

**แบบสอบถามชุดที่ 4**  
**การวางแผนครอบครัว การตรวจมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม**  
**(กลุ่มสตรีวัยทำงาน อายุ 30 - 60 ปี)**

**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. ห้างบริการ <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 การเข้ารับบริการในหน่วยบริการ

<p>11. ท่านเข้ารับบริการที่หน่วยบริการใด</p> <p>12. เหตุผลที่เลือกหน่วยบริการดังกล่าว</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. รพ.ศูนย์                      <input type="checkbox"/> 2. รพ.ทั่วไป/จังหวัด</p> <p><input type="checkbox"/> 3. รพ.ชุมชน/อำเภอ          <input type="checkbox"/> 4. PCU</p> <p><input type="checkbox"/> 5. รพ.สต./สถานีนอนามัย <input type="checkbox"/> 6. รพ.เอกชน</p> <p><input type="checkbox"/> 7. คลินิกเอกชน</p> <p><input type="checkbox"/> 8. ศูนย์บริการสาธารณสุขของ อปท.</p> <p><input type="checkbox"/> 9. อื่นๆ.....</p> <p>ชื่อหน่วยบริการ.....</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ระยะทาง                      <input type="checkbox"/> 2. ระยะเวลา</p> <p><input type="checkbox"/> 3. ค่าใช้จ่ายในการรับบริการ</p> <p><input type="checkbox"/> 4. ความพึงพอใจการให้บริการ</p> <p><input type="checkbox"/> 5. คุณภาพของบริการ</p> <p><input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ.....</p>	<p>hosp1 [ ]</p> <p>hosp2 [ ]</p> <p>hosp3 [ ]</p> <p>hosp4 [ ]</p>
<p>13. สิทธิในการรับบริการสุขภาพของท่านเป็นประเภทใด</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ประกันสังคม <input type="checkbox"/> 3. สวัสดิการข้าราชการ</p> <p><input type="checkbox"/> 4. ประกันเอกชน</p> <p><input type="checkbox"/> 5. สวัสดิการพนักงานรัฐวิสาหกิจ/อปท.</p> <p><input type="checkbox"/> 6. จ่ายเอง                      <input type="checkbox"/> 7. ไม่แน่ใจ</p> <p><input type="checkbox"/> 8. อื่นๆ .....</p>	<p>insure [ ]</p> <p>insure2 [ ]</p>
<p>14. ระยะทางในการเดินทางไปรับบริการไป-กลับรวมเท่าไร</p> <p>15. ระยะทางในการเดินทางเป็นอุปสรรคในการไปรับบริการหรือไม่</p>	<p>จำนวน.....กิโลเมตร</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่เป็นอุปสรรค              <input type="checkbox"/> 2. เป็นอุปสรรค</p> <p><input type="checkbox"/> 3. อื่นๆ.....</p>	<p>km [ ][ ]</p> <p>obskm [ ]</p> <p>obskm2 [ ]</p>
<p>16. ค่าใช้จ่ายรวมที่ใช้ในการไปรับบริการแต่ละครั้งเฉลี่ยครั้งละเท่าไร</p> <p>17. ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการเข้ารับบริการเป็นอุปสรรคในการรับบริการหรือไม่</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. ไม่มี</p> <p><input type="checkbox"/> 2. มี จำนวน.....บาท</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่เป็นอุปสรรค              <input type="checkbox"/> 2. เป็นอุปสรรค</p> <p><input type="checkbox"/> 3. อื่นๆ.....</p>	<p>exp [ ]</p> <p>bth [ ][ ][ ][ ]</p> <p>obsbth [ ]</p> <p>obsbth2 [ ]</p>
<p>18. ระยะเวลารวมในการเข้ารับบริการตั้งแต่ไปถึงสถานบริการจนออกจากสถานบริการแต่ละครั้งเฉลี่ยครั้งละเท่าไร</p> <p>19. ระยะเวลาในการเข้ารับบริการเป็นอุปสรรคในการรับบริการหรือไม่</p>	<p>จำนวน.....ชั่วโมง</p> <p>.....นาที</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่เป็นอุปสรรค              <input type="checkbox"/> 2. เป็นอุปสรรค</p> <p><input type="checkbox"/> 3. อื่นๆ.....</p>	<p>timehr [ ][ ]</p> <p>timemin [ ][ ]</p> <p>obstime [ ]</p> <p>obstime2 [ ]</p>

**ตอนที่ 3 การรับบริการจากหน่วยบริการ**

20. คุณเคยใช้การคุมกำเนิดหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ใช่	fp1 [ ]
21. ขณะนี้คุณใช้การคุมกำเนิดหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีการคุมกำเนิด (ข้ามไปข้อ 25) <input type="checkbox"/> 2. มีการคุมกำเนิด	fp2 [ ]
22. คุณใช้วิธีคุมกำเนิดประเภทใด	<input type="checkbox"/> 1. ยาเม็ดคุมกำเนิด <input type="checkbox"/> 2. ยาฉีดคุมกำเนิด <input type="checkbox"/> 3. ห่วงอนามัย <input type="checkbox"/> 4. หมันหญิง <input type="checkbox"/> 5. หมันชาย <input type="checkbox"/> 6. ยาฝังคุมกำเนิด <input type="checkbox"/> 7. แผ่นแปะคุมกำเนิด <input type="checkbox"/> 8. ถุงยางอนามัย <input type="checkbox"/> 9. การนั้บระยะปลอดภัย <input type="checkbox"/> 10. การหลังภายนอก <input type="checkbox"/> 11. ไม่มีประจำเดือนขณะให้นมบุตร <input type="checkbox"/> 12. งดการมีเพศสัมพันธ์ <input type="checkbox"/> 88. ไม่รู้/ไม่แน่ใจ	fp3 [ ] [ ]
23. คุณรับบริการการคุมกำเนิดจากที่ใด	<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./สถานีอนามัย <input type="checkbox"/> 6. รพ.เอกชน <input type="checkbox"/> 7. คลินิกเอกชน <input type="checkbox"/> 8. ศูนย์บริการสาธารณสุขของ อปท. <input type="checkbox"/> 9. อื่นๆ..... ชื่อหน่วยบริการ.....	hosp5 [ ]  hosp6 [ ]
24. การใช้วิธีคุมกำเนิดดังกล่าวมีผลเป็นอย่างไร	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ผลเพราะ..... <input type="checkbox"/> 2. คุมกำเนิดได้	fp4 [ ] fpb4 [ ]
25. คุณเคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้รับ เพราะ..... ..... (ข้ามไปข้อ 31) <input type="checkbox"/> 2. ได้รับ	ca1 [ ] cab1 [ ]
26. คุณได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่	<input type="checkbox"/> 1. จำได้ วันที่...../...../..... <input type="checkbox"/> 8. จำไม่ได้	ca2 [ ] ca3 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
27. คุณได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกครั้งสุดท้ายด้วยวิธีใด	<input type="checkbox"/> 1. Pap smear <input type="checkbox"/> 2. ส่องกล้อง VIA <input type="checkbox"/> 8. ไม่รู้/ไม่แน่ใจ	ca4 [ ]
28. ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกครั้งสุดท้ายเป็นอย่างไร	<input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. ผิดปกติ <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบผล	ca5 [ ]
29. กรณีผลการคัดกรองผิดปกติ ท่านได้รับการอะไรบ้าง	<input type="checkbox"/> 1. คำแนะนำในการปฏิบัติตัว <input type="checkbox"/> 2. นัดให้กลับมาตรวจซ้ำอีกครั้ง <input type="checkbox"/> 3. ส่งพบแพทย์ <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ.....	ca6 [ ]
30. คุณได้รับนัดหมายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกครั้งต่อไปเมื่อไหร่	<input type="checkbox"/> 1. มีนัดครั้งต่อไป วันที่...../...../..... <input type="checkbox"/> 2. ไม่มีการนัดหมาย <input type="checkbox"/> 3. อื่น ๆ ระบุ.....	ca7 [ ] ca8 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

31. คุณเคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้รับ เพราะ..... ..... (จบการสัมภาษณ์) <input type="checkbox"/> 2. ได้รับ	ca9 [ ] cab9 [ ]
32. คุณได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่	<input type="checkbox"/> 1. จำได้ วันที่...../...../..... <input type="checkbox"/> 2. จำไม่ได้	ca10 [ ] ca11 [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
33. คุณได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมครั้งสุดท้ายด้วยวิธีใด	<input type="checkbox"/> 1. ตรวจด้วยตนเอง <input type="checkbox"/> 2. X-ray mammogram <input type="checkbox"/> 8. ไม่รู้/ไม่แน่ใจ	ca12 [ ]
34. ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมครั้งสุดท้ายเป็นอย่างไร	<input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. ผิดปกติ <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบผล	ca13 [ ]
35. กรณีผลการคัดกรองผิดปกติ ท่านได้รับการอะไรบ้าง	<input type="checkbox"/> 1. คำแนะนำในการปฏิบัติตัว <input type="checkbox"/> 2. ส่งพบแพทย์ <input type="checkbox"/> 3. การรักษาด้วยยา <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ.....	ca14 [ ] cab14 [ ]
36. คุณได้รับการนัดหมายตรวจมะเร็งเต้านมครั้งต่อไปเมื่อใด	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีการนัดหมาย <input type="checkbox"/> 2. มีนัดครั้งต่อไป วันที่...../...../..... <input type="checkbox"/> 3. อื่น ๆ ระบุ.....	ca15 [ ] ca16 [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]