



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก ก

แบบสัมภาษณ์ ผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัส

สถานที่สัมภาษณ์ H.N.

ID. วันที่ สัมภาษณ์

ตอนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไป

1. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัดเชียงใหม่

2. เพศผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ชาย หญิง3. อายุ ปี สถานภาพสมรส โสด คู่ หย่า / แยกกันอยู่ ม่ายกรณีมีคู่ครอง ปัจจุบันเป็นการแต่งงานครั้งที่ โดยแต่งงานกับ เพศเดียวกัน ต่างเพศ

กรณีคู่ครองแยกกันอยู่/ หย่าร้าง หรือ เสียชีวิต สาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวีเกิดจาก...

 ตนเองติดเชื้อเอชไอวี คู่ครองติดเชื้อเอชไอวี สาเหตุอื่นที่ไม่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี

4. ระดับ CD4 ของท่านเป็นอย่างไร :

ก่อนรับยาต้านไวรัส (...../...../.....), ปัจจุบัน (...../...../.....)

9. รายได้ของท่านจากการประกอบอาชีพโดยเฉลี่ย บาท ต่อเดือน

รายได้ของครอบครัวท่าน (รวมตัวท่าน) โดยเฉลี่ย บาท ต่อเดือน

15. กรณีที่แต่งงานหรือมีคู่ครองประจำ ปัจจุบันท่านเลือกคุมกำเนิดโดยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

 ไม่คุม เพราะ 1. เป็นโสด / ม่าย / แยกกันอยู่

2. ไม่มีเพศสัมพันธ์ด้วยกัน

3. ต้องการมีบุตร

 กินยาเม็ดคุมกำเนิด ฉีดยาคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด ใส่ห่วงคุมกำเนิด ใช้ถุงยางอนามัย ทำหมัน อื่นๆ (ระบุ)

18. ในช่วงระยะเวลา 1 ปี ท่านเคยเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลหรือไม่ ให้ระบุจำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาลครั้ง (ใส่ 0 ถ้าไม่เคยนอนโรงพยาบาล) หากเคยนอนโรงพยาบาลโปรดระบุ โรคที่ป่วยจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล วัน

ตอนที่ 2 ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัส

ส่วนที่ 1. ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัส

1. ท่านทราบแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับยาต้านไวรัสจากที่ใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- โรงพยาบาลแห่งนี้ โรงพยาบาลที่อื่น คลินิกเอกชน ญาติพี่น้องใน

ครอบครัว

- เครือข่ายผู้ติดเชื้อ สื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ เพื่อนที่ไม่ติดเชื้อ

- อื่นๆ ระบุ.....

2. การติดเชื้อเอชไอวีสามารถรักษาให้หายขาดได้ ด้วยการรับประทานยาต้านไวรัสท่านคิดว่าถูกหรือผิด

- ถูก ผิด ไม่แน่ใจ

3. ท่านทราบหรือไม่ว่าแพทย์เจาะเลือดของท่านเพื่อตรวจหาอะไร (ไม่ให้อ่านคำตอบ)

- ไม่ทราบ ซีดี4 (CD4) เจาะคูเม็ดเลือดขาว ดูการทำงานของตับ

- นับจำนวนเชื้อไวรัส (Viral load) นับจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์

(lymphocyte to count)

1. หลังจากรับประทานยาต้านไวรัสแล้วซีดี4 (CD4) จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร

- ไม่ทราบ เพิ่มขึ้น คงที่/ไม่เปลี่ยนแปลง น้อยลง

2. หลังรับประทานยาต้านไวรัสแล้วผลการตรวจเอชไอวีจะเปลี่ยนแปลงจากบวกเป็นลบหรือไม่

- ไม่ทราบ เป็นผลบวก/เหมือนเดิม เปลี่ยนเป็นผลลบ

ตอนที่ 2 ส่วนที่ 2 . การรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัส

ข้อความ	เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย	
	เห็นด้วยอย่าง มาก	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างมาก
1. ยาต้านไวรัสทำให้ท่านมี ชีวิตที่ยาวนานขึ้น				
2. การรับประทานยาต้าน ไวรัส อย่างถูกต้องทำให้ผู้ติด เชื้อมีความสุขมากขึ้น				
3. การรับประทานยาต้าน ไวรัส ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความ เจ็บป่วยที่รุนแรง				
4. หากรับประทานยาต้าน ไวรัส ไม่ถูกต้องมีผลทำให้ยา ออกฤทธิ์ไม่ดี				
.				
.				
10. มีแนวโน้มว่าไวรัสคือต่อ ยาเพิ่มมากขึ้น				
11. การใช้ยาต้านไวรัสทำให้ โรคเอดส์ไม่เป็นโรครที่น่ากลัว อีกต่อไป				
12. เชื้อเอชไอวีมีความฉลาด มากทำให้ยาต้านไวรัสไม่ สามารถเอาชนะได้ง่ายๆ				

หมายเหตุ คำว่า “ การรับประทานยาที่ถูกต้อง” หมายถึง การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ
ครบถ้วน ต่อเนื่อง ตรงเวลา และไม่ขาดยา

ตอนที่ 3. แบบสัมภาษณ์ความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส

1. กรุณาตอบคำถามตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง เพื่อผลทางการรักษาที่ถูกต้องของท่าน

ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรับประทานยาเกิน 1 ชั่วโมง หรือไม่ได้รับประทาน หรือ ลืมกินมือ (ครั้ง)

ชื่อยา	กรณาระบุจำนวนมือ (ครั้ง) ที่รับประทานยาเกิน 1 ชั่วโมงหรือไม่ได้รับประทาน / ลืม (ใส่เลข 0 ถ้ารับประทานยาครบ) เว้นว่างไว้กรณีไม่ได้ใช้ยาต้านไวรัสดังกล่าว					
	เมื่อวานนี้ (ไม่นับรวมวันนี้)		ช่วง 7 วันที่ผ่านมา ยอดรวมสะสม (ไม่นับรวมวันนี้)		ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ยอดรวม (ไม่นับรวมวันนี้)	
	เกิน 1 ชั่วโมง	ไม่ได้รับประทาน / ลืม	เกิน 1 ชั่วโมง	ไม่ได้รับประทาน / ลืม	เกิน 1 ชั่วโมง	ไม่ได้รับประทาน / ลืม
1. GPO-vir ทุก 12 ชั่วโมง	..... มือ	..... มือ	..... มือ	..... มือ	..... มือ	..... มือ
2. d4T เข้า-เขีน	..... มือ	..... มือ	..... มือ	..... มือ	..... มือ	..... มือ
3. 3TC เข้า-เขีน	..... มือ	..... มือ	..... มือ	..... มือ	..... มือ	..... มือ
4. EFV ก่อนนอน	..... มือ	..... มือ	..... มือ	..... มือ	..... มือ	..... มือ
5. IDV เข้า-เขีน	..... มือ	..... มือ	..... มือ	..... มือ	..... มือ	..... มือ
6. RTV เข้า-เขีน	..... มือ	..... มือ	..... มือ	..... มือ	..... มือ	..... มือ

2. หากผู้ป่วยตอบว่า ไม่ได้รับประทานยา / ลืม หรือ รับประทานยาเกิน 1 ชั่วโมง ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โปรดระบุเหตุผลที่ไม่ได้รับประทานยา / ลืม หรือรับประทานเกิน 1 ชั่วโมง (สามารถตอบได้หลายเหตุผล เขียนบรรยายตามที่ผู้ป่วยบอก)

1.
2.
3.

3. ยาต้านไวรัสส่วนใหญ่ต้องรับประทานตามเวลาที่กำหนด เช่น ทุก 12 ชั่วโมง ถามว่า

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านสามารถรับประทานยาตามเวลาที่กำหนดได้มากน้อยเพียงใด

1. ทำตามไม่ได้เลย (รับประทานยาผิดเวลาเป็นประจำ ทุกวัน)
2. ทำตามได้บ้าง (รับประทานยาผิดเวลามากกว่าครึ่ง)
3. ทำได้ประมาณครึ่งหนึ่ง (รับประทานยาผิดเวลาประมาณครึ่งครึ่ง)
4. ทำได้ส่วนใหญ่ (รับประทานยาผิดเวลาบ้าง แต่ไม่บ่อยมาก น้อยกว่าครึ่ง)

5. ทำได้ทุกครั้ง (รับประทานยาตามเวลาทุกวัน)
4. บางคนลืมนรับประทานยาในบางวัน เช่นวันหยุด เสาร์ อาทิตย์ หรือวันที่หยุดทำงาน สำหรับท่านมีวันที่ท่านมักจะลืมนรับประทานยา หรือลืมนอยู่บ่อยๆหรือไม่
1. ไม่มี
 2. มี ประเภทของวันดังกล่าวได้แก่
 1. วันเสาร์ – อาทิตย์
 2. วันหยุดทำงาน
 3. วันสำคัญอื่นๆ ระบุ
5. ท่านใช้วิธีไหนในการเตือนตนเองเพื่อไม่ให้ลืมนรับประทานยา
- 5.1 บุคคลที่เตือนท่านในแต่ละมือ (3 อันดับแรก)
-ตนเอง
- พ่อ/แม่
- ลูก
-สามี/ภรรยา
-เพื่อน
-บุคคลอื่น(ระบุ).....
- 5.2 เทคนิค / วิธีการที่ใช้ในการเตือนความจำเพื่อไม่ให้ลืมนรับประทานยาคือวิธีใด (3 อันดับแรก)
-ใช้นาฬิกาข้อมือ / นาฬิกาแขวนผนัง (ดูเวลา)
-ใช้นาฬิกาตั้งโต๊ะปลุก
-ตั้งโทรศัพท์
-กำหนดเวลาที่ดูโทรทัศน์ หรือฟังวิทยุ
-กำหนดเพลงเคารพธงชาติ
-วิธีอื่นๆโปรดระบุ

ภาคผนวก ข

นิยามผู้ป่วยโรคเอดส์ และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ ที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรคตามแบบ

รง. 506/1

ผู้ป่วยเอดส์

การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคเอดส์ไม่ว่าจะเป็นประเภทที่ 1 หรือประเภทที่ 2 หรือประเภทที่ 3 ต้องมีผลการตรวจเลือดเป็นบวกทุกราย

ประเภทที่ 1 ผู้ป่วยเป็นเอดส์เพราะมีอาการซีบ่งของภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม โดยตรวจพบโรคหรือกลุ่มอาการที่ปรากฏ 1 ใน 28 ตามการจัดกลุ่มโรคของ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (CDC) ดังต่อไปนี้

1. Candidiasis ของหลอดอาหาร หลอดลม หรือ ปอด
2. Cervical cancer, invasive
3. Coccidioidomycosis ชนิดแพร่กระจาย ของอวัยวะต่างๆ นอกเหนือจากปอดหรือต่อมน้ำเหลือง ที่คอหรือขั้วปอด
4. Cryptococcosis
5. Cryptosporidiosis และมีอาการร่วนนานมากกว่า 1 เดือน
6. โรคติดเชื้อ Cytomegalovirus ของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง นอกเหนือจากตับม้ามและต่อมน้ำเหลือง
7. โรคติดเชื้อ Cytomegalovirus retinitis
8. HIV encephalopathy หรือ HIV dementia, AIDS dementia หรือ subacute HIV encephalitis
9. Herpes simplex นานเกิน 1 เดือน
10. Histoplasmosis ชนิดแพร่กระจายของอวัยวะต่างๆ
11. Isosporiasis และมีอาการอุจจาระร่วงนานเกิน 1 เดือน
12. Kaposi , sarcoma
13. Lymphoma, Burkitt, s (or equivalent term)
14. Lymphoma, immunoblastic (or equivalent tem)

15. Lymphoma, primary in brain
16. Mycobacterium avium complex หรือ โรคติดเชื้อ M.Kansasii
17. Mycobacterium , other species or unidentified species, disseminated or extrapulmonary
18. Mycobacterium tuberculosis, pulmonary or extrapulmonary
19. Pneumonia recurrent (Bacteria) มากกว่า 1 ครั้ง ใน 1 ปี
20. Pneumocystis carinii pneumonia
21. Penicillium marneffei infection
22. Progressive multifocal leukoencephalopathy
23. Salmonella septicemia ซ้ำๆ
24. Toxoplasmosis ในสมอง
25. Wasting syndrome (emaciation, slim disease)
26. Nocardiosis
27. Rhodococcosis
28. Serious Bacterial infection, recurrent or multiple 2 ครั้งในผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 13 ปี

ประเภทที่ 2 ผู้ป่วยเป็นเอดส์เพราะตรวจพบ 4 น้อยกว่า 200 / อย่างน้อย 2 ครั้ง ในกรณีที่ไม่มีปรากฏโรคหรือกลุ่มอาการอื่นๆหรือการวินิจฉัยโดยอาศัยโรคหรือกลุ่มอาการอื่นๆ ยังไม่แน่นอน

ประเภทที่ 3

ก. เด็กทารกติดเชื้อจากมารดา (vertical transmission) ต้องตรวจพบอาการอย่างน้อย 2 อย่างใน และ 2 อย่างใน

ข. เด็กทารกที่ตายก่อนอายุ 15 เดือน ต้องตรวจอาการอย่างน้อย 1 อย่างใน Major signs และ 1 อย่างใน Minor signs

Major signs

1. Weight loss or failure to thrive
2. Chronic /Recurrent diarrhea more than 1 month
3. Chronic /Recurrent fever more than 1 month
4. Persistent or severe lower respiratory tract infection

Minor signs

1. Generalized Lymphadenopathy or hepatosplenomegaly

2. Oral thrush
3. Repeated common infections (otitis, pharyngitis)
4. Chronic cough
5. Generalized dermatitis
6. Confirm maternal or children HIV infection

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ (Symptomatic HIV patients)

1. Oral Candidiasis or hairy leukoplakia
2. Herpes Zoster more than 1 dermatome
3. Central nervous system dysfunction
4. Diarrhea for more than 1 month
5. Fever for more than 1 month
6. Cachexia or more than 10 % weight loss
7. Asthenia more than 1 month
8. Persistent dermatitis more than 1 month
9. Anemia, lymphopenia thrombocytopenia
10. Persistent cough or any pneumonia more than 2 month (except TB)
11. Lymphadenopathy more than 1 cm at least 2 noninguinal sites for more than

1 month

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางทินมณี ทิพย์ปัญญา
วันเดือนปีเกิด	14 ธันวาคม 2503
ประวัติการศึกษา	- ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลอุตรดิตถ์ ปีการศึกษา 2523 - ประกาศนียบัตรการพยาบาลและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ปีการศึกษา 2530 - พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ปีการศึกษา 2535
ประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2523 – 2526 เจ้าหน้าที่พยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย จังหวัดแพร่ พ.ศ. 2527 – 2531 เจ้าหน้าที่พยาบาล โรงพยาบาลชุมชนแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2532 – 2535 พยาบาลเทคนิค 3-5 โรงพยาบาลชุมชนแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2536 – 2539 พยาบาลวิชาชีพ 5-6 โรงพยาบาลชุมชนแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2540 – 2542 นักวิชาการควบคุมโรค 6 สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2543 - ปัจจุบัน นักวิชาการสาธารณสุข 7 สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่