



สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย

ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551

กลุ่มวัยแรงงาน (อายุ 15 – 59 ปี)

ข้อปฏิบัติที่สำคัญในการบันทึกคำตอบ

ก. ให้ใช้ดินสอ 2B ในการบันทึกข้อมูล

ข. การบันทึกข้อมูลตัวเลขในช่องสี่เหลี่ยม  ให้บันทึกด้วยตัวเลขอารบิกตามลักษณะต่อไปนี้เท่านั้น

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 โดยตัวเลขที่บันทึกต้องอยู่ภายในช่องสี่เหลี่ยม  เท่านั้น ตัวเลขต้องไม่ขีดขอบกล่อง

ดังตัวอย่าง

ค. ให้กาเครื่องหมาย × ลงในช่องสี่เหลี่ยม  หน้าข้อคำตอบที่ต้องการ ดังตัวอย่าง

ง. ให้บันทึกข้อความที่เป็นคำตอบลงบนเส้นประ

ใบยินยอม

ผู้ตอบสัมภาษณ์ได้รับฟังและลงนามในใบยินยอมด้วยความสมัครใจแล้วใช่หรือไม่

1. ใช่ → Q0001

2. ไม่ใช่ กรุณาอ่านใบยินยอมและเซ็นชื่อด้วยความสมัครใจ

ผู้ตอบสัมภาษณ์ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยและลงนามเรียบร้อยแล้ว ใช่หรือไม่

1. ใช่

2. ไม่ใช่ → หยุดการสัมภาษณ์

ที่ตั้งของชุมชนอาคาร / หมู่บ้านตัวอย่าง

Q0001 ลำดับที่การลงทะเบียน








(q code เดียวกับในแบบ ps-02)

ชุดตัวอย่างที่  1.  2.  3. /ลำดับที่ในชุดตัวอย่าง

Q0002 ภาค

1. เหนือ

2. กลาง

3. ตะวันออกเฉียงเหนือ

4. ใต้

5. กรุงเทพมหานคร

Q0003 จังหวัด

.....

 

Q0004 อำเภอ

.....

   

Q0005 เขตการปกครอง

1. ในเขตเทศบาล ชื่อ.....

2. นอกเขตเทศบาล

Q0006 หน่วยเลือกตั้งหรือหมู่บ้าน

เลขที่(หน่วยเลือกตั้งหรือหมู่บ้าน).....  
ชื่อ.....

  

เลขที่หน่วย

เลือกตั้ง หรือ หมู่บ้าน

Q0007 บ้านเลขที่

.....



|  |   |                          |                          |                          |                          |                 |                          |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |                 |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|-----------------|
| <b>หมวดที่ Q9000 การตรวจร่างกาย</b><br>(กรณีปฏิบัติหรือไม่สามารถวัดได้ให้กาเครื่องหมาย ✕ ลงในช่องสี่เหลี่ยม <input type="checkbox"/> ดังตัวอย่าง <input checked="" type="checkbox"/> ) |   |                          |                          |                          |                          |                 |                          |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |                 |
| <b>1. น้ำหนักและส่วนสูง</b>  |   |                          |                          |                          |                          |                 |                          |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |                 |
| ต่อไปนี้จะเป็นการวัดส่วนสูง (นกะ/ครึ่ง) ในการวัดส่วนสูง กรุณาถอดรองเท้า ยืนตรงมองไปข้างหน้า  |   |                          |                          |                          |                          |                 |                          |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |                 |
| Q9001 ความสูง เซนติเมตร (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)   | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%; text-align: center;">.</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="6"></td> <td style="text-align: right;">เซนติเมตร</td> </tr> <tr> <td colspan="6"></td> <td style="text-align: right;">ปฏิบัติ</td> </tr> <tr> <td colspan="6"></td> <td style="text-align: right;">ไม่สามารถวัดได้</td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .               | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  | เซนติเมตร |  |  |  |  |  |  | ปฏิบัติ |  |  |  |  |  |  | ไม่สามารถวัดได้ |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .                        | <input type="checkbox"/> |                 |                          |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |                 |
|  |   |                          |                          |                          |                          | เซนติเมตร       |                          |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |                 |
|  |   |                          |                          |                          |                          | ปฏิบัติ         |                          |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |                 |
|  |   |                          |                          |                          |                          | ไม่สามารถวัดได้ |                          |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |                 |
| ต่อไปจะเป็นการชั่งน้ำหนัก (นกะ/ครึ่ง) กรุณาถอดรองเท้าและขึ้นยืนบนเครื่องชั่งน้ำหนักและจะทำการวัด รอบเอว รอบสะโพก โดยใช้สายวัด  |   |                          |                          |                          |                          |                 |                          |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |                 |
| Q9002 น้ำหนัก กิโลกรัม (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)  | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%; text-align: center;">.</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="6"></td> <td style="text-align: right;">กิโลกรัม</td> </tr> <tr> <td colspan="6"></td> <td style="text-align: right;">ปฏิบัติ</td> </tr> <tr> <td colspan="6"></td> <td style="text-align: right;">ไม่สามารถวัดได้</td> </tr> </table>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .               | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  | กิโลกรัม  |  |  |  |  |  |  | ปฏิบัติ |  |  |  |  |  |  | ไม่สามารถวัดได้ |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .                        | <input type="checkbox"/> |                 |                          |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |                 |
|  |   |                          |                          |                          |                          | กิโลกรัม        |                          |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |                 |
|  |   |                          |                          |                          |                          | ปฏิบัติ         |                          |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |                 |
|  |   |                          |                          |                          |                          | ไม่สามารถวัดได้ |                          |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |                 |
| <b>2. เส้นรอบเอว</b>   |   |                          |                          |                          |                          |                 |                          |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |                 |
| Q9003 เส้นรอบเอว วัดครั้งที่ 1 เซนติเมตร (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)  | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%; text-align: center;">.</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="6"></td> <td style="text-align: right;">เซนติเมตร</td> </tr> <tr> <td colspan="6"></td> <td style="text-align: right;">ปฏิบัติ</td> </tr> <tr> <td colspan="6"></td> <td style="text-align: right;">ไม่สามารถวัดได้</td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .               | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  | เซนติเมตร |  |  |  |  |  |  | ปฏิบัติ |  |  |  |  |  |  | ไม่สามารถวัดได้ |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .                        | <input type="checkbox"/> |                 |                          |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |                 |
|  |   |                          |                          |                          |                          | เซนติเมตร       |                          |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |                 |
|  |   |                          |                          |                          |                          | ปฏิบัติ         |                          |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |                 |
|  |   |                          |                          |                          |                          | ไม่สามารถวัดได้ |                          |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |                 |
| Q9004 เส้นรอบเอว วัดครั้งที่ 2 เซนติเมตร (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)  | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%; text-align: center;">.</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="6"></td> <td style="text-align: right;">เซนติเมตร</td> </tr> </table>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .               | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  | เซนติเมตร |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |                 |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .                        | <input type="checkbox"/> |                 |                          |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |                 |
|  |   |                          |                          |                          |                          | เซนติเมตร       |                          |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |                 |
| <b>3. เส้นรอบสะโพก</b>   |   |                          |                          |                          |                          |                 |                          |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |                 |
| Q9005 เส้นรอบสะโพก วัดครั้งที่ 1 เซนติเมตร (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)  | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%; text-align: center;">.</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="6"></td> <td style="text-align: right;">เซนติเมตร</td> </tr> <tr> <td colspan="6"></td> <td style="text-align: right;">ปฏิบัติ</td> </tr> <tr> <td colspan="6"></td> <td style="text-align: right;">ไม่สามารถวัดได้</td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .               | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  | เซนติเมตร |  |  |  |  |  |  | ปฏิบัติ |  |  |  |  |  |  | ไม่สามารถวัดได้ |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .                        | <input type="checkbox"/> |                 |                          |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |                 |
|  |   |                          |                          |                          |                          | เซนติเมตร       |                          |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |                 |
|  |   |                          |                          |                          |                          | ปฏิบัติ         |                          |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |                 |
|  |   |                          |                          |                          |                          | ไม่สามารถวัดได้ |                          |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |                 |
| Q9006 เส้นรอบสะโพก วัดครั้งที่ 2 เซนติเมตร (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)  | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%; text-align: center;">.</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="6"></td> <td style="text-align: right;">เซนติเมตร</td> </tr> </table>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .               | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  | เซนติเมตร |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |                 |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .                        | <input type="checkbox"/> |                 |                          |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |                 |
|  |   |                          |                          |                          |                          | เซนติเมตร       |                          |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |                 |

| 5. ความดันเลือดและชีพจร   |   |
|---|---|
| <p>ผม (ดิฉัน) ขออนุญาตวัดความดันเลือดและชีพจร กรุณานั่งตัวตรง หลังจากสวมที่หุ้มแขน ให้ตำแหน่งที่วัดอยู่ระดับหัวใจ จะทำการวัด 3 ครั้ง ซึ่งที่หุ้มแขนจะบีบแขนของท่านเล็กน้อย กรุณาผ่อนคลายตามสบาย</p> <p><b>ผู้สัมภาษณ์:</b> ควรให้ผู้ตอบสัมภาษณ์นั่งตัวตรงสงบอย่างน้อย 5 นาที สาธิตวิธีการวางแขนบน โต๊ะขณะที่เครื่องวัดความดันกำลังวัด ใส่ปลอกแขนให้ตรงกับตำแหน่งหัวใจระดับหน้าอกของผู้ตอบสัมภาษณ์เมื่อการวางตำแหน่งและจัดท่านั่งถูกต้องและผู้ตอบสัมภาษณ์ผ่อนคลาย ให้กดปุ่มเริ่มวัด สังเกตว่าเครื่องวัดเริ่มทำงาน ทำการวัดความดันเลือดและชีพจร 3 ครั้ง โดยระหว่างการวัดแต่ละครั้งให้พักอย่างน้อย 1 นาที และไม่ต้องถอดปลอกแขนออกระหว่างการวัด</p> |   |
| ให้คำแนะนำ วัดความดันเลือด แขน ขวา และวัดท่านั่ง  |   |
| Q9008 ขนาดของที่รัดแขนที่ใช้  |   |
| <input type="checkbox"/> 1. เล็ก (S) <input type="checkbox"/> 2. กลาง (M) <input type="checkbox"/> 3. ใหญ่ (L)  |   |
| Q9009 ค่าความดันสูงสุดที่บีบลม (มม.ปรอท)  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> มม.ปรอท    |
| <b>Q9010 ครั้งที่ 1</b>   |   |
| Q9010a ซิสโตลิก (มม.ปรอท)   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> มม.ปรอท    |
| Q9010b ไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> มม.ปรอท    |
| Q9010c ชีพจรที่วัดได้ในเวลา 60 วินาที (ครั้ง)   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ครั้ง/นาที |
| <p><b>ผู้สัมภาษณ์:</b> บอกผู้ตอบสัมภาษณ์ให้ผ่อนคลายช่วงแขน และพัก 1 นาที ก่อนวัด <b>ไม่ควรถามคำถามใดๆกับผู้ตอบสัมภาษณ์ระหว่างนี้</b></p> <p>ขออนุญาตวัดความดันเลือดครั้งที่สอง (นะคะ / ครับ)</p>  |   |
| <b>Q9011 ครั้งที่ 2</b>   |   |
| Q9011a ซิสโตลิก (มม.ปรอท)   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> มม.ปรอท    |
| Q9011b ไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> มม.ปรอท    |
| Q9011c ชีพจรที่วัดได้ในเวลา 60 วินาที (ครั้ง)   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ครั้ง/นาที |
| <p><b>ผู้สัมภาษณ์:</b> บอกผู้ตอบสัมภาษณ์ ให้ผ่อนคลาย ขณะที่รอการวัดครั้งที่ 3 ขออนุญาตวัดความดันเลือดครั้งที่สาม (นะคะ/ครับ)</p>  |   |
| <b>Q9012 ครั้งที่ 3</b>   |   |
| Q9012a ซิสโตลิก (มม.ปรอท)   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> มม.ปรอท    |
| Q9012b ไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> มม.ปรอท    |
| Q9012c ชีพจรที่วัดได้ในเวลา 60 วินาที (ครั้ง)   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ครั้ง/นาที |

**7. ทดสอบการมองเห็น (Vision test) (อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป)**

ต่อไปเป็นการทดสอบการมองเห็นระยะใกล้

การมองเห็นระยะใกล้ (ถ้าผู้เข้าทดสอบปกติใส่แว่นสายตา, ขอให้ใส่ตามปกติขณะทดสอบ)

**ผู้สัมภาษณ์ :** ให้วางแผ่น Near Vision Chart ระหว่าง นิ้วชี้กับนิ้วกลางของผู้ตอบสัมภาษณ์ และมือข้างหนึ่งปิดตา มืออีกข้างหนึ่งถือ Chart อ่านออกเสียง ให้แผ่นชาร์ตอยู่ห่างจากตาผู้ตอบสัมภาษณ์ ระยะ 40 เซนติเมตร ให้อ่านแต่ละแถว ถ้าแถวใดอ่านผิด 3 คำขึ้นไปให้จบการทดสอบ จดระยะของแถวตัวอักษรตัวเล็กที่สุดที่สามารถอ่านได้ (ผิคน้อยกว่า 3 คำ)  
ต่อไปเป็นการทดสอบการมองเห็นระยะใกล้ เริ่มที่ตาซ้าย กรุณาปิดตาขวาด้วยมือขวา

Q9017a ปกติท่านใส่แว่นสายตาในการอ่านระยะใกล้หรือไม่  1. ใช่  2. ไม่

|                                    |                     |  |
|------------------------------------|---------------------|--|
| Q9017b การมองเห็นระยะใกล้ – ตาซ้าย | Distance Equivalent | <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
|------------------------------------|---------------------|--|

|                                   |                     |  |
|-----------------------------------|---------------------|--|
| Q9018a การมองเห็นระยะใกล้ – ตาขวา | Distance Equivalent | <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
|-----------------------------------|---------------------|--|

Q9018b ผู้เข้าทดสอบ ใส่แว่นสายตาขณะตรวจใช่หรือไม่  1. ใช่  2. ไม่

**8. การทดสอบแรงบีบมือ (Grip Strength) (อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป)**

**การคัดกรอง :** ถ้าเห็นผู้ตอบสัมภาษณ์ มีปัญหาเกี่ยวกับ มือ แขน อย่างชัดเจนให้ข้ามการทดสอบนี้ ถ้าเคยได้รับการผ่าตัด แขน มือ หรือข้อมือข้างใดข้างหนึ่งในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาหรือมีอาการข้ออักเสบ ปวดเจ็บมือ ไม่ต้องทดสอบมือข้างนั้น ให้พิจารณาว่าใช้เครื่องวัดแรงบีบมือมีขนาดเหมาะสมกับขนาดมือผู้ถูกทดสอบ ต่อไปนี้จะเป็นการทดสอบความแข็งแรงของมือ

Q9019 มือข้างไหนที่ท่านถนัด?  
 1. ซ้าย  2. ขวา  3. ทั้งสองมือ

**มือข้างที่ถนัด** ถ้าผู้ตอบสัมภาษณ์ตอบว่าถนัดทั้งสองมือ ให้ถือว่ามือข้างที่ใช้ในการเซ็นชื่อ เขียนหนังสือ เป็นมือข้างที่ถนัด

ให้ผู้ถูกทดสอบนั่ง ปล่อยมือข้างลำตัว ให้แขนท่อนบนแนบลำตัว งอข้อศอกขึ้นมา 90 องศาให้ศอก ฝ่ามือหันเข้าด้านใน เหมือนกำลังเช็ก แคนด์ หลังจากนั้นให้ใช้มือออกแรงบีบเครื่องวัดแรงบีบมือ

**ผู้สัมภาษณ์: สาริต**

ผม (ดิฉัน) จะให้ท่านทดสอบแรงบีบมือแต่ละข้าง ข้างละสองครั้ง เริ่มด้วยมือซ้าย ถ้าท่านรู้สึกปวดหรือรู้สึกไม่สบายให้บอกด้วย เรา จะหยุดการทดสอบ เมื่อผม(ดิฉัน)บอกให้ “บ๊ีบ” ให้ท่านออกแรงบีบให้แรงที่สุดเท่าที่ทำได้

**ผู้สัมภาษณ์: ตรวจสอบตำแหน่งการวางมือ และการจับอุปกรณ์ว่าถูกต้องหรือไม่**

เริ่ม เตรียมพร้อม “ บ๊ีบ บ๊ีบ บ๊ีบ!”

|                                       |  |                |
|---------------------------------------|--|----------------|
| Q9020 ทดสอบแรงบีบครั้งที่ 1 – มือซ้าย | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> | กิโลกรัม       |
|                                       | <input type="text"/>   | ปฏิเสธ → Q9024 |

|                                       |  |          |
|---------------------------------------|--|----------|
| Q9021 ทดสอบแรงบีบครั้งที่ 2 – มือซ้าย | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> | กิโลกรัม |
|---------------------------------------|--|----------|

ต่อไปทำการทดสอบเหมือนเดิม มืออีกข้างหนึ่ง ให้ถือเครื่องมือทดสอบไว้ที่มือขวา จะทำการทดสอบแรงบีบในอีกข้างหนึ่ง

**ผู้สัมภาษณ์:** ตรวจสอบความถูกต้องของตำแหน่งการวางมือและการจับอุปกรณ์

เริ่ม เตรียมพร้อม “ บีบ บีบ บีบ!”

|                                      |  |                            |
|--------------------------------------|--|----------------------------|
| Q9022 ทดสอบแรงบีบครั้งที่ 1 – มีอชวา | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/><br><input type="text"/> | กิโลกรัม<br>ปฏิเสธ → Q9024 |
| Q9023 ทดสอบแรงบีบครั้งที่ 2 – มีอชวา | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>                         | กิโลกรัม                   |

### 9. การทดสอบการทำงานของปอด (Lung Function) (อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป)

ถ้า ผู้เข้าทดสอบมีอาการต่อไปนี้ไม่ต้องทดสอบสมรรถภาพปอด

1. ไอเป็นเลือด หอบเหนื่อย อ่อนเพลียมาก
2. ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เช่น วัณโรคปอดระยะติดต่อ
3. ความดันเลือดสูงที่ยังไม่ได้รับการรักษา หรือคุมได้ไม่ดี โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ
4. ประวัติเส้นเลือดแดงโป่ง (aneurysm) ในทรวงอก ท้อง หรือสมอง
5. หลังผ่าตัดไม่เกิน 3 เดือน เช่น ผ่าตัดหลอดเลือดกระบอก ผ่าตัดช่องอก หรือช่องท้อง
6. สตรีมีครรภ์

ต่อไปนี้จะทำการทดสอบการหายใจและการทำหน้าที่ของปอด โดยใช้เครื่องวัดสมรรถภาพปอด ซึ่งจะแสดงปริมาณอากาศที่ทำการหายใจและความเร็วในการหายใจเข้าและออก กรุณาใช้ความพยายามอย่างเต็มที่ เพราะมีความสำคัญต่อการได้รับผลการทดสอบที่ดีขึ้นตอนการเป่ามีดังนี้

- 1) หายใจเข้าลึกๆ ให้เต็มปอด
- 2) วางปากครอบลงบนหลอดที่เป่า (mouthpiece)
- 3) เป่า แรงและเร็วอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งรู้สึกหมดลมในปอด

กรุณาตั้งใจดูการสาธิตตัวอย่าง

**ผู้สัมภาษณ์:** สาธิตวิธีการตรวจสอบสมรรถภาพปอด

**ผู้สัมภาษณ์:** 1. แสดงให้ผู้เข้าร่วมทดสอบเห็นว่า หลอดเป่าปากที่ใช้ในขณะทดสอบ

2. ระหว่างการเป่าแต่ละครั้ง ให้ผู้เข้าร่วมทดสอบพักจนกว่าหายใจอยู่ในระดับปกติ

ให้ผู้ถูกทดสอบฝึกเป่า 1 ครั้ง จากนั้น ทำการทดสอบ 3 ครั้ง ถ้าพร้อมแล้วหายใจเข้าลึกๆ ปากครอบลงบนที่เป่า และ เป่า เป่า เป่า!

| ผลการทดสอบ  | ครั้งที่ 1   | ครั้งที่ 2   | ครั้งที่ 3   |
|---|--|--|--|
| Q9024 FVC (forced expiratory vital capacity) (ลิตร) | <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"/> |
| Q9025 FEV1 (forced expiratory volume) (ลิตร)        | <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"/> |
| Q9026 FEV1% (forced expiratory volume) (%)          | <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"/> |
| Q9027 PEF (peak expiratory flow) (ลิตร)             | <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"/> |

| ผลการทดสอบ                                    | ครั้งที่ 1   | ครั้งที่ 2   | ครั้งที่ 3   |
|---|--|--|--|
| Q9028 FEF25-75(forced expiratory flow) (ลิตร) | <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"/> |
| Q9029 FET (forced expiratory time) (ลิตร)     | <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"/> |

Save ข้อมูลการตรวจสอบสภาพปอดใน drive และ ไฟล์ (access file) ชื่อ .....

| 10. ลักษณะร่างกายทั่วไป  |                          |                          |                        |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Q9030 ลักษณะร่างกายทั่วไป <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ปกติ ระบุ..... |                          |                          |                        |                          |                          |
| Q9031 ความพิการ (ตอบทุกข้อ)  |                          |                          |                        |                          |                          |
|  | ใช่                      | ไม่ใช่                   |                        | ใช่                      | ไม่ใช่                   |
| Q9031a แขนขาดหรือด้วน  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Q9031f ขาขาดหรือด้วน   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q9031b นิ้วขาดหรือด้วน   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Q9031g มือขาดหรือด้วน  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q9031c ตาบอด 1 ข้าง  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Q9031h ตาบอด 2 ข้าง    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q9031d หูตึง   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Q9031i พูดไม่ชัด       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q9031e อัมพฤกษ์  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Q9031j อื่นๆ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| หมวดที่ Q1100 ข้อมูลส่วนบุคคล   |   |
|---|---|
| Q1103 เพศ   | <input type="checkbox"/> 1. ชาย <input type="checkbox"/> 2. หญิง  |
| Q1104 วัน / เดือน / ปี พศ. เกิดของท่าน                                    | วันที่ / เดือน / ปี พศ.<br><input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Q1105 ขณะนี้ท่านอายุเท่าไร  | <input type="text"/> <input type="text"/> ปี  |
| Q1106 ท่านเกิดที่จังหวัด.....   | <input type="text"/> <input type="text"/> (รหัสจังหวัดตามคู่มือ)  |
| Q1107 ท่านอาศัยอยู่ในจังหวัดปัจจุบันเป็นระยะเวลาานเท่าใด.....ปี.....เดือน | ปี / เดือน<br><input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>   |

Q1108 ขณะนี้ท่านนับถือศาสนาอะไร

1. พุทธ     2. คริสต์     3. อิสลาม     4. ไม่นับถือศาสนา     5. อื่นๆ .....

Q1109 สถานภาพสมรสของท่านในปัจจุบัน

1. โสด     2. สมรส/ อยู่ในบ้านเดียวกัน     3. สมรส/ อยู่คนละบ้าน

4. หม้าย     5. หย่า/เลิก     6. อื่นๆ(ระบุ).....

Q1110 ท่านได้รับการศึกษาสามัญในสถานศึกษาเป็นเวลาทั้งสิ้นกี่ปี..... ปี (ไม่นับอนุบาล)      ปี

Q1111 ท่านสำเร็จการศึกษาสามัญสูงสุดระดับใด

1. ไม่เคยเรียน     2. ประถมศึกษาหรือน้อย     3. มัธยมศึกษาตอนต้น

4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.     5. ปวส./อนุปริญญา     6. ปริญญาตรีและสูงกว่า

7. เปรียญ     8. อื่นๆ (ระบุ).....

**Q1200 การทำงานและรายได้**

Q1201 ภาวะการมีงานทำของท่านในปัจจุบัน

1. มีงานทำ     2.ว่างงาน     3. รอฤดูกาลทำงาน

4. ทำงานบ้าน     5. เรียนหนังสือ     6. อื่นๆ(ระบุ).....

Q1202 อาชีพของท่านในปัจจุบันระบุ.....(เลือกตอบเพียงอาชีพเดียวที่ใช้เวลามากที่สุด)

1. อาชีพพื้นฐาน ผู้ใช้แรงงาน(รับจ้าง ทำนา ทำสวน กรรมกร รับจ้างเป็นแม่บ้าน ฯลฯ)

2. เกษตรกร ชาวนา ชาวสวน ชาวไร่ เลี้ยงสัตว์ ชาวประมง ฯลฯ

3. ผู้ประกอบงานคุมเครื่องจักรในโรงงาน และผู้ปฏิบัติงานด้านการประกอบการผลิต ขับรถ ขับเรือ ฯลฯ

4. ช่าง ฝีมือ สาขาต่างๆ ก่อสร้าง ค้าขาย ฯลฯ

5. เสมียน เลขานุการ พนักงานพิมพ์ดีด พนักงานในสำนักงาน ฯลฯ

6. พนักงานบริการ การตลาด การค้า พนักงานขาย พนักงานดูแล(ที่เลี้ยง) สัตว์หรือ

7. นักวิชาชีพ นักวิชาการทุกสาขา (วิศวกร วิทยาศาสตร์ สังคม แพทย์ พยาบาล บัญชี ทนาย กฎหมาย นักเขียน อาจารย์ ฯลฯ)

8. นิติบัญญัติ ตุลาการ และผู้บริหารระดับสูงทั้งรัฐและเอกชน ฯลฯ

9. ทหาร ตำรวจ

10. ไม่มีอาชีพ

11. อาชีพอื่นๆ ระบุ.....

|  |   |
|--|---|
| <p>Q1203 สำหรับผู้ที่ตอบว่ามีงานทำ ในปัจจุบันท่านมีสถานภาพการทำงานอย่างไร</p> <p><input type="checkbox"/> 1. เจ้าของหรือผู้ดำเนินกิจการเอง <input type="checkbox"/> 2. ลูกจ้างรัฐบาล/ รัฐวิสาหกิจ</p> <p><input type="checkbox"/> 3. ลูกจ้างเอกชน <input type="checkbox"/> 4. การรวมกลุ่ม</p> <p><input type="checkbox"/> 5. ผู้ไม่ได้ปฏิบัติงานเชิงเศรษฐกิจ</p>   |   |
| <p>Q1204 รายได้ของท่าน เฉลี่ยต่อเดือน (จำนวนเต็มบาท)</p> <p>.....บาท</p>   | <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> บาท</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ตอบ / ไม่ทราบ</p> |
| <p>Q1205 ช่วงรายได้ของท่าน เฉลี่ยต่อเดือน</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่มีรายได้ <input type="checkbox"/> 2. ไม่เกิน 999 บาท <input type="checkbox"/> 3. 1,000-4,999 บาท <input type="checkbox"/> 4. 5,000-9,999 บาท</p> <p><input type="checkbox"/> 5. 10,000-24,999 บาท <input type="checkbox"/> 6. 25,000-49,999 บาท <input type="checkbox"/> 7. ตั้งแต่ 50,000 บาทขึ้นไป <input type="checkbox"/> 8. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ</p>  |   |
| <p>Q1206 รายได้ของทั้งครอบครัว เฉลี่ยต่อเดือน</p> <p>..... บาท</p>   | <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> บาท</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ตอบ / ไม่ทราบ</p> |
| <p>Q1207 ช่วงรายได้ของทั้งครอบครัว เฉลี่ย ต่อเดือน</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่มีรายได้ <input type="checkbox"/> 2. ไม่เกิน 999 บาท <input type="checkbox"/> 3. 1,000-4,999 บาท</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 5,000-9,999 บาท <input type="checkbox"/> 5. 10,000-24,999 บาท <input type="checkbox"/> 6. 25,000-49,999 บาท</p> <p><input type="checkbox"/> 7. 50,000-99,999 บาท <input type="checkbox"/> 8. 100,000-499,999 บาท <input type="checkbox"/> 9. ตั้งแต่ 500,000 บาทขึ้นไป</p> <p><input type="checkbox"/> 10. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ</p> |   |
| <p>Q1208 ในปัจจุบันตัวท่านเองเป็นภาวะที่ต้องได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจากบุคคลในครอบครัวหรือองค์กรอื่น ใช่หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่</p>   |   |
| <p>Q1209 ในปัจจุบันท่านต้องการให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่บุคคลอื่น ใช่หรือไม่ ( การให้เงินเพื่อตอบแทนบุญคุณโดยผู้รับไม่ได้ร้องขอหรือไม่จำเป็นต้องดำรงชีพด้วยเงินนั้นไม่ถือว่าเป็นภาวะ)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่</p>   |   |

| หมวดที่ Q3000 สถานะสุขภาพ  |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Q3100 สุขภาพโดยรวม   |                          |                          |                          |                          |                          |
| Q3101 โดยทั่วไปท่านประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมในวันนี้ของท่าน ให้อยู่ในระดับใด ขอให้ท่านพิจารณาทั้งภาวะสุขภาพร่างกาย และภาวะสุขภาพจิตใจ  |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>   | 1. ดีมาก                 | <input type="checkbox"/> | 2. ดี                    | <input type="checkbox"/> | 3. ปานกลาง               |
| <input type="checkbox"/>   | 4. ไม่ดี                 | <input type="checkbox"/> | 5. ไม่ดีเลย              |                          |                          |
| Q3102 โดยรวมแล้วในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านคิดว่าท่านมีความยากลำบากแค่ไหน ในการทำงานหรือกิจกรรมในบ้าน  |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>   | 1. ไม่มีปัญหา            | <input type="checkbox"/> | 2. มีปัญหาเล็กน้อย       | <input type="checkbox"/> | 3. มีปัญหาปานกลาง        |
| <input type="checkbox"/>   | 4. มีปัญหาค่อนข้างมาก    | <input type="checkbox"/> | 5. ไม่ดี / ทำไม่ได้เลย   |                          |                          |
| <p>คำถามต่อไปนี้เป็นกรทบทวนการทำหน้าที่ด้านต่างๆของร่างกาย ขอให้ท่านพิจารณาภาวะร่างกายของท่านเฉพาะในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ทั้งวันที่ดีและวันที่ไม่ดี คำถามเกี่ยวกับความยากลำบาก ในที่นี้ หมายถึงการต้องใช้ความพยายามมากขึ้นเพื่อทำกิจวัตรปกติหรือมีความไม่สุขสบาย มีความเจ็บปวด มีความเชื่องช้ามากขึ้นในขณะที่ทำกิจวัตรปกติ หรือมีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในการทำกิจวัตรปกติของท่าน ให้ผู้ตอบ ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองตามเงื่อนไขสุขภาพจริงไม่ใช่ประเมินจากความรู้สึก และให้เลือกคำตอบเพียงข้อใดข้อหนึ่งจากค่าคะแนนที่มีค่าตั้งแต่ 1 คะแนน ถึง 5 คะแนน ซึ่งแต่ละคะแนนมีความหมายดังต่อไปนี้</p> <p>1 = ไม่มีความยากลำบาก      2 = มีความยากลำบากเล็กน้อย      3 = มีความยากลำบากปานกลาง</p> <p>4 = มีความยากลำบากรุนแรงมาก      5 = มีความยากลำบากรุนแรงที่สุด/ไม่สามารถทำได้เลย</p> |                          |                          |                          |                          |                          |
| <p>ให้ท่านเครื่องหมาย X ลงใน <input type="checkbox"/> บนตัวเลขที่แสดงความรู้สึกยากลำบากของผู้ตอบสัมภาษณ์</p>   |                          |                          |                          |                          |                          |
| Q3200 การเคลื่อนไหว  |                          |                          |                          |                          |                          |
|  | ไม่ลำบาก                 | ลำบากเล็กน้อย            | ลำบากปานกลาง             | ลำบากมาก                 | ลำบากมากที่สุด           |
|  | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
| Q3201 ในการเคลื่อนไหวไปมาในบ้าน (ภายในห้อง ระหว่างห้อง ระหว่างชั้น) ในระดับใด (ความยากลำบากนี้หมายถึงการต้องมีคนช่วยเหลือหรือมีเครื่องช่วยในการเคลื่อนไหว)   |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q3202 ในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้กำลัง เช่น วิ่ง/ ปั่นจักรยานเร็วๆ ในระยะทาง  |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Q3300 การดูแลตนเอง   |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| โดยรวมแล้วในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีความยากลำบาก  | ไม่ลำบาก<br>1            | ลำบากเล็กน้อย<br>2       | ลำบากปานกลาง<br>3        | ลำบากมาก<br>4            | ลำบากมากที่สุด<br>5      |
| Q3301 ในการดูแลตนเอง เช่น อาบน้ำหรือสวมเสื้อผ้า (การไปเอาเสื้อผ้าจากตู้ การคิด กระจุก การผูกเงื่อน) ในระดับใด ถ้าหากตอบว่าไม่ได้อาบน้ำเลยใน 30 วันที่ผ่านมา สาเหตุเพราะมีปัญหาทางร่างกายทำให้อาบน้ำเองไม่ได้ให้ตอบ “5”   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q3302 ในการดูแลความเป็นระเบียบเรียบร้อยของตัวเอง (หวีผม แต่งตัว แต่งหน้า) ในระดับใด  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q3400 ความเจ็บปวดและ/หรือ ความไม่สบาย  |                          |                          |                          |                          |                          |
| โดยรวมแล้วในช่วง 30 วันที่ผ่านมา   | ไม่เจ็บปวด/สบายดี<br>1   | มีเล็กน้อย<br>2          | มีปานกลาง<br>3           | รุนแรงมาก<br>4           | รุนแรงที่สุด<br>5        |
| Q3401 โดยรวมแล้ว ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีอาการ เจ็บปวดของร่างกายในระดับใด หมายถึงทั้งอาการปวดที่เกิดขึ้นระยะสั้นหรือที่ปวดเป็นเวลา ซึ่งการเจ็บปวดนี้รบกวนหรือเป็นอุปสรรคต่อการประกอบกิจวัตรประจำวันของท่าน  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q3402 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมี ความไม่สบายกาย ในระดับใด   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q3500 การมีสมาธิ   |                          |                          |                          |                          |                          |
| โดยรวมแล้วในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีความยากลำบาก  | ไม่ลำบาก<br>1            | ลำบากเล็กน้อย<br>2       | ลำบากปานกลาง<br>3        | ลำบากมาก<br>4            | ลำบากมากที่สุด<br>5      |
| Q3501 โดยรวมแล้วในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีความยากลำบากในการมีสมาธิ หรือการจดจำสิ่งต่างๆในระดับใด (ตัวอย่างเช่นการมีสมาธิในระหว่างทำงาน อ่าน หนังสือ วาดภาพ ฟัง เล่นดนตรี ประกอบชิ้นส่วนเครื่องมือต่างๆในสถานการณ์ปกติที่ไม่มีเสียงอึกทึกคึกโครม ส่วนการจดจำสิ่งต่างๆหมายถึง การไม่ลืมทำกิจกรรมที่ต้องทำในชีวิตประจำวัน เช่น การนัดหมาย การจ่ายค่าโทรศัพท์ การไปซื้อของ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q3502 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีความยากลำบากในการเรียนรู้งานชนิดใหม่ในระดับใด (ตัวอย่างเช่นเรียนรู้เส้นทางไปสถานที่ที่ไม่เคยไป วิธีเล่นเกมสัจชนิดใหม่ การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ วิธีการทำอาหารชนิดใหม่ หรือทักษะใหม่ๆอื่นๆที่ได้เรียนรู้ในชีวิตประจำวัน)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Q3600 สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น   |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| โดยรวมแล้วในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีความยากลำบาก  | ไม่ลำบาก                 | ลำบากเล็กน้อย            | ลำบากปานกลาง             | ลำบากมาก                 | ลำบากมากที่สุด           |
|  | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
| Q3601 โดยรวมแล้ว ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีความยากลำบากในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับคนอื่นหรือการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในระดับใด (สัมพันธภาพหมายถึง สัมพันธภาพกับสามี/ภรรยา/คนรัก/ญาติ/เพื่อน ส่วนกิจกรรมทางสังคมหมายถึง การร่วมทำกิจกรรมกับบุคคลอื่นเช่นกับเพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน อาจเป็นกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ กิจกรรมทางศาสนา หรือกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ เพื่อชุมชน เป็นต้น) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q3602 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีความยากลำบากในการจัดการกับความขัดแย้งและความตึงเครียด ที่เกิดขึ้นระหว่างท่านกับคนอื่น ในระดับใด   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q3700 การนอนหลับ / ความกระปรี้กระเปร่า   |                          |                          |                          |                          |                          |
| โดยรวมแล้วในช่วง 30 วันที่ผ่านมา   | ไม่มีปัญหา               | มีเล็กน้อย               | มีปานกลาง                | รุนแรงมาก                | รุนแรงที่สุด             |
|  | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
| Q3701 โดยรวมแล้วในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ เช่น หลับยาก ตื่นบ่อยตอนกลางคืน หรือตื่นเช้าเกินไปในระดับใด  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q3702 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาอันเนื่องมาจากความรู้สึกว่าพักผ่อนไม่เพียงพอและรู้สึกไม่สดชื่นในตอนกลางวัน ในระดับใด (ปัญหาในที่นี้หมายถึงพลังและความกระปรี้กระเปร่าที่ลดลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน เช่น ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ลุล่วงหรือไม่สามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q3800 อารมณ์   |                          |                          |                          |                          |                          |
| โดยรวมแล้ว ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา  | ไม่มีปัญหา               | มีเล็กน้อย               | มีปานกลาง                | รุนแรงมาก                | รุนแรงที่สุด             |
|  | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
| Q3801 ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับความรู้สึกเศร้าหมอง รู้สึกแย่หรือรู้สึกซึมเศร้า ในระดับใด (ปัญหาในที่นี้หมายถึง การที่ไม่สามารถปฏิบัติภารกิจปกติได้อันเนื่องมาจากมีความรู้สึกดังกล่าว)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q3802 ท่านมีปัญหาอันเนื่องมาจากความกลัดกลุ้มหรือความวิตกกังวลในระดับใด (คำถามนี้ต้องการทราบถึงภาวะอารมณ์ด้านลบของท่านเช่น ความรู้สึกแย่ วิตกกังวลและตึงเครียด โดยที่ท่านไม่สามารถปล่อยวางจิตใจในทางตรงข้ามกับเฝ้าครุ่นคิดแต่ในเรื่องที่ไม่จำเป็นต้องคิด)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Q3900 การมองเห็น  |                          |                                    |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| คำถามข้อนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงความยากลำบากเกี่ยวกับการมองเห็นของบุคคลที่รายงานด้วยตัวเอง ไม่ใช่เป็นการวินิจฉัยของพนักงานสัมภาษณ์หรือนักวิจัย   |                          |                                    |                          |                          |                          |
| Q3901 ท่านใส่แว่นตาหรือคอนแทคเลนส์ในการมองระยะไกลหรือไม่ (เช่น มองไปอีกฟากหนึ่งของถนน)  |                          |                                    |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> 1. ใช่   |                          | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ |                          |                          |                          |
| Q3902 ท่านใส่แว่นตาหรือคอนแทคเลนส์ในการมองระยะใกล้หรือไม่ (เช่น การอ่านหนังสือ ระยะห่างประมาณ 1 ช่วงแขน)  |                          |                                    |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> 1. ใช่   |                          | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ |                          |                          |                          |
| ในการตอบข้อ Q3903 และ Q3904 ให้ท่านนึกถึงความสามารถในการมองเห็นของท่านในสภาพอากาศหรือสภาพแวดล้อมปกติ ไม่ใช่สภาพอากาศที่มีหมอกลงจัด มีฝนตกหนักหรือมีพายุ ซึ่งอาจบดบังการมองเห็นของท่าน สำหรับท่านที่ใส่แว่นสายตาหรือคอนแทคเลนส์ ให้ท่านรายงานความสามารถในการมองเห็นขณะที่ใส่แว่นสายตาหรือคอนแทคเลนส์อยู่ | ไม่ลำบาก                 | ลำบากเล็กน้อย                      | ลำบากปานกลาง             | ลำบากมาก                 | ลำบากมากที่สุด           |
|   | 1                        | 2                                  | 3                        | 4                        | 5                        |
| Q3903 โดยรวมแล้วในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีความยากลำบากในการมองเห็นและการจำหน้าคนที่รู้จักซึ่งอยู่อีกฟากหนึ่งของถนน (หรือในระยะห่างประมาณ 20 เมตร) ในระดับใด  |                          |                                    |                          |                          |                          |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q3904 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีความยากลำบากในการมองเห็นและการให้รายละเอียดสิ่งของซึ่งวางอยู่ในระยะห่างประมาณหนึ่งช่วงแขน หรือระยะอ่านหนังสือ  |                          |                                    |                          |                          |                          |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| หมวดที่ Q4000 คุณภาพชีวิต   |                          |   |                          |                                     |                          |
|---|--------------------------|---|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| ต่อไป (ผม/ดิฉัน) จะขอสอบถามเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆในชีวิตของท่าน และความรู้สึกเกี่ยวกับสุขภาพและคุณภาพชีวิต |                          |   |                          |                                     |                          |
| Q4001 ท่านมีพลังงานเพียงพอในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือไม่   |                          |   |                          |                                     |                          |
| <input type="checkbox"/> 1. ได้สมบูรณ์  |                          | <input type="checkbox"/> 2. ได้ส่วนใหญ่ |                          | <input type="checkbox"/> 3. ปานกลาง |                          |
|   |                          | <input type="checkbox"/> 4. เล็กน้อย    |                          | <input type="checkbox"/> 5. ไม่เลย  |                          |
| Q4002 ท่านมีเงินใช้จ่ายเพียงพอที่สนองตามความต้องการหรือไม่  |                          |   |                          |                                     |                          |
| <input type="checkbox"/> 1. ได้สมบูรณ์  |                          | <input type="checkbox"/> 2. ได้ส่วนใหญ่ |                          | <input type="checkbox"/> 3. ปานกลาง |                          |
|   |                          | <input type="checkbox"/> 4. เล็กน้อย    |                          | <input type="checkbox"/> 5. ไม่เลย  |                          |
| กรุณาตอบถึงความพึงพอใจในหัวข้อต่อไปนี้ (แผนภาพที่ 3 หน้า 5)   |                          |   |                          |                                     |                          |
| ท่านมีความพึงพอใจในสิ่งต่อไปนี้หรือไม่  | พอใจมาก (1)              | พอใจ (2)                                | เฉยๆ (3)                 | ไม่พอใจ (4)                         | ไม่พอใจมาก(5)            |
| Q4003 สุขภาพของท่าน   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Q4004 ตัวท่านเอง (ความภูมิใจ พพอใจในตนเอง)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Q4005 ความสามารถของท่านในการประกอบกิจวัตรประจำวัน   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Q4006 ความสัมพันธ์ส่วนตัวของท่านกับผู้ใกล้ชิด   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |

| ท่านมีความพึงพอใจในสิ่งต่อไปนี้อย่างไร   | พอใจมาก<br>(1)                            | พอใจ<br>(2)                                | เฉยๆ<br>(3)  | ไม่พอใจ<br>(4)                           | ไม่พอใจมาก(5)   |                                     |
|--|---|--|--|--|---|-------------------------------------|
| Q4007 สภาพที่พึงอาศัยของท่าน   | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>                                       | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>  |                                     |
| Q4008 ท่านมีความพอใจในชีวิตของท่านโดยรวม<br>ทุกวันนี้มากแค่ไหน   | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>                                       | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>  |                                     |
| Q4009 บ่อยแค่ไหน ที่ท่านมีความรู้สึกที่ <b>ไม่สามารถควบคุม</b> เหตุการณ์สำคัญ สิ่งสำคัญในชีวิต (เช่น การเลือกงาน การเลือกคู่ครอง ฯลฯ)ท่านได้ <i>อ่านตัวเลือก</i> | <input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยเลย     | <input type="checkbox"/> 2. แทบจะไม่เคยเลย | <input type="checkbox"/> 3. บางครั้ง                           | <input type="checkbox"/> 4. บ่อยครั้ง    | <input type="checkbox"/> 5. บ่อยมากๆ                            |                                     |
| Q4010 บ่อยแค่ไหน ที่ท่านพบว่า ตนเอง <b>ไม่สามารถรับมือ</b> หรือจัดการกับทุกสิ่งต่างๆที่ท่านต้องเผชิญ <i>อ่านตัวเลือก</i>   | <input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยเลย     | <input type="checkbox"/> 2. แทบจะไม่เคยเลย | <input type="checkbox"/> 3. บางครั้ง                           | <input type="checkbox"/> 4. บ่อยครั้ง    | <input type="checkbox"/> 5. บ่อยมากๆ                            |                                     |
| Q4011 ท่านจัดอันดับคุณภาพชีวิตของท่านโดยรวมว่าอยู่ในระดับใด <i>อ่านตัวเลือก</i>  | <input type="checkbox"/> 1. ดีมาก         | <input type="checkbox"/> 2. ดี             | <input type="checkbox"/> 3. ปานกลาง                            | <input type="checkbox"/> 4. แย่          | <input type="checkbox"/> 5. แย่มาก                              | <input type="checkbox"/> 6. ไม่ทราบ |
| Q4012 เมื่อพิจารณาทุกๆเรื่องโดยรวม ทุกวันนี้ท่านจะบอกว่า ตัวเองเป็นอย่างไร <i>อ่านตัวเลือก</i>   | <input type="checkbox"/> 1. มีความสุขมากๆ | <input type="checkbox"/> 2. มีความสุข      | <input type="checkbox"/> 3. สุขบ้าง ทุกข์บ้าง(ไม่สุข ไม่ทุกข์) | <input type="checkbox"/> 4. ไม่มีความสุข | <input type="checkbox"/> 5. ไม่มีมีความสุขอย่างยิ่ง มีความทุกข์ | <input type="checkbox"/> 6. ไม่ทราบ |

| Q5200 สุขภาพจิต   |                          |                                  |
|---|--------------------------|----------------------------------|
| ภาวะซึมเศร้า  |                          |                                  |
|   | ใช่                      | ไม่ใช่                           |
| Q5201 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → Q5203 |
| Q5202 ในปัจจุบันนี้ท่านป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → Q5203 |
| Q5202a ท่านได้กินยาหรือรับการรักษารักษาอื่น เพื่อรักษาภาวะซึมเศร้า ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาหรือไม่                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
| Q5202b ท่านได้กินยาหรือรับการรักษารักษาอื่น เพื่อรักษาภาวะซึมเศร้า ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
| Q5203 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เคยมีช่วงเวลาหลายวันที่ท่านรู้สึก เศร้า ว่างเปล่า หรือซึมเศร้าหรือไม่                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
| Q5204 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เคยมีช่วงเวลาหลายวันที่ท่านรู้สึก "ไม่สนใจอะไร" ในสิ่งที่เคยชอบ เช่น งาน งานอดิเรก ความสัมพันธ์กับคนสนิท | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
| Q5205 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เคยมีช่วงเวลาหลายวันที่ท่านรู้สึก พลังในร่างกายลดลง หรือรู้สึกเหนื่อย เบื่อ ตลอดเวลา                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
| ถ้าตอบ Q5203 และ Q5204 และ Q5205 ทุกข้อว่าไม่ใช่ ข้ามไปข้อ → Q6000  |                          |                                  |
| กรณีข้อ Q5203, Q5204 หรือ Q5205 ข้อใดข้อหนึ่งตอบว่าใช่ ให้ถามต่อข้อ Q5206   |                          |                                  |

|  | ใช่                      | ไม่ใช่                   |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Q5206 ท่านมีช่วงเวลาที่มีความรู้สึก (เศร้า/ ไม่สนใจอะไร หรือ พลังในร่างกายลดลง) เป็นเวลานานกว่า 2 สัปดาห์หรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q5207 ท่านมีช่วงเวลาที่มีความรู้สึก (เศร้า/ ไม่สนใจอะไร หรือ พลังในร่างกายลดลง) เป็นทุกวันหรือเกือบทุกวันหรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q5208 ช่วงเวลาที่เป็นนั้น ท่านรู้สึก เบื่ออาหารหรือไม่   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q5209 ในช่วงเวลาดังกล่าวท่านรู้สึกว่าตนเองความคิดอ่าน ช้าลงหรือไม่   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q5210 ในช่วงเวลาดังกล่าวท่านรู้สึก มีสมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังคนอื่นพูด ทำงาน ฟังวิทยุ            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q5211 ในช่วงเวลาดังกล่าวท่านสังเกตว่าตนเอง มีความเคลื่อนไหว ช้าลงหรือไม่   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q5212 ในช่วงเวลาดังกล่าว (ช่วงเวลาที่ซึมเศร้า) รู้สึก มีความกังวลมาก เกือบทุกวันหรือไม่                          | ใช่                      | ไม่ใช่                   |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q5213 ในช่วงเวลาดังกล่าวรู้สึก กระสับกระส่าย เดินไปมา ไม่สามารถอยู่นิ่งกับที่                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q5214 ในช่วงเวลาดังกล่าว รู้สึกตำหนิตนเอง หรือขาดความมั่นใจในตนเอง   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q5215 ในช่วงเวลาดังกล่าวท่านรู้สึกว่า สิ้นหวัง ไม่สามารถทำให้ดีขึ้นได้   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q5216 ในช่วงเวลาดังกล่าว ความสนใจทางเพศ ลดลง   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q5217 ท่านเคยคิดอยากตาย หรือไม่  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q5218 ในช่วงเวลาดังกล่าว ท่านเคยพยายามสิ้นสุดชีวิตตนเองหรือไม่   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| หมวดที่ Q6000 โรคเรื้อรัง   |  |
|---|--|
| ความดันเลือดสูง   |  |
| Q6001 ท่านได้รับการวัดความดันเลือด โดยบุคลากรสาธารณสุข/ แพทย์ ครั้งสุดท้ายเมื่อใด                 |  |
| <input type="checkbox"/> 1. ในช่วง 12 เดือน   | <input type="checkbox"/> 2. ระหว่าง 1-5 ปี     |
| <input type="checkbox"/> 3. มากกว่า 5 ปี  | <input type="checkbox"/> 4. ไม่เคยได้รับการวัด |
| Q6002 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าวจากบุคลากรสาธารณสุข/ แพทย์ ว่าท่านเป็นโรคความดันเลือดสูง ใช่หรือไม่ |  |
| <input type="checkbox"/> 1. ใช่   | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q6007     |
| Q6003 ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับการรักษาโรคความดันเลือดสูงจากบุคลากรสาธารณสุข/ แพทย์ หรือไม่ |  |
| <input type="checkbox"/> 1. ได้รับ  | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ได้รับ          |

|   |   |                                    |
|---|---|------------------------------------|
| Q6004 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้รับยารักษาโรคความดันเลือดสูง ใช่หรือไม่  | ใช่<br><input type="checkbox"/>   | ไม่ใช่<br><input type="checkbox"/> |
| Q6005 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านกินยานั้นสม่ำเสมอหรือไม่  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>           |
| Q6006 ท่านรักษาโรคความดันเลือดสูงด้วยยาลดความดันเลือดมานานเท่าไร?<br>.....ปี.....เดือน  | ปี / เดือน<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                                    |
| <b>เบาหวาน</b>  |   |                                    |
| Q6007 ท่านได้รับการตรวจน้ำตาลในเลือดเพื่อตรวจเบาหวาน โดยบุคลากรสาธารณสุข/ แพทย์ ครั้งสุดท้ายเมื่อใด<br><input type="checkbox"/> 1. ในช่วง 12 เดือน <input type="checkbox"/> 2. ระหว่าง 1-5 ปี<br><input type="checkbox"/> 3. มากกว่า 5 ปี <input type="checkbox"/> 4. ไม่เคยได้รับการตรวจ |   |                                    |
| Q6008 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าวจากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ ว่าท่านเป็นโรคเบาหวานใช่หรือไม่<br><input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q6015   |   |                                    |
| Q6009 ท่านทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานเมื่ออายุเท่าไร?.....ปี   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ปี  |                                    |
| Q6010 ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับยารักษาโรคเบาหวานจากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ หรือไม่<br><input type="checkbox"/> 1. ได้รับ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ได้รับ   |   |                                    |
| Q6011 ท่านรักษาโรคเบาหวานด้วยยาแผนปัจจุบันมานานกี่ปีแล้ว?.....ปี  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ปี  |                                    |
| Q6012 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้รักษาโรคเบาหวานโดยการฉีดยา Insulin หรือไม่   | ใช่<br><input type="checkbox"/>   | ไม่ใช่<br><input type="checkbox"/> |
| Q6013 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้กินยาโรคเบาหวาน หรือไม่  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>           |
| Q6014 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้รักษาเบาหวานสม่ำเสมอหรือไม่  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>           |
| <b>ไขมันในเลือดสูง</b>  |   |                                    |
| Q6015 ท่านได้รับการตรวจวัดระดับไขมันในเลือด โดยบุคลากรสาธารณสุข/ แพทย์ ครั้งสุดท้ายเมื่อใด<br><input type="checkbox"/> 1. ในช่วง 12 เดือน <input type="checkbox"/> 2. ระหว่าง 1-5 ปี<br><input type="checkbox"/> 3. มากกว่า 5 ปี <input type="checkbox"/> 4. ไม่เคยได้รับการตรวจ          |   |                                    |
| Q6016 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าวจาก บุคลากรทางด้านสาธารณสุข/ แพทย์ ว่าท่านมีปัญหาเกี่ยวกับระดับไขมันในเลือดใช่หรือไม่ (ไขมันตัวใดตัวหนึ่ง)<br><input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q6018  |   |                                    |
| Q6017 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านกินยาเพื่อรักษาระดับไขมันในเลือด หรือไม่<br><input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่   |   |                                    |



| Q6025 สำหรับผู้ที่ตอบว่าเคยในข้อ Q6023 อาการของท่านคือ   |   |  |                          |  |                          |
|--|---|--|--------------------------|--|--------------------------|
|  | เป็นเมื่อกี่ปี<br>มาแล้ว                          | มีอาการนานกี่วัน   |                          | ขณะนี้ยังเป็นอยู่หรือไม่   |                          |
|  |   | ≤ 1 วัน  | > 1 วัน                  | เป็น   | ไม่เป็น                  |
| <input type="checkbox"/> Q6025a แขน และ/หรือ ขา ข้างหนึ่งอ่อนแรง   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Q6025b ขา ไม่รู้สึกด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Q6025c พุดไม่ชัด หรือพุดไม่ได้  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Q6025d ตามอดข้างใดข้างหนึ่ง   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Q6025e อาการอื่นๆ ระบุ.....   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Q6026 อาการของท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น (ถ้าเคยเป็นหลายครั้งให้ตอบครั้งที่รุนแรงที่สุด)   |   |  |                          |  |                          |
| <input type="checkbox"/> 1. เส้นเลือดในสมองตีบ / ตัน <input type="checkbox"/> 2. เส้นเลือดในสมองแตก <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ/ ไม่ได้พบแพทย์ |   |  |                          |  |                          |
| <b>โรคหลอดเลือดสมอง/ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง</b>  |   |  |                          |  |                          |
| Q6027 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าวจากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ว่าตนเองเป็น โรคหลอดเลือดสมอง/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใช่หรือไม่                                     |   |  |                          |  |                          |
| <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q6031   |   |  |                          |  |                          |
| Q6028 ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเมื่ออายุเท่าไร.....ปี   |   |  |                          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ปี               |                          |
| ท่านเคยได้รับการรักษาโรคดังกล่าว   | ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา                         |  | ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา |  |                          |
| ด้วยยาเหล่านี้หรือไม่  |   |  |                          |  |                          |
| ยาากิน   | Q6029a  | <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ | Q6029b                   | <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ |                          |
| ยาฟันทางปาก  | Q6030a  | <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ | Q6030b                   | <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ |                          |
| <b>โรคข้อเสื่อม</b>  |   |  |                          |  |                          |
| Q6031 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าวโดยแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเสื่อม ข้ออักเสบ ไขข้ออักเสบ ดังต่อไปนี้ใช่หรือไม่ (ตอบทุกข้อ)                                      |   |  | ใช่                      | ไม่ใช่   |                          |
| Q6031a เข่า  |   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |                          |
| Q6031b มือ/ ข้อนิ้วมือ   |   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |                          |
| Q6031c ข้อกระดูกสันหลัง  |   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |                          |
| Q6031d อื่นๆ ระบุ.....   |   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |                          |

|   |  |  |
|---|--|--|
| Q6032 ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการฝืด ดิ่ง ชัดที่ข้อ หรือเคลื่อนไหวข้อลำบากในกรณีเหล่านี้ใช่หรือไม่   |  |  |
| Q6032a หลังตื่นนอนใหม่ๆ (เป็นเวลาประมาณ 30 นาที)  | <input type="checkbox"/> 1. ใช่            | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่       |
| Q6032b เมื่อเวลาเคลื่อนไหวหลังจากอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ  | <input type="checkbox"/> 1. ใช่            | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่       |
| <b>โรคเกาต์ (Gout)</b>  |  |  |
| Q6033 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเกาต์ ใช่หรือไม่  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 1. ใช่   | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่         |  |
| <b>นิ่วในทางเดินปัสสาวะ</b>   |  |  |
| Q6034 ท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นนิ่วในทางเดินปัสสาวะ ใช่หรือไม่   |  |  |
| <input type="checkbox"/> 1. ใช่   | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่         |  |
| <b>โรคไตเรื้อรัง (โรคไตวายเรื้อรัง)</b>   |  |  |
| Q6035 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ใช่หรือไม่   |  |  |
| <input type="checkbox"/> 1. ใช่   | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q6037 |  |
| Q6036 ท่านเคยได้รับการรักษาด้วยวิธีใด   |  |  |
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้รักษา   | <input type="checkbox"/> 2. กินยา          | <input type="checkbox"/> 3. ฟอกไตทางท้อง |
|   |  | <input type="checkbox"/> 4. ฟอกเลือด     |
| <b>โรคโลหิตจาง โรคเลือดจางหรือโรคซิด</b>  |  |  |
| Q6037 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบอกกล่าวจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข/แพทย์ ว่าตนเองเป็น โรคโลหิตจาง โรคเลือดจาง หรือ โรคซิด (Anemia) ใช่หรือไม่ |  |  |
| <input type="checkbox"/> 1. ใช่   | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q6039 |  |
| Q6038 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับการรักษาโรคโลหิตจาง โรคเลือดจาง หรือโรคซิด (Anemia) ใช่หรือไม่  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 1. ใช่   | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่         |  |
| <b>โรคธาลัสซีเมีย</b>   |  |  |
| Q6039 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าวจากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ ว่าเป็นโรคธาลัสซีเมียหรือไม่  | ใช่  | ไม่ใช่                                   |
|   | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> → Q6042         |
| Q6040 ท่านเคยได้รับการรักษาโดยการตัดม้ามหรือไม่   | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>                 |
| Q6041 ท่านเคยได้รับการรักษาโดยการเติมเลือดเป็นประจำหรือไม่  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>                 |
| <b>โรคหอบหืด (Asthma)</b>   |  |  |
| Q6042 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากบุคลากรสาธารณสุข /แพทย์ว่าเป็นโรคหอบหืด หรือไม่?   |  |  |
| <input type="checkbox"/> 1. ใช่   | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q7000 |  |

|   |   |   |
|---|---|---|
| Q6043 ท่านเคยได้รับการรักษาอาการ<br>หอบหืดด้วยยาเหล่านี้หรือไม่ | ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา   | ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา  |
| ยาเกิน  | Q6043a <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ | Q6043b <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ |
| ยาพ่นทางปาก   | Q6043c <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ | Q6043d <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ |

|  |   |
|--|---|
| <b>Q7000 พฤติกรรมสุขภาพ / พฤติกรรมเสี่ยง</b>   |   |
| <b>Q7100 กิจกรรมทางกาย</b>   |   |
| กิจกรรมการทำงาน ให้อ่านข้อความทีละข้อและให้ผู้ตอบสัมภาษณ์ดูแผ่นภาพตามเลขที่ในแต่ละข้อต่อไปนี้เป็นคำถาม<br>เกี่ยวกับการทำงานของท่าน ให้อ่านพิจารณาทั้งงานที่ก่อให้เกิดรายได้และไม่เกิดรายได้  |   |
| Q7101 การทำงานของท่านโดยปกติต้องออกแรงอย่างหนัก ทำให้หายใจแรงขึ้น หรือหัวใจเต้นเร็วขึ้นมาก เป็นเวลาดังแต่<br>10 นาที ขึ้นไปในแต่ละครั้ง เช่น การยกของหนัก งานก่อสร้าง งานขุดดิน การทำนา ทำสวน ทำไร่ เป็นต้น ใช่หรือไม่<br>ให้ผู้ตอบสัมภาษณ์ ดู แผ่นภาพที่ 4 กิจกรรมทางกายที่ต้องออกแรงอย่างหนัก หน้า 6<br><input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q7104                   |   |
| Q7102 ในสัปดาห์ปกติท่านมีกิจกรรมที่ต้องออกแรงอย่างหนักซึ่งเป็นส่วนหนึ่ง<br>ของการทำงาน กี่วันต่อสัปดาห์.....วันต่อสัปดาห์  | <input type="checkbox"/> วันต่อสัปดาห์  |
| Q7103 ในวันปกติเมื่อท่านมีกิจกรรมที่ต้องออกแรงอย่างหนัก ท่านใช้เวลาในการ<br>ทำงานดังกล่าวนั้นเป็นเวลานานเท่าใดในแต่ละวัน.....ชั่วโมง.....นาที  | ชั่วโมง : นาที<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q7104 การทำงานของท่านโดยปกติต้องออกแรงปานกลาง ทำให้หายใจแรงขึ้นหรือ<br>หัวใจเต้นเร็วขึ้นปานกลาง เป็นเวลาดังแต่ 10 นาที ขึ้นไปในแต่ละครั้ง เช่น การเดินทางไปมาในที่ทำงาน หรือร้านค้า<br>ทำงานบ้าน ทำครัว หรือถือของเบาๆ เป็นต้น ใช่หรือไม่ ให้ผู้ตอบสัมภาษณ์ ดู แผ่นภาพที่ 5 กิจกรรมทางกายที่ต้อง<br>ออกแรงปานกลาง หน้า 7<br><input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q7107 |   |
| Q7105 ในสัปดาห์ปกติท่านมีกิจกรรมที่ต้องออกแรงปานกลางซึ่งเป็นส่วนหนึ่ง<br>ของการทำงาน กี่วันต่อสัปดาห์.....วันต่อสัปดาห์  | <input type="checkbox"/> วันต่อสัปดาห์  |
| Q7106 ในวันปกติเมื่อท่านมีกิจกรรมที่ต้องออกแรงปานกลาง ท่านใช้เวลาใน<br>การทำงานดังกล่าวนั้นเป็นเวลานานเท่าใดในแต่ละวัน.....ชั่วโมง.....นาที  | ชั่วโมง : นาที<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| กิจกรรมการเดินทาง ต่อไปนี้เป็นคำถามที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน แต่เกี่ยวกับการเดินทางของท่าน เช่น การเดินทางไปทำงาน<br>การไปซื้อของ การไปจ่ายตลาด ไปวัด เป็นต้น  |   |

|  |  |
|--|--|
| <p>Q7107 ในการเดินทางจากสถานที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่ง ท่านเดินหรือขี่จักรยานเป็นเวลาตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง ไข้หรือไม่ (ไม่นับการเดินทางโดยการขับรถยนต์ นั่งรถยนต์ หรือยานพาหนะอื่น)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q7110</p>   |  |
| <p>Q7108 ในสัปดาห์ปกติ ท่านเดินทางไปยังที่ต่างๆ โดยการเดินหรือขี่จักรยานเป็นเวลาตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไปในแต่ละครั้ง เป็นจำนวนกี่วันต่อสัปดาห์ .....</p>  | <p><input type="checkbox"/> วันต่อสัปดาห์</p>  |
| <p>Q7109 ในวันปกติ ท่านเดินทางไปยังที่ต่างๆ โดยการเดินหรือขี่จักรยานเป็นเวลาานเท่าใดในแต่ละวัน.....ชั่วโมง.....นาที</p>  | <p>ชั่วโมง : นาที</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/></p> |
| <p><b>กิจกรรมยามว่าง เล่นกีฬา</b> ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมเวลาว่างจากการทำงานของท่าน การเล่นกีฬา การเข้าสถานที่ออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน และการเดินทาง</p>   |  |
| <p>Q7110 โดยปกติในเวลาว่างจากการทำงาน ท่านมีกิจกรรมเล่นกีฬา การออกกำลังกาย หรือกิจกรรมยามว่าง อย่างหนักจนทำให้หายใจแรงขึ้นหรือหัวใจเต้นเร็วขึ้นมาก เป็นเวลาตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไปในแต่ละครั้งเช่น เดินแอโรบิค วิ่ง เล่นกีฬาอย่างหนัก เล่นฟุตบอล ไข้หรือไม่ ให้ผู้ตอบสัมภาษณ์ดู <b>แผ่นภาพที่ 6 การออกกำลังกายอย่างหนัก หน้า 8</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q7113</p> |  |
| <p>Q7111 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q7110 ในสัปดาห์ปกติท่าน เล่นกีฬาออกกำลังกาย หรือกิจกรรมยามว่าง อย่างหนัก เป็นเวลาอย่างน้อย 10 นาที ขึ้นไปในแต่ละครั้ง เป็นจำนวนกี่วันต่อสัปดาห์ .....</p>  | <p><input type="checkbox"/> วันต่อสัปดาห์</p>  |
| <p>Q7112 ในวันปกติท่านเล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมยามว่าง อย่างหนัก เป็นเวลาอย่างน้อย 10 นาที ขึ้นไปในแต่ละครั้งดังกล่าวนี เป็นเวลานานเท่าใด ในแต่ละวัน.....ชั่วโมง.....นาที</p>   | <p>ชั่วโมง : นาที</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/></p> |
| <p>Q7113 โดยปกติในเวลาว่างจากการทำงาน ส่วนใหญ่ท่านมีกิจกรรม เล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมอย่างปานกลาง เป็นเวลาตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไปในแต่ละครั้ง เช่น เดินเร็ว ขี่จักรยาน เล่นวอลเลย์บอล วายน้ำ ไข้หรือไม่ ให้ผู้ตอบสัมภาษณ์ดู <b>แผ่นภาพที่ 7 การออกกำลังกายปานกลาง หน้า 9</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q7116</p>  |  |
| <p>Q7114 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q7113 ในสัปดาห์ปกติท่าน เล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรม อย่างปานกลาง เป็นเวลาอย่างน้อย 10 นาทีขึ้นไปในแต่ละครั้งเป็นจำนวนกี่วันต่อสัปดาห์..... วันต่อสัปดาห์</p>  | <p><input type="checkbox"/> วันต่อสัปดาห์</p>  |
| <p>Q7115 ในวันปกติท่าน เล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือกิจกรรมอย่างปานกลาง เป็นเวลาอย่างน้อย 10 นาทีขึ้นไป ในแต่ละครั้งดังกล่าวนี เป็นเวลานานเท่าใด ในแต่ละวัน.....ชั่วโมง.....นาที</p>   | <p>ชั่วโมง : นาที</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/></p> |

|  |   |
|--|---|
| ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการ <b>นั่งๆ นอนๆ เท่านั้น</b> ในรอบ 7 วันที่ผ่านมาในแต่ละวันที่ท่านใช้ชีวิตในการนั่ง เอนกาย ไม่ว่าจะ เป็นในที่ทำงาน ที่บ้าน ขณะนั่งรถ นั่งคุยกับเพื่อน พักผ่อน เช่นอ่านหนังสือ หรือดูโทรทัศน์ ยกเว้นเวลาที่ใช้นอนหลับ |   |
| Q7116 ในวันปกติ ท่านใช้เวลานั่งๆ นอนๆ หรือเอนกายสบายๆ  | ชั่วโมง : นาที  |
| รวมแล้วเป็นเวลาเท่าใดในแต่ละวัน.....ชั่วโมง.....นาที ต่อวัน  | <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> |

**Q7200 การสูบบุหรี่**

Q7201 ในตลอดช่วงชีวิต ท่านเคยสูบบุหรี่ หรือ ไปป์ หรือซิการ์ หรือใช้ยาสูบประเภทอื่น ๆ (ยาสูบที่ไม่มีควัน) ใช่หรือไม่

1. ใช่  2. ไม่ใช่ → Q7216

Q7202 ในตลอดช่วงชีวิต ท่านเคยสูบบุหรี่ หรือ ไปป์ หรือซิการ์ หรือใช้ยาสูบประเภทอื่น ๆ มากกว่า 100 มวน หรือ 100 ครั้ง ใช่หรือไม่

1. ใช่  2. ไม่ใช่ → Q7208

Q7203 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q7201-Q7202 ท่านเริ่มสูบบุหรี่หรือไปป์หรือซิการ์หรือ ใช้ยาสูบประเภทอื่นๆเมื่อท่านมีอายุเท่าไร.....ปี

ปี

**ยาสูรมีควัน บุหรี่ ไปป์ ซิการ์ หรือยาสูบประเภทอื่นๆ**

Q7204 ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านสูบบุหรี่ หรือ ไปป์ หรือซิการ์ หรือยาสูบประเภทอื่นๆ ใช่หรือไม่

1. ใช่  2. ไม่ใช่ → Q7208

Q7205 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q7204 ท่านสูบบุหรี่ หรือ ไปป์ หรือซิการ์ หรือยาสูบประเภทอื่นๆเป็นประจำทุกวัน ใช่หรือไม่

1. ใช่  2. ไม่ใช่ → Q7208

Q7206 ท่านสูบบุหรี่ หรือ ไปป์ หรือซิการ์ หรือยาสูบประเภทอื่นๆเป็นประจำทุกวัน

มาเป็นระยะเวลาเท่าไร.....ปี .....เดือน.....สัปดาห์

ปี                      เดือน                      สัปดาห์

                                           

**Q7207 โดยเฉลี่ยท่านสูบบุหรี่ หรือ ไปป์ หรือซิการ์ หรือยาสูบประเภทอื่นๆ เป็นปริมาณกี่มวนหรือกี่ครั้งต่อวัน (ตอบทุกข้อ)**

Q7207a บุหรี่ซอง จำนวนกี่มวนต่อวัน.....มวน/วัน

มวน/วัน

Q7207b บุหรี่มวนเอง จำนวนกี่มวนต่อวัน.....มวน/วัน

มวน/วัน

Q7207c อื่นๆระบุ.....(เช่น ไปป์ ซิการ์ ฯลฯ).....ครั้งหรือมวนต่อวัน

ครั้งหรือมวนต่อวัน

**ยาสูบที่ไม่มีควัน**

Q7208 ในปัจจุบันนี้ท่านใช้ยาสูบที่ไม่มีควัน เช่น ยาสูบ หมากผสมยาเส้น ใช่หรือไม่

1. ใช่  2. ไม่ใช่ → Q7211

|  |  |  |
|--|--|--|
| Q7209 ในปัจจุบันนี้ท่านใช้ยาสูบที่ไม่มีควัน เช่น ยาสูบ หมากผสมยาเส้น เป็นประจำทุกวัน ใช่หรือไม่                                |  |  |
| <input type="checkbox"/> 1. ใช่  | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q7211 |  |
| Q7210 โดยเฉลี่ยท่านใช้ยาสูบที่ไม่มีควัน เช่น ยาสูบ หมากผสมยาเส้น.....กี่ครั้งต่อวัน  |  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ครั้ง/วัน  |
| <b>การหยุดสูบบุหรี่</b>  |  |  |
| Q7211 สำหรับท่านที่เคยสูบบุหรี่ ปัจจุบันท่านหยุดสูบบุหรี่ หรือ ไปป์ หรือซิการ์ หรือยาสูบประเภทอื่น ใช่หรือไม่                  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 1. ใช่  | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q7214 |  |
| Q7212 ท่านหยุดสูบบุหรี่ หรือ ไปป์หรือซิการ์ หรือยาสูบประเภทอื่นๆเมื่อท่านอายุเท่าไร? .....ปี                                   |  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ปี   |
| Q7213 ท่านหยุดสูบบุหรี่ หรือ ไปป์ หรือซิการ์ รวมยาสูบที่ไม่มีควันมาเป็นระยะเวลา นานเท่าใด.....ปี.....เดือน.....สัปดาห์ → Q7216 |  | ปี      เดือน      สัปดาห์<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <b>การพยายามเลิกสูบบุหรี่</b>  |  |  |
| Q7214 สำหรับคนที่ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ ท่านเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่หรือไม่  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 1. เคย  | <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย → Q7216 |  |
| Q7215 ถ้าตอบว่าเคยในข้อ Q7214 สำหรับความพยายามครั้งสุดท้าย ท่านเลิกสูบบุหรี่โดยวิธีใด  |  | เคยใช้      ไม่เคยใช้  |
| Q7215a ใช้ยา หรือใช้สารนิโคตินทดแทน<br>สำหรับผู้ที่ไม่ใช้ยา  |  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |
| Q7215b รับบริการที่คลินิกกอดบุหรี่ในสถานพยาบาล   |  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |
| Q7215c ปรีกษาทางโทรศัพท์ สายปลอดบุหรี่   |  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |
| Q7215d ใช้การแพทย์ทางเลือก (ฝังเข็ม/ สมุนไพร)  |  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |
| Q7215e อื่นๆ ระบุ..... (เช่น เลิกเอง)  |  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>การได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่น (ถามทั้งคนที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่)</b>                               |  |   |
| Q7216 ใน 30 วันมานี้ ท่านเคยได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่นหรือไม่   |  |   |
| <input type="checkbox"/> 1. เคย   | <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย → Q7301 |   |
| Q7217 สำหรับผู้ที่ตอบว่าเคยในข้อ Q7216 ใน 30 วันที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับควันบุหรี่จากที่ใดบ้าง (ตอบทุกข้อ) |  | เคย      ไม่เคย                                   |
| Q7217a ที่บ้าน  |  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q7217b ที่ทำงาน   |  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q7217c ที่สาธารณะ เช่น ร้านอาหาร ผับ  |  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q7217d อื่นๆ ระบุ.....  |  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

### Q7300 การดื่มแอลกอฮอล์

คำถามต่อไปนี้จะเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ ไวน์ สเปย์ ไวน์คูลเลอร์ น้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์ เช่น บาร์คาคี เหล้า วิสกี้ เช่น แม่โขง แสงโสม ตราคำ ตรางาว บรันดี รีเจนซี่ เฮนเนสซี่ เหล้าจีน เชียงฮุน ยาดอง เหล้า กระแช่ อุ สาโท น้ำตาลเมา หรือ เครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์อื่นๆ ดังที่เห็นในภาพนี้ (ภาพประกอบ หน้า11-20)

Q7301 ท่านเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ้างหรือไม่ (ไม่นับการจิบหรือชิมเพียง 1-2 จิบเล็กๆ)

1. เคย

2. ไม่เคย → Q7401

Q7302 สำหรับผู้ที่ตอบว่าเคยในข้อ Q7301 ท่านเริ่มดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เมื่ออายุเท่าใด.....ปี



ปี

Q7303 ท่านเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทใด

ไม่รู้จำ

เคยดื่มในชีวิต

ดื่มใน 12 เดือน

ดื่มใน 30 วัน

ประเภทเครื่องดื่ม

ไม่เคย

เคย

ไม่เคย

เคย

ไม่เคย

เคย

Q7303a น้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์








Q7303b เบียร์








Q7303c ไวน์








Q7303d เหล้าแดง (Red label/ Black label)








Q7303e บรันดี








Q7303f เหล้าขาว








Q7303g ยาดองเหล้า








Q7303h เหล้าจีน/เชียงฮุน/เหมาไถ








Q7303i เหล้าพื้นบ้าน/ อุ/ กระแช่/สาโท








Q7303j อื่นๆ(ระบุ).....








Q7304 สำหรับผู้ที่ตอบข้อ Q7303 ว่าเคยดื่มในชีวิต แต่ไม่เคยดื่มในช่วง 12 เดือนและ 30 วันที่ผ่านมา ท่านเลิกดื่มแอลกอฮอล์เมื่ออายุเท่าไร (หยุดดื่มทุกชนิด)

อายุ .....(ปี) → Q7401

ปี

Q7305 กรุณาคิดถึงปริมาณการดื่ม ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ในแต่ละวันที่ท่านดื่ม ท่านมักดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างไร

1. ดื่มปริมาณพอๆกันทุกวันที่ดื่ม (ถามข้อ Q7306-Q7307 แล้วข้ามไปถามข้อ Q7314a)

2. ไม่ค่อยแน่นอน (ข้ามไปถามข้อ Q7308 ดื่มมากที่สุด)

Q7306 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ในวันที่ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ท่านมักดื่มเครื่องดื่มประเภทใด ปริมาณเท่าไร (หากดื่มเครื่องดื่มหลายประเภทในวันเดียวกัน ให้ตอบทุกประเภทรวมกัน หากดื่มประเภทเดียวให้เลือกตอบประเภทนั้น)

ผู้สัมภาษณ์: จำนวนปริมาตรที่ดื่มของเครื่องดื่มแต่ละชนิด(ค) = จำนวนที่ดื่ม(ก) × ปริมาตรภาชนะ(ข)

ตัวอย่าง 2 เบ็็ก = 2 (ก) × 50 ml (ข) = 100 ml (ค)

กรณีที่เป็นแก้ว กระจปอง หรือ ขวด ให้ถามและเทียบขนาดกับรูปภาพ(หน้า 11-21)เพื่อกำหนดให้ได้ปริมาตรที่ถูกต้อง

| ระบุชนิดเครื่องดื่ม | รหัสชนิดเครื่องดื่ม*<br>(ผู้สัมภาษณ์ลงรหัส<br>รูปภาพประกอบ<br>แบบสอบถามหน้า<br>22) | จำนวนที่ดื่ม<br>ระบุ<br>(เบ็็ก, ถัง, ถัก, แก้ว,<br>กระจปอง, ขวด)<br>(ก) | ปริมาตรต่อ<br>ภาชนะ<br>(ข) | ปริมาตร(มล.)<br>(ผู้สัมภาษณ์คำนวณ)<br>(ค)  |
|---------------------|--|---|----------------------------|--|
| Q7306a.....         | <input type="text"/> <input type="text"/>  |   |                            | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| Q7306b.....         | <input type="text"/> <input type="text"/>  |   |                            | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| Q7306c.....         | <input type="text"/> <input type="text"/>  |   |                            | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| Q7306d.....         | <input type="text"/> <input type="text"/>  |   |                            | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |

Q7307 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยเพียงไร

1. ทุกวัน  2. เกือบทุกวัน (5-6 วันต่อสัปดาห์)

3. 3-4 วัน/สัปดาห์  4. 1-2 วัน/สัปดาห์

5. 2-3 วัน/เดือน  6. เดือนละวัน

7. 7-11 วันในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา  8. 4-6 วันในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา

9. 2-3 วันในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา  10. 1 วันเท่านั้น ในรอบ 12 เดือน

Q7308 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ในวันที่ท่านดื่ม **มากที่สุด** ท่านมักดื่มเครื่องดื่มประเภทใด ปริมาณเท่าไร

ผู้สัมภาษณ์: จำนวนปริมาตรที่ดื่มของเครื่องดื่มแต่ละชนิด(ค) = จำนวนที่ดื่ม(ก) × ปริมาตรต่อภาชนะ(ข)

ตัวอย่าง 2 เบ็็ก = 2 (ก) × 50 ml (ข) = 100 ml (ค)

กรณีที่เป็นแก้ว กระจปอง หรือ ขวด ให้ถามและเทียบขนาดกับรูปภาพ(หน้า 11-21)เพื่อกำหนดให้ได้ปริมาตรที่ถูกต้อง

| ระบุชนิดเครื่องดื่มนั้น  | รหัสชนิดเครื่องดื่ม*<br>(ผู้สัมภาษณ์ลงรหัส<br>ดูภาพประกอบ<br>แบบสอบถามหน้า<br>22)   | จำนวนที่ดื่ม<br>ระบุ<br>(เป๊ก,กึ่ง,กึ่ง,แก้ว,<br>กระป๋อง,ขวด)<br>(ก) | ปริมาตรต่อ<br>ภาชนะ<br>(ข) | ปริมาตร(มล.)<br>(ผู้สัมภาษณ์คำนวณ)<br>(ค)   |   |   |
|--|---|--|----------------------------|---|---|---|
| Q7308a.....  | <input type="text"/> <input type="text"/>   |  |                            | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |   |   |
| Q7308b.....  | <input type="text"/> <input type="text"/>   |  |                            | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |   |   |
| Q7308c.....  | <input type="text"/> <input type="text"/>   |  |                            | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |   |   |
| Q7308d.....  | <input type="text"/> <input type="text"/>   |  |                            | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |   |   |
| <p>Q7309 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณ <b>มากที่สุด</b> บ่อยเพียงไร</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 1. ทุกวัน<br/> <input type="checkbox"/> 3. 3-4 วัน/สัปดาห์<br/> <input type="checkbox"/> 5. 2-3 วัน/เดือน<br/> <input type="checkbox"/> 7. 7-11 วันในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา<br/> <input type="checkbox"/> 9. 2-3 วันในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 2. เกือบทุกวัน (5-6 วันต่อสัปดาห์)<br/> <input type="checkbox"/> 4. 1-2 วัน/สัปดาห์<br/> <input type="checkbox"/> 6. เดือนละวัน<br/> <input type="checkbox"/> 8. 4-6 วันในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา<br/> <input type="checkbox"/> 10. 1 วันเท่านั้น ในรอบ 12 เดือน </td> </tr> </table> |   |  |                            |   | <input type="checkbox"/> 1. ทุกวัน<br><input type="checkbox"/> 3. 3-4 วัน/สัปดาห์<br><input type="checkbox"/> 5. 2-3 วัน/เดือน<br><input type="checkbox"/> 7. 7-11 วันในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา<br><input type="checkbox"/> 9. 2-3 วันในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา | <input type="checkbox"/> 2. เกือบทุกวัน (5-6 วันต่อสัปดาห์)<br><input type="checkbox"/> 4. 1-2 วัน/สัปดาห์<br><input type="checkbox"/> 6. เดือนละวัน<br><input type="checkbox"/> 8. 4-6 วันในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา<br><input type="checkbox"/> 10. 1 วันเท่านั้น ในรอบ 12 เดือน |
| <input type="checkbox"/> 1. ทุกวัน<br><input type="checkbox"/> 3. 3-4 วัน/สัปดาห์<br><input type="checkbox"/> 5. 2-3 วัน/เดือน<br><input type="checkbox"/> 7. 7-11 วันในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา<br><input type="checkbox"/> 9. 2-3 วันในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา  | <input type="checkbox"/> 2. เกือบทุกวัน (5-6 วันต่อสัปดาห์)<br><input type="checkbox"/> 4. 1-2 วัน/สัปดาห์<br><input type="checkbox"/> 6. เดือนละวัน<br><input type="checkbox"/> 8. 4-6 วันในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา<br><input type="checkbox"/> 10. 1 วันเท่านั้น ในรอบ 12 เดือน |  |                            |   |   |   |
| <p>Q7310 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ในวันที่ท่านดื่ม <b>ปานกลาง</b> ท่านมักดื่มเครื่องดื่มประเภทใด ปริมาณเท่าไร</p> <p>ผู้สัมภาษณ์: คำนวณปริมาตรที่ดื่มของเครื่องดื่มแต่ละชนิด(ค) = จำนวนที่ดื่ม(ก) × ปริมาตรต่อภาชนะ(ข)</p> <p>ตัวอย่าง 2 เป๊ก = 2 (ก) × 50 ml (ข) = 100 ml (ค)</p> <p>กรณีที่เป็นแก้ว กระป๋อง หรือ ขวด ให้ถามและเทียบขนาดกับรูปภาพ(หน้า 11-21) เพื่อคำนวณให้ได้ปริมาตรที่ถูกต้อง</p>   |   |  |                            |   |   |   |
| ระบุชนิดเครื่องดื่มนั้น  | รหัสชนิดเครื่องดื่ม*<br>(ผู้สัมภาษณ์ลงรหัส<br>ดูภาพประกอบ<br>แบบสอบถามหน้า<br>22)   | จำนวนที่ดื่ม ระบุ<br>(เป๊ก,กึ่ง,กึ่ง,แก้ว,<br>กระป๋อง,ขวด)<br>(ก)    | ปริมาตรต่อ<br>ภาชนะ<br>(ข) | ปริมาตร(มล.)<br>(ผู้สัมภาษณ์คำนวณ)<br>(ค)   |   |   |
| Q7310a.....  | <input type="text"/> <input type="text"/>   |  |                            | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |   |   |
| Q7310b.....  | <input type="text"/> <input type="text"/>   |  |                            | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |   |   |
| Q7310c.....  | <input type="text"/> <input type="text"/>   |  |                            | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |   |   |
| Q7310d.....  | <input type="text"/> <input type="text"/>   |  |                            | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |   |   |

Q7311 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณ ปานกลาง บ่อยเพียงไร

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ทุกวัน                          | <input type="checkbox"/> 2. เกือบทุกวัน (5-6 วันต่อสัปดาห์) |
| <input type="checkbox"/> 3. 3-4 วัน/สัปดาห์                 | <input type="checkbox"/> 4. 1-2 วัน/สัปดาห์                 |
| <input type="checkbox"/> 5. 2-3 วัน/เดือน                   | <input type="checkbox"/> 6. เดือนละวัน                      |
| <input type="checkbox"/> 7. 7-11 วันในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา | <input type="checkbox"/> 8. 4-6 วันในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา  |
| <input type="checkbox"/> 9. 2-3 วันในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา  | <input type="checkbox"/> 10. 1 วันเท่านั้น ในรอบ 12 เดือน   |

Q7312 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ในวันที่ท่านดื่ม น้อยที่สุด ท่านมักดื่มเครื่องดื่มประเภทใด ปริมาณเท่าไร

ผู้สัมภาษณ์:  $\text{คำนวณปริมาตรที่ดื่มของเครื่องดื่มแต่ละชนิด(ค) = จำนวนที่ดื่ม(ก) \times \text{ปริมาตรต่อภาชนะ(ข)}$

ตัวอย่าง 2 เบียร์ =  $2 (ก) \times 50 \text{ ml (ข)} = 100 \text{ ml (ค)}$

กรณีที่เป็นแก้ว ครอบง หรือขวด ให้ถามและเทียบขนาดกับรูปภาพ(หน้า11-21)เพื่อคำนวณให้ได้ปริมาตรที่ถูกต้อง

| ระบุชนิดเครื่องดื่ม | รหัสชนิดเครื่องดื่ม*<br>(ผู้สัมภาษณ์ลงรหัส<br>รูปภาพประกอบ<br>แบบสอบถามหน้า<br>22) | จำนวนที่ดื่ม ระบุ<br>(เบียร์, กิง, กัก, แก้ว,<br>กระป๋อง, ขวด)<br>(ก) | ปริมาตรต่อ<br>ภาชนะ<br>(ข) | ปริมาตร(มล.)<br>(ผู้สัมภาษณ์คำนวณ)<br>(ค)  |
|---------------------|--|---|----------------------------|--|
| Q7312a.....         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                  |   |                            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |
| Q7312b.....         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                  |   |                            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |
| Q7312c.....         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                  |   |                            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |
| Q7312d.....         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                  |   |                            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |

Q7313 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เรียกว่า น้อยที่สุด บ่อยเพียงไร

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ทุกวัน                          | <input type="checkbox"/> 2. เกือบทุกวัน (5-6 วันต่อสัปดาห์) |
| <input type="checkbox"/> 3. 3-4 วัน/สัปดาห์                 | <input type="checkbox"/> 4. 1-2 วัน/สัปดาห์                 |
| <input type="checkbox"/> 5. 2-3 วัน/เดือน                   | <input type="checkbox"/> 6. เดือนละวัน                      |
| <input type="checkbox"/> 7. 7-11 วันในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา | <input type="checkbox"/> 8. 4-6 วันในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา  |
| <input type="checkbox"/> 9. 2-3 วันในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา  | <input type="checkbox"/> 10. 1 วันเท่านั้น ในรอบ 12 เดือน   |

Q7314a ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยดื่มอย่างหนักในครั้งเดียวเช่น เบียร์ มากกว่า 6 กระป๋อง หรือ 3 ขวด ใหญ่ หรือเหล้ามากกว่า 5 แก้ว หรือครั้งแบนหรือไวน์มากกว่า 5 แก้ว หรือครั้งขวดต่อครั้งประมาณ กี่วัน

1. ไม่เคย

Q7314b  2. เคย ประมาณ.....วัน   วัน

**Q7400 การใช้ยาและอาหารเสริม**

**ยาแก้ปวด**

Q7401 ในเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านใช้ยาแก้ปวดบ่อยเพียงใด

1. ไม่ได้กินยาแก้ปวดเลย → Q7404  2. น้อยกว่า 1 วัน/ สัปดาห์

3. 2-3 วัน /สัปดาห์  4. เกือบทุกวัน  5. ทุกวัน

Q7402 ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ท่านใช้ยาแก้ปวดเพราะเหตุใด

1. ปวดข้อ  2. ปวดหัว  3. ปวดกล้ามเนื้อ

4. ปวดหลัง  5. อื่นๆ (ระบุ).....

Q7403a ครั้งสุดท้ายที่ท่านได้รับยาแก้ปวด ท่านได้รับยามาจากที่ใด

1. โรงพยาบาล  2. คลินิก/ โพลีคลินิก

3. สถานีอนามัย/ ศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชน  4. ร้านค้า

5. เพื่อนญาติคนรู้จัก

Q7403b  6. ร้านขายยา โดย  6.1 ตามใบสั่งแพทย์  6.2 ปรึกษาเภสัชกร

6.3 ผู้ขายยาแนะนำ  6.4 ท่านระบุชื่อยา.....

7. อื่นๆ ระบุ.....

**ยากลายเครียด หรือ ยานอนหลับ**

Q7404 ใน 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้กินยากลายเครียดหรือยานอนหลับบ้างหรือไม่

1. ใช่  2. ไม่ใช่ → Q7407

Q7405 ในเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านกินยากลายเครียดหรือยานอนหลับบ่อยเพียงใด

1. นานๆ ครั้ง เมื่อมีอาการ  2. ใช้เป็นประจำ เมื่อมีอาการ  3. ใช้เป็นประจำ แม้ไม่มีอาการ

Q7406a ท่านได้รับยาคลายเครียด หรือยานอนหลับ มาจากที่ใด (ตอบได้หลายข้อ)

1. โรงพยาบาล  2. คลินิก/ โพลีคลินิก

3. สถานีอนามัย/ ศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชน  4. ร้านค้า

5. เพื่อน ญาติ คนรู้จัก

Q7406b  6. ร้านขายยา โดย  6.1 ตามใบสั่งแพทย์  6.2 ปรีกษาเภสัชกร

6.3 ผู้ขายยาแนะนำ  6.4 ท่านระบุชื่อยา.....

7. อื่นๆ ระบุ.....

---

**ยาถูกกลอน เป็นยาแผนโบราณที่มีรูปแบบเป็นยาถูกกลอนทั้งหมด โดยไม่ได้คำนึงถึงว่า ได้รับทะเบียนยาแผนโบราณจาก อ.ย.**

Q7407 ในเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้ใช้ยาถูกกลอนบ้างหรือไม่

1.ใช่  2.ไม่ใช่ → Q7411

---

Q7408 ในเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านกินยาถูกกลอนบ่อยเพียงใด

1. นานๆ ครั้ง เมื่อมีอาการ  2. ใช้เป็นประจำ เมื่อมีอาการ  3. ใช้เป็นประจำ แม้ไม่มีอาการ

---

Q7409 ท่านใช้ยาถูกกลอนสำหรับรักษาโรคอะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ปวดข้อ ปวดเมื่อย  2. หอบหืด  3. บำรุงร่างกาย

4. เพื่อความสวยงาม  5. อื่นๆ.....

---

Q7410 ท่านได้รับยาถูกกลอนมาจากที่ใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. โรงพยาบาล/ คลินิก  2. สถานีอนามัย/ ศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชน

3. ร้านยา  4. ร้านค้า

5. เพื่อน ญาติ คนรู้จัก  6. วัด

7. การขายตรง  8. อื่นๆ(ระบุ).....

---

**อาหารเสริม (ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร) เช่น น้ำมันปลา สารสกัดจากสมุนไพร เช่น แปะก๊วย เมล็ดองุ่น น้ำลูกยอ สาหร่ายเกลียวทอง นมผึ้ง และ Co-enzyme Q10 ซุปไก่ เป็นต้น**

Q7411 ใน 30 วันที่ผ่านมา ท่านได้กินอาหารเสริมบ้างหรือไม่

1.ใช่  2.ไม่ใช่ → Q7414

| Q7412 ท่านกินอาหารเสริมเพื่ออะไร (ตอบทุกข้อ) |                          |                          |                     |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | ใช่                      | ไม่ใช่                   |                     | ใช่                      | ไม่ใช่                   |
| Q7412a รักษาโรค                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Q7412e ป้องกันโรค   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7412b บำรุงร่างกาย                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Q7412f เสริมความงาม | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7412c ลดความอ้วน                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Q7412g อื่นๆ .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Q7413 ท่านได้รับอาหารเสริม มาจากที่ใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. โรงพยาบาล/ คลินิก  | <input type="checkbox"/> 2. สถานีอนามัย/ ศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชน |
| <input type="checkbox"/> 3. ร้านยา             | <input type="checkbox"/> 4. ร้านค้า                                  |
| <input type="checkbox"/> 5. เพื่อนญาติคนรู้จัก | <input type="checkbox"/> 6. วัด                                      |
| <input type="checkbox"/> 7. การขายตรง          | <input type="checkbox"/> 8. อื่นๆ(ระบุ).....                         |

**ยาลดน้ำหนัก เช่น ยาลดความอ้วน ยาระบายเพื่อลดน้ำหนัก**

Q7414 ใน 30 วันที่ผ่านมา ท่านได้ใช้ยาเพื่อลดน้ำหนัก หรือยาลดความอ้วนหรือไม่

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1.ใช่ | <input type="checkbox"/> 2.ไม่ใช่ → Q7500 |
|--------------------------------|---|

Q7415 ท่านได้รับยาลดน้ำหนัก หรือยาลดความอ้วนมาจากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. โรงพยาบาล/ คลินิก    | <input type="checkbox"/> 2. สถานีอนามัย/ ศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชน |
| <input type="checkbox"/> 3. ร้านยา               | <input type="checkbox"/> 4. ร้านค้า                                  |
| <input type="checkbox"/> 5. เพื่อน ญาติ คนรู้จัก | <input type="checkbox"/> 6. วัด                                      |
| <input type="checkbox"/> 7. การขายตรง            | <input type="checkbox"/> 8. อื่นๆ (ระบุ).....                        |

**Q7500 การกินอาหาร**

**ก. พฤติกรรมในการกินอาหาร**

Q7501 ท่านกินอาหารครบ 3 มื้อหลักหรือไม่

|   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1.ใช่ → Q7503a | <input type="checkbox"/> 2.ไม่ใช่ |
|---|-----------------------------------|

Q7502 โดยส่วนใหญ่ ท่านงดกินอาหารมื้อใด

|                                      |   |                                      |
|--------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. มื้อเช้า | <input type="checkbox"/> 2. มื้อกลางวัน | <input type="checkbox"/> 3. มื้อเย็น |
|--------------------------------------|---|--------------------------------------|

Q7503a ในวันทำงาน โดยทั่วไป อาหารมื้อเย็นที่ท่านกินบ่อยที่สุดเป็นอาหารชนิดใด

|  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. อาหารที่ทำกินเองที่บ้าน ถ้าเลือกตอบคำตอบนี้ → Q7504a |   |  |
| <input type="checkbox"/> 2.อาหารปรุงสุกสำเร็จ                                    | <input type="checkbox"/> 3.อาหารตามสั่ง                                       | <input type="checkbox"/> 4. อาหารสำเร็จรูปบรรจุซอง/กระป๋อง |
| <input type="checkbox"/> 5.อาหารปิ่นโตรับเป็นรายเดือน                            | <input type="checkbox"/> 6. อาหารแช่แข็งสำเร็จรูปมาเก็บไว้ เมื่อกินจะนำมาอุ่น |  |

Q7503b. ในวันทำงาน แหล่งของอาหารมื้อเย็นที่ท่านกินบ่อยที่สุดเป็นอาหารที่ซื้อมาจาก

1. รถเร่/เรือเร่ขายอาหาร/อาหารริมบาทวิถี/อาหารริมทาง  2. ตลาด/ตลาดนัด (ร้านไม่เคลื่อนย้าย)

3. ร้านอาหารตามสั่ง/ภัตตาคาร/ร้านอาหารทั่วไป (ร้านที่มีโครงสร้างแข็งแรง)  4. ร้านสะดวกซื้อ

5. ร้านขายอาหารฟาสต์ฟู้ด  6. ซูเปอร์มาร์เก็ตในห้างสรรพสินค้า

---

Q7504a ในวันเสาร์หรืออาทิตย์ ท่านกินอาหารมื้อหลัก (เช้า กลางวัน เย็น) นอกบ้านกี่มื้อ

หมายเหตุ อาหารนอกบ้าน หมายถึง อาหารที่ไม่ได้ทำเองที่บ้าน

จำนวนมื้อต่อวัน  1. 0 มื้อ → Q7505  2. 1 มื้อ  3. 2 มื้อ  4. 3 มื้อ

---

Q7504b ในวันเสาร์หรืออาทิตย์ ลักษณะอาหารนอกบ้านที่ท่านกินบ่อยที่สุด คือ

1. อาหารปรุงสุกสำเร็จ  2. อาหารตามสั่ง  3. อาหารสำเร็จรูปบรรจุซอง/กระป๋อง

4. อาหารปิ้ง ไตรับเป็นรายเดือน  5. อาหารแช่แข็งสำเร็จรูปมาเก็บไว้ เมื่อกินจะนำมาอุ่น

---

Q7504c ในวันเสาร์หรืออาทิตย์ แหล่งที่มาของอาหารมื้อหลักที่ท่านกินบ่อยที่สุดเป็นอาหารที่ซื้อมาจากแหล่งใด

1. รถเร่/เรือเร่ขายอาหาร/อาหารริมบาทวิถี/อาหารริมทาง  2. ตลาด/ตลาดนัด (ร้านไม่เคลื่อนย้าย)

3. ร้านอาหารตามสั่ง/ภัตตาคาร/ร้านอาหารทั่วไป (ร้านที่มีโครงสร้างแข็งแรง)  4. ร้านสะดวกซื้อ

5. ร้านขายอาหารฟาสต์ฟู้ด  6. ซูเปอร์มาร์เก็ตในห้างสรรพสินค้า

---

ข้อปฏิบัติสำหรับพนักงานสัมภาษณ์

1. ให้ผู้สัมภาษณ์ถาม ดังนี้ “อาหารแต่ละประเภทท่าน (ผู้ถูกสัมภาษณ์) กินหรือไม่ (ผู้สัมภาษณ์ต้องอ่านรายการอาหาร ในแต่ละข้อให้ครบถ้วน”

2. ผู้สัมภาษณ์พิจารณา **เฉพาะประเภทอาหาร** ที่ผู้ถูกสัมภาษณ์**ระบุว่ากิน** และถามคำถามดังนี้ “ ท่าน (ผู้ถูกสัมภาษณ์) กินอาหารดังต่อไปนี้บ่อยเพียงใด ”

3. ในขณะที่ถามความถี่ในการกินอาหารให้ใช้ แผ่นภาพที่ 2 ความถี่ของการกินอาหารประเภทต่างๆ(หน้า 31) ประกอบในการจดบันทึก โดย

1 = ไม่กินเลย  2 = น้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน  3 = 1-3 ครั้งต่อเดือน

4 = 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์  5 = 4-6 ครั้งต่อสัปดาห์  6 = 1 ครั้งต่อวัน  7 = มากกว่า 1 ครั้งต่อวัน

---

4. ให้กาเครื่องหมาย X ลงใน  หน้าข้อคำตอบ

---

**ข. ความถี่ในการกินอาหาร**

| โดยทั่วไปท่านกินอาหารในประเภทต่อไปนี้บ่อยเพียงใด  | ไม่กิน                   | <1 ครั้ง                 | 1-3                      | 1-3                      | 4-6                      | 1 ครั้ง                  | >1 ครั้ง                 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   | เลย                      | ต่อ                      | ครั้ง ต่อ                | ครั้งต่อ                 | ครั้งต่อ                 | ต่อวัน                   | ต่อวัน                   |
|   | 1                        | เดือน                    | เดือน                    | สัปดาห์                  | สัปดาห์                  | 6                        | 7                        |
| Q7505 เนื้อวัว/หมูไม่ติดมัน ไก่/เป็ดไม่ติดหนัง  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7506 เนื้อวัว/หมูติดมัน ไก่/เป็ดติดหนัง เช่น หมูสามชั้น  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7507 ผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ที่ผ่านกระบวนการกลุ่มที่ 1 เช่น ไส้กรอก ไส้กรอกอีสาน เบคอน แฮม กุนเชียง หมูยอ แหนม | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| โดยทั่วไปท่านกินอาหารในประเภทต่อไปนี้บ่อยเพียงใด   | ไม่กิน<br>เลย<br>1       | <1 ครั้ง<br>ต่อ<br>เดือน<br>2 | 1-3<br>ครั้ง ต่อ<br>เดือน<br>3 | 1-3<br>ครั้งต่อ<br>สัปดาห์<br>4 | 4-6<br>ครั้งต่อ<br>สัปดาห์<br>5 | 1 ครั้ง<br>ต่อวัน<br>6   | >1 ครั้ง<br>ต่อวัน<br>7  |
|--|--------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Q7508 ผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ที่ผ่านกระบวนการกลุ่มที่ 2 เช่น หมูหยอง ปลาเค็ม เนื้อ/หมู/ปลาแดดเดียว       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7509 ปลาชนิดต่างๆ เช่น ปลาน้ำจืด ปลาทะเล  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7510 กุ้ง หอย ปู ปลาหมึก  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7511 ตับ เลือดหมู/เป็ด/ไก่  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7512 ไช้ทั้งฟอง หรือเฉพาะไข่แดง   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7513 ถั่วและผลิตภัณฑ์ (ไม่รวมเครื่องดื่ม) เช่น ถั่วเขียว ถั่วเหลือง ถั่วลิสง เต้าหู้ โปรตีนเกษตร    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7514 ข้าวขาว/ข้าวขัดสี  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7515 ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7516 ข้าวเหนียว   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7517 ถั่วเขียวต่างๆ ขนมัน   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7518 บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป เช่น มาม่า ยำยำ ไข่ไก่   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7519 ขนมันขาว   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7520 ขนมันโฮลวีท (ขนมันธัญพืช)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7521 อาหารทอด เช่น หมู/ไก่ทอด ทอดมัน กุ้งแขก ลูกชิ้นทอด แล็บหมู ฯลฯ                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7522 อาหารจานด่วนตะวันตก เช่น พิซซ่า แซมเบอร์เกอร์  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7523 อาหารคาวประเภทแกงที่มีกะทิ/น้ำมัน เช่น แกงเผ็ด ต้ม ข่า แกงอ่อม ขนมันน้ำเงี้ยว                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7524 ปลาร้า ปลาเฒ่า น้ำบูดู ถั่วเน่า  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7525 น้ำพริก เช่น น้ำพริกกะปิ น้ำพริกหนุ่ม น้ำพริกปลาป่น น้ำพริกปลาร้า น้ำพริกตาแดง น้ำพริกขี้เหล็ก | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| โดยทั่วไปท่านกินอาหารในประเภทต่อไปนี้บ่อยเพียงใด   | ไม่กิน<br>เลย<br>1       | <1 ครั้ง<br>ต่อ<br>เดือน<br>2 | 1-3<br>ครั้ง ต่อ<br>เดือน<br>3 | 1-3<br>ครั้งต่อ<br>สัปดาห์<br>4 | 4-6<br>ครั้งต่อ<br>สัปดาห์<br>5 | 1 ครั้ง<br>ต่อวัน<br>6   | >1 ครั้ง<br>ต่อวัน<br>7  |
|--|--------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Q7526 ผลไม้รสหวาน เช่น องุ่น ลองกอง ทูเรียน ลำไย ลิ้นจี่<br>มะม่วงสุก ขนุน ละมุด น้อยหน่า อ้อย กัลยัม มะละกอสุก<br>แตงโม สับปะรด ฯลฯ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7527 ผลไม้รสไม่หวาน/หวานน้อย เช่น ฝรั่ง ชมพู่ มะม่วงดิบ<br>แอปเปิ้ล แก้วมังกร   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7528 ผลไม้กวน ฉาบ เช่น สับปะรดกวน กัลยัมฉาบ   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7529 ผลไม้เชื่อม เช่น สาเกเชื่อม กัลยัมเชื่อม มะตูมเชื่อม   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7530 ผักและผลไม้หมักดอง เช่น ผลไม้ดอง ผักกาดดอง   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7531 ผลไม้กระป๋อง   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7532 ผลไม้แห้ง เช่น ลูกเกด ลูกพรุน ลูกท้อ พุทรา มะม่วง  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7533 นมสด/โยเกิร์ตชนิดถ้วยไม่ปรุงแต่งรส   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7534 นมหวาน/นมปรุงแต่งรส/โยเกิร์ตชนิดถ้วยปรุงแต่งรส   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7535 โยเกิร์ตชนิดดื่ม   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7536 นมพร้อมมันเนย  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7537 น้ำเต้าหู้/นมถั่วเหลือง  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7538 น้ำอัดลม/น้ำหวาน   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7539 น้ำผลไม้ / น้ำผัก  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7540 เครื่องดื่มชูกำลัง เช่น กระทิงแดง ลิโพ เอ็ม 150  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7541 เครื่องดื่มสำหรับนักกีฬา เช่น สปอนเซอร์ เอ็มสปอร์ต   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7542 ชา กาแฟ  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| โดยทั่วไปท่านกินอาหารในประเภทต่อไปนี้บ่อยเพียงใด  | ไม่กินเลย<br>1           | <1 ครั้งต่อเดือน<br>2    | 1-3 ครั้งต่อเดือน<br>3   | 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์<br>4                            | 4-6 ครั้งต่อสัปดาห์<br>5 | 1 ครั้งต่อวัน<br>6       | >1 ครั้งต่อวัน<br>7      |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Q7543 อาหารที่มีเนย/มาการีนและแป้ง เช่น เค้ก คุกกี้ โดนัท พาย   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7544 ขนมหวานทำจากไข่แดง เช่น ทองหยิบ ฟอยทอง ทองหยอด  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7545 ขนมใส่หน้าเชื่อม เช่น ถั่วเขียวต้มน้ำตาล มันต้มน้ำตาล สาหร่ายเชื่อม ลูกชิตน้ำเชื่อม   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7546 ขนมหวานที่มีกะทิ เช่น กล้วยบัวควงชิ วุ้นกะทิ ข้าวต้มมัด   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7547 ขนมขบเคี้ยว/ขนมกรุบกรอบบรรจุซอง   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7548 หน่อไม้ทุกประเภท  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>ค. ความถี่ถึงปริมาณในการกินผลไม้และผัก</b>   |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |
| <p>ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ดู แผ่นภาพที่ 1 (หน้า 29-30) ขนาดส่วนกินของผักและผลไม้ สมุดภาพตัวอย่างผลไม้และผักขนาดเท่าของจริง (หน้า 32 – 43) และอธิบายการประมาณขนาดอาหารกิน เช่นทัพพีตักข้าว พร้อมทั้งให้คำอธิบายต่อไปว่า “ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการกินผลไม้และผักที่ท่านกิน<u>เป็นประจำ</u> ขอให้ท่านตอบโดยคิดถึง <u>ความถี่</u>ในการกินผลไม้และผักโดยทั่วๆ ไปใน 1 สัปดาห์ และ <u>ปริมาณ</u>ผลไม้หรือผักที่ท่านกินในแต่ละมื้อ ว่ามีปริมาณและขนาดเท่าไร (เช่น ส้มเขียวหวาน 1 ผลกลาง เป็นต้น) หรือเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับ ถ้าใส่ทัพพีตักข้าว ท่านกินในปริมาณเฉลี่ยที่ทัพพี”</p> |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |
| <b>การกินผลไม้</b>  |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |
| <b>Q7549 ผลไม้สด</b>  |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |
| <p>หมายเหตุ: ผลไม้สด 1 ส่วนมาตรฐาน เท่ากับ มะละกอ แตงโม หรือสับปะรด 6-8 คำ หรือ กล้วยน้ำว่า 1 ผลเล็ก หรือกล้วยหอม ½ ผลกลาง หรือส้มเขียวหวาน 1 ผลใหญ่ หรือ 2 ผลกลาง หรือเงาะ 4 ผล ให้บันทึกส่วนมาตรฐานเป็นจำนวนเต็มพร้อมทศนิยม 1 ตำแหน่ง (เช่น 0.5, 1.0, 1.5, 2.0, 2.5, 3.0 เป็นต้น)</p>   |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |
| Q7549a โดยทั่วไปในแต่ละสัปดาห์ ท่านกินผลไม้สดกี่วันต่อสัปดาห์ ถ้าคำตอบเป็น 0 → Q7550  |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/>                            |                          | วันต่อสัปดาห์            |                          |
| Q7549b โดยเฉลี่ย ในแต่ละวันท่านกินผลไม้สด เป็นจำนวนกี่ครั้งต่อวัน   |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/>                            |                          | จำนวนครั้งต่อวัน         |                          |
| Q7549c ท่านกินผลไม้สดจำนวนกี่ส่วนต่อครั้ง   |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |                          | ส่วนมาตรฐานต่อครั้ง      |                          |
| <b>Q7550 การบริโภคผัก</b>   |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |
| <p>หมายเหตุ: ผัก 1 หน่วยมาตรฐานธงโภชนาการ เท่ากับ ผักใบปรุงสุกแล้ว 1 ทัพพี หรือผักใช้ผล/หัว/ราก เช่น มะเขือเทศ แครอท ฟักทอง ข้าวโพด กะหล่ำดอก ถั่วฝักยาว หอมหัวใหญ่ 1 ทัพพี หรือผักใบเขียวสดไม่ผ่านการปรุงสุก 2 ทัพพี ให้บันทึกส่วนมาตรฐานเป็นจำนวนเต็มพร้อมทศนิยม 1 ตำแหน่ง (เช่น 0.5, 1.0, 1.5, 2.0, 2.5, 3.0 เป็นต้น)</p>  |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |

|   |   |                     |
|---|---|---------------------|
| Q7550a โดยทั่วไปในแต่ละสัปดาห์ ท่านกิน ผัก กี่วันต่อสัปดาห์<br>ถ้าคำตอบเป็น 0 → Q7600 | <input type="checkbox"/>                            | วันต่อสัปดาห์       |
| Q7550b โดยเฉลี่ย ในแต่ละวันท่านกิน ผัก เป็นจำนวนกี่ครั้งต่อวัน                        | <input type="checkbox"/>                            | จำนวนครั้งต่อวัน    |
| Q7550c ท่านกิน ผัก จำนวนกี่ส่วนต่อครั้ง   | <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> | ส่วนมาตรฐานต่อครั้ง |

| Q7600 ประวัติการป่วยของ พ่อ แม่ พี่/น้อง สายตรง  |                                    |                                    |                                    |
|--|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| พี่/น้อง ท้องเดียวกันสายตรง ถ้าเป็นหลายคน ให้ถามคนที่เป็นเมื่ออายุน้อยที่สุด<br>ลูก ถ้าเป็นหลายคน ให้ถามคนที่เป็นเมื่ออายุน้อยที่สุด |                                    |                                    |                                    |
|  | พ่อ                                | แม่                                | พี่/น้อง                           |
| Q7601 ความดันเลือดสูง  | <input type="checkbox"/> 1. ใช่    | <input type="checkbox"/> 1. ใช่    | <input type="checkbox"/> 1. ใช่    |
|  | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ |
| Q7602a เบาหวาน   | <input type="checkbox"/> 1. ใช่    | <input type="checkbox"/> 1. ใช่    | <input type="checkbox"/> 1. ใช่    |
|  | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ |
| Q7602b สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่เมื่ออายุเท่าใด  | <input type="checkbox"/> 1. <20 ปี | <input type="checkbox"/> 1. <20 ปี | <input type="checkbox"/> 1. <20 ปี |
|  | <input type="checkbox"/> 2. ≥20 ปี | <input type="checkbox"/> 2. ≥20 ปี | <input type="checkbox"/> 2. ≥20 ปี |
| Q7602c สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ ใช้น้ำ Insulin หรือไม่  | <input type="checkbox"/> 1. ใช่    | <input type="checkbox"/> 1. ใช่    | <input type="checkbox"/> 1. ใช่    |
|  | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ |
| Q7603a. โรคเส้นเลือดสมองตีบ/แตก/ตัน  | <input type="checkbox"/> 1. ใช่    | <input type="checkbox"/> 1. ใช่    | <input type="checkbox"/> 1. ใช่    |
|  | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ |
| Q7603b. สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่เมื่ออายุเท่าใด   | <input type="checkbox"/> 1. <50 ปี | <input type="checkbox"/> 1. <50 ปี | <input type="checkbox"/> 1. <50 ปี |
|  | <input type="checkbox"/> 2. ≥50 ปี | <input type="checkbox"/> 2. ≥50 ปี | <input type="checkbox"/> 2. ≥50 ปี |
| Q7604a. โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ   | <input type="checkbox"/> 1. ใช่    | <input type="checkbox"/> 1. ใช่    | <input type="checkbox"/> 1. ใช่    |
|  | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ |



**Q7800 อนามัยเจริญพันธุ์ (สำหรับเพศชายและเพศหญิง)**

Q7801 ปัจจุบันท่านมีคู่นอนหรือไม่ (คู่ หมายถึง หญิงชายที่อยู่ด้วยกันล้นท์สามีภรรยา)  
 1.ใช่ **ข** → Q7803       2.ไม่ใช่ **ญ** → Q7900    **ซ** → Q8000

Q7802 (ถามเฉพาะผู้หญิง) ขณะนี้ท่านกำลังตั้งครรภ์อยู่หรือไม่  
 1.ใช่       2.ไม่ใช่

Q7803 ขณะนี้ท่าน/คู่ของท่านคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ใช่หรือไม่ (การทำหมัน ถือว่ามีการคุมกำเนิดแล้ว)  
 1.ใช่       2.ไม่ใช่ → Q7805

Q7804 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q7803 ปัจจุบันท่าน/คู่ของท่านคุมกำเนิดด้วยวิธีใด (ตอบทุกข้อ ทั้งของตนเองและคู่)

|                                  | ใช่                      | ไม่ใช่                   |                               | ใช่                      | ไม่ใช่                   |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Q7804a ฝ่ายหญิงใช้ยาเม็ด         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Q7804g ฝ่ายชายใช้ถุงยางอนามัย | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7804b ฝ่ายหญิงใช้ยาฉีด          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Q7804h ทำหมันชาย              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7804c ฝ่ายหญิงใช้ยาคุมฉุกเฉิน   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Q7804i นับระยะปลอดภัย         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7804d ฝ่ายหญิงใช้ยาฝังคุมกำเนิด | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Q7804j หลั่งนอกช่องคลอด       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7804e ฝ่ายหญิงใช้ห่วงอนามัย     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Q7804k อื่นๆ (ระบุ).....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7804f ทำหมันหญิง                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                               |                          |                          |

ถ้าตอบคำถามข้อ Q7804 เสร็จแล้ว ข้ามไปตอบข้อ → Q7806

Q7805 สำหรับผู้ที่ตอบว่าไม่ใช่ในข้อ Q7803 สาเหตุที่ไม่คุมกำเนิดเพราะ (ตอบทุกข้อ)

|                                   | ใช่                      | ไม่ใช่                   |  | ใช่                      | ไม่ใช่                   |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Q7805a ต้องการมีบุตร              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Q7805e คิดว่าภรรยาไม่ตั้งครรภ์           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7805b ภรรยากำลังตั้งครรภ์        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Q7805f กลัวอันตรายต่อสุขภาพ              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7805c ภรรยาตัดมดลูกออกแล้ว       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Q7805g ไม่มีเพศสัมพันธ์ด้วยกันกับคู่ครอง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7805d เป็นหมันไม่สามารถมีบุตรได้ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Q7805h อื่นๆ (ระบุ).....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Q7806 ท่านมีภาวะมีบุตรยากใช่หรือไม่ (ภาวะมีบุตรยาก หมายถึง ไม่สามารถมีบุตรได้ทั้งๆ ที่ไม่ได้คุมกำเนิดและมีเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอเป็น เวลาอย่างน้อย 1 ปี)  
 1.ใช่       2.ไม่ใช่ **ญ** → Q7900    **ซ** → Q8000

Q7807 ท่านเคยได้รับการรักษาภาวะมีบุตรยากหรือไม่  
 1.เคย       2.ไม่เคย **ญ** → Q7900    **ซ** → Q8000

Q7808 สำหรับผู้ที่ตอบว่าเคยในข้อ Q7807 ท่านเคยได้รับการรักษาภาวะมีบุตรยากจากที่ใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

Q7807a. โรงพยาบาลรัฐ

Q7807b. โรงพยาบาลเอกชน

Q7807c. อื่นๆ (ระบุ).....

ถ้าตอบคำถามข้อ Q7808 เสร็จแล้ว เพศหญิง → Q7900 เพศชาย → Q8000

**Q7900 อนามัยเจริญพันธุ์ (สำหรับเพศหญิง)**

Q7901 ท่านมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุเท่าไร.....ปี

ปี

ถ้ายังไม่มีประจำเดือนให้ใส่ 00  
ถ้าไม่ได้ใส่ 88

Q7902a ปัจจุบันท่านยังมีรอบประจำเดือนอยู่หรือไม่

1. ยังมีอยู่ → Q7907     2. ประจำเดือนหมดแล้ว(menopause)     3. กำลังตั้งครรภ์ → Q7907

Q7902b สำหรับผู้ที่ตอบว่าประจำเดือนหมดแล้ว เมื่ออายุ.....ปี

ปี

Q7903 สำหรับผู้ที่ตอบว่าประจำเดือนหมดแล้ว ท่านหมดประจำเดือนด้วยสาเหตุใด

1. ตามธรรมชาติของวัย → Q7905     2. สาเหตุอื่นๆ

Q7904 สำหรับผู้ที่ตอบข้อ Q7903 ว่าสาเหตุอื่นๆ โปรดระบุสาเหตุของการหมดประจำเดือน

1. ตัดมดลูก     2. ตัดรังไข่     3. ตัดมดลูกและรังไข่

4. การฉายแสง/รังสี     5. อื่นๆ(ระบุ).....

Q7905 ท่านเคยหรือกำลังได้รับยาฮอร์โมนทดแทนหลังหมดประจำเดือนใช่หรือไม่

1. ใช่     2. ไม่ใช่ → Q7907

Q7906 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q7905 ระบุระยะเวลาที่ใช้ฮอร์โมนทดแทน.....ปี

ปี

Q7907a ท่านเคยตั้งครรภ์หรือไม่

1. ใช่     2. ไม่ใช่ → Q7916

Q7907b ท่านเคยคลอดบุตรหรือไม่

1. ใช่     2. ไม่ใช่ → Q7913a

Q7908 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q7907b ระบุจำนวนบุตรเกิดรอด (บุตรที่เกิดรอดมีสัญญาณชีพหลังคลอด เช่น มีลมหายใจ มีเสียงร้อง).....คน

คน

|   |  |
|---|--|
| <p>Q7909 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q7907b ท่านคลอดบุตรคนสุดท้ายด้วยวิธีใด</p> <p><input type="checkbox"/> 1. วิถีธรรมชาติ                      <input type="checkbox"/> 2. ใช้เครื่องคลอดสูญญากาศ                      <input type="checkbox"/> 3. ผ่าตัดคลอด</p> <p><input type="checkbox"/> 4. ไซ้กิม                      <input type="checkbox"/> 5. ไม่ทราบ                      <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆระบุ</p>  |  |
| <p>Q7910 เมื่อท่านไปฝากครรภ์สุดท้ายท่านได้รับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียใช่หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ใช่                      <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q7913a                      <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ → Q7913a</p>   |  |
| <p>Q7911 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q7910 ระบุ พ.ศ. ที่ตรวจ พ.ศ.....</p>  | <p><input type="text" value="2"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> <input type="text"/> พ.ศ.</p>                                  |
| <p>Q7912 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q7910 ระบุผลการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ปกติ                      <input type="checkbox"/> 2. ผิดปกติ (พาหะ/โรค)                      <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ</p>   |  |
| <p>Q7913a ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา ท่านมีการแท้งลูกจากการตั้งครรภ์ใช่หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ใช่                      <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่                      <input type="checkbox"/> 3. ไม่ตอบ</p>  |  |
| <p>Q7913b สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ ใน Q7913a ระบุจำนวนครั้ง.....ครั้ง</p>  | <p><input type="text"/> <input type="text"/> ครั้ง</p>   |
| <p>Q7914a สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q7913a ระบุสาเหตุของการแท้งลูก ในครั้งสุดท้าย</p> <p><input type="checkbox"/> 1. แท้งตามธรรมชาติ (รวมทั้งเกิดจากอุบัติเหตุ)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ทำแท้งโดยเหตุผลทางการแพทย์</p>  |  |
| <p>Q7914b ระบุเหตุผล <input type="checkbox"/> 2.1 มีความผิดปกติของเด็กในท้อง                      <input type="checkbox"/> 2.2 มารดามีปัญหาสุขภาพ                      <input type="checkbox"/> 2.3 ติดเชื้อหัดเยอรมัน</p> <p><input type="checkbox"/> 2.4 เด็กในท้องเป็นธาลัสซีเมีย                      <input type="checkbox"/> 2.5 อื่นๆ (ระบุ).....</p> <p><input type="checkbox"/> 3. ทำแท้งเพราะไม่พร้อมที่จะมีบุตร                      <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ (ระบุ).....</p> |  |
| <p>Q7915 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q7913a ระบุสถานที่ทำแท้ง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> Q7915a โรงพยาบาล                      <input type="checkbox"/> Q7915b คลินิกเอกชน                      <input type="checkbox"/> Q7915c หมอพื้นบ้าน</p> <p><input type="checkbox"/> Q7915d ซื้อมากินเอง                      <input type="checkbox"/> Q7915e อื่นๆ.....</p>   |  |
| <p>Q7916 ท่านเคยได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขใช่หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ใช่                      <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q7918</p>  |  |
| <p>Q7917 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q7916 ท่านตรวจมะเร็งปากมดลูกครั้งล่าสุดผ่านมานานเท่าใด.....ปี.....เดือน</p>   | <p>ปี                      เดือน</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/>                      <input type="text"/> <input type="text"/></p> |

