



การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย

ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568

กลุ่มวัยเด็ก (อายุ 10 - 19 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. ให้กาเครื่องหมาย X ลงในช่องสี่เหลี่ยม หน้าข้อคำตอบที่ต้องการ ดังตัวอย่าง

ง. ให้บันทึกข้อความที่เป็นคำตอบลงบนเส้นประ

ใบยินยอม

Q1001 ผู้ถูกสัมภาษณ์/ผู้ปกครองได้รับฟังและลงนามในใบยินยอมด้วยความสมัครใจแล้วใช่หรือไม่

1. ใช่ → Q1003

2. ไม่ใช่ กรุณาอ่านใบยินยอมด้วยความสมัครใจ

Q1002 ผู้ถูกสัมภาษณ์/ผู้ปกครองยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยและลงนามเรียบร้อยแล้ว ใช่หรือไม่

1. ใช่

2. ไม่ใช่ ให้หยุดการสัมภาษณ์

ที่ตั้งของชุมชนอาคาร / หมู่บ้านตัวอย่าง

Q1003 ลำดับที่การลงทะเบียน

(qcode เดียวกับในแบบ ps-01)

Q1004 บัญชีรายชื่อ ชุดที่

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

Q1005 ลำดับที่บุคคลตัวอย่าง

Q1006 ภาค

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

Q1007 จังหวัด

..... รหัสจังหวัด

Q1008 อำเภอ

..... รหัสอำเภอ

Q1009 เขตการปกครอง

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

Q1010 รหัส SITE

..... รหัส SITE

Q1011 บ้านเลขที่ / ถนน

.....

		Q-code	<input type="text"/>
Q1012 ตำบล	<input type="text"/>	รหัสตำบล
Q1013 รหัสไปรษณีย์	<input type="text"/>	
คำชี้แจงของพนักงานสัมภาษณ์ :			
อายุ 10-14 ปี พ่อ/แม่/ผู้ปกครอง เป็นผู้ให้ข้อมูล (คนที่ดูแลรู้เรื่องข้อมูลเกี่ยวกับเด็กมากที่สุด และ ไม่ควรเป็นพี่เลี้ยงเด็ก ถ้าเป็น “พี่” ควรมีอายุ 20 ปีขึ้นไป)			
อายุ 15-19 ปี ผู้ถูกสำรวจเป็นผู้ให้ข้อมูลเอง			
Q1014 ชื่อ-สกุล ผู้ให้ข้อมูล.....			
Q1015 เพศ ผู้ให้ข้อมูล <input type="checkbox"/> 1. ชาย <input type="checkbox"/> 2. หญิง			
Q1016 อายุ ผู้ให้ข้อมูล <input type="text"/> ปี			
Q1017 ความสัมพันธ์ของผู้ร่วมตอบสัมภาษณ์กับเด็ก (คนตอบสัมภาษณ์ คือ คนที่มีส่วนในการเลี้ยงดูเด็ก และทราบข้อมูลครอบครัว) (สำหรับบุคคลตัวอย่างอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นผู้ตอบเอง)			
<input type="checkbox"/> 1. แม่ <input type="checkbox"/> 2. พ่อ <input type="checkbox"/> 3. ปู่/ย่า <input type="checkbox"/> 4. ตา/ยาย <input type="checkbox"/> 5. ป้า/ลุง/น้า/อา <input type="checkbox"/> 6. พี่ <input type="checkbox"/> 7. ตนเอง → Q1019 <input type="checkbox"/> 8. อื่นๆ ระบุ.....			
Q1018 ระยะเวลาที่ผู้ตอบสัมภาษณ์เลี้ยงดูเด็ก	<input type="text"/> ปี	<input type="text"/>	เดือน
Q1019 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนของเด็ก	<input type="text"/>		
Q1020 เบอร์โทรศัพท์บ้านที่ติดต่อบ้านที่เด็กอาศัย	<input type="text"/>		
Q1021 เบอร์โทรศัพท์มือถือที่ติดต่อบ้านของผู้ตอบ	<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..... (ผู้ตอบสัมภาษณ์) 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.			

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 สาทิวีธีการวางแขนบนโต๊ะ 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 ซิสโตลิก (มม.ปรอท) มม.ปรอทQ2027b ไดแอสโตลิก (มม.ปรอท) มม.ปรอท

Q2027c ชีพจรที่วัดได้ในเวลา 60 วินาที สม่าเสมอหรือไม่

 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 ซิสโตลิก (มม.ปรอท) มม.ปรอทQ2028b ไดแอสโตลิก (มม.ปรอท) มม.ปรอท

Q2028c ซีพจรที่วัดได้ในเวลา 60 วินาที สม่่าเสมอหรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q2028d จำนวนซีพจรที่วัดได้

--	--	--

 ครั้ง

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

Q2029 ครั้งที่ 3 เวลาที่วัด (ให้บันทึกเวลาในระบบ 24 ชั่วโมง)

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

Q2029a ซิสโตลิก (มม.ปรอท)

--	--	--	--

 มม.ปรอท

Q2029b ไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)

--	--	--	--

 มม.ปรอท

Q2029c ซีพจรที่วัดได้ในเวลา 60 วินาที สม่่าเสมอหรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q2029d จำนวนซีพจรที่วัดได้

--	--	--

 ครั้ง

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

Q2030 หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrhythmia) หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

การทดสอบแรงบีบมือ (Grip Strength) (สำหรับอายุ 15-19 ปี)

การคัดกรอง: ถ้าเห็นผู้ตอบสัมภาษณ์ มีปัญหาเกี่ยวกับ มือ แขน อย่างชัดเจนให้ข้ามการทดสอบนี้ ถ้าเคยได้รับการผ่าตัด แขน มือ หรือ ข้อมือ ข้างใดข้างหนึ่ง ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา หรือมีอาการข้ออักเสบ ปวดเจ็บมือ ไม่ต้องทดสอบมือข้างนั้น ให้พิจารณาว่าใช้เครื่องวัดแรงบีบมือมีขนาดเหมาะสมกับขนาดมือผู้ถูกทดสอบ ต่อไปนี้จะเป็นการทดสอบความแข็งแรงของมือ

Q2031 มือข้างไหนที่ท่านถนัด

มือข้างที่ถนัด ถ้าผู้ตอบสัมภาษณ์ตอบว่าถนัดทั้งสองมือ ให้ถือว่ามือข้างที่ใช้ในการเซ็นชื่อ เขียนหนังสือ เป็นมือข้างที่ถนัด

1. ซ้าย 2. ขวา 3. ทั้งสองมือ

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

ผู้สัมภาษณ์: สาธิต

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

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

Q-code

Q2032 ทดสอบแรงบีบครั้งที่ 1 – มือซ้าย

 . กิโลกรัม

Q2033 ทดสอบแรงบีบครั้งที่ 2 – มือซ้าย

 . กิโลกรัม

ต่อไปทำการทดสอบเหมือนเดิม มืออีกข้างหนึ่ง ให้ถือเครื่องมือทดสอบไว้ที่มือขวา จะทำการทดสอบแรงบีบในอีกข้างหนึ่ง

ผู้สัมภาษณ์: ตรวจสอบความถูกต้องของตำแหน่งการวางมือและการจับอุปกรณ์

เริ่ม เตรียมพร้อม “ บีบ บีบ บีบ!”

Q2034 ทดสอบแรงบีบครั้งที่ 1 – มือขวา

 . กิโลกรัม

Q2035 ทดสอบแรงบีบครั้งที่ 2 – มือขวา

 . กิโลกรัม**Q3000 ข้อมูลส่วนบุคคล**

คำชี้แจงของพนักงานสัมภาษณ์ :

อายุ 10-14 ปี พ่อ/แม่/ผู้ปกครอง เป็นผู้ให้ข้อมูล (คนที่ดูแลรู้เรื่องข้อมูลเกี่ยวกับเด็กมากที่สุด และ ไม่ควรเป็นที่เลี้ยงเด็ก ถ้าเป็น “พี่” ควรมีอายุ 20 ปีขึ้นไป)

อายุ 15-19 ปี ผู้ถูกสำรวจเป็นผู้ให้ข้อมูลเอง

Q3100 ข้อมูลส่วนบุคคล (อายุ 10-14 ปี: พ่อ/แม่/ผู้ปกครองเป็นผู้ให้ข้อมูล; อายุ 15 -19 ปี ผู้ถูกสำรวจเป็นผู้ให้ข้อมูลเอง)

Q3103 เพศของท่าน (เด็ก)

 1. ชาย 2. หญิง

Q3103a ท่านนิยามตนเองว่าเป็นบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ หรือเป็น LGBTQ+ หรือไม่

 1.ใช่ 2. ไม่ใช่

Q3104 วัน / เดือน / (พ.ศ.) ปีเกิดของท่าน (เด็ก) (เติมเป็นตัวเลข)

 / / 2 5

Q3105 อายุของท่าน (เด็ก)

 ปี เดือน วัน

Q3108 ศาสนาของท่าน (เด็ก)

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

Q3109 ท่าน (เด็ก) เป็นบุตรคนที่เท่าไร ในจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ เฉพาะพ่อแม่เดียวกันจำนวนกี่คน

Q3109a บุตรคนที่ Q3109b จำนวนบุตร (รวมเด็กด้วย)

Q3110 ใครคือ ผู้อุปการะดูแลท่าน (เด็ก) ส่วนใหญ่

(ผู้อุปการะ คือ ผู้ที่ให้เงินท่าน (เด็ก) และส่งเสียเลี้ยงดูท่าน (เด็ก) เป็นส่วนใหญ่) (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

 1. พ่อกับแม่ 2. แม่คนเดียว 3. พ่อคนเดียว
 4. ญาติ 5. ดูแลตนเอง 6. อื่นๆ ระบุ.....Q3115 ถามเฉพาะผู้ที่อายุ 15 ปีขึ้นไป สถานภาพสมรสของท่านในปัจจุบัน 1. โสด 2. สมรส/ อยู่ในบ้านเดียวกัน 3. สมรส/ อยู่คนละบ้าน
 4. หม้าย 5. หย่า/ เลิก 6. อื่นๆ ระบุ.....

Q3200 การศึกษา (สำหรับอายุ 10-19 ปี)

(อายุ 10-14 ปี: พ่อแม่/ผู้ปกครองเป็นผู้ให้ข้อมูล; อายุ 15-19 ปี ผู้ถูกสำรวจเป็นผู้ให้ข้อมูลเอง)

Q3202 ในปัจจุบันท่าน (เด็ก) กำลังศึกษาอยู่หรือไม่

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. กำลังศึกษาอยู่-ประถมศึกษา → Q3205 | <input type="checkbox"/> 2. กำลังศึกษาอยู่-มัธยมต้น → Q3205 |
| <input type="checkbox"/> 3. กำลังศึกษาอยู่-มัธยมปลาย/ปวช. → Q3205 | <input type="checkbox"/> 4. กำลังศึกษาอยู่-ปวส./อนุปริญญา → Q3205 |
| <input type="checkbox"/> 5. กำลังศึกษาอยู่-ปริญญาตรี → Q3205 | <input type="checkbox"/> 6. ไม่ได้ศึกษาแล้ว |

Q3203 ในกรณี "ไม่ได้ศึกษาแล้ว" ระดับการศึกษาสูงสุด คือ

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

Q3204 ในกรณี "ไม่ได้ศึกษาแล้ว" โปรดระบุสาเหตุ (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> 2. จบการศึกษากลับบังคับ |
| <input type="checkbox"/> 3. ตกชั้นหลายครั้ง | <input type="checkbox"/> 4. สติปัญญาต่ำกว่าปกติ |
| <input type="checkbox"/> 5. ครอบครัวขัดสนยากจนส่งไปเรียนไม่ได้ | <input type="checkbox"/> 6. ถูกไล่ออกจากโรงเรียน ระบุสาเหตุ..... |
| <input type="checkbox"/> 7. ไม่อยากเรียนเอง | <input type="checkbox"/> 8. ออกมาเพื่อทำงาน ระบุงาน..... |

Q3205 ท่าน (เด็ก) ได้รับการศึกษาสามัญในสถานศึกษาเป็นเวลาทั้งสิ้นกี่ปี (ไม่นับอนุบาล)

--	--

 ปี**Q3300 การทำงานและรายได้**

Q3303 ท่าน (เด็ก) ทำงานอะไร ระบุ [a] (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

1. ผู้ประกอบอาชีพงานพื้นฐาน ผู้ใช้แรงงาน คนงาน (รับจ้าง ทำนา ทำสวน กรรมกร รับจ้างเป็นแม่บ้านทำความสะอาด/ซักรีด เรขายของข้างถนน 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 ช่างแต่งผม ตัดผม พนักงานต้อนรับ พนักงานดูแล (พี่เลี้ยง) เจ้าของร้านค้าขนาดเล็ก ขายอาหารสด/อาหารพร้อมบริโภคข้างถนน ขายของในตลาด แผงลอย เจ้าหน้าที่ตำรวจ/พนักงานดับเพลิง นายแบบ/นางแบบ ฯลฯ
7. ช่างเทคนิคสาขาต่างๆ และผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (ช่างเทคนิคทางวิศวะ, ทางวิทยาศาสตร์, ทางคอมพิวเตอร์, ผู้ช่วยด้านการแพทย์ นายหน้าทางการค้า ตัวแทนขายประกัน ตัวแทนซื้อขายสังหาริมทรัพย์ ฯลฯ)

8. ผู้ประกอบวิชาชีพด้านต่างๆ นักวิชาการทุกสาขา (วิศวกร สถาปนิก วิทยาศาสตร์ สังคม แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัช พยาบาล นักบัญชี ทนาย นักกฎหมาย นักเขียน นักเศรษฐศาสตร์ ครูอาจารย์ ฯลฯ)
9. ผู้บริหาร ข้าราชการอาวุโส และผู้บัญญัติกฎหมาย นิติบัญญัติ ตุลาการ และผู้บริหารระดับสูงทั้งรัฐและเอกชน ผู้จัดการต่างๆ ฯลฯ
10. ทหาร
11. นักเรียน นักศึกษา → Q3305
12. ไม่มีอาชีพ เช่น เป็นพ่อ/แม่บ้าน (ดูแลบ้าน ไม่มีรายได้) → Q3305
13. อาชีพอื่นๆ ระบุ.....

Q3304 สำหรับผู้ที่ตอบว่ามีงานทำ ในปัจจุบันท่าน (เด็ก) มีสถานภาพการทำงานอย่างไร (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

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

Q3305 รายได้จากการทำงานต่อเดือนของท่าน (เด็ก).....บาท

(เป็นรายได้จากการทำงานประกอบอาชีพเท่านั้น ไม่ใช่รายได้จากพ่อแม่ หรือผู้ปกครอง)

1. ทราบ ระบุ

--	--

 ,

--	--	--	--

 ,

--	--	--	--

 บาท / เดือน
2. ไม่ได้ทำงาน → Q3312
3. ไม่ตอบ / ไม่ทราบ → Q3312

Q3306 โดยเฉลี่ยท่าน (เด็ก) ทำงานวันละกี่ชั่วโมง

--	--

 ชั่วโมง /วัน

Q3307 โดยเฉลี่ยท่าน (เด็ก) ทำงานสัปดาห์ละกี่วัน

--

 วัน

Q3308 ท่าน (เด็ก) เริ่มทำงานตั้งแต่อายุกี่ปี

--	--

 ปี

Q3312 ในปัจจุบันตัวท่าน (เด็ก) เองได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจากบุคคลในครอบครัวหรือองค์กรอื่น ใช่หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q3313 ในปัจจุบันท่าน (เด็ก) มีการให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่คนในครอบครัว หรือผู้อื่น หรือไม่ (การให้เงินโดยผู้รับไม่จำเป็นต้องดำรงชีพด้วยเงินนั้นถือว่าไม่เป็นภาระ)

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q3400 ข้อมูลพื้นฐานของครอบครัว

ข้อมูลพื้นฐานของพ่อ

Q3401 พ่อของท่าน (เด็ก) ในขณะนี้ เป็น

1. พ่อโดยสายเลือด 2. พ่อบุญธรรม/พ่อเลี้ยง 3. ไม่มี → Q3410

Q3402 ขณะนี้พ่อของท่าน (เด็ก) มีอายุเท่าไร อายุ

--	--

 ปี

Q3403 ระดับการศึกษาสูงสุดของพ่อท่าน (เด็ก)

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

Q3404 จำนวนปีที่ศึกษา สรุปรวมปีที่ศึกษาในระบบของพ่อท่าน (เด็ก) (ไม่นับอนุบาล)

--	--

 ปี

Q3405 สภาพการรู้หนังสือของพ่อท่าน (เด็ก) (การอ่านไม่จำกัดภาษา)

1. อ่านไม่ออก 2. อ่านไม่คล่อง 3. อ่านได้คล่อง

Q3406 สภาพการรู้หนังสือของพ่อท่าน (เด็ก) (การเขียนไม่จำกัดภาษา)

1. เขียนไม่ได้ 2. เขียนไม่คล่อง 3. เขียนได้

Q3407 อาชีพของพ่อท่าน (เด็ก) 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 ช่างแต่งผม ตัดผม พนักงานต้อนรับ พนักงานดูแล (พี่เลี้ยง) เจ้าของร้านค้าขนาดเล็ก ขายอาหารสด/อาหารพร้อมบริโภคข้างถนน ขายของในตลาด แผงลอย 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 และผู้บัญญัติกฎหมาย นิติบัญญัติ ตุลาการ และผู้บริหารระดับสูงทั้งรัฐและเอกชน ผู้จัดการต่างๆ ฯลฯ
10. ทหาร
11. นักเรียน นักศึกษา → Q3409
12. ไม่มีอาชีพ เช่น เป็นพ่อบ้าน (ดูแลบ้าน ไม่มีรายได้) → Q3409
13. อาชีพอื่นๆ ระบุ.....

Q3408 สภาพการทำงานของพ่อท่าน (เด็ก) (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

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

Q3409 ศาสนาของท่าน (เด็ก)

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

ข้อมูลพื้นฐานของแม่

Q3410 แม่ของท่าน (เด็ก) ในขณะนี้ เป็น

1. แม่โดยสายเลือด 2. แม่บุญธรรม/แม่เลี้ยง 3. ไม่มี → Q3419

Q3411 ขณะนี้แม่ท่าน (เด็ก) มีอายุเท่าไร อายุ ปี

Q3412 ระดับการศึกษาสูงสุดของแม่ท่าน (เด็ก)

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

Q3413 จำนวนปีที่ศึกษา สรุปรวมปีที่ศึกษาในระบบของแม่ท่าน (เด็ก) (ไม่นับอนุบาล) ปี

Q3414 สภาพการรู้หนังสือของแม่ท่าน (เด็ก) (การอ่านไม่จำกัดภาษา)

1. อ่านไม่ออก 2. อ่านไม่คล่อง 3. อ่านได้คล่อง

Q3415 สภาพการรู้หนังสือของแม่ท่าน (เด็ก) (การเขียนไม่จำกัดภาษา)

1. เขียนไม่ได้ 2. เขียนไม่คล่อง 3. เขียนได้

Q3416 อาชีพของแม่ท่าน (เด็ก) 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 ช่างแต่งผม
 ตัดผม พนักงานต้อนรับ พนักงานดูแล (พี่เลี้ยง) เจ้าของร้านค้าขนาดเล็ก ขายอาหารสด/อาหารพร้อมบริโภคข้างถนน ขายของในตลาด
 แผงลอย 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 และผู้บัญญัติกฎหมาย นิติบัญญัติ ตุลาการ และผู้บริหารระดับสูงทั้งรัฐและเอกชน ผู้จัดการต่างๆ
 ฯลฯ
10. ทหาร
11. นักเรียน นักศึกษา → Q3418
12. ไม่มีอาชีพ เช่น เป็นแม่บ้าน (ดูแลบ้าน ไม่มีรายได้) → Q3418
13. อาชีพอื่นๆ ระบุ.....

Q3417 สภาพการทำงานของแม่ท่าน (เด็ก) (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

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

Q3418 ศาสนาของแม่ท่าน (เด็ก)

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

เศรษฐกิจของครอบครัว

Q3419 สภาพการครอบครองที่อยู่อาศัยของพ่อแม่ ผู้ปกครอง หรือผู้ถูกสำรวจ ที่ท่าน (เด็ก) อาศัยอยู่

1. เป็นเจ้าของบ้านและที่ดิน 2. เป็นเจ้าของบ้านแต่เช่าที่ดิน
3. บ้านเช่า 4. อยู่โดยไม่ต้องเสียค่าเช่า
5. เจ้าของห้องชุด 6. อื่นๆ ระบุ.....

Q3420 จำนวนคนในบ้านที่อยู่ประจำ (อาศัยอยู่มากกว่า 3 เดือน / ปี)

--	--

 คน

Q3421 รายได้ประจำของครอบครัวที่ดูแลท่าน (เด็ก) อยู่ในขณะนี้

1. ทราบ มีรายได้ [a]

--	--	--	--

 บาท/เดือน 2. ไม่ทราบ

Q3500 ลักษณะของครอบครัว

Q3501 สมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วยใครบ้าง (เฉพาะที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับท่าน (เด็ก) มากกว่า 3 เดือน ในระยะ 1 ปี)

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| 1) แม่เด็ก | <input type="checkbox"/> 1. มี | <input type="checkbox"/> 2. ไม่มี |
| 2) พ่อเด็ก | <input type="checkbox"/> 1. มี | <input type="checkbox"/> 2. ไม่มี |
| 3) ปู่-ย่า/ตา-ยาย | <input type="checkbox"/> 1. มี | <input type="checkbox"/> 2. ไม่มี |
| 4) ลุง-ป้า-น้า-อา | <input type="checkbox"/> 1. มี | <input type="checkbox"/> 2. ไม่มี |
| 5) พี่น้อง/ลูกพี่ลูกน้อง | <input type="checkbox"/> 1. มี | <input type="checkbox"/> 2. ไม่มี |
| 6) ลูกจ้าง พี่เลี้ยงเด็ก คนทำงานบ้าน | <input type="checkbox"/> 1. มี | <input type="checkbox"/> 2. ไม่มี |
| 7) อื่นๆ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> 1. มี | <input type="checkbox"/> 2. ไม่มี |

Q3502 สถานภาพสมรสของพ่อ-แม่ของท่าน (เด็ก) ในปัจจุบัน (สมรสหมายถึงมีพิธีการแต่งงานเป็นที่รับรู้ทางสังคม)

1. ไม่ได้สมรส/เลี้ยงลูกอยู่คนเดียว 2. ไม่ได้สมรส/เลี้ยงลูกด้วยกัน 3. สมรส/ยังอาศัยอยู่ด้วยกัน
4. สมรส แต่แยกอยู่ 5. เป็นหม้าย คู่เสียชีวิต 6. หย่า/เลิกกัน
7. อื่นๆ ระบุ.....

Q3600 ผู้ดูแลเด็ก (ถามเฉพาะอายุ 10-14 ปี)

Q3601 ผู้ที่ใช้เวลาเลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่ คือ (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

1. พ่อ → Q3700 2. แม่ → Q3700 3. ปู่/ย่า 4. ตา/ยาย
5. ลุง/ป้า/น้า/อา 6. พี่เลี้ยงเด็กในบ้าน 7. คนรับจ้างเลี้ยงเด็ก 8. อื่นๆ ระบุ.....

Q3602 เพศของผู้เลี้ยงดูเด็ก 1. ชาย 2. หญิง

Q3603 ลักษณะพฤติกรรมแสดงออกโดยรวมของผู้เลี้ยงดูเด็ก (ดูจากเสื้อผ้าที่ใส่ ท่าทาง คำพูด)

1. ชาย 2. หญิง

Q3604 อายุของผู้เลี้ยงดูเด็ก ปี

Q3605 การศึกษาของผู้ที่ใช้เวลาเลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่ (ที่ไม่ใช่ พ่อ แม่)

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

Q3606 สภาพการรู้หนังสือของผู้ดูแลเด็ก (การอ่านไม่จำกัดภาษา)

1. อ่านไม่ออก 2. อ่านไม่คล่อง 3. อ่านได้คล่อง

Q3607 สภาพการรู้หนังสือของผู้ดูแลเด็ก (การเขียนไม่จำกัดภาษา)

1. เขียนไม่ได้ 2. เขียนไม่คล่อง 3. เขียนได้

Q3700 ลักษณะทำเลที่อยู่อาศัย

Q3701 เพื่อนบ้านใกล้เคียงที่ขอความช่วยเหลือได้ เมื่อได้รับความเดือดร้อน (ระยะเดินทางประมาณ 500 เมตร)

1. มี 2. ไม่มี

Q3702 บริการชุมชนใกล้บ้าน (สามารถเดินทางใน 30 นาที หรือ ในรัศมี 1 กิโลเมตร)

- 1) ร้านค้า / ตลาด / มินิมาร์ท / ห้างสรรพสินค้า 1. มี 2. ไม่มี
- 2) สถานีนอนามัย หรือศูนย์สาธารณสุขชุมชน/ โรงพยาบาล / คลินิกหมอ 1. มี 2. ไม่มี
- 3) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก / สถานรับเลี้ยงเด็ก 1. มี 2. ไม่มี
- 4) โรงเรียน หรือ สถานศึกษา หรือ มหาวิทยาลัย 1. มี 2. ไม่มี
- 5) สวนหย่อม / สวนสาธารณะ 1. มี 2. ไม่มี
- 6) สนามเด็กเล่น / ลานกีฬา / สนามกีฬา 1. มี 2. ไม่มี
- 7) วัด / โบสถ์ / มัสยิด 1. มี 2. ไม่มี

