



สสท.  
การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย

ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568

กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป)

ข้อปฏิบัติที่สำคัญในการบันทึกคำตอบ

ก. ให้ใช้ดินสอดำ 2B ในการบันทึกข้อมูล

ข. การบันทึกข้อมูลตัวเลขในช่องสี่เหลี่ยม  ให้บันทึกด้วยตัวเลขอารบิกตามลักษณะต่อไปนี้เท่านั้น

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

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9

ค. ให้ทำเครื่องหมาย X ลงในช่องสี่เหลี่ยม  หน้าข้อคำตอบที่ต้องการ ดังตัวอย่าง

ง. ให้บันทึกข้อความที่เป็นคำตอบลงบนเส้นประ

ใบยินยอม

Q1001 ผู้ตอบสัมภาษณ์ได้รับฟังและลงนามในใบยินยอมด้วยความสมัครใจแล้วใช่หรือไม่

1. ใช่ → Q1003

2. ไม่ใช่ กรุณาอ่านใบยินยอมด้วยความสมัครใจ

Q1002 ผู้ตอบสัมภาษณ์ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยและลงนามเรียบร้อยแล้ว ใช่หรือไม่

1. ใช่

2. ไม่ใช่ ให้หยุดการสัมภาษณ์

ที่ตั้งของชุมชนอาคาร / หมู่บ้านตัวอย่าง

Q1003 ลำดับที่การลงทะเบียน

(qcode เดียวกับในแบบ ps-01)

Q1004 บัญชีรายชื่อ ชุดที่

1. ชุดที่ 1  2. ชุดที่ 2  3. ชุดที่ 3  4. ชุดที่ 4

Q1005 ลำดับที่บุคคลตัวอย่าง

Q1006 ภาค

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

Q1007 จังหวัด

..... รหัสจังหวัด

Q1008 อำเภอ

..... รหัสอำเภอ

Q1009 เขตการปกครอง

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

Q1010 รหัส SITE

..... รหัส SITE

Q1011 บ้านเลขที่ / ถนน

.....

Q-code

Q1012 ตำบล   รหัสตำบล

Q1013 รหัสไปรษณีย์

Q1014 ชื่อ-สกุล ผู้ให้ข้อมูล.....

Q1019 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

Q1020 เบอร์โทรศัพท์บ้านที่ติดต่อได้

Q1021 เบอร์โทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้

Q1022 เวลาที่เริ่มทำการสัมภาษณ์ ให้บันทึกเวลา  
ในระบบ 24 ชั่วโมง ชั่วโมง : นาที  :

Q1023 วันเดือนปีที่ทำการสัมภาษณ์ วันที่/เดือน/ปี พ.ศ. วัน : เดือน : ปี  :  : 2 5 6

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

Q1024 รหัสผู้สัมภาษณ์   
(รหัสผู้สัมภาษณ์)  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

Q1025 รหัสผู้ตรวจ   
(ชื่อ-สกุล ผู้ตรวจแบบสอบถาม)  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

Q1026 ท่านได้กินอาหารหรือเครื่องดื่มนอกจากน้ำเปล่าภายใน 12 ชั่วโมงก่อนหน้าหรือไม่  
 1. ใช่  2. ไม่ใช่

.....

**Q2000 การตรวจร่างกาย (กรณีที่เป็นปฏิเสธหรือไม่สามารถวัดได้ให้กาเครื่องหมาย x ลงในช่อง วัดไม่ได้)****ลักษณะร่างกายทั่วไป**

Q2001 ลักษณะร่างกายทั่วไป (ผู้สัมภาษณ์ สังเกตดูร่างกายผู้ถูกสำรวจ)

 1. ปกติ  2. ไม่ปกติ ระบุ.....

Q2002 ความพิการ (ตอบทุกข้อ) ผู้สัมภาษณ์ถาม และสังเกตดูลักษณะผู้ถูกสำรวจ

1) พิจารณาทางการมองเห็น	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> 3. ไม่แน่ใจ ระบุ.....
2) พิจารณาทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> 3. ไม่แน่ใจ ระบุ.....
3) พิจารณาทางการเคลื่อนไหว	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> 3. ไม่แน่ใจ ระบุ.....
4) พิจารณาทางจิตใจหรือพฤติกรรม	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> 3. ไม่แน่ใจ ระบุ.....
5) พิจารณาทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้	<input type="checkbox"/> 1. ใช่ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> 3. ไม่แน่ใจ ระบุ.....

Q2003 ท่านมีบัตรผู้พิการหรือไม่

 1. มี  2. ไม่มี**น้ำหนักและส่วนสูง**

ต่อไปนี้จะเป็นการวัดส่วนสูง (นะคะ/ครับ) ในการวัดส่วนสูง กรุณาถอดรองเท้า ยืนตรงมองไปข้างหน้า

Q2005 ความสูง เซนติเมตร (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)     .  เซนติเมตรQ2006 ความสูงตามบัตรประชาชน (ดูในบัตรประชาชน)     .  เซนติเมตรQ2007 วัด arm span     .  เซนติเมตร

ต่อไปจะเป็นการชั่งน้ำหนัก (นะคะ/ครับ) กรุณาถอดรองเท้าและขึ้นยืนบนเครื่องชั่งน้ำหนักและจะทำการวัด รอบเอว รอบสะโพก โดยใช้สายวัด

Q2010 น้ำหนัก กิโลกรัม (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)     .  กิโลกรัม**เส้นรอบเอว**Q2011 เส้นรอบเอว  1. วัดได้  2. วัดไม่ได้Q2012 เส้นรอบเอว วัดครั้งที่ 1 เซนติเมตร (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)     .  เซนติเมตรQ2013 เส้นรอบเอว วัดครั้งที่ 2 เซนติเมตร (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)     .  เซนติเมตร**เส้นรอบคอ**Q2014 เส้นรอบคอ  1. วัดได้  2. วัดไม่ได้Q2015 วัดรอบคอ วัดครั้งที่ 1 เซนติเมตร (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)     .  เซนติเมตรQ2016 วัดรอบคอ วัดครั้งที่ 2 เซนติเมตร (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)     .  เซนติเมตร

**ความยาวช่วงแขน**

Q2019 วัดความยาวช่วงแขน (Arm-span): วัดจากปลายนิ้วกลางทั้งสองข้าง ในขณะที่แขนเหยียดแนวราบตรงไปด้านข้างที่ใช้ในการวัด คือ ผู้เข้ารับการตรวจยืน

1. วัดได้       2. วัดไม่ได้

Q2019a วัดความยาวช่วงแขน วัดครั้งที่ 1

เซนติเมตร (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)

เซนติเมตร

Q2019b วัดความยาวช่วงแขน วัดครั้งที่ 2

เซนติเมตร (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)

เซนติเมตร

**ความยาวครึ่งแขน**

Q2020 วัดความยาวครึ่งแขน (Demi-span): วัดจากกระดูกตรงกลางของกระดูกอก (sternal notch) ไปถึงปลายนิ้วกลาง

1. วัดได้       2. วัดไม่ได้

Q2020a วัดความยาวครึ่งแขน วัดครั้งที่ 1

เซนติเมตร (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)

เซนติเมตร

Q2020b วัดความยาวครึ่งแขน วัดครั้งที่ 2

เซนติเมตร (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)

เซนติเมตร

**เส้นรอบสะโพก**

Q2022 เส้นรอบสะโพก       1. วัดได้       2. วัดไม่ได้

Q2023 เส้นรอบสะโพก วัดครั้งที่ 1 เซนติเมตร (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)

เซนติเมตร

Q2024 เส้นรอบสะโพก วัดครั้งที่ 2 เซนติเมตร (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)

เซนติเมตร

**ความดันเลือดและชีพจร**

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

**ผู้สัมภาษณ์:** ควรให้ผู้ตอบสัมภาษณ์นั่งตัวตรงสงบอย่างน้อย 5 นาที สาธิตวิธีการวางแขนบนโต๊ะ ขณะที่เครื่องวัดความดันกำลังวัด ใส่

ปลอกแขนให้ตรงกับตำแหน่งหัวใจระดับหน้าอกของผู้ตอบสัมภาษณ์ เมื่อการวางตำแหน่งและจัดท่านั่งถูกต้อง และผู้ตอบสัมภาษณ์

ผ่อนคลาย ให้กดปุ่มเริ่มวัด สังเกตว่าเครื่องวัดเริ่มทำงาน ทำการวัดความดันเลือดและชีพจร 3 ครั้ง โดยระหว่างการวัดแต่ละครั้งให้พัก

อย่างน้อย 1 นาที และไม่ต้องถอดปลอกแขนออกระหว่างการวัด และห้ามพูดคุยขณะวัดความดันทั้งผู้วัดและผู้ถูกวัดความดันเลือด

ให้คำแนะนำ: วัดความดันเลือด แขน ขวา และวัดท่านั่ง

Q2025 ขนาดของที่รัดแขนที่ใช้

1. เล็ก (S)       2. กลาง (M)       3. ใหญ่ (L)

Q2026 ค่าความดันสูงสุดที่บีบลม (มม.ปรอท)

มม.ปรอท

Q-code 

Q2027 ครั้งที่ 1 เวลาที่วัด (ให้บันทึกเวลาในระบบ 24 ชั่วโมง)	<input type="text"/> : <input type="text"/>
Q2027a ซิสโตลิก (มม.ปรอท)	<input type="text"/> มม.ปรอท
Q2027b ไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)	<input type="text"/> มม.ปรอท
Q2027c ซีพจรที่วัดได้ในเวลา 60 วินาที สม่ำเสมอหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่	
Q2027d จำนวนซีพจรที่วัดได้ <input type="text"/> ครั้ง	
ผู้สัมภาษณ์: บอกผู้ตอบสัมภาษณ์ให้ผ่อนคลายช่วงแขน และพัก 1 นาที ก่อนวัด ไม่ควรถามคำถามใดๆ กับผู้ตอบสัมภาษณ์ระหว่างนี้ ขออนุญาตวัดความดันเลือดครั้งที่สอง (นะคะ/ครับ)	
Q2028 ครั้งที่ 2 เวลาที่วัด (ให้บันทึกเวลาในระบบ 24 ชั่วโมง)	<input type="text"/> : <input type="text"/>
Q2028a ซิสโตลิก (มม.ปรอท)	<input type="text"/> มม.ปรอท
Q2028b ไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)	<input type="text"/> มม.ปรอท
Q2028c ซีพจรที่วัดได้ในเวลา 60 วินาที สม่ำเสมอหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่	
Q2028d จำนวนซีพจรที่วัดได้ <input type="text"/> ครั้ง	
ผู้สัมภาษณ์: บอกผู้ตอบสัมภาษณ์ให้ผ่อนคลายช่วงแขน และพัก 1 นาที ก่อนวัด ไม่ควรถามคำถามใดๆ กับผู้ตอบสัมภาษณ์ระหว่างนี้ ขออนุญาตวัดความดันเลือดครั้งที่สาม (นะคะ/ครับ)	
Q2029 ครั้งที่ 3 เวลาที่วัด (ให้บันทึกเวลาในระบบ 24 ชั่วโมง)	<input type="text"/> : <input type="text"/>
Q2029a ซิสโตลิก (มม.ปรอท)	<input type="text"/> มม.ปรอท
Q2029b ไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)	<input type="text"/> มม.ปรอท
Q2029c ซีพจรที่วัดได้ในเวลา 60 วินาที สม่ำเสมอหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่	
Q2029d จำนวนซีพจรที่วัดได้ <input type="text"/> ครั้ง	
ถ้า ซีพจร 1 และ ซีพจร 2 หรือ ซีพจร 2 และ 3 ต่างกันร้อยละ 10 ให้วัดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ	
Q2030 หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrythmia) หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่	
<b>การทดสอบแรงบีบมือ (Grip Strength)</b>	
การคัดกรอง: ถ้าเห็นผู้ตอบสัมภาษณ์ มีปัญหาเกี่ยวกับ มือ แขน อย่างชัดเจนให้ข้ามการทดสอบนี้ ถ้าเคยได้รับการผ่าตัด แขน มือ หรือ ข้อมือข้างใดข้างหนึ่งในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา หรือมีอาการข้ออักเสบ ปวดเจ็บมือ <u>ไม่ต้องทดสอบมือข้างนั้น</u> ให้พิจารณาว่าใช้เครื่องวัด แรงบีบมือมีขนาดเหมาะสมกับขนาดมือผู้ถูกทดสอบต่อไปนี้จะเป็นการทดสอบความแข็งแรงของมือ	
แบบผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ครั้งที่ 7 2567-2568 (10 ก.ย.2567)	
หน้า 5 จาก 61	

## Q2031 มือข้างไหนที่ท่านถนัด

มือข้างที่ถนัด ถ้าผู้ตอบสัมภาษณ์ตอบว่าถนัดทั้งสองมือ ให้ถือว่ามือข้างที่ใช้ในการเซ็นชื่อ เขียนหนังสือ เป็นมือข้างที่ถนัด

1. ซ้าย                       2. ขวา                       3. ทั้งสองมือ

ให้ผู้ถูกทดสอบ **นั่ง** ปล่อยมือข้างลำตัว ให้แขนท่อนบนแนบลำตัว งอข้อศอกขึ้นมา 90 องศา ให้ฝ่ามือหันเข้าด้านใน เหมือนกำลังเช็คแฮนด์ หลังจากนั้นให้ใช้มือออกแรงบีบเครื่องวัดแรงบีบมือ

**ผู้สัมภาษณ์:** สาธิต

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

**ผู้สัมภาษณ์:** ตรวจสอบตำแหน่งการวางมือ และการจับอุปกรณ์ว่าถูกต้องหรือไม่

เริ่ม เตรียมพร้อม “ บีบ บีบ บีบ!”

Q2032 ทดสอบแรงบีบครั้งที่ 1 – มือซ้าย

.  กิโลกรัม

Q2033 ทดสอบแรงบีบครั้งที่ 2 – มือซ้าย

.  กิโลกรัม

ต่อไปทำการทดสอบเหมือนเดิม มืออีกข้างหนึ่ง ให้ถือเครื่องมือทดสอบไว้ที่มีมือขวา จะทำการทดสอบแรงบีบในอีกข้างหนึ่ง

**ผู้สัมภาษณ์:** ตรวจสอบความถูกต้องของตำแหน่งการวางมือและการจับอุปกรณ์

เริ่ม เตรียมพร้อม “ บีบ บีบ บีบ!”

Q2034 ทดสอบแรงบีบครั้งที่ 1 – มือขวา

.  กิโลกรัม

Q2035 ทดสอบแรงบีบครั้งที่ 2 – มือขวา

.  กิโลกรัม

### ทดสอบการมองเห็น (Vision test)

ต่อไปเป็นการทดสอบการมองเห็นระยะใกล้

**การมองเห็นระยะใกล้** (ถ้าผู้เข้าทดสอบปกติใส่แว่นสายตา, ขอให้ใส่ตามปกติขณะทดสอบ)

**ผู้สัมภาษณ์ :** ให้อ่านแผ่น Near Vision Chart ระหว่าง นิ้วชี้กับนิ้วกลางของผู้ตอบสัมภาษณ์ และมือข้างหนึ่งปิดตา มืออีกข้างหนึ่งถือ Chart อ่านออกเสียง ให้แผ่นชาร์ตอยู่ห่างจากตาผู้ตอบสัมภาษณ์ ระยะ 40 เซนติเมตร ให้อ่านแต่ละแถว ถ้าแถวใดอ่านผิด 3 คำขึ้นไป ให้จบการทดสอบ จดระยะของแถวตัวอักษรตัวเล็กที่สุดที่สามารถอ่านได้ (ผิบน้อยกว่า 3 คำ)

ต่อไปเป็นการทดสอบการมองเห็นระยะใกล้ เริ่มที่ตาซ้าย กรณูปิดตาขวาด้วยมือขวา

Q2036 ปกติท่านใช้แว่นสายตาในการอ่านหนังสือระยะใกล้หรือไม่

1. ใช่                       2. ไม่ใช่

Q2037 การมองเห็นใกล้ – ตาซ้าย Distance Equivalent

- 1) 20/800                       2) 20/400                       3) 20/200                       4) 20/100                       5) 20/70  
 6) 20/50                       7) 20/40                       8) 20/30                       9) 20/25                       10) 20/20

Q2038 การมองเห็นใกล้ – ตาขวา Distance Equivalent

- 1) 20/800                       2) 20/400                       3) 20/200                       4) 20/100                       5) 20/70  
 6) 20/50                       7) 20/40                       8) 20/30                       9) 20/25                       10) 20/20

Q2039 ผู้เข้าทดสอบ ใส่แว่นสายตาขณะตรวจใช่หรือไม่

1. ใช่                       2. ไม่ใช่

**การเดินจับเวลา (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป)**

**ผู้สัมภาษณ์:** ต่อไปจะเป็นการทดสอบการเดินระยะทาง 6 เมตร บนพื้นที่ราบเรียบและตรง ทำสัญลักษณ์บนพื้นเมื่อเริ่ม และสิ้นสุด ตรวจสอบว่าพื้นผิวนั้นเรียบและไม่มีสิ่งกีดขวาง โดยให้เดินจากตำแหน่งก่อนจุดตั้งต้น 1 เมตร โดยผู้สัมภาษณ์จะเดินตามข้างหลังผู้สูงอายุที่ทดสอบ

**การเดินปกติ**

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

**ผู้สัมภาษณ์:** สาทิตการเดิน

คุณรู้สึกว่าการเดินนี้ปลอดภัยหรือไม่? ถ้าตอบว่า “ใช่” ทดสอบต่อ

เมื่อเริ่มทดสอบ ให้พูดว่า “เตรียมพร้อม เริ่ม” (อย่าใช้เสียงดังนะคะ เขาอาจตกใจ)

เตรียมพร้อม เริ่ม

Q2040 ผู้ตอบสัมภาษณ์เดินด้วยความเร็วปกติตั้งแต่ต้นจนจบหรือไม่

1. ใช่       2. ไม่สำเร็จ/ปฏิเสธ       3. ไม่สำเร็จ/ไม่สามารถเดินได้แม้จะมีการช่วยเหลือ → Q3000

Q2041 ระยะเวลาในการเดิน 6 เมตร

วินาที

**การเดินเร็ว**

ต่อไปจะเป็นการทดสอบการเดินเร็ว, ในครั้งนี้ให้ผู้ตอบสัมภาษณ์เดินเร็วที่สุดเท่าที่รู้สึกว่าการเดินแล้วปลอดภัย

**ผู้สัมภาษณ์:** สาทิตการเดินเร็ว

เมื่อเริ่มทดสอบ ผู้สัมภาษณ์พูดว่า “เตรียมพร้อม เริ่ม”

Q2042 ผู้ตอบสัมภาษณ์เดินด้วยความรวดเร็วตั้งแต่ต้นจนจบหรือไม่

1. ใช่       2. ไม่สำเร็จ/ปฏิเสธ/ไม่สามารถเดินได้ → Q3000

Q2043 ระยะเวลาในการเดิน 6 เมตร

วินาที

**Q3000 ข้อมูลส่วนบุคคล**

**ผู้สัมภาษณ์:** ข้อคำถามในส่วนนี้ผู้สูงอายุตอบเอง หรือให้ผู้ดูแลใกล้ชิดเป็นผู้ตอบแทนในกรณีที่ผู้สูงอายุอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถตอบคำถามได้ด้วยตนเอง สำหรับข้อคำถามที่ผู้ตอบแทนไม่ทราบข้อมูลให้ระบุอย่างชัดเจนว่าไม่ทราบ หรือไม่แน่ใจ

**Q3100 ข้อมูลส่วนบุคคล**

Q3101 ผู้ตอบแบบข้อคำถามคือใคร

1. ผู้สูงอายุตอบเอง
2. ผู้สูงอายุตอบร่วมกับผู้ดูแล/สมาชิกในครัวเรือน
- ผู้ดูแล/สมาชิกในครัวเรือนเท่านั้น ระบุความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ
3. คู่ครอง       4. ลูก/หลาน       5.ญาติ/ลูกสะใภ้
6. ผู้รับจ้างดูแลผู้สูงอายุ       7. อื่นๆ (ระบุ).....
8. ไม่มีผู้ดูแลและไม่สามารถตอบแบบข้อคำถามได้ ให้จบการสัมภาษณ์

Q3102 สถานที่สัมภาษณ์

1. บ้านผู้สูงอายุ  2. ที่ศูนย์ตรวจร่างกายของโครงการสำรวจ

Q3103 เพศ  1. ชาย  2. หญิง

Q3103a ท่านนิยามตนเองว่าเป็นบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ หรือเป็น LGBTQ+ หรือไม่

- 1.ใช่  2. ไม่ใช่

Q3104 วัน/เดือน/ปี พ.ศ. เกิดของท่าน

(ถ้าไม่ทราบวันเดือนเกิด ให้ใส่เฉพาะ พ.ศ. เท่านั้น)

วัน / เดือน (01-12) / ปี พ.ศ.

 /  / 2 

Q3105 อายุเต็มปีของผู้สูงอายุนับถึงวันที่เก็บข้อมูล (ให้ยึดตามหลักฐาน เช่น บัตรประจำตัวประชาชนหรือทะเบียนบ้าน

 ปี  เดือน  วัน

Q3106 ท่านเกิดที่จังหวัด.....

 (รหัสจังหวัดตามคู่มือ)

Q3107 ท่านอาศัยอยู่ในจังหวัดปัจจุบันเป็นระยะเวลาานานเท่าใด

 ปี  เดือน

Q3108 ขณะนี้ท่านนับถือศาสนาอะไร

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

Q3115 สถานภาพสมรสของท่านในปัจจุบัน

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

**Q3200 การศึกษา**Q3205 ท่านได้รับการศึกษาสามัญในสถานศึกษาเป็นเวลาทั้งสิ้นกี่ปี (ไม่นับอนุบาล)  ปี

Q3206 ท่านสำเร็จการศึกษาสามัญสูงสุดระดับใด

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

**Q3300 การทำงานและรายได้**

Q3303 อาชีพหลักของท่านในปัจจุบัน ระบุ [a] ..... (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

1. ผู้ประกอบอาชีพงานพื้นฐาน ผู้ใช้แรงงาน คนงาน (รับจ้าง ทำนา ทำสวน กรรมกร รับจ้างเป็นแม่บ้านทำความสะอาด/ซักรีด  
 เร่ขายของข้างถนน ส่งข่าวสาร/ชนของ ยามรักษาการณ์ กวาดถนน เก็บขยะ ฯลฯ)
2. ผู้ปฏิบัติงานที่มีฝีมือด้านการเกษตรและการประมง เช่น เกษตรกรปลูกพืชไร่ ขาวนา ชาวสวน ชาวไร่ เลี้ยงสัตว์ ชาวประมง  
 เพาะเลี้ยงสัตว์ ฯลฯ
3. ผู้ควบคุมเครื่องจักรโรงงานและเครื่องจักรการผลิตผลิตภัณฑ์ต่างๆ เครื่องทอผ้า เครื่องจักรที่เคลื่อนที่ ขับรถยนต์  
 ขับจักรยานยนต์ ขับเรือ และผู้ปฏิบัติงานด้านการประกอบการผลิตภัณฑ์ ฯลฯ
4. ผู้ปฏิบัติงานในธุรกิจด้านความสามารถทางฝีมือและธุรกิจที่เกี่ยวข้อง เช่น การก่อสร้าง ก่ออิฐ งานไม้ มุงหลังคา ด้านโลหะ เช่น  
 ช่างเชื่อมตัดโลหะ ช่างฝีมือ และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องสาขาต่างๆ ก่อสร้าง ช่างเฟอร์นิเจอร์ จักรสาน หัตถกรรม ฯลฯ
5. เสมียนในสำนักงาน เลขานุการ พนักงานพิมพ์ดีด เสมียนบริการลูกค้า แคชเชียร์ พนักงานต้อนรับ ฯลฯ
6. พนักงานบริการและผู้จำหน่ายสินค้าในร้านและตลาด พนักงานบริการส่วนบุคคล บริการป้องกันภัย พ่อครัว แม่ครัว ช่างแต่ง

ผมตัดผม พนักงานต้อนรับ พนักงานดูแล (พี่เลี้ยง) เจ้าของร้านค้าขนาดเล็ก ขายอาหารสด/อาหารพร้อมบริโภคข้างถนน ขายของในตลาดแผงลอย เจ้าหน้าที่ตำรวจ/พนักงานดับเพลิง นายแบบ/นางแบบ ฯลฯ

- 7.ช่างเทคนิคสาขาต่างๆ และผู้ประกอบการวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (ช่างเทคนิคทางวิศวะ, ทางวิทยาศาสตร์, ทางคอมพิวเตอร์, ผู้ช่วยด้านการแพทย์ นายหน้าทางการค้า ตัวแทนขายประกัน ตัวแทนซื้อขายอสังหาริมทรัพย์ ฯลฯ)
- 8. ผู้ประกอบวิชาชีพด้านต่างๆ นักวิชาการทุกสาขา (วิศวะ สถาปนิก วิทยาศาสตร์ สังคม แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัช พยาบาล นักบัญชี หมาย นักกฎหมาย นักเขียนนักเศรษฐศาสตร์ ครูอาจารย์ ฯลฯ)
- 9. ผู้บริหาร ข้าราชการอาวุโส และผู้บัญญัติกฎหมาย นิติบัญญัติ ตุลาการ และผู้บริหารระดับสูงทั้งรัฐและเอกชน ผู้จัดการต่างๆ ฯลฯ
- 10. ทหาร
- 11. นักเรียน นักศึกษา → Q3315
- 12. ไม่มีอาชีพ เช่น เป็นพ่อ/แม่บ้าน (ดูแลบ้าน ไม่มีรายได้) → Q3315
- 13. อาชีพอื่นๆ ระบุ.....

Q3304 ท่านทำงานในฐานะอะไร (ตอบเฉพาะงานหลักที่ท่านผู้สูงอายุให้ความสำคัญมากที่สุด)

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

Q3314 เหตุผลสำคัญที่สุดที่ท่านยังทำงานอยู่ (ตอบทุกข้อ)

1) ต้องการรายได้เลี้ยงครอบครัว/ตนเอง	<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
2) สุขภาพแข็งแรง/ยังมีแรงทำงาน	<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
3) เป็นอาชีพประจำ ไม่มีผู้ดูแลแทน	<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
4) ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์	<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
5) ช่วยบุตรและสมาชิกในครอบครัว	<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
6) อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่

Q3315 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีรายได้หรือทรัพย์สินในการเลี้ยงชีพตนเอง/ครอบครัวจากแหล่งต่อไปนี้ใช่หรือไม่ (ตอบทุกข้อ)

แหล่งที่มาของรายได้	ใช่ (1)	ไม่ใช่ (2)	แหล่งที่มาของรายได้	ใช่ (1)	ไม่ใช่ (2)
1) การทำงาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6) คู่สมรส	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) บำเหน็จ บำนาญ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7) ลูก/หลาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) เงินออมหรือดอกเบี้ยหรือทรัพย์สินหรือเงินลงทุนหุ้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8) พี่/น้อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) เงินกองทุนเลี้ยงชีพ หรือเบี้ยยังชีพ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9) ญาติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) เงินสงเคราะห์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10) อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q3316 ท่านมีรายได้จากทุกแหล่งรวมกันประมาณเดือนละเท่าใด  บาท  
 ไม่ตอบ/ไม่ทราบ

Q3317 ท่านคิดว่ารายได้ทั้งหมดที่ท่านได้รับจากทุกแหล่ง เพียงพอหรือไม่

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

## Q3800 ลักษณะการอยู่อาศัย และการปรับปรุงบ้าน

Q3801 ท่านอยู่กับใครในบ้านที่อยู่ปัจจุบัน

1. อยู่คนเดียว       2. อยู่กับคู่สมรสเท่านั้น → Q3803  
 3. อยู่กับบุตร (คู่สมรสอยู่ด้วยหรือไม่ก็ได้) → Q3803       4. อยู่กับครอบครัวบุตรและหลาน (3 รุ่น) → Q3803  
 5. อยู่กับครอบครัวของญาติ → Q3803       6. อยู่กับครอบครัวผู้อื่น → Q3803  
 7. อยู่กับหลาน → Q3803       8. อื่นๆ ระบุ..... → Q3803

Q3802 สำหรับผู้ที่ตอบว่า “อยู่คนเดียว” ในข้อ Q3801 ท่านมีญาติอยู่ใกล้เคียงละแวกบ้านที่คอยช่วยเหลือได้หรือไม่

1. มี       2. ไม่มี

Q3803 ท่านอยู่ในครัวเรือนปัจจุบันในสถานะใด

1. หัวหน้าครัวเรือน       2. สมาชิก/ภรรยาของหัวหน้าครัวเรือน       3. อยู่กับบุตร  
 4. เป็นผู้อาศัยในบ้านญาติ พึ่งน้อง       5. เป็นผู้อาศัยในครัวเรือนผู้อื่น       6. อื่นระบุ.....

Q3804 ประเภทของบ้านที่อยู่อาศัย

1. บ้านชั้นเดียว ยกพื้นสูง       2. บ้านชั้นเดียว ไม่ยกพื้น  
 3. บ้าน/ตึกสองชั้นขึ้นไป (ทาว์นเฮ้าส์/ห้องชุด)       4. อื่นๆ ระบุ.....

Q3805 ในการดำรงชีวิตแต่ละวันต้องขึ้นลงบันไดใช่หรือไม่

1. ใช่       2. ไม่ใช่

Q3806 พื้นบ้านที่ท่านอยู่ เดินแล้วมีโอกาสลื่นล้มหรือไม่

1. ลื่น       2. ไม่ลื่น

Q3807 บ้านที่พักได้มีการดัดแปลงให้เหมาะสมสำหรับวัยสูงอายุของท่านใช่หรือไม่

1. ใช่       2. ไม่ใช่

Q3808 บ้านของท่านอยู่ มีราวสำหรับยึดเกาะหรือไม่ (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1) มีราวบันได       1. มี       2. ไม่มี  
2) ราวเกาะในห้องนอน       1. มี       2. ไม่มี  
3) ราวเกาะในห้องน้ำห้องส้วม       1. มี       2. ไม่มี

Q3809 ห้องที่ใช้นอนมีลักษณะเป็นอย่างไร

- 1) อยู่ชั้นล่าง  1. ใช่  2. ไม่ใช่
- 2) นอนบนเตียง  1. ใช่  2. ไม่ใช่
- 3) นอนที่พื้นห้อง  1. ใช่  2. ไม่ใช่

Q3810 ลักษณะการใช้ส้วมเป็นอย่างไร

1. นั่งห้อยขา  2. นั่งยองๆ
3. ใช้อุปกรณ์ช่วยถ่ายบนเตียง/ข้างเตียง  4. อื่นๆ ระบุ.....

Q3811 บ้านของท่านมีแสงสว่างภายในบ้านในตำแหน่งดังนี้ ใช่หรือไม่

- 1) ภายในบ้าน  1. ใช่  2. ไม่ใช่
- 2) ห้องน้ำ  1. ใช่  2. ไม่ใช่
- 3) ทางเดินในบ้าน  1. ใช่  2. ไม่ใช่
- 4) ทางเดินไปห้องน้ำ  1. ใช่  2. ไม่ใช่
- 5) ห้องนอน  1. ใช่  2. ไม่ใช่

Q3812 ภายในห้องน้ำมี "ที่นั่ง" สำหรับอาบน้ำภายในห้องน้ำ ใช่หรือไม่

1. ใช่  2. ไม่ใช่

**Q3900 ผู้ดูแลปรนนิบัติและภาระเลี้ยงดูบุคคล**

Q3901 ท่านจำเป็นต้องมีผู้ดูแลปรนนิบัติท่านในกิจวัตรประจำวันหรือไม่

1. ไม่จำเป็น/สามารถดูแลตนเองได้  2. ต้องการผู้ดูแลกิจกรรมบางอย่าง  3. ต้องพึ่งผู้ดูแลทั้งหมด

Q3902 ในปัจจุบันนี้ ผู้สูงอายุมีผู้ดูแลใช่หรือไม่ (โปรดตอบตามความเป็นจริง)

1. ใช่  2. ไม่ใช่ → Q3904

Q3903 ใครเป็นผู้ดูแลปรนนิบัติท่านในกิจวัตรประจำวันมากที่สุด

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

Q3904 ท่านต้องรับภาระเลี้ยงดูบุคคลต่อไปนี้หรือไม่ (ด้านเศรษฐกิจ) ถ้าไม่มีให้บันทึก 00

1) จำนวนรวม	<input type="text"/>	คน
2) บิดา/มารดาของตนเองและคู่สมรส	<input type="text"/>	คน
3) คู่สมรสของท่าน	<input type="text"/>	คน
4) บุตร	<input type="text"/>	คน
5) ญาติ	<input type="text"/>	คน
6) อื่นๆ ระบุ.....	<input type="text"/>	คน

**Q4000 สถานะสุขภาพ****Q4100 สถานะสุขภาพทั่วไป**

Q4103 โดยทั่วไปท่านประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมในวันนี้ของท่านให้อยู่ในระดับใด ขอให้ท่านพิจารณาทั้งภาวะสุขภาพร่างกายและภาวะสุขภาพจิตใจ

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

Q4104 โดยรวมแล้วในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านคิดว่าท่านมีความยากลำบากแค่ไหน ในการทำงานหรือกิจกรรมในบ้าน

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

Q4105 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาน้ำหนักลดหรือไม่

1. ไม่มีปัญหา       2. มีปัญหา       3. ไม่แน่ใจ

Q4106 กรณีท่านมีปัญหา น้ำหนักลดในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักท่านลดลงไปที่กี่โลกรัม  กิโลกรัม

Q4107 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหารับประทานอาหารได้น้อยลง เนื่องจากเบื่ออาหาร หรือไม่

1. ไม่มีปัญหา       2. มีปัญหา       3. ไม่แน่ใจ

**Q4300 ฟันและการบดเคี้ยว**

Q4301 ท่านมีปัญหาในการบดเคี้ยวหรือไม่

1. น้อย       2. ปานกลาง       3. มาก

Q4302 ท่านมีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ ใช่หรือไม่ (รวมฟันปลอมแบบติดถาวร และต้องมีฟันสบกันมากกว่า 4 ซี่)

1. ใช่       2. ไม่ใช่

Q4303 ท่านใส่ฟันปลอมใช่หรือไม่ (ทั้งชนิดติดถาวรและถอดออกได้)

1. ใช่ (แบบติดถาวร)       2. ใช่ (แบบถอดออกได้)       3. ไม่ใช่

Q4304 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ใช่หรือไม่

- 1) มีปัญหาหรือรู้สึกลำบากในการกลืนอาหารหรือน้ำ หรือไม่สามารถกลืนได้เลย  1. ใช่  2. ไม่ใช่
- 2) มีอาการไอ สำลัก ขณะกินอาหารหรือดื่มน้ำ  1. ใช่  2. ไม่ใช่
- 3) สำลักน้ำหรืออาหารเข้าทางเดินหายใจ  1. ใช่  2. ไม่ใช่
- 4) รู้สึกว่ามีอาหารติดในลำคอหรือทรวงอก  1. ใช่  2. ไม่ใช่

#### Q4400 การมองเห็นและการได้ยิน

##### การมองเห็น

คำถามข้อนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงความยากลำบากเกี่ยวกับการมองเห็นของบุคคลที่รายงานด้วยตัวเอง ไม่ใช่เป็นการวินิจฉัยของพนักงานสัมภาษณ์หรือนักวิจัย

Q4401 ท่านใส่แว่นตาหรือคอนแทคเลนส์ในการมองระยะไกลหรือไม่ (เช่น มองไปอีกฟากหนึ่งของถนน)

1. ใช่  2. ไม่ใช่

Q4402 ท่านใส่แว่นตาหรือคอนแทคเลนส์ในการมองระยะใกล้หรือไม่ (เช่น การอ่านหนังสือ ระยะห่างประมาณ 1 ช่วงแขน)

1. ใช่  2. ไม่ใช่

ในการตอบข้อ Q4403 และ Q4404 ให้ท่านนึกถึงความสามารถในการมองเห็นของท่านในสภาพอากาศหรือสภาพแวดล้อมปกติ ไม่ใช่สภาพอากาศที่มีหมอกลงจัด มีฝนตกหนักหรือมีพายุ ซึ่งอาจบดบังการมองเห็นของท่าน สำหรับท่านที่ใส่แว่นสายตาหรือคอนแทคเลนส์ให้ท่านรายงานความสามารถในการมองเห็นขณะที่ใส่แว่นสายตาหรือคอนแทคเลนส์อยู่

ไม่ลำบาก	ลำบากเล็กน้อย	ลำบากปานกลาง	ลำบากมาก	ลำบากมากที่สุด
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Q4403 โดยรวมแล้วในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีความยากลำบากในการมองเห็นคนที่ซึ่งอยู่อีกฟากหนึ่งของถนนได้ชัดเจนสมควร (หรือในระยะห่างประมาณ 20 เมตร) หรือไม่ในระดับใด

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

Q4404 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีความยากลำบากในการมองเห็นและการให้รายละเอียดสิ่งของซึ่งวางอยู่ในระยะห่างประมาณหนึ่งช่วงแขน หรือระยะอ่านหนังสือ ในระดับใด

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

##### การได้ยิน

Q4405 การได้ยินเสียงของท่านอยู่ในระดับใด

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

Q4406 ท่านใช้เครื่องช่วยฟังหรือไม่

1. ใช่  2. ไม่ใช่  3. ไม่ตอบ/ไม่ทราบ

Q4407 ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยินมาตั้งแต่อายุเท่าไร   ปี

## Q4500 คุณภาพชีวิต (5 ระดับ) และ การวัด Visual analogue scale

วันนี้ สุขภาพของท่านใน 5 ด้านต่อไปนี้เป็นอย่างไร (โปรดทำเครื่องหมาย X ใน  หน้าข้อที่ตรงกับท่านมากที่สุด)

## Q4501 การเคลื่อนไหว

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

## Q4502 การดูแลตนเอง

- 1. ท่านไม่มีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้า ด้วยตนเอง
- 2. ท่านมีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้า ด้วยตนเองเล็กน้อย
- 3. ท่านมีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้า ด้วยตนเองปานกลาง
- 4. ท่านมีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้า ด้วยตนเองอย่างมาก
- 5. ท่านอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้า ด้วยตนเองไม่ได้

Q4503 กิจกรรมที่ท่านทำเป็นประจำ (เช่น การทำงาน, การเรียนหนังสือ, การทำงานบ้าน, การทำกิจกรรมในครอบครัว หรือ การทำกิจกรรมยามว่าง)

- 1. ท่านไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ท่านทำเป็นประจำ
- 2. ท่านมีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ท่านทำเป็นประจำเล็กน้อย
- 3. ท่านมีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ท่านทำเป็นประจำปานกลาง
- 4. ท่านมีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ท่านทำเป็นประจำอย่างมาก
- 5. ท่านทำกิจกรรมที่ท่านทำเป็นประจำไม่ได้

## Q4504 ความเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว

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

## Q4505 ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า

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

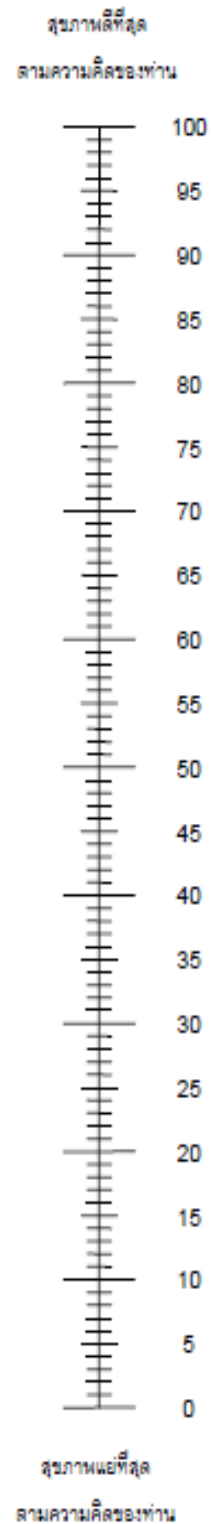
Q4506 แบบวัด Visual analogue scale

ตามความคิดของท่าน ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านในวันนี้เป็นอย่างไร โดย 100 คะแนน หมายถึง ดีที่สุด, 0 คะแนน หมายถึง แย่ที่สุด

- เราอยากทราบว่าคุณภาพของท่านเป็นอย่างไรในวันนี้
- สเกลวัดสุขภาพนี้มีตัวเลขตั้งแต่ 0 ถึง 100
- 100 หมายถึง สุขภาพที่ดีที่สุด ตามความคิดของท่าน  
0 หมายถึง สุขภาพแย่ที่สุด ตามความคิดของท่าน
- ทำเครื่องหมาย **X** บนสเกลเพื่อระบุว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไรในวันนี้
- ตอนนี้ กรุณาใส่ตัวเลขที่คุณได้ทำเครื่องหมายไว้บนสเกลในช่องสี่เหลี่ยมด้านล่างนี้

สุขภาพของท่านในวันนี้ =

สุขภาพของท่านในวันนี้ =



#### Q4600 การวัดภาวะพึ่งพาในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

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

#### Q4601 รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding)

- 1. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
- 2. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า
- 3. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

#### Q4602 ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming)

- 1. ต้องการความช่วยเหลือ
- 2. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

#### Q4603 ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer)

- 1. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
- 2. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
- 3. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
- 4. ทำได้เอง

#### Q4604 ใช้ห้องน้ำ (Toilet use)

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

#### Q4605 การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility)

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

#### Q4606 การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing)

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

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

Q4607 การขึ้นลงบันได 1 ชั้น ซึ่งมีประมาณ 8-10 ขั้น (Stairs)

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

Q4608 การอาบน้ำ (Bathing)

1. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
2. อาบน้ำเองได้

Q4609 การกลั้น การถ่ายอุจจาระไม่ออกในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels)

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

Q4610 การกลั้น ปัสสาวะในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder)

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

Q4611 ท่านสามารถทำกิจกรรมต่อไปนี้ได้ด้วยตัวเองหรือไม่ (Instrumental Activities of Daily Livings) (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

การทำงานบ้าน การนับเงิน ฯลฯ	ไม่เคยทำ (4)	ทำได้เอง (3)	ต้องมีผู้อื่นช่วย หรือใช้อุปกรณ์ (2)	ทำไม่ได้เลย (1)
1) ใช้เงิน นับเงิน ทอนเงิน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) จัดยากินเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) งานบ้านอย่างเบา (กวาดบ้าน/ เก็บของ/ทำเตียง)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) งานบ้านอย่างหนัก (ถูบ้าน/ ตักน้ำ/ยกของ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) ตัดเล็บเท้า ด้วยตัวเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) เตรียมหรือประกอบอาหารด้วยตนเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) การใช้อุปกรณ์ไฟฟ้าภายในบ้าน เช่น โทรทัศน์ เครื่องปรับอากาศ สวิตช์ไฟ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Q4612 ท่านมีปัญหาหรือความลำบากในการทำกิจกรรมต่อไปนี้เพียงใด (Functional Limitations) (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

กิจกรรมเดินทาง	ไม่เคยทำ (4)	ทำได้เอง (3)	ทำได้ต้องมีผู้อื่นช่วย หรือใช้อุปกรณ์ หรือ ต้องหยุดพัก (2)	ทำไม่ได้เลย (1)
1) เดินออกนอกบ้านมากกว่า 15 นาทีในแต่ละครั้ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) หัวของหนัก เช่น หัวของกลับจากตลาดหรือจากห้าง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) เดินไกลรวดเดียวอย่างน้อย 400 เมตร หรือประมาณ 10 ช่วงเสาไฟฟ้า หรือ 8 ช่วงตึก (ห้องแถว)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ออกนอกบ้านได้โดยขับรถเอง/นั่งรถประจำทาง/ รถเครื่อง/รถ สองแถว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Q4613 ท่านมีปัญหาหรือความลำบากในการทำกิจกรรมต่อไปนี้หรือไม่ (Communication)

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

## Q4614 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมใดบ้าง

- 1) งานเทศกาล งานสังสรรค์ ในท้องถิ่น  1. ใช่  2. ไม่ใช่
- 2) กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมกลุ่มในชุมชน  1. ใช่  2. ไม่ใช่
- 3) กลุ่มกิจกรรมพัฒนาตนเอง  1. ใช่  2. ไม่ใช่
- 4) งานอาสาสมัคร  1. ใช่  2. ไม่ใช่
- 5) เคยร่วมกิจกรรมอื่น ระบุ.....  1. ใช่  2. ไม่ใช่

## Q4615 ท่านติดต่อสื่อสาร มีสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านอย่างน้อยเพียงใด

- 1) มีเพื่อนบ้านที่ไปมาหาสู่กันถึงบ้าน  1. ใช่  2. ไม่ใช่
- 2) มีเพื่อนบ้านที่พูดคุยกันสนทนา ในหมู่บ้าน  1. ใช่  2. ไม่ใช่
- 3) มีเพื่อนบ้าน/คนในหมู่บ้าน ที่ทักทายกันผิวเผิน  1. ใช่  2. ไม่ใช่
- 4) ไม่เคยสื่อสารสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน/คนในหมู่บ้านเลย  1. ใช่  2. ไม่ใช่

## Q4700 โควิด-19

Q4701 ท่านเคยได้รับวัคซีนโควิด-19 หรือไม่ จำนวนกี่ครั้ง

1. 1 ครั้ง                       2. 2 ครั้ง                       3. 3 ครั้ง
4. 4 ครั้ง                       5. 5 ครั้งหรือมากกว่า                       6. ไม่เคย

Q4702 ตั้งแต่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ท่านเคยตรวจพบว่าติดเชื้อโควิด-19 (โดยการตรวจ ATK ด้วยตนเอง หรือตรวจที่สถานพยาบาล โดยได้รับแจ้งจากแพทย์หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่น ๆ ว่าท่านเป็นหรือเป็นโรคโควิด-19) หรือไม่

1. เคย                       2. ไม่เคย → Q4817                       3. ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้

Q4703 ถ้าท่านเคยตรวจพบว่าติดเชื้อโควิด-19 (โดยการตรวจ ATK ด้วยตนเอง หรือตรวจที่สถานพยาบาล โดยได้รับแจ้งจากแพทย์หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่น ๆ ว่าท่านเป็นหรือเป็นโรคโควิด-19) ท่านติดเชื้อโควิด-19 แล้วจำนวนกี่ครั้ง

1. 1 ครั้ง                       2. 2 ครั้ง                       3. 3 ครั้ง
4. มากกว่า 3 ครั้ง                       5. ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้

Q4704 ภายในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยตรวจพบว่าติดเชื้อโควิด-19 (โดยการตรวจ ATK ด้วยตนเอง หรือตรวจที่สถานพยาบาล โดยได้รับแจ้งจากแพทย์หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่น ๆ ว่าท่านเป็นหรือเป็นโรคโควิด-19) หรือไม่

1. เคย                       2. ไม่เคย                       3. ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้

Q4705 ตั้งแต่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ท่านเคยต้องนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลเพราะติดเชื้อโควิด-19 หรือไม่

1. เคย                       2. ไม่เคย                       3. ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้

## Q4800 การบาดเจ็บ อุบัติเหตุ และการหกล้ม

## การหกล้ม

Q4817 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีการหกล้มใช่หรือไม่ (ล้มจากทำยีน/ เดิน/ ตกจากเตียง/ เก้าอี้/ ตกจากที่สูง)

1. ใช่                       2. ไม่ใช่ → Q4901

Q4818 โปรดระบุจำนวนครั้งการหกล้มทั้งหมด ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา   ครั้ง

Q4819 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ครั้งสุดท้ายท่านหกล้มที่ไหน

สถานที่ที่หกล้มครั้งสุดท้าย	ใช่ (1)	ไม่ใช่ (2)
1) บริเวณที่อยู่อาศัยภายในบ้านของท่านที่อยู่ประจำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ภายในห้องนอน หรือห้องที่อยู่ประจำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ภายในห้องน้ำ ห้องส้วม หรือห้องครัว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ขณะขึ้นลงบันได	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) เมื่ออยู่นอกบ้าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) ที่อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Q-code <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Q4820 ครั้งสุดท้ายที่ท่านล้มขณะกำลังจะหกล้มมีเหตุการณ์หรืออาการต่อไปนี้เกิดกับท่านหรือไม่ (ตอบทุกข้อ)	ใช่ (1)	ไม่ใช่ (2)	
1) หน้ามืดขณะกำลังลุกขึ้นยืน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2) หน้ามืดขณะกำลังเบ่งปัสสาวะหรืออุจจาระ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3) วิงเวียนเหมือนบ้านหมุน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4) เสียการทรงตัวขณะเปลี่ยนท่าทาง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5) สะดุดวัตถุสิ่งของ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6) สะดุดพื้นต่างระดับ, ขึ้นบันได	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7) ลื่นหกล้ม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8) ตกบันได	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9) ถูกชนล้ม (โดยคน/สัตว์/รถ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10) เจ็บแน่นหน้าอก หรือใจสั่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11) อ่อนแรงครึ่งซีก ปากเบี้ยว พูดไม้ซัด หรือ มีอาการชัก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12) ตาพร่ามัว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13) ปวดข้อ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14) กำลังมีไข้ไม่สบาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15) อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q4821 การหกล้มนั้นทำให้เกิดปัญหาต่อไปนี้ใช่หรือไม่ (ตอบทุกข้อ)	ใช่ (1)	ไม่ใช่ (2)	
1) พกข้าว / ถลอก / แผล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2) ข้อมือหัก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3) ข้อสะโพกหัก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4) กระดูกซี่โครงหัก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5) ปวดหลัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6) การบาดเจ็บที่ศีรษะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7) อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q4822 การบาดเจ็บจากการหกล้มครั้งสุดท้าย ท่านได้รับการรักษาอย่างไร (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)			
<input type="checkbox"/> 1. รับการรักษา เป็นคนไข้นอก		<input type="checkbox"/> 2. นอนโรงพยาบาล ได้รับการผ่าตัด	
<input type="checkbox"/> 3. นอนโรงพยาบาล ไม่ได้รับการผ่าตัด		<input type="checkbox"/> 4. รักษาเอง	
<p>แบบผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ครั้งที่ 7 2567-2568 (10 ก.ย.2567)</p> <p style="text-align: right;">หน้า 20 จาก 61</p>			

**Q4900 สิ่งแวดล้อม/มลภาวะทางอากาศ**

Q4901 ในพื้นที่ที่ท่านอยู่อาศัยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีปัญหามลพิษทางอากาศ ได้แก่ ฝุ่นพีเอ็ม 2.5 ในระดับใด

1. ไม่มีเลย                       2. น้อย                       3. ปานกลาง

4. มาก                       5. รุนแรงมาก

Q4902 ในช่วงที่มีปัญหามลพิษทางอากาศ ได้แก่ ฝุ่นพีเอ็ม 2.5 ดังกล่าว ท่านป้องกันตัวเองเมื่อต้องออกนอกอาคารอย่างไรบ้าง	ใช่ (1)	ไม่ใช่ (2)
1) ตรวจสอบเช็คคุณภาพอากาศก่อนออกจากบ้าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ลดระยะเวลาการทำกิจกรรมนอกบ้าน หรือกลางแจ้ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) สวมหน้ากากผ้า หน้ากากอนามัยแบบธรรมดา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) สวมหน้ากากที่สามารถป้องกันฝุ่นละอองได้ เช่น N95 เป็นต้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q4903 ในช่วงที่มีปัญหามลพิษทางอากาศ ได้แก่ ฝุ่นพีเอ็ม 2.5 ดังกล่าว ท่านมีอาการเจ็บป่วยหรือไม่

1. มี                       2. ไม่มี → Q5000

Q4904 ถ้าท่านมีอาการเจ็บป่วย ท่านมีอาการใดบ้างดังต่อไปนี้	มี (1)	ไม่มี (2)
1) อาการ ไอ คัดจมูก น้ำมูก แสบคอ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) หอบหืด มีเสียง วิต ในปอด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) หายใจไม่เต็มอิ่ม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) แสบตา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) โรคเดิมที่เป็นอยู่ระบุ.....กำเริบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q4905 อาการเจ็บป่วยที่ท่านเป็น รุนแรงระดับใด	ใช่ (1)	ไม่ใช่ (2)
1) มีอาการเล็กน้อย ไม่น่ารำคาญ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) มีอาการจนรู้สึกรำคาญ แต่ยังไม่ต้องกินหรือใช้ยา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) มีอาการรุนแรง มีการกินหรือใช้ยาด้วย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) มีอาการรุนแรง ต้องไปพบแพทย์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) มีอาการรุนแรงมาก ต้องนอนโรงพยาบาล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) มีอาการรุนแรงมาก ต้องหยุดงาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Q5000 สุขภาพจิตและสภาพสมองในผู้สูงอายุ

## Q5200 ภาวะซึมเศร้า

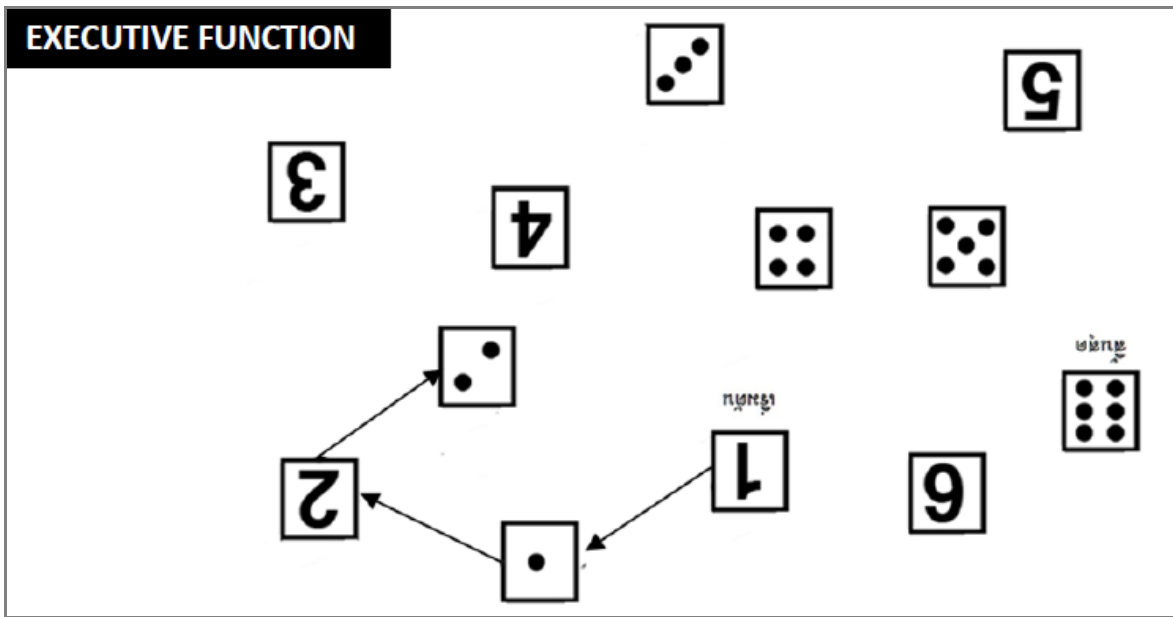
	ใช่ (1)	ไม่ใช่ (2)		
Q5201 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → Q5205		
Q5202 ในปัจจุบันนี้ท่านป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → Q5205		
Q5203 ท่านได้กินยารักษาหรือรับการรักษาอื่น เพื่อรักษาภาวะซึมเศร้า ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Q5204 ท่านได้กินยารักษาหรือรับการรักษาอื่น เพื่อรักษาภาวะซึมเศร้า ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Q5205 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการดังต่อไปนี้ บ่อยแค่ไหน (ทำเครื่องหมาย “✓” ในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่าน)	ไม่เลย (1)	มีบางวัน ไม่บ่อย (2)	มีค่อนข้าง บ่อย (3)	มีเกือบ ทุกวัน (4)
1) เบื่อ ไม่สนใจอะไร ทำอะไรๆ ก็ไม่เพลิดเพลิน				
2) ไม่สบายใจ ซึมเศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวัง				
3) หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากเกินไป				
4) รู้สึกเหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง ไม่มีพลัง				
5) เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป				
6) รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง – คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือเป็นคนทำให้ตัวเองหรือครอบครัวผิดหวัง				
7) สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ขณะอ่านหนังสือ หรือดูโทรทัศน์ฟังวิทยุหรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ				
8) พูด หรือทำอะไรซ้ำจนคนอื่นมองเห็น หรือกระสับกระส่ายจนท่านอยู่ไม่นิ่งเหมือนเคย				
9) คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายๆ ไปเสียคงจะดี				
10) หงุดหงิด/ กระทบกระชวย/ ว้าวุ่นใจ				
11) ไม่อยากพบปะผู้คน				
Q5205a = คะแนนรวมข้อ 1) ถึง 9) <input type="checkbox"/>				
Q5205b = คะแนนรวมข้อ 1)+3)+7)+10)+11) <input type="checkbox"/>				
Q5206 ถ้าท่านตอบว่า “มีอาการ” ไม่ว่าจะในข้อใดก็ตาม อาการนั้น ๆ ทำให้ท่านมีปัญหาในการทำงาน การดูแลสิ่งต่างๆ ในบ้าน หรือการเข้ากับคนอื่น หรือไม่				
<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีปัญหาเลย	<input type="checkbox"/> 2. มีปัญหาบ้าง			
<input type="checkbox"/> 3. มีปัญหาหนัก	<input type="checkbox"/> 4. มีปัญหาหนักที่สุด			

**Q5300 สภาพสมองในผู้สูงอายุ**

Q5301 เวลาที่เริ่มทำแบบทดสอบสภาพสมองในผู้สูงอายุ   :   น.

**EXECUTIVE FUNCTION**

**คำอธิบาย:** ให้ผู้ทำแบบทดสอบ “ลากเส้นต่อโดยเริ่มจากสี่เหลี่ยมที่มีตัวเลขไปสู่สี่เหลี่ยมที่มีจุดตามลำดับที่เพิ่มขึ้น โดยเริ่มที่นี่ (ชี้ไปที่สี่เหลี่ยมหมายเลข (1)) ลากเส้นต่อจาก 1 ไปที่จุดหนึ่งจุด (ชี้ไปที่สี่เหลี่ยมที่มีจุดหนึ่งจุด) แล้วลากต่อไปที่สี่เหลี่ยมหมายเลข 2 (ชี้ไปที่สี่เหลี่ยมหมายเลข (2)) ลากต่อจาก 2 ไปที่จุดสองจุด (ชี้ไปที่สี่เหลี่ยมที่มีจุดสองจุด) ไปต่อเรื่อยๆ จนจบที่นี่ (ชี้ไปที่สี่เหลี่ยมที่มีจุดหกจุด)”



การให้คะแนน:  
 ให้ 1 คะแนนเมื่อผู้ถูกทดสอบลากเส้นได้ครบถูกต้องโดยต้องมีการแก้ไขด้วยตนเอง โดยไม่มีการเตือนจากผู้ทดสอบ  
 ไม่มีคะแนน เมื่อผู้ถูกทดสอบลากเส้นผิดลำดับหรือมีการแก้ไขขณะทำการทดสอบ

Q5303 (  / 1 )  
 (ระบบคำนวณอัตโนมัติ)

Q5302 ผู้ทำแบบทดสอบ สามารถลากเส้นได้ครบถูกต้อง โดยต้องมีการแก้ไขด้วยตนเอง และไม่มีการเตือนจากผู้ทดสอบ ใช่หรือไม่  
 1. ใช่  2. ไม่ใช่

**IMMEDIATE RECALL**

**คำอธิบาย:** เจ้าหน้าที่อ่านคำ 5 คำในอัตราหนึ่งคำต่อวินาที ให้อธิบายดังนี้ “นี่คือการทดสอบสมาธิในการจดจำ จะอ่านชุดคำเหล่านี้ให้จำเอาไว้ เมื่ออ่านจบให้บอกคำที่จำเอาไว้มาให้มากที่สุด ไม่จำเป็นต้องเรียงลำดับคำ” ให้ชี้คฤกลงในช่องว่างเมื่อผู้ทำแบบทดสอบตอบถูกในครั้งแรก  
 เมื่อผู้ทำแบบทดสอบแสดงให้เห็นว่าทำเสร็จแล้ว (ทวนได้ทุกคำ), หรือไม่สามารถทวนคำเพิ่มได้อีก, ให้อ่านชุดคำเป็นครั้งที่สองพร้อมกับอธิบายตามนี้ “จะอ่านชุดคำเดิมเป็นครั้งที่สอง พยายามจำและบอกคำที่จำเอาไว้มาให้มากที่สุด, รวมทั้งคำที่ทวนได้ในครั้งแรกด้วย” ชี้คฤกลงในช่องว่างเมื่อผู้ทำการทดสอบทวนได้ในครั้งที่สอง  
 เมื่อจบการทวนครั้งที่สอง ให้บอกผู้ทำแบบทดสอบว่าจะถูกขอให้ทวนคำอีกครั้งโดยพูดดังนี้ “จะให้ทวนคำเมื่อครู่อีกครั้งหนึ่งเมื่อในอีก 5 นาที”

Q-code <input type="text"/>					
การให้คะแนน: ไม่มี				ไม่มีคะแนน	
อ่านชุดคำเหล่านี้แล้วให้ผู้ทำแบบสอบถามทวนซ้ำ ทดสอบ 2 ครั้ง แล้วถามซ้ำอีกครั้งใน 5 นาที (ตอบทุกข้อ)					
	กุหลาบ	เก้าอี้	มือ	น้ำเงิน	ซ้อน
ทวนครั้งที่ 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ทวนครั้งที่ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q5304 ทวนครั้งที่ 1 ตอบได้ทั้งหมด	<input type="checkbox"/> คำ				
Q5305 ทวนครั้งที่ 2 ตอบได้ทั้งหมด	<input type="checkbox"/> คำ				
<b>FLUENCY</b>					
คำอธิบาย: เจ้าหน้าที่ให้คำอธิบายดังต่อไปนี้ “ให้บอกชนิดของผลไม้ให้มากที่สุด ภายในเวลาหนึ่งนาที ... เริ่ม” ในกรณีที่ผู้ทำแบบทดสอบพูดพันธุ์ของผลไม้ชนิดเดียวกัน ให้เจ้าหน้าที่อธิบายว่า “ให้บอกชนิดของผลไม้ที่แตกต่างกัน ผลไม้ชนิดเดียวกันแต่ต่างสายพันธุ์ไม่นับคะแนน” บันทึกคำตอบลงในช่องว่าง					
การให้คะแนน: ให้ 2 คะแนนถ้าผู้ทำแบบทดสอบบอกชนิดผลไม้ได้ 13 คำหรือมากกว่า ให้ 1 คะแนน ถ้าผู้ทำแบบทดสอบบอกชนิดผลไม้ได้ 8-12 ชนิด ไม่ได้คะแนนถ้าผู้ทำแบบทดสอบบอกชนิดของผลไม้ได้ 7 ชนิดหรือน้อยกว่า				Q5307 ( <input type="checkbox"/> / 2 ) (ระบบคำนวณอัตโนมัติ)	
ให้บอกชื่อ “ผลไม้” ให้ได้มากกว่าที่สุดใน 1 นาที					
1. .... 2. .... 3. .... 4. .... 5. .... 6. ....					
7. .... 8. .... 9. .... 10. .... 11. .... 12. ....					
13. .... 14. .... 15. .... 16. .... 17. .... 18. ....					
Q5306 รวมจำนวนผลไม้ที่ได้ <input type="checkbox"/> ชนิด					
<b>ORIENTATION</b>					
คำอธิบาย: เจ้าหน้าที่ถามคำถามดังต่อไปนี้ “ขณะนี้เวลากี่โมง”, “วันนี้ตรงกับวันอะไรในรอบสัปดาห์”, “เดือนนี้เดือนอะไร”, “ปีนี้เป็นปีอะไร” จากนั้นพูดว่า “ตอนนี้, บอกชื่อของสถานที่แห่งนี้, และจังหวัดที่อยู่ตอนนี้คืออะไร”					
การให้คะแนน: ให้ 1 คะแนนสำหรับแต่ละข้อที่ตอบถูก โดยในหัวข้อเวลา สามารถคลาดเคลื่อนจากเวลาจริงได้ 2 ชั่วโมง				Q5315 ( <input type="checkbox"/> / 6 ) (ระบบคำนวณอัตโนมัติ)	
Q5308 ให้ผู้ทำแบบสอบถามตอบคำถามดังต่อไปนี้ (ตอบทุกข้อ)					
Q5309 ขณะนี้เป็นเวลากี่โมง (+/- ไม่เกิน 2 ชั่วโมง)	<input type="checkbox"/> 1. ถูกต้อง		<input type="checkbox"/> 2. ไม่ถูกต้อง		
Q5310 วันนี้ตรงกับวันอะไรในรอบสัปดาห์	<input type="checkbox"/> 1. ถูกต้อง		<input type="checkbox"/> 2. ไม่ถูกต้อง		
Q5311 เดือนนี้เดือนอะไร	<input type="checkbox"/> 1. ถูกต้อง		<input type="checkbox"/> 2. ไม่ถูกต้อง		
Q5312 ปีนี้ปีอะไร	<input type="checkbox"/> 1. ถูกต้อง		<input type="checkbox"/> 2. ไม่ถูกต้อง		
Q5313 บอกชื่อของสถานที่แห่งนี้	<input type="checkbox"/> 1. ถูกต้อง		<input type="checkbox"/> 2. ไม่ถูกต้อง		
Q5314 จังหวัดที่อยู่ตอนนี้คืออะไร	<input type="checkbox"/> 1. ถูกต้อง		<input type="checkbox"/> 2. ไม่ถูกต้อง		
แบบผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ครั้งที่ 7 2567-2568 (10 ก.ย.2567)				หน้า 24 จาก 61	



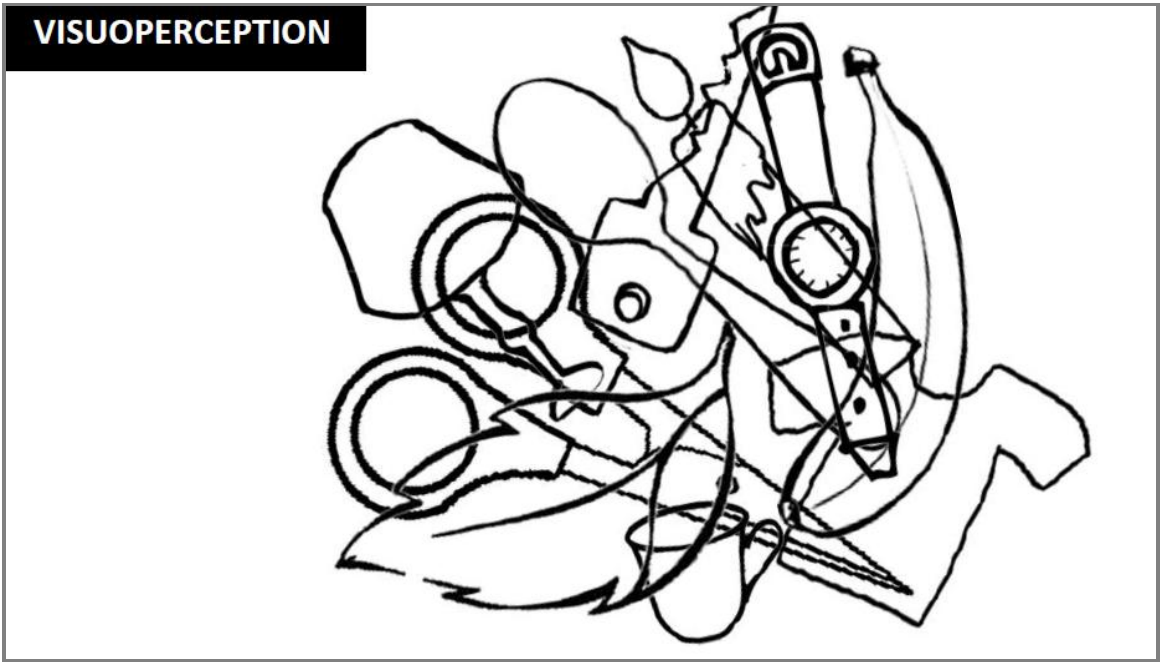
Q-code

การให้คะแนน: ให้ 1 คะแนนสำหรับคำที่จำได้เองโดยไม่ต้องใช้คำ Q5321 (  / 5 )  
(ระบบคำนวณอัตโนมัติ)

Q5320 DELAYED RECALL	กุหลาบ	แก้ว	มือ	น้ำเงิน	ซ้อน	ตอบได้ทั้งหมด (คำ)
Q5320a ทวนโดยไม่ได้ใช้ตัวช่วย (คิดคะแนน)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q5320b ตัวช่วยแบบหมวดหมู่ (ไม่คิดคะแนน)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q5320c ตัวช่วยแบบตัวเลือก (ไม่คิดคะแนน)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VISUOPERCEPTION**

คำอธิบาย: ให้เจ้าหน้าที่อธิบายดังนี้ “ตอนนี้ให้คุณตา (ยาย) มองภาพๆ นี้ ในภาพมีสิ่งของมากมายเรียงทับกันอยู่ ให้บอกชื่อสิ่งของที่เห็นจากภาพให้ได้มากที่สุด ถ้านึกชื่อสิ่งของเหล่านั้นไม่ถูก ให้ชี้ภาพสิ่งของสิ่งนั้นให้ดูแล้วบอกว่าใช้ทำอะไร โดยไม่สามารถกลับภาพได้ คุณตา (ยาย) มีเวลา 1 นาที ถ้าพร้อมแล้ว เริ่มได้” ให้บอกว่า “หมดเวลา” เมื่อเวลาผ่านไป 60 วินาที นับตั้งแต่เจ้าหน้าที่อธิบายคำสั่งเสร็จ โดยให้ผู้ตรวจเขียนเครื่องหมาย ✓ ในแต่ละคำที่ผู้ทำการทดสอบบอกได้ถูกต้อง ในกรณีที่สามารถบอกชนิดสิ่งของได้ครบ 10 อย่างให้บันทึกเวลาทั้งหมดที่ใช้ (หน่วยเป็นวินาที)



การให้คะแนน: Q5324 (  / 3 )  
(ระบบคำนวณอัตโนมัติ)

ให้ 3 คะแนน ถ้าบอกสิ่งของได้ถูกต้อง 9-10 อย่าง  
 ให้ 2 คะแนน ถ้าบอกสิ่งของได้ถูกต้อง 6-8 อย่าง  
 ให้ 1 คะแนน ถ้าบอกสิ่งของได้ถูกต้อง 4-5 อย่าง  
 ไม่ได้คะแนนถ้าบอกสิ่งของได้ถูกต้อง 3 อย่างหรือน้อยกว่า

จงบอกสิ่งทีเห็นในภาพให้มากที่สุด ภายในเวลา 1 นาที

1. กรรไกร     2. เลื่อย     3. กลั้ว     4. โคมไฟ     5. เทียน  
 6. นาฬิกาข้อมือ     7. แก้ว     8. ไปไม้     9. กุญแจ     10. ซ้อน

Q5322 รวมจำนวนที่ได้  อย่าง (ระบบคำนวณอัตโนมัติ)

Q5323 กรณีที่สามารถบอกชนิดสิ่งของได้ครบ 10 อย่างให้บันทึกเวลาทั้งหมดที่ใช้ (หน่วยเป็นวินาที)  วินาที

## NAMING

คำอธิบาย: ชี้ไปที่รูปสัตว์ในแผ่นภาพประกอบการทดสอบที่ละรูป แล้วถามว่า “สัตว์ตัวนี้คืออะไร”

การให้คะแนน: ให้ 1 คะแนน เมื่อผู้ทดสอบตอบได้ถูกต้องในแต่ละข้อ ดังนี้

(1) ม้าลาย (คำตอบต่อไปนี้ไม่ได้คะแนน: ม้า, ล่อ, ลา)

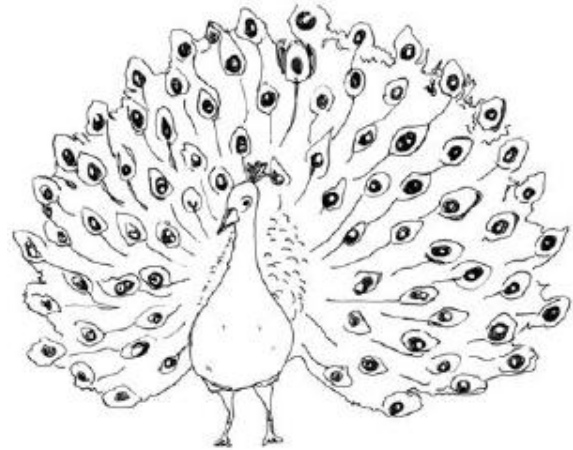
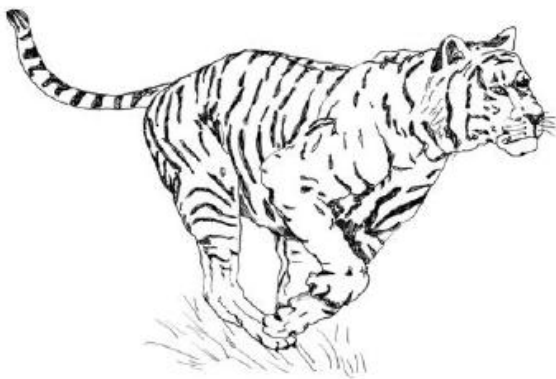
(2) นกยูง (คำตอบต่อไปนี้ไม่ได้คะแนน: นก) ในกรณีที่ผู้ทำการทดสอบบอกชื่อนกยูงว่า “นก” ให้ผู้ตรวจถามต่อว่า “นกอะไร”

(3) เสือ

(4) ผีเสื้อ (คำตอบต่อไปนี้ไม่ได้คะแนน: แมลง)

Q5326 (  / 4 )  
(ระบบคำนวณอัตโนมัติ)

Q5325 จงบอกรูปสัตว์ที่ท่านเห็น

1) สัตว์ตัวที่ 1  1. ถูกต้อง  2. ไม่ถูกต้อง2) สัตว์ตัวที่ 2  1. ถูกต้อง  2. ไม่ถูกต้อง3) สัตว์ตัวที่ 3  1. ถูกต้อง  2. ไม่ถูกต้อง4) สัตว์ตัวที่ 4  1. ถูกต้อง  2. ไม่ถูกต้อง

## ATTENTION

คำอธิบาย: ให้เจ้าหน้าที่ชี้ไปที่แถวแรกที่มีตัวเลขบนพื้นสีขาว แล้วพูดว่า “คุณตา (ยาย) เห็นตัวเลขบนพื้นสีขาวแถวนี้หรือไม่ ถ้าเห็นให้อ่านออกเสียงตัวเลขเฉพาะที่อยู่ในวงกลม จากหน้า (ชี้ที่เลขตัวแรกของแถว ①) ไปหลัง (ชี้ที่เลขตัวสุดท้ายของแถว ⑤), ถ้าพร้อมแล้วเริ่ม” ให้วงกลมตัวเลขที่อ่านผิดและระบุจำนวนที่ผิดพลาดในแบบทดสอบ

การให้คะแนน: การผิดพลาด คือ อ่านตัวเลขที่ไม่อยู่ในวงกลม, ไม่อ่านตัวเลขที่อยู่ในวงกลม หรืออ่านตัวเลขในวงกลมไม่เรียงลำดับ

ให้ 1 คะแนนถ้าผิดพลาดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ครั้ง

ไม่ได้คะแนนถ้าผิดพลาดตั้งแต่ 2 ครั้ง ขึ้นไป

Q5328 (  / 1 )  
(ระบบคำนวณอัตโนมัติ)

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

Q5327 ผิดพลาด  ครั้ง

คำอธิบาย: ให้เจ้าหน้าที่ชี้ไปที่แถวแรกที่มีตัวเลขบนพื้นสีดำ แล้วพูดว่า “คุณตา (ยาย) เห็นตัวเลขบนพื้นสีดำสองแถวนี้หรือไม่ ถ้าเห็นให้อ่านออกเสียงตัวเลขเฉพาะที่อยู่ในวงกลมและสี่เหลี่ยม จากหน้า (ชี้ที่เลขตัวแรกของแถบบน 3) ไปหลัง (ชี้ที่เลขตัวสุดท้ายของแถบบน 4) ไหล่จากบนลงล่าง (ชี้ไล่จากแถบบนลงมาแถบล่าง) ถ้าพร้อมแล้ว เริ่ม” ให้วงกลมตัวเลขที่อ่านผิดและระบุจำนวนที่ผิดพลาดในแบบทดสอบ

การให้คะแนน: การผิดพลาด คือ อ่านตัวเลขที่อยู่ในสามเหลี่ยม, ไม่อ่านตัวเลขที่อยู่ในวงกลมหรือสี่เหลี่ยม หรืออ่านตัวเลขในวงกลมหรือสี่เหลี่ยมไม่เรียงลำดับจากซ้ายไปขวา จากบนลงล่าง

ให้ 2 คะแนน ถ้าผิดพลาดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง

ให้ 1 คะแนน ถ้าผิดพลาด 3 ครั้ง

ไม่ได้คะแนนถ้าผิดพลาดตั้งแต่ 4 ครั้ง ขึ้นไป

Q5330 (  / 2 )  
(ระบบคำนวณอัตโนมัติ)

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

Q5329 ผิดพลาด  ครั้ง

Q5331 เวลาที่สิ้นสุดทำแบบทดสอบสภาพสมองในผู้สูงอายุ  :  น.

## คะแนนรวม

คะแนนรวม MoCA-B คือ 30 คะแนน บวกเพิ่ม 1 คะแนน ถ้าผู้ถูกทดสอบมีระดับการศึกษาน้อยกว่า 4 ปี (ในกรณีที่คะแนนรวม < 30 คะแนน) และ บวกเพิ่ม 1 คะแนน ถ้าผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกหรือเขียนไม่ได้ โดยไม่คำนึงถึงระดับการศึกษา ยกตัวอย่างเช่น ผู้ถูกทดสอบระดับการศึกษา 2 ปี และไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ จะได้รับคะแนนเพิ่ม 2 คะแนน 1 คะแนนจากระดับการศึกษาที่น้อยกว่า 4 ปี และอีก 1 คะแนนจากการอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้

100-7

คำอธิบาย: ให้เจ้าหน้าที่บอกผู้ทดสอบว่าจะทำการลบตัวเลข โดยเริ่มจาก 100 ลบไปเรื่อยๆทีละ 7

การให้คะแนน:

ลบถูก 4 หรือ 5 ตัว ได้ 3 คะแนน

ลบถูก 2 หรือ 3 ตัว ได้ 2 คะแนน

ลบถูก 1 ตัวได้ 1 คะแนน

ลบ 0 ตัว ไม่ได้คะแนน

Q5333 (  / 3 )  
(ระบบคำนวณอัตโนมัติ)

เริ่มจาก 100 ลบไปเรื่อยๆทีละ 7

 93 86 79 72 65Q5332 รวมจำนวนที่ได้  ครั้ง**Q6000 โรคเรื้อรัง****โรคความดันเลือดสูง**

Q6001 ท่านเคยวัดความดันเลือด โดยบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ ครั้งสุดท้ายเมื่อใด

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

Q6002 ท่านเคยวัดความดันเลือด โดย อสม. หรือ อสส. ครั้งสุดท้ายเมื่อใด

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

Q6003 ท่านเคยวัดความดันเลือด โดยตนเอง ครั้งสุดท้ายเมื่อใด

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

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

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q6013

Q6005 ถ้าท่านเคยได้รับการบอกกล่าว (วินิจฉัย) จากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ (ไม่นับรวม อสม.) ว่าเป็นโรคความดันเลือดสูง ท่านได้รับการบอกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ไข้หรือไม่

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ (เป็นมานานมากกว่า 1 ปี)

Q6006 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านไปรับการรักษาโรคความดันเลือดสูงตามที่แพทย์นัดหมายทุกครั้ง ไข้หรือไม่

 1. ใช่ → Q6008 2. ไม่ใช่

Q-code 

Q6007 ครั้งล่าสุดที่ท่านไม่ได้ไปรับการรักษาโรคความดันเลือดสูงตามที่แพทย์นัดหมาย เพราะสาเหตุใด (เลือกเหตุผลหลักเพียง 1 ข้อ)

1. ดิถีระ/ลืมวันนัดหมาย       2. เสียเวลา/รายได้       3. ไม่มีผู้พามาพบแพทย์
4. ไม่มีเงินจ่ายค่าเดินทาง       5. รักษาด้วยวิธีอื่น/ซื้อยาเอง       6. ไม่มีอาการผิดปกติ/หายจากโรคแล้ว
7. อื่นๆ

Q6008 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับการรักษาโรคความดันเลือดสูงด้วยยา (แผนปัจจุบัน) จากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ ไข้หรือไม่

1. ใช่       2. ไม่ใช่

Q6009 ท่านรักษาโรคความดันเลือดสูงด้วยยาลดความดันเลือดเมื่อท่านอายุเท่าไร  ปี

Q6010 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านปฏิบัติตนเพื่อรักษาโรคความดันเลือดสูงด้วยวิธีใด

ใช่	ไม่ใช่
(1)	(2)

1) ควบคุมการกินอาหาร

2) ออกกำลังกาย

3) คุมน้ำหนักตามเกณฑ์

4) ได้ยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณ

Q6011 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้รับยา (แผนปัจจุบัน) รักษาโรคความดันเลือดสูง ไข้หรือไม่

1. ใช่       2. ไม่ใช่ → Q6013

Q6012 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านกินยานั้นสม่ำเสมอ หรือไม่ (ลืมหรือไม่กินยาตามที่แพทย์สั่งไม่เกิน 2 ครั้ง)

1. ใช่       2. ไม่ใช่

**โรคเบาหวาน**

Q6013 ท่านเคยได้รับการตรวจน้ำตาลในเลือดเพื่อตรวจเบาหวาน โดยบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ ครั้งสุดท้ายเมื่อใด

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

Q6014 ท่านเคยได้รับการตรวจน้ำตาลในเลือดเพื่อตรวจเบาหวาน โดย อสม./ออสส. ครั้งสุดท้ายเมื่อใด

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

Q6015 ท่านเคยตรวจน้ำตาลในเลือดเพื่อตรวจเบาหวาน โดยตนเอง ครั้งสุดท้ายเมื่อใด

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

Q6016 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว (วินิจฉัย) จากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ (ไม่นับรวม อสม.) ว่าท่านเป็นโรคเบาหวาน ไข้หรือไม่

1. ใช่       2. ไม่ใช่ → Q6027

Q6017 ท่านทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานเมื่ออายุเท่าไร  ปี

Q6018 ถ้าท่านเคยได้รับการบอกกล่าว (วินิจฉัย) จากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ (ไม่นับรวม อสม.) ว่าเป็นโรคเบาหวาน ท่านได้รับการบอกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ใช่หรือไม่

1. ใช่  2. ไม่ใช่ (เป็นมานานกว่า 1 ปี)

Q6019 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านไปรับการรักษารโรคเบาหวานตามที่แพทย์นัดหมายทุกครั้ง ใช่หรือไม่

1. ใช่ → Q6021  2. ไม่ใช่

Q6020 ครั้งล่าสุดที่ท่านไม่ได้ไปรับการรักษารโรคเบาหวานตามที่แพทย์นัดหมาย เพราะสาเหตุใด (เลือกเหตุผลหลักเพียง 1 ข้อ)

1. ดิถุระ/ลืมวันนัดหมาย  2. เสียเวลา/รายได้  3. ไม่มีผู้พามาพบแพทย์  
 4. ไม่มีเงินจ่ายค่าเดินทาง  5. รักษาด้วยวิธีอื่น/ซื้อยาเอง  6. ไม่มีอาการผิดปกติ/หายจากโรคแล้ว  
 7. อื่นๆ

Q6021 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับการรักษารโรคเบาหวานด้วยยาจากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ ใช่หรือไม่

1. ใช่  2. ไม่ใช่

Q6022 ท่านรักษารโรคเบาหวานด้วยยาแผนปัจจุบันตั้งแต่อายุเท่าไร   ปี

Q6023 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านปฏิบัติตนเพื่อรักษารโรคเบาหวานด้วยวิธีใด (ตอบทุกข้อ)

ใช่ (1)      ไม่ใช่ (2)

1) ควบคุมการกินอาหาร

2) ออกกำลังกาย

3) คุมน้ำหนักตามเกณฑ์

4) ใตยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณ

Q6024 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้รักษารโรคเบาหวานโดยการฉีดยา Insulin หรือไม่

1. ใช่  2. ไม่ใช่

Q6025 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้กินยาโรคเบาหวาน หรือไม่

1. ใช่  2. ไม่ใช่ → Q6027

Q6026 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้ยารักษาเบาหวานสม่ำเสมอหรือไม่ (ลืมหรือไม่กินยาตามที่แพทย์สั่งไม่เกิน 2 ครั้ง)

1. ใช่  2. ไม่ใช่

### ไขมันในเลือดผิดปกติ

Q6027 ท่านเคยได้รับการตรวจวัดระดับไขมันในเลือด โดยบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ ครั้งสุดท้ายเมื่อใด

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

Q6028 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว (วินิจฉัย) จากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ ว่าท่านมีปัญหาเกี่ยวกับระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ใช่หรือไม่ (ไขมันตัวใดตัวหนึ่ง)

1. ใช่  2. ไม่ใช่ → Q6030

Q6029 ถ้าท่านเคยได้รับการบอกกล่าว (วินิจฉัย) จากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ ว่ามีไขมันผิดปกติ ท่านได้รับการบอกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ใช่หรือไม่

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q6030 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านกินยาแผนปัจจุบันเพื่อรักษาระดับไขมันในเลือด หรือไม่

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q6031 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านกินยาสมุนไพรหรือแผนโบราณเพื่อรักษาระดับไขมันในเลือด หรือไม่

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่

### โรคหลอดเลือดหัวใจ

Q6032 แพทย์เคยบอกกล่าว (วินิจฉัย) ว่าท่านเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ (ตีบ หรือ ตัน), กล้ามเนื้อหัวใจตาย, โรคหัวใจขาดเลือด ใช่หรือไม่

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q6039

Q6033 ท่านเป็นครั้งแรกเมื่ออายุเท่าไร  ปี

Q6034 ครั้งแรกที่เป็นท่านนอนโรงพยาบาลด้วยอาการดังกล่าว กี่วัน ระบุ  วัน

	ใช่ (1)	ไม่ใช่ (2)	ไม่ทราบ (3)
Q6035 ท่านเคยได้รับการฉีดสีย้ำหลอดเลือดหัวใจหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6036 ท่านเคยได้รับการฉ่างหลอดเลือดหัวใจด้วย Balloon/ขดลวด/ผ่าตัด หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6037 ขณะนี้ท่านยังได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6038 ขณะนี้ท่านกินยา Aspirin/Clopidogrel เป็นประจำเพื่อรักษา หรือป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ใช่หรือไม่ (ให้ตรวจสอบจากซองยาที่ถูกส่งมา)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### โรคอัมพฤกษ์/อัมพาต จากหลอดเลือดสมองตีบ แตก ตัน

Q6039 ท่านเคยเป็นอัมพฤกษ์ หรือ อัมพาต หรือไม่ (เช่น อ่อนแรงของแขนขา) (ถ้าเคยมากกว่าหนึ่งครั้ง ตอบครั้งสุดท้าย)

 1. เคยเป็น อัมพฤกษ์ หรือ อัมพาต 2. ไม่เคยเป็น → Q6046

Q6040 ท่านเป็นมากี่ครั้ง

 1. 1 ครั้ง → Q6041 → Q6043 2. มากกว่า 1 ครั้ง ระบุจำนวน [a]  ครั้ง → Q6041 → Q6042 → Q6043

Q6041 เป็นครั้งแรกเมื่ออายุเท่าไร  ปี

Q6042 เป็นครั้งสุดท้ายเมื่ออายุเท่าไร  ปี

Q6043 ท่านมีอาการเฉียบพลันของอาการอัมพฤกษ์ หรืออัมพาต ครั้งสุดท้ายดังต่อไปนี้หรือไม่	ถ้าตอบ “ใช่” เป็นเมื่ออายุ เท่าไร [a]	มีอาการนานกี่วัน [b]		ขณะนี้ยังเป็นอยู่ หรือไม่ [c]	
		≤ 1 วัน (1)	> 1 วัน (2)	เป็น (1)	ไม่เป็น (2)
1) แขน และ/หรือ ขาข้างหนึ่งอ่อนแรง	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ชาไม่รู้สีก้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) พูดไม่ชัด หรือพูดไม่ได้	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ตามองไม่เห็นข้างใดข้างหนึ่ง	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) อาการอื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q6044 อาการของท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น (ถ้าเคยเป็นหลายครั้งให้ตอบครั้งที่รุนแรงที่สุด)

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

Q6045 ท่านรู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669, 191 และเบอร์อื่นๆ ที่แจ้งเหตุฉุกเฉิน) หรือไม่

1. ใช่       2. ไม่ใช่

**โรคหลอดเลือดโป่งพอง / ปอดอุดตันเรื้อรัง**

Q6046 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว (วินิจฉัย) จากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ ว่าเป็นหลอดเลือดโป่งพอง / โรคหลอดเลือดปอดอุดตันเรื้อรังใช่หรือไม่

1. ใช่       2. ไม่ใช่ → Q6051

Q6047 ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเมื่ออายุเท่าไร   ปี

Q6048 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดโป่งพอง/ปอดอุดตันเรื้อรังหรือไม่

1. ใช่       2. ไม่ใช่

Q6049 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้กินยารักษาโรคหลอดเลือดโป่งพอง/ปอดอุดตันเรื้อรังหรือไม่

1. ใช่       2. ไม่ใช่

Q6050 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้พ่นยารักษาโรคหลอดเลือดโป่งพอง/ปอดอุดตันเรื้อรังหรือไม่

1. ใช่       2. ไม่ใช่

**โรคหอบหืด (Asthma)**

Q6051 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว (วินิจฉัย) จากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ ว่าเป็นโรคหอบหืด ใช่หรือไม่

1. ใช่       2. ไม่ใช่ → Q6055

Q6052 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับการรักษาโรคหอบหืดหรือไม่

1. ใช่       2. ไม่ใช่

Q6053 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้กินยารักษาโรคหอบหืดหรือไม่

1. ใช่       2. ไม่ใช่

Q6054 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้พ่นยารักษาโรคหอบหืดหรือไม่

1. ใช่       2. ไม่ใช่



Q6065 ท่านเคยได้รับการรักษาโดยการเติมเลือดเป็นประจำหรือไม่  
 1. ใช่  2. ไม่ใช่

**โรคมะเร็ง (Cancer)**

Q6066 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว (วินิจฉัย) จากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขว่าเป็นโรคมะเร็งหรือไม่  
 1. ใช่  2. ไม่ใช่ → Q6070

Q6067 บุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่บอกท่านเป็นแพทย์ ใช่หรือไม่  
 1. ใช่  2. ไม่ใช่

Q6068 ท่านทราบว่าตนเองเป็นโรคมะเร็งเมื่ออายุเท่าไร   ปี   เดือน

Q6069 ท่านเป็นมะเร็งที่อวัยวะใด

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

**โรคต้อกระจก (Cataracts)**

Q6070 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว (วินิจฉัย) ว่าเป็นโรคต้อกระจกตาข้างใดข้างหนึ่ง หรือ 2 ข้างหรือไม่  
 1. ใช่ เป็นเมื่ออายุ   ปี  2. ไม่ใช่ → Q6072  3. ไม่ทราบ → Q6072

Q6071 ท่านเคยได้รับการผ่าตัดรักษาต้อกระจกหรือไม่  
 1. ใช่ ได้รับการผ่าตัด  2. ไม่ใช่ ไม่ได้ผ่าตัด

**โรคตาแห้ง**

Q6072 ท่านเคยไปพบแพทย์และได้รับการวิจัยว่าเป็นโรคตาแห้งใช่หรือไม่  
 1. ใช่  2. ไม่ใช่

Q6073 ท่านมีความรู้สึกตาแห้งหรือตาไม่ชุ่มชื้นบ่อยแค่ไหน  
 1. ตลอดเวลา  2. บ่อยๆ  3. บางเวลา  4. ไม่เคย

Q6074 ท่านรู้สึกระคายเคืองตาบ่อยแค่ไหน  
 1. ตลอดเวลา  2. บ่อยๆ  3. บางเวลา  4. ไม่เคย

**Q7000 พฤติกรรมทางสุขภาพ****Q7100 พฤติกรรมทางสุขภาพ**

Q7101 ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุข (ไม่รวม อสม.) ให้ปฏิบัติต่อไปนี้หรือไม่	ได้รับ (1)	ไม่เคย/ไม่ทราบ (2)
1) ลดการกินเค็ม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) กินผักและผลไม้วันละ 5 ส่วน (กินผัก/ผลไม้ให้มากขึ้น)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ลดการกินอาหารที่มีไขมัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ออกกำลังกายให้มากขึ้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) ให้เลิกบุหรี่ หรือไม่ให้เริ่มสูบบุหรี่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) ลด/เลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) ลดอาหารหวาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) การได้รับวัคซีนที่จำเป็น เช่น โควิด ไข้หวัดใหญ่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) การตรวจสุขภาพประจำปี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) เพิ่มอาหารประเภทโปรตีน เช่น ถั่ว เนื้อสัตว์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Q7200 การสูบบุหรี่**

Q7201 ในตลอดช่วงชีวิตที่ท่านเคยสูบบุหรี่ หรือบุหรี่มวนเอง (ยาเส้น) หรือใช้ยาสูบประเภทอื่น ๆ เช่น ยานัตถุ ยาเส้นเคี้ยว บารากุ หรือ บุหรี่ไฟฟ้า ใช่หรือไม่

1. ใช่  2. ไม่ใช่ → Q7226

Q7202 ท่านเริ่มสูบบุหรี่ หรือบุหรี่มวนเอง (ยาเส้น) หรือใช้ยาสูบประเภทอื่นๆ เช่น ยานัตถุ ยาเส้นเคี้ยว บารากุ หรือ บุหรี่ไฟฟ้า เมื่อท่านมีอายุเท่าไร   ปี

Q7203 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านสูบบุหรี่ หรือบุหรี่มวนเอง (ยาเส้น) หรือใช้ยาสูบประเภทอื่นๆ เช่น บารากุ บุหรี่ไฟฟ้า หรือ ไปป์ หรือซิการ์ ใช่หรือไม่

1. ใช่  2. ไม่ใช่ → Q7205

Q7204 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านสูบบุหรี่ หรือบุหรี่มวนเอง (ยาเส้น) หรือใช้ยาสูบประเภทอื่นๆ เช่น บารากุ บุหรี่ไฟฟ้า หรือ ไปป์ หรือซิการ์ จำนวนกี่วัน   วัน

**การสูบบุหรี่มีควัน บุหรี่ซอง หรือบุหรี่มวนเอง (ยาเส้น)**

Q7205 ท่านเคยลองสูบบุหรี่ซอง หรือบุหรี่มวนเอง (ยาเส้น) ใช่หรือไม่

1. ใช่  2. ไม่ใช่ → Q7211

Q7206 ท่านเริ่มสูบบุหรี่ซอง หรือบุหรี่มวนเอง (ยาเส้น) เมื่อท่านมีอายุเท่าไร   ปี

Q7207 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านสูบบุหรี่ หรือบุหรี่มวนเอง (ยาเส้น) ไซหรือไม

1. ใช่  2. ไม่ใช่ → Q7211

Q7208 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านสูบบุหรี่ หรือบุหรี่มวนเอง (ยาเส้น) จำนวนกี่วัน   วัน

Q7209 โดยเฉลี่ยท่านสูบบุหรี่ หรือบุหรี่มวนเอง (ยาเส้น) เป็นจำนวนกี่มวนต่อวัน (บันทึกยาสูบทุกชนิดที่สูบ)

Q7209a บุหรี่ซอง จำนวนกี่มวนต่อวัน   มวนต่อวันQ7209b บุหรี่มวนเอง (ยาเส้น)   มวนต่อวัน

Q7210 โดยปกติ บุหรี่ที่ท่านสูบทั้งที่เป็นบุหรี่ซอง หรือบุหรี่มวนเอง (ยาเส้น) เป็นบุหรี่ยี่ห้อใด (บุหรี่ยี่ห้ออื่น ๆ ที่ให้รสชาติเย็น หรือรสชาติคล้ายมันต์) ไซหรือไม่

1. ใช่  2. ไม่ใช่

**การใช้/สูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์ หรือบุหรี่ไฟฟ้า**

Q7211 ท่านเคยลองสูบบุหรี่ไฟฟ้าหรือไม่ (ครั้งเดียวก็นับว่าเคย)

1. เคย  2. ไม่เคย → Q7219

Q7212 ท่านเริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้า เมื่อท่านมีอายุเท่าไร   ปี

Q7213 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านสูบบุหรี่ไฟฟ้า ไซหรือไม่

1. ใช่  2. ไม่ใช่ → Q7217

Q7214 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านสูบบุหรี่ไฟฟ้า จำนวนกี่วัน   วันQ7215 โดยเฉลี่ยท่านสูบบุหรี่ไฟฟ้า เป็นจำนวนกี่ครั้งต่อวัน   ครั้งต่อวัน

Q7216 บุหรี่ไฟฟ้ารสชาติใดที่ท่านสูบในช่วง 30 วันที่ผ่านมา (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. เมนทอล  
 2. มันต์  
 3. ขนมหวาน  
 4. ผลไม้  
 5. ชอกโกแลต  
 6. บุหรี่  
 7. เครื่องเทศ เช่น ชินเนมอน กานพลู ชะเอม  
 8. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดต่าง ๆ เช่น ไวน์ เหล้า  
 9. อื่น ๆ ระบุ .....

Q7217 เหตุผลที่ท่านสูบบุหรี่ไฟฟ้า (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. มีเพื่อนหรือคนรู้จักสูบ  
 2. มีคนในครอบครัวสูบ  
 3. เชื่อว่าช่วยเลิกสูบบุหรี่ได้  
 4. เชื่อว่าอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ซอง  
 5. มีกลิ่นหอม/รสชาติหลากหลาย  
 6. เชื่อว่าไม่มีอันตรายต่อคนรอบข้าง

7. ดูเทห์ ทันสมัย
8. เชื่อว่าช่วยคลายเครียดได้
9. ราคาถูกกว่าบุหรี่ซอง

Q7218 ครั้งสุดท้ายที่สูบ ท่านได้/ซื้อ บุหรี่ไฟฟ้า มาจากที่ใด

1. แผงลอยข้างถนน เร่ขาย หรือตลาดนัด
2. สื่อสังคมออนไลน์ เช่น แอปขายของต่าง ๆ, Line, Facebook, Twitter, Instagram, TikTok, Website
3. ร้านขายบุหรี่ไฟฟ้า แบบมีหน้าร้าน
4. ได้ฟรี จากคนในครอบครัว
5. ได้ฟรี จากเพื่อน
6. ได้ฟรี จากบุคคลอื่น ที่ไม่ใช่เพื่อน หรือคนในครอบครัว
7. ซื้อจากต่างประเทศ
8. อื่น ๆ ระบุ .....

#### ยาสูบที่ไม่มีควัน

Q7219 ท่านเคยลองใช้ยาสูบที่ไม่มีควัน เช่น หมากผสมยาเส้น ยานัตถุ ยาเส้นเคี้ยว snus (snus) ใช่หรือไม่

1. ใช่  2. ไม่ใช่ → Q7222

Q7220 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านใช้ยาสูบที่ไม่มีควัน เช่น หมากผสมยาเส้น ยานัตถุ ยาเส้นเคี้ยว snus จำนวนกี่วัน

วัน

Q7221 โดยเฉลี่ยท่านใช้ยาสูบที่ไม่มีควัน เช่น หมากผสมยาเส้น ยานัตถุ ยาเส้นเคี้ยว snus ก็กี่ครั้งต่อวัน (1 ครั้ง คือ เคี้ยวจนบ้วนทิ้ง)

ครั้งต่อวัน

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

Q7222 สำหรับท่านที่เคยใช้ยาสูบ ปัจจุบันท่านไม่ได้ใช้ยาสูบทุกชนิด ใช่หรือไม่

1. ใช่ หยุดใช้นานเกิน 6 เดือน  2. ใช่ หยุดใช้นานน้อยกว่า 6 เดือน  3. ยังไม่หยุดใช้ → Q7225

Q7223 ท่านเลิกใช้ยาสูบทุกชนิด เมื่อท่านอายุเท่าไร   ปี

Q7224 ท่านเลิกใช้ยาสูบทุกชนิด มาเป็นระยะ เวลานานเท่าใด   ปี   เดือน  สัปดาห์ → Q7226

#### การพยายามเลิกใช้ยาสูบ

Q7225 สำหรับผู้ที่ใช้ยาสูบ ในขณะนี้ ท่านคิดจะเลิกใช้ยาสูบหรือไม่

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



## Q7300 การใช้กัญชาและกระท่อม

## การใช้กัญชา

"การใช้กัญชาในที่นี้ หมายถึง การให้ร่างกายได้รับสารในพืชกัญชาด้วยวิธีใดก็ได้ ไม่ว่าจะเพื่อการแพทย์หรือเพื่อความเพลิดเพลิน อาทิ เช่น คุกกี้ (มวนสูบ) ผสมบุหรี่ยสูบ ไล่ไปป์หรือบ้องแห้งแล้วสูบ ไล่บ้องไอน้ำแล้วสูบ กินหรือดื่ม หยดใต้ลิ้น เหน็บ/สวนทวาร บรรจุในแคปซูลและกิน ฟัน/ทา/อาบน้ำภายนอก ใส่ในบุหรี่ไฟฟ้า และหมายรวมถึงผลิตภัณฑ์ผสมกัญชาต่างๆ ด้วย อาทิ ขนมขบเคี้ยว ลูกอม เครื่องดื่ม อาหารปรุงสำเร็จ ฯลฯ"

Q7301 ในชีวิตนี้ ท่านเคยใช้กัญชาหรือไม่

 1. เคย 2. ไม่เคย → Q7320 3. ไม่ตอบ → Q7320Q7302 ท่านเริ่มใช้กัญชาครั้งแรกเมื่ออายุ   ปี (หากไม่แน่ใจ ใส่เลข 88 หากไม่ตอบ ใส่เลข 99)

Q7303 ท่านใช้กัญชาด้วยวัตถุประสงค์ด้านใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. นันทนาการ (เพื่อความเพลิดเพลิน-ผ่อนคลาย เข้าสังคม)
2. เหตุผลทางการแพทย์/รักษาโรค (เช่น แก้ปวดเมื่อย โรคมะเร็ง โรคลมชัก)
3. ช่วยให้นอนหลับ
4. ช่วยให้เจริญอาหาร
5. อยากรู้/อยากลอง
6. อื่นๆ ระบุ .....
7. ไม่ตอบ

Q7304 ท่านใช้กัญชาด้วยวัตถุประสงค์ใดมากที่สุด (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

1. นันทนาการ (เพื่อความเพลิดเพลิน-ผ่อนคลาย เข้าสังคม)
2. เหตุผลทางการแพทย์/รักษาโรค (เช่น แก้ปวดเมื่อย โรคมะเร็ง โรคลมชัก)
3. ช่วยให้นอนหลับ
4. ช่วยให้เจริญอาหาร
5. อยากรู้/อยากลอง
6. อื่นๆ ระบุ .....
7. ไม่ตอบ

Q7305 โดยทั่วไป ท่านใช้กัญชาบ่อยแค่ไหน

1. 1-3 ครั้งต่อปี
2. 4-7 ครั้งต่อปี
3. 8-11 ครั้งต่อปี
4. เดือนละครั้ง
5. เดือนละ 2-3 ครั้ง
6. สัปดาห์ละครั้ง
7. สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง
8. สัปดาห์ละ 4-6 ครั้ง
9. สัปดาห์ละ 7 ครั้ง (ทุกวัน)
10. ไม่ตอบ

Q7306 ท่านใช้กัญชาครั้งล่าสุดเมื่อใด

1. เกินกว่า 1 ปีก่อน
2. 9-12 เดือนก่อน
3. 6-8 เดือนก่อน
4. 3-5 เดือนก่อน
5. 1-2 เดือนก่อน
6. ภายในเดือนที่ผ่านมา แต่ไม่ได้ใช้ใน ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา
7. ภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ไม่ได้ใช้ใน ช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
8. ภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ไม่ได้ใช้นับตั้งแต่วานนี้
9. เมื่อวานนี้
10. วันนี้
11. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้
12. ไม่ตอบ

Q7307 ท่านใช้กัญชาโดยวิธีใดบ่อยที่สุด (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

1. สูบไอระเหย (ผสมบุหรี่ปุหรี่ไฟฟ้า/ บ้องไอน้ำ/แห้ง)
2. กินทางปาก (เพียว/ หยดใต้ลิ้น/หยดใส่แคปซูลแล้วกลืน)
3. ดมน้ำ/ซงติ่มเป็นชา
4. ใช้ภายนอก (สูดดมน้ำมัน/ ทา/อาบน้ำ/เหน็บ/สวนทวาร/หยดดวงตา)
5. ผสมในอาหาร/เครื่องดื่ม
6. อื่นๆ ระบุ .....

Q7308 ท่านใช้กัญชาในรูปแบบใดมากที่สุด

1. ดอก/ใบ/รากสด/แห้ง (เป็นผงหรือเป็นชิ้นส่วนตามรูปเดิม)
2. น้ำมันสกัด
3. ครีม/เจล/บาล์ม/ยาหม่อง/สบู/สเปรย์
4. คุกกี้/ขนม/กาแฟ/เจลลี่/อาหาร
5. อื่นๆ ระบุ .....

Q7309 โดยทั่วไป ท่านซื้อหรือได้รับกัญชาจากแหล่งใด

1. แพทย์แผนปัจจุบัน
2. แพทย์แผนไทย
3. แพทย์พื้นบ้าน
4. ชมรม สมาคม เครือข่ายไม่แสวงหากำไร
5. ผู้ค้า/ตลาดมืด/เว็บไซต์ออนไลน์
6. ปลูก/ผลิตเอง
7. เพื่อน/ญาติให้ฟรี
8. อื่นๆ ระบุ .....

Q7310 ท่านเสียค่าใช้จ่ายในการใช้กัญชาเฉลี่ยเดือนละกี่บาท  บาท

Q7311 ท่านปลูกกัญชาไว้ใช้เองด้วยหรือไม่

1. ใช่ จำนวน [a]  ต้น  2. ไม่ใช่

Q7312 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านใช้กัญชาบ่อยแค่ไหน

1. ไม่ได้ใช้เลย → Q7320  2. 1-3 ครั้งต่อปี  3. 4-7 ครั้งต่อปี  
 4. 8-11 ครั้งต่อปี  5. เดือนละครั้ง  6. เดือนละ 2-3 ครั้ง  
 7. สัปดาห์ละครั้ง  8. สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง  9. สัปดาห์ละ 4-6 ครั้ง  
 10. สัปดาห์ละ 7 ครั้ง (ทุกวัน)  11. ไม่ตอบ

Q7313 ในวันที่ท่านใช้กัญชา ท่านเมากัญชาหรือ "ลอย" ประมาณกี่ชั่วโมง

1. น้อยกว่า 1 ชั่วโมง หรือไม่มีอาการลอย  2. 1 หรือ 2 ชั่วโมง  3. 3 หรือ 4 ชั่วโมง  
 4. 5 หรือ 6 ชั่วโมง  5. 7 ชั่วโมงหรือมากกว่า  6. ไม่ตอบ

Q7314 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านพบว่าตนเองเมื่อเริ่มใช้กัญชาแล้วหยุดไม่ได้ บ่อยแค่ไหน

1. ไม่เคย  2. น้อยกว่าเดือนละครั้ง  3. เดือนละครั้ง  
 4. สัปดาห์ละครั้ง  5. ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน  6. ไม่ตอบ

Q7315 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านไม่สามารถทำสิ่งต่างๆ ได้เท่าที่ควร เพราะการใช้กัญชา บ่อยแค่ไหน

1. ไม่เคย  2. น้อยกว่าเดือนละครั้ง  3. เดือนละครั้ง  
 4. สัปดาห์ละครั้ง  5. ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน  6. ไม่ตอบ

Q7316 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านเสียเวลามากไปกับการหา ใช้ และถอนฤทธิ์กัญชา บ่อยแค่ไหน

1. ไม่เคย  2. น้อยกว่าเดือนละครั้ง  3. เดือนละครั้ง  
 4. สัปดาห์ละครั้ง  5. ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน  6. ไม่ตอบ

Q7317 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านประสบปัญหาเรื่องความจำหรือการตัดสินใจ หลังจากใช้กัญชา บ่อยแค่ไหน

1. ไม่เคย  2. น้อยกว่าเดือนละครั้ง  3. เดือนละครั้ง  
 4. สัปดาห์ละครั้ง  5. ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน  6. ไม่ตอบ

Q7318 ท่านใช้กัญชาในเวลาที่สามารถเกิดอันตรายได้ เช่น การขับรถ ควบคุมเครื่องจักร หรือดูแลเด็ก บ่อยแค่ไหน

1. ไม่เคย  2. น้อยกว่าเดือนละครั้ง  3. เดือนละครั้ง  
 4. สัปดาห์ละครั้ง  5. ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน  6. ไม่ตอบ

Q7319 ท่านเคยคิดจะลดหรือเลิกใช้กัญชาหรือไม่

1. ไม่เคย  2. เคยคิด แต่ไม่ได้คิดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา  
 3. เคยคิดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา  4. ไม่ตอบ

## การใช้กระท่อม

"การใช้กระท่อมในที่นี้ หมายถึง การให้ร่างกายได้รับพืชกระท่อมด้วยวิธีใดก็ได้ ไม่ว่าจะเพื่อการแพทย์หรือเพื่อความเพลิดเพลิน อาทิ เช่น การเคี้ยวใบสด การกินใบแห้ง ผงใบกระท่อมแห้ง ในรูปแบบชา หรือต้กกินผง แคปซูล ยาเม็ด ยาลูกกลอน การกินน้ำต้มใบกระท่อม ผสมน้ำอัดลม ชาเขียว เครื่องดื่มชูกำลัง หรือยาหรือสารชนิดอื่น (สี่คูณร้อย)"

Q7320 ในชีวิตนี้ ท่านเคยใช้พืชกระท่อมหรือไม่

1. เคย  2. ไม่เคย → Q7400  3. ไม่ตอบ → Q7400

Q7321 ท่านเริ่มใช้พืชกระท่อมครั้งแรกเมื่ออายุ  ปี (หากไม่แน่ใจ ใส่เลข 88 หากไม่ตอบ ใส่เลข 99)

Q7322 ท่านใช้พืชกระท่อมด้วยวัตถุประสงค์ด้านใดบ้าง (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. นันทนาการ (เพื่อความเพลิดเพลิน-ผ่อนคลาย เข้าสังคม)  
 2. เหตุผลทางการแพทย์/รักษาโรค (เช่น แก้ปวดเมื่อย โรคเบาหวาน แก้ไอ แก้ท้องเสีย)  
 3. ใช้เพื่อให้มีแรงทำงานหรือกิจกรรมมากขึ้น  
 4. อื่นๆ ระบุ .....  5. ไม่ตอบ

Q7323 ท่านใช้พืชกระท่อมด้วยวัตถุประสงค์ใดมากที่สุด (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

1. นันทนาการ (เพื่อความเพลิดเพลิน-ผ่อนคลาย เข้าสังคม)  
 2. เหตุผลทางการแพทย์/รักษาโรค (เช่น แก้ปวดเมื่อย โรคเบาหวาน แก้ไอ แก้ท้องเสีย)  
 3. ใช้เพื่อให้มีแรงทำงานหรือกิจกรรมมากขึ้น  
 4. อื่นๆ ระบุ .....  5. ไม่ตอบ

Q7324 โดยทั่วไป ท่านใช้พืชกระท่อมบ่อยแค่ไหน

1. 1-3 ครั้งต่อปี  2. 4-7 ครั้งต่อปี  3. 8-11 ครั้งต่อปี  
 4. เดือนละครั้ง  5. เดือนละ 2-3 ครั้ง  6. สัปดาห์ละครั้ง  
 7. สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง  8. สัปดาห์ละ 4-6 ครั้ง  9. สัปดาห์ละ 7 ครั้ง (ทุกวัน)  
 10. ไม่ตอบ

Q7325 ท่านใช้พืชกระท่อมครั้งล่าสุด เมื่อใด

1. เกินกว่า 1 ปีก่อน  
 2. 9-12 เดือนก่อน  
 3. 6-8 เดือนก่อน  
 4. 3-5 เดือนก่อน  
 5. 1-2 เดือนก่อน  
 6. ภายในเดือนที่ผ่านมา แต่ไม่ได้ใช้ใน ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

7. ภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ไม่ได้ใช้ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
8. ภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ไม่ได้ใช้นับตั้งแต่วานนี้
9. เมื่อก่อน
10. วันนี้
11. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้
12. ไม่ตอบ

Q7326 ท่านใช้พืชกระท่อมโดยวิธีใดบ่อยที่สุด (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

1. เคี้ยวใบสด
2. น้ำต้มกระท่อมผสมเครื่องดื่ม และ/หรือยาชนิดอื่น (สีคุณร้อย)
3. ต้มน้ำ/ชงดื่มเป็นชา
4. ผสมในอาหาร/เครื่องดื่ม
5. อื่นๆ ระบุ .....

Q7327 โดยทั่วไป ท่านซื้อหรือได้รับพืชกระท่อมจากแหล่งใด

1. ปลุก/ผลิตเอง
2. ซื้อจากร้านขายริมถนน
3. แพทย์พื้นบ้าน
4. ซื้อจากตลาด/ร้านค้าในท้องถิ่น
5. ผู้ค้า/ตลาดมืด/เว็บไซต์ออนไลน์
6. เพื่อน/ญาติให้ฟรี ระบุว่าผู้ให้ได้มาจากแหล่งใด.....
7. อื่นๆ ระบุ .....

Q7328 ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายในการใช้พืชกระท่อมเฉลี่ยเดือนละกี่บาท  บาท

Q7329 ท่านปลูกกระท่อมไว้ใช้เองด้วยหรือไม่

1. ใช่ จำนวน [a]  ต้น
2. ไม่ใช่

#### Q7400 การดื่มแอลกอฮอล์

คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง น้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์ เบียร์ ไวน์ เหล้าแดง เหล้าขาว บรั่นดี ยาดองเหล้า เหล้าจีน เชียงขุน เหมมาเถ ไหล้าพื้นบ้าน อุ/กระแช่ สาโท วิสกี้นอก)

Q7401 ตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา ท่านเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือไม่ เช่น เบียร์ ไวน์ เหล้าขาว ยาดองเหล้า เหล้าแดง อุ กระแช่ หวาก โขจู สาเก เหล้าบ๊วย (แสดงภาพเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือตัวอย่างเครื่องดื่มฯ)

1. เคย
2. ไม่เคย → Q7422

Q7402 ท่านเริ่มดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ตั้งแต่อายุเท่าไร  ปี

Q7403 ท่านเคยหยุดตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ เนื่องจากเหตุผลทางสุขภาพหรือไม่ เช่น มีปัญหาสุขภาพ หรือแพทย์/บุคลากรทางสุขภาพแนะนำให้หยุดตี

1. เคย  2. ไม่เคย

Q7404 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ หรือไม่

1. เคย  2. ไม่เคย → Q7420

Q7405 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านตีเครื่องตีแอลกอฮอล์บ่อยเพียงไร

1. 4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์  2. 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์

3. 2-4 ครั้งต่อเดือน  4. เดือนละครั้ง หรือน้อยกว่า

Q7406 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้ตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ประเภทใดบ้าง ให้เลือกประเภทสุรา 4 ประเภทที่ตีบ่อยที่สุด (การตีบ่อย ไม่ได้หมายถึง การตีปริมาณมาก) *ต้องตอบเรียงลำดับ ตัวเลข 1 ถึง 4*

1. เบียร์ / คราฟเบียร์  2. สุราขาว / สุรากลั่นชุมชน / ยาตองเหล้า / เหล้าบ๊วย / วอดก้า / เหล้าจีน

3. สุราสี/สุราแดง  4. ไวน์องุ่น / ไวน์ผลไม้ / แชมเปญ

5. ไวน์คูลเลอร์ / สุราผสมน้ำผลไม้ / เหล้าปั่น  6. สุราแช่พื้นบ้าน (สาโท อุ กระแช่ ม้ากอลลี สาเก ฯลฯ)

7. โขจู  8. เบียร์ไม่มีแอลกอฮอล์

9. อื่น ๆ ระบุ.....  10. ไม่มี

Q7407 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านตีเครื่องตีแอลกอฮอล์อย่างน้อยในปริมาณดังนี้ ในช่วงเวลาเดียวกัน บ่อยแค่ไหน

ผู้หญิง: 4 ตีม (หน่วยมาตรฐาน) ได้แก่ เบียร์มากกว่า 4 กระป๋อง หรือ 2 ขวดใหญ่/ เหล้า 4 เป๊กขึ้นไป/ ไวน์ 4 แก้ว

ผู้ชาย: 5 ตีม (หน่วยมาตรฐาน) ได้แก่ เบียร์มากกว่า 5 กระป๋อง หรือ 2 ขวดใหญ่/ เหล้า 5 เป๊กขึ้นไป/ ไวน์ 5 แก้ว

1. ไม่เคยเลย  2. น้อยกว่าเดือนละครั้ง  3. เดือนละครั้ง

4. สัปดาห์ละครั้ง  5. ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน

Q7408 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ หรือไม่

1. เคย  2. ไม่เคย → Q7413

Q7409-Q7412 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา โดยปกติแล้ว ท่านได้ตีเครื่องตีแอลกอฮอล์แต่ละชนิดมากน้อยเพียงไร (ให้เลือกมาเฉพาะ 4 อันดับแรก) **\*\*การบันทึกประเภทชนิดและปริมาณ ให้ดูคู่มือประกอบ**

ชนิดของเครื่องดื่ม (ประเภทเครื่องดื่มฯ ตามข้อ Q7406)	ความถี่ของการตี [a]						ปริมาณที่ตีต่อวัน	
	ทุก วัน (1)	5-6 วัน/ส (2)	3-4 วัน/ส (3)	1-2 วัน/ส (4)	1-3 วัน/ด (5)	ไม่ตี เลย (6)	รหัสประเภท ภาษา [b]	จำนวนหน่วยของ ภาษาที่ระบุต่อคน [c]
Q7409 ที่ตีบ่อยเป็นอันดับหนึ่ง ระบุ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/>
Q7410 ที่ตีบ่อยเป็นอันดับสอง ระบุ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/>
Q7411 ที่ตีบ่อยเป็นอันดับสาม ระบุ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/>
Q7412 ที่ตีบ่อยเป็นอันดับสี่ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/>

Q7413 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยดื่มสุราเถื่อน / เหล้าต้ม / เหล้าชุมชน ที่ไม่เสียภาษีหรือไม่

1. ทุกวัน  2. 5-6 วันต่อสัปดาห์  3. 3-4 วันต่อสัปดาห์  
 4. 1-2 วันต่อสัปดาห์  5. 1-3 วันต่อเดือน  6. ไม่ดื่มเลย → Q7414

[b] รหัสประเภทภักษา (ดูรหัสภักษาข้างล่าง)  .  [c] จำนวนหน่วยของภักษาที่ระบุต่อคน

Q7414 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยดื่มสุรานอก หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่างประเทศที่ไม่เสียภาษี (เช่น เครื่องดื่มฯ ที่ซื้อจากร้านปลอดภาษี หรือลักลอบนำเข้าโดยไม่เสียภาษี) หรือไม่

1. ทุกวัน  2. 5-6 วันต่อสัปดาห์  3. 3-4 วันต่อสัปดาห์  
 4. 1-2 วันต่อสัปดาห์  5. 1-3 วันต่อเดือน  6. ไม่ดื่มเลย → Q7415

[b] รหัสประเภทภักษา (ดูรหัสภักษาข้างล่าง)  .  [c] จำนวนหน่วยของภักษาที่ระบุต่อคน

Q7415 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา บ่อยเพียงไรที่ท่านพบว่าท่านไม่สามารถที่จะหยุดดื่มได้ หากท่านได้เริ่มต้นดื่มแล้ว

1. ทุกวันหรือเกือบทุกวัน  2. ทุกสัปดาห์  3. ทุกเดือน  
 4. น้อยกว่าเดือนละครั้ง  5. ไม่เคยเลย

Q7416 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา บ่อยเพียงไรที่ท่านไม่สามารถทำสิ่งที่ท่านควรจะต้องทำได้ตามปกติ เนื่องจากท่านดื่มสุรา

1. ทุกวันหรือเกือบทุกวัน  2. ทุกสัปดาห์  3. ทุกเดือน  
 4. น้อยกว่าเดือนละครั้ง  5. ไม่เคยเลย

Q7417 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา บ่อยเพียงไรที่ท่านต้องรีบดื่มทันทีในตอนเช้า เพื่อจะได้ดำเนินชีวิตตามปกติ หรือถอนอาการเมาค้างจากการดื่มหนักในคืนที่ผ่านมา

1. ทุกวันหรือเกือบทุกวัน  2. ทุกสัปดาห์  3. ทุกเดือน  
 4. น้อยกว่าเดือนละครั้ง  5. ไม่เคยเลย

Q7418 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา บ่อยเพียงไรที่ท่านรู้สึกไม่ดี โกรธ หรือเสียใจ เนื่องจากคุณได้ทำบางสิ่งบางอย่างลงไปขณะที่คุณดื่ม

1. ทุกวันหรือเกือบทุกวัน  2. ทุกสัปดาห์  3. ทุกเดือน  
 4. น้อยกว่าเดือนละครั้ง  5. ไม่เคยเลย

Q7419 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา บ่อยเพียงไรที่ท่านไม่สามารถจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ผ่านมา หลังจากคุณดื่ม

1. ทุกวันหรือเกือบทุกวัน  2. ทุกสัปดาห์  3. ทุกเดือน  
 4. น้อยกว่าเดือนละครั้ง  5. ไม่เคยเลย

Q7420 ตัวท่านเองหรือคนอื่นเคยได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลจากการดื่มสุราของท่านหรือไม่

1. เคย และเกิดขึ้นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา  2. เคย แต่ไม่ได้เกิดขึ้นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา  3. ไม่เคยเลย

Q7421 เคยมีแพทย์หรือบุคลากรทางแพทย์ หรือเพื่อนฝูง หรือญาติพี่น้อง แสดงความเป็นห่วงเป็นใยต่อการดื่มของท่านหรือแนะนำให้ท่านเลิกดื่มบ้างหรือไม่

1. เคย และเกิดขึ้นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา  2. เคย แต่ไม่ได้เกิดขึ้นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา  3. ไม่เคยเลย

Q7422 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีปัญหาครอบครัว หรือปัญหาเกี่ยวกับบุตรของท่าน เนื่องจากการดื่มของคนอื่นหรือไม่

1. เคย มากกว่าเดือนละครั้ง  2. เคย ทุกเดือนๆ ละครั้ง  3. เคย หลายครั้งแต่ไม่ใช่ทุกเดือน  
 4. เคย 1 - 2 ครั้ง  5. ไม่เคยเลย

Q-code

Q7423 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยถูกเจ้าพนักงานจราจรตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ทางลมหายใจขณะขับซีรียนต์หรือรถจักรยานยนต์หรือไม่

1. เคยถูกตรวจ  2. ขับขี่แต่ไม่เคยถูกตรวจ  3. ไม่ได้ขับขี่ในรอบ 12 เดือน

Q7424 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจนต้องได้รับการรักษาพยาบาล หรือหยุดงาน หยุดเรียน หรือต้องพักการทำงาน กิจวัตรปกติอย่างน้อยหนึ่งวัน จากสาเหตุต่อไปนี้กี่ครั้ง

สาเหตุการบาดเจ็บ	จำนวนการบาดเจ็บ (ครั้ง) [a]	เหตุการณ์นี้เกิดจากการตี้มของตนเองหรือผู้อื่นหรือไม่	
		เกิดจากตนเอง (ครั้ง) [b]	เกิดจากผู้อื่น (ครั้ง) [c]
1) อุบัติเหตุจราจร	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2) ความรุนแรงในครัวเรือน	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3) การประทุษร้าย	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4) ทำร้ายตนเอง	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5) การคุกคามทางเพศ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6) ทกล้ม ไฟไหม้ ตกน้ำ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7) อื่น ๆ (ระบุ).....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Q7425 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับอุบัติเหตุที่ไม่ได้รับบาดเจ็บ แต่ทำให้ทรัพย์สินเสียหายหรือต้องจ่ายเงินต่อไปนี่กี่ครั้ง	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Q7426 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยร่วมงานบุญประเพณีระดับชาติหรือระดับจังหวัดที่มีการห้ามตี้มเครื่องตี้มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่

1. เคย  2. ไม่เคย  3. ไม่แน่ใจ

**Q7500 การใช้ยาและอาหารเสริม**

Q7501 ปัจจุบันท่านมียาที่ต้องกินเป็นประจำ (ไม่รวมสมุนไพรและอาหารเสริม) อยู่ที่ชนิด  ชนิด

**ยาแก้ปวด ยาแก้ปวดกล้ำเนื้อ ยาคลายเส้น**

Q7502 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านใช้ยาแก้ปวดบ่อยเพียงใด

1. ไม่ได้กินยาแก้ปวดเลย → Q7507  2. 1 วันหรือน้อยกว่า 1 วัน/สัปดาห์  
 3. 2-3 วัน /สัปดาห์  4. 4-6 วันต่อสัปดาห์  5. ทุกวัน

Q7503 ถ้ากินเกือบทุกวันหรือทุกวัน ท่านใช้ยาแก้ปวดชนิดใด ระบุชื่อ..... (generic, trade name) ให้ตรวจสอบจากชื่อยาที่ผู้ถูกสำรวจนำมา

Q7504 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ท่านใช้ยาแก้ปวดเพราะเหตุใด (ตอบข้อที่เป็นสาเหตุบ่อยที่สุดเพียงข้อเดียว)

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

Q7505 ครั้งสุดท้ายที่ท่านได้รับยาแก้ปวด ท่านได้รับยามาจากที่ใด (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

1. โรงพยาบาล → Q7507
2. คลินิก/ โพลีคลินิก → Q7507
3. สถานีอนามัย/ ศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชน → Q7507
4. ร้านค้า
5. เพื่อน ญาติ คนรู้จัก → Q7507
6. ร้านขายยา โดยตามใบสั่งแพทย์
7. ร้านขายยา ปรีกษาเภสัชกร
8. ร้านขายยา โดยผู้ขายยาแนะนำ
9. ร้านขายยา ตัวท่านเองระบุชื่อยา.....
10. อื่นๆ ระบุ..... → Q7507

Q7506 กรณีที่ได้ยาแก้ปวดจากร้านค้าหรือร้านขายยา ท่านได้รับเป็นยาชุด ใช่หรือไม่ (ยาชุด คือ มียาหลายอย่างรวมกันในหนึ่งถุง)

1. ใช่  2. ไม่ใช่

#### ยาคลายเครียด หรือ ยานอนหลับ

Q7507 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้กินยาคลายเครียดหรือยานอนหลับบ้างหรือไม่

1. ใช่  2. ไม่ใช่ → Q7510

Q7508 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านกินยาคลายเครียดหรือยานอนหลับบ่อยเพียงใด

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

Q7509 ท่านได้รับยาคลายเครียด หรือยานอนหลับ มาจากที่ใด (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. โรงพยาบาล
2. คลินิก/ โพลีคลินิก
3. สถานีอนามัย/ ศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชน
4. ร้านค้า
5. เพื่อน ญาติ คนรู้จัก
6. ร้านขายยา โดยตามใบสั่งแพทย์
7. ร้านขายยา ปรีกษาเภสัชกร
8. ร้านขายยา โดยผู้ขายยาแนะนำ
9. ร้านขายยา ตัวท่านเองระบุชื่อยา.....
10. อื่นๆ ระบุ.....

## ยาระบาย

Q7510 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้กินยาระบาย บ้างหรือไม่

1. ใช่  2. ไม่ใช่ → Q7513

Q7511 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านกินยาระบาย บ่อยเพียงใด

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

Q7512 ท่านได้รับยาระบาย มาจากที่ใด (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. โรงพยาบาล  
 2. คลินิก/ โพลีคลินิก  
 3. สถานีอนามัย/ ศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชน  
 4. ร้านค้า  
 5. เพื่อน ญาติ คนรู้จัก  
 6. ร้านขายยา โดยตามใบสั่งแพทย์  
 7. ร้านขายยา ปรีกษาเภสัชกร  
 8. ร้านขายยา โดยผู้ขายยาแนะนำ  
 9. ร้านขายยา ตัวท่านเองระบุชื่อยา.....  
 10. อื่นๆ ระบุ.....

## ยาปฏิชีวนะ

Q7513 อาการหวัด (ไม่เรื้อรัง) / หวัดเจ็บคอ

Q7513a ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการหวัด (ไม่เรื้อรัง) / หวัดเจ็บคอ หรือไม่

1. ใช่  2. ไม่ใช่ → Q7514a

Q7513b หากท่านมีอาการหวัด (ไม่เรื้อรัง) / หวัดเจ็บคอ ท่านได้รับยาปฏิชีวนะหรือไม่

1. ได้  2. ไม่ได้ → Q7514a  3. ไม่ทราบ → Q7514a

Q7513c แหล่งยาปฏิชีวนะที่ท่านได้รับครั้งสุดท้าย จากอาการหวัด (ไม่เรื้อรัง) / หวัดเจ็บคอ คือที่ใด

1. โรงพยาบาล  2. คลินิก/ โพลีคลินิก  3. สถานีอนามัย/ ศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชน  
 4. ร้านค้า  5. เพื่อน ญาติ คนรู้จัก  6. ร้านขายยา โดยตามใบสั่งแพทย์  
 7. ร้านขายยา ปรีกษาเภสัชกร  8. ร้านขายยา โดยผู้ขายยาแนะนำ  
 9. ร้านขายยา ตัวท่านเองระบุชื่อยา.....  10. อื่นๆ ระบุ.....

Q7514 ท้องเสียเฉียบพลัน

Q7514a ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการท้องเสียเฉียบพลัน หรือไม่

1. ใช่  2. ไม่ใช่ → Q7515a

Q7514b หากท่านมีอาการท้องเสียเฉียบพลัน ท่านได้รับยาปฏิชีวนะหรือไม่

1. ได้  2. ไม่ได้ → Q7515a  3. ไม่ทราบ → Q7515a

Q7514c แหล่งยาปฏิชีวนะที่ท่านได้รับครั้งสุดท้าย จากอาการท้องเสียเฉียบพลัน คือที่ใด

1. โรงพยาบาล  2. คลินิก/ โพลีคลินิก  3. สถานีอนามัย/ ศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชน  
 4. ร้านค้า  5. เพื่อน ญาติ คนรู้จัก  6. ร้านขายยา โดยตามใบสั่งแพทย์  
 7. ร้านขายยา ปรีกษาเภสัชกร  8. ร้านขายยา โดยผู้ขายยาแนะนำ  
 9. ร้านขายยา ตัวท่านเองระบุชื่อยา.....  10. อื่นๆ ระบุ.....

## Q7515 แผลฉีกขาด/แผลเลือดออก

Q7515a ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการแผลฉีกขาด/แผลเลือดออก หรือไม่

1. ใช่  2. ไม่ใช่ → Q7516

Q7515b หากท่านมีอาการแผลฉีกขาด/แผลเลือดออก ท่านได้รับยาปฏิชีวนะหรือไม่

1. ได้  2. ไม่ได้ → Q7516  3. ไม่ทราบ → Q7516

Q7515c แหล่งยาปฏิชีวนะที่ท่านได้รับครั้งสุดท้าย จากอาการแผลฉีกขาด/แผลเลือดออก คือที่ใด

1. โรงพยาบาล  2. คลินิก/ โพลีคลินิก  3. สถานีอนามัย/ ศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชน  
 4. ร้านค้า  5. เพื่อน ญาติ คนรู้จัก  6. ร้านขายยา โดยตามใบสั่งแพทย์  
 7. ร้านขายยา ปรีกษาเภสัชกร  8. ร้านขายยา โดยผู้ขายยาแนะนำ  
 9. ร้านขายยา ตัวท่านเองระบุชื่อยา.....  10. อื่นๆ ระบุ.....

## ยาสมุนไพร

ยาสมุนไพร เป็นยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพรเดี่ยว โดยอาจได้หรือไม่ได้รับเลขทะเบียนยาแผนโบราณจาก อย.

Q7516 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้ใช้ยาสมุนไพรบ้างหรือไม่

1. ใช่  2. ไม่ใช่ → Q7520

Q7517 ท่านใช้ยาสมุนไพรสำหรับรักษาโรค / บรรเทาอาการอะไร (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ปวดข้อ ปวดเมื่อย  2. หอบหืด  3. บำรุงร่างกาย /บำรุงโลหิต  
 4. เพื่อความสวยงาม  5. ติดเชื้อ  6. ท้องอืด ท้องเฟ้อ  
 7. อาการหวัด  8. อาการไอ  9. เบาหวาน  
 10. ความดันเลือดสูง  11. บำรุงไต  12. บำรุงตับ  
 13. อื่นๆระบุ.....

Q7518 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านกินยาสมุนไพรบ่อยเพียงใด

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

Q7519 ท่านได้รับยาสมุนไพร มาจากที่ใด (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

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

**ยากัญชา**

Q7520 ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยใช้กัญชา หรือยาสกัดจากกัญชา หรือไม่

- |                                 |                                            |                                                    |
|---------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. เคย | <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย → Q7523 | <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ/ไม่ตอบ → Q7523 |
|---------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------|

Q7521 ท่านใช้ยากัญชา สำหรับรักษาโรค/บรรเทาอาการอะไร (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- |                                                 |                                          |                                        |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. มะเร็ง              | <input type="checkbox"/> 2. โรคลมชัก     | <input type="checkbox"/> 3. ปวดทุกชนิด |
| <input type="checkbox"/> 4. นอนไม่หลับ          | <input type="checkbox"/> 5. ภาวะซึมเศร้า | <input type="checkbox"/> 6. เบาหวาน    |
| <input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ โปรดระบุ..... |                                          |                                        |

Q7522 ท่านได้ยากัญชา มาจากที่ใด (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- |                                                                                            |                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. โรงพยาบาล/คลินิก                                               | <input type="checkbox"/> 2. สถานีอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชน |
| <input type="checkbox"/> 3. ร้านยา                                                         | <input type="checkbox"/> 4. ร้านค้า                                 |
| <input type="checkbox"/> 5. เพื่อน ญาติ คนรู้จัก                                           | <input type="checkbox"/> 6. วัด                                     |
| <input type="checkbox"/> 7. การขายตรง (เช่น โฆษณาทางทีวี การเร่ขาย ร้านค้าทางอินเทอร์เน็ต) |                                                                     |
| <input type="checkbox"/> 8. อื่นๆ ระบุ.....                                                |                                                                     |
| <input type="checkbox"/> 9. เพาะปลูกเอง                                                    |                                                                     |

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

Q7523 ปัจจุบันท่านกิน (ทั้งที่กินประจำและครั้งคราว) อาหารเสริมประเภทใดบ้าง (ตอบทุกข้อ)

1) น้ำมันปลา (ไม่ใช่ น้ำมันตับปลา)	<input type="checkbox"/> 1. กิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่กิน
2) สารสกัดแปะก๊วย	<input type="checkbox"/> 1. กิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่กิน
3) สารสกัดเมล็ดองุ่น	<input type="checkbox"/> 1. กิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่กิน
4) น้ำลูกยอ	<input type="checkbox"/> 1. กิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่กิน
5) สาหร่ายเกลียวทอง	<input type="checkbox"/> 1. กิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่กิน
6) นมผึ้ง	<input type="checkbox"/> 1. กิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่กิน

		Q-code							
7) Co-enzyme Q10	<input type="checkbox"/> 1. กิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่กิน							
8) ชูบไก่สกัด	<input type="checkbox"/> 1. กิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่กิน							
9) คอลลาเจน	<input type="checkbox"/> 1. กิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่กิน							
10) แคลเซียม	<input type="checkbox"/> 1. กิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่กิน							
11) วิตามินดี	<input type="checkbox"/> 1. กิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่กิน							
12) รังนก	<input type="checkbox"/> 1. กิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่กิน							
13) ถั่งเช่า	<input type="checkbox"/> 1. กิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่กิน							
14) กระเทียมดำ	<input type="checkbox"/> 1. กิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่กิน							
15) กระชาย	<input type="checkbox"/> 1. กิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่กิน							
16) เห็ดหลินจือ	<input type="checkbox"/> 1. กิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่กิน							
17) โพรตีนชง	<input type="checkbox"/> 1. กิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่กิน							
18) อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> 1. กิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่กิน							
Q7524 ท่านซื้อหรือได้รับอาหารเสริม มาจากที่ใด (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)									
<input type="checkbox"/> 1. โรงพยาบาล/ คลินิก <input type="checkbox"/> 2. ร้านยา <input type="checkbox"/> 3. ร้านค้า <input type="checkbox"/> 4. การขายตรง (เช่น โฆษณาทางทีวี การร่ำขาย ร้านค้าทางอินเทอร์เน็ต) <input type="checkbox"/> 5. เพื่อน ญาติ คนรู้จัก <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ ระบุ.....									
<b>Q7600 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (Food and Nutrition)</b>									
<b>ส่วน A พฤติกรรมในการบริโภคอาหาร</b>									
Q7616 ท่านกินอาหารครบ 3 มื้อหลักหรือไม่									
<input type="checkbox"/> 1. ใช่ → Q7618 <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่									
Q7617 โดยส่วนใหญ่ ท่านงดกินอาหารมือใด									
<input type="checkbox"/> 1. มื้อเช้า <input type="checkbox"/> 2. มื้อกลางวัน <input type="checkbox"/> 3. มื้อเย็น									
Q7618 โดยปกติ ท่านทำกิจกรรมต่างๆ ขณะกินอาหาร เช่น ดูโทรทัศน์ เล่นของเล่น/เกมส์คอมพิวเตอร์ เล่นโทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต เดิน/วิ่งเล่น อ่านหนังสือหรือไม่									
<input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่									
Q7621 ในวันทำงาน โดยทั่วไป อาหารมื้อเย็นที่ท่านกินบ่อยที่สุดเป็นอาหารแบบใด (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)									
<input type="checkbox"/> 1. อาหารที่ทำกินเองที่บ้าน → Q7623 <input type="checkbox"/> 2. อาหารถุงปรุงสุกสำเร็จ <input type="checkbox"/> 3. อาหารตามสั่ง <input type="checkbox"/> 4. อาหารสำเร็จรูปบรรจุซอง/กระป๋อง <input type="checkbox"/> 5. อาหารปิ่นโตรับเป็นรายเดือน <input type="checkbox"/> 6. อาหารแช่แข็งสำเร็จรูปมาเก็บไว้ เมื่อกินจะนำมาอุ่น									
แบบผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ครั้งที่ 7 2567-2568 (10 ก.ย.2567)								หน้า 52 จาก 61	

Q7622 ในวันทำงาน แหล่งที่มาของอาหารนอกบ้านมือเย็นที่ท่านกินบ่อยที่สุดเป็นอาหารที่ซื้อมาจาก (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

- |                                                                               |                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. รถเร่/เรือเร่ขายอาหาร/อาหารริมบาทวิถี/อาหารริมทาง | <input type="checkbox"/> 2. ตลาด/ตลาดนัด (ร้านไม่เคลื่อนย้าย) |
| <input type="checkbox"/> 3. ร้านอาหารตามสั่ง/ภัตตาคาร/ร้านอาหารทั่วไป         | <input type="checkbox"/> 4. ร้านสะดวกซื้อ                     |
| <input type="checkbox"/> 5. ร้านขายอาหารฟาสต์ฟู้ด                             | <input type="checkbox"/> 6. ซูเปอร์มาร์เก็ตในห้างสรรพสินค้า   |
| <input type="checkbox"/> 7. บริการส่งอาหารถึงบ้าน food delivery               |                                                               |

Q7623 ในวันเสาร์หรืออาทิตย์ ท่านกินอาหารมือหลัก (เช้า กลางวัน เย็น) นอกบ้านกี่มื้อ

หมายเหตุ อาหารนอกบ้าน หมายถึง อาหารที่ไม่ได้ทำเองที่บ้าน

จำนวนมื้อต่อวัน  0 มื้อ → Q7626  1 มื้อ  2 มื้อ  3 มื้อ

Q7624 ในวันเสาร์หรืออาทิตย์ อาหารนอกบ้านที่ท่านกินบ่อยที่สุดเป็นอาหารแบบใด (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

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

Q7625 ในวันเสาร์หรืออาทิตย์ แหล่งที่มาของอาหารนอกบ้านมือหลักที่ท่านกินบ่อยที่สุดเป็นอาหารที่ซื้อมาจาก (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

- |                                                                               |                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. รถเร่/เรือเร่ขายอาหาร/อาหารริมบาทวิถี/อาหารริมทาง | <input type="checkbox"/> 2. ตลาด/ตลาดนัด (ร้านไม่เคลื่อนย้าย) |
| <input type="checkbox"/> 3. ร้านอาหารตามสั่ง/ภัตตาคาร/ร้านอาหารทั่วไป         | <input type="checkbox"/> 4. ร้านสะดวกซื้อ                     |
| <input type="checkbox"/> 5. ร้านขายอาหารฟาสต์ฟู้ด                             | <input type="checkbox"/> 6. ซูเปอร์มาร์เก็ตในห้างสรรพสินค้า   |
| <input type="checkbox"/> 7. บริการส่งอาหารถึงบ้าน food delivery               |                                                               |

Q7626 ปัจจุบันท่านเป็นคนกินอาหารมังสวิรัตืใช่หรือไม่

1. ใช่ กินประจำทุกมื้อ
2. ใช่ กินเป็นครั้งคราว
3. ไม่ใช่

Q7627 โดยส่วนใหญ่ครอบครัวท่านใช้น้ำมันชนิดใดในการประกอบ/ปรุงอาหารเป็นประจำ (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

1. น้ำมันพืช: น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว น้ำมันดอกทานตะวัน น้ำมันมะกอก ฯลฯ
2. น้ำมันพืช: น้ำมันปาล์ม
3. น้ำมันพืช: น้ำมันมะพร้าว
4. น้ำมันพืช: ไม่ทราบชนิด
5. น้ำมันหมู
6. เนย หรือ margarine
7. ไม่ทราบ
8. อื่นๆ ระบุ.....
9. ไม่ใช่

## ส่วน B ชุดที่ 3 ความถี่อาหารบริโภคถึงปริมาณสำหรับการบริโภคทั่วไป

ข้อปฏิบัติสำหรับพนักงานสัมภาษณ์

1. ให้ผู้สัมภาษณ์ถาม ดังนี้ “โดยทั่วไปในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านกินอาหารประเภท.....หรือไม่ (ผู้สัมภาษณ์ต้องอ่านรายการอาหารในแต่ละข้อให้ครบถ้วน)
2. สำหรับประเภทอาหารที่ “ผู้ถูกสำรวจ” ระบุว่ากิน ให้ถามต่อว่า “ท่านกินอาหารดังกล่าว.....บ่อยเพียงใด”
3. ในขณะที่ถามความถี่ในการบริโภคอาหารให้ใช้แผนภาพความถี่ของการบริโภคอาหารในสมุดภาพ ประกอบการถามการบริโภคอาหารประเภทต่างๆ และการจดบันทึก โดย ให้กาเครื่องหมาย X ลงใน

Q7630 โดยทั่วไปท่านกินอาหารในประเภทต่อไปนี้บ่อยเพียงใด	ไม่กิน เลย (1)	<1 ครั้ง/ด (2)	1-3 ครั้ง/ด (3)	1-3 ครั้ง/ส (4)	4-6 ครั้ง/ส (5)	1 ครั้ง/ว (6)	>1 ครั้ง/ว (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 กุนเชียงหมูยอ 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. กุ้ง หอย ปู ปลาหมึก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. เครื่องในสัตว์ ตับ เลือด ลำไส้	<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 ถั่วแดง ถั่วแระ เต้าหู้หลอดขาว ฟองเต้าหู้ โปรตีนเกษตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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. ก๋วยเตี๋ยวต่างๆ รวมเส้นก๋วยจั๊บ วุ้นเส้น ขนมจีน	<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 ยำยำ ไวไว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ขนมปังขาว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ขนมปังโฮลวีท (ขนมปังธัญพืช)	<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 กล้วยแขกลูกชิ้นทอด แค็บหมู ฯลฯ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. อาหารจานด่วนตะวันตก เช่น พิซซา แฮมเบอร์เกอร์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. อาหารคาวที่มีกะทิ เช่น แกงเผ็ด ต้มข่า, อาหารคาวที่มีน้ำมัน เช่น แกงอ่อม ขนมจีนน้ำเงี้ยว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

โดยทั่วไปท่านกินอาหารในประเภทต่อไปนี้บ่อยเพียงใด	Q-code						
	ไม่กิน เลย (1)	<1 ครั้ง/ด (2)	1-3 ครั้ง/ด (3)	1-3 ครั้ง/ส (4)	4-6 ครั้ง/ส (5)	1 ครั้ง/ว (6)	>1 ครั้ง/ว (7)
20. ปลา ร้า ปลาเจ่า น้ำบูดู 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 น้ำพริกขี้เหล็ก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ผลไม้รสหวาน เช่น องุ่น ลองกอง ทุเรียน ลำไย ลิ้นจี่ มะม่วงสุก ขนุน ละมุด น้อยหน่า อ้อย กัลยัมย 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 แอปเปิ้ล แก้วมังกร	<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 กัลยัมยฉาบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ผลไม้เชื่อม เช่น สาเกเชื่อม กัลยัมยเชื่อม 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 เอ็ม 150	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. เครื่องดื่มสำหรับนักกีฬา เช่น สปอนเซอร์ เอ็มสปอร์ต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. ชา กาแฟ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. อาหารที่มีเนย/มาการีนและแป้ง เช่น เค้ก คุกกี้ โดนัท พาย ขนมปังมีไส้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. ขนมหวานทำจากไข่แดงเช่น ทองหยิบ ฝอยทองทองหยอด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. ขนมใส่น้ำเชื่อม เช่น ถั่วเขียวต้มน้ำตาล มันต้มน้ำตาลสาชู น้ำเชื่อม 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 กัลยัมยบัวต๋อง วุ้นกะทิ ข้าวต้มมัด	<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 ความถี่อาหารบริโภคถึงปริมาณสำหรับบริโภคผลไม้และผัก

ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ดูรูปขนาดส่วนบริโภคของผลไม้และผักในสมุดภาพตัวอย่างผลไม้และผัก และอุปกรณ์การประมาณขนาดอาหารบริโภค ได้แก่ ทัพพีตักข้าว พร้อมทั้งให้คำอธิบายต่อไปนี้

“คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวข้องกับการกินผลไม้และผักที่ท่านกินเป็นประจำ ขอให้ท่านตอบคำถามต่อไปนี้โดยคิดถึง ความถี่ในการกินผลไม้และผักโดยทั่วๆ ไปใน 1 สัปดาห์ และปริมาณผลไม้หรือผักที่ท่านกินในแต่ละมื้อ ว่ามีปริมาณและขนาดเท่าไร (เช่น ส้มเขียวหวาน 1 ผลกลาง เป็นต้น) หรือในกรณีของผักให้นำมาเปรียบเทียบกับว่า ถ้าใส่ในทัพพีตักข้าว ท่านกินในปริมาณเฉลี่ยกี่ทัพพี”

## Q7631 ผลไม้สด

หมายเหตุ: ผลไม้สด 1 ส่วนมาตรฐาน เท่ากับ มะละกอ แดงโม หรือสัปปะรด 6-8 คำ หรือ กล้วยน้ำว่า 1 ผลเล็ก หรือกล้วยหอม 1/2 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)

Q7631a โดยทั่วไปในแต่ละสัปดาห์ ท่านกินผลไม้สดกี่วันต่อสัปดาห์

1. 0 วัน → Q7632     2. 1 วัน     3. 2 วัน     4. 3 วัน  
 5. 4 วัน     6. 5 วัน     7. 6 วัน     8. 7 วัน

Q7631b ท่านกินผลไม้สดจำนวนกี่ส่วนต่อวัน

ส่วนมาตรฐานต่อวัน

## Q7632 การกินผัก

หมายเหตุ: ผัก 1 ส่วนมาตรฐานเชิงโภชนาการ เท่ากับ ผักใบปรุงสุกแล้ว 1 ทัพพี หรือผักใช้ผล/หัว/ราก เช่น มะเขือเทศ แครอท ฟักทอง ข้าวโพด กะหล่ำดอก ถั่วฝักยาว หอมหัวใหญ่ (ไม่รวม มันฝรั่ง เผือก) 1 ทัพพี หรือผักใบเขียวสดไม่ผ่านการปรุงสุก 2 ทัพพี ให้บันทึกส่วนมาตรฐานเป็นจำนวนเต็มพร้อมทศนิยม 1 ตำแหน่ง (เช่น 0.5, 1.0, 1.5, 2.0, 2.5, 3.0 เป็นต้น)

Q7632a โดยทั่วไปในแต่ละสัปดาห์ ท่านกินผักกี่วันต่อสัปดาห์

1. 0 วัน → Q7633     2. 1 วัน     3. 2 วัน     4. 3 วัน  
 5. 4 วัน     6. 5 วัน     7. 6 วัน     8. 7 วัน

Q7632b ท่านกินผักจำนวนกี่ส่วนต่อวัน

ส่วนมาตรฐานเชิงโภชนาการต่อวัน

Q7633 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยไปซื้ออาหารจากตลาดเขียวหรือตลาดชุมชนอาหารสุขภาพหรือไม่

(ตลาดเขียวหรือตลาดชุมชนอาหารสุขภาพ คือ พื้นที่ในชุมชนเพื่อซื้อขายอาหารปลอดภัยและ/หรือผลผลิตอินทรีย์โดยส่งตรงจากผู้ผลิตสู่ผู้บริโภค ผ่านการรับรองมาตรฐานการผลิตอย่างมีส่วนร่วมในกลุ่มสมาชิก จนถึงการจัดจำหน่าย คำนึงถึงสุขภาพ ใส่ใจสิ่งแวดล้อม รู้แหล่งที่มา ขายในราคาที่เป็นธรรม)

1. เคย     2. ไม่เคย     3. ไม่แน่ใจ

## Q7700 การนอน และกิจกรรมทางกาย

Q7701 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเข้านอน และตื่นนอนเวลาใด (เฉพาะกลางคืน) (โดยบันทึกแบบระบบ 24 ชั่วโมง)

## วันธรรมดา

Q7701a เข้านอนเวลา  :  นาฬิกา (ชม.:นาทิจ)Q7701b ตื่นนอนเวลา  :  นาฬิกา (ชม.:นาทิจ)Q7701c รวมระยะเวลาอน  :  นาฬิกา (ชม.:นาทิจ) (ระบบคำนวณอัตโนมัติ)Q7701d เมื่อท่านเริ่มเข้านอน ท่านใช้เวลากี่นาที ท่านถึงจะหลับจริง  นาทีQ7701e ส่วนใหญ่ท่านจะหลับได้จริง รวมได้กี่ชั่วโมง (อาจจะไม่เท่ากับจำนวนชั่วโมงที่อยู่บนเตียง) ต่อคืน  ชั่วโมง

## วันหยุด

Q7701f เข้านอนเวลา  :  นาฬิกา (ชม.:นาทิจ)Q7701g ตื่นนอนเวลา  :  นาฬิกา (ชม.:นาทิจ)Q7701h รวมระยะเวลาอน  :  นาฬิกา (ชม.:นาทิจ) (ระบบคำนวณอัตโนมัติ)Q7701i เมื่อท่านเริ่มเข้านอน ท่านใช้เวลากี่นาที ท่านถึงจะหลับจริง  นาทีQ7701j ส่วนใหญ่ท่านจะหลับได้จริง รวมได้กี่ชั่วโมง (อาจจะไม่เท่ากับจำนวนชั่วโมงที่อยู่บนเตียง) ต่อคืน  ชั่วโมง

Q7703 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาในการนอนหลับบ่อยแค่ไหน (ตอบทุกสาเหตุ และเลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

ไม่มีเลย

มีน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง

สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

สัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไป

(1)

(2)

(3)

(4)

1) ไม่สามารถหลับได้ภายใน 30 นาที

2) ตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ามากกว่าปกติ

3) ต้องตื่นมาเข้าห้องน้ำระหว่างการนอน

4) หายใจไม่สะดวก

5) ไอหรือกรนเสียงดัง

6) รู้สึกหนาวหรือเย็นเกินไป

7) รู้สึกร้อนเกินไป

8) ฝันร้าย

9) มีอาการปวด

10) อื่นๆ (ระบุ).....

Q7704 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านคิดว่าคุณภาพการนอนโดยรวมของท่านเป็นอย่างไร

 1. ดีมาก 2. ค่อนข้างดี 3. ค่อนข้างแย่ 4. แย่มาก

Q7705 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านต้องใช้ยานอนหลับ (ทั้งที่ซื้อเอง และ/หรือ ตามที่แพทย์สั่ง) เพื่อที่จะช่วยให้อนหลับบ้างหรือไม่

 1. ไม่มีเลย 2. มีน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง 3. สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง 4. สัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไป

Q7706 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการง่วงนอนขณะขับรถ ขณะรับประทานอาหารหรือขณะมีกิจกรรมทางสังคมอื่นๆ บ้างหรือไม่

1. ไม่มีเลย     2. มีน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง     3. สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง     4. สัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไป

Q7707 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านคิดว่ามีปัญหาเล็กน้อยแค่ไหนจากการทำงานไม่สำเร็จเนื่องจากขาดความกระตือรือร้น

1. ไม่มีเลย     2. มีน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง     3. สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง     4. สัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไป

Q7708 มีใครนอนพักอาศัยร่วมบ้านกับท่านหรือไม่

1. ไม่มี     2. มี นอนคนละห้อง  
 3. มี นอนห้องเดียวกันแต่คนละเตียง     4. มี นอนเตียงเดียวกัน

Q7709 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คุณมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่อย่างไร (ตอบทุกสาเหตุ และเลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

	ไม่มีเลย (1)	มีน้อยกว่า สัปดาห์ละครั้ง (2)	สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง (3)	สัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไป (4)
1) กรนเสียงดัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) หยุดหายใจขณะหลับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ขากระตุกขณะหลับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) สับสนในช่วงนอน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) อื่นๆ (ระบุ).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### กิจกรรมทางกาย

กิจกรรมการทำงาน (เป็นคำถามที่เกี่ยวกับกิจกรรมทางกายของท่านใน 1 สัปดาห์โดยปกติทั่วไป)

ให้อ่านข้อคำถามทีละข้อ และให้ผู้ตอบสัมภาษณ์ดูแผ่นภาพตามเลขที่ในแต่ละข้อ

ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการทำงานของท่าน ทั้งงานที่ก่อให้เกิดรายได้และไม่เกิดรายได้

Q7727 การทำงานของท่านโดยปกติต้องออกแรงอย่างหนัก ทำให้หายใจแรงขึ้น หรือหัวใจเต้นเร็วขึ้นอย่างมาก เป็นเวลาต่อเนื่องตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไป ในแต่ละครั้ง เช่น การยกของหนัก งานก่อสร้าง งานขุดดิน การทำนา ทำสวน ทำไร่ เป็นต้น ใช่หรือไม่ ให้ผู้ตอบสัมภาษณ์ดูรูปในสมุดภาพกิจกรรมทางกายที่ต้องออกแรงอย่างหนัก

1. ใช่     2. ไม่ใช่ → Q7730

Q7728 ในสัปดาห์ปกติ ท่านมีกิจกรรมที่ต้องออกแรงอย่างหนัก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำงาน กี่วันต่อสัปดาห์ (ถามย้ำ กิจกรรมอย่างหนัก หมายถึง ทำให้หายใจเร็วขึ้น หรือหัวใจเต้นแรงขึ้นมาก และอย่างน้อย 10 นาทีติดต่อกัน)

วันต่อสัปดาห์

Q7729 ในวันปกติ เมื่อท่านมีกิจกรรมที่ต้องออกแรงอย่างหนัก ท่านใช้เวลาในการทำงานดังกล่าวนั้นเป็นเวลานานเท่าใดในแต่ละวัน (ต้องถามยืนยันความถูกต้อง ถ้าผู้ตอบบอกว่า >4 ชั่วโมงต่อวัน)

ชั่วโมง : นาที  
 :

Q7730 การทำงานของท่านโดยปกติต้องออกแรงปานกลาง ทำให้หายใจแรงขึ้น หรือหัวใจเต้นเร็วขึ้นเล็กน้อยหรือปานกลาง เป็นเวลาต่อเนื่อง ตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไป ในแต่ละครั้ง เช่น การเดินไปมาในที่ทำงาน หรือทำงานบ้าน หรือถือของไม่หนักมาก เป็นต้น ใช่หรือไม่ ให้ผู้ตอบสัมภาษณ์ ดูรูปในสมุดภาพกิจกรรมทางกายที่ต้องออกแรงปานกลาง

 1. ใช่

 2. ไม่ใช่ → Q7733

Q7731 ในสัปดาห์ปกติ ท่านมีกิจกรรมที่ต้องออกแรงปานกลาง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำงาน กี่วันต่อสัปดาห์ (ถามย้ำ กิจกรรมอย่างปานกลาง หมายถึง ทำให้หายใจเร็วขึ้น หรือหัวใจเต้นแรงขึ้นเล็กน้อยถึงปานกลาง และอย่างน้อย 10 นาทีติดต่อกัน)

 วันต่อสัปดาห์

Q7732 ในวันปกติ เมื่อท่านมีกิจกรรมที่ต้องออกแรงปานกลาง ท่านใช้เวลาในการทำงานดังกล่าวนั้นเป็นเวลานานเท่าใดในแต่ละวัน (ต้องถามยืนยันความถูกต้อง ถ้าผู้ตอบบอกว่า >4 ชั่วโมงต่อวัน)

ชั่วโมง : นาที

 : 

กิจกรรมการเดินทาง (เป็นคำถามที่เกี่ยวกับกิจกรรมทางกายของท่านใน 1 สัปดาห์โดยปกติทั่วไป)

ต่อไปนี้เป็นคำถามที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน แต่เกี่ยวกับการเดินทางของท่าน เช่น การเดินทางไปทำงาน การไปซื้อของ การไปจ่ายตลาด ไปวัด เป็นต้น

Q7733 ในการเดินทางจากสถานที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่ง ท่านเดินหรือขี่จักรยานเป็นเวลาต่อเนื่องตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไป อย่างต่อเนื่อง ใช่หรือไม่ (ไม่นับการเดินทางโดยการขับรถยนต์ นั่งรถยนต์ หรือยานพาหนะอื่น)

 1. ใช่

 2. ไม่ใช่ → Q7736

Q7734 ในสัปดาห์ปกติ ท่านเดินทางไปยังที่ต่างๆ โดยการเดินหรือขี่จักรยานเป็นเวลาต่อเนื่องตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไป ในแต่ละครั้ง เป็นจำนวนกี่วันต่อสัปดาห์

 วันต่อสัปดาห์

Q7735 ในวันปกติ ท่านเดินทางไปยังที่ต่างๆ โดยการเดินหรือขี่จักรยานเป็นเวลานานเท่าใดในแต่ละวัน (ต้องถามยืนยันความถูกต้อง ถ้าผู้ตอบบอกว่า >4 ชั่วโมงต่อวัน)

ชั่วโมง : นาที

 : 

กิจกรรมยามว่าง เล่นกีฬา (เป็นคำถามที่เกี่ยวกับกิจกรรมทางกายของท่านใน 1 สัปดาห์โดยปกติทั่วไป)

ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมเวลาว่างจากการทำงานของท่าน การเล่นกีฬา การเข้าสถานที่ออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน และการเดินทาง

Q7736 โดยปกติในเวลาว่างจากการทำงาน ท่านมีกิจกรรมเล่นกีฬา การออกกำลังกาย หรือกิจกรรมยามว่างอย่างหนัก จนทำให้หายใจแรงขึ้นหรือหัวใจเต้นเร็วขึ้นมาก เป็นเวลาต่อเนื่องตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไปในแต่ละครั้ง เช่น เต้นแอโรบิก วิ่ง เล่นกีฬาอย่างหนัก เล่นฟุตบอล ใช่หรือไม่ ให้ผู้ตอบสัมภาษณ์ ดูรูปในสมุดภาพการออกกำลังกายอย่างหนัก

 1. ใช่

 2. ไม่ใช่ → Q7739

Q7737 ในสัปดาห์ปกติ ท่านเล่นกีฬาออกกำลังกาย หรือกิจกรรมยามว่าง อย่างหนัก เป็นเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาที ขึ้นไปในแต่ละครั้งเป็นจำนวนกี่วันต่อสัปดาห์

 วันต่อสัปดาห์

Q7738 ในวันปกติ ท่านเล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมยามว่างอย่างหนัก เป็นเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาที ขึ้นไปในแต่ละครั้งดังกล่าวนี้ เป็นเวลานานเท่าใดในแต่ละวัน (ต้องถามยืนยันความถูกต้อง ถ้าผู้ตอบบอกว่า >4 ชั่วโมงต่อวัน)

ชั่วโมง : นาที

 :

Q7739 โดยปกติในเวลาว่างจากการทำงาน ส่วนใหญ่ท่านมีกิจกรรม เล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมอย่างเล็กน้อยหรือปานกลาง เป็นเวลาต่อเนื่อง ตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไป ในแต่ละครั้ง เช่น เดินเร็ว ซี่จักรยาน เล่นวอลเลย์บอล วายน้ำ ไข้หรือไม่ ให้ผู้ตอบ สัมภาษณ์ดูรูปในสมุดภาพการออกกำลังกายปานกลาง

1. ใช่  2. ไม่ใช่ → Q7742

Q7740 ในสัปดาห์ปกติ ท่าน เล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมอย่างปานกลาง เป็นเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาทีขึ้นไป ในแต่ละครั้งเป็นจำนวนกี่วันต่อสัปดาห์

วันต่อสัปดาห์

Q7741 ในวันปกติ ท่าน เล่นกีฬาออกกำลังกาย หรือกิจกรรมอย่างปานกลาง เป็นเวลาต่อเนื่อง อย่างน้อย 10 นาทีขึ้นไป ในแต่ละครั้งดังกล่าวนี้เป็นเวลานานเท่าใดในแต่ละวัน

ชั่วโมง : นาที  
  :

ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการ นั่งๆ นอนๆ เท่านั้น

ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ในแต่ละวันที่ท่านใช้ชีวิตในการนั่ง เอนกาย ไม่ว่าจะเป็นที่ทำงาน ที่บ้าน ขณะนั่งรถ นั่งคุยกับเพื่อน พักผ่อน เช่น อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ คอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต มือถือ ไม่รวมเวลาที่ใช้นอนหลับ

Q7742 ในวันปกติ ท่านใช้เวลา นั่งๆ นอนๆ หรือเอนกายสบายๆ รวมแล้วเป็นเวลาเท่าใดในแต่ละวัน (ต้องถามยืนยันความถูกต้อง ถ้าผู้ตอบบอกว่า >18 ชั่วโมงต่อวัน)

ชั่วโมง : นาที  
  :

ระยะเวลาของกิจกรรมในข้อ Q7729 Q7732 Q7735 Q7738 และ Q7741 ไม่ควรเกิน 16 ชั่วโมงต่อวัน

## Q8000 อนามัยเจริญพันธุ์

Q8100 อนามัยเจริญพันธุ์ (สำหรับผู้ถูกสำรวจเพศ “ชาย” และ “หญิง”)

Q8101 ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยถูกระงับการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจ หรือไม่

Q8101a ถูกคุกคามด้วยวาจา เช่น การพูดจาล่วงเกินเกี่ยวกับเรื่องเพศ  1. เคย  2. ไม่เคย

Q8101b ถูกคุกคามด้วยกิริยา ท่าทาง เช่น การจ้องมองส่วนต่างๆของร่างกาย  1. เคย  2. ไม่เคย

Q8101c ถูกคุกคามด้วยการสัมผัสทางร่างกาย เช่น การแตะเนื้อต้องตัวโดยไม่เต็มใจ  1. เคย  2. ไม่เคย

Q8101d ถูกคุกคามการส่งข้อความเชิงอนาจาร  1. เคย  2. ไม่เคย

Q8200 อนามัยเจริญพันธุ์ (สำหรับผู้ถูกสำรวจเพศ “หญิง”)

Q8215 ถ้าท่านเคยคลอดบุตร ลักษณะบุตรของท่าน เป็นดังนี้

1) บุตรที่เกิดรอด   คน (บุตรที่เกิดรอดมีสัญญาณชีพหลังคลอด เช่น มีลมหายใจ มีเสียงร้อง: live birth)

2) บุตรตายคลอด   คน

3) แท้งบุตร   คน

Q-code

Q8225 ท่านเคยตรวจเต้านมเพื่อหาก้อนผิดปกติ ด้วยวิธีการต่อไปนี้หรือไม่

1) ตรวจคลำเต้านมด้วยตนเอง	<input type="checkbox"/> 1.ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
2) ตรวจโดยแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	<input type="checkbox"/> 1.ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่
3) เคยตรวจเต้านมด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ และ/หรือแมมโมแกรม	<input type="checkbox"/> 1.ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่

**Q9000 สิทธิและสวัสดิการทางสุขภาพ**

Q9001 ในปัจจุบันนี้ท่าน มีสวัสดิการหรือมีสิทธิในการรักษาพยาบาลหรือไม่ (ตอบทุกข้อ)

	มี	ไม่มี		มี (โปรดระบุ) [a]	ไม่มี
1) บัตรทอง/ผู้สูงอายุ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5) ประกันเอกชน	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>
2) ประกันสังคม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6) กองทุนสวัสดิการชุมชน	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>
3) สวัสดิการข้าราชการ บำนาญ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7) สวัสดิการองค์การส่วนท้องถิ่น/ เทศบาล	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>
4) สวัสดิการพนักงาน รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8) สวัสดิการประกันสุขภาพโดย นายจ้าง	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>
			9) อื่นๆ	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>

Q1027 เวลาที่สิ้นสุดการสัมภาษณ์ทั้งหมด ให้บันทึกเวลาในระบบ 24 ชั่วโมง   :   ชั่วโมง : นาที

Q1028 ลงชื่อผู้สัมภาษณ์ .....(กรอกชื่อ-นามสกุล)