



โครงการการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ 2562
Thai Behavioral Risk Factor Surveillance System 2019 (BRFSS)

คำแนะนำตัวก่อนการสัมภาษณ์ สำหรับผู้สัมภาษณ์

เรียน อาสาสมัคร หรือ ผู้ปกครองอาสาสมัคร กรณีอาสาสมัครอายุต่ำกว่า 18 ปี

สวัสดีครับ/ค่ะ ผม/ดิฉัน(ชื่อ).....เป็นตัวแทนจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค...หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..... ขณะนี้กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพประชาชน เพื่อไปจัดทำภาพรวมของปัญหาสุขภาพประชาชนจากโรคไม่ติดต่อระดับจังหวัด ใน ๑๙ จังหวัด จำนวนตัวอย่าง ๓๘,๕๐๐ ราย ซึ่งมีความสำคัญต่อการกำหนดนโยบายการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและการจัดทำแผนงานสร้างเสริมสุขภาพหรือแผนงานป้องกันควบคุมโรคของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ที่อายุ ๑๕ - ๗๙ ปี ที่ได้รับการเลือกอย่างอิสระจากหน่วยงานส่วนกลางให้เป็นตัวแทนของจังหวัด เพื่อรับการสัมภาษณ์เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป โดยจะมีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว ให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง สำหรับการประเมินภาวะทางโภชนาการ เช่น ภาวะน้ำหนักเกิน หรือภาวะอ้วนของคนไทย และสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ หรือดื่มสุรา (ถ้ามี) ที่เป็นกิจวัตรประจำวันหรือที่ท่านได้ทำเป็นปกติ รวมถึงการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย เช่น การพบแพทย์ หรือการได้ไปตรวจสุขภาพประจำปีในปีที่ผ่านมา คำตอบของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและไม่ถูกเปิดเผยแก่หน่วยงานรัฐหรือหน่วยงานเอกชนใดๆทั้งสิ้น

การรายงานผล เป็นการรายงานสุขภาพภาพรวมของประชาชน ผู้สัมภาษณ์จะอ่านคำถามตามแบบสัมภาษณ์ เพื่อให้ตอบ ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ ๒๕ - ๓๐ นาที การตอบคำถามไม่จำเป็นต้องตอบทุกข้อ หากท่านไม่ต้องการตอบก็สามารถปฏิเสธการตอบคำถามนั้นได้ หรือการปฏิเสธเข้าร่วมการสำรวจฯครั้งนี้ ซึ่งจะไม่มีผลต่อการให้บริการสุขภาพที่ท่านได้รับ

กรมควบคุมโรค ใคร่ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในครั้งนี้ หากท่านต้องการรายละเอียดเพิ่มเติม โปรดติดต่อไปยังสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข หรือเบอร์โทรศัพท์ ๐๒ ๕๙๐ ๓๘๙๒ หรือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดของท่าน



แบบสัมภาษณ์การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ 2562
Thai Behavioral Risk Factor Surveillance System Questionnaire 2019

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลการสำรวจ สำหรับผู้สัมภาษณ์อ่านคำถามให้ผู้รับการสัมภาษณ์ตอบเอง หรืออ่านคำตอบให้เลือกตอบ เครื่องมือวัดจะมีความเที่ยงตรงสูง ผู้สัมภาษณ์ไม่ควรถามคำถามของตนเอง

ข้อปฏิบัติในการสัมภาษณ์

1. ผู้สัมภาษณ์ต้องผ่านการอบรมเพื่อทำความเข้าใจแบบสัมภาษณ์และการใช้คู่มือประกอบการสัมภาษณ์
2. แบบสัมภาษณ์แต่ละส่วนมีการแนะนำการสัมภาษณ์ เพื่อทำความเข้าใจถูกต้องตรงกันระหว่างผู้สัมภาษณ์กับผู้รับการสัมภาษณ์ ขอให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความหลังข้อความ **ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ** ทุกครั้ง
3. ผู้สัมภาษณ์ถามคำถามเรียงลำดับตามที่ Application Program บนเครื่อง Tablet กำหนดไว้ให้ถามทุกข้อ
4. **โปรดอ่านคำตอบ** หรือ **อ่านคำตอบ** ถ้าผู้รับการสัมภาษณ์ไม่สามารถตอบได้ ถูกกำหนดไว้เพื่อช่วยให้ผู้รับการสัมภาษณ์เลือกคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อพึงระมัดระวัง ตัวเลือกตอบ ไม่แน่ใจ และไม่ตอบ ถูกกำหนดขึ้น เพื่อสงวนสิทธิ์ให้ผู้รับการสัมภาษณ์ หากประสงค์จะไม่ต้องตอบคำถาม หรือ จำคำตอบไม่ได้ หรือ ไม่แน่ใจคำตอบ โดยผู้สัมภาษณ์ **ต้อง** ไม่อ่านข้อความดังกล่าว แต่ควรตรวจทานหรือประเมินว่าเป็นสิ่งที่ผู้รับการสัมภาษณ์ต้องการเป็นคำตอบ เช่น คุณไม่แน่ใจคำตอบใช่หรือไม่ หรือ คุณมีความประสงค์ไม่ตอบคำถามนี้ใช่หรือไม่

องค์ประกอบแบบสัมภาษณ์

ส่วนที่ 0	ข้อมูลทางประชากร
ส่วนที่ 1	การรับรู้สถานะสุขภาพ
ส่วนที่ 2	การเข้าถึงบริการสุขภาพและความพึงพอใจในการรับบริการสุขภาพ
ส่วนที่ 3	กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย
ส่วนที่ 4	การกินผักผลไม้
ส่วนที่ 5	สุขนิสัยการรับประทานอาหาร
ส่วนที่ 6	สุขอนามัย
ส่วนที่ 7	การสูบบุหรี่และการบริโภคยาสูบ
ส่วนที่ 8	การดื่มสุรา
ส่วนที่ 9	คุณภาพชีวิต
ส่วนที่ 10	ความเครียด
ส่วนที่ 11	ไขมันในเลือดสูง

ส่วนที่ 12	ภาวะความดันโลหิตสูง
ส่วนที่ 13	โรคเบาหวาน
ส่วนที่ 14	โรคเรื้อรัง
ส่วนที่ 15	โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ
ส่วนที่ 16	โรคซึมเศร้า
ส่วนที่ 17	การบาดเจ็บจากการจราจร
ส่วนที่ 18	การพลัดตก หกล้ม ของผู้สูงอายุ
ส่วนที่ 19	โรคจากกการประกอบอาชีพ
ส่วนที่ 20	พฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตร
ส่วนที่ 21	สิ่งแวดล้อมรอบที่อยู่อาศัย
ส่วนที่ 22	สุขภาพสตรี
ส่วนที่ 23	การวางแผนครอบครัวสตรี

แบบสัมภาษณ์		
การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2562		
Thai Behavioral Risk Factor Surveillance System Questionnaire		
ข้อมูลพื้นฐานของประชากรตัวอย่าง		
ผู้สัมภาษณ์โปรดบันทึกข้อมูลส่วนนี้ทั้งหมดก่อนทำการสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในการประมวลผลและการวิเคราะห์เพื่อหาค่าของประชากร โดยผู้สัมภาษณ์จะหาข้อมูลได้จากเอกสารรายชื่อตัวอย่าง		
REGION	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่.....(1-12)	
CWD	จังหวัด.....	
AREA	เขตการปกครอง	① ในเขตเทศบาล ② นอกเขตเทศบาล
CLUSTER	ลำดับคัสเตอร์ (ใส่เลขลำดับคัสเตอร์ 1- 21 ในเขตเทศบาล และ 22-42 นอกเขตเทศบาล)	
VILLAENAME	ชื่อหมู่บ้านตำบล..... (บันทึกชื่อหมู่บ้านตามเอกสารรายชื่อหน่วยตัวอย่าง)	
AGEGR	กลุ่มอายุ	① อายุ 15 – 39 ปี ② อายุ 40 – 59 ปี ③ อายุ 60 – 79 ปี
SEX	(ห้ามถาม) เพศของผู้รับการสัมภาษณ์จากการสังเกต ① ชาย ② หญิง	
SAMPLE	หน่วยตัวอย่าง	หน่วยตัวอย่างที่สัมภาษณ์ได้มาจาก ① จากรายชื่อหลัก ลำดับที่.....(1- 8) ② จากรายชื่อสำรอง ลำดับที่..... (1- 12) ③ จากตัวอย่างทดแทน (ไม่ต้องระบุลำดับที่)
DATE	วันเดือนปีที่ทำการสัมภาษณ์ วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2562	
INTERV	ชื่อ – สกุล ผู้สัมภาษณ์.....(เขียนตัวบรรจง)	

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ “ข้อคำถามต่อไปนี้ต้องการทราบน้ำหนัก ส่วนสูง ที่ถูกต้อง เพื่อศึกษาภาวะอ้วนในประชากร จึงขอให้ผู้สัมภาษณ์ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและเส้นรอบเอวของท่าน หากท่านไม่ประสงค์ให้มีการวัดโปรดแจ้งให้ผู้สัมภาษณ์ทราบ”

WEIGHT	ชั่งน้ำหนัก 1. ขณะนี้ท่านหนักเท่าใด (คิดจำนวนเต็มเป็นกิโลกรัม)	น้ำหนัก กิโลกรัม ใสทศนิยม 1 ตำแหน่ง <input type="radio"/> ไม่ประสงค์ให้ชั่งน้ำหนัก
HEIGHT	วัดส่วนสูง 2. ขณะนี้ท่านสูงเท่าใด (คิดจำนวนเต็มเป็นเซนติเมตร)	ส่วนสูง เซนติเมตร <input type="radio"/> ไม่ประสงค์ให้วัดส่วนสูง
WAISTM	วัดโดยใช้สายวัดเอว 3. เส้นรอบเอวที่วัดได้เป็นเท่าใด (คิดเป็นเซนติเมตร) ให้มีทศนิยม 1 ตำแหน่ง	เส้นรอบเอว เซนติเมตร <input type="radio"/> ไม่ประสงค์ให้วัดเส้นรอบเอว <i>(การวัดที่ถูกต้อง ให้อยู่แนวระดับกับสะดือ ดูได้จากภาพประกอบ)</i>

ส่วนที่ 0 ข้อมูลทางประชากร

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ “คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของท่าน เช่น วันเดือนปีเกิด อายุ การศึกษา รายได้ ข้อมูลส่วนนี้จะนำไปใช้เพื่ออธิบายลักษณะของตัวอย่างและเปรียบเทียบกับประชากรของประเทศ ข้อมูลดังกล่าวจะถูกปิดเป็นความลับ”

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านคำถามตามแบบสัมภาษณ์

DOB	1. วันเดือนปีเกิดของท่านคือ <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> วันที่ / เดือน / ปี พ.ศ. <i>(หากผู้รับการสัมภาษณ์จำได้ไม่แน่นอน กรุณาซักถามและบันทึก ปี พ.ศ. ที่เกิด เพื่อประเมินอายุ)</i>	
AGE	2. ขณะนี้ท่านอายุเท่าไร <i>(อายุเต็มปีนับจนถึงวันที่เก็บข้อมูลโดยให้ดูตารางเทียบอายุ)</i>	ปี <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> หลักสิบ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> หลักหน่วย
BIRTPROV	3. ท่านเกิดที่จังหวัด <i>(ระบุชื่อจังหวัด)</i>	รหัสจังหวัดตามบัญชีรายชื่อหรือคู่มือสัมภาษณ์ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> หลักสิบ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> หลักหน่วย L ต่างประเทศ N ไม่ตอบ
DURALIVE	4. ท่านอาศัยอยู่ในจังหวัดปัจจุบันเป็นระยะเวลานานกี่ปี _____ ปี _____ เดือน M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ	
RELIGIOU	5. ขณะนี้ท่านนับถือศาสนาอะไร <input type="radio"/> พุทธ <input type="radio"/> คริสต์ <input type="radio"/> อิสลาม <input type="radio"/> อื่น ๆ (ระบุ)..... N ไม่ตอบ	
MARITAL	6. สถานภาพสมรสของท่านในปัจจุบันเป็นอย่างไร <input type="radio"/> โสด <input type="radio"/> อยู่ด้วยกันโดยไม่สมรส <input type="radio"/> สมรส (ทั้งที่จดทะเบียนสมรสและไม่จดทะเบียนสมรส) <input type="radio"/> หย่า/เลิกกัน <input type="radio"/> หม้าย N ไม่ตอบ	
LIT	7. ท่านอ่านออก และ/หรือ เขียนได้หรือไม่ <input type="radio"/> ได้ <input type="radio"/> ไม่ได้ N ไม่ตอบ	
EDUCA	8. ท่านจบการศึกษาสูงสุดระดับใด <input type="radio"/> ไม่ได้รับการศึกษา <input type="radio"/> ต่ำกว่าประถมศึกษา <input type="radio"/> ประถมศึกษา <input type="radio"/> มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="radio"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. <input type="radio"/> ปวส./ปกศ.สูง/อนุปริญญา <input type="radio"/> ปริญญาตรีหรือสูงกว่า <input type="radio"/> อื่น ๆ (ระบุ)..... N ไม่ตอบ	
YEAREDU	9. ท่านได้รับการศึกษาในสถาบันการศึกษาเป็นเวลาทั้งสิ้นกี่ปี (ไม่นับรวมเวลาที่เรียนอนุบาล) จำนวนเต็มปี <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> หลักสิบ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> หลักหน่วย <i>(ไม่ได้รับการศึกษาให้บันทึก 0 ปี)</i> N ไม่ตอบ	
EMPLOY	10. ในปัจจุบันท่านทำงานอยู่หรือไม่ <input type="radio"/> ใช่ (รวมนักเรียน และ นักศึกษา) <input type="radio"/> ไม่ใช่ (ข้ามไปถามข้อ 12)	

