



รหัส BED	
รหัสสถานบริการ	
วิธีการตอบแบบสอบถาม	<input type="checkbox"/> 1. ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง <input type="checkbox"/> 2. เจ้าหน้าที่สัมภาษณ์
ประเภทพนักงานบริการ	<input type="checkbox"/> 5 (ตรง) <input type="checkbox"/> 9 (แฝง)

แบบสอบถามการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในกลุ่มพนักงานบริการหญิง

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้มีคำถามจำนวน 56 ข้อ การตอบคำถามขอให้ตอบตามความเป็นจริง โดยจะไม่มี การใส่ชื่อที่อยู่หรือทำเครื่องหมายใดๆ ที่อาจเป็นการระบุถึงตัวผู้ตอบได้ แบบสอบถามนี้จะไม่มีการเปิดเผยคำตอบของแต่ ละบุคคล ฉะนั้นผลของการทำแบบสอบถามจะออกมาในลักษณะภาพรวมของผู้ตอบทั้งหมดเพื่อเป็นประโยชน์ทางด้านสาธารณสุข และระบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมต่อไป

ขอให้ท่านทำความเข้าใจในคำต่างๆ ที่อยู่ในแบบสอบถามชุดนี้

พนักงานบริการหญิง	หมายถึง	ผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์เพื่อการแลกเปลี่ยนกับเงินทอง หรือสิ่งตอบแทน ในสถานบริการทางเพศอย่างเป็นทางการเป็นหลักแหล่ง
คู่นอน	หมายถึง	ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับท่าน ไม่ว่าจะ เป็นใครก็ตาม
แขกหรือลูกค้าประจำ	หมายถึง	ลูกค้าที่มาใช้บริการทางเพศเป็นประจำ และมีความคุ้นเคยกับท่าน แต่ไม่ใช่แฟน หรือคนรัก
แขกหรือลูกค้าทั่วไป	หมายถึง	ลูกค้าที่มาใช้บริการทางเพศทั่วไปที่ไม่ใช่แขก หรือลูกค้าประจำ
สามี	หมายถึง	ผู้ที่มีความสัมพันธ์กันทางสังคมและกฎหมาย ซึ่งท่านยอมรับว่าเป็นคู่ครอง หรือคู่สมรส
แฟน/คนรัก	หมายถึง	ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์หรือไม่มีเพศสัมพันธ์กับท่านก็ได้ แต่มีความสัมพันธ์กันทางจิตใจ

ขอให้ท่านเติมตัวเลขหรือคำตอบในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมายกากบาท [X] ในช่องสี่เหลี่ยมหน้าคำตอบ มีคำถามรวม 56 ข้อ ขอได้โปรดตอบทุกข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ
1	คุณเกิดปี พ.ศ. อะไร	พ.ศ. ปัจจุบันอายุ..... ปีบริบูรณ์
2	คุณเกิดจังหวัดใด	ระบุชื่อจังหวัด.....
3	คุณมีสัญชาติอะไร	<input type="checkbox"/> 1. ไทย <input type="checkbox"/> 2. ชนกลุ่มน้อย กลุ่มชาติพันธุ์ เช่น ไทยใหญ่ <input type="checkbox"/> 3. พม่า <input type="checkbox"/> 4. ลาว <input type="checkbox"/> 5. เขมร <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ ระบุ.....
4	ใน 12 เดือนที่ผ่านมา คุณทำงานขายบริการมาแล้วกี่จังหวัด
5	ใน 12 เดือนที่ผ่านมา คุณทำงานขายบริการในจังหวัดไหนนานที่สุด	ระบุจังหวัด.....ระยะเวลา.....เดือน
6	คุณจบการศึกษาสูงสุดชั้นอะไร	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ <input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> 3. มัธยมต้น <input type="checkbox"/> 4. มัธยมปลาย (ม.6 หรือ ปวช.) <input type="checkbox"/> 5. อนุปริญญา, ปวส. <input type="checkbox"/> 6. ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> 7. สูงกว่าปริญญาตรี
7	ปัจจุบันคุณมีสถานะการมีคู่เป็นอย่างไร	<input type="checkbox"/> 1. ยังไม่มีคู่/แฟน <input type="checkbox"/> 2. มีแฟนและอยู่ด้วยกัน <input type="checkbox"/> 3. มีแฟนแต่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน <input type="checkbox"/> 4. แต่งงานแล้วอยู่ด้วยกัน <input type="checkbox"/> 5. แต่งงานแล้วแต่แยกกันอยู่ <input type="checkbox"/> 6. หย่า <input type="checkbox"/> 7. หม้าย
8	คุณมีบุตรหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี.....คน
9	ในปัจจุบัน คุณมีรายได้ประมาณเดือนละเท่าไร	<input type="checkbox"/> 1. น้อยกว่า 5,000 บาท <input type="checkbox"/> 2. 5,000-10,000 บาท <input type="checkbox"/> 3. มากกว่า 10,000-20,000 บาท <input type="checkbox"/> 4. มากกว่า 20,000-30,000 บาท <input type="checkbox"/> 5. มากกว่า 30,000 บาท

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ
10	คุณมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุเท่าไรปี
11	คุณเริ่มอาชีพขายบริการทางเพศตั้งแต่อายุเท่าไร	เริ่มขายบริการทางเพศตั้งแต่อายุปี
12	คุณขายบริการทางเพศมาเป็นเวลากี่ปีแล้ว	ระยะเวลา.....ปี
13	ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีแขก/ลูกค้าจำนวนกี่คน	จำนวน.....คน
14	ในคืนล่าสุดที่ได้ลูกค้าได้ลูกค้าทั้งหมดกี่คน และจำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์คนครั้ง
15	ในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด ท่านมีเพศสัมพันธ์กับใคร	<input type="checkbox"/> 1. แขก หรือลูกค้าทั่วไป <input type="checkbox"/> 2. แขก หรือลูกค้าประจำ <input type="checkbox"/> 3. แฟน/คนรัก <input type="checkbox"/> 4. สามี หรือคูที่อยู่กินด้วยกัน <input type="checkbox"/> 5. อื่นๆ ระบุ.....
16	ในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด คู่ของท่านได้สวมถุงยางอนามัย หรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. สวมถุงยางอนามัย <input type="checkbox"/> 2. ไม่สวมถุงยางอนามัย
17	ในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด กับแขก หรือลูกค้า ได้ใช้ถุงยางอนามัย หรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ใช้ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช้
18	ในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด ถ้าใช้ถุงยางอนามัย คุณได้ถุงยางอนามัยมาอย่างไร	<input type="checkbox"/> 1. ได้รับแจกฟรี <input type="checkbox"/> 2. ตัวเองซื้อ <input type="checkbox"/> 3. ลูกค้า หรือคู่เตรียมมา <input type="checkbox"/> 4. สถานบริการ (บาร์ ผับฯ) เตรียมไว้ <input type="checkbox"/> 5. โรงแรมเตรียมไว้ <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ ระบุ.....
19	ในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด ถ้าคู่ของท่านไม่สวมถุงยางอนามัยเพราะอะไร (ตอบได้หลายคำตอบ)	<input type="checkbox"/> 1. หาถุงยางอนามัยไม่ทัน <input type="checkbox"/> 2. ไว้ใจซึ่งกันและกัน <input type="checkbox"/> 3. ใช้แล้วความสุลดลง <input type="checkbox"/> 4. คู่นอนคุมกำเนิด เช่น ยาเม็ด ยาฉีด เป็นต้น <input type="checkbox"/> 5. หลังภายนอก <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ ระบุ..... <input type="checkbox"/> 7. ไม่มีเพศสัมพันธ์ ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 8. ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์เลยตั้งแต่เกิด
20	ท่านเคยมีปัญหากถุงยางอนามัยแตก หรือหลุดขณะมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	<input type="checkbox"/> 1. เคยแตก <input type="checkbox"/> 2. เคยหลุด <input type="checkbox"/> 3. ไม่เคย <input type="checkbox"/> 4. ไม่เคยสวมถุงยางอนามัย

พฤติกรรมทางเพศการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่างๆ

3.1 แยกหรือลูกค้าทั่วไป

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ
21	ในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีเพศสัมพันธ์กับแยกหรือลูกค้าทั่วไปหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. มีเพศสัมพันธ์กับแยกหรือลูกค้าทั่วไป.....คน ในรอบ 1 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 2. ไม่มีเพศสัมพันธ์กับแยกหรือลูกค้าทั่วไปในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
22	ในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แยก หรือลูกค้าทั่วไปสวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์กับคุณบ่อยครั้งแค่ไหน	<input type="checkbox"/> 1. สวมทุกครั้ง <input type="checkbox"/> 2. สวมบางครั้ง <input type="checkbox"/> 3. ไม่เคยสวม
23	ครั้งล่าสุดในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แยก หรือลูกค้าทั่วไปสวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์กับคุณหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. สวมถุงยางอนามัย <input type="checkbox"/> 2. ไม่สวมถุงยางอนามัย

3.2 แยกหรือลูกค้าประจำ

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ
24	ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา คุณมีเพศสัมพันธ์กับแยกหรือลูกค้าประจำหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. มีเพศสัมพันธ์กับแยก หรือลูกค้าประจำ.....คน ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 2. ไม่มีเพศสัมพันธ์กับแยก หรือลูกค้าประจำ ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา
25	ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา แยกหรือลูกค้าประจำสวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์กับคุณ บ่อยครั้งแค่ไหน	<input type="checkbox"/> 1. สวมทุกครั้ง <input type="checkbox"/> 2. สวมบางครั้ง <input type="checkbox"/> 3. ไม่เคยสวม
26	ครั้งล่าสุดในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา แยกหรือลูกค้าประจำสวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์กับคุณหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. สวมถุงยางอนามัย <input type="checkbox"/> 2. ไม่สวมถุงยางอนามัย

3.3 สามีสามี แฟน คนรัก หรือคู่นอนด้วยกัน

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ
27	ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา คุณมีเพศสัมพันธ์กับสามีสามี แฟน คนรัก หรือคู่นอนด้วยกันหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. มีเพศสัมพันธ์กับสามีสามี แฟน คนรัก หรือคู่นอนด้วยกัน จำนวน.....ครั้ง ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 2. ไม่มีเพศสัมพันธ์กับสามีสามี แฟน คนรัก หรือคู่นอนด้วยกัน ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 3. ไม่มีสามีสามี แฟน คนรัก หรือคู่นอนด้วยกัน

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ
28	ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา สามี่ แฟน คนรัก หรือคู่นอนอยู่กินด้วยกันสวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์กับคุณบ่อยครั้งแค่ไหน	<input type="checkbox"/> 1. สวมทุกครั้ง <input type="checkbox"/> 2. สวมบางครั้ง <input type="checkbox"/> 3. ไม่สวม <input type="checkbox"/> 4. ไม่มีสามี่ แฟน คนรัก หรือคู่นอนอยู่กินด้วยกัน
29	ครั้งล่าสุดในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา สามี่ แฟน คนรัก หรือคู่นอนอยู่กินด้วยกันสวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์กับคุณหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. สวมถุงยางอนามัย <input type="checkbox"/> 2. ไม่สวมถุงยางอนามัย

ส่วนที่ 4 ประสพการณ์การใช้สารเสพติด สารมึนเมา และแอลกอฮอล์

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ
30	ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา คุณใช้สารเสพติด สารมึนเมา และแอลกอฮอล์ชนิดใดบ้าง ดังต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	<input type="checkbox"/> 1. เหล้า เบียร์ ไวน์ <input type="checkbox"/> 2. เฮโรอีน <input type="checkbox"/> 3. ยาบ้า (เมทแอมเฟตามีน) <input type="checkbox"/> 4. กัญชา <input type="checkbox"/> 5. ยาอี <input type="checkbox"/> 6. ยาเค <input type="checkbox"/> 7. ยาไอซ์ <input type="checkbox"/> 8. ดอร์มิกุ่ม <input type="checkbox"/> 9. แวลีเยม <input type="checkbox"/> 10. สารเสพติดอื่นๆ กรุณาระบุ..... <input type="checkbox"/> 11. ไม่เคยใช้สารเสพติดเลย ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 12. ไม่เคยใช้สารเสพติดเลยตั้งแต่เกิด
31	ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา คุณใช้สารเสพติด สารมึนเมา และแอลกอฮอล์ ก่อนมีเพศสัมพันธ์บ่อยครั้งแค่ไหน	<input type="checkbox"/> 1. ใช้ทุกครั้ง <input type="checkbox"/> 2. ใช้บางครั้ง <input type="checkbox"/> 3. ไม่ใช้
32	ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา คุณใช้สารเสพติดชนิดเข้าเส้นชนิดใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	<input type="checkbox"/> 1. เฮโรอีน <input type="checkbox"/> 2. ยาไอซ์ <input type="checkbox"/> 3. อื่นๆ ระบุ.....
33	ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาคุณได้เคยใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ใช้หรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่

การป่วยและการเข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
และเอชไอวี/เอดส์

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ
34	ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยไปตรวจหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย <input type="checkbox"/> 2. เคย จำนวน.....ครั้ง ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา
35	ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา <i>ไม่นับวันนี้</i> คุณเคยมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 อาการ)	<input type="checkbox"/> 1. มีอาการปัสสาวะแสบขัด <input type="checkbox"/> 2. มีหนองไหล/หนอง ที่ผิดปกติไหลออกจากอวัยวะเพศ <input type="checkbox"/> 3. มีหนองไหลออกจากอวัยวะเพศ <input type="checkbox"/> 4. มีหนองไหลออกจากทวารหนัก <input type="checkbox"/> 5. แผลที่อวัยวะเพศ <input type="checkbox"/> 6. แผลที่ทวารหนัก <input type="checkbox"/> 7. มีตุ่ม/ก้อน/หูดที่อวัยวะเพศ <input type="checkbox"/> 8. มีตุ่ม/ก้อน/หูดที่ทวารหนัก <input type="checkbox"/> 9. อื่นๆ, <input type="checkbox"/> 10. ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ เลย ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา
36	ครั้งล่าสุด เมื่อมีอาการผิดปกติคุณรักษาอย่างไร	<input type="checkbox"/> 1. ไปโรงพยาบาล/คลินิกทั่วไปของรัฐ <input type="checkbox"/> 2. ไปคลินิกทั่วไปของเอกชน <input type="checkbox"/> 3. ไปคลินิกกามโรคของเอกชน <input type="checkbox"/> 4. ไปคลินิกกามโรคของรัฐ <input type="checkbox"/> 5. ไปพบพยาบาลประจำโรงเรียน <input type="checkbox"/> 6. ซื้อมากินเอง <input type="checkbox"/> 7. ปลดปล่อยไว้ ไม่ทำอะไรเลย
37	ท่านใช้สิทธิใดในการจ่ายค่าบริการตรวจรักษากามโรค	<input type="checkbox"/> 1. บัตร 30 บาท (บัตรทอง) <input type="checkbox"/> 2. ประกันสังคม <input type="checkbox"/> 3. จ่ายเงินเอง <input type="checkbox"/> 4. ทางร้านจ่ายให้ <input type="checkbox"/> 5. ไม่เสียค่าใช้จ่าย <input type="checkbox"/> 6. ไม่เคยมีอาการ <input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ ระบุ.....
38	คุณทราบสถานที่ ที่ให้บริการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี/เอดส์ หรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ทราบ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ทราบ
39	ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ หรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. เคย จำนวน.....ครั้ง <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคยตรวจหาเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 3. ไม่เคยตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มาก่อนเลย

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ
40	ถ้าเคย ตรวจเลือด เพื่อหาเชื้อเอชไอวี/เอดส์ คุณรู้ผล การตรวจหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. รู้ผล จำนวนครั้ง <input type="checkbox"/> 2. ไม่รู้ผล <input type="checkbox"/> 3. ไม่เคยตรวจหาเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ใน 12 เดือน ที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 4. ไม่เคยตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีมาก่อนเลย
41	ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยได้รับถุงยางอนามัย ฟรี หรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. เคย <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย
42	ถ้าเคยได้รับฟรี คุณได้รับจากใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	<input type="checkbox"/> 1. โรงเรียน (WHOFRCON__A) <input type="checkbox"/> 2. สถานประกอบการ/สถานบันเทิง (WHOFRCON__B) <input type="checkbox"/> 3. โรงพยาบาล/คลินิกภาครัฐ (WHOFRCON__C) <input type="checkbox"/> 4. โรงพยาบาล/คลินิกภาคเอกชน(WHOFRCON__D) <input type="checkbox"/> 5. อสังการเอกชน <input type="checkbox"/> 6. แกนนำอาสาสมัคร/ออสส/อสม(WHOFRCON__F) <input type="checkbox"/> 7. เพื่อน (WHOFRCON__G) <input type="checkbox"/> 8. อื่นๆ (WHOFRCON__H) ระบุ(WHOFRCON__OTH)
43	ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา คุณได้รับความรู้เกี่ยวกับ การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี เอดส์ และหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากที่ใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	<input type="checkbox"/> 1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มาอบรม <input type="checkbox"/> 2. คลินิก/โรงพยาบาล <input type="checkbox"/> 3. สถานีอนามัย <input type="checkbox"/> 4. ศูนย์บริการสุขภาพ/ศูนย์ตรีอปอิน <input type="checkbox"/> 5. เพื่อน <input type="checkbox"/> 6. สถานบริการ เช่น โรงแรม ร้านอาหารฯลฯ คลินิกภาค เอกชน <input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ ระบุ..... <input type="checkbox"/> 8. ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับ การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
44	ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการเจ็บป่วยอย่าง ใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้หลายคำตอบ)	<input type="checkbox"/> 1. น้ำหนักลดลงมากผิดปกติ ร่วมกับท้องเสีย หรือ ไข้เรื้อรัง <input type="checkbox"/> 2. โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา <input type="checkbox"/> 3. วัณโรคปอด หรือ วัณโรคนอกปอด เช่น ต่อมน้ำเหลือง เยื่อหุ้มสมอง เป็นต้น <input type="checkbox"/> 4. มะเร็งของผิวหนัง <input type="checkbox"/> 5. เชื้อราของหลอดอาหาร <input type="checkbox"/> 6. ปอดบวมรุนแรง หรือ ปอดบวมเรื้อรัง <input type="checkbox"/> 7. มะเร็งปากมดลูก <input type="checkbox"/> 8. อาการทางประสาท หลงลืม ไม่รู้ตัว จนต้องเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> 9. ไม่มีอาการใดในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ
45	ท่านเคยได้รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. เคย <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย

ส่วนที่ 6 ความรู้ ทศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และการประเมินความเสี่ยงของตนเอง

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ
46	การมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่เป็นผู้ไม่มีเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และไม่มีคู่นอนคนอื่น ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
47	การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งขณะมีเพศสัมพันธ์ ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
48	คนที่ดูสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี มีเชื้อเอชไอวีได้	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
49	คนเราสามารถติดเชื้อเอชไอวีได้ จากการถูกยุงกัด	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
50	คนเราสามารถติดเชื้อเอชไอวีได้ จากการกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
51	ในปัจจุบันมียาที่สามารถยับยั้งเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (ยาด้านไวรัส) ได้ใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
52	การสวนล้างช่องคลอดหลังการร่วมเพศ ไม่ทำให้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
53	การร่วมเพศระหว่างมีประจำเดือน ไม่ทำให้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
54	การสัมผัสตัวผู้ติดเชื้อเอดส์ทำให้เป็นเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ ใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
55	การร่วมเพศกับแฟน/คนรัก ที่น่าไว้วางใจโดยไม่สวมถุงยางอนามัย ไม่ทำให้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
56	ปัจจุบันท่านคิดว่าท่านมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มากน้อยแค่ไหน	<input type="checkbox"/> 1. ไม่เสี่ยงเลย <input type="checkbox"/> 2. เสี่ยงเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 3. เสี่ยงปานกลาง <input type="checkbox"/> 4. เสี่ยงค่อนข้างมาก <input type="checkbox"/> 5. เสี่ยงมาก

ในนามของ กระทรวงสาธารณสุข ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการจัดระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้กับประชาชนทั่วประเทศ กรุณาทวนคำตอบอีกครั้งว่าท่านได้ตอบทุกข้อตามความเป็นจริง

ขอให้ความตั้งใจดีของท่าน จงส่งผลบุญกุศล ให้ท่านมีความสุข ความเจริญ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บทั้งปวง