Q3703 สถานที่เสี่ยงอันตรายใกล้บ้าน (สามารถเดินถึงภายใน 30 นาที หรือ ไนร์ดมี 1 กิโลเมตร)

1) บ่อนการพนัน	<input type="checkbox"/> 1. มี	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี
2) ร้านขายสุรา / โรงกลั่นสุรา / โรงต้มเหล้า	<input type="checkbox"/> 1. มี	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี
3) สถานเริงรมย์ / บาร์ / ไนท์คลับ	<input type="checkbox"/> 1. มี	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี
4) ชุมชนแออัด	<input type="checkbox"/> 1. มี	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี
5) โรงงานอุตสาหกรรม / สถานที่ที่มีสารเคมี ปุ๋ยเคมี ยาฆ่าแมลง	<input type="checkbox"/> 1. มี	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี
6) ร้านเกมส์ ร้านอินเทอร์เน็ต	<input type="checkbox"/> 1. มี	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี
7) แผง/ร้านขายบุหรี่ซอง/ยาเส้น	<input type="checkbox"/> 1. มี	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี
8) แผง/ร้านขายบุหรี่ไฟฟ้า	<input type="checkbox"/> 1. มี	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี
9) แผง/ร้านกัญชา	<input type="checkbox"/> 1. มี	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี
10) แผง/ร้านกระท่อม	<input type="checkbox"/> 1. มี	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี

Q4000 สถานะสุขภาพ

คำชี้แจงของพนักงานสัมภาษณ์ :

อายุ 10-14 ปี พ่อ/แม่/ผู้ปกครอง เป็นผู้ให้ข้อมูล (คนที่ดูแลรู้เรื่องข้อมูลเกี่ยวกับเด็กมากที่สุด และ ไม่ควรเป็นผู้เลี้ยงเด็ก ถ้าเป็น “พี่” ควรมีอายุ 20 ปีขึ้นไป)

อายุ 15-19 ปี ผู้ถูกสำรวจเป็นผู้ให้ข้อมูลเอง

Q4100 สถานะสุขภาพทั่วไป

Q4101 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา สุขภาพของท่าน (เด็ก) เป็นอย่างไร (โดยเฉลี่ยทั้งปี ถ้าวันนี้ป่วยเป็นครั้งแรกของทั้งปี ถือว่าสุขภาพดีมาก)

1. ดีมาก (ไม่ค่อยป่วยหรือป่วย 1 ครั้งต่อปี)
2. ดี (ป่วยบ้าง 2-4 ครั้งต่อปี)
3. ไม่ค่อยดี (ป่วยบ่อย หรือมากกว่า 4 ครั้งต่อปี)

Q4102 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่าน (เด็ก) มีประวัติป่วยจนต้องเข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล (นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล)

1. เคย อยู่ รพ. รวมทั้งหมด [a] วัน 2. ไม่เคย

Q4200 หอบหืด Asthma

Q4203 ท่าน (เด็ก) เคยได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคหอบหืดหรือไม่

1. เคย 2. ไม่เคย → Q4206

Q4204 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่าน (เด็ก) เคยใช้ยาเกินหรือพ่นซึ่งสั่งจ่ายโดยแพทย์สำหรับอาการหายใจมีเสียงวี๊ดหรือหายใจมีเสียงคล้ำนกวีดหรือไม่

1. เคย 2. ไม่เคย

Q4205 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่าน (เด็ก) เคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคหัดเป็นกรณีฉุกเฉินหรือไม่

1. เคย 2. ไม่เคย

Q4206 มารดาของท่าน (เด็ก) สูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ท่าน (เด็ก) หรือไม่

1. สูบ 2. ไม่สูบ 3. ไม่ทราบ

Q4207 มีคนที่อาศัยอยู่ในบ้าน (ทุกคนในบ้าน รวมพ่อและแม่) ด้วยกันในปัจจุบันสูบบุหรี่หรือไม่

1. มี 2. ไม่มี → Q4212

Q4208 คนที่อาศัยอยู่ในบ้าน สูบบุหรี่ขณะที่อยู่ในห้องเดียวกับท่าน (เด็ก) สัปดาห์ละกี่วัน วันต่อสัปดาห์

Q4209 สำหรับครอบครัวที่มีพ่ออาศัยอยู่ด้วย ปัจจุบันพ่อสูบบุหรี่หรือไม่

1. สูบ 2. ไม่สูบ → Q4212 3. พ่อเสียชีวิต/พ่อไม่ได้อยู่ด้วย → Q4212

Q4210a พ่อสูบบุหรี่หรือสูบบุหรี่มวนเอง วันละกี่มวน มวนต่อวัน

Q4210b พ่อสูบบุหรี่ไฟฟ้า วันละกี่ครั้ง ครั้งต่อวัน

Q4211 พ่อสูบบุหรี่ขณะที่อยู่ในห้องเดียวกับท่าน (เด็ก) สัปดาห์ละกี่วัน วันต่อสัปดาห์

Q4212 ผู้ปกครองทราบหรือไม่ว่า การได้รับควันบุหรี่จะทำให้ท่าน (เด็ก) ป่วยมากขึ้น

1. ทราบ 2. ไม่ทราบ

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 ท่าน (เด็ก) เคยได้รับบาดเจ็บหรือประสบอุบัติเหตุจนต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิก ใช่หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q4805

Q4802 จำนวนครั้งที่บาดเจ็บในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

--	--

 ครั้งต่อ 12 เดือน

Q4803 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่าน (เด็ก) เข้ารับการรักษาโดยต้องนอนโรงพยาบาลเนื่องจากการบาดเจ็บเป็นจำนวนกี่ครั้ง

--	--

 ครั้งต่อ 12 เดือน

Q4804 ท่าน (เด็ก) ได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุที่ต้องนอนโรงพยาบาลหรือคลินิก จากสาเหตุใด (ตอบทุกข้อ)

- | | |
|--|--|
| 1) อุบัติเหตุการจราจร ทางบก ทางน้ำ หรืออากาศ | <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ |
| 2) ถูกทำร้ายร่างกาย | <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ |
| 3) ทำร้ายตัวเอง | <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ |
| 4) จมน้ำ / ตกน้ำ / ทั้งในบ้านและที่สาธารณะ | <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ |
| 5) ตกจากที่สูง หรือหกล้มมีบาดแผล | <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ |
| 6) มีด/ของมีคมบาด | <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ |
| 7) อื่นๆ (ระบุ)..... | <input type="checkbox"/> 1. ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ |

Q4805 ท่าน (เด็ก) วายน้ำเป็นหรือไม่

1. วายน้ำได้ด้วยตนเอง 2. วายพอได้ ต้องมีคนช่วย 3. วายน้ำไม่เป็น

พฤติกรรมด้านการป้องกันการบาดเจ็บ

Q4807 ท่าน (เด็ก) ซี่จักรยานยนต์เองหรือไม่

1. ซี่ 2. ไม่ซี่ → Q4810

Q4808 ท่าน (เด็ก) เริ่มซี่จักรยานยนต์เอง เมื่ออายุเท่าไร อายุ

--	--

 ปี

Q4809 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่าน (เด็ก) สวมหมวกนิรภัยขณะขี่จักรยานยนต์หรือไม่

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

Q4810 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่าน (เด็ก) สวมหมวกนิรภัยขณะโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่

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

Q4811 ท่าน (เด็ก) ขับรถยนต์เองหรือไม่

1. ขับ 2. ไม่ขับ → Q4814

Q4812 ท่าน (เด็ก) เริ่มขับรถยนต์เอง เมื่ออายุเท่าไร อายุ

--	--

 ปี

Q4813 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่าน (เด็ก) ใช้เข็มขัดนิรภัยขณะขับรถยนต์หรือไม่

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

Q4814 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่าน (เด็ก) ใช้เข็มขัดนิรภัยขณะเป็นผู้โดยสารข้างคนขับหรือไม่

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

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

Q5000 สุขภาพจิต

คำชี้แจงของพนักงานสัมภาษณ์ : ข้อคำถามในส่วนนี้ ให้ผู้ถูกสำรวจเป็นผู้ให้ข้อมูลเอง

Q5100 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A) (สำหรับอายุ 10-19 ปี)

Q5101 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการต่อไปนี้บ่อยแค่ไหน กรุณา X ลงในช่อง <input type="checkbox"/> ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด	ไม่มีเลย (1)	มีบางวัน (2)	มีมากกว่า 7 วัน (3)	มี แทบทุกวัน (4)
1) รู้สึกซึม เศร้า หงุดหงิด หรือสิ้นหวัง				
2) เบื่อ ไม่ค่อยสนใจหรือไม่เพลิดเพลิน เวลาทำสิ่งต่าง ๆ				
3) นอนหลับยาก รู้สึกง่วงทั้งวัน หรือนอนมากเกินไป				
4) ไม่อยากอาหาร น้ำหนักลด หรือกินมากกว่าปกติ				
5) รู้สึกเหนื่อยล้า หรือไม่ค่อยมีพลัง				
6) รู้สึกแย่กับตัวเอง หรือรู้สึกว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตัวเองหรือครอบครัวผิดหวัง				
7) จดจ่อกับสิ่งต่าง ๆ ได้ยาก เช่น ทำการบ้าน อ่านหนังสือ หรือดูโทรทัศน์				
8) พุดหรือทำอะไรช้าลงมากจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือในทางตรงกันข้ามคือ กระสับกระส่ายหรือกระวนกระวาย จนต้องเคลื่อนไหวไปมามากกว่าปกติ				
9) คิดว่าถ้าตายไปเสียจะดีกว่า หรือคิดจะทำร้ายตัวเองด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง				

Q5102 ใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีช่วงไหนที่ท่านมีความคิดอยากตาย หรือไม่อยากมีชีวิตอยู่ อย่างจริงจังหรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q5103 ตลอดชีวิตที่ผ่านมา ท่านเคยพยายามที่จะทำให้ตัวเองตาย หรือลงมือฆ่าตัวตายหรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q6000 โรคเรื้อรัง (เฉพาะอายุ 15-19 ปี)**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. ไม่เคยได้รับการวัด |

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

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

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

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

Q6006 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านไปรับการรักษาโรคความดันเลือดสูงตามที่แพทย์นัดหมายทุกครั้ง ไข้หรือไม่

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. ใช่ → Q6008 | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ |
|---|------------------------------------|

Q6007 ครั้งล่าสุดที่ท่านไม่ได้ไปรับการักษาโรคความดันเลือดสูงตามที่แพทย์นัดหมาย เพราะสาเหตุใด (เลือกเหตุผลหลักเพียง 1 ข้อ)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ติดธุระ/ลิมวันนัดหมาย | <input type="checkbox"/> 2. เสียเวลา/รายได้ | <input type="checkbox"/> 3. ไม่มีผู้พามาพบแพทย์ |
| <input type="checkbox"/> 4. ไม่มีเงินจ่ายค่าเดินทาง | <input type="checkbox"/> 5. รักษาด้วยวิธีอื่น/ซื้อยาเอง | <input type="checkbox"/> 6. ไม่มีอาการผิดปกติ/หายจากโรคแล้ว |
| <input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ | | |

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

- | | |
|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. ใช่ | <input type="checkbox"/> 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./ อสส. ครั้งสุดท้ายเมื่อใด

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

Q6015 ท่านเคยตรวจน้ำตาลในเลือดเพื่อตรวจเบาหวาน โดยตนเอง ครั้งสุดท้ายเมื่อใด

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

Q6016 ท่านเคยได้รับการบอกล่าว (วินิจฉัย) จากบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ (ไม่นับรวม อสม.) ว่าท่านเป็นโรคเบาหวาน ใช่หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q6027

Q6017 ท่านทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานเมื่ออายุเท่าไร

--	--

 ปี

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

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ (เป็นมานานมากกว่า 1 ปี)

Q6019 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านไปรับการรักษาโรคเบาหวานตามที่แพทย์นัดหมายทุกครั้ง ใช่หรือไม่

1. ใช่ → Q6021 2. ไม่ใช่

Q6020 ครั้งล่าสุดที่ท่านไม่ได้ไปรับการรักษาโรคเบาหวานตามที่แพทย์นัดหมาย เพราะสาเหตุใด (เลือกเหตุผลหลักเพียง 1 ข้อ)

1. ติดธุระ/ลืมนัดหมาย 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)

1) ควบคุมการกินอาหาร

ใช่
(1)ไม่ใช่
(2)

2) ออกกำลังกาย

3) คุมน้ำหนักตามเกณฑ์

4) ได้ยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณ

Q6024 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้รักษาโรคเบาหวานโดยการฉีดยา Insulin หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q6025 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้กินยาโรคเบาหวาน หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q6027

Q6026 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้ยารักษาเบาหวานสม่ำเสมอหรือไม่ (ลืมหรือไม่กินยาตามที่แพทย์สั่งไม่เกิน 2 ครั้ง)

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

ไขมันในเลือดผิดปกติ

Q6027 ท่านเคยได้รับการตรวจวัดระดับไขมันในเลือด โดยบุคลากรสาธารณสุข/แพทย์ ครั้งสุดท้ายเมื่อใด

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

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

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q6030

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

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q6030 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านกินยาแผนปัจจุบันเพื่อรักษาระดับไขมันในเลือด หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q6031 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านกินยาสมุนไพรหรือแผนโบราณเพื่อรักษาระดับไขมันในเลือด หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

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

คำชี้แจงของพนักงานสัมภาษณ์: ข้อคำถามในส่วนนี้ ให้ผู้ถูกสำรวจเป็นผู้ให้ข้อมูลเอง

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**การสูบยาสูบมีควัน 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) เป็นบุหรี่ยี่ห้อ (บุหรี่ยี่ห้อ หรือสารอื่นๆ ที่ให้รสชาติเย็น หรือรสชาติคล้ายมินต์) ใช่หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

การใช้/สูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ หรือบุหรี่ไฟฟ้า

Q7211 ท่านเคยลองสูบบุหรี่ไฟฟ้าหรือไม่ (ครั้งเดียวกันนับว่าเคย)

1. เคย 2. ไม่เคย → Q7219

Q7212 ท่านเริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้า เมื่อท่านมีอายุเท่าไร ปี

Q7213 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านสูบบุหรี่ไฟฟ้า ใช่หรือไม่

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. ช็อกโกแลต
- 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 สนุส (snus) ไซหรือไม

- 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 ปี

Q7224 ท่านเลิกใช้ยาสูบทุกชนิด มาเป็นระยะ เวลานานเท่าใด ปี เดือน สัปดาห์ → Q7226

การพยายามเลิกใช้ยาสูบ

Q7225 สำหรับผู้ที่ใช้ยาสูบ ในขณะนี้ ท่านคิดจะเลิกใช้ยาสูบหรือไม่

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

การได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่น (ถามทั้งคนที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่)

Q7226 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับควันบุหรี่ใด ๆ (ทั้งเห็นและได้กลิ่นหรือมีคนมาสูบใกล้) จากผู้อื่นหรือไม่

1. เคย 2. ไม่เคย → Q7228

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 การรับรู้และความเข้าใจของท่านที่มีต่อตัวผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้า	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 (เฉพาะอายุ 15-19 ปี)

Q7229 บริษัทบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้าบิดเบือนความจริงเกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า

1. เห็นด้วย 2. ไม่เห็นด้วย 3. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

Q7230 บริษัทบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้าบิดเบือนความจริงเกี่ยวกับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง

1. เห็นด้วย 2. ไม่เห็นด้วย 3. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

Q7231 บริษัทบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้าต้องการดึงดูดนักสูบหน้าใหม่ เพื่อทดแทนผู้สูบรายเก่าที่เลิกสูบหรือเสียชีวิต

1. เห็นด้วย 2. ไม่เห็นด้วย 3. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

Q7232 บริษัทบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้าออกแบบผลิตภัณฑ์ยาสูบให้ทันสมัย เช่น บุหรี่ไฟฟ้า เพื่อให้ดึงดูดผู้สูบ

1. เห็นด้วย 2. ไม่เห็นด้วย 3. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

Q7233 บริษัทบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า เป็นองค์กรที่มีความน่าเชื่อถือ

1. เห็นด้วย 2. ไม่เห็นด้วย 3. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

Q7300 การใช้กัญชาและกระท่อม**คำชี้แจงของพนักงานสัมภาษณ์:** ข้อคำถามในส่วนนี้ ให้ผู้ถูกสำรวจเป็นผู้ให้ข้อมูลเอง**การใช้กัญชา**

"การใช้กัญชาในที่นี้ หมายถึง การให้ร่างกายได้รับสารในพืชกัญชาด้วยวิธีใดก็ได้ ไม่ว่าจะเพื่อการแพทย์หรือเพื่อความเพลิดเพลิน อาทิ เช่น ดูดบิ่น (มวนสูบ) ผสมบุหรี่สูบ ใส่ไปป์หรือบ้องแห้งแล้วสูบ ใส่บ้องไฉนแล้วสูบ กินหรือต้ม หยดใต้ลิ้น เหน็บ/สวนทวาร บรรจุในแคปซูลและกิน ฟัน/ทา/อาบน้ำภายนอก ใส่ในบุหรี่ไฟฟ้า และหมายรวมถึงผลิตภัณฑ์ผสมกัญชาต่างๆ ด้วย อาทิ ขนมขบเคี้ยว ลูกอม เครื่องดื่ม อาหารปรุงสำเร็จ ฯลฯ "

Q7301 ในชีวิตนี้ ท่านเคยใช้กัญชาหรือไม่

1. เคย 2. ไม่เคย → Q7320 3. ไม่ตอบ → Q7320

Q7302 ท่านเริ่มใช้กัญชาครั้งแรกเมื่ออายุ ปี (หากไม่แน่ใจ ใส่เลข 88 หากไม่ตอบ ใส่เลข 99)

Q7303 ท่านใช้กัญชาด้วยวัตถุประสงค์ด้านใดบ้าง (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1. นันทนาการ (เพื่อความเพลิดเพลิน-ผ่อนคลาย เข้าสังคม)
- 2. เหตุผลทางการแพทย์/รักษาโรค (เช่น แก้อาการเมา ยาแก้ปวด โรคมะเร็ง โรคซึมเศร้า)
- 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 แก้อาการเมา ยาแก้ปวด โรคมะเร็ง โรคซึมเศร้า)
- 3. ช่วยให้นอนหลับ
- 4. ช่วยให้เจริญอาหาร
- 5. อายากรู้/อยากลอง
- 6. อื่นๆ ระบุ
- 7. ไม่ตอบ

Q7305 โดยทั่วไป ท่านใช้กัญชาบ่อยแค่ไหน

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 1-3 ครั้งต่อปี | <input type="checkbox"/> 2. 4-7 ครั้งต่อปี | <input type="checkbox"/> 3. 8-11 ครั้งต่อปี |
| <input type="checkbox"/> 4. เดือนละครั้ง | <input type="checkbox"/> 5. เดือนละ 2-3 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 6. สัปดาห์ละครั้ง |
| <input type="checkbox"/> 7. สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 8. สัปดาห์ละ 4-6 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 9. สัปดาห์ละ 7 ครั้ง (ทุกวัน) |
| <input type="checkbox"/> 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 ท่านใช้รักษาโดยวิธีใดบ่อยที่สุด (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

1. สูบไอรระเหย (ผสมบูหรี/บูหรีไฟฟ้า/ บ้องไอน้ำ/แห้ง)
2. กินทางปาก (เพียว/ หยดใต้ลิ้น/หยดใส่แคปซูลแล้วกลืน)
3. ต้มน้ำ/ชงดื่มเป็นชา
4. ใช้ภายนอก (สูดดมน้ำมัน/ ทา/อาบน้ำ/เหน็บ/สวนทวาร/หยดดวงตา)
5. ผสมในอาหาร/เครื่องดื่ม
6. อื่นๆ ระบุ

Q7308 ท่านใช้รักษาในรูปแบบใดมากที่สุด

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

Q7309 โดยทั่วไป ท่านซื้อหรือได้รับรักษาจากแหล่งใด

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

Q7310 ท่านเสียค่าใช้จ่ายในการใช้รักษาเฉลี่ยเดือนละกี่บาท บาท

Q7311 ท่านปลุกรักษาไว้ใช้เองด้วยหรือไม่

1. ใช่ จำนวน [a] ตัน 2. ไม่ใช่

Q7312 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านใช้รักษาบ่อยแค่ไหน

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 ท่านประสบปัญหาเรื่องความจำหรือการตั้งสมาธิ หลังจากใช้กัญชา บ่อยแค่ไหน

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

Q7318 ท่านใช้กัญชาในเวลาที่อาจเกิดอันตรายได้ 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 อาทิเช่น การเคี้ยวใบสด การกินใบแห้ง ผงใบกระท่อมแห้ง ในรูปแบบชา หรือต้กกินผง แคปซูล ยาเม็ด ยาลูกกลอน การกินน้ำต้มใบกระท่อม ผสมน้ำอัดลม ชาเขียว เครื่องดื่มชูกำลัง หรือยาหรือสารชนิดอื่น (สีกุนร้อย)"

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 แก้วปวดเมื่อย โรคเบาหวาน แก้วไอ แก้วท้องเสีย)
3. ใช้เพื่อให้มีแรงทำงานหรือกิจกรรมมากขึ้น
4. อื่นๆ ระบุ
5. ไม่ตอบ

Q7323 ท่านใช้พืชกระท่อมด้วยวัตถุประสงค์ใดมากที่สุด (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

1. นันทนาการ (เพื่อความเพลิดเพลิน-ผ่อนคลาย เข้าสังคม)
2. เหตุผลทางการแพทย์/รักษาโรค (เช่น แก้วปวดเมื่อย โรคเบาหวาน แก้วไอ แก้วท้องเสีย)
3. ใช้เพื่อให้มีแรงทำงานหรือกิจกรรมมากขึ้น
4. อื่นๆ ระบุ
5. ไม่ตอบ

Q7324 โดยทั่วไป ท่านใช้พืชกระท่อมบ่อยแค่ไหน

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 1-3 ครั้งต่อปี | <input type="checkbox"/> 2. 4-7 ครั้งต่อปี | <input type="checkbox"/> 3. 8-11 ครั้งต่อปี |
| <input type="checkbox"/> 4. เดือนละครั้ง | <input type="checkbox"/> 5. เดือนละ 2-3 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 6. สัปดาห์ละครั้ง |
| <input type="checkbox"/> 7. สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 8. สัปดาห์ละ 4-6 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 9. สัปดาห์ละ 7 ครั้ง (ทุกวัน) |
| <input type="checkbox"/> 10. ไม่ตอบ | | |

Q7325 ท่านใช้พืชกระท่อมครั้งล่าสุด เมื่อใด

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

Q7326 ท่านใช้พีชกระท่อมโดยวิธีใดบ่อยที่สุด (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

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

Q7327 โดยทั่วไป ท่านซื้อหรือได้รับพีชกระท่อมจากแหล่งใด

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

Q7328 ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายในการใช้พีชกระท่อมเฉลี่ยเดือนละกี่บาท

--	--	--	--	--

 บาท

Q7329 ท่านปลูกกระท่อมไว้ใช้เองด้วยหรือไม่

- 1. ใช่ จำนวน [a]

--	--	--	--	--

 ต้น
- 2. ไม่ใช่

Q7400 การดื่มแอลกอฮอล์

คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง น้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์ เบียร์ ไวน์ เหล้าแดง เหล้าขาว บรันดี ยาดองเหล้า เหล้าจีน เชียงซุน เหมาโก เหล้าพื้นบ้าน อุ/กระแช่ สาโท วิสกี้่นอก)

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

- 1. เคย
- 2. ไม่เคย → Q7422

Q7402 ท่านเริ่มดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ตั้งแต่อายุเท่าไร

--	--

 ปี

Q7403 ท่านเคยหยุดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากเหตุผลทางสุขภาพหรือไม่ เช่น มีปัญหาสุขภาพ หรือแพทย์/บุคลากรทางสุขภาพแนะนำให้หยุดดื่ม

- 1. เคย
- 2. ไม่เคย

Q7404 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือไม่

- 1. เคย
- 2. ไม่เคย → Q7420

Q7405 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยเพียงไร

- 1. 4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์
- 2. 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์
- 3. 2-4 ครั้งต่อเดือน
- 4. เดือนละครั้ง หรือน้อยกว่า

Q7406 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทใดบ้าง ให้เลือกประเภทสุรา 4 ประเภทที่ดื่มบ่อยที่สุด (การดื่มบ่อย ไม่ได้หมายถึง การดื่มปริมาณมาก) ต้องตอบเรียงลำดับ ตัวเลข 1 ถึง 4

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. เบียร์ / คราฟเบียร์ | <input type="checkbox"/> 2. สุราขาว / สุรากลั่นชุมชน / ยาตองเหล้า / เหล้าบ๊วย / วดก้า / เหล้าจีน |
| <input type="checkbox"/> 3. สุราสี/สุราแดง | <input type="checkbox"/> 4. ไวน์องุ่น / ไวน์ผลไม้ / แชมเปญ |
| <input type="checkbox"/> 5. ไวน์คูลเลอร์ / สุราผสมน้ำผลไม้ / เหล้าปั่น | <input type="checkbox"/> 6. สุราแช่พื้นบ้าน (สาโท อุ กระแช่ ม้ากอลลี สาเก ฯลฯ) |
| <input type="checkbox"/> 7. โขจู | <input type="checkbox"/> 8. เบียร์ไม่มีแอลกอฮอล์ |
| <input type="checkbox"/> 9. อื่น ๆ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> 10. ไม่มี |

Q7407 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างน้อยในปริมาณดังนี้ ในช่วงเวลาเดียวกัน บ่อยแค่ไหน
 ผู้หญิง: 4 ดื่ม (หน่วยมาตรฐาน) ได้แก่ เบียร์มากกว่า 4 กระป๋อง หรือ 2 ขวดใหญ่/ เหล้า 4 เป๊กขึ้นไป/ ไวน์ 4 แก้ว
 ผู้ชาย: 5 ดื่ม (หน่วยมาตรฐาน) ได้แก่ เบียร์มากกว่า 5 กระป๋อง หรือ 2 ขวดใหญ่/ เหล้า 5 เป๊กขึ้นไป/ ไวน์ 5 แก้ว

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยเลย | <input type="checkbox"/> 2. น้อยกว่าเดือนละครั้ง | <input type="checkbox"/> 3. เดือนละครั้ง |
| <input type="checkbox"/> 4. สัปดาห์ละครั้ง | <input type="checkbox"/> 5. ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน | |

Q7408 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือไม่

- | | |
|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1. เคย | <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย → Q7413 |
|---------------------------------|--|

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

ชนิดของเครื่องดื่ม (ประเภทเครื่องดื่ม ตามข้อ Q7406)	ความถี่ของการดื่ม [a]						ปริมาณที่ดื่มต่อวัน	
	ทุก วัน (1)	5-6 วัน/ส (2)	3-4 วัน/ส (3)	1-2 วัน/ส (4)	1-3 วัน/ด (5)	ไม่ดื่ม เลย (6)	รหัสประเภท ภาชนะ [b]	จำนวนหน่วยของ ภาชนะที่ระบุต่อคน [c]
Q7409 ที่ดื่มบ่อยเป็นอันดับหนึ่ง 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 ที่ดื่มบ่อยเป็นอันดับสอง 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 ที่ดื่มบ่อยเป็นอันดับสาม 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 ที่ดื่มบ่อยเป็นอันดับสี่ 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

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ทุกวัน | <input type="checkbox"/> 2. 5-6 วันต่อสัปดาห์ | <input type="checkbox"/> 3. 3-4 วันต่อสัปดาห์ |
| <input type="checkbox"/> 4. 1-2 วันต่อสัปดาห์ | <input type="checkbox"/> 5. 1-3 วันต่อเดือน | <input type="checkbox"/> 6. ไม่ดื่มเลย → Q7414 |

[b] รหัสประเภทภาชนะ (ดูรหัสภาชนะข้างล่าง) . [c] จำนวนหน่วยของภาชนะที่ระบุต่อคน

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 หรือปัญหากับคู่ครองของท่าน เนื่องจากการดื่มของคนอื่นหรือไม่

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

Q7423 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยถูกเจ้าพนักงานจราจรตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ทางลมหายใจขณะขับขีรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์หรือไม่

1. เคยถูกตรวจ 2. ขับขี่แต่ไม่เคยถูกตรวจ 3. ไม่ได้ขับขี่ในรอบ 12 เดือน

Q7424 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจนต้องได้รับการรักษาพยาบาล หรือหยุดงาน หยุดเรียน หรือต้องพักการทำงาน กิจวัตรปกติอย่างน้อยหนึ่งวัน จากสาเหตุต่อไปนี้กี่ครั้ง

สาเหตุการบาดเจ็บ	จำนวนการบาดเจ็บ (ครั้ง) [a]	เหตุการณ์นี้เกิดจากการตี้มของตนเองหรือผู้อื่นหรือไม่	
		เกิดจากตนเอง (ครั้ง) [b]	เกิดจากผู้อื่น (ครั้ง) [c]
1) อุบัติเหตุจากรถ	<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"/>
4) การคุกคามทางเพศ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6) ทกล้ม ไฟไหม้ ตกน้ำ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7) อื่น ๆ (ระบุ).....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

สาเหตุการบาดเจ็บ	จำนวนการบาดเจ็บ (ครั้ง) [a]	เหตุการณ์นี้เกิดจากการตี้มของตนเองหรือผู้อื่นหรือไม่	
		เกิดจากตนเอง (ครั้ง) [b]	เกิดจากผู้อื่น (ครั้ง) [c]
Q7425 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับอุบัติเหตุที่ไม่ได้รับบาดเจ็บ แต่ทำให้ทรัพย์สินเสียหายหรือต้องจ่ายเงินต่อไปนี้กี่ครั้ง	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Q7426 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยร่วมงานบุญประเพณีระดับชาติหรือระดับจังหวัดที่มีการห้ามตี้มเครื่องตี้มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่

1. เคย 2. ไม่เคย 3. ไม่แน่ใจ

Q7600 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (Food and Nutrition)

คำชี้แจงของพนักงานสัมภาษณ์: ข้อคำถามในส่วนนี้ ให้ผู้ถูกสำรวจเป็นผู้ให้ข้อมูลเอง

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)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. อาหารที่ทำกินเองที่บ้าน → Q7623 | <input type="checkbox"/> 2. อาหารถุงปรุงสุกสำเร็จ |
| <input type="checkbox"/> 3. อาหารตามสั่ง | <input type="checkbox"/> 4. อาหารสำเร็จรูปบรรจุซอง/กระป๋อง |
| <input type="checkbox"/> 5. อาหารปิ่นโตรับเป็นรายเดือน | <input type="checkbox"/> 6. อาหารแช่แข็งสำเร็จรูปมาเก็บไว้ เมื่อกินจะนำมาอุ่น |

Q7622 ในวันทำงาน แหล่งที่มาของอาหารนอกบ้านมื้อเย็นที่ท่านกินบ่อยที่สุดเป็นอาหารที่ซื้อมาจาก (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

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

Q7623 ในวันเสาร์หรืออาทิตย์ ท่านกินอาหารมื้อหลัก (เช้า กลางวัน เย็น) นอกบ้านกี่มื้อ

หมายเหตุ: อาหารนอกบ้าน หมายถึง อาหารที่ไม่ได้ทำเองที่บ้าน

จำนวนมื้อต่อวัน 0 มื้อ → Q7626 1 มื้อ 2 มื้อ 3 มื้อ

Q7624 ในวันเสาร์หรืออาทิตย์ อาหารนอกบ้านที่ท่านกินบ่อยที่สุดเป็นอาหารแบบใด (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

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

Q7625 ในวันเสาร์หรืออาทิตย์ แหล่งที่มาของอาหารนอกบ้านมื้อหลักที่ท่านกินบ่อยที่สุดเป็นอาหารที่ซื้อมาจาก (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

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

Q7626 ปัจจุบันท่านเป็นคนกินอาหารมังสวิรัตืใช่หรือไม่

- 1.ใช่ กินประจำทุกมื้อ
- 2.ใช่ กินเป็นครั้งคราว
3. ไม่ใช่

Q7627 โดยส่วนใหญ่ครอบครัวท่านใช้น้ำมันชนิดใดในการประกอบ/ปรุงอาหารเป็นประจำ (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

1. น้ำมันพืช: น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว น้ำมันดอกทานตะวัน น้ำมันมะกอก ฯลฯ
2. น้ำมันพืช: น้ำมันปาล์ม
3. น้ำมันพืช: น้ำมันมะพร้าว
4. น้ำมันพืช: ไม่ทราบชนิด
5. น้ำมันหมู

6. เนย หรือ margarine
7. ไม้ทราบ
8. อื่นๆ ระบุ.....
9. ไม่ใช่

ส่วน B ชุดที่ 1 ความถี่อาหาร (สำหรับเด็กอายุ 10 ปี-14 ปี 11 เดือน)

ข้อปฏิบัติสำหรับพนักงานสัมภาษณ์

1. ให้ผู้สัมภาษณ์ถาม ดังนี้ “อาหารประเภท..... เด็กกินหรือไม่ใน 1 เดือนที่ผ่านมา (ผู้สัมภาษณ์ต้องอ่านรายการอาหารในแต่ละข้อให้ครบถ้วน)
2. สำหรับ**ประเภทอาหารที่ “เด็ก” ระบุว่ากิน** ให้ถามต่อว่า “เด็กกินอาหารดังกล่าว.....บ่อยเพียงใด”
3. ในขณะที่ถามความถี่ในการบริโภคอาหารให้ใช้แผนภาพระดับความถี่ในการบริโภคอาหารในสมุดภาพ ประกอบการถามการบริโภคอาหารประเภทต่างๆ และการจดบันทึก โดย ให้ทำเครื่องหมาย X ลงใน

Q7628 โดยทั่วไปเด็กกินอาหารในประเภทต่อไปนี้บ่อยเพียงใด	ไม่กิน เลย (1)	<1 ครั้ง/ด (2)	1-3 ครั้ง/ด (3)	1-3 ครั้ง/ส (4)	4-6 ครั้ง/ส (5)	1 ครั้ง/ว (6)	>1 ครั้ง/ว (7)
1) เนื้อสัตว์ทอด เช่น หมูทอด เนื้อทอด ไก่ทอด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) เนื้อสัตว์ผัด เช่น เนื้อหมูผัด เนื้อไก่ผัด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) เนื้อสัตว์ ต้ม ตุ่น ปิ้ง ย่าง เช่น หมูตุ๋น หมูต้ม หมูปิ้ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ตับ เลือดหมู/เบ็ด/ไก่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) 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"/>
6) เนื้อปลาต้ม/นึ่ง/ปิ้ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) ปลาทอด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) ไข่เจียว ไข่ดาว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) ไข่ต้ม ไข่ตุ๋น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) ลูกชิ้นทอด ไส้กรอกทอด ฯลฯ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) ลูกชิ้น ไส้กรอกปิ้ง นึ่ง ฯลฯ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) นมรสจืด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) นมรสหวาน/ช็อกโกแลต/สตอเบอรี่ โยเกิร์ตถ้วยปรุงแต่ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) นมเปรี้ยวชนิดดื่ม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) นมถั่วเหลือง น้ำเต้าหู้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) นมผง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) ข้าวสวย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) ข้าวเหนียว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) ข้าวต้มเครื่อง (หมู ไก่ กุ้ง ฯลฯ), โจ๊ก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q7628 โดยทั่วไปเด็กกินอาหารในประเภทต่อไปนี้บ่อยเพียงใด	ไม่กิน เลย (1)	<1 ครั้ง/ด (2)	1-3 ครั้ง/ด (3)	1-3 ครั้ง/ส (4)	4-6 ครั้ง/ส (5)	1 ครั้ง/ว (6)	>1 ครั้ง/ว (7)
20) ข้าวมันไก่, ข้าวหมูแดง, ข้าวหน้าเป็ด, ข้าวขาหมู, ข้าวผัด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) ก๋วยเตี๋ยวน้ำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) ก๋วยเตี๋ยวผัด ผัดซีอิ้ว ก๋วยเตี๋ยวแห้ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) ขนมปัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) พิซซ่า ลาซานญา สปาเก็ตตี้ แฮมเบอร์เกอร์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) มันฝรั่งทอด (เฟรนช์ฟราย)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26) บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27) โจ๊กกึ่งสำเร็จรูป ซุปกึ่งสำเร็จรูป	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28) น้ำอัดลม น้ำหวาน เครื่องดื่มสำเร็จรูป	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29) น้ำผลไม้/น้ำผัก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30) ชาชง โกโก้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31) เครื่องดื่มผสมวิตามินและแร่ธาตุ เช่น วิตามินซี วิตามินบีรวม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32) ลูกก๊ี้ ขนมปังสอดไส้ ขนมเค้ก พาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33) ไอศกรีม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34) ปลาหมึกเส้น ปลาเส้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35) ถั่วอบกรอบ ถั่วต้ม ถั่วคั่ว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36) ขนมกรุบกรอบ เช่น มันฝรั่งแผ่นทอด ข้าวเกรียบกุ้ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37) ลูกอม ช็อกโกแลต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38) ขนมหวานไม่ใส่กะทิ เช่น น้ำแข็งไส	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39) ขนมหวานใส่กะทิ เช่น ลอดช่อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40) ผลไม้กระป๋อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41) ผลไม้แห้ง เช่น ลูกเกด ลูกพรุน ลูกท้อ พุทรา มะม่วง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42) ซาลาเปา ขนมจีบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ส่วน B ชุดที่ 2 ความถี่อาหารบริโภคถึงปริมาณสำหรับการบริโภคทั่วไป (สำหรับเด็กอายุ 15 ปี-19 ปี 11 เดือน)

ข้อปฏิบัติสำหรับพนักงานสัมภาษณ์

1. ให้ผู้สัมภาษณ์ถาม ดังนี้ “โดยทั่วไปในระยะเวลา 1 เดือนก่อนหน้า ท่าน (ผู้ถูกสำรวจ) กิน (ดื่ม) อาหาร (เครื่องดื่ม) ชนิดต่อไปนี้หรือไม่” (ผู้สัมภาษณ์ต้องอ่านรายการอาหารในแต่ละข้อให้ครบถ้วน)
2. ผู้สัมภาษณ์พิจารณาเฉพาะประเภทอาหารที่ถูกสำรวจระบุว่ากิน และถามคำถามดังนี้ “ท่าน (ผู้ถูกสำรวจ) กินอาหารดังต่อไปนี้บ่อยเพียงใด” (ผู้สัมภาษณ์ทำการบันทึกข้อมูลในช่องความถี่ในการบริโภคอาหาร)
3. ให้ผู้สัมภาษณ์ถามขนาดส่วนบริโภคที่ถูกสำรวจมักจะกิน (ดื่ม) ต่อครั้ง โดยเปรียบเทียบกับส่วนบริโภคที่กำหนดให้ โดยถามดังนี้ “ในแต่ละครั้งที่ท่านกิน (ดื่ม)(ระบุชนิดอาหาร/เครื่องดื่ม) ที่ท่านกิน (ดื่ม) ในขนาดเท่าไร เมื่อเปรียบเทียบกับแผนภาพอาหารที่เห็น (ผู้สัมภาษณ์แสดงแผนภาพขนาดอาหาร 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											
กลุ่มเนื้อสัตว์และ ไข่												
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"/>

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
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"/>
กลุ่มผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์												
9	ผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ที่ผ่าน กระบวนการกลุ่มที่ 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	ผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ที่ผ่าน กระบวนการกลุ่มที่ 2 เช่น หมู หยอง ปลาเค็ม เนื้อ/หมู/ปลาแดด เดียว	<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 วุ้น เส้นขนมจีน	<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 มามา ยำ ยำ ไหวไว	<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	มักกะโรนี พาสต้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.5 ทัพพี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ถั่วระ etail หั่วหลอดขาว ฟองเต้าหู้ โปรตีนเกษตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 ซ้อน กินข้าว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	น้ำเต้าหู้/นมถั่วเหลือง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 แก้ว (200 cc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. นมและผลิตภัณฑ์												
24	นมสด/โยเกิร์ตชนิดถ้วยไม่ปรุงแต่งรส	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 แก้ว (200 cc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	นมหวาน/นมปรุงแต่งรส/โยเกิร์ตชนิดถ้วยปรุงแต่งรส	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 แก้ว (200 cc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	นมเปรี้ยว/โยเกิร์ตชนิดดื่ม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 แก้ว (200 cc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	นมพร้อมมันเนย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 แก้ว (200 cc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ผลิตภัณฑ์ผักและผลไม้												
28	ผลไม้ดองและผักดองต่างๆ เช่น ผักกาดดอง หน่อไม้ดอง กระเทียมดอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.5 ทัพพี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	ผลไม้แห้ง เช่น ลูกเกด ลูกพรุน ลูกท้อ พุทรา มะม่วง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/4 ถ้วย ตวง มาตรฐาน =1 ส่วน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q7629 ชนิดอาหาร		ความถี่ในการบริโภคอาหาร							ส่วนบริโภค	ขนาดส่วนบริโภค		
		ไม่กินเลย (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
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"/>	<input type="checkbox"/>
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 กาแฟผง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ซอง (20 กรัม)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 น้านมข้าว ยาคู น้าลูกเต๋อย น้านมข้าวโพด	<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 (size)		
		ไม่กินเลย (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
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 น้ำพริกปลาป่น น้ำพริกปลาร้า น้ำพริกปูเค็ม น้ำพริกปลาหู น้ำพริกตักแด่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.5 ช้อนกินข้าว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ช้อนกินข้าว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	ขนมใส่น้ำเชื่อม เช่น สาคุน้ำเชื่อม ลูกชิดน้ำเชื่อม 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 กล้วยบัวตอง 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/ขนมกรุบกรอบบรรจุ ซอง	<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 ซ้อนโต๊ะ /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. เครื่องปรุงรสที่เติมเพิ่มหลังจาก ปรุงอาหารเสร็จ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ช้อนชา	<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 ช้อนชา	<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 ช้อน 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 ช้อนชา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ส่วน C ความถี่อาหารบริโภคที่ปริมาณสำหรับบริโภคผลไม้และผัก

ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ดูรูปขนาดส่วนบริโภคของผลไม้และผักในสมุดภาพตัวอย่างผลไม้และผัก และอุปกรณ์การประมาณขนาดอาหารบริโภค
ได้แก่ ทัพพีตักข้าว พร้อมทั้งให้คำอธิบายต่อไปนี้

“คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการกินผลไม้และผักที่ท่าน (เด็ก) กินเป็นประจำวัน ขอให้ท่านตอบคำถามต่อไปนี้โดยคิดถึง ความถี่
ในการกินผลไม้และผักโดยทั่วๆ ไปใน 1 สัปดาห์ และปริมาณผลไม้หรือผักที่ท่าน (เด็ก) กินในแต่ละมื้อ ว่ามีปริมาณและขนาดเท่าไร (เช่น
ส้มเขียวหวาน 1 ผลกลาง เป็นต้น) หรือในกรณีของผักให้นำมาเปรียบเทียบกับ ถ้าใส่ในทัพพีตักข้าว ท่าน (เด็ก) กินในปริมาณเฉลี่ยกี่
ทัพพี”

Q7631 ผลไม้สด

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

Q7631a โดยทั่วไปในแต่ละสัปดาห์ ท่านกินผลไม้สดกี่วันต่อสัปดาห์

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

Q7631b ท่านกินผลไม้สดจำนวนกี่ส่วนต่อวัน

 ส่วนมาตรฐานต่อวัน

Q7632 การกินผัก

หมายเหตุ:- ผัก 1 ส่วนมาตรฐานธงโภชนาการ 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

 ส่วนมาตรฐานต่อวัน

Q7633 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยไปซื้ออาหารจากตลาดเขียวหรือตลาดชุมชนอาหารสุขภาพหรือไม่

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

1. เคย 2. ไม่เคย 3. ไม่แน่ใจ

Q7700 การนอน ดูทีวี เล่นคอมพิวเตอร์ และ/หรือ เกมส์ และกิจกรรมทางกาย

การนอน

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

วันธรรมดา

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

วันหยุด

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

การนอน (เฉพาะอายุ 10-14 ปี)

Q7702 จำนวนครั้งที่ตื่นขึ้นมา แล้วลุกขึ้นนั่งหรือร้องไห้กี่ครั้งต่อคืน ครั้งต่อคืน

การนอน (เฉพาะอายุ 15-19 ปี)

Q7703 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาในการนอนหลับบ่อยแค่ไหน (ตอบทุกสาเหตุ และเลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)	ไม่มีเลย (1)	มีน้อยกว่า สัปดาห์ละครั้ง (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) ฟันร้าว	<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

Q7709 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คุณมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ อย่างไร (ตอบทุกสาเหตุ และเลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

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

ดูทีวี เล่นคอมพิวเตอร์ และ/หรือ เกมส์

Q7710 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านดูโทรทัศน์หรือไม่ (ไม่จำกัดว่าดูโทรทัศน์ที่บ้านหรือที่อื่น)

1. ให้ดู 2. ไม่ให้ดู → Q7712

Q7711 ท่านดูโทรทัศน์วันละกี่ชั่วโมง (ให้ตอบเป็นตัวเลขตัวเดียว)

Q7711a วันธรรมดา (จันทร์-ศุกร์) ดูโทรทัศน์วันละ

		ชม.			นาที
--	--	-----	--	--	------

Q7711b วันหยุด (เสาร์-อาทิตย์) หรือช่วงปิดเทอมดูโทรทัศน์วันละ

		ชม.			นาที
--	--	-----	--	--	------

Q7712 ท่านสามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตหรือไม่

1. เข้าถึง 2. ไม่สามารถเข้าถึง (ไม่มีอุปกรณ์เชื่อมต่อ) 3. ไม่สามารถเข้าถึง (ไม่มีบริการอินเทอร์เน็ตในพื้นที่)

Q7713 ท่านเคยใช้ คอมพิวเตอร์ หรือไม่

1. เคยใช้ เริ่มใช้เมื่ออายุ [a] ปี เดือน 2. ไม่เคยใช้ → Q7715

Q7714 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านใช้ คอมพิวเตอร์ โดยเฉลี่ยวันละกี่ชั่วโมง และกี่วันต่อสัปดาห์

- 1) วันจันทร์-ศุกร์ [a] ชั่วโมง : นาที ใช้ [b] วันต่อสัปดาห์
- 2) วันเสาร์-อาทิตย์ [a] ชั่วโมง : นาที ใช้ [b] วันต่อสัปดาห์

Q7715 ท่านเคยใช้ สมาร์ทโฟน/โทรศัพท์ที่เล่นเกมได้ หรือไม่

1. เคยใช้ เริ่มใช้เมื่ออายุ [a] ปี เดือน 2. ไม่เคยใช้ → Q7717

Q7716 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านใช้ สมาร์ทโฟน/โทรศัพท์ที่เล่นเกมได้ โดยเฉลี่ยวันละกี่ชั่วโมง และกี่วันต่อสัปดาห์

- 1) วันจันทร์-ศุกร์ [a] ชั่วโมง : นาที ใช้ [b] วันต่อสัปดาห์
- 2) วันเสาร์-อาทิตย์ [a] ชั่วโมง : นาที ใช้ [b] วันต่อสัปดาห์

Q7717 ท่านเคยใช้ แท็บเล็ต หรือไม่

1. เคยใช้ เริ่มใช้เมื่ออายุ [a] ปี เดือน 2. ไม่เคยใช้ → Q7720

Q7718 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านใช้ แท็บเล็ต โดยเฉลี่ยวันละกี่ชั่วโมง และกี่วันต่อสัปดาห์

1) วันจันทร์-ศุกร์ [a] ชั่วโมง : นาที ใช้ [b] วันต่อสัปดาห์

2) วันเสาร์-อาทิตย์ [a] ชั่วโมง : นาที ใช้ [b] วันต่อสัปดาห์

หมายเหตุ: การใช้คอมพิวเตอร์, สมาร์ทโฟน/โทรศัพท์ที่เล่นเกมได้ และแท็บเล็ต ในวันจันทร์-ศุกร์/วันเสาร์-อาทิตย์ ไม่ควรเกิน 20 ชั่วโมง

Q7720 ท่านใช้คอมพิวเตอร์ หรือ แท็บเล็ต เพื่อค้นหาข้อมูล หรือความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษากี่วันต่อสัปดาห์

วันละ [a] ชั่วโมง : นาที ใช้ [b] วันต่อสัปดาห์

Q7721 ท่านเล่นเกมวีดีโอหรือคอมพิวเตอร์เกมส์ (รวมเกมส์ในมือถือและแท็บเล็ต เช่น นินเทนโด เกมส้อย PlayStation, Xbox เกมสคอมพิวเตอร์ และอินเทอร์เน็ต) ทั้งที่บ้านและนอกบ้าน รวมทั้งหมดกี่วันต่อสัปดาห์

วันละ [a] ชั่วโมง : นาที ใช้ [b] วันต่อสัปดาห์

Q7722 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านใช้แพลตฟอร์ม Social Media ดังต่อไปนี้หรือไม่

- | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------|
| 1) Youtube | <input type="checkbox"/> | 1. เคยใช้บ้าง | <input type="checkbox"/> | 2. ใช้เป็นประจำ | <input type="checkbox"/> | 3. ไม่เคยใช้ |
| 2) Facebook | <input type="checkbox"/> | 1. เคยใช้บ้าง | <input type="checkbox"/> | 2. ใช้เป็นประจำ | <input type="checkbox"/> | 3. ไม่เคยใช้ |
| 3) Tiktok | <input type="checkbox"/> | 1. เคยใช้บ้าง | <input type="checkbox"/> | 2. ใช้เป็นประจำ | <input type="checkbox"/> | 3. ไม่เคยใช้ |
| 4) Instagram | <input type="checkbox"/> | 1. เคยใช้บ้าง | <input type="checkbox"/> | 2. ใช้เป็นประจำ | <input type="checkbox"/> | 3. ไม่เคยใช้ |
| 5) X (Twitter) | <input type="checkbox"/> | 1. เคยใช้บ้าง | <input type="checkbox"/> | 2. ใช้เป็นประจำ | <input type="checkbox"/> | 3. ไม่เคยใช้ |
| 6) Line | <input type="checkbox"/> | 1. เคยใช้บ้าง | <input type="checkbox"/> | 2. ใช้เป็นประจำ | <input type="checkbox"/> | 3. ไม่เคยใช้ |
| 7) Facebook messenger | <input type="checkbox"/> | 1. เคยใช้บ้าง | <input type="checkbox"/> | 2. ใช้เป็นประจำ | <input type="checkbox"/> | 3. ไม่เคยใช้ |

กิจกรรมทางกาย (เฉพาะอายุ 10-14 ปี)

Q7723 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้ออกกำลังกาย วิ่งเล่นนอกตัวบ้าน เล่นกีฬากลางแจ้ง โดยเฉลี่ยวันละกี่ชั่วโมง

1. ได้ออกกำลังกาย วันละ [a] ชม. นาที 2. ไม่ได้ออกกำลังกาย

Q7724 ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีกิจกรรมทางกายเป็นเวลายอย่างน้อย 60 นาทีต่อวัน เป็นจำนวนกี่วันต่อสัปดาห์

(รวมทุกกิจกรรมทางกายที่ทำให้หายใจแรงขึ้น หรือทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นมาก) วันต่อสัปดาห์

Q7725 โดยเฉลี่ยในช่วง 1 สัปดาห์ เมื่ออยู่ในโรงเรียน ท่านเด็กมีชั่วโมงพลังกี่วันต่อสัปดาห์ วันต่อสัปดาห์

Q7726 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเข้าร่วมเล่นกีฬาเป็นทีมทั้งหมดกี่ทีม (รวมกีฬา เป็นทีมทุกประเภท ทั้งในโรงเรียน และในชุมชน)

ทีม

กิจกรรมทางกาย (เฉพาะอายุ 15-19 ปี)

กิจกรรมการทำงาน (เป็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางกายของท่านใน 1 สัปดาห์โดยปกติทั่วไป)

ให้อ่านข้อคำถามที่ละเอียดและให้ผู้ตอบสัมภาษณ์ดูแผ่นภาพตามเลขที่ในแต่ละข้อ

ต่อไปนี้ เป็นคำถามเกี่ยวกับการทำงานของท่าน ให้อ่านพิจารณาทั้งงานที่ก่อให้เกิดรายได้และไม่เกิดรายได้

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

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q7730

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

 วันต่อสัปดาห์

Q7729 ในวันปกติ เมื่อท่านมีกิจกรรมที่ต้องออกแรงอย่างหนัก ท่านใช้เวลาในการทำงานดังกล่าวนั้นเป็นเวลานานเท่าใดในแต่ละวัน (ต้องถามยืนยันความถูกต้อง ถ้าผู้ตอบบอกว่า >4 ชั่วโมงต่อวัน)

ชั่วโมง : นาที

 :

Q7730 การทำงานของท่านโดยปกติต้องออกแรงปานกลาง ทำให้หายใจแรงขึ้น หรือหัวใจเต้นเร็วขึ้นเล็กน้อยหรือปานกลาง เป็นเวลาต่อเนื่องตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไป ในแต่ละครั้ง เช่น การเดินไปมาในที่ทำงาน หรือทำงานบ้าน หรือถือของไม่หนักมาก เป็นต้น ใช่หรือไม่ ให้ผู้ตอบสัมภาษณ์ดูรูปในสมุดภาพกิจกรรมทางกายที่ต้องออกแรงปานกลาง

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q7733

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

 วันต่อสัปดาห์

Q7732 ในวันปกติ เมื่อท่านมีกิจกรรมที่ต้องออกแรงปานกลาง ท่านใช้เวลาในการทำงานดังกล่าวนั้นเป็นเวลานานเท่าใดในแต่ละวัน (ต้องถามยืนยันความถูกต้อง ถ้าผู้ตอบบอกว่า >4 ชั่วโมงต่อวัน)

ชั่วโมง : นาที

 :

กิจกรรมการเดินทาง (เป็นคำถามที่เกี่ยวกับกิจกรรมทางกายของท่านใน 1 สัปดาห์โดยปกติทั่วไป)

ต่อไปนี้เป็นคำถามที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน แต่เกี่ยวกับการเดินทางของท่าน เช่น การเดินทางไปทำงาน การไปซื้อของ การไปจ่ายตลาด ไปวัด เป็นต้น

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

 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q7736

Q7734 ในสัปดาห์ปกติ ท่านเดินทางไปยังที่ต่างๆ โดยการเดินหรือขี่จักรยานเป็นเวลาต่อเนื่องตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไป ในแต่ละครั้ง เป็นจำนวนกี่วันต่อสัปดาห์

 วันต่อสัปดาห์

Q7735 ในวันปกติ ท่านเดินทางไปยังที่ต่างๆ โดยการเดินหรือขี่จักรยานเป็นเวลานานเท่าใดในแต่ละวัน (ต้องถามยืนยันความถูกต้อง ถ้าผู้ตอบบอกว่า >4 ชั่วโมงต่อวัน)

ชั่วโมง : นาที

 :

กิจกรรมยามว่าง เล่นกีฬา (เป็นคำถามที่เกี่ยวกับกิจกรรมทางกายของท่านใน 1 สัปดาห์โดยปกติทั่วไป)

ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมเวลาว่างจากการทำงานของท่าน การเล่นกีฬา การเข้าสถานที่ออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน และการเดินทาง

Q7736 โดยปกติในเวลาว่างจากการทำงาน ท่านมีกิจกรรมเล่นกีฬา การออกกำลังกาย หรือกิจกรรมยามว่างอย่างหนัก จนทำให้หายใจแรงขึ้นหรือหัวใจเต้นเร็วขึ้นมาก เป็นเวลาต่อเนื่องตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไป ในแต่ละครั้ง เช่น เต้นแอโรบิค วิ่ง เล่นกีฬาอย่างหนัก เล่นฟุตบอล ไข่หรือไม้ ไข่ผู้ตอบสัมภาษณ์ดูรูปในสมุดภาพการออกกำลังกายอย่างหนัก

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q7739

Q7737 ในสัปดาห์ปกติ ท่าน เล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมยามว่างอย่างหนัก เป็นเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาทีขึ้นไป ในแต่ละครั้ง เป็นจำนวนกี่วันต่อสัปดาห์

วันต่อสัปดาห์

Q7738 ในวันปกติ ท่านเล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมยามว่างอย่างหนัก เป็นเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาทีขึ้นไป ในแต่ละครั้งดังกล่าวนี้ เป็นเวลานานเท่าใด ในแต่ละวัน (ต้องถามยืนยันความถูกต้อง ถ้าผู้ตอบบอกว่า >4 ชั่วโมงต่อวัน)

ชั่วโมง : นาที
 :

Q7739 โดยปกติในเวลาว่างจากการทำงาน ส่วนใหญ่ท่านมีกิจกรรม เล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมอย่างเล็กน้อยหรือปานกลาง เป็นเวลา ต่อเนื่องตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไป ในแต่ละครั้ง เช่น เดินเร็ว ซี่จักรยาน เล่นวอลเลย์บอล วายน้ำ ไข่หรือไม้ ไข่ผู้ตอบสัมภาษณ์ดูรูปในสมุดภาพการออกกำลังกายปานกลาง

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q7742

Q7740 ในสัปดาห์ปกติ ท่าน เล่นกีฬา ออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมอย่างปานกลาง เป็นเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาทีขึ้นไป ในแต่ละครั้งเป็นจำนวนกี่วันต่อสัปดาห์

วันต่อสัปดาห์

Q7741 ในวันปกติ ท่าน เล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมอย่างปานกลาง เป็นเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาทีขึ้นไป ในแต่ละครั้งดังกล่าวนี้เป็นเวลานานเท่าใด ในแต่ละวัน

ชั่วโมง : นาที
 :

ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการ นั่งๆ นอนๆ เท่านั้น

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

Q7742 ในวันปกติ ท่านใช้เวลานั่งๆ นอนๆ หรือเอนกายสบายๆ รวมแล้วเป็นเวลานานเท่าใด ในแต่ละวัน (ต้องถามยืนยันความถูกต้อง ถ้าผู้ตอบบอกว่า >18 ชั่วโมงต่อวัน)

ชั่วโมง : นาที
 :

Q7800 ความสัมพันธ์ในครอบครัว การเลี้ยงดู และเพื่อน

Q7806 ความสัมพันธ์ของท่าน กับ พ่อ เป็นอย่างไร (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. สนับสนุนดี พุดคุยปรึกษาหารือได้เสมอ | <input type="checkbox"/> 2. สนับสนุนดี แต่พุดคุยปรึกษาเป็นบางเรื่อง |
| <input type="checkbox"/> 3. ปานกลาง พุดคุยกันได้ แต่ไม่สนับสนุน | <input type="checkbox"/> 4. ไม่ดี แต่ไม่ถึงกับทอดทิ้ง หรือไม่เอาใจใส่ |
| <input type="checkbox"/> 5. ทอดทิ้ง ไม่เอาใจใส่ หรือลงโทษรุนแรง | <input type="checkbox"/> 6. ตอบไม่ได้ เพราะไม่เคยเลี้ยงดู |

Q7807 ความสัมพันธ์ของท่าน กับ แม่ เป็นอย่างไร (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. สนับสนุนดี พุดคุยปรึกษาหารือได้เสมอ | <input type="checkbox"/> 2. สนับสนุนดี แต่พุดคุยปรึกษาเป็นบางเรื่อง |
| <input type="checkbox"/> 3. ปานกลาง พุดคุยกันได้ แต่ไม่สนับสนุน | <input type="checkbox"/> 4. ไม่ดี แต่ไม่ถึงกับทอดทิ้ง หรือไม่เอาใจใส่ |
| <input type="checkbox"/> 5. ทอดทิ้ง ไม่เอาใจใส่ หรือลงโทษรุนแรง | <input type="checkbox"/> 6. ตอบไม่ได้ เพราะไม่เคยเลี้ยงดู |

Q7808 ความสัมพันธ์ของท่าน กับ ผู้ปกครอง (ที่ไม่ใช่พ่อแม่) เป็นอย่างไร (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. สนิทสนมดี พูดคุยปรึกษาหารือได้เสมอ | <input type="checkbox"/> 2. สนิทสนมดี แต่พูดคุยปรึกษาเป็นบางเรื่อง |
| <input type="checkbox"/> 3. ปานกลาง พูดคุยกันได้ แต่ไม่สนิทสนม | <input type="checkbox"/> 4. ไม่ดี แต่ไม่ถึงกับทอดทิ้ง หรือไม่เอาใจใส่ |
| <input type="checkbox"/> 5. ทอดทิ้ง ไม่เอาใจใส่ หรือลงโทษรุนแรง | <input type="checkbox"/> 6. ตอบไม่ได้ เพราะไม่เคยเลี้ยงดู |

Q7809 เพื่อนของท่านส่วนใหญ่มีปัญหาแบบใด (ตอบทุกข้อ)

- | | | |
|-------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| 1) ไม่มีปัญหาใดๆ | <input type="checkbox"/> 1. ใช่ | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ |
| 2) พูดจាក้าวร้าว | <input type="checkbox"/> 1. ใช่ | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ |
| 3) พูดจาหยาบคายน | <input type="checkbox"/> 1. ใช่ | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ |
| 4) ชกต่อย ทำร้ายร่างกาย | <input type="checkbox"/> 1. ใช่ | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ |
| 5) หนีเที่ยว | <input type="checkbox"/> 1. ใช่ | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ |
| 6) ปัญหาอื่นๆ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> 1. ใช่ | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ |

Q7810 เวลาทุกหัวใจ ส่วนใหญ่ ท่านปรึกษาใคร

- 1. คนในครอบครัวเท่านั้น (พ่อ แม่ หรือญาติพี่น้อง)
- 2. คนนอกครอบครัวเท่านั้น (ครู พระ เพื่อน ฯลฯ)
- 3. คนในครอบครัวหรือนอกครอบครัวแล้วแต่กรณี
- 4. เก็บไว้ในใจ ไม่เล่าให้ใครฟัง

Q7811 ท่านร่วมกิจกรรมทางศาสนา บ่อยเพียงใด

1. ไม่เคย 2. นานๆ ครั้ง 3. บ่อยๆ

Q7900 ความรุนแรงในโรงเรียนและชุมชน

Q7901 ปัจจุบันท่านเรียนหนังสือในโรงเรียน/มหาวิทยาลัย ใช่หรือไม่

- 1) ใช่ 2) ไม่ใช่ → Q8000

Q7902 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยพกอาวุธ เช่น ปืน มีด หรือคัตเตอร์ หรือไม่ไปที่โรงเรียนกี่วัน (ที่ไม่ได้ใช้ในการเรียน)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1) 0 วัน | <input type="checkbox"/> 2) 1 วัน | <input type="checkbox"/> 3) 2 หรือ 3 วัน |
| <input type="checkbox"/> 4) 4 หรือ 5 วัน | <input type="checkbox"/> 5) มากกว่า 5 วันขึ้นไป | |

Q7903 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านไม่ได้ไปโรงเรียน เพราะรู้สึกว่าจะไม่ปลอดภัยที่อยู่ในโรงเรียน หรือการเดินทางระหว่างบ้านไปยังโรงเรียนกี่วัน

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1) 0 วัน | <input type="checkbox"/> 2) 1 วัน | <input type="checkbox"/> 3) 2 หรือ 3 วัน |
| <input type="checkbox"/> 4) 4 หรือ 5 วัน | <input type="checkbox"/> 5) มากกว่า 5 วันขึ้นไป | |

Q7904 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยถูกขโมยของหรือถูกผู้อื่นทำลายทรัพย์สินของท่านโดยตั้งใจ เช่น รถ เสื้อผ้า หนังสือ ในโรงเรียน
กี่ครั้ง

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1) 0 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 2) 1 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 3) 2 หรือ 3 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 4) 4 หรือ 5 ครั้ง |
| <input type="checkbox"/> 5) 6 หรือ 7 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 6) 8 หรือ 9 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 7) 10 หรือ 11 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 8) 12 ครั้งขึ้นไป |

Q7905 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยถูกขโมยของหรือถูกผู้อื่นทำลายทรัพย์สินของท่านโดยตั้งใจ เช่น รถ เสื้อผ้า หนังสือ นอก
โรงเรียน กี่ครั้ง

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1) 0 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 2) 1 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 3) 2 หรือ 3 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 4) 4 หรือ 5 ครั้ง |
| <input type="checkbox"/> 5) 6 หรือ 7 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 6) 8 หรือ 9 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 7) 10 หรือ 11 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 8) 12 ครั้งขึ้นไป |

Q7906 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยพกมีดหรือเหล็กแหลมหรืออาวุธอื่น หรือไม่ (ไม่รวมกรณีนำไปทำกิจกรรมของโรงเรียน)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1) ไม่เคย | <input type="checkbox"/> 2) 1 ครั้ง หรือน้อยกว่าต่อเดือน |
| <input type="checkbox"/> 3) 2-3 ครั้งต่อเดือน | <input type="checkbox"/> 4) มากกว่า 3 ครั้งต่อเดือน |

Q7907 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยชกต่อยหรือตบตี เนื่องจากการทะเลาะวิวาท หรือไม่

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1) ไม่เคย | <input type="checkbox"/> 2) 1 ครั้ง หรือน้อยกว่าต่อเดือน |
| <input type="checkbox"/> 3) 2-3 ครั้งต่อเดือน | <input type="checkbox"/> 4) มากกว่า 3 ครั้งต่อเดือน |

Q7908 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยโดนทำร้ายหรือทำให้บาดเจ็บด้วยอาวุธ เช่น ปืน มีด หรือ สนับมือ ไม้ ในโรงเรียนกี่ครั้ง

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1) 0 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 2) 1 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 3) 2 หรือ 3 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 4) 4 หรือ 5 ครั้ง |
| <input type="checkbox"/> 5) 6 หรือ 7 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 6) 8 หรือ 9 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 7) 10 หรือ 11 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 8) 12 ครั้งขึ้นไป |

Q7909 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีเรื่องชกต่อย หรือต่อสู้ในโรงเรียนกี่ครั้ง

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1) 0 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 2) 1 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 3) 2 หรือ 3 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 4) 4 หรือ 5 ครั้ง |
| <input type="checkbox"/> 5) 6 หรือ 7 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 6) 8 หรือ 9 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 7) 10 หรือ 11 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 8) 12 ครั้งขึ้นไป |

Q7910 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านถูกข่มขู่ด้วยวาจา (หมายถึง การข่มขู่ว่าจะทำร้ายร่างกาย) กี่ครั้ง

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1) 0 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 2) 1 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 3) 2 หรือ 3 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 4) 4 หรือ 5 ครั้ง |
| <input type="checkbox"/> 5) 6 หรือ 7 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 6) 8 หรือ 9 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 7) 10 หรือ 11 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 8) 12 ครั้งขึ้นไป |

Q7911 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เข้าร่วมในเหตุการณ์ที่มีการต่อสู้ทำร้ายร่างกายกี่ครั้ง

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1) 0 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 2) 1 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 3) 2 หรือ 3 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 4) 4 หรือ 5 ครั้ง |
| <input type="checkbox"/> 5) 6 หรือ 7 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 6) 8 หรือ 9 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 7) 10 หรือ 11 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 8) 12 ครั้งขึ้นไป |

Q7912 กรณีเข้าร่วมในเหตุการณ์มีการได้รับบาดเจ็บต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลกี่ครั้ง

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1) 0 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 2) 1 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 3) 2 หรือ 3 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 4) 4 หรือ 5 ครั้ง |
| <input type="checkbox"/> 5) 6 หรือ 7 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 6) 8 หรือ 9 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 7) 10 หรือ 11 ครั้ง | <input type="checkbox"/> 8) 12 ครั้งขึ้นไป |

Q7913 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยถูกลวนลามทางเพศ (เช่น โดยการจับหน้าอก ก้น อวัยวะเพศ) หรือไม่

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1) ไม่เคย | <input type="checkbox"/> 2) เคย โดยวาจา |
| <input type="checkbox"/> 3) เคย โดยการกระทำ | <input type="checkbox"/> 4) ถูกข่มขืน |

Q7914 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยถูกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์ อินเทอร์เน็ต หรือไม่ เช่น ถูกโพสรูป/ข้อความ ล้อเลียน แชว โจมตี หรือข่มขู่ ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เช่น เฟสบุ๊ก อินสตาแกรม ทวิตเตอร์ ฯลฯ) กี่ครั้ง

- 1) 0 ครั้ง 2) เคย 1 ครั้ง 3) 2 หรือ 3 ครั้ง 4) 4 หรือ 5 ครั้ง
 5) 6 หรือ 7 ครั้ง 6) 8 หรือ 9 ครั้ง 7) 10 หรือ 11 ครั้ง 8) 12 ครั้งขึ้นไป

Q7915 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยกลั่นแกล้งผู้อื่นบนโลกไซเบอร์ อินเทอร์เน็ต หรือไม่ เช่น โพสรูป/ข้อความ ล้อเลียน แชว โจมตี หรือข่มขู่ ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เช่น เฟสบุ๊ก อินสตาแกรม ทวิตเตอร์ ฯลฯ) กี่ครั้ง

- 1) 0 ครั้ง 2) เคย 1 ครั้ง 3) 2 หรือ 3 ครั้ง 4) 4 หรือ 5 ครั้ง
 5) 6 หรือ 7 ครั้ง 6) 8 หรือ 9 ครั้ง 7) 10 หรือ 11 ครั้ง 8) 12 ครั้งขึ้นไป

Q8000 อนาถาจริยพันธู์

คำชี้แจงของพนักงานสัมภาษณ์: ข้อคำถามในส่วนนี้ ให้ผู้ถูกสำรวจเป็นผู้ให้ข้อมูลเอง

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

Q8101 ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยถูกระงาดังต่อไปนี้โดยไม่เต็มใจ หรือไม่

- Q8101a ถูกคุกคามด้วยวาจา เช่น การพูดจาล่วงเกินเกี่ยวกับเรื่องเพศ 1. เคย 2. ไม่เคย
 Q8101b ถูกคุกคามด้วยกิริยา ท่าทาง เช่น การจ้องมองส่วนต่างๆของร่างกาย 1. เคย 2. ไม่เคย
 Q8101c ถูกคุกคามด้วยการสัมผัสทางร่างกาย เช่น การแตะเนื้อต้องตัวโดยไม่เต็มใจ 1. เคย 2. ไม่เคย
 Q8101d ถูกคุกคามการส่งข้อความเชิงอนาจาร 1. เคย 2. ไม่เคย

Q8102 ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์หรือไม่

1. ไม่เคย → Q8110 2. เคย ต่างเพศ
 3. เคย เพศเดียวกัน 4. เคย ทั้งสองแบบ (ต่างเพศ และเพศเดียวกัน)

Q8103 ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ ปี

Q8104 คนที่ท่านมีเพศสัมพันธ์ด้วยครั้งแรกเป็นใคร

1. สามี/ภรรยา 2. แฟน 3. คนอื่นที่ไม่ใช่สามี/ภรรยา 4. ไม่ทราบ

Q8105 ครั้งแรกที่มีเพศสัมพันธ์ ท่านใช้วิธีป้องกันต่อไปนี้หรือไม่

1. ไม่ได้ใช้วิธีป้องกัน 2. ใช้ถุงยางอนามัย 3. ใช้ยาคุมกำเนิด
 4. ใช้ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน 5. ใช้วิธีอื่น 6. จำไม่ได้/ไม่ทราบ

Q8106 ก่อนจะมีเพศสัมพันธ์ ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือใช้ยาเสพติดหรือไม่

1. ไม่ดื่มหรือไม่ใช้ 2. ดื่มหรือใช้นานๆ ครั้ง
 3. ดื่มหรือใช้บ่อยๆ 4. ดื่มหรือใช้ทุกครั้ง

Q8107 ปัจจุบันท่านมีคู่มือหรือไม่ (คู่มือ หมายถึง คู่มือที่อยู่ด้วยกันฉันทามีภรรยา หรือมีเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ 2-3 ครั้งต่อเดือน)

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

Q8108 ขณะนี้ท่าน/คูของท่านมีการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือคุมกำเนิดใช่หรือไม่ (การทำหมัน ถือว่ามีการคุมกำเนิดแล้ว)

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ → Q8110

Q8109 ปัจจุบันท่าน/คนที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยครั้งสุดท้าย คุมกำเนิดหรือป้องกันด้วยวิธีใด (ตอบทุกข้อ ทั้งของตนเองและคู)

	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 ญ → Q8200 ช → Q9000

Q8111 ท่านได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก เมื่ออายุ ปี (จำไม่ได้ ใส่ 99)

ญ → Q8200 ช → Q9000

Q8200 อนามัยเจริญพันธุ์ (สำหรับผู้ถูกสำรวจเพศ “หญิง”)

Q8201 ท่านมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุเท่าไร ปี ถ้ายังไม่มีประจำเดือนให้ใส่ 00 จำไม่ได้ ใส่ 88

Q8207 ท่านเคยตั้งครรภ์หรือไม่ (รวมการตั้งครรภ์แล้วแท้งด้วย)

1. เคย 2. ไม่เคย → Q9000

Q8208 ท่านเคยตั้งครรภ์มาแล้วทั้งหมดกี่ครั้ง ครั้ง

Q8209 ท่านตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุเท่าไร ปี

Q8210 ท่านตั้งครรภ์ครั้งสุดท้ายเมื่ออายุเท่าไร ปี

Q8211 ขณะนี้ท่านกำลังตั้งครรภ์อยู่หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

Q8212 ท่านรู้สึกอย่างไรเมื่อตอนที่ท่านตั้งครรภ์ครั้งแรก

1. ท่านตั้งใจอยากมีบุตร 2. ถ้าเป็นไปได้ ท่านอยากเลื่อนการตั้งครรภ์ออกไป
 3. ท่านไม่ต้องการตั้งครรภ์ 4. ไม่ทราบ/ไม่ต้องการตอบ

Q8213 ท่านเคยคลอดบุตรหรือไม่

1. เคย 2. ไม่เคย → Q8217

Q8215 ถ้าท่านเคยคลอดบุตร ลักษณะบุตรของท่าน เป็นดังนี้

- 1) บุตรที่เกิดรอด

--	--

 คน (บุตรที่เกิดรอดมีสัญญาณชีพหลังคลอด เช่น มีลมหายใจ มีเสียงร้อง: live birth)
2) บุตรตายคลอด

--	--

 คน
3) แท้งบุตร

--	--

 คน

Q8217 ท่านเคยแท้งลูกหรือไม่

1. เคย 2. ไม่เคย → Q9000

Q8218 ท่านเคยแท้งลูกกี่ครั้ง

--	--

 ครั้ง

Q8220 ระบุสาเหตุของการแท้งลูก ในครั้งสุดท้าย

1. แท้งเอง (รวมทั้งเกิดจากอุบัติเหตุ) → Q9000
 ทำแท้งโดย
 2. ตนเอง 3. แพทย์ 4. พยาบาล 5. ผู้ช่วยสาธารณสุข/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
 6. ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ ระบุ..... 7. ไม่ทราบ

Q8221 วิธีการทำแท้ง

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

Q9000 สิทธิและสวัสดิการทางสุขภาพ

คำชี้แจงของพนักงานสัมภาษณ์ :

อายุ 10-14 ปี พ่อ/แม่/ผู้ปกครอง เป็นผู้ให้ข้อมูล (คนที่ดูแลรู้เรื่องข้อมูลเกี่ยวกับเด็กมากที่สุด และ ไม่ควรเป็นพี่เลี้ยงเด็ก ถ้าเป็น “พี่” ควรมีอายุ 20 ปีขึ้นไป)

อายุ 15-19 ปี ผู้ถูกสำรวจเป็นผู้ให้ข้อมูลเอง

Q9001 ในปัจจุบันนี้ ท่าน (เด็ก) มีสวัสดิการหรือมีสิทธิในการรักษาพยาบาลประเภทใดหรือไม่ (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)