



สปส.2

การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545

คนที่..... ในจำนวน..... คน ของครัวเรือนนี้
(เฉพาะสมาชิกอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป)

รหัสแบบ				หน้า	
				0	1

(แบบสอบถามชุดผู้สูงอายุ)

REG CWT AREA

1. ภาค จังหวัด
2. อำเภอ/เขต ตำบล/แขวง
3. บ้านเลขที่ ถนน ตรอก/ซอย
4. ในเขตเทศบาล ED BLK
- นอกเขตเทศบาล ED หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน

--	--	--	--

1-4

5. ลำดับที่ชุมนุมอาคาร/หมู่บ้านตัวอย่าง

PSU-NO

--	--	--	--

5-8

6. เดือนที่สัมภาษณ์ พ.ศ. 2545

MONTH

--	--

YR

4	5
---	---

9-12

7. ครัวเรือนลำดับที่ ประเภทครัวเรือนส่วนบุคคล

HH-NO

--	--

TYPE

1

13-15

8. ชื่อผู้สูงอายุ เป็นสมาชิกลำดับที่ ของครัวเรือน

AGI-NO

--	--

16-17

ให้กา ใน เพียงข้อเดียว

9. ผู้ตอบสัมภาษณ์ INV-NO (18)

1. ผู้สูงอายุตอบเอง

2. ผู้อื่นตอบแทนและเป็นสมาชิกในครัวเรือน

3. ผู้อื่นตอบแทนและเป็นสมาชิกนอกครัวเรือน

10. เหตุผลของการตอบสัมภาษณ์แทน PRY-RESN (19)

1. ผู้สูงอายุไม่อยู่

2. ผู้สูงอายุป่วย

3. ผู้สูงอายุมีปัญหาในการพูด การฟัง

4. ผู้สูงอายุมีปัญหาทางจิตใจ

5. ผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือ

11. ผลการสัมภาษณ์ RESL-INV (20)

1. สัมภาษณ์ได้

2. สัมภาษณ์ไม่ได้

แจ้งนับวันที่..... เดือน..... พ.ศ 2545

บรรณาธิการและลงรหัสวันที่..... เดือน..... พ.ศ 2545

ลายมือชื่อ

ลายมือชื่อ

(.....)

(.....)

พนักงานแจ้งนับ

พนักงานบรรณาธิการและลงรหัส

ลายมือชื่อ ผู้ตรวจ

(.....)

ตำแหน่ง

ข้อมูลผู้สูงอายุ (ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป)

▶ ให้กา " " ใน เพียงข้อเดียว สำหรับ ให้บันทึกรหัส ส่วน ใดที่ Field name มีแถบสีให้บันทึกรหัสในสำนักงาน

RECORD 1

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศของผู้สูงอายุ

 1. ชาย 2. หญิง

2. ท่านเกิดเดือน..... ปี พ.ศ.....

ปัจจุบันท่านอายุเท่าใด (บันทึกอายุเต็มปีบริบูรณ์นับถึงวันคล้ายวันเกิดครั้งสุดท้าย)

3. ท่านนับถือศาสนาใด

 1. พุทธ 2. อิสลาม 3. คริสต์ 4. ฮินดู 5. ขงจื้อ 6. ไม่มีศาสนา 7. อื่น ๆ (ระบุ).....

4. ท่านจบการศึกษาสูงสุดชั้นใด

5. ปัจจุบันท่านมีสถานภาพสมรส

 1. โสด (ข้ามไปถามข้อ 10) 2. สมรสและคู่สมรสอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน 3. สมรสแต่คู่สมรสไม่ได้อยู่ในครัวเรือนเดียวกัน 4. หม้าย 5. หย่า 6. แยกกันอยู่

ข้อ 6 - 11 ให้บันทึกจำนวนบุตร ถ้าไม่มีให้บันทึก 0 ชิดขวา

6. ท่านมีบุตรเกิดรอดชายกี่คน (ไม่รวมบุตรเลี้ยงและบุตรบุญธรรม)

7. ท่านมีบุตรเกิดรอดหญิงกี่คน (ไม่รวมบุตรเลี้ยงและบุตรบุญธรรม)

8. ปัจจุบันบุตรชายในข้อ 6 ยังมีชีวิตอยู่ที่กี่คน (ไม่ว่าจะอยู่ในครัวเรือนเดียวกับท่านหรืออยู่ที่อื่น)

9. ปัจจุบันบุตรหญิงในข้อ 7 ยังมีชีวิตอยู่ที่กี่คน (ไม่ว่าจะอยู่ในครัวเรือนเดียวกับท่านหรืออยู่ที่อื่น)

10. ท่านมีบุตรเลี้ยง/บุตรบุญธรรมชายทั้งหมดกี่คน (ไม่ว่าจะอยู่ในครัวเรือนเดียวกับท่านหรืออยู่ที่อื่น)

11. ท่านมีบุตรเลี้ยง/บุตรบุญธรรมหญิงทั้งหมดกี่คน (ไม่ว่าจะอยู่ในครัวเรือนเดียวกับท่านหรืออยู่ที่อื่น)

Field Name Position (Column)

1

REC1

21

A1

22

A2

23-24

A3

25

A4

26-27

A5

28

A6

29-30

A7

31-32

A8

33-34

A9

35-36

A10

37-38

A11

39-40

ตอนที่ 2 สภาพที่อยู่อาศัยและลักษณะการอยู่อาศัย

1. ประเภทของที่อยู่อาศัยของครัวเรือนนี้

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> 1. บ้านโดดยกพื้นสูง | <input type="radio"/> 2. บ้านโดดไม่ยกพื้น |
| <input type="radio"/> 3. ทาวน์เฮ้าส์ | <input type="radio"/> 4. ห้องชุด (อพาร์ทเมนท์ แฟลต คอนโดมิเนียม หรืออื่นๆ) |
| <input type="radio"/> 5. ตึกแถว ห้องแถว เรือนแถว | <input type="radio"/> 6. ห้องภายในบ้าน |
| <input type="radio"/> 7. อื่น ๆ (ระบุ) | |

Field Name Position (Column)

B1 41

2. ลักษณะของที่อยู่อาศัย (บันทึกเฉพาะประเภทของที่อยู่อาศัยรหัส 1-5 เท่านั้น)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> 1. ตึก | <input type="radio"/> 2. ครึ่งตึกครึ่งไม้ |
| <input type="radio"/> 3. บ้านที่ใช้วัสดุถาวรเป็นส่วนใหญ่ | <input type="radio"/> 4. บ้านที่ใช้วัสดุไม่ถาวรในท้องถิ่น |
| <input type="radio"/> 5. บ้านที่ใช้วัสดุชั่วคราว | |

B2 42

3. ห้องนอนของท่านอยู่ชั้นบนหรือชั้นล่าง

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> 1. ชั้นบน | <input type="radio"/> 2. ชั้นล่าง |
|---------------------------------|-----------------------------------|

B3 43

4. ท่านนอนที่ใด

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> 1. นอนเตียง | <input type="radio"/> 2. นอนพื้น |
|-----------------------------------|----------------------------------|

B4 44

5. ลักษณะของส้วมที่ใช้เป็นชนิดใด

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> 1. ส้วมชักโครก | <input type="radio"/> 2. ส้วมซึม |
| <input type="radio"/> 3. ส้วมชักโครกและส้วมซึม | <input type="radio"/> 4. ส้วมหูลุม ถัง ถ่ายลงแม่น้ำลำคลอง |
| <input type="radio"/> 5. ไม่มีส้วม | ส้วมลักษณะอื่นๆ โดยมีห้องกัน |

B5 45

6. ลักษณะการใช้ส้วม

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> 1. นั่งห้อยขา | <input type="radio"/> 2. นั่งยองๆ |
| <input type="radio"/> 3. นอนขยับถ่ายเพราะป่วย | |

B6 46

7. ห้องน้ำ ห้องส้วม อยู่ที่ใด และมีราวจับค้ำยันหรือวัสดุกันลื่นล้มหรือไม่

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> 1. ในบ้านและมีอุปกรณ์ช่วย | <input type="radio"/> 2. ในบ้านและไม่มีอุปกรณ์ช่วย |
| <input type="radio"/> 3. นอกบ้านและมีอุปกรณ์ช่วย | <input type="radio"/> 4. นอกบ้านและไม่มีอุปกรณ์ช่วย |

B7 47

8. น้ำดื่ม / น้ำใช้ส่วนใหญ่ได้มาจากแหล่งใด (บันทึกรหัสตามเลขข้อ)

- | | |
|------------------------------|--|
| 1. น้ำประปาภายในบ้าน | 2. น้ำประปาภายนอกบ้าน |
| 3. น้ำบาดาลหรือน้ำบ่อสาธารณะ | 4. น้ำบาดาลหรือน้ำบ่อที่ไม่ใช่สาธารณะ |
| 5. น้ำฝน | 6. แม่น้ำ ลำคลอง ลำธาร น้ำตก อ่างเก็บน้ำ |
| 7. น้ำดื่มบรรจุขวด | 8. อื่น ๆ (ระบุ)..... |

น้ำดื่ม

น้ำใช้

Field Name Position (Column)

B8 48

B9 49

9. บ้านที่ท่านอยู่ในปัจจุบันนี้เป็นของใคร

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> 1. ตัวท่านเอง | <input type="radio"/> 2. คู่สมรส |
| <input type="radio"/> 3. ตัวท่านเองกับคู่สมรส | <input type="radio"/> 4. ตัวท่านเองกับบุคคลอื่น |
| <input type="radio"/> 5. บุตรชายโสด | <input type="radio"/> 6. บุตรหญิงโสด |
| <input type="radio"/> 7. บุตรชายสมรส | <input type="radio"/> 8. บุตรหญิงสมรส |
| <input type="radio"/> 9. บุตรเขย/บุตรสะใภ้ | <input type="radio"/> 10. บุตรของบุตร |
| <input type="radio"/> 11. พ่อ/แม่ | <input type="radio"/> 12. พี่/น้อง |
| <input type="radio"/> 13.ญาติ | <input type="radio"/> 14. เพื่อน/เพื่อนบ้าน |
| <input type="radio"/> 15.เช่า | <input type="radio"/> 16. อยู่โดยไม่เสียค่าเช่าเพราะเป็นส่วนหนึ่งของค่าจ้าง |
| <input type="radio"/> 17. ให้อยู่เปล่า | |

B10 50-51

10. ท่านอยู่ในครัวเรือนในสถานะใด

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> 1. หัวหน้าครัวเรือน | <input type="radio"/> 2. สามี/ภรรยาของหัวหน้าครัวเรือน |
| <input type="radio"/> 3. บิดา/มารดาของหัวหน้าครัวเรือน | <input type="radio"/> 4. ญาติ |
| <input type="radio"/> 5. ผู้อาศัย | |

B11 52

11. ท่านอยู่ในบ้านนี้กับใคร

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> 1. อยู่คนเดียว | <input type="radio"/> 2. อยู่หลายคน (ข้ามไปถามข้อ 13) |
|--------------------------------------|---|

B12 53

12. ท่านมีปัญหาในการอยู่คนเดียวหรือไม่ (ถ้ามีให้ตอบปัญหาที่สำคัญที่สุดและข้ามไปถาม ตอนที่ 3)

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> 1. ไม่มี | <input type="radio"/> 2. มี เพราะไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย |
| <input type="radio"/> 3. มี เพราะเหงา | <input type="radio"/> 4. มี เพราะต้องเลี้ยงชีพด้วยตนเอง/มีปัญหาการเงิน |
| <input type="radio"/> 5. มี เพราะต้องช่วยเหลือตัวเอง | <input type="radio"/> 6. อื่น ๆ (ระบุ)..... |

B13 54

ในการดำรงชีวิต

13. ปัจจุบันท่านอยู่บ้านนี้กับใคร (กา " " ในวงกลมให้ตรงกับคำตอบของทุกข้อ)

บุคคล	0. ไม่อยู่	1. อยู่
13.1 คู่สมรส	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.2 บุตรชายโสด	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.3 บุตรหญิงโสด	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.4 บุตรชายสมรส	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.5 บุตรหญิงสมรส	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.6 บุตรชาย/บุตรสะใภ้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.7 บุตรของบุตร	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.8 พ่อ/แม่	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.9 พี่/น้อง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.10 ญาติ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.11 อื่นๆ (ระบุ)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Field Name Position (Column)

B14 55

B15 56

B16 57

B17 58

B18 59

B19 60

B20 61

B21 62

B22 63

B23 64

B24 65

14. ท่านมีความรู้สึกอย่างไรในการอาศัยอยู่กับสมาชิกในครัวเรือนนี้ (กา " " ในวงกลมให้ตรงกับคำตอบของทุกข้อ)

Field Name Position (Column)

ความรู้สึก	0.ไม่มี	1.มีน้อย	2.มีปานกลาง	3.มีมาก
14.1 สถานที่คับแคบ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.2 สะดวกสบาย	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.3 บุคคลในครัวเรือนเอาใจใส่ดูแลท่าน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.4 อบอุ่น	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.5 บุคคลในครัวเรือนให้ความเคารพ และรับฟังความคิดเห็น	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.6 บุคคลในครัวเรือนนี้คิดว่าท่านเป็นคนรู้จัก ชีบ่น	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.7 อึดอัดใจ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.8 เหงา/ขาดคนคุยด้วย	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.9 วุ่นวาย	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.10 ท่านคิดว่าตัวท่านมีคุณค่า	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B25 66

B26 67

B27 68

B28 69

B29 70

B30 71

B31 72

B32 73

B33 74

B34 75

15. ในขณะที่ถามเรื่องความรู้สึกของผู้สูงอายุที่มีต่อการอาศัยอยู่กับสมาชิกในครัวเรือน

B35 76

ในข้อ 14 ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังกับพนักงานเฝ้าหน้าหรือไม

1. อยู่ตามลำพัง 2. ไม่ได้อยู่ตามลำพัง
3. ผู้อื่นตอบแทน

ตอนที่ 3 การทำงานและการหารายได้

Field Name	Position (Column)
------------	-------------------

1. ในระหว่าง 7 วันก่อนวันสัมภาษณ์ ท่านทำงานหรือไม่

C1	77
----	----

1. ทำงาน 2. ไม่ทำงาน (ข้ามไปถามข้อ 8)

2. ท่านทำงานอาชีพและตำแหน่งใด

--	--	--	--

C2	78-81
----	-------

(บันทึกอาชีพและตำแหน่งหน้าที่การงานให้ชัดเจน)

อาชีพ.....

ตำแหน่ง.....

3. ลักษณะงานหรือประเภทกิจการที่ท่านทำ

--	--	--	--

C3	82-85
----	-------

.....

4. ท่านทำงานในฐานะใด

C4	86
----	----

1. นายจ้าง 2. ประกอบธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้าง
3. ช่วยธุรกิจของครัวเรือน 4. ลูกจ้างรัฐบาล
5. ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ 6. ลูกจ้างเอกชน
7. การรวมกลุ่ม

5. เหตุผลสำคัญที่สุดที่ท่านยังทำงาน

C5	87
----	----

1. สุขภาพแข็งแรง/ยังมีแรงทำงาน 2. ต้องหารายได้เลี้ยงครอบครัวหรือตนเอง
3. ต้องส่งเสียบุตร 4. เป็นอาชีพประจำไม่มีผู้ดูแลงาน
5. ยังไม่เกษียณอายุ 6. ยังมีหนี้สิน
7. ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ 8. อื่น ๆ (ระบุ).....

6. ท่านทำงานวันละกี่ชั่วโมง (บันทึกจำนวนชั่วโมงเป็นจำนวนเต็ม)

--	--

C6	88-89
----	-------

7. ท่านทำงานสัปดาห์ละกี่วัน (บันทึกจำนวนวันเป็นจำนวนเต็มและข้ามไปถามข้อ 9)

--

C7	90
----	----

Field
Name

Position
(Column)

8. เหตุผลสำคัญที่สุดที่ท่านไม่ทำงาน

1. ต้องดูแลบ้านหรือ
บุคคลในครอบครัว
2. คู่สมรส/บุตรไม่ให้งาน
3. รอดฤดูกาล
4. ชรา (อายุตั้งแต่ 60 ปี)
5. ป่วย/พิการ ฯลฯ
จนไม่สามารถทำงานได้
6. ไม่สมัครใจทำงาน
7. กำลังหางานทำ/รอทำงาน
8. เป็นข้าราชการบำนาญ
9. อื่น ๆ (ระบุ).....

