

## ภาคผนวก

### แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษา

หมายเลข.....

#### แบบสอบถาม

ความเข้าใจในการใช้ยา Isotretinoin เพื่อรักษาสิวในผู้ที่เข้ารับบริการในคลินิกผิวหนังจังหวัด  
เชียงใหม่

#### คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาความเข้าใจเกี่ยวกับยา Isotretinoin ในการรักษา  
สิว ในผู้ที่เข้ารับบริการในคลินิกผิวหนังในจังหวัดเชียงใหม่ ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้เป็นประโยชน์  
และเป็นแนวทางในการจัดบริการให้ความรู้ในการใช้ยา Isotretinoin ให้แก่ผู้รับบริการและแก้ไข  
ปัญหาการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้  
ตามที่ท่านเข้าใจและคิดว่ามีความถูกต้องมากที่สุด ขอให้ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านกรุณาตอบ  
แบบสอบถามตามความเป็นจริงและตอบให้ครบทุกข้อ ซึ่งคำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง  
ผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลที่ท่านให้ทั้งหมดจะถือเป็นความลับและใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น

แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการใช้ยาและการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 3 ความเข้าใจในการใช้ยา Isotretinoin

ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

ขอแสดงความนับถือ

นางสาว่องพรรณ สุวรรณเพชร  
นักศึกษาปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

หมายเหตุ : ยา Isotretinoin ได้แก่ยารักษาสิวชื่อ หื้อ โรแอกคิวเทน (Roaccutane®) และ ยี่หื้อ แอค  
โน ติน (Acnotin®)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่าง.....และใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ( ) หน้าข้อความ  
ที่ตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด

1. อายุ.....ปี
2. เพศ  ชาย  หญิง
3. อาชีพ
  - ( ) นักเรียน / นักศึกษา
  - ( ) ข้าราชการ / พนักงานราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ
  - ( ) ลูกจ้าง / พนักงานบริษัท
  - ( ) ค้าขาย / ประกอบธุรกิจส่วนตัว
  - ( ) รับจ้าง
  - ( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ
  - ( ) อื่นๆ.....
4. รายได้โดยประมาณ.....บาท/เดือน
5. ระดับการศึกษาของท่าน
  - ( ) ประถมศึกษา
  - ( ) มัธยมศึกษาตอนต้น
  - ( ) มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.
  - ( ) ปวส. / อนุปริญญา
  - ( )ปริญญาตรี
  - ( ) สูงกว่าปริญญาตรี
  - ( ) อื่นๆ ระบุ.....
6. สถานภาพสมรส
  - ( ) โสด
  - ( ) คู่
  - ( ) หย่า/ ม่าย / แยกกันอยู่
7. ลักษณะการเข้ารับบริการ
  - ( ) เข้ารับบริการครั้งแรก
  - ( ) เข้ารับบริการเพื่อติดตามผลการรักษา
8. ประวัติโรคประจำตัว
  - ( ) มี โปรดระบุ.....
  - ( ) ไม่มี

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลการใช้ยา

1. ท่านเริ่มรักษาสิวตั้งแต่ ปี พ.ศ. ....
2. ท่านเริ่มรักษาสิวครั้งแรกด้วยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
  - ( ) ใช้น้ำยา
  - ( ) รับประทานยากลุ่มปฏิชีวนะ เช่น อะม็อกซิซิลลิน ดอกซี่ไซคลิน
  - ( ) รับประทานยากลุ่มฮอร์โมน เช่น ยาคุมกำเนิด
  - ( ) รับประทานยากลุ่ม Isotretinoin เช่น แอล โนติน หรือ โรแอกคิวเทน
  - ( ) รับประทานยา แต่ไม่ทราบว่ากลุ่มใด
  - ( ) ใช้ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดผิวหนัง
3. ระยะเวลาในการใช้ยา Isotretinoin
  - ( ) น้อยกว่า 4 เดือน
  - ( ) 4-6 เดือน
  - ( ) มากกว่า 6 เดือน
4. ท่านทราบเหตุผลที่แพทย์จ่ายยา Isotretinoin แก่ท่านหรือไม่
  - ( ) ไม่ทราบ
  - ( ) ทราบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
    - ( ) รักษาด้วยวิธีอื่นๆ ไม่ได้ผล
    - ( ) เป็นสิวนิครุนแรง
    - ( ) อื่นๆ ระบุ.....
5. ท่านรับประทานยาชนิดที่มีลิกรัม/เม็ด
  - ( ) 10 มิลลิกรัม/เม็ด
  - ( ) 20 มิลลิกรัม/เม็ด
  - ( ) ไม่ทราบ
6. ความถี่ในการรับประทานยาของท่านเป็นอย่างไร
  - ( ) วันละเม็ด
  - ( ) 4 เม็ด/สัปดาห์ (วันเว้นวัน)
  - ( ) 3 เม็ด/สัปดาห์
  - ( ) 2 เม็ด/สัปดาห์
  - ( ) 1 เม็ด/สัปดาห์

7. ท่านทราบระยะเวลาที่จะต้องรับประทานยาจนกระทั่งรักษาหายหรือไม่
- ( ) ไม่ทราบ
  - ( ) ทราบ เป็นระยะเวลา.....เดือน
8. ท่านได้รับการรักษาผิวหนังด้วยวิธีอื่นนอกจากการกินยา Isotretinoin หรือไม่
- ( ) ไม่ใช่
  - ( ) ใช่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
    - ได้แก่ ( ) ใช้ยาทา
    - ( ) รับประทานยากลุ่มปฏิชีวนะ(ยาแก้อักเสบ) เช่น อะม็อกซิซิลลิน
    - ( ) รับประทานยากลุ่มฮอโรโมน เช่น ยาคุมกำเนิด
    - ( ) รับประทานยา แต่ไม่ทราบว่ากลุ่มใด
    - ( ) ใช้ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดผิวหนัง
9. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับยา Isotretinoin จากแพทย์ที่รักษาท่านหรือไม่
- ( ) ไม่เคยได้รับ (ข้ามไปตอบข้อ 11)
  - ( ) ได้รับเพียงครั้งแรกที่ได้รับยา
  - ( ) ได้รับเป็นบางครั้ง/นานๆที
  - ( ) ได้รับทุกครั้งที่ได้รับยา
10. หากท่านได้รับคำแนะนำจากแพทย์ที่รักษา ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับยา Isotretinoin ในด้านใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ( ) สรรพคุณหรือข้อบ่งใช้ของยา
  - ( ) วิธีการใช้ยา
  - ( ) ปริมาณยาที่ได้รับ
  - ( ) ระยะเวลาในการรักษาหรือระยะเวลาที่ต้องได้รับยาจนกระทั่งหาย
  - ( ) ข้อห้ามใช้/ข้อควรระวังในการใช้ยา
  - ( ) ผลอันไม่พึงประสงค์อันเนื่องมาจากการใช้ยา
  - ( ) ข้อปฏิบัติตนเมื่อเกิดความผิดปกติจากการใช้ยา
  - ( ) การดูแลตนเอง และสังเกตความผิดปกติของร่างกายขณะได้รับยา
  - ( ) อื่นๆ โปรดระบุ.....

11. ท่านเคยได้รับข่าวสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับยา Isotretinoin จากแหล่งอื่นๆ นอกจากแพทย์หรือไม่

- ( ) ไม่เคยได้รับ ได้รับ (ข้ามไปตอบข้อ 13)
- ( ) เคยได้รับจาก..... (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
  - ( ) แผ่นพับ
  - ( ) อินเทอร์เน็ต
  - ( ) หนังสือพิมพ์
  - ( ) นิตยสารทั่วไป
  - ( ) วารสารทางการแพทย์
  - ( ) โทรทัศน์
  - ( ) วิทยุ
  - ( ) พยาบาล
  - ( ) เภสัชกร
  - ( ) เจ้าหน้าที่ในคลินิกที่เข้ารับบริการ
  - ( ) บุคคลอื่นที่เคยได้รับยามาก่อน เช่น เพื่อนหรือญาติ เป็นต้น
  - ( ) อื่น ระบุ.....

12. หากท่านได้รับข่าวสารหรือข้อมูลข้างต้นในข้อ 11 ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับยา Isotretinoin ในด้านใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ( ) สรรพคุณหรือข้อบ่งใช้ของยา
- ( ) วิธีการใช้ยา
- ( ) ปริมาณยาที่ได้รับ
- ( ) ระยะเวลาในการรักษาหรือระยะเวลาที่ต้องได้รับยาจนกระทั่งหาย
- ( ) ข้อห้ามใช้/ข้อควรระวังในการใช้ยา
- ( ) ผลอันไม่พึงประสงค์อันเนื่องมาจากการใช้ยา
- ( ) ข้อปฏิบัติตนเมื่อเกิดความผิดปกติจากการใช้ยา
- ( ) การดูแลตนเอง และสังเกตความผิดปกติของร่างกายขณะได้รับยา
- ( ) อื่นๆ โปรดระบุ.....

### ส่วนที่ 3 ข้อมูลความเข้าใจในการใช้ยา Isotretinoin

1. กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) หน้าช่องว่างที่ตรงกับความเข้าใจในการใช้ยา Isotretinoin ของท่านให้ตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด

ความเข้าใจในการใช้ยา Isotretinoin	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1. ยานี้ใช้รับประทานเพื่อรักษาสิวชนิดเป็นทั่วไป ใช่หรือไม่			
2. ผู้ป่วยบางที่มีสิวน้ำเหลืองมากขึ้นใน 2-3 สัปดาห์แรก เป็นผลจากการแพ้ยา ใช่หรือไม่			
3. ยานี้ต้องรับประทานก่อนอาหารหรือหลังอาหารก็ได้ ใช่หรือไม่			
4. ยานี้ห้ามใช้ในผู้ที่มึนปัญหาการทำงานของตับและไตผิดปกติ ใช่หรือไม่			
5. ในหญิงวัยเจริญพันธุ์สามารถรับประทานได้แม้มีการตั้งครรภ์ แต่ต้องไม่เกิน 3 สัปดาห์ ใช่หรือไม่			
6. ห้ามใช้ยานี้ในผู้ที่มีภาวะวิตามินเอสูง ใช่หรือไม่			
7. ยาไม่มีผลเสียต่อผู้ป่วยที่มีระดับไขมันในเลือดมากเกินไป ใช่หรือไม่			
8. ยานี้อาจทำให้เกิดริมฝีปากอักเสบ ผิวแห้ง ผิวหนังอักเสบ ใช่หรือไม่			
9. ยานี้อาจทำให้เกิดผมร่วง ผิวกลิ้งขึ้นและไวต่อแสง ใช่หรือไม่			
10. ยานี้อาจทำให้เกิดอาการทางจิตเวช เช่น มีความผิดปกติทางพฤติกรรม พยายามฆ่าตัวตาย ใช่หรือไม่			
11. ยานี้ไม่ผ่านทางน้ำนมได้ จึงสามารถใช้ในรายที่ให้นมลูกได้ ใช่หรือไม่			
12. ยานี้อาจทำให้เกิดต่อกระจกหรือ ตาอักเสบ ใช่หรือไม่			
13. ยานี้อาจทำให้ตาแห้ง (เยื่อตาแห้งจนใส่คอนแทกเลนส์ไม่ได้) ใช่หรือไม่			
14. ห้ามใช้ในหญิงมีครรภ์ แต่ใช้ได้เฉพาะ ช่วงตั้งครรภ์ได้ 3 อาทิตย์ ใช่หรือไม่			
15. ยานี้อาจทำให้เกิดความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ ลำไส้อักเสบ ใช่หรือไม่			
16. ยานี้ไม่มีผลต่อค่าไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ใช่หรือไม่			
17. ยานี้ไม่มีผลต่อระดับคลอเลสเตอรอลในเลือด ใช่หรือไม่			

ความเข้าใจในการใช้ยา Isotretinoin	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
18. ยานี้อาจทำให้เกิดความผิดปกติของทารกในครรภ์ ใช่หรือไม่			
19. ยานี้ทำให้เป็นหมันทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย ใช่หรือไม่			
20. ผู้ที่ได้รับยานี้แล้วไม่กลับมาเป็นสิวซ้ำอีก ใช่หรือไม่			

2. กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) หน้าช่องว่างที่ตรงกับความเข้าใจในการปฏิบัติระหว่างที่ได้รับยา **Isotretinoin** ของท่าน ให้ตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อควรปฏิบัติระหว่างที่ได้รับยา Isotretinoin	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1. ยานี้สามารถรับประทานร่วมกับวิตามินเอ หรือยากลุ่มวิตามินเอได้ ใช่หรือไม่			
2. ควรมีการตรวจระดับไขมันในเลือดก่อนได้รับยาและเมื่อหยุดการรักษาแล้ว ใช่หรือไม่			
3. ต้องมีการตรวจการตั้งครรภ์ก่อนการได้รับยา ใช่หรือไม่			
4. ต้องมีการตรวจการทำงานของตับและไต ก่อนและหลังการได้รับยา ใช่หรือไม่			
5. ควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสแสงแดดโดยตรง ในระหว่างการได้รับยา ใช่หรือไม่			
6. ต้องมีการคุมกำเนิดก่อนได้รับยา 1 เดือน ระหว่างได้รับยาและหลังจากการหยุดยา 1 เดือน ใช่หรือไม่			
7. ในระหว่างที่ได้รับยานี้ สามารถบริจาดโลหิตได้ ใช่หรือไม่			

3. ท่านเคยได้รับผลข้างเคียงจากการใช้ยา Isotretinoin หรือไม่

( ) ไม่เคย

( ) เคยได้รับ ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นคือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) ตาแห้ง

( ) ริมฝีปากแห้ง

( ) ผิวแห้ง

( ) ผิวหน้า ผิวหนังร้อนแดง

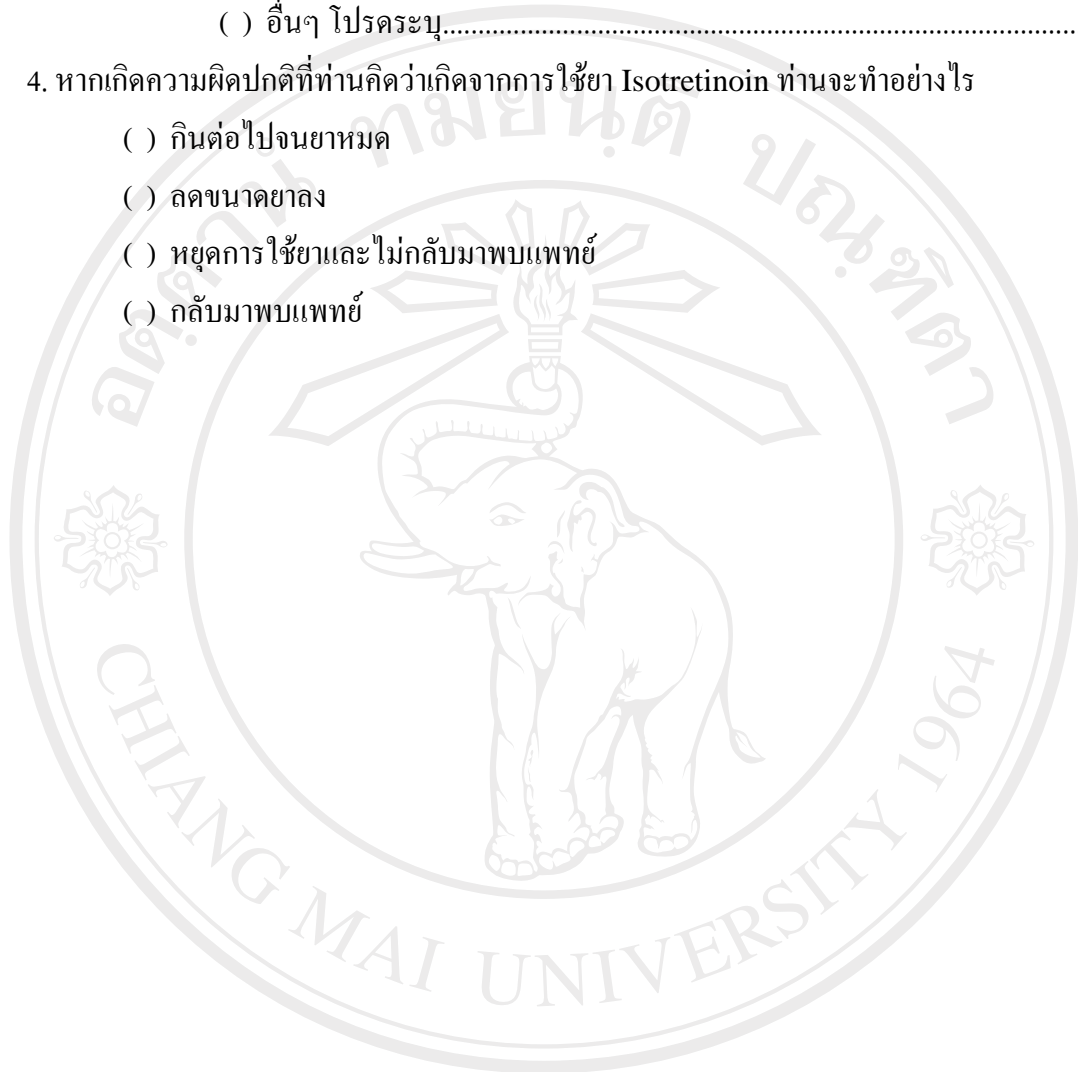
( ) ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ

( ) ผมร่วง

- ( ) ปวดศีรษะ
- ( ) คลื่นไส้
- ( ) อื่นๆ โปรดระบุ.....

4. หากเกิดความผิดปกติที่ท่านคิดว่าเกิดจากการใช้ยา Isotretinoin ท่านจะอย่างไร

- ( ) กินต่อไปจนยาหมด
- ( ) ลดขนาดยาลง
- ( ) หยุดการใช้ยาและไม่กลับมาพบแพทย์
- ( ) กลับมาพบแพทย์



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved



## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวผ่องพรรณ สุวรรณเพชร
วัน เดือน ปี เกิด	3 กุมภาพันธ์ 2525
ประวัติการศึกษา	สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนวัดโนนทัยพชัยเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2542 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2546
ประวัติการทำงาน	พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2547-2550

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved