

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University

ภาคผนวก

เลขที่ NAPHA

แบบสอบถาม**คำชี้แจง**

แบบสอบถามชุดนี้ ทำเพื่อประเมินผลการรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส ขอให้ท่านตอบคำถามตามความรู้สึกที่เป็นจริง แบบสอบถามชุดนี้จะเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ขอให้ท่านมั่นใจได้ว่าไม่มีการเชื่อมโยงใด ๆ มาถึงตัวท่านแน่นอน

แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลทั้งหมด 3 ส่วนคือ

1. ข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการ
3. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน

1. เพศของท่าน หญิง ชาย
2. ท่านมีอายุ ปี (ให้นับอายุเต็มปี เกิน 6 เดือนปัดขึ้น)
3. ระดับการศึกษาของท่าน ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มัธยมศึกษา อนุปริญญา
 ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
4. สถานภาพสมรสของท่าน โสด คู่/อยู่ด้วยกัน หม้าย หย่าแยกกันอยู่
5. อาชีพของท่าน เกษตรกรรม รับจ้าง ราชการ / รัฐวิสาหกิจ
 ค้าขาย ว่างาน อื่นๆ (ระบุ).....
6. รายได้ต่อเดือนของท่าน ไม่มีรายได้ ต่ำกว่า 5,000 บาท 5,000-10,000 บาท
 10,001-20,000 บาท 20,001 - 30,000 บาท อื่น ๆ (ระบุ)
7. ความสามารถในการจ่าย หากท่านต้องจ่ายค่ายาต้านไวรัสเอง
 จ่ายไม่ได้เลย < 1,000 บาท 1,000-2,000 บาท
 3,000 - 5,000 บาท > 5,000 บาท ขึ้นไป

ข้อมูลภาวะสุขภาพและการดูแล

8. ก่อนกินยาท่านเคยเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือมีอาการดังนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 ไม่เคย (ข้ามไปทำข้อ 9)
 เคย ได้แก่ เชื้อราในปาก ไข้เรื้อรัง อูจจาระร่วงเรื้อรัง ผื่นผิวหนังอักเสบเรื้อรัง
 ปอดอักเสบ วันโรคขอด เยื่อหุ้มสมองอักเสบ อื่น ๆ ระบุ.....
9. ปัจจุบันท่านเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือไม่ ไม่เป็น เป็น ระบุ.....
10. ปัจจุบันท่านรับประทานยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสอยู่หรือไม่
 ไม่มี
 มี ได้แก่ แบคทริม ฟลูโคนาโซล อื่น ๆ ระบุ.....
11. ในช่วง 1 ปีนี้ ท่านได้รับการ การให้การรักษาจากสถานบริการหรือไม่
 ไม่ได้รับการรักษา
 ได้รับการรักษาแบบกลุ่ม ครั้ง แบบรายบุคคล..... ครั้ง
12. ประเด็นที่ท่านได้รับการรักษาจากเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับด้านใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 เรื่องโรคเอดส์ การกินยาด้าน การดูแลสุขภาพทั่วไป อื่น ๆ ระบุ
13. ท่านอนุญาตให้เจ้าหน้าที่/อาสาสมัครผู้ติดเชื้อเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลต่อเนืองที่บ้านหรือไม่
 ไม่อนุญาต อนุญาต ปีที่ผ่านมาเคยได้รับการเยี่ยมบ้าน..... ครั้ง

14. สภาพครอบครัวปัจจุบันของท่าน

อยู่กับสามี/คู่ อยู่กับครอบครัวขยาย อยู่ตามลำพังกับลูก

อยู่ตามลำพังคนเดียว อื่นๆ.....

15. ในรอบ 6 เดือนการมีเพศสัมพันธ์ท่านปฏิบัติอย่างไร

ใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอ ใช้ถุงยางอนามัยบางครั้ง ไม่ได้ใช้

งดการมีเพศสัมพันธ์ หลังภายนอก อื่น ๆ.....

16. ท่านดื่มสุรา เบียร์ หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือไม่

ไม่ดื่ม ดื่มนาน ๆ ครั้งเวลามีเทศกาล ดื่มน้อยกว่า 3 ครั้ง / สัปดาห์ ดื่มเป็นประจำทุกวัน

17. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่

ไม่สูบ สูบบ้างนาน ๆ ครั้ง สูบน้อยกว่า 3 วัน / สัปดาห์ สูบเป็นประจำทุกวัน

18. ท่านออกกำลังกายติดต่อกันอย่างน้อย 30 นาทีบ้างหรือไม่

ไม่ได้ออกกำลังกาย ออกกำลังกาย.....ครั้ง / สัปดาห์ วิธีการ (ระบุเช่น เดิน วิ่ง ฯ)

19. ปกติท่านรับประทานอาหารมื้อใดบ้าง (ระบุได้มากกว่า 1 ข้อ)

เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน อื่น ๆระบุ

20. ปกติท่านรับประทานอาหารตรงเวลาหรือไม่

ไม่ตรงเวลา ตรงเวลาเป็นบางวัน ตรงเวลาทุกวัน

21. ปกติท่านเข้านอนหลับเวลาน. ตื่นนอนเวลา น.

22. ท่านคิดว่าการพักผ่อนในแต่ละวันเพียงพอหรือไม่ ไม่เพียงพอ เพียงพอ

23. สุขภาพท่านช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ)

สุขภาพปกติ ทำงานได้ ไม่มีอาการเจ็บป่วยแต่อย่างใด

ดำรงชีวิตได้ตามปกติ มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ไม่มีปัญหา

ดำรงชีวิตได้ แต่ต้องใช้ความพยายาม ผู้อื่นมองเห็นอาการเจ็บป่วยได้

ไม่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ ทำงานไม่ได้ แต่ยังสามารถดูแลตนเองได้

ทำงานไม่ได้ แต่ยังสามารถดูแลตนเองได้โดยส่วนใหญ่ อาจต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นบ้างเฉพาะบางกิจกรรม

ดูแลตนเองได้ครั้งเดียว ต้องการบริการรักษาทางการแพทย์ และการดูแลจากผู้อื่น อีกครั้งหนึ่ง

ช่วยตนเองได้น้อย ต้องมีผู้อื่นคอยดูแล ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ

ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องอยู่ในโรงพยาบาล

ป่วยมาก ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด

ป่วยหนัก ต้องพึ่งพาระบบช่วยชีวิต

การกินยาต้านไวรัส

23. เพราะเหตุใดท่านจึงตัดสินใจรับประทานยาต้านไวรัส

- เพื่อดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อเป็นกำลังดูแลครอบครัว อื่น ๆ ระบุ.....

24. ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านไม่ได้กินยาต้านไวรัส..... ครั้ง

25. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยกินยาต้านไวรัสไม่ตรงเวลาตามการรักษาหรือไม่

- ไม่เคย (ข้ามไปทำข้อ 27) เคย

26. ใน 1 เดือน ที่ผ่านมามีท่านกินยาต้านไวรัสไม่ตรงเวลาครั้ง เวลาที่ผิดนานที่สุดเท่าไร

- ชั่วโมงหรือเร็ว ไม่เกิน 30 นาที ชั่วโมงหรือเร็ว ไม่เกิน 1 ชม. ชั่วโมงหรือเร็ว ไม่เกิน 2 ชม.
 ชั่วโมงหรือเร็ว ไม่เกิน 3 ชม. ชั่วโมงหรือเร็ว 3 ชม. ขึ้นไป อื่น ๆ (ระบุเวลา)

27. ข้อใดต่อไปนี้เป็นเหตุผลที่ทำให้ท่านไม่กินยาต้านไวรัสตามแผนการรักษา

- สับสนไม่แน่ใจว่าต้องกินอย่างไร ไม่ต้องการกินยาต้านไวรัสร่วมกับสุราหรือยาอื่นที่ต้องเสพ
 มีความรู้สึกซึมเศร้า ต้องดื่มสุราหรือเสพยาบางชนิดเป็นประจำ
 มียาที่ต้องกินหลายชนิดเกินไป ไม่คิดว่าตนเองจำเป็นต้องกินยา
 ลืมกินยา เผลอหลับจนเลยเวลา ต้องไปทำธุระนอกบ้าน
 แย้งยาให้ผู้อื่น ยาถูกขโมย / หาย ยุ่งมากจนไม่มีเวลา
 ปรับเปลี่ยนเวลาในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ระบุการปรับเปลี่ยน) ยากจนแล้วแต่ไม่ได้มาพบแพทย์ (ไม่ได้มาพบแพทย์เพราะ.....)
 ไม่ทราบว่าต้องกินยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
 รู้สึกว่าอาการไม่ดีขึ้น (บอกอาการไม่ดีขึ้น.....)
 ไม่ต้องการเป็นที่สังเกตหรือสงสัย อื่น ๆ ระบุ
- ขาดเงินไป / ไม่มีเงินซื้อยา
 รู้สึกว่าอาการแย่ลงเมื่อกินยา (บอกอาการแย่ลงอย่างไร) เหตุผลอื่น ๆ ระบุ.....

24. โดยภาพรวมท่านมีความรู้สึกต่อการกินยาต้านไวรัสอย่างไร

- อยากกินยาต่อ เพราะ.....
 ไม่อยากกินยาต่อ เพราะ.....
 อื่น ๆ (ระบุความรู้สึก ๆ ที่อยากจะบอก).....

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพึงพอใจต่อคุณภาพการดูแลที่ได้รับจากหน่วยที่ท่านรับบริการ

คำชี้แจง ข้อความแต่ละข้อข้างล่างนี้เกี่ยวข้องกับความคิดหรือความรู้สึกของท่านต่อการดูแลที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่โปรดกาเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านให้มากที่สุดเพียงข้อเดียว

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่ เห็นด้วย	เห็น ด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. มีเก้าอี้นั่งรอสำหรับผู้มาตรวจคลินิกทางด้านไวรัสที่จัดไว้เพียงพอ เหมาะสม สะดวกต่อการมารับบริการ				
2. มีอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ที่ทันสมัยอยู่ในสภาพดีพร้อมที่จะใช้งาน และมีจำนวนเพียงพอเพื่อช่วยในการรักษา				
3. มีเอกสารแผ่นพับหรือคู่มือต่าง ๆ ที่น่าสนใจสำหรับแจกผู้มารับบริการ				
4. โดยรวมเจ้าหน้าที่แต่งกายสะอาด เรียบร้อยเหมาะสมกับสภาพงาน และความเป็นวิชาชีพ				
5. ทีมพยาบาลให้การต้อนรับทันทีด้วยกิริยาที่สุภาพ อ่อนโยนเมื่อท่านเข้ามาใช้บริการ				
6. แพทย์ซักถามอาการ ประเมินสภาพความเจ็บป่วยของท่านได้ตรงกับอาการของท่าน				
7. ขั้นตอนและระเบียบการมารับบริการง่าย สะดวก ไม่ยุ่งยาก				
8. แพทย์มีเวลาพูดคุยกับท่านและตั้งใจฟังท่านพูด				
9. พยาบาลตอบข้อซักถาม ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว การดูแลตนเองจนท่านเกิดความเข้าใจ				
10. แพทย์ตอบข้อซักถามของท่าน ได้อย่างชัดเจน จนท่านเข้าใจได้				
11. ท่านสามารถขอความช่วยเหลือหรือคำแนะนำจากทีมแพทย์ พยาบาล และอาสาสมัครผู้ติดเชื้อประจำคลินิกได้ตลอดเวลา				
12. ท่านมั่นใจว่าทีมแพทย์ พยาบาล และอาสาสมัครผู้ติดเชื้อ จะเก็บข้อมูลส่วนตัวและการเจ็บป่วยของท่านไว้เป็นความลับ				
13. เกสัชกรเปิดโอกาสให้ท่านได้ซักถามและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการกินยาต้านไวรัสแก่ท่าน				
14. ทีมแพทย์ พยาบาล และอาสาสมัครผู้ติดเชื้อ ประจำคลินิกทางด้านไวรัส ให้การดูแลท่านเท่าเทียมกับผู้ติดเชื้อ คนอื่นๆ				
15. ท่านรู้สึกอบอุ่นใจที่ได้รับการเอาใจใส่จากทีมแพทย์ พยาบาล และอาสาสมัครผู้ติดเชื้อ ประจำคลินิกทางด้านไวรัส				
16. เมื่อท่านได้พูดคุยกับพยาบาลเจ้าหน้าที่ ที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาท่าน มีความสบายใจ				

ตอนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

ข้อความข้างล่างนี้จะเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ ความรู้สึกของคุณในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาโปรดกาเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของคุณ

ข้อความ	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้					
2. ท่านมีการเจ็บป่วยตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง หรือปวดตามตัว ซึ่งทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้					
3. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันหรือไม่ (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4. ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด					
5. ท่านรู้สึกพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ หรือมีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด					
7. ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยเพียงใด					
8. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเองได้เพียงใด					
9. ท่านมีความรู้สึกไม่ดีเช่น รู้สึกหงา เสร้า หดหู่ ลึนหวัง วิตกกังวลบ่อยแค่ไหน					
10. ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
11. ท่านรู้สึกพอใจมากหรือแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
12. ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
13. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมากน้อยเพียงใด					
14. ท่านพอใจต่อการผูกมิตร หรือเข้ากับคนอื่นอย่างไรที่ผ่านมาแค่ไหน					
15. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แค่ไหน					
16. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					

ข้อความ	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
17. ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศหมายถึงเมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้ว ท่านมีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมไปถึงการช่วยเหลือตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)					
18. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
19. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
20. ท่านพอใจที่สามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					
21. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
22. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
23. สภาพรอบ ๆ บ้านดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
24. ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึง การคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
25. ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยเพียงใด					
26. ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) โดยรวมอยู่ในระดับใด					

สำหรับเจ้าหน้าที่

1. การกินยาต้านไวรัส

เริ่มครั้งแรก สูตร.....ระยะเวลากินนาน.....

เปลี่ยนครั้งที่ 1 สูตร..... เหตุผล กินนาน.....ว./ด./ป

เปลี่ยนครั้งที่ 2 สูตร..... เหตุผลกินนาน.....ว./ด./ป

ปัจจุบันกินยาสูตรกินนาน.....ว./ด./ป

2. ระดับ ภูมิ ซีดี 4 (CD4)

ก่อนกินยา(.....%) 6 เดือน..... (.....%) ปัจจุบัน ล่าสุด(.....%)

Viral load