

Qcode

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



การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย

ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562

กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป)

ข้อปฏิบัติที่สำคัญในการบันทึกคำตอบ

ก. ให้ใช้ดินสอ 2B ในการบันทึกข้อมูล

ข. การบันทึกข้อมูลตัวเลขในช่องสี่เหลี่ยม ให้บันทึกด้วยตัวเลขอารบิกตามลักษณะต่อไปนี้เท่านั้น0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 โดยตัวเลขที่บันทึกต้องอยู่ภายในช่องสี่เหลี่ยม เท่านั้น ตัวเลขต้องไม่ขีดขอบกล่องดังตัวอย่าง

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

ค. ให้กาเครื่องหมาย X ลงในช่องสี่เหลี่ยม หน้าข้อคำตอบที่ต้องการ ดังตัวอย่าง

ง. ให้บันทึกข้อความที่เป็นคำตอบลงบนเส้นประ

ใบยินยอม

ผู้ตอบสัมภาษณ์ได้รับฟังและลงนามในใบยินยอมด้วยความสมัครใจแล้วใช่หรือไม่

 1. ใช่ → Q0001 2. ไม่ใช่ กรุณาอ่านใบยินยอมด้วยความสมัครใจ

ผู้ตอบสัมภาษณ์ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยและลงนามเรียบร้อยแล้ว ใช่หรือไม่

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ ให้หยุดการสัมภาษณ์

ที่ตั้งของชุมชนอาคาร / หมู่บ้านตัวอย่าง

Q0001 ลำดับที่การลงทะเบียน

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

 (qcode เดียวกับในแบบ ps-01)
ชุดที่ 1. ชุดที่ 1 2. ชุดที่ 2 3. ชุดที่ 3ลำดับที่บุคคลตัวอย่าง

Q0002 ภาค

 1. เหนือ 2. กลาง 3. ตะวันออกเฉียงเหนือ

 4. ใต้ 5. กรุงเทพมหานคร

Q0003 จังหวัด

.....		
-------	--	--

Q0004 อำเภอ

.....		
-------	--	--

Q0005 เขตการปกครอง

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

Q0006 Primary Sampling Unit (PSU)

รหัส PSU

Q0007 บ้านเลขที่/ถนน

.....		
-------	--	--

Q0008 ตำบล

.....		
-------	--	--

Q0009 รหัสไปรษณีย์

.....					
-------	--	--	--	--	--

Qcode		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Q0010 ชื่อ-สกุล ผู้ให้ข้อมูล.....									
Q0011 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน	<input type="text"/>								
Q0012 เบอร์โทรศัพท์บ้านที่ติดต่อได้	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Q0013 เบอร์โทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Q0014 เวลาที่เริ่มทำการสัมภาษณ์ ให้บันทึกเวลา ในระบบ 24 ชั่วโมง	ชั่วโมง:นาที <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>								
Q0015 วันเดือนปีที่ทำการสัมภาษณ์ วันที่/เดือน/ปีพ.ศ.	วัน : เดือน : ปี <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : 2 5 6 <input type="text"/>								
ลงชื่อ..... (ผู้ถูกสำรวจ) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	รหัสผู้สัมภาษณ์ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (รหัสผู้สัมภาษณ์) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....								
รหัสผู้ตรวจ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ชื่อ-สกุล ผู้ตรวจแบบสอบถาม) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....									
Q0016 ท่านได้กินอาหารหรือเครื่องดื่มนอกจากน้ำเปล่าภายใน 12 ชั่วโมงก่อนหน้าหรือไม่? <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่									
หมวดที่ Q1000 การตรวจร่างกาย (กรณีที่เป็นพิเศษหรือไม่สามารถวัดได้ให้กาเครื่องหมาย x ลงในช่อง ไม่สามารถวัดได้									
1. น้ำหนักและส่วนสูง									
ต่อไปนี้จะเป็นการวัดส่วนสูง (นคะ/ครับ) ในการวัดส่วนสูง กรุณาถอดรองเท้า ยืนตรงมองไปข้างหน้า									
Q1000 ความสูงตามบัตรประชาชน (ดูในบัตรประชาชน)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> เซนติเมตร								
Q1001 ความสูงเซนติเมตร (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง) <input type="checkbox"/> ไม่สามารถวัดได้	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> เซนติเมตร								
Q1001a วัด arm span	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> เซนติเมตร								
ต่อไปจะเป็นการชั่งน้ำหนัก (นคะ/ครับ) กรุณาถอดรองเท้าและขึ้นยืนบนเครื่องชั่งน้ำหนักและจะทำการวัด รอบเอว รอบสะโพก โดยใช้สายวัด									
Q1002 น้ำหนัก กิโลกรัม (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง) <input type="checkbox"/> ไม่สามารถวัดได้	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> กิโลกรัม								
2. เส้นรอบเอว <input type="checkbox"/> ไม่สามารถวัดได้									
Q1003 เส้นรอบเอว วัดครั้งที่ 1 เซนติเมตร (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> เซนติเมตร								
Q1004 เส้นรอบเอว วัดครั้งที่ 2 เซนติเมตร (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> เซนติเมตร								
แบบผู้สูงอายุ ครั้งที่ 5 v1.2 8/10/2556									
หน้า2จาก48									

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 สาธิตวิธีการวางแขนบน โต๊ะขณะที่เครื่องวัดความดันกำลังวัด ใส่ปลอกแขนให้ตรงกับตำแหน่งหัวใจระดับหน้าอกของผู้ตอบสัมภาษณ์เมื่อการวางตำแหน่งและจัดท่านั่งถูกต้องและผู้ตอบสัมภาษณ์ผ่อนคลาย ให้กดปุ่มเริ่มวัด สังเกตว่าเครื่องวัดเริ่มทำงาน ทำการวัดความดันเลือดและชีพจร 3 ครั้ง โดยระหว่างการวัดแต่ละครั้งให้พักอย่างน้อย 1 นาที และไม่ต้องถอดปลอกแขนออกระหว่างการวัด และห้ามพูดคุยขณะวัดความดันทั้งผู้วัดและผู้ถูกวัดความดันเลือด

ให้คำแนะนำ วัดความดันเลือด แขน ขวา และวัดท่านั่ง

Q1007 ขนาดของที่รัดแขนที่ใช้

1. เล็ก (S) 2. กลาง (M) 3. ใหญ่ (L)

Q1008 ค่าความดันสูงสุดที่บีบลม (มม.ปรอท) มม.ปรอท

Q1009 ครั้งที่ 1 เวลาที่วัด (ให้บันทึกเวลาในระบบ 24 ชั่วโมง) :

Q1009a ชิสโตลิก (มม.ปรอท) มม.ปรอท

Q1009b ไดแอสโตลิก (มม.ปรอท) มม.ปรอท

Q1009c ชีพจรที่วัดได้ในเวลา 60 วินาที สม่าเสมอหรือไม่ (ดูจากเครื่องวัดความดันเลือด)และเป็นจำนวนกี่ครั้ง

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ ชีพจร ครั้ง

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

Q1010 ครั้งที่ 2 เวลาที่วัด (ให้บันทึกเวลาในระบบ 24 ชั่วโมง) :

Q1010a ชิสโตลิก (มม.ปรอท) มม.ปรอท

Q1010b ไดแอสโตลิก (มม.ปรอท) มม.ปรอท

Q1010c ชีพจรที่วัดได้ในเวลา 60 วินาที สม่าเสมอหรือไม่ (ดูจากเครื่องวัดความดันเลือด)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 ชิสโตลิก (มม.ปรอท) มม.ปรอท

Q1011b ไดแอสโตลิก (มม.ปรอท) มม.ปรอท

Q1011c ชีพจรที่วัดได้ในเวลา 60 วินาที สม่าเสมอหรือไม่ (ดูจากเครื่องวัด ความดันเลือด)และเป็นจำนวนกี่ครั้ง		Qcode <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ ชีพจร <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ครั้ง		
ถ้า ชีพจร 1 และ ชีพจร 2 หรือ ชีพจร 2 และ 3 ต่างกันร้อยละ 10 ให้วัดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ		
Q1012 หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrythmia) หรือ ไม่ <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่		
5. การเดินจับเวลา (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป)		
ผู้สัมภาษณ์: ต่อไปจะเป็นการทดสอบการเดินระยะทาง 4 เมตร บนพื้นที่ราบเรียบและตรง ทำสัญลักษณ์บนพื้นเมื่อเริ่ม และ สิ้นสุด ตรวจสอบว่าพื้นผิวนั้นเรียบและไม่มีสิ่งกีดขวาง โดยให้เดินจากตำแหน่งก่อนจุดตั้งต้น 1 เมตร โดยผู้สัมภาษณ์จะเดินตาม ข้างหลังผู้สูงอายุที่ทดสอบ		
5.1 การเดินปกติ		
ต่อไปนี้ (ผม/ดิฉัน) จะสังเกตการเดินตามปกติของท่าน (นะคะ/ครับ) ถ้าท่านใช้ไม้เท้าหรืออุปกรณ์ต่างๆในการช่วยเดินที่ทำให้เดิน สะดวกขึ้น ก็สามารนำมาใช้ด้วยได้ ในการเดินนี้ให้ท่านเดินจากจุดเริ่มต้นจนถึงจุดสิ้นสุดข้างหน้าที่มีเทปติดพื้นอยู่ ครั้งแรกเป็น การเดินปกติ (เหมือนเวลาเดินตามถนนเพื่อไปร้านค้า) โดย (ผม/ดิฉัน) จะเดินไปกับท่านด้วย(นะคะ/ครับ)		
ผู้สัมภาษณ์: สาธิตการเดิน คุณรู้สึกว่าการเดินนี้ปลอดภัยหรือไม่? ถ้าตอบว่า “ใช่” ทดสอบต่อ เมื่อเริ่มทดสอบ ให้พูดว่า “เตรียมพร้อม เริ่ม” (อย่าใช้เสียงดังนะคะ เขาอาจตกใจ)		
เตรียมพร้อม เริ่ม		
Q1013 ผู้ตอบสัมภาษณ์เดินด้วยความเร็วปกติตั้งแต่ต้นจนจบหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่สำเร็จ/ปฏิเสธ <input type="checkbox"/> 3. ไม่สำเร็จ/ไม่สามารถเดินได้แม้จะมีการช่วยเหลือ → Q1017		
Q1014 ระยะเวลาในการเดิน 4 เมตร	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> วินาที	
5.2 การเดินเร็ว		
ต่อไปจะเป็นการทดสอบการเดินเร็ว, ในครั้งนี้ ให้ผู้ตอบสัมภาษณ์เดินเร็วที่สุดเท่าที่รู้สึกว่าการเดินแล้วปลอดภัย		
ผู้สัมภาษณ์: สาธิตการเดินเร็ว เมื่อเริ่มทดสอบ ผู้สัมภาษณ์พูดว่า “เตรียมพร้อม เริ่ม”		
Q1015 ผู้ตอบสัมภาษณ์เดินด้วยความรวดเร็วตั้งแต่ต้นจนจบหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่สำเร็จ/ปฏิเสธ/ไม่สามารถเดินได้..... → Q1017		
Q1016 ระยะเวลาในการเดิน 4 เมตร	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> วินาที	
6. ทดสอบการมองเห็น (Vision test)		
ต่อไปเป็นการทดสอบการมองเห็นระยะใกล้ การมองเห็นระยะใกล้ (ถ้าผู้เข้าทดสอบปกติได้แว่นสายตา, ขอให้ใส่ตามปกติขณะทดสอบ)		
ผู้สัมภาษณ์ : ให้วางแผ่น Near Vision Chart ระหว่าง นิ้วชี้กับนิ้วกลางของผู้ตอบสัมภาษณ์ และมือข้างหนึ่งปิดตา มืออีกข้างหนึ่ง ถือ Chart อ่านออกเสียง ให้แผ่นชาร์ตอยู่ห่างจากตาผู้ตอบสัมภาษณ์ ระยะ 40 เซนติเมตร ให้อ่านแต่ละแถว ถ้าแถวใดอ่านผิด 3 คำขึ้นไปให้จบการทดสอบ จดระยะของแถวตัวอักษรตัวเล็กที่สุดที่สามารถอ่านได้ (ผิดน้อยกว่า 3 คำ) ต่อไปเป็นการทดสอบการมองเห็นระยะใกล้ เริ่มที่ตาซ้าย กรุณาปิดตาขวาด้วยมือขวา		
Q1017 ปกติท่านใช้แว่นสายตาในการอ่านหนังสือระยะใกล้หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่		
แบบผู้สูงอายุ ครั้งที่ 5 v1.2 8/10/2556		หน้า4จาก48

		Qcode	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Q1018a การมองใกล้ – ตาซ้าย	Distance Equivalent			<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Q1018b การมองใกล้ – ตาขวา	Distance Equivalent			<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Q1019 ผู้เข้าทดสอบ ใส่แว่นสายตาคณะตรวจใช้หรือไม่		<input type="checkbox"/>	1. ใช่	<input type="checkbox"/>	2. ไม่				

7. การทดสอบแรงบีบมือ (Grip Strength)

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

Q1020 มือข้างไหนที่ท่านถนัด?

1. ซ้าย 2. ขวา 3. ทั้งสองมือ

มือข้างที่ถนัด ถ้าผู้ตอบสัมภาษณ์ตอบว่าถนัดทั้งสองมือ ให้ถือว่ามือข้างที่ใช้ในการเซ็นชื่อ เขียนหนังสือ เป็นมือข้างที่ถนัด

ให้ผู้ถูกทดสอบนั่ง ปลอมมือข้างลำตัว ให้แขนท่อนบนแนบลำตัว งอข้อศอกขึ้นมา 90 องศาให้ ฝ่ามือหันเข้าด้านใน เหมือนกำลัง เช็ก แสนด์ หลังจากนั้นให้ใช้มือออกแรงบีบเครื่องวัดแรงบีบมือ

ผู้สัมภาษณ์: สาธิต

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

ผู้สัมภาษณ์: ตรวจสอบตำแหน่งการวางมือ และการจับอุปกรณ์ว่าถูกต้องหรือไม่

เริ่ม เตรียมพร้อม “ บิบ บิบ บิบ!”

Q1021 ทดสอบแรงบีบครั้งที่ 1 –มือซ้าย	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	กิโลกรัม
--------------------------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------

Q1022 ทดสอบแรงบีบครั้งที่ 2 – มือซ้าย	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	กิโลกรัม
---------------------------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------

ต่อไปทำการทดสอบเหมือนเดิม มืออีกข้างหนึ่ง ให้ถือเครื่องมือทดสอบไว้ที่มือขวา จะทำการทดสอบแรงบีบในอีกข้างหนึ่ง

ผู้สัมภาษณ์: ตรวจสอบความถูกต้องของตำแหน่งการวางมือและการจับอุปกรณ์

เริ่ม เตรียมพร้อม “ บิบ บิบ บิบ!”

Q1023 ทดสอบแรงบีบครั้งที่ 1 –มือขวา	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	กิโลกรัม
-------------------------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------

Q1024 ทดสอบแรงบีบครั้งที่ 2 – มือขวา	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	กิโลกรัม
--------------------------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------

8. ลักษณะร่างกายทั่วไป

Q1025 ลักษณะร่างกายทั่วไป(ผู้สัมภาษณ์ สังเกตดูร่างกายผู้ถูกสำรวจ)

1. ปกติ 2. ไม่ปกติ ระบุ.....

Q 1026 ความพิการ (ตอบทุกข้อ) ผู้สัมภาษณ์ถาม และสังเกตดูลักษณะผู้ถูกสำรวจ

1. พิจารณาทางการมองเห็น 1. ใช่ ระบุ..... 2. ไม่ใช่ 3. ไม่แน่ใจ ระบุ.....

2. พิจารณาทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย 1. ใช่ ระบุ..... 2. ไม่ใช่ 3. ไม่แน่ใจ ระบุ.....

3. พิจารณาทางกายหรือการเคลื่อนไหว 1. ใช่ ระบุ..... 2. ไม่ใช่ 3. ไม่แน่ใจ ระบุ.....

4. พิจารณาทางจิตใจหรือพฤติกรรม 1. ใช่ ระบุ..... 2. ไม่ใช่ 3. ไม่แน่ใจ ระบุ.....

5. พิจารทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ 1. ใช้ระบุ..... 2. ไม่ใช่ 3. ไม่แน่ใจ ระบุ.....

Q1027 ท่านมีบัตรผู้พิการหรือไม่

1. มี 2. ไม่มี

หมวดที่ Q2100 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้สัมภาษณ์: ข้อคำถามในส่วนนี้ผู้สูงอายุตอบเอง หรือให้ผู้ดูแลใกล้ชิดเป็นผู้ตอบแทนในกรณีที่ผู้สูงอายุอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถตอบคำถามได้ด้วยตนเอง สำหรับข้อคำถามที่ผู้ตอบแทนไม่ทราบข้อมูลให้ระบุอย่างชัดเจนว่าไม่ทราบ หรือไม่แน่ใจ

Q2101 ผู้ตอบแบบข้อคำถามคือใคร

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

Q2102 สถานที่สัมภาษณ์

- 1. บ้านผู้สูงอายุ 2. ที่ศูนย์ตรวจร่างกายของโครงการสำรวจ

Q2103 เพศ 1. ชาย 2. หญิง

Q2104 วัน/เดือน/ปี พ.ศ. เกิดของท่าน / / 2

Q2105 อายุเต็มปีของผู้สูงอายุนับถึงวันที่เก็บข้อมูล (ให้ยึดตามหลักฐาน เช่น บัตรประจำตัวประชาชนหรือ ทะเบียนบ้าน) ปี เดือน วัน

Q2106 ผู้สูงอายุเกิดที่จังหวัด..... (รหัสจังหวัดตามคู่มือ)

Q2107 ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในจังหวัดปัจจุบันเป็นระยะเวลาานเท่าใด.....ปี.....เดือน /

Q2108 ขณะนี้ผู้สูงอายุนับถือศาสนาอะไร

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

Q2109 สถานภาพสมรสของท่านในปัจจุบัน

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

Q2110 ท่านได้รับการศึกษาสามัญในสถานศึกษาเป็นเวลาทั้งสิ้นกี่ปี ปี (ไม่นับอนุบาล)

Q2111 ท่านสำเร็จการศึกษาสามัญสูงสุดระดับใด

Qcode

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

 5. ผู้ปฏิบัติงานโดยไม่ได้รับค่าจ้าง

Q2204 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q2201 เหตุผลสำคัญที่สุดที่ท่านยังทำงานอยู่ (ตอบทุกข้อ)

- Q2204a ต้องการรายได้เลี้ยงครอบครัว/ตนเอง 1. ใช่ 2. ไม่ใช่
- Q2204b สุขภาพแข็งแรง/ยังมีแรงทำงาน 1. ใช่ 2. ไม่ใช่
- Q2204c เป็นอาชีพประจำ ไม่มีผู้ดูแลแทน 1. ใช่ 2. ไม่ใช่
- Q2204d ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ 1. ใช่ 2. ไม่ใช่
- Q2204e ช่วยบุตรและสมาชิกในครอบครัว 1. ใช่ 2. ไม่ใช่
- Q2204f อื่นๆ ระบุ..... 1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q2205 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีรายได้หรือทรัพย์สินในการเลี้ยงชีพตนเอง/ครอบครัวจากแหล่งต่อไปนี้ใช่หรือไม่ (ตอบทุกข้อ)

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

Q2206 ท่านมีรายได้จากทุกแหล่งรวมกันประมาณเดือนละเท่าใด

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

ไม่ตอบ/ไม่ทราบ

Q2207 ท่านคิดว่ารายได้ทั้งหมดที่ท่านได้รับจากทุกแหล่ง เพียงพอหรือไม่

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

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

Q2300 ลักษณะการอยู่อาศัย และการปรับปรุงบ้าน

Q2301 ท่านอยู่กับใครในบ้านที่อยู่ปัจจุบัน

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. อยู่คนเดียว | <input type="checkbox"/> 5. อยู่กับครอบครัวของญาติ |
| <input type="checkbox"/> 2. อยู่กับคู่สมรสเท่านั้น | <input type="checkbox"/> 6. อยู่กับครอบครัวผู้อื่น |
| <input type="checkbox"/> 3. อยู่กับบุตร (คู่สมรสอยู่ด้วยหรือไม่ก็ได้) | <input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> 4. อยู่กับครอบครัวบุตรและหลาน (3 รุ่น) | |

Q2302 ท่านอยู่ในครัวเรือนปัจจุบันในสถานะใด

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. หัวหน้าครัวเรือน | <input type="checkbox"/> 2. สมาชิก/ภรรยาของหัวหน้าครัวเรือน | <input type="checkbox"/> 3. อยู่กับบุตร |
| <input type="checkbox"/> 4. เป็นผู้อาศัยในบ้านญาติ พี่น้อง | <input type="checkbox"/> 5. เป็นผู้อาศัยในครัวเรือนผู้อื่น | <input type="checkbox"/> 6. อื่นระบุ..... |

Q2303 ประเภทของบ้านที่อยู่อาศัย

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. บ้านชั้นเดียว ยกพื้นสูง | <input type="checkbox"/> 2. บ้านชั้นเดียว ไม่ยกพื้น |
| <input type="checkbox"/> 3. บ้าน/ตึกสองชั้นขึ้นไป (ทาว์นเฮ้าส์/ห้องชุด) | <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ ระบุ..... |

Q2304 ในการดำรงชีวิตแต่ละวันต้องขึ้นลงบันไดใช่หรือไม่

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

Q2305 พื้นบ้านที่ท่านอยู่ เดินแล้วมีโอกาสลื่นล้มหรือไม่

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. ลื่น | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ลื่น |
|----------------------------------|-------------------------------------|

Q2306 บ้านที่พักได้มีการดัดแปลงให้เหมาะสมสำหรับวัยสูงอายุของท่านใช่หรือไม่

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

Q2307 บ้านของท่านอยู่ มีราวสำหรับยึดเกาะหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| Q2307a มีราวบันได | <input type="checkbox"/> 1. มี | <input type="checkbox"/> 2. ไม่มี |
| Q2307b ราวเกาะในห้องนอน | <input type="checkbox"/> 1. มี | <input type="checkbox"/> 2. ไม่มี |
| Q2307c ราวเกาะในห้องน้ำห้องส้วม | <input type="checkbox"/> 1. มี | <input type="checkbox"/> 2. ไม่มี |

Q2308 ลักษณะของห้องที่ใช้นอน ดังต่อไปนี้

- | | | |
|-----------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| Q2308a อยู่ชั้นล่าง | <input type="checkbox"/> 1. ใช่ | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ |
| Q2308b นอนบนเตียง | <input type="checkbox"/> 1. ใช่ | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ |
| Q2308c นอนที่พื้นห้อง | <input type="checkbox"/> 1. ใช่ | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ |

Q2309 ลักษณะการใช้ส้วม

- | | | |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1. นั่งห้อยขา | <input type="checkbox"/> 2. นั่งยองๆ | <input type="checkbox"/> 3. อื่นๆ ระบุ..... |
|--|--------------------------------------|---|

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

Q2400 ผู้ดูแลปรนนิบัติท่านในกิจวัตรประจำวัน

Q2401 ท่านจำเป็นต้องมีผู้ดูแลปรนนิบัติท่านในกิจวัตรประจำวันหรือไม่

1. ไม่จำเป็น/สามารถดูแลตนเองได้ 2. ต้องการผู้ดูแลกิจกรรมบางอย่าง 3. ต้องพึ่งผู้ดูแลทั้งหมด

Q2402 ในปัจจุบันนี้ ผู้สูงอายุมีผู้ดูแลใช่หรือไม่ (โปรดตอบตามความเป็นจริง)

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q2500

Q2403 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q2402 ใครเป็นผู้ดูแลปรนนิบัติท่านในกิจวัตรประจำวันมากที่สุด

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

Q2500 ท่านต้องรับภาระเลี้ยงดูบุคคลต่อไปนี้หรือไม่ (ด้านเศรษฐกิจ)

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

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

หมวดที่ Q3000 สถานะสุขภาพ

Q3100 สุขภาพโดยรวม

Q3101 โดยทั่วไปท่านประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมในวันนี้ของท่านให้อยู่ในระดับใด ขอให้ท่านพิจารณาทั้ง ภาวะสุขภาพร่างกายและภาวะสุขภาพจิตใจ (ภาพประกอบการสัมภาษณ์ฯ หน้า 9)

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

Q3102 โดยรวมแล้ว ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านคิดว่าท่านมีความยากลำบากแค่ไหน ในการทำงานหรือกิจกรรม ในบ้าน (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.:นาทิจ) ตื่นนอน : (ชม.:นาทิจ)
รวมระยะเวลาอน ชม

