

สอศ.
(แบบแจงนับ)

การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2554

| | | | | | | |
|---|----------|---------|---|------|---|-------|
| 1. ภาค.....จังหวัด..... | REG | CWT | | | | 1-3 |
| 2. อำเภอ / เขต.....ตำบล / แขวง..... | AMP | TMB | | | | 4-7 |
| 3. บ้านเลขที่.....ถนน.....ตรอก / ซอย..... | | | | | | |
| 4. ในเขตเทศบาล ED.....BLK..... | AREA | ED | | | | 8-11 |
| นอกเขตเทศบาล ED.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน..... | | BLK_VIL | | | | 12-13 |
| 5. ลำดับที่ชุมนุมอาคาร / หมู่บ้านตัวอย่าง..... | PSU_NO | | | | | 14-17 |
| 6. เดือน.....มีนาคม.....พ.ศ. 2554 | MONTH_YR | 0 | 3 | 5 | 4 | 18-21 |
| 7. ลำดับที่ครัวเรือนตัวอย่าง.....ประเภทส่วนบุคคล | HH_NO | | | TYPE | I | 22-24 |
| 8. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ชั้นแจงนับคน | MEMBERS | | | | | 25-26 |
| 9. ผลการแจงนับครัวเรือนตัวอย่างนี้ (บันทึกรหัส) | ENUM | | | | | 27-28 |

| ได้ข้อมูล | | รหัส | ไม่ได้ข้อมูล | | รหัส | |
|---|----------------|------|--------------------------|-------------------|------|----|
| ชั้นนับจุด | ชั้นแจงนับ | | ชั้นนับจุด | ชั้นแจงนับ | | |
| 1. เป็นครัวเรือนตัวอย่าง 1.1 มีครัวเรือนอาศัยอยู่ | แจงนับได้ | 11 | 1. เป็นครัวเรือนตัวอย่าง | ไปสามครั้งไม่พบ | 21 | |
| | รื้อถอน ไฟไหม้ | | | ผู้ตอบสัมภาษณ์ | | 22 |
| | เป็นบ้านว่าง | | | ไม่ให้ความร่วมมือ | | |
| | | | | หาบ้านไม่พบ | 23 | |
| 2. ไม่เป็นครัวเรือนตัวอย่าง (ครัวเรือนใหม่อยู่แทน ครัวเรือนเดิมที่เป็นตัวอย่าง) | แจงนับได้ | 14 | 2. อื่น ๆ (ระบุ) | | 24 | |

แจงนับวันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2554

บรรณาธิการและลงรหัสวันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2554

ชื่อตัว - ชื่อสกุล.....

ชื่อตัว - ชื่อสกุล.....

พนักงานแจงนับ

พนักงานบรรณาธิการและลงรหัส

ลายมือชื่อ.....ผู้ตรวจ

(.....)

ตำแหน่ง.....

| ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของสมาชิกในครัวเรือน | | | ตอนที่ 2 หลักประกันด้านสุขภาพ (สวัสดิการการรักษาพยาบาล) | |
|---|---|---|---|---------------------------|
| ถามทุกคน | | | ถามทุกคน | |
| ลำดับที่ | เพศ | อายุ | "ปัจจุบัน...(ชื่อ)...มีสวัสดิการการรักษาพยาบาลหรือไม่?" "ถ้ามี เป็นประเภทใด?" (ตอบได้ไม่เกิน 2 คำตอบ โดยเรียงลำดับตามสวัสดิการฯ หลัก ของตนเองก่อน ถ้ามีสวัสดิการจากรัฐฯและแหล่งอื่น ให้บันทึกสวัสดิการฯ ที่ได้รับจากรัฐก่อน) | |
| | บันทึกรหัส ชาย..... 1 หญิง..... 2 | บันทึก อายุเต็มปี ถ้าต่ำกว่า 1 ปี บันทึก "0" | ไม่มีสวัสดิการการรักษาพยาบาล..... 1 | |
| | | | มีสวัสดิการฯ | |
| | | | จากรัฐบาล | |
| | | | ประกันสุขภาพ (บัตรทอง) 2 | |
| | | | ประกันสังคม / กองทุนเงินทดแทน..... 3 | |
| | | | สวัสดิการข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ / รัฐวิสาหกิจ..... 4 | |
| | | | จากแหล่งอื่น | |
| | | | ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน..... 5 | |
| | | | สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง..... 6 | |
| | | | อื่น ๆ (ระบุ)..... 7 | |
| | | | ไม่ทราบว่ามี/ไม่มีสวัสดิการฯ..... 8 | |
| ตัดออกจาก สพบส.54 | ตัดออกจาก สพบส.54 | ตัดออกจาก สพบส.54 | คำตอบที่ 1 (สวัสดิการหลัก) | คำตอบที่ 2 (สวัสดิการรอง) |
| A1 | A4 | A5 | HW1_1 | HW1_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"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข
ก. การเจ็บป่วยในเดือนที่แล้ว (เฉพาะการป่วยที่ไม่ต้องนอนในสถานพยาบาล)

| ถามทุกคน | ถามเฉพาะผู้ที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย (HW2 = 2) | |
|---|---|---|
| <p align="center">"ในเดือนที่แล้ว...(ชื่อ)... มีอาการป่วยหรือรู้สึกไม่สบายหรือไม่?"</p> <p align="right">บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มี..... 1 (ข้ามไปถาม HW5)</p> <p>มี..... 2 (ถามต่อไป)</p> | <p align="center">"ในเดือนที่แล้ว...(ชื่อ)... มีอาการป่วยหรือรู้สึกไม่สบายกี่ครั้ง?"</p> <p align="right">ให้บันทึกจำนวนครั้งที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย</p> <p align="center">(ถ้าเกิน 8 ครั้งให้บันทึก "8")</p> <p align="center">(ถ้าไม่ทราบ ให้บันทึก "9")</p> | <p align="center">"อาการป่วยหรือรู้สึกไม่สบายครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)...ป่วยด้วยโรคอะไร หรือ มีอาการอย่างไร?"</p> <p align="right">บันทึกรหัส</p> <p>ระบบทางเดินหายใจ (ไอ / หวัด / มีน้ำมูก / หอบ)..... 1</p> <p>ท้องร่วง / ท้องเสีย / บิด..... 2</p> <p>ปวดท้อง / ท้องอืด / ท้องเฟ้อ / โรคกระเพาะ..... 3</p> <p>ปวดหลัง / ปวดกล้ามเนื้อ..... 4</p> <p>ความเครียด / นอนไม่หลับ / ปวดหัว..... 5</p> <p>โรคผิวหนัง / กลากเกลื้อน / ผดผื่น..... 6</p> <p>ตา / หู / คอ / จมูก..... 7</p> <p>โรคในช่องปาก / ฟันผุ / โรคเหงือก / แผลในปาก..... 8</p> <p>ไข้..... 9</p> <p>โรคเรื้อรัง / โรคประจำตัว..... 10</p> <p>อื่นๆ (ระบุ)..... 11</p> |
| HW2 | HW3 | HW4 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <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. การเจ็บป่วยในเดือนที่แล้ว (เฉพาะการป่วยที่ไม่ต้องนอนในสถานพยาบาล)

