

## การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562

|                                                      |          |         |       |
|------------------------------------------------------|----------|---------|-------|
| 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     | EA      | 8-11  |
| นอกเขตเทศบาล EA..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน.....  |          | VILL    | 12-13 |
| 5. ลำดับที่ EA ตัวอย่าง.....                         | PSU_NO   |         | 14-17 |
| 6. ชุด EA ตัวอย่าง..... ชุดครัวเรือนตัวอย่าง.....    | EA_SET   | SAMSET  | 18-19 |
| เดือน..... มีนาคม..... พ.ศ. 2562                     | MONTH_YR | 0 3 6 2 | 20-23 |
| 7. ลำดับที่ครัวเรือนตัวอย่าง..... ประเภทส่วนบุคคล    | HH_NO    | TYPE    | 24-26 |
| 8. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน <u>ชั้นแรงงาน</u> ..... คน | MEMBER   |         | 27-28 |
| 9. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน <u>ชั้นนั้บจ</u> ..... คน  | LISTING  |         | 29-30 |
| 10. ผลการแรงงานครัวเรือนตัวอย่างนี้ (บันทึกรหัส)     | ENUM     |         | 31-32 |

| ได้ข้อมูล                     |                | รหัส | ไม่ได้ข้อมูล             |                 | รหัส |
|-------------------------------|----------------|------|--------------------------|-----------------|------|
| ชั้นนั้บจ                     | ชั้นแรงงาน     |      | ชั้นนั้บจ                | ชั้นแรงงาน      |      |
| 1. เป็นครัวเรือนตัวอย่าง      |                |      | 1. เป็นครัวเรือนตัวอย่าง | ไปสามครั้งไม่พบ |      |
| มีครัวเรือนอาศัยอยู่          | แรงงานได้      | 11   | ผู้ตอบสัมภาษณ์           |                 | 21   |
|                               | รื้อถอน ไฟไหม้ | 12   | ไม่ให้ความร่วมมือ        |                 | 22   |
|                               | เป็นบ้านว่าง   | 13   | หาบ้านไม่พบ              |                 | 23   |
| 2. ไม่เป็นครัวเรือนตัวอย่าง   | แรงงานได้      | 14   | อื่น ๆ (ระบุ).....       |                 | 24   |
| (ครัวเรือนใหม่อยู่แทน         |                |      |                          |                 |      |
| ครัวเรือนเดิมที่เป็นตัวอย่าง) |                |      |                          |                 |      |

แรงงานวันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2562

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|

พนักงานแรงงาน ID\_CODE1

ตรวจงานวันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2562

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|

เจ้าหน้าที่วิชาการ ID\_CODE2

| ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของสมาชิกในครัวเรือน |                |                                       |                          |                                   |                           |                          |                                           |                                     |
|-------------------------------------------|----------------|---------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|
| ถามทุกคน                                  |                |                                       |                          |                                   |                           |                          | ถามอายุ<br>ตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป             | ถามอายุ<br>ตั้งแต่ 13 ปีขึ้นไป      |
| ลำดับที่                                  | ชื่อ - นามสกุล | ความเกี่ยวพันกับ<br>หัวหน้าครัวเรือน  | เพศ                      | อายุ                              | ศาสนา                     | สัญชาติ                  | ...(ชื่อ)...จบการศึกษา<br>สูงสุดระดับใด?" | ...(ชื่อ)...มี<br>สถานภาพสมรสอะไร?" |
|                                           |                |                                       |                          |                                   |                           |                          | บันทึกรหัส                                | บันทึกรหัส                          |
|                                           |                | บันทึกรหัส<br>หัวหน้าครัวเรือน..... 1 | บันทึกรหัส<br>ชาย..... 1 | บันทึก<br>อายุเต็มปี              | บันทึกรหัส<br>พุทธ..... 1 | บันทึกรหัส<br>ไทย..... 1 | บันทึกรหัส<br>บันทึกรหัส                  | บันทึกรหัส<br>บันทึกรหัส            |
|                                           |                | ภรรยาหรือสามี..... 2                  | หญิง..... 2              | ถ้าต่ำกว่า 1 ปี                   | อิสลาม..... 2             | อื่น ๆ (ระบุ)..... 2     | ไม่เคยเรียน..... 1                        | โสด..... 1                          |
|                                           |                | บุตรที่ยังไม่สมรส..... 3              |                          | บันทึก "0"                        | คริสต์..... 3             | ไม่มีสัญชาติ.... 3       | ก่อนประถมศึกษา..... 2                     | สมรส..... 2                         |
|                                           |                | บุตรที่สมรสแล้ว..... 4                |                          |                                   | พราหมณ์-ฮินดู.... 4       |                          | ประถมศึกษา..... 3                         | ม่าย..... 3                         |
|                                           |                | บุตรเขย/บุตรสะใภ้..... 5              |                          |                                   | ซิกข์..... 5              |                          | มัธยมศึกษาตอนต้น..... 4                   | หย่า..... 4                         |
|                                           |                | บุตรของบุตร..... 6                    |                          |                                   | อื่น ๆ (ระบุ)..... 6      |                          | มัธยมศึกษาตอนปลาย                         | แยกกันอยู่..... 5                   |
|                                           |                | พ่อ แม่/พ่อแม่ของ                     |                          |                                   | ไม่มีศาสนา..... 7         |                          | สายสามัญ..... 5                           | เคยสมรส                             |
|                                           |                | คู่สมรส..... 7                        |                          |                                   |                           |                          | สายอาชีพ..... 6                           | แต่ไม่ทราบ                          |
|                                           |                | ญาติอื่น ๆ..... 8                     |                          |                                   |                           |                          | ปวส./ปวท./                                | สถานภาพ..... 6                      |
|                                           |                | ผู้อาศัย คนรับใช้..... 9              |                          |                                   |                           |                          | อนุปริญญา..... 7                          |                                     |
|                                           |                |                                       |                          |                                   |                           |                          | ปริญญาตรี..... 8                          |                                     |
|                                           |                |                                       |                          |                                   |                           |                          | สูงกว่าปริญญาตรี..... 9                   |                                     |
|                                           |                |                                       |                          |                                   |                           |                          | อื่น ๆ (ระบุ)..... 10                     |                                     |
| A1                                        | A2             | A3                                    | A4                       | A5                                | A6                        | A7                       | A8                                        | A9                                  |
| <div><div></div><div></div></div>         |                | <div><div></div></div>                | <div><div></div></div>   | <div><div></div><div></div></div> | <div><div></div></div>    | <div><div></div></div>   | <div><div></div><div></div></div>         | <div><div></div></div>              |
| <div><div></div><div></div></div>         |                | <div><div></div></div>                | <div><div></div></div>   | <div><div></div><div></div></div> | <div><div></div></div>    | <div><div></div></div>   | <div><div></div><div></div></div>         | <div><div></div></div>              |
| <div><div></div><div></div></div>         |                | <div><div></div></div>                | <div><div></div></div>   | <div><div></div><div></div></div> | <div><div></div></div>    | <div><div></div></div>   | <div><div></div><div></div></div>         | <div><div></div></div>              |
| <div><div></div><div></div></div>         |                | <div><div></div></div>                | <div><div></div></div>   | <div><div></div><div></div></div> | <div><div></div></div>    | <div><div></div></div>   | <div><div></div><div></div></div>         | <div><div></div></div>              |
| <div><div></div><div></div></div>         |                | <div><div></div></div>                | <div><div></div></div>   | <div><div></div><div></div></div> | <div><div></div></div>    | <div><div></div></div>   | <div><div></div><div></div></div>         | <div><div></div></div>              |

| ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของสมาชิกในครัวเรือน (ต่อ)                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ตอนที่ 2 หลักประกันด้านสุขภาพ<br>(สวัสดิการข้าราชการพยาบาล)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| ถามอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ถามทุกคน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| อาชีพ<br>"ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว<br>...(ชื่อ)...ทำงานอะไร?"<br><br>ถ้า ทำงาน<br>บันทึกอาชีพ<br>หรือตำแหน่งหน้าที่การงาน<br>ที่มีชั่วโมงการทำงานสูงสุด<br>(ถามต่อไป)<br><br>ถ้า ไม่ทำงาน<br>บันทึก "ไม่ทำ"<br>(ข้ามไปถาม HW1_1) | อุตสาหกรรม<br>"กิจกรรมหลักที่...(ชื่อ)...<br>ทำอยู่เป็นกิจกรรม<br>หรือผลิอะไร?"<br><br>บันทึกประเภทของกิจการ<br>หรือลักษณะของงาน<br>ให้ชัดเจน | สถานภาพการทำงาน<br>"...(ชื่อ)...ทำงาน<br>ในฐานะอะไร?"<br><br>บันทึกรหัส<br>นายจ้าง..... 1<br>ผู้ประกอบการธุรกิจของตนเอง..... 2<br>ผู้ช่วยธุรกิจส่วนตัว..... 3<br>ลูกจ้างรัฐบาล..... 4<br>ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ..... 5<br>ลูกจ้างเอกชน..... 6<br>สมาชิกของการรวมกลุ่ม<br>ผู้ผลิต..... 7<br>ผู้ที่ไม่สามารถจำแนก<br>สถานภาพการทำงานได้..... 8 | "ปัจจุบัน...(ชื่อ)...มีสวัสดิการข้าราชการพยาบาลดังกล่าวหรือไม่?"<br><br>HW1 ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)<br>HW2 ประกันสังคม / กองทุนเงินทดแทน<br>HW3 ข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ<br>HW4 รัฐวิสาหกิจ<br>HW5 หน่วยงานอิสระของรัฐ<br>HW6 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)<br>HW7 ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน<br>HW8 สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง<br>HW9 อื่น ๆ (ระบุ).....<br><br>รหัสคำตอบ HW1 - HW9<br>ไม่มี..... 1<br>มี..... 2<br>ไม่ทราบ..... 9 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| A10                                                                                                                                                                                                                             | A11                                                                                                                                           | A12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | HW1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | HW2                  | HW3                  | HW4                  | HW5                  | HW6                  | HW7                  | HW8                  | HW9                  |
| <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"/> | <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. การเจ็บป่วยระหว่าง 1 เดือนที่แล้ว (เฉพาะการป่วยที่ ไม่ ต้องนอนในสถานพยาบาล)                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| ถามทุกคน                                                                                                                                                                                                          | ถามเฉพาะผู้ที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย (OP1 = 2)                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <div>"ระหว่าง 1 เดือนที่แล้ว<br/>...(ชื่อ)...มีอาการป่วยหรือ<br/>รู้สึกไม่สบายหรือไม่?"</div> <div>บันทึกรหัส</div> <div>ไม่มี..... 1</div> <div>(ข้ามไปถาม OP4)</div> <div>มี..... 2</div> <div>(ถามต่อไป)</div> | <div>"ระหว่าง 1 เดือนที่แล้ว<br/>...(ชื่อ)...มีอาการป่วยหรือ<br/>รู้สึกไม่สบายกี่ครั้ง?"</div> <div>ให้บันทึกจำนวนครั้งที่<br/>ป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย<br/>(ถ้าเกิน 8 ครั้งให้บันทึก "8")<br/>(ถ้าไม่ทราบ ให้บันทึก "9")</div> | <div>"อาการป่วยหรือรู้สึกไม่สบายครั้งสุดท้าย<br/>...(ชื่อ)...ป่วยด้วยโรคอะไร หรือ มีอาการอย่างไร?"</div> <div>บันทึกรหัส</div> <div>หวัด/ไอ/มีน้ำมูก..... 1</div> <div>ไข้ ไอและหอบ ปอดบวม..... 2</div> <div>ไข้ตัวร้อน..... 3</div> <div>ท้องร่วง/ท้องเสีย/อาหารเป็นพิษ..... 4</div> <div>บิด/ถ่ายเป็นมูกปนเลือดและมีไข้..... 5</div> <div>ปวดท้อง/ท้องอืด/ท้องเฟ้อ/โรคกระเพาะ..... 6</div> <div>ปวดหลัง/ปวดกล้ามเนื้อ..... 7</div> <div>ความเครียด/นอนไม่หลับ/ปวดหัว..... 8</div> <div>โรคผิวหนัง/กลากเกลื้อน/ผดผื่น..... 9</div> <div>ตา/หู/คอ/จมูก..... 10</div> <div>หน้าหนาว/หูชั้นกลางอักเสบ..... 11</div> <div>โรคในช่องปาก/ฟันผุ/โรคเหงือก/แผลในปาก..... 12</div> <div>โรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว..... 13</div> <div>อื่น ๆ (ระบุ)..... 14</div> |
| OP1                                                                                                                                                                                                               | OP2                                                                                                                                                                                                                          | OP3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                            | <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                       | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                            | <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                       | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                            | <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                       | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                            | <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                       | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                            | <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                       | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

### ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข (ต่อ)

ก. การเจ็บป่วยระหว่าง 1 เดือนที่แล้ว (เฉพาะการป่วยที่ ไม่ ต้องนอนในสถานพยาบาล)

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

| ถามทุกคน                                           | ถามเฉพาะผู้ที่มีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว (OP7 = 2)                                                                                 |                          |                                      |                          |                          | ถามเฉพาะผู้ที่เจ็บป่วยฯ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ...(ชื่อ)...มีโรคเรื้อรัง/<br>โรคประจำตัวหรือไม่?" | "...(ชื่อ)...เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์<br>ว่าเป็นโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัวอะไรบ้าง?" (ตอบได้ไม่เกิน 5 โรค) |                          |                                      |                          |                          | "ระหว่าง 1 เดือนที่แล้ว...(ชื่อ)...<br>ไปรับบริการทางการแพทย์<br>เช่น การไปพบแพทย์ตามนัด<br>การไปซื้อ/รับยา เป็นต้น เนื่องจาก<br>โรคเรื้อรัง/โรคประจำตัวหรือไม่?"<br><br>(ไม่รวมที่เจ็บป่วย)<br><br>ให้บันทึกครั้งที่ไปรับบริการ<br><br>(ถ้าเกิน 8 ครั้ง ให้บันทึก "8")<br><br>(ถ้าไม่ได้ไป ให้บันทึก "0")<br><br>(ถ้าไม่ทราบ ให้บันทึก "9") | (OP1 = 2/ OP4 = 2/ OP9 = 1-8)<br><br>"ระหว่าง 1 เดือนที่แล้ว...(ชื่อ)...<br><br>มีการเจ็บป่วย<br>ครั้งสุดท้ายจากสาเหตุใด?"<br><br>บันทึกรหัส<br><br>อาการป่วย/รู้สึกไม่สบาย..... 1<br>อุบัติเหตุ/ถูกทำร้าย/<br>ทำร้ายตัวเอง..... 2<br>ไปรับบริการอื่นๆ เนื่องจาก<br>โรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว<br>(นอกเหนือจากการป่วย)..... 3 |
|                                                    | ชื่อโรค                                                                                                                           | รหัส                     | ชื่อโรค                              | รหัส                     |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| บันทึกรหัส                                         | เบาหวาน                                                                                                                           | 01                       | โรคกระเพาะ                           | 22                       |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| ไม่มี..... 1                                       | ไทรอยด์/คอพอก                                                                                                                     | 02                       | กรดไหลย้อน                           | 23                       |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| (ข้ามไปถาม OP10)                                   | ความดันโลหิตสูง                                                                                                                   | 03                       | ภูมิแพ้                              | 24                       |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| มี..... 2                                          | โรคหัวใจ (หัวใจโต/กล้ามเนื้อหัวใจ/<br>หัวใจตีบ/หัวใจรั่ว/ หลอดเลือดหัวใจ)                                                         | 04                       | ตับแข็ง                              | 25                       |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| (ถามต่อไป)                                         | โรคไขข้อในเส้นเลือดสูง/<br>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/<br>ปวดคอเรื้อรัง | 31                       |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                    | มะเร็งปากมดลูก และมดลูก                                                                                                           | 11                       | โรคเอดส์                             | 32                       |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                    | มะเร็งอื่น ๆ                                                                                                                      | 12                       | โรคโปลิโอ                            | 33                       |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                    | โรคพิษสุราเรื้อรัง                                                                                                                | 13                       | โรคโปลิโอ                            | 34                       |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                    | โรคซึมเศร้า/โรคจิตประเภท/<br>โรคจิตประสาทอื่นๆ                                                                                    | 14                       | โรคเรื้อน                            | 35                       |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                    | สมองเสื่อม                                                                                                                        | 15                       | ธาลัสซีเมีย                          | 36                       |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                    | ลมชัก/ลมบ้าหมู                                                                                                                    | 16                       | สติปัญญาผิดปกติ<br>(ดาวนซินโดรม)     | 37                       |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                    | ต่อกระดูก/ต่อหิน                                                                                                                  | 17                       | บริทันต์อักเสบ (เหงือกอักเสบ)        | 38                       |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                    | ประสาทหูเสื่อม                                                                                                                    | 18                       | อัมพาต                               | 39                       |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                    | หอบหืด                                                                                                                            | 19                       | โรคมาร์กินสัน                        | 40                       |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                    | ถุงลมโป่งพอง/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง                                                                                                   | 20                       | นิวโมไค/                             | 41                       |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                    | วัณโรค                                                                                                                            | 21                       | นิวโมไคเฉพาะปัสสาวะ                  | 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"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/>                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 71                                                 | 72-73                                                                                                                             | 74-75                    | 76-77                                | 78-79                    | 80-81                    | 82                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 83                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

### ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข (ต่อ)

ก. การเจ็บป่วยระหว่าง 1 เดือนที่แล้ว (เฉพาะการป่วยที่ ไม่ ต้องนอนในสถานพยาบาล)

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

| "การเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย<br>...(ชื่อ)...ป่วยจนต้อง<br>หยุดกิจวัตรประจำวันกี่วัน?"<br><br>ให้บันทึกจำนวนวันที่หยุดฯ<br>ติดต่อกันครั้งสุดท้าย<br>(ถ้าหยุดตั้งแต่ก่อน<br>1 เดือนที่แล้ว ให้นับ<br>จำนวนวันที่หยุดฯ<br>ติดต่อกันทั้งหมด)<br>(ถ้าไม่หยุดให้บันทึก "0" ) | "การเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย...(ชื่อ)...มีวิธีการรักษาพยาบาลอย่างไร?"<br><br>บันทึกรหัส<br><br>ไม่ได้รับการรักษา..... 1 (ข้ามไปถาม HP1)<br><br>ซื้อ/หายากิน - ยาแผนปัจจุบันจากร้านขายยา..... 2<br>- ยาแผนปัจจุบันจากอินเทอร์เน็ต/ออนไลน์..... 3<br>- ยาแผนปัจจุบันจากช่องทางอื่นๆ..... 4<br>- ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพรจากร้านขายยา..... 5<br>- ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพรจากอินเทอร์เน็ต/ออนไลน์..... 6<br>- ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพรจากช่องทางอื่นๆ..... 7<br>ไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ/หมอนวดแผนไทย..... 8<br><br>ไปสถานพยาบาลของรัฐ<br><br>สถานอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุข/ศูนย์สุขภาพชุมชน/<br>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)..... 9<br>โรงพยาบาลชุมชน..... 10<br>โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์..... 11<br>โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย..... 12<br>โรงพยาบาลสังกัดอื่นของรัฐ..... 13<br>ไปสถานพยาบาลของเอกชน<br>โรงพยาบาลเอกชน..... 14<br>คลินิกเอกชน..... 15<br>อื่น ๆ (ระบุ)..... 16 (ข้ามไปถาม OP15) | ถามเฉพาะผู้ที่ไปสถานพยาบาล (OP12 = 9-15)                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | "การรักษาครั้งสุดท้าย<br>...(ชื่อ)...รับบริการ<br>จากใคร?"<br><br>บันทึกรหัส<br><br>แพทย์<br>แผนปัจจุบัน..... 1<br>แผนไทย..... 2<br>ทางเลือกอื่น..... 3<br>ไม่ทราบ..... 4<br>พยาบาล..... 5<br>บุคลากร<br>สาธารณสุขอื่นๆ..... 6 | "การรักษาครั้งสุดท้าย<br>...(ชื่อ)...รับบริการอะไร?"<br><br>(ตอบได้ไม่เกิน 2 คำตอบ<br>โดยเรียงลำดับตาม <b>วิธีการหลัก</b> )<br><br>รักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน..... 1<br>รักษาด้วยยาสมุนไพร..... 2<br>นวดไทยเพื่อรักษา..... 3<br>อบสมุนไพร/การนึ่งกระโจม<br>ประคบสมุนไพร/ทบหม้อเกลือ..... 4<br>การฝังเข็ม..... 5<br>สมาธิบำบัด..... 6<br>อื่น ๆ (ระบุ)..... 7 |                        |
| OP11                                                                                                                                                                                                                                                               | OP12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | OP13                                                                                                                                                                                                                           | OP14_1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | OP14_2                 |
| <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                  | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                         | <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <div><div></div></div> |
| <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                  | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                         | <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <div><div></div></div> |
| <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                  | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                         | <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <div><div></div></div> |
| <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                  | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                         | <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <div><div></div></div> |
| <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                  | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                         | <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <div><div></div></div> |

ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข (ต่อ)

ก. การเจ็บป่วยระหว่าง 1 เดือนที่แล้ว (เฉพาะการป่วยที่ไม่ ต้องนอนในสถานพยาบาล)

ถามเฉพาะผู้ที่เจ็บป่วยหรือไปรับบริการเนื่องจากโรคเรื้อรังฯ (OP1 = 2/ OP4 = 2/ OP9 = 1-8) และมีการรักษาพยาบาล (OP12 = 2-16)

| การเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย<br>...(ชื่อ)...จ่ายค่าพาหนะไป-กลับ<br>ทั้งหมดเป็นเงินเท่าไร?"                                                                                | การเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย<br>...(ชื่อ)...จ่ายค่ารักษาพยาบาล<br>รวมเป็นเงินเท่าไร?"                                                                                       | การเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย<br>...(ชื่อ)...ใช้สวัสดิการฯ ที่มีหรือไม่?"<br>บันทึกรหัส                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ถามเฉพาะผู้ที่ไม่ใช้สวัสดิการฯ (OP17 = 11)<br>"สาเหตุที่...(ชื่อ)...ไม่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ ที่มี<br>ในการเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายเพราะเหตุใด?"<br>ให้ระบุสาเหตุที่สำคัญที่สุด<br>บันทึกรหัส                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ให้บันทึกค่าพาหนะสำหรับ<br>การรับ-ส่งทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล<br><br>(ถ้าใช้รถส่วนตัวให้ประมาณ<br>เหมือนค่ารถรับจ้างในท้องถิ่น)<br><br>(ถ้าไม่มีค่าพาหนะ ให้บันทึก "0") | ให้บันทึกจำนวนเงิน<br>เฉพาะส่วนที่จ่ายด้วยเงินของตนเอง<br>หรือ ส่วนที่เบิกไม่ได้<br><br>(ถ้ารักษาฟรี หรือ<br>นำไปเบิกจากหน่วยงาน หรือ<br>จ่ายตรงทั้งหมด ให้บันทึก "0") | ไม่มีสวัสดิการฯ..... 1<br>มีสวัสดิการฯ และใช้<br>จากรัฐบาล<br>ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)..... 2<br>ประกันสังคม/ กองทุนเงินทดแทน..... 3<br>ข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ..... 4<br>รัฐวิสาหกิจ..... 5<br>หน่วยงานอิสระของรัฐ..... 6<br>องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น..... 7<br>จากเอกชน<br>ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน..... 8<br>สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง..... 9<br>อื่น ๆ (ระบุ)..... 10<br>(ถ้าบันทึกรหัส 1-10 ข้ามไปถาม HP1)<br>มีสวัสดิการฯ แต่ไม่ใช้..... 11<br>(ถามต่อไป) | เจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย..... 1<br>อุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน..... 2<br>สถานพยาบาลอยู่ไกล/เดินทางไม่สะดวก..... 3<br>ไม่สะดวกไปในเวลาทำการ..... 4<br>ไม่มีค่าพาหนะ..... 5<br>ซ้ำ รอนาน..... 6<br>ไม่แน่ใจคุณภาพยา..... 7<br>ถูกเลือกปฏิบัติ..... 8<br>บุคลากรใน รพ.ดู/ พูดยุติไม่เพราะ..... 9<br>แพทย์ไม่มีเวลาให้ซักถามอาการ/ ไม่ให้ข้อมูล..... 10<br>การวินิจฉัยไม่ตรง/ รักษาไม่หาย..... 11<br>ไม่ได้อยู่ในภูมิลาเนาที่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ..... 12<br>สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการฯ ไม่ครอบคลุม..... 13<br>อื่น ๆ (ระบุ)..... 14 |
| OP15                                                                                                                                                                 | OP16                                                                                                                                                                   | OP17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | OP18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                                                                                                              | <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                                                                                                                | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                                                                                                              | <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                                                                                                                | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                                                                                                              | <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                                                                                                                | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                                                                                                              | <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                                                                                                                | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                                                                                                              | <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                                                                                                                | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

### ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข (ต่อ)

ข. การส่งเสริมสุขภาพระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว (นอกเหนือจากการเจ็บป่วยฯ ในตอน ก)

| ถามทุกคน                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ถามเฉพาะผู้ที่มีการใช้บริการด้านสุขภาพอื่นๆ (HP1 = 2)                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>"ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว...(ชื่อ)... มีการใช้บริการด้านสุขภาพอื่นๆ ทั้งการรับบริการที่หน่วยบริการ หรือที่บ้าน หรือหน่วยแพทย์/สาธารณสุขเคลื่อนที่ หรือสถานที่อื่นในชุมชน นอกเหนือจากการเจ็บป่วยฯ หรือไม่?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>ไม่มี..... 1</p> <p>(ข้ามไปถาม IP1)</p> <p>มี..... 2</p> <p>(ถามต่อไป)</p> | <p>"ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว...(ชื่อ)... มีการใช้บริการกี่ครั้ง?"</p> <p>ให้บันทึกจำนวนครั้งที่ได้รับการบริการ (ถ้าเกิน 98 ครั้งให้บันทึก "98")</p> <p>(ถ้าไม่ทราบ ให้บันทึก "99")</p> | <p>"การได้รับการบริการ 3 ครั้งสุดท้าย ... (ชื่อ)... ได้รับการอะไร?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>การฉีดวัคซีน..... 1</p> <p>การฝากครรภ์/ตรวจครรภ์..... 2</p> <p>การตรวจ/ดูแลหลังคลอด..... 3</p> <p>การวางแผนครอบครัว..... 4</p> <p>การตรวจสุขภาพประจำปี..... 5</p> <p>การตรวจสุขภาพเด็กดี (0-5 ปี)..... 6</p> <p>การรับบริการทันตกรรม..... 7</p> <p>การรับยาบำรุง/อาหารเสริม..... 8</p> <p>การรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก..... 9</p> <p>การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน</p> <p>ความดันโลหิตสูง..... 10</p> <p>การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p> <p>ที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น</p> <p>ลดน้ำหนัก อดบุหรี่/สุรา เป็นต้น..... 11</p> <p>การรับบริการอื่น ๆ (ระบุ)..... 12</p> |                          |                          | <p>"การได้รับการบริการครั้งสุดท้าย ... (ชื่อ)... ไปใช้บริการที่ใด?"</p> <p>บันทึกรหัส</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>(ถ้าบันทึกรหัส 9 ข้ามไปถาม IP1)</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 10</p> <p>(ถ้าบันทึกรหัส 1-8, 10 ถามต่อไป)</p> |
| HP1                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | HP2                                                                                                                                                                                   | HP3_1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | HP3_2                    | HP3_3                    | HP4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

103

104-105

106-107

108-109

110-111

112-113

ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข (ต่อ)

ข. การส่งเสริมสุขภาพระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว (นอกเหนือจากการเจ็บป่วยฯ ในตอน ก)

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

| "การได้รับการครั้งสุดท้าย<br>...(ชื่อ)...จ่ายค่าพาหนะไป-กลับ<br>ทั้งหมดเป็นเงินเท่าไร?" | "การได้รับการครั้งสุดท้าย<br>...(ชื่อ)...จ่ายค่าไปใช้บริการ<br>รวมเป็นเงินเท่าไร?" | "การได้รับการครั้งสุดท้าย<br>...(ชื่อ)...ใช้สวัสดิการฯ ที่มี หรือไม่?"<br><div>บันทึกรหัส</div> <div>ไม่มีสวัสดิการฯ..... 1</div> <div>มีสวัสดิการฯ และใช้</div> <div>จากรัฐบาล</div> <div>ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)..... 2</div> <div>ประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน..... 3</div> <div>ข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ..... 4</div> <div>รัฐวิสาหกิจ..... 5</div> <div>หน่วยงานอิสระของรัฐ..... 6</div> <div>องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น..... 7</div> <div>จากเอกชน</div> <div>ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน..... 8</div> <div>สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง..... 9</div> <div>อื่น ๆ (ระบุ)..... 10</div> <div>(ถ้าบันทึกรหัส 1-10 ข้ามไปถาม IP1)</div> <div>มีสวัสดิการฯ แต่ไม่ใช้..... 11</div> <div>(ถามต่อไป)</div> | ถามเฉพาะผู้ที่ไม่ใช้สวัสดิการฯ (HP7 = 11)<br><div>"สาเหตุที่...(ชื่อ)...ไม่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ ที่มี<br/>ในการได้รับการครั้งสุดท้ายเพราะเหตุใด?"</div> <div>ให้ระบุสาเหตุที่สำคัญที่สุด</div> <div>บันทึกรหัส</div> <div>สถานพยาบาลอยู่ไกล/เดินทางไม่สะดวก..... 1</div> <div>ไม่สะดวกไปในเวลาทำการ..... 2</div> <div>ไม่มีค่าพาหนะ..... 3</div> <div>ซ้ำ รอนาน..... 4</div> <div>ไม่แน่ใจคุณภาพยา..... 5</div> <div>ถูกเลือกปฏิบัติ..... 6</div> <div>บุคลากรใน รพ.ดู/พูดไม่ไพเราะ..... 7</div> <div>แพทย์ไม่มีเวลาให้ซักถามอาการ/ไม่ให้ข้อมูล..... 8</div> <div>การวินิจฉัยไม่ตรง/รักษาไม่หาย..... 9</div> <div>ไม่ได้อยู่ในภูมิลำเนาที่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ..... 10</div> <div>สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการฯ ไม่ครอบคลุม..... 11</div> <div>อื่น ๆ (ระบุ)..... 12</div> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| HP5                                                                                     | HP6                                                                                | HP7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | HP8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                                 | <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                            | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                                 | <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                            | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                                 | <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                            | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                                 | <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                            | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                                 | <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                            | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

### ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข (ต่อ)

#### ค. การเข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาลระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว (คนไข้ใน)

| ถามทุกคน                                                                                                                                                                                                                                   | ถามเฉพาะผู้ที่เป็นคนไข้ใน (IP1 = 2)                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>"ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว ... (ชื่อ)...ป่วยหรือได้รับอุบัติเหตุหรือคลอดบุตร หรือสาเหตุอื่นๆ จำต้องนอนในสถานพยาบาลหรือไม่?"</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>คลินิกเอกชน.....6</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ).....7</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.....3</p> <p>บริการรวดเร็ว ทันใจ.....4</p> <p>คำรักษาพยาบาลไม่แพง.....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"/>                                                                                                                                                                              |

| ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข (ต่อ)                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ค. การเข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาลระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว (คนไข้ใน)                                                                                                   |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| ถามเฉพาะผู้ที่เป็นคนไข้ใน (IP1 = 2)                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| "หลังจาก<br>การเข้าพักรักษา<br>ในสถานพยาบาล<br>ครั้งสุดท้าย...(ชื่อ)...<br>ต้องนอนพักรักษาตัว<br>ที่บ้านกี่วัน?"                                                     | "หลังจาก<br>การเข้าพักรักษา<br>ในสถานพยาบาล<br>ครั้งสุดท้าย...(ชื่อ)...<br>ต้องนอนพักรักษาตัว<br>ที่บ้าน มีใครเป็น<br>ผู้ดูแลหลัก?"                                                    | "การเข้าพักรักษา<br>ในสถานพยาบาลครั้งสุดท้าย<br>...(ชื่อ)...จ่ายค่าพาหนะไป-กลับ<br>ทั้งหมดเป็นเงินเท่าไร?"                                                              | "การเข้าพักรักษา<br>ในสถานพยาบาลครั้งสุดท้าย<br>...(ชื่อ)...จ่ายค่ารักษาพยาบาล<br>รวมเป็นเงินเท่าไร?"                                                                  | "การเข้าพักรักษา<br>ในสถานพยาบาลครั้งสุดท้าย<br>...(ชื่อ)...ใช้สวัสดิการฯ ที่มี หรือไม่มี?"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ถามเฉพาะผู้ที่ไม่ใช่สวัสดิการฯ (IP11 = 11)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ให้บันทึกจำนวนวัน<br>ที่นอนพักรักษาตัวที่บ้าน<br>(ถ้าไม่ต้องนอนพัก<br>ให้บันทึก "0")<br><br>(ถ้าเกิน 98 วัน<br>ให้บันทึก "98")<br><br>(ถ้าไม่ทราบ<br>ให้บันทึก "99") | บันทึก<br>ไม่มี..... 1<br>พ่อ/แม่..... 2<br>พี่น้อง..... 3<br>สามี/ภรรยา..... 4<br>บุตร..... 5<br>บุตรเขย/บุตรสะใภ้... 6<br>จ้างผู้ดูแล/<br>สถาบันเอกชน..... 7<br>อื่น ๆ (ระบุ)..... 8 | ให้บันทึกค่าพาหนะสำหรับ<br>การรับ-ส่งทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล<br><br>(ถ้าใช้รถส่วนตัวให้ประมาณ<br>เหมือนค่ารถรับจ้างในท้องถิ่น)<br><br>(ถ้าไม่มีค่าพาหนะ<br>ให้บันทึก "0") | ให้บันทึกจำนวนเงินเฉพาะ<br>ส่วนที่จ่ายด้วยเงินของตนเอง<br>หรือ ส่วนที่เบิกไม่ได้<br><br>(ถ้ารักษาฟรี หรือ<br>นำไปเบิกจากหน่วยงาน หรือ<br>จ่ายตรงทั้งหมด ให้บันทึก "0") | บันทึก<br>ไม่มีสวัสดิการฯ..... 1<br>มีสวัสดิการฯ และใช้<br>จากรัฐบาล<br>ประกันสุขภาพถ้วนหน้า<br>(บัตรทอง)..... 2<br>ประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน..... 3<br>ข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ..... 4<br>รัฐวิสาหกิจ..... 5<br>หน่วยงานอิสระของรัฐ..... 6<br>องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น..... 7<br>จากเอกชน<br>ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน..... 8<br>สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง..... 9<br>อื่น ๆ (ระบุ)..... 10<br>(ถ้าบันทึกที่รหัส 1-10 ข้ามไปถาม DH1)<br>มีสวัสดิการฯ แต่ไม่ใช้..... 11<br><br>(ถามต่อไป) | บันทึก<br>"... (ชื่อ) ... ไม่ใช่สิทธิสวัสดิการฯ ที่มี<br>ในการเข้าพักรักษาในสถานพยาบาล<br>ครั้งสุดท้าย เพราะเหตุใด?"<br>ให้ระบุสาเหตุที่สำคัญที่สุด<br>บันทึก<br>อุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน..... 1<br>สถานพยาบาลอยู่ไกล/เดินทางไม่สะดวก... 2<br>ไม่มีค่าพาหนะ..... 3<br>ซ้ำ รอนาน..... 4<br>ไม่แน่ใจในคุณภาพยา..... 5<br>ถูกเลือกปฏิบัติ..... 6<br>บุคลากรในรพ. พูดยุติไม่ไ้เพราะ..... 7<br>แพทย์ไม่มีเวลาให้ซักถาม/ไม่ให้ข้อมูล..... 8<br>การวินิจฉัยไม่ตรง/ รักษาไม่หาย..... 9<br>ไม่ได้อยู่ในภูมิลาเนาที่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ.. 10<br>สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการฯ<br>ไม่ครอบคลุม..... 11<br>อื่น ๆ (ระบุ)..... 12 |
| IP7                                                                                                                                                                  | IP8                                                                                                                                                                                    | IP9                                                                                                                                                                     | IP10                                                                                                                                                                   | IP11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | IP12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <div></div>                                                                                                                                                          | <div></div>                                                                                                                                                                            | <div></div>                                                                                                                                                             | <div></div>                                                                                                                                                            | <div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <div></div>                                                                                                                                                          | <div></div>                                                                                                                                                                            | <div></div>                                                                                                                                                             | <div></div>                                                                                                                                                            | <div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <div></div>                                                                                                                                                          | <div></div>                                                                                                                                                                            | <div></div>                                                                                                                                                             | <div></div>                                                                                                                                                            | <div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <div></div>                                                                                                                                                          | <div></div>                                                                                                                                                                            | <div></div>                                                                                                                                                             | <div></div>                                                                                                                                                            | <div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <div></div>                                                                                                                                                          | <div></div>                                                                                                                                                                            | <div></div>                                                                                                                                                             | <div></div>                                                                                                                                                            | <div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 135-136                                                                                                                                                              | 137                                                                                                                                                                                    | 138-141                                                                                                                                                                 | 142-146                                                                                                                                                                | 147-148                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 149-150                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

### 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</p> <p>(ข้ามไปถาม UN1)</p> <p>รับบริการ..... 2</p> <p>(ถามต่อไป)</p> | <p>"ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว ...(ชื่อ)... ไปรับบริการทันตกรรมกี่ครั้ง?"</p> <p>ให้บันทึกจำนวนครั้งที่ไปรับบริการ</p> <p>(ถ้าไม่ทราบ ให้บันทึก "99")</p> | <p>"การรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย</p> <p>...(ชื่อ)... รับบริการทันตกรรมประเภทใด?"</p> <p>(ตอบได้ไม่เกิน 2 คำตอบ</p> <p>โดยเรียงลำดับตามความสำคัญในการรักษา)</p> <p>ชุดฟันปลอม/</p> <p>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 จากที่ไหน?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>สถานพยาบาลของรัฐ</p> <p>สถานีนอนมัย/ศูนย์บริการสาธารณสุข/</p> <p>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>สถานพยาบาลเอกชน</p> <p>โรงพยาบาลเอกชน..... 7</p> <p>คลินิกเอกชน..... 8</p> <p>ร้านหมอชาวบ้าน/หมอมือต่อรีไซค์/หมอมืออาชีพ..... 9</p> <p>หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ของหน่วยงานต่าง ๆ..... 10</p> <p>โรงเรียน..... 11</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 12</p> <p>(ถามต่อไป)</p> |
| DH1                                                                                                                                                                                     | DH2                                                                                                                                                    | DH3_1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | DH3_2                | DH4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <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

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

| "การรับบริการทันตกรรม<br>ครั้งสุดท้าย...(ชื่อ)...<br>จ่ายค่าพาหนะไป-กลับ<br>ทั้งหมดเป็นเงินเท่าไร?" | "การรับบริการทันตกรรม<br>ครั้งสุดท้าย...(ชื่อ)...<br>จ่ายค่าบริการทั้งหมด<br>รวมเป็นเงินเท่าไร?" | "การรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย<br>...(ชื่อ)... ใช้สวัสดิการฯ ที่มี หรือไม่?"<br><br>บันทึกรหัส<br><br>ไม่มีสวัสดิการฯ..... 1<br>มีสวัสดิการฯ และใช้<br><br>จากรัฐบาล<br><br>ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)..... 2<br>ประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน..... 3<br>ข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ..... 4<br>รัฐวิสาหกิจ..... 5<br>หน่วยงานอิสระของรัฐ..... 6<br>องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น..... 7<br><br>จากเอกชน<br><br>ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน..... 8<br>สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง..... 9<br>อื่น ๆ (ระบุ)..... 10<br><br>(ถ้าบันทึกรหัส 1-10 ข้ามไปถาม UN1)<br>มีสวัสดิการฯ แต่ไม่ใช้..... 11<br><br>(ถามต่อไป) | ถามเฉพาะผู้ที่ไม่ใช้สวัสดิการฯ (DH7 = 11)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                     |                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | "...(ชื่อ)... ไม่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ ที่มีในการรับบริการ<br>ทันตกรรมครั้งสุดท้าย เพราะเหตุใด?"<br><br>ให้ระบุสาเหตุที่สำคัญที่สุด<br><br>บันทึกรหัส<br><br>เจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย..... 1<br>อุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน..... 2<br>สถานพยาบาลอยู่ไกล/เดินทางไม่สะดวก..... 3<br>ไม่สะดวกไปในเวลาทำการ..... 4<br>ไม่มีค่าพาหนะ..... 5<br>ซ้ำ รอนาน..... 6<br>ไม่แน่ใจคุณภาพยา..... 7<br>ถูกเลือกปฏิบัติ..... 8<br>บุคลากรใน รพ. ดู/พูดไม่ไพเราะ..... 9<br>แพทย์ไม่มีเวลาให้ซักถามอาการ/ไม่ให้ข้อมูล..... 10<br>การวินิจฉัยไม่ตรง/รักษาไม่หาย..... 11<br>ไม่ได้อยู่ในภูมิสำเนาที่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ..... 12<br>สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการฯ ไม่ครอบคลุม..... 13<br>อื่น ๆ (ระบุ)..... 14 |
| DH5                                                                                                 | DH6                                                                                              | DH7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | DH8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                                             | <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                                          | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                                             | <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                                          | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                                             | <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                                          | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                                             | <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                                          | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                                             | <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                                          | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

### 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)...เคยป่วยาและจำเป็นต้องการรับการตรวจรักษา แต่ท่านไม่ได้ไปรับการตรวจรักษา?"</p> <p>บันทึกหัส</p> <p>ไม่มี..... 1 (ข้ามไปถาม UN3)</p> <p>มี..... 2 (ถามต่อไป)</p> | <p>"เพราะเหตุใด ... (ชื่อ)...จึงไม่ได้เข้ารับ การตรวจรักษาในครั้งนั้น?"</p> <p>บันทึกหัส</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 ในสถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการ..... 6</p> <p>ไม่ทราบว่าจะไปรับการรักษาที่ใด..... 7</p> <p>ไม่มีผู้พาไปรับการรักษา..... 8</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 9</p> | <p>"ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว มีบ้างหรือไม่ที่... (ชื่อ)...เคยป่วยาจนต้องนอนในสถานพยาบาลหรือแพทย์ต้องการให้นอนรักษา ในสถานพยาบาล แต่ท่านไม่ได้เข้านอนรักษา ในสถานพยาบาล?"</p> <p>บันทึกหัส</p> <p>ไม่มี..... 1 (ข้ามไปถาม UN5)</p> <p>มี..... 2 (ถามต่อไป)</p> | <p>"เพราะเหตุใด ... (ชื่อ)...จึงไม่ได้เข้ารับ การรักษาในครั้งนั้น?"</p> <p>บันทึกหัส</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 ในสถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการ..... 6</p> <p>ไม่ทราบว่าจะไปรับการรักษาที่ใด..... 7</p> <p>ไม่มีผู้พาไปรับการรักษา..... 8</p> <p>เป็นข้อจำกัดของผู้ให้บริการ เช่น ไม่มีทันตบุคลากร สถานที่ไม่รองรับ ฯลฯ..... 9</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 10</p> | <p>"ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว มีบ้างหรือไม่ที่... (ชื่อ)...เคยมีปัญหาสุขภาพช่องปาก และ ต้องการเข้ารับบริการ แต่ไม่ได้เข้ารับบริการ?"</p> <p>บันทึกหัส</p> <p>ไม่มี..... 1 (ข้ามไปถาม AB1)</p> <p>มี..... 2 (ถามต่อไป)</p> | <p>"เพราะเหตุใด ... (ชื่อ)...จึงไม่ได้ เข้ารับบริการในครั้งนั้น?"</p> <p>บันทึกหัส</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 ในสถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการ..... 6</p> <p>ไม่ทราบว่าจะไปรับบริการที่ใด..... 7</p> <p>ไม่มีผู้พาไปรับบริการ..... 8</p> <p>เป็นข้อจำกัดของผู้ให้บริการ เช่น ไม่มีทันตบุคลากร สถานที่ไม่รองรับ ฯลฯ..... 9</p> <p>อื่น ๆ (ระบุ)..... 10</p> |
| UN1                                                                                                                                                                                                                    | UN2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | UN3                                                                                                                                                                                                                                                          | UN4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | UN5                                                                                                                                                                                                                     | UN6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

| "เมื่อเปรียบเทียบ<br>สุขภาพของท่าน<br>ในวันนี้กับสุขภาพ<br>เมื่อปีที่แล้วเป็นอย่างไร"                                                                | "เมื่อเปรียบเทียบสุขภาพ<br>ของท่านกับผู้อื่นที่มี<br>อายุ เพศ ฐานะ<br>หน้าที่การงาน<br>และความเป็นอยู่ที่<br>คล้ายคลึงกับท่าน<br>ท่านเห็นว่าตนเอง<br>เป็นอย่างไร" | "ท่านเห็นว่าสุขภาพ<br>ของตนเองขณะนี้<br>เป็นอย่างไร"                                                              | "ขณะนี้ท่านคิดว่าสุขภาพของตนเองเป็นอย่างไรมากที่สุด?"                                                                                                |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                   | การเคลื่อนไหว<br>(การเดิน<br>การเคลื่อนที่ไปมา)                                                                                                      | การดูแลตนเอง<br>(การอาบน้ำ<br>หรือใส่เสื้อผ้า<br>ได้ด้วยตัวเอง )                                                                                      | กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ<br>(เช่น การทำงาน<br>การเรียนหนังสือ<br>การทำงานบ้าน<br>การทำกิจกรรม<br>ยามว่าง ฯลฯ)                                            | ความเจ็บปวด<br>หรือ ไม่สบาย                                                                                                                              | ความวิตกกังวล<br>หรือ ซึมเศร้า                                                                                                                |
| <p>บันทึกผล</p> <p>แยกว่ามาก..... 1</p> <p>แยกว่าเล็กน้อย..... 2</p> <p>เหมือน ๆ กัน..... 3</p> <p>ดีกว่าเล็กน้อย..... 4</p> <p>ดีกว่ามาก..... 5</p> | <p>บันทึกผล</p> <p>แยกว่ามาก..... 1</p> <p>แยกว่าเล็กน้อย..... 2</p> <p>เหมือน ๆ กัน..... 3</p> <p>ดีกว่าเล็กน้อย..... 4</p> <p>ดีกว่ามาก..... 5</p>              | <p>บันทึกผล</p> <p>แย่มาก..... 1</p> <p>แย่..... 2</p> <p>ปานกลาง..... 3</p> <p>ดี..... 4</p> <p>ดีมาก..... 5</p> | <p>บันทึกผล</p> <p>ไม่มีปัญหา..... 1</p> <p>มีปัญหา</p> <p>เล็กน้อย..... 2</p> <p>ปานกลาง..... 3</p> <p>อย่างมาก..... 4</p> <p>เดินไม่ได้..... 5</p> | <p>บันทึกผล</p> <p>ไม่มีปัญหา..... 1</p> <p>มีปัญหา</p> <p>เล็กน้อย..... 2</p> <p>ปานกลาง..... 3</p> <p>อย่างมาก..... 4</p> <p>ทำไม่ได้เลย..... 5</p> | <p>บันทึกผล</p> <p>ไม่มีปัญหา..... 1</p> <p>มีปัญหา</p> <p>เล็กน้อย..... 2</p> <p>ปานกลาง..... 3</p> <p>อย่างมาก..... 4</p> <p>ทำไม่ได้เลย..... 5</p> | <p>บันทึกผล</p> <p>ไม่มีอาการ..... 1</p> <p>มีอาการ</p> <p>เล็กน้อย..... 2</p> <p>ปานกลาง..... 3</p> <p>อย่างมาก..... 4</p> <p>อย่างมากที่สุด..... 5</p> | <p>บันทึกผล</p> <p>ไม่รู้สึกรู้สึกรู้สึก</p> <p>เล็กน้อย..... 2</p> <p>ปานกลาง..... 3</p> <p>อย่างมาก..... 4</p> <p>อย่างมากที่สุด..... 5</p> |
| HA1                                                                                                                                                  | HA2                                                                                                                                                               | HA3                                                                                                               | HA4                                                                                                                                                  | HA5                                                                                                                                                   | HA6                                                                                                                                                   | HA7                                                                                                                                                      | HA8                                                                                                                                           |

|                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 181                                                                                 | 182                                                                                 | 183                                                                                 | 184                                                                                 | 185                                                                                 | 186                                                                                   | 187                                                                                   | 188                                                                                   |

## ตอนที่ 6 ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะ

ถามเฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และตอบด้วยตนเอง

| " ระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา...(ชื่อ)...<br>ได้ใช้ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะ หรือไม่?"<br>(รวมทั้ง ยาเม็ด ยาผง ยาน้ำ)<br><b>ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะ</b><br>ในแบบสอบถามนี้ หมายถึง<br>ยาที่ยับยั้ง/ฆ่า/ต้านเชื้อโรค<br>ที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคติดเชื้อ<br>และอาการเจ็บป่วยในคนและสัตว์ | ถามเฉพาะผู้ใช้ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะ (AB1 = 1)                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                 | "...(ชื่อ)...ได้รับยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะ<br>จากแหล่งใด?"<br>(เลือกเพียง 1 คำตอบ)<br><div style="text-align: right;">บันทึกรหัส</div>                                                                                          | "...(ชื่อ)...ได้รับยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะ<br>ครั้งสุดท้ายเพื่อรักษาอาการใด?"<br>(ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)<br><div style="text-align: right;">บันทึกรหัส</div>                                                                                                                                      | "...(ชื่อ)...ได้รับยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะ<br>ครั้งสุดท้ายเพื่อรักษาโรคใด?"<br>(ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)<br><div style="text-align: right;">บันทึกรหัส</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ได้ใช้..... 1<br>(ถามต่อไป)                                                                                                                                                                                                                                                     | สถานพยาบาลของรัฐ<br>สถานเอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุข<br>ศูนย์สุขภาพชุมชน/รพ.สต..... 1<br>โรงพยาบาลชุมชน..... 2<br>โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์..... 3<br>โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย..... 4<br>โรงพยาบาลสังกัดอื่นของรัฐ..... 5 | เจ็บคอ..... 1<br>ไอ..... 2<br>มีไข้..... 3<br>ถ่ายเหลว..... 4<br>ปวดศีรษะ..... 5<br>ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ..... 6<br>มีแผลฝี/หนอง..... 7<br>มีแผลสด/แผลเลือดออก..... 8<br>บัสสาวะแสบขัด..... 9<br>ตกขาว..... 10<br>ปวดฟัน..... 11<br>อื่นๆ (ระบุ)..... 12<br>ไม่มีอาการ..... 13<br>ไม่ทราบ..... 99 | ปวดบวม..... 1<br>หลอดลมอักเสบ..... 2<br>คออักเสบ/ทอนซิลอักเสบ..... 3<br>ไข้หวัด/ไข้หวัดใหญ่..... 4<br>ท้องร่วง/ท้องเสีย..... 5<br>บิด/ถ่ายเป็นมูกปนเลือดและมีไข้..... 6<br>ผิวหนังติดเชื้อ/แผลติดเชื้อ..... 7<br>กระเพาะปัสสาวะอักเสบ/กรวยไตอักเสบ..... 8<br>ช่องคลอดอักเสบ/มดลูกอักเสบ/<br>อู้งิงกรานอักเสบ..... 9<br>หูน้ำหนวก/หูชั้นกลางอักเสบ/ไซนัสอักเสบ..... 10<br>เหงือกอักเสบ/ร่ามะนาด..... 11<br>อื่นๆ (ระบุ)..... 12<br>ไม่มีโรค..... 13<br>ไม่ทราบ..... 99 |
| ไม่ได้ใช้..... 2                                                                                                                                                                                                                                                                | สถานพยาบาลของเอกชน<br>โรงพยาบาลเอกชน..... 6<br>คลินิกเอกชน..... 7<br>ร้านขายยา..... 8<br>ช่องทางออนไลน์..... 9<br>ร้านชำ..... 10                                                                                              | อื่นๆ (ระบุ)..... 12<br>ไม่มีอาการ..... 13<br>ไม่ทราบ..... 99                                                                                                                                                                                                                                   | ไม่มีโรค..... 13<br>ไม่ทราบ..... 99                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| ไม่แน่ใจ..... 3<br>(ข้ามไป AB5)                                                                                                                                                                                                                                                 | ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะที่เหลือจากการรักษา<br>ที่ผ่านมา (ของตนเองและคนอื่น)..... 11<br>หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ของหน่วยงานต่างๆ... 12<br>อื่นๆ (ระบุ)..... 13                                                                       | ไม่ทราบ..... 99                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 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"/> ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                             | <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 ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะ (ต่อ)                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                        |                        |                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                        |                        |                        |                        |                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| ถามเฉพาะผู้มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และตอบด้วยตนเอง                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                        |                        |                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                        |                        |                        |                        |                        |
| <p>"เมื่อไหร่...(ชื่อ)...คิดว่าควรหยุดใช้<br/>ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะ<br/>หลังจากได้รับการรักษา?"</p> <p>บันทึกรหัส</p> <p>เมื่ออาการป่วยดีขึ้น..... 1</p> <p>เมื่อได้รับยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะครบถ้วน.... 2</p> <p>(ตามที่แพทย์/บุคลากร<br/>ทางการแพทย์แนะนำ)</p> <p>อื่นๆ เช่น หยุดกินเอง..... 3</p> <p>ไม่ทราบ..... 9</p> | <p>"จากข้อความต่อไปนี้...(ชื่อ)...คิดว่าข้อความต่อไปนี้ จริงหรือไม่?"</p> <p>AB6_1 ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะฆ่าเชื้อไวรัสได้</p> <p>AB6_2 ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะรักษาไข้หวัดได้</p> <p>AB6_3 การใช้ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น<br/>ทำให้การรักษาไม่ได้ผลหรือเชื้อดื้อยา</p> <p>AB6_4 การได้รับยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะบ่อยครั้ง<br/>ก่อให้เกิดผลข้างเคียง เช่น ท้องเสีย</p> <p>AB6_5 ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะกับยาแก้กเสม<br/>เป็นยาชนิดเดียวกัน</p> <p>รหัสคำตอบ AB6_1-AB1_6</p> <p>จริง..... 1</p> <p>ไม่จริง..... 2</p> <p>ไม่ทราบ..... 9</p> |                        |                        |                        |                        | <p>"...(ชื่อ)...มีความเห็นต่อข้อความเหล่านี้อย่างไร"</p> <p>AB7_1 ฉันควรใช้ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะที่แพทย์ พยาบาล หรือ<br/>เภสัชกร สั่งให้เท่านั้น</p> <p>AB7_2 ฉันควรเก็บยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะที่เหลือเพื่อใช้ในการเจ็บป่วย<br/>ครั้งต่อไป</p> <p>AB7_3 ถ้าฉันใช้ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น<br/>จะทำให้เกิดเชื้อดื้อยาได้</p> <p>AB7_4 เชื้อดื้อยาเป็นปัญหาที่ฉันควรให้ความสำคัญ</p> <p>AB7_5 ฉันกังวลว่า เชื้อดื้อยาจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของฉัน<br/>และครอบครัว</p> <p>AB7_6 ถ้าฉันใช้ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้อง<br/>ฉันไม่มีความเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อดื้อยา</p> <p>รหัสคำตอบ AB7_1-AB7_6</p> <p>ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง..... 1</p> <p>ไม่เห็นด้วย..... 2</p> <p>เฉยๆ..... 3</p> <p>เห็นด้วย..... 4</p> <p>เห็นด้วยอย่างยิ่ง..... 5</p> |                        |                        |                        |                        |                        |
| AB5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | AB6_1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | AB6_2                  | AB6_3                  | AB6_4                  | AB6_5                  | AB7_1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | AB7_2                  | AB7_3                  | AB7_4                  | AB7_5                  | AB7_6                  |
| <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <div><div></div></div> | <div><div></div></div> | <div><div></div></div> | <div><div></div></div> | <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <div><div></div></div> | <div><div></div></div> | <div><div></div></div> | <div><div></div></div> | <div><div></div></div> |
| <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <div><div></div></div> | <div><div></div></div> | <div><div></div></div> | <div><div></div></div> | <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <div><div></div></div> | <div><div></div></div> | <div><div></div></div> | <div><div></div></div> | <div><div></div></div> |
| <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <div><div></div></div> | <div><div></div></div> | <div><div></div></div> | <div><div></div></div> | <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <div><div></div></div> | <div><div></div></div> | <div><div></div></div> | <div><div></div></div> | <div><div></div></div> |
| <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <div><div></div></div> | <div><div></div></div> | <div><div></div></div> | <div><div></div></div> | <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <div><div></div></div> | <div><div></div></div> | <div><div></div></div> | <div><div></div></div> | <div><div></div></div> |
| <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <div><div></div></div> | <div><div></div></div> | <div><div></div></div> | <div><div></div></div> | <div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <div><div></div></div> | <div><div></div></div> | <div><div></div></div> | <div><div></div></div> | <div><div></div></div> |
| 240                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 241                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 242                    | 243                    | 244                    | 245                    | 246                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 247                    | 248                    | 249                    | 250                    | 251                    |

| ตอนที่ 6 ยามาเชื้อ/ยาปฏิชีวนะ (ต่อ)                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ผู้ตอบสัมภาษณ์                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| ถามเฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และตอบด้วยตนเอง                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                  |
| <p>"ระหว่าง 12 เดือนที่ผ่านมา...(ชื่อ)...<br/>ได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำว่า<br/>ไม่ควรใช้ยามาเชื้อ/ยาปฏิชีวนะ<br/>โดยไม่จำเป็น หรือ เรื่องเชื้อดื้อยา หรือไม่?"</p> <p>บันทึกการทัก</p> <p>ได้รับ..... 1<br/>(ถามต่อไป)</p> <p>ไม่ได้รับ..... 2</p> <p>ไม่ทราบ..... 9</p> <p>(ข้ามไป/ Response)</p> | <p>ถามเฉพาะผู้ได้รับข้อมูลการใช้<br/>ยามาเชื้อ/ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น (AB8 = 1)</p> <p>"...(ชื่อ)... ได้รับข้อมูลดังกล่าวจากที่ใด?"</p> <p>(ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)</p> <p>บันทึกการทัก</p> <p>แผ่นพับความรู้/โปสเตอร์..... 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>ตอบเอง..... 1</p> <p>ผู้อื่นตอบแทน..... 2</p> |
| AB8                                                                                                                                                                                                                                                                                              | AB9_1-AB9_11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 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"/>                         |

## ตอนที่ 7 ลักษณะของครัวเรือน

### 1. ประเภทที่อยู่อาศัย

HC1

- บ้านเดี่ยว..... = 1
- ห้องแถว/ตึกแถว/อาคารพาณิชย์..... = 2
- ทาวน์เฮ้าส์/บ้านแฝด..... = 3
- ห้องชุด (อพาร์ทเมนต์ แฟลต หรือคอนโดมิเนียม)..... = 4
- ห้องภายในบ้าน..... = 5
- เพิงพักชั่วคราว..... = 6
- อื่นๆ (ระบุ)..... = 7

### 2. ลักษณะที่อยู่อาศัย

HC2

- ตึก..... = 1
- ไม้..... = 2
- ครึ่งตึกครึ่งไม้..... = 3
- ใช้วัสดุไม่ถาวรในท้องถิ่น เช่น ไม้ไผ่ ใบจาก..... = 4
- ใช้วัสดุที่ใช้แล้ว/ วัสดุเหลือใช้ เช่น หีบ ลัง..... = 5
- อื่นๆ (ระบุ)..... = 6

### 3. สถานภาพการครอบครองที่อยู่อาศัย

HC3

- เป็นเจ้าของบ้านและที่ดิน..... = 1
- เป็นเจ้าของบ้านแต่เช่าที่ดิน..... = 2
- เป็นเจ้าของบ้านบนที่ดินสาธารณะ..... = 3
- เช่าซื้อ..... = 4
- เช่า..... = 5
- อยู่โดยไม่เสียค่าเช่า เพราะ
- เป็นส่วนหนึ่งของค่าจ้าง/ ผู้อื่นเสียค่าเช่าให้..... = 6
  - ให้อยู่เปล่า เช่น บ้านญาติ..... = 7
- อื่นๆ (ระบุ)..... = 8

### 4. จำนวนห้อง

- ห้องที่อยู่อาศัยทั้งหมด (ไม่นับ ห้องน้ำห้องส้วม)..... HC4
- ห้องที่ใช้นอน..... HC5

### 5. ไฟฟ้าภายในที่อยู่อาศัย

HC6

(รวม ไฟฟ้าที่ต่อจากเบตเตอรีและเครื่องกำเนิดไฟฟ้าอื่น ๆ)

- ไม่มี = 0      มี = 1

### 6. เชื้อเพลิงที่ใช้ในการปรุงอาหาร (ส่วนใหญ่)

HC7

- ไม่มีการหุงต้ม..... = 0
- ถ่าน..... = 1
- ไม้/ฟืน..... = 2
- น้ำมันก๊าด..... = 3
- แก๊ส..... = 4
- ไฟฟ้า..... = 5
- อื่นๆ (ระบุ)..... = 6

### 7. น้ำดื่ม

HC8

- น้ำดื่มบรรจุขวด/ตู้ น้ำดื่มหยอดเหรียญ..... = 0
- น้ำประปาภายในบ้าน..... = 1
- น้ำบ่อ/บาดาลภายในบ้าน..... = 2
- น้ำประปานอกบ้าน..... = 3
- น้ำบ่อ/บาดาล นอกบ้าน..... = 4
- น้ำจากแม่น้ำ/ลำธาร/คลอง/น้ำตก/ภูเขา..... = 5
- น้ำฝน..... = 6
- น้ำประปาผ่านการบำบัด (ต้ม/กรอง)..... = 7
- อื่นๆ (ระบุ)..... = 8

### 8. น้ำใช้

(บันทึกประเภทน้ำใช้ตามรหัสในข้อ 7)

HC9

### 9. วิธีกำจัดขยะภายในครัวเรือน

(ตอบได้ไม่เกิน 2 ข้อ เรียงจากมากไปหาน้อย)

ลำดับที่ 1 HC10

ลำดับที่ 2 HC11

- เก็บรวบรวมให้พนักงานนำไปทิ้ง..... = 1
- เผา..... = 2
- ฝังกลบ..... = 3
- นำไปเลี้ยงสัตว์..... = 4
- ทำปุ๋ยหมัก..... = 5
- ทิ้งลงแม่น้ำ/ลำคลอง..... = 6
- ทิ้งตามที่ว่าง ที่สาธารณะ..... = 7
- อื่นๆ (ระบุ)..... = 8

### ตอนที่ 7 ลักษณะของครัวเรือน (ต่อ)

#### 10. การใช้ส้วม

HC12 ☐

ไม่มีส้วม..... = 0

ส้วมแบบนั่งห้อยเท้า..... = 1

ส้วมแบบนั่งยอง..... = 2

ส้วมแบบนั่งห้อยเท้า และส้วมแบบนั่งยอง..... = 3

ส้วมหลุม/ส้วมถัง/ส้วมถ่ายลงบ่อปลา/ ส้วมถ่ายลงแม่น้ำ

ลำคลอง หรือส้วมลักษณะอื่น ๆ (โดยมีห้องกัน)..... = 4

#### 11. ครัวเรือนเป็นเจ้าของยานพาหนะต่อไปนี้ หรือไม่

(ทั้งที่ใช้ในครัวเรือน หรือใช้ทำธุรกิจ)

ถ้า "ไม่มี หรือ ใช้แต่ไม่เป็นเจ้าของ" ให้บันทึก " 0 "

ถ้า "เป็นเจ้าของ" ให้บันทึก " 1 "

รถจักรยาน..... HC13 ☐

รถจักรยานยนต์..... HC14 ☐

รถยนต์ส่วนบุคคล..... HC15 ☐

รถบรรทุกเล็ก/รถปิกอัพ/รถตู้..... HC16 ☐

รถอีแต่น/รถอื่นๆ ประเภทเดียวกัน..... HC17 ☐

เรือยนต์..... HC18 ☐

#### 12. ครัวเรือนเป็นเจ้าของสิ่งของต่าง ๆ ต่อไปนี้หรือไม่

ถ้า "ไม่มี หรือ ใช้แต่ไม่เป็นเจ้าของ" ให้บันทึก " 0 "

ถ้า "เป็นเจ้าของ" ให้บันทึก " 1 "

เตียงนอนไม้หรือโลหะ..... HC19 ☐

เตาหุงต้มอาหาร - แก๊ส..... HC20 ☐

- ไฟฟ้า..... HC21 ☐

เตาอบไมโครเวฟ..... HC22 ☐

กระติกต้มน้ำไฟฟ้า..... HC23 ☐

ตู้เย็น..... HC24 ☐

เตารีดไฟฟ้า..... HC25 ☐

หม้อหุงต้มอาหารไฟฟ้า..... HC26 ☐

พัดลม..... HC27 ☐

วิทยุ..... HC28 ☐

โทรทัศน์ธรรมดา..... HC29 ☐

โทรทัศน์แบบแอลซีดี/แอลอีดี/พลาสมา/ดิจิตอล..... HC30 ☐

เครื่องเล่นวีดีโอ/วีซีดี/ดีวีดี/บลูเรย์..... HC31 ☐

เครื่องซักผ้า..... HC32 ☐

เครื่องปรับอากาศ..... HC33 ☐

เครื่องทำน้ำร้อน/น้ำอุ่น ในห้องน้ำ..... HC34 ☐

เครื่องคอมพิวเตอร์ (ทั้งลิ้น)..... HC35 ☐

- เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต..... HC36 ☐

โทรศัพท์ (รวม เครื่องต่อพ่วง PCT)..... HC37 ☐

โทรศัพท์เคลื่อนที่..... HC38 ☐

โทรสาร..... HC39 ☐

หลอดไฟนีออน..... HC40 ☐

หลอดไฟดวงโคม..... HC41 ☐

หลอดตะเกียบ..... HC42 ☐

#### 13. ครัวเรือนของท่านมีรายได้ที่เป็นตัวเงินหรือที่เป็นสิ่งของ

โดยเฉลี่ยประมาณเดือนละเท่าไร (บาท)

HC43