C8

91

9. ในระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ท่านทำงานหรือไม่

1. ทำงาน
2. ไม่ทำงาน (ข้ามไปถามข้อ 11)

C9

92

10. ท่านทำงานอาชีพและตำแหน่งใด

(บันทึกอาชีพและตำแหน่งหน้าที่การงานให้ชัดเจน)

อาชีพ

ตำแหน่ง

--	--	--	--

C10

93-96

11. ท่านมีความต้องการทำงานหรือไม่ (ให้ระบุเหตุผลที่ตรงกับคำตอบที่ได้รับ)

--	--

C11

97-98

ต้องการ	ไม่ต้องการ
เหตุผล.....	เหตุผล.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

12. ในระหว่าง 12 เดือน ก่อนวันสัมภาษณ์ ท่านมีรายได้หรือทรัพย์สินในการเลี้ยงชีพตนเองหรือครอบครัวจากแหล่งต่อไปนี้ หรือไม่ (กา " " ในวงกลมให้ตรงกับคำตอบของทุกข้อ)

แหล่งรายได้	0. ไม่ใช่	1. ใช่
12.1 การทำงาน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.2 เงินบำนาญ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.3 เบี้ยยังชีพทางราชการ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.4 ดอกเบี้ยเงินออม/เงินออม	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.5 คู่สมรส	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.6 บุตรชายโสด (รวมบุตรเลี้ยง บุตรบุญธรรม)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.7 บุตรหญิงโสด (รวมบุตรเลี้ยง บุตรบุญธรรม)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.8 บุตรชายสมรส (รวมบุตรเลี้ยง บุตรบุญธรรม)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.9 บุตรหญิงสมรส (รวมบุตรเลี้ยง บุตรบุญธรรม)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.10 พี่/น้อง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.11 ญาติ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.12 อื่น ๆ (ระบุ)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Field Name Position (Column)

C12 99

C13 100

C14 101

C15 102

C16 103

C17 104

C18 105

C19 106

C20 107

C21 108

C22 109

C23 110

13. ท่านมีรายได้ในการเลี้ยงชีพตนเองหรือครอบครัว

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

โดยเฉลี่ยปีละเท่าใด (บันทึกจำนวนเงินบาทขีดขวา)

C24 111-116

14. ท่านคิดว่ารายได้ทั้งหมดที่ได้รับเพียงพอต่อการดำรงชีพหรือไม่

1. ไม่เพียงพอ 2. เพียงพอ
 3. มากเกินความจำเป็น

C25 117

8. ปัจจุบันท่านมีปัญหาเกี่ยวกับโรคหรือมีอาการต่อไปนี้หรือไม่ (กา " " ในวงกลมให้ตรงกับคำตอบของทุกข้อ)

Field Name Position (Column)

โรค/อาการ	0. ไม่มี	1. มี	2. ไม่แน่ใจ
8.1 นอนไม่หลับ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.2 ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดหลัง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.3 โรคปวดข้อ (ข้อเสื่อม)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.4 ท้องผูกเป็นประจำ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.5 เป็นลมบ่อย	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.6 เวียนศีรษะ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.7 กลั้นปัสสาวะไม่อยู่	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.8 หลง ๆ ลืม ๆ หรือความจำเสื่อม	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.9 ความดันโลหิตสูง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.10 ความดันโลหิตต่ำ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.11 โรคเบาหวาน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.12 หัวใจ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.13 โรคเกี่ยวกับตา	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.14 มะเร็ง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.15 ภาวะแพ้อาหาร	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.16 ต่อมลูกหมากโต (เป็นเฉพาะผู้ชายเท่านั้น)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.17 ความจำเสื่อมชนิดรุนแรง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.18 โรคเกี่ยวกับผิวหนัง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.19 อัมพาต	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.20 อัมพฤกษ์	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.21 โรคกระดูก	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.22 โรคทางเดินปัสสาวะ ไต	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

G8 29

G9 30

G10 31

G11 32

G12 33

G13 34

G14 35

G15 36

G16 37

G17 38

G18 39

G19 40

G20 41

G21 42

G22 43

G23 44

G24 45

G25 46

G26 47

G27 48

G28 49

G29 50

9. ท่านสามารถมองเห็นได้ชัดเจนหรือไม่

1. ชัดเจนโดยไม่ต้องใส่แว่น 2. ชัดเจนแต่ต้องใส่แว่น
 3. ไม่ชัดเจน 4. ไม่เห็นเลย

Field Name Position (Column)

G30 51

10. ท่านสามารถได้ยินชัดเจนหรือไม่

1. ชัดเจนโดยไม่ต้องใส่หูฟัง 2. ชัดเจนแต่ต้องใส่หูฟัง
 3. ไม่ชัดเจน 4. ไม่ได้ยินเลย

G31 52

11. ท่านสามารถเคี้ยวอาหารได้ดีหรือไม่

1. เคี้ยวได้ดีโดยไม่ต้องใส่ฟันปลอม 2. เคี้ยวได้ดีแต่ต้องใส่ฟันปลอม
 3. เคี้ยวได้ไม่ค่อยดี 4. เคี้ยวไม่ได้เลย

G32 53

12. ท่านทำกิจกรรมเหล่านี้ด้วยตนเองได้หรือไม่ (กา " " ในวงกลมให้ตรงกับคำตอบของทุกข้อ)

กิจกรรม	0. ไม่ได้	1. ได้
12.1 กินข้าว	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.2 ใส่เสื้อผ้า	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.3 อาบน้ำ/เข้าห้องสุขา	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.4 การลุกนั่งของ ๆ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.5 ยกของหนัก	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ประมาณ 5 กิโลกรัม		
12.6 เดินระยะทาง 1 กิโลเมตร	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.7 เดินขึ้นบันได 2-3 ชั้น	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.8 เดินทางโดยขึ้นรถหรือลงเรือคนเดียว	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