| ถามทุกคน | ถามเฉพาะผู้ที่เกิดอุบัติเหตุ หรือ ถูกทำร้าย (HW5 = 2) | | |
|---|---|---|--|
| <p>"ในเดือนที่แล้ว...(ชื่อ)... มีการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือ ถูกทำร้ายร่างกายหรือไม่?"</p> <p align="right">บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มี..... 1 (ข้ามไปถาม HW9)</p> <p>มี..... 2 (ถามต่อไป)</p> | <p>"ในเดือนที่แล้ว...(ชื่อ)... มีการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือ ถูกทำร้ายร่างกายกี่ครั้ง?"</p> <p align="right">ให้บันทึกจำนวนครั้งที่ได้รับบาดเจ็บ</p> <p>จากอุบัติเหตุ หรือ ถูกทำร้ายร่างกาย</p> <p>(ถ้าเกิน 8 ครั้งให้บันทึก "8") (ถ้าไม่ทราบ ให้บันทึก "9")</p> | <p>"อุบัติเหตุ หรือ ถูกทำร้ายร่างกาย ครั้งสุดท้ายที่...(ชื่อ)...ได้รับ เกิดจากสาเหตุใด?"</p> <p align="right">บันทึกรหัส</p> <p>อุบัติเหตุจากยานพาหนะ</p> <p>รถจักรยานยนต์..... 1</p> <p>รถยนต์ รถกระบะ รถตู้ รถบรรทุกเล็ก..... 2</p> <p>รถบรรทุกขนาดใหญ่ รถยนต์โดยสารประจำทาง..... 3</p> <p>อื่นๆ 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>อุบัติเหตุอื่นๆ เช่น ตกน้ำ ฯลฯ (ระบุ)..... 9</p> <p>ถูกทำร้าย</p> <p>โดยใช้กำลังกาย..... 10</p> <p>โดยใช้วัตถุมีคม / ไม่มีมีคม เช่น มีด ไม้ ฯลฯ..... 11</p> <p>โดยวิธีอื่นๆ เช่น ถูกยิง ฯลฯ (ระบุ)..... 12</p> | <p>"อุบัติเหตุ หรือ ถูกทำร้ายร่างกาย ครั้งสุดท้ายที่...(ชื่อ)...ได้รับ เกิดขึ้นในสถานที่ใด?"</p> <p align="right">บันทึกรหัส</p> <p>ภายในบ้าน / บริเวณบ้าน..... 1</p> <p>บนท้องถนน..... 2</p> <p>ในทุ่งนา / ไร่ / สวน..... 3</p> <p>โรงงาน..... 4</p> <p>สำนักงาน..... 5</p> <p>โรงเรียน..... 6</p> <p>แหล่งน้ำ..... 7</p> <p>สวนสาธารณะ..... 8</p> <p>ร้านอาหาร / สถานบันเทิง..... 9</p> <p>วัด / สถานที่ทางศาสนา..... 10</p> <p>อื่นๆ (ระบุ)..... 11</p> |
| HW5 | HW6 | HW7 | HW8 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <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. การเจ็บป่วยในเดือนที่แล้ว (เฉพาะการป่วยที่ ไม่ ต้องนอนในสถานพยาบาล)

| ถามทุกคน | ถามเฉพาะผู้ที่มีโรคเรื้อรัง / โรคประจำตัว (HW9 = 2) | | | | ถามทุกคน | |
|---|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--|
| ...(ชื่อ)...มีโรคเรื้อรัง / โรคประจำตัวหรือไม่?" | "...(ชื่อ)...มีโรคเรื้อรัง / โรคประจำตัวอะไรบ้าง?" (ตอบได้ไม่เกิน 3 โรค) | | | | "ในเดือนที่แล้ว...(ชื่อ)... ไปรับบริการทางการแพทย์ เช่น การไปพบแพทย์ตามนัด การไปซื้อ/รับยา เป็นต้น เนื่องจาก โรคเรื้อรัง/ โรคประจำตัวหรือไม่?" (ไม่รวมที่เจ็บป่วย) ให้บันทึกครั้งที่ไปรับบริการ (ถ้าเกิน 8 ครั้ง ให้บันทึก "8") (ถ้าไม่ได้ไป ให้บันทึก "0") (ถ้าไม่ทราบ ให้บันทึก "9") | "ในเดือนที่แล้ว...(ชื่อ)... มีการเจ็บป่วย ครั้งสุดท้ายจากสาเหตุใด?" บันทึกครั้งที่ ไม่เจ็บป่วย..... 1 (ข้ามไปถาม HW21) เจ็บป่วย เนื่องจาก อาการป่วย / รู้สึกไม่สบาย (HW2=2)..... 2 อุบัติเหตุ / ถูกทำร้าย (HW5=2)..... 3 ไปรับบริการอื่นๆ เนื่องจาก โรคเรื้อรัง / โรคประจำตัว (HW11=1-8) (นอกเหนือจากการป่วย)..... 4 (ถ้าบันทึกครั้งที่ 2-4 ถามต่อไป) |
| บันทึกครั้งที่ ไม่มี..... 1 (ข้ามไปถาม HW12) มี..... 2 (ถามต่อไป) | ชื่อโรค | รหัส | ชื่อโรค | รหัส | | |
| | เบาหวาน | 01 | ภูมิแพ้ | 16 | | |
| | ไทรอยด์ / คอพอก | 02 | ตับแข็ง | 17 | | |
| | ความดันโลหิตสูง | 03 | ไตวาย/ ไตพิการ | 18 | | |
| | โรคหัวใจ (หัวใจโต/ กล้ามเนื้อหัวใจ/ หัวใจตีบ/ หัวใจรั่ว/ หลอดเลือดหัวใจ) | 04 | ต่อมลูกหมากโต/ อักเสบ | 19 | | |
| | โรคไขมันในเส้นเลือดสูง/ คอเลสเตอรอลสูง | 05 | นิ้วในอุ้งน้ำดี | 20 | | |
| | โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน | 06 | นิ้วในระบบปัสสาวะ (ไต/ กระเพาะปัสสาวะ) | 21 | | |
| | โรคมะเร็ง (มะเร็งปอด/ มะเร็งตับ/ มะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นต้น) | 07 | เก๊าท์/ รูมาตอยด์ | 22 | | |
| | โรคพิษสุราเรื้อรัง | 08 | โรคปวดเข่าเรื้อรัง/ ข้อเข่าเสื่อม | 23 | | |
| | โรคซึมเศร้า/ โรคจิตประเภท/ โรคจิตประสาทอื่นๆ | 09 | โรคปวดหลังเรื้อรัง/ ปวดคอเรื้อรัง | 24 | | |
| | สมองเสื่อม | 10 | โรคเอชดี | 25 | | |
| | ลมชัก/ ลมบ้าหมู | 11 | โรคโปลิโอ | 26 | | |
| | ต่อกระจก/ ต้อหิน | 12 | โรคเรื้อน | 27 | | |
| | ประสาทหูเสื่อม | 13 | ชาลัสซีเมีย | 28 | | |
| | หอบหืด/ ถุงลมโป่งพอง | 14 | สติปัญญาผิดปกติ (ดาวนซินโดรม) | 29 | | |
| | วัณโรค | 15 | บริพันธ์อักษ (หรืออักษ) | 30 | | |
| | | | อัมพฤกษ์ | 31 | | |
| | | | อัมพาต | 32 | | |
| | | | อื่นๆ (ระบุ)..... | 33 | | |
| HW9 | HW10_1 | HW10_2 | HW10_3 | HW11 | HW12 | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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. การเจ็บป่วยในเดือนที่แล้ว (เฉพาะการป่วยที่ไม่ต้องนอนในสถานพยาบาล)

ถามเฉพาะผู้ที่มีอาการเจ็บป่วย (HW12 = 2-4)

| "การเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)...ป่วยจนต้อง หยุดกิจกรรมประจำวันกี่วัน?" | "การเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย...(ชื่อ)...มีวิธีการรักษาพยาบาลอย่างไร?" | ถามเฉพาะผู้ที่ไปสถานพยาบาล (HW14 = 5-11) | |
|---|---|---|--|
| | | "การรักษาครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)...รับบริการ จากใคร?" | "การรักษาครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)...รับบริการอะไร?" |
| ให้บันทึกจำนวนวันที่หยุดฯ ติดต่อกันครั้งสุดท้าย (ถ้าหยุดตั้งแต่ก่อน 1 เดือน ก่อนวันสัมภาษณ์ ให้นับ จำนวนวันที่หยุดฯ ติดต่อกันทั้งหมด) (ถ้าไม่หยุดให้บันทึก "0") | บันทึกครั้งที่ ไม่ได้รับการรักษา..... 1 (ข้ามไปถาม HW21) ซื้อ/หายากิน - ยาแผนปัจจุบัน..... 2 - ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพร..... 3 } (ข้ามไปถาม HW17) ไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณ / หมอนวดแผนไทย..... 4 ไปสถานพยาบาลของรัฐ สถานีนอนามัย / ศูนย์บริการสาธารณสุข / ศูนย์สุขภาพชุมชน / รพ.สต..... 5 โรงพยาบาลชุมชน..... 6 โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลศูนย์..... 7 โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย..... 8 } (ถามต่อไป) โรงพยาบาลสังกัดอื่นของรัฐ..... 9 ไปสถานพยาบาลของเอกชน โรงพยาบาลเอกชน..... 10 คลินิกเอกชน..... 11 อื่น ๆ (ระบุ)..... 12 (ข้ามไปถาม HW17) | บันทึกครั้งที่ แพทย์ แผนปัจจุบัน..... 1 แผนไทย..... 2 ทางเลือกอื่น..... 3 ไม่ทราบ..... 4 บุคลากร สาธารณสุขอื่นๆ..... 5 | โดยเรียงลำดับตามวิธีรักษาหลัก) รักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน..... 1 รักษาด้วยยาสมุนไพร..... 2 นวดไทยเพื่อรักษา..... 3 อบสมุนไพร / การนึ่งกระโจม ประคบสมุนไพร / ทับหม้อเกลือ..... 4 การฝังเข็ม..... 5 สมาธิบำบัด..... 6 อื่นๆ (ระบุ)..... 7 |

| HW13 | HW14 | HW15 | HW16_1 | HW16_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"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข (ต่อ)

ก. การเจ็บป่วยในเดือนที่แล้ว (เฉพาะการป่วยที่ *ไม่* ต้องนอนในสถานพยาบาล)

ถามเฉพาะผู้ที่มีอาการเจ็บป่วย (HW12 = 2-4) และมีการรักษาพยาบาล (HW14 = 2-12)

| <p>"การเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)...จ่ายค่าพาหนะไป-กลับ ทั้งหมดเป็นเงินเท่าไร?"</p> <p>ให้บันทึกค่าพาหนะสำหรับ การรับ - ส่งทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล (ถ้าใช้รถส่วนตัวให้ประมาณ เหมือนค่ารถรับจ้างในท้องถิ่น) (ถ้าไม่มีค่าพาหนะ ให้บันทึก "0")</p> | <p>"การเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)...จ่ายค่ารักษาพยาบาล รวมเป็นเงินเท่าไร?"</p> <p>ให้บันทึกจำนวนเงินเฉพาะ ส่วนที่จ่ายด้วยเงินของตนเอง หรือ ส่วนที่เบิกไม่ได้ (ถ้ารักษาฟรี หรือ นำไปเบิกจากหน่วยงาน หรือ จ่ายตรงทั้งหมด ให้บันทึก "0")</p> | <p>"การเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)...ใช้สวัสดิการ ที่มีหรือไม่?"</p> <p>บันทึกกรหัส</p> <p>ไม่มีสวัสดิการ..... 1</p> <p>มีสวัสดิการ และใช้</p> <p>จากรัฐบาล</p> <p>ประกันสุขภาพ (บัตรทอง)..... 2</p> <p>ประกันสังคม / กองทุนเงินทดแทน..... 3</p> <p>สวัสดิการข้าราชการหรือ</p> <p>ข้าราชการบำนาญ / รัฐวิสาหกิจ..... 4</p> <p>จากเอกชน</p> <p>ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน..... 5</p> <p>สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง..... 6</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 7 (ถ้าบันทึกกรหัส 1-7 ข้ามไปถาม HW21)</p> <p>มีสวัสดิการ แต่ไม่ใช้..... 8 (ถ้าบันทึกกรหัส 8 ถามต่อไป)</p> | <p>ถามเฉพาะผู้ที่ไม่ใช้สวัสดิการ (HW19 = 8)</p> <p>"สาเหตุที่...(ชื่อ)...ไม่ใช้สิทธิสวัสดิการ 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.ดู / พูดยุติไม่เพราะ..... 9</p> <p>แพทย์ไม่มีเวลาให้ซักถามอาการ / ไม่ให้ข้อมูล..... 10</p> <p>แพทย์วินิจฉัยโรคไม่เก่ง / รักษาไม่หาย..... 11</p> <p>ไม่ได้อยู่ในภูมิภาคที่ที่ใช้สิทธิสวัสดิการ..... 12</p> <p>สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการฯ ไม่ครอบคลุม..... 13</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 14</p> |
|---|--|---|---|
| HW17 | HW18 | HW19 | HW20 |
| <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)
ข. การส่งเสริมสุขภาพในเดือนที่แล้ว (นอกเหนือจากการเจ็บป่วยฯ ในตอน ก)

| ถามทุกคน | ถามเฉพาะผู้ที่มีการใช้บริการด้านสุขภาพอื่นๆ (HW21 = 2) | | |
|---|---|--|--|
| <p>"ในเดือนที่แล้ว...(ชื่อ)... มีการใช้บริการด้านสุขภาพอื่นๆ หรือไม่?" (นอกเหนือจากการเจ็บป่วยฯ ในตอน ก)</p> <p align="right">บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มี..... 1 (ข้ามไปถาม HW29)</p> <p>มี..... 2 (ถามต่อไป)</p> | <p>"ในเดือนที่แล้ว...(ชื่อ)... มีการใช้บริการกี่ครั้ง?"</p> <p>ให้บันทึกจำนวนครั้งที่ใช้บริการ (ถ้าเกิน 8 ครั้งให้บันทึก "8")</p> <p>(ถ้าไม่ทราบ ให้บันทึก "9")</p> | <p>"การไปใช้บริการครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)...ไปใช้บริการอะไร?"</p> <p align="right">บันทึกรหัส</p> <p>ไปรับการฉีดวัคซีน..... 0</p> <p>ไปฝากครรภ์ / ตรวจครรภ์..... 1</p> <p>ไปรับบริการวางแผนครอบครัว..... 2</p> <p>ไปตรวจ / ดูแลหลังคลอด..... 3</p> <p>ไปตรวจสุขภาพประจำปี..... 4</p> <p>ไปรับบริการการป้องกัน โรคในช่องปาก (ทำฟัน)..... 5</p> <p>ไปรับยาบำรุง / อาหารเสริม..... 6</p> <p>ไปรับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ลดน้ำหนัก อดบุหรี่/ สุรา เป็นต้น..... 7</p> <p>ไปรับบริการตามนัดอื่นๆ (ระบุ)..... 8</p> | <p>"การไปใช้บริการครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)...ไปใช้บริการที่ใด?"</p> <p align="right">บันทึกรหัส</p> <p>ร้านขายยา..... 0</p> <p>ไปสถานพยาบาลของรัฐ สถานีนายมัย / ศูนย์บริการสาธารณสุข / ศูนย์สุขภาพชุมชน / รพ.สต..... 1</p> <p>โรงพยาบาลชุมชน..... 2</p> <p>โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลศูนย์..... 3</p> <p>โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย..... 4</p> <p>โรงพยาบาลสังกัดอื่นของรัฐ..... 5</p> <p>ไปสถานพยาบาลของเอกชน โรงพยาบาลเอกชน..... 6</p> <p>คลินิกเอกชน..... 7</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 8</p> |
| HW21 | HW22 | HW23 | HW24 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <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)

ข. การส่งเสริมสุขภาพในเดือนที่แล้ว (นอกเหนือจากการเจ็บป่วยฯ ในตอน ก)

ถามเฉพาะผู้ที่มีการใช้บริการด้านสุขภาพอื่นๆ (HW21 = 2)

| <p>"การไปใช้บริการครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)...จ่ายค่าพาหนะไป-กลับ ทั้งหมดเป็นเงินเท่าไร?"</p> <p>ให้บันทึกค่าพาหนะสำหรับ การรับ-ส่งทั้งผู้บริการและผู้ดูแล</p> <p>(ถ้าใช้รถส่วนตัวให้ประมาณ เหมือนค่ารถรับจ้างในท้องถิ่น)</p> <p>(ถ้าไม่มีค่าพาหนะ ให้บันทึก "0")</p> | <p>"การไปใช้บริการครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)...จ่ายค่าไปใช้บริการ รวมเป็นเงินเท่าไร?"</p> <p>ให้บันทึกจำนวนเงินเฉพาะ ส่วนที่จ่ายด้วยเงินของตนเอง หรือ ส่วนที่เบิกไม่ได้</p> <p>(ถ้ารับบริการฟรี หรือ นำไปเบิกจากหน่วยงาน หรือ จ่ายตรงทั้งหมด ให้บันทึก "0")</p> | <p>"การไปใช้บริการครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)...ใช้สวัสดิการฯ ที่มี หรือไม่?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มีสวัสดิการฯ..... 1</p> <p>มีสวัสดิการฯ และใช้</p> <p>จากรัฐบาล</p> <p>ประกันสุขภาพ (บัตรทอง)..... 2</p> <p>ประกันสังคม / กองทุนเงินทดแทน..... 3</p> <p>สวัสดิการข้าราชการ /</p> <p>ข้าราชการบำนาญ / รัฐวิสาหกิจ..... 4</p> <p>จากเอกชน</p> <p>ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน..... 5</p> <p>สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง..... 6</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 7</p> <p>(ถ้าบันทึกรหัส 1-7 ข้ามไปถาม HW29)</p> <p>มีสวัสดิการฯ แต่ไม่ใช้..... 8</p> <p>(ถ้าบันทึกรหัส 8 ถามต่อไป)</p> | <p>ถามเฉพาะผู้ที่ไม่ใช้สวัสดิการ (HW27 = 8)</p> <p>"สาเหตุที่...(ชื่อ)...ไม่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ ที่มี ในการไปใช้บริการครั้งสุดท้ายเพราะเหตุใด?"</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 / พูดยุติไม่เพราะ..... 7</p> <p>แพทย์ไม่มีเวลาให้ซักถามอาการ / ไม่ให้ข้อมูล..... 8</p> <p>แพทย์วินิจฉัยโรคไม่เก่ง / รักษาไม่หาย..... 9</p> <p>ไม่ได้อยู่ในภูมิลำเนาที่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ..... 10</p> <p>สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการฯ ไม่ครอบคลุม..... 11</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 12</p> |
|--|---|--|---|
| HW25 | HW26 | HW27 | HW28 |

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <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)

ค. การเข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาลใน 12 เดือนที่แล้ว (คนไข้ใน)

| ถามทุกคน | ถามเฉพาะผู้ที่เป็นคนไข้ใน (HW29 = 1 - 99) | | | |
|--|---|--|---|--|
| <p>"ใน 12 เดือนที่แล้ว ... (ชื่อ)...ป่วยหรือได้รับอุบัติเหตุหรือคลอดบุตร หรือสาเหตุอื่นๆ จนต้องนอนในสถานพยาบาลหรือไม่ ถ้าเคย เข้าพักรกี่ครั้ง?"</p> <p>บันทึกกรหัส</p> <p>ไม่เคยเข้าพักรักษา.....0</p> <p>(ข้ามไปถาม HW39)</p> <p>เคยเข้าพักรักษา.....จำนวนครั้ง</p> <p>(ถ้าไม่ทราบ ให้บันทึก "99" แล้วถามต่อไป)</p> | <p>" การเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลครั้งสุดท้าย ... (ชื่อ)...เข้าพักรักษาเนื่องจากสาเหตุใด?"</p> <p>บันทึกกรหัส</p> <p>โรค.....1</p> <p>อุบัติเหตุ.....2</p> <p>คลอดบุตร.....3</p> <p>อื่นๆ (ระบุ).....4</p> | <p>"การเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลครั้งสุดท้าย...(ชื่อ)...เข้าพักรักษาในสถานพยาบาลใด?"</p> <p>บันทึกกรหัส</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>คลินิกเอกชน.....6</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ).....7</p> | <p>"การเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลครั้งสุดท้าย...(ชื่อ)...เลือกเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลนั้น เพราะเหตุใด?"</p> <p>ให้ระบุสาเหตุที่สำคัญที่สุด</p> <p>บันทึกกรหัส</p> <p>เลือกใช้ตามระบุในประกันสังคม/บัตรทอง...1</p> <p>ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาล.....2</p> <p>สถานพยาบาลอยู่ใกล้/เดินทางสะดวก.....3</p> <p>บริการรวดเร็ว ทันใจ.....4</p> <p>ค่ารักษาพยาบาลไม่แพง.....5</p> <p>มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ.....6</p> <p>มีเครื่องมือแพทย์ทันสมัย.....7</p> <p>เข้ารักษาฉุกเฉิน.....8</p> <p>มีฐานะยากจน.....9</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ).....10</p> | <p>"การเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลครั้งสุดท้าย...(ชื่อ)...นอนในสถานพยาบาลกี่วัน?"</p> <p>ให้บันทึกจำนวนวันที่เข้าพักรักษา</p> <p>(ถ้าเกิน 98 วัน ให้บันทึก "98")</p> <p>(ถ้าไม่ทราบ ให้บันทึก "99")</p> |
| HW29 | HW30 | HW31 | HW32 | HW33 |
| <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)

