

ภาคผนวก

## ผนวก ก

### แบบสอบถาม

เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม  
การดูแลสุขภาพตนเองและการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของ  
ผู้ติดยาเสพติด คลินิกยาเสพติด ศูนย์บริการสาธารณสุข  
สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

### คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของผู้ติดยาเสพติด คลินิกยาเสพติด ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ซึ่งผลที่ได้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาแนวทางการดำเนินงานด้านการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ในผู้เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดของคลินิกยาเสพติด ศูนย์บริการสาธารณสุข และเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิทยานิพนธ์หลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับการช่วยเหลือด้านต่างๆ จากครอบครัว เพื่อน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอดส์

ขอความกรุณาให้ข้อมูลที่จริงและตอบให้ครบทุกข้อ เพราะข้อมูลจากการตอบของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิจัย และขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดจะได้รับการปิดเป็นความลับและเสนอเป็นภาพรวมเพื่อให้เกิดประโยชน์ และไม่มีผลเสียต่อท่านประการใด ขอขอบพระคุณที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

นางวรพร เรืองรัตนตรัย

ผู้ศึกษา

### หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

ทำที่ ศูนย์บริการสาธารณสุข .....  
วันที่.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี  
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....  
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1. ข้าพเจ้าได้รับทราบโครงการวิจัยของ (หัวหน้าผู้วิจัยและคณะ) นางวรพร เรืองรัตนตรัย เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองและการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของผู้ติดยาเสพติด คลินิกยาเสพติด ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ข้อ 2. ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยมีได้มีการบังคับขู่เข็ญ หลอกลวงแต่ประการใด และพร้อมจะให้ความร่วมมือในการวิจัย

ข้อ 3. ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย อาการ หรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยโดยละเอียดแล้วจากเอกสารการวิจัยที่แนบท้ายหนังสือให้ความยินยอมนี้

ข้อ 4. ข้าพเจ้าได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยเฉพาะผลสรุปการวิจัยเท่านั้น

ข้อ 5. ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยแล้วว่าหากมีอันตรายใดๆ ในระหว่างการวิจัยหรือภายหลังการวิจัยอันพิสูจน์ได้จากผู้เชี่ยวชาญของสถาบันที่ควบคุมวิชาชีพนั้นๆ ได้ว่าเกิดจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการดูแลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากผู้วิจัยและ/หรือผู้สนับสนุนการวิจัย และจะได้รับค่าชดเชยรายได้ที่สูญเสียไปในระหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าวตามมาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมาย ตลอดจนมีสิทธิได้รับค่าทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยตามมาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมายและในกรณีที่ข้าพเจ้าได้รับอันตรายจากการวิจัยถึงแก่ความตาย ทายาทของข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับค่าชดเชยและค่าทดแทนดังกล่าวจากผู้วิจัยและ/หรือผู้สนับสนุนการวิจัยแทนตัวข้าพเจ้า

ข้อ 6. ข้าพเจ้าได้รับทราบว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิจะบอกเลิกร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการได้รับบรรดาค่าใช้จ่าย ค่าชดเชย และค่าทดแทนตามข้อ 5 ทุกประการ

ข้อ 7. หัวหน้าผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดต่างๆ ของโครงการนี้ให้ข้าพเจ้าได้ทราบ และตกลงรับผิดชอบตามคำรับรองในข้อ 5 ทุกประการ

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ พร้อมกับหัวหน้าผู้วิจัยและต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม  
(.....)

ลงชื่อ.....หัวหน้าผู้วิจัย  
( นางวรพร เรืองรัตนตรัย )

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

- หมายเหตุ 1) กรณีผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือให้ความยินยอมนี้ ให้แก่ผู้ยินยอมให้ทำวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัยลงนาม หรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวด้วย
- 2) ในกรณีที่ผู้ให้ความยินยอมมีอายุไม่ครบ 20 ปีบริบูรณ์ จะต้องเป็นผู้ปกครองตามกฎหมายเป็นผู้ให้ความยินยอมด้วย

หมายเลข .....

## แบบสอบถาม

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม  
การดูแลสุขภาพตนเองและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของ  
ผู้ติดยาเสพติด คลินิกยาเสพติด ศูนย์บริการสาธารณสุข  
สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด หรือ  
เติมข้อความในช่องว่างให้สมบูรณ์

## 1. เพศ

( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง

## 2. อายุ ..... ปี

## 3. สถานภาพสมรส

( ) 1. โสด ( ) 2. สมรส ( ) 3. หย่า/หม้าย

## 4. ศาสนา

( ) 1. พุทธ ( ) 2. คริสต์  
( ) 3. อิสลาม ( ) 4. อื่นๆ (ระบุ).....

## 5. ระดับการศึกษา

( ) 1. ต่ำกว่าประถมศึกษา ( ) 2. ประถมศึกษา  
( ) 3. มัธยมศึกษาตอนต้น ( ) 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. ขึ้นไป

## 6. อาชีพ

( ) 1. ว่างาน ( ) 2. ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว  
( ) 3. รับจ้างทั่วไป ( ) 4. พนักงานบริษัท / ห้างร้าน  
( ) 5. รับราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ ( ) 6. อื่นๆ (ระบุ).....

## 7. รายได้ต่อเดือน ..... บาท

8. ท่านเคยใช้ยาเสพติดอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ( ) 1. เฮโรอีน / ผีน                      ( ) 2. ยาบ้า                      ( ) 3. ยาอี / ยาไอซ์  
 ( ) 4. กระพ๋อม                      ( ) 5. กัญชา                      ( ) 6. โคเคน  
 ( ) 7. ยานอนหลับ/ยาคลายเครียด    ( ) 8. สารระเหย                      ( ) 9. อื่นๆ(ระบุ).....

9. ท่านฉีดยาเสพติดนาน .....ปี

10. ในปัจจุบันนี้ ท่านฉีดยาเสพติดบ่อยแค่ไหน

- ( ) 1. ทุกวัน                      ( ) 2. สัปดาห์ละ 4-5 วัน                      ( ) 3. สัปดาห์ละ 2-3 วัน  
 ( ) 4. สัปดาห์ละ 1 วัน                      ( ) 5. เดือนละ 2-3 ครั้ง                      ( ) 6. เดือนละ 1 ครั้ง  
 ( ) 7. ไม่ได้ฉีด (กินยาเมทาโดนที่ศูนย์บริการสาธารณสุข)

11. ท่านเคยเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดนอกจากสถานบำบัดรักษาของ กรุงเทพมหานคร เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข หรือ ศูนย์บำบัดนำตาผู้ติดยาเสพติด บ้านพิชิตใจหรือไม่

- ( ) เคย  
 ( ) ไม่เคย

12. ท่านเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด จำนวน ..... ครั้ง

13. บุคคลในครอบครัวของท่านมี ..... คน มีใครบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ( ) 1. พ่อ                      ( ) 2. แม่                      ( ) 3. สามีหรือภรรยา  
 ( ) 4. บุตร                      ( ) 5. พี่น้อง                      ( ) 6. ญาติ  
 ( ) 7. อื่นๆ (ระบุ).....

14. บุคคลในครอบครัวของท่าน มีใครบ้างที่คอยให้ความช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ หรือเป็นที่ปรึกษาท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ( ) 1. พ่อ                      ( ) 2. แม่                      ( ) 3. สามีหรือภรรยา  
 ( ) 4. บุตร                      ( ) 5. พี่น้อง                      ( ) 6. ญาติ  
 ( ) 7. อื่นๆ (ระบุ).....

15. เพื่อนสนิทของท่านมี ..... คน มีใครบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ( ) 1. เพื่อนบ้าน                      ( ) 2. เพื่อนร่วมงาน                      ( ) 3. เพื่อนสมัยเรียน  
 ( ) 4. เพื่อนที่เสพยา                      ( ) 5. อื่นๆ (ระบุ) .....

16. เพื่อนสนิทของท่าน มีใครบ้างที่คอยให้ความช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ หรือเป็นที่ปรึกษาท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ( ) 1. เพื่อนบ้าน ( ) 2. เพื่อนร่วมงาน ( ) 3. เพื่อนสมัยเรียน  
( ) 4. เพื่อนที่เสพยา ( ) 5. อื่นๆ (ระบุ).....

17. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในคลินิกยาเสพติด ศูนย์บริการสาธารณสุข คนใดบ้างที่คอยให้ความช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ หรือเป็นที่ปรึกษาท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ( ) 1. แพทย์ ( ) 2. พยาบาล  
( ) 3. นักสังคมสงเคราะห์/ นักจิตวิทยา ( ) 4. อื่นๆ (ระบุ).....

ส่วนที่ 2 การได้รับการความช่วยเหลือด้านต่างๆ จากครอบครัว เพื่อนและเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข  
คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบว่าท่านได้รับความช่วยเหลือทางด้านกำลังใจ การยอมรับ วัตถุประสงค์ของ คำปรึกษาแนะนำ หรือข้อมูลข่าวสารต่าง ในการดูแลสุขภาพตนเอง และการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จากบุคคลในครอบครัว เพื่อนสนิท และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือไม่ มากน้อยเพียงใด ขอให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้ แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับข้อความตามความคิดของท่านมากที่สุด โดยขอให้ตอบตามความเป็นจริง

18. ท่านเคยได้รับความช่วยเหลือในเรื่องใดบ้างจากบุคคลในครอบครัว ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ( ) 1. ให้กำลังใจเมื่อท่านต้องการเข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด  
( ) 2. คนในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกเข้มแข็งในการเลิกยาเสพติด  
( ) 3. ไม่แสดงท่าทีรังเกียจที่ท่านติดยาเสพติด  
( ) 4. เชื่อว่าท่านสามารถดูแลตนเองไม่ให้ติดเชื้อเอชไอวีได้  
( ) 5. จัดหาอาหารประจำวันให้แก่ท่าน  
( ) 6. ให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านเจ็บป่วย เช่น ให้คำรักษาพยาบาล  
( ) 7. ช่วยเหลือค่าเดินทางในการมาบำบัดรักษายาเสพติด  
( ) 8. ทำงานบ้านแทนท่านระหว่างที่ท่านมารับการบำบัดรักษายาเสพติด  
( ) 9. แนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพแก่ท่าน เช่น การกินอาหาร การออกกำลังกาย  
( ) 10. แนะนำข้อมูลการเลิกยาเสพติดแก่ท่าน  
( ) 11. ให้ข้อมูลเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี  
( ) 12. อื่นๆ (ระบุ) .....

19. ท่านเคยได้รับความช่วยเหลือในเรื่องใดบ้างจากเพื่อนสนิท ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ( ) 1. คอยดักเตือนท่านให้มารับการบำบัดรักษาม้าเสมอ
- ( ) 2. คอยดักเตือนเมื่อท่านมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ เช่น การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน
- ( ) 3. ให้การดูแลช่วยเหลือยามที่ท่านเจ็บป่วย
- ( ) 4. ให้กำลังใจท่านในการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง
- ( ) 5. ให้เข้าร่วมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อรับคำแนะนำต่างๆ เช่น การเลิกยาเสพติดหรือการป้องกันการติดเชื้อเอดส์
- ( ) 6. ให้อุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ เช่น ให้อุปกรณ์อนามัย
- ( ) 7. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาชีพหรือหางานให้ทำ
- ( ) 8. แนะนำการดูแลสุขภาพแก่ท่าน
- ( ) 9. แนะนำสถานที่บำบัดรักษายาเสพติดแก่ท่าน
- ( ) 10. แนะนำข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอดส์
- ( ) 11. อื่นๆ (ระบุ) .....

