



การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย
ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568

กลุ่มวัยแรงงาน (อายุ 20 – 59 ปี)

ข้อปฏิบัติที่สำคัญในการบันทึกคำตอบ

ก. ให้ใช้ดินสอ 2B ในการบันทึกข้อมูล

ข. การบันทึกข้อมูลตัวเลขในช่องสี่เหลี่ยม ให้บันทึกด้วยตัวเลขอารบิกตามลักษณะต่อไปนี้เท่านั้น

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

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

.....

Qcode

Q1012 ตำบล	<input type="text"/> รหัสตำบล
Q1013 รหัสไปรษณีย์	<input type="text"/>
Q1014 ชื่อ-สกุล ผู้ให้ข้อมูล.....		
Q1019 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน	<input type="text"/>	
Q1020 เบอร์โทรศัพท์บ้านที่ติดต่อได้	<input type="text"/>	
Q1021 เบอร์โทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้	<input type="text"/>	
Q1022 เวลาที่เริ่มทำการสัมภาษณ์ ให้บันทึกเวลา ในระบบ 24 ชั่วโมง	ชั่วโมง : นาที <input type="text"/> : <input type="text"/>	
Q1023 วันเดือนปีที่ทำการสัมภาษณ์ วันที่/เดือน/ปี พ.ศ.	วัน : เดือน : ปี <input type="text"/> : <input type="text"/> : 2 5 6 <input type="text"/>	
ลงชื่อ..... (ผู้ถูกสำรวจ) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.	Q1024 รหัสผู้สัมภาษณ์ <input type="text"/> (รหัสผู้สัมภาษณ์) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.	
Q1025 รหัสผู้ตรวจ <input type="text"/> (ชื่อ-สกุล ผู้ตรวจแบบสอบถาม) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.		
Q1026 ท่านได้กินอาหารหรือเครื่องดื่มนอกจากน้ำเปล่าภายใน 12 ชั่วโมงก่อนหน้านี้อหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่		

Q2000 การตรวจร่างกาย (กรณีที่ปฏิเสธหรือไม่สามารถวัดได้ให้กาเครื่องหมาย 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) พิจารณาทางกายหรือการเคลื่อนไหว	<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 (นคะ/ครับ) ในการวัดส่วนสูง กรุณาถอดรองเท้า ยืนตรงมองไปข้างหน้า

Q2005 ความสูง เซนติเมตร (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง) เซนติเมตรQ2006 ความสูงตามบัตรประชาชน (ดูในบัตรประชาชน) เซนติเมตร

ต่อไปจะเป็นการชั่งน้ำหนัก (นคะ/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

เส้นรอบสะโพก

Q2022 เส้นรอบสะโพก 1. วัดได้ 2. วัดไม่ได้Q2023 เส้นรอบสะโพก วัดครั้งที่ 1 เซนติเมตร (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง) เซนติเมตรQ2024 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 ใส่ปลอกแขนให้ตรงกับตำแหน่งหัวใจระดับหน้าอกของผู้ตอบสัมภาษณ์ เมื่อการวางตำแหน่งและจัดท่านั่งถูกต้อง และผู้ตอบสัมภาษณ์ผ่อนคลาย ให้กดปุ่มเริ่มวัด สังเกตว่าเครื่องวัดเริ่มทำงาน ทำการวัดความดันเลือดและชีพจร 3 ครั้ง โดยระหว่างการวัดแต่ละครั้งให้พักอย่างน้อย 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.ปรอทQ2027 ครั้งที่ 1 เวลาที่วัด (ให้บันทึกเวลาในระบบ 24 ชั่วโมง) : Q2027a ชิสโตลิก (มม.ปรอท) มม.ปรอทQ2027b ไดแอสโตลิก (มม.ปรอท) มม.ปรอท

Q2027c ชีพจรที่วัดได้ในเวลา 60 วินาที สม่่าเสมอหรือไม่

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่Q2027d จำนวนชีพจรที่วัดได้ ครั้ง

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

Q2028 ครั้งที่ 2 เวลาที่วัด (ให้บันทึกเวลาในระบบ 24 ชั่วโมง) : Q2028a ชิสโตลิก (มม.ปรอท) มม.ปรอทQ2028b ไดแอสโตลิก (มม.ปรอท) มม.ปรอท

Q2028c ชีพจรที่วัดได้ในเวลา 60 วินาที สม่่าเสมอหรือไม่

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่Q2028d จำนวนชีพจรที่วัดได้ ครั้ง

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

Qcode Q2029 ครั้งที่ 3 เวลาที่วัด (ให้บันทึกเวลาในระบบ 24 ชั่วโมง) : Q2029a ชีพจรโตลิก (มม.ปรอท) มม.ปรอทQ2029b ไคเอสโตลิก (มม.ปรอท) มม.ปรอทQ2029c ชีพจรที่วัดได้ในเวลา 60 วินาที สม่าเสมอหรือไม่
 1. ใช่ 2. ไม่ใช่Q2029d จำนวนชีพจรที่วัดได้ ครั้ง

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

Q2030 หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arythmia) หรือไม่
 1. ใช่ 2. ไม่ใช่**การทดสอบแรงบีบมือ (Grip Strength)**

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

Q2031 มือข้างไหนที่ท่อนัด
มือข้างที่ นัด ถ้าผู้ตอบสัมภาษณ์ตอบว่านัดทั้งสองมือ ให้ถือว่ามือข้างที่ใช้ในการเซ็นชื่อ เขียนหนังสือ เป็นมือข้างที่นัด
 1. ซ้าย 2. ขวา 3. ทั้งสองมือให้ผู้ถูกทดสอบ นั่ง ปล่อยมือข้างลำตัว ให้แขนท่อนบนแนบลำตัว งอข้อศอกขึ้นมา 90 องศา ให้ฝ่ามือหันเข้าด้านใน เหมือนกำลังเช็คแฮนด์ หลังจากนั้นให้ใช้มือออกแรงบีบเครื่องวัดแรงบีบมือ

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

ผู้สัมภาษณ์: ตรวจสอบตำแหน่งการวางมือ และการจับอุปกรณ์ว่าถูกต้องหรือไม่
เริ่ม เตรียมพร้อม “ บ๊ีบ บ๊ีบ บ๊ีบ!”

Q2032 ทดสอบแรงบีบครั้งที่ 1 – มือซ้าย . กิโลกรัมQ2033 ทดสอบแรงบีบครั้งที่ 2 – มือซ้าย . กิโลกรัมต่อไปทำการทดสอบเหมือนเดิม มืออีกข้างหนึ่ง ให้ถือเครื่องมือทดสอบไว้ที่มือขวา จะทำการทดสอบแรงบีบในอีกข้างหนึ่ง
ผู้สัมภาษณ์: ตรวจสอบความถูกต้องของตำแหน่งการวางมือและการจับอุปกรณ์
เริ่ม เตรียมพร้อม “ บ๊ีบ บ๊ีบ บ๊ีบ!”Q2034 ทดสอบแรงบีบครั้งที่ 1 – มือขวา . กิโลกรัมQ2035 ทดสอบแรงบีบครั้งที่ 2 – มือขวา . กิโลกรัม

ทดสอบการมองเห็น (Vision test) (อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป)

ต่อไปเป็นการทดสอบการมองเห็นระยะใกล้

การมองเห็นระยะใกล้ (ถ้าผู้เข้าทดสอบปกติใส่แว่นสายตา, ขอให้ใส่ตามปกติขณะทดสอบ)

ผู้สัมภาษณ์ : ให้วางแผ่น Near Vision Chart ระหว่าง นิ้วชี้กับนิ้วกลางของผู้ตอบสัมภาษณ์ และมีมือข้างหนึ่งปิดตา มืออีกข้างหนึ่งถือ Chart อ่านออกเสียง ให้แผ่นชาร์ตอยู่ห่างจากตาผู้ตอบสัมภาษณ์ ระยะ 40 เซนติเมตร ให้อ่านแต่ละแถว ถ้าแถวใดอ่านผิด 3 คำขึ้นไป ให้จบการทดสอบ จดระยะของแถวตัวอักษรตัวเล็กที่สุดที่สามารถอ่านได้ (ผิวน้อยกว่า 3 คำ)

ต่อไปเป็นการทดสอบการมองเห็นระยะใกล้ เริ่มที่ตาซ้าย กรุณาปิดตาขวาด้วยมือขวา

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**Q3000 ข้อมูลส่วนบุคคล****Q3100 ข้อมูลส่วนบุคคล**Q3103 เพศ 1. ชาย 2. หญิง

Q3103a ท่านนิยามตนเองว่าเป็นบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ หรือเป็น LGBTQ+ หรือไม่

 1.ใช่ 2. ไม่ใช่

Q3104 วัน/เดือน/ปี พ.ศ. เกิดของท่าน

วัน / เดือน (01-12) / ปี พ.ศ.

(ถ้าไม่ทราบวันเดือนเกิด ให้ใส่เฉพาะ พ.ศ. เท่านั้น)

 / / 2

Q3105 ขณะนี้ท่านอายุเท่าไร

 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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยเรียน | <input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษาหรือน้อยกว่า (1-7 ปี) |
| <input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนต้น (1-3 ปี) | <input type="checkbox"/> 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (1-3 ปี) |
| <input type="checkbox"/> 5. ปวส./อนุปริญญา (1-3 ปี) | <input type="checkbox"/> 6. ปริญญาตรีและสูงกว่า (4-6 ปี) |
| <input type="checkbox"/> 7. เปรียญ | <input type="checkbox"/> 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 ชาวนา 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 ช่างแต่งผมตัดผม พนักงานต้อนรับ พนักงานดูแล (พี่เลี้ยง) เจ้าของร้านค้าขนาดเล็ก ขายอาหารสด/อาหารพร้อมบริโภคข้างถนน ขายของในตลาดแผงลอย เจ้าหน้าที่ตำรวจ/พนักงานดับเพลิง นายแบบ/นางแบบ ฯลฯ
7. ช่างเทคนิคสาขาต่างๆ และผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (ช่างเทคนิคทางวิศวะ, ทางวิทยาศาสตร์, ทางคอมพิวเตอร์, ผู้ช่วยด้านการแพทย์ นายหน้าทางการค้า ตัวแทนขายประกัน ตัวแทนซื้อขายอสังหาริมทรัพย์ ฯลฯ)
8. ผู้ประกอบวิชาชีพด้านต่างๆ นักวิชาการทุกสาขา (วิศวะ สถาปนิก วิทยาศาสตร์ สังคม แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัช พยาบาล นักบัญชี ทนาย นักกฎหมาย นักเขียน นักเศรษฐศาสตร์ ครูอาจารย์ ฯลฯ)
9. ผู้บริหาร ข้าราชการอาวุโส และผู้บัญชาการกฎหมาย นิติบัญญัติ ตุลาการ และผู้บริหารระดับสูงทั้งรัฐและเอกชน ผู้จัดการต่างๆ ฯลฯ
10. ทหาร
11. นักเรียน นักศึกษา → Q3305
12. ไม่มีอาชีพ เช่น เป็นพ่อ/แม่บ้าน (ดูแลบ้าน ไม่มีรายได้) → Q3305
13. อาชีพอื่นๆ ระบุ.....

Q3304 สำหรับผู้ที่ตอบว่ามีงานทำ ในปัจจุบันท่านมีสถานภาพการทำงานอย่างไร (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. เจ้าของหรือผู้ดำเนินการเอง | <input type="checkbox"/> 2. ลูกจ้างรัฐบาล/รัฐวิสาหกิจ | <input type="checkbox"/> 3. ลูกจ้างเอกชน |
| <input type="checkbox"/> 4. สมาชิก/การรวมกลุ่ม | <input type="checkbox"/> 5. ผู้ปฏิบัติงานโดยไม่ได้รับค่าจ้าง | |

Q3305 รายได้ของท่าน เฉลี่ยต่อเดือน (จำนวนเต็มบาท)(เป็นรายได้จากการทำงานประกอบอาชีพเท่านั้น ไม่ใช่รายได้จากพ่อแม่ หรือผู้ปกครอง ยกเว้นผู้พิการ/ข้าราชการบำนาญนับว่าเป็นรายได้)

1. ทราบ ระบุ , , บาท / เดือน
2. ไม่ได้ทำงาน 3. ไม่ตอบ / ไม่ทราบ

Q3309 ช่วงรายได้ของท่าน เฉลี่ยต่อเดือน

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

Q3310 รายได้ของทั้งครอบครัว เฉลี่ยต่อเดือน , , บาทQ3311 ช่วงรายได้ของทั้งครอบครัว เฉลี่ยต่อเดือน

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

Q3312 ในปัจจุบันตัวท่านเองได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจากบุคคลในครอบครัวหรือองค์กรอื่น ใช่หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q3313 ในปัจจุบันท่านมีภาระให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่คนในครอบครัว หรือผู้อื่น หรือไม่ (การให้เงินโดยผู้รับไม่จำเป็นต้องดำรงชีพด้วยเงินนั้นถือว่าเป็นภาระ)

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

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

Q4400 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 ไม่ใช่สภาพอากาศที่มีหมอกลจจืด มีฝนตกหนักหรือมีพายุ ซึ่งอาจบดบังการมองเห็นของท่าน สำหรับท่านที่ใส่แว่นสายตาหรือคอนแทคเลนส์ ให้ท่านรายงานความสามารถในการมองเห็นขณะที่ใส่แว่นสายตาหรือคอนแทคเลนส์อยู่	ไม่ลำบาก (1)	ลำบากเล็กน้อย (2)	ลำบากปานกลาง (3)	ลำบากมาก (4)	ลำบากมากที่สุด (5)
Q4403 โดยรวมแล้วในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีความยากลำบากในการมองเห็นคนที่ซึ่งอยู่อีกฟากหนึ่งของถนนได้ชัดพอสมควร (หรือในระยะห่างประมาณ 20 เมตร) หรือไม่ในระดับใด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4404 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีความยากลำบากในการมองเห็นและการให้รายละเอียดสิ่งของซึ่งวางอยู่ในระยะห่างประมาณหนึ่งช่วงแขนหรือระยะอ่านหนังสือ ในระดับใด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

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

สุขภาพของท่านในวันนี้ =

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 → Q4801 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

Q4801 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บหรือประสบอุบัติเหตุจนต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิกใช่หรือไม่

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ Q4809

Q4802 จำนวนครั้งที่บาดเจ็บในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

 ครั้งต่อ 12 เดือน

Q4803 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเข้ารับการรักษาโดยต้องนอน

 ครั้งต่อ 12 เดือน

โรงพยาบาลเนื่องจากการบาดเจ็บเป็นจำนวนกี่ครั้ง

Q4804 ท่านได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุที่ต้องนอนโรงพยาบาลหรือคลินิก จากสาเหตุใด (ตอบทุกข้อ)

1) อุบัติเหตุจากการจราจร ทางบก ทางน้ำหรืออากาศ

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่

2a) ถูกทำร้ายร่างกาย โดย ถูกยิง ด้วยปืน หรือระเบิด

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่

2b) ถูกทำร้ายร่างกาย โดย อาวุธชนิดอื่น เช่นมีด ไม้ เหล็ก ฯลฯ

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่

2c) ถูกทำร้ายร่างกาย โดย ทำร้ายร่างกายโดยไม่ใช้อาวุธ เช่น ต่อย ตบตี เตะ ผลัก

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่

3) ทำร้ายตัวเอง

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่

7) อื่นๆ ระบุ.....

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่

พฤติกรรมด้านการป้องกันการบาดเจ็บ

ประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการขับขี่รถและป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร

Q4809 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์หรือไม่

1. ใช้ทุกครั้ง 2. ใช้บางครั้ง 3. ไม่เคยใช้ 4. ไม่เคยขี่

Q4810 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านสวมหมวกนิรภัยขณะโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่

1. ใช้ทุกครั้ง 2. ใช้บางครั้ง 3. ไม่เคยใช้ 4. ไม่เคยนั่งซ้อนท้าย

Q4813 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านใช้เข็มขัดนิรภัยขณะขับรถยนต์หรือไม่

1. ใช้ทุกครั้ง 2. ใช้บางครั้ง 3. ไม่เคยใช้ 4. ไม่เคยขับ

Q4814 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านใช้เข็มขัดนิรภัยขณะเป็นผู้โดยสารข้างคนขับหรือไม่

1. ใช้ทุกครั้ง 2. ใช้บางครั้ง 3. ไม่เคยใช้ 4. ไม่เคยนั่งข้างคนขับ

Q4815 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยประสบอุบัติเหตุจราจร ในฐานะคนขี่ / ผู้โดยสาร/ ขี่จักรยาน หรือขณะอยู่ข้างถนนหรือไม่
(เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. เคยในฐานะคนขับรถยนต์ 2. เคยในฐานะคนขี่จักรยานยนต์
 3. เคยในฐานะผู้โดยสารรถยนต์ 4. เคยในฐานะผู้โดยสารรถจักรยานยนต์
 5. เคยในฐานะคนขี่จักรยาน 6. เคยในฐานะคนที่ยืน / เดิน อยู่ข้างถนน
 7. ไม่เคย

Q4816 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยขับรถยนต์หรือขี่จักรยานยนต์หลังจากดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่

1. ไม่เคย 2. เคย 1 ครั้งหรือน้อยกว่าต่อเดือน
 3. เคย 2-3 ครั้งต่อเดือน 4. เคย มากกว่า 3 ครั้งต่อเดือน
 5. ไม่เคยขี่รถจักรยานยนต์, ไม่เคยขับรถยนต์

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 ท่านป้องกันตัวเอง
เมื่อต้องออกนอกอาคารอย่างไรบ้าง

	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

Qcode <input type="text"/>			
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) หายใจไม่เต็มอิม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4) แสบตา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5) ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6) โรคเดิมที่เป็นอยู่ระบุ.....ถ้าเจ็บ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7) อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q4905 อาการเจ็บป่วยที่ท่านเป็น รุนแรงระดับใด	ใช่ (1)	ไม่ใช่ (2)	
1) มีอาการเล็กน้อย ไม่นำรำคาญ	<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 สุขภาพจิต			
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)
1) เบื่อ ไม่สนใจอะไร ทำอะไรๆ ก็ไม่เพลิดเพลิน			มีเกือบ ทุกวัน (4)
2) ไม่สบายใจ ซึมเศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวัง			
3) หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากเกินไป			
แบบกลุ่มแรงงาน 20-59 ปี ครั้งที่ 7 2567-2568 (10 ก.ย.2567) หน้า 14 จาก 57			

4) รู้สึกเหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง ไม่มีพลัง				
5) เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป				
6) รู้สึกไม่ติดกับตัวเอง – คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือเป็นคนทำให้ตัวเองหรือครอบครัวผิดหวัง				
7) สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ขณะอ่านหนังสือ หรือดูโทรทัศน์ฟังวิทยุหรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ				
8) พุด หรือทำอะไรซ้ำจนคนอื่นมองเห็น หรือกระสับกระส่ายจนท่านอยู่ไม่นิ่งเหมือนเคย				
9) คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายๆ ไปเสียคงจะดี				
10) หงุดหงิด/ กระทบกระวาย/ 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. มีปัญหามาก	<input type="checkbox"/> 4. มีปัญหามากที่สุด			

Q6000 โรคเรื้อรัง

โรคความดันเลือดสูง

Q6001 ท่านเคยวัดความดันเลือด โดยบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ ครั้งสุดท้ายเมื่อใด

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

Q6002 ท่านเคยวัดความดันเลือด โดย อสม. หรือ อสส. ครั้งสุดท้ายเมื่อใด

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

Q6003 ท่านเคยวัดความดันเลือด โดยตนเอง ครั้งสุดท้ายเมื่อใด

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

Q6004 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว (วินิจฉัย) จากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ (ไม่นับรวม อสม.) ว่าท่านเป็นโรคความดันเลือดสูงใช่หรือไม่

- | | |
|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ใช่ | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ → Q6013 |
|---------------------------------|--|

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

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ (เป็นมานานมากกว่า 1 ปี)

Q6006 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านไปรับการรักษาโรคความดันเลือดสูงตามที่แพทย์นัดหมายทุกครั้ง ใช่หรือไม่

1. ใช่ → Q6008 2. ไม่ใช่

Q6007 ครั้งล่าสุดที่ท่านไม่ได้ไปรับการรักษาโรคความดันเลือดสูงตามที่แพทย์นัดหมาย เพราะสาเหตุใด (เลือกเหตุผลหลักเพียง 1 ข้อ)

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

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

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q6009 ท่านรักษาโรคความดันเลือดสูงด้วยยาลดความดันเลือดเมื่อท่านอายุเท่าไร ปี

Q6010 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านปฏิบัติตนเพื่อรักษาโรคความดันเลือดสูงด้วยวิธีใด	ใช่ (1)	ไม่ใช่ (2)
1) ควบคุมการกินอาหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ออกกำลังกาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) คุมน้ำหนักตามเกณฑ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ได้ยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q6011 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้รับยา (แผนปัจจุบัน) รักษาโรคความดันเลือดสูง ใช่หรือไม่

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 ท่านเคยได้ตรวจน้ำตาลในเลือดเพื่อตรวจเบาหวาน 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 ใช่หรือไม่

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 ท่านไปรับการรักษาโรคเบาหวานตามที่แพทย์นัดหมายทุกครั้ง ใช่หรือไม่

1. ใช่ → Q6021 2. ไม่ใช่

Q6020 ครั้งล่าสุดที่ท่านไม่ได้ไปรับการรักษาโรคเบาหวานตามที่แพทย์นัดหมาย เพราะสาเหตุใด (เลือกเหตุผลหลักเพียง 1 ข้อ)

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

Q6021 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับการรักษาโรคเบาหวานด้วยยาจากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ ใช่หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q6022 ท่านรักษาโรคเบาหวานด้วยยาแผนปัจจุบันตั้งแต่อายุเท่าไร ปี

Q6023 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านปฏิบัติตนเพื่อรักษาโรคเบาหวานด้วยวิธีใด (ตอบทุกข้อ)

ใช่	ไม่ใช่
(1)	(2)

1) ควบคุมการกินอาหาร

2) ออกกำลังกาย

3) คุมน้ำหนักตามเกณฑ์

4) ได้ยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณ

Q6024 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้รับการรักษาโรคเบาหวานโดยการฉีดยา 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 ไข่หรือไม่ (ไขมันตัวใดตัวหนึ่ง)

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q6030

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

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 ไข่หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q6039

Q6033 ท่านเป็นครั้งแรกเมื่ออายุเท่าไร ปีQ6034 ครั้งแรกที่เป็นท่านนอนโรงพยาบาลด้วยอาการดังกล่าว กี่วัน ระบุ วัน

	ใช่ (1)	ไม่ใช่ (2)	ไม่ทราบ (3)
Q6035 ท่านเคยได้รับการฉีดสตีเข้าหลอดเลือดหัวใจหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6036 ท่านเคยได้รับการถ่างหลอดเลือดหัวใจด้วย Balloon/ ขดลวด/ ผ่าตัด ไข่หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6037 ขณะนี้ท่านยังได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ ไข่หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6038 ขณะนี้ท่านกินยา Aspirin/Clopidogrel เป็นประจำเพื่อรักษา หรือป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือด ไข่หรือไม่ (ให้ตรวจสอบจากซองยาที่ถูกส่งจ่าหน้ามา)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

โรคอัมพฤกษ์/ อัมพาต จากหลอดเลือดสมองตีบ แตก ตัน

Q6039 ท่านเคยเป็นอัมพฤกษ์ หรืออัมพาต ไข่หรือไม่ (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 ปีQ6042 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="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ขาไม่รู้สึกด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="text"/>	<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="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ตามองไม่เห็นข้างใดข้างหนึ่ง <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="text"/>	<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="text"/>	<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
โรคถุงลมโป่งพอง/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Q6046 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว (วินิจฉัย) จากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ ว่าเป็นถุงลมโป่งพอง / โรคหลอดลมโป่งพอง/ปอดอุดกั้นเรื้อรังใช่หรือไม่

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q6051
Q6047 ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเมื่ออายุเท่าไร ปี

Q6048 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับการรักษาโรคถุงลมโป่งพอง/ปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือไม่

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q6049 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้กินยารักษาโรคถุงลมโป่งพอง/ปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือไม่

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q6050 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้พ่นยารักษาโรคถุงลมโป่งพอง/ปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือไม่

 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 ท่านได้พบยารักษาโรคหอบหืดหรือไม่

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่**โรคข้อเสื่อม**Q6055 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว (วินิจฉัย) โดยแพทย์ ว่าเป็นโรคข้อเสื่อม ข้ออักเสบ ไชข้อ
อักเสบ ดังต่อไปนี้ ใช่หรือไม่ (ตอบทุกข้อ)

ใช่

ไม่ใช่

(1)

(2)

1) เข่า

2) มือ/ ข้อนิ้วมือ

3) กระดูกคอ

4) กระดูกข้อมือ

5) อื่นๆ ระบุ.....

Q6056 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการปวด ตึง ชัดที่ข้อ หรือเคลื่อนไหวข้อลำบากใน
กรณีเหล่านี้ ใช่หรือไม่

ใช่

ไม่ใช่

(1)

(2)

1) หลังตื่นนอนใหม่ๆ (เป็นเวลาประมาณ 30 นาที)

2) เมื่อเวลาเคลื่อนไหวหลังจากอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ

โรคเกาต์ (Gout)

Q6057 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว (วินิจฉัย) จากแพทย์ ว่าเป็นโรคเกาต์ ใช่หรือไม่

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่**นิ่วในทางเดินปัสสาวะ**

Q6058 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว (วินิจฉัย) จากแพทย์ ว่าเป็นนิ่วในทางเดินปัสสาวะ ใช่หรือไม่

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่**โรคไตเรื้อรัง (โรคไตวายเรื้อรัง)**

Q6059 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว (วินิจฉัย) จากแพทย์ ว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง/ไตวายเรื้อรัง ใช่หรือไม่

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q6061

Q6060 ท่านเคยได้รับการรักษาด้วยวิธีใด

 1. ไม่ได้รักษา 2. กินยา 3. ฟอกไตทางท้อง 4. ฟอกเลือด**โรคโลหิตจาง โรคเลือดจางหรือโรคซีด**Q6061 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว (วินิจฉัย) จากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ ว่าเป็นโรคโลหิตจาง โรคเลือด
จาง หรือ โรคซีด (Anemia) ใช่หรือไม่ 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q6063

Q6062 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับการรักษาโรคโลหิตจาง โรคเลือดจาง หรือโรคซีด (Anemia) ใช่หรือไม่

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่

โรคราไส้ซีเมีย

Q6063 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว (วินิจฉัย) จากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ ว่าเป็นโรคราไส้ซีเมียหรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q6066

Q6064 ท่านเคยได้รับการรักษาโดยการตัดม้ามหรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q6065 ท่านเคยได้รับการรักษาโดยการเติมเลือดเป็นประจำหรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

โรคมะเร็ง (Cancer)

Q6066 ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว (วินิจฉัย) จากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขว่าเป็นโรคมะเร็งหรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q6072

Q6067 บุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่บอกท่านเป็นแพทย์ ไข้หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q6068 ท่านทราบว่าตนเองเป็นโรคมะเร็งเมื่ออายุเท่าไร ปี เดือน

Q6069 ท่านเป็นมะเร็งที่อวัยวะใด

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

โรคตาแห้ง

Q6072 ท่านเคยไปพบแพทย์และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคตาแห้งใช่หรือไม่

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"/>

ประวัติการป่วยของ พ่อ แม่ พี่น้อง สายตรง

เป็นการถามประวัติการป่วยของ พ่อ แม่ พี่น้อง สายตรง โดยพี่/น้อง คือ พี่น้องท้องเดียวกันสายตรง ถ้าเป็นหลายคน ให้ถามคนที่เป็นเมื่ออายุน้อยที่สุด

เบาหวาน (พ่อ)

Q7102 พ่อของท่านเป็นเบาหวาน ใช่หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q7105 3. ไม่ทราบ → Q7105

Q7103 พ่อของท่านเป็นเบาหวานตั้งแต่อายุเท่าใด

1. < 20 ปี 2. ≥ 20 ปี 3. ไม่ทราบ

Q7104 พ่อของท่านใช้ยา Insulin หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ 3. ไม่ทราบ

เบาหวาน (แม่)

Q7105 แม่ของท่านเป็นเบาหวาน ใช่หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q7108 3. ไม่ทราบ → Q7108

Q7106 แม่ของท่านเป็นเบาหวานตั้งแต่อายุเท่าใด

1. < 20 ปี 2. ≥ 20 ปี 3. ไม่ทราบ

Q7107 แม่ของท่านใช้ยา Insulin หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ 3. ไม่ทราบ

เบาหวาน (พี่/น้อง)

Q7108 พี่/น้องของท่านเป็นเบาหวาน ไข้หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q7111 3. ไม่ทราบ → Q7111
 4. ตนเองเป็นลูกคนเดียว/ไม่มีพี่น้อง → Q7111

Q7109 พี่/น้องของท่านเป็นเบาหวานตั้งแต่อายุเท่าใด

1. < 20 ปี 2. ≥ 20 ปี 3. ไม่ทราบ

Q7110 พี่/น้องของท่านใช้ยา Insulin หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ 3. ไม่ทราบ

โรคเส้นเลือดสมองตีบ/แตก/ตัน (พ่อ)

Q7111 พ่อของท่านเป็นโรคเส้นเลือดสมองตีบ/แตก/ตัน ไข้หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q7113 3. ไม่ทราบ → Q7113

Q7112 พ่อของท่านเป็นโรคเส้นเลือดสมองตีบ/แตก/ตัน ตั้งแต่อายุเท่าใด

1. < 50 ปี 2. ≥ 50 ปี 3. ไม่ทราบ

โรคเส้นเลือดสมองตีบ/แตก/ตัน (แม่)

Q7113 แม่ของท่านเป็นโรคเส้นเลือดสมองตีบ/แตก/ตัน ไข้หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q7115 3. ไม่ทราบ → Q7115

Q7114 แม่ของท่านเป็นโรคเส้นเลือดสมองตีบ/แตก/ตัน ตั้งแต่อายุเท่าใด

1. < 50 ปี 2. ≥ 50 ปี 3. ไม่ทราบ

โรคเส้นเลือดสมองตีบ/แตก/ตัน (พี่/น้อง)

Q7115 พี่/น้องของท่านเป็นโรคเส้นเลือดสมองตีบ/แตก/ตัน ไข้หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q7117 3. ไม่ทราบ → Q7117
 4. ตนเองเป็นลูกคนเดียว/ไม่มีพี่น้อง → Q7117

Q7116 พี่/น้องของท่านเป็นโรคเส้นเลือดสมองตีบ/แตก/ตัน ตั้งแต่อายุเท่าใด

1. < 50 ปี 2. ≥ 50 ปี 3. ไม่ทราบ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (พ่อ)

Q7117 พ่อของท่านเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ไข้หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q7119 3. ไม่ทราบ → Q7119

Q7118 พ่อของท่านเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ตั้งแต่อายุเท่าใด

1. < 50 ปี 2. ≥ 50 ปี 3. ไม่ทราบ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (แม่)

Q7119 แม่ของท่านเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ไข้หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q7121 3. ไม่ทราบ → Q7121

Q7120 แม่ของท่านเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ตั้งแต่อายุเท่าใด

1. < 50 ปี 2. ≥ 50 ปี 3. ไม่ทราบ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (พื้/น้อง)

Q7121 พื้/น้องของท่านเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ใช่หรือไม่

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q7123 3. ไม่ทราบ → Q7123 4. ตนเองเป็นลูกคนเดียว/ไม่มีพื้/น้อง → Q7123

Q7122 พื้/น้องของท่านเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ตั้งแต่อายุเท่าใด

 1. < 50 ปี 2. ≥ 50 ปี 3. ไม่ทราบ**ความดันเลือดสูง**

Q7123 พ่อของท่านเป็นความดันเลือดสูง ใช่หรือไม่

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ 3. ไม่ทราบ

Q7124 แม่ของท่านเป็นความดันเลือดสูง ใช่หรือไม่

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ 3. ไม่ทราบ

Q7125 พื้/น้องของท่านเป็นความดันเลือดสูง ใช่หรือไม่

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ 3. ไม่ทราบ 4. ตนเองเป็นลูกคนเดียว/ไม่มีพื้/น้อง**โรคหอบหืด**

Q7126 พ่อของท่านเป็นโรคหอบหืด ใช่หรือไม่

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ 3. ไม่ทราบ

Q7127 แม่ของท่านเป็นโรคหอบหืด ใช่หรือไม่

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ 3. ไม่ทราบ

Q7128 พื้/น้องของท่านเป็นโรคหอบหืด ใช่หรือไม่

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ 3. ไม่ทราบ 4. ตนเองเป็นลูกคนเดียว/ไม่มีพื้/น้อง**โรคภูมิแพ้ (อากาศ อาหาร ผิวหนัง)**

Q7129 พ่อของท่านเป็นโรคภูมิแพ้ ใช่หรือไม่

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ 3. ไม่ทราบ

Q7130 แม่ของท่านเป็นโรคภูมิแพ้ ใช่หรือไม่

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ 3. ไม่ทราบ

Q7131 พื้/น้องของท่านเป็นโรคภูมิแพ้ ใช่หรือไม่

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ 3. ไม่ทราบ 4. ตนเองเป็นลูกคนเดียว/ไม่มีพื้/น้อง**โรคมะเร็ง**

Q7132 พ่อของท่านเป็นโรคมะเร็ง ใช่หรือไม่

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ 3. ไม่ทราบ

Q7133 แม่ของท่านเป็นโรคมะเร็ง ใช่หรือไม่

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ 3. ไม่ทราบ

Q7134 พื้/น้องของท่านเป็นโรคมะเร็ง ใช่หรือไม่

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ 3. ไม่ทราบ 4. ตนเองเป็นลูกคนเดียว/ไม่มีพื้/น้อง

โรคธาลัสซีเมีย

Q7135 พ่อของท่านเป็นโรคธาลัสซีเมีย ใช่หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ 3. ไม่ทราบ

Q7136 แม่ของท่านเป็นโรคธาลัสซีเมีย ใช่หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ 3. ไม่ทราบ

Q7137 พี่/น้องของท่านเป็นโรคธาลัสซีเมีย ใช่หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ 3. ไม่ทราบ 4. ตนเองเป็นลูกคนเดียว/ไม่มีพี่น้อง

Q7200 การสูบบุหรี่

Q7201 ในตลอดช่วงชีวิตท่านเคยสูบบุหรี่ 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) ใช่หรือไม่

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 (บุหรี่ยี่ห้อ หรือสารอื่นๆ ที่ให้รสชาติเย็น หรือรสชาติคล้ายมันต์) ใช่หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

การใช้/สูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์ หรือบุหรี่ไฟฟ้า

Q7211 ท่านเคยลองสูบบุหรี่ไฟฟ้าหรือไม่ (ครั้งเดียวกันนับว่าเคย)

1. เคย 2. ไม่เคย → Q7219

Q7212 ท่านเริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้า เมื่อท่านมีอายุเท่าไร ปี

Q7213 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านสูบบุหรี่ไฟฟ้า ใชหรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q7217

Q7214 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านสูบบุหรี่ไฟฟ้า จำนวนกี่วัน วันQ7215 โดยเฉลี่ยท่านสูบบุหรี่ไฟฟ้า เป็นจำนวนกี่ครั้งต่อวัน ครั้งต่อวัน

Q7216 บุหรี่ไฟฟ้ารสชาติใดที่ท่านสูบในช่วง 30 วันที่ผ่านมา (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. เมนทอล
 2. มินต์
 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 (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. มีเพื่อนหรือคนรู้จักสูบ
 2. มีคนในครอบครัวสูบ
 3. เชื่อว่าช่วยเลิกสูบบุหรี่ได้
 4. เชื่อว่าอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ซอง
 5. มีกลิ่นหอม/รสชาติหลากหลาย
 6. เชื่อว่าไม่มีอันตรายต่อคนรอบข้าง
 7. ดูเท่ 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 กี่ครั้งต่อวัน (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 ปีQ7224 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

การได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่น (ถามทั้งคนที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่)

Q7226 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับควันบุหรี่ใด ๆ (ทั้งเห็นและได้กลิ่นหรือมีคนมาสูบใกล้) จากผู้อื่นหรือไม่

1. เคย 2. ไม่เคย → Q7228

Qcode

Q7227 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับควันบุหรี่จากที่ใดบ้าง (ตอบทุกข้อ)	เคย (1)	ไม่เคย (2)
1) ที่บ้าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ที่ทำงาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) โรงพยาบาล สถานบริการสาธารณสุข	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) โรงเรียน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) อาคารของสถานที่ราชการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) ร้านอาหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7)ขนส่งสาธารณะ (สถานี หรือบนรถ/ เรือ ป้ายรถเมล์)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) ตลาดสด หรือตลาดนัด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) อาคารของมหาวิทยาลัย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) สถานบริการน้ำมัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

การรับรู้และความเข้าใจ ที่มีต่อตัวผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้า

Q7228 การรับรู้และความเข้าใจของท่าน ที่มีต่อตัวผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้า	ทราบ (1)	ไม่ทราบ (2)
1) โอระเหยของบุหรี่ไฟฟ้าประกอบด้วยสารเคมีที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และสารก่อมะเร็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) นิโคตินในบุหรี่ไฟฟ้ามีอำนาจเสพติด เช่นเดียวกับนิโคตินในบุหรี่ซอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) นิโคตินในบุหรี่ไฟฟ้า ทำลายการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางสมองของเด็กและเยาวชน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) บุหรี่ไฟฟ้ามีอันตรายต่อสุขภาพของผู้ไม่สูบ ที่ได้รับกลิ่นหรือโอระเหยของบุหรี่ไฟฟ้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) การใช้บุหรี่ไฟฟ้า เป็นจุดเริ่มต้นนำไปสู่การใช้บุหรี่ซองและสารเสพติดอื่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) บุหรี่ไฟฟ้าถือเป็นสินค้าที่ผิดกฎหมายในประเทศไทย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

การคิดเห็นเกี่ยวกับบริษัทบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า

Q7229 บริษัทบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้าบิดเบือนความจริงเกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า	<input type="checkbox"/> 1. เห็นด้วย	<input type="checkbox"/> 2. ไม่เห็นด้วย	<input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
Q7230 บริษัทบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้าบิดเบือนความจริงเกี่ยวกับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง	<input type="checkbox"/> 1. เห็นด้วย	<input type="checkbox"/> 2. ไม่เห็นด้วย	<input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
Q7231 บริษัทบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้าต้องการดึงดูดนักสูบหน้าใหม่ เพื่อทดแทนผู้สูบบุหรี่เก่าที่เลิกสูบหรือเสียชีวิต	<input type="checkbox"/> 1. เห็นด้วย	<input type="checkbox"/> 2. ไม่เห็นด้วย	<input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
Q7232 บริษัทบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้าออกแบบผลิตภัณฑ์ยาสูบให้ทันสมัย เช่น บุหรี่ไฟฟ้า เพื่อให้ดึงดูดผู้สูบ	<input type="checkbox"/> 1. เห็นด้วย	<input type="checkbox"/> 2. ไม่เห็นด้วย	<input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
Q7233 บริษัทบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า เป็นองค์กรที่มีความน่าเชื่อถือ	<input type="checkbox"/> 1. เห็นด้วย	<input type="checkbox"/> 2. ไม่เห็นด้วย	<input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

Q7300 การใช้กัญชาและกระท่อม

การใช้กัญชา

"การใช้กัญชาในที่นี้ หมายถึง การให้ร่างกายได้รับสารในพืชกัญชาด้วยวิธีใดก็ได้ ไม่ว่าจะเพื่อการแพทย์หรือเพื่อความเพลิดเพลิน อาทิ เช่น คุกกี้ (มวนสูบ) ผสมบุหรี่ยสูบ ใส้ไปป์หรือบ้องแห้งแล้วสูบ ใส้บ้องไอน้ำแล้วสูบ กินหรือดื่ม หยอดใต้ลิ้น เหน็บ/สวนทวาร บรรจุในแคปซูลและกิน ฟัน/ทา/อาบน้ำภายนอก ใส้ในบุหรี่ไฟฟ้า 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 (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. นันทนาการ (เพื่อความเพลิดเพลิน-ผ่อนคลาย เข้าสังคม)
2. เหตุผลทางการแพทย์/รักษาโรค (เช่น แก้ปวดเมื่อย โรคมะเร็ง โรคลมชัก)
3. ช่วยให้นอนหลับ
4. ช่วยให้เจริญอาหาร
5. อายากรู้/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. อายากรู้/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 แต่ไม่ได้ใช้นับตั้งแต่เมื่อวานนี้
9. เมื่อวานนี้
10. วันนี้
11. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้
12. ไม่ตอบ

Q7307 ท่านใช้กัญชาโดยวิธีใดบ่อยที่สุด (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

1. สูบไอระเหย (ผสมบุหรี่ปุหรี่ไฟฟ้า/ บ้องไฉนน้ำ/แห้ง)
2. กินทางปาก (เพียว/ หยดใต้ลิ้น/หยดใส่แคปซูลแล้วกลืน)
3. ต้มน้ำ/ชงดื่มเป็นชา
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/สบู่อุปกรณ์
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. ปลุก/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 ท่านใช้กัญชาในเวลาที่น่าจะเกิดอันตรายได้ 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 หรือตักกินผง แคปซูล ยาเม็ด ยาลูกกลอน การกินน้ำต้มใบกระท่อม ผสมน้ำอัดลม ชาเขียว เครื่องดื่มชูกำลัง หรือยาหรือสารชนิดอื่น (สีคุณร้อย)"

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 ท่านใช้พืชกระท่อมครั้งสุดท้ายเมื่อใด

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 แต่ไม่ได้ใช้นับตั้งแต่เมื่อวานนี้
9. เมื่อวานนี้
10. วันนี้
11. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้
12. ไม่ตอบ

Q7326 ท่านใช้พืชกระท่อมโดยวิธีใดบ่อยที่สุด (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

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

Q7327 โดยทั่วไป ท่านซื้อหรือได้รับพืชกระท่อมจากแหล่งใด

1. ปลูก/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 บรันดี ยาตองเหล้า เหล้าจีน เชียงซุน เหมมาไก เหล้าพื้นบ้าน อุ/กระแช่ สาโท วิสกี้นอก)

Q7401 ตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา ท่านเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือไม่ เช่น เบียร์ ไวน์ เหล้าขาว ยาตองเหล้า 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 / เหล้าข้าว / 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
 อื่น ๆ ระบุ..... 10. ไม่มี

Q7407 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านตีเครื่องตีแอลกอฮอล์อย่างน้อยในปริมาณดังนี้ ในช่วงเวลาเดียวกัน บ่อยแค่ไหน

ผู้หญิง: 4 ต้ม (หน่วยมาตรฐาน) ได้แก่ เบียร์มากกว่า 4 กระป๋อง หรือ 2 ขวดใหญ่/ เหล้า 4 เป๊กขึ้นไป/ ไวน์ 4 แก้ว
 ผู้ชาย: 5 ต้ม (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 ภาวะ [b]	จำนวนหน่วยของ ภาวะที่ระบุต่อคน [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 หรือปัญหาเกี่ยวกับคูครองของท่าน เนื่องจากการดื่มของคนอื่นหรือไม่

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

Qcode

Q7423 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยถูกเจ้าพนักงานจราจรตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ทางลมหายใจขณะขับขี่รถยนต์หรือรถจักรยานยนต์หรือไม่

1. เคยถูกตรวจ 2. ขับขี่แต่ไม่เคยถูกตรวจ 3. ไม่ได้ขับขี่ในรอบ 12 เดือน

Q7424 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจนต้องได้รับการรักษาพยาบาล หรือหยุดงาน หยุดเรียน หรือต้องพักการทำงาน กิจวัตรปกติอย่างน้อยหนึ่งวัน จากสาเหตุต่อไปนี้กี่ครั้ง

สาเหตุการบาดเจ็บ	จำนวนการบาดเจ็บ (ครั้ง) [a]	เหตุการณ์นี้เกิดจากการดื่มของคั้งเองหรือผู้อื่นหรือไม่	
		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) หกล้ม 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 ท่านเคยร่วมงานบุญประเพณีระดับชาติหรือระดับจังหวัดที่มีการห้ามดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่

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. สถานีนามัย/ 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

ยากลายเคียด หรือ ยานอนหลับ

Q7507 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้กินยากลายเคียดหรือยานอนหลับบ้างหรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q7513

Q7508 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านกินยากลายเคียดหรือยานอนหลับบ่อยเพียงใด

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

Q7509 ท่านได้รับยากลายเคียด หรือยานอนหลับ มาจากที่ใด (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. โรงพยาบาล
2. คลินิก/ โพลีคลินิก
3. สถานีนามัย/ 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)

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

ยากัญชา

Q7520 ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยใช้กัญชา หรือยาสกัดจากกัญชา หรือไม่

1. เคย 2. ไม่เคย → Q7523 3. ไม่ทราบ/ไม่ตอบ → Q7523

Q7521 ท่านใช้ยากัญชา สำหรับรักษาโรค/บรรเทาอาการอะไร (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. มะเร็ง 2. โรคลมชัก 3. ปวดทุกชนิด
 4. นอนไม่หลับ 5. ภาวะซึมเศร้า 6. เบาหวาน
 7. อื่นๆ โปรดระบุ.....

Q7522 ท่านได้ยากัญชา มาจากที่ใด (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. โรงพยาบาล/คลินิก 2. สถานีอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชน
 3. ร้านยา 4. ร้านค้า
 5. เพื่อน ญาติ คนรู้จัก 6. วัด
 7. การขายตรง (เช่น โฆษณาทางทีวี การเร่ขาย ร้านค้าทางอินเทอร์เน็ต)
 8. อื่นๆ ระบุ..... 9. เพาะปลูกเอง

Qcode

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

Q7523 ปัจจุบันท่านกิน (ทั้งที่กินประจำและครั้งคราว) อาหารเสริมประเภทใดบ้าง (ตอบทุกข้อ)

1) น้ำมันปลา (ไม่ใช่ไขมันตับปลา)	<input type="checkbox"/> 1. กิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่กิน
2) สารสกัดแปะก๊วย	<input type="checkbox"/> 1. กิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่กิน
3) สารสกัดเมล็ดองุ่น	<input type="checkbox"/> 1. กิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่กิน
4) น้ำลูกยอ	<input type="checkbox"/> 1. กิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่กิน
5) สาหร่ายเกลียวทอง	<input type="checkbox"/> 1. กิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่กิน
6) นมผึ้ง	<input type="checkbox"/> 1. กิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่กิน
7) Co-enzyme Q10	<input type="checkbox"/> 1. กิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่กิน
8) ซุปไก่สกัด	<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 มาจากที่ใดบ้าง (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 การเร่ขาย ร้านค้าทางอินเทอร์เน็ต) |
| <input type="checkbox"/> 5. เพื่อน ญาติ คนรู้จัก | <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ ระบุ..... |

Q7600 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (Food and Nutrition)

ส่วน A พฤติกรรมในการบริโภคอาหาร

Q7616 ท่านกินอาหารครบ 3 มื้อหลักหรือไม่

1. ใช่ → Q7618 2. ไม่ใช่

Q7617 โดยส่วนใหญ่ ท่านงดกินอาหารมื้อใด

1. มื้อเช้า 2. มื้อกลางวัน 3. มื้อเย็น

Q7618 โดยปกติ ท่านทำกิจกรรมต่างๆ ขณะกินอาหาร เช่น ดูโทรทัศน์ เล่นของเล่น/เกมส์คอมพิวเตอร์ เล่นโทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต เดิน/วิ่งเล่น อ่านหนังสือหรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q7621 ในวันทำงาน โดยทั่วไป อาหารมื้อเย็นที่ท่านกินบ่อยที่สุดเป็นอาหารแบบใด (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

1. อาหารที่ทำกินเองที่บ้าน → Q7623 2. อาหารปรุงสุกสำเร็จ
3. อาหารตามสั่ง 4. อาหารสำเร็จรูปบรรจุซอง/กระป๋อง
5. อาหารปิ่นโตรับเป็นรายเดือน 6. อาหารแช่แข็งสำเร็จรูปมาเก็บไว้ เมื่อกินจะนำมาอุ่น

Q7622 ในวันทำงาน แหล่งที่มาของอาหารนอกบ้านมื้อเย็นที่ท่านกินบ่อยที่สุดเป็นอาหารที่ซื้อมาจาก (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

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

Q7623 ในวันเสาร์หรืออาทิตย์ ท่านกินอาหารมื้อหลัก (เช้า กลางวัน เย็น) นอกบ้านกี่มื้อ

หมายเหตุ: อาหารนอกบ้าน หมายถึง อาหารที่ไม่ได้ทำเองที่บ้าน

จำนวนมื้อต่อวัน 0 มื้อ → Q7626 1 มื้อ 2 มื้อ 3 มื้อQ7624 ในวันเสาร์หรืออาทิตย์ อาหารนอกบ้านที่ท่านกินบ่อยที่สุดเป็นอาหารแบบใด (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

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

Q7625 ในวันเสาร์หรืออาทิตย์ แหล่งที่มาของอาหารนอกบ้านมื้อหลักที่ท่านกินบ่อยที่สุดเป็นอาหารที่ซื้อมาจาก

(เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

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

ข้อปฏิบัติสำหรับพนักงานสัมภาษณ์

1. ให้ผู้สัมภาษณ์ถาม ดังนี้ “โดยทั่วไปในระยะเวลา 1 เดือนก่อนหน้า ท่าน (ผู้ถูกสำรวจ) กิน (ดื่ม) อาหาร (เครื่องดื่ม) ชนิดต่อไปนี้หรือไม่” (ผู้สัมภาษณ์ต้องอ่านรายการอาหารในแต่ละข้อให้ครบถ้วน)
2. ผู้สัมภาษณ์พิจารณาเฉพาะประเภทอาหารที่ผู้ถูกสำรวจระบุว่ากิน และถามคำถามดังนี้ “ท่าน (ผู้ถูกสำรวจ) กินอาหารดังต่อไปนี้บ่อยเพียงใด” (ผู้สัมภาษณ์ทำการบันทึกข้อมูลในช่องความถี่ในการบริโภคอาหาร)
3. ให้ผู้สัมภาษณ์ถามขนาดส่วนบริโภคที่ผู้ถูกสำรวจมักจะกิน (ดื่ม) ต่อครั้ง โดยเปรียบเทียบกับส่วนบริโภคที่กำหนดให้ โดยถามดังนี้ “ในแต่ละครั้งที่ท่านกิน (ดื่ม)(ระบุชนิดอาหาร/เครื่องดื่ม) ที่ท่านกิน (ดื่ม) ในขนาดเท่าไร เมื่อเปรียบเทียบกับแผ่นภาพอาหารที่เห็น (ผู้สัมภาษณ์แสดงแผ่นภาพขนาดอาหาร และทำการบันทึกข้อมูลในช่องขนาดส่วนบริโภคตามคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์)

Q7629 ชนิดอาหาร	ความถี่ในการบริโภคอาหาร							ส่วนบริโภค ต่อครั้ง	ขนาดส่วนบริโภค (size)		
	ไม่ กิน 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)		S	M	L
1. เนื้อสัตว์ ไข่ และผลิตภัณฑ์											
<i>กลุ่มเนื้อสัตว์และ ไข่</i>											
1 เนื้อวัว/หมูไม่ติดมัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.5 ช้อน กินข้าว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ไก่/เป็ดไม่ติดหนัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.5 ช้อน กินข้าว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 เนื้อวัว/หมูติดมัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.5 ช้อน กินข้าว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 ไก่/เป็ดติดหนัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.5 ช้อน กินข้าว	<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"/>	2.5 ช้อน กินข้าว	<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"/>	2.5 ช้อน กินข้าว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 เครื่องในสัตว์ เช่น ตับ เลือด ลำไส้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.5 ช้อน กินข้าว	<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"/>	1 ฟอง (49 ก)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q7629 ชนิดอาหาร		ความถี่ในการบริโภคอาหาร						ส่วนบริโภค	ขนาดส่วนบริโภค			
		ไม่ กิน 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)	ต่อครั้ง	(size)		
										S	M	L
กลุ่มผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์												
9	ผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ที่ผ่านกระบวนการกลุ่มที่ 1 เช่น ไส้กรอก ไส้กรอกอีสาน เบคอน แฮม กุนเชียง หมูยอ แหนม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.5 ช้อน กินข้าว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	ผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ที่ผ่านกระบวนการกลุ่มที่ 2 เช่น หมูหยอง ปลาเค็ม เนื้อ/หมู/ปลาแดดเดียว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.5 ช้อน กินข้าว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ข้าวแป้งและผลิตภัณฑ์												
11	รวม ข้าวแป้งและผลิตภัณฑ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.5 ทัพพี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	ข้าวขาว/ข้าวขัดสี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.5 ทัพพี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.5 ทัพพี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	ข้าวเหนียว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.5 ทัพพี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	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"/>	1.5 ทัพพี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป เช่น มาม่า ยำ ยำ ไวไว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.5 ทัพพี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	โจ๊กกึ่งสำเร็จรูป ซุปกึ่งสำเร็จรูป	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.5 ทัพพี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	ขนมปังขาว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 แผ่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	ขนมปังโฮลวีท (ขนมปังธัญพืช)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 แผ่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	มั๊กกะโรนี พาสต้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.5 ทัพพี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	ข้าวโพด เผือก มัน ลูกเดือย ข้าว ฟ่าง ข้าวเม่า บุก กลอย มันแกว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.5 ทัพพี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q7629 ชนิดอาหาร	ความถี่ในการบริโภคอาหาร							ส่วนบริโภค ต่อครั้ง	ขนาดส่วนบริโภค (size)		
	ไม่ กิน 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)		S	M	L
3. ถั่วและผลิตภัณฑ์											
22	ถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์ (ไม่รวมเครื่องดื่ม) เช่น ถั่วเขียว ถั่วเหลือง ถั่วลิสง ถั่วแดง ถั่วแระ เต้าหู้หลอดขาว ฟองเต้าหู้ โปรตีนเกษตร							2 ช้อน กินข้าว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	น้ำเต้าหู้/นมถั่วเหลือง							1 แก้ว (200 cc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. นมและผลิตภัณฑ์											
24	นมสด/โยเกิร์ตชนิดถ้วยไม่ปรุงแต่งรส							1 แก้ว (200 cc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	นมหวาน/นมปรุงแต่งรส/โยเกิร์ตชนิดถ้วยปรุงแต่งรส							1 แก้ว (200 cc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	นมเปรี้ยว/โยเกิร์ตชนิดดื่ม							1 แก้ว (200 cc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	นมพร้อมมันเนย							1 แก้ว (200 cc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ผลิตภัณฑ์ผักและผลไม้											
28	ผลไม้ดองและผักดองต่างๆ เช่น ผักกาดดอง หน่อไม้ดอง กระเทียมดอง							1.5 ทัพพี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	ผลไม้แห้ง เช่น ลูกเกด ลูกพรุน ลูกท้อ พุทรา มะม่วง							1/4 ถ้วย ตวง มาตรฐาน =1 ส่วน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q7629 ชนิดอาหาร		ความถี่ในการบริโภคอาหาร							ส่วนบริโภค ต่อครั้ง	ขนาดส่วนบริโภค (size)		
		ไม่ กิน 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)		S	M	L
30	ผลไม้กระป๋อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/2 ถ้วย ตวง มาตรฐาน =1 ส่วน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30
6. เครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์												
31	น้ำอัดลม/น้ำหวาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 แก้ว (200 cc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	น้ำผลไม้/ผัก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 แก้ว (200 cc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	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"/>	1 แก้ว (200 cc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	เครื่องดื่มสำหรับนักกีฬา เช่น สปอนเซอร์ เอ็มสปอร์ต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 แก้ว (200 cc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	กาแฟสด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 แก้ว (200 cc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	กาแฟสำเร็จรูป เช่น 3 in 1 กาแฟ ผง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ซอง (20 กรัม)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	ชาที่เติมนมข้นหวาน/น้ำเชื่อม/ น้ำตาล/ครีมเทียม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 แก้ว (200 cc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	ชาชงน้ำร้อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 แก้ว (200 cc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	เครื่องดื่มช็อกโกแลต/โกโก้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 แก้ว (200 cc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	เครื่องดื่มธัญญาพืช เช่น น้านม ข้าวยาคู น้าลูกเดือย น้านม ข้าวโพด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 แก้ว (200 cc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q7629 ชนิดอาหาร		ความถี่ในการบริโภคอาหาร						ส่วนบริโภค	ขนาดส่วนบริโภค			
		ไม่ กิน 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)	ต่อครั้ง	(size)		
										S	M	L
41	เครื่องดื่มเสริมอาหาร (Functional Drinks), เครื่องดื่มสำหรับกีฬา Sport drink, เครื่องดื่มความงาม Beauti Drink เช่น คอลลาเจน, เครื่องดื่มผสมวิตามินและแร่ธาตุ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 แก้ว (200 cc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. อาหารอื่นๆ												
42	อาหารจานด่วนตะวันตก เช่น พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ทัพพี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	อาหารคาวที่มีกะทิ เช่น แกงเผ็ด ต้มยำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ทัพพี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	น้ำพริก เช่น น้ำพริกปลาเค็ม น้ำพริกปลาปน น้ำพริกปลาร้า น้ำพริกปูเค็ม น้ำพริกปลาหู น้ำพริกตักแต้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.5 ช้อน กินข้าว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	ซาลาเปา ขนมจีบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ทัพพี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ขนมหวาน												
46	อาหารที่มีเนย/มาการีนและแป้ง เช่น เค้ก คุกกี้ โดนัท พาย ฮันนี่โทสต์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ทัพพี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	ขนมหวานทำจากไข่แดง เช่น ทองหยิบ ฝอยทอง ทองหยอด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 ช้อน กินข้าว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	ขนมใส่น้ำเชื่อม เช่น สาคุน้ำเชื่อม ลูกชิตน้ำเชื่อม มันเทศเชื่อม กล้วยเชื่อม บิงซู ผลไม้เคลือบน้ำตาล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ทัพพี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	ขนมหวานที่มีกะทิ เช่น กล้วยบัวต๋อง ชี วุ้นกะทิ ข้าวต้มผัด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ทัพพี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q7629 ชนิดอาหาร		ความถี่ในการบริโภคอาหาร							ส่วนบริโภค ต่อครั้ง	ขนาดส่วนบริโภค (size)		
		ไม่ กิน 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)		S	M	L
50	ขนมขบเคี้ยว/ขนมกรุบกรอบ บรรจุซอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ซอง 10 บาท (35 กรัม)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	ไอศกรีมกะทิ/ผสมนม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 ซ่อนโต๊ะ /3 ลูก (f 3 ชม.ต่อลูก)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ชนิดอาหาร		ความถี่ในการบริโภคอาหาร								ส่วนบริโภค ต่อครั้ง	ขนาดส่วน บริโภค		
		ไม่ กิน 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)	2-3 ครั้ง/ ว (7)	>3 ครั้ง/ ว (8)		S	M	L
9. เครื่องปรุงรสที่เติมเพิ่ม หลังจากปรุงอาหารเสร็จ													
52	น้ำตาลทราย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 ซ่อนชา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	เกลือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ซ่อนชา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54	น้ำปลา ซอสชนิดต่างๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ซ่อน กินข้าว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55	ผงชูรส	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ซ่อนชา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ส่วน C ความถี่อาหารบริโภคที่ปริมาณสำหรับการกินผลไม้และผัก

ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ดูรูปขนาดส่วนบริโภคของผลไม้และผักในสมุดภาพตัวอย่างผลไม้และผัก และอุปกรณ์การประมาณขนาดอาหาร
บริโภค ได้แก่ ทัพพีตักข้าว พร้อมทั้งให้คำอธิบายต่อไปนี้

“คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวข้องกับการกินผลไม้และผักที่ท่านกินเป็นประจำ ขอให้ท่านตอบคำถามต่อไปนี้โดยคิดถึง ความถี่ในการ
บริโภคผลไม้และผักโดยทั่วๆ ไปใน 1 สัปดาห์ และปริมาณผลไม้หรือผักที่ท่านกินในแต่ละมื้อ ว่ามีปริมาณและขนาดเท่าไร (เช่น
ส้มเขียวหวาน 1 ผลกลาง เป็นต้น) หรือในกรณีของผักให้นำมาเปรียบเทียบกับ ถ้าใส่ในทัพพีตักข้าว ท่านกินปริมาณเฉลี่ยกี่ทัพพี”

Q7631 ผลไม้สด

หมายเหตุ : ผลไม้สด 1 ส่วนมาตรฐาน เท่ากับ มะละกอ แดงโม หรือสัปปะรด 6-8 คำ หรือ กลัวยน้ำว่า 1 ผลเล็ก หรือกลัวยหอม 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**การนอน**

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

วันธรรมดา

Q7701a เข้านอนเวลา : นาฬิกา (ชม.:นาท)

Q7701b ตื่นนอนเวลา : นาฬิกา (ชม.:นาท)

Q7701c รวมระยะเวลาอน : นาฬิกา (ชม.:นาท) (ระบบคำนวณอัตโนมัติ)

Q7701d เมื่อท่านเริ่มเข้านอน ท่านใช้เวลากี่นาท ท่านถึงจะหลับจริง นาท

Q7701e ส่วนใหญ่ท่านจะหลับได้จริง รวมได้กี่ชั่วโมง (อาจจะไม่เท่ากับจำนวนชั่วโมงที่อยู่บนเตียง) ต่อคืน ชั่วโมง

วันหยุด

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

Q7703 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาในการนอนหลับบ่อยแค่ไหน (ตอบทุกสาเหตุ และเลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)	ไม่มีเลย (1)	มีน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง (2)	สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง (3)	สัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไป (4)
1) ไม่สามารถหลับได้ภายใน 30 นาที	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ามากกว่าปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ต้องตื่นมาเข้าห้องน้ำระหว่างการนอน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) หายใจไม่สะดวก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) ไอหรือกรนเสียงดัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) รู้สึกหนาวหรือเย็นเกินไป	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) รู้สึกร้อนเกินไป	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) ผื่นร้าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) มีอาการปวด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) อื่นๆ (ระบุ).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q7704 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านคิดว่าคุณภาพการนอนโดยรวมของท่านเป็นอย่างไร

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

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

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

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)

ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมเวลารว่างจากการทำงานของท่าน การเล่นกีฬา การเข้าสถานที่ออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน และการเดินทาง

Q7736 โดยปกติในเวลารว่างจากการทำงาน ท่านมีกิจกรรมเล่นกีฬา การออกกำลังกาย หรือกิจกรรมยามว่างอย่างหนัก จนทำให้หายใจแรงขึ้นหรือหัวใจเต้นเร็วขึ้นมาก เป็นเวลาต่อเนื่องตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไป ในแต่ละครั้ง เช่น เต้นแอโรบิก วิ่ง เล่นกีฬาอย่างหนัก เล่นฟุตบอล ใช่หรือไม่ ให้ผู้ตอบสัมภาษณ์ดูรูปในสมุดภาพการออกกำลังกายอย่างหนัก

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q7739

Q7737 ในสัปดาห์ปกติ ท่าน เล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมยามว่างอย่างหนัก เป็นเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาที ขึ้นไป ในแต่ละครั้งเป็นจำนวนกี่วันต่อสัปดาห์

วันต่อสัปดาห์

Q7738 ในวันปกติ ท่านเล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมยามว่างอย่างหนัก เป็นเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาที ขึ้นไป ในแต่ละครั้งดังกล่าวนี เป็นเวลานานเท่าใด ในแต่ละวัน (ต้องถามยืนยันความถูกต้อง ถ้าผู้ตอบบอกว่า >4 ชั่วโมงต่อวัน)

ชั่วโมง : นาที
 :

Q7739 โดยปกติในเวลารว่างจากการทำงาน ส่วนใหญ่ท่านมีกิจกรรม เล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมอย่างเล็กน้อยหรือปานกลาง เป็นเวลาต่อเนื่อง ตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไป ในแต่ละครั้ง เช่น เดินเร็ว ขี่จักรยาน เล่นวอลเลย์บอล วายน้ำ ใช่หรือไม่ ให้ผู้ตอบสัมภาษณ์ดูรูปในสมุดภาพการออกกำลังกายปานกลาง

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q7742

Q7740 ในสัปดาห์ปกติ ท่าน เล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมอย่างปานกลาง เป็นเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาทีขึ้นไป ในแต่ละครั้งเป็นจำนวนกี่วันต่อสัปดาห์

วันต่อสัปดาห์

Q7741 ในวันปกติ ท่าน เล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมอย่างปานกลาง เป็นเวลาต่อเนื่อง อย่างน้อย 10 นาทีขึ้นไป ในแต่ละครั้งดังกล่าวนีเป็นเวลานานเท่าใดในแต่ละวัน

ชั่วโมง : นาที
 :

ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการ **นั่งๆ นอนๆ** เท่านั้น

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

Qcode

Q7742 ในวันปกติ ท่านใช้เวลาต่างๆ นานๆ หรือเอนกายสบายๆ รวมแล้วเป็นเวลาเท่าใด
ในแต่ละวัน (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 หรือไม่

Q8101a ถูกคุกคามด้วยวาจา เช่น การพูดจาล่วงเกินเกี่ยวกับเรื่องเพศ 1. เคย 2. ไม่เคยQ8101b ถูกคุกคามด้วยกิริยา ท่าทาง เช่น การจ้องมองส่วนต่างๆของร่างกาย 1. เคย 2. ไม่เคยQ8101c ถูกคุกคามด้วยการสัมผัสทางร่างกาย เช่น การแตะเนื้อต้องตัวโดยไม่เต็มใจ 1. เคย 2. ไม่เคยQ8101d ถูกคุกคามการส่งข้อความเชิงอนาจาร 1. เคย 2. ไม่เคย

Q8107 ปัจจุบันท่านมีคู่นอนหรือไม่ (คู่ หมายถึง คู่ที่อยู่ด้วยกันฉันท์สามีภรรยา หรือมีเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ 2-3 ครั้งต่อเดือน)

1. ใช่ ต่างเพศกัน
2. ใช่ เป็นเพศเดียวกัน
3. ใช่ เป็นเพศเดียวกัน และ/หรือต่างเพศกัน
4. ไม่ใช่ แต่มีคนที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยกันเป็นครั้งคราว
5. ไม่ใช่ → Q8110

Q8108 ขณะนี้ท่าน/คู่ของท่านมีการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือคุมกำเนิดใช่หรือไม่ (การทำหมัน ถือว่ามีการคุมกำเนิดแล้ว)

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q8110

Q8109 ปัจจุบันท่าน/คู่ของท่านคุมกำเนิดด้วยวิธีใด (ตอบทุกข้อ ทั้งของตนเองและคู่)	ใช่ (1)	ไม่ใช่ (2)	ไม่ทราบ (3)
1) ฝ่ายหญิงใช้ยาเม็ด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ฝ่ายหญิงใช้ยาฉีด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ฝ่ายหญิงใช้ยาคุมฉุกเฉิน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ฝ่ายหญิงใช้ยาฝังคุมกำเนิด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) ฝ่ายชายใช้ถุงยางอนามัย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) ทำหมันชาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) ทำหมันหญิง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q8110 ท่านเคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกหรือไม่

 1. เคย 2. ไม่เคย \rightarrow Q8200ช \rightarrow Q8300Q8111 ท่านได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกเมื่ออายุ ปี (จำไม่ได้ ใส่ 99)ญ \rightarrow Q8200ช \rightarrow Q8300**Q8200 อนามัยเจริญพันธุ์ (สำหรับผู้ถูกสำรวจเพศ “หญิง”)**Q8201 ท่านมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุเท่าไร ปี ถ้ายังไม่มีประจำเดือนให้ใส่ 00 จำไม่ได้ ใส่ 88

Q8202 ปัจจุบันท่านยังมีรอบประจำเดือนอยู่หรือไม่

 1. ยังมีอยู่ \rightarrow Q8207 2. ประจำเดือนหมดแล้ว (<1ปี) 3. ประจำเดือนหมดแล้ว (\geq 1ปี) (menopause) 4. กำลังตั้งครรภ์ \rightarrow Q8207Q8203 สำหรับผู้ที่ตอบว่าประจำเดือนหมดแล้ว ระบุอายุที่หมดประจำเดือน ปี

Q8204 สำหรับผู้ที่ตอบว่าประจำเดือนหมดแล้ว ท่านหมดประจำเดือนด้วยสาเหตุใด

 1. ตามธรรมชาติของวัย 2. การผ่าตัดมดลูกหรือรังไข่ 3. การฉายแสง หรือรังสี 4. สาเหตุอื่นๆ

Q8205 ท่านเคยหรือกำลังได้รับยาฮอร์โมนทดแทนหลังหมดประจำเดือนใช่หรือไม่

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ \rightarrow Q8207Q8206 สำหรับผู้ที่ตอบว่า “ใช่” ในข้อ Q8205 ระบุระยะเวลาที่ใช้ฮอร์โมนทดแทน ปี

Q8207 ท่านเคยตั้งครรภ์หรือไม่ (รวมการตั้งครรภ์แล้วแท้งด้วย)

 1. เคย 2. ไม่เคย \rightarrow Q8224Q8208 ท่านเคยตั้งครรภ์มาแล้วทั้งหมดกี่ครั้ง ครั้งQ8209 ท่านตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุเท่าไร ปีQ8210 ท่านตั้งครรภ์ครั้งสุดท้ายเมื่ออายุเท่าไร ปี

Q8214 ท่านมีภาวะมีบุตรยากใช่หรือไม่ (ภาวะมีบุตรยาก หมายถึง ไม่สามารถมีบุตรได้ทั้งๆ ที่ไม่ได้คุมกำเนิดและมีเพศสัมพันธ์ อย่างสม่ำเสมอเป็น เวลาอย่างน้อย 1 ปี)

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q8215 ถ้าท่านเคยคลอดบุตร ลักษณะบุตรของท่าน เป็นดังนี้

1) บุตรที่เกิดรอด คน (บุตรที่เกิดรอดมีสัญญาณชีพหลังคลอด เช่น มีลมหายใจ มีเสียงร้อง: live birth)2) บุตรตายคลอด คน3) แท้งบุตร คน

Q8216 ท่านคลอดบุตรคนสุดท้ายด้วยวิธีใด

 1. วิธีธรรมชาติ 2. ใช้เครื่องดูดสุญญากาศ 3. ผ่าตัดคลอด 4. ใช้เข็ม 5. ไม่ทราบ 6. อื่นๆ ระบุ.....

Q8217 ท่านเคยแท้งลูกหรือไม่

1. เคย 2. ไม่เคย → Q8224

Q8218 ท่านเคยแท้งลูกกี่ครั้ง ครั้งQ8219 ท่านแท้งลูกครั้งแรกเมื่ออายุเท่าไร ปี

Q8220 ระบุสาเหตุของการแท้งลูก ในครั้งสุดท้าย

1. แท้งเอง (รวมทั้งเกิดจากอุบัติเหตุ) → Q8224
- ทำแท้งโดย
2. ตนเอง 3. แพทย์ 4. พยาบาล 5. ผู้ช่วยสาธารณสุข/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
6. ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ ระบุ..... 7. ไม่ทราบ

Q8221 วิธีการทำแท้ง

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

Q8222 ระบุเหตุผลของการทำแท้ง ในครั้งสุดท้าย (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

1. ไม่พร้อมที่จะมีบุตร
2. เหตุผลทางการแพทย์: เด็กมีโอกาสพิการ
3. เหตุผลทางการแพทย์: เป็นอันตรายต่อแม่
4. เหตุผลทางการแพทย์: อื่นๆ ระบุ.....
- 5 เหตุผลทางกฎหมาย: ถูกข่มขืน
6. เหตุผลทางกฎหมาย: อื่นๆ ระบุ.....
7. อื่นๆ ระบุ.....

Q8223 ระบุสถานที่ทำแท้ง ในครั้งสุดท้าย

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

Q8224 ในช่วงเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขใช่หรือไม่

1. ใช่ ได้รับการตรวจเป็นประจำ (อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง)
2. ใช่ เคยได้รับการตรวจอย่างน้อย 1 ครั้ง ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา
3. ไม่เคยได้รับการตรวจ

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 |

Q8300 ความคิดเห็นต่อเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์

Q8301 คนส่วนใหญ่ถึงเลที่จะไปตรวจหาเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ เนื่องจากกังวลว่าคนรอบข้างจะรู้ ถ้าตนเองติดเชื้อ

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q8302 คนที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ หรือ ถูกสงสัยว่าติดเชื้อฯ มักจะถูกรังเกียจหรือถูกเหยียดหยามจากคนรอบข้าง

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q8303 ท่านคิดว่าเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ไม่สมควรจะเรียนร่วมกับเด็กนักเรียนทั่วไป

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q8304 ท่านมีความรู้สึกกลัวหรือไม่ว่า ท่านอาจจะติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ได้ ถ้าไปสัมผัสกับน้ำลายของผู้ติดเชื้อ

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q8305 ท่านรู้สึกรังเกียจที่จะซื้ออาหารสดหรืออาหารประกอบจากผู้ขายหรือผู้ประกอบการอาหารที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q8306 ท่านเห็นด้วยกับประโยคนี้หรือไม่ “ฉันคงรู้สึกอาย ถ้ามีใครบางคนในครอบครัวติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์”

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q8307 ท่านมีญาติหรือคนรู้จักติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ หรือไม่

1. มี 2. ไม่มี 3. ไม่แน่ใจ

Q8308 ท่านเคยได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ หรือไม่

- 1.เคย 2. ไม่เคย → Q9000

Q8309 ท่านได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่

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

Q8310 ท่านตรวจเลือดครั้งสุดท้าย ด้วยเหตุผลอะไร

1. มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ 2. ตรวจสุขภาพประจำปี
3. ใช้ผลเลือดเพื่อการสมัครงาน/เข้าเรียน/ทำประกันชีวิต 4. เหตุผลอื่น ๆ

Qcode **Q9000 สิทธิและสวัสดิการทางสุขภาพ**

Q9001 ในปัจจุบันนี้ท่านมีสวัสดิการหรือมีสิทธิในการรักษาพยาบาลหรือไม่ (ตอบทุกข้อ)

	มี	ไม่มี		มี (โปรดระบุ) [a]	ไม่มี
1) บัตรทอง	<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	<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)