ค. การเข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาลใน 12 เดือนที่แล้ว (คนไข้ใน)

ถามเฉพาะผู้ที่เป็นคนไข้ใน (HW29 = 1 - 99)

| <p>"หลังจากจากการเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลครั้งสุดท้าย...(ชื่อ)...ต้องนอนพักรักษาตัวที่บ้านกี่วัน?"</p> <p>ให้บันทึกจำนวนวันที่นอนพักรักษาตัวที่บ้าน</p> <p>(ถ้าเกิน 98 วัน ให้บันทึก "98")</p> <p>(ถ้าไม่ทราบ ให้บันทึก "99")</p> | <p>"การเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลครั้งสุดท้าย...(ชื่อ)...จ่ายค่าพาหนะไป-กลับทั้งหมดเป็นเงินเท่าไร?"</p> <p>ให้บันทึกค่าพาหนะสำหรับการรับ-ส่งทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล</p> <p>(ถ้าใช้รถส่วนตัวให้ประมาณเหมือนค่ารถรับจ้างในท้องถิ่น)</p> <p>(ถ้าไม่มีค่าพาหนะ ให้บันทึก "0")</p> | <p>"การเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลครั้งสุดท้าย...(ชื่อ)...จ่ายค่ารักษาพยาบาลรวมเป็นเงินเท่าไร?"</p> <p>ให้บันทึกจำนวนเงินเฉพาะส่วนที่จ่ายด้วยเงินของตนเอง หรือ ส่วนที่เบิกไม่ได้</p> <p>(ถ้ารักษาฟรี หรือนำไปเบิกจากหน่วยงาน หรือจ่ายตรงทั้งหมด ให้บันทึก "0")</p> | <p>"การเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลครั้งสุดท้าย...(ชื่อ)...ใช้สวัสดิการฯ ที่มีหรือไม่?"</p> <p>บันทึกกรหัส</p> <p>ไม่มีสวัสดิการฯ..... 1</p> <p>มีสวัสดิการฯ และใช้จากรัฐบาล</p> <p>ประกันสุขภาพ (บัตรทอง)..... 2</p> <p>ประกันสังคม/ กองทุนเงินทดแทน.. 3</p> <p>สวัสดิการข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ / รัฐวิสาหกิจ... 4</p> <p>จากเอกชน</p> <p>ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน..... 5</p> <p>สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง..... 6</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 7</p> <p>(ถ้าบันทึกกรหัส 1-7 ข้ามไปถาม HW39)</p> <p>มีสวัสดิการฯ แต่ไม่ใช้..... 8</p> <p>(ถ้าบันทึกกรหัส 8 ให้ถามต่อไป)</p> | <p>ถามเฉพาะผู้ที่ไม่ใช้สวัสดิการ (HW37 = 8)</p> <p>"...(ชื่อ)...ไม่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ ที่มีในการเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลครั้งสุดท้ายเพราะเหตุใด?"</p> <p>ให้ระบุสาเหตุที่สำคัญที่สุด</p> <p>บันทึกกรหัส</p> <p>อุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน..... 1</p> <p>สถานพยาบาลอยู่ไกล/ เดินทางไม่สะดวก... 2</p> <p>ไม่มีค่าพาหนะ..... 3</p> <p>ช้า รอนาน..... 4</p> <p>ไม่แน่ใจในคุณภาพยา..... 5</p> <p>ถูกเลือกปฏิบัติ..... 6</p> <p>บุคลากรในรพ.ดู/ พูดไม่ไพเราะ..... 7</p> <p>แพทย์ไม่มีเวลาให้ซักถาม/ ไม่ให้ข้อมูล..... 8</p> <p>แพทย์วินิจฉัยโรคไม่เก่ง/ รักษาไม่หาย..... 9</p> <p>ไม่ได้อยู่ในภูมิลาเนาที่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ... 10</p> <p>สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการฯ</p> <p>ไม่ครอบคลุม..... 11</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 12</p> |
|---|---|---|---|--|
| HW34 | HW35 | HW36 | HW37 | HW38 |

| | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <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. การรับบริการทันตกรรมใน 12 เดือนที่แล้ว

| ถามทุกคน | ถามเฉพาะผู้ไปใช้บริการทันตกรรม (HW39 = 2) | | | |
|--|--|---|--|--------------------------|
| <p>"ใน 12 เดือนที่แล้ว...(ชื่อ)... ไปรับบริการทันตกรรมหรือไม่?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่รับบริการ..... 1 (ข้ามไปถาม HW47)</p> <p>รับบริการ..... 2 (ถามต่อไป)</p> | <p>"ใน 12 เดือนที่แล้ว...(ชื่อ)... ไปรับบริการทันตกรรมกี่ครั้ง?"</p> <p>ให้บันทึกจำนวนครั้งที่ไปรับบริการ</p> <p>(ถ้าไม่ทราบ ให้บันทึก "99")</p> | <p>"...(ชื่อ)...รับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย จากที่ใด?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>สถานพยาบาลของรัฐ</p> <p>สถานอนามัย / ศูนย์บริการสาธารณสุข / ศูนย์สุขภาพชุมชน / รพ.สต.</p> <p>ที่ ไม่มี ทันตภิบาลและทันตแพทย์มาบริการ..... 1</p> <p>ที่ มี 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/ หมอรถปิคอัพ... 9</p> <p>หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ของหน่วยงานต่าง ๆ..... 10</p> <p>โรงเรียน..... 11</p> <p>อื่นๆ (ระบุ)..... 12</p> | <p>"การรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)...รับบริการทันตกรรมประเภทใด?"</p> <p>(ตอบได้ไม่เกิน 2 คำตอบ โดยเรียงลำดับตามความสำคัญในการรักษา)</p> <p>ชุดฟันปูน / ขัดฟันรักษาปริทันต์ (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>จำไม่ได้..... 9</p> <p>อื่นๆ (ระบุ)..... 10</p> | |
| HW39 | HW40 | HW41 | HW42_1 | HW42_2 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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)

ง. การรับบริการทันตกรรมใน 12 เดือนที่แล้ว

ถามเฉพาะผู้ไปใช้บริการทันตกรรม (HW39 = 2)

| "การรับบริการทันตกรรม ครั้งสุดท้าย...(ชื่อ)... จ่ายค่าพาหนะไป-กลับ ทั้งหมดเป็นเงินเท่าไร?" ให้บันทึกค่าพาหนะสำหรับ การรับ-ส่งทั้งผู้รับบริการและผู้ดูแล (ถ้าใช้รถส่วนตัวให้ประมาณ เหมือนค่ารถรับจ้างในท้องถิ่น) (ถ้าไม่มีค่าพาหนะ ให้บันทึก "0") | "การรับบริการทันตกรรม ครั้งสุดท้าย...(ชื่อ)... จ่ายค่าบริการทั้งหมด รวมเป็นเงินเท่าไร?" ให้บันทึกจำนวนเงินเฉพาะ ส่วนที่จ่ายด้วยเงินของตนเอง หรือ ส่วนที่เบิกไม่ได้ (ถ้ารักษาฟรี หรือ นำไปเบิกจากหน่วยงาน หรือ จ่ายตรงทั้งหมด ให้บันทึก "0") | "การรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย ...(ชื่อ)... ใช้สวัสดิการฯ ที่มี หรือไม่?" บันทึกกรหัส ไม่มีสวัสดิการฯ..... 1 มีสวัสดิการฯ และใช้ จากรัฐบาล ประกันสุขภาพ (บัตรทอง)..... 2 ประกันสังคม / กองทุนเงินทดแทน..... 3 สวัสดิการข้าราชการ / ข้าราชการบำนาญ / รัฐวิสาหกิจ..... 4 จากเอกชน ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน..... 5 สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง..... 6 อื่น ๆ (ระบุ)..... 7 (ถ้าบันทึกกรหัส 1-7 ข้ามไปถาม HW47) มีสวัสดิการฯ แต่ไม่ใช้..... 8 (ถ้าบันทึกกรหัส 8 ให้ถามต่อไป) | ถามเฉพาะผู้ที่ไม่ใช้สวัสดิการ (HW45 = 8) "...(ชื่อ)... ไม่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ ที่มีในการรับบริการ ทันตกรรมครั้งสุดท้าย เพราะเหตุใด?" ให้ระบุสาเหตุที่สำคัญที่สุด บันทึกกรหัส เจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย..... 1 อุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน..... 2 สถานพยาบาลอยู่ไกล / เดินทางไม่สะดวก..... 3 ไม่สะดวกไปในเวลาทำการ..... 4 ไม่มีค่าพาหนะ..... 5 ช้า รอนาน..... 6 ไม่แน่ใจคุณภาพยา..... 7 ถูกเลือกปฏิบัติ..... 8 บุคลากรใน รพ.ดู / พูดไม่ไพเราะ..... 9 แพทย์ไม่มีเวลาให้ซักถามอาการ / ไม่ให้ข้อมูล..... 10 แพทย์วินิจฉัยโรคไม่เก่ง / รักษาไม่หาย..... 11 ไม่ได้อยู่ในภูมิสำเนาที่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ..... 12 สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการฯ ไม่ครอบคลุม..... 13 อื่น ๆ (ระบุ)..... 14 |
|--|--|---|---|
| HW43 | HW44 | HW45 | HW46 |
| <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 4 ความจำเป็นทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง

| การเจ็บป่วยที่ไม่ต้องนอนในสถานพยาบาล | | การเข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาล (ผู้ป่วยใน) | | การรับบริการทันตกรรม | |
|---|--|---|--|--|---|
| ถามทุกคน | ถามเฉพาะ HW47 = 2 | ถามทุกคน | ถามเฉพาะ HW49 = 2 | ถามทุกคน | ถามเฉพาะ HW51 = 2 |
| <p>"ใน 12 เดือนที่แล้ว มีบ้างหรือไม่ที่... (ชื่อ)... เคยป่วยา และจำเป็นต้องการ รับการตรวจรักษา แต่ท่านไม่ได้ไปรับ การตรวจรักษา?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มี..... 1</p> <p>(ข้ามไปถาม HW49)</p> <p>มี..... 2</p> <p>(ถามต่อไป)</p> | <p>"เพราะเหตุใด ... (ชื่อ)... จึงไม่ได้เข้ารับ การตรวจรักษาในครั้งนั้น?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่คิดว่ามีวิธีการรักษาที่ได้ผล..... 0</p> <p>ไม่เชื่อมั่นหรือไม่ประทับใจ</p> <p>ในสถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการ..... 1</p> <p>ไม่ทราบว่าจะไปรับการรักษาที่ได้..... 2</p> <p>ไม่สะดวกในการเดินทาง</p> <p>เช่น อยู่ห่างไกลจากแหล่งการรักษา... 3</p> <p>ไม่มีเวลาไปรับการรักษา..... 4</p> <p>ไม่มีผู้พาไปรับการรักษา..... 5</p> <p>ไม่มีค่าเดินทางไปรับการรักษา..... 6</p> <p>ไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล..... 7</p> <p>อื่นๆ (ระบุ)..... 8</p> | <p>"ใน 12 เดือนที่แล้ว มีบ้างหรือไม่ที่... (ชื่อ)... เคยป่วยา จนต้อง นอนในสถานพยาบาล หรือแพทย์ต้องการ ให้นอนรักษา ในสถานพยาบาล แต่ท่านไม่ได้ เข้านอนรักษา ในสถานพยาบาล?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มี..... 1</p> <p>(ข้ามไปถาม HW51)</p> <p>มี..... 2</p> <p>(ถามต่อไป)</p> | <p>เพราะเหตุใด ... (ชื่อ)... จึงไม่ได้เข้ารับ การรักษาในครั้งนั้น?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่คิดว่ามีวิธีการรักษาที่ได้ผล..... 0</p> <p>ไม่เชื่อมั่นหรือไม่ประทับใจ</p> <p>ในสถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการ..... 1</p> <p>ไม่ทราบว่าจะไปรับการรักษาที่ได้..... 2</p> <p>ไม่สะดวกในการเดินทาง</p> <p>เช่น อยู่ห่างไกลจากแหล่งการรักษา... 3</p> <p>ไม่มีเวลาไปรับการรักษา..... 4</p> <p>ไม่มีผู้พาไปรับการรักษา..... 5</p> <p>ไม่มีค่าเดินทางไปรับการรักษา..... 6</p> <p>ไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล..... 7</p> <p>เป็นข้อจำกัดของผู้ให้บริการ เช่น</p> <p>เตียงเต็ม สถานที่ไม่รองรับ ฯลฯ..... 8</p> <p>อื่นๆ (ระบุ)..... 9</p> | <p>"ใน 12 เดือนที่แล้ว มีบ้างหรือไม่ที่... (ชื่อ)... เคยมีปัญหาสุขภาพ ช่องปาก และต้องการ เข้ารับบริการ แต่ไม่ได้เข้ารับบริการ?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มี..... 1</p> <p>(ข้ามไปถาม HW53)</p> <p>มี..... 2</p> <p>(ถามต่อไป)</p> | <p>เพราะเหตุใด ... (ชื่อ)... จึงไม่ได้เข้ารับบริการในครั้งนั้น?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่คิดว่ามีวิธีการรักษาที่ได้ผล..... 0</p> <p>ไม่เชื่อมั่นหรือไม่ประทับใจ</p> <p>ในสถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการ..... 1</p> <p>ไม่ทราบว่าจะไปรับการรักษาที่ได้..... 2</p> <p>ไม่สะดวกในการเดินทาง</p> <p>เช่น อยู่ห่างไกลจากแหล่งการรักษา... 3</p> <p>ไม่มีเวลาไปรับการรักษา..... 4</p> <p>ไม่มีผู้พาไปรับการรักษา..... 5</p> <p>ไม่มีค่าเดินทางไปรับการรักษา..... 6</p> <p>เป็นข้อจำกัดของผู้ให้บริการ</p> <p>เช่น ไม่มีทันตบุคลากร</p> <p>สถานที่ไม่รองรับ ฯลฯ..... 7</p> <p>อื่นๆ (ระบุ)..... 8</p> |
| HW47 | HW48 | HW49 | HW50 | HW51 | HW52 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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 5 การได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่

| ถามทุกคน | | ถามเฉพาะผู้ได้รับวัคซีนฯ (HW54 = 2) | | ถามเฉพาะผู้ไม่ได้รับวัคซีนฯ (HW54 = 1) | |
|---|---|--|--|--|------------|
| <p>"...(ชื่อ)...เป็นกลุ่มเสี่ยงที่สมควร ได้รับวัคซีนป้องกัน ไข้หวัดใหญ่ใช่หรือไม่?"</p> | <p>"ใน 12 เดือนที่แล้ว...(ชื่อ)... ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกัน ไข้หวัดใหญ่หรือไม่?"</p> | <p>"...(ชื่อ)...ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ที่ไหน?"</p> | <p>"ใน 12 เดือนที่แล้ว เพราะเหตุใด...(ชื่อ)... ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่?"</p> <p style="text-align: center;">ให้ระบุสาเหตุที่สำคัญที่สุด 2 สาเหตุ</p> | | |
| บันทึกรหัส | บันทึกรหัส | บันทึกรหัส | บันทึกรหัส | บันทึกรหัส | บันทึกรหัส |
| ไม่ใช่..... 1 | ไม่ได้รับ..... 1 | ไปสถานพยาบาลของรัฐ | ไม่ทราบว่ามีวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่..... 1 | | |
| ใช่..... 2 | (ข้ามไปถาม HW56) | สถานอนามัย / ศูนย์บริการสาธารณสุข / | ไม่มีแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำให้ฉีด..... 2 | | |
| ไม่ทราบ..... 3 | ได้รับ..... 2 | ศูนย์สุขภาพชุมชน / รพ.สต..... 1 | ไม่มีใครพาไปฉีด..... 3 | | |
| | (ถามต่อไป) | โรงพยาบาลชุมชน..... 2 | ไม่มีเงินจ่ายค่าวัคซีน..... 4 | | |
| | | โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลศูนย์..... 3 | ไม่แน่ใจความปลอดภัยของวัคซีน..... 5 | | |
| | | โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย..... 4 | ไม่แน่ใจว่าวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ได้..... 6 | | |
| | | โรงพยาบาลสังกัดอื่นของรัฐ..... 5 | ครอบครัว/เพื่อนไม่ต้องมาให้ฉีด..... 7 | | |
| | | ไปสถานพยาบาลของเอกชน | คิดว่าตัวเองมีโอกาสป่วยด้วยไข้หวัดใหญ่น้อย | | |
| | | โรงพยาบาลเอกชน..... 6 | ไม่จำเป็นต้องฉีด..... 8 | | |
| | | คลินิกเอกชน..... 7 | รู้ว่าตัวเองไม่ได้เป็นกลุ่มเสี่ยง..... 9 | | |
| | | อื่นๆ (ระบุ)..... 8 | อื่นๆ (ระบุ)..... 10 | | |
| | | (ข้ามไปถาม EB1) | | | |

| HW53 | HW54 | HW55 | HW56_1 | HW56_2 |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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 การเล่นเกมกีฬาหรือออกกำลังกาย (ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป)

| "ในเดือนที่แล้ว...(ชื่อ)... เล่นเกมกีฬาหรือออกกำลังกายหรือไม่?" | ถามเฉพาะผู้ที่เล่นเกมกีฬาหรือออกกำลังกาย (EB1 = 1) | |
|--|--|---|
| | "ตามปกติ...(ชื่อ)...เล่นเกมกีฬาหรือ ออกกำลังกายประเภทใด?" | "ตามปกติ...(ชื่อ)...เล่นเกมกีฬาหรือ ออกกำลังกายในสถานที่ใด?" |
| บันทึกรหัส | ให้บันทึกประเภทการออกกำลังกาย ที่ปฏิบัติบ่อยที่สุด | ให้บันทึกสถานที่ที่เล่นเกมกีฬาหรือ ออกกำลังกายบ่อยที่สุด |
| เล่นเกมกีฬา / ออกกำลังกาย..... 1 (ถามต่อไป) | | |
| ไม่เล่นเกมกีฬา / ไม่ออกกำลังกาย เพราะ | บันทึกรหัส | บันทึกรหัส |
| ไม่สนใจ 2 | วิ่ง..... 1 | สนามกีฬาของสถานศึกษา..... 1 |
| ไม่มีเวลา 3 | เดิน..... 2 | สนามกีฬาของหน่วยราชการ..... 2 |
| ไม่มีสถานที่เล่น..... 4 | เดิน..... 3 | สนามกีฬาของเอกชน..... 3 |
| ไม่มีอุปกรณ์กีฬา..... 5 | รำไม้พลอง..... 4 | บริเวณสถานศึกษา..... 4 |
| ทำงานที่ต้องใช้แรงกายมากอยู่แล้ว..... 6 | ไท้เก๊ก..... 5 | บริเวณที่ทำงาน..... 5 |
| อื่นๆ (ระบุ) 7 | ชี่กง..... 6 | บริเวณบ้าน..... 6 |
| (ถ้าบันทึกรหัส 2 - 7 ข้ามไปบันทึก HW57) | โยคะ..... 7 | บริเวณวัด / มัสยิด / โบสถ์..... 7 |
| | อุปกรณ์ออกกำลังกายต่างๆ..... 8 | สวนสาธารณะ/ สวนสุขภาพ..... 8 |
| | กีฬาทุกประเภท เช่น ฟุตบอล เทนนิส วอลเลย์บอล ฯลฯ..... 9 | ที่ว่าง / ลานอเนกประสงค์..... 9 |
| | อื่น ๆ (ระบุ)..... 10 | อื่นๆ (ระบุ)..... 10 |
| EB1 | EB2 | EB3 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <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 การเล่นเกมกีฬาหรือออกกำลังกาย (ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป) (ต่อ)