Q3200b วันหยุด เข้านอนเวลา : (ชม.:นาทิจ) ตื่นนอน : (ชม.:นาทิจ)
รวมระยะเวลาอน ชม

การนอนหลับ	ไม่มี ปัญหา	มี เล็ก น้อย	มี ปาน กลาง	รุนแรง มาก	รุนแรง ที่สุด
	1	2	3	4	5
Q3201 โดยรวมแล้วในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ เช่น หลับยาก ตื่นบ่อยตอนกลางคืน หรือตื่นเช้าเกินไปในระดับใด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q3202 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาอันเนื่องมาจากความรู้สึกว่าพักผ่อนไม่เพียงพอและรู้สึกไม่สดชื่นในตอนกลางวัน ในระดับใด (ปัญหาในที่นี้ หมายถึง พลังและความกระปรี้กระเปร่าที่ลดลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน เช่น ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ลุล่วงหรือไม่สามารถปฏิบัติภารกิจประจำวัน ได้)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q3300 การมองเห็น

คำถามข้อนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงความยากลำบากเกี่ยวกับการมองเห็นของบุคคลที่รายงานด้วยตัวเอง ไม่ใช่เป็นการวินิจฉัยของพนักงานสัมภาษณ์หรือนักวิจัย

Qcode

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

Q3301 ท่านใส่แว่นตาหรือคอนแทคเลนส์ในการมองระยะไกลหรือไม่ (เช่น มองไปอีกฟากหนึ่งของถนน)

 1. ใช่

 2. ไม่ใช่

Q3302 ท่านใส่แว่นตาหรือคอนแทคเลนส์ในการมองระยะใกล้หรือไม่ (เช่น การอ่านหนังสือ ระยะห่างประมาณ 1 ช่วงแขน)

 1. ใช่

 2. ไม่ใช่

ในการตอบข้อ Q3303 และ Q3304 ให้ท่านนึกถึงความสามารถในการมองเห็นของท่านในสภาพอากาศหรือสภาพแวดล้อมปกติ ไม่ใช่สภาพอากาศที่มีหมอกจางจัด มีฝนตกหนักหรือมีพายุ ซึ่งอาจบดบังการมองเห็นของท่าน สำหรับท่านที่ใส่แว่นสายตาหรือคอนแทคเลนส์ ให้ท่านรายงานความสามารถในการมองเห็นขณะที่ใส่แว่นสายตาหรือคอนแทคเลนส์อยู่

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

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

Q3304 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีความยากลำบากในการมองเห็นและการให้รายละเอียดสิ่งของซึ่งวางอยู่ในระยะห่างประมาณหนึ่งช่วงแขน หรือระยะอ่านหนังสือ

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

หมวดที่ Q4000 การวัดภาวะพึ่งพาใน การ ประกอบกิจวัตรประจำวัน

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

Q4001 รับประทานอาหารเช้าเตรียมตัวรับไว้ให้เรียบร้อยก่อนหน้า (Feeding)

0. ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
1. ดักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือดัดเป็นเล็กๆไว้ล่วงหน้า
2. ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

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

0. ต้องการความช่วยเหลือ
1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

Q4003 ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer)

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

Q4004 ใช้ห้องน้ำ (Toilet use)

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

Q4005 การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility)

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

Q4006 การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing)

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

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

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

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

Q4008 การอาบน้ำ (Bathing)

0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
1. อาบน้ำเองได้

Q4009 การกลั้น การถ่ายอุจจาระไม่ออกในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels)

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

Q4010 การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder)

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

ท่านสามารถทำกิจกรรมต่อไปนี้ได้ด้วยตัวเองหรือไม่ (Instrumental Activities of Daily Livings)

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

ท่านมีปัญหาหรือความลำบากในการทำกิจกรรมต่อไปนี้เพียงใด (Functional limitations)

กิจกรรมเดินทาง	ไม่เคยทำ (4)	ทำได้เอง (3)	ทำได้ต้องมีผู้อื่นช่วย หรือใช้อุปกรณ์ หรือ ต้องหยุดพัก (2)	ทำไม่ได้เลย (1)
Q4016 เดินออกนอกบ้านมากกว่า 15 นาทีในแต่ละครั้ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4017 หัวของหนัก เช่น หัวของก้นจากตลาดหรือจากห้าง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Qcode			
Q4018 เดินไปไกลรวดเดียวอย่างน้อย 400 เมตร หรือประมาณ 10 ช่วงเสาไฟฟ้า หรือ 8 ช่วงตึก (ห้องแถว)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q4019 ออกนอกบ้านได้โดยขับรถเอง/นั่งรถประจำทาง/รถเครื่อง/รถสองแถว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ท่านมีปัญหาหรือความลำบากในการทำกิจกรรมต่อไปนี้หรือไม่ (Communication)					
การติดต่อสื่อสาร	ไม่เคยทำ (4)	ทำได้เองอย่าง สม่ำเสมอ (3)	ทำได้บ้าง (2)	ทำไม่ได้เลย (1)	
Q4020 การพูดคุยสื่อสารกับคนในครอบครัว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q4021 การติดต่อสื่อสารกับเพื่อนบ้านกรณีจำเป็น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q4022 ใช้โทรศัพท์โทรออก กดเบอร์เอง และรับเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
หมวดที่ Q5000 คุณภาพชีวิต (5 ระดับ) และการวัด Visual analogue scale					
วันนี้ สุขภาพของท่านใน 5 ด้านต่อไปนี้เป็นอย่างไร (โปรดทำเครื่องหมาย X ใน <input type="checkbox"/> หน้าข้อที่ตรงกับท่านมากที่สุด)					
Q5001 การเคลื่อนไหว					
<input type="checkbox"/> 1. ท่านไม่มีปัญหาในการเดิน <input type="checkbox"/> 2. ท่านท่านมีปัญหาในการเดินเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 3. ท่านมีปัญหาในการเดินปานกลาง <input type="checkbox"/> 4. ท่านมีปัญหาในการเดินอย่างมาก <input type="checkbox"/> 5. ท่านเดินไม่ได้					
Q5002 การดูแลตนเอง					
<input type="checkbox"/> 1. ท่านไม่มีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง <input type="checkbox"/> 2. ท่านมีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 3. ท่านมีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองปานกลาง <input type="checkbox"/> 4. ท่านมีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองอย่างมาก <input type="checkbox"/> 5. ท่านอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองไม่ได้					
Q5003 กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (เช่น การทำงาน, การเรียนหนังสือ, การทำงานบ้าน, การทำกิจกรรมในครอบครัว หรือ การทำกิจกรรมยามว่าง)					
<input type="checkbox"/> 1. ท่านไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ <input type="checkbox"/> 2. ท่านมีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 3. ท่านมีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำปานกลาง <input type="checkbox"/> 4. ท่านมีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำอย่างมาก <input type="checkbox"/> 5. ท่านทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำไม่ได้					
แบบผู้สูงอายุ ครั้งที่ 5 v1.2 8/10/2556					
หน้า 15 จาก 48					

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

Q5004 ความเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว

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

Q5005 ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า

- 1. ท่านไม่รู้สึกรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้า
- 2. ท่านรู้สึกรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าเล็กน้อย
- 3. ท่านรู้สึกรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าปานกลาง
- 4. ท่านรู้สึกรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมาก
- 5. ท่านรู้สึกรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมากที่สุด

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

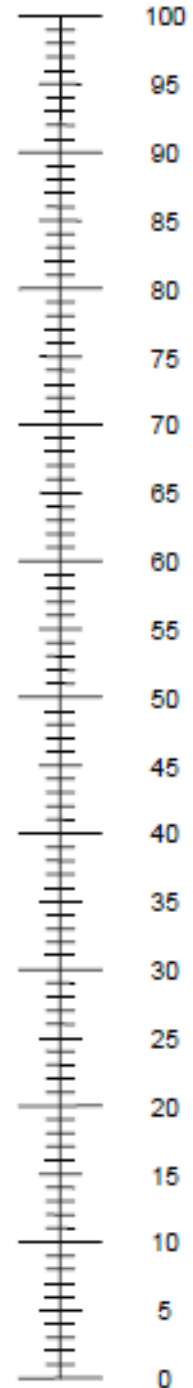
Q5006 แบบวัด Visual analogue scale

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

สุขภาพของท่านในวันนี้ =

--	--	--

สุขภาพที่ดีที่สุด
ตามความคิดของท่าน



สุขภาพแย่ที่สุด
ตามความคิดของท่าน

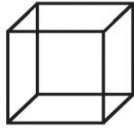
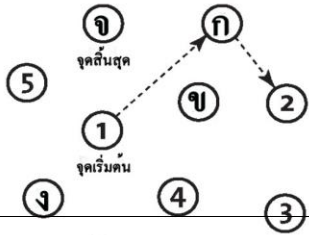
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

หมวดที่ Q6000 สภาพสมองในผู้สูงอายุ และ สุขภาพจิต

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

ชื่อ : _____
 ระดับการศึกษา : _____
 เพศ : _____
 วันเดือนปีเกิด : _____
 วันที่ทำการทดสอบ : _____

VISUOSPATIAL / EXECUTIVE



ตัดออก,
 ถูกบาท

วาดหน้าปัดนาฬิกา บอกเวลาที่ 11.10 น.
 (3 คะแนน)

คะแนน

ก

[]

[]

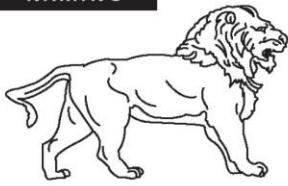
[]

[]

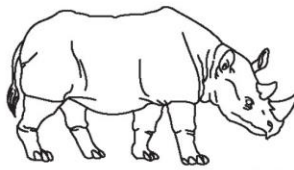
[]

___/5

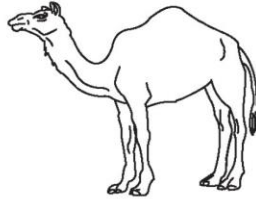
NAMING



[]

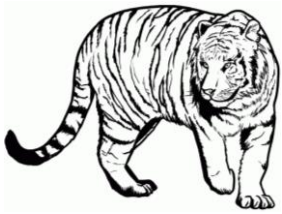


[]

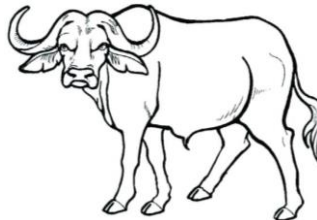


[]

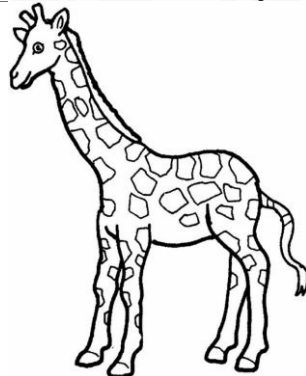
___/3



[]



[]



[]

MEMORY	อ่านชุดคำเหล่านี้แล้วให้ผู้ทดสอบ ทวนซ้ำ ทดสอบ 2 ครั้ง และถามซ้ำอีกครั้งหลัง 5 นาที		หน้า	คำใหม่	โบลด์	กุกหลาบ	สีแดง																									
		ทวนครั้งที่ 1																														
		ทวนครั้งที่ 2																														
ATTENTION	อ่านตัวเลขต่อไปนี้ตามลำดับ (1 ตัว/วินาที)	ให้ผู้ทดสอบทวนซ้ำตามลำดับ	[]	2	1	8	5	4	___/2																							
		ผู้ทดสอบทวนซ้ำแบบย้อนลำดับ	[]	7	4	2																										
	อ่านออกเสียงตัวเลขต่อไปนี้ แล้วให้ผู้ทดสอบเคาะโต๊ะเมื่อได้ยินเสียงอ่านเลข "1" (ไม่มีคะแนนถ้าคิดเกิน 2 ครั้ง)	[]	5	2	1	3	9	4	1	1	8	0	6	2	1	5	1	9	4	5	1	1	1	4	1	9	0	5	1	1	2	___/1
	เริ่มจาก 100 ลบไปเรื่อยๆทีละ 7	[]	93	[]	86	[]	79	[]	72	[]	65	___/3																				
LANGUAGE	Repeat : ฉันรู้แล้วว่าจอมเป็นคนเดียวที่มาช่วยงานวันนี้	[]										___/2																				
	เจ้าแม่แมวก่อนนอนคือผู้หญิงแก้อีเมื่อมีหมาอยู่ในห้อง	[]										___/1																				
	Fluency / บอกคำที่ขึ้นต้นด้วยตัวอักษร " ก " ให้มากที่สุดภายใน 1 นาที	[]	___	(N ≥ 11 words)	___/1																											
ABSTRACTION	บอกความเหมือนระหว่าง 2 สิ่ง เช่น กล้วย-ส้ม : เป็นผลไม้	[]	รถไฟ - จักรยาน	[]	นาฬิกา - ไบรรรถ	___/2																										
DELAYED RECALL	ให้ทวนชุดคำที่จำไว้ก่อนหน้านี้ โดยไม่มีกรให้ตัวช่วย	หน้า	[]	คำใหม่	[]	โบลด์	[]	กุกหลาบ	[]	สีแดง	[]	ให้คะแนนเฉพาะคำที่ ทวนได้โดยไม่ให้ตัวช่วย	___/5																			
	Optional	Category cue																														
	Multiple choice cue																															
ORIENTATION	[]	วันที่	[]	เดือน	[]	ปี	[]	วัน	[]	สถานที่	[]	จังหวัด	___/6																			

© Z.Nasreddine MD Version November 7, 2004

Thai version 15 March 2007 translated by Solasinee Hemrungronj, MD.

www.mocatest.org

ค่าปกติ ≥ 26 / 30

คะแนนรวม ___/30
เพิ่ม 1 คะแนน ถ้าจำนวนปีการศึกษา < 12

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

Q6200 สุขภาพจิต

ภาวะซึมเศร้า

	ใช่	ไม่ใช่		
Q6201 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → Q6203a		
Q6202 ในปัจจุบันนี้ท่านป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → Q6203a		
Q6202a ท่านได้กินยารักษาหรือรับการรักษารักษาอื่น เพื่อรักษาภาวะซึมเศร้า ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Q6202b ท่านได้กินยารักษาหรือรับการรักษารักษาอื่น เพื่อรักษาภาวะซึมเศร้า ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการดังต่อไปนี้ บ่อยแค่ไหน (ทำเครื่องหมาย “√” ในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่าน)	ไม่เลย (0)	มีบางวัน ไม่บ่อย (1)	มีค่อนข้างบ่อย (2)	มีเกือบทุกวัน (3)
Q6203a 1. เบื่อ ไม่สนใจอะไร ทำอะไรๆ ก็ไม่เพลิดเพลิน				
Q6203b 2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวัง				
Q6203c 3. หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไป				
Q6203d 4. รู้สึกเหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง ไม่มีพลัง				
Q6203e 5. เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป				
Q6203f 6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง – คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือเป็นคนทำให้ตัวเองหรือครอบครัวผิดหวัง				
Q6203g 7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ขณะอ่านหนังสือ หรือดูโทรทัศน์ฟังวิทยุหรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ				
Q6203h 8. พุด หรือทำอะไรซ้ำจนคนอื่นมองเห็นหรือกระสับกระส่ายจนท่านอยู่ไม่นิ่งเหมือนเคย				
Q6203i 9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายๆ ไปเสียคงจะดี				
รวมคะแนน				
	ไม่มีปัญหา เลย	มีปัญหา บ้าง	มีปัญหา มาก	มีปัญหา มากที่สุด
Q6203j ถ้าท่านตอบว่า “มีอาการ” ไม่ว่าในข้อใดก็ตาม อาการนั้นๆ ทำให้ท่านมีปัญหาในการทำงาน การดูแลสิ่งต่างๆ ในบ้าน หรือ การเข้ากับคนอื่น หรือไม่?				

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

หมวดที่ Q7000 โรคเรื้อรัง

ความดันเลือดสูง

Q7001 ท่านเคยวัดความดันเลือดโดยบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ ครั้งสุดท้ายเมื่อใด

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ในช่วง 12 เดือน | <input type="checkbox"/> 2. ระหว่าง 1-5 ปี |
| <input type="checkbox"/> 3. มากกว่า 5 ปี | <input type="checkbox"/> 4. ไม่เคยได้รับการวัด |

Q7002 ท่านเคยวัดความดันเลือดโดย อสม. หรือ อสส. ครั้งสุดท้ายเมื่อใด

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ในช่วง 12 เดือน | <input type="checkbox"/> 2. ระหว่าง 1-5 ปี |
| <input type="checkbox"/> 3. มากกว่า 5 ปี | <input type="checkbox"/> 4. ไม่เคยได้รับการวัด |

Q7003 ท่านเคยวัดความดันเลือดโดยตนเองครั้งสุดท้ายเมื่อใด

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ในช่วง 12 เดือน | <input type="checkbox"/> 2. ระหว่าง 1-5 ปี |
| <input type="checkbox"/> 3. มากกว่า 5 ปี | <input type="checkbox"/> 4. ไม่เคยวัด |

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

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

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

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

ใช่

ไม่ใช่

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

Q7006 ท่านรักษาโรคความดันเลือดสูงด้วยยาลดความดันเลือดเมื่อท่านอายุเท่าไร .

		ปี			เดือน
--	--	----	--	--	-------

Q7007 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านปฏิบัติตนเพื่อรักษาโรคความดันเลือดสูงด้วยวิธีใด

ใช่

ไม่ใช่

Q7007a ควบคุมการกินอาหาร

Q7007b ออกกำลังกาย

Q7007c คุมน้ำหนักตามเกณฑ์

Q7007d ได้ยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณ

Q7008 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้รับยา (แผนปัจจุบัน) รักษาโรคความดันเลือดสูง ใช่หรือไม่

Q7009 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านกินยานั้นสม่ำเสมอ หรือไม่ (ลืมหรือไม่กินยาตามที่แพทย์สั่งไม่เกิน 2 ครั้ง)

เบาหวาน

Q7010 ท่านเคยได้รับการตรวจน้ำตาลในเลือดเพื่อตรวจเบาหวาน โดยบุคลากรสาธารณสุข/ แพทย์ ครั้งสุดท้ายเมื่อใด

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

Q7011 ท่านเคยได้รับการตรวจน้ำตาลในเลือดเพื่อตรวจเบาหวาน โดยสม./อสส. ครั้งสุดท้ายเมื่อใด

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

Q7012 ท่านเคยตรวจน้ำตาลในเลือดเพื่อตรวจเบาหวาน โดยตนเอง ครั้งสุดท้ายเมื่อใด

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

Q7013 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย)จากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ ว่าท่านเป็นโรคเบาหวานใช่หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q7021

Q7014 ท่านทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานเมื่ออายุเท่าไร ปี

Q7014a ถ้าท่านเคยได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย)จากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน ท่านได้รับการบอกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาใช่หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ (เป็นมานานกว่า 1 ปี)

ใช่ ไม่ใช่

Q7015 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับการรักษาโรคเบาหวานด้วยยา จากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ใช่หรือไม่

Q7016 ท่านรักษาโรคเบาหวานด้วยยาแผนปัจจุบันตั้งแต่อายุเท่าไร ปี

Q7017 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านปฏิบัติตามเพื่อรักษาโรคเบาหวานด้วยวิธีใด (ตอบทุกข้อ)

ใช่ ไม่ใช่

Q7017a ควบคุมการกินอาหาร

Q7017b ออกกำลังกาย

Q7017c คุมน้ำหนักตามเกณฑ์

Q60017d ได้ยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณ

Q7018 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้รับการรักษาโรคเบาหวานโดยการฉีดยา Insulin ใช่หรือไม่

Q7019 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้กินยาโรคเบาหวาน ใช่หรือไม่

Q7020 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้ยารักษาเบาหวานสม่ำเสมอหรือไม่ (ลืมหรือไม่กินยาตามที่แพทย์สั่งไม่เกิน 2 ครั้ง)

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

ไขมันในเลือดผิดปกติ

Q7021 ท่านเคยได้รับการตรวจวัดระดับไขมันในเลือดโดยบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ ครั้งสุดท้ายเมื่อใด

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

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

1. ใช่
 2. ไม่ใช่ → Q7024a

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

1. ใช่
 2. ไม่ใช่

Q7024a ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านกินยาแผนปัจจุบันเพื่อรักษาระดับไขมันในเลือดหรือไม่

1. ใช่
 2. ไม่ใช่

Q7024b ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านกินยาสมุนไพรหรือแผนโบราณเพื่อรักษาระดับไขมันในเลือดหรือไม่

1. ใช่
 2. ไม่ใช่

โรคหลอดเลือดหัวใจ

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

1. ใช่
 2. ไม่ใช่ → Q7031

Q7026 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q7025 เป็นครั้งแรกเมื่ออายุ ปี → Q7027

Q7027 ครั้งแรกที่เป็นท่านนอนโรงพยาบาลด้วยอาการดังกล่าว กี่วัน ระบุ วัน

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

โรคอัมพฤกษ์/อัมพาต จากหลอดเลือดสมองตีบ แตก ตัน

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

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

Q7033 สำหรับผู้ที่ตอบคำถามข้อ Q7032 ว่าเคย ท่านเป็นมากี่ครั้ง ครั้ง

สำหรับผู้ที่ตอบคำถามข้อ Q7033 ว่าเป็นมา 1 ครั้ง → Q7034 และต่อด้วยข้อ Q7036 และผู้ที่ตอบคำถามว่าเป็นมามากกว่า 1 ครั้ง → Q7034 Q7035 และต่อด้วยข้อ Q7036

Q7034 เป็นครั้งแรกเมื่ออายุเท่าไร ปี

Q7035 เป็นครั้งสุดท้ายเมื่ออายุเท่าไร ปี

Q7036 สำหรับผู้ที่ตอบว่าเคยในข้อ Q7032 ท่านมีอาการ **เฉียบพลัน** ของอาการครั้งสุดท้ายดังต่อไปนี้หรือไม่

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

Q7037 อาการของท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น (ถ้าเคยเป็นหลายครั้งให้ตอบครั้งที่รุนแรงที่สุด)

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

Q7038 ท่านรู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669, 191 และเบอร์อื่นๆ ที่แจ้งเหตุฉุกเฉิน) หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

โรคถุงลมโป่งพอง / ปอดอุดกั้นเรื้อรัง

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

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q7042

Q7040 ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเมื่ออายุเท่าไร ปี

	ใช่	ไม่ใช่
Q7041 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับการรักษาโรคดังกล่าวหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7041a ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้กินยารักษาโรคดังกล่าวหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7041b ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้พ่นยารักษาโรคดังกล่าวหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

โรคหอบหืด (Asthma)

Q7042 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย)จากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ว่าเป็น โรคหอบหืด หรือไม่?

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q7044

	ใช่	ไม่ใช่
Q7043 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับการรักษาโรคหอบหืดหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7043a ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้กินยารักษาโรคหอบหืดหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Qcode					
Q7043b ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้พบการรักษาโรคหอบหืดหรือไม่		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
โรคข้อเสื่อม							
Q7044 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย)โดยแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเสื่อม ข้ออักเสบไขข้ออักเสบ ดังต่อไปนี้ใช่หรือไม่ (ตอบทุกข้อ)		ใช่		ไม่ใช่			
Q7044a เข่า		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Q7044b มือ/ ข้อนิ้วมือ		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Q7044c ข้อกระดูกสันหลัง		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Q7044d อื่นๆ ระบุ.....		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Q7045 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการฝืด ตึง ขัดที่ข้อ หรือเคลื่อนไหวข้อลำบากในกรณีเหล่านี้ใช่หรือไม่							
Q7045a หลังตื่นนอนใหม่ๆ (เป็นเวลาประมาณ 30 นาที)		<input type="checkbox"/> 1. ใช่		<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่			
Q7045b เมื่อเวลาเคลื่อนไหวหลังจากอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ		<input type="checkbox"/> 1. ใช่		<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่			
โรคเกาต์ (Gout)							
Q7046 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย)จากแพทย์ว่าเป็นโรคเกาต์ ใช่หรือไม่							
<input type="checkbox"/> 1. ใช่		<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่					
นิ่วในทางเดินปัสสาวะ							
Q7047 ท่านได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย)จากแพทย์ว่าเป็นนิ่วในทางเดินปัสสาวะ ใช่หรือไม่							
<input type="checkbox"/> 1. ใช่		<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่					
โรคไตเรื้อรัง (โรคไตวายเรื้อรัง)							
Q7048 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย)จากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ใช่หรือไม่							
<input type="checkbox"/> 1. ใช่		<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q7050					
Q7049 ท่านเคยได้รับการรักษาด้วยวิธีใด							
<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้รักษา		<input type="checkbox"/> 2. กินยา		<input type="checkbox"/> 3. ฟอกไตทางท้อง		<input type="checkbox"/> 4. ฟอกเลือด	
โรคโลหิตจาง โรคเลือดจางหรือโรคซิด							
Q7050 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย)จากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข/แพทย์ ว่าตนเองเป็นโรคโลหิตจาง โรคเลือดจาง หรือ โรคซิด (Anemia) ใช่หรือไม่							
<input type="checkbox"/> 1. ใช่		<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q7052					
Q7051 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับการรักษาโรคโลหิตจาง โรคเลือดจาง หรือโรคซิด (Anemia) ใช่หรือไม่							
<input type="checkbox"/> 1. ใช่		<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่					
โรคธาลัสซีเมีย							
Q7052 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย)จากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ ว่าเป็นโรคธาลัสซีเมียหรือไม่		ใช่		ไม่ใช่			
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> → Q7055			
Q7053 ท่านเคยได้รับการรักษาโดยการตัดม้ามหรือไม่		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Q7054 ท่านเคยได้รับการรักษาโดยการเติมเลือดเป็นประจำหรือไม่		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Q7054a ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย)จากบุคลากรทางการแพทย์/แพทย์ ว่าท่านเป็นโรคเรื้อนกวางหรือสะเก็ดเงินหรือไม่							

1. ใช่/เคย เมื่อใด ระบุอายุ ปี 2. ไม่ใช่

โรคต้อกระจก (Cataracts)

Q7055 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย)ว่าเป็นโรคต้อกระจกตาข้างใดข้างหนึ่งหรือ 2 ข้างหรือไม่

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

Q7056 ท่านเคยได้รับการผ่าตัดรักษาต้อกระจกหรือไม่

1. ใช่ ได้รับการผ่าตัด 2. ไม่ใช่ ไม่ได้ผ่าตัด

โรคมะเร็ง (Cancer)

Q7057 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว(วินิจฉัย)จากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขว่าตนเองเป็นโรคมะเร็งหรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q7100

Q7058 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q7057 บุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่บอกท่านเป็นแพทย์ใช่หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q7059 ท่านทราบว่าตนเองเป็นโรคมะเร็งเมื่ออายุเท่าไร ปี เดือน

Q7060 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q7058 ท่านเป็นมะเร็งที่อวัยวะใด

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

Q7100 ฟันและการบดเคี้ยว

Q7101 ท่านมีปัญหาในการบดเคี้ยวหรือไม่

1. น้อย 2. ปานกลาง 3. มาก

Q7102 ท่านมีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ ใช่หรือไม่ (รวมฟันปลอมแบบติดถาวร และต้องมีฟันสบกันมากกว่า 4 ซี่)

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q7103 ท่านใส่ฟันปลอมใช่หรือไม่ (ทั้งชนิดติดถาวรและถอดออกได้)

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q7200 การได้ยิน

Q7201 การได้ยินเสียงของท่านอยู่ในระดับใด

Qcode

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

Q7202 ท่านใช้เครื่องช่วยฟังหรือไม่

1. ใช่
 2. ไม่ใช่
 3. ไม่ตอบ/ไม่ทราบ

Q7203 ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยินมาตั้งแต่อายุเท่าไร ปี

Q7300 การหกล้ม

Q7301 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีการหกล้มใช่หรือไม่ (ล้มจากทำยืน/ เดิน/ ตกจากเตียง/ เก้าอี้/ ตกจากที่สูง)

1. ใช่
 2. ไม่ใช่ → Q7400

Q7302 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q7301 โปรดระบุจำนวนครั้งการหกล้มทั้งหมด ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา.. ..ครั้ง

Q7303 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ครั้งสุดท้ายที่ท่านหกล้มที่ไหน

สถานที่ที่หกล้มครั้งสุดท้าย	ใช่	ไม่ใช่
1. บริเวณที่อยู่อาศัยภายในบ้านของท่านที่อยู่ประจำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1 ภายในห้องนอน หรือห้องที่อยู่ประจำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 ภายในห้องน้ำ ห้องส้วม หรือห้องครัว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 ขณะขึ้นลงบันได	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. เมื่ออยู่นอกบ้าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ที่อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q7304 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q7301 ครั้งสุดท้ายที่ท่านล้มขณะกำลังจะหกล้มมีเหตุการณ์หรืออาการต่อไปนี้เกิดกับท่านหรือไม่ (ตอบทุกข้อ)

	ใช่	ไม่ใช่
Q7304a หน้ามืดขณะกำลังลุกขึ้นยืน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7304b หน้ามืดขณะกำลังเบ่งปัสสาวะหรืออุจจาระ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7304c วิงเวียนเหมือนบ้านหมุน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7304d เสียการทรงตัวขณะเปลี่ยนท่าทาง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7304e สะดุดวัตถุสิ่งของ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7304f สะดุดพื้นต่างระดับ, ขึ้นบันได	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7304g ลื่นหกล้ม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7304h ตกบันได	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7304i ถูกชนล้ม (โดยคน/สัตว์/รถ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7304j เจ็บแน่นหน้าอก หรือใจสั่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7304k อ่อนแรงครึ่งซีก ปากเบี้ยว พูดไม้ซัด หรือ มืออาการชัก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7304l ตาพร่ามัว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7304m ปวดข้อ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Qcode					
Q7304n กำลังมีไข้ไม่สบาย		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
Q7304o อื่นๆ ระบุ.....		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
Q7305 การหกล้มนั้นทำให้เกิดปัญหาต่อไปนี้ใช่หรือไม่ (ตอบทุกข้อ)		ใช่					ไม่ใช่
Q7305a ฟกช้ำ / ถลอก / แผล		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
Q7305b ข้อมือหัก		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
Q7305c ข้อสะโพกหัก		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
Q7305d กระดูกซี่โครงหัก		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
Q7305e ปวดหลัง		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
Q7305f อื่นๆ ระบุ.....		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
Q7306 การบาดเจ็บจากการหกล้มครั้งสุดท้าย ท่านได้รับการรักษาอย่างไร		ใช่					ไม่ใช่
Q7306a รับการรักษา เป็นคนไข้ใน		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
Q7306b นอนโรงพยาบาล		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
Q7306c รักษาเอง		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
Q7400 อนามัยเจริญพันธุ์ (สำหรับเพศหญิง)							
Q7401 ถ้าท่านเคยคลอดบุตร							
Q7401a บุตรเกิดรอด (คือ มีสัญญาณชีพหลังคลอด เช่นมีลมหายใจ มีเสียงร้อง: live birth) หรือไม่							
<input type="checkbox"/> 1. ใช่		จำนวนบุตรที่เกิดรอด <input type="text"/> <input type="text"/> คน		<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q8000			
Q7401b บุตรตายคลอด (Still birth) หรือไม่							
<input type="checkbox"/> 1. ใช่		จำนวนบุตรที่ตายคลอด <input type="text"/> <input type="text"/> คน		<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q8000			
Q8000 พฤติกรรมสุขภาพ/พฤติกรรมเสี่ยง							
Q8000 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ							
ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุข (ไม่รวม อสม.) ให้ปฏิบัติต่อไปนี้หรือไม่						ได้รับ	ไม่เคย/ไม่ทราบ
Q8001 ลดการกินเค็ม						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8002 กินผักและผลไม้วันละ 5 ส่วน (กินผัก/ผลไม้ให้มากขึ้น)						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8003 ลดการกินอาหารที่มีไขมัน						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8004 ออกกำลังกายให้มากขึ้น						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8005 ให้เลิกบุหรี่ หรือไม่ให้เริ่มสูบบุหรี่						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Q8100 กิจกรรมทางกาย

กิจกรรมการทำงาน (เป็นคำถามที่เกี่ยวกับกิจกรรมทางกายของท่านใน 1 สัปดาห์โดยปกติทั่วไป)

ให้อ่านข้อคำถามทีละข้อ และให้ผู้ตอบสัมภาษณ์ดูแผ่นภาพตามเลขที่ในแต่ละข้อ

ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการทำงานของท่าน ทั้งงานที่ก่อให้เกิดรายได้และไม่เกิดรายได้

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

ให้ผู้ตอบสัมภาษณ์ดู แผ่นภาพที่ 3 กิจกรรมทางกายที่ต้องออกแรงอย่างหนัก หน้า 11

1. ใช่

2. ไม่ใช่ → Q8104

Q8102 ในสัปดาห์ปกติ ท่านมีกิจกรรมที่ต้องออกแรงอย่างหนักซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำงาน กี่วันต่อสัปดาห์

วันต่อสัปดาห์

Q8103 ในวันปกติ เมื่อท่านมีกิจกรรมที่ต้องออกแรงอย่างหนัก ท่านใช้เวลาในการทำงานดังกล่าวนั้นเป็นเวลานานเท่าใดในแต่ละ

ชั่วโมง : นาที

Q8104 การทำงานของท่าน โดยปกติต้องออกแรงปานกลางทำให้หายใจแรงขึ้นหรือ

หัวใจเต้นเร็วขึ้นปานกลางเป็นเวลาต่อเนื่องตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไปในแต่ละครั้ง เช่น การเดินไปมาในที่ทำงานหรือ

ทำงานบ้าน หรือถือของไม่หนักมาก เป็นต้น ใช่หรือไม่ให้ผู้ตอบสัมภาษณ์ดู แผ่นภาพที่ 4 กิจกรรมทางกายที่ต้องออกแรงปานกลาง หน้า 12

1. ใช่

2. ไม่ใช่ → Q8107

Q8105 ในสัปดาห์ปกติ ท่านมีกิจกรรมที่ต้องออกแรงปานกลางซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำงาน กี่วันต่อสัปดาห์

วันต่อสัปดาห์

Q8106 ในวันปกติ เมื่อท่านมีกิจกรรมที่ต้องออกแรงปานกลาง ท่านใช้เวลาในการทำงานดังกล่าวนั้นเป็นเวลานานเท่าใดในแต่ละวัน

ชั่วโมง : นาที

กิจกรรมการเดินทาง (เป็นคำถามที่เกี่ยวกับกิจกรรมทางกายของท่านใน 1 สัปดาห์โดยปกติทั่วไป)

ต่อไปนี้เป็นคำถามที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน แต่เกี่ยวกับการเดินทางของท่าน เช่น การเดินทางไปทำงาน การไปซื้อของ การไปจ่ายตลาด ไปวัด เป็นต้น

Q8107 ในการเดินทางจากสถานที่หนึ่ง ไปอีกที่หนึ่ง ท่านเดินหรือขี่จักรยานเป็นเวลาต่อเนื่องตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง ใช่หรือไม่ (ไม่นับการเดินทางโดยการขับรถยนต์ นั่งรถยนต์ หรือยานพาหนะอื่น)

1. ใช่

2. ไม่ใช่ → Q8110

Q8108 ในสัปดาห์ปกติ ท่านเดินทางไปยังที่ต่างๆ โดยการเดินหรือขี่จักรยานเป็นเวลาต่อเนื่องตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไปในแต่ละครั้ง เป็นจำนวนกี่วันต่อสัปดาห์

วันต่อสัปดาห์

Q8109 ในวันปกติ ท่านเดินทางไปยังที่ต่างๆ โดยการเดินหรือขี่จักรยานเป็นเวลานานเท่าใดในแต่ละวัน

ชั่วโมง : นาที

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

กิจกรรมยามว่าง เล่นกีฬา (เป็นคำถามที่เกี่ยวกับกิจกรรมทางกายของท่านใน 1 สัปดาห์โดยปกติทั่วไป)

ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมเวลาว่างจากการทำงานของท่าน การเล่นกีฬา การเข้าสถานที่ออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน และการเดินทาง

Q8110 โดยปกติในเวลาว่างจากการทำงาน ท่านมีกิจกรรมเล่นกีฬา การออกกำลังกาย หรือกิจกรรมยามว่าง อย่างหนักจนทำให้หายใจแรงขึ้นหรือหัวใจเต้นเร็วขึ้นมาก เป็นเวลาต่อเนื่องตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไปในแต่ละครั้งเช่น เดินแอโรบิค วิ่ง

เล่นกีฬาอย่างหนัก เล่นฟุตบอล ไซ้หรือไม้ ให้ผู้ตอบสัมภาษณ์ดู แผ่นภาพที่ 5 การออกกำลังกายอย่างหนัก หน้า 13

1. ใช่

2. ไม่ใช่ → Q8113

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

วันต่อสัปดาห์

Q8112 ในวันปกติท่านเล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมยามว่างอย่างหนัก เป็นเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาที ขึ้นไปในแต่ละครั้งดังกล่าวนี้ เป็นเวลานานเท่าใดในแต่ละวัน

ชั่วโมง : นาที

Q8113 โดยปกติในเวลาว่างจากการทำงาน ส่วนใหญ่ท่านมีกิจกรรม เล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมอย่างปานกลาง เป็นเวลาต่อเนื่องตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไปในแต่ละครั้ง เช่น เดินเร็ว ขี่จักรยาน เล่นวอลเลย์บอล วายน้ำ ไซ้หรือไม้ ให้ผู้ตอบสัมภาษณ์ดู แผ่นภาพที่ 6 การออกกำลังกายปานกลาง หน้า 14

1. ใช่

2. ไม่ใช่ → Q8116

Q8114 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q8113 ในสัปดาห์ปกติท่าน เล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรม อย่างปานกลาง เป็นเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาทีขึ้นไปในแต่ละครั้งเป็นจำนวนกี่วันต่อสัปดาห์

วันต่อสัปดาห์

Q8115 ในวันปกติท่าน เล่นกีฬาออกกำลังกาย หรือกิจกรรมอย่างปานกลาง เป็นเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาทีขึ้นไป ในแต่ละครั้งดังกล่าวนี้เป็นเวลานานเท่าใดในแต่ละวัน

ชั่วโมง : นาที

ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการ นั่งๆ นอนๆ เท่านั้น

ในช่วง 7 วันที่ผ่านมาในแต่ละวันที่ท่านใช้ชีวิตในการนั่ง เอนกาย

ไม่ว่าจะเป็นในที่ทำงาน ที่บ้าน ขณะนั่งรถ นั่งคุยกับเพื่อน พักผ่อน เช่นอ่านหนังสือ หรือดูโทรทัศน์ ไม่รวมเวลาที่ใช้นอนหลับ

Q8116 ในวันปกติ ท่านใช้เวลา นั่งๆ นอนๆ หรือเอนกายสบายๆ

ชั่วโมง : นาที

รวมแล้วเป็นเวลาเท่าใดในแต่ละวัน

Q8200 การสูบบุหรี่

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

1. ใช่

2. ไม่ใช่ → Q8216

Q8202 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ Q8201 ท่านเริ่มสูบบุหรี่หรือ ไปป์หรือซิการ์หรือใช้ยาสูบประเภทอื่นๆเมื่อท่านมีอายุเท่าไร

เมื่ออายุ

ปี

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

ยาสูบมีควัน บุหรี่ ไปป์ ซิการ์ หรือยาสูบประเภทอื่นๆ

Q8203 ในปัจจุบัน ท่านสูบบุหรี่ของ หรือบุหรืรมวณเอง (ยาเส้น) หรือใช้ยาสูบประเภทอื่นๆ เช่น บารากุ หรือ บุหรี่ไฟฟ้า ไซ้หรือไม่
 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q8207

Q8204 สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ในข้อ (Q8203) ท่านสูบบุหรี่ของหรือบุหรืรมวณเอง (ยาเส้น) หรือใช้ยาสูบประเภทอื่น ๆ เช่น บารากุ บุหรี่ไฟฟ้า หรือ ไปป์ หรือซิการ์ เป็นประจำทุกวัน ไซ้หรือไม่
 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q8206

Q8205 โดยเฉลี่ยท่านสูบบุหรี่ หรือไปป์ หรือซิการ์ หรือยาสูบประเภทอื่นๆ เป็นปริมาณกี่มวนหรือกี่ครั้งต่อวัน (ตอบทุกข้อ)

Q8205a บุหรี่ของ หรือ บุหรืรมวณเอง จำนวนกี่มวนต่อวัน

--	--

มวน/วัน

Q8205b อื่นๆ เช่น ไปป์ ซิการ์ บารากุ มุหรี่ไฟฟ้า ฯลฯ
 จำนวนครั้งหรือมวนต่อวัน

--	--

ครั้งหรือมวนต่อวัน

Q8206 ท่านสูบบุหรี่ของหรือบุหรืรมวณเอง (ยาเส้น) หรือใช้ยาสูบประเภทอื่น ๆ เช่น บารากุ มุหรี่ไฟฟ้า หรือ ไปป์ หรือซิการ์หรือยาสูบประเภทอื่นๆ มาเป็นระยะเวลาานเท่าไร

--	--

ปี

--	--

เดือน

--

สัปดาห์

คำถามเกี่ยวกับการใช้/สูบบุหรี่ไฟฟ้า (เป็นบุหรืที่ต้องใช้ แบตเตอรี่ ใส่น้ำยานิโคติน)

Q8207a ท่านเคยใช้/สูบบุหรี่ไฟฟ้าหรือไม่ (ครั้งเดียวกันนับว่าเคย) 1.ใช่/เคย 2. ไม่เคย 3. ไม่ทราบ

Q8207b ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านเคยใช้บุหรืไฟฟ้า กี่วัน วัน

Q8207c ท่านสูบบุหรี่ไฟฟ้ามาเป็นระยะเวลาานเท่าไร ปี เดือน สัปดาห์

Q8208 ในปัจจุบันนี้ ท่านใช้ยาสูบที่ไม่มีควัน เช่น หมากผสมยาเส้น ยานัตถุ ยาเส้นเคี้ยว เป็นประจำทุกวัน ไซ้หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q8210

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

--	--

ครั้ง/วัน

การเลิกใช้ยาสูบ (เลิก คือ เลิกสูบอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป)

Q8210 สำหรับท่านที่เคยใช้ยาสูบ ปัจจุบันท่านไม่ได้ใช้ยาสูบทุกชนิด นาน 6 เดือนขึ้นไปไซ้หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q8213

Q8211 ท่านเลิกใช้ยาสูบทุกชนิด เมื่อท่านอายุเท่าไร

--	--

ปี

Q8212 ท่านเลิกใช้ยาสูบทุกชนิด มาเป็นระยะเวลาานเท่าใด → Q8215

--	--

ปี

--	--

เดือน

--

สัปดาห์

การพยายามเลิกใช้ยาสูบ

Q8213 สำหรับผู้ที่ใช้ยาสูบ ในขณะนี้ท่านคิดจะเลิกใช้ยาสูบหรือไม่

1. คิดจะเลิกภายใน 30 วัน 2. คิดจะเลิกภายใน 12 เดือนข้างหน้า

3. คิดจะเลิกแต่ไม่ไซ้ภายใน 12 เดือนนี้ 4. ยังไม่คิดจะเลิก

Q8214 สำหรับคนที่สูบบุหรี่ ท่านอยากให้ผู้ดูแลของท่านเป็นคนสูบบุหรี่หรือไม่

1. อยาก 2. ไม่อยาก

Qcode

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

Q8215 ท่านทราบหรือไม่ว่า การสูบบุหรี่หรือใช้ยาสูบของท่าน อาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้บุตรหลานของท่านติดบุหรี่หรือ ยาสูบ
ในอนาคต

1. ทราบ

2. ไม่ทราบ

Q8216 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)

Q8217 ในช่วง 30 วันมานี้ ท่านเคยได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่นหรือไม่

1. เคย

2. ไม่เคย → Q8301

Q8218 สำหรับผู้ที่ตอบว่าเคยในข้อ Q8217 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับควันบุหรี่จากที่ใดบ้าง
(ตอบทุกข้อ)

เคย

ไม่เคย

Q8218a ที่บ้าน

Q8218b ที่ทำงาน

Q8218c สถานบริการสาธารณสุข

Q8218d โรงเรียน สถานอุดมศึกษา(มหาวิทยาลัย)

Q8218e สถานที่ราชการ

Q8218f ร้านอาหาร

Q8218g ขนส่งสาธารณะ (สถานี หรือบนรถ/ เรือ ป้ายรถเมล์)

Q8300 การดื่มแอลกอฮอล์

คำถามต่อไปนี้จะเกี่ยวกับการดื่มสุรา (เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง น้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์ เบียร์ ไวน์ เหล้าแดง เหล้าขาว บรั่นดี ขาดองเหล้า เหล้าจีน เชียงซุน เหมมาโล เหล้าพื้นบ้าน อุ/กระแช่ สาโท วิสกี้จั่นอก)

คำถาม		คำตอบ
Q8301	ท่านเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือไม่ เช่น เบียร์ ไวน์ เหล้าขาว ขาดองเหล้า เหล้าแดง อุ กระแช่ หวาก (แสดงภาพเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือตัวอย่างเครื่องดื่มฯ)	<input type="checkbox"/> 1. เคย <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย ถ้าไม่เคย ข้ามไปคำถาม Q8322
Q8302	ท่านเคยหยุดดื่มสุรา เนื่องจากเหตุผลทางสุขภาพ หรือไม่ เช่น มีปัญหาสุขภาพ หรือแพทย์/บุคลากรทางสุขภาพแนะนำให้หยุดดื่ม	<input type="checkbox"/> 1. เคย <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย
Q8303	ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. เคย <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย ข้ามไปคำถาม Q7322
Q8304	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
Q8305	ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทใดบ้าง 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)
Q8306	ใน 30 วันที่ผ่านมา ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. เคย <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย ข้ามไปคำถาม Q7316

Q8307	ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์อย่างน้อย 6 ดัด (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
Q8308- Q8311	ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา โดยปกติแล้ว ท่านได้ดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์แต่ละชนิดมากน้อยเพียงไร	

ชนิดของเครื่องดัด	ความถี่ของการดัด (a)	ปริมาณที่ดัดต่อวัน (b)
1. (Q8308) (ที่ดัดบ่อยเป็นอันดับหนึ่ง)	<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. ไม่ดัดเลย	จำนวน <input type="text"/> <input type="text"/> ประเภทภาชนะ (ดูรหัสภาชนะข้างล่าง) <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> หน่วยของภาชนะที่ระบุต่อคน
2. (Q8309) (ที่ดัดบ่อยเป็นอันดับสอง)	<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. ไม่ดัดเลย	จำนวน <input type="text"/> <input type="text"/> ประเภทภาชนะ (ดูรหัสภาชนะข้างล่าง) <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> หน่วยของภาชนะที่ระบุ
3. (Q8310) (ที่ดัดบ่อยเป็นอันดับสาม)	<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. ไม่ดัดเลย	จำนวน <input type="text"/> <input type="text"/> ประเภทภาชนะ (ดูรหัสภาชนะข้างล่าง) <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> หน่วยของภาชนะที่ระบุ
4. (Q8311) (ที่ดัดบ่อยเป็นอันดับสี่)	<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. ไม่ดัดเลย	จำนวน <input type="text"/> <input type="text"/> ประเภทภาชนะ (ดูรหัสภาชนะข้างล่าง) <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> หน่วยของภาชนะที่ระบุ
	รหัสภาชนะ (ให้ผู้ตอบดูรูปภาพประกอบ) * การบันทึกประเภทเครื่องดัด ภาชนะเบ่งดัดหรือริน	● ให้บันทึกปริมาณที่ดัดเป็นหน่วยตามภาชนะที่ใช้ โดยมีจุดศนิยมสองตำแหน่ง เช่น 1/3 หน่วย = 0.34, 1/2 = 0.50, 1/4 = 0.25,

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

1. เบ็ก (ขนาด 30 ซีซี)
 2. เบ็กขนาดใหญ่ (ขนาด 50 ซีซี)
 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 Q8308-Q8311 เป็น 1.เบียร์ หรือ 6. สุราแช่พื้นบ้าน เท่านั้น)**
8. ครอบเบียร์ขนาดมาตรฐานและทรงพอมสูง (ขนาด 320 ซีซี)
 9. ครอบเบียร์ใหญ่ (ขนาด 490 ซีซี)
 10. ขวดเบียร์ (ขนาด 320 ซีซี)
 11. ขวดเบียร์ใหญ่ (ขนาด 320 ซีซี)
 12. เหยือกเบียร์ (ขนาด 1,000 ซีซี)
- สุราสี (เฉพาะคนที่ตอบข้อ Q8308-Q8311 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 Q8308-Q8311 เป็น 3.สุราสี หรือ 6. สุราแช่พื้นบ้าน เท่านั้น)**
17. ขวดสุราสี (ขนาด 300 ซีซี)
 18. ขวดบรันดีหรือสุราสี (ขนาด 700 ซีซี)
 19. ขวดสุราสีขนาดใหญ่ (ขนาด 750 ซีซี)
- ไวน์ (เฉพาะคนที่ตอบข้อ Q8308-Q8311 เป็น 4.ไวน์องุ่น / แชมเปญ/ไวน์ผลไม้ หรือ**

$$1/5 = 0.20, 3/4 = 0.75, 2/3 = 0.67$$

- ถ้าดื่มสุราหลายคน ให้บันทึกค่าเฉลี่ย

ต่อคน เช่น ดื่มด้วยกัน 5 คน ดื่มทั้งหมด 3/4

$$\text{หน่วย} = 0.75/5 = 0.15$$

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

6. สุราแช่พื้นบ้าน เท่านั้น

20. ขวดไวน์ (ขนาด 625 ซีซี)

21. ขวดไวน์ขนาดใหญ่ (ขนาด 700 ซีซี)

อื่น ๆ (เฉพาะคนที่ตอบข้อ Q8308-Q8311**เป็น 5.ไวน์คูลเลอร์ / สุราผสมน้ำผลไม้ /****เหล้าปั่น หรือ 6. สุราแช่พื้นบ้าน เท่านั้น)**

22. ขวดน้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์หรือไวน์

คูลเลอร์ (ขนาด 275 ซีซี)

23. ไห (ขนาด 1,000 ซีซี)

Q8312

เมื่อวานนี้ ท่านได้ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่

 1. ดื่ม 2. ไม่ได้ดื่ม ข้ามไปคำถาม Q7314

Q8313

ถ้าได้ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เมื่อวานนี้ท่านได้ดื่มอะไรบ้าง

(ประเภทเครื่องดื่มฯตามข้อ Q8307)

ภาชนะที่ใช้
(ดูรหัสภาชนะ)

หน่วยของภาชนะที่ระบุต่อคน

1.....