G33 54

G34 55

G35 56

G36 57

G37 58

G38 59

G39 60

G40 61

13. ปัจจุบันนี้ใครเป็นผู้ดูแลเอาใจใส่ท่านมากที่สุด (ไม่จำเป็นต้องเป็นคนที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกับท่าน)

1. คู่สมรส 2. บุตรชาย
 3. บุตรหญิง 4. บุตรเขย/บุตรสะใภ้
 5. บุตรของบุตร 6. พ่อ/แม่
 7. พี่/น้อง 8. ญาติ
 9. เพื่อน/เพื่อนบ้าน 10. พยาบาล/คนรับใช้
 11. ไม่มีคนดูแล 12. อื่น ๆ (ระบุ).....

G41 62-63

Field
Name Position
(Column)

14. ผู้ดูแลเอาใจใส่ท่านมากที่สุดที่ตอบในข้อ 13 อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกับท่านหรือไม่

G42 64

1. อยู่ครัวเรือนเดียวกัน
2. ไม่ได้อยู่ครัวเรือนเดียวกัน แต่อยู่ในหมู่บ้านหรือเทศบาลเดียวกัน
3. ไม่ได้อยู่ครัวเรือนเดียวกันและไม่ได้อยู่ในหมู่บ้านหรือเทศบาลเดียวกัน

15. ในระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ท่านป่วยจนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันหรือไม่

G43 65

1. ป่วย
2. ไม่ป่วย (ข้ามไปถามข้อ 18)

16. ในระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ เมื่อท่านป่วยท่านรักษาพยาบาลด้วยวิธีใดหรือสถานที่ใด
(กา " " ในวงกลมให้ตรงกับคำตอบของทุกข้อ)

สถานที่/วิธีรักษา	0. ไม่ใช่	1. ใช่		
16.1 โรงพยาบาลของรัฐ/โรงพยาบาลจังหวัด/ โรงพยาบาลชุมชน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	G44	66
16.2 โรงพยาบาล/คลินิกเอกชน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	G45	67
16.3 ศูนย์อนามัย	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	G46	68
16.4 ซื้อมากินเอง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	G47	69
16.5 ใช้สมุนไพร/ยาแผนโบราณ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	G48	70
16.6 รักษาที่หมอแผนโบราณ/หมอพื้นบ้าน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	G49	71
16.7 รักษาที่พระ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	G50	72
16.8 ไม่ได้รักษาปล่อยให้หายเอง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	G51	73
16.9 เรียกแพทย์มารักษาที่บ้าน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	G52	74
16.10 รักษาทางไสยศาสตร์	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	G53	75
16.11 อื่น ๆ (ระบุ).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	G54	76

17. ในระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ท่านป่วยจนต้องนอนพักรักษาตัวประมาณกี่ครั้ง
(บันทึกจำนวนครั้งที่ป่วยขีดขวา)

--	--

G55 77-78

18. เมื่อท่านป่วย โดยส่วนใหญ่ท่านจ่ายค่ารักษาพยาบาลอย่างไร

- 1. จ่ายเองทั้งหมด (ข้ามไปถามข้อ 20)
- 2. จ่ายเองบางส่วน
- 3. เบิกตามสิทธิ์ทั้งหมด
- 4. คนอื่นจ่าย

หมายเหตุ การเบิกตามสิทธิ์ ซึ่งอาจเบิกได้จากราชการ บริษัทประกันชีวิต หรือประกันสังคมนั้น หมายถึง สิทธิ์ในการเบิกของผู้สูงอายุเท่านั้น

19. กรณีที่ไม่ได้จ่ายเองทั้งหมดส่วนใหญ่ใครช่วยจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ท่าน

- 1. เบิกจากส่วนราชการ/รัฐวิสาหกิจ
- 2. บริษัทประกันชีวิต
- 3. ประกันสังคม
- 4. บัตรสงเคราะห์ทุกประเภท
- 5. คู่สมรส
- 6. บุตรชายโสด
- 7. บุตรหญิงโสด
- 8. บุตรชายสมรส
- 9. บุตรหญิงสมรส
- 10. บุตรเขย/บุตรสะใภ้
- 11. บุตรของบุตร
- 12. พ่อ/แม่
- 13. พี่/น้อง
- 14. ญาติ
- 15. เพื่อน/เพื่อนบ้าน/คนรู้จัก
- 16. อื่นๆ (ระบุ).....

20. เมื่อท่านป่วย ท่านต้องการให้ใครเป็นผู้ดูแลปรนนิบัติมากที่สุด

- 1. คู่สมรส
- 2. บุตรชาย
- 3. บุตรหญิง
- 4. บุตรเขย/บุตรสะใภ้
- 5. บุตรของบุตร
- 6. พ่อ/แม่
- 7. พี่/น้อง
- 8. ญาติ
- 9. เพื่อน/เพื่อนบ้าน/คนรู้จัก
- 10. พยาบาล/คนรับใช้
- 11. ไม่ต้องการ
- 12. อื่นๆ (ระบุ).....

