

แบบสัมภาษณ์ข้อมูล โครงการการศึกษาแบบภาคตัดขวางปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความลังเลใจใน
การรับวัคซีน โควิด-19 ในผู้สูงอายุและผู้ดูแล

ผู้ให้ข้อมูล ☐ ผู้ป่วย

☐ ผู้ดูแล

วันที่ตอบแบบสอบถาม วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2564

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ		
1.1	ID Number	
1.2	อายุปี
1.3	เพศ	1. ผู้ชาย 2. ผู้หญิง
1.4	เชื้อชาติ	1. ไทย 2. จีน 3. อื่นๆ
1.5	สถานภาพ	1. โสด 2. สมรส 3. หย่า 4. หม้าย 5. อื่นๆ
1.6	การศึกษา	1. ไม่ได้เรียนหนังสือ 2. ประถมศึกษา 3. มัธยมศึกษา 4. ปริญญาตรี 5. สูงกว่าปริญญาตรี
1.7	ในบ้านที่ท่านอยู่มีสมาชิกกี่คน (รวมตัวท่านเอง)	1. 1 คน 2. 2 คน 3. 3 คน 4. 4 คน 5. 5 คน 6. มากกว่า 5 คน
1.8	ในกรณีที่อยู่มากกว่า 1 คน ท่านอยู่กับใครบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 คน)	1. ตัวผู้ป่วยเอง 2. คู่สมรส 3. บุตร, หลาน, เหลน 4. พี่-น้อง 5. เพื่อน 6. ลูกจ้าง 7. อื่นๆ ระบุ.....
1.9	ในบ้านของท่านมีเด็กที่ยังเรียนหนังสือ ไม่เกินชั้นประถมศึกษาอยู่ด้วยหรือไม่	1. ไม่มี 2. มี
1.10	ที่อยู่ปัจจุบัน	1. กรุงเทพมหานคร 2. ต่างจังหวัด ระบุ.....
1.11	การประกอบอาชีพในปัจจุบัน	1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2. เกษียณจากงาน 3. ทำงานบางเวลา 4. ทำงานเต็มเวลา 5. อื่นๆ ระบุ.....
1.12	ถ้าทำงานอยู่อาชีพปัจจุบันคืออะไร (ถ้าไม่ได้ทำอาชีพเดิมคืออะไร)	1. ธุรกิจส่วนตัว 2. ค้าขาย 3. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 4. พนักงานบริษัท/ลูกจ้าง 5. แพทย์ 6. ครู/อาจารย์ 7. แม่บ้าน 8. ผู้ดูแลผู้ป่วย 9. อื่นๆ ระบุ.....
1.13	แหล่งที่มาของรายได้หลัก	1. รายได้ของตนเอง 2. มีผู้อื่นให้
1.14	รายได้ต่อเดือน (บาท)	ระบุ.....บาท
1.15	สูญเสียรายได้เนื่องจากโควิด	1. ขาดรายได้ 2. ลดลงมากกว่าครึ่งหนึ่ง 3. ลดลงไม่เกินครึ่งหนึ่ง 4. รายรับเท่าเดิม

1.16	สิทธิการรักษา	1. ประกันสุขภาพถ้วนหน้า 4. จ่ายเงินเอง (เงินสด)	2. ประกันสังคม 5. อื่นๆ ระบุ.....	3. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
1.17	ลักษณะที่อยู่อาศัย	1. บ้าน/คอนโด	2. สถานดูแล	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ				
2.1	น้ำหนัก (กก.)			
2.2	ส่วนสูง (ซม.)			
2.3	การเดิน	1. ดิบดี	2. ใช้เครื่องช่วยเดิน	3. เดินได้ด้วยตนเอง
2.4	การได้ยิน	1. มีปัญหาการได้ยิน	2. ใช้เครื่องช่วยฟัง	3. การได้ยินปกติ
2.5	การมองเห็น	1. สูญเสียการมองเห็น	2. ใช้แว่นสายตา	3. การมองเห็นปกติ
2.6	ประวัติการสูบบุหรี่	1. ไม่เคยสูบบุหรี่ 3. เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว	2. ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ วันละ.....ซอง, สูบมานาน.....ปี	3. เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว วันละ.....ซอง, สูบมานาน.....ปี, หยุด.....ปี
2.7	ปัจจุบันท่านยังดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่	1. ไม่ดื่ม	2. ดื่มเป็นครั้งคราว	3. ดื่มเป็นประจำ
2.8	ประวัติแพ้อาหาร	1. ไม่มี	2. มี	
2.9	ประวัติแพ้ยา	1. ไม่มี	2. มี	
2.10	ประวัติแพ้วัคซีน	1. ไม่มี	2. มี ระบุ.....	
2.11	ท่านเคยฉีดวัคซีนดังต่อไปนี้หรือไม่	วัคซีนไข้หวัดใหญ่	1. ไม่เคยฉีด	2. เคยฉีด
		วัคซีนปอดอักเสบ	1. ไม่เคยฉีด	2. เคยฉีด
		วัคซีนงูสวัด	1. ไม่เคยฉีด	2. เคยฉีด
		วัคซีนบาดทะยัก	1. ไม่เคยฉีด	2. เคยฉีด
2.12	การรับประทานอาหาร	1. ทางปาก	2. ทางสายให้อาหาร	
2.13	ท่านคิดว่าท่านมีปัญหาเรื่องความจำหรือไม่	1. ปกติหรือไม่	2. มีปัญหาเล็กน้อย รู้สึกหลงลืมบ้าง แต่ไม่มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน	3. มีปัญหาและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน
2.14	ท่านเคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่	1. ไม่มี	2. มี	3. ไม่แน่ใจ
2.15	การหกล้มในรอบปี	1. ไม่หกล้ม	2. เคยหกล้ม	
2.16	ประวัติการนอน รพ. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา	จำนวน.....ครั้ง		
2.17	ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร	1. แย่มาก 4. ก่อนข้างดี	2. ก่อนข้างแย่ 5. ดีมาก	3. ปานกลาง
2.18	โรคประจำตัว			
2.18.1	ระบบประสาท	1. สมองเสื่อม	2. มะเร็งสมอง	3. ชัก

		4. น้ำคั่งในโพรงสมอง	5. หลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์/อัมพาต)	
2.18.2	ระบบหัวใจ	1. ความดันโลหิตสูง 4. น้ำท่วมปอด	2. ไขมันในเลือดสูง 5. หัวใจเต้นผิดจังหวะ	3. หัวใจขาดเลือด 6. หลอดเลือดแดงที่ขาตีบ
2.18.3	ระบบหายใจ	1. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	2. โรคหอบหืด	3. วัณโรค
2.18.4	ระบบทางเดินอาหาร	1. ตับแข็ง 4. กรดไหลย้อน	2. ไวรัสตับอักเสบ	3. เป็นแผลกระเพาะ
2.18.5	โรคไต	1. ไตวายเรื้อรัง	2. ฟอกไต	3. นิ้วโนไต
2.18.6	ระบบต่อมไร้ท่อ	1. เบาหวาน 4. ไทรอยด์ต่ำ	2. เบาหวาน(คีดยา)	3. ไทรอยด์สูง
2.18.7	โรคกระดูกและข้อ	1. เกาต์	2. กระดูกพรุน	3. รูมาตอยด์/ SLE
2.18.8	มะเร็ง	1. มีไม่ลุกลาม	2. มะเร็งลุกลาม	3. ไม่มี/หายขาด
2.18.9	โรคภูมิแพ้	1. ไม่มี	2. ภูมิแพ้อากาศ	3. ผื่นแพ้ตามร่างกาย
2.18.10	เคยได้รับการวินิจฉัย เป็นโรคทางจิตเวช หรือไม่	1. ไม่มี	2. มี	

2.19 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยใช้เครื่องมือ

(The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale; L-IADL)

<p>2.19.1 ความสามารถในการใช้โทรศัพท์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ใช้โทรศัพท์ด้วยตัวเองตั้งแต่เริ่มต้น โดยค้นหาเลขหมายและกดโทรออกได้เอง 2. โทรหาได้เพียงไม่กี่เลขหมายที่รู้จัก 3. รับสายโทรศัพท์ได้ แต่ไม่สามารถโทรออกได้ 4. ไม่สามารถใช้โทรศัพท์ได้เลย
<p>2.19.2 การจับจ่ายซื้อของ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลการจับจ่ายซื้อของที่ต้องการทั้งหมดได้ด้วยตัวเอง 2. จับจ่ายซื้อของเล็กๆ น้อยๆ ได้ด้วยตัวเอง 3. ต้องมีผู้ติดตามเพื่อไปจับจ่ายซื้อของทุกครั้ง 4. ไม่สามารถจับจ่ายซื้อของเองได้เลย
<p>2.19.3 การเตรียมอาหาร</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. วางแผน ปรงอาหาร และจัดมื้ออาหารได้ด้วยตัวเองในปริมาณที่เพียงพอ 2. หากจัดหาเครื่องปรุงและวัตถุดิบไว้ให้ สามารถปรุงอาหารเองได้ในปริมาณที่เพียงพอ 3. อุ่นและจัดมื้ออาหารที่ปรุงไว้แล้วได้ หรือเตรียมมื้ออาหารได้เองแต่มีปริมาณที่ไม่เพียงพอ 4. ต้องจัดเตรียมและจัดวางอาหารไว้ให้
<p>2.19.4 การดูแลบ้าน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลงานบ้านได้ด้วยตัวเอง หรือต้องการความช่วยเหลือเป็นครั้งคราว (ได้แก่ งานบ้านที่หนัก) 2. ทำงานบ้านที่เป็นงานเบาๆ ได้เอง เช่น ล้างจาน จัดเก็บที่นอน 3. ทำงานบ้านที่เป็นงานเบาๆ ได้ แต่ไม่รีบร้อน 4. ต้องการความช่วยเหลือในการทำงานบ้านทุกอย่าง 5. ไม่สามารถมีส่วนร่วมในการทำงานบ้านได้เลย
<p>2.19.5 การซักรีดเสื้อผ้า</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ซักรีดเสื้อผ้าของตัวเองได้ทั้งหมด 2. ซักรีดเสื้อผ้าชิ้นเล็กๆ ได้ เช่น ถุงเท้า ผ้าเช็ดหน้า เป็นต้น 3. ต้องให้ผู้อื่นซักรีดเสื้อผ้าให้ทั้งหมด
<p>2.19.6 รูปแบบการเดินทาง</p>

<ol style="list-style-type: none"> 1. เดินทางได้ด้วยตัวเอง โดยใช้ระบบขนส่งสาธารณะ หรือการขับรถส่วนตัว 2. เดินทางได้ด้วยตัวเอง โดยเรียกรถรับจ้าง / แท็กซี่ แต่ไม่สามารถใช้ระบบขนส่งสาธารณะได้ 3. เดินทางโดยระบบขนส่งสาธารณะได้ หากได้รับความช่วยเหลือ หรือมีผู้ติดตามไปด้วย 4. เดินทางโดยใช้รถรับจ้าง / แท็กซี่ หากได้รับความช่วยเหลือ 5. ไม่สามารถเดินทางไปไหนเองได้
<p>2.19.7 ความรับผิดชอบในการใช้จ่ายของตัวเอง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รับผิดชอบการกินยาได้ถูกต้องทั้งขนาด และมือยา 2. รับผิดชอบการกินยาได้ ถ้ามีเตรียมยาและจัดมือยาไว้ให้ล่วงหน้า 3. ไม่สามารถจัดการเรื่องยาของตัวเองได้เลย
<p>2.19.8 ความสามารถในการจัดการเงิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดการการเงินได้ด้วยตัวเอง (จัดงบประมาณรายจ่าย เขียนเช็ค จ่ายค่าเช่า และใบเสร็จ ไปธนาคาร สามารถเก็บเงินและติดตามที่มาของรายได้ 2. จัดการการเงินแบบวันต่อวันได้ แต่ต้องการความช่วยเหลือในการทำธุรกรรมการเงินและการใช้เงินมูลค่าสูง 3. ไม่สามารถจัดการการเงินได้เลย

2.20 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (PHQ-9)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการดังต่อไปนี้ บ่อยแค่ไหน	1. ไม่เลย	2. มีบางวัน ไม่บ่อย	3. มีค่อนข้างบ่อย	4. มีเกือบทุกวัน
2.20.1 เบื่อ ทำอะไรๆ ก็ไม่เพลิดเพลิน				
2.20.2 ไม่สบายใจ ซึมเศร้า หรือท้อแท้				
2.20.3 หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากเกินไป				
2.20.4 เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง				
2.20.5 เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป				
2.20.6 รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือเป็นคนทำให้ตัวเองหรือครอบครัวผิดหวัง				
2.20.7 สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ				
2.20.8 พุดหรือทำอะไรซ้ำจนคนอื่นมองเห็น หรือกระสับกระส่ายจนท่านอยู่ไม่นิ่งเหมือนเคย				
2.20.9 คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายๆ ไปเสียคงจะดี				

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีน โควิด 19

3.1	ท่านคิดว่าท่านมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 มากน้อยเพียงใด 1. ไม่มีความรู้ 2. มีความรู้ค่อนข้างน้อย 3. มีความรู้ค่อนข้างมาก 4. มีความรู้อย่างมาก
3.2	ท่านได้รับความรู้/ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จากแหล่งใดมากที่สุด 1. โทรทัศน์, วิทู 2. หนังสือพิมพ์ 3. บุคคลใกล้ชิด(ญาติ,เพื่อน) 4. เว็บไซต์ข่าว 5. Social network (FB, Twitter, Line) 6. อื่นๆ.....
3.3	ท่านเชื่อมั่นในข้อมูลข่าวสารที่รัฐบาลและหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขให้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 มากน้อยเพียงใด 1. ไม่เชื่อมั่น 2. ค่อนข้างไม่เชื่อมั่น 3. ค่อนข้างเชื่อมั่น 4. มีความเชื่อมั่นอย่างมาก
3.4	ท่านเชื่อมั่นในความสามารถของระบบสาธารณสุขของไทยในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อโควิด 19 มากน้อยเพียงใด 1. ไม่เชื่อมั่น 2. ค่อนข้างไม่เชื่อมั่น 3. ค่อนข้างเชื่อมั่น 4. มีความเชื่อมั่นอย่างมาก
3.5	ท่านคิดว่ามาตรการในการควบคุมโรคโควิด 19 ของหน่วยงานรัฐเพียงพอหรือไม่ 1. ไม่เพียงพอ 2. ค่อนข้างไม่เพียงพอ 3. ค่อนข้างเพียงพอ 4. เพียงพออย่างมาก
3.6	ท่านคิดว่าตัวท่านเองมีความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด 19 มากน้อยเพียงใด 1. ไม่มีความเสี่ยง 2. มีความเสี่ยงค่อนข้าง 3. ค่อนข้างมีความเสี่ยง 4. มีความเสี่ยงอย่างมาก น้อย
3.7	หากท่านติดเชื้อโควิด 19 ท่านคิดว่าท่านมีโอกาสมิ้อาการรุนแรงหรือเป็นอันตรายถึงชีวิตมากน้อยเพียงใด 1. น้อยที่สุด 2. ค่อนข้างน้อย 3. ค่อนข้างมาก 4. มากที่สุด
3.8	ท่านคิดว่าภาระงานระหว่างทางสังคม ทำให้ท่านรู้สึกอึดอัด/เครียด/กระวนกระวาย/เศร้า/วิตกกังวล มากน้อยเพียงใด 1. ไม่รู้สึก 2. รู้สึกเป็นบางวัน 3. รู้สึกเกือบทุกวัน 4. รู้สึกทุกวัน
3.9	ในชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่มีผู้ป่วยยืนยันโควิด 19 หรือไม่ 1. ไม่มี 2. มี 3. ไม่ทราบ
3.10	มีคนที่ท่านรู้จักติดเชื้อโควิด 19 หรือไม่ 1. ไม่มี 2. มี 3. ไม่ทราบ
3.11	มีคนที่ท่านรู้จักเสียชีวิตจากโรคโควิด 19 หรือไม่ 1. ไม่มี 2. มี 3. ไม่ทราบ
3.12	มีคนที่ท่านรู้จัก เคยได้รับวัคซีนโควิด 19 แล้วเกิดปัญหาารุนแรงหรือไม่ 1. ไม่มี 2. มี 3. ไม่ทราบ
3.13	ท่านมีความต้องการที่จะฉีดวัคซีนโควิด 19 หรือไม่ 1. ไม่ต้องการ 2. ต้องการ
3.14	ท่านมีความลังเลที่จะฉีดวัคซีนโควิด 19 หรือไม่ 1. ไม่ลังเล 2. ลังเล
3.15	ท่านคิดว่าชนิดของวัคซีน มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนของท่านหรือไม่ 1. ไม่มี 2. มี
3.16	หากวัคซีนที่ท่านได้รับการจัดสรร เป็นคนละชนิดกับวัคซีนที่ได้ฉีดจริง ท่านยังต้องการจะฉีดวัคซีนหรือไม่ 1. ไม่ฉีด 2. ฉีด 3. ไม่แน่ใจ

3.17	ท่านลงทะเบียนจองวัคซีนโควิด 19 ของรัฐบาลแล้วหรือไม่ 1. ไม่ได้ลงทะเบียน 2. ลงทะเบียนแล้ว 3. ได้ฉีดโดยไม่ได้ลงทะเบียน / walk-in	
3.18	ถ้าท่านลงทะเบียนฉีดวัคซีนแล้ว ท่านลงทะเบียนด้วยวิธีการใด 1. ยังไม่ได้ลงทะเบียน 2. อสม. ลงทะเบียนให้ 3. ลงทะเบียนด้วยตนเองผ่านระบบออนไลน์ 4. ให้คนรู้จักลงทะเบียนให้ผ่านระบบออนไลน์ 5. หน่วยงานลงทะเบียนให้ 6. ขณะนี้ยังลงทะเบียนไม่สำเร็จ 7. อื่นๆ	
3.19	ท่านได้รับการฉีดวัคซีนโควิด 19 แล้วหรือไม่ 1. ยังไม่ได้ฉีด 2. ฉีดแล้ว	
3.20	ท่านได้รับการฉีดวัคซีนโควิด 19 ชนิดใด 1. Astra Zeneca 2. Sinovac 3. Sinopharm 4. ไม่ทราบ	
3.21	วัคซีนโควิด 19 ที่ทางรัฐบาลจัดหาให้และอนุมัติให้ใช้ในผู้สูงอายุ หากท่านสามารถเลือกได้ ท่านตั้งใจจะฉีดวัคซีนชนิดใด 1. Astra Zeneca 2. Sinovac 3. Sinopharm 4. ไม่ทราบ	
3.22	หากท่านสามารถเลือกฉีดวัคซีนโควิด 19 ชนิดใดก็ได้ ท่านตั้งใจจะเลือกฉีดวัคซีนของบริษัทใด 1. Astra Zeneca 2. Sinovac 3. Sinopharm 4. Pfizer 5. Moderna 6. Johnson & Johnson 7. Sputnik V 8. CoronaVac 9. Others 10. ไม่ทราบ	
3.23	ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรถึงวัคซีนทางเลือก (Moderna) ที่ทางรัฐบาลอนุญาตให้เอกชนนำเข้ามา 1. ไม่ต้องการฉีดวัคซีน 2. ต้องการฉีดวัคซีนของรัฐบาลเท่านั้น 3. ต้องการฉีดวัคซีนที่รัฐบาลจัดหาให้ก่อน 4. ต้องการรอฉีดวัคซีน Moderna แล้วค่อยฉีด Moderna ในภายหลัง 5. ไม่ทราบ	
3.24	ท่านมีความเชื่อมั่นในวัคซีนที่ได้รับการพัฒนามากน้อยเพียงใด	
3.24.1	Astra Zeneca	1. ไม่เชื่อมั่น 2. ค่อนข้างไม่เชื่อมั่น 3. ค่อนข้างเชื่อมั่น 4. มีความเชื่อมั่นอย่างมาก 5. ไม่ทราบ
3.24.2	Sinovac	1. ไม่เชื่อมั่น 2. ค่อนข้างไม่เชื่อมั่น 3. ค่อนข้างเชื่อมั่น 4. มีความเชื่อมั่นอย่างมาก 5. ไม่ทราบ
3.24.3	Sinopharm	1. ไม่เชื่อมั่น 2. ค่อนข้างไม่เชื่อมั่น 3. ค่อนข้างเชื่อมั่น 4. มีความเชื่อมั่นอย่างมาก 5. ไม่ทราบ
3.24.4	Pfizer	1. ไม่เชื่อมั่น 2. ค่อนข้างไม่เชื่อมั่น 3. ค่อนข้างเชื่อมั่น 4. มีความเชื่อมั่นอย่างมาก 5. ไม่ทราบ
3.24.5	Moderna	1. ไม่เชื่อมั่น 2. ค่อนข้างไม่เชื่อมั่น 3. ค่อนข้างเชื่อมั่น 4. มีความเชื่อมั่นอย่างมาก 5. ไม่ทราบ
3.24.6	Johnson and Johnson	1. ไม่เชื่อมั่น 2. ค่อนข้างไม่เชื่อมั่น 3. ค่อนข้างเชื่อมั่น 4. มีความเชื่อมั่นอย่างมาก 5. ไม่ทราบ
3.25	ข้อใดต่อไปนี้เป็นเหตุผลสำคัญที่สุด ที่ทำให้ท่านรู้สึกลังเลใจในการฉีดวัคซีนโควิด 19	
	1. ผลข้างเคียงและอันตรายจากวัคซีน	
		1. กังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดจากวัคซีน 2. คิดว่าตนเองมีโรคประจำตัว ที่อาจเกิดอันตรายหากได้รับวัคซีน

		3. ต้องการรอผลข้างเคียงจากผู้อื่นที่ได้รับการฉีดวัคซีนก่อน
		4. ผู้ป่วยไม่สามารถสังเกตอาการผิดปกติของตนเองได้
		2. ประสิทธิภาพของวัคซีน
		1. รู้สึกไม่เชื่อมั่นในประสิทธิภาพ/คุณภาพของวัคซีน
		2. คิดว่าวัคซีนไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการป้องกันโรคโควิด 19
		3. มีความจำเป็นที่ต้องรับวัคซีนน้อย
		1. มีผู้ที่จำเป็นต้องได้รับวัคซีนมากกว่า
		2. คิดว่าสามารถดูแล และป้องกันตนเองได้ดีเหมาะสมเพียงพอ
		3. คิดว่าไม่จำเป็นต้องได้รับวัคซีน เพราะคนอื่นฉีดแล้ว
		4. คิดว่าตนเองมีความเสี่ยงต่ำ เพราะไม่ได้ออกนอกบ้านหรือพบปะผู้อื่น
		5. คิดว่าตนเองอายุมากเกินไป จึงไม่จำเป็นต้องได้รับการฉีดวัคซีน
		4. การนำเสนอข่าวเรื่องโรคโควิด 19 ที่รุนแรงเกินจริง
3.26	ข้อใดต่อไปนี้เป็นเหตุผล สำคัญที่สุด ที่ทำให้ท่านต้องการฉีดวัคซีนโควิด 19	1. คิดว่าแม้จะติดเชื้อโควิด 19 อาการก็ไม่น่าจะรุนแรง
		2. การนำเสนอข่าวเรื่องโรคโควิด 19 รุนแรงเกินจริง
		5. ไม่สะดวกที่จะไปฉีดวัคซีน / เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปฉีดวัคซีน
		6. ต้องการรอวัคซีนชนิดอื่น ที่ยังไม่มีให้ใช้ในปัจจุบัน
		1. เพื่อป้องกันตนเอง
		1. วัคซีนสามารถป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ได้
		2. วัคซีนสามารถป้องกันการเกิดอาการรุนแรง หรือการตายจากการติดเชื้อโควิด 19
		3. ตนเองเป็นผู้ทำงานที่ต้องสัมผัสกับบุคคลกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อโควิด 19
		4. เพราะเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับวัคซีน เช่น ผู้สูงอายุ หรือมีโรคประจำตัว
		2. ประโยชน์ต่อชุมชนและสังคม
		1. การฉีดวัคซีนช่วยป้องกันผู้อื่นจากการติดเชื้อโควิด 19
		2. การฉีดวัคซีนทำให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติ
		3. เพราะต้องการให้บุตรหลานสามารถกลับไปเรียนหนังสือได้อีกครั้ง
		4. ทำให้สามารถกลับไปทำงาน เปิดร้านค้า ทำธุรกิจได้อีกครั้ง
		5. หากทุกคนไม่ฉีดวัคซีน จะไม่สามารถทำให้เกิดภูมิคุ้มกันหมู่ในชุมชนได้
		3. ความต้องการของสังคมหรือผู้อื่น
		1. แพทย์ประจำตัวแนะนำให้ฉีดวัคซีน
		2. ที่ทำงาน บริษัท เพื่อนร่วมงาน ต้องการให้ฉีดวัคซีน
		3. คนในครอบครัวต้องการให้ฉีดวัคซีน
		4. อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ต้องการให้ฉีดวัคซีน
		5. ผู้นำชุมชน, ผู้นำท้องถิ่น ต้องการให้ฉีดวัคซีน
		6. เป็นนโยบายของรัฐบาล

ส่วนที่ 4 ผู้ดูแลผู้ป่วย (ถ้าผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเองให้ข้ามส่วนนี้ไป)

4.1	อายุปี			
4.2	เพศ	1. ผู้ชาย	2. ผู้หญิง		
4.3	สถานภาพ	1. โสด	2. สมรส	3. หย่า	
		4. หม้าย	5. อื่นๆ		
4.4	การศึกษา	1. ไม่ได้เรียนหนังสือ	2. ประถมศึกษา	3. มัธยมศึกษา	
		4. ปริญญาตรี	5. สูงกว่าปริญญาตรี		
4.5	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	1. คู่สมรส	2. บุตร	3. พี่-น้อง	
		4. เพื่อน	5. ผู้ดูแลที่จ้างมา		
4.6	การประกอบอาชีพในปัจจุบัน	1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2. เกษียณจากงาน	3. ทำงานบางเวลา	
		4. ทำงานเต็มเวลา	5. อื่นๆ ระบุ.....		
4.7	ถ้าทำงานอยู่อาชีพปัจจุบันคืออะไร (ถ้าไม่ได้ทำอาชีพเดิมคืออะไร)	1. ธุรกิจส่วนตัว	2. ค้าขาย	3. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	
		4. พนักงานบริษัท/ลูกจ้าง	5. แพทย์	6. ครู/อาจารย์	
		7. แม่บ้าน	8. ผู้ดูแลผู้ป่วย	9. อื่นๆ ระบุ.....	
4.8	แหล่งที่มาของรายได้หลัก	1. รายได้ของตนเอง	2. มีผู้อื่นให้		
4.9	รายได้ต่อเดือน(บาท)	ระบุ.....บาท			
4.10	สูญเสียรายได้เนื่องจากโควิด	1. ขาดรายได้	2. ลดลงมากกว่าครึ่งหนึ่ง	3. ลดลงไม่เกินครึ่งหนึ่ง	
		4. รายรับเท่าเดิม			
2.11	ท่านเคยฉีดวัคซีนดังต่อไปนี้หรือไม่	วัคซีนไขหวัดใหญ่	1. ไม่เคยฉีด	2. เคยฉีด	3. ไม่ทราบ
		วัคซีนปอดอักเสบ	1. ไม่เคยฉีด	2. เคยฉีด	3. ไม่ทราบ
		วัคซีนงูสวัด	1. ไม่เคยฉีด	2. เคยฉีด	3. ไม่ทราบ
		วัคซีนบาดทะยัก	1. ไม่เคยฉีด	2. เคยฉีด	3. ไม่ทราบ
4.12	ความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด 19	1. ฉีด	2. ไม่ฉีด	3. ไม่แน่ใจ	

4.13 แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL)

<p>4.13.1 Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยก่อนหน้า)</p> <p>0. ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้</p> <p>1. ดักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็กๆไว้ล่วงหน้า</p> <p>2. ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ</p>
<p>4.13.2 Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)</p> <p>0. ต้องการความช่วยเหลือ</p> <p>1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)</p>
<p>4.13.3 Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)</p> <p>0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น</p> <p>1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนที่ทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้</p> <p>2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย</p> <p>3. ทำได้เอง</p>
<p>4.13.4 Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)</p> <p>0. ช่วยตัวเองไม่ได้</p> <p>1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง</p> <p>2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)</p>
<p>4.13.5 Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)</p> <p>0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้</p> <p>1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้</p> <p>2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย</p> <p>3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง</p>
<p>4.13.6 Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)</p> <p>0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย</p> <p>1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย</p> <p>2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)</p>

<p>4.13.7 Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)</p> <p>0. ไม่สามารถทำได้</p> <p>1. ต้องการคนช่วย</p> <p>2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)</p>
<p>4.13.8 Bathing (การอาบน้ำ)</p> <p>0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้</p> <p>1. อาบน้ำเองได้</p>
<p>4.13.9 Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)</p> <p>0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ</p> <p>1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)</p> <p>2. กลั่นได้เป็นปกติ</p>
<p>4.13.10 Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)</p> <p>0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้</p> <p>1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)</p> <p>2. กลั่นได้เป็นปกติ</p>

4.14 แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Zarit Burden Interview)

ภาระการดูแล		1.ไม่ เคย	2.นานๆ ครั้ง	3.บาง ครั้ง	4.บ่อยครั้ง	5.ประจำ
4.14.1	ท่านรู้สึกว่าคุณป่วยร้องขอความช่วยเหลือมากกว่าความต้องการจริง					
4.14.2	ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับตัวเอง เนื่องจากว่าใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมาก ไม่มีเวลาเป็นของตนเอง					
4.14.3	ท่านรู้สึกมีความเครียดทั้งงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยและงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบ					
4.14.4	ท่านรู้สึกอึดอัดใจต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย					
4.14.5	ท่านรู้สึกหงุดหงิดใจ หรือ โกรธ ขณะที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย					
4.14.6	ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยทำให้ความสัมพันธ์ของท่านกับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนแย่ลง					
4.14.7	ท่านรู้สึกกลัวเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตกับผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของท่าน					
4.14.8	ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยต้องพึ่งพาท่าน					
4.14.9	ท่านรู้สึกถึงเครียดขณะที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย					
4.14.10	ท่านรู้สึกว่าสุขภาพของท่านไม่ค่อยดี เนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย					
4.14.11	ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีความเป็นส่วนตัวเท่าที่ต้องการ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย					
4.14.12	ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถมีสังคมได้ตามปกติ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย					
4.14.13	ท่านรู้สึกไม่สะดวกในการติดต่อ/คบหากับเพื่อน เนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย					
4.14.14	ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยคาดหวังในตัวท่านมาก เหมือนมีท่านคนเดียวเท่านั้นที่พึ่งพาได้					
4.14.15	ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีเงินเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วย					
4.14.16	ท่านรู้สึกว่าท่านจะไม่สามารถอดทนดูแลผู้ป่วยได้อีกไม่นาน					
4.14.17	ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถควบคุมจัดการชีวิตตนเองได้ ตั้งแต่ดูแลผู้ป่วย					
4.14.18	ท่านอยากที่จะเลิกดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของท่านและให้คนอื่นมาดูแลแทน					
4.14.19	ท่านรู้สึกว่าไม่มีอะไรที่มั่นคงแน่นอนเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วย					
4.14.20	ท่านรู้สึกว่าท่านควรจะได้รับ การดูแลจากญาติคนอื่น					
4.14.21	ท่านรู้สึกว่าท่านน่าจะดูแลญาติของท่านได้ดีกว่านี้					