STATUSEM	<p>11. อาชีพของท่านในปัจจุบัน ระบุ.....(เลือกเพียงคำตอบเดียว มีคำอธิบายเพิ่มเติมในคู่มือสัมภาษณ์)</p> <ol style="list-style-type: none"> ① ผู้บริหารระดับสูงทั้งรัฐและเอกชน ผู้จัดการต่างๆ ข้าราชการอาวุโส และผู้บัญญัติกฎหมาย ② ผู้ประกอบวิชาชีพด้านต่างๆ นักวิชาการทุกสาขา (แพทย์ วิศวกร ทันตแพทย์ เกษตร พยาบาล บัญชี ครู อาจารย์ เศรษฐศาสตร์ สถาปนิก ฯลฯ) ③ ช่างเทคนิคประกอบอาชีพเกี่ยวกับช่าง (ช่างเทคนิคทางวิศวกรรม, ทางวิทยาศาสตร์, ทางคอมพิวเตอร์, ผู้ช่วยด้านการแพทย์ นายหน้าทางการค้า ตัวแทนขายประกัน ตัวแทนซื้อขายอสังหาริมทรัพย์ ฯลฯ) ④ เสมียน พนักงานสำนักงาน พนักงานพิมพ์ดีด เลขานุการ ⑤ พนักงานบริการหรือผู้จำหน่ายสินค้าในร้านและตลาด ⑥ ผู้ปฏิบัติงานที่มีฝีมือและทักษะ หรือธุรกิจที่เกี่ยวข้อง เช่น การก่อสร้าง ก่ออิฐ งานไม้ โลหะ เฟอร์นิเจอร์ จักรสาน หัตถกรรม ฯลฯ ⑦ ผู้ปฏิบัติงานที่มีฝีมือด้านการเกษตรการประมง เช่น เกษตรกรปลูกพืชไร่ ชาวนา ชาวสวน ชาวไร่ เลี้ยงสัตว์ ชาวประมง เพาะสัตว์เลี้ยง ฯลฯ ⑧ ผู้ควบคุมเครื่องจักรโรงงานหรือเครื่องจักรสำหรับผลิตผลิตภัณฑ์ต่างๆ เช่น เครื่องทอผ้า เครื่องจักรกลโรงงาน ⑨ ผู้ประกอบอาชีพงานพื้นฐาน ผู้ใช้แรงงาน คนงาน รับจ้าง ทำนา ทำสวน กรรมกร รับจ้างเป็นแม่บ้าน ทำความสะอาด/ซักผ้า เวชชายของข้างถนน ส่งข่าวสาร/ขนส่งของ ยามรักษาการณ์ กวาดถนน เก็บขยะฯ ⑩ ทหาร ตำรวจ <p>11. นักเรียน นักศึกษา</p>								
INDINCOM	<p>12. ท่านมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่าใด รวมทั้งท่านหาได้เองและได้รับจากผู้อื่น (จำนวนเต็มบาท)</p> <p>(หลักล้าน) (หลักแสน) (หลักร้อย)</p> <p><input type="text"/><input type="text"/> , <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> , <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>(ให้บันทึก 0 บาท ถ้าไม่มีรายได้)</p> <p>N ไม่ตอบ</p>								
SLFINCOM	<p>13. ท่านมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่าไร</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">① ไม่มีรายได้</td> <td style="width: 50%;">② 1 – 999 บาท</td> </tr> <tr> <td>③ 1,000 – 4,999 บาท</td> <td>④ 5,000 – 9,999 บาท</td> </tr> <tr> <td>⑤ 10,000 – 24,999 บาท</td> <td>⑥ 25,000 – 49,999 บาท</td> </tr> <tr> <td>⑦ ตั้งแต่ 50,000 บาทขึ้นไป</td> <td>N ไม่ตอบ</td> </tr> </table>	① ไม่มีรายได้	② 1 – 999 บาท	③ 1,000 – 4,999 บาท	④ 5,000 – 9,999 บาท	⑤ 10,000 – 24,999 บาท	⑥ 25,000 – 49,999 บาท	⑦ ตั้งแต่ 50,000 บาทขึ้นไป	N ไม่ตอบ
① ไม่มีรายได้	② 1 – 999 บาท								
③ 1,000 – 4,999 บาท	④ 5,000 – 9,999 บาท								
⑤ 10,000 – 24,999 บาท	⑥ 25,000 – 49,999 บาท								
⑦ ตั้งแต่ 50,000 บาทขึ้นไป	N ไม่ตอบ								
POWERBUY	<p>14. โดยปกติแล้วสถานะทางการเงินของท่านในแต่ละเดือนเป็นอย่างไร โปรดอ่านคำตอบ</p> <ol style="list-style-type: none"> ① ไม่พอใช้และต้องกู้หนี้ยืมสินเพื่อการใช้จ่าย ② ต้องใช้จ่ายอย่างประหยัดและอดออม ③ มีเงินใช้จ่ายอย่างเพียงพอโดยไม่ต้องประหยัด ④ มีเงินใช้จ่ายอย่างสบายและมีเงินเหลือเก็บ <p>N ไม่ตอบ</p>								
FAMNC	<p>15. รายได้ของครอบครัวท่านเฉลี่ยต่อเดือน รวมทุกคนที่มีรายได้ในครอบครัวเป็นเท่าใด (จำนวนเต็มบาท)</p> <p>(หลักล้าน) (หลักแสน) (หลักร้อย)</p> <p><input type="text"/><input type="text"/> , <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> , <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>(ให้บันทึก 0 บาท ถ้าไม่มีรายได้)</p> <p>N ไม่ตอบ</p>								

FAMINCOM	16. ครอบครัวท่านมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่าใด ① ไม่มีรายได้ ② ไม่เกิน 999 บาท ③ 1,000 – 4,999 บาท ④ 5,000 – 9,999 บาท ⑤ 10,000 – 24,999 บาท ⑥ 25,000 – 49,999 บาท ⑦ 50,000 – 99,999 บาท ⑧ 100,000 – 499,999 บาท ⑨ ตั้งแต่ 500,000 บาทขึ้นไป N ไม่ตอบ
----------	---

ส่วนที่ 1 การรับรู้สถานะทางสุขภาพ

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ “คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับสถานะสุขภาพโดยทั่วไปของท่าน ให้ท่านประเมินสถานะสุขภาพของท่านเองในเรื่องการรับรู้สภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน”

GENHLTH	1. ขณะนี้ท่านรู้สึกว่าคุณภาพตนเองเป็นอย่างไร โปรดอ่านคำตอบ ① ดีเยี่ยม ② ดีมาก ③ ดี ④ พอใช้ ⑤ สุขภาพไม่ดีหรือไม่แข็งแรง ไม่ต้องอ่านคำตอบ M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ
PSICKDAY	2. ใน 30 วันที่ผ่านมาท่านมี ปัญหาสุขภาพทางกาย เช่น เจ็บไข้ได้ป่วยทางกายหรือได้รับบาดเจ็บทั้งหมดกี่วัน (ถ้าไม่เจ็บไข้ได้ป่วยทางกายหรือไม่ได้รับบาดเจ็บเลยให้บันทึก 0 วัน) วัน ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักสิบ หลักหน่วย M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ
MSICKDAY	3. ใน 30 วันที่ผ่านมา ท่านมี ปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น มีความเครียด ซึมเศร้า หรือมีความขัดแย้งทางจิตใจ ทั้งหมดกี่วัน (ถ้าไม่เจ็บป่วยทางจิตใจเลย ให้บันทึก 0 วัน) วัน ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักสิบ หลักหน่วย M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ
DISABDAY	4. ใน 30 วันที่ผ่านมา ท่าน ไม่สามารถ ทำกิจวัตรประจำวันได้เนื่องจาก การเจ็บป่วยทางกายหรือทางจิตใจ ทั้งหมดกี่วัน (ถ้าสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ทั้ง 30 วัน ให้บันทึก 0 วัน) วัน ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักสิบ หลักหน่วย M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ

ส่วนที่ 2 การเข้าถึงบริการสุขภาพและความพึงพอใจในการรับบริการสุขภาพ

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ “ต่อไปนี้เป็นข้อความเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ ซึ่งระบบประกันสุขภาพคือระบบที่ท่านได้รับการคุ้มครองดูแลค่าใช้จ่ายด้านค่ารักษาพยาบาลเมื่อท่านเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บและไปรับบริการจากโรงพยาบาล หรือศูนย์สุขภาพชุมชนที่ท่านมีสิทธิและเลือกไว้”

HLTHIN	1. ท่านทราบหรือไม่ว่าตนเองมีประกันสุขภาพ(ได้แก่ ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ 30 บาท รักษาทุกโรค สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ สวัสดิการรักษายาบาลของรัฐวิสาหกิจ ประกันสังคม หรือบริษัท ประกันสุขภาพเอกชน) ① ทราบ M ไม่แน่ใจ ② ไม่ทราบ (ข้ามไปถามข้อ 3) N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 3)				
	2. ระบบประกันสุขภาพที่ท่านมีในปัจจุบันคือ (บุคคลหนึ่งๆ จะมีหลักประกันสุขภาพหลัก คือ ประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า, ประกันสังคม, สวัสดิการรักษายาบาล, สวัสดิการรักษายาบาลของรัฐวิสาหกิจ เพียงหนึ่งเท่านั้น แต่อาจมีการประกันสุขภาพอื่นเสริมได้)				
ถามทุกข้อคำถาม		ไม่มี	มี	ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ
		1	2	M	N
HLTINHS	2.1 ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค)	○	○	○	○
HLTINSS	2.2 ประกันสังคม	○	○	○	○
HLTINLOC	2.3 สวัสดิการรัฐประเภทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	○	○	○	○
HLTINPRI	2.4 ประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน	○	○	○	○
HLTINCIV	2.5 สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ	○	○	○	○
HLTINSEN	2.6 สวัสดิการรักษายาบาลของรัฐวิสาหกิจ	○	○	○	○
HLTINMIS	2.7 อื่นๆ (ระบุ).....	○	○	○	○
MONPROB	3. ใน 12 เดือนที่ผ่านมา เมื่อจำเป็นต้องพบแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อรักษาการเจ็บป่วย แต่ท่านไม่ไปเพราะมีปัญหาด้านการเงินและค่าใช้จ่ายหรือไม่ ① ใช่ M ไม่แน่ใจ ② ไม่ใช่ N ไม่ตอบ				
CHECKUP	4. ท่านไปตรวจสุขภาพกับแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยท่านไม่เจ็บป่วยครั้งสุดท้าย เมื่อใด อ่านคำตอบถ้าผู้รับสัมภาษณ์ไม่สามารถตอบได้ ① ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา (0-12 เดือน) ② มากกว่า 1 ปี ถึง 2 ปี ③ มากกว่า 2 ปี ถึง 5 ปี ④ มากกว่า 5 ปี ⑤ ไม่เคยตรวจสุขภาพร่างกายตามปกติ M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ				
TRERTIME	5. ใน 12 เดือนที่ผ่านมาท่านไปพบแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อรักษาการเจ็บป่วยซึ่งไม่รวม กรณีฉุกเฉินกี่ครั้ง (ถ้าไม่เคยรับการรักษาให้บันทึก 0 ครั้ง) ครั้ง ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักสิบ ⑩ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักหน่วย M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ				
EMERTIME	6. ใน 12 เดือนที่ผ่านมาท่านไปพบแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อรักษาการเจ็บป่วยกรณี ฉุกเฉินกี่ครั้ง (ถ้าไม่เคยรับการรักษาให้บันทึก 0 ครั้ง) ครั้ง ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักสิบ ⑩ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักหน่วย M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ				

ADVICARE	7. ใน 12 เดือนที่ผ่านมาเมื่อท่านไปพบแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อรักษาการเจ็บป่วย ท่าน ได้รับคำอธิบายถึงวิธีการดูแลรักษาสุขภาพหรือไม่ (ไม่รวมการอธิบายวิธีใช้ยา) โปรดอ่านคำตอบ ① ไม่เคยไปพบแพทย์ ② ไม่เคยได้รับคำอธิบาย ③ ได้รับคำอธิบายเป็นบางครั้ง ④ ได้รับคำอธิบายทุกครั้ง M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ
SATISERV	8. ใน 12 เดือนที่ผ่านมาเมื่อท่านไปพบแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อรักษาการเจ็บป่วย หรือ บริการสุขภาพอื่นๆ ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับหรือไม่ โปรดอ่านคำตอบ ① ไม่เคยเจ็บป่วยจนต้องไปพบแพทย์ ② ไม่เคยพอใจเลย ③ พอใจบางครั้ง ④ พอใจทุกครั้ง M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ
LASTDENT	9. ท่านได้ไปพบทันตแพทย์ หรือทันตภิบาล เพื่อตรวจสุขภาพฟันที่มีใช้ไปรักษาฟันครั้งสุดท้ายเมื่อใด ① ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา (0-12 เดือน) ② มากกว่า 1 ปี ถึง 2 ปี ③ มากกว่า 2 ปี ถึง 5 ปี ④ มากกว่า 5 ปี ⑤ ไม่เคยพบทันตแพทย์หรือทันตภิบาล M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ
ANALGES	10. ใน 30 วันที่ผ่านมาท่านได้รับประทานยาแก้ปวด ลดไข้ เช่น พาราเซตามอล แอสไพริน ทมใจ ปวดหาย หรือยาประเภทบรูเฟน ซึ่งใช้รักษาโรคปวดเข่า ปวดข้อ กี่ครั้ง (ถ้าไม่เคยรับประทานยาให้บันทึก 0 ครั้ง) ครั้ง ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักร้อย ⑩ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักลีบ ⑩ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักร้อย M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ

ส่วนที่ 3 กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ “คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวหรือการออกแรงโดยใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น ขา แขน ท้อง หลัง น่อง เคลื่อนไหว แล้วทำให้มีการใช้พลังงานเพิ่มมากขึ้นกว่าขณะพัก สังเกตได้จาก หัวใจเต้นแรงขึ้น หายใจเร็วขึ้น เมื่อยกล้ามเนื้อ เหนื่อยหอบ การทำกิจกรรมทางกายนั้น ไม่ได้จำกัดอยู่แต่เพียงการฝึกฝน ออกกำลังกายที่เป็นแบบแผนเท่านั้น หากแต่ยังครอบคลุมถึงกิจกรรมเคลื่อนไหวที่ไม่เป็นแบบเป็นแผนหรือในชีวิตชีวิตด้วย เช่น งานบ้าน, กิจกรรมอาชีพ และกิจกรรมยามว่าง เช่น กิจกรรมนันทนาการ การแข่งขันกีฬา การฝึกฝนออกกำลังกาย”

JOBTYPE	1. งานที่ท่านทำปกติ หรือกิจวัตรประจำวันที่ท่านทำเป็นประจำ มีลักษณะงานหรือมีการออกแรงขนาดไหน ① ใช้แรงอย่างหนัก เช่น งานก่อสร้าง ทำไร่ ทำนา ยกของหนัก มากกว่าวันละ 4 ชั่วโมง ② ใช้แรงอย่างหนัก เช่น งานก่อสร้าง ทำไร่ ทำนา ยกของหนัก น้อยกว่าวันละ 4 ชั่วโมง ③ ใช้แรงปานกลาง เช่น เดินขายของ ทำงานบ้าน ทำครัว ④ นั่งหรือยืน โดยไม่มีการออกแรงหรือมีการออกแรงติดต่อกันน้อยกว่า 10 นาที เช่น งานนั่งโต๊ะ เขียนเอกสาร
---------	--

INACT	<p>2. ใน 30 วันที่ผ่านมา นอกจากงานปกติที่ท่านทำแล้ว ท่านยังทำกิจกรรมทางกายอื่น หรือได้ไปออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรมสันตนาการอื่นๆ เช่น เดินแอโรบิก เดินรำ โยคะ เดินไกล วิ่ง ซ้ำจักรยาน เล่นกอล์ฟ ตีเบด ดีปิงปอง เล่นฟุตบอล ว่ายน้ำ เล่นตะกร้อ เป็นต้น หรือไม่</p> <p>① ได้ทำ M ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อที่ 9)</p> <p>② ไม่ได้ทำ (ข้ามไปถามส่วนที่ 4) N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อที่ 9)</p>
PA1	<p>3. ใน 30 วันที่ผ่านมา ท่านทำกิจกรรมทางกาย อะไรเป็นประจำมากที่สุด _____ (ระบุชื่อกิจกรรม หรือใส่รหัสประเภทกิจกรรมทางกายตามคู่มือการสัมภาษณ์) อื่นๆ โปรดระบุ.....(ที่ยังไม่มีรหัสกิจกรรม)</p> <p>M ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อที่ 9) N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อที่ 9)</p>
PAFREQ1	<p>4. ท่านทำกิจกรรมทางกายเป็นประจำมากที่สุด บ่อยเท่าไร (ระบุความถี่ที่เหมาะสมเพียงข้อเดียว)</p> <p>① _____ ครั้งต่อสัปดาห์</p> <p>② _____ ครั้งต่อเดือน</p> <p>M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>
PADURA1	<p>5. ระยะเวลาในในแต่ละครั้ง ที่ท่านทำกิจกรรมทางกายเป็นประจำมากที่สุด</p> <p>① _____ : _____ ชั่วโมง : นาที</p> <p>M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>
PA2	<p>6. ใน 30 วันที่ผ่านมา ท่านทำกิจกรรมทางกายรองเป็นลำดับที่ 2 คือ</p> <p>① _____ (ระบุชื่อกิจกรรม หรือใส่รหัสประเภทกิจกรรมทางกายตามคู่มือการสัมภาษณ์) อื่นๆ โปรดระบุ.....(ที่ยังไม่มีรหัสกิจกรรม)</p> <p>② ไม่มีกิจกรรมอื่น (ข้ามไปถามข้อ 9)</p> <p>N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 9)</p>
PAFREQ 2	<p>7. ท่านทำกิจกรรมทางกายรองเป็นลำดับที่ 2 บ่อยเท่าไร (ระบุความถี่ที่เหมาะสมเพียงข้อเดียว)</p> <p>① _____ ครั้งต่อสัปดาห์</p> <p>② _____ ครั้งต่อเดือน</p> <p>M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>
PADURA2	<p>8. ระยะเวลาในในแต่ละครั้ง ที่ท่านทำกิจกรรมทางกายรองเป็นลำดับที่ 2</p> <p>① _____ : _____ ชั่วโมง : นาที</p> <p>M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>
MUSSTRE	<p>9. ใน 30 วันที่ผ่านมา ท่านได้ออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เช่น ยกน้ำหนัก ซิกอัพ (sit ups) ดันพื้น หรือวิดพื้น ยกน้ำหนัก โยคะ ยางยืด บ่อยแค่ไหน</p> <p>(เลือกความถี่ เป็น <u> </u> ครั้งต่อสัปดาห์ หรือ <u> </u> ครั้งต่อเดือน เพียงคำตอบเดียว)</p> <p>① ไม่เคยทำ</p> <p>② _____ ครั้งต่อเดือน (เริ่มที่ 1 ครั้งต่อเดือน)</p> <p>③ _____ ครั้งต่อสัปดาห์ (เริ่มที่ 1 ครั้งต่อสัปดาห์)</p> <p>M ไม่แน่ใจ</p> <p>N ไม่ตอบ</p>

ส่วนที่ 4 การกินผักผลไม้

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ “คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับการรับประทานผักผลไม้ แม้ว่าการบอกปริมาณของการรับประทานจะคาดประมาณได้ยาก ขอให้ท่านประมาณปริมาณของการรับประทานให้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยดูรูปภาพปริมาณ 1 หน่วยมาตรฐาน หรือ 1 ถ้วยมาตรฐาน ประกอบ **ไม่รับประทานผักเลย บันทึกจำนวนวันและปริมาณรับประทาน เท่ากับ 0**

VEGETABL	1. โดยปกติท่านกินผักกี่วันต่อสัปดาห์ (ถ้าไม่กินเลยให้บันทึก 0 วัน) (ข้ามไปถามข้อ 3) <div style="text-align: center;"> วัน ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ หลักหน่วย M ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อ 3) N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 3) </div>
VEGETDAY	2. ในแต่ละวันท่านกินผักประเภทต่างๆ กี่หน่วยมาตรฐาน (แสดงภาพประกอบ) (ผัก 1 หน่วยมาตรฐานเท่ากับ สลัด 1 ถ้วย หรือ ผักที่ปรุงแล้ว ½ ถ้วย หรือพีชใบเขียว 1 ถ้วย หรือ มะเขือเทศ แครอท พริกทอง ข้าวโพด กะหล่ำปลี ถั่ว หัวหอมใหญ่ ½ ถ้วย) (ถ้ากินต่ำกว่า 1 หน่วยมาตรฐานให้บันทึก 0 หน่วย) <div style="text-align: center;"> หน่วยมาตรฐาน ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักสิบ ⑩ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักหน่วย </div>
FRUIT	3. โดยปกติท่านกินผลไม้กี่วันต่อสัปดาห์ (ถ้าไม่กินเลยให้บันทึก 0 วัน) (ข้ามไปถามส่วนที่ 5) <div style="text-align: center;"> วัน ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ หลักหน่วย M ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามส่วนที่ 5) N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามส่วนที่ 5) </div>
FRUITDAY	4. ในแต่ละวันท่านกินผลไม้ประเภทต่างๆ กี่หน่วยมาตรฐาน (แสดงภาพประกอบ) (ผลไม้ 1 หน่วยมาตรฐานเท่ากับ มะละกอ แตงโม หรือสับปะรด 6-8 คำ หรือกล้วยน้ำว้า 1 ผล กัวยหอม ขนาดกลาง 1 ผล ส้มเขียวหวาน 1 ผลใหญ่ เงาะ 4 ผล มะม่วง 1 ผล แอปเปิ้ล 1 ผล หรือ ผลไม้บด ผลไม้แปรรูป ½ ถ้วย หรือผลไม้กระป๋อง 1 ถ้วย) (ถ้ากินต่ำกว่า 1 หน่วยมาตรฐานให้บันทึก 0 หน่วย) <div style="text-align: center;"> หน่วยมาตรฐาน ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักสิบ ⑩ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักหน่วย </div>

ส่วนที่ 5 สุขนิสัยการรับประทานอาหาร

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ “คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร หรือแบบแผนการบริโภคที่เป็นปกติของท่าน เกี่ยวกับจำนวนมื้ออาหารต่อวัน หรือแหล่งอาหาร โปรดเลือกคำตอบให้ตรงกับกรปฏิบัติที่เป็นประจำของท่านมากที่สุด

HOWMEAL	1. ส่วนใหญ่ท่านรับประทานอาหาร วันละกี่มื้อ ① ไม่ครบ 3 มื้อต่อวัน ② มากกว่า 3 มื้อต่อวัน ③ ครบ 3 มื้อต่อวัน (ข้ามไปถามข้อ 3) N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 3)									
	2. มื้ออาหารที่ท่านรับประทานเป็นส่วนใหญ่ คือ มื้อใดบ้าง									
	<table border="1"> <tr> <th rowspan="2">ถามทุกข้อคำถาม</th> <th>ไม่ใช่</th> <th>ใช่</th> <th>ไม่แน่ใจ</th> <th>ไม่ตอบ</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>M</th> <th>N</th> </tr> </table>	ถามทุกข้อคำถาม	ไม่ใช่	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ	1	2	M	N
ถามทุกข้อคำถาม	ไม่ใช่		ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ					
	1	2	M	N						
BREAKFAS	2.1 มื้อเช้า	○	○	○	○					
BREAK1	2.2 มื้อว่างตอนเช้า	○	○	○	○					
LUNCH	2.3 มื้อกลางวัน	○	○	○	○					

	ถามทุกข้อคำถาม	ไม่ใช่	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ
		1	2	M	N
BREAK2	2.4 มือว่างตอนบ่าย	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DINNER	2.5 มือเย็น	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NIGHTM	2.6 มือดีก	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FOODEAT	3. แหล่งที่มาของอาหารที่ท่านรับประทานเป็นประจำ เป็นอาหารมาจากแหล่งใด (เลือกเพียง 1 ข้อเดียว) ① ปรง / ประกอบอาหารที่บ้าน ② รถเร่ / เรือเช่าขายอาหาร / หาบเร่ ③ ตลาด / ตลาดนัด (ร้านค้าไม่เคลื่อนย้าย) / แผงลอย / อาหารริมทางตามบาทวิถี ④ ร้านอาหาร / ภัตตาคาร ⑤ โรงอาหาร / ศูนย์อาหาร / cafeteria ⑥ ร้านอาหารสะดวกซื้อ / ร้านสะดวกซื้อ ⑦ ร้านอาหารฟาสต์ฟู้ด ⑧ ซูเปอร์มาร์เก็ตในห้างสรรพสินค้า ⑨ อื่นๆ ระบุ	N ไม่ตอบ			

ส่วนที่ 6 สุขอนามัย

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ คำถามต่อไปนี เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันโรค การได้รับวัคซีนใช้หวัดใหญ่ และการดูแลที่พักอาศัยเพื่อความปลอดภัยและปลอดภัยโรค ขอให้ท่านตอบคำถามต่อไปนี้

1. ภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านปฏิบัติตนเพื่อสุขอนามัยเหล่านี้หรือไม่						
ถามทุกข้อคำถาม		ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ		ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ
			บางครั้ง	ทุกครั้ง		
		1	2	3	M	N
HANDWASH	1.1 ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MIDDLESPO	1.2 ใช้ช้อนกลาง ในการรับประทานอาหารร่วมสำหรับ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
WARMFOOD	1.3 อุ่นอาหารค้ำมือ ให้ร้อน ก่อนรับประทาน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HANDTOLE	1.4 ล้างมือ หลังเข้าห้องน้ำ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MASKUSE	2. ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านใส่หน้ากากอนามัยเมื่อเป็นหวัดหรือไม่ ① ไม่เป็นหวัด ② เป็นหวัด ใส่หน้ากากอนามัยตลอด ③ เป็นหวัด ใส่หน้ากากอนามัยบางเวลา ④ เป็นหวัด ไม่ได้ใส่หน้ากากอนามัย M ไม่แน่ใจ	N ไม่ตอบ				
INFLUVAC	3. ท่านเคยได้รับวัคซีนใช้หวัดใหญ่ ใช่หรือไม่? ① เคยได้รับ M ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อที่ 6)	② ไม่เคยได้รับมาก่อน (ข้ามไปถามข้อที่ 6)		N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อที่ 6)		

INFLUVAC1	4. ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา ท่านได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ หรือไม่? ① ได้รับ M ไม่แน่ใจ ② ไม่ได้รับ N ไม่ตอบ
INFLUVAC3	5. ภายใน 3 ปีที่ผ่านมา ท่านได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ บ่อยเท่าไร ① ได้รับ 3 ครั้ง ภายใน 3 ปี ③ ได้รับ 1 ครั้ง ภายใน 3 ปี M ไม่แน่ใจ ② ได้รับ 2 ครั้ง ภายใน 3 ปี ④ ไม่ได้รับ ภายใน 3 ปีที่ผ่านมา N ไม่ตอบ
DENHOME	6. ภายในบ้าน หรือ บริเวณบ้านของท่าน มีแหล่งน้ำ หรือ มีภาชนะ หรือ มีเศษวัสดุต่างๆ ที่จะเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้หรือไม่ ① มี M ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามส่วนที่ 7) ② ไม่มี (ข้ามไปถามส่วนที่ 7) N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามส่วนที่ 7)
DENMANGE	7. ท่านหรือสมาชิกในบ้านได้จัดการภาชนะ หรือ เศษวัสดุต่างๆ ภายในบ้าน หรือ แหล่งน้ำภายนอกบ้าน เพื่อไม่ให้ เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย บ่อยเท่าไร ① ทุกวัน ③ 1-3 ครั้งต่อเดือน ⑤ ไม่เคยมีจัดการ ② 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ④ เดือนละครั้ง หรือมากกว่า M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ

ส่วนที่ 7 การสูบบุหรี่และการบริโภคยาสูบ

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ “คำถามต่อไปนี้จะเกี่ยวกับการสูบบุหรี่หรือยาสูบชนิดต่าง ๆ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่พบบ่อยในคนไทย รวมทั้งความรู้และความคิดเห็นของท่านต่อการควบคุมการสูบบุหรี่ของประเทศและโปรดระลึกไว้ว่าคำตอบของท่านเป็นความลับ โดยไม่มีการเปิดเผยข้อมูลของท่านเป็นรายบุคคล”

SMOKE100	1. ตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา ท่านเคยสูบบุหรี่ หรือ ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆ (รวมผู้สูบบุหรี่และยาเส้นด้วย) มาแล้วมากกว่า 5 ซองหรือ 100 มวน ใช่หรือไม่ ① ใช่ เคยสูบบุหรี่มากกว่า 100 มวน ② ไม่ใช่ หรือ ไม่เคยสูบบุหรี่เลย (ข้ามไปถามข้อ 9) N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 9)
FIRSTSMK	2. ท่านเริ่มสูบบุหรี่จนหมดมวนครั้งแรกเมื่อท่านอายุเท่าไร ปี ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักสิบ ⑩ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักหน่วย M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ
SMOKENOW	3. ในปัจจุบันนี้ ท่านสูบบุหรี่หรือใช้ยาสูบ ยาเส้นอื่นๆ ทุกวัน สูบเป็นบางวัน หรือไม่สูบเลย ① สูบทุกวัน ③ ปัจจุบันไม่ได้สูบ (ข้ามไปถามข้อ 8) ② สูบบางวัน
TOBACCO	4. ภายใน 30 วันที่ผ่านมา ท่านใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทใด เป็นประจำ (ให้เลือกเพียงข้อเดียว) ① บุหรี่ซิการ์เร็ด ② บุหรี่มวนเอง ③ ยาเส้น ④ ยาเส้นปรุง ⑤ ยาสูบ ⑥ ไปป์ ⑦ ไปป์น้ำ ⑧ บุหรี่ไฟฟ้า ⑨ บารากูไฟฟ้า 10. ชิการ์ 11. บารากู N ไม่ตอบ

5. ท่านเคยใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบอื่นๆ หรือไม่		ไม่เคย	เคย	ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ
ถามทุกข้อคำถาม		0	1	M	N
		ESMOKE	5.1 บุหรี่ไฟฟ้า	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BARAGU	5.2 บาราгуไฟฟ้า (E-Hookah , E-Shicha)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PIPE	5.3 ไปป์	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PIPEWATER	5.4 ไปป์น้ำ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CIGAR	5.5 ซิการ์	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CLOUD	5.6 คลาดร် สโตน Cloud Stone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CUTSMOKE	6. ใน 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านลดการสูบบุหรี่ลง ใช่หรือไม่ ① ใช่ ลดการสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ② ใช่ ลดการสูบบุหรี่ตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล หรือจากคลินิกอดบุหรี่ ③ ใช่ ด้วยวิธีการอื่นๆ (โปรดระบุ) ④ ไม่ใช่ / ไม่ลดการสูบบุหรี่ M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ				
STOPSM1	7. ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านหยุดสูบบุหรี่ได้อย่างน้อย 1 วัน (เต็มวัน) เพราะที่ท่านอยากเลิกสูบบุหรี่ ใช่หรือไม่ ① ใช่ (ข้ามไปถามข้อ 9) ② ไม่ใช่ (ข้ามไปถามข้อ 9) N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 9)				
NOSMOKE	8. ท่านได้ เลิกสูบบุหรี่ มานานเท่าไร ① เลิกได้น้อยกว่า 1 เดือน ② เลิกได้มากกว่า 1 เดือน แต่ไม่เกิน 3 เดือน ③ เลิกได้มากกว่า 3 เดือน แต่ไม่เกิน 6 เดือน ④ เลิกได้มากกว่า 6 เดือน แต่ไม่เกิน 12 เดือน ⑤ เลิกได้มากกว่า 12 เดือน N ไม่ตอบ				
SMPUBLPL	9. ท่านทราบหรือไม่ว่า ปัจจุบันมีกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ หรือ สถานที่ประกาศให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ 100% เช่น ศาสนาสถาน สถานศึกษา สถานที่ท่องเที่ยว สถานพยาบาล สวนสาธารณะ ร้านอาหาร โรงแรม สถานที่ราชการ บ้ายรถเมล์ ① ทราบ ② ไม่ทราบ M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ				
	10. ใน 30 วันที่ผ่านมา ท่านเคยสูบบุหรี่ หรือเคยพบคนสูบบุหรี่ หรือเคยได้รับควันบุหรี่ ในสถานที่สาธารณะ หรือ สถานที่ประกาศให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ 100% เหล่านี้ รวมทั้งในอาคาร บ้านพัก หรือไม่				
ถามทุกข้อคำถาม		ไม่เคย	เคย	ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ
		0	1	M	N
SMTEMPLE	10.1 ศาสนาสถาน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SMSCHOOL	10.2 สถานศึกษา ได้แก่ โรงเรียน วิทยาลัย มหาวิทยาลัย	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SMTOUR	10.3 สถานที่ท่องเที่ยว	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SMHOSCLINI	10.4 สถานพยาบาล	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SMPARK	10.5 สวนสาธารณะ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SMFOODSHO	10.6 ร้านอาหาร	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SMHOTLE	10.7 โรงแรม	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SMGOVOFFI	10.8 สถานที่ราชการ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SMBUSSTOP	10.9 บ้ายรถเมล์	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SMRESIDENT	10.10 ภายในที่พักอาศัย	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

คำถามต่อไปนี้ เป็นการประเมินการตีเครื่องตีแมลงกอสอลในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา								
ASSIST1	7. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านตีเครื่องตีแมลงกอสอลบ่อยเพียงไร ① ไม่เคยตี ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (ข้ามไปถามข้อ 9) ② ตี 1-2 วัน ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ③ ตี 1-3 วันต่อเดือน ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ④ ตี 1-4 วันต่อสัปดาห์ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ⑤ ตี 5-7 วันต่อสัปดาห์ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 9)							
	8. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยรู้สึกเหล่านี้ บ่อยเพียงใด							
ถามทุกข้อคำถาม		ไม่ เคย/ มี	ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เคย / มี				ไม่ แน่ ใจ	ไม่ ตอบ
			1-2 วัน	1-3 วันต่อ เดือน	1-4 วัน ต่อ สัปดาห์	5-7 วัน ต่อ สัปดาห์		
		0	1	2	3	4	M	N
ASSIST2	8.1 เคยรู้สึกอยากตีเครื่องตีแมลงกอสอล อย่างรุนแรง บ่อยเพียงไร	○	○	○	○	○	○	○
ASSIST3	8.2 การตีเครื่องตีแมลงกอสอล ทำให้ท่าน เกิดปัญหาสุขภาพ ครอบครัวยุติ สักคน กฎหมาย หรือการเงิน บ่อยเพียงไร	○	○	○	○	○	○	○
ASSIST4	8.3 ท่านไม่สามารถทำกิจกรรมที่คุณควรจะทำ ได้ตามปกติ เนื่องจากท่านตี เครื่องตีแมลงกอสอล บ่อยเพียงไร	○	○	○	○	○	○	○
ASSIST5	9. เพื่อนฝูง ญาติ หรือคนอื่น เคยแสดงความกังวล หรือตักเตือนท่านเกี่ยวกับการตีของท่าน หรือไม่ ① ไม่เคยเกิดขึ้นเลยในชีวิต ② เคย แต่เกิดขึ้นก่อนหน้า 3 เดือนนี้ ③ เคย และเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ							
ASSIST6	10. ท่านเคยพยายามหรือลดการตีเครื่องตีแมลงกอสอล ให้น้อยลงแต่ทำไม่สำเร็จ หรือไม่ ① ไม่เคยเกิดขึ้นเลยในชีวิต ② เคย แต่เกิดขึ้นก่อนหน้า 3 เดือนนี้ ③ เคย และเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ							

ส่วนที่ 9 คุณภาพชีวิต (เป็นชุดคำถาม ถาม-ตอบทุกข้อ)

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ “คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับความไม่สะดวกสบายในชีวิตประจำวัน ที่มีผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันของท่าน โปรดเลือกคำตอบให้ตรงกับสภาวะสุขภาพของท่านในปัจจุบันมากที่สุด”

QMOVE	<p>1. การเคลื่อนไหวร่างกายของท่านในวันนี้ <i>(โปรดอ่านคำตอบให้เลือกตรงกับสุขภาพมากที่สุดเพียงข้อเดียว)</i></p> <p>① ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการเดิน</p> <p>② ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินเล็กน้อย</p> <p>③ ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินปานกลาง</p> <p>④ ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินอย่างมาก</p> <p>⑤ ข้าพเจ้าเดินไม่ได้</p> <p>M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>
QSEFLF	<p>2. การดูแลตนเองของท่านในวันนี้ <i>(โปรดอ่านคำตอบให้เลือกตรงกับสุขภาพมากที่สุดเพียงข้อเดียว)</i></p> <p>① ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง</p> <p>② ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองเล็กน้อย</p> <p>③ ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองปานกลาง</p> <p>④ ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองอย่างมาก</p> <p>⑤ ข้าพเจ้าอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองไม่ได้</p> <p>M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>
QWORK	<p>3. กิจกรรม / กิจกรรมประจำวันที่ท่านทำเป็นประจำในวันนี้ เช่น การทำงาน, การเรียนหนังสือ, การทำงานบ้าน การทำกิจกรรมในครอบครัว, หรือการทำกิจกรรมยามว่าง <i>(โปรดอ่านคำตอบให้เลือกตรงกับสุขภาพมากที่สุดเพียงข้อเดียว)</i></p> <p>① ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ</p> <p>② ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำเล็กน้อย</p> <p>③ ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำปานกลาง</p> <p>④ ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำอย่างมาก</p> <p>⑤ ข้าพเจ้าทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำไม่ได้</p> <p>M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>
QPAIN	<p>4. ความเจ็บปวด / ความไม่สบายในวันนี้ <i>(โปรดอ่านคำตอบให้เลือกตรงกับสุขภาพมากที่สุดเพียงข้อเดียว)</i></p> <p>① ข้าพเจ้าไม่มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบาย</p> <p>② ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายเล็กน้อย</p> <p>③ ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายปานกลาง</p> <p>④ ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายอย่างมาก</p> <p>⑤ ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายอย่างมากที่สุด</p> <p>M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>
QSTRESS	<p>5. ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้าในวันนี้ <i>(โปรดอ่านคำตอบให้เลือกตรงกับสุขภาพมากที่สุดเพียงข้อเดียว)</i></p> <p>① ข้าพเจ้าไม่รู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้า</p> <p>② ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าเล็กน้อย</p> <p>③ ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าปานกลาง</p> <p>④ ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมาก</p> <p>⑤ ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมากที่สุด</p> <p>M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>

ส่วนที่ 10 ความเครียด (เป็นชุดคำถาม ถาม-ตอบทุกข้อ)

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ “คำถามต่อไปนี้จะเกี่ยวกับ ความเครียดที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดมีหลายอย่าง เช่น รายได้ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน เจ็บป่วย สูญเสียบุคคลที่รัก (คน หรือสัตว์) สิ่งของต่างๆ เป็นต้น ความเครียดมีทั้งประโยชน์และโทษ หากมากเกินไปจะเกิดผลเสียต่อร่างกาย”

1. ในช่วง 2 - 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการ หรือความรู้สึก ดังต่อไปนี้หรือไม่							
ถามทุกข้อคำถาม		แทบไม่มี	เป็น บาง ครั้ง	เป็น บ่อย ครั้ง	เป็น ประจำ	ไม่ แน่ใจ	ไม่ ตอบ
		0	1	2	3	M	N
STRESS1	1.1 มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ หรือนอนมาก	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
STRESS2	1.2 มีสมาธิน้อยลง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
STRESS3	1.3 หงุดหงิด หรือ กระสับกระส่าย หรือ ว้าวุ่นใจ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
STRESS4	1.4 รู้สึกเบื่อ เซ็ง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
STRESS5	1.5 ไม่อยากพบปะผู้คน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ส่วนที่ 11 ไขมันในเลือดสูง (โคเลสเตอรอล)

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ “คำถามต่อไปนี้จะเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของคนไทย คำถามเกี่ยวกับการได้รับการตรวจวัด ไขมันในเลือดและการดูแลตนเองของท่าน ฟังระลึกไว้เสมอว่าคำตอบของท่านจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาที่ท่านได้รับอยู่ในปัจจุบัน”

LASTCHOLES	1. ท่านได้รับการตรวจวัดระดับไขมันเลือดโดยบุคลากรทางด้านสาธารณสุขครั้งสุดท้ายเมื่อใด อ่านคำตอบถ้าผู้รับการสัมภาษณ์ไม่สามารถตอบได้ ① ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา ② มากกว่า 6 เดือน ถึง 1 ปี ③ มากกว่า 1 ปี ถึง 2 ปี ④ มากกว่า 2 ปี ถึง 5 ปี ⑤ มากกว่า 5 ปีขึ้นไป ⑥ ไม่เคยตรวจวัดระดับไขมันในเลือดเลย (ข้ามไปถามส่วนที่ 12) M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามส่วนที่ 12)						
CHOLES	2. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เคยมีแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบอกว่าท่านมีปัญหาเกี่ยวกับระดับไขมันในเลือดสูงผิดปกติใช่หรือไม่ ① ใช่ ② ไม่ใช่ (ข้ามไปถามส่วนที่ 12) M ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามส่วนที่ 12) N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามส่วนที่ 12)						
CHOLESTX	3. ขณะนี้ท่านควบคุมระดับไขมันในเลือดสูงใช่หรือไม่ ① ใช่ ② ไม่ใช่ (ข้ามไปถามส่วนที่ 12) N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามส่วนที่ 12)						
ถามทุกข้อคำถาม		ไม่ใช่	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ		
		1	2	M	N		
การใช้ยารักษา							
CHOLESMED	4.1 กินยาแผนปัจจุบัน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

ถามทุกข้อคำถาม		ไม่ใช่	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ
		1	2	M	N
CHOLESALT	4.2 กินยาแผนไทย – จีน หรือ สมุนไพร	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำแพทย์, บุคลากรทางการแพทย์					
CHOLESDIET	4.3 ควบคุมการกินอาหาร หวานจัด ไขมันสูง เป็นต้น	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CHOLESWG	4.4 ควบคุมน้ำหนักตัว	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CHOLESEXER	4.5 ออกกำลังกายอย่างถูกต้องเหมาะสม	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CHOLESMISC	4.6 รักษาด้วยวิธีการอื่น ๆ (ระบุ).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ส่วนที่ 12 ความดันโลหิตสูง

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ “คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่สำคัญ คือ ความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยของประเทศไทย ข้อคำถามเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรค การรักษา และการดูแลตนเองของท่าน พึงระลึกไว้เสมอว่าคำตอบของท่านจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาที่ท่านได้รับอยู่ในปัจจุบัน”

LASTBP	1. ท่านได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ครั้งสุดท้ายเมื่อใด อ่านคำตอบถ้าผู้รับการสัมภาษณ์ไม่สามารถตอบได้ ① ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา ② มากกว่า 6 เดือน ถึง 1 ปี ③ มากกว่า 1 ปี ถึง 2 ปี ④ มากกว่า 2 ปี ถึง 5 ปี ⑤ มากกว่า 5 ปีขึ้นไป ⑥ ไม่เคยวัดความดันโลหิตเลย (ข้ามไปถามส่วนที่ 13) M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามส่วนที่ 13)				
BPHIGH	2. เคยมี แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (แต่ไม่รวม อสม.) บอกว่าท่านมีความดันโลหิตสูง หรือเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ ① เป็น ② ไม่เป็น (ข้ามไปถามส่วนที่ 13) M ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามส่วนที่ 13) N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามส่วนที่ 13)				
AGEBPHIG	3. ท่านทราบว่าตนเองเป็นความดันโลหิตสูง ตั้งแต่อายุเท่าไร (หน่วยเป็นปี) ปี ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักสิบ ⑩ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักหน่วย M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ				
HTCURE	4. ปัจจุบันท่านรับประทานยาจากแพทย์เพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง ใช่หรือไม่ ① ใช่ ② ไม่ใช่				
HTCARE	5. ปัจจุบันนี้ท่านดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ด้วยวิธีใด				
ถามทุกข้อคำถาม		ไม่ใช่	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ
		1	2	M	N
การใช้ยารักษา					
HTPILL	5.1 กินยาควบคุมระดับความดันโลหิตตามการรักษาของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HTALT	5.2 กินยาแผนไทย – จีน หรือ สมุนไพร	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำแพทย์,บุคลากรทางการแพทย์					
HCON	5.3 ควบคุมการกินอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ของทอด	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HTDIET	5.4 ลดอาหารเค็มหรือลดการกินเกลือ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HTWEI	5.5 ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่เกณฑ์ปกติ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HTEXE	5.6 ออกกำลังกายอย่างถูกต้องเหมาะสมตามคำแนะนำ จากบุคลากรทางการแพทย์	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HTSTR	5.7 ผ่อนคลายความเครียดที่ทำให้ท่านมีความสุข/ สบายใจแต่ไม่ใช่โดยการดื่มเหล้า	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HTTOBACCO	6. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่ ① สูบ ② ไม่สูบ (ข้ามไปถามข้อ 8)			N	ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 8)
HTSMO	7. ท่านได้ลด ละ เลิกบุหรี่หรือไม่ ① ใช่ ② ไม่ใช่			N	ไม่ตอบ
HTDRINKER	8. ปัจจุบันท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ ① ดื่ม ② ไม่ดื่ม (ข้ามไปถามข้อ 10)			N	ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 10)
HTALCOH	9. ท่านได้ลด ละ เลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ ① ใช่ ② ไม่ใช่			N	ไม่ตอบ
FREQBP	10. ปัจจุบันท่านตรวจวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง หรือโดยบุคลากรทางการแพทย์ หรืออาสาสมัครสาธารณสุข บ่อยแค่ไหน (อ่านคำตอบถ้าผู้รับการสัมภาษณ์ไม่สามารถตอบได้) ① อย่างน้อยวันละครั้ง ② อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง ③ อย่างน้อยเดือนละครั้ง ④ 2 ถึง 3 เดือนครั้ง ⑤ 4 ถึง 6 เดือนครั้ง ⑥ 7 ถึง 12 เดือนครั้ง ⑦ มากกว่า 1 ปีต่อครั้ง M ไม่แน่ใจ				N ไม่ตอบ
FRECARBP	11. ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้ไปพบแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อดูแลรักษาความดันโลหิต สูงกี่ครั้ง ครั้ง ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ถ้าไม่เคยได้ไปพบแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเลย ให้บันทึก 0 ครั้ง มีสาเหตุเพราะ..... M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ				
HRENEX	12. ใน 12 เดือนที่ผ่านมาท่านได้รับการตรวจเลือดจากแพทย์ เพื่อหาความผิดปกติจากการทำงานของไตและ ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงกี่ครั้ง ครั้ง ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ถ้าไม่เคยตรวจเลยให้บันทึก 0 ครั้ง มีสาเหตุเพราะ..... M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ				

BLDSUGAR	7. เกี่ยวกับความถี่ของการตรวจเลือดหาระดับน้ำตาลด้วยตนเองหรือบุคคลในครอบครัวท่านทำให้ บ่อยเท่าไร ให้เลือกตอบเพียง 1 ข้อ ที่ตรงกับคำตอบของผู้รับสารสัมพันธ์ ①ครั้งต่อวัน ②ครั้งต่อสัปดาห์ ③ครั้งต่อเดือน ④ครั้งต่อปี ⑤ ไม่เคย M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ
FRECARDI	8. ใน 12 เดือนที่ผ่านมาท่านได้พบแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อดูแลรักษาโรคเบาหวาน กี่ครั้ง ครั้ง ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักสิบ ⑩ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักหน่วย ** ถ้าไม่ได้พบแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เลยให้บันทึก 0 ครั้ง มีสาเหตุเพราะ..... M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ
FEETCHK	9. ใน 12 เดือนที่ผ่านมา แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตรวจเท้าดูรอยแผลหรืออาการระคาย เคืองที่เท้ากี่ครั้ง ครั้ง ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักสิบ ⑩ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักหน่วย ** ถ้าไม่ได้พบแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เลยให้บันทึก 0 ครั้ง มีสาเหตุเพราะ..... M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ
RENALCHK	10. ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับการตรวจเลือดจากแพทย์เพื่อหาความผิดปกติจากการทำงานของไตและ ภาวะแทรกซ้อนของไตจากโรคเบาหวานบ่อยแค่ไหน ① ตรวจเดือนละครั้ง ② 2-3 เดือนครั้ง ③ 4-6 เดือนครั้ง ④ 7-12 เดือนครั้ง ⑤ มากกว่า 1 ปีครั้ง ⑥ ไม่เคยตรวจ M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ
EYEEEXAM	11. แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจดวงตาของท่าน (ซึ่งมีการใช้ยาหยอดตาเพื่อขยายม่าน ตาและท่านจะมีอาการตาพร่ามัวหลังการตรวจ) ครั้งสุดท้ายเมื่อใด ① ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา ② มากกว่า 2 เดือน ถึง 1 ปี ③ มากกว่า 1 ปี ถึง 2 ปี ④ มากกว่า 2 ปี ⑤ ไม่เคยตรวจ M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ

ส่วนที่ 14 โรคเรื้อรัง

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ “ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่พบได้ในคนไทย เป็นข้อความเกี่ยวกับสถานะสุขภาพ
จากโรคเรื้อรังที่ท่านอาจเป็นอยู่และพึงระลึกไว้เสมอว่า คำตอบของท่านจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาที่ท่านได้รับอยู่ในปัจจุบัน”

	1. เคยมีแพทย์วินิจฉัยว่าท่านเป็นโรคเหล่านี้หรือไม่				
	ถามทุกข้อคำถาม	ไม่เป็น	เป็น	ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ
		1	2	M	N
STROKE	1.1 โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือหลอดเลือดสมอง	○	○	○	○

ถามทุกข้อความ		ไม่เป็น	เป็น	ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ
		1	2	M	N
CHD	1.2 โรคหัวใจขาดเลือด (เส้นเลือดไปเลี้ยงหัวใจแข็ง/ตีบ/ตัน)	○	○	○	○
COPD	1.3 โรคถุงลมโป่งพอง หรือหลอดลมอักเสบเรื้อรัง	○	○	○	○
ANEMIA	1.4 โรคโลหิตจาง โรคเลือดจาง หรือโรคซีด	○	○	○	○
CRF	1.5 โรคไตวายเรื้อรัง	○	○	○	○
DEPRESS	1.6 โรคซึมเศร้า	○	○	○	○
CIRRHOSIS	1.7 โรคตับแข็ง	○	○	○	○
ALCOLSM	1.8 โรคพิษสุราเรื้อรัง	○	○	○	○
CHF	1.9 โรคหัวใจล้มเหลว	○	○	○	○
OSTEO	1.10 โรคกระดูกพรุน	○	○	○	○
ARTHRI	1.11 โรคข้อเสื่อม หรือรูมาตอยด์	○	○	○	○
CANCER	2. เคยมีแพทย์วินิจฉัยว่าท่านเป็นโรคมะเร็งหรือไม่ ① เป็น ② ไม่เป็น N ไม่ตอบ				
ASTHMA	3. เคยมี แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบอกว่าท่านเป็นโรคหอบหืดหรือไม่ ① เป็น ② ไม่เป็น (ข้ามไปถามข้อ 5) N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 5)				
ASTHCUR	4. ในปัจจุบันท่านยังเป็นโรคหอบหืดหรือไม่ ① ใช่ ② ไม่ใช่ N ไม่ตอบ				
TB	5. เคยมี แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบอกว่าท่านเป็นวัณโรคหรือไม่ ① เป็น ② ไม่เป็น (ข้ามไปถามส่วนที่ 15) N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามส่วนที่ 15)				
TBCUP	6. ในปัจจุบันท่านยังเป็นวัณโรคหรือไม่ ① ใช่ ② ไม่ใช่ N ไม่ตอบ				

ส่วนที่ 15 โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ “ปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นหลังประสบสถานการณ์วิกฤติ บางคนอาจได้รับผลกระทบโดยตรงหรือรุนแรงและไม่สามารถจัดการหรือปรับตัวกับความสูญเสียได้ ก็อาจเกิดภาวะเจ็บป่วยทางจิตใจ เป็นโรคจิตตามมาทั้งระยะสั้นและระยะยาว คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับประสบการณ์ที่ท่านได้พบ/ได้เห็น หรือได้ประสบด้วยตนเองในชีวิตที่ผ่านมา หากท่านเคยประสบเหตุการณ์ที่ท่านรู้สึกสะเทือนใจอย่างรุนแรงหรือเหตุการณ์อันตรายถึงขั้นเกือบเสียชีวิต โปรดระบุช่วงเวลาที่ท่านประสบอาการ และผลกระทบที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน”

POSTEXPE	1. คุณเคยมีประสบการณ์ พบเห็น ได้เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์สะเทือนใจอย่างรุนแรงหรือเหตุการณ์อันตรายถึงขั้นเกือบเสียชีวิตหรือไม่ ① เคย ระบุเหตุการณ์และช่วงเวลาที่ประสบ ② ไม่เคย (ข้ามไปถามส่วนที่ 16) M ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามส่วนที่ 16) N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามส่วนที่ 16)
	2. ต่อไปนี้เป็นเหตุการณ์และช่วงเวลาที่ท่านได้ประสบพบเห็นได้เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์สะเทือนใจอย่างรุนแรงหรือ เหตุการณ์อันตรายถึงขั้นเกือบชีวิต (ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านคำถาม)

ถามทุกข้อคำถาม		ช่วงเวลา ที่ท่านประสบ						
		ไม่เคย ประสบ	น้อย กว่า 1 เดือน	1-3 เดือน	4-6 เดือน	มากกว่า 6 เดือน	ไม่ แน่ใจ	ไม่ ตอบ
		0	1	2	3	4	M	N
PTSACC	2.1 อุบัติเหตุรุนแรง	○	○	○	○	○	○	○
PTSASS	2.1 การถูกทำร้ายร่างกายจิตใจหรือทารุณกรรมทางเพศ	○	○	○	○	○	○	○
PTSDISP	2.3 เหตุการณ์ความไม่สงบ	○	○	○	○	○	○	○
PTSHOST	2.4 การถูกจับเป็นตัวประกัน	○	○	○	○	○	○	○
PTSKIDNAP	2.5 การถูกลักพาตัว	○	○	○	○	○	○	○
PTSFIRE	2.6 อัคคีภัย	○	○	○	○	○	○	○
PTSBODY	2.7 การพบศพผู้เสียชีวิต	○	○	○	○	○	○	○
PTSACTUE	2.8 การเสียชีวิตอย่างกะทันหันของบุคคลใกล้ชิด	○	○	○	○	○	○	○
PTSWAR	2.9 ภัยสงคราม	○	○	○	○	○	○	○
PTSDISAS	2.10 ภัยธรรมชาติ	○	○	○	○	○	○	○
PTSEVENT	3. ในปัจจุบัน เหตุการณ์ดังกล่าวส่งผลให้เกิดอาการ เช่น พยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้คิดถึงเหตุการณ์ รู้สึกตื่นตัว ระวังระวังตลอดเวลา หรือหวนระลึกถึง หรือฝันถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำๆ หรือไม่ ① ใช่ M ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามส่วนที่ 16) ② ไม่ใช่ (ข้ามไปถามส่วนที่ 16) N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามส่วนที่ 16)							
PTSAFFECT	4. ในปัจจุบัน อาการที่เกิดส่งผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การดูแลตัวเอง การทำงาน หรือความสัมพันธ์กับคนอื่นหรือไม่ ① ใช่ M ไม่แน่ใจ ② ไม่ใช่ N ไม่ตอบ							

ส่วนที่ 16 โรคซึมเศร้า (เป็นชุดคำถาม ถาม-ตอบทุกข้อ)

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ “โรคซึมเศร้า เป็นโรคที่พบได้บ่อยมากและสามารถเกิดขึ้นกับทุกคน เป็นภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับข้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด ไร้ค่า ต่ำหนีดตัวเอง พบว่าอาการเหล่านี้เกิดขึ้นและเป็นอยู่ยาวนาน ไม่มีที่ท่าจะดีขึ้น จนมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ความคิด จิตใจอารมณ์ และสังคมอย่างชัดเจน คำถามต่อไปนี้เป็นการประเมินภาวะซึมเศร้า ที่เป็นอาการของท่านในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ขอให้ท่านตอบคำถามเหล่านี้ให้ครบทุกข้อ”

		1. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้ บ่อยแค่ไหน						
ถามทุกข้อคำถาม		ไม่มี เลย	เป็น บางวัน (1-7 วัน)	เป็นบ่อย (มากกว่า 7 วัน)	เป็นทุกวัน (มากกว่า 14 วัน)	ไม่ แน่ใจ	ไม่ ตอบ	
		0	1	2	3	M	N	
DEPRESS1	1.1 เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	○	○	○	○	○	○	
DEPRESS2	1.2 ไม่สนใจ ซึมเศร้า ห่อแท้	○	○	○	○	○	○	
DEPRESS3	1.3 หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไป	○	○	○	○	○	○	

ถามทุกข้อความ		ไม่มี เลย	เป็น บางวัน (1-7 วัน)	เป็นบ่อย (มากกว่า 7 วัน)	เป็นทุกวัน (มากกว่า 14 วัน)	ไม่ แน่ใจ	ไม่ ตอบ
		0	1	2	3	M	N
DEPRESS4	1.4 เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง	○	○	○	○	○	○
DEPRESS5	1.5 เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป	○	○	○	○	○	○
DEPRESS6	1.6 รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่า ตนเองล้มเหลว หรือ ทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	○	○	○	○	○	○
DEPRESS7	1.7 สมาธิไม่ดี เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	○	○	○	○	○	○
DEPRESS8	1.8 พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำ จนคนอื่น สังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	○	○	○	○	○	○
DEPRESS9	1.9 คิดร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	○	○	○	○	○	○

ส่วนที่ 17 การบาดเจ็บจากการจราจร

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ “คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับการป้องกันการบาดเจ็บจากการใช้ยานยนต์ของท่าน พฤติกรรมดังกล่าว มีผลต่อการลดอันตรายจากการบาดเจ็บบนท้องถนนในกรณีที่ท่านไม่ได้ขับขี่ยานยนต์กรุณาตอบว่าท่านไม่เคยขับขี่ในช่วงเวลานั้น ซึ่งเป็นคำตอบที่แตกต่างกับคำตอบว่าไม่เคยหรือไม่ใช่”

