

## ประกาศสำนักงานสถิติแห่งชาติ

เรื่อง รายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการจัดทำสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๖๔

ด้วยสำนักงานสถิติแห่งชาติ จะดำเนินการจัดทำสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๖๔ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาล การเจ็บป่วย การรับบริการส่งเสริมสุขภาพ การรับบริการทันตกรรม การเข้ารับบริการด้านสาธารณสุข ค่าใช้จ่ายในการรับบริการด้านสาธารณสุข การเข้าถึงสวัสดิการการรักษาพยาบาลของประชากร รวมทั้งสถานการณ์เกี่ยวกับยาฆ่าเชื้อหรือยาปฏิชีวนะ เพื่อประโยชน์ต่อหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ที่มีหน้าที่ดูแลด้านสาธารณสุข ไปใช้กำหนดนโยบายและวางแผนต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๙ และมาตรา ๑๐ แห่งพระราชบัญญัติสถิติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และกฎกระทรวงสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๕๘ จึงประกาศรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการในการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๖๔ ดังต่อไปนี้

### ๑. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีส่งพนักงานเจ้าหน้าที่ออกไปสัมภาษณ์ประชาชนในครัวเรือน โดยสอบถามสมาชิกทุกคนในครัวเรือนที่ตกเป็นตัวอย่าง จำนวน ๒๗,๙๖๐ ครัวเรือน ซึ่งกรอกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ลงในเครื่องมือแท็บเล็ต (Tablet)

### ๒. รายละเอียดของแบบสอบถามและวิธีการบันทึกแบบสอบถาม

รายละเอียดปรากฏตามแบบ “การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๖๔”

### ๓. ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล

พนักงานเจ้าหน้าที่จะออกไปสัมภาษณ์หัวหน้าครัวเรือน หรือสมาชิกในครัวเรือนตัวอย่าง ซึ่งมีคาบเวลาการปฏิบัติงานเก็บรวบรวมข้อมูล ๑ เดือน เริ่มตั้งแต่เดือน ๑ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔

### ๔. ข้อมูลอื่น ๆ ที่ประชาชนควรทราบ

๔.๑ ข้อมูลที่ได้จากดำเนินการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๖๔ จะนำไปใช้ในการจัดทำสถิติวิเคราะห์ หรือวิจัย เท่านั้น ไม่เกี่ยวข้องใด ๆ ต่อการเก็บภาษีบุคคล หรือภาษีอื่น ๆ และไม่เกี่ยวกับสถานภาพการอยู่อาศัยของบุคคล

๔.๒ บุคคลซึ่งมีหน้าที่จะต้องให้ข้อมูลตามประกาศฉบับนี้ หมายถึง หัวหน้าครัวเรือน หรือสมาชิกในครัวเรือนทุกคนที่อยู่ในเขตท้องที่ ที่จัดทำสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ซึ่งได้รับการคัดเลือกเป็นครัวเรือนตัวอย่าง เป็นผู้ให้ข้อมูลแก่พนักงานเจ้าหน้าที่โดยการให้สัมภาษณ์

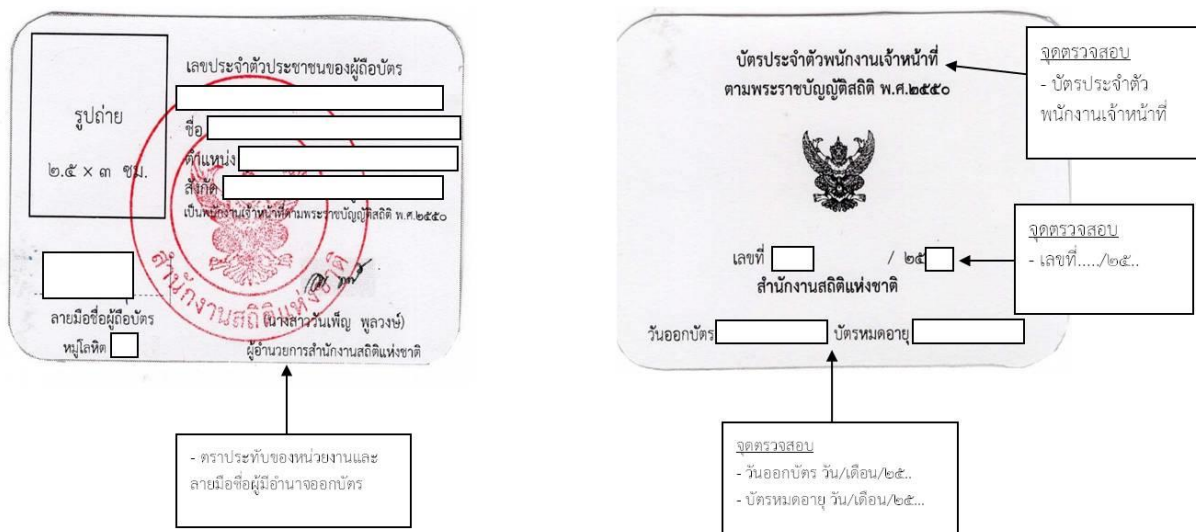
๔.๓ พระราชบัญญัติสถิติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๘ กำหนดให้เป็นหน้าที่ของบุคคลที่จะต้องให้ข้อมูลตามวิธีการที่กำหนดในประกาศนี้ ผู้ใดไม่ให้ข้อมูล หรือไม่กรอกแบบสอบถามตามวิธีการที่กำหนดในประกาศนี้ หรือไม่ส่งคืนแบบสอบถามที่ได้กรอกรายการแล้ว แก่พนักงานเจ้าหน้าที่ ภายในระยะเวลาที่กำหนดในประกาศนี้ หรือไม่ให้ความสะดวกแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ ซึ่งเข้าไปในอาคารหรือที่ทำการของบุคคล ซึ่งจะต้องให้ข้อมูลหรือกรอกแบบสอบถาม ในระหว่างเวลาพระอาทิตย์ขึ้นถึงพระอาทิตย์ตกหรือในเวลาอื่นใดที่บุคคลซึ่งจะต้องให้ข้อมูลได้แจ้งให้ทราบ เพื่อสอบถามข้อมูลหรือดำเนินการกรอกแบบสอบถาม หรือเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ต้องระวางโทษปรับไม่เกินสามพันบาท

๔.๔ บุคคลซึ่งมีหน้าที่จะต้องให้ข้อมูลตาม ๔.๒ ที่จงใจให้ข้อมูลเป็นเท็จ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามเดือน หรือปรับไม่เกินห้าพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ทั้งนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องตามความเป็นจริง

๔.๕ สำนักงานสถิติแห่งชาติ จะดำเนินการตามมาตรการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเคร่งครัด ตามพระราชบัญญัติสถิติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เพื่อเป็นหลักประกันมิให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ซึ่งต้องให้ข้อมูล โดยจะนำข้อมูลเฉพาะบุคคลหรือเฉพาะรายที่เจ้าของข้อมูลได้ให้ไว้ หรือกรอกแบบสอบถามไปใช้ในการจัดทำสถิติ วิเคราะห์ หรือวิจัยเท่านั้น หากพบว่าเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานมีการฝ่าฝืน โดยนำข้อมูลเฉพาะบุคคลหรือเฉพาะรายไปเปิดเผยข้อมูลต่อบุคคลอื่นซึ่งไม่มีหน้าที่ตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ หรือมิใช่กรณีเปิดเผยเพื่อประโยชน์แก่การสอบสวนหรือการพิจารณาคดีที่ต้องหาว่ากระทำความผิด ตามพระราชบัญญัตินี้ หรือเปิดเผยต่อส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ องค์กรมหาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่นของรัฐเพื่อประโยชน์ในการจัดทำสถิติ วิเคราะห์ หรือวิจัย ทั้งนี้ เท่าที่ไม่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่เจ้าของข้อมูลและต้องไม่ระบุหรือเปิดเผยถึงเจ้าของข้อมูล หน่วยงานจะดำเนินการทางอาญาต่อเจ้าหน้าที่ผู้ฝ่าฝืนทันที

๔.๖ พนักงานเจ้าหน้าที่ ซึ่งได้รับการแต่งตั้งจากผู้อำนวยการสำนักงานสถิติแห่งชาติ มีอำนาจตามพระราชบัญญัติสถิติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ในการเข้าไปในอาคารหรือที่ทำการของบุคคล ซึ่งจะต้องให้ข้อมูล หรือกรอกแบบสอบถาม ในระหว่างเวลาพระอาทิตย์ขึ้นถึงพระอาทิตย์ตกหรือในเวลาอื่นใดที่บุคคลนั้นได้แจ้งให้ทราบ เพื่อสอบถามข้อมูลหรือดำเนินการกรอกแบบสอบถาม หรือเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ในการนี้บุคคลดังกล่าวต้องอำนวยความสะดวกแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ตามสมควร ทั้งนี้ พนักงานเจ้าหน้าที่จะต้องแสดงบัตรประจำตัวแก่ผู้ต้องให้ข้อมูล หรือผู้เกี่ยวข้องก่อนการสอบถามข้อมูลทุกครั้ง

๔.๗ บัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีจุดตรวจสอบ ดังนี้



ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓  
วันเพ็ญ พูลงษ์  
ผู้อำนวยการสำนักงานสถิติแห่งชาติ

เอกสารแนบท้าย ประกาศสำนักงานสถิติแห่งชาติ

เรื่อง รายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการจัดทำสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๖๔

## การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2564

1. ภาค..... จังหวัด.....		REG	CWT		1-3				
2. อำเภอ/เขต..... ตำบล/แขวง.....		AMP	TMB		4-7				
3. บ้านเลขที่..... ถนน..... ตรอก/ซอย.....									
4. ในเขตเทศบาล EA..... AREA <input type="checkbox"/> EA <input type="checkbox"/>						8-12			
นอกเขตเทศบาล EA..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน.....				VILL			13-14		
5. ลำดับที่ EA ตัวอย่าง.....				PSU_NO					15-18
6. ชุด EA ตัวอย่าง..... ชุดครัวเรือนตัวอย่าง.....		EA_SET		SAMSET					19-21
เดือน..... มีนาคม..... พ.ศ. 2564				MONTH_YR	0	3	6	4	22-25
7. ลำดับที่ครัวเรือนตัวอย่าง..... ประเภทส่วนบุคคล		HH_NO		TYPE	1				26-28
8. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน <b>ชั้นแจงนับ</b> ..... คน				MEMBER					29-30
9. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน <b>ชั้นนับจุด</b> ..... คน				LISTING					31-32
10. ผลการแจงนับครัวเรือนตัวอย่างนี้ (บันทึกรหัส)				ENUM					33-34

ได้ข้อมูล		รหัส	ไม่ได้ข้อมูล		รหัส
ชั้นนับจุด	ชั้นแจงนับ		ชั้นนับจุด	ชั้นแจงนับ	
1. เป็นครัวเรือนตัวอย่าง มีครัวเรือนอาศัยอยู่	แจงนับได้	11	1. เป็นครัวเรือนตัวอย่าง	ไปสามครั้งไม่พบ	21
	รื้อถอน ไฟไหม้	12		ผู้ตอบสัมภาษณ์	22
	เป็นบ้านว่าง	13		ไม่ให้ความร่วมมือ	23
		14		หาบ้านไม่พบ	24
2. ไม่เป็นครัวเรือนตัวอย่าง (ครัวเรือนใหม่อยู่แทน ครัวเรือนเดิมที่เป็นตัวอย่าง)	แจงนับได้	14	อื่น ๆ (ระบุ).....		

แจงนับวันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2564

--	--	--	--	--	--	--

พนักงานแจงนับ ID\_CODE1

ตรวจงานวันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2564

--	--	--	--	--	--	--

เจ้าหน้าที่วิชาการ ID\_CODE2

**ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของสมาชิกในครัวเรือน**

ถามทุกคน				ถามอายุ	ถามอายุ					
ลำดับที่	คำนำหน้า-ชื่อ-สกุล			ความเกี่ยวพันกับ หัวหน้าครัวเรือน บันทึกรหัส	เพศ	อายุ	ศาสนา	สัญชาติ	ตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป	ตั้งแต่ 13 ปีขึ้นไป
	คำนำหน้า	ชื่อ	นามสกุล						"...(ชื่อ)...จบการศึกษา สูงสุดระดับใด?" บันทึกรหัส	"...(ชื่อ)...มี สถานภาพสมรสอะไร?" บันทึกรหัส
	บันทึกรหัส			หัวหน้าครัวเรือน..... 1	บันทึกรหัส	บันทึก	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส
	นาย..... 1			ภรรยาหรือสามี..... 2	ชาย..... 1	อายุเต็มปี	พุทธ..... 1	ไทย..... 1	ไม่เคยเรียน..... 1	โสด..... 1
	นาง..... 2			บุตร..... 3	หญิง..... 2	ต่ำกว่า 1 ปี	อิสลาม..... 2	อื่น ๆ (ระบุ)..... 2	ก่อนประถมศึกษา..... 2	สมรส..... 2
	นางสาว..... 3			บุตรติดสามี/ภรรยา..... 4		บันทึก "0"	คริสต์..... 3	ไม่มีสัญชาติ... 3	ประถมศึกษา..... 3	ฝ่าย..... 3
	เด็กชาย..... 4			บุตรที่ขอมาเลี้ยง (จดทะเบียน บุตรบุญธรรม)..... 5			พราหมณ์-ฮินดู... 4		มัธยมศึกษาตอนต้น 4	หย่า..... 4
	เด็กหญิง..... 5			บุตรที่ขอมาเลี้ยง (ไม่จดทะเบียน บุตรบุญธรรม)..... 6			ซิกข์..... 5		มัธยมศึกษาตอนปลาย	แยกกันอยู่..... 5
	อื่น ๆ (ระบุ)... 6			บุตรที่ขอมาเลี้ยง (ไม่จดทะเบียน บุตรบุญธรรม)..... 7			อื่น ๆ (ระบุ)..... 6		สายสามัญ..... 5	เคยสมรส
				บุตรชาย/บุตรสะใภ้..... 8			ไม่มีศาสนา..... 7		สายอาชีพ..... 6	แต่ไม่ทราบ
				บุตรของบุตร..... 8					ปวส./ปวท./ อนุปริญญา..... 7	สถานภาพ..... 6
				พ่อ/แม่..... 9					ปริญญาตรี..... 8	
				พ่อ/แม่ของคู่สมรส..... 10					สูงกว่าปริญญาตรี... 9	
				ปู่/ย่า/ตา/ยาย..... 11					อื่น ๆ (ระบุ)..... 10	
				ลุง/ป้า/น้า/อา..... 12						
				พี่น้อง..... 13						
				ญาติอื่น ๆ..... 14						
				ผู้อาศัย/คนรับใช้ คนงานอื่น ๆ..... 15						
				(ไม่มีความสัมพันธ์ทางเครือญาติ)						
A1	A2_1	A2_2	A2_3	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของสมาชิกในครัวเรือน (ต่อ)			ตอนที่ 2 หลักประกันด้านสุขภาพ (สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล)									
ถามอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป			ถามทุกคน									
<p><b>อาชีพ</b></p> <p>"ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว ...(ชื่อ)...ทำงานอะไร?"</p> <p><b>ถ้า ทำงาน</b></p> <p>บันทึกอาชีพ หรือตำแหน่งหน้าที่การงาน ที่มีชั่วโมงการทำงานสูงสุด (ถามต่อไป)</p> <p><b>ถ้า ไม่ทำงาน</b></p> <p>บันทึก "ไม่ทำ" (ข้ามไปถาม HW1_1)</p>	<p><b>อุตสาหกรรม</b></p> <p>"กิจกรรมหลักที่...(ชื่อ)... ทำอยู่เป็นกิจกรรม หรือผลิอะไร?"</p> <p>บันทึกประเภทของกิจการ หรือลักษณะของงาน ให้ชัดเจน</p>	<p><b>สถานภาพการทำงาน</b></p> <p>"...(ชื่อ)...ทำงาน ในฐานะอะไร?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>นายจ้าง..... 1</p> <p>ผู้ทำงานส่วนตัว (โดยไม่มีลูกจ้าง)..... 2</p> <p>ผู้ช่วยธุรกิจในครัวเรือน (โดยไม่ได้รับค่าจ้าง)..... 3</p> <p>ลูกจ้างรัฐบาล..... 4</p> <p>ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ..... 5</p> <p>ลูกจ้างเอกชน..... 6</p> <p>สมาชิกของการรวมกลุ่มผู้ผลิต..... 7</p>	<p>"ปัจจุบัน...(ชื่อ)...มีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลดังกล่าวหรือไม่?"</p> <p><b>HW1</b> ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)</p> <p><b>HW2</b> ประกันสังคม / กองทุนเงินทดแทน</p> <p><b>HW3</b> ข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ</p> <p><b>HW4</b> รัฐวิสาหกิจ</p> <p><b>HW5</b> หน่วยงานอิสระของรัฐ</p> <p><b>HW6</b> องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)</p> <p><b>HW7</b> ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน</p> <p><b>HW8</b> สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง</p> <p><b>HW9</b> อื่น ๆ (ระบุ).....</p> <p style="text-align: center;">รหัสคำตอบ HW1 - HW9</p> <p>ไม่มี..... 1</p> <p>มี..... 2</p> <p>ไม่ทราบ..... 9</p>									
A10	A11	A12	HW1	HW2	HW3	HW4	HW5	HW6	HW7	HW8	HW9	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

47-50

51-55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

### ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข

ก. การเจ็บป่วยระหว่าง 1 เดือนที่แล้ว (เฉพาะการป่วยที่ *ไม่* ต้องนอนในสถานพยาบาล)

ถามทุกคน	ถามเฉพาะผู้ที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย (OP1 = 2)	
<p>"ระหว่าง 1 เดือนที่แล้ว ...(ชื่อ)...มีอาการป่วยหรือ รู้สึกไม่สบายหรือไม่?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มี..... 1 (ข้ามไปถาม OP4)</p> <p>มี..... 2 (ถามต่อไป)</p>	<p>"ระหว่าง 1 เดือนที่แล้ว ...(ชื่อ)...มีอาการป่วยหรือ รู้สึกไม่สบายกี่ครั้ง?"</p> <p>ให้บันทึกจำนวนครั้ง ที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย (ถ้าเกิน 8 ครั้งให้บันทึก "8") (ถ้าไม่ทราบ ให้บันทึก "9")</p>	<p>"อาการป่วยหรือรู้สึกไม่สบายครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)...ป่วยด้วยโรคอะไร หรือ มีอาการอย่างไร?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>หวัด/ไอ/มีน้ำมูก..... 1 ไข้ ไอและหอบ ปวดบวม..... 2 ไข้ตัวร้อน..... 3 ท้องร่วง/ท้องเสีย/อาหารเป็นพิษ..... 4 บิด/ถ่ายเป็นมูกปนเลือดและมีไข้..... 5 ปวดท้อง/ท้องอืด/ท้องเฟ้อ/โรคกระเพาะ..... 6 ปวดหลัง/ปวดกล้ามเนื้อ..... 7 ความเครียด/นอนไม่หลับ/ปวดหัว..... 8 โรคผิวหนัง/กลากเกลื้อน/ผดผื่น..... 9 ตา/หู/คอ/จมูก..... 10 ท่อน้ำหนัก/ท่อน้ำกลางอักเสบ..... 11 โรคในช่องปาก/ฟันผุ/โรคเหงือก/แผลในปาก..... 12 โรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว..... 13 อื่น ๆ (ระบุ)..... 14</p>
OP1	OP2	OP3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข (ต่อ)

ก. การเจ็บป่วยระหว่าง 1 เดือนที่แล้ว (เฉพาะการป่วยที่ไม่ต้องนอนในสถานพยาบาล)

ถามทุกคน	ถามเฉพาะผู้ที่เกิดอุบัติเหตุ หรือ ถูกทำร้าย (OP4 = 2)	
<p>"ระหว่าง 1 เดือนที่แล้ว...(ชื่อ)... มีการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือ ถูกทำร้ายร่างกาย หรือ ทำร้ายตัวเอง หรือไม่?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มี..... 1 (ข้ามไปถาม OP7)</p> <p>มี..... 2 (ถามต่อไป)</p>	<p>"ระหว่าง 1 เดือนที่แล้ว...(ชื่อ)... มีการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือ ถูกทำร้ายร่างกาย หรือ ทำร้ายตัวเอง ก็ครั้ง?"</p> <p>ให้บันทึกจำนวนครั้งที่ได้รับบาดเจ็บ จากอุบัติเหตุ หรือ ถูกทำร้ายร่างกาย หรือ ทำร้ายตัวเอง</p> <p>(ถ้าเกิน 8 ครั้ง ให้บันทึก "8") (ถ้าไม่ทราบ ให้บันทึก "9")</p>	<p>"อุบัติเหตุ หรือ ถูกทำร้ายร่างกาย หรือ ทำร้ายตัวเอง ครั้งสุดท้าย ที่...(ชื่อ)...ได้รับ เกิดจากสาเหตุใด?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>อุบัติเหตุจากยานพาหนะ</p> <p>รถจักรยานยนต์..... 1</p> <p>รถยนต์ รถกระบะ รถตู้ รถบรรทุกเล็ก..... 2</p> <p>รถบรรทุกขนาดใหญ่ รถยนต์โดยสารประจำทาง..... 3</p> <p>อื่น ๆ เช่น เรือ เครื่องบิน ฯลฯ (ระบุ)..... 4</p> <p>ถูกเครื่องจักรกลทำให้บาดเจ็บ..... 5</p> <p>ถูกสัตว์มีพิษกัดหรือต่อย/ถูกสัตว์ทำร้าย..... 6</p> <p>ถูกสารเคมีหรือวัตถุมีพิษ..... 7</p> <p>พลัดตกหกล้ม..... 8</p> <p>ถูกไฟหรือน้ำร้อนลวก..... 9</p> <p>อุบัติเหตุอื่น ๆ เช่น มีดบาด ตกน้ำ ฯลฯ (ระบุ)..... 10</p> <p>ถูกทำร้าย</p> <p>โดยใช้กำลังกาย..... 11</p> <p>โดยใช้วัตถุมีคม/ไม่มีคม เช่น มีด ไม้ ฯลฯ..... 12</p> <p>โดยวิธีอื่น ๆ เช่น ถูกยิง ฯลฯ (ระบุ)..... 13</p> <p>การทำร้ายตัวเอง..... 14</p>
OP4	OP5	OP6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข (ต่อ)

ก. การเจ็บป่วยระหว่าง 1 เดือนที่แล้ว (เฉพาะการป่วยที่ไม่ต้องนอนในสถานพยาบาล)

ถามทุกคน	ถามเฉพาะผู้ที่มีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว (OP7 = 2)					ถามเฉพาะผู้เจ็บป่วยฯ (OP1 = 2/OP4 = 2/OP9 = 1-8)	
...(ชื่อ)...มีโรคเรื้อรัง/ โรคประจำตัวหรือไม่?	"...(ชื่อ)...เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ ว่าเป็นโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัวอะไรบ้าง?" (ตอบได้ไม่เกิน 5 โรค)					"ระหว่าง 1 เดือนที่แล้ว...(ชื่อ)... ไปรับบริการทางการแพทย์ เช่น การไปพบแพทย์ตามนัด การไปซื้อ/รับยา เป็นต้น เนื่องจาก โรคเรื้อรัง/โรคประจำตัวหรือไม่?"  (ไม่รวมที่เจ็บป่วย)	"ระหว่าง 1 เดือนที่แล้ว...(ชื่อ)... มีการเจ็บป่วย ครั้งสุดท้ายจากสาเหตุใด?"  บันทึกรหัส อาการป่วย/รู้สึกไม่สบาย..... 1 อุบัติเหตุ/ถูกทำร้าย/ ทำร้ายตัวเอง..... 2 ไปรับบริการอื่น ๆ เนื่องจาก โรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว (นอกเหนือจากการป่วย)..... 3
บันทึกรหัส ไม่มี..... 1 (ข้ามไปถาม OP10) มี..... 2 (ถามต่อไป)	ชื่อโรค	รหัส	ชื่อโรค	รหัส			
	เบาหวาน	01	โรคกระเพาะ	22			
	ไทรอยด์/คอพอก	02	กรดไหลย้อน	23			
	ความดันโลหิตสูง	03	ภูมิแพ้	24			
	โรคหัวใจ (หัวใจโต/กล้ามเนื้อหัวใจ/ หัวใจตีบ/หัวใจรั่ว/ หลอดเลือดหัวใจ)	04	ตับแข็ง	25			
	โรคไขมันในเส้นเลือดสูง/ คอเลสเตอรอลสูง	05	ไตวาย/ไตพิการ	26			
	โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน	06	ต่อมลูกหมากโต/อักเสบ	27			
	มะเร็งตับ	07	เก๊าท์	28			
	มะเร็งหลอดลมและปอด	08	รูมาตอยด์/ข้ออักเสบรูมาตอยด์	29			
	มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	09	โรคปวดเข่าเรื้อรัง/ข้อเข่าเสื่อม	30			
	มะเร็งเต้านม	10	โรคปวดหลังเรื้อรัง/	31			
	มะเร็งปากมดลูก และมดลูก	11	ปวดคอเรื้อรัง	32			
	มะเร็งอื่น ๆ	12	โรคเอดส์	33			
	โรคพิษสุราเรื้อรัง	13	โรคโปลิโอ	34			
	โรคซึมเศร้า/โรคจิตประเภท/ โรคจิตประสาทอื่น ๆ	14	โรคเรื้อน	35			
	สมองเสื่อม	15	ธาลัสซีเมีย	36			
	ลมชัก/ลมบ้าหมู	16	สติปัญญาผิดปกติ (ดาวนซินโดรม)	37			
	ต่อกระจาก/ต่อหิน	17	(ดาวนซินโดรม)	38			
	ประสาทหูเสื่อม	18	บริทันต์อักเสบ (เหงือกอักเสบ)	39			
	หอบหืด	19	อัมพาต	40			
	ถุงลมโป่งพอง/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	20	โรคพาร์กินสัน	41			
	วัณโรค	21	นิวโรไต/ นิวโรในกระเพาะปัสสาวะ	42			
			อื่น ๆ (ระบุ).....				
OP7	OP8_1	OP8_2	OP8_3	OP8_4	OP8_5	OP9	OP10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74	75-76	77-78	79-80	81-82	83-84	85	86

### ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข (ต่อ)

ก. การเจ็บป่วยระหว่าง 1 เดือนที่แล้ว (เฉพาะการป่วยที่ไม่ต้องนอนในสถานพยาบาล)

ถามเฉพาะผู้ที่เจ็บป่วยหรือไปรับบริการเนื่องจากโรคเรื้อรัง (OP1 = 2/OP4 = 2/OP9 = 1-8)

"การเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)...ป่วยจนต้อง หยุดกิจวัตรประจำวันกี่วัน?"	"การเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย...(ชื่อ)...มีวิธีการรักษาพยาบาลอย่างไร?" บันทึกรหัส	ถามเฉพาะผู้ที่ไปสถานพยาบาล (OP12 = 10-16)		
		"การรักษาครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)...รับบริการ จากใคร?" บันทึกรหัส	"การรักษาครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)...รับบริการอะไร?" (ตอบได้ไม่เกิน 2 คำตอบ โดยเรียงลำดับตามวิธีรักษาหลัก)	
ให้บันทึกจำนวนวันที่หยุดฯ	ไม่ได้รักษา..... 1 (ข้ามไปถาม OP1)	แพทย์	รักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน..... 1	
ติดต่อกันครั้งสุดท้าย (ถ้าหยุดตั้งแต่ก่อน 1 เดือนที่แล้ว ให้นับ จำนวนวันที่หยุดฯ ติดต่อกันทั้งหมด) (ถ้าไม่หยุดให้บันทึก "0")	ซื้อ/หายากิน - ยาแผนปัจจุบันจากร้านขายยา..... 2	แผนปัจจุบัน..... 1	รักษาด้วยยาสมุนไพร..... 2	
	- ยาแผนปัจจุบันจากอินเทอร์เน็ต..... 3	แผนไทย..... 2	นวดไทยเพื่อรักษา..... 3	
	- ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพรจากร้านขายยา..... 5 (ข้ามไปถาม OP15)	ทางเลือกอื่น..... 3	อบสมุนไพร/การนึ่งกระโจม	
	- ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพรจากอินเทอร์เน็ต..... 6	ไม่ทราบ..... 4	ประคบสมุนไพร/ทับหม้อเกลือ..... 4	
	- ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพรจากช่องทางอื่น ๆ..... 7	พยาบาล..... 5	การฝังเข็ม..... 5	
	ไปหาหมอที่บ้าน/หมอแผนโบราณ/หมอนวดแผนไทย..... 8	บุคลากร	สมาชิบำบัด..... 6	
	ร้านยาชุมชนอบอุ่น..... 9	สาธารณสุขอื่นๆ..... 6	อื่นๆ (ระบุ)..... 7	
	ไปสถานพยาบาลของรัฐ			
	สถานีนอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุข/ศูนย์สุขภาพชุมชน			
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)..... 10			
	โรงพยาบาลชุมชน..... 11			
	โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์..... 12			
	โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย..... 13 (ถามต่อไป)			
	โรงพยาบาลสังกัดอื่นของรัฐ..... 14			
	ไปสถานพยาบาลของเอกชน			
	โรงพยาบาลเอกชน..... 15			
	คลินิกเอกชน..... 16			
	อื่นๆ (ระบุ)..... 17 (ข้ามไปถาม OP15)			
OP11	OP12	OP13	OP14_1	OP14_2
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข (ต่อ)

ก. การเจ็บป่วยระหว่าง 1 เดือนที่แล้ว (เฉพาะการป่วยที่ *ไม่* ต้องนอนในสถานพยาบาล)

ถามเฉพาะผู้ที่เจ็บป่วยหรือไปรับบริการเนื่องจากโรคเรื้อรังฯ (OP1 = 2/OP4 = 2/OP9 = 1-8) และมีการรักษาพยาบาล (OP12 = 2-17)

<p>"การเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)...จ่ายค่าพาหนะไป-กลับ ทั้งหมดเป็นเงินเท่าไร?"</p> <p>ให้บันทึกค่าพาหนะสำหรับ การรับ-ส่งทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล (ถ้าไม่มีค่าพาหนะ ให้บันทึก "0")</p> <p>(ถ้าใช้รถส่วนตัวให้ประมาณ เหมือนค่ารถรับจ้างในท้องถิ่น)</p>	<p>"การเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)...จ่ายค่ารักษาพยาบาล รวมเป็นเงินเท่าไร?"</p> <p>ให้บันทึกจำนวนเงิน เฉพาะส่วนที่จ่ายด้วยเงินของตนเอง หรือ ส่วนที่เบิกไม่ได้</p> <p>(ถ้ารักษาฟรี หรือ นำไปเบิกจากหน่วยงาน หรือ จ่ายตรงทั้งหมด ให้บันทึก "0")</p>	<p>"การเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)...ใช้สวัสดิการฯ ที่มีหรือไม่?"</p> <p>บันทึกกรหัส</p> <p>ไม่มีสวัสดิการฯ..... 1</p> <p>มีสวัสดิการฯ และใช้</p> <p>จากรัฐบาล</p> <p>ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)..... 2</p> <p>ประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน..... 3</p> <p>ข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ..... 4</p> <p>รัฐวิสาหกิจ..... 5</p> <p>หน่วยงานอิสระของรัฐ..... 6</p> <p>องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น..... 7</p> <p>จากเอกชน</p> <p>ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน..... 8</p> <p>สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง..... 9</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 10</p> <p>(ถ้าบันทึกกรหัส 1-10 ข้ามไปถาม HP1)</p> <p>มีสวัสดิการฯ แต่ไม่ใช้..... 11</p> <p>(ถามต่อไป)</p>	<p>ถามเฉพาะผู้ที่ไม่ใช้สวัสดิการฯ (OP17 = 11)</p> <p>"สาเหตุที่...(ชื่อ)...ไม่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ ที่มี ในการเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายเพราะเหตุใด?"</p> <p>ให้ระบุสาเหตุที่สำคัญที่สุด</p> <p>บันทึกกรหัส</p> <p>เจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย..... 1</p> <p>อุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน..... 2</p> <p>สถานพยาบาลอยู่ไกล/เดินทางไม่สะดวก..... 3</p> <p>ไม่สะดวกไปในเวลาทำการ..... 4</p> <p>ไม่มีค่าพาหนะ..... 5</p> <p>ช้า รอนาน..... 6</p> <p>ไม่แน่ใจคุณภาพยา..... 7</p> <p>ถูกเลือกปฏิบัติ..... 8</p> <p>บุคลากรใน รพ./พูดไม่ไพเราะ..... 9</p> <p>แพทย์ไม่มีเวลาให้ซักถามอาการ/ไม่ให้ข้อมูล..... 10</p> <p>การวินิจฉัยไม่ตรง/รักษาไม่หาย..... 11</p> <p>ไม่ได้อยู่ในภูมิลาเนาที่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ..... 12</p> <p>สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการฯ ไม่ครอบคลุม..... 13</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 14</p>												
OP15	OP16	OP17	OP18												
<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%;"></td></tr> </table>			<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%;"></td></tr> </table>		
<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%;"></td></tr> </table>			<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%;"></td></tr> </table>		
<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%;"></td></tr> </table>			<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%;"></td></tr> </table>		
<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%;"></td></tr> </table>			<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%;"></td></tr> </table>		
<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%;"></td></tr> </table>			<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%;"></td></tr> </table>		

94-97

98-101

102-103

104-105

**ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข (ต่อ)**

**ข. การส่งเสริมสุขภาพระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว (นอกเหนือจากการเจ็บป่วยฯ ในตอน ก)**

ถามทุกคน	ถามเฉพาะผู้ที่มีการใช้บริการด้านสุขภาพอื่นๆ (HP1 = 2)				
<p>"ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว...(ชื่อ)... มีการใช้บริการด้านสุขภาพอื่น ๆ ทั้งการรับบริการที่หน่วยบริการ หรือที่บ้าน หรือหน่วยแพทย์/สาธารณสุขเคลื่อนที่ หรือสถานที่อื่นในชุมชน นอกเหนือจากการเจ็บป่วยฯ หรือไม่?"</p> <p>บันทึกการหัด</p> <p>ไม่มี..... 1 (ข้ามไปถาม IP1)</p> <p>มี..... 2 (ถามต่อไป)</p>	<p>"ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว...(ชื่อ)... มีการใช้บริการกี่ครั้ง?"</p> <p>ให้บันทึกจำนวนครั้งที่ได้รับการบริการ (ถ้าเกิน 98 ครั้งให้บันทึก "98")</p> <p>(ถ้าไม่ทราบ ให้บันทึก "99")</p>	<p>"การได้รับการ 3 ครั้งสุดท้าย ... (ชื่อ)... ได้รับการอะไร?"</p> <p>บันทึกการหัด</p> <p>การฉีดวัคซีน..... 1</p> <p>การฝากครรภ์/ตรวจครรภ์..... 2</p> <p>การตรวจ/ดูแลหลังคลอด..... 3</p> <p>การวางแผนครอบครัว..... 4</p> <p>การตรวจสุขภาพประจำปี..... 5</p> <p>การคัดกรองสุขภาพเด็ก/ การคัดกรองพัฒนาการเด็ก..... 6</p> <p>การรับบริการทันตกรรม..... 7</p> <p>การรับยาบำรุง/อาหารเสริม..... 8</p> <p>การรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก..... 9</p> <p>การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง..... 10</p> <p>การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ลดน้ำหนัก ออกกำลังกาย เป็นต้น..... 11</p> <p>การรับบริการอื่น ๆ (ระบุ)..... 12</p>			<p>"การได้รับการครั้งสุดท้าย ... (ชื่อ)... ไปใช้บริการที่ใด?"</p> <p>บันทึกการหัด</p> <p>ร้านขายยา..... 1</p> <p>ไปสถานพยาบาลของรัฐ</p> <p>สถานีอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุข/ ศูนย์สุขภาพชุมชน/รพ.สต..... 2</p> <p>โรงพยาบาลชุมชน..... 3</p> <p>โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์..... 4</p> <p>โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย..... 5</p> <p>โรงพยาบาลสังกัดอื่นของรัฐ..... 6</p> <p>ไปสถานพยาบาลของเอกชน</p> <p>โรงพยาบาลเอกชน..... 7</p> <p>คลินิกเอกชน..... 8</p> <p>รับบริการที่บ้าน/ในชุมชน/ หน่วยแพทย์หรือสาธารณสุขเคลื่อนที่..... 9</p> <p>(ถ้าบันทึกการหัด 9 ข้ามไปถาม IP1)</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 10</p> <p>(ถ้าบันทึกการหัด 1-8, 10 ถามต่อไป)</p>
<p><b>HP1</b></p>	<p><b>HP2</b></p>	<p><b>HP3_1</b></p>	<p><b>HP3_2</b></p>	<p><b>HP3_3</b></p>	<p><b>HP4</b></p>
<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>

**ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข (ต่อ)**

ข. การส่งเสริมสุขภาพระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว (นอกเหนือจากการเจ็บป่วยฯ ในตอน ก)

ถามเฉพาะผู้ที่มีการใช้บริการด้านสุขภาพอื่น ๆ (HP1 = 2) และไปรับบริการนอกสถานที่ (HP4 = 1-8, 10)

<p>"การได้รับการครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)...จ่ายค่าพาหนะไป-กลับ ทั้งหมดเป็นเงินเท่าไร?"</p> <p>ให้บันทึกค่าพาหนะสำหรับ การรับ-ส่งผู้ให้บริการและผู้ดูแล (ถ้าไม่มีค่าพาหนะ ให้บันทึก "0")</p> <p>(ถ้าใช้รถส่วนตัวให้ประมาณ เหมือนค่ารถรับจ้างในท้องถิ่น)</p>	<p>"การได้รับการครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)...จ่ายค่าไปใช้บริการ รวมเป็นเงินเท่าไร?"</p> <p>ให้บันทึกจำนวนเงิน เฉพาะส่วนที่จ่ายด้วยเงินของตนเอง หรือ ส่วนที่เบิกไม่ได้</p> <p>(ถ้ารับบริการฟรี หรือ นำไปเบิกจากหน่วยงาน หรือ จ่ายตรงทั้งหมด ให้บันทึก "0")</p>	<p>"การได้รับการครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)...ใช้สวัสดิการฯ ที่มี หรือไม่?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มีสวัสดิการฯ..... 1</p> <p>มีสวัสดิการฯ และใช้</p> <p>จากรัฐบาล</p> <p>ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)..... 2</p> <p>ประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน..... 3</p> <p>ข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ..... 4</p> <p>รัฐวิสาหกิจ..... 5</p> <p>หน่วยงานอิสระของรัฐ..... 6</p> <p>องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น..... 7</p> <p>จากเอกชน</p> <p>ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน..... 8</p> <p>สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง..... 9</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 10</p> <p>(ถ้าบันทึกรหัส 1-10 ข้ามไปถาม IP1)</p> <p>มีสวัสดิการฯ แต่ไม่ใช้..... 11</p> <p>(ถามต่อไป)</p>	<p>ถามเฉพาะผู้ที่ไม่ใช้สวัสดิการฯ (HP7 = 11)</p> <p>"สาเหตุที่...(ชื่อ)...ไม่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ ที่มี ในการได้รับการครั้งสุดท้ายเพราะเหตุใด?"</p> <p>ให้ระบุสาเหตุที่สำคัญที่สุด</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>สถานพยาบาลอยู่ไกล/เดินทางไม่สะดวก..... 1</p> <p>ไม่สะดวกไปในเวลาทำการ..... 2</p> <p>ไม่มีค่าพาหนะ..... 3</p> <p>ช้า รอนาน..... 4</p> <p>ไม่แน่ใจคุณภาพยา..... 5</p> <p>ถูกเลือกปฏิบัติ..... 6</p> <p>บุคลากรใน รพ.ดู/พูดไม่ไพเราะ..... 7</p> <p>แพทย์ไม่เวลาให้ซักถามอาการ/ไม่ให้ข้อมูล..... 8</p> <p>การวินิจฉัยไม่ตรง/รักษาไม่หาย..... 9</p> <p>ไม่ได้อยู่ในภูมิลาเนาที่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ..... 10</p> <p>สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการฯ ไม่ครอบคลุม..... 11</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 12</p>												
HP5	HP6	HP7	HP8												
<table border="1" style="width:100%; height:50px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width:100%; height:50px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width:100%; height:50px;"> <tr><td style="width:50%;"></td><td style="width:50%;"></td></tr> </table>			<table border="1" style="width:100%; height:50px;"> <tr><td style="width:50%;"></td><td style="width:50%;"></td></tr> </table>		
<table border="1" style="width:100%; height:50px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width:100%; height:50px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width:100%; height:50px;"> <tr><td style="width:50%;"></td><td style="width:50%;"></td></tr> </table>			<table border="1" style="width:100%; height:50px;"> <tr><td style="width:50%;"></td><td style="width:50%;"></td></tr> </table>		
<table border="1" style="width:100%; height:50px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width:100%; height:50px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width:100%; height:50px;"> <tr><td style="width:50%;"></td><td style="width:50%;"></td></tr> </table>			<table border="1" style="width:100%; height:50px;"> <tr><td style="width:50%;"></td><td style="width:50%;"></td></tr> </table>		
<table border="1" style="width:100%; height:50px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width:100%; height:50px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width:100%; height:50px;"> <tr><td style="width:50%;"></td><td style="width:50%;"></td></tr> </table>			<table border="1" style="width:100%; height:50px;"> <tr><td style="width:50%;"></td><td style="width:50%;"></td></tr> </table>		
<table border="1" style="width:100%; height:50px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width:100%; height:50px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width:100%; height:50px;"> <tr><td style="width:50%;"></td><td style="width:50%;"></td></tr> </table>			<table border="1" style="width:100%; height:50px;"> <tr><td style="width:50%;"></td><td style="width:50%;"></td></tr> </table>		

117-120

121-124

125-126

127-128

ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข (ต่อ)

ค. การเข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาลระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว (คนไข้ใน)

ถามทุกคน	ถามเฉพาะผู้ที่เป็นคนไข้ใน (IP1 = 2)				
<p>"ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว... (ชื่อ)...ป่วยหรือได้รับอุบัติเหตุหรือคลอดบุตร หรือสาเหตุอื่น ๆ จนต้องนอนในสถานพยาบาลหรือไม่?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่เคยเข้าพักรักษา..... 1 (ข้ามไปถาม DH1)</p> <p>เคยเข้าพักรักษา..... 2 (ถามต่อไป)</p>	<p>"ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว... (ชื่อ)...เข้าพักรักษาในสถานพยาบาลกี่ครั้ง?"</p> <p>ให้บันทึกจำนวนครั้งที่เข้าพักรักษาในสถานพยาบาล</p> <p>(ถ้าไม่ทราบ ให้บันทึก "99")</p>	<p>"การเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลครั้งสุดท้าย... (ชื่อ)...เข้าพักรักษาเนื่องจากสาเหตุใด?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>โรค..... 1</p> <p>อุบัติเหตุ..... 2</p> <p>คลอดบุตร..... 3</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 4</p>	<p>"การเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลครั้งสุดท้าย... (ชื่อ)...เข้าพักรักษาในสถานพยาบาลใด?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>สถานพยาบาลของรัฐ</p> <p>โรงพยาบาลชุมชน..... 1</p> <p>โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์..... 2</p> <p>โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย..... 3</p> <p>โรงพยาบาลสังกัดอื่นของรัฐ..... 4</p> <p>สถานพยาบาลของเอกชน</p> <p>โรงพยาบาลเอกชน..... 5</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 6</p>	<p>"การเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลครั้งสุดท้าย... (ชื่อ)...เลือกเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลนั้น เพราะเหตุใด?"</p> <p>ให้ระบุสาเหตุที่สำคัญที่สุด</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>เลือกใช้ตามระบุในประกันสังคม/บัตรทอง..... 1</p> <p>ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาล..... 2</p> <p>สถานพยาบาลอยู่ใกล้/เดินทางสะดวก..... 4</p> <p>ค่ารักษาพยาบาลไม่แพง..... 5</p> <p>มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ..... 6</p> <p>มีเครื่องมือแพทย์ทันสมัย..... 7</p> <p>เข้ารักษาฉุกเฉิน..... 8</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 9</p>	<p>"การเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลครั้งสุดท้าย... (ชื่อ)...นอนในสถานพยาบาลกี่วัน?"</p> <p>ให้บันทึกจำนวนวันที่เข้าพักรักษา</p> <p>(ถ้าเกิน 98 วัน ให้บันทึก "98")</p> <p>(ถ้าไม่ทราบ ให้บันทึก "99")</p>
IP1	IP2	IP3	IP4	IP5	IP6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
129	130-131	132	133	134-135	136-137

ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข (ต่อ)

ค. การเข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาลระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว (คนไข้ใน)

ถามเฉพาะผู้ที่เป็นคนไข้ใน (IP1 = 2)

"หลังจาก การเข้าพักรักษา ในสถานพยาบาล ครั้งสุดท้าย...(ชื่อ)... ต้องนอนพักรักษาตัว ต่อที่บ้านกี่วัน?"  ให้บันทึกจำนวนวัน ที่นอนพักรักษาตัวที่บ้าน  (ถ้าไม่ต้องนอนพัก ให้บันทึก "0")  (ถ้าเกิน 98 วัน ให้บันทึก "98")  (ถ้าไม่ทราบ ให้บันทึก "99")	"หลังจาก การเข้าพักรักษา ในสถานพยาบาล ครั้งสุดท้าย...(ชื่อ)... ต้องนอนพักรักษาตัว ต่อที่บ้าน มีใครเป็น ผู้ดูแลหลัก?"  บันทึกกรหัส  ไม่มี..... 1 พ่อ/แม่..... 2 พี่น้อง..... 3 สามี/ภรรยา..... 4 บุตร..... 5 บุตรเขย/บุตรสะใภ้... 6 จ้างผู้ดูแล/ สถาบันเอกชน..... 7 อื่น ๆ (ระบุ)..... 8	"การเข้าพักรักษา ในสถานพยาบาลครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)...จ่ายค่าพาหนะไป-กลับ ทั้งหมดเป็นเงินเท่าไร?"  ให้บันทึกค่าพาหนะสำหรับ การรับ-ส่งทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล  (ถ้าไม่มีค่าพาหนะ ให้บันทึก "0")  (ถ้าใช้รถส่วนตัวให้ประมาณ เหมือนค่ารถรับจ้างในท้องถิ่น)	"การเข้าพักรักษา ในสถานพยาบาลครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)...จ่ายค่ารักษาพยาบาล รวมเป็นเงินเท่าไร?"  ให้บันทึกจำนวนเงินเฉพาะ ส่วนที่จ่ายด้วยเงินของตนเอง หรือ ส่วนที่เบิกไม่ได้  (ถ้ารักษาฟรี หรือ นำไปเบิกจากหน่วยงาน หรือ จ่ายตรงทั้งหมด ให้บันทึก "0")	"การเข้าพักรักษา ในสถานพยาบาลครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)...ใช้สวัสดิการฯ ที่มี หรือไม่มี?"  บันทึกกรหัส  ไม่มีสวัสดิการฯ..... 1 มีสวัสดิการฯ และใช้ จากรัฐบาล ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)..... 2 ประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน..... 3 ข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ..... 4 รัฐวิสาหกิจ..... 5 หน่วยงานอิสระของรัฐ..... 6 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น..... 7 จากเอกชน ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน..... 8 สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง..... 9 อื่น ๆ (ระบุ)..... 10 (ถ้าบันทึกกรหัส 1-10 ข้ามไปถาม DH1) มีสวัสดิการฯ แต่ไม่ใช้..... 11 (ถามต่อไป)	ถามเฉพาะผู้ที่ไม่ใช้สวัสดิการฯ (IP11 = 11)  "...(ชื่อ)...ไม่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ ที่มี ในการเข้าพักรักษาในสถานพยาบาล ครั้งสุดท้าย เพราะเหตุใด?"  ให้ระบุสาเหตุที่สำคัญที่สุด  บันทึกกรหัส  อุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน..... 1 สถานพยาบาลอยู่ไกล/เดินทางไม่สะดวก..... 2 ไม่มีค่าพาหนะ..... 3 ซ้ำ รอนาน..... 4 ไม่แน่ใจในคุณภาพยา..... 5 ถูกเลือกปฏิบัติ..... 6 บุคลากรในรพ. ดู/พูดไม่ไพเราะ..... 7 แพทย์ไม่มีเวลาให้ซักถาม/ไม่ให้ข้อมูล..... 8 การวินิจฉัยไม่ตรง/รักษาไม่หาย..... 9 ไม่ได้อยู่ในภูมิลำเนาที่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ..... 10 สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการฯ ไม่ครอบคลุม..... 11 อื่น ๆ (ระบุ)..... 12
IP7	IP8	IP9	IP10	IP11	IP12
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข (ต่อ)

ง. การรับบริการทันตกรรมระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว

ถามทุกคน		ถามเฉพาะผู้ไปใช้บริการทันตกรรม (DH1 = 2)		
<p>"ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว...(ชื่อ)... ไปรับบริการทันตกรรมหรือไม่?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่รับบริการ..... 1 (ข้ามไปถาม UN1)</p> <p>รับบริการ..... 2 (ถามต่อไป)</p>	<p>"ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว ...(ชื่อ)...ไปรับบริการ ทันตกรรมกี่ครั้ง?"</p> <p>ให้บันทึกจำนวนครั้ง ที่ไปรับบริการ (ถ้าไม่ทราบ ให้บันทึก "99")</p>	<p>"การรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)...รับบริการทันตกรรมประเภทใด?"</p> <p>(ตอบได้ไม่เกิน 2 คำตอบ โดยเรียงลำดับตามความสำคัญในการรักษา)</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ชุดทันตบูรณะ/ ขัดฟันรักษารากฟัน (เหงือก)..... 1</p> <p>อุดฟัน..... 2</p> <p>รักษารากฟัน..... 3</p> <p>ถอนฟัน..... 4</p> <p>เคลือบหลุมร่องฟัน..... 5</p> <p>ใส่ฟันเทียม..... 6</p> <p>ดัดฟัน/จัดฟัน..... 7</p> <p>ตรวจรักษาสุขภาพในช่องปาก..... 8</p> <p>ทา/เคลือบ ฟลูออไรด์..... 9</p> <p>จำไม่ได้..... 10</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 11</p>	<p>"...(ชื่อ)...รับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย จากที่ใด?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>สถานพยาบาลของรัฐ</p> <p>สถานื่อนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุข/ ศูนย์สุขภาพชุมชน/รพ.สต.</p> <p>ที่ ไม่มี ทันตภิบาลและทันตแพทย์มาบริการ..... 1</p> <p>ที่มี ทันตภิบาลหรือทันตแพทย์มาบริการ..... 2</p> <p>โรงพยาบาลชุมชน..... 3</p> <p>โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์..... 4</p> <p>โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย..... 5</p> <p>โรงพยาบาลสังกัดอื่นของรัฐ..... 6</p> <p>สถานพยาบาลของเอกชน</p> <p>โรงพยาบาลเอกชน..... 7</p> <p>คลินิกเอกชน..... 8</p> <p>ร้านหมอชาวบ้าน/หมอมอเตอร์ไซด์/หมอรถบีคอป..... 9</p> <p>หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ของหน่วยงานต่าง ๆ..... 10</p> <p>โรงเรียน..... 11</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 12 (ถามต่อไป)</p>	
DH1	DH2	DH3_1	DH3_2	DH4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

154

155-156

157-158

159-160

161-162

ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข (ต่อ)

ง. การรับบริการทันตกรรมระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว

ถามเฉพาะผู้ไปใช้บริการทันตกรรมและใช้บริการในสถานพยาบาล (DH1 = 2 และ DH4 = 1-9, 12)

<p>"การรับบริการทันตกรรม ครั้งสุดท้าย...(ชื่อ)... จ่ายค่าพาหนะไปกลับ ทั้งหมดเป็นเงินเท่าไร?"</p> <p>ให้บันทึกค่าพาหนะสำหรับ การรับ-ส่งทั้งผู้บริการและผู้ดูแล  (ถ้าไม่มีค่าพาหนะ ให้บันทึก "0")  (ถ้าใช้รถส่วนตัวให้ประมาณ เหมือนค่ารถรับจ้างในท้องถิ่น)</p>	<p>"การรับบริการทันตกรรม ครั้งสุดท้าย...(ชื่อ)... จ่ายค่าบริการทั้งหมด รวมเป็นเงินเท่าไร?"</p> <p>ให้บันทึกจำนวนเงินเฉพาะ ส่วนที่จ่ายด้วยเงินของตนเอง หรือ ส่วนที่เบิกไม่ได้  (ถ้ารักษาฟรี หรือ นำไปเบิกจากหน่วยงาน หรือ จ่ายตรงทั้งหมด ให้บันทึก "0")</p>	<p>"การรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)... ใช้สวัสดิการฯ ที่มีหรือไม่?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มีสวัสดิการฯ..... 1</p> <p>มีสวัสดิการฯ และใช้</p> <p>จากรัฐบาล</p> <p>ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง).....2</p> <p>ประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน..... 3</p> <p>ข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ..... 4</p> <p>รัฐวิสาหกิจ..... 5</p> <p>หน่วยงานอิสระของรัฐ.....6</p> <p>องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น..... 7</p> <p>จากเอกชน</p> <p>ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน.....8</p> <p>สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง.....9</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 10</p> <p>(ถ้าบันทึกรหัส 1-10 ข้ามไปถาม UN1)</p> <p>มีสวัสดิการฯ แต่ไม่ใช้..... 11</p> <p>(ถามต่อไป)</p>	<p>ถามเฉพาะผู้ที่ไม่ใช้สวัสดิการฯ (DH7 = 11)</p> <p>"...(ชื่อ)...ไม่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ ที่มีในการรับบริการ ทันตกรรมครั้งสุดท้าย เพราะเหตุใด?"</p> <p>ให้ระบุสาเหตุที่สำคัญที่สุด</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>เจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย..... 1</p> <p>อุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน..... 2</p> <p>สถานพยาบาลอยู่ไกล/เดินทางไม่สะดวก..... 3</p> <p>ไม่สะดวกไปในเวลาทำการ..... 4</p> <p>ไม่มีค่าพาหนะ..... 5</p> <p>ช้า รอนาน..... 6</p> <p>ไม่แน่ใจคุณภาพยา..... 7</p> <p>ถูกเลือกปฏิบัติ..... 8</p> <p>บุคลากรใน รพ./ดู/พูดไม่ไพเราะ..... 9</p> <p>แพทย์ไม่มีเวลาให้ซักถามอาการ/ไม่ให้ข้อมูล..... 10</p> <p>การวินิจฉัยไม่ตรง/รักษาไม่หาย..... 11</p> <p>ไม่ได้อยู่ในภูมิลาเนาที่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ..... 12</p> <p>สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการฯ ไม่ครอบคลุม..... 13</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 14</p>												
DH5	DH6	DH7	DH8												
<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 50px; height: 25px;"></td><td style="width: 50px; height: 25px;"></td></tr> </table>			<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 50px; height: 25px;"></td><td style="width: 50px; height: 25px;"></td></tr> </table>		
<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 50px; height: 25px;"></td><td style="width: 50px; height: 25px;"></td></tr> </table>			<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 50px; height: 25px;"></td><td style="width: 50px; height: 25px;"></td></tr> </table>		
<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 50px; height: 25px;"></td><td style="width: 50px; height: 25px;"></td></tr> </table>			<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 50px; height: 25px;"></td><td style="width: 50px; height: 25px;"></td></tr> </table>		
<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 50px; height: 25px;"></td><td style="width: 50px; height: 25px;"></td></tr> </table>			<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 50px; height: 25px;"></td><td style="width: 50px; height: 25px;"></td></tr> </table>		
<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 50px; height: 25px;"></td><td style="width: 50px; height: 25px;"></td></tr> </table>			<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td style="width: 50px; height: 25px;"></td><td style="width: 50px; height: 25px;"></td></tr> </table>		

### ตอนที่ 4 ความจำเป็นทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง

การเจ็บป่วยที่ไม่ต้องนอนในสถานพยาบาล		การเข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาล (ผู้ป่วยใน)		การรับบริการทันตกรรม	
ถามทุกคน	ถามเฉพาะ UN1 = 2	ถามทุกคน	ถามเฉพาะ UN3 = 2	ถามทุกคน	ถามเฉพาะ UN5 = 2
<p>"ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว มีบ้างหรือไม่ที่... (ชื่อ)... เคยป่วยา</p> <p>และจำเป็นต้องการรับการตรวจรักษา แต่ท่านไม่ได้ไปรับการตรวจรักษา?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มี..... 1</p> <p>(ข้ามไปถาม UN3)</p> <p>มี..... 2</p> <p>(ถามต่อไป)</p>	<p>"เพราะเหตุใด ... (ชื่อ)... จึงไม่ได้เข้ารับการตรวจรักษาในครั้งนั้น?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล..... 1</p> <p>ไม่มีค่าเดินทางไปรับการรักษา..... 2</p> <p>คิวยาว/ต้องรอนาน..... 3</p> <p>เดินทางไม่สะดวก/อยู่ห่างไกล..... 4</p> <p>ไม่มีเวลาไปรับการรักษา..... 5</p> <p>ไม่เชื่อมั่นหรือไม่ประทับใจ</p> <p>ในสถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการ..... 6</p> <p>ไม่ทราบว่าไปรับการรักษาที่ใด..... 7</p> <p>ไม่มีผู้พาไปรับการรักษา..... 8</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 9</p>	<p>"ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว มีบ้างหรือไม่ที่... (ชื่อ)... เคยป่วยา</p> <p>จนต้องนอนในสถานพยาบาลหรือแพทย์ต้องการให้นอนรักษาในสถานพยาบาล แต่ท่านไม่ได้เข้านอนรักษา</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มี..... 1</p> <p>(ข้ามไปถาม UN5)</p> <p>มี..... 2</p> <p>(ถามต่อไป)</p>	<p>"เพราะเหตุใด ... (ชื่อ)... จึงไม่ได้เข้ารับการรักษาในครั้งนั้น?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล..... 1</p> <p>ไม่มีค่าเดินทางไปรับการรักษา..... 2</p> <p>คิวยาว/ต้องรอนาน..... 3</p> <p>เดินทางไม่สะดวก/อยู่ห่างไกล..... 4</p> <p>ไม่มีเวลาไปรับการรักษา..... 5</p> <p>ไม่เชื่อมั่นหรือไม่ประทับใจ</p> <p>ในสถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการ..... 6</p> <p>ไม่ทราบว่าไปรับการรักษาที่ใด..... 7</p> <p>ไม่มีผู้พาไปรับการรักษา..... 8</p> <p>เป็นข้อจำกัดของผู้ให้บริการ เช่น</p> <p>เตียงเต็ม สถานที่ไม่รองรับ ฯลฯ..... 9</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 10</p>	<p>"ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว มีบ้างหรือไม่ที่... (ชื่อ)... เคยมีปัญหาสุขภาพช่องปาก และต้องการเข้ารับบริการ แต่ไม่ได้เข้ารับบริการ?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มี..... 1</p> <p>(ข้ามไปถาม HA1)</p> <p>มี..... 2</p> <p>(ถามต่อไป)</p>	<p>"เพราะเหตุใด ... (ชื่อ)... จึงไม่ได้เข้ารับบริการในครั้งนั้น?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มีเงินจ่ายค่าบริการ..... 1</p> <p>ไม่มีค่าเดินทางไปรับบริการ..... 2</p> <p>คิวยาว/ต้องรอนาน..... 3</p> <p>เดินทางไม่สะดวก/อยู่ห่างไกล..... 4</p> <p>ไม่มีเวลาไปรับบริการ..... 5</p> <p>ไม่เชื่อมั่นหรือไม่ประทับใจ</p> <p>ในสถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการ..... 6</p> <p>ไม่ทราบว่าไปรับบริการที่ใด..... 7</p> <p>ไม่มีผู้พาไปรับบริการ..... 8</p> <p>เป็นข้อจำกัดของผู้ให้บริการ เช่น</p> <p>ไม่มีทันตบุคลากร</p> <p>สถานที่ไม่รองรับ ฯลฯ..... 9</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 10</p>
<b>UN1</b>	<b>UN2</b>	<b>UN3</b>	<b>UN4</b>	<b>UN5</b>	<b>UN6</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
175	176-177	178	179-180	181	182-183

**ตอนที่ 5 การประเมินสถานะสุขภาพ**

ถามเฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่ตอบด้วยตนเอง

"ขณะนี้ท่านคิดว่าสุขภาพของตนเองเป็นอย่างไรมากที่สุด?"

<p><b>การเคลื่อนไหว</b> (การเดิน การเคลื่อนที่ไปมา) บันทึกครั้ง</p> <p>ไม่มีปัญหา..... 1 มีปัญหา เล็กน้อย..... 2 ปานกลาง..... 3 อย่างมาก..... 4 เดินไม่ได้..... 5</p>	<p><b>การดูแลตนเอง</b> (การอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้า ได้ด้วยตัวเอง ) บันทึกครั้ง</p> <p>ไม่มีปัญหา..... 1 มีปัญหา เล็กน้อย..... 2 ปานกลาง..... 3 อย่างมาก..... 4 ทำไม่ได้เลย..... 5</p>	<p><b>กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ</b> (เช่น การทำงาน การเรียนหนังสือ การทำงานบ้าน การทำกิจกรรม ยามว่าง ฯลฯ) บันทึกครั้ง</p> <p>ไม่มีปัญหา..... 1 มีปัญหา เล็กน้อย..... 2 ปานกลาง..... 3 อย่างมาก..... 4 ทำไม่ได้เลย..... 5</p>	<p><b>อาการเจ็บปวด หรือ อาการไม่สบายตัว</b> บันทึกครั้ง</p> <p>ไม่มีอาการ..... 1 มีอาการ เล็กน้อย..... 2 ปานกลาง..... 3 อย่างมาก..... 4 อย่างมากที่สุด..... 5</p>	<p><b>ความวิตกกังวล หรือ ซึมเศร้า</b> บันทึกครั้ง</p> <p>ไม่รู้สึก..... 1 รู้สึก เล็กน้อย..... 2 ปานกลาง..... 3 อย่างมาก..... 4 อย่างมากที่สุด..... 5</p>
HA1	HA2	HA3	HA4	HA5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ตอนที่ 6 การตรวจหามะเร็งเต้านม			
ถามเฉพาะผู้หญิง และตอบด้วยตนเอง			
ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป		ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป	
<p>“ระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์... (ชื่อ)...เคยตรวจหาก้อนที่เต้านมด้วยตนเองหรือไม่?”</p> <p style="text-align: right;">บันทึกกรหัส</p> <p>ไม่เคย..... 1</p> <p>เคย</p> <p>ทุกเดือน..... 2</p> <p>ทุก 2 เดือน..... 3</p> <p>ทุก 3 เดือน..... 4</p> <p>มากกว่า 3 เดือน..... 5</p>	<p>“ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา...(ชื่อ)...เคยได้รับการตรวจหาก้อนที่เต้านมจากบุคลากรสาธารณสุขหรือไม่?”</p> <p style="text-align: right;">บันทึกกรหัส</p> <p>ไม่เคย..... 1</p> <p>เคย</p> <p>1 ครั้ง..... 2</p> <p>2 ครั้ง..... 3</p> <p>3 ครั้ง..... 4</p> <p>4 ครั้ง..... 5</p> <p>5 ครั้ง..... 6</p> <p>มากกว่า 5 ครั้ง..... 7</p>	<p>“ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา...(ชื่อ)...เคยได้รับการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยวิธีแมมโมแกรมหรือไม่?”</p> <p style="text-align: right;">บันทึกกรหัส</p> <p>ไม่เคย..... 1</p> <p style="text-align: center;">(ถามต่อไป)</p> <p>เคย</p> <p>1 ครั้ง..... 2</p> <p>2 ครั้ง..... 3</p> <p>3 ครั้ง..... 4</p> <p>4 ครั้ง..... 5</p> <p>5 ครั้ง..... 6</p> <p>มากกว่า 5 ครั้ง..... 7</p> <p style="text-align: center;">(ถ้าบันทึกกรหัส 2 - 7 ให้ข้ามไป CE1)</p>	<p>ถามเฉพาะผู้ไม่เคยได้รับการตรวจมะเร็งเต้านม (BE3 = 1)</p> <p>“(ชื่อ)...ไม่เคยตรวจมะเร็งเต้านมด้วยวิธีแมมโมแกรมเพราะเหตุใด?”</p> <p style="text-align: right;">ให้ระบุสาเหตุที่สำคัญที่สุด</p> <p style="text-align: right;">บันทึกกรหัส</p> <p>ไม่รู้จักร..... 1</p> <p>คิดว่าไม่จำเป็น..... 2</p> <p>ค่าใช้จ่ายแพง..... 3</p> <p>ไม่มีความผิดปกติที่เต้านม..... 4</p> <p>กลัวเจ็บ..... 5</p> <p>อายหมอ..... 6</p> <p>ไม่มีเวลา..... 7</p> <p>สถานพยาบาลที่มีเครื่องมืออยู่ไกล..... 8</p> <p>สวัสดิการฯ ที่ได้รับไม่ครอบคลุม..... 9</p>
<b>BE1</b>	<b>BE2</b>	<b>BE3</b>	<b>BE4</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ตอนที่ 7 การตรวจหามะเร็งปากมดลูก

ถามหญิงอายุ 30 ปีขึ้นไป และตอบด้วยตนเอง

“...(ชื่อ)...เคยตรวจ มะเร็งปากมดลูกหรือไม่?” บันทึกครั้งที่.....	ถามผู้ที่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก (CE1 = 2-7)			ถามผู้ที่ไม่เคยตรวจ
	“.....(ชื่อ)...ตรวจมะเร็งปากมดลูก จากที่ใด?” บันทึกครั้งที่.....	“สาเหตุสำคัญที่สุดที่...(ชื่อ)... ไปตรวจมะเร็งปากมดลูก?” บันทึกครั้งที่.....	“...(ชื่อ)...ได้รับทราบผล การตรวจมะเร็งปากมดลูก หรือไม่?” บันทึกครั้งที่.....	มะเร็งปากมดลูก (CE1 = 1) “สาเหตุสำคัญที่สุดที่...(ชื่อ).. ไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก?” บันทึกครั้งที่.....
ไม่เคย..... 1 (ข้ามไปถาม CE5)	สถานพยาบาลของรัฐ บันทึกครั้งที่.....	ตรวจสุขภาพประจำปี..... 1	ไม่ทราบ..... 1	คิดว่าไม่จำเป็น..... 1
เคย	สถานอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุข/ ศูนย์สุขภาพชุมชน/รพ.สต..... 1	ตรวจหลังคลอด..... 2	ทราบ	ไม่เคยทราบว่าต้องตรวจ..... 2
ภายใน 1 ปี..... 2	โรงพยาบาลชุมชน..... 2	กลัวเป็นมะเร็งปากมดลูก..... 3	ผลปกติ..... 2	ค่าใช้จ่ายแพง..... 3
ภายใน 2 ปี..... 3	โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์..... 3	มีอาการผิดปกติ..... 4	ผลผิดปกติและ ได้พบแพทย์..... 3	ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ..... 4
ภายใน 3 ปี..... 4	โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย..... 4	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ..... 5	ผลผิดปกติแต่ ไม่ได้พบแพทย์..... 4	อายหมอหรือบุคลากร สาธารณสุข..... 5
ภายใน 4 ปี..... 5	โรงพยาบาลสังกัดอื่นของรัฐ..... 5	มีการให้บริการในวันหยุด..... 7	ไม่ได้พบแพทย์..... 4	ไม่มีเวลา..... 6
ภายใน 5 ปี..... 6	สถานพยาบาลของเอกชน โรงพยาบาลเอกชน..... 6	มีรถเคลื่อนที่มาให้บริการ ในชุมชน/ใกล้บ้าน..... 8		กลัวเจ็บ..... 7
มากกว่า 5 ปีขึ้นไป..... 7 (ถ้าบันทึก 2-7 ถามต่อไป)	คลินิกเอกชน..... 7	อื่น ๆ (ระบุ)..... 9		กลัวตรวจพบว่าเป็นมะเร็ง ปากมดลูก..... 8
	อื่น ๆ (ระบุ)..... 8			สวัสดิการที่ได้รับ ไม่ครอบคลุม..... 9
				อื่น ๆ (ระบุ)..... 10
<b>CE1</b>	<b>CE2</b>	<b>CE3</b>	<b>CE4</b>	<b>CE5</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ตอนที่ 8 ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะ

ถามเฉพาะผู้ที่มียาอยู่ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และตอบด้วยตนเอง

"ระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา...(ชื่อ)... ได้ใช้ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะ หรือไม่?" (รวมทั้ง ยาเม็ด ยาผง ยาน้ำ) <b>ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะ</b> ในแบบสอบถามนี้ หมายถึง ยาที่ยับยั้ง/ฆ่า/ต้านเชื้อโรค ที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคติดเชื้อ และอาการเจ็บป่วยในคนและสัตว์ บันทึกรหัส ได้ใช้..... 1 (ถามต่อไป) ไม่ได้ใช้..... 2 ไม่แน่ใจ..... 3 (ข้ามไป AB5)	ถามเฉพาะผู้ใช้ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะ (AB1 = 1)		
	"...(ชื่อ)...ได้รับยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะ จากแหล่งใด?" (เลือกเพียง 1 คำตอบ) บันทึกรหัส สถานพยาบาลของรัฐ สถานอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุข ศูนย์สุขภาพชุมชน/รพ.สต..... 1 โรงพยาบาลชุมชน..... 2 โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์..... 3 โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย..... 4 โรงพยาบาลสังกัดอื่นของรัฐ..... 5 สถานพยาบาลของเอกชน โรงพยาบาลเอกชน..... 6 คลินิกเอกชน..... 7 ร้านขายยา..... 8 ช่องทางออนไลน์..... 9 ร้านเช่า..... 10 ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะที่เหลือจากการรักษา ที่ผ่านมา (ของตนเองและคนอื่น)..... 11 หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ของหน่วยงานต่าง ๆ..... 12 อื่น ๆ (ระบุ)..... 13	"...(ชื่อ)...ได้รับยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะ ครั้งสุดท้ายเพื่อรักษาอาการใด?" (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ) บันทึกรหัส เจ็บคอ..... 1 ไอ..... 2 มีไข้..... 3 ถ่ายเหลว..... 4 ปวดศีรษะ..... 5 ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ..... 6 มีแผลฝี/หนอง..... 7 มีแผลสด/แผลเลือดออก..... 8 บัสสภาวะแสบขัด..... 9 ตกขาว..... 10 ปวดฟัน..... 11 อื่น ๆ (ระบุ)..... 12 ไม่มีอาการ..... 13 ไม่ทราบ..... 99	"...(ชื่อ)...ได้รับยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะ ครั้งสุดท้ายเพื่อรักษาโรคใด?" (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ) บันทึกรหัส ปอดบวม..... 1 หลอดลมอักเสบ..... 2 คออักเสบ/ทอนซิลอักเสบ..... 3 ไซ้หวัด/ไซ้หวัดใหญ่..... 4 ท้องร่วง/ท้องเสีย..... 5 บิด/ถ่ายเป็นมูกปนเลือดและมีไข้..... 6 ผิวหนังติดเชื้อ/แผลติดเชื้อ..... 7 กระเพาะปัสสาวะอักเสบ/กรวยไตอักเสบ..... 8 ช่องคลอดอักเสบ/มดลูกอักเสบ/ อุ้งเชิงกรานอักเสบ..... 9 หูน้ำหนวก/หูชั้นกลางอักเสบ/ไซนัสอักเสบ..... 10 เหงือกบวม/เหงือกเลือดออก..... 11 อื่น ๆ (ระบุ)..... 12 ไม่มีโรค..... 13 ไม่ทราบ..... 99
AB1	AB2	AB3_1-AB3_12	AB4_1-AB4_12
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....
201	202-203	204-227	228-251

ตอนที่ 8 ยาม่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะ (ต่อ)

ถามเฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และตอบด้วยตนเอง

<p>"เมื่อไหร่ที่...(ชื่อ)...คิดว่าควรหยุดใช้ยาม่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะหลังจากได้รับการรักษา?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>เมื่ออาการป่วยดีขึ้น..... 1</p> <p>เมื่อได้รับยาม่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะครบถ้วน (ตามที่แพทย์/บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ)..... 2</p> <p>อื่น ๆ เช่น หยุดกินเอง..... 3</p> <p>ไม่ทราบ..... 9</p>	<p>"จากข้อความต่อไปนี้...(ชื่อ)...คิดว่าข้อความต่อไปนี้ จริงหรือไม่?"</p> <p>AB6_1 ยาม่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะฆ่าเชื้อไวรัสได้</p> <p>AB6_2 ยาม่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะรักษาไข้หวัดได้</p> <p>AB6_3 การใช้ยาม่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นทำให้การรักษาไม่ได้ผลหรือเชื้อดื้อยา</p> <p>AB6_4 การได้รับยาม่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะบ่อยครั้งก่อให้เกิดผลข้างเคียง เช่น ท้องเสีย</p> <p>AB6_5 ยาม่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะกับยาแก้อักเสบเป็นยาชนิดเดียวกัน</p> <p>รหัสคำตอบ AB6_1-AB6_5</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>จริง..... 1</p> <p>ไม่จริง..... 2</p> <p>ไม่ทราบ..... 9</p>	<p>"...(ชื่อ)...มีความเห็นต่อข้อความเหล่านี้หรือไม่?"</p> <p>AB7_1 ฉันควรใช้ยาม่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะที่แพทย์พยาบาล หรือเภสัชกร สั่งให้เท่านั้น</p> <p>AB7_2 ฉันควรเก็บยาม่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะที่เหลือเพื่อใช้ในการเจ็บป่วยครั้งต่อไป</p> <p>AB7_3 เชื้อดื้อยาเป็นปัญหาที่ฉันควรให้ความสำคัญ</p> <p>AB7_4 ฉันกังวลว่า เชื้อดื้อยาจะส่งผลเสียต่อสุขภาพของฉันและครอบครัว</p> <p>AB7_5 ถ้าฉันใช้ยาม่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้องฉันไม่มีความเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อดื้อยา</p> <p>รหัสคำตอบ AB7_1-AB7_5</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง..... 1</p> <p>ไม่เห็นด้วย..... 2</p> <p>เฉย ๆ..... 3</p> <p>เห็นด้วย..... 4</p> <p>เห็นด้วยอย่างยิ่ง..... 5</p>	<p>"ระหว่าง 12 เดือนที่ผ่านมา...(ชื่อ)...ได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำว่าไม่ควรใช้ยาม่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น หรือ เรื่องเชื้อดื้อยาหรือไม่?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ได้รับ..... 1</p> <p>(ถามต่อไป)</p> <p>ไม่ได้รับ..... 2</p> <p>ไม่ทราบ..... 9</p> <p>(ข้ามไป AB10)</p>
--	--	---	---

AB5	AB6_1	AB6_2	AB6_3	AB6_4	AB6_5	AB7_1	AB7_2	AB7_3	AB7_4	AB7_5	AB8
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263



ตอนที่ 8 ยาม่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะ (ต่อ)					ผู้ตอบสัมภาษณ์
ถามเฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และตอบด้วยตนเอง					
ถามเฉพาะผู้ได้รับข้อมูลการใช้ยาม่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น (AB8 = 1)	"ท่านทราบหรือไม่ว่ามีการใช้ยาม่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะในสัตว์ที่นำมาทำเป็นอาหาร เช่น สุนัข โค ไก่?"	"ท่านทราบหรือไม่ว่ามีการจำหน่ายเนื้อสัตว์ที่มาจาก การเลี้ยงสัตว์โดยไม่ใช้ยาม่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะ?"	"ถ้ามีการจำหน่ายเนื้อสัตว์ที่มาจาก การเลี้ยงสัตว์โดยไม่ใช้ยาม่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ท่านจะตัดสินใจซื้อเนื้อสัตว์ที่ไม่ใช้ยาม่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะคืออะไร?"	"การเลี้ยงสัตว์โดยไม่ใช้ยาม่าเชื้อ อาจมีต้นทุนการผลิตสูงขึ้น ท่านยินดีที่จะซื้อเนื้อสัตว์ดังกล่าวในราคาที่เพิ่มขึ้นสูงสุดกี่เปอร์เซ็นต์เมื่อเทียบกับราคามาตรฐานในตลาด?"	
<p>"...(ชื่อ)... ได้รับข้อมูลดังกล่าวจากที่ใด?"</p> <p>(ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)</p> <p>บันทึกครั้งที่</p> <p>แหล่งพบความรู้/ไปสเตอร์..... 1</p> <p>หนังสือพิมพ์..... 2</p> <p>วิทยุ..... 3</p> <p>โทรทัศน์..... 4</p> <p>อินเทอร์เน็ต/ Social media..... 5</p> <p>สมาชิกในครอบครัว/เพื่อน..... 6</p> <p>แพทย์..... 7</p> <p>พยาบาล..... 8</p> <p>เภสัชกร..... 9</p> <p>บุคลากรทางการแพทย์อื่น..... 10</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 11</p> <p>ไม่ทราบ..... 99</p>	<p>บันทึกครั้งที่</p> <p>ทราบ..... 1</p> <p>ไม่ทราบ..... 2</p> <p>ไม่แน่ใจ..... 3</p>	<p>บันทึกครั้งที่</p> <p>ทราบ..... 1</p> <p>ไม่ทราบ..... 2</p> <p>ไม่แน่ใจ..... 3</p>	<p>(ตอบได้เพียง 1 คำตอบ)</p> <p>บันทึกครั้งที่</p> <p>ราคา..... 1</p> <p>คุณภาพของเนื้อ ได้แก่</p> <p>ลักษณะปรากฏ ความนุ่ม</p> <p>ความชุ่มฉ่ำ กลิ่นและรสชาติ..... 2</p> <p>สารอาหาร..... 3</p> <p>การหาล้างได้ง่าย..... 4</p> <p>การได้รับการรับรองมาตรฐาน..... 5</p> <p>การเลี้ยงสัตว์ที่เป็นมิตร</p> <p>ต่อสิ่งแวดล้อม..... 6</p> <p>การเลี้ยงอย่างเป็นมิตร</p> <p>กับตัวสัตว์..... 7</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 8</p>	<p>บันทึกครั้งที่</p> <p>น้อยกว่าร้อยละ 5..... 1</p> <p>ร้อยละ 5-10..... 2</p> <p>ร้อยละ 11-20..... 3</p> <p>ร้อยละ 21-30..... 4</p> <p>มากกว่าร้อยละ 30..... 5</p> <p>ไม่ยินดีจ่ายในราคาที่แพงกว่าราคามาตรฐานในตลาด..... 6</p>	<p>บันทึกครั้งที่</p> <p>ตนเอง..... 1</p> <p>ผู้อื่นตอบแทน..... 2</p>
AB9_1-AB9_11	AB10	AB11	AB12	AB13	Response
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
264-285	286	287	288	289	290

