

Qcode



การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย  
ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562  
กลุ่มวัยแรงงาน (อายุ 20 – 59 ปี)

ข้อปฏิบัติที่สำคัญในการบันทึกคำตอบ

- ก. ให้ใช้ดินสอ 2B ในการบันทึกข้อมูล
- ข. การบันทึกข้อมูลตัวเลขในช่องสี่เหลี่ยม  ให้บันทึกด้วยตัวเลขอารบิกตามลักษณะต่อไปนี้เท่านั้น  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 โดยตัวเลขที่บันทึกต้องอยู่ภายในช่องสี่เหลี่ยม  เท่านั้น ตัวเลขต้องไม่ขีดขอบกล่องดังตัวอย่าง
- 
- ค. ให้กาเครื่องหมาย X ลงในช่องสี่เหลี่ยม  หน้าข้อคำถามที่ต้องการ ดังตัวอย่าง
- ง. ให้บันทึกข้อความที่เป็นคำตอบลงบนเส้นประ

ใบยินยอม

ผู้ตอบสัมภาษณ์ได้รับฟังและลงนามในใบยินยอมด้วยความสมัครใจแล้วใช่หรือไม่

1. ใช่ → Q0001                       2. ไม่ใช่ กรุณาอ่านใบยินยอมด้วยความสมัครใจ

ผู้ตอบสัมภาษณ์ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยและลงนามเรียบร้อยแล้ว ใช่หรือไม่

1. ใช่                                       2. ไม่ใช่ ให้หยุดการสัมภาษณ์

ที่ตั้งของชุมชนอาคาร/ หมู่บ้านตัวอย่าง

Q0001 ลำดับที่การลงทะเบียน	<input type="text"/>	(qcode เดียวกับในแบบ ps-01)
	ชุดที่ <input type="checkbox"/> 1. ชุดที่ 1 <input type="checkbox"/> 2. ชุดที่ 2 <input type="checkbox"/> 3. ชุดที่ 3	
	ลำดับที่บุคคลตัวอย่าง <input type="text"/>	
Q0002 ภาค	<input type="checkbox"/> 1. เหนือ <input type="checkbox"/> 2. กลาง <input type="checkbox"/> 3. ตะวันออกเฉียงเหนือ	
	<input type="checkbox"/> 4. ใต้ <input type="checkbox"/> 5. กรุงเทพมหานคร	
Q0003 จังหวัด	.....	<input type="text"/>
Q0004 อำเภอ	.....	<input type="text"/>
Q0005 เขตการปกครอง	<input type="checkbox"/> 1. ในเขตเทศบาล ชื่อ..... <input type="checkbox"/> 2. นอกเขตเทศบาล	
Q0006 Primary Sampling Unit (PSU)	.....	รหัส <input type="text"/> PSU
Q0007 บ้านเลขที่/ถนน	.....	
Q0008 ตำบล	.....	<input type="text"/>
Q0009 รหัสไปรษณีย์	.....	<input type="text"/>

Qcode

Q0010 ชื่อ-สกุล ผู้ให้ข้อมูล.....

Q0011 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

Q0012 เบอร์โทรศัพท์บ้านที่ติดต่อได้

Q0013 เบอร์โทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้

Q0014 เวลาที่เริ่มทำการสัมภาษณ์ให้บันทึกเวลา ในระบบ 24 ชั่วโมง  
ชั่วโมง : นาที  
 :

Q0015 วันเดือนปีที่ทำการสัมภาษณ์ วันที่/เดือน/ปี พ.ศ.  
วัน : เดือน : ปี  
 :  : 2 5 6

ลงชื่อ.....  
(ผู้ถูกสำรวจ)  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
รหัสผู้สัมภาษณ์   
(รหัสผู้สัมภาษณ์)  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

รหัสผู้ตรวจ   
(ชื่อ-สกุล ผู้ตรวจแบบสอบถาม)  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

Q0016 ท่านได้กินอาหารหรือเครื่องดื่มนอกจากน้ำเปล่าภายใน 12 ชั่วโมงก่อนหน้านี้อหรือไม่?  
 1. ใช่       2. ไม่ใช่

Qcode

**หมวดที่ Q1000 การตรวจร่างกาย (กรณีปฏิบัติหรือไม่สามารถวัดได้ให้กาเครื่องหมาย x ลงในช่อง ไม่สามารถวัดได้**

**1. น้ำหนักและส่วนสูง**

ต่อไปนี้จะเป็นการวัดส่วนสูง (นะคะ/ครับ) ในการวัดส่วนสูง กรุณาถอดรองเท้า ยืนตรงมองไปข้างหน้า

Q1000 ความสูงตามบัตรประชาชน (ดูในบัตรประชาชน)     เซนติเมตร

Q1001 ความสูง เซนติเมตร (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)  ไม่สามารถวัดได้     เซนติเมตร

ต่อไปนี้จะเป็นการชั่งน้ำหนัก (นะคะ/ครับ) กรุณาถอดรองเท้าและขึ้นยืนบนเครื่องชั่งน้ำหนักและจะทำการวัด รอบเอว รอบสะโพก โดยใช้สายวัด

Q1002 น้ำหนัก กิโลกรัม (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)  ไม่สามารถวัดได้     กิโลกรัม

**2. เส้นรอบเอว  ไม่สามารถวัดได้**

Q1003 เส้นรอบเอว วัดครั้งที่ 1 เซนติเมตร (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)     เซนติเมตร

Q1004 เส้นรอบเอว วัดครั้งที่ 2 เซนติเมตร (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)     เซนติเมตร

**3. เส้นรอบสะโพก  ไม่สามารถวัดได้**

Q1005 เส้นรอบสะโพก วัดครั้งที่ 1 เซนติเมตร (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)     เซนติเมตร

Q1006 เส้นรอบสะโพก วัดครั้งที่ 2 เซนติเมตร (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)     เซนติเมตร

**4. ความดันเลือดและชีพจร**

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

**ผู้สัมภาษณ์:** ควรให้ผู้ตอบสัมภาษณ์นั่งตัวตรงสงบอย่างน้อย 5 นาที สาทวิธีกรวางแขนบน โต๊ะ ขณะที่เครื่องวัดความดันกำลังวัด ใส่ปลอกแขนให้ตรงกับตำแหน่งหัวใจระดับหน้าอกของผู้ตอบสัมภาษณ์ เมื่อการวางตำแหน่งและจัดท่านั่งถูกต้องและผู้ตอบสัมภาษณ์ผ่อนคลาย ให้กดปุ่มเริ่มวัด สังเกตว่าเครื่องวัดเริ่มทำงาน ทำการวัดความดันเลือดและชีพจร 3 ครั้ง โดยระหว่างการวัดแต่ละครั้งให้พักอย่างน้อย 1 นาที และไม่ต้องถอดปลอกแขนออกระหว่างการวัด และห้ามพูดคุยขณะวัดความดัน ทั้งผู้วัดและผู้ถูกวัดความดันเลือด

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

Qcode

Q1009c ชีพจรที่วัดได้ในเวลา 60 วินาที สม่าเสมอหรือไม่  
(ดูจากเครื่องวัดความดันเลือด) และเป็นจำนวนกี่ครั้ง

1. ใช่  2. ไม่ใช่ ชีพจร    ครั้ง

**ผู้สัมภาษณ์:** บอกผู้ตอบสัมภาษณ์ให้ผ่อนคลายช่วงแขน และพัก 1 นาที ก่อนวัด ไม่ควรถามคำถามใดๆ กับผู้ตอบสัมภาษณ์  
ระหว่างนี้ ขออนุญาตวัดความดันเลือดครั้งที่สอง (นะคะ/ครับ)

Q1010 ครั้งที่ 2 เวลาที่วัด (ให้บันทึกเวลาในระบบ 24 ชั่วโมง)

:

Q1010a ชีสโตลิก (มม.ปรอท)

มม.ปรอท

Q1010b ไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)

มม.ปรอท

Q1010c ชีพจรที่วัดได้ในเวลา 60 วินาที สม่าเสมอหรือไม่ (ดูจาก  
เครื่องวัดความดันเลือด) และเป็นจำนวนกี่ครั้ง

1. ใช่  2. ไม่ใช่ ชีพจร    ครั้ง

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

Q1011 ครั้งที่ 3 เวลาที่วัด (ให้บันทึกเวลาในระบบ 24 ชั่วโมง)

:

Q1011a ชีสโตลิก (มม.ปรอท)

มม.ปรอท

Q1011b ไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)

มม.ปรอท

Q1011c ชีพจรที่วัดได้ในเวลา 60 วินาที สม่าเสมอหรือไม่ (ดูจาก  
เครื่องวัดความดันเลือด) และเป็นจำนวนกี่ครั้ง

1. ใช่  2. ไม่ใช่ ชีพจร    ครั้ง

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

Q1012 หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrythmia) หรือไม่

1. ใช่  2. ไม่ใช่

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

ต่อไปเป็นการทดสอบการมองเห็นระยะใกล้

การมองเห็นระยะใกล้ (ถ้าผู้เข้าทดสอบปกติใส่แว่นสายตา, ขอให้ใส่ตามปกติขณะทดสอบ)

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

ต่อไปเป็นการทดสอบการมองเห็นระยะใกล้ เริ่มที่ตาซ้าย กรุณาปิดตาขวาด้วยมือขวา

Q1013 ปกติท่านใส่แว่นสายตาในการอ่านหนังสือระยะใกล้หรือไม่  1. ใช่  2. ไม่

Q1014a การมองเห็น – ตาซ้าย Distance Equivalent   /

Q1014b การมองเห็น – ตาขวา Distance Equivalent   /

Q1015 ผู้เข้าทดสอบ ใส่แว่นสายตาขณะตรวจใช่หรือไม่  1. ใช่  2. ไม่

**6. การทดสอบแรงบีบมือ (Grip Strength)**

**การคัดกรอง:** ถ้าเห็นผู้ตอบสัมภาษณ์ มีปัญหาเกี่ยวกับ มือ แขน อย่างชัดเจนให้ข้ามการทดสอบนี้ ถ้าเคยได้รับการผ่าตัด แขน มือ หรือ ข้อมือข้างใดข้างหนึ่งในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา หรือมีอาการข้ออักเสบ ปวดเจ็บมือ **ไม่ต้องทดสอบมือข้างนั้น** ให้พิจารณาว่าใช้เครื่องวัดแรงบีบมือมีขนาดเหมาะสมกับขนาดมือผู้ถูกทดสอบ ต่อไปนี้จะเป็นการทดสอบความแข็งแรงของมือ

Q1016 มือข้างไหนที่ท่านถนัด?

1. ซ้าย  2. ขวา  3. ทั้งสองมือ

**มือข้างที่ถนัด** ถ้าผู้ตอบสัมภาษณ์ตอบว่าถนัดทั้งสองมือ ให้ถือว่ามือข้างที่ใช้ในการเซ็นชื่อ เขียนหนังสือ เป็นมือข้างที่ถนัด

ให้ผู้ถูกทดสอบนั่ง ปลดมือข้างลำตัว ให้แขนท่อนบนแนบลำตัว งอข้อศอกขึ้นมา 90 องศาให้ ฝ่ามือหันเข้าด้านใน เหมือนกำลังเช็ก แชนด์ หลังจากนั้นให้ใช้มือออกแรงบีบเครื่องวัดแรงบีบมือ

**ผู้สัมภาษณ์:** สาธิต

ผม (ดิฉัน) จะให้ท่านทดสอบแรงบีบมือแต่ละข้าง ข้างละสองครั้ง เริ่มด้วยมือซ้าย ถ้าท่านรู้สึกปวดหรือรู้สึกไม่สบายให้บอกด้วย เราจะหยุดการทดสอบ เมื่อผม (ดิฉัน) บอกให้ “บิบบ” ให้ท่านออกแรงบีบให้แรงที่สุดเท่าที่ทำได้

**ผู้สัมภาษณ์:** ตรวจสอบตำแหน่งการวางมือ และการจับอุปกรณ์ว่าถูกต้องหรือไม่

เริ่ม เตรียมพร้อม “บิบบ บิบบ บิบบ!”

Q1017 ทดสอบแรงบีบครั้งที่ 1 – มือซ้าย   .  กิโลกรัม

Q1018 ทดสอบแรงบีบครั้งที่ 2 – มือซ้าย   .  กิโลกรัม

ต่อไปทำการทดสอบเหมือนเดิม มืออีกข้างหนึ่ง ให้ถือเครื่องมือทดสอบไว้ที่มือขวา จะทำการทดสอบแรงบีบในอีกข้างหนึ่ง

**ผู้สัมภาษณ์:** ตรวจสอบความถูกต้องของตำแหน่งการวางมือและการจับอุปกรณ์

เริ่ม เตรียมพร้อม “บิบบ บิบบ บิบบ!”

Q1019 ทดสอบแรงบีบครั้งที่ 1 – มือขวา   .  กิโลกรัม

Q1020 ทดสอบแรงบีบครั้งที่ 2 – มือขวา   .  กิโลกรัม

**7. ลักษณะร่างกายทั่วไป**

Q1021 ลักษณะร่างกายทั่วไป (ผู้สัมภาษณ์ สังเกตดูร่างกายผู้ถูกสำรวจ)

1. ปกติ  2 "ไม่ปกติ ระบุ....."

Q 1022 ความพิการ (ตอบทุกข้อ) (ผู้สัมภาษณ์ถามและสังเกตดูลักษณะของผู้ถูกสำรวจ)

- |   |   |                                    |  |
|---|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1. พิการทางการมองเห็น                | <input type="checkbox"/> 1. ใช่ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> 3. ไม่แน่ใจ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> 2. พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย | <input type="checkbox"/> 1. ใช่ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> 3. ไม่แน่ใจ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> 3. พิการทางการเคลื่อนไหว             | <input type="checkbox"/> 1. ใช่ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> 3. ไม่แน่ใจ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> 4. พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม         | <input type="checkbox"/> 1. ใช่ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> 3. ไม่แน่ใจ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> 5. พิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้   | <input type="checkbox"/> 1. ใช่ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> 3. ไม่แน่ใจ ระบุ..... |

Q1023 ท่าน มีบัตรผู้พิการหรือไม่

1. มี  2. ไม่มี

**หมวดที่ 2000 ข้อมูลส่วนบุคคล**

Q2001 เพศ

1. ชาย  2. หญิง

Q2002 วัน/เดือน/ปี พ.ศ. เกิดของท่าน (ถ้าไม่ทราบวันเดือนเกิดไม่ได้ให้ใส่เฉพาะ พ.ศ. เท่านั้น)

วัน / เดือน (01-12) / ปี พ.ศ.  
  /   / 2

Q2003 ขณะนี้ท่านอายุเท่าไร

ปี   เดือน   วัน

Q2004 ท่านเกิดที่จังหวัด.....

(รหัสจังหวัดตามคู่มือ)

Q2005 ท่านอาศัยอยู่ในจังหวัดปัจจุบันเป็นระยะเวลาานานเท่าใด

ปี   เดือน

Q2006 ขณะนี้ท่านนับถือศาสนาอะไร

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

Q2007 สถานภาพสมรสของท่านในปัจจุบัน

- |                                   |   |  |
|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. โสด   | <input type="checkbox"/> 2. สมรส/อยู่ในบ้านเดียวกัน | <input type="checkbox"/> 3. สมรส/ อยู่คนละบ้าน |
| <input type="checkbox"/> 4. หม้าย | <input type="checkbox"/> 5. หย่า/เลิก               | <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ ระบุ.....    |

Q2008 ท่านได้รับการศึกษาสามัญในสถานศึกษาเป็นเวลาทั้งสิ้นกี่ปี

ปี (ไม่นับอนุบาล)

Q2009 ท่านสำเร็จการศึกษาสามัญสูงสุดระดับใด

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยเรียน              | <input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษาหรือน้อยกว่า (1-7ปี) |
| <input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนต้น (1-3ปี) | <input type="checkbox"/> 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (1-3ปี) |
| <input type="checkbox"/> 5. ปวส./อนุปริญญา (1-3ปี)   | <input type="checkbox"/> 6. ปริญญาตรีและสูงกว่า (4-6ปี)    |
| <input type="checkbox"/> 7. เปรียญ                   | <input type="checkbox"/> 8. อื่นๆ (ระบุ).....              |

**Q2100 การทำงานและรายได้**

Q2101 ภาวะการมีงานทำของท่านในปัจจุบัน

1. ใช่  2. ไม่ใช่ → Q2104

Q2102 อาชีพของท่านในปัจจุบัน ระบุ.....(เลือกตอบเพียงข้อเดียว)

- 1. ผู้ประกอบอาชีพงานพื้นฐาน ผู้ใช้แรงงาน คนงาน (รับจ้าง ทำนา ทำสวน กรรมกร รับจ้างเป็นแม่บ้านทำความสะอาด/ซัก รีด เร่ขายของข้างถนน ส่งข่าวสาร/ชนของ ยามรักษาการณ์ 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 เกษตร พยาบาล นักบัญชี ทนาย นักกฎหมาย นักเขียน นักเศรษฐศาสตร์ ครูอาจารย์ ฯลฯ)
- 9. ผู้บริหาร ข้าราชการอาวุโส และผู้บัญชาการทุกสาขา นิติบัญญัติ ตุลาการ และผู้บริหารระดับสูงทั้งรัฐและเอกชน ผู้จัดการต่างๆ ฯลฯ
- 10. ทหาร
- 11. นักเรียน นักศึกษา
- 12. ไม่มีอาชีพ เช่น เป็นพ่อ/แม่บ้าน (ดูแลบ้าน ไม่มีรายได้)
- 13. อาชีพอื่นๆ ระบุ.....

Q2103 สำหรับผู้ที่ตอบว่ามีงานทำ ในปัจจุบันท่านมีสถานภาพการทำงานอย่างไร

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

Q2104 รายได้ของท่าน เฉลี่ยต่อเดือน (จำนวนเต็มบาท)

(เป็นรายได้จากการประกอบอาชีพเท่านั้น ไม่ใช่รายได้จากพ่อแม่ หรือผู้ปกครอง ยกเว้นผู้พิการ / ข้าราชการบำนาญนับว่าเป็นรายได้)

,    ,    บาท

ไม่ตอบ / ไม่ทราบ

Q2105 ช่วงรายได้ของท่าน เฉลี่ยต่อเดือน

1. ไม่มีรายได้     
  2. ไม่เกิน 999 บาท     
  3. 1,000-4,999 บาท     
  4. 5,000-9,999 บาท  
 5. 10,000-24,999 บาท     
  6. 25,000-49,999 บาท     
  7. ตั้งแต่ 50,000 บาทขึ้นไป     
  8. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

Q2106 รายได้ของทั้งครอบครัว เฉลี่ยต่อเดือน    ,     ,    บาท

Q2107 ช่วงรายได้ของทั้งครอบครัว เฉลี่ย ต่อเดือน

1. ไม่มีรายได้     
  2. ไม่เกิน 999 บาท     
  3. 1,000-4,999 บาท  
 4. 5,000-9,999 บาท     
  5. 10,000-24,999 บาท     
  6. 25,000-49,999 บาท  
 7. 50,000-99,999 บาท     
  8. 100,000-499,999 บาท     
  9. ตั้งแต่ 500,000 บาทขึ้นไป  
 10. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

Q2108 ในปัจจุบันตัวท่านเองเป็นภาระที่ต้องได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจากบุคคลในครอบครัวหรือองค์กรอื่น ใช่หรือไม่

1. ใช่     
  2. ไม่ใช่

Q2109 ในปัจจุบันท่านมีการให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่คนในครอบครัว หรือผู้อื่น หรือไม่ (การให้เงินโดยผู้รับไม่จำเป็นต้องดำรงชีพด้วยเงินนั้นถือว่าไม่เป็นภาระ)

1. ใช่     
  2. ไม่ใช่

**หมวดที่ Q3000 สถานะสุขภาพ**

**Q3100 สุขภาพโดยรวม**

Q3101 โดยทั่วไปท่านประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมในวันนี้ของท่านให้อยู่ในระดับใด ขอให้ท่านพิจารณาทั้งภาวะสุขภาพร่างกายและภาวะสุขภาพจิตใจ (ภาพประกอบการสัมภาษณ์ฯ หน้า 9)

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

Q3102 โดยรวมแล้วในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านคิดว่าท่านมีความยากลำบากแค่ไหน ในการทำงานหรือกิจกรรมในบ้าน (ภาพประกอบการสัมภาษณ์ฯ หน้า 10)

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

**Q3200 การนอนหลับ / ความกระปรี้กระเปร่า**

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

Q3200a วันธรรมดา

เข้านอนเวลา  :  (ชม. : นาที) ตื่นนอนเวลา  :  (ชม. : นาที) รวมระยะเวลาอน  ชม.

Q3200b วันหยุด

เข้านอนเวลา  :  (ชม. : นาที) ตื่นนอนเวลา  :  (ชม. : นาที) รวมระยะเวลาอน  ชม.

การนอนหลับ	ไม่มี ปัญหา 1	มี เล็กน้อย 2	มี ปาน กลาง 3	รุนแรง มาก 4	รุนแรง ที่สุด 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 (ปัญหาในที่นี้หมายถึงพลังและความกระปรี้กระเปร่าที่ลดลง 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 ไม่ใช่สภาพอากาศที่มีหมอกลงจัด มีฝนตกหนัก หรือมีพายุ ซึ่งอาจบดบังการมองเห็นของท่าน สำหรับท่านที่ใส่แว่นสายตาหรือคอนแทคเลนส์ ให้ท่านรายงานความสามารถในการมองเห็นขณะที่ใส่แว่นสายตาหรือคอนแทคเลนส์อยู่	ไม่ลำบาก 1	ลำบากเล็กน้อย 2	ลำบากปานกลาง 3	ลำบากมาก 4	ลำบากมากที่สุด 5
Q3303 โดยรวมแล้วในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีความยากลำบากในการมองเห็นคนที่ซึ่งอยู่อีกฟากหนึ่งของถนนได้ชัดพอสมควร(หรือในระยะห่างประมาณ 20 เมตร) หรือไม่ในระดับใด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qcode

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

Q3304 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีความยากลำบากในการมองเห็นและการให้  
รายละเอียดสิ่งของซึ่งวางอยู่ในระยะห่างประมาณหนึ่งช่วงแขน หรือระยะอ่านหนังสือ  
ในระดับใด

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

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

**หมวดที่ Q4000 คุณภาพชีวิต (5 ระดับ) และ การวัด Visual analogue scale**

วันนี้ สุขภาพของท่านใน 5 ด้านต่อไปนี้เป็นอย่างไร (โปรดทำเครื่องหมาย X ใน  หน้าข้อที่ตรงกับท่านมากที่สุด)

**Q4001 การเคลื่อนไหว**

1. ท่านไม่มีปัญหาในการเดิน
2. ท่านมีปัญหาในการเดินเล็กน้อย
3. ท่านมีปัญหาในการเดินปานกลาง
4. ท่านมีปัญหาในการเดินอย่างมาก
5. ท่านเดินไม่ได้

**Q4002 การดูแลตนเอง**

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

**Q4003 กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (เช่น การทำงาน, การเรียนหนังสือ, การทำงานบ้าน, การทำกิจกรรมในครอบครัว หรือ การทำกิจกรรมยามว่าง)**

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

**Q4004 ความเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว**

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

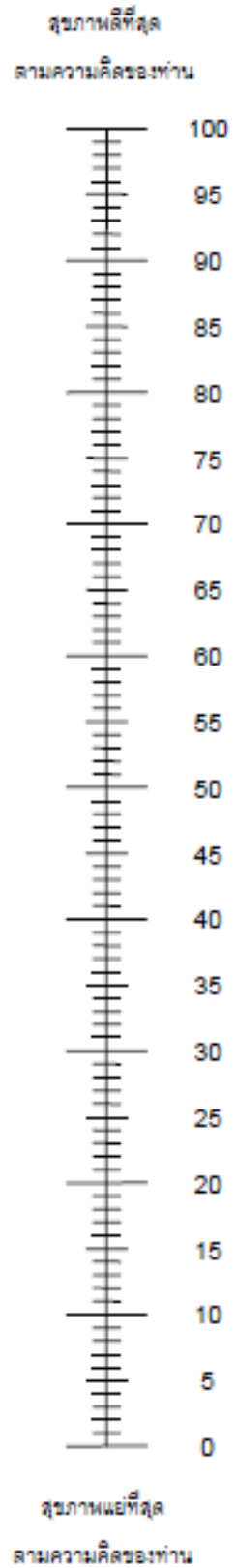
**Q4005 ความวิตกกังวล / ความซึมเศร้า**

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

**Q4006 แบบวัด Visual analogue scale**

- เรายกทราบว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไรในวันนี้
- สเกลวัดสุขภาพนี้มีตัวเลขตั้งแต่ 0 ถึง 100
- 100 หมายถึง สุขภาพดีที่สุด ตามความคิดของท่าน  
0 หมายถึง สุขภาพแย่ที่สุด ตามความคิดของท่าน
- ทำเครื่องหมาย **X** บนสเกลเพื่อระบุว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไรในวันนี้
- ตอนนี้นำตัวเลขที่คุณได้ทำเครื่องหมายไว้บนสเกลในช่องสี่เหลี่ยมด้านล่างนี้

สุขภาพของท่านในวันนี้ =



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

## Q5000 สุขภาพจิต

## ภาวะซึมเศร้า

	ใช่	ไม่ใช่		
Q5001 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → Q5003a		
Q5002 ในปัจจุบันนี้ท่านป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → Q5003a		
Q5002a ท่านได้กินยารักษาหรือรับการรักษาอื่น เพื่อรักษาภาวะซึมเศร้า ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Q5002b ท่านได้กินยารักษาหรือรับการรักษาอื่น เพื่อรักษาภาวะซึมเศร้า ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการดังต่อไปนี้ บ่อยแค่ไหน (ทำเครื่องหมาย “√” ในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่าน)	ไม่เคย (0)	มีบางวัน ไม่บ่อย (1)	มีค่อนข้างบ่อย (2)	มีเกือบทุกวัน (3)
Q5003a 1. เมื่อไม่สนใจอะไร ทำอะไรๆ ก็ไม่เพลิดเพลิน				
Q5003b 2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวัง				
Q5003c 3. หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากเกินไป				
Q5003d 4. รู้สึกเหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง ไม่มีพลัง				
Q5003e 5. เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป				
Q5003f 6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง – คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือเป็นคนทำให้ตัวเองหรือครอบครัวผิดหวัง				
Q5003g 7. สมาธิไม่ได้เวลาทำอะไร เช่น ขณะอ่านหนังสือ หรือดูโทรทัศน์ฟังวิทยุหรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ				
Q5003h 8. พุด หรือทำอะไรซ้ำจนคนอื่นมองเห็นหรือกระสับกระส่ายจนท่านอยู่ไม่นิ่งเหมือนเคย				
Q5003i 9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายๆ ไปเสียคงจะดี				
รวมคะแนน				
	ไม่มีปัญหาเลย	มีปัญหาบ้าง	มีปัญหา มาก	มีปัญหา มากที่สุด
Q5003j ถ้าท่านตอบว่า “มีอาการ” ไม่ว่าในข้อใดก็ตาม อาการนั้น ๆ ทำให้ท่านมีปัญหาในการทำงาน การดูแลสิ่งต่างๆ ในบ้าน หรือ การเข้ากับคนอื่น หรือไม่?				

## หมวดที่ Q6000 โรคเรื้อรัง

## ความดันเลือดสูง

Q6001 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 |

Q6002 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 |

Q6003 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      |

Q6004 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย)จากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ (ไม่นับรวม อสม.) ว่าท่านเป็นโรคความดันเลือดสูง ใช่หรือไม่

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ใช่ | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q6010 |
|---------------------------------|--|

Q6004a ถ้าท่านเคยได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย)จากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ว่าเป็นโรคความดันเลือดสูง ท่านได้รับการบอกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ใช่หรือไม่

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

ใช่

ไม่ใช่

Q6005 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับการรักษาโรคความดันเลือดสูงด้วยยา (แผนปัจจุบัน) จากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ ใช่หรือไม่



Q6006 ท่านรักษาโรคความดันเลือดสูงด้วยยาลดความดันเลือดเมื่อท่านอายุเท่าไร

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

 ปี

Q6007 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านปฏิบัติตามเพื่อรักษาโรคความดันเลือดสูงด้วยวิธีใด

ใช่

ไม่ใช่

Q6007a ควบคุมการกินอาหาร



Q6007b ออกกำลังกาย



Q6007c คุมน้ำหนักตามเกณฑ์



Q6007d ได้ยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณ



Q6008 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้รับยา (แผนปัจจุบัน) รักษาโรคความดันเลือดสูง ใช่หรือไม่



Q6009 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านกินยานั้นสม่ำเสมอ หรือไม่ (ลืมหรือไม่กินยาตามที่แพทย์สั่งไม่เกิน 2 ครั้ง)

Qcode

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

## เบาหวาน

Q6010 ท่านเคยได้รับการตรวจน้ำตาลในเลือดเพื่อตรวจเบาหวาน โดยบุคลากรสาธารณสุข/ แพทย์ ครั้งสุดท้ายเมื่อใด		
<input type="checkbox"/> 1. ในช่วง 12 เดือน	<input type="checkbox"/> 2. ระหว่าง 1-5 ปี	
<input type="checkbox"/> 3. มากกว่า 5 ปี	<input type="checkbox"/> 4. ไม่เคยได้รับการตรวจ	
Q6011 ท่านเคยได้รับการตรวจน้ำตาลในเลือดเพื่อตรวจเบาหวาน โดย อสม./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. ไม่เคยได้รับการตรวจ	
Q6012 ท่านเคยได้ตรวจน้ำตาลในเลือดเพื่อตรวจเบาหวาน โดยตนเอง 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. ไม่เคยได้รับการตรวจ	
Q6013 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย)จากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ ว่าท่านเป็นโรคเบาหวานใช่หรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q6021	
Q6014 ท่านทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานเมื่ออายุเท่าไร		<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> ปี
Q6014a ถ้าท่านเคยได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย)จากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน ท่านได้รับการบอกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ใช่หรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ (เป็นมานานกว่า 1 ปี)	
	ใช่	ไม่ใช่
Q6015 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับการรักษาโรคเบาหวานด้วยยา จากบุคลากรสาธารณสุข/ แพทย์ใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6016 ท่านรักษาโรคเบาหวานด้วยยาแผนปัจจุบันมานานกี่ปีแล้ว		<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> ปี
Q6017 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านปฏิบัติตามเพื่อรักษาโรคเบาหวานด้วยวิธีใด (ตอบทุกข้อ)	ใช่	ไม่ใช่
Q6017a ควบคุมการกินอาหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6017b ออกกำลังกาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6017c คุมน้ำหนักตามเกณฑ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6017d ใ้ยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6018 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้รับการรักษาโรคเบาหวานโดยการฉีดยา Insulin หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6019 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้กินยาโรคเบาหวาน หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6020 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้ยารักษาเบาหวานสม่ำเสมอหรือไม่ (ลืมหรือไม่กินยาตามที่แพทย์สั่งไม่เกิน 2 ครั้ง)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

## ไขมันในเลือดผิดปกติ

Q6021 ท่านเคยได้รับการตรวจวัดระดับไขมันในเลือดโดยบุคลากรสาธารณสุข/ แพทย์ ครั้งสุดท้ายเมื่อใด

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

Q6022 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย)จากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข/ แพทย์ ว่าท่านมีปัญหาเกี่ยวกับระดับไขมันในเลือดผิดปกติใช่หรือไม่(ไขมันตัวใดตัวหนึ่ง)

1. ใช่
  2. ไม่ใช่ → Q6024a

Q6023 ถ้าท่านเคยได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย)จากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ว่ามีไขมันผิดปกติ ท่านได้รับการบอกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาใช่หรือไม่

1. ใช่
  2. ไม่ใช่

Q6024a ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านกินยาแผนปัจจุบันเพื่อรักษาระดับไขมันในเลือด หรือไม่

1. ใช่
  2. ไม่ใช่

Q6024b ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านกินยาสมุนไพรหรือแผนโบราณเพื่อรักษาระดับไขมันในเลือด หรือไม่

1. ใช่
  2. ไม่ใช่

## โรคหลอดเลือดหัวใจ

Q6025 แพทย์เคยบอกกล่าว (วินิจฉัย)ว่าท่านเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ (ตีบ หรือตัน), กล้ามเนื้อหัวใจตาย, โรคหัวใจขาดเลือด ใช่หรือไม่

1. ใช่
  2. ไม่ใช่ → Q6032

Q6026 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q6025 เป็นครั้งแรกเมื่ออายุ   ปี

Q6027 ครั้งแรกที่เป็นท่านนอนโรงพยาบาลด้วยอาการดังกล่าว กี่วัน ระบุ   วัน

	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
Q6028 ท่านเคยได้รับการฉีดเข้าหลอดเลือดหัวใจหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6029 ท่านเคยได้รับการถ่างหลอดเลือดหัวใจด้วย Balloon/ ขดลวด/ ผ่าตัดหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6030 ขณะนี้ท่านยังได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6031 ขณะนี้ท่านกินยา Aspirin เป็นประจำเพื่อรักษา หรือป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดใช่หรือไม่ (ให้ผู้ถูกสำรวจเอายาที่กินปัจจุบันมา)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## โรคอัมพฤกษ์/ อัมพาต จากหลอดเลือดสมองตีบ แฉก ตัน

Q6032 ท่านเคยเป็นอัมพฤกษ์ หรืออัมพาต หรือไม่ (เช่น อ่อนแรงของแขนขา) (ถ้าเคยมากกว่าหนึ่งครั้ง ตอบครั้งสุดท้าย)

1. เคย เป็น อัมพฤกษ์ หรือ อัมพาต
  2. ไม่เคย เป็น → Q6039

Q6033 สำหรับผู้ที่ตอบคำถามข้อ Q6032 ว่าเคย ท่านเป็นมากี่ครั้ง   ครั้ง

Qcode

สำหรับผู้ตอบคำถามข้อ Q6033 ว่าเป็นมา 1 ครั้ง → Q6034 และต่อด้วยข้อ Q6036  
 และผู้ที่ตอบคำถามว่าเป็นมามากกว่า 1 ครั้ง → Q6034 Q6035 และต่อด้วยข้อ Q6036

Q6034 เป็นครั้งแรกเมื่ออายุเท่าไร  ปี

Q6035 เป็นครั้งสุดท้ายเมื่ออายุเท่าไร  ปี

Q6036 สำหรับผู้ที่ตอบว่าเคยในข้อ Q6032 ท่านมีอาการ **เฉียบพลัน** ของอาการครั้งสุดท้ายดังต่อไปนี้หรือไม่

	เป็นเมื่ออายุเท่าไร	มีอาการนานกี่วัน		ขณะนี้ยังเป็นอยู่หรือไม่	
		≤ 1 วัน	> 1 วัน	เป็น	ไม่เป็น
<input type="checkbox"/> Q6036a แขน และ/หรือ ขาข้างหนึ่งอ่อนแรง	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Q6036b ขาไม่รู้สึกด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Q6036c พูดไม่ชัด หรือพูดไม่ได้	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Q6036d ตามองไม่เห็นข้างใดข้างหนึ่ง	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Q6036e อาการอื่นๆ ระบุ.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q6037 อาการของท่าน ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น (ถ้าเคยเป็นหลายครั้ง ให้ตอบครั้งที่รุนแรงที่สุด)

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

Q6038 ท่านรู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669, 191 และเบอร์อื่นๆ ที่แจ้งเหตุฉุกเฉิน) หรือไม่

1. ใช่       2. ไม่ใช่

**โรคถุงลมโป่งพอง/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง**

Q6039 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย)จากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ว่าตนเองเป็น ถุงลมโป่งพอง / โรคหลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใช่หรือไม่

1. ใช่       2. ไม่ใช่ → Q6042

Q6040 ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเมื่ออายุเท่าไร  ปี

	ใช่	ไม่ใช่
Q6041 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับการรักษาโรคดังกล่าวหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6041a ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้กินยารักษาโรคดังกล่าวหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6041b ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้พ่นยารักษาโรคดังกล่าวหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**โรคหอบหืด (Asthma)**

Q6042 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว (วินิจฉัย) จากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ว่าเป็นโรคหอบหืด หรือไม่?

1. ใช่       2. ไม่ใช่ → Q6044

	ใช่	ไม่ใช่
Q6043 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับการรักษาโรคหอบหืดหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6043a ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้กินยารักษาโรคหอบหืดหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6043b ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้พ่นยารักษาโรคหอบหืดหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**โรคข้อเสื่อม**

Q6044 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว (วินิจฉัย) โดยแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเสื่อม ข้ออักเสบไขข้ออักเสบ ดังต่อไปนี้ ใช่หรือไม่ (ตอบทุกข้อ)	ใช่	ไม่ใช่
Q6044a เข่า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6044b มือ/ ข้อนิ้วมือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6044c ข้อกระดูกสันหลัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6044d อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6045 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการฝืด ตึง ขัดที่ข้อ หรือเคลื่อนไหวข้อลำบากในกรณีเหล่านี้ ใช่หรือไม่		
Q6045a หลังตื่นนอนใหม่ๆ (เป็นเวลาประมาณ 30 นาที)	<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
Q6045b เมื่อเวลาเคลื่อนไหวหลังจากอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ	<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่

**โรคเกาต์ (Gout)**

Q6046 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว (วินิจฉัย) จากแพทย์ว่าเป็นโรคเกาต์ ใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
--	---------------------------------	------------------------------------

**นิ่วในทางเดินปัสสาวะ**

Q6047 ท่านได้รับการบอกกล่าว (วินิจฉัย) จากแพทย์ว่าเป็นนิ่วในทางเดินปัสสาวะ ใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
---	---------------------------------	------------------------------------

**โรคไตเรื้อรัง (โรคไตวายเรื้อรัง)**

Q6048 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว (วินิจฉัย) จากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q6050
Q6049 ท่านเคยได้รับการรักษาด้วยวิธีใด		
<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้รักษา	<input type="checkbox"/> 2. กินยา	<input type="checkbox"/> 3. ฟอกไตทางท้อง
<input type="checkbox"/> 4. ฟอกเลือด		

**โรคโลหิตจาง โรคเลือดจางหรือโรคซิด**

Q6050 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย)จากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข/แพทย์ ว่าตนเองเป็น โรคโลหิตจาง โรคเลือดจาง หรือ โรคซิด (Anemia) ใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q6052
Q6051 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับการรักษาโรคโลหิตจาง โรคเลือดจาง หรือโรคซิด (Anemia) ใช่หรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่	

**โรคธาลัสซีเมีย**

Q6052 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว (วินิจฉัย) จากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ ว่าเป็นโรคธาลัสซีเมียหรือไม่	ใช่	ไม่ใช่
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → Q6054a
Q6053 ท่านเคยได้รับการรักษาโดยการตัดม้ามหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6054 ท่านเคยได้รับการรักษาโดยการเติมเลือดเป็นประจำหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6054a ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย)จากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขว่าท่านเป็นโรคเรื้อนกวางหรือสะเก็ดเงินหรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1. ใช่	เมื่อใด ระบุอายุ <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> ปี	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่

**โรคมะเร็ง (Cancer)**

Q6055 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย)จากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขว่าตนเองเป็นโรคมะเร็งหรือไม่  
 1. ใช่  2. ไม่ใช่ → Q7100

Q6056 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q6057 บุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่บอกท่านเป็นแพทย์ใช่หรือไม่  
 1. ใช่  2. ไม่ใช่

Q6057 ท่านทราบว่าตนเองเป็นโรคมะเร็งเมื่ออายุเท่าไร   ปี   เดือน

Q6058 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q6058 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. ต่อมไทรอยด์	<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

**Q7000 พฤติกรรมสุขภาพ /พฤติกรรมเสี่ยง**

Q7000 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุข (ไม่รวม อสม.) ให้ปฏิบัติต่อไปนี้หรือไม่	ได้รับ	ไม่เคย/ไม่ทราบ
Q7001 ลดการกินเค็ม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7002 กินผักและผลไม้วันละ 5 ส่วน (กินผัก / ผลไม้ให้มากขึ้น)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7003 ลดการกินอาหารที่มีไขมัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7004 ออกกำลังกายให้มากขึ้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7005 ให้เลิกบุหรี่ หรือ ไม่ให้เริ่มสูบบุหรี่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Q7100 กิจกรรมทางกาย****กิจกรรมการทำงาน (เป็นคำถามที่เกี่ยวกับกิจกรรมทางกายของท่านใน 1 สัปดาห์โดยปกติทั่วไป)**

ให้อ่านข้อคำถามทีละข้อและให้ผู้ตอบสัมภาษณ์ดูแผ่นภาพตามเลขที่ในแต่ละข้อ

ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการทำงานของท่าน ทั้งงานที่ก่อให้เกิดรายได้และไม่เกิดรายได้

Q7101 การทำงานของท่านโดยปกติต้องออกแรงอย่างหนัก ทำให้หายใจแรงขึ้น หรือหัวใจเต้นเร็วขึ้นมาก เป็นเวลาต่อเนื่องตั้งแต่ 10 นาที ขึ้นไปในแต่ละครั้ง เช่น การยกของหนัก งานก่อสร้าง งานขุดดิน การทำนา ทำสวน ทำไร่ เป็นต้น ใช่หรือไม่

ให้ผู้ตอบสัมภาษณ์ ดูแผ่นภาพที่ 3 กิจกรรมทางกายที่ต้องออกแรงอย่างหนัก หน้า 11

1. ใช่                       2. ไม่ใช่ → Q7104

Q7102 ในสัปดาห์ปกติ ท่านมีกิจกรรมที่ต้องออกแรงอย่างหนักซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำงาน กี่วันต่อสัปดาห์

วันต่อสัปดาห์

Q7103 ในวันปกติ เมื่อท่านมีกิจกรรมที่ต้องออกแรงอย่างหนัก ท่านใช้เวลาในการทำงานดังกล่าวนั้น เป็นเวลานานเท่าใดในแต่ละวัน

ชั่วโมง  นาที

Q7104 การทำงานของท่านโดยปกติต้องออกแรงปานกลาง ทำให้หายใจแรงขึ้นหรือหัวใจเต้นเร็วขึ้นปานกลาง เป็นเวลาต่อเนื่องตั้งแต่ 10 นาที ขึ้นไปในแต่ละครั้ง เช่น การเดินไปมาในที่ทำงาน หรือทำงานบ้าน หรือถือของไม่หนักมาก เป็นต้น ใช่หรือไม่ ให้

ผู้ตอบสัมภาษณ์ ดูแผ่นภาพที่ 4 กิจกรรมทางกายที่ต้องออกแรงปานกลาง หน้า 12

1. ใช่                       2. ไม่ใช่ → Q7107

Q7105 ในสัปดาห์ปกติท่านมีกิจกรรมที่ต้องออกแรงปานกลางซึ่งเป็นส่วนหนึ่ง ของการทำงาน กี่วันต่อสัปดาห์

วันต่อสัปดาห์

Q7106 ในวันปกติ เมื่อท่านมีกิจกรรมที่ต้องออกแรงปานกลาง ท่านใช้เวลาในการทำงานดังกล่าวนั้น เป็นเวลานานเท่าใดในแต่ละวัน

ชั่วโมง  นาที

**กิจกรรมการเดินทาง (เป็นคำถามที่เกี่ยวกับกิจกรรมทางกายของท่านใน 1 สัปดาห์โดยปกติทั่วไป)**

ต่อไปนี้เป็นคำถามที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน แต่เกี่ยวกับการเดินทางของท่าน เช่น การเดินทางไปทำงาน การไปซื้อของ การไปจ่ายตลาด ไปวัด เป็นต้น

Q7107 ในการเดินทางจากสถานที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่ง ท่านเดินหรือขี่จักรยานเป็นเวลาต่อเนื่อง ตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง ใช่หรือไม่ (ไม่นับการเดินทางโดยการขับรถยนต์ นั่งรถยนต์ หรือยานพาหนะอื่น)

1. ใช่                       2. ไม่ใช่ → Q7110

Q7108 ในสัปดาห์ปกติ ท่านเดินทางไปยังที่ต่างๆ โดยการเดินหรือขี่จักรยานเป็นเวลาต่อเนื่อง ตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไปในแต่ละครั้ง เป็นจำนวนกี่วันต่อสัปดาห์

วันต่อสัปดาห์

Q7109 ในวันปกติ ท่านเดินทางไปยังที่ต่างๆ โดยการเดินหรือขี่จักรยานเป็นเวลานานเท่าใดในแต่ละวัน

ชั่วโมง  นาที

กิจกรรมยามว่าง เล่นกีฬา (เป็นคำถามที่เกี่ยวกับกิจกรรมทางกายของท่านใน 1 สัปดาห์โดยปกติทั่วไป)

ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมเวลาว่างจากการทำงานของท่าน การเล่นกีฬา การเข้าสถานที่ออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน และการเดินทาง

Q7110 โดยปกติในเวลาว่างจากการทำงาน ท่านมีกิจกรรมเล่นกีฬา การออกกำลังกาย หรือกิจกรรมยามว่าง อย่างหนักจนทำให้หายใจแรงขึ้นหรือหัวใจเต้นเร็วขึ้นมาก เป็นเวลาต่อเนื่องตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไปในแต่ละครั้งเช่น เต้นแอโรบิก วิ่ง เล่นกีฬาอย่างหนัก เล่นฟุตบอล ไซ้หรือไม ใ้ผู้ตอบสัมภาษณ์ดู **แผนภาพที่ 5 การออกกำลังกายอย่างหนัก หน้า 13**

1. ใช่  2. ไม่ใช่ → Q7113

Q7111 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q7110 ในสัปดาห์ปกติท่าน เล่นกีฬาออกกำลังกาย หรือกิจกรรมยามว่าง อย่างหนัก เป็นเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาที ขึ้นไปในแต่ละครั้ง เป็นจำนวนกี่วันต่อสัปดาห์  วันต่อสัปดาห์

Q7112 ในวันปกติท่านเล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมยามว่าง อย่างหนักเป็นเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาที ขึ้นไปในแต่ละครั้งดังกล่าวนี้ เป็นเวลานานเท่าใด ในแต่ละวัน  ชั่วโมง  นาที

Q7113 โดยปกติในเวลาว่างจากการทำงาน ส่วนใหญ่ท่านมีกิจกรรม เล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมอย่างปานกลาง เป็นเวลาต่อเนื่องตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไปในแต่ละครั้ง เช่น เดินเร็ว ขี่จักรยาน เล่นวอลเลย์บอล วายน้ำ ไซ้หรือไม ใ้ผู้ตอบสัมภาษณ์ดู **แผนภาพที่ 6 การออกกำลังกายปานกลาง หน้า 14**

1. ใช่  2. ไม่ใช่ → Q7116

Q7114 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q7113 ในสัปดาห์ปกติท่าน เล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรม อย่างปานกลาง เป็นเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาทีขึ้นไปในแต่ละครั้งเป็นจำนวนกี่วันต่อสัปดาห์

วันต่อสัปดาห์

Q7115 ในวันปกติท่าน เล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมอย่างปานกลาง เป็นเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาทีขึ้นไป ในแต่ละครั้งดังกล่าวนี้เป็นเวลานานเท่าใดในแต่ละวัน

ชั่วโมง  นาที

ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการ นั่งๆ นอนๆ เท่านั้น

ในช่วง 7 วันที่ผ่านมาในแต่ละวันที่ท่านใช้ชีวิตในการนั่ง เอนกาย

ไม่ว่าจะเป็นในที่ทำงาน ที่บ้าน ขณะนั่งรถ นั่งคุยกับเพื่อน พักผ่อน เช่นอ่านหนังสือ หรือดูโทรทัศน์ **ไม่รวมเวลาที่ใช้นอนหลับ**

Q7116 ในวันปกติ ท่านใช้เวลานั่งๆ นอนๆ หรือเอนกายสบายๆ รวมแล้วเป็นเวลาเท่าใดในแต่ละวัน

ชั่วโมง  นาที

**Q7200 การสูบบุหรี่**

Q7201 ในตลอดช่วงชีวิต ท่านเคยสูบบุหรี่ หรือบุหรี่มวนเอง (ยาเส้น) หรือใช้ยาสูบประเภทอื่น ๆ เช่น ยานัตถุ ยาเส้นเคี้ยว บารากุ หรือบุหรี่ไฟฟ้า ไซ้หรือไม

1. ใช่  2. ไม่ใช่ → Q7216

Q7202 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q7201 ท่านเริ่มสูบบุหรี่หรือ ใ้ไป่หรือ ชิการ์หรือ ใช้ยาสูบประเภทอื่นๆ เมื่อท่านมีอายุเท่าไร  ปี

**ยาสูบบีควัน บุหรี่ ไป่ ชิการ์ หรือยาสูบประเภทอื่นๆ**

Q7203 ในปัจจุบัน ท่านสูบบุหรี่ซอง หรือบุหรี่มวนเอง (ยาเส้น) หรือใช้ยาสูบประเภทอื่นๆ เช่น บารากุ หรือ บุหรี่ไฟฟ้า ไซ้หรือไม

1. ใช่  2. ไม่ใช่ → Q7207

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

1. ใช่  2. ไม่ใช่ → Q7206

Q7205 โดยเฉลี่ยท่านสูบบุหรี่ หรือ ไปป์ หรือซิการ์ หรือยาสูบประเภทอื่นๆ เป็นปริมาณกี่มวนหรือกี่ครั้งต่อวัน (ตอบทุกข้อ)

Q7205a บุหรี่ซอง หรือ บุหรี่มวนเอง จำนวนกี่มวนต่อวัน  มวน/วัน

Q7205b อื่นๆ เช่น ไปป์ ซิการ์ บารากุ ฯลฯ จำนวนครั้งหรือมวนต่อวัน  ครั้งหรือมวนต่อวัน

Q7206 ท่านสูบบุหรี่ซองหรือบุหรี่มวนเอง (ยาเส้น) หรือใช้ยาสูบประเภทอื่น ๆ เช่น บารากุ หรือ ไปป์ หรือซิการ์ หรือยาสูบประเภทอื่นๆ มาเป็นระยะเวลาานานเท่าไร  ปี  เดือน  สัปดาห์

**คำถามเกี่ยวกับการใช้/สูบบุหรี่ไฟฟ้า (เป็นบุหรี่ที่ต้องใช้ แบตเตอรี่ ใส่ น้ำยา นิโคติน)**

Q7206a 1.ท่านเคยใช้/สูบบุหรี่ไฟฟ้าหรือไม่ (ครั้งเดียวก็นับว่าเคย)  1.ใช่ /เคย  2. ไม่เคย  3. ไม่ทราบ

Q7206b 2.ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านเคยใช้บุหรี่ไฟฟ้า กี่วัน  วัน

Q7206c 3.ท่านสูบ บุหรี่ไฟฟ้ามาเป็นระยะเวลาานานเท่าไร  ปี  เดือน  สัปดาห์

**ยาสูบที่ไม่มีควัน**

Q7207 ในปัจจุบันนี้ท่านใช้ยาสูบที่ไม่มีควัน เช่น หมากผสมยาเส้น ยาเส้นคั่ว ยาเส้นเคี้ยว ใช่หรือไม่

1. ใช่  2. ไม่ใช่ → Q7210

Q7208 ในปัจจุบันนี้ท่านใช้ยาสูบที่ไม่มีควัน เช่น หมากผสมยาเส้น ยาเส้นคั่ว ยาเส้นเคี้ยว เป็นประจำทุกวัน ใช่หรือไม่

1. ใช่  2. ไม่ใช่ → Q7210

Q7209 โดยเฉลี่ยท่านใช้ยาสูบที่ไม่มีควัน เช่น หมากผสมยาเส้น ยาเส้นคั่ว ยาเส้นเคี้ยว กี่ครั้งต่อวัน (1 ครั้ง คือ เคี้ยวจนบ้วนทิ้ง)

ครั้ง/วัน

**การเลิกใช้ยาสูบ (เลิก คือ เลิกสูบอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป)**

Q7210 สำหรับท่านที่เคยใช้ยาสูบ ปัจจุบันท่านไม่ได้ใช้ยาสูบทุกชนิด นาน 6 เดือนขึ้นไปใช่หรือไม่

1. ใช่  2. ไม่ใช่ → Q7213

Q7211 ท่านเลิกใช้ยาสูบทุกชนิด เมื่อท่านอายุเท่าไร  ปี

Q7212 ท่านเลิกใช้ยาสูบทุกชนิด มาเป็นระยะ เวลานานเท่าใด  ปี  เดือน  สัปดาห์ → Q7215

**การพยายามเลิกใช้ยาสูบ**

Q7213 สำหรับผู้ที่ใช้ยาสูบ ในขณะนี้ท่านคิดจะเลิกใช้ยาสูบหรือไม่

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

Q7214 สำหรับคนที่สูบบุหรี่ ท่านอยากให้ผู้ดูแลของท่านเป็นคนสูบบุหรี่หรือไม่

Qcode

1. อยาก

2. ไม่อยาก

Q7215 ท่านทราบหรือไม่ว่า การสูบบุหรี่หรือ ใช้น้ำยาสูบของท่าน อาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้บุตรหลานของท่านติดบุหรี่หรือ ใช้น้ำยาสูบในอนาคด

1. ทราบ

2. ไม่ทราบ

Q7216 ท่านทราบหรือไม่ว่า การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคเหล่านี้

1. เบาหวาน

1. ทราบ

2. ไม่ทราบ

2. มะเร็งของอวัยวะต่างๆ

1. ทราบ

2. ไม่ทราบ

3. โรคถุงลมโป่งพอง

1. ทราบ

2. ไม่ทราบ

4. โรคหลอดเลือดสมอง

1. ทราบ

2. ไม่ทราบ

5. โรคหัวใจขาดเลือด เส้นเลือดหัวใจตีบ

1. ทราบ

2. ไม่ทราบ

**การได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่น (ถามทั้งคนที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่)**

Q7217 ในช่วง 30 วันมานี้ ท่านเคยได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่นหรือไม่

1. เคย

2. ไม่เคย → Q7301

Q7218 สำหรับผู้ที่ตอบว่าเคยในข้อ Q7217 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับควันบุหรี่จากที่ใดบ้าง (ตอบทุกข้อ)

เคย

ไม่เคย

Q7218a ที่บ้าน

Q7218b ที่ทำงาน

Q7218c สถานบริการสาธารณสุข

Q7218d โรงเรียน สถานอุดมศึกษา(มหาวิทยาลัย)

Q7218e สถานที่ราชการ

Q7218f ร้านอาหาร

Q7218g ขนส่งสาธารณะ (สถานี หรือ บนรถ/ เรือ ป้ายรถเมล์)

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

**Q7300 การดื่มแอลกอฮอล์**

คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับการดื่มสุรา (เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง น้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์ เบียร์ ไวน์ เหล้าแดง เหล้าขาว บรั่นดี ขาดองเหล้า เหล้าจีน เซ็งซุน เหมมาโต เหล้าพื้นบ้าน อุ/กระแช่ สาโท วิสกี้เนื้ออก)

คำถาม		คำตอบ
Q7301	ท่านเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือไม่ เช่น เบียร์ ไวน์ เหล้าขาว ขาดองเหล้า เหล้าแดง อุ/กระแช่ หวาก (แสดงภาพเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือตัวอย่างเครื่องดื่มๆ)	<input type="checkbox"/> 1. เคย <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย ถ้าไม่เคย ข้ามไปคำถาม Q7322
Q7302	ท่านเคยหยุดดื่มสุรา เนื่องจากเหตุผลทางสุขภาพ หรือไม่ เช่น มีปัญหาสุขภาพ หรือแพทย์/บุคลากรทางสุขภาพแนะนำให้หยุดดื่ม	<input type="checkbox"/> 1. เคย <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย
Q7303	ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. เคย <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย ข้ามไปคำถาม Q7322
Q7304	ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยเพียงไร	<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
Q7305	<b>ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทใดบ้าง</b> ให้เลือกประเภทสุรา 4 ประเภทที่ดื่มบ่อยที่สุด (การดื่มบ่อย ไม่ได้หมายถึง การดื่มปริมาณมาก) ต้องตอบเรียงลำดับ	<input type="checkbox"/> 1. เบียร์ <input type="checkbox"/> 2. สุราขาว / สุรากลั่นชุมชน <input type="checkbox"/> 3. สุราสี/สุราแดง <input type="checkbox"/> 4. ไวน์องุ่น / แชมเปญ/ ไวน์ผลไม้ <input type="checkbox"/> 5. ไวน์คูลเลอร์ / สุราผสมน้ำผลไม้ / เหล้าปั่น <input type="checkbox"/> 6. สุราแช่พื้นบ้าน (สาโท อุ/กระแช่ ฯลฯ)/ขาดองเหล้า/ สุราจีน/ วอดก้า/ อื่นๆ (ระบุ)
Q7306	ใน 30 วันที่ผ่านมา ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. เคย <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย ข้ามไปคำถาม Q7316

Q7307	ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างน้อย 6 ดื่ม (หน่วยมาตรฐาน) ในช่วงเวลาเดียว ก็ครั้ง (เบียร์มากกว่า 4 กระป๋อง หรือ 2 ขวดใหญ่/ เหล้า 3 เป๊กขึ้นไป/ ไวน์ 6 แก้ว)	จำนวนครั้ง <input type="text"/> <input type="text"/> ครั้ง <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
Q7308- Q7311	ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา โดยปกติแล้ว ท่านได้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ละชนิดมากน้อยเพียงไร	

ชนิดของเครื่องดื่ม	ความถี่ของการดื่ม (a)	ปริมาณที่ดื่มต่อวัน (b)
1. (Q7308) (ที่ดื่มบ่อยเป็นอันดับหนึ่ง) .....	<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. ไม่ดื่มเลย	จำนวน <input type="text"/> <input type="text"/> ประเภทภาชนะ (ดูรหัสภาชนะข้างล่าง) <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> หน่วยของภาชนะที่ระบุต่อคน
2. (Q7309) (ที่ดื่มบ่อยเป็นอันดับสอง) .....	<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. ไม่ดื่มเลย	จำนวน <input type="text"/> <input type="text"/> ประเภทภาชนะ (ดูรหัสภาชนะข้างล่าง) <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> หน่วยของภาชนะที่ระบุ
3. (Q7310) (ที่ดื่มบ่อยเป็นอันดับสาม) .....	<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. ไม่ดื่มเลย	จำนวน <input type="text"/> <input type="text"/> ประเภทภาชนะ (ดูรหัสภาชนะข้างล่าง) <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> หน่วยของภาชนะที่ระบุ
4. (Q7311) (ที่ดื่มบ่อยเป็นอันดับสี่) .....	<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. ไม่ดื่มเลย	จำนวน <input type="text"/> <input type="text"/> ประเภทภาชนะ (ดูรหัสภาชนะข้างล่าง) <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> หน่วยของภาชนะที่ระบุ
	<b>รหัสภาชนะ (ให้ผู้ตอบดูรูปภาพประกอบ) ภาชนะแบ่งดื่มหรือริน</b> <b>1. เป๊ก (ขนาด 30 ซีซี)</b> <b>2. เป๊กขนาดใหญ่ (ขนาด 50 ซีซี)</b>	<b>- ให้บันทึกปริมาณที่ดื่มเป็นหน่วยตามภาชนะที่ใช้โดยมีจุดทศนิยมสองตำแหน่ง เช่น 1/3 หน่วย</b> 0.34, 1/2 = 0.50, 1/4 = 0.25, 1/5 = 0.20, 3/4 = 0.75, 2/3 = 0.67

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

3. แก้วไวน์ (ขนาด 100 ซีซี)
  4. แก้วกลมทั่วไป (ขนาด 200 ซีซี)
  5. แก้วกลมสั้น/แก้วทรงกระบอกสั้น (ขนาด 235 ซีซี)
  6. แก้วทรงกระบอก/แก้วเบียร์สูง (ขนาด 285 ซีซี)
  7. แก้วทรงสูงใบใหญ่/แก้วกลมใบใหญ่/แก้วเหยือก (ขนาด 325 ซีซี)
- เบียร์ (เฉพาะคนที่ตอบข้อ Q7308-Q7311 เป็น 1.เบียร์ หรือ 6. สุราแช่พื้นบ้าน เท่านั้น)
8. กระจกเบียร์ขนาดมาตรฐานและทรงผอมสูง (ขนาด 320 ซีซี)
  9. กระจกเบียร์ใหญ่ (ขนาด 490 ซีซี)
  10. ขวดเบียร์ (ขนาด 320 ซีซี)
  11. ขวดเบียร์ใหญ่ (ขนาด 320 ซีซี)
  12. เหยือกเบียร์ (ขนาด 1,000 ซีซี)
- สุราดี (เฉพาะคนที่ตอบข้อ Q7308-Q7311 เป็น 2.สุราขาว/สุรากลั่นชุมชน หรือ 6. สุราแช่พื้นบ้าน เท่านั้น)
13. ขวดสุราขาว (ขนาด 150 ซีซี)
  14. ขวดสุรากลั่นชุมชน (ขนาด 330 ซีซี)
  15. ขวดสุราชุมชน (ขนาด 600 ซีซี)
  16. ขวดสุราขาวใหญ่ (ขนาด 620 ซีซี)
- สุราขาว (เฉพาะคนที่ตอบข้อ Q7308-Q7311 เป็น 3.สุราดี หรือ 6. สุราแช่พื้นบ้าน เท่านั้น)
17. ขวดสุราดี (ขนาด 300 ซีซี)
  18. ขวดบรันดีหรือสุราดี (ขนาด 700 ซีซี)
  19. ขวดสุราดีขนาดใหญ่ (ขนาด 750 ซีซี)
- ไวน์ (เฉพาะคนที่ตอบข้อ Q7308-Q7311 เป็น 4.ไวน์องุ่น / แชมเปญ/ไวน์ผลไม้ หรือ 6. สุราแช่พื้นบ้าน เท่านั้น)
20. ขวดไวน์ (ขนาด 625 ซีซี)

-ถ้าดื่มสุราหลายคน ให้บันทึกค่าเฉลี่ยต่อคน เช่น ดื่มด้วยกัน 5 คน ดื่มทั้งหมด 3/4 หน่วย  
 $= 0.75/5 = 0.15$

21. ขวดไวน์ขนาดใหญ่ (ขนาด 700 ซีซี)  
 อื่น ๆ (เฉพาะคนที่ตอบข้อ Q7308-Q7311 เป็น  
 5. ไวน์คูลเลอร์ / สุราผสมน้ำผลไม้ / เหล้าปั่น  
 หรือ 6. สุราแช่พื้นบ้าน เท่านั้น)  
 22. ขวดน้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์หรือไวน์  
 คูลเลอร์ (ขนาด 275 ซีซี)  
 23. ไห (ขนาด 1,000 ซีซี)

Q7312 เมื่อวานนี้ ท่านได้ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่  1. ดื่ม  
 2. ไม่ดื่ม ข้ามไปคำถาม Q7314

Q7313 ถ้าได้ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เมื่อวานนี้ท่านได้ดื่มอะไรบ้าง

(ประเภทเครื่องดื่มตามข้อ Q7307)	ภาชนะที่ใช้ (ดูรหัสภาชนะ)	หน่วยของภาชนะที่ระบุต่อคน
1.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> หน่วย
2.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> หน่วย
3.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> หน่วย
4.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> หน่วย

Q7314 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านเคยดื่มสุราเถื่อน / เหล้าต้ม / เหล้าชุมชน ที่ไม่เสียภาษีหรือไม่  1. ทุกวัน  
 2. 5-6 วันต่อสัปดาห์  
 3. 3-4 วันต่อสัปดาห์  
 4. 1-2 วันต่อสัปดาห์  
 5. 1-3 วันต่อเดือน  
 6. ไม่ดื่มเลย

Q7315 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านเคยดื่มสุรานอก หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่างประเทศที่ไม่เสียภาษี (เช่น เครื่องดื่มที่ซื้อจากร้านปลอดภาษี หรือลักลอบนำเข้าโดยไม่เสียภาษี) หรือไม่  1. ทุกวัน  
 2. 5-6 วันต่อสัปดาห์  
 3. 3-4 วันต่อสัปดาห์  
 4. 1-2 วันต่อสัปดาห์  
 5. 1-3 วันต่อเดือน  
 6. ไม่ดื่มเลย

		Qcode							
Q7316	ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา บ่อยเพียงไรที่ท่านพบว่าท่านไม่สามารถที่จะหยุดดื่มได้ หากท่าน ได้เริ่มต้นดื่มแล้ว		<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		
Q7317	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		
Q7318	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		
Q7319	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		
Q7320	บ่อยเพียงไรที่ท่านไม่สามารถจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ผ่านมาเพราะว่าท่านได้ดื่มสุราเข้าไป		<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		
Q7321	ตัวท่านเองหรือคนอื่นเคยได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลมาจากการดื่มสุราของท่านหรือไม่		<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยเลย	<input type="checkbox"/> 2. เคยแต่ไม่ได้เกิดขึ้นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/> 3. เคยและเกิดขึ้นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา				
Q7322	เคยมีญาติ เพื่อนฝูง แพทย์หรือนุคลากรทางแพทย์ แสดงความเป็นห่วงเป็นใยกับการดื่มสุราของท่าน หรือแนะนำให้ท่านเลิกดื่มบ้างหรือไม่		<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยเลย	<input type="checkbox"/> 2. เคยแต่ไม่ได้เกิดขึ้นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/> 3. เคยและเกิดขึ้นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา				

Qcode

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

Q7323

ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีปัญหาครอบครัว หรือปัญหาเกี่ยวกับคู่ครองของท่าน เนื่องจากการดื่มของคนอื่นหรือไม่

1. เคย, มากกว่าเดือนละครั้ง
2. เคย, ทุกเดือนๆละครั้ง
3. เคย, หลายครั้งแต่ไม่ใช่ทุกเดือน
4. เคย, 1 - 2 ครั้ง
5. ไม่เคยเลย

## Q7400 การใช้ยาและอาหารเสริม

### 1. ยาแผนปัจจุบัน

#### 1.1 ยาแก้ปวด

Q7401 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านใช้ยาแก้ปวดบ่อยเพียงใด

1. ไม่ได้กินยาแก้ปวดเลย → Q7406
2. 1 วัน หรือน้อยกว่า 1 วัน/ สัปดาห์
3. 2-3 วัน /สัปดาห์
4. 4-6 วันต่อสัปดาห์
5. ทุกวัน

Q7402 ถ้ากินเกือบทุกวันหรือทุกวัน ท่านใช้ยาแก้ปวดชนิดใด ระบุชื่อ..... (generic, trade)

หมายเหตุ \*\*วันนัด บอกผู้ถูกสำรวจให้นำของยาที่กินมาด้วยคะ/ครับ\*\*\*

Q7403 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ท่านใช้ยาแก้ปวดเพราะเหตุใด (ตอบข้อที่เป็นสาเหตุบ่อยที่สุดเพียงข้อเดียว)

1. ปวดข้อ
2. ปวดหัว
3. ปวดกล้ามเนื้อ
4. ปวดหลัง
5. อื่นๆ (ระบุ).....

Q7404a ครั้งสุดท้ายที่ท่านได้รับยาแก้ปวด ท่านได้รับยามาจากที่ใด

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

Q7404b

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

Q7405 กรณีที่ได้ยาแก้ปวดจากร้านค้าหรือร้านขายยา ท่านได้รับเป็นยาชุด ใช่หรือไม่ (ยาชุด คือ มียาหลายอย่างรวมกันในหนึ่งถุง)

1. ใช่
2. ไม่ใช่

#### 1.2 ยาคลายเครียดหรือยานอนหลับ

Q7406 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้กินยาคลายเครียดหรือยานอนหลับบ้างหรือไม่

1. ใช่
2. ไม่ใช่ → Q7408

Q7407 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านกินยาคลายเครียดหรือยานอนหลับบ่อยเพียงใด

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

Q7407a ท่านได้รับยาคลายเครียด หรือยานอนหลับ มาจากที่ใด (ตอบได้หลายข้อ)

Qcode

1. โรงพยาบาล

2. คลินิก/ โพลีคลินิก

3. สถานีอนามัย/ ศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชน

4. ร้านค้า

5. เพื่อน ญาติ คนรู้จัก

Q7407b  6. ร้านขายยา โดย

6.1 ตามใบสั่งแพทย์

6.2 ปรึกษาเภสัชกร

6.3 ผู้ขายยาแนะนำ

6.4 ตัวท่านเองระบุชื่อยา.....

7. อื่นๆ ระบุ.....

**1.3 ยาปฏิชีวนะ**

Q7408 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบทุก ข้อ)

ถ้าใช่ จากอาการดังกล่าว ท่านได้รับยาปฏิชีวนะหรือไม่

Q7408a หวัด (ไม่เรื้อรัง)/  
หวัดเจ็บคอ

1. ใช่  
 2. ไม่ใช่

Q7409a  1. ได้  2. ไม่ได้  3. ไม่ทราบ

Q7408b ท้องเสียเฉียบพลัน

1. ใช่  
 2. ไม่ใช่

Q7409b  1. ได้  2. ไม่ได้  3. ไม่ทราบ

Q7408c แผลฉีกขาด/แผลเลือดออก

1. ใช่  
 2. ไม่ใช่

Q7409c  1. ได้  2. ไม่ได้  3. ไม่ทราบ

ในข้อ Q7410 ให้เติมตัวเลือกแหล่งยาที่ท่านได้รับดังต่อไปนี้

1. โรงพยาบาล

2. คลินิก/ โพลีคลินิก

3. สถานีอนามัย/ ศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชน

4. ร้านค้า

5. เพื่อน ญาติ คนรู้จัก

6. ร้านขายยา โดย

6.1 ตามใบสั่งแพทย์

6.2 ปรึกษาเภสัชกร

6.3 ผู้ขายยาแนะนำ

6.4 ตัวท่านเองระบุชื่อยา

7. อื่นๆ ระบุ.....

Q7410 แหล่งยาที่ท่านได้รับยากครั้งสุดท้าย (ระบุเลข )

Q7410a หวัด (ไม่เรื้อรัง) / หวัดเจ็บคอ

.

อื่นๆ ระบุ.....

Q7410b ท้องเสียเฉียบพลัน

.

อื่นๆ ระบุ.....

Q7410c แผลฉีกขาด / แผลเลือดออก

.

อื่นๆ ระบุ.....

**1. ยาสมุนไพร**

ยาสมุนไพร เป็นยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพรเดี่ยว โดยอาจได้หรือไม่ได้รับเลขทะเบียนยาแผนโบราณจาก อย.

Q7411 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้ใช้ยาสมุนไพรบ้างหรือไม่

1. ใช่

2. ไม่ใช่ → Q7415

Q7412 ท่านใช้ยาสมุนไพรสำหรับรักษาโรค/บรรเทาอาการอะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

Qcode

<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. ติดเชื้อ	<input type="checkbox"/> 6. ท้องอืด ท้องเฟ้อ
<input type="checkbox"/> 7. อาการหวัด	<input type="checkbox"/> 8. อาการไอ	<input type="checkbox"/> 9. เบาหวาน
<input type="checkbox"/> 10. ความดันเลือดสูง	<input type="checkbox"/> 11. บำรุงไต	<input type="checkbox"/> 12. บำรุงตับ
<input type="checkbox"/> 13. อื่นๆ ระบุ.....		

Q7413 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านกินยาสมุนไพรบ่อยเพียงใด

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

Q7414 ท่านได้รับยาสมุนไพร มาจากที่ใด (ตอบได้หลายข้อ)

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

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

Q7415 ปัจจุบันท่านกิน (ทั้งที่กินประจำและครั้งคราว) อาหารเสริมประเภทใดบ้าง ตอบทุกข้อ

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

Q7416 ท่านซื้อหรือได้รับอาหารเสริม มาจากที่ใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

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

**2. ยาลดน้ำหนัก เช่น ยาลดความอ้วน ยาระบายเพื่อลดน้ำหนัก**

Q7417 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้ใช้ยาเพื่อลดน้ำหนัก หรือยาลดความอ้วนหรือไม่

- 1. ใช่
- 2. ไม่ใช่ → Q7419

Q7418 ท่านได้รับยาลดน้ำหนัก หรือยาลดความอ้วนมาจากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1. โรงพยาบาล/คลินิก
- 2. สถานีนอมน้ำ/ศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชน
- 3. ร้านยา
- 4. ร้านค้า
- 5. เพื่อนญาติคนรู้จัก
- 6. วัด
- 7. การขายตรง (เช่น โฆษณาทางทีวี การเร่ขาย ร้านค้าทางอินเทอร์เน็ต)
- 8. อื่นๆ ระบุ.....

Q7419 ท่านเชื่อมั่นในบัญชียาหลักแห่งชาติหรือไม่

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

Q7420 ท่านมีความเชื่อมั่นในยาที่ผลิตในประเทศไทยหรือไม่

1. เชื่อมั่น       2. ไม่เชื่อมั่น       3. ไม่แน่ใจ

**คำถาม เกี่ยวกับการใช้ Pesticide**

Q7421 ใน 1 ปี ที่ผ่านมานี้ ภายในบริเวณบ้านของท่าน มีการใช้สารเคมีกำจัดแมลง ในการกำจัดแมลง เช่น มด ปลวก แมลงสาบ ยุง ฯลฯ หรือไม่

1. มี (ใช่)       2. ไม่มี (ไม่ใช่)       3. ไม่ทราบ

Q7422 ถ้ามีการใช้ ท่านเป็นผู้ฉีดพ่น ไร่หรือไม่       1. ใช่       2. ไม่ใช่

Q7423 ใน 1 ปี ที่ผ่านมานี้ ในสวนและหรือ ไร่ ของท่าน มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในการกำจัดศัตรูพืช ประเภท แมลง หอย หรือ หนอน เชื้อรา แบคทีเรีย หรือสัตว์อื่นๆ หรือไม่

1. ใช่       2. ไม่ใช่       3. ไม่ทราบ

Q7424 ถ้ามีการใช้ ท่านเป็นผู้ฉีดพ่น ไร่หรือไม่       1. ใช่       2. ไม่ใช่

Q7425 ใน 1 ปี ที่ผ่านมานี้ ในสวนและหรือ ไร่ ของท่าน ใช้สารเคมีกำจัดวัชพืช (เช่น หญ้าคา หญ้าที่เป็นวัชพืช ต่างๆ) หรือไม่

1. ใช่       2. ไม่ใช่       3. ไม่ทราบ

Q7426 ถ้ามีการ ใช้ ท่านเป็นผู้ฉีดพ่น ไร่หรือไม่       1. ใช่       2. ไม่ใช่

**Q7500 การกินอาหาร**

**ส่วน A. พฤติกรรมในการบริโภคอาหารชุดที่ 3 (EBQ3)**

Q7501 ท่านกินอาหารครบ 3 มื้อหลักหรือไม่

1. ใช่ → Q7503       2. ไม่ใช่

Q7502 โดยส่วนใหญ่ ท่านงดกินอาหารมื้อใด

1. มื้อเช้า       2. มื้อกลางวัน       3. มื้อเย็น

Q7503 โดยปกติ ท่านทำกิจกรรมต่างๆ ขณะกินอาหาร เช่น ดูโทรทัศน์ เล่นของเล่น/เกมส์คอมพิวเตอร์ เดิน/วิ่งเล่น อ่านหนังสือหรือไม่

1. ใช่       2. ไม่ใช่

Q7504a ในวันทำงาน โดยทั่วไป อาหารมื้อเย็นที่ท่านกินบ่อยที่สุดเป็นอาหารชนิดใด

1. อาหารที่ทำกินเองที่บ้าน ถ้าเลือกตอบคำตอบนี้ → Q7505a
2. อาหารปรุงสุกสำเร็จ       3. อาหารตามสั่ง       4. อาหารสำเร็จรูปบรรจุซอง/
5. อาหารปิ่นโตรับเป็นรายเดือน       6. อาหารแช่แข็งสำเร็จรูปมาเก็บไว้ เมื่อกินจะนำมาอุ่น

Qcode

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

Q7504b. ในวันทำงาน แหล่งของอาหารมื้อเย็นที่ท่านกินบ่อยที่สุดเป็นอาหารที่ซื้อมาจาก

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. รถเร่/เรือเร่ขายอาหาร/อาหารริมบาทวิถี/อาหารริมทาง | <input type="checkbox"/> 2. ตลาด/ตลาดนัด (ร้านไม่เคลื่อนย้าย) |
| <input type="checkbox"/> 3. ร้านอาหารตามสั่ง/ภัตตาคาร/ร้านอาหารทั่วไป         | <input type="checkbox"/> 4. ร้านสะดวกซื้อ                     |
| <input type="checkbox"/> 5. ร้านขายอาหารฟาสต์ฟู้ด                             | <input type="checkbox"/> 6. ซูเปอร์มาร์เก็ตในห้างสรรพสินค้า   |

Q7505a ในวันเสาร์หรืออาทิตย์ ท่านกินอาหารมื้อหลัก (เช้า กลางวัน เย็น) นอกบ้านกี่มื้อ

(หมายเหตุ อาหารนอกบ้าน หมายถึง อาหารที่ไม่ได้ทำเองที่บ้าน)

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 0 มื้อต่อวัน → Q7506 | <input type="checkbox"/> 2. 1 มื้อต่อวัน | <input type="checkbox"/> 3. 2 มื้อต่อวัน | <input type="checkbox"/> 4. 3 มื้อต่อวัน |
|--|--|--|--|

Q7505b ในวันเสาร์หรืออาทิตย์ ลักษณะอาหารนอกบ้านที่ท่านกินบ่อยที่สุด คือ

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. อาหารปรุงสุกสำเร็จ           | <input type="checkbox"/> 2. อาหารตามสั่ง                                      | <input type="checkbox"/> 3. อาหารสำเร็จรูปบรรจุซอง/กระป๋อง |
| <input type="checkbox"/> 4. อาหารปิ้ง โต้รับเป็นรายเดือน | <input type="checkbox"/> 5. อาหารแช่แข็งสำเร็จรูปมาเก็บไว้ เมื่อกินจะนำมาอุ่น |  |

Q7505c ในวันเสาร์หรืออาทิตย์ แหล่งที่มาของอาหารมื้อหลักที่ท่านกินบ่อยที่สุดเป็นอาหารที่ซื้อมาจากแหล่งใด

(เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. รถเร่/เรือเร่ขายอาหาร/อาหารริมบาทวิถี/อาหารริมทาง | <input type="checkbox"/> 2. ตลาด/ตลาดนัด (ร้านไม่เคลื่อนย้าย) |
| <input type="checkbox"/> 3. ร้านอาหารตามสั่ง/ภัตตาคาร/ร้านอาหารทั่วไป         | <input type="checkbox"/> 4. ร้านสะดวกซื้อ                     |
| <input type="checkbox"/> 5. ร้านขายอาหารฟาสต์ฟู้ด                             | <input type="checkbox"/> 6. ซูเปอร์มาร์เก็ตในห้างสรรพสินค้า   |

Q7506 ปัจจุบันท่านเป็นคนกินอาหารมังสวิรัตืใช่หรือไม่

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ใช่ กินประจำทุกมื้อ  |
| <input type="checkbox"/> 2. ใช่ กินเป็นครั้งคราว |
| <input type="checkbox"/> 3. ไม่ใช่               |

Q7507 โดยส่วนใหญ่ครอบครัวท่านใช้น้ำมันชนิดใดในการประกอบ/ปรุงอาหารเป็นประจำ (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. น้ำมันพืช ถ้าทราบชนิด ระบุ <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1.1 น้ำมันถั่ว น้ำมันรำข้าว น้ำมันดอกทานตะวัน ฯลฯ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1.2 น้ำมันปาล์ม</td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> 1.1 น้ำมันถั่ว น้ำมันรำข้าว น้ำมันดอกทานตะวัน ฯลฯ | <input type="checkbox"/> 1.2 น้ำมันปาล์ม |
| <input type="checkbox"/> 1.1 น้ำมันถั่ว น้ำมันรำข้าว น้ำมันดอกทานตะวัน ฯลฯ  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 1.2 น้ำมันปาล์ม  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 2. น้ำมันหมู   |  |  |
| <input type="checkbox"/> 3. เนย หรือ margarine  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 4. ไม่ทราบ   |  |  |
| <input type="checkbox"/> 5. อื่นๆ ระบุ.....   |  |  |

Q7508 ปัจจุบันท่านเป็นคนกินอาหารรสเค็มหรือไม่

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. เค็มมากๆ       | <input type="checkbox"/> 2. เค็มค่อนข้างมาก |
| <input type="checkbox"/> 3. พอดี           | <input type="checkbox"/> 4. ไม่ค่อยเค็ม     |
| <input type="checkbox"/> 5. ไม่เค็มเลย/จืด |   |



		Qcode										
ชนิดอาหาร		ความถี่ในการบริโภคอาหาร						ส่วนบริโภค ต่อครั้ง	ขนาดส่วน บริโภค			
		ไม่ กิน เลย	<1 ครั้ง/ ด	1-3 ครั้ง/ ด	1-3 ครั้ง/ ส	4-6 ครั้ง/ ส	1 ครั้ง/ ว	>1 ครั้ง/ ว		S	M	L
(6)	ไก่/เป็ดติดหนังปิ้ง/ย่าง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.5 ช้อนกินข้าว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	รวม เนื้อวัว/หมูติดมัน ไก่/เป็ด ติดหนัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.5 ช้อนกินข้าว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3	ปลาชนิดต่างๆ เช่น ปลาน้ำจืด ปลาทะเล											
(1)	ปลาชนิดต่างๆ นึ่ง/ต้ม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.5 ช้อนกินข้าว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)	ปลาชนิดต่างๆ ผัด/ทอด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.5 ช้อนกินข้าว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)	ปลาชนิดต่างๆ ปิ้ง/ย่าง/เผา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.5 ช้อนกินข้าว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	รวม ปลาชนิดต่างๆ เช่น ปลา น้ำจืด ปลาทะเล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.5 ช้อนกินข้าว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4	กุ้ง หอย ปู ปลาหมึก											
(1)	กุ้ง/หอย/ปู/ปลาหมึกนึ่ง/ต้ม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.5 ช้อนกินข้าว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)	กุ้ง/หอย/ปู/ปลาหมึกผัด/ทอด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.5 ช้อนกินข้าว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)	กุ้ง/หอย/ปู/ปลาหมึกปิ้ง/ย่าง/เผา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.5 ช้อนกินข้าว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	รวม กุ้ง หอย ปู ปลาหมึก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.5 ช้อนกินข้าว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5	เครื่องในสัตว์ เช่น ตับ เลือด ลำไส้											
(1)	เครื่องในสัตว์นึ่ง/ต้ม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.5 ช้อนกินข้าว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)	เครื่องในสัตว์ผัด/ทอด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.5 ช้อนกินข้าว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)	เครื่องในสัตว์ปิ้ง/ย่าง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.5 ช้อนกินข้าว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	รวม เครื่องในสัตว์ เช่น ตับ เลือด ลำไส้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.5 ช้อนกินข้าว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6	ไข่ทั้งฟอง หรือเฉพาะไข่แดง											
(1)	ไข่ทั้งฟอง หรือเฉพาะไข่แดง นึ่ง/ต้ม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ฟอง (49 ก)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)	ไข่ทั้งฟอง หรือเฉพาะไข่แดง ผัด/ทอด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ฟอง (49 ก)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)	ไข่ทั้งฟอง หรือเฉพาะไข่แดง ปิ้ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ฟอง (49 ก)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	รวม ไข่ทั้งฟอง หรือเฉพาะไข่ แดง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.5 ช้อนกินข้าว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Qcode											
ชนิดอาหาร		ความถี่ในการบริโภคอาหาร						ส่วนบริโภค ต่อครั้ง	ขนาดส่วน บริโภค				
		ไม่ กิน เลย	<1 ครั้ง/ ด	1-3 ครั้ง/ ด	1-3 ครั้ง/ ส	4-6 ครั้ง/ ส	1 ครั้ง/ ว		>1 ครั้ง/ ว	S	M	L	
<b>กลุ่มผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์</b>													
1.7	ผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ที่ผ่านกระบวนการกลุ่มที่ 1 เช่น ไส้กรอก ไส้กรอกอีสาน เบคอน แฮม กุนเชียง หมูยอ แหนม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.5 ช้อนกินข้าว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.8	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"/>	2.5 ช้อนกินข้าว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>2. ข้าวแป้งและผลิตภัณฑ์</b>													
2.1	ข้าวขาว/ข้าวขัดสี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.5 ทัพพี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.2	ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.5 ทัพพี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.3	ข้าวเหนียว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.5 ทัพพี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.4	ก๋วยเตี๋ยวต่างๆ รวมเส้นก๋วยจั๊บ วุ้นเส้นขนมจีน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.5 ทัพพี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.5	บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป เช่น มาม่า ยำ ไข่ต้ม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.5 ทัพพี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.6	ขนมปังขาว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 แผ่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.7	ขนมปังโฮลวีท (ขนมปัง ธัญพืช)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 แผ่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.8	มักกะโรนี พาสต้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.5 ทัพพี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.9	ข้าวโพด เผือก มัน ลูกเดือย ช้าง ฟ้าง ข้าวเม่า นุก กลอย มันแกว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.5 ทัพพี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	รวม ข้าวแป้งและผลิตภัณฑ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.5 ทัพพี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>3. ถั่วและผลิตภัณฑ์</b>													

		Qcode											
ชนิดอาหาร		ความถี่ในการบริโภคอาหาร						ส่วนบริโภค ต่อครั้ง	ขนาดส่วน บริโภค				
		ไม่ กิน เลย	<1 ครั้ง/ ด	1-3 ครั้ง/ ด	1-3 ครั้ง/ ส	4-6 ครั้ง/ ส	1 ครั้ง/ ว	>1 ครั้ง/ ว		S	M	L	
3.1	ถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์ (ไม่รวมเครื่องดื่ม) เช่น ถั่วเขียว ถั่วเหลือง ถั่วลิสง ถั่วแดง ถั่วแระ เต้าหู้หลอดขาว ฟองเต้าหู้ โปรตีนเกษตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 ซ้อนกินข้าว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.2	น้ำเต้าหู้/นมถั่วเหลือง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 แก้ว (200 cc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>4. นมและผลิตภัณฑ์</b>													
4.1	นมสด/โยเกิร์ตชนิดถ้วยไม่ปรุงแต่งรส	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 แก้ว (200 cc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.2	นมหวาน/นมปรุงแต่งรส/โยเกิร์ตชนิดถ้วยปรุงแต่งรส	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 แก้ว (200 cc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.3	นมเปรี้ยว/โยเกิร์ตชนิดดื่ม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 แก้ว (200 cc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.4	นมพร้อมมันเนย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 แก้ว (200 cc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>5. ผลิตภัณฑ์ผักและผลไม้</b>													
5.1	ผลไม้ดองและผักดองต่างๆ เช่น ผักกาดดอง หน่อไม้ดอง กระเทียมดอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.5 ทัพพี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.2	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"/>	1/4 ถ้วยตวง มาตรฐาน =1 ส่วน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.3	ผลไม้กระป๋อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/2 ถ้วยตวง มาตรฐาน =1 ส่วน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>6. เครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์</b>													
6.1	น้ำอัดลม/น้ำหวาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 แก้ว (200 cc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.2	น้ำผลไม้/ผัก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 แก้ว (200 cc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.3	เครื่องดื่มชูกำลัง เช่น กระทิ๊งแดง ลิโพ เอ็ม 150	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 แก้ว (200 cc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.4	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"/>	1 แก้ว (200 cc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.5	กาแฟสด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 แก้ว (200 cc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		Qcode											
ชนิดอาหาร		ความถี่ในการบริโภคอาหาร						ส่วนบริโภค ต่อครั้ง	ขนาดส่วน บริโภค				
		ไม่ กิน เลย	<1 ครั้ง/ ด	1-3 ครั้ง/ ด	1-3 ครั้ง/ ส	4-6 ครั้ง/ ส	1 ครั้ง/ ว	>1 ครั้ง/ ว		S	M	L	
6.6	กาแฟสำเร็จรูป เช่น 3 in 1 กาแฟผง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ซอง (20 กรัม)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.7	ชาที่เติมนมข้นหวาน/น้ำเชื่อม/ น้ำตาล/ครีมเทียม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 แก้ว (200 cc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.8	ชาชงน้ำร้อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 แก้ว (200 cc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.9	เครื่องดื่มช็อกโกแลต/โกโก้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 แก้ว (200 cc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.10	เครื่องดื่มธัญญาพืช เช่น น้ํานม ข้าวยาคู น้ําลูกเดือย น้ํานม ข้าวโพด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 แก้ว (200 cc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>7. อาหารอื่นๆ</b>													
7.1	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"/>	1 ทัพพี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.2	อาหารคาวที่มีกะทิ เช่น แกง เผ็ด ต้มข่า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ทัพพี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.3	น้ำพริก เช่น น้ำพริกปลาเค็ม น้ำพริกปลาป่น น้ำพริกปลาร้า น้ำพริกปูเค็ม น้ำพริกปลาหู น้ำพริกคักแค้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.5 ช้อนกินข้าว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>8. ขนมหวาน</b>													
8.1	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"/>	1 ทัพพี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.2	ขนมหวานทำจากไข่แดง เช่น ทองหยิบ ฝอยทอง ทองหยอด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 ช้อนกินข้าว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.3	ขนมใส่น้ำเชื่อม เช่น สาธุ น้ำเชื่อม ลูกชิดน้ำเชื่อม มันทะ เชื่อม กล้วยเชื่อม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ทัพพี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.4	ขนมหวานที่มีกะทิ เช่น กล้วยบัวควี วุ้นกะทิ ข้าวต้มผัด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ทัพพี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.5	ขนมขบเคี้ยว/ขนมกรุบกรอบ บรรจุซอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ซอง 10 บาท (35 กรัม)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		Qcode										
ชนิดอาหาร		ความถี่ในการบริโภคอาหาร						ส่วนบริโภค ต่อครั้ง	ขนาดส่วน บริโภค			
		ไม่ กิน เลย	<1 ครั้ง/ ด	1-3 ครั้ง/ ด	1-3 ครั้ง/ ส	4-6 ครั้ง/ ส	1 ครั้ง/ ว	>1 ครั้ง/ ว		S	M	L
8.6	ไอศกรีมกะทิ/ผสมนม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 ช้อนโต๊ะ /3 ลูก (f3 ชม.ต่อ ลูก)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9. เครื่องปรุงรสที่เติมเพิ่มหลังจากปรุง อาหารเสร็จ</b>												
9.1	น้ำตาลทราย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 ช้อนชา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2	เกลือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ช้อนชา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3	น้ำปลา ซอสชนิดต่างๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ช้อนกินข้าว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4	ผงชูรส	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ช้อนชา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ส่วน C. ความถี่อาหารบริโภคถึงปริมาณสำหรับการกินผลไม้และผัก</b>												
<p>ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ดู ตารางที่1 หน้า 16-18 ขนาดส่วนบริโภคของผลไม้และผักสมุดภาพตัวอย่างผลไม้และผักขนาดเท่าของจริง (หน้า 90-115) และอุปกรณ์การประมาณขนาดอาหารบริโภค ได้แก่ ทัพพีตักข้าว พร้อมทั้งให้คำอธิบายต่อไปนี้</p> <p>“คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวข้องกับการบริโภคผลไม้และผักที่ท่านกินเป็นประจำ ขอให้ท่านตอบคำถามต่อไปนี้โดยคิดถึง ความถี่ในการบริโภคผลไม้และผักโดยทั่วๆ ไปใน 1 สัปดาห์ และปริมาณผลไม้หรือผักที่ ท่านกิน ในแต่ละมื้อ ว่ามีปริมาณและ ขนาดเท่าไร (เช่น ส้มเขียวหวาน 1 ผลกลาง เป็นต้น) หรือในกรณีของผักให้นำมาเปรียบเทียบกับ ถ้าใส่ในทัพพีตักข้าว ท่านกิน ปริมาณเฉลี่ยกี่ทัพพี”</p>												
<b>การกินผลไม้</b>												
<b>Q7510 ผลไม้สด</b>												
<p>หมายเหตุ:ผลไม้สด 1 ส่วนมาตรฐาน เท่ากับ มะละกอ แดงโม หรือสัปประด 6-8 คำ หรือ กล้วยน้ำว้า 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)</p>												
Q7510a โดยทั่วไปในแต่ละสัปดาห์ ท่านกินผลไม้สดกี่วันต่อสัปดาห์								<input type="checkbox"/> วันต่อสัปดาห์				
ถ้าคำตอบเป็น 0 → Q7511												
Q7510c ท่านกินผลไม้สดจำนวนกี่ส่วนต่อวัน								<input type="text"/> ส่วนมาตรฐานต่อวัน				
<b>Q7511 การบริโภคผัก</b>												
<p>หมายเหตุ:ผัก 1 ส่วนมาตรฐานของโภชนาการเท่ากับ ผักใบปรุงสุกแล้ว 1 ทัพพี หรือผักใช้ผล/หัว/รากเช่น มะเขือเทศ แครอท ฟักทอง ข้าวโพด กะหล่ำดอก ถั่วฝักยาว หอมหัวใหญ่ 1 ทัพพี หรือผักใบเขียวสด ไม่ผ่านการปรุงสุก 2 ทัพพี ให้บันทึกส่วนมาตรฐานเป็นจำนวนเต็มพร้อมทศนิยม 1 ตำแหน่ง (เช่น 0.5, 1.0, 1.5, 2.0, 2.5, 3.0 เป็นต้น)</p>												
Q7511a โดยทั่วไปในแต่ละสัปดาห์ ท่านกิน ผัก กี่วันต่อสัปดาห์								<input type="checkbox"/> วันต่อสัปดาห์				
ถ้าคำตอบเป็น 0 → Q7600												
<p>กลุ่มวัยแรงงาน (อายุ 20 – 59 ปี) ครั้งที่ 5 v1.2 8/10/2556 <span style="float: right;">หน้า 40 จาก 48</span></p>												

Qcode

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

Q7511c ท่านกิน ผัก จำนวนกี่ส่วนต่อวัน

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

ส่วนมาตรฐานต่อวัน

**Q7600 ประวัติการป่วยของ พ่อ แม่ พี่น้อง สายตรง**

พี่น้อง ที่องเดียวกันสายตรง ถ้าเป็นหลายคน ให้ถามคนที่เป็นเมื่ออายุน้อยที่สุด

ลูก ถ้าเป็นหลายคน ให้ถามคนที่เป็นเมื่ออายุน้อยที่สุด

	พ่อ	แม่	พี่น้อง
Q7601 ความดันเลือดสูง	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> 4. ลูกคนเดียว
Q7602a เบาหวาน	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> 4. ลูกคนเดียว
Q7602b สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่เมื่ออายุเท่าใด	<input type="checkbox"/> 1. <20 ปี <input type="checkbox"/> 2. ≥20 ปี <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> 1. <20 ปี <input type="checkbox"/> 2. ≥20 ปี <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> 1. <20 ปี <input type="checkbox"/> 2. ≥20 ปี <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> 4. ลูกคนเดียว
Q7602c สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ ใช้ยา Insulin หรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> 4. ลูกคนเดียว
Q7603a โรคเส้นเลือดสมองตีบ/แตก/ตัน	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> 4. ลูกคนเดียว
Q7603b สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่เมื่ออายุเท่าใด	<input type="checkbox"/> 1. <50 ปี <input type="checkbox"/> 2. ≥50 ปี <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> 1. <50 ปี <input type="checkbox"/> 2. ≥50ปี <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> 1. <50 ปี <input type="checkbox"/> 2. ≥50 ปี <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> 4. ลูกคนเดียว
Q7604a โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> 4. ลูกคนเดียว

			Qcode						
Q7604b สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่เมื่ออายุเท่าใด	<input type="checkbox"/> 1. <50 ปี <input type="checkbox"/> 2. ≥50 ปี <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> 1. <50 ปี <input type="checkbox"/> 2. ≥50 ปี <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> 1. <50 ปี <input type="checkbox"/> 2. ≥50 ปี <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> 4. ลุกคนเดียว						
Q7605 หอบหืด	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> 4. ลุกคนเดียว						
Q7606 ภูมิแพ้ (อากาศ อาหาร ผิวหนัง)	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> 4. ลุกคนเดียว						
Q7607 มะเร็ง	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> 4. ลุกคนเดียว						
Q7608 ธาลัสซีเมีย	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> 4. ลุกคนเดียว						

**Q7700 การบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ**

Q7701 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บหรือประสบอุบัติเหตุจนต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิกใช่หรือไม่

1. ใช่                       2. ไม่ใช่ → Q7800

Q7702 จำนวนครั้งที่บาดเจ็บในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา   ครั้ง/ 12 เดือน

Q7703 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเข้ารับการรักษาโดยต้องนอนโรงพยาบาลเนื่องจากการบาดเจ็บเป็นจำนวนกี่ครั้ง   ครั้ง/ 12 เดือน

Q7704 ท่านได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุครั้งสุดท้ายที่ ต้องนอนโรงพยาบาล จากสาเหตุใด (ตอบทุกข้อ)

Q7704a อุบัติเหตุจากการจราจร (ทางบก ทางน้ำหรืออากาศ)  1. ใช่     2. ไม่ใช่

Q7704b ถูกทำร้ายร่างกาย โดย ถูกยิง ด้วยปืน หรือระเบิด  1. ใช่     2. ไม่ใช่

Q7704c ถูกทำร้ายร่างกาย โดย อาวุธชนิดอื่น เช่นมีด ไม้ เหล็ก ฯลฯ  1. ใช่     2. ไม่ใช่

Q7704d ถูกทำร้ายร่างกาย โดย ทำร้ายร่างกายโดยไม่ใช้อาวุธ เช่น ต่อย ตบตี ตะเตะ ผลัก  1. ใช่     2. ไม่ใช่

Q7704e ทำร้ายตัวเอง  1. ใช่     2. ไม่ใช่

Q7704f อื่นๆ ระบุ.....  1. ใช่     2. ไม่ใช่

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

**พฤติกรรมด้านการป้องกันการบาดเจ็บ**

ประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการขับขี่รถและป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร

<p>Q7705 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านใช้เข็มขัดนิรภัยขณะขับรถยนต์หรือไม่</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. ใช้ทุกครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ใช้บางครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> 3. ไม่เคยใช้</p> <p><input type="checkbox"/> 4. ไม่เคยขับรถยนต์ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา</p>
<p>Q7706 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านใช้เข็มขัดนิรภัยขณะเป็นผู้โดยสารข้างคนขับหรือไม่</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. ใช้ทุกครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ใช้บางครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> 3. ไม่เคยใช้</p> <p><input type="checkbox"/> 4. ไม่เคยนั่งข้างคนขับในช่วง 30 วันที่ผ่านมา</p>
<p>Q7707 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์หรือไม่</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. ใช้ทุกครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ใช้บางครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> 3. ไม่เคยใช้</p> <p><input type="checkbox"/> 4. ไม่เคยขี่จักรยานยนต์ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา</p>
<p>Q7708 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านสวมหมวกนิรภัยขณะโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. ใช้ทุกครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ใช้บางครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> 3. ไม่เคยใช้</p> <p><input type="checkbox"/> 4. ไม่เคยนั่งซ้อนท้ายจักรยานยนต์ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา</p>
<p>Q7709 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยประสบอุบัติเหตุจราจร ในฐานะคนขับ / ผู้โดยสาร / จักรยาน หรือขณะอยู่ข้างถนนหรือไม่ (ตอบได้หลายข้อ)</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. เคยในฐานะคนขับรถยนต์</p> <p><input type="checkbox"/> 2. เคยในฐานะคนขี่จักรยานยนต์</p> <p><input type="checkbox"/> 3. เคยในฐานะผู้โดยสารรถยนต์</p> <p><input type="checkbox"/> 4. เคยในฐานะผู้โดยสารรถจักรยานยนต์</p> <p><input type="checkbox"/> 5. เคยในฐานะคนขี่จักรยาน</p> <p><input type="checkbox"/> 6. เคยในฐานะคนที่ยืน / เดิน อยู่ข้างถนน</p> <p><input type="checkbox"/> 7. ไม่เคย</p>
<p>Q7710 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยขับรถยนต์หรือขี่จักรยานยนต์หลังจากดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. เคย</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย</p> <p><input type="checkbox"/> 3. ไม่เคยขับรถยนต์, ไม่เคยขี่รถจักรยานยนต์</p>