20. ท่านเคยได้รับความช่วยเหลือในเรื่องใดบ้างจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ( ) 1. คอยถามไถ่เกี่ยวกับสุขภาพในระหว่างที่ท่านเข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด
- ( ) 2. คอยดักเตือนท่านให้ปฏิบัติตามในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์
- ( ) 3. ให้การช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลเมื่อท่านเจ็บป่วย
- ( ) 4. ให้กำลังใจเมื่อท่านรู้สึกท้อแท้ในการเลิกยาเสพติด
- ( ) 5. ได้รับยาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อท่านไม่สบายหรือเจ็บไข้ได้ป่วย
- ( ) 6. ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการเข้ารับการบำบัดรักษาแก่ท่าน
- ( ) 7. ให้อุปกรณ์อนามัยในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์แก่ท่าน
- ( ) 8. ให้น้ำยาล้างเข็มในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์แก่ท่าน
- ( ) 9. แนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพ เช่น การงดของมีเมา การลดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและการออกกำลังกาย
- ( ) 10. แนะนำวิธีการปฏิบัติตามในการเลิกยาเสพติด
- ( ) 11. แนะนำไม่ให้คุณให้ท่านใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น
- ( ) 12. แนะนำให้ท่านให้อุปกรณ์อนามัยเวลามีเพศสัมพันธ์



- ( ) 13. แนะนำไม่ให้ใช้ของมีคมหรือของใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น เช่น มีดโกน แปรงสีฟัน
- ( ) 14. อื่นๆ (ระบุ) .....

### ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

**คำชี้แจง** คำถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตัวท่าน ขอให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้ แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับข้อความการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพของท่านมากที่สุด ซึ่งมีเกณฑ์ดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยกระทำหรือมีพฤติกรรมดังที่ระบุไว้

น้อย หมายถึง ท่านมีการกระทำหรือมีพฤติกรรมดังที่ระบุไว้ สัปดาห์ละ 1-2 วัน

บางครั้ง หมายถึง ท่านมีการกระทำหรือมีพฤติกรรมดังที่ระบุไว้ สัปดาห์ละ 3-4 วัน

เป็นประจำ หมายถึง ท่านมีการกระทำหรือมีพฤติกรรมดังที่ระบุไว้ สัปดาห์ละ 5-7 วัน

| ข้อความ                                                                           | ไม่เคยปฏิบัติ | การปฏิบัติ |          |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------|----------|-----------|
|                                                                                   |               | น้อย       | บางครั้ง | เป็นประจำ |
| 21. ท่านรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ                                                |               |            |          |           |
| 22. ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ เช่น ข้าวหรือก๋วยเตี๋ยว ไข่ เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ |               |            |          |           |
| 23. ท่านรับประทานอาหารที่สุกๆ ดิบๆ                                                |               |            |          |           |
| 24. ท่านออกกำลังกาย เช่น เดิน วิ่ง ว่ายน้ำ                                        |               |            |          |           |
| 25. ท่านเล่นกีฬา เช่น ฟุตบอล ตะกร้อ                                               |               |            |          |           |
| 26. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที                                       |               |            |          |           |
| 27. เมื่อมีปัญหาหรือเรื่องไม่สบายใจ ท่านจะปรึกษาบุคคลใกล้ชิด                      |               |            |          |           |
| 28. ท่านผ่อนคลายความเครียดด้วยการทำกิจกรรมที่ชอบ                                  |               |            |          |           |
| 29. ท่านสามารถเผชิญกับปัญหาอุปสรรคต่างๆ อย่างมีสติและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้     |               |            |          |           |
| 30. ท่านพยายามอยู่ในสถานที่ ที่มีอากาศถ่ายเทดี                                    |               |            |          |           |