. หน่วย

2.....

. หน่วย

3.....

. หน่วย

4.....

. หน่วย

Q8314

ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านเคยดื่มสุราเถื่อน / เหล้าต้ม / เหล้าชุมชน ที่ไม่
เสียภาษีหรือไม่ 1. ทุกวัน 2. 5-6 วันต่อสัปดาห์ 3. 3-4 วันต่อสัปดาห์ 4. 1-2 วันต่อสัปดาห์ 5. 1-3 วันต่อเดือน 6. ไม่ได้ดื่มเลย

Q8315	ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านเคยดื่มสุรานอก หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่างประเทศที่ไม่เสียภาษี (เช่น เครื่องดื่มที่ซื้อจากร้านปลอดภาษี หรือลักลอบนำเข้าโดยไม่เสียภาษี) หรือไม่	<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
Q8316	ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา บ่อยเพียงไรที่ท่านพบว่าท่านไม่สามารถที่จะหยุดดื่มได้ หากท่านได้เริ่มต้นดื่มแล้ว	<input type="checkbox"/> 1. ทุกวันหรือเกือบทุกวัน <input type="checkbox"/> 2. ทุกสัปดาห์ <input type="checkbox"/> 3. ทุกเดือน <input type="checkbox"/> 4. น้อยกว่าเดือนละครั้ง <input type="checkbox"/> 5. ไม่เคยเลย
Q8317	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
Q8318	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
Q8319	ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา บ่อยเพียงไรที่ท่านรู้สึกผิด ไม่ดี โกรธ หรือเสียใจหลังจากที่ท่านดื่มสุรา	<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยเลย <input type="checkbox"/> 2. น้อยกว่าเดือนละครั้ง <input type="checkbox"/> 3. ทุกเดือน <input type="checkbox"/> 4. ทุกสัปดาห์ <input type="checkbox"/> 5. ทุกวันหรือเกือบทุกวัน
Q8320	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

		Qcode							
Q8321	ตัวท่านเองหรือคนอื่นเคยได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลมาจากการดื่มสุราของท่านหรือไม่		<input type="checkbox"/>	1. ไม่เคยเลย					
			<input type="checkbox"/>	2. เคยแต่ไม่ได้เกิดขึ้นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา					
			<input type="checkbox"/>	3. เคยและเกิดขึ้นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา					
Q8322	เคยมีญาติ เพื่อนฝูง แพทย์หรือบุคลากรทางแพทย์ แสดงความเป็นห่วงเป็นใยกับการดื่มสุราของท่าน หรือแนะนำให้ท่านเลิกดื่มบ้างหรือไม่		<input type="checkbox"/>	1. ไม่เคยเลย					
			<input type="checkbox"/>	2. เคยแต่ไม่ได้เกิดขึ้นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา					
			<input type="checkbox"/>	3. เคยและเกิดขึ้นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา					
Q8323	ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีปัญหาครอบครัว หรือปัญหาเกี่ยวกับคูครองของท่าน เนื่องจากการดื่มของผู้อื่นหรือไม่		<input type="checkbox"/>	1. เคย, มากกว่าเดือนละครั้ง					
			<input type="checkbox"/>	2. เคย, ทุกเดือนๆละครั้ง					
			<input type="checkbox"/>	3. เคย, หลายครั้งแต่ไม่ใช่ทุกเดือน					
			<input type="checkbox"/>	4. เคย, 1 - 2 ครั้ง					
			<input type="checkbox"/>	5. ไม่เคยเลย					

Q8400 การใช้จ่ายและอาหารเสริม

1. ยาแผนปัจจุบัน

1.1 ยาแก้ปวด

Q8401 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านใช้ยาแก้ปวดบ่อยเพียงใด

1. ไม่ได้กินยาแก้ปวดเลย → Q8406 2. 1 วันหรือน้อยกว่า 1 วัน/สัปดาห์

3. 2-3 วัน /สัปดาห์ 4. 4-6 วันต่อสัปดาห์ 5. ทุกวัน

Q8402 ถ้ากินเกือบทุกวันหรือทุกวัน ท่านใช้ยาแก้ปวดชนิดใด ระบุชื่อ..... (generic, trade)

หมายเหตุ **วันนัด บอกผู้ถูกสำรวจให้นำชื่อยามาด้วยคะ/ครับ***

Q8403 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ท่านใช้ยาแก้ปวดเพราะเหตุใด

1. ปวดข้อ 2. ปวดหัว 3. ปวดกล้ามเนื้อ

4. ปวดหลัง 5. อื่นๆ (ระบุ).....

Q8404a ครั้งสุดท้ายที่ท่านได้รับยาแก้ปวด ท่านได้รับยามาจากที่ใด

1. โรงพยาบาล 2. คลินิก/ โพลีคลินิก

3. สถานีอนามัย/ ศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชน 4. ร้านค้า

5. เพื่อน ญาติ คนรู้จัก

Q8404b 6. ร้านขายยา โดย 6.1 ตามใบสั่งแพทย์ 6.2 ปรึกษาเภสัชกร

Qcode

6.3 ผู้ขายยาแนะนำ 6.4 ตัวท่านเองระบุชื่อยา.....

7. อื่นๆ ระบุ.....

Q8405 กรณีที่ได้ยาแก้ปวดจากร้านค้าหรือร้านขายยา ท่านได้รับเป็นยาชุด ใช่หรือไม่ (ยาชุด คือ มียาหลายอย่างรวมกันในหนึ่งถุง)

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

1.2 ยากลายเครียด หรือ ยานอนหลับ

Q8406 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้กินยากลายเครียดหรือยานอนหลับบ้างหรือไม่

1.ใช่ 2.ไม่ใช่ → Q8408

Q8407 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านกินยากลายเครียดหรือยานอนหลับบ่อยเพียงใด

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

Q8407a ท่านได้รับยากลายเครียด หรือยานอนหลับ มาจากที่ใด (ตอบได้หลายข้อ)

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

Q8407b 6. ร้านขายยา โดย 6.1 ตามใบสั่งแพทย์ 6.2 ปรีกษาเกดัชกร
 6.3 ผู้ขายยาแนะนำ 6.4 ตัวท่านเองระบุชื่อยา.....

7. อื่นๆ ระบุ.....

1.3 ยาระบาย

Q8408 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้กินยาระบาย บ้างหรือไม่

1.ใช่ 2.ไม่ใช่ → Q8410

Q8409ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านกินยาระบาย บ่อยเพียงใด

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

Q8409a ท่านได้รับยาระบาย มาจากที่ใด (ตอบได้หลายข้อ)

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

Q8409b 6. ร้านขายยา โดย 6.1 ตามใบสั่งแพทย์ 6.2 ปรีกษาเกดัชกร
 6.3 ผู้ขายยาแนะนำ 6.4 ตัวท่านเองระบุชื่อยา

7. อื่นๆ ระบุ.....

1.4 ยาปฏิชีวนะ

Q8410 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการต่อไปนี้ หรือไม่ (ตอบทุกข้อ)

ถ้าใช่ จากอาการดังกล่าว ท่านได้รับยาปฏิชีวนะหรือไม่

Q8410a หัวัด (ไม่เรื่อริง)/ 1.ใช่ 2.ไม่ใช่ Q8411a 1.ได้ 2. ไม่ได้ 3. ไม่ทราบ

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

2. ยาสมุนไพร

ยาสมุนไพร เป็นยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพรเดี่ยว โดยอาจได้หรือไม่ได้รับเลขทะเบียนยาแผนโบราณจาก อย.

Q8413 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้ใช้ยาสมุนไพรบ้างหรือไม่

1. ใช่

2. ไม่ใช่ → Q8417

Q8414 ท่านใช้ยาสมุนไพรสำหรับรักษาโรค / บรรเทาอาการอะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ปวดข้อ ปวดเมื่อย

2. หอบหืด

3. บำรุงร่างกาย / บำรุงโลหิต

4. เพื่อความสวยงาม

5. ดิฉะเชื้อ

6. ท้องอืด ท้องเฟ้อ

7. อาการหวัด

8. อาการไอ

9. เบาหวาน

10. ความดันเลือดสูง

11. บำรุงไต

12. บำรุงตับ

13. อื่นๆระบุ.....

Q8415 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านกินยาสมุนไพรบ่อยเพียงใด

1. นานๆ ครั้งเมื่อมีอาการ

2. ใช้เป็นประจำ เมื่อมีอาการ

3. ใช้เป็นประจำ แม้ไม่มีอาการ

Q8416 ท่านได้รับยาสมุนไพร มาจากที่ใด (ตอบได้หลายข้อ)

1. โรงพยาบาล/คลินิก

2. สถานีอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชน

3. ร้านยา

4. ร้านค้า

5. เพื่อน ญาติ คนรู้จัก

6. วัด

7. การขายตรง (เช่น โฆษณาทางทีวี การเร่ขาย ขาย ร้านค้าทางอินเทอร์เน็ต)

8. อื่นๆ ระบุ.....

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

Q8417 ปัจจุบันท่านกิน (ทั้งที่กินประจำและครั้งคราว) อาหารเสริมประเภทใดบ้างตอบทุกข้อ

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

Q8418 ท่านซื้อหรือได้รับอาหารเสริม มาจากที่ใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

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

4. ยาลดน้ำหนักร เช่น ยาลดความอ้วน ยาระบายเพื่อลดน้ำหนัก

Q8419 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้ใช้ยาเพื่อลดน้ำหนัก หรือยาลดความอ้วนหรือไม่

- 1. ใช่
- 2. ไม่ใช่ → Q8421

Q8420 ท่านได้รับยาลดน้ำหนัก หรือยาลดความอ้วนมาจากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

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

Q8421 ท่านเชื่อมั่นในบัญชียาหลักแห่งชาติหรือไม่

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

Q8422 ท่านมีความเชื่อมั่นในยาที่ผลิตในประเทศไทยหรือไม่

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

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

คำถาม เกี่ยวกับการใช้ Pesticide

Q8423 ใน 1 ปี ที่ผ่านมา ในบริเวณบ้านของท่าน มีการใช้สารเคมีกำจัดแมลง ในการกำจัดแมลง เช่น มด ปลวก แมลงสาบ ยุง ฯลฯ หรือไม่

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

Q8424 ถ้ามีการใช้ ท่านเป็นผู้ฉีดพ่น ใช่ หรือ ไม่ 1.ใช่ 2. ไม่ใช่

Q8425 ใน 1 ปี ที่ผ่านมา ในสวนและหรือ ไร่ ของท่าน มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในการกำจัดศัตรูพืช ประเภท แมลง หอย หรือหนู เชื้อรา แบคทีเรีย หรือสัตว์อื่นๆ หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ 3. ไม่ทราบ

Q8426 ถ้ามีการใช้ ท่านเป็นผู้ฉีดพ่น ใช่ หรือ ไม่ 1.ใช่ 2. ไม่ใช่

Q8427 ใน 1 ปี ที่ผ่านมา ในสวนและหรือ ไร่ ของท่าน ใช้สารเคมีกำจัดวัชพืช (เช่น หญ้าคา หญ้าที่เป็นวัชพืช ต่างๆ) หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ 3. ไม่ทราบ

Q8428 ถ้ามีการ ใช้ ท่านเป็นผู้ฉีดพ่น ใช่ หรือ ไม่ 1.ใช่ 2. ไม่ใช่

Q8500 การกินอาหาร

ส่วน A พฤติกรรมในการบริโภคอาหารชุดที่ 3

Q8501 ท่านกินอาหารครบ 3 มื้อหลักหรือไม่

1. ใช่ → Q8503 2. ไม่ใช่

Q8502 โดยส่วนใหญ่ ท่านงดกินอาหารมื้อใด

1. มื้อเช้า 2. มื้อกลางวัน 3. มื้อเย็น

Q8503 โดยปกติ ท่านทำกิจกรรมต่างๆ ขณะกินอาหาร เช่น ดูโทรทัศน์ เล่นของเล่น/เกมส์คอมพิวเตอร์ เดิน/วิ่งเล่น อ่านหนังสือหรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q8504a ในวันทำงาน โดยทั่วไป อาหารมื้อเย็นที่ท่านกินบ่อยที่สุดเป็นอาหารชนิดใด

1. อาหารที่ทำกินเองที่บ้าน ถ้าเลือกตอบคำตอบนี้ → Q8505a
 2. อาหารปรุงสุกสำเร็จ 3. อาหารตามสั่ง 4. อาหารสำเร็จรูปบรรจุของ/กระป๋อง
 5. อาหารปิ่นโตรับเป็นรายเดือน 6. อาหารแข่งแข่งสำเร็จรูปมาเก็บไว้ เมื่อกินจะนำมาอุ่น

Q8504b. ในวันทำงาน แหล่งของอาหารมื้อเย็นที่ท่านกินบ่อยที่สุดเป็นอาหารที่ซื้อมาจาก

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

Qcode

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

Q8505a ในวันเสาร์หรืออาทิตย์ ท่านกินอาหารมื้อหลัก (เช้า กลางวัน เย็น) นอกบ้านกี่มื้อ

หมายเหตุ อาหารนอกบ้าน หมายถึง อาหารที่ไม่ได้ทำเองที่บ้าน

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

Q8505b ในวันเสาร์หรืออาทิตย์ ลักษณะอาหารนอกบ้านที่ท่านกินบ่อยที่สุด คือ

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

Q8505c ในวันเสาร์หรืออาทิตย์ แหล่งที่มาของอาหารมื้อหลักที่ท่านกินบ่อยที่สุดเป็นอาหารที่ซื้อมาจากแหล่งใด (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

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

Q8506 ปัจจุบันท่านเป็นคนกินอาหารมังสวิรัตใช่หรือไม่

1. ใช่ กินประจำทุกมื้อ
2. ใช่ กินเป็นครั้งคราว
3. ไม่ใช่

Q8507 โดยส่วนใหญ่ในครอบครัวท่านใช้น้ำมันชนิดใดในการประกอบ/ปรุงอาหารเป็นประจำ (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ)

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

Q8508 ปัจจุบันท่านเป็นคนกินอาหารรสเค็มหรือไม่

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

Q8509 ท่านคิดหรือไม่ว่าการกินอาหารเค็มอาจมีผลเสียต่อสุขภาพ

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ 3. ไม่ทราบ

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

ส่วน B ความถี่อาหารบริโภคชุดที่ 2 (FFQ2)

ข้อปฏิบัติสำหรับพนักงานสัมภาษณ์

1. ให้ผู้สัมภาษณ์ถาม ดังนี้ “โดยทั่วไปในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านกินอาหารประเภท.....หรือไม่ (ผู้สัมภาษณ์ต้องอ่านรายการอาหารในแต่ละข้อให้ครบถ้วน)
2. สำหรับประเภทอาหารที่ “ผู้ถูกสำรวจ” ระบุว่ากิน ให้ถามต่อว่า “ท่านกินอาหารดังกล่าว.....บ่อยเพียงใด”
3. ในขณะที่ถามความถี่ในการบริโภคอาหารให้ใช้ ตารางที่ 2 หน้าที่ 18 ความถี่ของการบริโภคอาหารประเภทต่างๆ ประกอบในการจดบันทึก โดย ให้กาเครื่องหมาย X ลงใน

โดยทั่วไปท่านกินอาหารในประเภทต่อไปนี้บ่อยเพียงใด	ไม่ กิน เลย 1	<1 ครั้ง ต่อ เดือน 2	1-3 ครั้ง ต่อ เดือน 3	1-3ครั้ง ต่อ สัปดาห์ 4	4-6ครั้ง ต่อ สัปดาห์ 5	1 ครั้ง ต่อวัน 6	>1 ครั้ง ต่อ วัน 7
1. เนื้อวัว/หมูไม่ติดมัน ไก่/เป็ดไม่ติดหนัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. เนื้อวัว/หมูติดมัน ไก่/เป็ดติดหนังเช่น หมูสามชั้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ที่ผ่านกระบวนการกลุ่มที่ 1 เช่น ไส้กรอก ไส้กรอกอีสานเบคอน แฮม กุนเชียงหมูขม แหนม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ที่ผ่านกระบวนการกลุ่มที่ 2 เช่น หมูหยอง ปลาเค็ม เนื้อ/หมู/ปลาแดดเดียว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ปลาชนิดต่างๆ เช่น ปลาน้ำจืด ปลาทะเล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. กุ้งหอยปูปลาหมึก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ตับ เลือดหมู/เป็ด/ไก่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ไข่ทั้งฟอง หรือเฉพาะไข่แดง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ถั่วและผลิตภัณฑ์ (ไม่รวมเครื่องดื่ม) เช่น ถั่วเขียว ถั่วเหลือง ถั่วลิสง เต้าหู้โปรตีนเกษตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ข้าวขาว/ข้าวขัดสี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ข้าวเหนียว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ถั่วเขียวต่างๆ ขนมหิน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป เช่น มาม่า ยำ ไข่ไก่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ขนมห้างขาว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ขนมห้างโฮลวีท (ขนมห้างรัฐพีช)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. อาหารทอด เช่น หมู/ไก่ทอด ทอดมัน กุ้งแขก ลูกชิ้นทอด แคล้วหมู ฯลฯ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

โดยทั่วไปท่านกินอาหารในประเภทต่อไปนี้บ่อยเพียงใด	Qcode						
	ไม่ กิน เลย 1	<1 ครั้ง ต่อ เดือน 2	1-3 ครั้ง ต่อ เดือน 3	1-3ครั้ง ต่อ สัปดาห์ 4	4-6ครั้ง ต่อ สัปดาห์ 5	1 ครั้ง ต่อวัน 6	>1 ครั้ง ต่อ วัน 7
18. อาหารจานด่วนตะวันตก เช่น พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. อาหารคาวที่มีกะทิ เช่น แกงเผ็ด ต้มยำ, อาหารคาวที่มี น้ำมัน เช่น แกงอ่อม ขนมหินน้ำเงี้ยว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ปลาข้าวปลาคั่ว น้ำพริก ถั่วเน่า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. น้ำพริก เช่น น้ำพริกกะปิ น้ำพริกหนุ่ม น้ำพริกปลาป่น น้ำพริกปลาร้า น้ำพริกตาแดง น้ำพริกปลาร้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ผลไม้รสหวานเช่น องุ่นลองกอง ทูเรียน ลำไย ลิ้นจี่ มะม่วงสุก ขนุน ละมุด น้อยหน่า อ้อย กลิ้ว มะละกอ แตงโม สับปะรด ฯลฯ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ผลไม้รสไม่หวาน/หวานน้อย เช่น ฝรั่ง ชมพู่ มะม่วงดิบ แอปเปิ้ลแก้วมังกร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ผลไม้กวน ฉาบ เช่น สับปะรดกวน กลิ้วฉาบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ผลไม้เชื่อม เช่น สาคูเชื่อม กลิ้วเชื่อม มะตูมเชื่อม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ผักและผลไม้หมักดอง เช่น ผลไม้ดอง ผักกาดดอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ผลไม้กระป๋อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ผลไม้แห้ง เช่น ลูกเกด ลูกพรุน ลูกท้อ พุทรา มะม่วง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. นมสด/โยเกิร์ตชนิดถ้วยไม่ปรุงแต่งรส	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. นมหวาน/นมปรุงแต่งรส/โยเกิร์ตชนิดถ้วยปรุงแต่งรส	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. โยเกิร์ตชนิดดื่ม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. นมพร้อมมันเนย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. น้ำเต้าหู้/นมถั่วเหลือง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. น้ำอัดลม/น้ำหวาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. น้ำผลไม้/น้ำผัก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. เครื่องดื่มชูกำลัง เช่น กระทิงแดง ลิโพ เอ็ม150	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. เครื่องดื่มสำหรับนักกีฬา เช่น สปอนเซอร์ เอ็มสปอร์ต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. ชา กาแฟ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. อาหารที่มีมันเนย/มากรีนและแป้ง เช่น เส็ก ลูกก๊ี้ โคนัท พาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. ขนมหวานทำจากไข่แดงเช่น ทองหยิบ ฝอยทอง ทองหยอด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

โดยทั่วไปท่านกินอาหารในประเภทต่อไปนี้บ่อยเพียงใด	Qcode						
	ไม่ กิน เลย 1	<1 ครั้ง ต่อ เดือน 2	1-3 ครั้ง ต่อ เดือน 3	1-3ครั้ง ต่อ สัปดาห์ 4	4-6ครั้ง ต่อ สัปดาห์ 5	1 ครั้ง ต่อวัน 6	>1 ครั้ง ต่อ วัน 7
41. ขนมใส่น้ำเชื่อม เช่น ถั่วเขียวต้มน้ำตาล มันท้มน้ำตาล สาหร่ายเชื่อม ลูกชิดน้ำเชื่อม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. ขนมหวานที่มีกะทิ เช่น กล้วยบัวควี วุ้นกะทิ ข้าวต้มน้ฝัด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. ขนมขบเคี้ยว/ขนมกรุบกรอบบรรจุซอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. หน่อไม้ทุกประเภท	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ส่วน C. ความถี่อาหารบริโภคถึงปริมาณสำหรับการบริโภคผลไม้และผัก

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

“คำถามต่อไปนี้เป็นการถามเกี่ยวข้องกับอาหารบริโภคผลไม้และผักที่ท่านกินเป็นประจำ ขอให้ท่านตอบคำถามต่อไปนี้โดยคิดถึง ความถี่ในการบริโภคผลไม้และผักโดยทั่วๆ ไปใน 1 สัปดาห์ และปริมาณผลไม้หรือผักที่ท่านกินในแต่ละมื้อ ว่ามีปริมาณและขนาดเท่าไร (เช่น ส้มเขียวหวาน 1 ผลกลาง เป็นต้น) หรือในกรณีของผักให้นำมาเปรียบเทียบกับ ถ้าใส่ในทัพพีตักข้าว ท่านกินในปริมาณเฉลี่ยที่ทัพพี”

การกินผลไม้

Q8510ผลไม้สด

หมายเหตุ: ผลไม้สด 1 ส่วนมาตรฐาน เท่ากับ มะละกอ แดงโม หรือสับปะรด 6-8 คำ หรือ กล้วยน้ำว่า 1 ผลเล็ก หรือกล้วยหอม ½ ผลกลาง หรือส้มเขียวหวาน 1 ผลใหญ่ หรือ 2 ผลกลาง หรือเงาะ 4 ผล ให้บันทึกส่วนมาตรฐานเป็นจำนวนเต็มพร้อมทศนิยม 1 ตำแหน่ง (เช่น 0.5, 1.0, 1.5, 2.0, 2.5, 3.0 เป็นต้น)

Q8510a โดยทั่วไปในแต่ละสัปดาห์ ท่านกินผลไม้สดกี่วันต่อสัปดาห์
ถ้าคำตอบเป็น 0 → Q8511

วันต่อสัปดาห์

Q8510c ท่านกินผลไม้สดจำนวนกี่ส่วนต่อวัน

ส่วนมาตรฐานต่อวัน

Q8511การบริโภคผัก

หมายเหตุ: ผัก 1 ส่วนมาตรฐาน ตรงโภชนาการเท่ากับ ผักใบปรุงสุกแล้ว 1 ทัพพี หรือผักใช้ผล/หัว/รากเช่น มะเขือเทศ แครอท ฟักทอง ข้าวโพด กะหล่ำดอก ถั่วฝักยาว หอมหัวใหญ่ 1 ทัพพี หรือผักใบเขียวสดไม่ผ่านการปรุงสุก 2 ทัพพี ให้บันทึกส่วนมาตรฐานเป็นจำนวนเต็มพร้อมทศนิยม 1 ตำแหน่ง (เช่น 0.5, 1.0, 1.5, 2.0, 2.5, 3.0 เป็นต้น)

Q8511a โดยทั่วไปในแต่ละสัปดาห์ ท่านกิน ผัก กี่วันต่อสัปดาห์
ถ้าคำตอบเป็น 0 → Q9000

วันต่อสัปดาห์

Q8511c ท่านกิน ผัก จำนวนกี่ส่วนต่อวัน

ส่วนมาตรฐานต่อวัน

Qcode

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

หมวดที่ Q9000 สิทธิและสวัสดิการทางสุขภาพ

Q9000 ในปัจจุบันนี้ท่านมีสวัสดิการหรือมีสิทธิในการรักษาพยาบาลหรือไม่ (ตอบทุกข้อ)

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

Q0018 เวลาที่สิ้นสุดการสัมภาษณ์ทั้งหมด ให้บันทึกเวลาในระบบ 24 ชั่วโมง

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

ชั่วโมง : นาที