ถามเฉพาะผู้ที่เล่นกีฬาหรือออกกำลังกาย (EB1 = 1)

| <p>"ตามปกติ...(ชื่อ)...เล่นกีฬาหรือออกกำลังกายโดยเฉลี่ยกี่วันต่อเดือน?"</p> <p>ให้บันทึกจำนวนวันที่เล่นกีฬาหรือออกกำลังกาย</p> | <p>"...(ชื่อ)...เล่นกีฬาหรือออกกำลังกายโดยเฉลี่ยครั้งละกี่นาที?"</p> <p>ให้บันทึกจำนวนนาทีที่เล่นกีฬาหรือออกกำลังกาย</p> <p>(ถ้าไม่ทราบ ให้บันทึก "999")</p> | <p>"...(ชื่อ)...เล่นกีฬาหรือออกกำลังกายติดต่อกันมานานเท่าใด?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ต่ำกว่า 1 เดือน..... 0</p> <p>1 เดือน 1</p> <p>2 เดือน 2</p> <p>3 เดือน 3</p> <p>4 เดือน 4</p> <p>5 เดือน 5</p> <p>6 เดือน 6</p> <p>7 เดือน..... 7</p> <p>8 เดือนขึ้นไป..... 8</p> | <p>"...(ชื่อ)... เล่นกีฬาหรือออกกำลังกายเพราะเหตุใด?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>อยากมีร่างกายแข็งแรง..... 1</p> <p>ลดน้ำหนัก..... 2</p> <p>คลายเครียด..... 3</p> <p>มีปัญหาสุขภาพ..... 4</p> <p>มีคนชวน..... 5</p> <p>เป็นอาชีพ เช่น นักกีฬา ครูสอนโยคะ ครูสอนแอโรบิค ฯลฯ 6</p> <p>อื่นๆ (ระบุ) 7</p> |
|--|--|---|--|
| EB4 | EB5 | EB6 | EB7 |
| <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 7 การประเมินสถานะสุขภาพ (ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป)

ถามเฉพาะผู้ตอบสัมภาษณ์ ด้วยตนเอง

| "เมื่อเปรียบเทียบ สุขภาพของท่าน ในวันนี้กับสุขภาพ เมื่อปีที่แล้วเป็นอย่างไร?" | "เมื่อเปรียบเทียบสุขภาพ ของท่านกับผู้อื่นที่มี อายุ เพศ ฐานะ หน้าที่การงาน และความเป็นอยู่ที่ คล้ายคลึงกับท่าน ท่านเห็นว่าตนเอง เป็นอย่างไร?" | "ท่านเห็นว่าสุขภาพ ของตนเองขณะนี้ เป็นอย่างไร?" | "ขณะนี้ท่านคิดว่าสุขภาพของตนเองเป็นอย่างไรมากที่สุด?" | | | | |
|--|--|---|---|--------------------------|---------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| | | | การเคลื่อนไหว | การดูแลตนเอง | กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ | ความเจ็บปวด หรือไม่สบาย | ความวิตกกังวล หรือ ซึมเศร้า |
| บันทึกหัด | บันทึกหัด | บันทึกหัด | บันทึกหัด | บันทึกหัด | บันทึกหัด | บันทึกหัด | บันทึกหัด |
| แยกว่ามาก..... 1 | แยกว่าเล็กน้อย..... 2 | แย่มาก..... 1 | ไม่มีปัญหา | ไม่มีปัญหา..... 1 | ไม่มีปัญหา..... 1 | ไม่มีอาการ..... 1 | ไม่รู้สึกรู้สึกกังวล |
| เหมือนกัน..... 3 | บันทึกหัด | แย่..... 2 | ในการเดิน..... 1 | มีปัญหาในการอาบน้ำ | มีปัญหาในการทำกิจกรรม | มีอาการเจ็บปวด | หรือซึมเศร้า..... 1 |
| ดีว่าเล็กน้อย..... 4 | แยกว่ามาก..... 1 | ปานกลาง..... 3 | มีปัญหา | หรือแต่งตัวบ้าง..... 2 | ที่ทำเป็นประจำบ้าง..... 2 | หรือไม่สบาย | รู้สึกวิตกกังวล |
| ดีว่ามาก..... 5 | แยกว่าเล็กน้อย..... 2 | ดี..... 4 | ในการเดินบ้าง..... 2 | ไม่สามารถอาบน้ำ | ไม่สามารถทำกิจกรรม | ปานกลาง..... 2 | หรือซึมเศร้า |
| | เหมือนกัน..... 3 | ดีมาก..... 5 | ไม่สามารถไปไหนได้ | หรือแต่งตัวด้วย | ที่ทำเป็นประจำได้..... 3 | มีอาการเจ็บปวด | ปานกลาง..... 2 |
| | ดีว่าเล็กน้อย..... 4 | | และจำเป็นต้อง | ตนเองได้..... 3 | | หรือไม่สบาย | รู้สึกวิตกกังวล |
| | ดีว่ามาก..... 5 | | อยู่บนเตียง..... 3 | | | มากที่สุด..... 3 | หรือซึมเศร้า |
| | | | | | | | มากที่สุด..... 3 |
| HW57 | HW58 | HW59 | HW60 | HW61 | HW62 | HW63 | HW64 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <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 สุขภาพจิต (ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป)

ถามเฉพาะผู้ตอบสัมภาษณ์ ด้วยตนเอง

"ในเดือนที่แล้ว ท่านสำรวจตัวเองและประเมินเหตุการณ์ อารมณ์ ความคิดเห็น และความรู้สึกของท่านว่าอยู่ในระดับใด?"

บันทึกรหัส

ไม่เลย..... 1
 เล็กน้อย..... 2
 มาก..... 3
 มากที่สุด..... 4

| รู้สึก พึงพอใจ ในชีวิต | รู้สึก สบายใจ | รู้สึกเบื่อกว่า กับการดำเนินชีวิต ประจำวัน | รู้สึก ผิดหวัง ในตัวเอง | รู้สึกว่า ชีวิตมีแต่ ความทุกข์ | สามารถทำใจยอมรับได้ สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา) | มั่นใจว่าจะสามารถควบคุม อารมณ์ได้ เมื่อมีเหตุการณ์คับขัน หรือร้ายแรงเกิดขึ้น | มั่นใจที่จะเผชิญเหตุการณ์ ร้ายแรงที่เกิดขึ้น ในชีวิต |
|------------------------------|--------------------------|--|-------------------------------|--------------------------------------|---|--|--|
| HW65 | HW66 | HW67 | HW68 | HW69 | HW70 | HW71 | HW72 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <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 สุขภาพจิต (ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป) (ต่อ)

ผู้ตอบสัมภาษณ์

ถามเฉพาะผู้ตอบสัมภาษณ์ ด้วยตนเอง

"ในเดือนที่แล้ว ท่านสำรวจตัวเองและประเมินเหตุการณ์ อารมณ์ ความคิดเห็น และความรู้สึกของท่านว่าอยู่ในระดับใด?"

บันทึกรหัส

- ไม่เลย..... 1
- เล็กน้อย..... 2
- มาก..... 3
- มากที่สุด..... 4

บันทึกรหัส

ตอบเอง..... 1

ผู้อื่นตอบแทน..... 2

| รู้สึก เห็นอกเห็นใจ เมื่อผู้อื่นมีทุกข์ | รู้สึกเป็นสุข ในการช่วยเหลือ ผู้อื่นที่มีปัญหา | ให้ความช่วยเหลือ แก่ผู้อื่น เมื่อมีโอกาส | รู้สึกภูมิใจ ในตนเอง | รู้สึกมั่นคง ปลอดภัยเมื่ออยู่ ในครอบครัว | เมื่อป่วยหนัก เชื่อว่าครอบครัว จะดูแลเป็นอย่างดี | สมาชิกในครอบครัว มีความรักและ ผูกพันต่อกัน | |
|---|--|--|--------------------------|--|--|--|--------------------------|
| HW73 | HW74 | HW75 | HW76 | HW77 | HW78 | HW79 | 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |