

Cohort Study of HIV, STIs and Preventive Interventions
among Young MSM in Thailand

Attachment 10

HIV CASI

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 2 minutes, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; Attn: OMB-PRA (0920-New)

Link2Care for HIV infection questionnaire
Cohort Study of HIV, STIs and Preventive Interventions
among Young MSM in Thailand

For staff use only

100.1 **Screenid** [] [] [] []
100.2 **Studyid** [] [] [] []

*Thank you for agreeing to take part in this study and we hope you
will get the best out of this study.*

*We will not ask information that can be directly linked to identify
you, such as name and telephone number. We will also keep this
information strictly private. Some questions may be private and
sensitive. You can choose "Refuse to answer" those questions.*

When you are ready, please click NEXT to start the survey.

Section 1: At first visit with HIV infection (4 questions)

101 Before you participate in this study, have you ever heard about antiretroviral therapy for HIV treatment?

- Yes (1) []
- No (2) []
- Don't know (3) []
- Refuse to answer (4) []

102 Do you want to take antiretroviral therapy for HIV treatment?

- Yes (1) [] ->103
- No (2) [] ->104
- Don't know (3) []
- Refuse to answer (4) []

103 If yes, please select which of the following insurance/scheme that you may use to receive antiretroviral drug?

- NHSO (1) []
- Social Security (2) []
- Civil servant service (3) []
- Private insurance (4) []
- Self-pay because I do not entitle to any insurance scheme (5) []
- Self-pay because I do not want to use scheme that I entitle to (6) []
- Other (7) [] ->103.1
- Refuse to answer (7) []

103.1 If select other, please specify.....

104If you do not want to take antiretroviral drug, please specify your reason (can select more than 1)

- I am afraid that my family, partner and friends may discriminate me (1) []
- I am afraid of side effect of antiretroviral drug (2) []
- Do not want to take antiretroviral drug daily (3) []
- I am afraid that people may know my HIV status (4) []
- Other (7) [] ->104.1
- Refuse to answer (5) []

104.1 If select other, please specify.....

Form Approved

OMB No. 0920-new

Expiration Date: xx/xx/xxxx

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 2 minutes, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; Attn: OMB-PRA (0920-New)

Next

แบบฟอร์มได้รับอนุญาตแล้ว

OMB No. 0920-new

สิ้นสุดวันที่: xx/xx/xxxx

เราขอขอบคุณท่านในการตอบแบบสอบถามนี้เป็ นเวลา
ประมาณ 2 นาที ท่านมีสิทธิที่จะไม่ตอบแบบสอบถามนี้หาก
แบบสอบถามนี้ไม่ปรากฏหมายเลข OMB

หากท่านมีข้อเสนอแนะหรือร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับการใช้เวลา
ในการตอบแบบสอบถามนี้ โปรดส่งข้อเสนอแนะหรือข้อ
ร้องเรียนของท่านมาที่

CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road
NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; Attn: OMB-PRA
(0920-New)

ถัดไป

แบบสอบถามวันแรกที่ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวี
โครงการวิจัย การศึกษาแบบติดตามด้านการติดเชื้อเอชไอวี
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการปฏิบัติการด้านการป้องกัน
ต่างๆในกลุ่มเยาวชนชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในประเทศไทย

รหัสผู้เข้าร่วมโครงการ

นัดครั้งที่

ถัดไป

แบบสอบถามวันแรกที่ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวี
โครงการวิจัย การศึกษาแบบติดตามด้านการติดเชื้อเอชไอวี
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการปฏิบัติการด้านการป้องกัน
ต่างๆในกลุ่มเยาวชนชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในประเทศไทย

เราขอขอบคุณที่คุณตกลงเข้าร่วมในการศึกษานี้ และเราหวัง
ว่าคุณจะได้ประโยชน์สูงสุดจากการศึกษานี้ เราจะไม่ถาม
ข้อมูลที่สามารถเชื่อมโยงถึงตัวตนของคุณได้ เช่น ชื่อ หรือ
หมายเลขโทรศัพท์ เราจะเก็บข้อมูลที่สอบถามนี้เป็น
ความลับขั้นสูงสุด คำถามบางข้ออาจเป็นเรื่องส่วนตัวหรือ
อ่อนไหว คุณสามารถเลือกที่จะ “ไม่ตอบ” ข้อเหล่านั้นได้ เรา
จะใช้ข้อมูลเหล่านี้ในการวิเคราะห์แบบเหมารวมเป็นหลัก

ในแบบสอบถามนี้ มีคำถามมากที่สุด 8 ข้อ (น้อยสุด 7 ข้อ)
โปรดตอบคำถามอย่างตรงไปตรงมาให้มากที่สุดเท่าที่คุณจะ
ทำได้

เมื่อคุณพร้อมที่จะตอบคำถามแล้ว โปรดกดปุ่ม “เริ่ม” เพื่อ
ทำการตอบคำถาม

เริ่ม

ส่วนที่ 1: นั้ดแรกที่มีการติดเชื้เอชไอวี

(7 ค้่าถาาม)

ถัดไป

101 ก่อนเข้าร่วมการศึกษานี้ คุณเคยได้ยิน
เกี่ยวกับการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้าน
ไวรัสหรือไม่

- ใช่
- ไม่ใช่
- ไม่ทราบ
- ปฏิเสธการตอบคำถาม

กลับไป

ถัดไป

102 ก่อนเข้าร่วมการศึกษานี้ คุณทราบหรือไม่
ว่าผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถเข้าถึงการรักษา
ด้วยยาต้านไวรัสโดยไม่คำนึงถึงค่า CD4

- ทราบ
- ไม่ทราบ
- ไม่แน่ใจ
- ปฏิเสธการตอบคำถาม

กลับไป

ถัดไป

103 คุณต้องการทานยาต้านไวรัสเพื่อรักษาการติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่

- ใช่
- ไม่ใช่
- ไม่ทราบ
- ปฏิเสธการตอบ

กลับไป

ถัดไป

104 ถ้าคุณต้องการทานยาต้านไวรัสเพื่อรักษาการติดเชื้อเอชไอวี โปรดระบุเหตุผลของคุณ (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- เพื่อให้สุขภาพแข็งแรงและดูดี
- เพื่ออนาคตของตนเอง
- เป็นสิ่งที่ควรกระทำ
- เพื่อผู้ปกครอง เพื่อน คนรักและคนอื่นๆ
- อื่นๆ
- ไม่ทราบ
- ปฏิเสธการตอบคำถาม

กลับไป

ถัดไป

105 ถ้าคุณต้องการทานยาต้านไวรัสเพื่อรักษาการติดเชื้อเอชไอวี คุณคิดว่าคุณใช้สิทธิใดในการรับยาต้านฯ

- สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า/ สิทธิ 30 บาท
- สิทธิประกันสังคม
- สิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการพลเรือน
- ประกันชีวิตเอกชน เช่น บupa เอไอเอ
- สิทธิรักษาพยาบาลของผู้ปกครอง

กลับไป

ถัดไป

105.1 หากจ่ายเงินเอง กรุณาระบุเหตุผล

- ไม่มีสิทธิในการรักษา
- ไม่ต้องการรักษาโดยสิทธิที่มีอยู่
- ไม่แน่ใจ
- ปฏิเสธการตอบคำถาม

กลับไป

ถัดไป

106 ถ้าคุณไม่ต้องการทานยาต้านไวรัสเพื่อ
รักษาการติดเชื้อเอชไอวีหรือคุณยังไม่แน่ใจว่าจะ
ทานยาต้านไวรัสหรือไม่ โปรดระบุเหตุผล
(เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- กลัวคนในครอบครัว คนสนิท แฟน และเพื่อน จะ
รังเกียจ
- กลัวผลข้างเคียงของการกินยาต้านไวรัส
- ไม่ต้องการกินยาต้านทุกวัน
- กลัวว่าจะเป็นการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอช
- ไม่เห็นความจำเป็นของการทานยาต้านไวรัส
- ไม่สะดวกที่จะทานยา
- ไม่ทราบว่าจะต้องทานยา

กลับไป

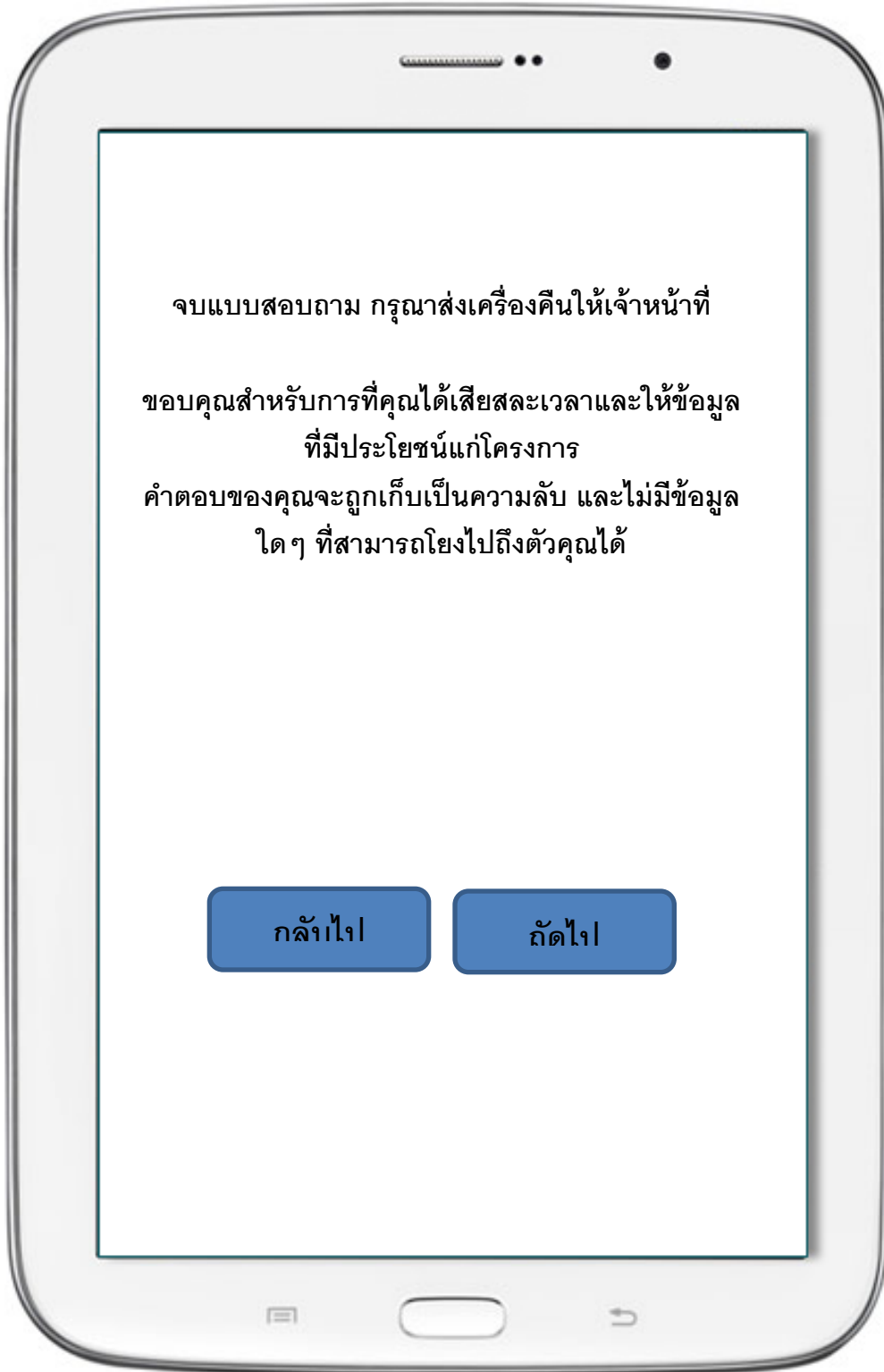
ถัดไป

107 คุณคิดว่า ใครสามารถเป็นผู้ให้กำลังใจ
เกี่ยวกับสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของคุณ
(เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ผู้ปกครอง
- เพื่อน
- แฟน คนรัก
- สายด่วน Hotline
- ผู้ให้คำปรึกษา
- ผู้ให้บริการทางสาธารณสุข
- ครู อาจารย์
- เจ้าหน้าที่องค์กรชุมชนฯ NGO

กลับไป

ถัดไป



จบแบบสอบถาม กรุณาส่งเครื่องคืนให้เจ้าหน้าที่

ขอบคุณสำหรับการที่คุณได้เสียสละเวลาและให้ข้อมูล
ที่มีประโยชน์แก่โครงการ
คำตอบของคุณจะถูกเก็บเป็นความลับ และไม่มีข้อมูล
ใดๆ ที่สามารถโยงไปถึงตัวคุณได้

กลับไป

ถัดไป