

สำหรับพ่อแม่ หรือผู้ปกครอง เด็กอายุ 25-60 เดือน

B3 สุขภาพของเด็ก

1) ท่านคิดว่าสุขภาพของเด็กในปัจจุบันอยู่ในระดับใด

ใช้ CARD ประกอบการสัมภาษณ์

CH1

1-สุขภาพดีมาก 3-สุขภาพดี 5-สุขภาพค่อนข้างดี 7-สุขภาพค่อนข้างแย่ 9-สุขภาพแย่

2) ตั้งแต่การสัมภาษณ์ครั้งที่แล้ว เด็กเคยไปพบทันตแพทย์เพื่อดูแลสุขภาพฟันหรือไม่

1-เคย 3-ไม่เคย (ข้ามไปถามข้อ 3)

CH2

รวมถึงการไปตรวจฟันที่ รพ.สต. หรือทันตแพทย์มาตรวจที่บ้าน (ไม่นับกรณี อสม.มาตรวจที่บ้าน และทันตแพทย์ไปตรวจที่โรงเรียน)

A : จำนวนครั้ง

CH2A

3) ตั้งแต่การสัมภาษณ์ครั้งที่แล้ว เด็กเคยไปพบจิตแพทย์หรือหมอที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับภาวะเครียดหรือซึมเศร้า หรือไม่

1-เคย 3-ไม่เคย

CH10

4) ตั้งแต่การสัมภาษณ์ครั้งที่แล้ว เด็กได้รับการตรวจสุขภาพตามกำหนดที่ไม่ได้เกิดจากการเจ็บป่วย ก็ครั้ง (ถ้าไม่เคยกรอก "00" แล้วข้ามไปถามข้อ 5)

CH4

นับรวมเวลาไปฉีดวัคซีนแล้วตรวจสุขภาพด้วย

ch4_des

A : ส่วนใหญ่ไปตรวจที่ไหน ชื่อสถานที่..... code สถานที่

CH4B

CH4BA

1- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	7- โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	13- โรงพยาบาลสังกัดหน่วยงานต่างๆ	19- อื่นๆ ระบุในช่อง CH4BA
3- โรงพยาบาลประจำอำเภอ	9- โรงพยาบาลเฉพาะทาง	15- โรงพยาบาลเอกชน	
5- โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลประจำจังหวัด	11- โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช	17- คลินิกเอกชน	

ตำบล..... CH4AA

ch4aa_des

อำเภอ..... CH4AB

ch4ab_des

จังหวัด..... CH4AC

ch4ac_des

5) ตั้งแต่การสัมภาษณ์ครั้งที่แล้ว เด็กเคยต้องไปหาหมอเพราะอาการบาดเจ็บ/อุบัติเหตุต่างๆ หรือไม่

1-เคย 3-ไม่เคย (ข้ามไปถามข้อ 6)

CH5

(ถ้าครัวเรือนไม่สามารถนึกคำตอบได้ พยายามอ่านคำตอบข้อ B ไปทีละรายการ)

A : จำนวนที่ครั้ง

CH5A

B : อาการบาดเจ็บที่รุนแรงที่สุด คือ

CH5B

CH5BA

1- ถูกของมีคมบาด (มีแผลเปิด เลือดออก)	11- ถูกสัตว์มีพิษกัด ต่อย	21- ไฟฟ้าช็อต
3- ตกจากที่สูง /วิ่งชน/ หกล้ม (มีแผลเปิด กระดูกหัก/ร้าว หมดสติ)	13- ถูกสัตว์อื่นๆ ทำร้าย เช่น สุนัข แมว (มีแผลเปิด เลือดออก)	23- อาการบาดเจ็บจากการปั่นจักรยาน
5- ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก (จนผิวหนังพอง)	15- อุบัติเหตุรถยนต์ (เด็กอยู่ในรถ)	25- อื่นๆ ระบุในช่อง CH5BA
7- เอาสิ่งแปลกปลอมใส่ในรูจมูก หู หรือกลืนกิน	17- อุบัติเหตุรถยนต์ (เด็กไม่อยู่ในรถ)	
9- กินสารเคมี เช่น ยาฆ่าแมลง น้ำยาล้างจาน	19- จมน้ำ	

C : เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นที่ไหน

1- บ้านตัวเอง	5- โรงเรียน/ ศูนย์เด็กเล็ก	9- ซอย/ถนน
3- บ้านผู้อื่น	7- สนามกีฬา/ สนามเด็กเล่น	11- อื่นๆ ระบุในช่อง CH5CA

CH5C

CH5CA

E : เด็กต้องหยุดไปโรงเรียน เนื่องจากอาการบาดเจ็บนี้กี่วัน (ถ้าไม่มี ให้กรอก "0")

CH5E

F : เด็กต้องนอนโรงพยาบาล เนื่องจากอาการบาดเจ็บนี้กี่วัน (ถ้าไม่มี ให้กรอก "0")

CH5F

6) **ตั้งแต่การสัมภาษณ์ครั้งที่แล้ว** เด็กเคยเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาล เพราะโรคเฉียบพลัน (ไม่รวมอุบัติเหตุ/โรคประจำตัว) หรือไม่

1-เคย 3-ไม่เคย (ข้ามไปถามข้อ 7)

CH9

(ถ้าครัวเรือนไม่สามารถนึกคำตอบได้ พยายามอ่านคำตอบข้อ B ไปทีละรายการ)

A : จำนวนกี่ครั้ง

CH9A

B : โรคที่รุนแรงที่สุด คือ

CH9B

CH9BA

1- ระบบทางเดินหายใจ (ไอ/หวัด/มีน้ำมูก/หอบ)	9- ความเครียด/นอนไม่หลับ/ปวดหัว	17- ไข้
3- ท้องร่วง/ท้องเสีย/บิด	11- โรคผิวหนัง/กลากเกลื้อน/ผดผื่น	19- อื่นๆ ระบุในช่อง CH9BA
5- ปวดท้อง/ท้องอืด/ท้องเฟ้อ/โรคกระเพาะ	13- ตา/หู/คอ/จมูก	
7- ปวดหลัง/ปวดกล้ามเนื้อ	15- โรคในช่องปาก/ฟันผุ/โรคเหงือก/แผลในปาก	

C : เด็กต้องหยุดไปโรงเรียน เนื่องจากเจ็บป่วย เพราะโรคเฉียบพลันนี้กี่วัน (ถ้าไม่มี ให้กรอก "0")

CH9C

D : เด็กต้องนอนโรงพยาบาล เนื่องจากเจ็บป่วย เพราะโรคเฉียบพลันนี้กี่วัน (ถ้าไม่มี ให้กรอก "0")

CH9D

7) **ตั้งแต่การสัมภาษณ์ครั้งที่แล้ว** มีกรณีที่ต้องได้รับการบริการทางการแพทย์แต่ไม่สามารถไปหาหมอได้เพราะไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาลบ้างหรือไม่

1- มี 3- ไม่มี

CH7

8) บ้านที่ผู้สัมภาษณ์

CH8