**Q7800 อนามัยเจริญพันธุ์ (สำหรับเพศชายและเพศหญิง)**

Q7801 (ถามเฉพาะผู้หญิง) ขณะนี้ท่านกำลังตั้งครรภ์อยู่หรือไม่

1. ใช่      ครั้งแรกเมื่ออายุ.....ปี       2. ไม่ใช่

Q7802 ปัจจุบันท่านมีคู่นอนหรือไม่ (คู่ หมายถึง หญิงชายที่อยู่ด้วยกันฉันท์สามีภรรยา หรือมีเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ 2-3 ครั้งต่อเดือน)

1. ใช่  
 2. ไม่ใช่ แต่มีคนที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยกันเป็นครั้งคราว  
 3. ไม่ใช่    **ญ → Q7901    ข → Q8000**

Q7803 ขณะนี้ท่าน/คู่ของท่านคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ใช่หรือไม่ (การทำหมัน ถือว่ามีการคุมกำเนิดแล้ว)

1. ใช่       2. ไม่ใช่ → Q7806

Q7804 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q7803 ปัจจุบันท่าน/คู่ของท่านคุมกำเนิดด้วยวิธีใด (ตอบทุกข้อ ทั้งของตนเองและคู่)

	ใช่	ไม่ใช่		ใช่	ไม่ใช่
Q7804a ฝ่ายหญิงใช้ยาเม็ด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q7804e ฝ่ายชายใช้ถุงยางอนามัย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7804b ฝ่ายหญิงใช้ยาฉีด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q7804f ทำหมันชาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7804c ฝ่ายหญิงใช้ยาคุมฉุกเฉิน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q7804g ทำหมันหญิง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7804d ฝ่ายหญิงใช้ยาฝังคุมกำเนิด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q7804h อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q7806 ท่านมีภาวะมีบุตรยากใช่หรือไม่ (ภาวะมีบุตรยาก หมายถึง ไม่สามารถมีบุตรได้ทั้งๆ ที่ไม่ได้คุมกำเนิดและมีเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอเป็น เวลาอย่างน้อย 1 ปี)

1. ใช่       2. ไม่ใช่

ถ้าตอบคำถามข้อ Q7806 เสร็จแล้ว เพศหญิง → Q7900 เพศชาย → Q8000

**Q7900 อนามัยเจริญพันธุ์ (สำหรับเพศหญิง)**

Q7901 ท่านมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุเท่าไร   ปี ถ้ายังไม่มีการมีประจำเดือนให้ใส่ 00 ถ้าไม่ได้ ใส่ 99

Q7902a ปัจจุบันท่านยังมีรอบประจำเดือนอยู่หรือไม่

1. ยังมีอยู่ → Q7907       2. ประจำเดือนหมดแล้ว (<1ปี)  
 3. ประจำเดือนหมดแล้ว (≥1ปี) (menopause)       4. กำลังตั้งครรภ์ → Q7907

Q7902b สำหรับผู้ที่ตอบว่าประจำเดือนหมดแล้ว ระบุอายุที่หมดประจำเดือน   ปี

Q7903 สำหรับผู้ที่ตอบว่าประจำเดือนหมดแล้ว ท่านหมดประจำเดือนด้วยสาเหตุใด

Qcode

1. ตามธรรมชาติของวัย → Q7905

2. สาเหตุอื่นๆ

Q7904a ท่านหมดประจำเดือนด้วยสาเหตุ การผ่าตัดมดลูกและรังไข่ ใช่หรือไม่

1. ใช่

2. ไม่ใช่

Q7904b ท่านหมดประจำเดือนด้วยสาเหตุ การฉายแสง/รังสี ใช่หรือไม่

1. ใช่

2. ไม่ใช่

Q7904c ท่านหมดประจำเดือนด้วยสาเหตุ อื่นๆ ใช่หรือไม่ (โปรดระบุ.....)

1. ใช่ โปรดระบุ.....

2. ไม่ใช่

Q7905 ท่านเคยหรือกำลังได้รับยาฮอร์โมนทดแทนหลังหมดประจำเดือนใช่หรือไม่

1. ใช่

2. ไม่ใช่ → Q7907

Q7906 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q7905 ระบุระยะเวลาที่ใช้ฮอร์โมนทดแทนนาน   ปี

Q7907 ท่านเคยตั้งครรภ์หรือไม่ (รวมการตั้งครรภ์แล้วแท้งด้วย)

1. ใช่

2. ไม่ใช่

Q7908 ท่านเคยแท้งลูกหรือไม่

1. ใช่ จำนวนครั้งที่แท้ง   ครั้ง

2. ไม่ใช่

**ถ้าไม่เคยตั้งครรภ์และไม่เคยแท้ง ไปข้อ Q7913 ถ้าเคยตั้งครรภ์แต่ไม่เคยแท้งตอบข้อ Q7909 ต่อ**

Q7909 ท่านเคยคลอดบุตรหรือไม่

1. ใช่

2. ไม่ใช่ → Q7912a

Q7910 ถ้าท่านเคยคลอดบุตร ลักษณะบุตรของท่านเมื่อแรกคลอด เป็นดังนี้

Q7910a บุตรเกิดรอด ใช่หรือไม่ (หมายถึง บุตรที่เกิดรอดมีสัญญาณชีพหลังคลอด เช่น มีลมหายใจ มีเสียงร้อง: live birth)

1. ใช่ จำนวนบุตรที่เกิดรอด   คน

2. ไม่ใช่

Q7910b มีบุตรตายคลอด (Still birth) หรือไม่

1. มี จำนวนบุตรที่ตายคลอด   คน

2. ไม่มี

Q7911 ถ้าท่านเคยคลอดบุตร ท่านคลอดบุตรคนสุดท้ายด้วยวิธีใด

1. วิถีธรรมชาติ

2. ใช้เครื่องทำคลอด

3. ผ่าตัดคลอด

4. ใช้คีม

5. ไม่ทราบ

6. อื่นๆ ระบุ.....

Q7912a ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยมีการแท้งลูกจากการตั้งครรภ์หรือไม่

1. มี โปรดระบุจำนวน   ครั้ง และ อายุที่แท้งครั้งแรก   ปี

2. ไม่มี

Q7912b ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยมีการแท้งลูกจากการตั้งครรภ์หรือไม่

1. มี โปรดระบุจำนวน   ครั้ง

2. ไม่ → Q7913

Q79012c ระบุสาเหตุของการทำแท้ง ในครั้งสุดท้ายในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา

- 1. แท้งเอง (รวมทั้งเกิดจากอุบัติเหตุ) ข้ามไปข้อ Q7913
- 2. ทำแท้งโดย
  - a. ตนเอง     b. แพทย์     c. พยาบาล     d. ผู้ช่วยสาธารณสุข/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
  - e. ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ ระบุ.....
  - f. ไม่ทราบ

Q79012d วิธีการทำแท้ง

1. ใช้เครื่องสูญญากาศดูดออกทางช่องคลอด	<input type="checkbox"/> 1.ใช่	<input type="checkbox"/> 2.ไม่ใช่
2. ใช้เครื่องมือดูดออกทางช่องคลอด	<input type="checkbox"/> 1.ใช่	<input type="checkbox"/> 2.ไม่ใช่
3. รับประทานยาเม็ด	<input type="checkbox"/> 1.ใช่	<input type="checkbox"/> 2.ไม่ใช่
4. เหน็บยาเข้าทางช่องคลอด	<input type="checkbox"/> 1.ใช่	<input type="checkbox"/> 2.ไม่ใช่
5. ใส่สายยางและ/หรือฉีดสารใดๆ เข้าทางช่องคลอด	<input type="checkbox"/> 1.ใช่	<input type="checkbox"/> 2.ไม่ใช่
6. ใช้อุปกรณ์ของแข็งสอดและ/หรือ กระทุ้งทางช่องคลอด	<input type="checkbox"/> 1.ใช่	<input type="checkbox"/> 2.ไม่ใช่
7. บีบ นวดคั้นบริเวณหน้าท้อง	<input type="checkbox"/> 1.ใช่	<input type="checkbox"/> 2.ไม่ใช่
8. จงใจให้เกิดอุบัติเหตุโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง ระบุ.....	<input type="checkbox"/> 1.ใช่	<input type="checkbox"/> 2.ไม่ใช่
9. อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> 1.ใช่	<input type="checkbox"/> 2.ไม่ใช่
10. ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> 1.ใช่	<input type="checkbox"/> 2.ไม่ใช่

Q79012e ระบุเหตุผลของการทำแท้ง ในครั้งสุดท้าย (เลือกตอบเพียงข้อเดียว)

- 1. ไม่พร้อมที่จะมีบุตร
- 2. เหตุผลทางการแพทย์ ระบุ.....
  - 2.1 เด็กมีโอกาสดพิการ
  - 2.2 เป็นอันตรายต่อแม่
  - 2.3 อื่นๆ ระบุ.....
- 3. เหตุผลทางกฎหมาย (เช่น ถูกข่มขืน ฯลฯ)
  - 3.1 ถูกข่มขืน
  - 3.2 อื่นๆ ระบุ.....
- 4. อื่นๆ ระบุ.....

Q79012f ระบุสถานที่ทำแท้ง ในครั้งสุดท้าย

- 1. โรงพยาบาลรัฐ     2. โรงพยาบาลเอกชน     3. คลินิกเอกชน     4. อื่นๆ ระบุ.....

Q7913 ท่านเคยได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขใช่หรือไม่

1. ใช่  2. ไม่ใช่ → Q7914

ถ้าตอบว่า “ใช่” ในข้อ Q7913 เคยได้รับการตรวจครั้งล่าสุดเมื่อ กี่ปี กี่เดือน ที่ผ่านมา   ปี   เดือน

Q7914 ท่านเคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกหรือไม่

1. ใช่  2. ไม่ใช่

Q7915 ท่านเคยตรวจเต้านมเพื่อหาก้อนผิดปกติ ด้วยวิธีการต่อไปนี้หรือไม่

Q7915a ตรวจคลำเต้านมด้วยตนเอง

1. ใช่  2. ไม่ใช่

Q7915b ตรวจโดยแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1. ใช่  2. ไม่ใช่

ถ้าตอบว่า “ใช่” ในข้อ Q7915b เคยได้รับการตรวจครั้งล่าสุดเมื่อ กี่ปี กี่เดือน ที่ผ่านมา   ปี   เดือน

Q7915c เคยตรวจเต้านมด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ และหรือแมมโมแกรมหรือไม่

1. ใช่  2. ไม่ใช่

ถ้าตอบว่า “ใช่” ในข้อ Q7915c เคยได้รับการตรวจครั้งล่าสุดเมื่อ กี่ปี กี่เดือน ที่ผ่านมา   ปี   เดือน

**หมวดที่ Q8000 ความคิดเห็นต่อเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์**

Q8001 คนส่วนใหญ่ถึงเลที่จะไปตรวจหาเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ เนื่องจากกังวลว่าคนรอบข้างจะรู้ ถ้าตนเองติดเชื้อ

1. ใช่  2. ไม่ใช่

Q8002 คนที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ หรือ ถูกสงสัยว่าติดเชื้อ มักจะถูกรังเกียจหรือถูกเหยียดหยามจากคนรอบข้าง

1. ใช่  2. ไม่ใช่

Q8003 ท่านคิดว่าเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ ไม่ สมควรจะเรียนร่วมกับเด็กนักเรียนทั่วไป

1. ใช่  2. ไม่ใช่

Q8004 ท่านมีความรู้สึกกลัวหรือไม่ว่า ท่านอาจจะติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ได้ ถ้าไปสัมผัสกับน้ำลายของผู้ติดเชื้อ

1. ใช่  2. ไม่ใช่

Q8005 ท่านรู้สึกรังเกียจที่จะซื้ออาหารสดหรืออาหารประกอบจากผู้ขายหรือผู้ประกอบการที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์

1. ใช่  2. ไม่ใช่

Q8006 ท่านเห็นด้วยกับประโยคนี้หรือไม่ “ฉันคงรู้สึกอาย ถ้ามีใครบางคนในครอบครัวติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์”

1. ใช่  2. ไม่ใช่

Q8007 ท่านมีญาติหรือคนรู้จักติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ หรือไม่?

1. มี  2. ไม่มี  3. ไม่แน่ใจ

Q8008 ท่านเคยได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ หรือไม่?

1. เคย  2. ไม่เคย → Q9000

Q8009 ท่านได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่?

1. น้อยกว่า 1 ปี  2. 1 – 2 ปี  3. นานกว่า 2 ปี

Qcode

Q8010 ท่านตรวจเลือดครั้งสุดท้าย ด้วยเหตุผลอะไร?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์     | <input type="checkbox"/> 2. ตรวจสอบสุขภาพประจำปี |
| <input type="checkbox"/> 3. ใช้ผลเลือดเพื่อการสมัครงาน/เข้าเรียน/ทำประกันชีวิต | <input type="checkbox"/> 4. เหตุผลอื่น ๆ         |

**หมวดที่ Q9000 ลิขสิทธิ์และสวัสดิการทางสุขภาพ**

Q9000 ในปัจจุบันนี้ท่านมีสวัสดิการหรือมีสิทธิในการรักษาพยาบาลหรือไม่ (ตอบทุกข้อ)

	มี	ไม่มี		มี โปรดระบุ	ไม่มี
Q9000a บัตรทอง	<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"/> .....	<input type="checkbox"/>
Q9000c สวัสดิการข้าราชการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	สวัสดิการชุมชน	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>
Q9000d สวัสดิการพนักงาน รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q9000g อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>

Q0018 เวลาที่สิ้นสุดการสัมภาษณ์ทั้งหมด ให้บันทึกเวลาในระบบ 24 ชั่วโมง

ชั่วโมง : นาที

: