

แบบสอบถามชุดที่ 1
กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

คำสั่ง ทำเครื่องหมาย X ในช่อง หรือเติมตัวเลขหรือข้อความในช่องว่างตามคำตอบที่ท่านเลือก

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ-สกุล.....		
2. บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....		place [] [] [] [] [] [] [] []
3. เกิดวันที่/...../.....(พ.ศ.)		dbirth
4. อายุ ปี		[] [] [] [] [] [] [] [] age [] []
5. เพศ <input type="checkbox"/> 1. ชาย <input type="checkbox"/> 2. หญิง		gender []
6. ศาสนา <input type="checkbox"/> 1. พุทธ <input type="checkbox"/> 2. คริสต์ <input type="checkbox"/> 3. อิสลาม <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ		relig [] relig2 []
7. สถานภาพ <input type="checkbox"/> 1. โสด <input type="checkbox"/> 2. สมรส <input type="checkbox"/> 3. หม้าย <input type="checkbox"/> 4. หย่าร้าง / แยกกันอยู่		marital []
8. การศึกษา <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้รับการศึกษา <input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. <input type="checkbox"/> 5. อนุปริญญา/ปวส. <input type="checkbox"/> 6.ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> 7. ตั้งแต่ปริญญาโทขึ้นไป		edu []
9. อาชีพ <input type="checkbox"/> 1. ไม่มีอาชีพ/อยู่บ้านเฉย ๆ <input type="checkbox"/> 2. เกษตรกร <input type="checkbox"/> 3. รับจ้าง <input type="checkbox"/> 4. ค้าขาย <input type="checkbox"/> 5. รับราชการ <input type="checkbox"/> 6. รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> 7. นักการเมือง <input type="checkbox"/> 8. ทหาร ตำรวจ <input type="checkbox"/> 9. ประมง <input type="checkbox"/> 10. ครู <input type="checkbox"/> 11. เลี้ยงสัตว์ <input type="checkbox"/> 12. นักบวช สมณะ <input type="checkbox"/> 13. งานบ้าน <input type="checkbox"/> 14. นักเรียน <input type="checkbox"/> 15. หญิงบริการ <input type="checkbox"/> 16. อื่นๆ.....		occ [] occ2 []
10. รายได้/เดือน <input type="checkbox"/> 1. ไม่มีรายได้ <input type="checkbox"/> 2. มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวน.....บาท		income [] income2 [] [] [] [] [] []

ตอนที่ 2 การรับบริการจากหน่วยบริการ

<p>11. ท่านเข้ารับบริการที่หน่วยบริการใด</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. รพ.ศูนย์ <input type="checkbox"/> 2. รพ.ทั่วไป/จังหวัด <input type="checkbox"/> 3. รพ.ชุมชน/อำเภอ <input type="checkbox"/> 4. PCU <input type="checkbox"/> 5. รพ.สต./สถานีนอนมัย <input type="checkbox"/> 6. รพ.เอกชน <input type="checkbox"/> 7. คลินิกเอกชน <input type="checkbox"/> 8. ศูนย์บริการสาธารณสุขของ อปท. <input type="checkbox"/> 9. อื่นๆ.....</p>	<p>hosp1 [] hosp2 []</p>
<p>12. เหตุผลที่เลือกหน่วยบริการดังกล่าว</p>	<p>ชื่อหน่วยบริการ..... <input type="checkbox"/> 1. ระยะทาง <input type="checkbox"/> 2. ระยะเวลา <input type="checkbox"/> 3. ค่าใช้จ่ายในการรับบริการ <input type="checkbox"/> 4. ความพึงพอใจการให้บริการ <input type="checkbox"/> 5. คุณภาพของบริการ <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ.....</p>	<p>hosp3 [] hosp4 []</p>
<p>13. สิทธิในการรับบริการสุขภาพของท่าน เป็นประเภทใด</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) <input type="checkbox"/> 2. ประกันสังคม <input type="checkbox"/> 4. ประกันเอกชน <input type="checkbox"/> 5.สวัสดิการพนักงานรัฐวิสาหกิจ/อปท. <input type="checkbox"/> 6. จ่ายเอง <input type="checkbox"/> 7. ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> 8. อื่นๆ</p>	<p>insure []</p>
<p>14. ระยะทางในการเดินทางไปรับบริการ ไป-กลับรวมเท่าไร</p> <p>15. ระยะทางในการเดินทางเป็นอุปสรรคใน การไปรับบริการหรือไม่</p>	<p>จำนวน.....กิโลเมตร <input type="checkbox"/> 1. ไม่เป็นอุปสรรค <input type="checkbox"/> 2. เป็นอุปสรรค <input type="checkbox"/> 3. อื่นๆ.....</p>	<p>km [][] obskm [] obskm2 []</p>
<p>16. ค่าใช้จ่ายรวมที่ใช้ในการไปรับบริการแต่ ละครั้งเฉลี่ยครั้งละเท่าไร</p> <p>17. ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการเข้ารับบริการเป็น อุปสรรคในการรับบริการหรือไม่</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี จำนวน.....บาท <input type="checkbox"/> 1. ไม่เป็นอุปสรรค <input type="checkbox"/> 2. เป็นอุปสรรค <input type="checkbox"/> 3. อื่นๆ.....</p>	<p>exp [] bth [][][][] obsbth [] obsbth2 []</p>
<p>18. ระยะเวลารวมในการเข้ารับบริการ ตั้งแต่ไปถึงสถานบริการจนออกจาก สถานบริการแต่ละครั้งเฉลี่ยครั้งละ เท่าไร</p> <p>19. ระยะเวลาในการเข้ารับบริการเป็น อุปสรรคในการรับบริการหรือไม่</p>	<p>จำนวน.....ชั่วโมง นาที <input type="checkbox"/> 1. ไม่เป็นอุปสรรค <input type="checkbox"/> 2. เป็นอุปสรรค <input type="checkbox"/> 3. อื่นๆ.....</p>	<p>timehr [][] timemin [][] obstime [] obstime2 []</p>

ตอนที่ 3 การรับบริการจากหน่วยบริการ

<p>20. ขณะนี้คุณมีอายุครรภ์กี่สัปดาห์</p>	<p>.....สัปดาห์</p>	<p>preg1 [][]</p>
<p>21. ขณะที่คุณตั้งครรภ์คุณมีโรคประจำตัวหรือไม่</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี</p>	<p>preg2 []</p>
<p>22. คุณได้ฝากครรภ์ทั้งหมดกี่ครั้ง</p>	<p>.....ครั้ง</p>	<p>preg3 []</p>

23. คุณฝากครรภ์ครั้งแรกตอนตั้งครรภ์ได้กี่สัปดาห์สัปดาห์	preg4 [] []
24. คุณคิดว่าหญิงตั้งครรภ์ควรฝากครรภ์ครั้งแรกตอนตั้งครรภ์ได้กี่สัปดาห์	<input type="checkbox"/> 1. ทราบ.....สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	preg5 [] preg6 [] []
25. คุณฝากครรภ์ครั้งที่ 2 ตอนตั้งครรภ์ได้กี่สัปดาห์	<input type="checkbox"/> 1. ทราบ.....สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	preg7 [] preg8 [] []
26. คุณฝากครรภ์ครั้งที่ 3 ตอนตั้งครรภ์ได้กี่สัปดาห์	<input type="checkbox"/> 1. ทราบ.....สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	preg9 [] preg10 [] []
27. คุณฝากครรภ์ครั้งที่ 4 ตอนตั้งครรภ์ได้กี่สัปดาห์	<input type="checkbox"/> 1. ทราบ.....สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	preg11 [] preg12 [] []
28. คุณฝากครรภ์ครั้งที่ 5 ตอนตั้งครรภ์ได้กี่สัปดาห์	<input type="checkbox"/> 1. ทราบ.....สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	preg13 [] preg14 [] []
29. คุณคิดว่าหญิงตั้งครรภ์ควรฝากครรภ์ทั้งหมดกี่ครั้ง	จำนวน.....ครั้ง	preg15 [] []
30. ตอนคุณไปฝากครรภ์คุณได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้รับ <input type="checkbox"/> 2. ได้รับ <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ	preg16 []
31. ในระยะใกล้คลอด (ช่วง 37- 42 สัปดาห์) คุณมีภาวะซีดหรือไม่ (ข้อมูลจากโรงพยาบาล)	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ เหตุผลเพราะ.....	preg17 [] preg18 []
32. คุณคลอดบุตรที่ไหน	สถานพยาบาล.....	postpar1 []
33. คุณคิดว่าหญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการดูแลหลังคลอดทั้งหมดกี่ครั้ง	<input type="checkbox"/> 1. จำนวน.....ครั้ง <input type="checkbox"/> 2. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	postpar2 [] postpar3 []
34. หลังจากที่คลอดบุตรแล้ว คุณได้รับการเยี่ยมหรือดูแลหลังคลอดโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และ/หรือ อสม.หรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้รับ <input type="checkbox"/> 2. ได้รับ <input type="checkbox"/> 3. จำไม่ได้ (หากไม่ได้รับข้ามไปข้อ 38.)	postpar4 []
35. เยี่ยมครั้งที่ 1 คือเยี่ยมหลังคลอด (ทั้งแม่และลูก) ในสัปดาห์แรกอายุบุตรไม่เกิน 7 วันนับถัดจากวันคลอด	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้รับ <input type="checkbox"/> 2. ได้รับ <input type="checkbox"/> 3. จำไม่ได้	postpar5 []
36. เยี่ยมครั้งที่ 2 ตั้งแต่บุตรอายุ 8 วัน แต่ไม่เกิน 15 วัน	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้รับ <input type="checkbox"/> 2. ได้รับ <input type="checkbox"/> 3. จำไม่ได้	postpar6 []
37. เยี่ยมครั้งที่ 3 ตั้งแต่บุตรอายุ 16 วัน แต่ไม่เกิน 45 วัน	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้รับ <input type="checkbox"/> 2. ได้รับ <input type="checkbox"/> 3. จำไม่ได้	postpar7 []
38. เหตุผลที่คุณไม่ได้รับการดูแลหลังคลอดโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและหรือ อสม.	เพราะ.....	postpar8 []