SLEEPNESSM	1. ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีอาการหลับในขณะที่ขับรถจักรยานยนต์ หรือไม่ (อาการหลับในขณะที่เกิดขึ้นในระยะสั้น ๆ ไม่เกิน 10 วินาที โดยผู้ขับขี่ไม่รู้สึกรู้สึกตัวและบังคับตัวเองไม่ได้ชั่วขณะ) ① ไม่เคยขับขี่รถจักรยานยนต์เลยใน 12 เดือนที่ผ่านมา ② ไม่เคยมีอาการหลับในขณะที่ ③ เคยมีอาการหลับในขณะที่ M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ
HELMET	2. ใน 12 เดือนที่ผ่านมา เมื่อขับขี่รถจักรยานยนต์ท่านสวมหมวกนิรภัยบ่อยแค่ไหน โปรดอ่านคำตอบ ① ไม่เคยขับขี่รถจักรยานยนต์เลยใน 12 เดือนที่ผ่านมา ② ไม่เคยสวมเลย ③ นานๆครั้ง ④ บางครั้ง ⑤ เกือบทุกครั้ง ⑥ ทุกครั้ง M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ
HELMETPA	3. ใน 12 เดือนที่ผ่านมา เมื่อซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ท่านสวมหมวกนิรภัยบ่อยแค่ไหน โปรดอ่านคำตอบ ① ไม่เคยซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์เลยใน 12 เดือนที่ผ่านมา ② ไม่เคยสวมเลย ③ นานๆครั้ง ④ บางครั้ง ⑤ เกือบทุกครั้ง ⑥ ทุกครั้ง M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ

SLEEPNESSC	<p>4. ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีอาการหลับในขณะที่ขับรถยนต์ หรือไม่ (อาการหลับในขณะที่ขับที่ เกิดขึ้น ในระยะสั้นๆ ไม่เกิน 10 วินาที โดยผู้ขับที่ไม่รู้สึกตัวและบังคับตัวเองไม่ได้ชั่วขณะ)</p> <p>① ไม่เคยขับรถยนต์เลยใน 12 เดือนที่ผ่านมา</p> <p>② ไม่เคยมีอาการหลับในขณะที่ขับรถยนต์</p> <p>③ เคยมีอาการหลับในขณะที่ขับรถยนต์</p> <p>M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>
SEATBELT	<p>5. ใน 12 เดือนที่ผ่านมา เมื่อขับรถยนต์ท่านคาดเข็มขัดนิรภัยบ่อยแค่ไหน</p> <p>โปรดอ่านคำตอบ</p> <p>① ไม่เคยขับรถยนต์เลยใน 12 เดือนที่ผ่านมา</p> <p>② ไม่เคยคาดเลย ③ นานๆครั้ง ④ บางครั้ง</p> <p>⑤ เกือบทุกครั้ง ⑥ ทุกครั้ง</p> <p>M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>
SEATBEPA	<p>6. ใน 12 เดือนที่ผ่านมา เมื่อนั่งข้างคนขับรถยนต์ท่านคาดเข็มขัดนิรภัยบ่อยแค่ไหน</p> <p>โปรดอ่านคำตอบ</p> <p>① ไม่เคยนั่งข้างคนขับรถยนต์เลยใน 12 เดือนที่ผ่านมา</p> <p>② ไม่เคยคาดเลย ③ นานๆครั้ง ④ บางครั้ง</p> <p>⑤ เกือบทุกครั้ง ⑥ ทุกครั้ง</p> <p>M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>
DRINKMOT	<p>7. ใน 30 วันที่ผ่านมา ภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์แล้ว ท่านได้ขับที่ รถจักรยานยนต์ ไซหรือไม</p> <p>① ไม่ได้ขับที่รถจักรยานยนต์เลยใน 30 วันที่ผ่านมา</p> <p>② ไซ ③ ไม่ไซ / ไม่ดื่ม</p> <p>M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>
DRINKCAR	<p>8. ใน 30 วันที่ผ่านมา ภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์แล้ว ท่านได้ขับรถยนต์ ไซหรือไม</p> <p>① ไม่ได้ขับรถยนต์ใน 30 วันที่ผ่านมา</p> <p>② ไซ ③ ไม่ไซ / ไม่ดื่ม</p> <p>M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>
MOTDRUN	<p>9. ใน 30 วันที่ผ่านมา ท่านเคยซื้อทำยารถจักรยานยนต์ที่คนขับเพิ่งดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือมีอาการ มึนเมาสุราหรือไม่</p> <p>โปรดอ่านคำตอบ</p> <p>① ไม่เคยซื้อทำยารถจักรยานยนต์เลยใน 30 วันที่ผ่านมา</p> <p>② ไม่เคยซื้อทำยคนขับที่เพิ่งดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือมีอาการมึนเมาสุรา</p> <p>③ เคยซื้อทำยคนขับที่เพิ่งดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือมีอาการมึนเมาสุรา</p> <p>M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>

CARDRUN	10. ใน 30 วันที่ผ่านมา ท่านเคยนั่งรถยนต์หรือรถโดยสารที่คนขับเพิ่งเติมน้ำมันเครื่องดิมที่มีแอลกอฮอล์ หรือมีอาการ มีน้ำมันเผาสุราหรือไม่ โปรดอ่านคำตอบ ① ไม่เคยนั่งรถยนต์หรือรถโดยสารเลยใน 30 วันที่ผ่านมา ② ไม่เคยนั่งรถที่คนขับเพิ่งเติมน้ำมันเครื่องดิมที่มีแอลกอฮอล์หรือมีอาการมีน้ำมันเผาสุรา ③ เคยนั่งรถที่คนขับเพิ่งเติมน้ำมันเครื่องดิมที่มีแอลกอฮอล์หรือมีอาการมีน้ำมันเผาสุรา M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ
---------	--

ส่วนที่ 18 การปลดตก หกล้ม ของผู้สูงอายุ (ถามผู้มีอายุ 45 ปี ขึ้นไปทั้งชายและหญิง ถ้าอายุต่ำกว่าข้ามไปส่วนที่ 19)

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ “คำถามต่อไปนี้จะเกี่ยวกับการประเมินการเกิดปลดตก หกล้ม ในผู้สูงอายุ โดยไม่ตั้งใจ หมายถึง การปลดตกลงมาสู่พื้นที่มีระดับต่ำกว่า หรือมีการเสียทรงตัว สั่นไถล หกล้มลง การปลดตก หกล้ม พบได้บ่อยและเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงรุนแรงจนต้องไปพบแพทย์”

FALLACT	1. ใน 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีการปลดตกลงมาสู่พื้นที่มีระดับต่ำกว่า หรือมีการเสียทรงตัว สั่นไถล หกล้มลง กี่ครั้ง ① เคย ครั้ง ② ไม่เคย (ข้ามไปถามส่วนที่ 19) N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามส่วนที่ 19)
FALLNUM	2. การปลดตก หกล้ม นั้น มีจำนวนกี่ครั้ง ที่ท่านได้รับบาดเจ็บไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างน้อย 1 วัน หรือต้องไปพบแพทย์รักษาการบาดเจ็บ ① บาดเจ็บ.....ครั้ง ② ไม่มีการบาดเจ็บ M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ

ส่วนที่ 19 โรคจากการประกอบอาชีพ .

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ คำถามต่อไปนี้จะเกี่ยวข้องกับผู้ประกอบอาชีพ หรือผู้ทำงานหารายได้ ได้แก่ การได้รับการตรวจประเมินสุขภาพ หรือการมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงาน รวมทั้งสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ที่อาจส่งผลต่อสุขภาพของท่าน ขอให้ท่านให้ข้อมูลตามจริง

OCCYES	1. ท่านเป็นผู้ประกอบอาชีพหรือมีการทำงานเพื่อหารายได้ ใช่หรือไม่? ① ใช่ ② ไม่ใช่ (ข้ามไปถามส่วนที่ 20)				
OCCCHECK	2. ใน 1 ปีที่ผ่านมา ท่านได้รับการตรวจสุขภาพหรือไม่ ① ได้ตรวจ ② ไม่ได้ตรวจ (ข้ามไปถามข้อ 4) M ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อ 4) N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 4)				
	3. การตรวจสุขภาพต่างๆ ที่ท่านได้รับ คือ				
		ไม่ใช่	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ
	ถามทุกข้อคำถาม	1	2	M	N
OCCHEALTH	3.1 การตรวจสุขภาพประจำปี หรือตรวจร่างกายทั่วไป	○	○	○	○
OCCVISION	3.2 การตรวจสมรรถภาพการมองเห็น (สายตาทางอาชีพรวมถึง)	○	○	○	○
OCCLUNG	3.3 การตรวจสมรรถภาพปอด เช่น วัดความจุปอด หรือการทำ หน้าที่ของปอด	○	○	○	○

ถามทุกข้อคำถาม		ไม่ใช่	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ
		1	2	M	N
OCCXRAY	3.4 การตรวจเอ็กซเรย์ ปอดฟิล์มใหญ่	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OCCHEARING	3.5 การตรวจสมรรถภาพการได้ยิน (ตรวจหู ทางอาชีพอนามัย)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OCCAGRIC	3.6 การตรวจคัดกรองเพื่อหาความเสี่ยงจากสารกำจัดศัตรูพืช	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OCCCHEME	3.7 การตรวจสารเคมีในร่างกาย เช่น ตะกั่ว แคดเมียม สารปรอท สารแปรรูปของสารทำลายอินทรีย์ เป็นต้น	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MUSSELE	4. ใน 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีอาการปวดเมื่อยจากการประกอบอาชีพ ที่มีอาการปวดเมื่อยรุนแรงมาก พักแล้วไม่หาย หรือ มีอาการปวดมากจนไม่สามารถทำงานได้ หรือ ต้องรับประทานยาแก้ปวดอาการจึงทุเลา ① มี M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ ② ไม่มี (ข้ามไปถามข้อ 7) N ไม่ตอบ				
5. ท่านมีอาการปวดเมื่อยที่รุนแรงมาก เป็นที่อวัยวะใดหรือบริเวณใดของร่างกาย โปรดระบุ					
ถามทุกข้อคำถาม		ไม่เป็น	เป็น	ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ
		1	2	M	N
NECK	5.1 คอ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SHOULDER	5.2 ไหล่	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
UPBACK	5.3 หลังส่วนบน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LOWBACK	5.4 หลังส่วนล่าง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
UPARM	5.5 แขนส่วนบน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ELBOW	5.6 ข้อศอก	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FOREARM	5.7 แขนส่วนล่าง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
WRIST	5.8 มือ / ข้อมือ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIGH	5.9 สะโพก / ต้นขา	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
KNEE	5.10 หัวเข่า	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CALF	5.11 น่อง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FOOT	5.12 เท้า	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ท่านคิดว่าลักษณะงานที่เป็นสาเหตุของการปวดเมื่อยกระดูกและกล้ามเนื้อที่รุนแรงนั้น					
ถามทุกข้อคำถาม		ไม่ใช่	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ
		1	2	M	N
POSTURE	6.1 ท่าทางก้มบิด เอี้ยวลำตัว และหลัง, ยกมือและแขนสูงเหนือไหล่บ่อย ๆ เข็มมือเกินระยะสุดแขน เป็นต้น	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
JOBREPEAT	6.2 ทำงานติดต่อกันในท่าเดิมซ้ำๆ นานเกิน 1-2 ชม.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OVERLOAD	6.3 ยกของหนักเกิน 25 กิโลกรัม หรือ 20 กิโลกรัม มากกว่า 10 ครั้งใน 1 วัน (ด้วยตัวคนเดียว)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	7. สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ในปัจจุบันของท่าน เป็นอย่างไร				
ถามทุกข้อคำถาม		ไม่ใช่	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ
		1	2	M	N
WKLIGHT	7.1 มีแสงสว่างไม่เหมาะสม ทำให้มีอาการเมื่อยล้าดวงตา / แสบตา / น้ำตาไหล / ปวดศีรษะ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
WKNOISE	7.2 มีเสียงดัง ทำให้รู้สึกหูอื้อ หรือมีเสียงดังในหู หลังจากการทำงาน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
WKAIR	7.3 มีการหมุนเวียนของอากาศในพื้นที่ทำงานทำให้รู้สึกอึดอัด/หายใจไม่สะดวก/เวียนศีรษะ/หน้ามืด/แน่นหน้าอก	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ส่วนที่ 20 พฤติกรรมการใช้สารเคมีทางกลีกรรม

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ คำถามต่อไปนี้ เกี่ยวข้องกับผู้ประกอบอาชีพเพาะปลูกพืช เช่น ทำนา ทำไร่ หรือทำสวน ซึ่งเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สารเคมี ในการทำการเพาะปลูก อาจมีผลต่อสุขภาพของท่าน ขอให้ท่านตอบตามความจริง

AGIRCLUT	1. ท่านเป็นผู้ประกอบอาชีพเกษตรกร หรือ รับจ้าง ทำการเพาะปลูกพืช ใช่หรือไม่? ① ใช่ ② ไม่ใช่ (ข้ามไปถามส่วนที่ 21) N ไม่ตอบ(ข้ามไปถามส่วนที่ 21)					
AGRICLUTYPE	2. ปัจจุบันท่านทำการเพาะปลูกหลัก คือประเภทใด ① ทำนา เช่น นาข้าว นาบัว นาแห้ว ② ทำไร่ เช่น ไร่ข้าวโพด มันสำปะหลัง อ้อย ดอกไม้ เป็นต้น ③ ทำสวน เช่น ยางพารา ปาล์ม ผลไม้ เป็นต้น ④ อื่นๆ โปรดระบุ.....					
AGRICUL6MO	3. ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านใช้สารเคมีในการเพาะปลูกหรือไม่ ① ใช่ ② ไม่ใช่ (ข้ามไปถามส่วนที่ 21) N ไม่ตอบ(ข้ามไปถามส่วนที่ 21)					
	4. ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีการใช้สารเคมี กำจัดศัตรูพืช ในการเพาะปลูกอย่างไร					
ถามทุกข้อคำถาม		ไม่ใช่	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ	
		1	2	M	N	
CHEMEMIXER	4.1 เป็นผู้ผสมสารเคมี	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
CHEMESPRAY	4.2 เป็นผู้ฉีดพ่นเอง หรือ รับจ้างฉีดพ่น	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
CHEMEKEEPER	4.3 เป็นผู้เก็บเกี่ยว มัด กำ ห่อ บรรจุ หรือ มีการสัมผัสผักผลไม้ที่มีการฉีดพ่น หรืออยู่ในบริเวณที่มีการฉีดพ่นยา	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5. ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีพฤติกรรมการใช้สารเคมีการเกษตร เหล่านี้ ใช่หรือไม่						
ถามทุกข้อคำถาม		ไม่ใช่	ใช่		ไม่	ไม่
			บางครั้ง	ทุกครั้ง		
		1	2	3	M	N
AGUSER	5.1 ท่านใช้สารเคมีกำจัดแมลงในการทำงาน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AGSPARY	5.2 ท่านใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชในการฉีดพ่น	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AGPOT	5.3 ท่านใช้ถังบรรจุสารเคมีที่รั่วซึม หรือปิดไม่สนิท มีการรั่วในการฉีดพ่น	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ถามทุกข้อคำถาม		ไม่ใช่	ใช่		ไม่ แน่ใจ	ไม่ ตอบ
			บางครั้ง	ทุกครั้ง		
		1	2	3	M	N
AGCONTAMI	5.4 ท่านได้รับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในขณะที่ทำงาน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AGCLOTH	5.5 ขณะทำงาน ท่านพบว่าสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เปื้อกชุ่มเสื้อผ้าของท่าน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AGSMOKE	5.6 ขณะทำงานท่านสูบบุหรี่ / ยาเส้น	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AGEAT	5.7 ท่านรับประทานอาหาร / ดื่มน้ำในบริเวณที่ทำงาน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AGALCOHOL	5.8 ท่านดื่มเหล้า / เบียร์ / เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ขณะทำงานหรือบริเวณที่ทำงาน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา เมื่อใช้สารเคมีเกษตร ท่านมีการปฏิบัติตนขณะทำงาน เหล่านี้ใช่หรือไม่						
ถามทุกข้อคำถาม		ไม่ใช่	ใช่		ไม่ แน่ใจ	ไม่ ตอบ
			ทำ บางครั้ง	ทำทุก ครั้ง		
		1	2	3	M	N
AGREAD	6.1 ก่อนการใช้สารเคมี ท่านอ่านฉลากที่ภาชนะบรรจุ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AGGLOVE	6.2 ขณะทำงานกับสารเคมี ท่านสวมถุงมือยาง ป้องกัน สารเคมี	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AGBOOT	6.3 ท่านสวมใส่รองเท้าบูท หรือรองเท้าที่ปิดมิดชิดกัน สารเคมี	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AGWASH	6.4 ท่านล้างมือทุกครั้ง ก่อนรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AGCHANGE	6.5 หลังเลิก การพ่นท่านเปลี่ยนเสื้อผ้าที่เป็นสารเคมี ทันที ณ จุดทำงาน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AGBATH	6.6 เมื่อเสื้อผ้าเปื้อกชุ่มสารเคมี ท่านอาบน้ำ ทำความ สะอาดร่างกาย หลังเลิกงานทันที ณ บริเวณที่ทำงาน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AGSYMPTON	7. ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการผิดปกติ หลังจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช หรือไม่ ① มี M ไม่แน่ใจ ② ไม่มี (ข้ามไปถามส่วนที่ 21) N ไม่ตอบ					
8. ท่านเคยมีอาการผิดปกติ หลังการหลังจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช อะไรบ้าง (ให้ผู้รับการสัมภาษณ์ บอกอาการที่ผิดปกติ และผู้สัมภาษณ์เลือกกลุ่มอาการ ไม่ควรถามนำ / บอกอาการนำ)						
ถามทุกข้อคำถาม		ไม่มี	มี	ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ	
		1	2			M
GROUP1	8.1 มีกลุ่มอาการเหล่านี้ ไอ แสบจมูก เจ็บคอ คอแห้ง หายใจขัด เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ คันผิวหนัง ผิวแห้ง/แตก ผื่นคัน ตุ่มพอง ปวดแสบร้อน ตาแดง/แสบตา คันตา ซา อ่อนเพลีย เหงื่อแตก น้ำตาไหล น้ำลายไหล น้ำมูกไหล	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

	ถามทุกข้อคำถาม	ไม่มี	มี	ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ
		1	2	M	N
GROUP2	8.2 มีกลุ่มอาการเหล่านี้ หนึ่งตากระตุก ตาพร่ามัว เจ็บหน้าอก / แน่นหน้าอก คลื่นไส้ / อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย กล้ามเนื้ออ่อนล้า เป็นตะคริว มือสั่น เดินเซเซ	○	○	○	○
GROUP3	8.3 มีกลุ่มอาการเหล่านี้ ลมชัก หมดสติ ไม่รู้สึกตัว	○	○	○	○

ส่วนที่ 21 สิ่งแวดล้อมรอบที่อยู่อาศัย

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ คำถามต่อไปนี้ เกี่ยวข้องสิ่งแวดล้อมรอบที่อยู่อาศัยของท่าน ที่ท่านอาจประสบได้

ต่อไปนี้เป็นสิ่งแวดล้อมที่ท่านอาศัยอยู่ในปัจจุบัน หรือรอบที่พักอาศัย ในรัศมี 1 กิโลเมตร ใช่หรือไม่					
ถามทุกข้อคำถาม		ไม่ใช่	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ
		1	2	M	N
ENBURN	1.1 ภายในบ้านที่อยู่อาศัย มีควัน หรือฝุ่นจากการเผาถ่าน ก่อไฟ ใช้ไม้ฟืน หรือถ่านในการหุงต้มอาหาร	○	○	○	○
ENSMOKE	1.2 มีก๊าซหรือฝุ่นละออง เช่น การเผาพืชผลทางเกษตร ไฟป่า การจราจร (ควันหรือก๊าซจากยานยนต์) โรงไฟฟ้าชีวมวล โรงไฟฟ้าถ่านหิน โรงโมหิน การขีดหิน โรงสีข้าว	○	○	○	○
ENINDUS	1.3 มีโรงงานอุตสาหกรรม มีเหมืองแร่ ปอขยะ ที่มีโลหะหนัก	○	○	○	○
ENCHEMECAL	1.4 มีสารเคมี จากโรงงานอุตสาหกรรม หรือจากการเกษตร	○	○	○	○

ส่วนที่ 22 สุขภาพสตรี (ถามเฉพาะผู้หญิง สำหรับผู้ชายให้จบการสัมภาษณ์ไปที่คำขอบคุณ)

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ “คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับการตรวจเต้านม การตรวจหามะเร็งปากมดลูก และการวางแผน

ครอบครัว ซึ่งมีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของสตรี”

SELFBREK	1. ท่านทราบวิธีการตรวจคลำเต้านมด้วยตนเองหรือไม่ ① ทราบ ② ไม่ทราบ N ไม่ตอบ
BRFRQEXA	2. ใน 30 วันที่ผ่านมาท่านตรวจคลำเต้านมด้วยตนเองเพื่อหาก้อนผิดปกติบ่อยเพียงใด ① ทุกวัน ② อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ③ อย่างน้อยเดือนละครั้ง ④ ไม่เคยตรวจ N ไม่ตอบ
LSTBREEX	3. ท่านเคยได้รับการตรวจคลำเต้านม โดย แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อหาก้อนผิดปกติครั้งสุดท้ายเมื่อใด อ่านคำตอบถ้าผู้รับการสัมภาษณ์ไม่สามารถตอบได้ ① ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา (0-1 ปี) ② มากกว่า 1 ปี ถึง 2 ปี ③ มากกว่า 2 ปี ถึง 3 ปี ④ มากกว่า 3 ปี ถึง 5 ปี ⑤ มากกว่า 5 ปี ⑥ ไม่เคยตรวจ M ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ
MANMODO	4. ท่านเคยได้รับการตรวจเอกซเรย์แมมโมแกรม เพื่อค้นหาก้อนผิดปกติที่เต้านมหรือไม่ ① เคย ② ไม่เคย (ข้ามไปถามข้อ 6) N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 6)

		3. ใน 12 เดือนที่ผ่านมาท่านได้คุมกำเนิดหรือวางแผนครอบครัวโดยวิธีใด (กรุณาถามถึงการเสียค่าบริการด้วย)				
ถามทุกข้อคำถาม		ใช่		ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ
		ไม่เสียค่าบริการ	เสียค่าบริการ			
		1	2	3	M	N
CONDOM	3.1 ถุงยางอนามัยชาย	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ORALPILL	3.2 ยาเม็ดคุมกำเนิด	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
INJECTCO	3.3 ยาฉีดคุมกำเนิด	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IUD	3.4 ใส่ห่วงอนามัย	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IMPRINT	3.5 ยาฝังคุมกำเนิด	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VASECTO	3.6 ทำหมันชาย	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TUBEC	3.7 ทำหมันหญิง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FPMIS	3.8 อื่น ๆ (ระบุ).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FAMIMETHO	4. ท่านได้รับบริการวางแผนครอบครัวหรือคุมกำเนิดโดย (ใช้) วิธีใดนานที่สุด (เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ)					
	① ถุงยางอนามัย ③ ยาฉีดคุมกำเนิด ⑤ ยาฝังคุมกำเนิด ⑦ ทำหมันหญิง	② ยาเม็ดคุมกำเนิด ④ ใส่ห่วงอนามัย ⑥ ทำหมันชาย N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 5)				
FAMIPLACE	5. ท่านไปรับบริการวางแผนครอบครัวหรือคุมกำเนิด สถานบริการใด เป็นประจำหรือบ่อยที่สุด (เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ)					
	① โรงพยาบาลของรัฐบาล ③ หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ⑤ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ⑦ สถานที่อื่นๆ (โปรดระบุ).....	② โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชน ④ โรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิกเอกชน ⑥ ร้านขายยา N ไม่ตอบ				
FAMIPROB	6. ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาการใช้บริการการวางแผนครอบครัวจาก สถานพยาบาลของรัฐหรือไม่					
	อ่านคำตอบถ้าผู้รับการสัมภาษณ์ไม่สามารถตอบได้ ① ไม่มีปัญหาในการใช้บริการ ② มีปัญหาสถานบริการคิดราคา/อุปกรณ์/บริการแพงไม่สามารถเบิกได้ ③ มีปัญหาสถานบริการไม่มีวิธีคุมกำเนิดที่ต้องการ ④ มีปัญหาสถานบริการไม่ได้รับคำแนะนำถึงวิธีการวางแผนครอบครัว ⑤ มีปัญหาการเข้าถึงสถานบริการ เช่น เดินทางลำบาก หรือไม่รู้จักสถานบริการ N ไม่ตอบ					

คำขอบคุณ

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านคำขอบคุณ “จบคำถามทั้งหมดแล้วครับ/ค่ะ คำตอบทั้งหมดจะนำไปรวบรวมเพื่อใช้เป็นข้อมูลสถานะสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพของประชาชนทั่วประเทศ ขอขอบคุณมากที่ท่านได้สละเวลาและให้ความร่วมมือในการตอบคำถามเหล่านี้”