				/	-
12				/				/				/				/				/	12
13				/				/				/				/				/	13
14				/				/				/				/				/	-
15				/				/				/				/				/	15
16				/				/				/				/				/	16
17				/				/				/				/				/	17
18				/				/				/				/				/	18
19				/				/				/				/				/	19
20				/				/				/				/				/	20
21				/				/				/				/				/	21

## ตารางที่ 18 (ต่อ)

ข้อ ที่	ระดับความคิดเห็น																				ข้อที่มีระดับ ความคิดเห็น =3 และ 4
	ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 1				ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 2				ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 3				ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 4				ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 5				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
22				/				/				/				/				/	22
23				/				/				/				/				/	23
24				/				/				/				/				/	24
25				/				/				/				/				/	25
26				/			/				/			/			/			/	26
27				/			/				/			/			/			/	27
28				/			/				/			/			/			/	28
29				/			/				/			/			/			/	29
30				/			/				/			/			/			/	30
31				/			/				/			/			/			/	31
32				/			/				/			/			/			/	32
33				/			/				/			/			/			/	33
34				/			/				/			/			/			/	34

จำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 รวมทั้งสิ้น 28 ข้อ  
ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index)

$$= \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

$$= \frac{28}{34}$$

$$= 0.82$$

มหาวิทยาลัยบูรพา  
Burapha University

ภาคผนวก ง  
การพิทักษ์สิทธิคุ้มครองตัวอย่าง



หากท่านยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอให้ท่านลงนามยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัย ซึ่งท่านมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการทำวิจัย การปฏิเสธไม่มีผลต่อการมารับการรักษาที่โรงพยาบาล สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บไว้โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่านด้วยการใช้รหัสแทนชื่อจริง และนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น ส่วนผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ทั้งนี้ ท่านสามารถขอยกออกจากงานวิจัยก่อนครบกำหนดได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบแต่อย่างใด

ถ้าท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยินดีที่จะตอบให้เข้าใจ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัย คือ นางแอนนา สุมะโน คลินิกวันโรค โรงพยาบาลอ่าวอุดมอำเภอสัตหีบราชา จังหวัดชลบุรี หมายเลขโทรศัพท์ 0-3835-1010-2 ต่อ 1533 หรือ 1534 หรือ 8/ 1 ถนนบางแสนสาย 4 เหนือ ตำบลแสนสุข อำเภอมือเมือง จังหวัดชลบุรี หมายเลขโทรศัพท์ 0-3874-8168 และ 0-1683-0183

ท่านเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อการวิจัยครั้งนี้อย่างยิ่ง ผู้วิจัยขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ลงนาม ..... (ผู้ให้ข้อมูล)

(นางแอนนา สุมะโน)





ถ้าท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยินดีที่จะตอบให้เข้าใจ โดยสามารถติดต่อ  
ผู้วิจัย คือ นางแอนนา สุมะโน คลินิกวัยโรค โรงพยาบาลอ่าวอุดมอำเภอสิริราชา จังหวัดชลบุรี  
หมายเลขโทรศัพท์ 0-3835-1010-2 ต่อ 1533 หรือ 1534 หรือ 8/1 ถนนบางแสนสาย 4เหนือ  
ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี หมายเลขโทรศัพท์ 0-3874-8168 และ 0-1683-0183  
ท่านเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อการวิจัยครั้งนี้อย่างยิ่ง ผู้วิจัยขอขอบพระคุณในความ  
ร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ลงนาม..... (ผู้ให้ข้อมูล)

(นางแอนนา สุมะโน)