Field Name	Position (Column)
------------	-------------------

G56	79
-----	----

G57	80-81
-----	-------

G58	82-83
-----	-------

ตอนที่ 6 กิจกรรมและข่าวสาร

1. ท่านเคยเป็นสมาชิกหรือเข้าร่วมกิจกรรมเหล่านี้หรือไม่ (กา " " ในวงกลมให้ตรงกับคำตอบของทุกข้อ)

กิจกรรม	การเป็นสมาชิก		การเข้าร่วมกิจกรรม		Field Name	Position (Column)
	0. ไม่เป็นสมาชิก	1. เป็นสมาชิก	0. ไม่เข้าร่วม	1. เข้าร่วม		
1.1 กลุ่มผู้สูงอายุ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	H1-H2	84-85
1.2 กลุ่มฌาปนกิจ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	H3-H4	86-87
1.3 กลุ่มอาชีพ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	H5-H6	88-89
1.4 กลุ่มแม่บ้าน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	H7-H8	90-91
1.5 กลุ่มสหกรณ์	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	H9-H10	92-93
1.6 กลุ่มลูกเสือชาวบ้าน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	H11-H12	94-95

2. ท่านเคยได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารในเรื่องเหล่านี้หรือไม่ (กา " " ในวงกลมให้ตรงกับคำตอบของทุกข้อ)

การได้รับข้อมูลข่าวสาร	0. ไม่เคย	1. เคย	Field Name	Position
2.1 การเตรียมตัวเข้าสู่วัยทอง/วัยสูงอายุ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	H13	96
2.2 การดูแลรักษาสุขภาพ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	H14	97
2.3 การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยสูงอายุ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	H15	98
2.4 อื่น ๆ (ระบุ).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	H16	99

3. ท่านได้เตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุด้านต่าง ๆ เหล่านี้หรือไม่

(กา " " ในวงกลมให้ตรงกับคำตอบของทุกข้อ)

การเตรียมความพร้อม	0. ไม่เตรียมความพร้อม	1. เตรียมความพร้อม	Field Name	Position
3.1 การเงิน (การออม/ฝากธนาคาร)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	H17	100
3.2 ที่อยู่อาศัย	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	H18	101
3.3 สุขภาพ (โดยปรึกษาแพทย์/เข้าโครงการวัยทอง)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	H19	102
3.4 อื่น ๆ (ระบุ).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	H20	103

RECORD 2

2

ตอนที่ 4 ข้อมูลความเกือหนุและการเยี่ยมเยียน

1. ในระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ท่านต้องการและได้รับการเกือหนุในด้านต่างๆ จากใครบ่อยครั้ง/มากที่สุด

ประเภทความเกือหนุ	ก. ความต้องการความเกือหนุ บันทึกรหัส ไม่ต้องกร...0 ต้องการ.....1	ข. การได้รับความเกือหนุ บันทึกรหัส ไม่ได้รับ.....0 ได้รับ.....1 (ถ้าบันทึกรหัส 0 ไม่ต้องถาม ข้อ ค-ข)	ค. บุคคลที่ให้ความเกือหนุ กับท่านบ่อยครั้ง/มากที่สุด บันทึกรหัส คู่สมรส1 บุตรโสด..... 2 บุตรสมรส.....3 บุตรเขย/บุตรสะใภ้.4 บุตรของบุตร. 5 พ่อ/แม่ 6 พี่น้อง.....7 ญาติ.....8 อื่นๆ.....9	ง. การอยู่อาศัยของ ผู้เกือหนุ กับท่าน บันทึกรหัส อยู่ในครัวเรือน....0 อยู่นอกครัวเรือน..1	จ. เพศของ ผู้เกือหนุ บันทึกรหัส ชาย...1 หญิง...2	ฉ. อายุของ ผู้เกือหนุ (บันทึกอายุเต็มปี)	ช. ความถี่/ ปริมาณที่ได้รับ การเกือหนุ (บันทึกรหัส ตามประเภท ความเกือหนุ ด้านล่าง)
1.1 การเงิน col.22-col.29	D1 <input type="text"/>	D2 <input type="text"/>	D3 <input type="text"/>	D4 <input type="text"/>	D5 <input type="text"/>	D6 <input type="text"/>	D7 <input type="text"/>
1.2 อาหาร col.30-col.37	D8 <input type="text"/>	D9 <input type="text"/>	D10 <input type="text"/>	D11 <input type="text"/>	D12 <input type="text"/>	D13 <input type="text"/>	D14 <input type="text"/>
1.3 เสื้อผ้า col.38-col.45	D15 <input type="text"/>	D16 <input type="text"/>	D17 <input type="text"/>	D18 <input type="text"/>	D19 <input type="text"/>	D20 <input type="text"/>	D21 <input type="text"/>
1.4 ของใช้ col.46-col.53	D22 <input type="text"/>	D23 <input type="text"/>	D24 <input type="text"/>	D25 <input type="text"/>	D26 <input type="text"/>	D27 <input type="text"/>	D28 <input type="text"/>
1.5 ดูแลในการดำรง ชีวิตประจำวัน col.54-col.61	D29 <input type="text"/>	D30 <input type="text"/>	D31 <input type="text"/>	D32 <input type="text"/>	D33 <input type="text"/>	D34 <input type="text"/>	D35 <input type="text"/>

รหัสคำตอบ ข้อ ช. ความถี่/ปริมาณที่ได้รับการเกือหนุ

- การเงิน

- 1. 1- 5,000 บาท
- 2. 5,001-10,000 บาท
- 3. 10,001- 15,000 บาท
- 4. 15,001-20,000 บาท
- 5. 20,001- 25,000 บาท
- 6. 25,001-30,000 บาท
- 7. 30,001- 35,000 บาท
- 8. 35,001-40,000 บาท
- 9. มากกว่า 40,000 บาท

- ด้านเสื้อผ้า/ของใช้

บันทึกจำนวนครั้งที่ให้เสื้อผ้า หรือของใช้
แก่ผู้สูงอายุ ถ้ามากกว่า 8 ครั้ง ให้บันทึก 8

- ด้านอาหาร

- 1. ทุกวัน
- 2. สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง
- 3. สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
- 4. เดือนละ 1 ครั้ง
- 5. 2-5 เดือนต่อครั้ง
- 6. ครั้งปีต่อครั้ง
- 7. ปีละ 1 ครั้ง
- 8. ไม่แน่นอน

- ดูแลในการดำรงชีวิตประจำวัน

- 1. ดูแลทุกวัน
- 2. ดูแลเป็นบางครั้ง
- 3. ดูแลนานๆ ครั้ง

2. ในระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ มีใครมาเยี่ยมท่าน และท่านไปเยี่ยมใคร

การอยู่อาศัยของบุคคล		ความถี่ในการเยี่ยม (ถามเฉพาะการอยู่อาศัยรหัส 2-3)			
บันทึกรหัส		บันทึกรหัสความถี่ในการเยี่ยมด้านขวา			
		การมาเยี่ยม		การไปเยี่ยม	
ไม่มี.....0					
มีอยู่ในครัวเรือน.....1					
มีอยู่นอกครัวเรือน.....2					
มีอยู่ใน/นอกครัวเรือน.....3					
<input type="checkbox"/>	E1 คู่สมรส col.62-64	E2	<input type="checkbox"/>	E3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	E4 บุตรชายโสด col.65-67	E5	<input type="checkbox"/>	E6	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	E7 บุตรหญิงโสด col.68-70	E8	<input type="checkbox"/>	E9	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	E10 บุตรชายสมรส col.71-73	E11	<input type="checkbox"/>	E12	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	E13 บุตรหญิงสมรส col.74-76	E14	<input type="checkbox"/>	E15	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	E16 บุตรเขย/บุตรสะใภ้ col.77-79	E17	<input type="checkbox"/>	E18	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	E19 บุตรของบุตร col.80-82	E20	<input type="checkbox"/>	E21	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	E22 พ่อ col.83-85	E23	<input type="checkbox"/>	E24	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	E25 แม่ col.86-88	E26	<input type="checkbox"/>	E27	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	E28 พี่/น้อง col.89-91	E29	<input type="checkbox"/>	E30	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	E31 ญาติ col.92-94	E32	<input type="checkbox"/>	E33	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	E34 เพื่อน/เพื่อนบ้าน/คนรู้จัก col.95-97	E35	<input type="checkbox"/>	E36	<input type="checkbox"/>

รหัสความถี่ในการเยี่ยม
0. ไม่เยี่ยม
1. ทุกวัน
2. สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง
3. สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
4. เดือนละ 1 ครั้ง
5. 2-5 เดือนต่อครั้ง
6. ครั้งปีต่อครั้ง
7. ปีละ 1 ครั้ง
8. ไม่แน่นอน

3. ในระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ท่านต้องเก็หนุ่ในด้านต่างๆ กับใครบ่อยครั้ง/มากที่สุด

ประเภท ความเก็หนุ่	ก. การเก็หนุ่		ข. บุคคลที่ท่านให้ความเก็หนุ่ บ่อยครั้ง/มากที่สุด		ค. การอยู่อาศัย ของผู้ได้รับ การเก็หนุ่		ง. เพศของ ผู้ได้รับ การเก็หนุ่		จ. อายุของผู้ได้รับ การเก็หนุ่ (บันทึกอายุเต็มปี)		ฉ. ความถี่/ปริมาณ ที่ให้การเก็หนุ่ (บันทึกรหัส ตามประเภท ความเก็หนุ่ ด้านล่าง)	
	บันทึกรหัส ไม่เก็หนุ่.....0 เก็หนุ่.....1 (ถ้าบันทึก 0 ไม่ต้องถาม ข้อ ข-ฉ)	บันทึกรหัส คู่สมรส1 บุตรโสด.....2 บุตรสมรส.....3 บุตรเขย/บุตรสะใภ้4 บุตรของบุตร. 5 พ่อ/แม่ 6 พี่น้อง.....7 ญาติ.....8 อื่นๆ.....9	บันทึกรหัส อยู่ในครัวเรือน.....0 อยู่นอกครัวเรือน.1	บันทึกรหัส ชาย...1 หญิง...2	บันทึกรหัส							
3.1 การเงิน col.98-104	F1	<input type="checkbox"/>	F2	<input type="checkbox"/>	F3	<input type="checkbox"/>	F4	<input type="checkbox"/>	F5	<input type="checkbox"/>	F6	<input type="checkbox"/>
3.2 อาหาร col.105-111	F7	<input type="checkbox"/>	F8	<input type="checkbox"/>	F9	<input type="checkbox"/>	F10	<input type="checkbox"/>	F11	<input type="checkbox"/>	F12	<input type="checkbox"/>
3.3 อาชีพ col.112-118	F13	<input type="checkbox"/>	F14	<input type="checkbox"/>	F15	<input type="checkbox"/>	F16	<input type="checkbox"/>	F17	<input type="checkbox"/>	F18	<input type="checkbox"/>
3.4 ดูแลภายในบ้าน ฝ้าบ้าน col.119-125	F19	<input type="checkbox"/>	F20	<input type="checkbox"/>	F21	<input type="checkbox"/>	F22	<input type="checkbox"/>	F23	<input type="checkbox"/>	F24	<input type="checkbox"/>
3.5 เลี้ยงหลาน col.126-132	F25	<input type="checkbox"/>	F26	<input type="checkbox"/>	F27	<input type="checkbox"/>	F28	<input type="checkbox"/>	F29	<input type="checkbox"/>	F30	<input type="checkbox"/>

รหัสคำตอบ ข้อ ฉ. ความถี่/ปริมาณที่ให้การเก็หนุ่

- การเงิน

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| 1. 1- 5,000 บาท | 2. 5,001-10,000 บาท |
| 3. 10,001-15,000 บาท | 4. 15,001-20,000 บาท |
| 5. 20,001-25,000 บาท | 6. 25,001-30,000 บาท |
| 7. 30,001-35,000 บาท | 8. 35,001-40,000 บาท |
| 9. มากกว่า 40,000 บาท | |

- ด้านอาหาร อาชีพ ดูแลภายในบ้าน ฝ้าบ้าน และเลี้ยงหลาน

- | | |
|----------------------|------------------------|
| 1. ทุกวัน | 2. สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง |
| 3. สัปดาห์ละ 1 ครั้ง | 4. เดือนละ 1 ครั้ง |
| 5. 2-5 เดือนต่อครั้ง | 6. ครั้งปีต่อครั้ง |
| 7. ปีละ 1 ครั้ง | 8. ไม่แน่นอน |

|

|

RECORD 4

Field Position
Name (Column)

ตอนที่ 7 ความต้องการ การช่วยเหลือจากรัฐบาลและความคิดเห็น

4

REC4 21

1. ท่านเคยรับรู้เกี่ยวกับสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุอย่างไร

ประเภทสวัสดิการ	ก.การรับรู้ วันที่กรหัส		ข.ความต้องการ วันที่กรหัส		ค.การใช้บริการ วันที่กรหัส (เฉพาะผู้บันทึก รหัส 1 ในข้อ ก.)		ง.ความคิดเห็น วันที่กรหัส		จ.ข้อเสนอแนะ
	ไม่รับรู้.....0 รับรู้.....1		ไม่ต้องการ.....0 ต้องการ.....1		ไม่เคยใช้.....0 เคยใช้.....1		ไม่เห็นด้วย.....0 เห็นด้วย.....1		
1.1 สถานสงเคราะห์คนชราของรัฐ col.22-col.25	I1	<input type="checkbox"/>	I2	<input type="checkbox"/>	I3	<input type="checkbox"/>	I4	<input type="checkbox"/>	
1.2 สถานสงเคราะห์คนชราของเอกชน col.26-col.29	I5	<input type="checkbox"/>	I6	<input type="checkbox"/>	I7	<input type="checkbox"/>	I8	<input type="checkbox"/>	
1.3 ศูนย์บริการผู้สูงอายุทางสังคม/ ศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัดชุมชน col.30-col.33	I9	<input type="checkbox"/>	I10	<input type="checkbox"/>	I11	<input type="checkbox"/>	I12	<input type="checkbox"/>	
1.4 การมีบัตรประจำตัวผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป col.34-col.37	I13	<input type="checkbox"/>	I14	<input type="checkbox"/>	I15	<input type="checkbox"/>	I16	<input type="checkbox"/>	
1.5 การมีบัตรสุขภาพเพื่อลดหย่อน ค่ารักษาพยาบาล col.38-col.41	I17	<input type="checkbox"/>	I18	<input type="checkbox"/>	I19	<input type="checkbox"/>	I20	<input type="checkbox"/>	
1.6 การขอรับเบี้ยยังชีพจากทางราชการ col.42-col.45	I21	<input type="checkbox"/>	I22	<input type="checkbox"/>	I23	<input type="checkbox"/>	I24	<input type="checkbox"/>	
1.7 การขอเข้าร่วมโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค col.46-col.49	I25	<input type="checkbox"/>	I26	<input type="checkbox"/>	I27	<input type="checkbox"/>	I28	<input type="checkbox"/>	
1.8 การมีหน่วยบริการด้านสุขภาพเยี่ยม ตามบ้านที่มีผู้สูงอายุ col.50-col.53	I29	<input type="checkbox"/>	I30	<input type="checkbox"/>	I31	<input type="checkbox"/>	I32	<input type="checkbox"/>	
1.9 การลดหย่อนค่าโดยสารรถไฟ ให้แก่ผู้สูงอายุ col.54-col.57	I33	<input type="checkbox"/>	I34	<input type="checkbox"/>	I35	<input type="checkbox"/>	I36	<input type="checkbox"/>	

2. ท่านคิดว่าควรจัดสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุในเรื่องเหล่านี้หรือไม่

(กา " " ในวงกลมให้ตรงกับคำตอบของทุกข้อ)

สวัสดิการ	0. ไม่ควรจัด	1. ควรจัด	Field Name	Position (Column)
2.1 ศูนย์ดูแลกลางวันสำหรับผู้สูงอายุ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	I37	58
2.2 การจัดบริการตามบ้าน (home care) เพื่อช่วยผู้สูงอายุในการดำรงชีพ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	I38	59
2.3 บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	I39	60
2.4 จัดสิ่งอำนวยความสะดวกในที่สาธารณะ เช่น ห้องพักสำหรับผู้สูงอายุ ทางลาดชัน บันไดเลื่อน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	I40	61
2.5 มีสวนสาธารณะหรือสนามกีฬาสำหรับการออกกำลังกาย การพักผ่อนที่เหมาะสม และปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	I41	62
2.6 จัดหางานหรือกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัยสูงอายุ เพื่อจะได้มีงานทำและมีรายได้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	I42	63
2.7 จัดกิจกรรมเกี่ยวกับการท่องเที่ยวให้กับผู้สูงอายุ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	I43	64
2.8 จัดการศึกษาต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	I44	65
2.9 การลดหย่อนภาษีให้กับบุคคลที่เลี้ยงดูผู้สูงอายุ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	I45	66
2.10 อื่น ๆ (ระบุ).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	I46	67
