



5 □ □ □ □ □ □ □ □

กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป

แบบบันทึกข้อมูลของผู้เข้าร่วม

โครงการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2556-7

วัน เดือน ปี(พ.ศ.) ที่สัมภาษณ์.....PSU number.....จังหวัด.....

ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี.....เดือน.....วัน

รายการ	หน้า	เก็บข้อมูลแล้ว <input checked="" type="checkbox"/>	ชื่อเจ้าหน้าที่ เก็บข้อมูล	ผู้ตรวจ แบบสัมภาษณ์แล้ว <input checked="" type="checkbox"/>	หมายเหตุ
ลงนามในใบยินยอม		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
1. ตัวอย่างปัสสาวะ					
- ปัสสาวะตอนเช้า		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- เก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง*		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
2. เจาะเลือด					
- ทัวไป		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- OGTT*		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
3. ตรวจร่างกาย					
- ชั่งน้ำหนัก		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- วัดส่วนสูง		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- วัดความยาวช่วงแขน		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- วัดรอบเอว		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- วัดสะโพก		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
4. วัดความดันเลือดและชีพจร		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
5. ตอบแบบสอบถามครบถ้วน		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
6. การตรวจพิเศษ					
- ทดสอบแรงบีบมือ		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- Near vision		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- ทดสอบการเดิน (Walk Test)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- 24-hour recall*		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

* เฉพาะ Subgroup

รายการแบบสัมภาษณ์กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป

ส่วนประกอบของแบบสัมภาษณ์	รหัส	หน้า
หมวดที่ Q1000 การตรวจร่างกาย		
1. น้ำหนัก ส่วนสูง	Q1000-Q1002	2
2. เส้นรอบเอว	Q1003-Q1004	2
3. เส้นรอบสะโพก	Q1005-Q1006	2-3
4. ความดันเลือดและชีพจร	Q1007-Q1012	3-4
5. การเดินจับเวลา	Q1013-Q1016	4-5
6. ทดสอบการมองเห็น	Q1017-Q1019	5
7. การทดสอบแรงบีบมือ	Q1020-Q1024	5-6
8. ลักษณะร่างกายทั่วไป	Q1025	6
หมวดที่ Q2000 ข้อมูลส่วนบุคคล		
• ส่วนที่ Q2100 ข้อมูลส่วนบุคคล	Q2101-Q2111	6-7
• ส่วนที่ Q2200 การทำงานและรายได้	Q2201-Q2207	8-9
• ส่วนที่ Q2300 ลักษณะการอยู่อาศัย และการปรับปรุงบ้าน	Q2301-Q2309	9-10
• ส่วนที่ Q2400 ผู้ดูแลปรนนิบัติท่านในกิจวัตรประจำวัน	Q2401-Q2403	10-11
• ส่วนที่ Q2500 ท่านต้องรับการะเลียงบุคคลต่อไปนี้หรือไม่ (ด้านเศรษฐกิจ)	Q2501-Q2506	11
หมวดที่ Q3000 สถานะสุขภาพ		
• ส่วนที่ Q3100 สุขภาพโดยรวม	Q3101-Q3102	12
• ส่วนที่ Q3200 การนอนหลับ/ความกระปรี้กระเปร่า	Q3200-3202	12
• ส่วนที่ Q3300 การมองเห็น	Q3301-Q3304	12
หมวดที่ Q4000 การวัดภาวะพึ่งพาใน การ ประกอบกิจวัตรประจำวัน	Q4001-Q4010	13-14
หมวดที่ Q5000 คุณภาพชีวิต (5 ระดับ) และ การวัด Visual analogue scale		15
หมวดที่ Q6000 สภาพสมองในผู้สูงอายุ และ สุขภาพจิต		
• Q6100 สภาพสมองในผู้สูงอายุ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-THAI 2002)	Q6101-Q6113	18-22
• Q6200 สุขภาพจิต		
หมวดที่ Q7000 โรคเรื้อรัง		23
• Q7100 ฟันและการบดเคี้ยว	Q7101-Q7103	29
• Q7200 การได้ยิน	Q7201-Q7203	29
• Q7300 การหกล้ม	Q7301-Q7306	29-31
• Q7400 อนามัยเจริญพันธุ์ (สำหรับเพศหญิง)	Q7401	31
หมวดที่ Q8000 พฤติกรรมสุขภาพ/พฤติกรรมเสี่ยง		
• ส่วนที่ Q8000 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	Q8001-Q8005	31
• ส่วนที่ Q8100 กิจกรรมทางกาย		31
• ส่วนที่ Q8200 การสูบบุหรี่	Q8201-Q8202	33
• ส่วนที่ Q8300 การดื่มแอลกอฮอล์	Q8301-Q8316	35-39
• ส่วนที่ Q8400 การใช้ยาและอาหารเสริม		39
• ส่วนที่ Q8500 การกินอาหาร		43
หมวดที่ Q9000 สิทธิและสวัสดิการทางสุขภาพ	Q9000a-Q9000d	49

Qcode

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย

ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2556-7

กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป)

ข้อปฏิบัติที่สำคัญในการบันทึกคำตอบ

ก. ให้ใช้ปากกาถูกลิ้นในการบันทึกข้อมูลเท่านั้น

ข. การบันทึกข้อมูลตัวเลขในช่องสี่เหลี่ยม ให้บันทึกด้วยตัวเลขอารบิกตามลักษณะต่อไปนี้เท่านั้น

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

ค. ให้กาเครื่องหมาย X ลงในช่องสี่เหลี่ยม หน้าข้อคำตอบที่ต้องการ ดังตัวอย่าง

ง. ให้บันทึกข้อความที่เป็นคำตอบลงบนเส้นประ

ใบยินยอม

ผู้ตอบสัมภาษณ์ได้รับฟังและลงนามในใบยินยอมด้วยความสมัครใจแล้วใช่หรือไม่

1. ใช่ → Q0001 2. ไม่ใช่ กรุณาอ่านใบยินยอมด้วยความสมัครใจ

ผู้ตอบสัมภาษณ์ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยและลงนามเรียบร้อยแล้ว ใช่หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ ให้หยุดการสัมภาษณ์

ที่ตั้งของชมรมอาคาร / หมู่บ้านตัวอย่าง

Q0001 ลำดับที่การลงทะเบียน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (qcode เดียวกับในแบบ ps-01)

ชุดที่ 1. ชุดที่ 1 2. ชุดที่ 2 3. ชุดที่ 3

ลำดับที่บุคคลตัวอย่าง

--	--	--

Q0002 ภาค

1. เหนือ 2. กลาง 3. ตะวันออกเฉียงเหนือ
 4. ใต้ 5. กรุงเทพมหานคร

Q0003 จังหวัด

.....

--	--

Q0004 อำเภอ

.....

--	--

Q0005 เขตการปกครอง

1. ในเขตเทศบาล ชื่อ..... 2. นอกเขตเทศบาล

Q0006 Primary Sampling Unit (PSU)

..... รหัส

--	--	--

 PSU

Q0007 บ้านเลขที่/ถนน

.....

Q0008 ตำบล

.....

--	--

Q0009 รหัสไปรษณีย์

.....

--	--	--	--	--

Qcode		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Q0010 ชื่อ-สกุล ผู้ให้ข้อมูล.....									
Q0011 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน	<input type="text"/>								
Q0012 เบอร์โทรศัพท์บ้านที่ติดต่oได้	<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"/>
Q0013 เบอร์โทรศัพท์มือถือที่ติดต่oได้	<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"/>
Q0014 เวลาที่เริ่มทำการสัมภาษณ์ ให้บันทึกเวลา ในระบบ 24 ชั่วโมง				ชั่วโมง:นาที			<input type="text"/> : <input type="text"/>		
Q0015 วันเดือนปีที่ทำการสัมภาษณ์ วันที่/เดือน/ปีพ.ศ.				วัน : เดือน : ปี			<input type="text"/> : <input type="text"/> : 2 5 5 <input type="text"/>		
ลงชื่อ..... (ผู้ถูกสำรวจ) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....				รหัสผู้สัมภาษณ์ <input type="text"/> (รหัสผู้สัมภาษณ์) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....					
				รหัสผู้ตรวจ <input type="text"/> (ชื่อ-สกุล ผู้ตรวจแบบสอบถาม) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....					
Q0016 ท่านได้กินอาหารหรือเครื่องดื่มนอกจากน้ำเปล่าภายใน 12 ชั่วโมงก่อนหน้าหรือไม่? <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่									
หมวดที่ Q1000 การตรวจร่างกาย (กรณีที่มีภูมิต้านทานหรือไม่สามารถวัดได้ให้กาเครื่องหมาย x ลงในช่อง 'ไม่สามารถวัดได้')									
1. น้ำหนักและส่วนสูง									
ต่อไปนี้จะเป็นการวัดส่วนสูง (นกะ/ครับ) ในการวัดส่วนสูง กรุณาถอดรองเท้า ยืนตรงมองไปข้างหน้า									
Q1000 ความสูงตามบัตรประชาชน (ดูในบัตรประชาชน)				<input type="text"/>			เซนติเมตร		
Q1001 ความสูงเซนติเมตร (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง) <input type="checkbox"/> ไม่สามารถวัดได้				<input type="text"/>			เซนติเมตร		
ต่อไปจะเป็นการชั่งน้ำหนัก (นกะ/ครับ) กรุณาถอดรองเท้าและขึ้นยืนบนเครื่องชั่งน้ำหนักและจะทำการวัด รอบเอว รอบสะโพก โดยใช้สายวัด									
Q1002 น้ำหนัก กิโลกรัม (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง) <input type="checkbox"/> ไม่สามารถวัดได้				<input type="text"/>			กิโลกรัม		
2. เส้นรอบเอว <input type="checkbox"/> ไม่สามารถวัดได้									
Q1003 เส้นรอบเอว วัดครั้งที่ 1 เซนติเมตร (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)				<input type="text"/>			เซนติเมตร		
Q1004 เส้นรอบเอว วัดครั้งที่ 2 เซนติเมตร (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)				<input type="text"/>			เซนติเมตร		
3. เส้นรอบสะโพก <input type="checkbox"/> ไม่สามารถวัดได้									
Q1005 เส้นรอบสะโพก วัดครั้งที่ 1 เซนติเมตร (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)				<input type="text"/>			เซนติเมตร		
Q1006 เส้นรอบสะโพก วัดครั้งที่ 2 เซนติเมตร (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)				<input type="text"/>			เซนติเมตร		
แบบผู้สูงอายุ ครั้งที่ 5 v1.2 8/10/2556								หน้า2จาก45	

4. ความดันเลือดและชีพจร

ผม (ดิฉัน) ขออนุญาตวัดความดันเลือดและชีพจร กรุณานั่งตัวตรง หลังจากสวมที่หุ้มแขน ให้ตำแหน่งที่วัดอยู่ระดับหัวใจ จะทำการวัด 3 ครั้ง ซึ่งที่หุ้มแขนจะบีบแขนของท่านเล็กน้อย กรุณาผ่อนคลายตามสบาย

ผู้สัมภาษณ์: ควรให้ผู้ตอบสัมภาษณ์นั่งตัวตรงสงบอย่างน้อย 5 นาที สาธิตวิธีการวางแขนบน โต๊ะขณะที่เครื่องวัดความดันกำลังวัด ใส่ปลอกแขนให้ตรงกับตำแหน่งหัวใจระดับหน้าอกของผู้ตอบสัมภาษณ์เมื่อการวางตำแหน่งและจัดท่านั่งถูกต้องและผู้ตอบสัมภาษณ์ผ่อนคลาย ให้กดปุ่มเริ่มวัด สังเกตว่าเครื่องวัดเริ่มทำงาน ทำการวัดความดันเลือดและชีพจร 3 ครั้ง โดยระหว่างการวัดแต่ละครั้งให้พักอย่างน้อย 1 นาที และไม่ต้องถอดปลอกแขนออกระหว่างการวัด และห้ามพูดคุยขณะวัดความดันทั้งผู้วัดและผู้ถูกวัดความดันเลือด

ให้คำแนะนำ วัดความดันเลือด แขน ขวา และวัดท่านั่ง

Q1007 ขนาดของที่รัดแขนที่ใช้

1. เล็ก (S)

2. กลาง (M)

3. ใหญ่ (L)

Q1008 ค่าความดันสูงสุดที่บีบลม (มม.ปรอท)

--	--	--

มม.ปรอท

Q1009 ครั้งที่ 1 เวลาที่วัด (ให้บันทึกเวลาในระบบ 24 ชั่วโมง)

	:		
--	---	--	--

Q1009a ซิสโตลิก (มม.ปรอท)

--	--	--

มม.ปรอท

Q1009b ไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)

--	--	--

มม.ปรอท

Q1009c ชีพจรที่วัดได้ในเวลา 60 วินาที สม่าเสมอหรือไม่ (ดูจากเครื่องวัดความดันเลือด)และเป็นจำนวนกี่ครั้ง

1. ใช่

2. ไม่ใช่

ชีพจร

--	--	--

ครั้ง

ผู้สัมภาษณ์: บอกให้ผู้ตอบสัมภาษณ์ให้ผ่อนคลายช่วงแขน และพัก 1 นาที ก่อนวัด ไม่ควรถามคำถามใดๆ กับผู้ตอบสัมภาษณ์ระหว่างนี้ ขออนุญาตวัดความดันเลือดครั้งที่สอง (นะคะ/ครับ)

Q1010 ครั้งที่ 2 เวลาที่วัด (ให้บันทึกเวลาในระบบ 24 ชั่วโมง)

	:		
--	---	--	--

Q1010a ซิสโตลิก (มม.ปรอท)

--	--	--

มม.ปรอท

Q1010b ไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)

--	--	--

มม.ปรอท

Q1010c ชีพจรที่วัดได้ในเวลา 60 วินาที สม่าเสมอหรือไม่ (ดูจากเครื่องวัดความดันเลือด)และเป็นจำนวนกี่ครั้ง

1. ใช่

2. ไม่ใช่

ชีพจร

--	--	--

ครั้ง

ผู้สัมภาษณ์: บอกให้ผู้ตอบสัมภาษณ์ให้ผ่อนคลายช่วงแขน และพัก 1 นาที ก่อนวัด ไม่ควรถามคำถามใดๆ กับผู้ตอบสัมภาษณ์ระหว่างนี้ ขออนุญาตวัดความดันเลือดครั้งที่สอง (นะคะ/ครับ)

Q1011 ครั้งที่ 3 เวลาที่วัด (ให้บันทึกเวลาในระบบ 24 ชั่วโมง)

	:		
--	---	--	--

Q1011a ซิสโตลิก (มม.ปรอท)

--	--	--

มม.ปรอท

Q1011b ไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)

--	--	--

มม.ปรอท

Q1011c ชีพจรที่วัดได้ในเวลา 60 วินาที สม่าเสมอหรือไม่ (ดูจากเครื่องวัดความดันเลือด)และเป็นจำนวนกี่ครั้ง

1. ใช่

2. ไม่ใช่

ชีพจร

--	--	--

ครั้ง

ถ้า ชีพจร 1 และ ชีพจร 2 หรือ ชีพจร 2 และ 3 ต่างกันร้อยละ 10 ให้วัดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

Q1012หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrythmia) หรือไม่

Qcode

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่

5. การเดินจับเวลา (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป)

ผู้สัมภาษณ์: ต่อไปจะเป็นการทดสอบการเดินระยะทาง 4 เมตร บนพื้นที่ราบเรียบและตรง ทำสัญลักษณ์บนพื้นเมื่อเริ่ม และสิ้นสุด ตรวจสอบว่าพื้นผิวนั้นเรียบและไม่มีสิ่งกีดขวาง โดยให้เดินจากตำแหน่งก่อนจุดตั้งต้น 1 เมตร โดยผู้สัมภาษณ์จะเดินตามข้างหลังผู้สูงอายุที่ทดสอบ

5.1 การเดินปกติ

ต่อไปนี่ (ผม/ดิฉัน) จะสังเกตการเดินตามปกติของท่าน (นะคะ/ครับ) ถ้าท่านใช้ไม้เท้าหรืออุปกรณ์ต่างๆในการช่วยเดินที่ทำให้เดินสะดวกขึ้น ก็สามารถนำมาใช้ได้ ในการเดินนี้ให้ท่านเดินจากจุดเริ่มต้นจนถึงจุดสิ้นสุดข้างหน้าที่มีเทปติดพื้นอยู่ ครั้งแรกเป็นการเดินปกติ (เหมือนเวลาเดินตามถนนเพื่อไปร้านค้า) โดย (ผม/ดิฉัน) จะเดินไปกับท่านด้วย(นะคะ/ครับ)

ผู้สัมภาษณ์: สาธิตการเดิน

คุณรู้สึกว่าการเดินนี้ปลอดภัยหรือไม่? ถ้าตอบว่า “ใช่” ทดสอบต่อ

เมื่อเริ่มทดสอบ ให้พูดว่า “เตรียมพร้อม เริ่ม” (อย่าใช้เสียงดังนะคะ เขาอาจตกใจ)

เตรียมพร้อม เริ่ม

Q1013 ผู้ตอบสัมภาษณ์เดินด้วยความเร็วปกติตั้งแต่ต้นจนจบหรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่สำเร็จ/ปฏิเสธ 3. ไม่สำเร็จ/ไม่สามารถเดินได้แม้จะมีการช่วยเหลือ → Q1017

Q1014 ระยะเวลาในการเดิน 4 เมตร

		.		วินาที
--	--	---	--	--------

5.2 การเดินเร็ว

ต่อไปจะเป็นการทดสอบการเดินเร็ว, ในครั้งนี้ ให้ผู้ตอบสัมภาษณ์เดินเร็วที่สุดเท่าที่รู้สึกว่าการเดินแล้วปลอดภัย

ผู้สัมภาษณ์: สาธิตการเดินเร็ว

เมื่อเริ่มทดสอบ ผู้สัมภาษณ์พูดว่า “เตรียมพร้อม เริ่ม”

Q1015 ผู้ตอบสัมภาษณ์เดินด้วยความรวดเร็วตั้งแต่ต้นจนจบหรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่สำเร็จ/ปฏิเสธ/ไม่สามารถเดินได้..... → Q1017

Q1016 ระยะเวลาในการเดิน 4 เมตร

		.		วินาที
--	--	---	--	--------

6. ทดสอบการมองเห็น (Vision test)

ต่อไปเป็นการทดสอบการมองเห็นระยะใกล้

การมองเห็นระยะใกล้ (ถ้าผู้เข้าทดสอบปกติได้แว่นสายตา, ขอให้ใส่ตามปกติขณะทดสอบ)

ผู้สัมภาษณ์ : ให้วางแผ่น Near Vision Chart ระหว่าง นิ้วชี้กับนิ้วกลางของผู้ตอบสัมภาษณ์ และมือข้างหนึ่งปิดตา มืออีกข้างหนึ่งถือ Chart อ่านออกเสียง ให้แผ่นชาร์ตอยู่ห่างจากตาผู้ตอบสัมภาษณ์ ระยะ 40 เซนติเมตร ให้อ่านแต่ละแถว ถ้าแถวใดอ่านผิด 3 คำขึ้นไปให้จบการทดสอบ จดระยะของแถวตัวอักษรตัวเล็กที่สุดที่สามารถอ่านได้ (ผิดน้อยกว่า 3 คำ)

ต่อไปเป็นการทดสอบการมองเห็นระยะใกล้ เริ่มที่ตาซ้าย กรุณาปิดตาขวาด้วยมือขวา

Q1017 ปกติท่านใช้แว่นสายตาในการอ่านหนังสือระยะใกล้หรือไม่ 1. ใช่ 2. ไม่

		Qcode	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Q1018a การมองใกล้ – ตาซ้าย	Distance Equivalent			<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Q1018b การมองใกล้ – ตาขวา	Distance Equivalent			<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Q1019 ผู้เข้าทดสอบ ใส่แว่นสายตาคณะตรวจใช้หรือไม่		<input type="checkbox"/>	1. ใช่	<input type="checkbox"/>	2. ไม่				
<p>7. การทดสอบแรงบีบมือ (Grip Strength)</p> <p>การคัดกรอง: ถ้าเห็นผู้ตอบสัมภาษณ์ มีปัญหาเกี่ยวกับ มือ แขน อย่างชัดเจนให้ข้ามการทดสอบนี้ ถ้าเคยได้รับการผ่าตัด แขน มือ หรือ ข้อมือข้างใดข้างหนึ่งในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา หรือมีอาการข้ออักเสบ ปวดเจ็บมือ ไม่ต้องทดสอบมือข้างนั้น ให้พิจารณาว่าใช้เครื่องวัดแรงบีบมือมีขนาดเหมาะสมกับขนาดมือผู้ถูกทดสอบต่อไปนี้จะเป็นการทดสอบความแข็งแรงของมือ</p> <p>Q1020 มือข้างไหนที่ท่านถนัด?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ซ้าย <input type="checkbox"/> 2. ขวา <input type="checkbox"/> 3. ทั้งสองมือ</p> <p>มือข้างที่ถนัด ถ้าผู้ตอบสัมภาษณ์ตอบว่าถนัดทั้งสองมือ ให้ถือว่ามือข้างที่ใช้ในการเซ็นชื่อ เขียนหนังสือ เป็นมือข้างที่ถนัด</p> <p>ให้ผู้ถูกทดสอบนั่ง ปลดมือข้างลำตัว ให้แขนท่อนบนแนบลำตัว งอข้อศอกขึ้นมา 90 องศาให้ ฝ่ามือหันเข้าด้านใน เหมือนกำลัง เช็ก แชนด์ หลังจากนั้นให้ใช้มือออกแรงบีบเครื่องวัดแรงบีบมือ</p> <p>ผู้สัมภาษณ์: สาทิด</p> <p>ผม (ดิฉัน) จะให้ท่านทดสอบแรงบีบมือแต่ละข้าง ข้างละสองครั้ง เริ่มด้วยมือซ้าย ถ้าท่านรู้สึกปวดหรือรู้สึกไม่สบายให้บอกด้วย เราจะหยุดการทดสอบ เมื่อผม (ดิฉัน) บอกให้ “บีบ” ให้ท่านออกแรงบีบให้แรงที่สุดเท่าที่ทำได้</p> <p>ผู้สัมภาษณ์: ตรวจสอบตำแหน่งการวางมือ และการจับอุปกรณ์ว่าถูกต้องหรือไม่</p> <p>เริ่ม เตรียมพร้อม “ บีบ บีบ บีบ!”</p>									
Q1021 ทดสอบแรงบีบครั้งที่ 1 –มือซ้าย		<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	กิโลกรัม			
Q1022 ทดสอบแรงบีบครั้งที่ 2 – มือซ้าย		<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	กิโลกรัม			
<p>ต่อไปทำการทดสอบเหมือนเดิม มืออีกข้างหนึ่ง ให้ถือเครื่องมือทดสอบไว้ที่มีมือขวา จะทำการทดสอบแรงบีบในอีกข้างหนึ่ง</p> <p>ผู้สัมภาษณ์: ตรวจสอบความถูกต้องของตำแหน่งการวางมือและการจับอุปกรณ์</p> <p>เริ่ม เตรียมพร้อม “ บีบ บีบ บีบ!”</p>									
Q1023 ทดสอบแรงบีบครั้งที่ 1 –มือขวา		<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	กิโลกรัม			
Q1024 ทดสอบแรงบีบครั้งที่ 2 – มือขวา		<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	กิโลกรัม			
<p>8. ลักษณะร่างกายทั่วไป</p> <p>Q1025 ลักษณะร่างกายทั่วไป(ผู้สัมภาษณ์ สังเกตดูร่างกายผู้ถูกสำรวจ)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2 ไม่ปกติ ระบุ.....</p> <p>Q 1026 ความพิการ (ตอบทุกข้อ) ผู้สัมภาษณ์ถาม และสังเกตดูลักษณะผู้ถูกสำรวจ</p>									
แบบผู้สูงอายุ ครั้งที่ 5 v1.2 8/10/2556							หน้า 5 จาก 45		

Qcode

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- | | | | |
|---|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1. พิจารณาการมองเห็น | <input type="checkbox"/> 1. ใช่ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> 3. ไม่แน่ใจ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> 2. พิจารณาการได้ยินหรือสื่อความหมาย | <input type="checkbox"/> 1. ใช่ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> 3. ไม่แน่ใจ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> 3. พิจารณาทางกายหรือการเคลื่อนไหว | <input type="checkbox"/> 1. ใช่ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> 3. ไม่แน่ใจ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> 4. พิจารณาทางจิตใจหรือพฤติกรรม | <input type="checkbox"/> 1. ใช่ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> 3. ไม่แน่ใจ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> 5. พิจารณาทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ | <input type="checkbox"/> 1. ใช่ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> 3. ไม่แน่ใจ ระบุ..... |

Q1027 ท่านมีบัตรผู้พิการหรือไม่

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. มี | <input type="checkbox"/> 2. ไม่มี |
|--------------------------------|-----------------------------------|

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

หมวดที่ Q2100 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้สัมภาษณ์: ชื่อคำถามในส่วนนี้ผู้สูงอายุตอบเอง หรือให้ผู้ดูแลใกล้ชิดเป็นผู้ตอบแทนในกรณีที่ผู้สูงอายุอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถตอบคำถามได้ด้วยตนเอง สำหรับชื่อคำถามที่ผู้ตอบแทนไม่ทราบข้อมูลให้ระบุอย่างชัดเจนว่าไม่ทราบ หรือไม่แน่ใจ

Q2101 ผู้ตอบแบบข้อคำถามคือใคร

1. ผู้สูงอายุตอบเอง
2. ผู้สูงอายุตอบร่วมกับผู้ดูแล/สมาชิกในครัวเรือน
3. ผู้ดูแล/สมาชิกในครัวเรือนเท่านั้น ระบุความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ
- 3.1 คู่ครอง 3.2 ลูก/หลาน 3.3 ญาติ/ลูกสะใภ้
- 3.4 ผู้รับจ้างดูแลผู้สูงอายุ 3.5 อื่นๆ (ระบุ).....
4. ไม่มีผู้ดูแลและไม่สามารถตอบแบบข้อคำถามได้ ให้จบการสัมภาษณ์

Q2102 สถานที่สัมภาษณ์

1. บ้านผู้สูงอายุ 2. ที่ศูนย์ตรวจร่างกายของโครงการสำรวจ

Q2103 เพศ

1. ชาย 2. หญิง

Q2104 วัน/เดือน/ปี พ.ศ. เกิดของท่าน

วัน / เดือน (01-12) / ปี พ.ศ.

		/			/	2			
--	--	---	--	--	---	---	--	--	--

Q2105 อายุเต็มปีของผู้สูงอายุนับถึงวันที่เก็บข้อมูล (ให้ยึดตามหลักฐาน เช่น บัตรประจำตัวประชาชนหรือ ทะเบียนบ้าน)

		ปี			เดือน			วัน
--	--	----	--	--	-------	--	--	-----

Q2106 ผู้สูงอายุเกิดที่จังหวัด.....

		(รหัสจังหวัดตามคู่มือ)
--	--	------------------------

Q2107 ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในจังหวัดปัจจุบันเป็นระยะเวลา.....ปี.....เดือน

ปี / เดือน

		/		
--	--	---	--	--

Q2108 ขณะนี้ผู้สูงอายุนับถือศาสนาอะไร

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

Q2109 สถานภาพสมรสของท่านในปัจจุบัน

1. โสด 2. สมรส/ อยู่ในบ้านเดียวกัน 3. สมรส/ อยู่คนละบ้าน
4. หม้าย 5. หย่า/ เลิก 6. อื่นๆ (ระบุ).....

Q2110 ท่านได้รับการศึกษามัธยมศึกษาในสถานศึกษาเป็นเวลาทั้งสิ้นกี่ปี ปี (ไม่นับอนุบาล)

Q2111 ท่านสำเร็จการศึกษามัธยมศึกษาสูงสุดระดับใด

1. ไม่เคยเรียน 2. ประถมศึกษาหรือน้อยกว่า (1-7ปี)
3. มัธยมศึกษาตอนต้น (1-3ปี) 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (1-3ปี)
5. ปวส./อนุปริญญา (1-3ปี) 6. ปริญญาตรีและสูงกว่า (4-6ปี)
7. เปรียญ 8. อื่นๆ (ระบุ).....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Q2200 การทำงานและรายได้

Q2201 ในปัจจุบัน ท่านยังทำงานอยู่ใช่หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q2205

Q2202 อาชีพของท่านในปัจจุบัน ระบุ.....(เลือกตอบเพียงข้อเดียว)

1. ผู้ประกอบอาชีพงานพื้นฐาน ผู้ใช้แรงงาน คนงาน (รับจ้าง ทำนา ทำสวน กรรมกร รับจ้างเป็นแม่บ้านทำความสะอาด/ซักรีด เร่ขายของข้างถนน ส่งข่าวสาร/ชนของ ขามรักษาการณ์ กวาดถนน เก็บขยะ ฯลฯ)
2. ผู้ปฏิบัติงานที่มีฝีมือด้านการเกษตรและการประมง เช่น เกษตรกรปลูกพืชไร่ ชาวนา ชาวสวน ชาวไร่ เลี้ยงสัตว์ ชาวประมง เพาะเลี้ยงสัตว์ ฯลฯ
3. ผู้ควบคุมเครื่องจักร โรงงานและเครื่องจักรการผลิตผลิตภัณฑ์ต่างๆ เครื่องทอผ้า เครื่องจักรที่เคลื่อนที่ ขับรถยนต์ จักรยานยนต์ ขับเรือ และผู้ปฏิบัติงานด้านการประกอบการผลิตภัณฑ์ ฯลฯ
4. ผู้ปฏิบัติงานในธุรกิจด้านความสามารถทางฝีมือและธุรกิจที่เกี่ยวข้อง เช่น การก่อสร้าง ก่ออิฐ งานไม้ มุงหลังคา ด้านโลหะ เช่น ช่างเชื่อมตัดโลหะ ช่างฝีมือ และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องสาขาต่างๆ ก่อสร้าง ช่างเฟอร์นิเจอร์ จักรสาน หัตถกรรม ฯลฯ
5. เสมียนในสำนักงาน เลขานุการ พนักงานพิมพ์ดีด เสมียนบริการลูกค้า แคชเชียร์ พนักงานต้อนรับ ฯลฯ
6. พนักงานบริการและผู้จำหน่ายสินค้าในร้านและตลาด พนักงานบริการส่วนบุคคล บริการป้องกันภัย พ่อครัว แม่ครัว ช่างแต่งผมตัดผม พนักงานต้อนรับ พนักงานดูแล (พี่เลี้ยง) เจ้าของร้านค้าขนาดเล็ก ขายอาหารสด/อาหารพร้อมบริโภคข้างถนน ขายของในตลาดแผงลอย เจ้าหน้าที่ตำรวจ/พนักงานดับเพลิง นายแบบ/นางแบบ ฯลฯ
- 7.ช่างเทคนิคสาขาต่างๆ และผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (ช่างเทคนิคทางวิศวะ, ทางวิทยาศาสตร์, ทางคอมพิวเตอร์,ผู้ช่วยด้านการแพทย์ นายหน้าทางการค้า ตัวแทนขายประกัน ตัวแทนซื้อขายอสังหาริมทรัพย์ ฯลฯ)
8. ผู้ประกอบวิชาชีพด้านต่างๆ นักวิชาการทุกสาขา (วิศวะ สถาปนิก วิทยาศาสตร์ สังคม แพทย์ ทันตแพทย์ เกษษ พยาบาล นักบัญชี ทนาย นักกฎหมาย นักเขียนนักเศรษฐศาสตร์ ครูอาจารย์ ฯลฯ)
9. ผู้บริหาร ข้าราชการอาวุโสและผู้บัญญัติกฎหมาย นิติบัญญัติ ตุลาการ และผู้บริหารระดับสูงทั้งรัฐและเอกชน ผู้จัดการต่างๆ ฯลฯ
10. ทหาร
- 11.นักเรียน นักศึกษา
12. ไม่มีอาชีพ เช่น เป็นพ่อ/แม่บ้าน (ดูแลบ้าน ไม่มีรายได้)
13. อาชีพอื่นๆ ระบุ.....

Q2203 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q2201 ท่านทำงานในฐานะอะไร (ตอบเฉพาะงานหลักที่ท่านผู้สูงอายุให้ความสำคัญมากที่สุด)

1. เจ้าของหรือผู้ดำเนินกิจการเอง 2. ลูกจ้างรัฐบาล/ รัฐวิสาหกิจ
3. ลูกจ้างเอกชน 4. สมาชิก/ การรวมกลุ่ม
5. ผู้ปฏิบัติงานโดยไม่ได้รับค่าจ้าง

Q2204 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q2201 เหตุผลสำคัญที่สุดที่ท่านยังทำงานอยู่ (ตอบทุกข้อ)

- Q2204a ต้องการรายได้เลี้ยงครอบครัว/ตนเอง 1. ใช่ 2. ไม่ใช่
- Q2204b สุขภาพแข็งแรง/ยังมีแรงทำงาน 1. ใช่ 2. ไม่ใช่
- Q2204c เป็นอาชีพประจำ ไม่มีผู้ดูแลแทน 1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Qcode

- Q2204d ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ 1. ใช่ 2. ไม่ใช่
- Q2204e ช่วยบุตรและสมาชิกในครอบครัว 1. ใช่ 2. ไม่ใช่
- Q2204f อื่นๆ ระบุ..... 1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q2205 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีรายได้หรือทรัพย์สินในการเลี้ยงชีพตนเอง/ครอบครัวจากแหล่งต่อไปนี้ใช่หรือไม่ (ตอบทุกข้อ)

แหล่งที่มาของรายได้	ใช่	ไม่ใช่	แหล่งที่มาของรายได้	ใช่	ไม่ใช่
Q2205a การทำงาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q2205f คู่สมรส	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q2205b บำเหน็จ บำนาญ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q2205g ลูก/หลาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q2205c เงินออมหรือดอกเบี้ยหรือทรัพย์สิน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q2205h พี่น้อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q2205d เงินกองทุนเลี้ยงชีพ หรือเบี้ยยังชีพ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q2205i ญาติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q2205e เงินสงเคราะห์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q2205j อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q2206 ท่านมีรายได้จากทุกแหล่งรวมกันประมาณเดือนละเท่าใด บาท

ไม่ตอบ/ไม่ทราบ

Q2207 ท่านคิดว่ารายได้ทั้งหมดที่ท่านได้รับจากทุกแหล่ง เพียงพอหรือไม่

1. เกินพอ 2. เพียงพอ 3. เพียงพอบางครั้ง 4. ไม่เพียงพอ

Q2300 ลักษณะการอยู่อาศัย และการปรับปรุงบ้าน

Q2301 ท่านอยู่กับใครในบ้านที่อยู่ในปัจจุบัน

1. อยู่คนเดียว 5. อยู่กับครอบครัวของญาติ

2. อยู่กับคู่สมรสเท่านั้น 6. อยู่กับครอบครัวผู้อื่น

3. อยู่กับบุตร (คู่สมรสอยู่ด้วยหรือไม่ก็ได้) 7. อื่นๆ ระบุ.....

4. อยู่กับครอบครัวบุตรและหลาน (3 รุ่น)

Q2302 ท่านอยู่ในครัวเรือนปัจจุบันในสถานะใด

1. หัวหน้าครัวเรือน 2. สมาชิก/ภรรยาของหัวหน้าครัวเรือน 3. อยู่กับบุตร

4. เป็นผู้อาศัยในบ้านญาติ พี่น้อง 5. เป็นผู้อาศัยในครัวเรือนผู้อื่น 6. อื่นระบุ.....

Q2303 ประเภทของบ้านที่อยู่อาศัย

1. บ้านชั้นเดียว ยกพื้นสูง 2. บ้านชั้นเดียว ไม่ยกพื้น

3. บ้าน/ตึกสองชั้นขึ้นไป (ทาว์นเฮ้าส์/ห้องชุด) 4. อื่นๆ ระบุ.....

Q2304 ในการดำรงชีวิตแต่ละวันต้องขึ้นลงบันไดใช่หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q2305 พื้นบ้านที่ท่านอยู่ เดินแล้วมีโอกาสลื่นล้มหรือไม่

1. ลื่น 2. ไม่ลื่น

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Q2306 บ้านที่พักได้มีการดัดแปลงให้เหมาะสมสำหรับวัยสูงอายุของท่านใช่หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q2307 บ้านของท่านอยู่ มีราวสำหรับยึดเกาะหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- Q2307a มีราวบันได 1. มี 2. ไม่มี
- Q2307b ราวเกาะในห้องนอน 1. มี 2. ไม่มี
- Q2307c ราวเกาะในห้องน้ำห้องส้วม 1. มี 2. ไม่มี

Q2308 ลักษณะของห้องที่ใช้นอน ดังต่อไปนี้

- Q2308a อยู่ชั้นล่าง 1. ใช่ 2. ไม่ใช่
- Q2308b นอนบนเตียง 1. ใช่ 2. ไม่ใช่
- Q2308c นอนที่พื้นห้อง 1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q2309 ลักษณะการใช้ส้วม

1. นั่งห้อยขา 2. นั่งยองๆ 3. อื่นๆ ระบุ.....

Q2400 ผู้ดูแลปรนนิบัติท่านในกิจวัตรประจำวัน

Q2401 ท่านจำเป็นต้องมีผู้ดูแลปรนนิบัติท่านในกิจวัตรประจำวันหรือไม่

1. ไม่จำเป็น/สามารถดูแลตนเองได้ 2. ต้องการผู้ดูแลกิจกรรมบางอย่าง 3. ต้องพึ่งผู้ดูแลทั้งหมด

Q2402 ในปัจจุบันนี้ ผู้สูงอายุมีผู้ดูแลใช่หรือไม่ (โปรดตอบตามความเป็นจริง)

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q2500

Q2403 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q2402 ใครเป็นผู้ดูแลปรนนิบัติท่านในกิจวัตรประจำวันมากที่สุด

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. คู่สมรส | <input type="checkbox"/> 2. บุตรชาย |
| <input type="checkbox"/> 3. บุตรหญิง | <input type="checkbox"/> 4. พ่อ/แม่ |
| <input type="checkbox"/> 5. บุตรของบุตร (หลาน) | <input type="checkbox"/> 6. พี่/น้อง |
| <input type="checkbox"/> 7.ญาติ | <input type="checkbox"/> 8. เพื่อนบ้าน |
| <input type="checkbox"/> 9. พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล | <input type="checkbox"/> 10. ผู้รับจ้างดูแล |
| <input type="checkbox"/> 11. อื่นๆ ระบุ..... | |

Q2500 ท่านต้องรับภาระเลี้ยงดูบุคคลต่อไปนี้หรือไม่ (ด้านเศรษฐกิจ)

Q2501 จำนวนรวม	<input type="text"/> <input type="text"/>	คน ถ้าไม่มีให้บันทึก 00
Q2502 บิดา/มารดาของตนเองและคู่สมรส	<input type="text"/> <input type="text"/>	คน
Q2503 คู่สมรสของท่าน	<input type="text"/> <input type="text"/>	คน
Q2504 บุตร	<input type="text"/> <input type="text"/>	คน
Q2505 ญาติ	<input type="text"/> <input type="text"/>	คน
Q2506 อื่นๆ ระบุ.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	คน

หมวดที่ Q3000 สถานะสุขภาพ

Q3100 สุขภาพโดยรวม

Q3101 โดยทั่วไปท่านประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมในวันนี้ของท่านให้อยู่ในระดับใด ขอให้ท่านพิจารณาทั้งภาวะสุขภาพร่างกายและภาวะสุขภาพจิตใจ (ภาพประกอบการสัมภาษณ์ฯ หน้า 9)

1. ดีมาก 2. ดี 3. ปานกลาง
 4. ไม่ดี 5. ไม่ดีมาก

Q3102 โดยรวมแล้ว ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านคิดว่าท่านมีความยากลำบากแค่ไหน ในการทำงานหรือกิจกรรมในบ้าน (ภาพประกอบการสัมภาษณ์ฯ หน้า 10)

1. ไม่มีปัญหา 2. มีปัญหาเล็กน้อย 3. มีปัญหাপานกลาง
 4. มีปัญหาค่อนข้างมาก 5. ไม่ดี/ทำไม่ได้เลย

Q3200 การนอนหลับ / ความกระปรี้กระเปร่า

Q3200 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเข้านอน และตื่นนอนเวลาใด (เฉพาะกลางคืน) (โดยบันทึกแบบระบบ 24 ชั่วโมง)

Q3200a วันธรรมดา เข้านอน ชม.: นาที ตื่นนอน ชม.: นาที

Q3200b วันหยุด เข้านอน ชม.: นาที ตื่นนอน ชม.: นาที

การนอนหลับ	ไม่มีปัญหา 1	มีเล็กน้อย 2	มีปานกลาง 3	รุนแรงมาก 4	รุนแรงที่สุด 5
Q3201 โดยรวมแล้วในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ เช่น หลับยาก ตื่นบ่อยตอนกลางคืน หรือตื่นเช้าเกินไปในระดับใด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q3202 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาอันเนื่องมาจากความรู้สึกว่าพักผ่อนไม่เพียงพอและรู้สึกไม่สดชื่นในตอนกลางวัน ในระดับใด (ปัญหาในที่นี้ หมายถึง พลังและความกระปรี้กระเปร่าที่ลดลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน เช่น ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ลุล่วงหรือไม่สามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Q3300 การมองเห็น

คำถามข้อนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงความยากลำบากเกี่ยวกับการมองเห็นของบุคคลที่รายงานด้วยตัวเอง ไม่ใช่เป็นการวินิจฉัยของพนักงานสัมภาษณ์หรือนักวิจัย

Q3301 ท่านใส่แว่นตาหรือคอนแทคเลนส์ในการมองระยะไกลหรือไม่ (เช่น มองไปอีกฟากหนึ่งของถนน)

 1. ใช่

 2. ไม่ใช่

Q3302 ท่านใส่แว่นตาหรือคอนแทคเลนส์ในการมองระยะใกล้หรือไม่ (เช่น การอ่านหนังสือ ระยะห่างประมาณ 1 ช่วงแขน)

 1. ใช่

 2. ไม่ใช่

ในการตอบข้อ Q3303 และ Q3304 ให้ท่านนึกถึงความสามารถในการมองเห็นของท่านในสภาพอากาศหรือสภาพแวดล้อมปกติ ไม่ใช่สภาพอากาศที่มีหมอกจางจัด มีฝนตกหนัก หรือมีพายุ ซึ่งอาจบดบังการมองเห็นของท่าน สำหรับท่านที่ใส่แว่นสายตาหรือคอนแทคเลนส์ ให้ท่านรายงานความสามารถในการมองเห็นขณะที่ใส่แว่นสายตาหรือคอนแทคเลนส์อยู่

ไม่ลำบาก	ลำบากเล็กน้อย	ลำบากปานกลาง	ลำบากมาก	ลำบากมากที่สุด
1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q3303 โดยรวมแล้ว ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีความยากลำบากในการมองเห็นคนที่ซึ่งอยู่อีกฟากหนึ่งของถนนได้ชัดพอสมควร(หรือในระยะห่างประมาณ 20 เมตร) หรือไม่ในระดับใด

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Q3304 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีความยากลำบากในการมองเห็นและการให้รายละเอียดสิ่งของซึ่งวางอยู่ในระยะห่างประมาณหนึ่งช่วงแขน หรือระยะอ่านหนังสือในระดับใด

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

หมวดที่ Q4000 การวัดภาวะพึ่งพาใน การ ประกอบกิจวัตรประจำวัน

คำจำกัดความ : การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

Q4001 รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding)

 0. ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้

 1. ดักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนดักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็กๆไว้ล่วงหน้า

 2. ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

Q4002 ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming)

 0. ต้องการความช่วยเหลือ

 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Q4003 ลูกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer)

0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมายังจะนั่งอยู่ได้
2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
3. ทำได้เอง

Q4004 ใช้ห้องน้ำ (Toilet use)

0. ช่วยตัวเองไม่ได้
1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระถอดใส่ เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

Q4005 การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility)

0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

Q4006 การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing)

0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย
1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

Q4007 การขึ้นลงบันได 1 ชั้น ซึ่งมีประมาณ 8-10 ขั้น (Stairs)

0. ไม่สามารถทำได้
1. ต้องการคนช่วย
2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

Q4008 การอาบน้ำ (Bathing)

0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
1. อาบน้ำเองได้

Q4009 การกลั้น การถ่ายอุจจาระไม่ออกในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels)

0. กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
2. กลั้นได้เป็นปกติ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Q4010 การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder)

0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ
1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
2. กลั้นได้เป็นปกติ

ท่านสามารถทำกิจกรรมต่อไปนี้ได้ด้วยตัวเองหรือไม่ (Instrumental Activities of Daily Livings)

การทำงานบ้าน	ไม่เคยทำ (4)	ทำได้เอง (3)	ต้องมีผู้อื่นช่วย หรือใช้อุปกรณ์ (2)	ทำไม่ได้เลย (1)
Q4011 ใช้เงิน นับเงิน ทอนเงิน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4012 จัดยากินเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4013 งานบ้านอย่างเบา (กวาดบ้าน/ เก็บของ/ทำเตียง)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4014 งานบ้านอย่างหนัก (ถูบ้าน/ ตักน้ำ/ยกของ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4015 ตัดเล็บเท้า ด้วยตัวเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ท่านมีปัญหาหรือความลำบากในการทำกิจกรรมต่อไปนี้เพียงใด (Functional limitations)

ความจำกัดในการทำหน้าที่	ไม่เคยทำ (4)	ทำได้เอง (3)	ทำได้ต้องมีผู้อื่นช่วย หรือใช้อุปกรณ์ หรือ ต้องหยุดพัก (2)	ทำไม่ได้เลย (1)
Q4016 เดินออกนอกบ้านมากกว่า 15 นาทีในแต่ละครั้ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4017 หัวของหนัก เช่น หัวของก๊อบจากตลาดหรือจากห้าง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4018 เดินไกลรวดเดียวอย่างน้อย 400 เมตร หรือประมาณ 10 ช่วงเสาไฟฟ้า หรือ 8 ช่วงตึก (ห้องแถว)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4019 ออกนอกบ้านได้โดยขับรถเอง/นั่งรถประจำทาง/รถเครื่อง/รถสองแถว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ท่านมีปัญหาหรือความลำบากในการทำกิจกรรมต่อไปนี้หรือไม่ (Communication)

การติดต่อสื่อสาร	ไม่เคยทำ (4)	ทำได้เองอย่าง สม่ำเสมอ (3)	ทำได้บ้าง (2)	ทำไม่ได้เลย (1)
Q4020 การพูดคุยสื่อสารกับคนในครอบครัว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4021 การติดต่อสื่อสารกับเพื่อนบ้านกรณีจำเป็น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4022 ใช้โทรศัพท์โทรออก กดเบอร์เอง และรับเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

หมวดที่ Q5000 คุณภาพชีวิต (5 ระดับ) และการวัด Visual analogue scaleวันนี้ สุขภาพของท่านใน 5 ด้านต่อไปนี้เป็นอย่างไร (โปรดทำเครื่องหมาย X ใน หน้าข้อที่ตรงกับท่านมากที่สุด)

Q5001 การเคลื่อนไหว

- 1. ท่านไม่มีปัญหาในการเดิน
- 2. ท่านท่านมีปัญหาในการเดินเล็กน้อย
- 3. ท่านมีปัญหาในการเดินปานกลาง
- 4. ท่านมีปัญหาในการเดินอย่างมาก
- 5. ท่านเดินไม่ได้

Q5002 การดูแลตนเอง

- 1. ท่านไม่มีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง
- 2. ท่านมีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองเล็กน้อย
- 3. ท่านมีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองปานกลาง
- 4. ท่านมีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองอย่างมาก
- 5. ท่านอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองไม่ได้

Q5003 กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (เช่น การทำงาน, การเรียนหนังสือ, การทำงานบ้าน, การทำกิจกรรมในครอบครัว หรือ การทำกิจกรรมยามว่าง)

- 1. ท่านไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ
- 2. ท่านมีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำเล็กน้อย
- 3. ท่านมีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำปานกลาง
- 4. ท่านมีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำอย่างมาก
- 5. ท่านทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำไม่ได้

Q5004 ความเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว

- 1. ท่านไม่มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัว
- 2. ท่านมีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวเล็กน้อย
- 3. ท่านมีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวปานกลาง
- 4. ท่านมีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวอย่างมาก
- 5. ท่านมีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวอย่างมากที่สุด

Q5005 ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า

- 1. ท่านไม่รู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้า
- 2. ท่านรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าเล็กน้อย
- 3. ท่านรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าปานกลาง
- 4. ท่านรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมาก
- 5. ท่านรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมากที่สุด

--	--	--	--	--	--	--	--

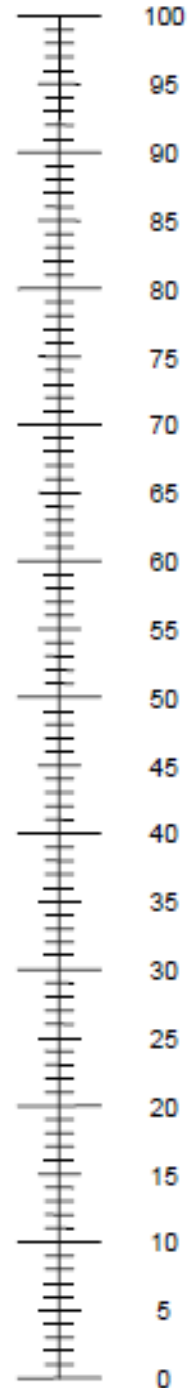
Q5006 แบบวัด Visual analogue scale

- เราอยากทราบว่าคุณภาพของท่านเป็นอย่างไรในวันนี้
- สเกลวัดคุณภาพนี้มีตัวเลขตั้งแต่ 0 ถึง 100
- 100 หมายถึง สุขภาพที่ดีที่สุด ตามความคิดของท่าน
- 0 หมายถึง สุขภาพแย่ที่สุด ตามความคิดของท่าน
- ทำเครื่องหมาย **X** บนสเกลเพื่อระบุว่าคุณภาพของท่านเป็นอย่างไรในวันนี้
- ตอนนี้ กรุณาใส่ตัวเลขที่คุณได้ทำเครื่องหมายไว้บนสเกลในช่องสี่เหลี่ยมด้านล่างนี้

สุขภาพของท่านในวันนี้ =

--	--	--

สุขภาพที่ดีที่สุด
ตามความคิดของท่าน



สุขภาพแย่ที่สุด
ตามความคิดของท่าน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

หมวดที่ Q6000 สภาพสมองในผู้สูงอายุ และ สุขภาพจิต

Q6100 สภาพสมองในผู้สูงอายุ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-THAI 2002) มีทั้งหมด 11 ข้อ

สำหรับผู้สัมภาษณ์: ก่อนการทดสอบให้ผู้สัมภาษณ์กล่าวนำกับผู้สูงอายุก่อนว่า คำถามที่จะถามต่อไปนี้เป็นการทดสอบความคิด ความจำ การคำนวณ การพูด และ ใช้ภาษา ซึ่งท่านอาจรู้สึกว่าเป็นคำถามธรรมดาสามัญและง่ายเกินไป มิได้เป็นการดูถูกสติปัญญา เป็นการสำรวจทดสอบสภาพสมองของผู้สูงอายุไทย ขอให้กรุณาตอบคำถามในชุดต่อไปนี้ด้วย เพราะต้องนำผลไปใช้กับประชากรทุกระดับการศึกษาและอาชีพ ในต่างประเทศก็ใช้แบบทดสอบแบบนี้เช่นกัน

Q6100 ท่าน อ่านและเขียนหนังสือ ได้หรือไม่

1. ได้

2. ไม่ได้

ในกรณีที่ผู้สูงอายุ อ่าน ไม่ออก เขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ Q6104, Q6105, Q6106 , Q6110 และข้อ Q6112

Q6101 ORIENTATION for time (ตอบถูกได้ข้อละ 1 คะแนน คะแนนรวมในหมวดนี้ 5 คะแนน)

คำถาม	คำตอบ	คะแนนที่ได้
Q6101a วันนี้วันอะไรของสัปดาห์ (จันทร์ อังคาร พุธ พฤหัส ฯลฯ)	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก <input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด
Q6101b วันนี้ วันที่เท่าไร	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก <input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด
Q6101c เดือนนี้ เดือนอะไร	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก <input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด
Q6101d ขณะนี้เป็นช่วง (ตอน) ไหนของวัน (เช้า เที่ยง บ่าย เย็น)	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก <input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด
Q6101e ปีนี้ปีอะไร (ปีปฏิทิน หรือ ปีนักษัตร)	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก <input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด

Q6102 ORIENTATION for place (ตอบถูกได้ข้อละ 1 คะแนน คะแนนรวมในหมวดนี้ 5 คะแนน)

คำถาม	คำตอบ	คะแนนที่ได้
Q6102a สถานที่ตรงนี้ เรียกว่าอะไร (บริเวณที่ตรวจ)	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก <input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด
Q6102b หมู่บ้าน/ย่าน/ถนน อะไร	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก <input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด
Q6102c อำเภอ/เขต อะไร	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก <input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด
Q6102d จังหวัด อะไร	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก <input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด

คำถาม	คำตอบ	คะแนนที่ได้
Q6102e ภาชนะไร	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก <input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด

Q6103 REGISTRATION ต่อไปนี้เป็นการทดสอบความจำ (ตอบถูกได้ข้อละ 1 คะแนน คะแนนรวมหมดนี้ 3 คะแนน)

ผู้ทดสอบบอกชื่อของ 3 อย่าง โดยพูดห่างกันครั้งละ 1 วินาที (ต้นไม้ ทะเล รถยนต์) เพียงครั้งเดียวไม่มีกรบอกรซ้ำ แล้วจึงให้ผู้ถูกทดสอบบอกให้ครบตามที่ ผู้ทดสอบบอกในครั้งแรก ให้ 1 คะแนน ในแต่ละคำตอบที่ตอบถูก
 หมายเหตุ หลังจากให้คะแนนแล้วให้บอกซ้ำจนผู้ทดสอบจำได้ทั้ง 3 อย่างและบอกให้ผู้ถูกทดสอบทราบว่าสักครู่จะกลับมาถามใหม่

คำถาม	คำตอบ	คะแนนที่ได้
ต้นไม้	1.....	<input type="checkbox"/> 1. ถูก 1 คำตอบ
ทะเล	2.....	<input type="checkbox"/> 2. ถูก 2 คำตอบ
รถยนต์	3.....	<input type="checkbox"/> 3. ถูกหมดทั้ง 3 คำตอบ

Q6104 ATTENTION/CALCULATION (ให้เลือกตอบข้อ Q6105 หรือ Q6106 ข้อใดข้อหนึ่ง) ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ ให้ถามนำว่า “คิดเลขในใจเป็นหรือไม่”

1. คิดเลขเป็น → **Q6105**
 2. คิดเลขไม่เป็น หรือ ไม่ตอบ → **Q6106**

Q6105 CALULATION บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งที่ผิดและถูก) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ครั้งที่ 1, 2 หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องไปทำข้อ Q6106

คำชี้แจง “ต่อไปให้คิดเลขในใจ ถ้ามีเงิน 100 บาทไปตลาดซื้อของหลายอย่าง ซื้อของชิ้นแรกไป 7 บาท เหลือกี่บาท เงินที่เหลือซื้อของชิ้นที่สองไปอีก 7 บาท เหลือกี่บาท” ผู้สัมภาษณ์ถามผู้สูงอายุ ให้ลบออกครั้งละ 7 บาท ไปเรื่อยๆ 5 ครั้ง จดผลลัพธ์ที่ได้ และบันทึกว่า ตอบถูกหรือผิดสำหรับคำตอบในแต่ละครั้ง”

(ตอบถูกได้ข้อละ 1 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 5 คะแนน)

ถาม	คำตอบ	คะแนนที่ได้	
Q6105a 100 – 7	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก	<input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด
Q6105b 93 – 7	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก	<input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด
Q6105c 86 – 7	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก	<input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด
Q6105d 79 - 7	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก	<input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด
Q6105e 72 - 7	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก	<input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด

Qcode

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Q6106 ATTENTION “ดิฉัน/ ผม จะสะกดคำว่า มะนาว ให้ฟัง แล้วให้คุณตา/ชาย สะกดออกหลังจากพยัญชนะ

ตัวหลังไปตัวแรก คำว่า มะนาว สะกด ว่า มอ ม้า-สระอะ นอหนู-สระอา-วอแหวน ไหน คุณตา/ชาย สะกดออกหลัง ให้ฟัง ซิคะ”

คำถาม	คำตอบ	คะแนนที่ได้												
<table border="1"> <tr><td>ม</td><td>ะ</td><td>น</td><td>า</td><td>ว</td></tr> </table>	ม	ะ	น	า	ว	<table border="1"> <tr><td>ว</td><td>า</td><td>น</td><td>ะ</td><td>ม</td></tr> </table>	ว	า	น	ะ	ม	Q6106a <table border="1"><tr><td>ว</td></tr></table>	ว	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก <input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด
	ม	ะ	น	า	ว									
	ว	า	น	ะ	ม									
	ว													
	Q6106b <table border="1"><tr><td>า</td></tr></table>	า	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก <input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด											
า														
Q6106c <table border="1"><tr><td>น</td></tr></table>	น	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก <input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด												
น														
Q6106d <table border="1"><tr><td>ะ</td></tr></table>	ะ	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก <input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด												
ะ														
Q6106e <table border="1"><tr><td>ม</td></tr></table>	ม	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก <input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด												
ม														

Q6107 NAMING เรียกชื่อสิ่งที่รู้จักได้ (ตอบถูกได้ข้อละ 1 คะแนน รวม 2 คะแนน)

คำถาม	คำตอบ	คะแนนที่ได้
Q6107a ผู้ทดสอบชี้ไปที่นาฬิกาข้อมือแล้วถามผู้ถูกทดสอบว่าโดยทั่วไป “เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร” (นาฬิกา)	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก <input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด
Q6107b ผู้ทดสอบชี้ไปที่เสื้อของตนเองแล้วถามผู้ถูกทดสอบว่าโดยทั่วไป “เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร” (เสื้อ, ผ้า)	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก <input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด

Q6108 REPITITION พูดยตามได้ถูกต้อง ได้ 1 คะแนน

ผู้ทดสอบบอก “ตั้งใจฟังให้ดีนะจะ พูดยข้อความให้ ฟัง จะบอกทีวเดียว แล้วพุดตามนะคะ/ ครับ”

คำถาม	คำตอบ	คะแนนที่ได้
“ใครใครขายไก่ไข่”	<input type="checkbox"/> 1. ตอบถูก <input type="checkbox"/> 0. ตอบผิด

Q6109 VERBAL COMMAND ฟังดีๆ นะคะ/ครับ ดิฉัน/ผมจะส่งกระดาษให้ แล้วคุณ ตา/ชาย “รับด้วยมือขวา พับครึ่ง แล้ววางไว้ที่พื้น/โต๊ะ/เตียง” (มี 3 ขั้นตอนคำสั่ง) ให้ผู้ทดสอบพุดต่อกันไปให้ครบประโยคทั้ง 3 ขั้นตอนใช้กระดาษเปล่า

ขนาด A4 ที่ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบทำ ให้คะแนนขั้นตอนละ 1 คะแนน รวม 3 คะแนน

คำถาม	คำตอบ	คะแนนที่ได้
Q6109a หยิบกระดาษด้วยมือขวา	<input type="checkbox"/> 1. ทำถูก	<input type="checkbox"/> 0. ทำผิด
Q6109b พับกระดาษเป็นครึ่งแผ่น	<input type="checkbox"/> 1. ทำถูก	<input type="checkbox"/> 0. ทำผิด
Q6109c แล้ววางกระดาษ ตามที่บอก	<input type="checkbox"/> 1. ทำถูก	<input type="checkbox"/> 0. ทำผิด

Q6110 WRITTEN COMMAND (1 คะแนน) ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้อ่าน แล้วทำตามจะ

อ่านออกเสียง หรืออ่านในใจก็ได้ ให้ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตา” ผู้ถูกทดสอบอ่านแล้วทำตาม

คำถาม	คำตอบ	คะแนนที่ได้
(แสดงแผ่นป้ายมีข้อความ “หลับตา” (หน้า 1) ให้อ่าน)	<input type="checkbox"/> 1. ทำถูก	<input type="checkbox"/> 0. ทำผิด

Q6111 RECALL (3 คะแนน) “เมื่อครู่ก่อน ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมคะ/ครับ ว่ามีอะไรบ้าง” (ตอบถูกได้ค่าละ 1 คะแนน)

	คะแนนที่ได้	
Q6111a ต้นไม้	<input type="checkbox"/> 1. ทำถูก	<input type="checkbox"/> 0. ทำผิด
Q6111b ทะเล	<input type="checkbox"/> 1. ทำถูก	<input type="checkbox"/> 0. ทำผิด
Q6111c รถยนต์	<input type="checkbox"/> 1. ทำถูก	<input type="checkbox"/> 0. ทำผิด

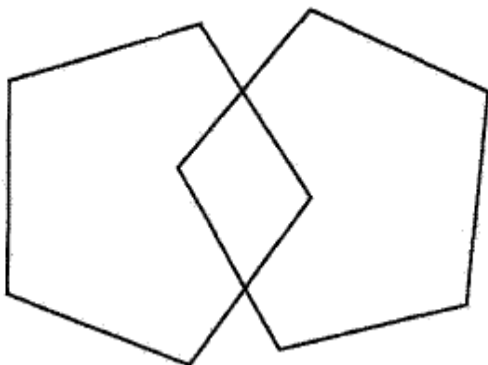
Q6112 WRITING (1 คะแนน) ข้อนี้เป็นคำสั่ง “ให้ คุณ ตา/ ยาย เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง หรือมีความหมาย มาหนึ่งประโยค ”

	คะแนนที่ได้	
.....	<input type="checkbox"/> 1. มีความหมาย	<input type="checkbox"/> 0. ไม่มี

Q6113 VISUOCONSTRUCTION (1 คะแนน) ข้อนี้เป็นคำสั่ง ให้วาดภาพต่อไปนี้ให้เหมือนตัวอย่างมากที่สุดเท่าที่ท่านจะสามารถทำได้ (ให้ผู้ถูกทดสอบดูตัวอย่างตลอดเวลาที่วาด) วาดเหมือนได้ 1 คะแนน
ในการประเมินว่าเหมือนหรือไม่เหมือน

ให้พิจารณาว่า 1. ภาพที่วาดเป็นรูปห้าเหลี่ยมสองรูป

2. วางซ้อนกันเป็นรูปสี่เหลี่ยมข้างใน



(ให้วาดรูปในที่ว่างข้างบนนี้)

1. เหมือน 0. ไม่เหมือน

คะแนนรวม.....

ลงนามผู้ประเมิน.....

วันเดือนปีที่ประเมิน / / 25

การทดสอบนี้เป็นการคัดกรอง จุดตัดในตารางข้างล่างนี้ แบ่งตามระดับการศึกษา ที่สงสัยว่าอาจมีภาวะผิดปกติของสมอง

ระดับการศึกษา	จุดตัด	คะแนนเต็ม
ผู้สูงอายุ ไม่ได้เรียน, อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้	≤ 14	23 (ไม่ต้องทำข้อ Q6104, Q6105, Q6106, Q6110 และข้อ Q6112)
ผู้สูงอายุ จบประถมศึกษา	≤ 17	30
ผู้สูงอายุ จบสูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Q6200 สุขภาพจิต**ภาวะซึมเศร้า**

	ใช่	ไม่ใช่
Q6201 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → Q6203
Q6202 ในปัจจุบันนี้ท่านป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → Q6203
Q6202a ท่านได้กินยารักษาหรือรับการรักษารักษาอื่น เพื่อรักษาภาวะซึมเศร้า ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6202b ท่านได้กินยารักษาหรือรับการรักษารักษาอื่น เพื่อรักษาภาวะซึมเศร้า ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6203 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เคยมีช่วงเวลาหลายวันที่ท่านรู้สึก เศร้า ว่างเปล่า หรือซึมเศร้าหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6204 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เคยมีช่วงเวลาหลายวันที่ท่านรู้สึก ไม่สนใจอะไรในสิ่งที่เคยชอบ เช่น งาน งานอดิเรก ความสัมพันธ์กับคนสนิท	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6205 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เคยมีช่วงเวลาหลายวันที่ท่านรู้สึก พลังในร่างกายลดลงหรือรู้สึกเหนื่อย เบื่อ ตลอดเวลา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ถ้าตอบ Q6203 และ Q6204 และ Q6205 ทุกข้อว่าไม่ใช่ ข้ามไปข้อ → Q7000		
กรณีข้อ Q6203, Q6204 หรือ Q6205 ข้อใดข้อหนึ่งตอบว่าใช่ ให้ถามต่อข้อ Q6206		
	ใช่	ไม่ใช่
Q6206 ท่านเคยมีความรู้สึก (เศร้า / เบื่อหน่าย / ไม่สนใจอะไร หรือ พลังในร่างกายลดลง) เกือบตลอดเวลาแทบทุกวันเป็นเวลานานอย่างน้อย 2 สัปดาห์หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6207 ช่วงเวลาที่เป็นนั้น ท่านรู้สึก เบื่ออาหารหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6208 ในช่วงเวลาดังกล่าว ท่านรู้สึกว่าตนเองความคิดอ่าน ช้าลงหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6209 ในช่วงเวลาดังกล่าว ท่านรู้สึก มีสมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังคนอื่นพูด ทำงาน ฟังวิทยุ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6210 ในช่วงเวลาดังกล่าว ท่านสังเกตว่าตนเอง มีความเคลื่อนไหว ช้าลงหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6211 ในช่วงเวลาดังกล่าว (ช่วงเวลาซึมเศร้า) รู้สึก มีความกังวลมาก เกือบทุกวัน หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6212 ในช่วงเวลาดังกล่าวรู้สึก กระสับกระส่าย เดินไปมา ไม่สามารถอยู่นิ่งกับที่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6213 ในช่วงเวลาดังกล่าว รู้สึกตำหนิตนเอง หรือขาดความมั่นใจในตนเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6214 ในช่วงเวลาดังกล่าว ท่านรู้สึกว่า สิ้นหวัง ไม่สามารถทำให้ดีขึ้นได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6215 ในช่วงเวลาดังกล่าว ความสนใจทางเพศ ลดลง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6216 ท่านเคยคิดอยากตาย หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6217 ในช่วงเวลาดังกล่าว ท่านเคยพยายามสิ้นสุดชีวิตตนเองหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

หมวดที่ Q7000 โรคเรื้อรัง

ความดันเลือดสูง

Q7001 ท่านเคยวัดความดันเลือดโดยบุคลากรสาธารณสุข/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 |

Q7002 ท่านเคยวัดความดันเลือดโดย อสม. หรือ อสส. 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 |

Q7003 ท่านเคยวัดความดันเลือดโดยตนเองครั้งสุดท้ายเมื่อใด

- | | |
|---|--|
| <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. ไม่เคยวัด |

Q7004 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย)จากบุคลากรสาธารณสุข / แพทย์ (ไม่นับรวม อสม.)ว่าท่านเป็นโรคความดันเลือดสูงใช่หรือไม่

- | | |
|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ใช่ | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q7010 |
|---------------------------------|--|

Q7004a ถ้าท่านเคยได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย)จากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ว่าเป็นโรคความดันเลือดสูง ท่านได้รับการบอกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ใช่หรือไม่

- | | |
|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ใช่ | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ (เป็นมานานมากกว่า 1 ปี) |
|---------------------------------|--|

ใช่

ไม่ใช่

Q7005 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับการรักษาโรคความดันเลือดสูงด้วยยา (แผนปัจจุบัน) จากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ ใช่หรือไม่

Q7006 ท่านรักษาโรคความดันเลือดสูงด้วยยาลดความดันเลือดมานานเท่าไร .

<input type="text"/>	ปี	<input type="text"/>	เดือน
----------------------	----	----------------------	-------

Q7007 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านปฏิบัติตนเพื่อรักษาโรคความดันเลือดสูงด้วยวิธีใด

ใช่

ไม่ใช่

Q7007a ควบคุมการกินอาหาร

Q7007b ออกกำลังกาย

Q7007c คุมน้ำหนักตามเกณฑ์

Q7007d ได้ยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณ

Q7008 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้รับยา (แผนปัจจุบัน) รักษาโรคความดันเลือดสูง ใช่หรือไม่

Q7009 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านกินยานั้นสม่ำเสมอ หรือไม่ (ลืมหรือไม่กินยาตามที่แพทย์สั่งไม่เกิน 2 ครั้ง)

เบาหวาน

Q7010 ท่านเคยได้รับการตรวจน้ำตาลในเลือดเพื่อตรวจเบาหวาน โดยบุคลากรสาธารณสุข/ แพทย์ ครั้งสุดท้ายเมื่อใด

1. ในช่วง 12 เดือน 2. ระหว่าง 1-5 ปี
 3. มากกว่า 5 ปี 4. ไม่เคยได้รับการตรวจ

Q7011 ท่านเคยได้รับการตรวจน้ำตาลในเลือดเพื่อตรวจเบาหวาน โดยอสม./อสส. ครั้งสุดท้ายเมื่อใด

1. ในช่วง 12 เดือน 2. ระหว่าง 1-5 ปี
 3. มากกว่า 5 ปี 4. ไม่เคยได้รับการตรวจ

Q7012 ท่านเคยตรวจน้ำตาลในเลือดเพื่อตรวจเบาหวาน โดยตนเอง ครั้งสุดท้ายเมื่อใด

1. ในช่วง 12 เดือน 2. ระหว่าง 1-5 ปี
 3. มากกว่า 5 ปี 4. ไม่เคยได้รับการตรวจ

Q7013 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย)จากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ ว่าท่านเป็นโรคเบาหวานใช่หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q7021

Q7014 ท่านทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานเมื่ออายุเท่าไร ปี

Q7014a ถ้าท่านเคยได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย)จากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน ท่านได้รับการบอกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาใช่หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ (เป็นมานานกว่า 1 ปี)

ใช่ ไม่ใช่

Q7015 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับการรักษาโรคเบาหวานด้วยยา จากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ใช่หรือไม่

Q7016 ท่านรักษาโรคเบาหวานด้วยยาแผนปัจจุบันมานานกี่ปีแล้ว ปี

Q7017 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านปฏิบัติตามเพื่อรักษาโรคเบาหวานด้วยวิธีใด (ตอบทุกข้อ)

ใช่ ไม่ใช่

Q7017a ควบคุมการกินอาหาร

Q7017b ออกกำลังกาย

Q7017c คุมน้ำหนักตามเกณฑ์

Q60017d ได้ยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณ

Q7018 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้รับการรักษาโรคเบาหวานโดยการฉีดยา Insulin ใช่หรือไม่

Q7019 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้กินยาโรคเบาหวาน ใช่หรือไม่

Q7020 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้ยารักษาเบาหวานสม่ำเสมอหรือไม่ (ลืมหรือไม่กินยาตามที่แพทย์สั่งไม่เกิน 2 ครั้ง)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ไขมันในเลือดผิดปกติ

Q7021 ท่านเคยได้รับการตรวจวัดระดับไขมันในเลือดโดยบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ ครั้งสุดท้ายเมื่อใด

1. ในช่วง 12 เดือน
 2. ระหว่าง 1-5 ปี
 3. มากกว่า 5 ปี
 4. ไม่เคยได้รับการวัด

Q7022 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย)จาก บุคลากรทางด้านสาธารณสุข/แพทย์ ว่าท่านมีปัญหาเกี่ยวกับระดับไขมันในเลือดผิดปกติใช่หรือไม่(ไขมันตัวใดตัวหนึ่ง)

1. ใช่
 2. ไม่ใช่ → Q7024a

Q7023 ถ้าท่านเคยได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย)จากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ว่ามีไขมันผิดปกติ ท่านได้รับการบอกใน ช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ใช่หรือไม่

1. ใช่
 2. ไม่ใช่

Q7024a ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านกินยาแผนปัจจุบันเพื่อรักษาระดับไขมันในเลือดหรือไม่

1. ใช่
 2. ไม่ใช่

Q7024b ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านกินยาสมุนไพรหรือแผนโบราณเพื่อรักษาระดับไขมันในเลือดหรือไม่

1. ใช่
 2. ไม่ใช่

โรคหลอดเลือดหัวใจ

Q7025 แพทย์เคยบอกกล่าว(วินิจฉัย)ว่าท่านเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ (ตีบ หรือ ตัน), กล้ามเนื้อหัวใจตาย, โรคหัวใจขาดเลือด ใช่หรือไม่

1. ใช่
 2. ไม่ใช่ → Q7031

Q7026 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q7025 เป็นครั้งแรกเมื่ออายุ ปี → Q7027

Q7027 ครั้งแรกที่เป็นท่านนอนโรงพยาบาลด้วยอาการดังกล่าว กี่วัน ระบุ วัน

	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
Q7028 ท่านเคยได้รับการฉีดเข้าหลอดเลือดหัวใจหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7029 ท่านเคยได้รับการถ่างหลอดเลือดหัวใจด้วย Balloon/ขดลวด/ผ่าตัด หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7030 ขณะนี้ท่านยังได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7031 ขณะนี้ท่านกินยา Aspirin เป็นประจำเพื่อรักษา หรือป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดใช่หรือไม่ (ให้ผู้ถูกสำรวจเอายาที่กินปัจจุบันมา)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

โรคอัมพฤกษ์/อัมพาต จากหลอดเลือดสมองตีบ แตก ตัน

Q7032 ท่านเคยเป็นอัมพฤกษ์ หรือ อัมพาต หรือไม่ (เช่น อ่อนแรงของแขนขา) (ถ้าเคยมากกว่าหนึ่งครั้ง ตอบครั้งสุดท้าย)

1. เคย เป็น อัมพฤกษ์ หรือ อัมพาต
 2. ไม่เคย เป็น → Q7039

Q7033 สำหรับผู้ที่ตอบคำถามข้อ Q7032 ว่าเคย ท่านเป็นมากที่สุดครั้ง ครั้ง

Qcode

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

สำหรับผู้ตอบคำถามข้อ Q7033 ว่าเป็นมา 1 ครั้ง → Q7034 และต่อด้วยข้อ Q7036

และผู้ตอบคำถามว่าเป็นมามากกว่า 1 ครั้ง → Q7034 Q7035 และต่อด้วยข้อ Q7036

Q7034 เป็นครั้งแรกเมื่ออายุเท่าไร ปี

Q7035 เป็นครั้งสุดท้ายเมื่ออายุเท่าไร ปี

Q7036 สำหรับผู้ที่ตอบว่าเคยในข้อ Q7032 ท่านมีอาการ **เฉียบพลัน** ของอาการครั้งสุดท้ายดังต่อไปนี้หรือไม่

	เป็นเมื่อกี่ปี มาแล้ว	มีอาการนานกี่วัน		ขณะนี้ยังเป็นอยู่หรือไม่	
		≤ 1 วัน	> 1 วัน	เป็น	ไม่เป็น
<input type="checkbox"/> Q7036a แขน และ/หรือขา ข้างหนึ่งอ่อนแรง	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Q7036b ขาไม่รู้สึกด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Q7036c พูดไม่ชัด หรือพูดไม่ได้	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Q7036d ตามองไม่เห็นข้างใดข้างหนึ่ง	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Q7036e อาการอื่นๆ ระบุ.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q7037 อาการของท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น (ถ้าเคยเป็นหลายครั้งให้ตอบครั้งที่รุนแรงที่สุด)

1. หลอดเลือดในสมองตีบ/ตัน 2. หลอดเลือดในสมองแตก 3. ไม่ทราบ/ไม่ได้พบแพทย์

Q7038 ท่านรู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669, 191 และเบอร์อื่นๆ ที่แจ้งเหตุฉุกเฉิน) หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

โรคถุงลมโป่งพอง / ปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Q7039 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย) จากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ว่าตนเองเป็น ถุงลมโป่งพอง / โรคหลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใช่หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q7042

Q7040 ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเมื่ออายุเท่าไร ปี

	ใช่	ไม่ใช่
Q7041 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับการรักษาโรคดังกล่าวหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q7041a ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้กินยารักษาโรคดังกล่าวหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Q7041b ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้พ่นยารักษาโรคดังกล่าวหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

โรคหอบหืด (Asthma)

Q7042 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย)จากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ว่าเป็นโรคหอบหืด หรือไม่?

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q7044

	ใช่	ไม่ใช่
Q7043 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับการรักษาโรคหอบหืดหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q7043a ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้กินยารักษาโรคหอบหืดหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Q7043b ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้พ่นยารักษาโรคหอบหืดหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

โรคข้อเสื่อม

Q7044 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย)โดยแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเสื่อม ข้ออักเสบ ไขข้ออักเสบ ดังต่อไปนี้ใช่หรือไม่ (ตอบทุกข้อ)	ใช่	ไม่ใช่
Q7044a เข่า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7044b มือ/ ข้อนิ้วมือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7044c ข้อกระดูกสันหลัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7044d อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7045 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการปวด ตึง ขัดที่ข้อ หรือเคลื่อนไหวข้อลำบากในกรณีเหล่านี้ใช่หรือไม่		
Q7045a หลังตื่นนอนใหม่ๆ (เป็นเวลาประมาณ 30 นาที)	<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
Q7045b เมื่อเวลาเคลื่อนไหวหลังจากอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ	<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่

โรคเกาต์ (Gout)

Q7046 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย)จากแพทย์ว่าเป็นโรคเกาต์ ใช่หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

นิ่วในทางเดินปัสสาวะ

Q7047 ท่านได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย)จากแพทย์ว่าเป็นนิ่วในทางเดินปัสสาวะ ใช่หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

โรคไตเรื้อรัง (โรคไตวายเรื้อรัง)

Q7048 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย)จากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ใช่หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q7050

Q7049 ท่านเคยได้รับการรักษาด้วยวิธีใด

1. ไม่ได้รักษา 2. กินยา 3. ฟอกไตทางท้อง 4. ฟอกเลือด

โรคโลหิตจาง โรคเลือดจางหรือโรคซิด

Q7050 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย)จากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข/แพทย์ ว่าตนเองเป็นโรคโลหิตจาง โรคเลือดจาง หรือ โรคซิด (Anemia) ใช่หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q7052

Q7051 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับการรักษาโรคโลหิตจาง โรคเลือดจาง หรือโรคซิด (Anemia) ใช่หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

โรคธาลัสซีเมีย

Q7052 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย)จากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ ว่าเป็นโรคธาลัสซีเมียหรือไม่	ใช่	ไม่ใช่
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → Q7055
Q7053 ท่านเคยได้รับการรักษาโดยการตัดม้ามหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7054 ท่านเคยได้รับการรักษาโดยการเติมเลือดเป็นประจำหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

โรคต้อกระจก (Cataracts)

Q7055 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย)ว่าเป็นโรคต้อกระจกตาข้างใดข้างหนึ่งหรือ 2 ข้างหรือไม่

-
1. ใช่ เป็นเมื่ออายุ..... ปี
-
2. ไม่ใช่ → Q7057
-
3. ไม่ทราบ → Q7057

Q7056 ท่านเคยได้รับการผ่าตัดรักษาต้อกระจกหรือไม่

-
1. ใช่ ได้รับการผ่าตัด
-
2. ไม่ใช่ ไม่ได้ผ่าตัด

โรคมะเร็ง (Cancer)

Q7057 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย)จากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขว่าตนเองเป็นโรคมะเร็งหรือไม่

-
1. ใช่
-
2. ไม่ใช่ → Q7100

Q7058 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q7057 บุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่บอกท่านเป็นแพทย์ใช่หรือไม่

-
1. ใช่
-
2. ไม่ใช่

Q7059 ท่านทราบว่าตนเองเป็นโรคมะเร็งเมื่ออายุเท่าไร ปี เดือน

Q7060 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q7058 ท่านเป็นมะเร็งที่อวัยวะใด

1. คับ	<input type="checkbox"/> 1 ใช่ เมื่ออายุ <input type="text"/> <input type="text"/> ปี <input type="text"/> <input type="text"/> เดือน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
2. ปอด	<input type="checkbox"/> 1 ใช่ เมื่ออายุ <input type="text"/> <input type="text"/> ปี <input type="text"/> <input type="text"/> เดือน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
3. เต้านม	<input type="checkbox"/> 1 ใช่ เมื่ออายุ <input type="text"/> <input type="text"/> ปี <input type="text"/> <input type="text"/> เดือน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
4. ปากมดลูก	<input type="checkbox"/> 1 ใช่ เมื่ออายุ <input type="text"/> <input type="text"/> ปี <input type="text"/> <input type="text"/> เดือน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
5. ลำไส้ใหญ่	<input type="checkbox"/> 1 ใช่ เมื่ออายุ <input type="text"/> <input type="text"/> ปี <input type="text"/> <input type="text"/> เดือน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
6. ต่อมลูกหมาก	<input type="checkbox"/> 1 ใช่ เมื่ออายุ <input type="text"/> <input type="text"/> ปี <input type="text"/> <input type="text"/> เดือน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
7. เม็ดเลือดขาว	<input type="checkbox"/> 1 ใช่ เมื่ออายุ <input type="text"/> <input type="text"/> ปี <input type="text"/> <input type="text"/> เดือน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
8. ต่อมน้ำเหลือง	<input type="checkbox"/> 1 ใช่ เมื่ออายุ <input type="text"/> <input type="text"/> ปี <input type="text"/> <input type="text"/> เดือน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
9. อื่น ๆ (ระบุ)	<input type="checkbox"/> 1 ใช่ เมื่ออายุ <input type="text"/> <input type="text"/> ปี <input type="text"/> <input type="text"/> เดือน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่

Q7100 พันและการบาดเจ็บ

Q7101 ท่านมีปัญหาในการบาดเจ็บหรือไม่

-
1. น้อย
-
2. ปานกลาง
-
3. มาก

Q7102 ท่านมีพื้นน้อยกว่า 20 ไร่ ใช่หรือไม่ (รวมพื้นปloomแบบติดถาวร และต้องมีพื้นสปกกันมากกว่า 4 ไร่)

-
1. ใช่
-
2. ไม่ใช่

Q7103 ท่านใส่พื้นปloomใช่หรือไม่ (ทั้งชนิดติดถาวรและถอดออกได้)

-
1. ใช่
-
2. ไม่ใช่

Q7200 การไต่ยืน

Q7201 การไต่ยืนเสียงของท่านอยู่ในระดับใด

-
1. ปกติ
-
2. หูตึงเล็กน้อย
-
3. หูตึงปานกลาง
-
4. หูตึงมากจนหนวก

Qcode		
Q7305 การหกล้มนั้นทำให้เกิดปัญหาต่อไปนี้ใช่หรือไม่ (ตอบทุกข้อ)	ใช่	ไม่ใช่
Q7305a ฟกช้ำ / ถลอก / แผล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7305b ข้อมือหัก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7305c ข้อสะโพกหัก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7305d กระดูกซี่โครงหัก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7305e ปวดหลัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7305f อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7306 การบาดเจ็บจากการหกล้มครั้งสุดท้าย ท่านได้รับการรักษาอย่างไร	ใช่	ไม่ใช่
Q7306a รับการรักษา เป็นคนไข้นอก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7306b นอนโรงพยาบาล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7306c รักษาเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7400 อนามัยเจริญพันธุ์ (สำหรับเพศหญิง)		
Q7401 ถ้าท่านเคยคลอดบุตร		
Q7401a บุตรเกิดรอด (คือ มีสัญญาณชีพหลังคลอด เช่นมีลมหายใจ มีเสียงร้อง: live birth) หรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1. ใช่	จำนวนบุตรที่เกิดรอด <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> คน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q8000
Q7401b บุตรตายคลอด (Still birth) หรือ ไม่		
<input type="checkbox"/> 1. ใช่	จำนวนบุตรที่ตายคลอด <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> คน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q8000
Q8000 พฤติกรรมสุขภาพ/พฤติกรรมเสี่ยง		
Q8000 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ		
ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุข (ไม่รวม อสม.) ให้ปฏิบัติต่อไปนี้หรือไม่		ได้รับ
		ไม่เคย/ไม่ทราบ
Q8001 ลดการกินเค็ม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8002 กินผักและผลไม้วันละ 5 ส่วน (กินผัก/ผลไม้ให้มากขึ้น)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8003 ลดการกินอาหารที่มีไขมัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8004 ออกกำลังกายให้มากขึ้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8005 ให้เลิกบุหรี่ หรือ ไม่ให้เริ่มสูบบุหรี่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Q8100 กิจกรรมทางกาย

กิจกรรมการทำงาน (เป็นคำถามที่เกี่ยวกับกิจกรรมทางกายของท่านใน 1 สัปดาห์โดยปกติทั่วไป)

ให้อ่านข้อคำถามทีละข้อ และให้ผู้ตอบสัมภาษณ์ดูแผนภาพตามเลขที่ในแต่ละข้อ

ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการทำงานของท่าน ทั้งงานที่ก่อให้เกิดรายได้และไม่เกิดรายได้

Q8101 การทำงานของท่าน โดยปกติต้องออกแรงอย่างหนัก ทำให้หายใจแรงขึ้น หรือหัวใจเต้นเร็วขึ้นมาก เป็นเวลาต่อเนื่องตั้งแต่ 10 นาที ขึ้นไปในแต่ละครั้ง เช่น การยกของหนัก งานก่อสร้าง งานขุดดิน การทำนา ทำสวน ทำไร่ เป็นต้น ใช่หรือไม่

ให้ผู้ตอบสัมภาษณ์ดู แผนภาพที่ 3 กิจกรรมทางกายที่ต้องออกแรงอย่างหนัก หน้า 11

1. ใช่

2. ไม่ใช่ → Q8104

Q8102 ในสัปดาห์ปกติ ท่านมีกิจกรรมที่ต้องออกแรงอย่างหนักซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำงาน กี่วันต่อสัปดาห์

วันต่อสัปดาห์

Q8103 ในวันปกติ เมื่อท่านมีกิจกรรมที่ต้องออกแรงอย่างหนัก ท่านใช้เวลาในการทำงานดังกล่าวนั้นเป็นเวลานานเท่าใดในแต่ละ

ชั่วโมง : นาที

		:		
--	--	---	--	--

Q8104 การทำงานของท่าน โดยปกติต้องออกแรงปานกลางทำให้หายใจแรงขึ้นหรือ

หัวใจเต้นเร็วขึ้นปานกลางเป็นเวลาต่อเนื่องตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไปในแต่ละครั้ง เช่น การเดินไปมาในที่ทำงานหรือ

ทำงานบ้าน หรือถือของไม่หนักมาก เป็นต้น ใช่หรือไม่ให้ผู้ตอบสัมภาษณ์ดู แผนภาพที่ 4 กิจกรรมทางกายที่ต้องออกแรงปานกลาง หน้า 12

1. ใช่

2. ไม่ใช่ → Q8107

Q8105 ในสัปดาห์ปกติ ท่านมีกิจกรรมที่ต้องออกแรงปานกลางซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำงาน กี่วันต่อสัปดาห์

วันต่อสัปดาห์

Q8106 ในวันปกติ เมื่อท่านมีกิจกรรมที่ต้องออกแรงปานกลาง ท่านใช้เวลาในการทำงานดังกล่าวนั้นเป็นเวลานานเท่าใดในแต่ละวัน

ชั่วโมง : นาที

		:		
--	--	---	--	--

กิจกรรมการเดินทาง (เป็นคำถามที่เกี่ยวกับกิจกรรมทางกายของท่านใน 1 สัปดาห์โดยปกติทั่วไป)

ต่อไปนี้เป็นคำถามที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน แต่เกี่ยวกับการเดินทางของท่าน เช่น การเดินทางไปทำงาน การไปซื้อของ การไปจ่ายตลาด ไปวัด เป็นต้น

Q8107 ในการเดินทางจากสถานที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่ง ท่านเดินหรือขี่จักรยานเป็นเวลาต่อเนื่องตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง ใช่หรือไม่ (ไม่นับการเดินทางโดยการขับรถยนต์ นั่งรถยนต์ หรือยานพาหนะอื่น)

1. ใช่

2. ไม่ใช่ → Q8110

Q8108 ในสัปดาห์ปกติ ท่านเดินทางไปยังที่ต่างๆ โดยการเดินหรือขี่จักรยานเป็นเวลาต่อเนื่องตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไปในแต่ละครั้ง เป็นจำนวนกี่วันต่อสัปดาห์

วันต่อสัปดาห์

Q8109 ในวันปกติ ท่านเดินทางไปยังที่ต่างๆ โดยการเดินหรือขี่จักรยานเป็นเวลานานเท่าใดในแต่ละวัน

ชั่วโมง : นาที

		:		
--	--	---	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

กิจกรรมยามว่าง เล่นกีฬา (เป็นคำถามที่เกี่ยวกับกิจกรรมทางกายของท่านใน 1 สัปดาห์โดยปกติทั่วไป)

ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมเวลาว่างจากการทำงานของท่าน การเล่นกีฬา การเข้าสถานที่ออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน และการเดินทาง

Q8110 โดยปกติในเวลาว่างจากการทำงาน ท่านมีกิจกรรมเล่นกีฬา การออกกำลังกาย หรือกิจกรรมยามว่าง อย่างหนักจนทำให้หายใจแรงขึ้นหรือหัวใจเต้นเร็วขึ้นมาก เป็นเวลาต่อเนื่องตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไปในแต่ละครั้งเช่น เต้นแอโรบิค วิ่ง

เล่นกีฬาอย่างหนัก เล่นฟุตบอล ไซ้หรือไม้ ให้ผู้ตอบสัมภาษณ์ดู แผ่นภาพที่ 5 การออกกำลังกายอย่างหนัก หน้า 13

1. ใช่

2. ไม่ใช่ → Q8113

Q8111 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q8110 ในสัปดาห์ปกติท่าน เล่นกีฬาออกกำลังกาย หรือกิจกรรมยามว่าง อย่างหนัก เป็นเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาที ขึ้นไปในแต่ละครั้ง เป็นจำนวนกี่วันต่อสัปดาห์

วันต่อสัปดาห์

Q8112 ในวันปกติท่านเล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมยามว่างอย่างหนัก เป็นเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาที ขึ้นไปในแต่ละครั้งดังกล่าวนี้ เป็นเวลานานเท่าใดในแต่ละวัน

ชั่วโมง : นาที

	:	
--	---	--

Q8113 โดยปกติในเวลาว่างจากการทำงาน ส่วนใหญ่ท่านมีกิจกรรม เล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมอย่างปานกลาง เป็นเวลาต่อเนื่องตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไปในแต่ละครั้ง เช่น เดินเร็ว ขี่จักรยาน เล่นวอลเลย์บอล วายน้ำ ไซ้หรือไม้ ให้ผู้ตอบสัมภาษณ์ดู

แผ่นภาพที่ 6 การออกกำลังกายปานกลาง หน้า 14

1. ใช่

2. ไม่ใช่ → Q8116

Q8114 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q8113 ในสัปดาห์ปกติท่าน เล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรม อย่างปานกลาง เป็นเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาทีขึ้นไปในแต่ละครั้งเป็นจำนวนกี่วันต่อสัปดาห์

วันต่อสัปดาห์

Q8115 ในวันปกติท่าน เล่นกีฬาออกกำลังกาย หรือกิจกรรมอย่างปานกลาง เป็นเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาทีขึ้นไป ในแต่ละครั้งดังกล่าวนี้เป็นเวลานานเท่าใดในแต่ละวัน

ชั่วโมง : นาที

	:	
--	---	--

ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการ นั่งๆ นอนๆ เท่านั้น

ในช่วง 7 วันที่ผ่านมาในแต่ละวันที่ท่านใช้ชีวิตในการนั่ง เอนกาย

ไม่ว่าจะเป็นในที่ทำงาน ที่บ้าน ขณะนั่งรถ นั่งคุยกับเพื่อน พักผ่อน เช่นอ่านหนังสือ หรือดูโทรทัศน์ ไม่รวมเวลาที่ใช้นอนหลับ

Q8116 ในวันปกติ ท่านใช้เวลานั่งๆ นอนๆ หรือเอนกายสบายๆ

รวมแล้วเป็นเวลาเท่าใดในแต่ละวัน

ชั่วโมง : นาที

	:	
--	---	--

Q8200 การสูบบุหรี่

Q8201 ในตลอดช่วงชีวิต ท่านเคยสูบบุหรี่หรือบุหรี่มวนเอง (ยาเส้น) หรือใช้ยาสูบประเภทอื่น ๆ เช่น ยานัตถุ ยาเส้นเคี้ยว บารากุ หรือ บุหรี่ไฟฟ้า ไซ้หรือไม่

1. ใช่

2. ไม่ใช่ → Q8216

Qcode

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Q8202 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q8201 ท่านเริ่มสูบบุหรี่หรือ ไปป์หรือ
ซิการ์หรือใช้ยาสูบประเภทอื่นๆเมื่อท่านมีอายุเท่าไร

เมื่ออายุ

--	--

 ปี

ยาสูรมีควัน บุหรี่ ไปป์ ซิการ์ หรือยาสูบประเภทอื่นๆ

Q8203 ในปัจจุบัน ท่านสูบบุหรี่ของ หรือบุหรืรมวนเอง (ยาเส้น) หรือใช้ยาสูบประเภทอื่นๆ เช่น บารากุ หรือ บุหรี่ไฟฟ้า ใช่หรือไม่

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q8207

Q8204 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q7204 ท่านสูบบุหรี่ของหรือบุหรืรมวนเอง (ยาเส้น) หรือใช้ยาสูบประเภทอื่น ๆ เช่น บารากุ
บุหรี่ไฟฟ้า หรือ ไปป์ หรือซิการ์ เป็นประจำทุกวัน ใช่หรือไม่

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q8206

Q8205 โดยเฉลี่ยท่านสูบบุหรี่ หรือ ไปป์ หรือซิการ์ หรือยาสูบประเภทอื่นๆ เป็นปริมาณกี่มวนหรือกี่ครั้งต่อวัน (ตอบทุกข้อ)

Q8205a บุหรี่ซอง หรือ บุหรืรมวนเอง จำนวนกี่มวนต่อวัน

--	--

มวน/วัน

Q8205bอื่นๆ เช่น ไปป์ ซิการ์ บารากุ บุหรี่ไฟฟ้า ฯลฯ

--	--

ครั้งหรือมวนต่อวัน

จำนวนครั้งหรือมวนต่อวัน

Q8206 ท่านสูบบุหรี่ของหรือบุหรืรมวนเอง (ยาเส้น) หรือใช้ยาสูบประเภทอื่น ๆ
เช่น บารากุ บุหรี่ไฟฟ้า หรือ ไปป์ หรือซิการ์หรือยาสูบประเภทอื่นๆ
มาเป็นระยะเวลาเวลานานเท่าไร

--	--

ปี

--	--

เดือน

--

สัปดาห์

ยาสูบที่ไม่มีควัน

Q8207 ในปัจจุบันนี้ ท่านใช้ยาสูบที่ไม่มีควัน เช่น หมากผสมยาเส้น ยานัตถุ ยาเส้นเคี้ยว ใช่หรือไม่

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q8210

Q8208 ในปัจจุบันนี้ ท่านใช้ยาสูบที่ไม่มีควัน เช่น หมากผสมยาเส้น ยานัตถุ ยาเส้นเคี้ยว เป็นประจำทุกวัน ใช่หรือไม่

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q8210

Q8209 โดยเฉลี่ยท่านใช้ยาสูบที่ไม่มีควัน เช่น หมากผสมยาเส้น ยานัตถุ ยาเส้นเคี้ยว กี่ครั้งต่อวัน
(1 ครั้ง คือ เคี้ยวจนบ้วนทิ้ง)

--	--

ครั้ง/วัน

การเลิกใช้ยาสูบ (เลิก คือ เลิกสูบอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป)

Q8210 สำหรับท่านที่เคยใช้ยาสูบ ปัจจุบันท่านไม่ได้ใช้ยาสูบทุกชนิด นาน 6 เดือนขึ้นไปใช่หรือไม่

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q8213

Q8211 ท่านเลิกใช้ยาสูบทุกชนิด เมื่อท่านอายุเท่าไร

--	--

ปี

Q8212 ท่านเลิกใช้ยาสูบทุกชนิด มาเป็นระยะ

--	--

ปี

--	--

เดือน

--

สัปดาห์

เวลานานเท่าใด → Q8215

การพยายามเลิกใช้ยาสูบ

Q8213 สำหรับผู้ที่ใช้ยาสูบ ในขณะนี้ท่านคิดจะเลิกใช้ยาสูบหรือไม่

 1. คิดจะเลิกภายใน 30 วัน 2. คิดจะเลิกภายใน 12 เดือนข้างหน้า 3. คิดจะเลิกแต่ไม่ใช่ภายใน 12 เดือนนี้ 4. ยังไม่คิดจะเลิก

Q8214 สำหรับคนที่สูบบุหรี่ ท่านอยากให้นุครหลานของท่านเป็นคนสูบบุหรี่หรือไม่

 1. อยาก 2. ไม่อยาก

Q8215 ท่านทราบหรือไม่ว่า การสูบบุหรี่หรือใช้ยาสูบของท่าน อาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้บุตรหลานของท่านติดบุหรี่หรือ ยาสูบ
ในอนาคต

1. ทราบ 2. ไม่ทราบ

Q8216 ท่านทราบหรือไม่ว่า การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคเหล่านี้

1. เบาหวาน	<input type="checkbox"/> 1. ทราบ	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ทราบ
2. มะเร็งของอวัยวะต่างๆ	<input type="checkbox"/> 1. ทราบ	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ทราบ
3. โรคถุงลมโป่งพอง	<input type="checkbox"/> 1. ทราบ	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ทราบ
4. โรคหลอดเลือดสมอง	<input type="checkbox"/> 1. ทราบ	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ทราบ
5. โรคหัวใจขาดเลือด เส้นเลือดหัวใจตีบ	<input type="checkbox"/> 1. ทราบ	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ทราบ

การได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่น (ถามทั้งคนที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่)

Q8217 ในช่วง 30 วันมานี้ ท่านเคยได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่นหรือไม่

1. เคย 2. ไม่เคย → Q8301

Q8218 สำหรับผู้ที่ตอบว่าเคยในข้อ Q8217 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับควันบุหรี่จากที่ใดบ้าง (ตอบทุกข้อ)

	เคย	ไม่เคย
Q8218a ที่บ้าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8218b ที่ทำงาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8218c สถานบริการสาธารณสุข	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8218d โรงเรียน สถานอุดมศึกษา(มหาวิทยาลัย)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8218e สถานที่ราชการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8218f ร้านอาหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8218g ขนส่งสาธารณะ (สถานี หรือบนรถ/ เรือ ป้ายรถเมล์)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q8300 การดื่มแอลกอฮอล์

คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับการดื่มสุรา (เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง น้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์ เบียร์ ไวน์ เหล้าแดง เหล้าขาว บรั่นดี ขาดองเหล้า เหล้าจีน เช้างุ่น เหล้าไห เหล้าพื้นบ้าน อุ/กระแช่ สาโท วิสกี้นอก)

คำถาม	คำตอบ
Q8301 ท่านเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ เช่น เบียร์ ไวน์ เหล้าขาว ขาดองเหล้า เหล้าแดง อุ กระแช่ หวาก (แสดงภาพเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือตัวอย่างเครื่องดื่มฯ)	<input type="checkbox"/> 1. เคย <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย ถ้าไม่เคย ข้ามไปคำถาม Q8322
Q8302 ท่านเคยหยุดดื่มสุรา เนื่องจากเหตุผลทางสุขภาพหรือไม่ เช่น มีปัญหาสุขภาพ หรือแพทย์/บุคลากรทางสุขภาพแนะนำให้หยุดดื่ม	<input type="checkbox"/> 1. เคย <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย

		Qcode
คำถาม		คำตอบ
Q8303	ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยดื่มน้ำดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. เคย <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย ข้ามไปคำถาม Q8322
Q8304	ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านดื่มน้ำดื่มแอลกอฮอล์บ่อยเพียงไร	<input type="checkbox"/> 1. ทุกวัน <input type="checkbox"/> 2. 5-6 วันต่อสัปดาห์ <input type="checkbox"/> 3. 3-4 วันต่อสัปดาห์ <input type="checkbox"/> 4. 1-2 วันต่อสัปดาห์ <input type="checkbox"/> 5. 1-3 วันต่อเดือน <input type="checkbox"/> 6. น้อยกว่าเดือนละครั้ง
Q8305	ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านดื่มน้ำดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. เคย <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย ข้ามไปคำถาม Q8315
Q8306	ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านดื่มน้ำดื่มแอลกอฮอล์กี่ครั้ง	จำนวนครั้ง <input type="text"/> <input type="text"/> ครั้ง <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
Q8307	ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา เวลาที่ท่านดื่มน้ำดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉลี่ยแล้วท่านดื่มเท่าใดต่อครั้ง (แสดงบัตรคำตอบ)	จำนวน <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ดื่ม <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
Q8308	ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ครั้งที่ท่านดื่มน้ำดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด ท่านดื่มเท่าใด ให้นับรวมเครื่องดื่มฯ ทุกชนิดเข้าด้วยกัน	จำนวนหน่วยที่ดื่มมาก <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ดื่ม <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
Q8309	ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านดื่มน้ำดื่มแอลกอฮอล์อย่างน้อย 6 ดื่ม หรือมากกว่า 6 ดื่ม (หน่วยมาตรฐาน) กี่ครั้ง(เบียร์มากกว่า 4 กระป๋อง หรือ 2 ขวดใหญ่ / เหล้า 3 เป๊กขึ้นไป / ไวน์ 6 แก้ว)	จำนวนครั้ง <input type="text"/> <input type="text"/> ครั้ง <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
Q8310	ในแต่ละวันของสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านดื่มน้ำดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณวันละกี่ ดื่ม(หน่วยมาตรฐาน) (แสดงบัตรคำตอบ) <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ 99	วันจันทร์ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
		วันอังคาร <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
		วันพุธ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
		วันพฤหัสบดี <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
		วันศุกร์ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
		วันเสาร์ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
		วันอาทิตย์ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
Q8311	เมื่อวานนี้ท่าน ดื่มน้ำดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ดื่ม <input type="checkbox"/> 2. ไม่ดื่ม ข้ามไปคำถาม Q7313

		Qcode								
คำถาม		คำตอบ								
Q8312	ถ้าได้ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เมื่อวานนี้ท่านได้ดื่มอะไรบ้าง									
	ชนิดของเครื่องดื่ม	จำนวนที่ดื่ม ระบุ (เบ็ก, ถัง, ถัก, แก้ว, กระป๋อง,ขวด)				ปริมาตร(มล.) พนักงานภาคสนาม คำนวณ				
	1.....				□ □ □ □ □				
	2.....				□ □ □ □ □				
	3.....				□ □ □ □ □				
	4.....				□ □ □ □ □				
ต่อไปนี้เป็นคำถามถึงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตเองตามบ้าน เครื่องดื่มฯ ที่ซื้อข้ามชายแดนหรือจากประเทศอื่น แอลกอฮอล์ อื่นๆ ที่ไม่ได้ใช้สำหรับบริโภค หรือเครื่องดื่มฯ ที่ไม่ได้เสียภาษี										
Q8313	ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ท่านเคยดื่มเครื่องดื่มสุรากลั่นชุมชน เหล้า เถื่อน เครื่องดื่มฯที่ซื้อข้ามชายแดนหรือจากประเทศอื่น แอลกอฮอล์อื่นๆ ที่ไม่ได้ใช้สำหรับบริโภค หรือเครื่องดื่มฯที่ ไม่ได้เสียภาษีบ้างหรือไม่ (แสดงบัตรคำตอบ)				<input type="checkbox"/> 1. เคย <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย ถ้าไม่เคย ข้ามไปคำถาม Q7315					
Q8314	ในช่วง 7 วันที่ผ่านมาโดยเฉลี่ยแล้วท่านดื่มเครื่องดื่มฯประเภท ต่อไปนี้อย่างละกี่ดื่ม (หน่วยมาตรฐาน) (แสดงบัตรคำตอบ) <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ 99				เหล้าที่ผลิตเองตามบ้าน เช่น เหล้าเถื่อน □ □ . □ ดื่ม <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ					
					เบียร์ ไวน์ที่ผลิตเองตามบ้าน เช่น เบียร์ หวาก กระ แซ่ อุ □ □ . □ ดื่ม <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ					
					สุราที่ซื้อข้ามชายแดนหรือจากประเทศอื่น □ □ . □ ดื่ม <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ					
					แอลกอฮอล์อื่นๆ ที่ไม่ได้ใช้สำหรับดื่มกิน เช่น ยาที่มี แอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบ - ยาชาดู น้ำหอม น้ำยา โกงหนวด □ □ . □ ดื่ม <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ					
					เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดอื่นๆ ที่ไม่ได้เสียภาษี □ □ . □ ดื่ม <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ					

		Qcode
คำถาม		คำตอบ
Q8315	ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา บ่อยเพียงไรที่ท่านพบว่าท่านไม่สามารถที่จะหยุดดื่มได้ หากท่านได้เริ่มต้นดื่มแล้ว	<input type="checkbox"/> 1. ทุกวันหรือเกือบทุกวัน <input type="checkbox"/> 2. ทุกสัปดาห์ <input type="checkbox"/> 3. ทุกเดือน <input type="checkbox"/> 4. น้อยกว่าเดือนละครั้ง <input type="checkbox"/> 5. ไม่เคยเลย
Q8316	ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา บ่อยเพียงไรที่ท่านไม่สามารถทำสิ่งที่ท่านควรจะต้องทำได้ตามปกติ เนื่องจากท่านดื่มสุรา	<input type="checkbox"/> 1. ทุกวันหรือเกือบทุกวัน <input type="checkbox"/> 2. ทุกสัปดาห์ <input type="checkbox"/> 3. ทุกเดือน <input type="checkbox"/> 4. น้อยกว่าเดือนละครั้ง <input type="checkbox"/> 5. ไม่เคยเลย
Q8317	ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา บ่อยเพียงไรที่ท่านต้องดื่มทันทีหลังตื่นนอนในตอนเช้า หลังคืนที่ท่านดื่มหนักมาก เพื่อที่ท่านจะทำอะไรต่อไปได้ตามปกติ	<input type="checkbox"/> 1. ทุกวันหรือเกือบทุกวัน <input type="checkbox"/> 2. ทุกสัปดาห์ <input type="checkbox"/> 3. ทุกเดือน <input type="checkbox"/> 4. น้อยกว่าเดือนละครั้ง <input type="checkbox"/> 5. ไม่เคยเลย
Q8318	ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา บ่อยเพียงไรที่ท่านรู้สึกผิด ไม่ดี โกรธ หรือเสียใจ หลังจากที่ท่านดื่มสุรา	<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยเลย <input type="checkbox"/> 2. น้อยกว่าเดือนละครั้ง <input type="checkbox"/> 3. ทุกเดือน <input type="checkbox"/> 4. ทุกสัปดาห์ <input type="checkbox"/> 5. ทุกวันหรือเกือบทุกวัน
Q8319	บ่อยเพียงไรที่ท่านไม่สามารถจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ผ่านมา เพราะว่าท่านได้ดื่มสุราเข้าไป	<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยเลย <input type="checkbox"/> 2. น้อยกว่าเดือนละครั้ง <input type="checkbox"/> 3. ทุกเดือน <input type="checkbox"/> 4. ทุกสัปดาห์ <input type="checkbox"/> 5. ทุกวันหรือเกือบทุกวัน
Q8320	ตัวท่านเองหรือคนอื่นเคยได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลมาจากการดื่มสุราของท่านหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยเลย <input type="checkbox"/> 2. เคยแต่ไม่ได้เกิดขึ้นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 3. เคยและเกิดขึ้นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

		Qcode
คำถาม		คำตอบ
Q8321	เคยมีญาติ เพื่อนฝูง แพทย์หรือบุคลากรทางแพทย์ แสดงความเป็นห่วงเป็นใยกับการดื่มสุราของท่าน หรือแนะนำให้ท่านเลิกดื่มบ้างหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยเลย <input type="checkbox"/> 2. เคยแต่ไม่ได้เกิดขึ้นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 3. เคยและเกิดขึ้นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา
Q8322	ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีปัญหาครอบครัว หรือปัญหากับคู่ครองของท่าน เนื่องจากการดื่มของคนอื่นหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. เคย, มากกว่าเดือนละครั้ง <input type="checkbox"/> 2. เคย, ทุกเดือนๆ ละครั้ง <input type="checkbox"/> 3. เคย, หลายครั้งแต่ไม่ใช่ทุกเดือน <input type="checkbox"/> 4. เคย, 1-2 ครั้ง <input type="checkbox"/> 5. ไม่เคยเลย
Q8400 การใช้ยาและอาหารเสริม		
1. ยาแผนปัจจุบัน		
1.1 ยาแก้ปวด		
Q8401 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านใช้ยาแก้ปวดบ่อยเพียงใด		
<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้กินยาแก้ปวดเลย → Q8406 <input type="checkbox"/> 2. 1 วันหรือน้อยกว่า 1 วัน/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 3. 2-3 วัน /สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 4. 4-6 วันต่อสัปดาห์ <input type="checkbox"/> 5. ทุกวัน		
Q8402 ถ้ากินเกือบทุกวันหรือทุกวัน ท่านใช้ยาแก้ปวดชนิดใด ระบุชื่อ..... (generic, trade) หมายเหตุ **วันนัด บอกผู้ถูกสำรวจให้นำชื่อยามาด้วยคะ/ครับ***		
Q8403 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ท่านใช้ยาแก้ปวดเพราะเหตุใด		
<input type="checkbox"/> 1. ปวดข้อ <input type="checkbox"/> 2. ปวดหัว <input type="checkbox"/> 3. ปวดกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> 4. ปวดหลัง <input type="checkbox"/> 5. อื่นๆ (ระบุ).....		
Q8404a ครั้งสุดท้ายที่ท่านได้รับยาแก้ปวด ท่านได้รับยามาจากที่ใด		
<input type="checkbox"/> 1. โรงพยาบาล <input type="checkbox"/> 2. คลินิก/ โพลีคลินิก <input type="checkbox"/> 3. สถานีอนามัย/ ศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชน <input type="checkbox"/> 4. ร้านค้า <input type="checkbox"/> 5. เพื่อน ญาติ คนรู้จัก		
Q8404b <input type="checkbox"/> 6. ร้านขายยา โดย <input type="checkbox"/> 6.1 ตามใบสั่งแพทย์ <input type="checkbox"/> 6.2 ปรึกษาเภสัชกร <input type="checkbox"/> 6.3 ผู้ขายยาแนะนำ <input type="checkbox"/> 6.4 ตัวท่านเองระบุชื่อยา <input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ ระบุ.....		
Q8405 กรณีที่ได้ยาแก้ปวดจากร้านค้าหรือร้านขายยา ท่านได้รับเป็นยาชุด ใช่หรือไม่ (ยาชุด คือ มียาหลายอย่างรวมกันในหนึ่งถุง)		
<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่		
1.2 ยาคลายเครียด หรือ ยานอนหลับ		
Q8406 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้กินยาคลายเครียดหรือยานอนหลับบ้างหรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q8408		

Q8407 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านกินยาคลายเครียดหรือยานอนหลับบ่อยเพียงใด

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

Q8407a ท่านได้รับยาคลายเครียด หรือยานอนหลับ มาจากที่ใด (ตอบได้หลายข้อ)

1. โรงพยาบาล 2. คลินิก/ โพลีคลินิก
 3. สถานีอนามัย/ ศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชน 4. ร้านค้า
 5. เพื่อน ญาติ คนรู้จัก

- Q8407b 6. ร้านขายยา โดย 6.1 ตามใบสั่งแพทย์ 6.2 ปรึกษาเภสัชกร
 6.3 ผู้ขายยาแนะนำ 6.4 ตัวท่านเองระบุชื่อยา
 7. อื่นๆ ระบุ.....

1.3 ยาระบาย

Q8408 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้กินยาระบาย บ้างหรือไม่

- 1.ใช่ 2.ไม่ใช่ → Q8410

Q8409 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านกินยาระบาย บ่อยเพียงใด

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

Q8409a ท่านได้รับยาระบาย มาจากที่ใด (ตอบได้หลายข้อ)

1. โรงพยาบาล 2. คลินิก/ โพลีคลินิก
 3. สถานีอนามัย/ ศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชน 4. ร้านค้า
 5. เพื่อน ญาติ คนรู้จัก

- Q8409b 6. ร้านขายยา โดย 6.1 ตามใบสั่งแพทย์ 6.2 ปรึกษาเภสัชกร
 6.3 ผู้ขายยาแนะนำ 6.4 ตัวท่านเองระบุชื่อยา
 7. อื่นๆ ระบุ.....

1.4 ยาปฏิชีวนะ

Q8410 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบทุกข้อ)

ถ้าใช่ จากอาการดังกล่าว ท่านได้รับยาปฏิชีวนะหรือไม่

Q8410a หัวัด (ไม่เรื้อรัง)/ หัวัดเจ็บคอ

- 1.ใช่ 2.ไม่ใช่

Q8411a 1.ได้ 2. ไม่ได้ 3. ไม่ทราบ

Q8410b ท้องเสียเฉียบพลัน

- 1.ใช่ 2.ไม่ใช่

Q8411b 1.ได้ 2. ไม่ได้ 3. ไม่ทราบ

Q8410c แผลฝีกักขาด/ แผลเลือดออก

- 1.ใช่ 2.ไม่ใช่

Q8411c 1.ได้ 2. ไม่ได้ 3. ไม่ทราบ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ในข้อ Q8412 ให้เติมตัวเลือกแหล่งยาที่ท่านได้รับดังต่อไปนี้

- | | | |
|--|-----------------------|--------------------------|
| 1. โรงพยาบาล | 2. คลินิก/ โพลีคลินิก | |
| 3. สถานีนอนามัย/ ศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชน | 4. ร้านค้า | |
| 5. เพื่อน ญาติ คนรู้จัก | | |
| 6. ร้านขายยา โดย | 6.1 ตามใบสั่งแพทย์ | 6.2 ปรีกษาเภสัชกร |
| | 6.3 ผู้ขายยาแนะนำ | 6.4 ตัวท่านเองระบุชื่อยา |
| 7. อื่นๆ ระบุ..... | | |

Q8412 แหล่งยาที่ท่านได้รับยากครั้งสุดท้าย (ระบุเลข)

Q8412a หวัด (ไม่เรื้อรัง) / หวัดเจ็บคอ . อื่นๆ ระบุ.....

Q8412b ท้องเสียเฉียบพลัน . อื่นๆ ระบุ.....

Q8412c แผลฉีกขาด / แผลเลือดออก . อื่นๆ ระบุ.....

2. ยาสมุนไพร

ยาสมุนไพร เป็นยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพรเดี่ยว โดยอาจได้หรือไม่ได้รับเลขทะเบียนยาแผนโบราณจาก อย.

Q8413 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้ใช้ยาสมุนไพรบ้างหรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q8417

Q8414 ท่านใช้ยาสมุนไพรสำหรับรักษาโรค / บรรเทาอาการอะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ปวดข้อ ปวดเมื่อย | <input type="checkbox"/> 2. หอบหืด | <input type="checkbox"/> 3. บำรุงร่างกาย / บำรุงโลหิต |
| <input type="checkbox"/> 4. เพื่อความสวยงาม | <input type="checkbox"/> 5. ดัดเชื้อ | <input type="checkbox"/> 6. ท้องอืด ท้องเฟ้อ |
| <input type="checkbox"/> 7. อาการหวัด | <input type="checkbox"/> 8. อาการไอ | <input type="checkbox"/> 9. เมฆาหวาน |
| <input type="checkbox"/> 10. ความดันเลือดสูง | <input type="checkbox"/> 11. บำรุงไต | <input type="checkbox"/> 12. บำรุงตับ |
| <input type="checkbox"/> 13. อื่นๆระบุ..... | | |

Q8415 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านกินยาสมุนไพรบ่อยเพียงใด

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

Q8416 ท่านได้รับยาสมุนไพร มาจากที่ใด (ตอบได้หลายข้อ)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. โรงพยาบาล/คลินิก | <input type="checkbox"/> 2. สถานีนอนามัย/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 (เช่น โฆษณาทางทีวี การเร่งขาย ขาย ร้านค้าทางอินเทอร์เน็ต) | |
| <input type="checkbox"/> 8. อื่นๆ ระบุ..... | |

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

Q8417 ปัจจุบันท่านกิน (ทั้งที่กินประจำและครั้งคราว) อาหารเสริมประเภทใดบ้างตอบทุกข้อ

<input type="checkbox"/> 1. น้ำมันปลา (ไม่ใช่ น้ำมันตับปลา)	<input type="checkbox"/> 1. กิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่กิน
<input type="checkbox"/> 2. สารสกัดแปะก๊วย	<input type="checkbox"/> 1. กิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่กิน
<input type="checkbox"/> 3. สารสกัดเมล็ดองุ่น	<input type="checkbox"/> 1. กิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่กิน
<input type="checkbox"/> 4. น้ำลูกยอ	<input type="checkbox"/> 1. กิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่กิน
<input type="checkbox"/> 5. สาหร่ายเกลียวทอง	<input type="checkbox"/> 1. กิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่กิน
<input type="checkbox"/> 6. นมผึ้ง	<input type="checkbox"/> 1. กิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่กิน
<input type="checkbox"/> 7. Co-enzyme Q10	<input type="checkbox"/> 1. กิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่กิน
<input type="checkbox"/> 8. ซุปไก่สกัด	<input type="checkbox"/> 1. กิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่กิน
<input type="checkbox"/> 9. เครื่องดื่มชอยเปปไทด์	<input type="checkbox"/> 1. กิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่กิน
<input type="checkbox"/> 10. แคลเซียม	<input type="checkbox"/> 1. กิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่กิน
<input type="checkbox"/> 11. กลูตาไทโอน	<input type="checkbox"/> 1. กิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่กิน
<input type="checkbox"/> 12. อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> 1. กิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่กิน

Q8418 ท่านซื้อหรือได้รับอาหารเสริม มาจากที่ใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1. โรงพยาบาล/ คลินิก
- 2. ร้านยา
- 3. ร้านค้า
- 4. การขายตรง (เช่น โฆษณาทางทีวี การเร่งขาย ร้านค้าทางอินเทอร์เน็ต)
- 5. เพื่อนญาติคนรู้จัก
- 6. อื่นๆ ระบุ.....

4. ยาลดน้ำหนัก เช่น ยาลดความอ้วน ยาระบายเพื่อลดน้ำหนัก

Q8419 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้ใช้ยาเพื่อลดน้ำหนัก หรือยาลดความอ้วนหรือไม่

- 1. ใช่
- 2. ไม่ใช่ → Q8421

Q8420 ท่านได้รับยาลดน้ำหนัก หรือยาลดความอ้วนมาจากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1. โรงพยาบาล/ คลินิก
- 2. สถานีอนามัย/ ศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชน
- 3. ร้านยา
- 4. ร้านค้า
- 5. เพื่อน ญาติ คนรู้จัก
- 6. วัด
- 7. การขายตรง (เช่น โฆษณาทางทีวี การเร่งขาย ร้านค้าทางอินเทอร์เน็ต)
- 8. อื่นๆ ระบุ.....

Q8421 ท่านเชื่อมั่นในบัญชียาหลักแห่งชาติหรือไม่

- 1. เชื่อมั่น
- 2. ไม่เชื่อมั่น
- 3. ไม่แน่ใจ
- 4. ไม่รู้จัก

Q8422 ท่านมีความเชื่อมั่นในยาที่ผลิตในประเทศไทยหรือไม่

- 1. เชื่อมั่น
- 2. ไม่เชื่อมั่น
- 3. ไม่แน่ใจ

Q8500 การกินอาหาร

ส่วน A พฤติกรรมในการบริโภคอาหารชุดที่ 3

Q8501 ท่านกินอาหารครบ 3 มื้อหลักหรือไม่

1. ใช่ → Q8503 2. ไม่ใช่

Q8502 โดยส่วนใหญ่ ท่านงดกินอาหารมื้อใด

1. มื้อเช้า 2. มื้อกลางวัน 3. มื้อเย็น

Q8503 โดยปกติ ท่านทำกิจกรรมต่างๆ ขณะกินอาหาร เช่น ดูโทรทัศน์ เล่นของเล่น/เกมส์คอมพิวเตอร์ เดิน/วิ่งเล่นอ่านหนังสือหรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q8504a ในวันทำงาน โดยทั่วไป อาหารมื้อเย็นที่ท่านกินบ่อยที่สุดเป็นอาหารชนิดใด

1. อาหารที่ทำกินเองที่บ้าน ถ้าเลือกตอบคำตอบนี้ → Q8505a
2. อาหารปรุงสุกสำเร็จ 3. อาหารตามสั่ง 4. อาหารสำเร็จรูปบรรจุซอง/กระป๋อง
5. อาหารปิ้งทอดเป็นรายเดือน 6. อาหารแช่แข็งสำเร็จรูปมาเก็บไว้ เมื่อกินจะนำมาอุ่น

Q8504b. ในวันทำงาน แหล่งของอาหารมื้อเย็นที่ท่านกินบ่อยที่สุดเป็นอาหารที่ซื้อมาจาก

1. รถเร่/เรือเร่ขายอาหาร/อาหารริมบาทวิถี/อาหารริมทาง 2. ตลาด/ตลาดนัด (ร้านไม่เคลื่อนย้าย)
3. ร้านอาหารตามสั่ง/ภัตตาคาร/ร้านอาหารทั่วไป 4. ร้านสะดวกซื้อ
5. ร้านขายอาหารฟาสต์ฟู้ด 6. ซูเปอร์มาร์เก็ตในห้างสรรพสินค้า

Q8505a ในวันเสาร์หรืออาทิตย์ ท่านกินอาหารมื้อหลัก (เช้า กลางวัน เย็น) นอกบ้านกี่มื้อ

หมายเหตุ อาหารนอกบ้าน หมายถึง อาหารที่ไม่ได้ทำเองที่บ้าน

จำนวนมื้อต่อวัน 1. 0 มื้อ → Q8506 2. 1 มื้อ 3. 2 มื้อ 4. 3 มื้อ

Q8505b ในวันเสาร์หรืออาทิตย์ ลักษณะอาหารนอกบ้านที่ท่านกินบ่อยที่สุด คือ

1. อาหารปรุงสุกสำเร็จ 2. อาหารตามสั่ง 3. อาหารสำเร็จรูปบรรจุซอง/กระป๋อง
4. อาหารปิ้งทอดเป็นรายเดือน 5. อาหารแช่แข็งสำเร็จรูปมาเก็บไว้ เมื่อกินจะนำมาอุ่น

Q8505c ในวันเสาร์หรืออาทิตย์ แหล่งที่มาของอาหารมื้อหลักที่ท่านกินบ่อยที่สุดเป็นอาหารที่ซื้อมาจากแหล่งใด (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

1. รถเร่/เรือเร่ขายอาหาร/อาหารริมบาทวิถี/อาหารริมทาง 2. ตลาด/ตลาดนัด (ร้านไม่เคลื่อนย้าย)
3. ร้านอาหารตามสั่ง/ภัตตาคาร/ร้านอาหารทั่วไป 4. ร้านสะดวกซื้อ
5. ร้านขายอาหารฟาสต์ฟู้ด 6. ซูเปอร์มาร์เก็ตในห้างสรรพสินค้า

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Q8506 ปัจจุบันท่านเป็นคนกินอาหารมังสวิรัตืใช่หรือไม่

1. ใช่ กินประจำทุกมื้อ
2. ใช่ กินเป็นครั้งคราว
3. ไม่ใช่

Q8507 โดยส่วนใหญ่ผู้ปกครองหรือท่านใช้น้ำมันชนิดใดในการประกอบ/ปรุงอาหารเป็นประจำ (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ)

1. น้ำมันพืช ถ้าทราบชนิด ระบุ
- 1.1 น้ำมันถั่ว น้ำมันรำข้าว น้ำมันดอกทานตะวัน ฯลฯ
- 1.2 น้ำมันปาล์ม
2. น้ำมันหมู
3. เนย หรือ margarine
4. ไม่ทราบ
5. อื่นๆ ระบุ.....

Q8508 ปัจจุบันท่านเป็นคนกินอาหารรสเค็มหรือไม่

1. เค็มมากๆ
2. เค็มค่อนข้างมาก
3. พอคิ
4. ไม่ค่อยเค็ม
5. ไม่เค็มเลย/จืด

Q8509 ท่านคิดหรือไม่ว่าการกินอาหารเค็มอาจมีผลเสียต่อสุขภาพ

1. ใช่
2. ไม่ใช่
3. ไม่ทราบ

ส่วน B ความถี่อาหารบริโภคชุดที่ 2 (FFQ2)

ข้อปฏิบัติสำหรับพนักงานสัมภาษณ์

- ให้ผู้สัมภาษณ์ถาม ดังนี้ “โดยทั่วไปในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านกินอาหารประเภท.....หรือไม่ (ผู้สัมภาษณ์ต้องอ่านรายการอาหารในแต่ละข้อให้ครบถ้วน)
- สำหรับ**ประเภทอาหาร**ที่ “ผู้ถูกสำรวจ” **ระบุว่าเป็น** ให้ถามต่อว่า “ท่านกินอาหารดังกล่าว.....บ่อยเพียงใด”
- ในขณะที่ถามความถี่ในการบริโภคอาหารให้ใช้ **ตารางที่ 2** หน้า **ที่ 18** ความถี่ของการบริโภคอาหารประเภทต่างๆ ประกอบในการจดบันทึก โดย ให้กาเครื่องหมาย X ลงใน

โดยทั่วไปท่านกินอาหารในประเภทต่อไปนี้บ่อยเพียงใด	ไม่กินเลย	<1 ครั้ง	1-3 ครั้ง	1-3 ครั้ง	4-6 ครั้ง	1 ครั้งต่อวัน	>1 ครั้งต่อวัน
		ต่อเดือน	ต่อเดือน	ต่อสัปดาห์	ต่อสัปดาห์		
	1	2	3	4	5	6	7
1. 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"/>
2. เนื้อวัว/หมูติดมัน ไก่/เป็ดติดหนังเช่น หมูสามชั้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

								Qcode					
โดยทั่วไปทานกินอาหารในประเภทต่อไปนี้บ่อยเพียงใด	ไม่กินเลย 1	<1 ครั้งต่อเดือน 2	1-3 ครั้งต่อเดือน 3	1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ 4	4-6 ครั้งต่อสัปดาห์ 5	1 ครั้งต่อวัน 6	>1 ครั้งต่อวัน 7						
								3. ผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ที่ผ่านกระบวนการกลุ่มที่ 1 เช่น ไส้กรอก ไส้กรอกอีสานเบคอน แฮม กุนเชียงหมูยอ แหนม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 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"/>						
5. 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"/>						
6. กุ้งหอยปูปลาหมึก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
7. คับ เลือดหมู/เป็ด/ไก่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
8. ไข่ทั้งฟอง หรือเฉพาะไข่แดง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
9. ถั่วและผลิตภัณฑ์ (ไม่รวมเครื่องดื่ม) เช่น ถั่วเขียว ถั่วเหลือง ถั่วลิสง เต้าหู้โปรตีนเกษตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ข้าวขาว/ข้าวขัดสี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
11. ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
12. ข้าวเหนียว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
13. ถั่วเขียวต่างๆ ขนมันจิ้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
14. บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป เช่น มาม่ายำ ไข่ไก่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
15. ขนมันบั้งข้าว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
16. ขนมันบั้งโฮลวีท (ขนมันบั้งธัญพืช)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
17. อาหารทอด เช่น หมู/ไก่ทอด ทอดมัน กุ้งแขก ลูกชิ้นทอด แค็บหมู ฯลฯ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
18. อาหารจานด่วนตะวันตก เช่น พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
19. อาหารคาวที่มีกะทิ เช่น แกงเผ็ด ต้มข่า, อาหารคาวที่มีน้ำมัน เช่น แกงอ่อม ขนมันจิ้นน้ำเงี้ยว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
20. ปลาไร่ปลาเจ่า น้ำจืด ถั่วเน่า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
21. น้ำพริก เช่น น้ำพริกกะปิ น้ำพริกหนุ่ม น้ำพริกปลาป่น น้ำพริกปลาร้า น้ำพริกตาแดง น้ำพริกปลาร้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
22. ผลไม้รสหวานเช่น องุ่นลองกอง ทูเรียน ลำไย ลิ้นจี่ มะม่วงสุก ขนุน ละมุด น้อยหน่า อ้อย กุ้งฝอย มะละกอ แดงโม สับปะรด ฯลฯ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
23. ผลไม้รสไม่หวาน/หวานน้อย เช่น ฝรั่ง ชมพู่ มะม่วงดิบ แอปเปิ้ลแก้วมังกร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

								Qcode						
โดยทั่วไปที่ทานกินอาหารในประเภทต่อไปนี้บ่อยเพียงใด	ไม่กิน เลย 1	<1 ครั้ง ต่อ เดือน 2	1-3 ครั้ง ต่อ เดือน 3	1-3ครั้ง ต่อ สัปดาห์ 4	4-6ครั้ง ต่อ สัปดาห์ 5	1 ครั้ง ต่อวัน 6	>1 ครั้ง ต่อวัน 7							
								24. ผลไม้กวน ฉาบ เช่น สับปะรดกวน กล้วยฉาบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ผลไม้เชื่อม เช่น สาเกเชื่อม กล้วยเชื่อม มะตูมเชื่อม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
26. 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"/>							
27. ผลไม้กระป๋อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
28. 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"/>							
29. นมสด/โยเกิร์ตชนิดถ้วยไม่ปรุงแต่งรส	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
30. นมหวาน/นมปรุงแต่งรส/โยเกิร์ตชนิดถ้วยปรุงแต่งรส	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
31. โยเกิร์ตชนิดดื่ม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
32. นมพร้อมมันเนย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
33. น้ำเต้าหู้/นมถั่วเหลือง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
34. น้ำอัลดม/น้ำหวาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
35. น้ำผลไม้/น้ำผัก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
36. เครื่องดื่มชูกำลัง เช่น กระทิงแดง ลิโพ เอ็ม150	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
37. 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"/>							
38. ชา กาแฟ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
39. 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"/>							
40. ขนมหวานทำจากไข่แดงเช่น ทองหยิบ ฝอยทอง ทองหยอด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
41. ขนมใส่น้ำเชื่อม เช่น ถั่วเขียวต้มน้ำตาลมันต้มน้ำตาล सान้ำเชื่อม ลูกชิตน้ำเชื่อม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
42. ขนมหวานที่มีกะทิ เช่น กล้วยบัวตี่ วุ้นกะทิ ข้าวต้มผัด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
43. ขนมขบเคี้ยว/ขนมกรุบกรอบบรรจุซอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
44. หน่อไม้ทุกประเภท	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ส่วน C. ความถี่อาหารบริโภคถึงปริมาณสำหรับการบริโภคผลไม้และผัก

ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ดู ตารางที่ 1 หน้า 16-18 ขนาดส่วนบริโภคของผลไม้และผักสมุดภาพตัวอย่างผลไม้และผักขนาดเท่าของจริง (หน้า 90-115) และอุปกรณ์การประมาณขนาดอาหารบริโภค ได้แก่ ทัพพีตักข้าว พร้อมทั้งให้คำอธิบายต่อไปนี้

“คำถามต่อไปนี้เป็นการถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคผลไม้และผักที่ท่านกินเป็นประจำ ขอให้ท่านตอบคำถามต่อไปนี้โดยคิดถึง ความถี่ในการบริโภคผลไม้และผักโดยทั่วๆ ไปใน 1 สัปดาห์ และปริมาณผลไม้หรือผักที่ท่านกินในแต่ละมื้อ ว่ามีปริมาณและขนาดเท่าไร (เช่น ส้มเขียวหวาน 1 ผลกลาง เป็นต้น) หรือในกรณีของผักให้นำมาเปรียบเทียบกับ ถ้าใส่ในทัพพีตักข้าว ท่านกินในปริมาณ เล็กี่ที่ทัพพี”

การกินผลไม้
Q8510 ผลไม้สด

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 ให้บันทึกส่วนมาตรฐานเป็นจำนวนเต็มพร้อม ทศนิยม 1 ตำแหน่ง (เช่น 0.5, 1.0, 1.5, 2.0, 2.5, 3.0 เป็นต้น)

Q85010a โดยทั่วไปในแต่ละสัปดาห์ ท่านกินผลไม้สดกี่วันต่อสัปดาห์
ถ้าคำตอบเป็น 0 → Q8511

วันต่อสัปดาห์

Q85010b โดยเฉลี่ย ในแต่ละวันท่านกินผลไม้สด เป็นจำนวนกี่ครั้งต่อวัน

จำนวนครั้งต่อวัน

Q85010c ท่านกินผลไม้สดจำนวนกี่ส่วนต่อวัน

ส่วนมาตรฐานต่อวัน

Q8511 การบริโภคผัก

หมายเหตุ: ผัก 1 ส่วนมาตรฐานชง โภชนาการเท่ากับ ผักใบปรุงสุกแล้ว 1 ทัพพี หรือผักใช้ผล/หัว/รากเช่น 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)

Q8511a โดยทั่วไปในแต่ละสัปดาห์ ท่านกิน ผัก กี่วันต่อสัปดาห์
ถ้าคำตอบเป็น 0 → Q9000

วันต่อสัปดาห์

Q8511b โดยเฉลี่ย ในแต่ละวันท่านกิน ผัก เป็นจำนวนกี่ครั้งต่อวัน

จำนวนครั้งต่อวัน

Q8511c ท่านกิน ผัก จำนวนกี่ส่วนต่อวัน

ส่วนมาตรฐานต่อวัน

หมวดที่ Q9000 สิทธิและสวัสดิการทางสุขภาพ

Q9000 ในปัจจุบันนี้ท่านมีสวัสดิการหรือมีสิทธิในการรักษาพยาบาลหรือไม่ (ตอบทุกข้อ)

	มี	ไม่มี		มีประโยชน์	ไม่มี
Q9000a บัตรทอง / ผู้สูงอายุ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q9000e ประกันเอกชน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q9000b ประกันสังคม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q9000f กองทุน	<input type="checkbox"/>	
Q9000c สวัสดิการข้าราชการบำนาญ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	สวัสดิการชุมชน		<input type="checkbox"/>
Q9000d สวัสดิการพนักงานรัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q9000g อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q0018 เวลาที่สิ้นสุดการสัมภาษณ์ทั้งหมด ให้บันทึกเวลาในระบบ 24 ชั่วโมง

ชั่วโมง : นาที

ความหมายของรหัส

	รหัส	ความหมาย		รหัส	ความหมาย
กลุ่มอายุ	1	1-5 ปี	จังหวัด	10	กรุงเทพฯ
	2	6-9 ปี		50	เชียงใหม่
	3	10-19 ปี		55	น่าน
	4	20-59 ปี		64	สุโขทัย
	5	60 ปีขึ้นไป		62	กำแพงเพชร
รหัสPSU	001-540	ตามพื้นที่ EA		67	เพชรบูรณ์
ภาค	1	เหนือ		42	เลย
	2	กลาง		41	อุดรธานี
	3	ตะวันออกเฉียงเหนือ		44	มหาสารคาม
	4	ใต้		37	อำนาจเจริญ
	5	กรุงเทพฯ		30	นครราชสีมา
รหัสบุคคล	01-36	1 EA ตั้งแต่01-36 แยกตามกลุ่มอายุ		17	สิงห์บุรี
รหัสเจ้าหน้าที่	01-30 หรือมากกว่า	ขึ้นอยู่กับจำนวนเจ้าหน้าที่ในแต่ละภาค		73	นครปฐม
				24	ฉะเชิงเทรา
				20	ชลบุรี
				76	เพชรบุรี
				86	ชุมพร
				83	ภูเก็ต
				92	ตรัง
				90	สงขลา
				94	ปัตตานี