ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chiang Mai University

ภาคผนวก ก

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อโรคเอดส์จากแม่สู่ลูก

ลำดับที่_____

ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์.....นามสกุล.....อายุ.....ปี.....เดือน
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดลำปาง
H.N.....วันที่มา ANC.....วันที่คลอด.....วันที่สัมภาษณ์.....
ชื่อผู้สัมภาษณ์.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม

---

1. เมื่อเริ่มตั้งครรภ์ครั้งหลังสุดท่านอายุ.....ปี.....เดือน
2. สถานภาพสมรสของท่านในปัจจุบัน
   - [ ] 1. อยู่กินกับสามี
   - [ ] 2. หม้าย
   - [ ] 3. หย่า
   - [ ] 4. แยกกันอยู่
3. อาชีพปัจจุบันของท่าน
   - [ ] 1. แม่บ้าน
   - [ ] 2. รับจ้างทั่วไป
   - [ ] 3. เกษตรกร
   - [ ] 4. ค้าขาย หรือทำธุรกิจส่วนตัว
   - [ ] 5. รับราชการ
   - [ ] 6. อื่น ๆ ระบุ.....
4. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน
   - [ ] 1. ไม่ได้เรียน
   - [ ] 2. ระดับประถมศึกษา
   - [ ] 3. ระดับมัธยมศึกษา
   - [ ] 4. ระดับ ปวช., ปวส., อนุปริญญา
   - [ ] 5. ระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่า

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chiang Mai University

5. ภูมิลำเนาของท่านในปัจจุบัน

[ ] 1. อ.เมือง จ.ลำปาง

[ ] 2. อ.อื่น ๆ จ.ลำปาง ระบุ.....

[ ] 3. จ.อื่น ๆ ระบุ.....

6. จำนวนครั้งที่เคยตั้งครรภ์.....ครั้ง และจำนวนครั้งที่ผ่านการคลอด.....ครั้ง

7. ขณะที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อโรคเอดส์นั้น ตั้งครรภ์ได้.....เดือน

8. ท่านผ่านการตรวจเลือด เพื่อตรวจหาเชื้อเอดส์มาแล้ว.....ครั้ง

9. การตั้งครรภ์บุตรคนนี้ท่านวางแผนว่าจะตั้งครรภ์ไว้ก่อนหรือไม่.....

10. ก่อนตั้งครรภ์ครั้งล่าสุดนี้ ท่านทราบหรือไม่ว่าตัวเองติดเชื้อเอดส์

[ ] 1. ทราบ

[ ] 2. ไม่ทราบ

[ ] 3. อื่น ๆ ระบุ.....

11. ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อโรคเอดส์.....ปี.....เดือน

12. ท่านเคยมีประวัติการเจ็บป่วยส่วนตัวอะไรบ้าง

[ ] 1. ไม่มี

[ ] 2. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ระยะเวลา.....ปี

[ ] 3. โรคอื่น ๆ ระบุ.....

13. อายุครรภ์ที่ท่านมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลหรือสถานีอนามัยเป็นครั้งแรก.....เดือน

14. เมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ ท่านเคยคิดจะตรวจเลือดเพื่อหาโรคเอดส์หรือไม่

[ ] 1. เคยคิด

[ ] 2. ไม่เคยคิด

เหตุผล.....

15. ถ้าแพทย์หรือพยาบาลไม่แนะนำท่านเคยคิดตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อโรคเอดส์หรือไม่

[ ] 1. เคยคิด

[ ] 2. ไม่เคยคิด

16. ท่านบอกให้คนในครอบครัวทราบว่า ท่านติดเชื้อเอดส์หรือไม่

[ ] 1. บอก ระบุบอกใครบ้าง.....

[ ] 2. ไม่บอก

17. ท่านมีบัตรสวัสดิการรักษาพยาบาลประเภทใดบ้าง

[ ] 1. บัตรผู้มีรายได้น้อย

[ ] 2. บัตรสุขภาพ

[ ] 3. บัตรประกันสังคม

[ ] 4. อื่น ๆ ระบุ.....

18. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวท่านต่อเดือน(ระบุจำนวนจริง) .....บาท
19. ค่าใช้จ่ายอื่นๆไม่รวมค่ายาในการมาโรงพยาบาลต่อครั้ง(ค่าใช้จ่ายจริง).....บาท
20. ระยะทางจากบ้านมายังโรงพยาบาล (ระยะทางจริง).....กิโลเมตร
21. ท่านใช้เวลาในการเดินทางมาโรงพยาบาล เวลาจริง.....ชั่วโมง.....นาที
22. ท่านเคยได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงาน องค์การต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องหรือไม่
    [ ] 1. เคย
    [ ] 2. ไม่เคย
23. ความช่วยเหลือที่ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
    [ ] 1. เงินและค่าใช้จ่ายต่าง ๆ
    [ ] 2. ให้กำลังใจ
    [ ] 3. นมผง ระยะเวลา.....
    [ ] 4. ค่าครองชีพ
    [ ] 5. อื่น ๆ ระบุ.....
24. เมื่อท่านมีเรื่องกังวล หรือกลุ้มใจเกี่ยวกับการติดเชื้อเอดส์ ท่านทำอย่างไร
    [ ] 1. ปรึกษาสามี
    [ ] 2. ญาติพี่น้องในครอบครัว
    [ ] 3. ปรึกษาเพื่อน
    [ ] 4. ปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
    [ ] 5. ไม่ปรึกษาใคร เก็บไว้คนเดียว
    [ ] 6. อื่น ๆ ระบุ.....
25. สามีท่านรู้หรือไม่ว่าท่านติดเชื้อเอดส์
    [ ] 1. รู้
    [ ] 2. ไม่รู้
26. ถ้าสามีท่านรู้เขาให้กำลังใจหรือไม่ (ในกรณีที่สามียังมีชีวิตอยู่)
    .....
27. สามีคนปัจจุบันเคยตรวจเลือดหาการติดเชื้อโรคเอดส์หรือไม่.....
    [ ] 1. เคย ผลการตรวจ ระบุ.....
    [ ] 2. ไม่เคย
    [ ] 3. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
28. สามีคนปัจจุบันติดเชื้อโรคเอดส์หรือไม่
    [ ] 1. ติด
    [ ] 2. ไม่ติด
    [ ] 3. ไม่ทราบ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chiang Mai University

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐ

1. ก่อนมาฝากครรภ์ท่านมีความเชื่อถือในประสิทธิภาพของการให้บริการของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเพียงใด
   [ ] 1. มาก
   [ ] 2. ปานกลาง
   [ ] 3. น้อย
2. เมื่อได้รับบริการแล้วท่านพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาลหรือไม่
   [ ] 1. พอใจ
   [ ] 2. ไม่พอใจ ระบุ.....
3. ในการมารับบริการตามนัดแต่ละครั้ง เฉลี่ยแล้วท่านใช้เวลานานเท่าไร (ตั้งแต่มาถึงจนกระทั่งรับยา) ใช้เวลานาน.....ชั่วโมง.....นาที
4. ท่านทราบหรือไม่ว่ามีการให้บริการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาล
   [ ] 1. ทราบ ระบุ.....
   [ ] 2. ไม่ทราบ
5. ท่านสะดวกที่จะมารับยาด้วยตัวเอง หรือไม่
   [ ] 1. สะดวก
   [ ] 2. ไม่สะดวก ระบุมาอย่างไร.....
6. ในการมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลท่านมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายหรือไม่
   [ ] 1. มี ระบุ.....
   [ ] 2. ไม่มี
7. ในครอบครัวรวมทั้งชุมชนมีใครทราบว่าท่านติดเชื้อโรคเอดส์
   [ ] 1. มี ระบุ ทราบจากใคร.....
   [ ] 2. ไม่มี
   [ ] 3. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
8. เมื่อท่านมีปัญหาด้านการเจ็บป่วยเกี่ยวกับการติดเชื้อเอดส์บุคคลที่ให้การช่วยเหลือท่านได้ดีที่สุดในปัจจุบัน คือ
   [ ] 1. บุคคลในครอบครัว ระบุ.....
   [ ] 2. เพื่อน และคนรู้จักใกล้ชิด ระบุ.....
   [ ] 3. บุคคลทางการแพทย์ ระบุ.....

ส่วนที่ 3 ข้อมูลหญิงหลังคลอดที่ติดเชื้อเอดส์ที่ไม่เข้าร่วมโครงการใช้ยาต้านไวรัส

1. เมื่อท่านติดเชื้อเอดส์แล้ว ท่านต้องการรักษาเป็นความลับหรือไม่ (รับรู้ไว้เพียงผู้เดียว แม้แต่สามีก็ไม่ให้ทราบ)
   [ ] 1. ต้องการให้เป็นความลับ
   [ ] 2. ไม่ต้องการ
   [ ] 3. อื่น ระบุ.....
2. การติดเชื้อเอดส์ ท่านคิดว่าเป็นเรื่องเปิดเผยเฉพาะในครอบครัวหรือไม่ (เปิดเผยกับสามี ญาติสนิทพี่น้อง)
   [ ] 1. ใช่
   [ ] 2. ไม่ใช่
   [ ] 3. อื่น ๆ ระบุ.....
3. ในการมาฝากครรภ์ท่านพอใจกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ที่ให้คำปรึกษาก่อนเจาะเลือดหรือไม่
   [ ] 1. พอใจ
   [ ] 2. ไม่พอใจ เหตุผล.....
4. ท่านเข้าใจการให้คำปรึกษาก่อนเจาะเลือดจากเจ้าหน้าที่ หรือไม่
   [ ] 1. เข้าใจ
   [ ] 2. ไม่เข้าใจ เหตุผล.....
5. ท่านพอใจกับการปฏิบัติงานในการให้คำปรึกษาหลังทราบว่าท่านติดเชื้อเอดส์ จากเจ้าหน้าที่หรือไม่
   [ ] 1. พอใจ
   [ ] 2. ไม่พอใจ เหตุผล.....
6. ท่านเข้าใจคำปรึกษาของเจ้าหน้าที่หลังเจาะเลือด เมื่อทราบว่าติดเชื้อเอดส์ แล้วหรือไม่
   [ ] 1. เข้าใจ
   [ ] 2. ไม่เข้าใจ เหตุผล.....
7. ท่านพอใจการอธิบาย และให้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่ภายหลังการติดเชื้อเอดส์ หรือไม่
   [ ] 1. พอใจ
   [ ] 2. ไม่พอใจ เหตุผล.....
8. เหตุผลที่ท่านไม่เข้าร่วมโครงการใช้ยาต้านไวรัส ระบุ.....

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Chiang Mai University

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านการใช้ยาของผู้เข้าร่วมโครงการใช้ยาต้านไวรัส

1. เหตุผลที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยในการใช้ยา AZT

   .....

2. การเข้าร่วมโครงการดังกล่าว ท่านคิดว่ามีประโยชน์อย่างไร

   .....

3. เมื่อโครงการสิ้นสุดลง ท่านต้องการให้มีบริการอะไรต่อไปอีกบ้าง

   .....

4. ท่านกินยา AZT อย่างไร ในหนึ่งสัปดาห์

   [ ] 1. ทุกวัน

   [ ] 2. ไม่ทุกวัน ระบุ.....กี่วัน

5. ท่านแบ่งยา AZT ของท่านให้ใครกินบ้าง

   [ ] 1. แบ่ง ระบุให้ใคร.....

   [ ] 2. ไม่แบ่ง

6. สามีของท่านทราบหรือไม่ว่าท่านรับประทานยา AZT

   [ ] 1. ทราบ

   [ ] 2. ไม่ทราบ ระบุเหตุผล.....

   [ ] 3. ไม่แน่ใจ

7. สามีของท่านทราบหรือไม่ว่าลูกของท่านได้รับประทานยา SYRUP AZT

   [ ] 1. ทราบ

   [ ] 2. ไม่ทราบ ระบุเหตุผล.....

   [ ] 3. ไม่แน่ใจ

8. มีเหตุผลหรือสถานการณ์ใดบ้างที่ทำให้ท่านไม่สามารถรับประทานยาครบตามกำหนดเวลาในแต่ละวันได้

   .....

   .....

9. ท่านตัดสินใจรับประทานยาเองหรือให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตัดสินใจแทนท่าน.....

   .....

10. ในระหว่างที่ท่านเจ็บท้องคลอดจนถึงคลอด ท่านได้รับประทานยา AZT หรือไม่.....

    .....

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chiang Mai University

11. หลังจากท่านคลอดแล้ว ลูกของท่านได้รับประทานยาไซรัป เอ แซด ที หรือไม่

[ ] 1. ได้รับครบ 7 วัน ตามกำหนด

.....

[ ] 2. ได้รับไม่ครบ 7 วัน เพราะ.....

.....

12. ความร่วมมือของหญิงมีครรภ์ (ดูจากแบบบันทึกข้อมูลการติดตามหญิงตั้งครรภ์ระหว่าง ANC)

ด้านมารดา

สัปดาห์ (wk)	อายุครรภ์ (wk)	เช้า (เม็ด)	เย็น (เม็ด)	มา ตรงนัด	มาไม่ ตรงนัด	ระบุก่อนหรือหลังนัด เพราะสาเหตุใด
สัปดาห์ที่ 1						
สัปดาห์ที่ 2						
สัปดาห์ที่ 3						
สัปดาห์ที่ 4						
สัปดาห์ที่ 5						
สัปดาห์ที่ 6						
สัปดาห์ที่ 7						
สัปดาห์ที่ 8						
สัปดาห์ที่ 9						

หมายเหตุ มาตรงนัด หมายถึง มาตรงตามวันนัด รับประทานยาถูกต้องหรือมาก่อนนัด รับประทานยาถูกต้อง มียาเหลือจนถึงวันนัดครบตามจำนวน

มาไม่ตรงนัด หมายถึง มาก่อนนัด รับประทานยาไม่ถูกต้อง คือ ยาหมดหมดก่อนวันนัดหรือมาหลังวันนัด ถือว่าไม่ตรงนัด

ด้านทารก

หลังคลอด (วัน)	เช้า	กลางวัน	เย็น	ก่อนนอน
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

13. ท่านนำลูกของท่านมาเจาะเลือดตามนัดหรือไม่

[ ] 1. ตามนัด ระบุเดือน.....

[ ] 2. ไม่ตามนัด

[ ] 3. ยังไม่ถึงวันนัด

14. ผลการตรวจเลือดเพื่อดูการติดเชื้อของลูกท่าน เป็นอย่างไร

[ ] 1. ติดเชื้อ

[ ] 2. ไม่ติดเชื้อ

[ ] 3. ยังไม่ถึงกำหนดเวลาตรวจ

15. ท่านเลี้ยงดูบุตรนมชนิดไหน

[ ] 1. เลี้ยงลูกด้วยนมมารดา

[ ] 2. เลี้ยงลูกด้วยนมผง ระยะเวลานาน.....ปี.....เดือน

ส่วนที่ 5 ข้อมูลด้านความรู้ ความเข้าใจของการรับประทานยา AZT

1. ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาที่ท่านได้รับเป็นอย่างไร

   .....

   .....

   ความรุนแรงเป็นระยะใด.....

2. ในด้านความรู้ ความเข้าใจในการรับประทานยาของท่าน ต่างจากที่เจ้าหน้าที่บอกไว้อย่างไร

   .....

   .....

3. เมื่อรับประทานยาครบตามกำหนดแล้วท่านมีความคาดหวังต่อการรับประทานยาของท่านอย่างไร

   .....

   .....

4. อะไรเป็นแรงจูงใจที่ทำให้รับประทานยาตามกำหนดสม่ำเสมอ หรือมีกำลังใจในการรับประทานยา.....

   .....

5. ความไม่สะดวกในการรับประทานยาตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงคลอดรวมทั้งความไม่สะดวกของลูกมีอะไรที่ไม่สะดวกหรือลำบากใจ.....

   .....

6. ลูกของท่านมีอาการข้างเคียง หลังจากรับประทานยา SYRUP AZT อย่างไร.....

   .....

7. ถ้าให้ท่านย้อนกลับไปคิดว่าท่านเพิ่งเริ่มตั้งครรภ์ครั้งนี้ ท่านจะรับประทานยา AZT อีกหรือไม่

   .....

   เพราะเหตุใด.....

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นางสาวนิตยา แก้วร่วมวงศ์

วันเดือนปีเกิด 1 พฤศจิกายน 2500

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2522 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
วิทยาลัยพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

ประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2522 - 2525 นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ 3 โรงพยาบาลเสริมงาม ลำปาง
พ.ศ. 2525 - 2529 นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ 5 โรงพยาบาลห้างฉัตร ลำปาง
พ.ศ. 2529 - ปัจจุบัน นักวิชาการควบคุมโรค 7 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Chiang Mai University