

APPENDICES

APPENDIX A

INSTRUMENT

The Online Questionnaires

sheet/viewform?usp=drive_view&formkey=vdFAuQWf1akpQQ0pD ~ 6 | Facebook | REMINDING ~ 7 | ตอบกลับ ~ 8 | โฉยพิชิต ~ 9 | สมบูรณ์

[illegible]

[illegible]

rdsheet/FormResponse?formkey=dFwQWF1akpQQ0pCQIFyU3NTI...

*ดูเงิน

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย MU-IRB(NS) ๑๐๑๓/๑๐๐๘๐๑๑
วันที่รับรอง ๒๕ เม.ย. ๒๕๕๕

ท่านมีผลการวิจัยหรือไม่ *

	ใช่	ไม่ใช่
วิจัยเชิงลึก	☐	☐
วิจัยเชิงพื้นที่	☐	☐
วิจัยเชิงทดลอง	☐	☐
สัมภาษณ์เชิงลึก	☐	☐
กลุ่มชาติ	☐	☐
ไม่มีวิธีการวิจัยใดๆ	☐	☐

ท่านคิดว่ามีอุปสรรคต่อการเก็บข้อมูลหรือไม่? *

เหตุผลที่ท่านคิดว่ามีอุปสรรคต่อการเก็บข้อมูลหรือไม่? *

โปรดพิมพ์คำอธิบายลงในช่องว่างด้านล่าง

ท่านเคยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเก็บข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลหรือไม่? *

☐ ใช่ (โปรดระบุแหล่งข้อมูลที่ได้รับทราบด้วย)

☐ ไม่ใช่

ท่านทราบข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเก็บข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลหรือไม่? *

สนับสนุนโดย [Civico](#) และ [Civico](#)

[รายงานผลการวิจัย](#) - [ข้อมูลการวิจัยในคน](#) - [ข้อมูลการวิจัย](#)

ท่านเคยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลหรือไม่? *

☐ ใช่

☐ ไม่ใช่

โปรดระบุสถานที่ที่ท่านสามารถเข้าถึงข้อมูลได้หรือไม่? *

ท่านเคยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลหรือไม่? *

☐ ใช่

☐ ไม่ใช่

สนับสนุนโดย [Civico](#) และ [Civico](#)

[รายงานผลการวิจัย](#) - [ข้อมูลการวิจัยในคน](#) - [ข้อมูลการวิจัย](#)

sheet/formresponse?formkey=dDfxOWF1akpQQ0pCQlFyU3NTI...

Facebook REMIND... ตอบกลับ... โหลดไฟล์... พบกับ...

แบบสอบถาม ความตั้งใจใช้ บริการปรึกษาและตรวจ เลือดเอชไอวี

* 4 ข้อ

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รหัสโครงการ MU-IRB(NS) 2012/1000802
วันที่รับรอง 25 เม.ย. 2555

โปรดระบุข้อมูลของท่านในวงเล็บต่อไปนี้ *

ท่านสะดวกตรวจเลือดเอชไอวีแล้ว..... ครับ *

ท่านสะดวกตรวจเลือดเอชไอวีหรือไม่ *

☐ พร้อม

☐ ไม่พร้อม

สถานที่ที่ท่านเคยไปรับบริการตรวจเลือดเอชไอวี [โปรดระบุชื่อจังหวัด] *

	ใช่	ไม่ใช่
โรงพยาบาลของรัฐ	☐	☐
โรงพยาบาลเอกชน	☐	☐
ศูนย์บริการสาธารณสุข 5 กทม.	☐	☐
คลินิกเอกชน	☐	☐
บริการเอชไอวี ในชุมชน ศูนย์ถ้ำเสือ	☐	☐
โรงพยาบาล	☐	☐

◀ กลับ ▶ ไป ▶

สนับสนุนโดย S3000g (e-look)

[รายละเอียด](#) [ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ HIV](#) [ข้อมูลเกี่ยวกับ HIV](#)

หากท่านต้องการตรวจเลือดเอชไอวี ท่านเลือกที่จะส่งส่งผลการตรวจหรือไม่ *

☐ ใช่ (โปรดระบุจำนวนเงินสูงสุดที่ท่านยินดีจ่าย ในกล่องข้อความด้านล่าง)

☐ ไม่ยินดี

ระบุจำนวนเงินสูงสุดที่ท่านยินดีจ่าย.....บาท

เหตุผลที่ท่านเลือก / ไม่เลือกส่งผลการตรวจเลือดเอชไอวี *

◀ กลับ ▶ ไป ▶

ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี

คำตอบสำหรับ "ถูก" หรือ "ผิด"

	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
การใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	☐	☐	☐
การฉีดวัคซีนป้องกันโรคเอดส์เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	☐	☐	☐
คนที่รับเลือดที่ปนเปื้อนเชื้อเอชไอวีสามารถติดเชื้อเอชไอวี	☐	☐	☐
เชื้อเอชไอวีสามารถเป็นพาหะนำเชื้อเอชไอวีไปสู่คนอื่น	☐	☐	☐
การกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถติดเชื้อเอชไอวี	☐	☐	☐
การร่วมเพศกับคน/คนที่ไม่ทราบว่าไม่ติดเชื้อเอชไอวี	☐	☐	☐
การร่วมเพศกับคน/คนที่ไม่ทราบว่าไม่ติดเชื้อเอชไอวี	☐	☐	☐
การร่วมเพศกับคน/คนที่ไม่ทราบว่าไม่ติดเชื้อเอชไอวี	☐	☐	☐
การร่วมเพศกับคน/คนที่ไม่ทราบว่าไม่ติดเชื้อเอชไอวี	☐	☐	☐
การร่วมเพศกับคน/คนที่ไม่ทราบว่าไม่ติดเชื้อเอชไอวี	☐	☐	☐
การร่วมเพศกับคน/คนที่ไม่ทราบว่าไม่ติดเชื้อเอชไอวี	☐	☐	☐

« กลับ ไป »

ทัศนคติต่อการตรวจเลือดเอชไอวี

1. เกือบๆ ของฉันจะสนับสนุนการฉีดวัคซีนป้องกันโรคเอดส์เอชไอวี *

0= ไม่เห็นด้วย 1= เห็นด้วยน้อยที่สุด 2= เห็นด้วยเล็กน้อย 3= เห็นด้วยมาก 4= เห็นด้วยมากที่สุด

0 1 2 3 4

ไม่เห็นด้วย ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ เห็นด้วยมากที่สุด

2. ฉันจะสนับสนุนการฉีดวัคซีนป้องกันโรคเอดส์เอชไอวี *

0= ไม่เห็นด้วย 1= เห็นด้วยน้อยที่สุด 2= เห็นด้วยเล็กน้อย 3= เห็นด้วยมาก 4= เห็นด้วยมากที่สุด

0 1 2 3 4

ไม่เห็นด้วย ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ เห็นด้วยมากที่สุด

3. ครอบครัวของฉันจะสนับสนุนการฉีดวัคซีนป้องกันโรคเอดส์เอชไอวี *

0= ไม่เห็นด้วย 1= เห็นด้วยน้อยที่สุด 2= เห็นด้วยเล็กน้อย 3= เห็นด้วยมาก 4= เห็นด้วยมากที่สุด

0 1 2 3 4

ไม่เห็นด้วย ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ เห็นด้วยมากที่สุด

4. ฉันไม่รู้สึกว่าการตรวจเลือดเอชไอวีเป็นเรื่องที่น่าอาย *

0= ไม่เห็นด้วย 1= เห็นด้วยน้อยที่สุด 2= เห็นด้วยเล็กน้อย 3= เห็นด้วยมาก 4= เห็นด้วยมากที่สุด

0 1 2 3 4

ไม่เห็นด้วย ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ เห็นด้วยมากที่สุด

-
-
-

20. เกือบๆ ของฉันจะสนับสนุนการฉีดวัคซีนป้องกันโรคเอดส์เอชไอวี *

0= ไม่เห็นด้วย 1= เห็นด้วยน้อยที่สุด 2= เห็นด้วยเล็กน้อย 3= เห็นด้วยมาก 4= เห็นด้วยมากที่สุด

0 1 2 3 4

ไม่เห็นด้วย ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ เห็นด้วยมากที่สุด

21. เกือบๆ ของฉันจะปฏิเสธการฉีดวัคซีนป้องกันโรคเอดส์เอชไอวี *

0= ไม่เห็นด้วย 1= เห็นด้วยน้อยที่สุด 2= เห็นด้วยเล็กน้อย 3= เห็นด้วยมาก 4= เห็นด้วยมากที่สุด

0 1 2 3 4

ไม่เห็นด้วย ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ เห็นด้วยมากที่สุด

22. เกือบๆ ของฉันจะไม่ตรวจเลือดเอชไอวีเป็นประจำ *

0= ไม่เห็นด้วย 1= เห็นด้วยน้อยที่สุด 2= เห็นด้วยเล็กน้อย 3= เห็นด้วยมาก 4= เห็นด้วยมากที่สุด