| ข้อความ                                                                                          | ไม่เคยปฏิบัติ | การปฏิบัติ |          |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------|----------|-----------|
|                                                                                                  |               | น้อย       | บางครั้ง | เป็นประจำ |
| 31. ท่านพยายามหลีกเลี่ยงอยู่ในที่มีอากาศเป็นพิษ เช่น<br>ควันจากท่อไอเสีย ควันจากโรงงานอุตสาหกรรม |               |            |          |           |
| 32. ท่านดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง                                                                   |               |            |          |           |
| 33. ท่านขับถ่ายทุกวัน                                                                            |               |            |          |           |
| 34. ท่านไม่เคยใส่ใจเมื่อมีปัญหาเรื่องการขับถ่าย เช่น<br>ท้องผูก หรือท้องเสีย                     |               |            |          |           |
| 35. ท่านต้องกินยาที่เกี่ยวข้องกับการขับถ่าย เช่น ยาแก้<br>ท้องผูก/ยาแก้ท้องเสีย                  |               |            |          |           |
| 36. ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์                                                                 |               |            |          |           |
| 37. ท่านสูบบุหรี่หรือยาเส้น                                                                      |               |            |          |           |
| 38. ท่านใช้ยานอนหลับหรือยากล่อมประสาท                                                            |               |            |          |           |

#### ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอดส์

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของท่านในด้านต่างๆ ได้แก่ การใช้ยาเสพติด เพศสัมพันธ์และการใช้ของมีคม ขอให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้ แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงในการปฏิบัติตนของท่าน

| ข้อความ                                                                               | ใช่ | ไม่ใช่ |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------|
| 39. ท่านใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น                                              |     |        |
| 40. ท่านใช้อุปกรณ์การฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น เช่น กระบอกฉีดยา / ไชริงค์             |     |        |
| 41. ท่านใช้ภาชนะละลายยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น                                           |     |        |
| 42. ท่านพกอุปกรณ์การฉีดยาเสพติดไว้กับตัว                                              |     |        |
| 43. ท่านใช้เข็มฉีดยาเสพติดใหม่ทุกครั้งที่ฉีดยาเสพติด                                  |     |        |
| 44. ท่านใช้อุปกรณ์การฉีดยาเสพติดใหม่ทุกครั้งที่ฉีดยาเสพติด เช่น กระบอกฉีดยา / ไชริงค์ |     |        |

| ข้อความ                                                                                          | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------|
| 45. ท่านทำความสะอาดเข็มและอุปกรณ์การฉีดยาเสพติดโดยใช้แอลกอฮอล์<br>น้ำยาล้างเข็มหรือน้ำยาฆ่าเชื้อ |     |        |
| 46. ท่านทำความสะอาดเข็มและอุปกรณ์การฉีดยาเสพติดโดยการต้มหรือึ่ง                                  |     |        |
| 47. ท่านทำความสะอาดเข็มและอุปกรณ์การฉีดยาเสพติดโดยล้างด้วย<br>น้ำเปล่า                           |     |        |
| 48. ท่านใช้สุราหรือยาเสพติดก่อนมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรส                         |     |        |
| 49. ท่านเปลี่ยนคู่นอนบ่อยครั้ง                                                                   |     |        |
| 50. ท่านมีเพศสัมพันธ์กับหญิงหรือชายขายบริการ                                                     |     |        |
| 51. ท่านมีความสนใจหาความรู้เรื่องการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง                                    |     |        |
| 52. ท่านใช้ถุงยางอนามัยเวลามีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรส                             |     |        |
| 53. ท่านควั่นหมดอายุของถุงยางอนามัยก่อนใช้                                                       |     |        |
| 54. ท่านตรวจสอบถุงยางอนามัยก่อนการใช้ว่ามีรอยรั่วหรือฉีกขาด                                      |     |        |
| 55. ท่านใช้อุปกรณ์การสักหรือเจาะผิวหนัง เช่น เข็มสัก หมึก ร่วมกับผู้อื่น                         |     |        |
| 56. ท่านใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น เช่น มีดโกน กรรไกรตัดเล็บ แปรงสีฟัน                          |     |        |

กรุณากรอกข้อความหากท่านมีข้อคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอดส์

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม