

แบบสอบถามข้อมูลเชิงปริมาณ: ผู้รับบริการ

2. สถานภาพสมรส

- 1. โสด (ไม่มีคู่นอนประจำที่อยู่ด้วยกันหรือผูกพันกัน)
- 2. คู่ (มีคู่นอนประจำที่อยู่ด้วยกันหรือผูกพันกันมานาน)
 - คู่เป็นหญิง
 - คู่เป็นสตรีข้ามเพศ
 - คู่เป็นชาย
- 3. หย่า (แยกทางกัน ไม่ผูกพันกันแล้ว)
- 4. หม้าย (คู่รักเสียชีวิตแล้ว)

3. อาชีพหรืองานหลักในปัจจุบัน

- 1. นักเรียน/นักศึกษา
- 2. ทำงานในหน่วยงานราชการ/รัฐวิสาหกิจ
- 3. ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขายส่วนตัว
- 4. ลูกจ้าง/รับจ้างทั่วไป /บริษัทเอกชน
- 5.ว่างงาน ไม่มีรายได้จากการทำงาน

4. รายได้ต่อเดือนในปัจจุบัน

- 1. น้อยกว่า 5,000 บาท
- 2. ตั้งแต่ 5,000 – 9,999 บาท
- 3. ตั้งแต่ 10,000 – 14,999 บาท
- 4. ตั้งแต่ 15,000 – 19,999 บาท
- 5. ตั้งแต่ 20,000 – 29,999 บาท
- 6. ตั้งแต่ 30,000 บาทหรือมากกว่า

5. ประกันสุขภาพที่มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1. สิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรค
- 2. สิทธิประกันสังคม
- 3.สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
- 4. ประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน
- 5. ไม่มีประกันสุขภาพใด ๆ

ส่วนที่ 2 บทบาทและสถานะทางเพศ

6. เพศโดยกำเนิดของท่าน คือ

- 1. ชาย
- 2. หญิง

7. ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์ทั้งทางปาก ทางทวารหนัก หรือทางช่องคลอดกับ

- 1. ชายเท่านั้น
- 2. หญิงเท่านั้น
- 3. ทั้งชายและหญิง

8. ปัจจุบันท่านจัดตัวเองอยู่ในกลุ่มใดต่อไปนี้

- 1. รักต่างเพศ (ชอบเพศตรงข้าม)
- 2. รักสองเพศ (ชอบทั้งชายและหญิง)
- 3. ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (เกย์)

- 4. สตรีข้ามเพศหรือสาวข้ามเพศ
 - ผ่าตัดแปลงเพศแล้ว
 - ยังไม่แปลงเพศแต่ตัดลูกอัณฑะออก
 - ยังไม่ได้ผ่าตัดเลย
- 5. อื่น ๆ ระบุ

9. บทบาททางเพศในปัจจุบัน (ตอบเฉพาะเพศชายโดยกำเนิด)

- 1. ฝ่ายรุกอย่างเดียว
- 2. ฝ่ายรับอย่างเดียว
- 3. ทั้งรุกและรับ

ส่วนที่ 3 การประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

10. ปัจจุบันนี้ ท่านประเมินว่า ตัวเองมีโอกาสเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวีมากน้อยแค่ไหน จาก 0 ถึง 9 ไม่เสี่ยงเลย 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 เสี่ยงสูงสุด

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมส่วนตัวของท่าน

คำถามต่อไปนี้สอบถามพฤติกรรมทั่วไปของท่าน

11. ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน ท่านดื่มเหล้า เบียร์ ไวน์ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ชนิดอื่น ๆ
- 1. ไม่ดื่มเลย
 - 2. ดื่มเป็นครั้งคราว (สัปดาห์ละ 1-2 วัน)
 - 3. ดื่มค่อนข้างบ่อย (สัปดาห์ละ 3-5 วัน)
 - 4. ดื่มเป็นประจำ (สัปดาห์ละ 6-7 วัน)

การใช้ยาเสพติดทุกประเภท

12. ท่านเคยใช้ยาเสพติดทั้งชนิด กิน สูดดม หรือ ฉีดเข้าเส้นเลือด/กล้ามเนื้อ หรือไม่
- 1. ไม่ขอตอบคำถามนี้ (กรณีเลือกไม่ขอตอบ ข้ามไปข้อ 13)
 - 2. ไม่เคยใช้ยาเสพติดทุกประเภท (กรณีเลือกไม่เคย ข้ามไปข้อ 13)
 - 3. เคยใช้ยาเสพติดบางประเภทมาก่อน

12.1. ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาท่านมีการใช้ยาเสพติดอีกหรือไม่

- 1. ไม่ได้ใช้ หยุดไปแล้วมากกว่า 1 ปี
- 2. ยังใช้อยู่ในปัจจุบัน

ท่านใช้ยาเสพติดชนิดใดบ้าง (ตอบทั้งกรณีเคยใช้แล้วหยุดไป และยังใช้ในปัจจุบัน)

- 1. ชนิดกินหรือสูดดม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 0. ไม่ได้ใช้
 - 1. ยาแอมเฟตามีน
 - 2. ยาอี
 - 3. กัญชา
 - 4. ยาเค (เคตามีน)
 - 5. ยาไอซ์
 - 6. โคเคน

- 7. ป๊อปเปอร์
- 8. ฟัน
- 9. คมกาว/สารระเหย
- 10. อื่น ๆ กรุณาระบุ
- 2. ชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 0. ไม่ได้ใช้
 - 1. เฮโรอิน
 - 2. ยาไฮหรือยาไอซ์
 - 3. ยาแอมเฟตามีนผสมน้ำฉีดยา
 - 4. ยาโคมิคุมหรือยาคลุ้ม
 - 5. ยาเค (เคตามีน)
 - 6. อื่น ๆ กรุณาระบุ

12.2. ในระยะเวลา 1 ปี ที่ผ่านมา ท่าน เคยใช้เข็ม และ/หรือกระบอกฉีดยา ร่วมกับคนอื่น สำหรับการฉีดยาเสพติดหรือไม่

- 1. ไม่เคยฉีดยาเสพติดเข้าเส้น
- 2. เคยฉีดยาเสพติด แต่ไม่ใช่เข็มร่วมกับผู้อื่น
- 3. เคยฉีดยาเสพติด และใช้เข็มร่วมกับผู้อื่น

การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนทั้งประจำและชั่วคราว

13. ท่านมีคู่นอนที่เป็นผู้ชายจำนวนเท่าใดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

- 1. ไม่มีเลย
- 2. มี จำนวน

14. ท่านมีคู่นอนที่เป็นสตรีข้ามเพศ จำนวนเท่าใดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

- 1. ไม่มีเลย
- 2. มี จำนวน

15. ท่านมีคู่นอนที่เป็นผู้หญิงจำนวนเท่าใดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

- 1. ไม่มีเลย
- 2. มี จำนวน

16. ท่านมีคู่นอนที่เป็นผู้ชายหรือสตรีข้ามเพศหรือผู้หญิง ที่ท่านทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

- 1. ไม่มีเลย
- 2. มี
- 3. ไม่ทราบผลตรวจเลือดของคู่นอน

พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย

17. ท่านมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก/ทางช่องคลอดโดยใช้ถุงยางอนามัย กับ คู่นอนที่เป็นผู้ชายหรือสตรีข้ามเพศหรือผู้หญิง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา บ่อยมากน้อยเพียงไร

- 1. ทุกครั้ง (100%) (กรณีเลือกทุกครั้ง ข้ามไปข้อ 19)
- 2. บ่อยครั้ง (75%)
- 3. บางครั้ง (50%)
- 4. น้อยครั้ง (25%)
- 5. ไม่เคย (0%)

18. เหตุผลที่ท่านไม่ได้ใช้/ไม่ค่อยใช้ ถุงยางอนามัยทุกครั้ง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1. ทำให้อารมณ์ทางเพศลดลงเวลาสอดใส่
- 2. ไม่ชอบใช้ถุงยางอนามัย เพราะมีอาการแพ้ เป็นผื่นคัน
- 3. ราคาถุงยางแพงเกินไป
- 4. ร้านขายถุงยางอยู่ไกล ไม่สะดวกเดินทาง
- 5. ถุงยางอนามัยแบบแจกฟรีหาไม่ค่อยได้
- 6. รู้สึกอายที่จะซื้อถุงยางอนามัยจากร้านขาย
- 7. คู่นอนไม่ชอบให้ใช้ถุงยางอนามัย
- 8. กลัวคู่นอนสงสัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 9. กลัวคู่นอนสงสัยว่าเป็นโรคเอดส์

19. โดยส่วนใหญ่ ท่านได้ถุงยางอนามัยจากแหล่งใดมากที่สุด

- 1. ซื้อใช้เอง
- 2. ได้รับแจกฟรีจากโรงพยาบาล
- 3. ได้รับแจกฟรีจากหน่วยงานต่าง ๆ

ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

20. ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่

- 1. ไม่เป็น
- 2. เป็น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 1. ซิฟิลิส
 - 2. หนองในแท้
 - 3. หนองในเทียม
 - 4. แผลริมอ่อน
 - 5. พยาธิช่องคลอด
 - 6. เริ่มที่อวัยวะเพศ
 - 7. กามโรคของต่อมน้ำเหลือง

8. ไม่ทราบชื่อโรค

ส่วนที่ 5 การตัดสินใจกินยาPrEP

21. ท่านตัดสินใจ **ขอกินยาPrEP เป็นครั้งแรก** ในการรับบริการครั้งนี้

อะไรคือเหตุผลที่ทำให้ท่านเลือกกินยาPrEP (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. อยากกินยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์หรือความเสี่ยงอื่น ๆ
2. อยากกินยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น
3. ช่วงนี้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเพราะมีคู่นอนหลายคนหรือคู่นอนมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง
4. ไม่สามารถใช้ถุงยางอนามัยได้สม่ำเสมอทุกครั้งที่เวลามีเพศสัมพันธ์
5. คู่นอน/คนรัก กินยาPrEP อยู่ และแนะนำให้ตนเองกิน ยาPrEP ไปด้วยกัน
6. คู่นอน/คนรัก ปัจจุบันติดเชื้อเอชไอวีอยู่ จึงขอกินยาเพื่อป้องกันตนเอง
7. หมอ/พยาบาล แนะนำให้กินยาป้องกัน เพราะตนเองมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง
8. เพื่อนสนิท/ญาติ แนะนำให้กินยาเพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี
9. เหตุผลอื่น ๆ โปรดระบุ

ส่วนที่ 6 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดบริการยาPrEP ไม่ว่าท่านจะเลือกกินหรือไม่กินยาPrEP

22. ท่านมีความพึงพอใจต่อระบบการจัดบริการยาPrEPของหน่วยบริการนี้อยู่ในระดับใด

1. พึงพอใจมากที่สุด
2. พึงพอใจมาก
3. พึงพอใจปานกลาง
4. พึงพอใจน้อย
5. พึงพอใจน้อยที่สุด

23. ท่านมีความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่ผู้ให้คำแนะนำ/คำปรึกษาPrEP อยู่ในระดับใด

1. พึงพอใจมากที่สุด
2. พึงพอใจมาก
3. พึงพอใจปานกลาง
4. พึงพอใจน้อย
5. พึงพอใจน้อยที่สุด

24. ความสะดวกในการเดินทางและการมาตามนัดหมาย เพื่อเข้ารับบริการ

1. สะดวกมากที่สุด
2. สะดวกมาก
3. สะดวกปานกลาง
4. สะดวกน้อย

5. สะดวกน้อยที่สุด
25. ท่านอยากให้มีการจัดบริการรับยาPrEPในสถานที่ต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
1. ร้านขายยาที่ผ่านการอบรมเรื่องยาPrEP
 - เห็นด้วย
 - ไม่เห็นด้วย
 2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านการอบรมเรื่องยาPrEP
 - เห็นด้วย
 - ไม่เห็นด้วย
 3. องค์กรภาคประชาสังคมที่มีความพร้อมในการจัดบริการยาPrEP
 - เห็นด้วย
 - ไม่เห็นด้วย
 4. สถานที่อื่น ๆ โปรดระบุ

ส่วนที่ 7 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบริการPrEP

26. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการกินยาPrEP เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแหล่งใดบ้าง
- 1. ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งใดมาก่อนเลย (ข้ามไปส่วนที่ 8)
 - 2. เคยได้รับข่าวสาร
 - 1. จากเว็บไซต์/อินเทอร์เน็ต
 - 2. จากแอปพลิเคชัน ชายรักชาย เช่น Homet Grindr ฯลฯ
 - 3. Facebook / Instagram / Line group
 - 4. ทราบจาก เพื่อน/คู่นอน/กลุ่มคนใกล้ชิด
 - 5. อ่านจากหนังสือพิมพ์/หนังสือนิตยสารทั่วไป
 - 6. ฟังหรือดูรายการจากโทรทัศน์/วิทยุ
 - 7. ผ่านประชาสัมพันธ์โครงการยา PrEP ที่ติดตามโรงพยาบาลหรือสถานที่ต่างๆ
 - 8. จากบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์/พยาบาล/เภสัช ฯลฯ)
 - 9. แหล่งอื่น ๆ ระบุ

ส่วนที่ 8 ความคิดเห็นของท่านต่อคนที่กินยาPrEP

คำถาม	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1	ไม่เห็นด้วย 2	ไม่แน่ใจ 3	เห็นด้วย 4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5

27. ฉันอายุที่ต้องกินยาPrEPต่อหน้าผู้อื่น	()	()	()	()	()
28. ผู้ที่กินยาPrEPควรซ่อนยาไว้ไม่ให้ผู้อื่นเห็น	()	()	()	()	()
29. ฉันรู้สึกภูมิใจที่สามารถกินยาPrEPได้ทุกวัน	()	()	()	()	()
30. เพื่อน/คนรักของฉันจะสนับสนุนให้ฉันกินยาPrEP	()	()	()	()	()
31. ครอบครัวของฉันจะสนับสนุนให้ฉันกินยาPrEP	()	()	()	()	()
32. ผู้ที่กินยาPrEPมักจะถูกมองในเชิงลบจากสังคม	()	()	()	()	()
33. ผู้ที่กินยาPrEP มักจะประสบปัญหาเมื่อคู่นอน/คนรัก/ ครอบครัว รู้ว่าเขา/เธอกำลังกินยาPrEPอยู่	()	()	()	()	()
34. ผู้ที่กินยาPrEPได้รับคำชมเชยว่ามีความรับผิดชอบต่อ ตนเอง	()	()	()	()	()

ประวัติกินยาเป๊ป (PEP) หรือ PrEPตามความต้องการเป็นครั้งคราว

เป๊ป (PEP) หมายถึง การกินยาด้านฉุกเฉินภายใน 72 ชั่วโมงเนื่องจากมีความเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใส่ถุงยางอนามัยหรือถุงยางอนามัยแตก/รั่วขณะมีเพศสัมพันธ์ หรือความเสี่ยงอื่นที่มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี โดยแพทย์จะให้กินยาด้านไวรัสฯ ติดต่อกัน 4 สัปดาห์

PrEPตามความต้องการเป็นครั้งคราว หมายถึง การกินยาด้านแบบ 2-1-1 คือ 2 เม็ด ก่อนมีเพศสัมพันธ์ และต่อด้วยยาด้าน วันละ 1 เม็ดอีก 2 วันต่อกัน

35. ท่านเคยกินยา เป๊ป แบบกินต่อเนื่อง 28 วันมาก่อนหรือไม่

1. ไม่เคย
 2. เคย

36. ท่านเคยกินยาPrEPตามความต้องการเป็นครั้งคราว มาก่อนหรือไม่

1. ไม่เคย
 2. เคย

2. สถานภาพสมรส

- 1. โสด (ไม่มีคู่นอนประจำที่อยู่ด้วยกันหรือผูกพันกัน)
- 2. คู่ (มีคู่นอนประจำที่อยู่ด้วยกันหรือผูกพันกันมานาน)
 - คู่เป็นหญิง
 - คู่เป็นสตรีข้ามเพศ
 - คู่เป็นชาย
- 3. หย่า (แยกทางกัน ไม่ผูกพันกันแล้ว)
- 4. หม้าย (คู่รักเสียชีวิตแล้ว)

3. อาชีพหรืองานหลักในปัจจุบัน

- 1. นักเรียน/นักศึกษา
- 2. ทำงานในหน่วยงานราชการ/รัฐวิสาหกิจ
- 3. ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขายส่วนตัว
- 4. ลูกจ้าง/รับจ้างทั่วไป /บริษัทเอกชน
- 5.ว่างงาน ไม่มีรายได้จากการทำงาน

4. รายได้ต่อเดือนในปัจจุบัน

- 1. น้อยกว่า 5,000 บาท
- 2. ตั้งแต่ 5,000 – 9,999 บาท
- 3. ตั้งแต่ 10,000 – 14,999 บาท
- 4. ตั้งแต่ 15,000 – 19,999 บาท
- 5. ตั้งแต่ 20,000 – 29,999 บาท
- 6. ตั้งแต่ 30,000 บาทหรือมากกว่า

5. ประกันสุขภาพที่มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1. สิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรค
- 2. สิทธิประกันสังคม
- 3.สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
- 4. ประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน
- 5. ไม่มีประกันสุขภาพใด ๆ

ส่วนที่ 2 บทบาทและสถานะทางเพศ

6. เพศโดยกำเนิดของท่าน คือ

- 1. ชาย
- 2. หญิง

7. ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์ทั้งทางปาก ทางทวารหนัก หรือทางช่องคลอดกับ

- 1. ชายเท่านั้น
- 2. หญิงเท่านั้น
- 3. ทั้งชายและหญิง

8. ปัจจุบันท่านจัดตัวเองอยู่ในกลุ่มใดต่อไปนี้

- 1. รักต่างเพศ (ชอบเพศตรงข้าม)
- 2. รักสองเพศ (ชอบทั้งชายและหญิง)

- 3. ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (เกย์)
- 4. สตรีข้ามเพศหรือสาวข้ามเพศ
 - ผ่าตัดแปลงเพศแล้ว
 - ยังไม่แปลงเพศแต่ตัดลูกอัณฑะออก
 - ยังไม่ได้ผ่าตัดเลย
- 5. อื่น ๆ ระบุ

9. บทบาททางเพศในปัจจุบัน (ตอบเฉพาะเพศชายโดยกำเนิด)

- 1. ฝ่ายรุกอย่างเดียว
- 2. ฝ่ายรับอย่างเดียว
- 3. ทั้งรุกและรับ

ส่วนที่ 3 การประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

10. ปัจจุบันนี้ ท่านประเมินว่า ตัวเองมีโอกาสเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวีมากน้อยแค่ไหน จาก 0 ถึง 9 ไม่เสี่ยงเลย 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 เสี่ยงสูงสุด

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมส่วนตัวของท่าน

คำถามต่อไปนี้สอบถามถึงพฤติกรรมทั่วไปของท่าน

11. ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน ท่านดื่มเหล้า เบียร์ ไวน์ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ชนิดอื่น ๆ
- 1. ไม่ดื่มเลย
 - 2. ดื่มเป็นครั้งคราว (สัปดาห์ละ 1-2 วัน)
 - 3. ดื่มน้อยครั้งบ่อย (สัปดาห์ละ 3-5 วัน)
 - 4. ดื่มเป็นประจำ (สัปดาห์ละ 6-7 วัน)

การใช้สารเสพติดทุกประเภท

12. ท่านเคยใช้ยาเสพติดทั้งชนิด กิน สูดดม หรือ ฉีดเข้าเส้นเลือด/กล้ามเนื้อ หรือไม่
- 1. ไม่ขอตอบคำถามนี้ (กรณีเลือกไม่ขอตอบ ข้ามไปข้อ 13)
 - 2. ไม่เคยใช้ยาเสพติดทุกประเภท (กรณีเลือกไม่เคย ข้ามไปข้อ 13)
 - 3. เคยใช้ยาเสพติดบางประเภทมาก่อน

12.1. ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาท่านมีการใช้ยาเสพติดอีกหรือไม่

- 1. ไม่ได้ใช้ หยุดไปแล้วมากกว่า 1 ปี
- 2. ยังใช้อยู่ในปัจจุบัน

ท่านใช้ยาเสพติดชนิดใดบ้าง (ตอบทั้งกรณีเคยใช้แล้วหยุดไป และยังใช้ในปัจจุบัน)

- 1. ชนิดกินหรือสูดดม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 0. ไม่ได้ใช้
 - 1. ยาแอมเฟตามีน
 - 2. ยาฮี
 - 3. กัญชา
 - 4. ยาเค (เคตามีน)

- 5. ยาไอซ์
 - 6. โทเคน
 - 7. ป๊อปปเปอร์
 - 8. ฟีน
 - 9. คมกาว/สารระเหย
 - 10. อื่น ๆ กรุณาระบุ
2. ชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 0. ไม่ได้ใช้
 - 1. เฮโรอิน
 - 2. ยาไฮหรือยาไอซ์
 - 3. ยาแอมเฟตามีนผสมน้ำฉีด
 - 4. ยาโคมิคุมหรือยาคลุ้ม
 - 5. ยาเค (เคตามีน)
 - 6. อื่น ๆ กรุณาระบุ

12.2. ในระยะ 1 ปี ที่ผ่านมา ท่าน เคยใช้เข็ม และ/หรือกระบอกฉีดยาร่วมกับคนอื่น สำหรับการฉีดยาเสพติดหรือไม่

- 1. ไม่เคยฉีดยาเสพติดเข้าเส้น
- 2. เคยฉีดยาเสพติด แต่ไม่ใช่เข็มร่วมกับผู้อื่น
- 3. เคยฉีดยาเสพติด และใช้เข็มร่วมกับผู้อื่น

การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนทั้งประจำและชั่วคราว

13. ท่านมีคู่นอนที่เป็นผู้ชายจำนวนเท่าใดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

- 1. ไม่มีเลย
- 2. มี จำนวน

14. ท่านมีคู่นอนที่เป็นสตรีข้ามเพศจำนวนเท่าใดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

- 1. ไม่มีเลย
- 2. มี จำนวน

15. ท่านมีคู่นอนที่เป็นผู้หญิงจำนวนเท่าใดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

- 1. ไม่มีเลย
- 2. มี จำนวน

16. ท่านมีคู่นอนที่เป็นผู้ชายหรือสตรีข้ามเพศหรือผู้หญิง ที่ท่านทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

- 1. ไม่มีเลย
- 2. มี
- 3. ไม่ทราบผลตรวจเลือดของคู่นอน

พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย

17. ท่านมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก/ทางช่องคลอดโดยใช้ถุงยางอนามัย กับ คู่คนที่เป็นผู้ชายหรือสตรีข้ามเพศหรือผู้หญิง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา บ่อยมากน้อยเพียงไร

- 1. ทุกครั้ง (100%) (กรณีเลือกทุกครั้ง ข้ามไปข้อ 19)
- 2. บ่อยครั้ง (75%)
- 3. บางครั้ง (50%)
- 4. น้อยครั้ง (25%)
- 5. ไม่เคย (0%)

18. เหตุผลที่ท่านไม่ได้ใช้/ไม่ค่อยใช้ ถุงยางอนามัยทุกครั้ง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1. ทำให้อารมณ์ทางเพศลดลงเวลาสอดใส่
- 2. ไม่ชอบใช้ถุงยางอนามัย เพราะมีอาการแพ้ เป็นผื่นคัน
- 3. ราคาถุงยางแพงเกินไป
- 4. ร้านขายถุงยางอยู่ไกล ไม่สะดวกเดินทาง
- 5. ถุงยางอนามัยแบบแจกฟรีหาไม่ค่อยได้
- 6. รู้สึกอายนที่จะซื้อถุงยางอนามัยจากร้านขาย
- 7. คู่คนไม่ชอบให้ใช้ถุงยางอนามัย
- 8. กลัวคู่คนสงสัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 9. กลัวคู่คนสงสัยว่าเป็นโรคเอดส์

19. โดยส่วนใหญ่ ท่านได้ถุงยางอนามัยจากแหล่งใดมากที่สุด

- 1. ซื้อใช้เอง
- 2. ได้รับแจกฟรีจากโรงพยาบาล
- 3. ได้รับแจกฟรีจากหน่วยงานต่าง ๆ

ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

20. ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่

- 1. ไม่เป็น
- 2. เป็น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 1. ซิฟิลิส
 - 2. หนองในแท้
 - 3. หนองในเทียม
 - 4. แผลริมอ่อน
 - 5. พยาธิช่องคลอด
 - 6. เริ่มที่อวัยวะเพศ

- 7. กามโรคของต่อมน้ำเหลือง
- 8. ไม่ทราบชื่อโรค

ส่วนที่ 5 การตัดสินใจไม่กินยาPrEP

21. ท่านตัดสินใจ **ไม่กินยาPrEP** ในการรับบริการครั้งนี้

อะไรคือเหตุผลที่ทำให้ท่านเลือกไม่กินยาPrEP (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1. คิดว่าตนเองไม่มีความเสี่ยงหรือมีความเสี่ยงต่ำมากที่จะติดเชื้อเอชไอวี
- 2. สามารถใช้ถุงยางอนามัยได้ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์
- 3. สามารถใช้เข็มสะอาดได้ทุกครั้งเมื่อฉีดสารเสพติดเข้าเส้นเลือด
- 4. วิตกกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากยาPrEP
- 5. ไม่ชอบที่จะต้องพยายามกินยาประจำทุกวัน
- 6. คู่นอน/คนรัก ไม่สนับสนุนให้กินยาPrEP
- 7. กังวลว่าคนรักหรือคนรู้จักจะสงสัยว่าตนเองเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- 8. ไม่สะดวกที่จะต้องเดินทางกลับมารับยาต่อทุกครั้งที่หน่วยบริการ
- 9. กลัวว่ากินยาไปนาน ๆ หากติดเชื้อเอชไอวี เชื้อจะคือต่อยาได้
- 10. ไม่พึงพอใจคุณภาพบริการจากบุคลากรที่แนะนำยาPrEPในหน่วยบริการนี้
- 11. เหตุผลอื่น ๆ โปรดระบุ

ส่วนที่ 6 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดบริการยาPrEP ไม่ว่าท่านจะเลือกกินหรือไม่กินยาPrEP

22. ท่านมีความพึงพอใจต่อระบบการจัดบริการยาPrEPของหน่วยบริการนี้อยู่ในระดับใด

- 1. พึงพอใจมากที่สุด
- 2. พึงพอใจมาก
- 3. พึงพอใจปานกลาง
- 4. พึงพอใจน้อย
- 5. พึงพอใจน้อยที่สุด

23. ท่านมีความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่ผู้ให้คำแนะนำ/คำปรึกษาPrEP อยู่ในระดับใด

- 1. พึงพอใจมากที่สุด
- 2. พึงพอใจมาก
- 3. พึงพอใจปานกลาง
- 4. พึงพอใจน้อย
- 5. พึงพอใจน้อยที่สุด

24. ความสะดวกในการเดินทางและการมาตามนัดหมาย เพื่อเข้ารับบริการ

- 1. สะดวกมากที่สุด



- 2. สะดวกมาก
- 3. สะดวกปานกลาง
- 4. สะดวกน้อย
- 5. สะดวกน้อยที่สุด

25. ท่านอยากให้มีการจัดบริการรับยาPrEPในสถานที่ต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ร้านขายยาที่ผ่านการอบรมเรื่องยาPrEP
 - เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านการอบรมเรื่องยาPrEP
 - เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย
3. องค์กรภาคประชาสังคมที่มีความพร้อมในการจัดบริการยาPrEP
 - เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย
4. สถานที่อื่น ๆ โปรดระบุ

ส่วนที่ 7 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบริการPrEP

26. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการกินยาPrEP เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแหล่งใดบ้าง

- 1. ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งใดมาก่อนเลย (ข้ามไปส่วนที่ 8)
- 2. เคยได้รับข่าวสาร
 - 1. จากเว็บไซต์/อินเทอร์เน็ต
 - 2. จากแอปพลิเคชัน ชายรักชาย เช่น Homet Grindr ฯลฯ
 - 3. Facebook / Instagram / Line group
 - 4. ทราบจาก เพื่อน/คู่นอน/กลุ่มคนใกล้ชิด
 - 5. อ่านจากหนังสือพิมพ์/หนังสือนิตยสารทั่วไป
 - 6. ฟังหรือดูรายการจากโทรทัศน์/วิทยุ
 - 7. ผ่านประชาสัมพันธ์โครงการยา PrEP ที่ติดตามโรงพยาบาลหรือสถานที่ต่างๆ
 - 8. จากบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์/พยาบาล/เภสัช ฯลฯ)
 - 9. แหล่งอื่น ๆ ระบุ

ส่วนที่ 8 ความคิดเห็นของท่านต่อคนที่กินยาPrEP

คำถาม	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1	ไม่เห็นด้วย 2	ไม่แน่ใจ 3	เห็นด้วย 4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5

27. ฉันอายุที่ต้องกินยาPrEPต่อหน้าผู้อื่น	()	()	()	()	()
28. ผู้ที่กินยาPrEPควรซ่อนยาไว้ไม่ให้ผู้อื่นเห็น	()	()	()	()	()
29. ฉันรู้สึกภูมิใจที่สามารถกินยาPrEPได้ทุกวัน	()	()	()	()	()
30. เพื่อน/คนรักของฉันจะสนับสนุนให้ฉันกินยาPrEP	()	()	()	()	()
31. ครอบครัวของฉันจะสนับสนุนให้ฉันกินยาPrEP	()	()	()	()	()
32. ผู้ที่กินยาPrEPมักจะถูกมองในเชิงลบจากสังคม	()	()	()	()	()
33. ผู้ที่กินยาPrEP มักจะประสบปัญหาเมื่อคู่นอน/คนรัก/ ครอบครัว รู้ว่าเขา/เธอกำลังกินยาPrEPอยู่	()	()	()	()	()
34. ผู้ที่กินยาPrEPได้รับคำชมเชยว่ามีความรับผิดชอบต่อตนเอง	()	()	()	()	()

ประวัติกินยาเป็ป (PEP) หรือ PrEPตามความต้องการเป็นครั้งคราว

เป็ป (PEP) หมายถึง การกินยาต้านจุลินทรีย์ภายใน 72 ชั่วโมงเนื่องจากมีความเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใส่ถุงยางอนามัยหรือถุงยางอนามัยแตก/รั่วขณะมีเพศสัมพันธ์ หรือความเสี่ยงอื่นที่มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี โดยแพทย์จะให้กินยาต้านไวรัสฯ ติดต่อกัน 4 สัปดาห์

PrEPตามความต้องการเป็นครั้งคราว หมายถึง การกินยาต้านแบบ 2-1-1 คือ 2 เม็ด ก่อนมีเพศสัมพันธ์ และต่อด้วยยาต้าน วันละ 1 เม็ดอีก 2 วันต่อกัน

35. ท่านเคยกินยา เป็ป แบบกินต่อเนื่อง 28 วันมาก่อนหรือไม่

- 1. ไม่เคย
- 2. เคย

36. ท่านเคยกินยาPrEPตามความต้องการเป็นครั้งคราว มาก่อนหรือไม่

- 1. ไม่เคย
- 2. เคย

9. บทบาททางเพศในปัจจุบัน (ตอบเฉพาะเพศชายโดยกำเนิด)

- 1. ฝ่ายรุกอย่างเดียว
- 2. ฝ่ายรับอย่างเดียว
- 3. ทั้งรุกและรับ

ส่วนที่ 3 การประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

10. ปัจจุบันนี้ ท่านประเมินว่า ตัวเองมีโอกาสเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวีมากน้อยแค่ไหน จาก 0 ถึง 9
ไม่เสี่ยงเลย 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 เสี่ยงสูงสุด

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมส่วนตัวของท่าน

คำถามต่อไปนี้สอบถามถึงพฤติกรรมทั่วไปของท่าน

11. ในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน ท่านดื่มเหล้า เบียร์ ไวน์ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ชนิดอื่น ๆ
- 1. ไม่ดื่มเลย
 - 2. ดื่มเป็นครั้งคราว (สัปดาห์ละ 1-2 วัน)
 - 3. ดื่มค่อนข้างบ่อย (สัปดาห์ละ 3-5 วัน)
 - 4. ดื่มเป็นประจำ (สัปดาห์ละ 6-7 วัน)

การใช้ยาเสพติดทุกประเภท

12. ท่านเคยใช้ยาเสพติดทั้งชนิด กิน สูดดม หรือ ฉีดเข้าเส้นเลือด/กล้ามเนื้อ หรือไม่
- 1. ไม่ขอตอบคำถามนี้ (กรณีเลือกไม่ขอตอบ ข้ามไปข้อ 13)
 - 2. ไม่เคยใช้ยาเสพติดทุกประเภท (กรณีเลือกไม่เคย ข้ามไปข้อ 13)
 - 3. เคยใช้ยาเสพติดบางประเภทมาก่อน

12.1. ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาท่านมีการใช้ยาเสพติดอีกหรือไม่

- 1. ไม่ได้ใช้ หยุดไปแล้วมากกว่า 1 ปี
- 2. ยังใช้อยู่ในปัจจุบัน

ท่านใช้ยาเสพติดชนิดใดบ้าง (ตอบทั้งกรณีเคยใช้แล้วหยุดไป และยังใช้ในปัจจุบัน)

- 1. ชนิดกินหรือสูดดม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 0. ไม่ได้ใช้
 - 1. ยาแอมเฟตามีน 2. ยาฮี
 - 3. กัญชา 4. ยาเค (เคตามีน)
 - 5. ยาไอซ์ 6. โคเคน
 - 7. ป๊อปเปอร์ 8. ผีน
 - 9. คมกาว/สารระเหย 10. อื่น ๆ กรุณาระบุ

- 2. ชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 0. ไม่ได้ใช้
 - 1. เฮโรอิน
 - 2. ยาไฮหรือยาไอซ์
 - 3. ยาแอมเฟตามีนผสมน้ำฉีด
 - 4. ยาโคมิกุมหรือยากุ้ม
 - 5. ยาเค (เคตามีน)
 - 6. อื่น ๆ กรุณาระบุ

12.2. ในระยะ 1 ปี ที่ผ่านมา ท่าน เคยใช้เข็ม และ/หรือกระบอกฉีดยา ร่วมกับคนอื่น สำหรับการฉีดยาเสพติดหรือไม่

- 1. ไม่เคยฉีดยาเสพติดเข้าเส้น
- 2. เคยฉีดยาเสพติด แต่ไม่ใช่เข็มร่วมกับผู้อื่น
- 3. เคยฉีดยาเสพติด และใช้เข็มร่วมกับผู้อื่น

การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนทั้งประจำและชั่วคราว

13. ท่านมีคู่นอนที่เป็นผู้ชายจำนวนเท่าใดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

- 1. ไม่มีเลย
- 2. มี จำนวน

14. ท่านมีคู่นอนที่เป็นสตรีข้ามเพศจำนวนเท่าใดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

- 1. ไม่มีเลย
- 2. มี จำนวน

15. ท่านมีคู่นอนที่เป็นผู้หญิงจำนวนเท่าใดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

- 1. ไม่มีเลย
- 2. มี จำนวน

16. ท่านมีคู่นอนที่เป็นผู้ชายหรือสตรีข้ามเพศหรือผู้หญิง ที่ท่านทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

- 1. ไม่มีเลย
- 2. มี
- 3. ไม่ทราบผลตรวจเลือดของคู่นอน

พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย

17. ท่านมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก/ทางช่องคลอดโดยใช้ถุงยางอนามัย กับ คู่นอนที่เป็นผู้ชายหรือสตรีข้ามเพศหรือผู้หญิง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา บ่อยมากน้อยเพียงไร



- 1. ทุกครั้ง (100%) (กรณีเลือกทุกครั้ง ข้ามไปข้อ 19)
- 2. บ่อยครั้ง (75%)
- 3. บางครั้ง (50%)
- 4. น้อยครั้ง (25%)
- 5. ไม่เคย (0%)

18. เหตุผลที่ท่าน ไม่ได้ใช้/ไม่ค่อยใช้ ถุงยางอนามัยทุกครั้ง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1. ทำให้มีอาการทางเพศลดลงเวลาสอดใส่
- 2. ไม่ชอบใช้ถุงยางอนามัย เพราะมีอาการแพ้ เป็นผื่นคัน
- 3. ราคาถุงยางแพงเกินไป
- 4. ร้านขายถุงยางอยู่ไกล ไม่สะดวกเดินทาง
- 5. ถุงยางอนามัยแบบแฉกฟรีหาไม่ค่อยได้
- 6. รู้สึกอายที่จะซื้อถุงยางอนามัยจากร้านขาย
- 7. คู่นอนไม่ชอบให้ใช้ถุงยางอนามัย
- 8. กลัวคู่นอนสงสัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 9. กลัวคู่นอนสงสัยว่าเป็นโรคเอดส์

19. โดยส่วนใหญ่ ท่าน ได้ถุงยางอนามัยจากแหล่งใดมากที่สุด

- 1. ซื้อใช้เอง
- 2. ได้รับแจกจากโรงพยาบาล
- 3. ได้รับแจกจากหน่วยงานต่าง ๆ

ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

20. ตั้งแต่ท่านหยุดกินยาPrEPคราวก่อนท่านป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่

- 1. ไม่เป็น
- 2. เป็น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 1. ซิฟิลิส
 - 2. หนองในแท้
 - 3. หนองในเทียม
 - 4. แผลริมอ่อน
 - 5. พยาธิช่องคลอด
 - 6. เริ่มที่อวัยวะเพศ
 - 7. กามโรคของต่อมน้ำเหลือง
 - 8. ไม่ทราบชื่อโรค

ส่วนที่ 5 การตัดสินใจหยุดยาPrEP

21. ประวัติการกินยาPrEPครั้งก่อน

- 21.1 ครั้งก่อน ท่านกินยาPrEPติดต่อกันนานประมาณ เดือน
- 21.2 ท่านหยุดกินยาPrEP เมื่อ เดือน ปี พ.ศ.
- 21.3 เหตุผลที่ท่านหยุดยา PrEP ในครั้งก่อน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 1. คิดว่าตนเองไม่มีความเสี่ยงหรือมีความเสี่ยงต่ำมากที่จะติดเชื้อเอชไอวี
 - 2. สามารถใช้ถุงยางอนามัยได้ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์
 - 3. สามารถใช้เข็มสะอาดได้ทุกครั้งเมื่อฉีดสารเสพติดเข้าเส้นเลือด
 - 4. วิตกกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากยาPrEP
 - 5. ไม่ชอบที่จะต้องพยายามกินยาประจำทุกวัน
 - 6. คู่นอน/คนรัก ไม่สนับสนุนให้กินยาPrEP
 - 7. กังวลว่าคนรักหรือคนรู้จักจะสงสัยว่าตนเองเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 - 8. ไม่สะดวกที่จะต้องเดินทางกลับมารับยาต่อทุกครั้งที่หน่วยบริการ
 - 9. กลัวว่ากินยาไปนาน ๆ หากติดเชื้อเอชไอวี เชื้อจะดื้อต่อยาได้
 - 10. ไม่พึงพอใจคุณภาพบริการจากบุคลากรที่แนะนำยาPrEPในหน่วยบริการนี้
 - 11. เหตุผลอื่น ๆ โปรดระบุ

ส่วนที่ 6 การตัดสินใจกลับมารับยาPrEPอีกในครั้งนี้

22. เหตุผลที่ทำให้ท่านเลือกกินยาPrEP ในครั้งนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1. อยากกินยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์หรือความเสี่ยงอื่น ๆ
- 2. อยากกินยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น
- 3. ช่วงนี้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเพราะมีคู่นอนหลายคนหรือคู่นอนมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง
- 4. ไม่สามารถใส่ถุงยางอนามัยได้สม่ำเสมอทุกครั้งเวลามีเพศสัมพันธ์
- 5. คู่นอน/คนรัก กินยาPrEP อยู่ และแนะนำให้ตนเองกิน ยาPrEPไปด้วยกัน
- 6. คู่นอน/คนรัก ปัจจุบันติดเชื้อเอชไอวีอยู่ จึงขอกินยาเพื่อป้องกันตนเอง
- 7. หมอ/พยาบาล แนะนำให้กินยาป้องกัน เพราะตนเองมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง
- 8. เพื่อนสนิท/ญาติ แนะนำให้กินยาเพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี
- 9. เหตุผลอื่น ๆ โปรดระบุ

ส่วนที่ 7 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดบริการยาPrEPที่ท่านมีต่อหน่วยบริการ

23. ท่านมีความพึงพอใจต่อระบบการจัดบริการยาPrEP อยู่ในระดับใด

- 1. พึงพอใจมากที่สุด
- 2. พึงพอใจมาก

- 3. ฟังพอใจปานกลาง
 - 4. ฟังพอใจน้อย
 - 5. ฟังพอใจน้อยที่สุด
24. ท่านมีความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่ผู้ให้คำแนะนำ/คำปรึกษาPrEP อยู่ในระดับใด
- 1. ฟังพอใจมากที่สุด
 - 2. ฟังพอใจมาก
 - 3. ฟังพอใจปานกลาง
 - 4. ฟังพอใจน้อย
 - 5. ฟังพอใจน้อยที่สุด
35. ความสะดวกในการเดินทางและการมาตามนัดหมาย เพื่อเข้ารับบริการ
- 1. สะดวกมากที่สุด
 - 2. สะดวกมาก
 - 3. สะดวกปานกลาง
 - 4. สะดวกน้อย
 - 5. สะดวกน้อยที่สุด
36. ท่านอยากให้มีการจัดบริการรับยาPrEP ในสถานที่ต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
1. ร้านขายยาที่ผ่านการอบรมเรื่องยาPrEP
 - เห็นด้วย
 - ไม่เห็นด้วย
 2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านการอบรมเรื่องยาPrEP
 - เห็นด้วย
 - ไม่เห็นด้วย
 3. องค์กรภาคประชาสังคมที่มีความพร้อมในการจัดบริการยาPrEP
 - เห็นด้วย
 - ไม่เห็นด้วย
 4. สถานที่อื่น ๆ โปรดระบุ

ส่วนที่ 8 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบริการPrEP

37. ปัจจุบันท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการกินยาPrEP เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแหล่งใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 1. จากเว็บไซต์/อินเทอร์เน็ต
 - 2. จากแอปพลิเคชัน ชายรักชาย เช่น Hornet Grindr ฯลฯ
 - 3. Facebook / Instagram / Line group

- 4. ทราบจาก เพื่อน/คู่นอน/กลุ่มคนใกล้ชิด
- 5. อ่านจากหนังสือพิมพ์/หนังสือนิตยสารทั่วไป
- 6. ฟังหรือดูรายการจากโทรทัศน์/วิทยุ
- 7. ผ่านประชาสัมพันธ์โครงการยา PrEP ที่ติดตามโรงพยาบาลหรือสถานที่ต่างๆ
- 8. จากบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์/พยาบาล/เภสัช ฯลฯ)
- 9. แหล่งอื่น ๆ ระบุ

ส่วนที่ 10 ความคิดเห็นของท่านต่อคนที่กินยาPrEP

คำถาม	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1	ไม่เห็นด้วย 2	ไม่แน่ใจ 3	เห็นด้วย 4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5
28. ฉันอายุที่ต้องกินยาPrEPต่อหน้าผู้อื่น	()	()	()	()	()
29. ผู้ที่กินยาPrEPควรซ่อนยาไว้ไม่ให้ผู้อื่นเห็น	()	()	()	()	()
30. ฉันรู้สึกภูมิใจที่สามารถกินยาPrEPได้ทุกวัน	()	()	()	()	()
31. เพื่อน/คนรักของฉันจะสนับสนุนให้ฉันกินยาPrEP	()	()	()	()	()
32. ครอบครัวของฉันจะสนับสนุนให้ฉันกินยาPrEP	()	()	()	()	()
33. ผู้ที่กินยาPrEPมักจะถูกลมมองในเชิงลบจากสังคม	()	()	()	()	()
34. ผู้ที่กินยาPrEP มักจะประสบปัญหาเมื่อคู่นอน/คนรัก/ครอบครัว รู้ว่าเขา/เธอกำลังกินยาPrEPอยู่	()	()	()	()	()
35. ผู้ที่กินยาPrEPได้รับคำชมเชยว่ามีความรับผิดชอบต่อตนเอง	()	()	()	()	()

ประวัติกินยาเป๊ป (PEP) หรือ PrEPตามความต้องการเป็นครั้งคราว

เป็ป (PEP) หมายถึง การกินยาต้านจุลินทรีย์ภายใน 72 ชั่วโมงเนื่องจากมีความเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใส่ถุงยางอนามัยหรือถุงยางอนามัยแตก/รั่วขณะมีเพศสัมพันธ์ หรือความเสี่ยงอื่นที่มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี โดยแพทย์จะให้กินยาต้านไวรัสฯ ติดต่อกัน 4 สัปดาห์

PrEPตามความต้องการเป็นครั้งคราว หมายถึง การกินยาต้านแบบ 2-1-1 คือ 2 เม็ด ก่อนมีเพศสัมพันธ์ และต่อด้วยยาต้าน วันละ 1 เม็ดอีก 2 วันต่อกัน

36. ท่านเคยกินยา เป็ป แบบกินต่อเนื่อง 28 วันมาก่อนหรือไม่

1. ไม่เคย

2. เคย

37. ท่านเคยกินยาPrEPตามความต้องการเป็นครั้งคราว มาก่อนหรือไม่

1. ไม่เคย

2. เคย

- คู่เป็นหญิง
 - คู่เป็นสตรีข้ามเพศ
 - คู่เป็นชาย
 - อื่น ๆ
3. หย่า (แยกทางกัน ไม่ผูกพันกันแล้ว)
4. หม้าย (คู่รักเสียชีวิตแล้ว)
3. อาชีพหรืองานหลักในปัจจุบัน
- 1. นักเรียน/นักศึกษา
 - 2. ทำงานในหน่วยงานราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 - 3. ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขายส่วนตัว
 - 4. ลูกจ้าง/รับจ้างทั่วไป /บริษัทเอกชน
 - 5.ว่างงาน ไม่มีรายได้จากการทำงาน
4. รายได้ต่อเดือนในปัจจุบัน
- 1. น้อยกว่า 5,000 บาท
 - 2. ตั้งแต่ 5,000 – 9,999 บาท
 - 3. ตั้งแต่ 10,000 – 14,999 บาท
 - 4. ตั้งแต่ 15,000 – 19,999 บาท
 - 5. ตั้งแต่ 20,000 – 29,999 บาท
 - 6. ตั้งแต่ 30,000 บาทหรือมากกว่า
5. ประกันสุขภาพที่มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 1. สิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรค
 - 2. สิทธิประกันสังคม
 - 3.สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 - 4. ประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน
 - 5. ไม่มีประกันสุขภาพใด ๆ

ส่วนที่ 2 บทบาทและสถานะทางเพศ

6. เพศโดยกำเนิดของท่าน คือ
- 1. ชาย
 - 2. หญิง
7. ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์ทั้งทางปาก ทางทวารหนัก หรือทางช่องคลอดกับ
- 1. ชายเท่านั้น
 - 2. หญิงเท่านั้น
 - 3. ทั้งชายและหญิง
8. ท่านจัดตัวเองอยู่ในกลุ่มใดต่อไปนี้ ณ ปัจจุบัน
- 1. รักต่างเพศ (ชอบเพศตรงข้าม)
 - 2. รักสองเพศ (ชอบทั้งชายและหญิง)
 - 3. ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (เกย์)
 - 4. สตรีข้ามเพศหรือสาวข้ามเพศ
1. ผ่าตัดแปลงเพศแล้ว ยังไม่แปลงเพศแต่ตัดลูกอัณฑะออก ยังไม่ได้ผ่าตัดเลย
5. อื่น ๆ ระบุ
9. บทบาททางเพศในปัจจุบัน (ตอบเฉพาะเพศชายโดยกำเนิด)
- 1. ฝ่ายรุกอย่างเดียว
 - 2. ฝ่ายรับอย่างเดียว
 - 3. ทั้งรุกและรับ

ส่วนที่ 3 การประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

10. ปัจจุบันนี้ ท่านประเมินว่า ตัวเองมีโอกาสเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวีมากน้อยแค่ไหน จาก 0 ถึง 9
ไม่เสี่ยงเลย 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 เสี่ยงสูงสุด

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมส่วนตัวของท่าน

คำถามต่อไปนี้สอบถามถึงพฤติกรรมทั่วไปของท่าน

11. ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน ท่านดื่มเหล้า เบียร์ ไวน์ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ชนิดอื่น ๆ
- 1. ไม่ดื่มเลย
 - 2. ดื่มเป็นครั้งคราว (สัปดาห์ละ 1-2 วัน)
 - 3. ดื่มค่อนข้างบ่อย (สัปดาห์ละ 3-5 วัน)
 - 4. ดื่มเป็นประจำ (สัปดาห์ละ 6-7 วัน)

การใช้ยาเสพติดทุกประเภท

12. ท่านเคยใช้ยาเสพติดทั้งชนิด กิน สูดดม หรือ ฉีดเข้าเส้นเลือด/กล้ามเนื้อ หรือไม่
- 1. ไม่ขอตอบคำถามนี้ (กรณีเลือกไม่ขอตอบ ข้ามไปข้อ 13)
 - 2. ไม่เคยใช้ยาเสพติดทุกประเภท
 - 3. เคยใช้ยาเสพติดบางประเภทมาก่อน

12.1. ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาท่านมีการใช้ยาเสพติดอีกหรือไม่

- 1. ไม่ได้ใช้ หยุดไปแล้วมากกว่า 1 ปี
- 2. ยังใช้อยู่ในปัจจุบัน

ท่านใช้ยาเสพติดชนิดใดบ้าง (ตอบทั้งกรณีเคยใช้แล้วหยุดไป และยังใช้ในปัจจุบัน)

- 1. ชนิดกินหรือสูดดม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 0. ไม่ได้ใช้
 - 1. ยาแอมเฟตามีน 2. ยาฮี
 - 3. กัญชา 4. ยาเค (เคตามีน)
 - 5. ยาไอซ์ 6. โทเคน
 - 7. ป๊อปเปอร์ 8. ฟีน
 - 9. คมกาว/สารระเหย 10. อื่น ๆ กรุณาระบุ
- 2. ชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 0. ไม่ได้ใช้
 - 1. เฮโรอีน
 - 2. ยาไฮหรือยาไอซ์

- 3. ยาแอมเฟตามีนผสมน้ำฉีด
- 4. ยาโคมิคุมหรือยากลุ่ม
- 5. ยาเค (เคตามีน)
- 6. อื่น ๆ กรุณาระบุ

12.2. ในระยะ 1 ปี ที่ผ่านมา ท่าน เคยใช้เข็ม และ/หรือกระบอกฉีดยาร่วมกับคนอื่น สำหรับการฉีดยาเสพติดหรือไม่

- 1. ไม่เคยฉีดยาเสพติดเข้าเส้น
- 2. เคยฉีดยาเสพติด แต่ไม่ใช่เข็มร่วมกับผู้อื่น
- 3. เคยฉีดยาเสพติด และใช้เข็มร่วมกับผู้อื่น

การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนทั้งประจำและชั่วคราว

13. ท่านมีคู่นอนที่เป็นผู้ชายจำนวนเท่าใดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

- 1. ไม่มีเลย
- 2. มี จำนวน

14. ท่านมีคู่นอนที่เป็นสตรีข้ามเพศ จำนวนเท่าใดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

- 1. ไม่มีเลย
- 2. มี จำนวน

15. ท่านมีคู่นอนที่เป็นผู้หญิงจำนวนเท่าใดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

- 1. ไม่มีเลย
- 2. มี จำนวน

16. ท่านมีคู่นอนที่เป็นผู้ชายหรือสตรีข้ามเพศหรือผู้หญิง ที่ท่านทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

- 1. ไม่มีเลย
- 2. มี
- 3. ไม่ทราบผลตรวจเลือดของคู่นอน

พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย

17. ท่านมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก/ทางช่องคลอดโดยใช้ถุงยางอนามัย กับ คู่นอนที่เป็นผู้ชายหรือสตรีข้ามเพศหรือผู้หญิง ตั้งแต่เริ่มต้นกินยาPrEP บ่อยมากน้อยเพียงไร

- 1. ทุกครั้ง (100%) (กรณีเลือกทุกครั้ง ข้ามไปข้อ 19)
- 2. บ่อยครั้ง (75%)
- 3. บางครั้ง (50%)
- 4. น้อยครั้ง (25%)



5. ไม่เคย (0%)

18. เหตุผลที่ท่านไม่ได้ใช้/ไม่ค่อยใช้ ถุงยางอนามัยทุกครั้ง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1. ทำให้อารมณ์ทางเพศลดลงเวลาสอดใส่
- 2. ไม่ชอบใช้ถุงยางอนามัย เพราะมีอาการแพ้ เป็นผื่นคัน
- 3. ราคาถุงยางแพงเกินไป
- 4. ร้านขายถุงยางอยู่ไกล ไม่สะดวกเดินทาง
- 5. ถุงยางอนามัยแบบแฉกฟรีหาไม่ค่อยได้
- 6. รู้สึกอายนที่จะซื้อถุงยางอนามัยจากร้านขาย
- 7. คู่่นอนไม่ชอบให้ใช้ถุงยางอนามัย
- 8. กลัวคู่นอนสงสัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 9. กลัวคู่นอนสงสัยว่าเป็นโรคเอดส์

19. โดยส่วนใหญ่ ท่านได้ถุงยางอนามัยจากแหล่งใดมากที่สุด

- 1. ซื้อใช้เอง
- 2. ได้รับแจกจากโรงพยาบาล
- 3. ได้รับแจกจากหน่วยงานต่าง ๆ

ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

20. ตั้งแต่เริ่มต้นกินยาPrEPในครั้งนี ท่านป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่

- 1. ไม่เป็น
- 2. เป็น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 1. ซิฟิลิส
 - 2. หนองในแท้
 - 3. หนองในเทียม
 - 4. แผลริมอ่อน
 - 5. พยาธิช่องคลอด
 - 6. เริ่มที่อวัยวะเพศ
 - 7. กามโรคของต่อมน้ำเหลือง
 - 8. ไม่ทราบชื่อโรค

ส่วนที่ 5 ประวัติรับประทานยาPrEP และผลข้างเคียงจากยาที่ผ่านมา

21. ในครั้งนี ท่านเริ่มกินยาPrEP มาตั้งแต่เดือน พ.ศ.

22. ท่านกินยาPrEPติดต่อกันมาได้.....เดือน

23. เหตุผลที่ทำให้ท่านเลิกกินยาPrEP ในช่วงที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1. อยากกินยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์หรือความเสี่ยงอื่น ๆ
- 2. อยากกินยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น
- 3. ช่วงนี้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเพราะมีคู่นอนหลายคนหรือคู่นอนมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง
- 4. ไม่สามารถใช้ถุงยางอนามัยได้สม่ำเสมอทุกครั้งที่เวลาที่มีเพศสัมพันธ์
- 5. คู่นอน/คนรัก กินยาPrEP อยู่ และแนะนำให้ตนเองกิน ยาPrEPไปด้วยกัน
- 6. คู่นอน/คนรัก ปัจจุบันติดเชื้อเอชไอวีอยู่ จึงขอกินยาเพื่อป้องกันตนเอง
- 7. หมอ/พยาบาล แนะนำให้กินยาป้องกัน เพราะตนเองมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง
- 8. เพื่อนสนิท/ญาติ แนะนำให้กินยาเพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี
- 9. เหตุผลอื่น ๆ โปรดระบุ

24. การกินยาPrEP ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาของท่านเป็นอย่างไร

- 1. กินยาได้เกือบครบทุกวัน (โดยเฉลี่ย 6-7 เม็ดต่อสัปดาห์)
- 2. กินยาได้สม่ำเสมอ สัปดาห์บางวัน (โดยเฉลี่ย 4-5 เม็ดต่อสัปดาห์)
- 3. สัปดาห์น้อยๆ (โดยเฉลี่ย 1-3 เม็ดต่อสัปดาห์)
- 4. ไม่ได้กินยาเลย

อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากยาPrEP ในช่วงที่ผ่านมา

25. ท่านมีอาการข้างเคียงจากการกินยาPrEP ในระยะเวลา 1 เดือน ที่ผ่านมาหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1. ไม่มีอาการข้างเคียงใด (ถ้าเลือกไม่มีอาการ ข้ามไปข้อ 28)
- 2. อาการคลื่นไส้/อาเจียนบ่อยๆ
- 3. น้ำหนักลด
- 4. ปวดศีรษะ
- 5. ผื่นแพ้ คันตามัว
- 6. อาการอื่น ๆ โปรดระบุ

26. อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นดังกล่าว กระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของท่านในระดับใด

- 1. มีอาการเล็กน้อย ไม่กระทบการดำเนินชีวิตประจำวัน
- 2. มีอาการปานกลาง กระทบการดำเนินชีวิตประจำวันบ้างบางครั้ง
- 3. มีอาการมาก กระทบการดำเนินชีวิตประจำวันตลอดเวลา

27. ท่านมีวิธีการจัดการอย่างไรเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา PrEP

- 1. ไม่ได้จัดการอะไร ปล่อยให้หายเอง
- 2. หยุดรับประทานยาในบางวัน
- 3. พบแพทย์เพื่อรับการรักษาอาการ
- 4. ซื่อขอมารับประทานรักษาอาการเอง

ส่วนที่ 6 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

คำถามต่อไปนี้จะสอบถามถึงพฤติกรรมของท่าน ขณะที่ท่านกินยาPrEPในปัจจุบัน เทียบกับช่วงก่อนที่ยังไม่ได้กินยา PrEP

28. ในช่วงที่ผ่านมา พฤติกรรมการใช้สารเสพติดของท่านเป็นอย่างไรเมื่อเทียบกับก่อนกินยาPrEP
- 1. ไม่เคยใช้สารเสพติดทุกชนิดมาก่อน (ข้ามไปข้อ 30)
 - 2. เคยใช้ แต่หยุดแล้วหลังเริ่มกินยาPrEP
 - 3. ยังใช้อยู่ แต่ใช้น้อยลงกว่าเดิม
 - 4. ใช้น้ำยาเสพติดเหมือนที่เคยใช้ก่อนกินยาPrEP
 - 5. ใช้น้ำยาเสพติดมากขึ้นเทียบกับก่อนกินยาPrEP
29. ในช่วงที่ผ่านมา พฤติกรรมการใช้กระบอกฉีดยา/เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่นของท่านเป็นอย่างไรเมื่อเทียบกับก่อนกินยาPrEP
- 1. ไม่ได้ใช้กระบอกฉีดยา/เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่นเลย
 - 2. ยังคงใช้กระบอกฉีดยา/เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น
30. ในช่วงที่ผ่านมา พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของท่านเป็นอย่างไรเมื่อเทียบกับก่อนกินยาPrEP
- 1. จำนวนคู่นอนยังคง เท่าเดิม เทียบกับก่อนกินยาPrEP
 - 2. จำนวนคู่นอน เพิ่มขึ้น เทียบกับก่อนกินยาPrEP
 - 3. จำนวนคู่นอน ลดลง เทียบกับก่อนกินยาPrEP
31. ในช่วงที่ผ่านมา พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของท่านเวลามีเพศสัมพันธ์เป็นอย่างไรเมื่อเทียบกับก่อนกินยาPrEP
- 1. ไม่ค่อยใช้หรือใช้ถุงยางอนามัยลดลงเมื่อเทียบกับก่อนกินยาPrEP
 - 2. ใช้ถุงยางอนามัยเหมือนเดิมเทียบกับก่อนกินยาPrEP
 - 3. ใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นมากกว่าเดิมเทียบกับก่อนกินยาPrEP
32. ในช่วงที่ผ่านมา ท่านมีประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เมื่อเทียบกับก่อนกินยาPrEP
- 1. ไม่เคยเป็น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาก่อน
 - 2. ความถี่เป็น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์น้อยลง
 - 3. ความถี่ เป็น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พอ ๆ กับก่อนกินยาPrEP
 - 4. ความถี่เป็น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์บ่อยขึ้นกว่าก่อนกินยาPrEP

ส่วนที่ 7 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดบริการยาPrEPที่ท่านมีต่อหน่วยบริการ

33. ท่านมีความพึงพอใจต่อระบบการจัดบริการยาPrEP อยู่ในระดับใด
- 1. พึงพอใจมากที่สุด
 - 2. พึงพอใจมาก

- 3. ฟังพอใจปานกลาง
 - 4. ฟังพอใจน้อย
 - 5. ฟังพอใจน้อยที่สุด
34. ท่านมีความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่ผู้ให้คำแนะนำ/คำปรึกษาPrEP อยู่ในระดับใด
- 1. ฟังพอใจมากที่สุด
 - 2. ฟังพอใจมาก
 - 3. ฟังพอใจปานกลาง
 - 4. ฟังพอใจน้อย
 - 5. ฟังพอใจน้อยที่สุด
35. ความสะดวกในการเดินทางและการมาตามนัดหมาย เพื่อเข้ารับบริการ
- 1. สะดวกมากที่สุด
 - 2. สะดวกมาก
 - 3. สะดวกปานกลาง
 - 4. สะดวกน้อย
 - 5. สะดวกน้อยที่สุด
36. ท่านอยากให้มีการจัดบริการรับยาPrEPในสถานที่ต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
1. ร้านขายยาที่ผ่านการอบรมเรื่องยาPrEP
 - เห็นด้วย
 - ไม่เห็นด้วย
 2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านการอบรมเรื่องยาPrEP
 - เห็นด้วย
 - ไม่เห็นด้วย
 3. องค์กรภาคประชาสังคมที่มีความพร้อมในการจัดบริการยาPrEP
 - เห็นด้วย
 - ไม่เห็นด้วย
 4. สถานที่อื่น ๆ โปรดระบุ

ส่วนที่ 8 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบริการPrEP

37. ปัจจุบันท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการกินยาPrEPจากช่องทางใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 1. จากเว็บไซต์/อินเทอร์เน็ต
 - 2. จากแอปพลิเคชัน ชายรักชาย เช่น Hornet Grindr ฯลฯ
 - 3. Facebook / Instagram / Line group
 - 4. ทราบจาก เพื่อน/คู่นอน/กลุ่มคนใกล้ชิด

- 5. อ่านจากหนังสือพิมพ์/หนังสือนิตยสารทั่วไป
- 6. ฟังหรือดูรายการจากโทรทัศน์/วิทยุ
- 7. ผ่านประชาสัมพันธ์โครงการยา PrEP ที่ติดตามโรงพยาบาลหรือสถานที่ต่างๆ
- 8. จากบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์/พยาบาล/เภสัช ฯลฯ)
- 9. แหล่งอื่น ๆ ระบุ

ส่วนที่ 9 ความคิดเห็นของท่านต่อคนที่กินยาPrEP

คำถาม	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1	ไม่เห็นด้วย 2	ไม่แน่ใจ 3	เห็นด้วย 4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5
38. ฉันอายุที่ต้องกินยาPrEPต่อหน้าผู้อื่น	()	()	()	()	()
39. ผู้ที่กินยาPrEPควรซ่อนยาไว้ไม่ให้ผู้อื่นเห็น	()	()	()	()	()
40. ฉันรู้สึกภูมิใจที่สามารถกินยาPrEPได้ทุกวัน	()	()	()	()	()
41. เพื่อน/คนรักของฉันจะสนับสนุนให้ฉันกินยาPrEP	()	()	()	()	()
42. ครอบครัวของฉันจะสนับสนุนให้ฉันกินยาPrEP	()	()	()	()	()
43. ผู้ที่กินยาPrEPมักจะถูกลมองในเชิงลบจากสังคม	()	()	()	()	()
44. ผู้ที่กินยาPrEP มักจะประสบปัญหาเมื่อคู่นอน/คนรัก/ครอบครัว รู้ว่าเขา/เธอกำลังกินยาPrEPอยู่	()	()	()	()	()
45. ผู้ที่กินยาPrEPได้รับคำชมเชยว่ามีความรับผิดชอบต่อตนเอง	()	()	()	()	()

ประวัติกินยาเป็ป (PEP) หรือ PrEPตามความต้องการเป็นครั้งคราว

เป็ป (PEP) หมายถึง การกินยาต้านฉุกลินภายใน 72 ชั่วโมงเนื่องจากมีความเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใส่ถุงยางอนามัยหรือถุงยางอนามัยแตก/รั่วขณะมีเพศสัมพันธ์ หรือความเสี่ยงอื่นที่มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี โดยแพทย์จะให้กินยาต้านไวรัสฯ ติดต่อกัน 4 สัปดาห์

PrEPตามความต้องการเป็นครั้งคราว หมายถึง การกินยาต้านแบบ 2-1-1 คือ 2 เม็ด ก่อนมีเพศสัมพันธ์ และต่อด้วยยาต้าน วันละ 1 เม็ดอีก 2 วันต่อกัน

46. ท่านเคยกินยา เป็ป แบบกินต่อเนื่อง 28 วันมาก่อนหรือไม่

- 1. ไม่เคย
- 2. เคย

47. ท่านเคยกินยาPrEPตามความต้องการเป็นครั้งคราว มาก่อนหรือไม่

- 1. ไม่เคย
- 2. เคย

- คู่เป็นหญิง
 - คู่เป็นสตรีข้ามเพศ
 - คู่เป็นชาย
 - อื่น ๆ
3. หย่า (แยกทางกัน ไม่ผูกพันกันแล้ว)
4. หม้าย (คู่รักเสียชีวิตแล้ว)
3. อาชีพหรืองานหลักในปัจจุบัน
- 1. นักเรียน/นักศึกษา
 - 2. ทำงานในหน่วยงานราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 - 3. ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขายส่วนตัว
 - 4. ลูกจ้าง/รับจ้างทั่วไป /บริษัทเอกชน
 - 5. ว่างาน ไม่มีรายได้จากการทำงาน
4. รายได้ต่อเดือนในปัจจุบัน
- 1. น้อยกว่า 5,000 บาท
 - 2. ตั้งแต่ 5,000 – 9,999 บาท
 - 3. ตั้งแต่ 10,000 – 14,999 บาท
 - 4. ตั้งแต่ 15,000 – 19,999 บาท
 - 5. ตั้งแต่ 20,000 – 29,999 บาท
 - 6. ตั้งแต่ 30,000 บาทหรือมากกว่า
5. ประกันสุขภาพที่มี
- 1. สิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรค
 - 2. สิทธิประกันสังคม
 - 3.สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 - 4. ประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน
 - 5. ไม่มีประกันสุขภาพใด ๆ

ส่วนที่ 2 บทบาทและสถานะทางเพศ

6. เพศโดยกำเนิดของท่าน คือ
- 1. ชาย
 - 2. หญิง
7. ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์ทั้งทางปาก ทางทวารหนัก หรือทางช่องคลอดกับ
- 1. ชายเท่านั้น
 - 2. หญิงเท่านั้น
 - 3. ทั้งชายและหญิง
8. ท่านจัดตัวเองอยู่ในกลุ่มใดต่อไปนี้ ณ ปัจจุบัน (เลือกได้ 1 ข้อ)
- 1. รักต่างเพศ (ชอบเพศตรงข้าม)
 - 2. รักสองเพศ (ชอบทั้งชายและหญิง)
 - 3. ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (เกย์)
 - 4. สตรีข้ามเพศหรือสาวข้ามเพศ
- ผ่าตัดแปลงเพศแล้ว ยังไม่แปลงเพศแต่ตัดลูกอัณฑะออก ยังไม่ได้ผ่าตัดเลย

5. อื่น ๆ ระบุ

9. บทบาททางเพศในปัจจุบัน (ตอบเฉพาะเพศชายโดยกำเนิด)

1. ฝ่ายรุกอย่างเดียว 2. ฝ่ายรับอย่างเดียว 3. ทั้งรุกและรับ

ส่วนที่ 3 การประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

10. ปัจจุบันนี้ ท่านประเมินว่า ตัวเองมีโอกาสเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวีมากน้อยแค่ไหน จาก 0 ถึง 9
ไม่เสี่ยงเลย 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 เสี่ยงสูงสุด

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมส่วนตัวของท่าน

คำถามต่อไปนี้สอบถามถึงพฤติกรรมทั่วไปของท่าน

11. ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน ท่านดื่มเหล้า เบียร์ ไวน์ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ชนิดอื่น ๆ
1. ไม่ดื่มเลย
 2. ดื่มเป็นครั้งคราว (สัปดาห์ละ 1-2 วัน)
 3. ดื่มค่อนข้างบ่อย (สัปดาห์ละ 3-5 วัน)
 4. ดื่มเป็นประจำ (สัปดาห์ละ 6-7 วัน)

การใช้สารเสพติดทุกประเภท

12. ท่านเคยใช้ยาเสพติดทั้งชนิด กิน สูดดม หรือ ฉีดเข้าเส้นเลือด/กล้ามเนื้อ หรือไม่
1. ไม่ขอตอบคำถามนี้ (กรณีเลือกไม่ขอตอบ ข้ามไปข้อ 13)
 2. ไม่เคยใช้ยาเสพติดทุกประเภท (กรณีเลือกไม่เคย ข้ามไปข้อ 13)
 3. เคยใช้ยาเสพติดบางประเภทมาก่อน

12.1. ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาท่านมีการใช้ยาเสพติดอีกหรือไม่

1. ไม่ได้ใช้ หยุดไปแล้วมากกว่า 1 ปี
 2. ยังใช้อยู่ในปัจจุบัน

ท่านใช้ยาเสพติดชนิดใดบ้าง (ตอบทั้งกรณีเคยใช้แล้วหยุดไป และยังใช้ในปัจจุบัน)

1. ชนิดกินหรือสูดดม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
0. ไม่ได้ใช้
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ยาแอมเฟตามีน | <input type="checkbox"/> 2. ยาฮี |
| <input type="checkbox"/> 3. กัญชา | <input type="checkbox"/> 4. ยาเค (เคตามีน) |
| <input type="checkbox"/> 5. ยาไอซ์ | <input type="checkbox"/> 6. โคเคน |
| <input type="checkbox"/> 7. ป๊อปเปอร์ | <input type="checkbox"/> 8. ฝิ่น |
| <input type="checkbox"/> 9. คมกาว/สารระเหย | <input type="checkbox"/> 10. อื่น ๆ กรุณาระบุ |

- 2. ชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 0. ไม่ได้ใช้
 - 1. เฮโรอิน
 - 2. ยาไฮหรือยาไอซ์
 - 3. ยาแอมเฟตามีนผสมน้ำฉีด
 - 4. ยาโคมิกุมหรือยากุ้ม
 - 5. ยาเค (เคตามีน)
 - 6. อื่น ๆ กรุณาระบุ

12.2. ในระยะ 1 ปี ที่ผ่านมา ท่าน เคยใช้เข็ม และ/หรือกระบอกฉีดยา ร่วมกับคนอื่น สำหรับการฉีดยาเสพติดหรือไม่

- 1. ไม่เคยฉีดยาเสพติดเข้าเส้น
- 2. เคยฉีดยาเสพติด แต่ไม่ใช่เข็มร่วมกับผู้อื่น
- 3. เคยฉีดยาเสพติด และใช้เข็มร่วมกับผู้อื่น

การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนทั้งประจำและชั่วคราว

13. ท่านมีคู่นอนที่เป็นผู้ชายจำนวนเท่าใดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

- 1. ไม่มีเลย
- 2. มี จำนวน

14. ท่านมีคู่นอนที่เป็นสตรีข้ามเพศจำนวนเท่าใดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

- 1. ไม่มีเลย
- 2. มี จำนวน

15. ท่านมีคู่นอนที่เป็นผู้หญิงจำนวนเท่าใดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

- 1. ไม่มีเลย
- 2. มี จำนวน

16. ท่านมีคู่นอนที่เป็นผู้ชายหรือสตรีข้ามเพศหรือผู้หญิง ที่ท่านทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

- 1. ไม่มีเลย
- 2. มี
- 3. ไม่ทราบผลตรวจเลือดของคู่นอน

พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย

17. ท่านมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก/ทางช่องคลอดโดยใช้ถุงยางอนามัย กับ คู่นอนที่เป็นผู้ชายหรือสตรีข้ามเพศหรือผู้หญิง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา บ่อยมากน้อยเพียงไร



- 1. ทุกครั้ง (100%) (กรณีเลือกทุกครั้ง ข้ามไปข้อ 19)
- 2. บ่อยครั้ง (75%)
- 3. บางครั้ง (50%)
- 4. น้อยครั้ง (25%)
- 5. ไม่เคย (0%)

18. เหตุผลที่ท่าน ไม่ได้ใช้/ไม่ค่อยใช้ ถุงยางอนามัยทุกครั้ง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1. ทำให้อารมณ์ทางเพศลดลงเวลาสอดใส่
- 2. ไม่ชอบใช้ถุงยางอนามัย เพราะมีอาการแพ้ เป็นผื่นคัน
- 3. ราคาถุงยางแพงเกินไป
- 4. ร้านขายถุงยางอยู่ไกล ไม่สะดวกเดินทาง
- 5. ถุงยางอนามัยแบบแจกฟรีหาไม่ค่อยได้
- 6. รู้สึกอายที่จะซื้อถุงยางอนามัยจากร้านขาย
- 7. คู่่นอนไม่ชอบให้ใช้ถุงยางอนามัย
- 8. กลัวคู่่นอนสงสัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 9. กลัวคู่่นอนสงสัยว่าเป็นโรคเอดส์

19. โดยส่วนใหญ่ ท่าน ได้ถุงยางอนามัยจากแหล่งใดมากที่สุด

- 1. ซื้อใช้เอง
- 2. ได้รับแจกจากโรงพยาบาล
- 3. ได้รับแจกจากหน่วยงานต่าง ๆ

ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

20. ตั้งแต่เริ่มต้นกินยาPrEPในครั้ง นี้ ท่านป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่

- 1. ไม่เป็น
- 2. เป็น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 1. ซิฟิลิส
 - 2. หนองในแท้
 - 3. หนองในเทียม
 - 4. แผลริมอ่อน
 - 5. พยาธิช่องคลอด
 - 6. เริ่มที่อวัยวะเพศ
 - 7. กามโรคของต่อมน้ำเหลือง
 - 8. ไม่ทราบชื่อโรค

ส่วนที่ 5 ประวัติรับประทานยาPrEP ผลข้างเคียงจากยาที่ผ่านมา และเหตุผลที่ขอหยุดยา

21. ในครั้งนี้ ท่านเริ่มกินยาPrEP มาตั้งแต่เดือน พ.ศ.
22. ท่านกินยาPrEPติดต่อกันมาได้.....เดือน
23. เหตุผลที่ทำให้ท่านเลิกกินยาPrEP ในช่วงที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 1. อยากกินยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์หรือความเสี่ยงอื่น ๆ
 2. อยากกินยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น
 3. ช่วงนี้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเพราะมีคู่นอนหลายคนหรือคู่นอนมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง
 4. ไม่สามารถใช้ถุงยางอนามัยได้สม่ำเสมอทุกครั้งที่เวลามีเพศสัมพันธ์
 5. คู่นอน/คนรัก กินยาPrEP อยู่ และแนะนำให้ตนเองกิน ยาPrEPไปด้วยกัน
 6. คู่นอน/คนรัก ปัจจุบันติดเชื้อเอชไอวีอยู่ จึงขอกินยาเพื่อป้องกันตนเอง
 7. หมอ/พยาบาล แนะนำให้กินยาป้องกัน เพราะตนเองมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง
 8. เพื่อนสนิท/ญาติ แนะนำให้กินยาเพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี
 9. เหตุผลอื่น ๆ โปรดระบุ
24. การกินยาPrEP ในช่วงที่ผ่านมาของท่านเป็นอย่างไร
 1. กินยาได้เกือบครบทุกวัน (โดยเฉลี่ย 6-7 เม็ดต่อสัปดาห์)
 2. กินยาได้สม่ำเสมอ ลืมบ้างบางวัน (โดยเฉลี่ย 4-5 เม็ดต่อสัปดาห์)
 3. ลืมกินยาบ่อยๆ (โดยเฉลี่ย 1-3 เม็ดต่อสัปดาห์)
 4. ไม่ได้กินยาเลย

อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากยาPrEP ในช่วงที่ผ่านมา

25. ท่านมีอาการข้างเคียงจากการกินยาPrEP ในระยะเวลา 1 เดือน ที่ผ่านมาหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 1. ไม่มีอาการข้างเคียงใด (กรณีเลือกไม่มีอาการข้างเคียงใด ข้ามไปข้อ 29)
 2. อาการคลื่นไส้/อาเจียนบ่อยๆ
 3. น้ำหนักลด
 4. ปวดศีรษะ
 5. ผื่นแพ้ คันตามัว
 6. อาการอื่น ๆ โปรดระบุ
26. อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นดังกล่าว กระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของท่านในระดับใด
 1. มีอาการเล็กน้อย ไม่กระทบการดำเนินชีวิตประจำวัน
 2. มีอาการปานกลาง กระทบการดำเนินชีวิตประจำวันบ้างบางครั้ง
 3. มีอาการมาก กระทบการดำเนินชีวิตประจำวันตลอดเวลา
27. ท่านมีวิธีการจัดการอย่างไรเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาPrEP
 1. ไม่ได้จัดการอะไร ปล่อยให้หายเอง

- 2. หยูดรับประทันยาในบางวัน
- 3. พบแพทยัเพื่อรับการรักษายาอาหาร
- 4. ซื่อยามารับประทันรักษายาอาหารเอง

28. เหตุผลที่ท่านขอหยูดยาPrEPในครั้งนี (ตอบได้มากกว่า 1 ซื่อ)

- 1. คิดว่าตนเองไม่มีความเสี่ยงหรือมีความเสี่ยงต่ำมากที่จะติดเชื้อเอชไอวี
- 2. สามารถใช้ถุงยางอนามัยได้ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์
- 3. สามารถใช้เข็มสะอาดได้ทุกครั้งเมื่อฉีดสารเสพติดเข้าเส้นเลือด
- 4. วิตกกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากยาPrEP
- 5. ไม่ชอบที่จะต้องพยายามกินยาประจำวัน
- 6. คู่นอน/คนรัก ไม่สนับสนุนให้กินยาPrEP
- 7. กังวลว่าคนรักหรือคนรู้จักจะสงสัยว่าตนเองเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- 8. ไม่สะดวกที่จะต้องเดินทางกลับมารับยาต่อทุกครั้งทีหน่วยบริการ
- 9. กลัวว่ากินยาไปนาน ๆ หากติดเชื้อเอชไอวี เชื้อจะติดต่อยาได้
- 10. แพทย์แนะนำให้หยูดยาPrEPเพราะมีอาการข้างเคียงจากยา
- 11. ไม่พึงพอใจคุณภาพบริการจากบุคลากรทีแนะนำยาPrEPในหน่วยบริการนี้
- 12. เหตุผลอื่น ๆ โปรดระบุ

ส่วนที่ 6 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

คำถามต่อไปนีสอบถามถึงพฤติกรรมของท่าน ขณะที่ท่านกินยาPrEPในปัจจุบัน เทียบกับ ก่อนกินยาPrEP

29. ในช่วงทีผ่านมา พฤติกรรมการใช้สารเสพติดของท่านเป็นอย่างไรเมื่อเทียบกับก่อนกินยาPrEP

- 1. ไม่เคยใช้สารเสพติดทุกชนิดมาก่อน (ข้ามไปซื่อ 31)
- 2. เคยใช้ แต่หยุดแล้วหลังเริ่มกินยาPrEP
- 3. ยังใช้อยู่ แต่ใช้น้อยลงกว่าเดิม
- 4. ใช้ยาเสพติดเหมือนทีเคยใช้ก่อนกินยาPrEP
- 5. ใช้ยาเสพติดถี่มากขึ้นเทียบกับก่อนกินยาPrEP

30. ในช่วงทีผ่านมา พฤติกรรมการใช้กระบอกฉีดยา/เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่นของท่านเป็นอย่างไรเมื่อเทียบกับก่อนกินยาPrEP

- 1. ไม่ได้ใช้กระบอกฉีดยา/เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่นเลย
- 2. ยังคงใช้กระบอกฉีดยา/เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น

31. ในช่วงทีผ่านมา พฤติกรรมที่มีเพศสัมพันธ์ของท่านเป็นอย่างไรเมื่อเทียบกับก่อนกินยาPrEP

- 1. จำนวนคู่นอนยังคง เท่าเดิม เทียบกับก่อนกินยาPrEP
- 2. จำนวนคู่นอน เพิ่มขึ้น เทียบกับก่อนกินยาPrEP
- 3. จำนวนคู่นอน ลดลง เทียบกับก่อนกินยาPrEP

32. ในช่วงที่ผ่านมา พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของท่านเวลามีเพศสัมพันธ์เป็นอย่างไรเมื่อเทียบกับก่อน
กินยาPrEP

- 1. ไม่ค่อยใช้หรือใช้ถุงยางอนามัยลดลงเมื่อเทียบกับก่อนกินยาPrEP
- 2. ใช้ถุงยางอนามัยเหมือนเดิมเทียบกับก่อนกินยาPrEP
- 3. ใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นมากกว่าเดิมเทียบกับก่อนกินยาPrEP

33. ในช่วงที่ผ่านมา ท่านมีประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เมื่อเทียบกับก่อนกินยาPrEP

- 1. ไม่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาก่อน
- 2. ความถี่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์น้อยลง
- 3. ความถี่ เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พอ ๆ กับก่อนกินยาPrEP
- 4. ความถี่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์บ่อยขึ้นกว่าก่อนกินยาPrEP

ส่วนที่ 7 ความพึงพอใจต่อระบบการจัดบริการยาPrEPที่ท่านมีต่อหน่วยบริการ

34. ท่านมีความพึงพอใจต่อระบบการจัดบริการยาPrEP อยู่ในระดับใด

- 1. พึงพอใจมากที่สุด
- 2. พึงพอใจมาก
- 3. พึงพอใจปานกลาง
- 4. พึงพอใจน้อย
- 5. พึงพอใจน้อยที่สุด

35. ท่านมีความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่ผู้ให้คำแนะนำ/คำปรึกษายาPrEP อยู่ในระดับใด

- 1. พึงพอใจมากที่สุด
- 2. พึงพอใจมาก
- 3. พึงพอใจปานกลาง
- 4. พึงพอใจน้อย
- 5. พึงพอใจน้อยที่สุด

36. ความสะดวกในการเดินทางและการมาตามนัดหมาย เพื่อเข้ารับบริการ

- 1. สะดวกมากที่สุด
- 2. สะดวกมาก
- 3. สะดวกปานกลาง
- 4. สะดวกน้อย
- 5. สะดวกน้อยที่สุด

37. ท่านอยากให้มีการจัดบริการรับยาPrEPในสถานที่ต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ร้านขายยาที่ผ่านการอบรมเรื่องยาPrEP

- เห็นด้วย
- ไม่เห็นด้วย

2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านการอบรมเรื่องยาPrEP
 เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย
3. องค์กรภาคประชาสังคมที่มีความพร้อมในการจัดบริการยาPrEP
 เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย
4. สถานที่อื่น ๆ โปรดระบุ

ส่วนที่ 8 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบริการPrEP

38. ปัจจุบันท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการกินยาPrEP เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแหล่งใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1. จากเว็บไซต์/อินเทอร์เน็ต
- 2. จากแอปพลิเคชัน ชายรักชาย เช่น Homet Grindr ฯลฯ
- 3. Facebook / Instagram / Line group
- 4. ทราบจาก เพื่อน/คู่นอน/กลุ่มคนใกล้ชิด
- 5. อ่านจากหนังสือพิมพ์/หนังสือนิตยสารทั่วไป
- 6. ฟังหรือดูรายการจากโทรทัศน์/วิทยุ
- 7. ผ่านประชาสัมพันธ์โครงการยา PrEP ที่ติดตามโรงพยาบาลหรือสถานที่ต่างๆ
- 8. จากบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์/พยาบาล/เภสัช ฯลฯ)
- 9. แหล่งอื่น ๆ ระบุ

ส่วนที่ 9 ความคิดเห็นของท่านต่อคนที่กินยาPrEP

คำถาม	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1	ไม่เห็นด้วย 2	ไม่แน่ใจ 3	เห็นด้วย 4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5
39. ฉันอายุที่ต้องกินยาPrEPต่อหน้าผู้อื่น	○	○	○	○	○
40. ผู้ที่กินยาPrEPควรซ่อนยาไว้ไม่ให้ผู้อื่นเห็น	○	○	○	○	○
41. ฉันรู้สึกภูมิใจที่สามารถกินยาPrEPได้ทุกวัน	○	○	○	○	○
42. เพื่อน/คนรักของฉันจะสนับสนุนให้ฉันกินยาPrEP	○	○	○	○	○

43. ครอบครัวของฉันจะสนับสนุนให้ฉันกินยาPrEP	()	()	()	()	()
44. ผู้ที่กินยาPrEP มักจะถูกมองในเชิงลบจากสังคม	()	()	()	()	()
45. ผู้ที่กินยาPrEP มักจะประสบปัญหาเมื่อคู่นอน/คนรัก/ครอบครัว รู้ว่าเขา/เธอกำลังกินยาPrEPอยู่	()	()	()	()	()
46. ผู้ที่กินยาPrEP ได้รับคำชมเชยว่ามีความรับผิดชอบต่อตนเอง	()	()	()	()	()

ประวัติกินยาเป็ป (PEP) หรือ PrEPตามความต้องการเป็นครั้งคราว

เป็ป (PEP) หมายถึง การกินยาต้านฉุกฉินภายใน 72 ชั่วโมงเนื่องจากมีความเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใส่ถุงยางอนามัยหรือถุงยางอนามัยแตก/รั่วขณะมีเพศสัมพันธ์ หรือความเสี่ยงอื่นที่มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี โดยแพทย์จะให้กินยาต้านไวรัสฯ ติดต่อกัน 4 สัปดาห์

PrEPตามความต้องการเป็นครั้งคราว หมายถึง การกินยาต้านแบบ 2-1-1 คือ 2 เม็ด ก่อนมีเพศสัมพันธ์ และต่อด้วยยาต้าน วันละ 1 เม็ดอีก 2 วันต่อกัน

47. ท่านเคยกินยา เป็ป แบบกินต่อเนื่อง 28 วันมาก่อนหรือไม่

- 1. ไม่เคย
- 2. เคย

48. ท่านเคยกินยาPrEPตามความต้องการเป็นครั้งคราว มาก่อนหรือไม่

- 1. ไม่เคย
- 2. เคย

2. คู่ (มีคู่นอนประจำที่อยู่ด้วยกันหรือผูกพันกันมานาน)
- คู่เป็นหญิง
 - คู่เป็นสตรีข้ามเพศ
 - คู่เป็นชาย
 - อื่น ๆ
3. หย่า (แยกทางกัน ไม่ผูกพันกันแล้ว)
4. หม้าย (คู่รักเสียชีวิตแล้ว)
3. อาชีพหรืองานหลักในปัจจุบัน
- 1. นักเรียน/นักศึกษา
 - 2. ทำงานในหน่วยงานราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 - 3. ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขายส่วนตัว
 - 4. ลูกจ้าง/รับจ้างทั่วไป /บริษัทเอกชน
 - 5.ว่างงาน ไม่มีรายได้จากการทำงาน
4. รายได้ต่อเดือนในปัจจุบัน
- 1. น้อยกว่า 5,000 บาท
 - 2. ตั้งแต่ 5,000 – 9,999 บาท
 - 3. ตั้งแต่ 10,000 – 14,999 บาท
 - 4. ตั้งแต่ 15,000 – 19,999 บาท
 - 5. ตั้งแต่ 20,000 – 29,999 บาท
 - 6. ตั้งแต่ 30,000 บาทหรือมากกว่า
5. ประกันสุขภาพที่มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 1. สิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรค
 - 2. สิทธิประกันสังคม
 - 3.สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 - 4. ประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน
 - 5. ไม่มีประกันสุขภาพใด ๆ

ส่วนที่ 2 บทบาทและสถานะทางเพศ

6. เพศโดยกำเนิดของท่าน คือ
- 1. ชาย
 - 2. หญิง
7. ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์ทั้งทางปาก ทางทวารหนัก หรือทางช่องคลอดกับ
- 1. ชายเท่านั้น
 - 2. หญิงเท่านั้น
 - 3. ทั้งชายและหญิง
8. ท่านจัดตัวเองอยู่ในกลุ่มใดต่อไปนี้ ณ ปัจจุบัน (เลือกได้ 1 ข้อ)
- 1. รักต่างเพศ (ชอบเพศตรงข้าม)
 - 2. รักสองเพศ (ชอบทั้งชายและหญิง)
 - 3. ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (เกย์)
 - 4. สตรีข้ามเพศหรือสาวข้ามเพศ
 - ผ่าตัดแปลงเพศแล้ว
 - ยังไม่แปลงเพศแต่ตัดลูกอัณฑะออก
 - ยังไม่ได้ผ่าตัดเลย

5. อื่น ๆ ระบุ

9. บทบาททางเพศในปัจจุบัน (ตอบเฉพาะเพศชายโดยกำเนิด)

- 1. ฝ่ายรุกอย่างเดียว
- 2. ฝ่ายรับอย่างเดียว
- 3. ทั้งรุกและรับ

ส่วนที่ 3 การประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

10. ปัจจุบันนี้ ท่านประเมินว่า ตัวเองมีโอกาสเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวีมากน้อยแค่ไหน จาก 0 ถึง 9
ไม่เสี่ยงเลย 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 เสี่ยงสูงสุด

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมส่วนตัวของท่าน

คำถามต่อไปนี้สอบถามถึงพฤติกรรมทั่วไปของท่าน

11. ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน ท่านดื่มเหล้า เบียร์ ไวน์ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ชนิดอื่น ๆ
- 1. ไม่ดื่มเลย
 - 2. ดื่มเป็นครั้งคราว (สัปดาห์ละ 1-2 วัน)
 - 3. ดื่มค่อนข้างบ่อย (สัปดาห์ละ 3-5 วัน)
 - 4. ดื่มเป็นประจำ (สัปดาห์ละ 6-7 วัน)

การใช้ยาเสพติดทุกประเภท

12. ท่านเคยใช้ยาเสพติดทั้งชนิด กิน สูดดม หรือ ฉีดเข้าเส้นเลือด/กล้ามเนื้อ หรือไม่
- 1. ไม่ขอตอบคำถามนี้ (กรณีเลือกไม่ขอตอบ ข้ามไปข้อ 13)
 - 2. ไม่เคยใช้ยาเสพติดทุกประเภท (กรณีเลือกไม่เคย ข้ามไปข้อ 13)
 - 3. เคยใช้ยาเสพติดบางประเภทมาก่อน

12.1. ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาท่านมีการใช้ยาเสพติดอีกหรือไม่

- 1. ไม่ได้ใช้ หยุดไปแล้วมากกว่า 1 ปี
- 2. ยังใช้อยู่ในปัจจุบัน

ท่านใช้ยาเสพติดชนิดใดบ้าง (ตอบทั้งกรณีเคยใช้แล้วหยุดไป และยังใช้ในปัจจุบัน)

- 1. ชนิดกินหรือสูดดม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 0. ไม่ได้ใช้
 - 1. ยาแอมเฟตามีน 2. ยาอี
 - 3. กัญชา 4. ยาเค (เคตามีน)
 - 5. ยาไอซ์ 6. โคเคน

- 7. ป๊อปเปอร์ 8. ฟัน
- 9. คมกาว/สารระเหย 10. อื่น ๆ กรุณาระบุ
- 2. ชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 0. ไม่ได้ใช้
 - 1. เฮโรอิน
 - 2. ยาไฮหรือยาไอซ์
 - 3. ยาแอมเฟตามีนผสมน้ำฉีดยา
 - 4. ยาโคมิกุมหรือยาคลุ้ม
 - 5. ยาเค (เคตามีน)
 - 6. อื่น ๆ กรุณาระบุ

12.2. ในระยะเวลา 1 ปี ที่ผ่านมา ท่าน เคยใช้เข็ม และ/หรือกระบอกฉีดยา ร่วมกับคนอื่น สำหรับการฉีดยาเสพติดหรือไม่

- 1. ไม่เคยฉีดยาเสพติดเข้าเส้น
- 2. เคยฉีดยาเสพติด แต่ไม่ใช่เข็มร่วมกับผู้อื่น
- 3. เคยฉีดยาเสพติด และใช้เข็มร่วมกับผู้อื่น

การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนทั้งประจำและชั่วคราว

13. ท่านมีคู่นอนที่เป็นผู้ชายจำนวนเท่าใดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

- 1. ไม่มีเลย
- 2. มี จำนวน

14. ท่านมีคู่นอนที่เป็นสตรีข้ามเพศ จำนวนเท่าใดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

- 1. ไม่มีเลย
- 2. มี จำนวน

15. ท่านมีคู่นอนที่เป็นผู้หญิงจำนวนเท่าใดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

- 1. ไม่มีเลย
- 2. มี จำนวน

16. ท่านมีคู่นอนที่เป็นผู้ชายหรือสตรีข้ามเพศหรือผู้หญิง ที่ท่านทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

- 1. ไม่มีเลย
- 2. มี
- 3. ไม่ทราบผลตรวจเลือดของคู่นอน

พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย

17. ท่านมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก/ทางช่องคลอดโดยใช้ถุงยางอนามัย กับ คู่นอนที่เป็นผู้ชายหรือสตรีข้ามเพศหรือผู้หญิง ตั้งแต่หยุดกินยาPrEP บ่อยมากน้อยเพียงไร

- 1. ทุกครั้ง (100%) (กรณีเลือกทุกครั้ง ข้ามไปข้อ 19)
- 2. บ่อยครั้ง (75%)
- 3. บางครั้ง (50%)
- 4. น้อยครั้ง (25%)
- 5. ไม่เคย (0%)

18. เหตุผลที่ท่าน ไม่ได้ใช้/ไม่ค่อยใช้ ถุงยางอนามัยทุกครั้ง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1. ทำให้อารมณ์ทางเพศลดลงเวลาสอดใส่
- 2. ไม่ชอบใช้ถุงยางอนามัย เพราะมีอาการแพ้ เป็นผื่นคัน
- 3. ราคาถุงยางแพงเกินไป
- 4. ร้านขายถุงยางอยู่ไกล ไม่สะดวกเดินทาง
- 5. ถุงยางอนามัยแบบแจกฟรีหาไม่ค่อยได้
- 6. รู้สึกอายที่จะซื้อถุงยางอนามัยจากร้านขาย
- 7. คู่นอนไม่ชอบให้ใช้ถุงยางอนามัย
- 8. กลัวคู่นอนสงสัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 9. กลัวคู่นอนสงสัยว่าเป็นโรคเอดส์

19. โดยส่วนใหญ่ ท่านได้ถุงยางอนามัยจากแหล่งใดมากที่สุด

- 1. ซื้อใช้เอง
- 2. ได้รับแจกจากโรงพยาบาล
- 3. ได้รับแจกจากหน่วยงานต่าง ๆ

ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

20. ตั้งแต่ท่านหยุดกินยาPrEPท่านป่วยเป็น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่

- 1. ไม่เป็น
- 2. เป็น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 1. ซิฟิลิส
 - 2. หนองในแท้
 - 3. หนองในเทียม
 - 4. แผลริมอ่อน
 - 5. พยาธิช่องคลอด
 - 6. เริ่มที่อวัยวะเพศ
 - 7. กามโรคของต่อมน้ำเหลือง

8. ไม่ทราบชื่อโรค

ส่วนที่ 5 การตัดสินใจหยุดยาPrEP

21. ประวัติการกินยาPrEPรอบหลังสุดนี้

- 21.1 รอบหลังสุด ท่านกินยาPrEPติดต่อกันนานประมาณ เดือน
- 21.2 ท่านหยุดกินยาPrEP เมื่อ เดือน ปี พ.ศ.
- 21.3 เหตุผลที่ท่านหยุดยา PrEP ในครั้งหลังสุด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 1. คิดว่าตนเองไม่มีความเสี่ยงหรือมีความเสี่ยงต่ำมากที่จะติดเชื้อเอชไอวี
 - 2. สามารถใช้ถุงยางอนามัยได้ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์
 - 3. สามารถใช้เข็มสะอาดได้ทุกครั้งเมื่อฉีดสารเสพติดเข้าเส้นเลือด
 - 4. วิตกกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากยาPrEP
 - 5. ไม่ชอบที่จะต้องพยายามกินยาประจำทุกวัน
 - 6. คู่นอน/คนรัก ไม่สนับสนุนให้กินยาPrEP
 - 7. กังวลว่าคนรักหรือคนรู้จักจะสงสัยว่าตนเองเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 - 8. ไม่สะดวกที่จะต้องเดินทางกลับมารับยาต่อทุกครั้งที่หน่วยบริการ
 - 9. กลัวว่ากินยาไปนาน ๆ หากติดเชื้อ เอชไอวี เชื้อจะติดต่อมาได้
 - 10. ไม่พึงพอใจคุณภาพบริการจากบุคลากรที่แนะนำยาPrEPในหน่วยบริการนี้
 - 11. เหตุผลอื่น ๆ โปรดระบุ

ส่วนที่ 6 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

คำถามต่อไปนี้สอบถามถึงพฤติกรรมของท่าน **ขณะที่ท่านหยุดกินยาPrEP** เทียบกับ **ช่วงที่ยังกินยาPrEPอยู่**

22. ในช่วงที่ผ่านมา พฤติกรรมการใช้สารเสพติดของท่านเป็นอย่างไรเมื่อเทียบกับช่วงที่ยังกินยาPrEPอยู่

- 1. ไม่เคยใช้สารเสพติดทุกชนิดมาก่อน (ข้ามไปข้อ 24)
- 2. เคยใช้ แต่หยุดแล้วหลังหยุดกินยาPrEP
- 2. ยังใช้อยู่ แต่ใช้น้อยลงกว่าเดิม เมื่อเทียบกับช่วงที่กินยาPrEP
- 3. ใช้ยาเสพติดเหมือนที่เคยใช้ในช่วงกินยาPrEP
- 4. ใช้ยาเสพติดถี่มากขึ้นเทียบกับในช่วงกินยาPrEP

23. ในช่วงปัจจุบัน พฤติกรรมการใช้กระบอกฉีดยา/เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่นของท่านเป็นอย่างไรเมื่อเทียบกับช่วงที่ยังกินยาPrEPอยู่

- 1. ไม่ได้ใช้กระบอกฉีดยา/เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่นเลย
- 2. ยังคงใช้กระบอกฉีดยา/เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น

24. ในช่วงที่ผ่านมา พฤติกรรมที่มีเพศสัมพันธ์ของท่านเป็นอย่างไรเมื่อเทียบกับช่วงที่ยังกินยาPrEPอยู่

- 1. จำนวนคู่นอนยังคง เท่าเดิม เทียบกับช่วงที่ยังกินยาPrEP

- 2. จำนวนคู่นอน เพิ่มขึ้น เทียบกับช่วงที่ยังกินยาPrEP
 - 3. จำนวนคู่นอน ลดลง เทียบกับช่วงที่ยังกินยาPrEP
25. ในช่วงที่ผ่านมา พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของท่านเวลามีเพศสัมพันธ์เป็นอย่างไรเมื่อเทียบกับช่วงที่ยังกินยาPrEPอยู่
- 1. ไม่ค่อยใช้หรือใช้ถุงยางอนามัยลดลงเมื่อเทียบกับช่วงที่ยังกินยาPrEP
 - 2. ใช้ถุงยางอนามัยเหมือนเดิมเทียบกับช่วงที่ยังกินยาPrEP
 - 3. ใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นมากกว่าช่วงที่ยังกินยาPrEP
26. ในช่วงที่ผ่านมา ท่านมีประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เมื่อเทียบกับช่วงที่ยังกินยาPrEPอยู่
- 1. ไม่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาก่อน
 - 2. ความถี่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์น้อยลงเทียบกับช่วงที่ยังกินยาPrEP
 - 3. ความถี่ เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พอ ๆ กับช่วงที่ยังกินยาPrEP
 - 4. ความถี่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์บ่อยขึ้นกว่าช่วงที่ยังกินยาPrEP

ส่วนที่ 7 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดบริการยาPrEPที่ท่านมีต่อหน่วยบริการ

27. ท่านมีความพึงพอใจต่อระบบการจัดบริการยาPrEP อยู่ในระดับใด
- 1. พึงพอใจมากที่สุด
 - 2. พึงพอใจมาก
 - 3. พึงพอใจปานกลาง
 - 4. พึงพอใจน้อย
 - 5. พึงพอใจน้อยที่สุด
28. ท่านมีความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่ผู้ให้คำแนะนำ/คำปรึกษาPrEP อยู่ในระดับใด
- 1. พึงพอใจมากที่สุด
 - 2. พึงพอใจมาก
 - 3. พึงพอใจปานกลาง
 - 4. พึงพอใจน้อย
 - 5. พึงพอใจน้อยที่สุด
29. ความสะดวกในการเดินทางและการมาตามนัดหมาย เพื่อเข้ารับบริการ
- 1. สะดวกมากที่สุด
 - 2. สะดวกมาก
 - 3. สะดวกปานกลาง
 - 4. สะดวกน้อย
 - 5. สะดวกน้อยที่สุด
30. ท่านอยากให้มีการจัดบริการรับยาPrEPในสถานที่ต่อไปหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ร้านขายยาที่ผ่านการอบรมเรื่องยาPrEP
 - เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านการอบรมเรื่องยาPrEP
 - เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย
3. องค์กรภาคประชาสังคมที่มีความพร้อมในการจัดบริการยาPrEP
 - เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย
4. สถานที่อื่น ๆ โปรดระบุ

ส่วนที่ 8 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบริการPrEP

31. ปัจจุบันท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการกินยาPrEP เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแหล่งใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1. จากเว็บไซต์/อินเทอร์เน็ต
- 2. จากแอปพลิเคชัน ชายรักชาย เช่น Hornet Grindr ฯลฯ
- 3. Facebook / Instagram / Line group
- 4. ทราบจาก เพื่อน/คู่นอน/กลุ่มคนใกล้ชิด
- 5. อ่านจากหนังสือพิมพ์/หนังสือนิตยสารทั่วไป
- 6. ฟังหรือดูรายการจากโทรทัศน์/วิทยุ
- 7. แผ่นประชาสัมพันธ์โครงการยา PrEP ที่ติดตามโรงพยาบาลหรือสถานที่ต่างๆ
- 8. จากบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์/พยาบาล/เภสัช ฯลฯ)
- 9. แหล่งอื่น ๆ ระบุ

ส่วนที่ 9 ความคิดเห็นของท่านต่อคนที่กินยาPrEP

คำถาม	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1	ไม่เห็นด้วย 2	ไม่แน่ใจ 3	เห็นด้วย 4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5
32. ฉันอายุที่ต้องกินยาPrEPต่อหน้าผู้อื่น	()	()	()	()	()
33. ผู้ที่กินยาPrEPควรซ่อนยาไว้ไม่ให้ผู้อื่นเห็น	()	()	()	()	()
34. ฉันรู้สึกภูมิใจที่สามารถกินยาPrEPได้ทุกวัน	()	()	()	()	()

35. เพื่อน/คนรักของฉันจะสนับสนุนให้ฉันกินยาPrEP	()	()	()	()	()
36. ครอบครัวของฉันจะสนับสนุนให้ฉันกินยาPrEP	()	()	()	()	()
37. ผู้ที่กินยาPrEPมักจะถูกลมองในเชิงลบจากสังคม	()	()	()	()	()
38. ผู้ที่กินยาPrEP มักจะประสบปัญหาเมื่อคู่นอน/คนรัก/ครอบครัว รู้ว่าเขา/เธอกำลังกินยาPrEPอยู่	()	()	()	()	()
39. ผู้ที่กินยาPrEP ได้รับคำชมเชยว่ามีความรับผิดชอบ ต่อตนเอง	()	()	()	()	()

ประวัติกินยาเป็ป (PEP) หรือ PrEPตามความต้องการเป็นครั้งคราว

เป็ป (PEP) หมายถึง การกินยาต้านฉวยเงินภายใน 72 ชั่วโมงเนื่องจากมีความเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใส่ถุงยางอนามัยหรือถุงยางอนามัยแตก/รั่วขณะมีเพศสัมพันธ์ หรือความเสี่ยงอื่นที่มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี โดยแพทย์จะให้กินยาต้านไปเรื่อยๆ ติดต่อกัน 4 สัปดาห์

PrEPตามความต้องการเป็นครั้งคราว หมายถึง การกินยาต้านแบบ 2-1-1 คือ 2 เม็ด ก่อนมีเพศสัมพันธ์ และต่อด้วยยาต้าน วันละ 1 เม็ดอีก 2 วันต่อกัน

40. ท่านเคยกินยา เป็ป แบบกินต่อเนื่อง 28 วันมาก่อนหรือไม่

- 1. ไม่เคย
- 2. เคย

41. ท่านเคยกินยาPrEPตามความต้องการเป็นครั้งคราว มาก่อนหรือไม่

- 1. ไม่เคย
- 2. เคย