0 1 2 3 4

ไม่เห็นด้วย ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ เห็นด้วยมากที่สุด

« กลับ ไป »

หน้า 1 จาก 1 หน้า

ระบบการสอบ - ระบบการสอบออนไลน์ - ระบบการสอบ

[illegible]

sheet/formresponse?formkey=dFfxOWF1akpCQ9pCQ9FyU3NTI

ลักษณะการบริการปรึกษาและตรวจเลือดเอชไอวีที่เป็นมิตรกับเยาวชนตามความคาดหวัง
 หน่วยงานสาธารณสุขอำเภอวังน้อย จังหวัดสุพรรณบุรี การบริการปรึกษาและตรวจเลือดเอชไอวีที่เป็นมิตรกับเยาวชน

1. การบริการปรึกษาและตรวจเลือดเอชไอวีควรใช้เทคนิคที่มีประสิทธิภาพ สำหรับการดำเนินการให้บริการ *

1=มากที่สุด 2=มาก 3=ปานกลาง 4=น้อยที่สุด

1 2 3 4

มากที่สุด ☐ ☐ ☐ ☐ น้อยที่สุด

2. การบริการปรึกษาและตรวจเลือดเอชไอวีควรใช้การตรวจหาเชื้อไวรัสเอชไอวีชนิดเร็ว 15 ปี โดยไม่ต้องมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ *

1=มากที่สุด 2=มาก 3=ปานกลาง 4=น้อยที่สุด

1 2 3 4

มากที่สุด ☐ ☐ ☐ ☐ น้อยที่สุด

3. ผู้ให้บริการควรมีทัศนคติและการพบปะกับผู้ใช้บริการปรึกษาและตรวจเลือดเอชไอวีอย่างพึงพอใจ *

1=มากที่สุด 2=มาก 3=ปานกลาง 4=น้อยที่สุด

1 2 3 4

มากที่สุด ☐ ☐ ☐ ☐ น้อยที่สุด

17. ผู้ให้บริการปรึกษาและตรวจเลือดเอชไอวีควรใช้การตรวจหาเชื้อไวรัสเอชไอวีชนิดเร็ว 15 ปี โดยไม่ต้องมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ *

1=มากที่สุด 2=มาก 3=ปานกลาง 4=น้อยที่สุด

1 2 3 4

มากที่สุด ☐ ☐ ☐ ☐ น้อยที่สุด

18. ผู้ให้บริการปรึกษาและตรวจเลือดเอชไอวีควรใช้การตรวจหาเชื้อไวรัสเอชไอวีชนิดเร็ว 15 ปี โดยไม่ต้องมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ *

1=มากที่สุด 2=มาก 3=ปานกลาง 4=น้อยที่สุด

1 2 3 4

มากที่สุด ☐ ☐ ☐ ☐ น้อยที่สุด

19. หน่วยงานปรึกษาและตรวจเลือดเอชไอวีควรใช้วิธีที่มีประสิทธิภาพในการตรวจหาเชื้อไวรัสเอชไอวีชนิดเร็ว 15 ปี โดยไม่ต้องมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ *

1=มากที่สุด 2=มาก 3=ปานกลาง 4=น้อยที่สุด

1 2 3 4

มากที่สุด ☐ ☐ ☐ ☐ น้อยที่สุด

20. หน่วยงานปรึกษาและตรวจเลือดเอชไอวีควรใช้การตรวจหาเชื้อไวรัสเอชไอวีชนิดเร็ว 15 ปี โดยไม่ต้องมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ *

1=มากที่สุด 2=มาก 3=ปานกลาง 4=น้อยที่สุด

1 2 3 4

มากที่สุด ☐ ☐ ☐ ☐ น้อยที่สุด

35. หน่วยงานปรึกษาและตรวจเลือดเอชไอวีควรใช้วิธีที่มีประสิทธิภาพในการตรวจหาเชื้อไวรัสเอชไอวีชนิดเร็ว 15 ปี โดยไม่ต้องมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ *

1=มากที่สุด 2=มาก 3=ปานกลาง 4=น้อยที่สุด

1 2 3 4

มากที่สุด ☐ ☐ ☐ ☐ น้อยที่สุด

36. หน่วยงานปรึกษาและตรวจเลือดเอชไอวีควรใช้วิธีที่มีประสิทธิภาพในการตรวจหาเชื้อไวรัสเอชไอวีชนิดเร็ว 15 ปี โดยไม่ต้องมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ *

1=มากที่สุด 2=มาก 3=ปานกลาง 4=น้อยที่สุด

1 2 3 4

มากที่สุด ☐ ☐ ☐ ☐ น้อยที่สุด

37. ท่านมีความพึงพอใจต่อการบริการปรึกษาและตรวจเลือดเอชไอวีที่เป็นมิตรกับเยาวชนมากน้อยเพียงใด

กลับ หน้า 1

สถาบันวิจัย 100 ปี มหิดล

นางสาวสมิลา - 100 ปี มหิดล - 100 ปี มหิดล

dsheet/formResponse?formkey=dDfxQWF1akpQQ0pCQlFyU3NTI...

ความตั้งใจในการใช้บริการปรึกษาและตรวจเลือดเอชไอวี

ท่านตั้งใจที่จะใช้บริการปรึกษาและตรวจเลือดเอชไอวีหรือไม่ *

☐ ตั้งใจที่จะใช้บริการ โดยไม่มีเงื่อนไข

☐ ตั้งใจที่จะใช้บริการ โดยมีเงื่อนไข

☐ ไม่ตั้งใจที่จะใช้บริการ

โปรดระบุเหตุผล และเงื่อนไข *

ท่านตั้งใจจะใช้บริการปรึกษาและตรวจเลือดเอชไอวี หรือไม่ *

ระยะเวลาที่ท่านตั้งใจจะใช้บริการที่ศูนย์ตรวจเลือดเอชไอวี หากมีสักวัน โปรดระบุด้วยว่าเมื่อไร

☐ 1 เดือน

☐ 3 เดือน

☐ 6 เดือน

☐ 1 ปี

☐ 2 ปี

☐ 3 ปี

☐ 5 ปี

☐ ไม่ตั้งใจที่จะใช้บริการ

☐ อื่นๆ:

dsheet/formResponse?formkey=dDfxQWF1akpQQ0pCQlFyU3NTI...

ท่านมีความสนใจที่จะให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาบริการหรือไม่ *

☐ สนใจ

☐ ไม่สนใจ

หากท่านสนใจและยินดีที่จะให้ข้อมูลเพื่อการพัฒนากิจกรรมที่ตรงต่อ โปรดระบุเหตุผลให้ตรงต่อ หรือ e-mail ที่ท่านยินดีให้ติดต่อกลับไปยังท่านได้

โปรดเขียนข้อความตอบกลับลงในช่องว่างด้านล่าง

ขอขอบคุณในความร่วมมือนอกจากนี้

ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บไว้โดยปลอดภัยและใช้เพื่อการพัฒนากิจกรรมที่ตรงต่อและเป็นประโยชน์เท่านั้น

หากท่านต้องการจะดูข้อมูลที่เป็นที่สนใจ กรุณาติดต่อเจ้าหน้าที่โครงการ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ หรือศูนย์สุขภาพชุมชนอื่นๆ ตามทางติดต่อได้ที่ ศูนย์ตรวจเลือดเอชไอวี ตามหน่วยงานที่ให้บริการ e-mail ที่ระบุในแบบฟอร์มที่ท่านได้รับไว้โดยที่ศูนย์จะติดต่อกลับ โดยศูนย์จะดำเนินการขอข้อมูลในความร่วมมือนอกจากนี้

“ขอบคุณค่ะ”

ท่านสามารถดู Google Plus

ศูนย์สุขภาพชุมชน [ศูนย์ตรวจเลือดเอชไอวี](#)

[บริการตรวจเลือดเอชไอวี](#) - [ข้อมูลเกี่ยวกับเอชไอวี](#) - [ข้อมูลเกี่ยวกับเอดส์](#)

APPENDIX B
AN APPROVAL OF ETHICAL CLEARANCE
BY MAHIDOL UNIVERSITY INSTITUTIONAL REVIEW BOARD



COA No. IRB-NS2012/121.2504

Documentary Proof of Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University

Title of Project: PREVALENCE AND INTENTION TO USE HIV COUNSELING AND TESTING SERVICE AMONG THAI YOUTH

Project Number: MU-IRB (NS) 2012/ 10.0802

Principle Investigator: Miss Kulrawee Wiwattanacheewin

Name of Institution: Faculty of Nursing Mahidol University

Approval includes

- 1) IRB-NS Submission form version received date 10 April 2012
- 2) Participant Information sheet version date 24 April 2012
- 3) Questionnaire version received date 7 February 2012

Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Date of Approval: 25 April 2012

Date of Expiration: 24 April 2013

Signature of Chair:

Pornsri Sriussadaporn

(Associate Professor Pornsri Sriussadaporn)

Chair

Signature of Dean, Faculty of Nursing

Fongcum Tilokkulchai

(Associate Professor Dr. Fongcum Tilokkulchai)

Dean, Faculty of Nursing