



แบบสัมภาษณ์

การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ 2558

Thai Behavioral Risk Factor Surveillance System Questionnaire 2015

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลการสำรวจ สำหรับผู้สัมภาษณ์อ่านคำถามให้ผู้รับการสัมภาษณ์ตอบเองหรืออ่านคำตอบให้เลือกตอบ เครื่องมือวัดจะมีความเที่ยงตรงสูง ผู้สัมภาษณ์ไม่ควรถามคำถามของตนเอง **ข้อปฏิบัติในการสัมภาษณ์**

1. ผู้สัมภาษณ์ต้องผ่านการอบรมเพื่อทำความเข้าใจแบบสัมภาษณ์และการใช้คู่มือประกอบการสัมภาษณ์
2. แบบสัมภาษณ์แต่ละส่วนมีการแนะนำการสัมภาษณ์เพื่อทำความเข้าใจถูกต้องตรงกันระหว่างผู้สัมภาษณ์กับผู้รับการสัมภาษณ์ จึงให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความหลังข้อความ **ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ** ทุกครั้ง
3. ผู้สัมภาษณ์ถามคำถามเรียงลำดับตามที่ Application Program บนเครื่อง Tablet กำหนดไว้ให้ถามทุกข้อ
4. **โปรดอ่านคำตอบ** หรือ **อ่านคำตอบถ้าผู้รับการสัมภาษณ์ไม่สามารถตอบได้** ถูกกำหนดไว้ เพื่อช่วยให้ผู้รับการสัมภาษณ์เลือกคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด
5. คำตอบ **ไม่รู้/ไม่แน่ใจ** และ **ไม่ตอบ** ถูกกำหนดขึ้นเพื่อให้สิทธิผู้รับการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์ จึงไม่ต้องอ่านข้อความดังกล่าว แต่ควรสอบถามหรือประเมินว่าเป็นสิ่งที่ผู้รับการสัมภาษณ์ต้องการตอบ

องค์ประกอบแบบสัมภาษณ์

ส่วนที่ 0	ข้อมูลทางประชากร
ส่วนที่ 1	การรับรู้สถานะสุขภาพ
ส่วนที่ 2	การเข้าถึงบริการสุขภาพและความพึงพอใจในการรับบริการสุขภาพ
ส่วนที่ 3	กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย
ส่วนที่ 4	การกินผักผลไม้
ส่วนที่ 5	การสูบบุหรี่และการบริโภคยาสูบ
ส่วนที่ 6	การดื่มสุรา
ส่วนที่ 7	คุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 8	ไขมันในเลือดสูง
ส่วนที่ 9	ภาวะความดันโลหิตสูง
ส่วนที่ 10	โรคเบาหวาน
ส่วนที่ 11	โรคเรื้อรัง
ส่วนที่ 12	การบาดเจ็บ
ส่วนที่ 13	โรคกระดูกและกล้ามเนื้อจากการประกอบอาชีพ
ส่วนที่ 14	สุขภาพสตรี

คำแนะนำตัวก่อนทำการสัมภาษณ์

สวัสดีครับ/ค่ะ ผม/ดิฉันเป็นตัวแทนจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค.....ขณะนี้ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ โดยสัมภาษณ์ผู้ที่มีอายุ 15 ถึง 79 ปี ท่านเป็นผู้หนึ่งที่ได้รับการคัดเลือกเพื่อตอบข้อคำถามเหล่านี้ ท่านมั่นใจได้ว่าคำตอบของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและไม่ถูกเปิดเผยแก่หน่วยงานรัฐและหน่วยงานเอกชนใดๆทั้งสิ้น การรายงานผลเป็นการรายงานโดยรวมของทุกคน การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ท่านไม่จำเป็นต้องตอบคำถามทุกข้อหากไม่ต้องการตอบ ท่านสามารถปฏิเสธการตอบคำถามนั้นได้ ซึ่งการปฏิเสธเข้าร่วมการสำรวจครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพที่ท่านได้รับ หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการสำรวจครั้งนี้ ท่านสามารถสอบถามได้จากพนักงานสัมภาษณ์ หรือ ที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต หรือที่สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 02-590-3962-64 โดยสอบถามสถานที่ติดต่อจากผู้ทำการสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์

การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2558

Thai Behavioral Risk Factor Surveillance System 2015

ส่วนที่ 0 ข้อมูลพื้นฐานของประชากรตัวอย่าง ผู้สัมภาษณ์โปรดบันทึกข้อมูลส่วนนี้ทั้งหมดก่อนทำการสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในการประมวลผลและการวิเคราะห์เพื่อหาค่าของประชากร โดยผู้สัมภาษณ์จะหาข้อมูลได้จากเอกสารรายชื่อตัวอย่าง		
REGION	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่.....(1-12)	
CWD	จังหวัด.....(ใส่ชื่อจังหวัด)	
AREA	เขตการปกครอง	① ในเขตเทศบาล ② นอกเขตเทศบาล
CLUSTER	ลำดับคัสเตอร์ (ใส่เลขลำดับคัสเตอร์ 1-20)	
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	ตัวอย่าง	ตัวอย่างที่สัมภาษณ์ได้มาจาก ① จากรายชื่อหลัก ลำดับที่.....(1-8) ② จากรายชื่อสำรอง ลำดับที่.....(1-12) ③ อื่นๆ (ตัวอย่างทดแทน)
NAME	ชื่อ – สกุล ผู้รับการสัมภาษณ์.....	
ADDR	บ้านเลขที่.....หมู่.....บ้าน..... ตำบล/แขวง.....	
TELP	หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ (กรณีไม่ยินยอมให้บันทึก 00)	
BEGINT	เวลาที่เริ่มการสัมภาษณ์	เวลา..... นาฬิกา :นาทีก (ให้บันทึกเวลาในระบบ 24 ชั่วโมง)
DATE	วันเดือนปีที่ทำการสัมภาษณ์ วันที่.....เดือน.....2558	
INTERV	ชื่อ – สกุล ผู้สัมภาษณ์.....(เขียนตัวจริง)	

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ “ข้อคำถามต่อไปนี้ต้องการทราบน้ำหนัก ส่วนสูง ที่ถูกต้อง เพื่อศึกษาภาวะอ้วนในประชากร จึงขอให้ผู้สัมภาษณ์ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและเส้นรอบเอวของท่าน หากท่านไม่ประสงค์ให้มีการวัดโปรดแจ้งให้ผู้สัมภาษณ์ทราบ”

WEIGHT	ชั่งน้ำหนัก 1. ขณะนี้ท่านหนักเท่าใด (คิดจำนวนเต็มเป็นกิโลกรัม)	น้ำหนัก.....ก.ก. <input type="radio"/> ไม่ประสงค์ให้ชั่งน้ำหนัก
HEIGHT	วัดส่วนสูง 2. ขณะนี้ท่านสูงเท่าใด (คิดจำนวนเต็มเป็นเซนติเมตร)	ส่วนสูง..... ซม. <input type="radio"/> ไม่ประสงค์ให้วัดส่วนสูง
WAISTM	วัดโดยใช้สายวัดเอว 3. เส้นรอบเอวที่วัดได้เป็นเท่าใด (คิดเป็นเซนติเมตร) ให้มีเทคนิค 1 ตำแหน่ง	เส้นรอบเอว..... ซม. (การวัดที่ถูกต้องดูได้จากภาพประกอบ) <input type="radio"/> ไม่ประสงค์ให้วัดเส้นรอบเอว

ส่วนที่ 0 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ “คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของท่าน เช่น วันเดือนปีเกิด อายุ การศึกษา รายได้ ข้อมูลส่วนนี้จะนำไปใช้เพื่ออธิบายลักษณะของตัวอย่างและเปรียบเทียบกับประชากรของประเทศ ข้อมูลดังกล่าวจะถูกปิดเป็นความลับ”

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านคำถามตามแบบสัมภาษณ์

DOB	1. วันเดือนปีเกิดของท่านคือ <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> วันที่/เดือน/ปีพ.ศ. M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ	
AGE	2. ขณะนี้ท่านอายุเท่าไร (อายุเต็มปีนับจนถึงวันที่เก็บข้อมูลโดยให้ดูตารางเทียบอายุ)	ปี ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักสิบ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักหน่วย M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ
BIRTHPROV	3. ท่านเกิดที่จังหวัด (ระบุชื่อจังหวัด)	รหัสจังหวัดตามบัญชีรายชื่อหรือคู่มือสัมภาษณ์ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักสิบ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักหน่วย L ต่างประเทศ M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ
DURATIVE	4. ท่านอาศัยอยู่ในจังหวัดปัจจุบันเป็นระยะเวลานานกี่ปี (น้อยกว่า 1 ปีให้ลงเป็น 1 ปี) <input type="text"/> ปี <input type="text"/> เดือน M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ	
RELIGIOU	5. ขณะนี้ท่านนับถือศาสนาอะไร ① พุทธ ② คริสต์ ③ อิสลาม ④ อื่น ๆ (ระบุ)..... N ไม่ตอบ	
MARITAL	6. สถานภาพสมรสของท่านในปัจจุบันเป็นอย่างไร ① โสด ② อยู่ด้วยกันโดยไม่สมรส ③ สมรส (ทั้งที่จดทะเบียนสมรสและไม่จดทะเบียนสมรส) ④ หย่า/เลิกกัน ⑤ หม้าย N ไม่ตอบ	
LIT	7. ท่านอ่านออก และ/หรือ เขียนได้หรือไม่ ① ได้ ② ไม่ได้ M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ	
EDUCA	8. ท่านจบการศึกษาสูงสุดระดับใด ① ไม่ได้รับการศึกษา ② ต่ำกว่าประถมศึกษา ③ ประถมศึกษา ④ มัธยมศึกษาตอนต้น ⑤ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ⑥ ปวส./ปทศ./สูง/อนุปริญญา ⑦ ปริญญาตรีหรือสูงกว่า M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ ⑧ อื่น ๆ (ระบุ)..... N ไม่ตอบ	
YEAREDU	9. ท่านได้รับการศึกษาในสถาบันการศึกษาเป็นเวลาทั้งสิ้นกี่ปี (ไม่นับรวมเวลาที่เรียนอนุบาล) (ไม่ได้รับการศึกษาให้บันทึก 00) จำนวนเต็มปี ① ② ③ หลักสิบ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักหน่วย M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ	

FAMNC	<p>15. รายได้ของครอบครัวท่านเฉลี่ยต่อเดือน <i>รวมทุกคนที่มีรายได้ในครอบครัวเป็นเท่าใด</i> (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"/> (ให้บันทึก 0 หน้าช่องตัวเลขแรกที่เป็นคำตอบ)</p> <p>M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>
FAMINCOM	<p>16. ครอบครัวท่านมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่าใด</p> <p>① ไม่มีรายได้ ② ไม่เกิน 999 บาท ③ 1,000 – 4,999 บาท</p> <p>④ 5,000 – 9,999 บาท ⑤ 10,000 – 24,999 บาท ⑥ 25,000 – 49,999 บาท</p> <p>⑦ 50,000 – 99,999 บาท ⑧ 100,000 – 499,999 บาท</p> <p>⑨ ตั้งแต่ 500,000 บาทขึ้นไป M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>

ส่วนที่ 1 การรับรู้สถานะทางสุขภาพ

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ “คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับสถานะสุขภาพโดยทั่วไปของท่าน ให้ท่านประเมินสถานะสุขภาพของท่านเองในเรื่องการรับรู้สภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน”

GENHLTH	<p>1. ขณะนี้ท่านรู้สึกว่าคุณภาพตนเองเป็นอย่างไร <i>โปรดอ่านคำตอบ</i></p> <p>① ดีเยี่ยม ② ดีมาก ③ ดี</p> <p>④ พอใช้ ⑤ สุขภาพไม่ดีหรือไม่แข็งแรง</p> <p>ไม่ต้องอ่านคำตอบ</p> <p>M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>
PSICKDAY	<p>2. ใน 30 วันที่ผ่านมาท่านมีปัญหาด้านสุขภาพทางกาย เช่น เจ็บไข้ได้ป่วยทางกายหรือได้รับบาดเจ็บทั้งหมดกี่วัน (ถ้าไม่เจ็บไข้ได้ป่วยทางกายหรือไม่ได้รับบาดเจ็บเลยให้บันทึก 00 วัน)</p> <p>วัน ① ② ③ หลักสิบ</p> <p> ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักหน่วย</p> <p>M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>
MSICKDAY	<p>3. ใน 30 วันที่ผ่านมาท่านมีปัญหาด้านจิตใจ เช่น มีความเครียด ซึมเศร้า หรือมีความขัดแย้งทางจิตใจ ทั้งหมดกี่วัน (ถ้าไม่เจ็บป่วยทางจิตใจเลยให้บันทึก 00 วัน)</p> <p>วัน ① ② ③ หลักสิบ</p> <p> ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักหน่วย</p> <p>M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>
DISABDAY	<p>4. ใน 30 วันที่ผ่านมาท่านไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เนื่องจาก การเจ็บป่วยทางกายหรือทางจิตใจ ทั้งหมดกี่วัน (ถ้าสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ทั้ง 30 วัน ให้บันทึก 00 วัน)</p> <p>วัน ① ② ③ หลักสิบ</p> <p> ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักหน่วย</p> <p>M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>

ส่วนที่ 2 การเข้าถึงบริการสุขภาพและความพึงพอใจในการรับบริการสุขภาพ

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ “ต่อไปนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ ซึ่งระบบประกันสุขภาพคือระบบที่ท่าน

ได้รับการคุ้มครองดูแลค่าใช้จ่ายด้านค่ารักษาพยาบาลเมื่อท่านเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บและไปใช้บริการจากโรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีนอมนายที่ท่านมีสิทธิและเลือกไว้”

HLTHIN	1. ท่านทราบหรือไม่ว่าตนเองมีประกันสุขภาพ(ได้แก่ ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ 30 บาท รักษาทุกโรค สวัสดิการรักษายาของข้าราชการ สวัสดิการรักษายาของรัฐวิสาหกิจ ประกันสังคม หรือบริษัท ประกันสุขภาพเอกชน) ① ทราบ M ไม่แน่ใจ ② ไม่ทราบ (ข้ามไปถามข้อ 3) N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 3)										
	2. ระบบประกันสุขภาพที่ท่านมีในปัจจุบันคือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ บุคคลหนึ่งอาจมีการประกันสุขภาพ มากกว่า 1 ระบบ)										
ถามทุกข้อคำถาม											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">มี</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">ไม่มี</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">ไม่รู้/ ไม่แน่ใจ</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">ไม่ตอบ</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">N</td> </tr> </table>			มี	ไม่มี	ไม่รู้/ ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ		1	2	M	N
	มี	ไม่มี	ไม่รู้/ ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ							
	1	2	M	N							
HLTINHS	2.1 ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค)										
HLTINSS	2.2 ประกันสังคม										
HLTINPRI	2.3 ประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน										
HLTINCIV	2.4 สวัสดิการรักษายาของข้าราชการ										
HLTINSEN	2.5 สวัสดิการรักษายาของวิสาหกิจ										
HLTINMIS	2.6 อื่นๆ (ระบุ).....										
MONEPROB	3. ใน 12 เดือนที่ผ่านมา เมื่อจำเป็นต้องพบแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อรักษาการเจ็บป่วย แต่ท่านไม่ไปเพราะมีปัญหาด้านการเงินและค่าใช้จ่ายใช่หรือไม่ ① ใช่ M ไม่รู้/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 ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ										

TRERTIME	<p>5. ใน 12 เดือนที่ผ่านมาท่านไปพบแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อรักษาการเจ็บป่วยซึ่งไม่รวมกรณีฉุกเฉินกี่ครั้ง</p> <p>ครั้ง ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักสิบ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักหน่วย (ถ้าไม่เคยรับการรักษาให้บันทึก 00 ครั้ง)</p> <p>M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>
EMERTIME	<p>6. ใน 12 เดือนที่ผ่านมาท่านไปพบแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อรักษาการเจ็บป่วยกรณีฉุกเฉินกี่ครั้ง</p> <p>ครั้ง ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักสิบ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักหน่วย (ถ้าไม่เคยรับการรักษาให้บันทึก 00 ครั้ง)</p> <p>M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>
ADVICARE	<p>7. ใน 12 เดือนที่ผ่านมาเมื่อท่านไปพบแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อรักษาการเจ็บป่วย ท่านได้รับคำอธิบายถึงวิธีการดูแลรักษาสุขภาพหรือไม่ (ไม่รวมการอธิบายวิธีใช้ยา)</p> <p>โปรดอ่านคำตอบ</p> <p>① ไม่เคยไปพบแพทย์ ② ไม่เคยได้รับคำอธิบาย ③ ได้รับคำอธิบายเป็นบางครั้ง ④ ได้รับคำอธิบายทุกครั้ง</p> <p>M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>
SATISERV	<p>8. ใน 12 เดือนที่ผ่านมาเมื่อท่านไปพบแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อรักษาการเจ็บป่วย หรือบริการสุขภาพอื่นๆ ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับหรือไม่</p> <p>โปรดอ่านคำตอบ</p> <p>① ไม่เคยเจ็บป่วยจนต้องไปพบแพทย์ ② ไม่เคยพอใจเลย ③ พอใจบางครั้ง ④ พอใจทุกครั้ง</p> <p>M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>
LASTDENT	<p>9. ท่านได้ไปพบทันตแพทย์ หรือทันตภิบาล เพื่อตรวจสุขภาพฟันที่มีไข้ไปรักษาฟันครั้งสุดท้ายเมื่อใด</p> <p>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</p> <p>M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>
ANALGES	<p>10. ใน 30 วันที่ผ่านมาท่านได้รับประทานยาแก้ปวด ลดไข้ เช่น พาราเซตามอล แอสไพริน ทัมใจ ปวดหาย หรือยาประเภทบรูเฟน ซึ่งใช้รักษาโรคปวดเข่า ปวดข้อ กี่ครั้ง (ถ้าไม่เคยรับประทานยาให้บันทึก 0 ครั้ง)</p> <p>ครั้ง ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักร้อย ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักสิบ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักหน่วย</p> <p>M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>

ส่วนที่ 3 กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ “คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย หมายถึง การใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ๆ ในร่างกายเช่น ขา แขน ท้อง หลัง น่อง เคลื่อนไหว แล้วทำให้มีการใช้พลังงานเพิ่มมากขึ้นกว่าขณะพัก สังเกตได้จากหัวใจเต้นแรงขึ้น หายใจเร็วขึ้น เมื่อยกล้ามเนื้อ เหนื่อยหอบ การทำกิจกรรมทางกายนั้น ไม่ได้จำกัดอยู่แต่เพียงการฝึกฝนออกกำลังกายที่เป็นแบบแผนเท่านั้น หากแต่ยังครอบคลุมถึงกิจกรรมเคลื่อนไหวที่ไม่เป็นแบบเป็นแผนหรือในวิถีชีวิตด้วยเช่น งานบ้าน, กิจกรรมอาชีพ และกิจกรรมยามว่าง เช่น กิจกรรมนันทนาการ การแข่งขันกีฬา การฝึกฝนออกกำลังกาย”

<p>INACT</p>	<p>1. ใน 30 วันที่ผ่านมา จากงานที่ท่านทำเป็นปกติแล้ว ท่านทำกิจกรรมทางกายต่างๆ เช่น ทำความสะอาดบ้าน เดินแอโรบิก เดินรำ โยคะ เดินไกล วิ่ง ขี่จักรยาน เล่นกอล์ฟ ตีเบต เล่นฟุตบอล เป็นต้น หรือไม่</p> <p>① ได้ทำ M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อที่ 8)</p> <p>② ไม่ได้ทำ (ข้ามไปถามส่วนที่ 4) N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อที่ 8)</p>
<p>PA1</p>	<p>2. ใน 30 วันที่ผ่านมา ท่านทำกิจกรรมทางกาย อะไรเป็นประจำมากที่สุด __ (ใส่รหัสประเภทกิจกรรมทางกาย) อื่นๆ โปรดระบุ.....(ที่ยังไม่มีรหัสกิจกรรม)</p> <p>M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อที่ 8) N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อที่ 8)</p>
<p>PAFREQ1</p>	<p>3. ท่านทำกิจกรรมทางกายเป็นประจำมากที่สุด บ่อยเท่าไร (เลือกความบ่อยที่เหมาะสมเพียงข้อเดียว)</p> <p>① __ ครั้งต่อสัปดาห์ ② __ ครั้งต่อเดือน</p> <p>M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>
<p>PADURA1</p>	<p>4. ระยะเวลาในในแต่ละครั้ง ที่ท่านทำกิจกรรมทางกายเป็นประจำมากที่สุด</p> <p>① _:_ _ ชั่วโมง : นาที</p> <p>M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>
<p>PA2</p>	<p>5. ใน 30 วันที่ผ่านมา ท่านทำกิจกรรมทางกายรองเป็นลำดับที่ 2 คือ</p> <p>① __ (ใส่รหัสประเภทกิจกรรมทางกาย) อื่นๆ โปรดระบุ.....(ที่ยังไม่มีรหัสกิจกรรม)</p> <p>② ไม่มีกิจกรรมอื่น (ข้ามไปถามข้อ 8)</p> <p>M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อ 8) N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 8)</p>
<p>PAFREQ 2</p>	<p>6. ท่านทำกิจกรรมทางกายรองเป็นลำดับที่ 2 ทำบ่อยเท่าไร (เลือกความบ่อยที่เหมาะสมเพียงข้อเดียว)</p> <p>① __ ครั้งต่อสัปดาห์ ② __ ครั้งต่อเดือน</p> <p>M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>
<p>PADURA2</p>	<p>7. ระยะเวลาในในแต่ละครั้ง ที่ท่านทำกิจกรรมทางกายรองเป็นลำดับที่ 2</p> <p>① _:_ _ ชั่วโมง : นาที</p> <p>M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>
<p>MUSSTRE</p>	<p>8. ใน 30 วันที่ผ่านมา ท่านได้ออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เช่น ยกน้ำหนัก ซิทอัพ (sit ups) ดันพื้น หรือวิดพื้น ยกน้ำหนัก โยคะ ยางยืด บ่อยแค่ไหน</p> <p>① ไม่ทำ</p> <p>② __ ครั้งต่อเดือน (เริ่มที่ 1 ครั้งต่อเดือน) ③ __ ครั้งต่อสัปดาห์ (เริ่มที่ 1 ครั้งต่อสัปดาห์)</p> <p>M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>

ส่วนที่ 4 การกินผักผลไม้

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ “คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับการรับประทานผักผลไม้ แม้ว่าการบอกปริมาณของการกินจะคาดประมาณได้ยาก ขอให้ท่านประมาณปริมาณของการกินให้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุดโดยดูรูปภาพปริมาณ 1 ด้วยมาตรฐาน ประกอบ”

VEGETABL	1. โดยปกติท่านกินผักกี่วันต่อสัปดาห์ (ถ้าไม่กินเลยให้บันทึก 0 วัน) (ข้ามไปถามข้อ 3) วัน ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ หลักหน่วย M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อ 3) N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 3)
VEGETDAY	2. ในแต่ละวันท่านกินผักประเภทต่างๆ กี่หน่วยมาตรฐาน (แสดงภาพประกอบ) (ผัก 1 หน่วยมาตรฐานเท่ากับ สลัด 1 ถ้วย หรือ ผักที่ปรุงแล้ว ½ ถ้วย หรือพืชใบเขียว 1 ถ้วย หรือมะเขือเทศ แครอท ฟักทอง ข้าวโพด กระหล่ำปลี ถั่ว หัวหอมใหญ่ ½ ถ้วย) (ถ้ากินต่ำกว่า 1 หน่วยมาตรฐานให้บันทึก 00 หน่วย) หน่วยมาตรฐาน ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักสิบ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักหน่วย M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ
FRUIT	3. โดยปกติท่านกินผลไม้กี่วันต่อสัปดาห์ (ถ้าไม่กินเลยให้บันทึก 0 วัน) (ข้ามไปถามส่วนที่ 5) วัน ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ หลักหน่วย M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามส่วนที่ 5) N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามส่วนที่ 5)
FRUITDAY	4. ในแต่ละวันท่านกินผลไม้ประเภทต่างๆ กี่หน่วยมาตรฐาน (แสดงภาพประกอบ) (ผลไม้ 1 หน่วยมาตรฐานเท่ากับ มะละกอบ ผลไม้แห้ง 6-8 คำ หรือกล้วยน้ำว้า 1 ผล กล้วยหอมขนาดกลาง 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 00 หน่วย) หน่วยมาตรฐาน ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักสิบ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักหน่วย M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ

ส่วนที่ 5 การสูบบุหรี่และการบริโภคยาสูบ

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ “คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่หรือยาสูบชนิดต่างๆ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่พบบ่อยในคนไทย รวมทั้งความรู้และความคิดเห็นของท่านต่อการควบคุมการสูบบุหรี่ของประเทศและโปรดระลึกไว้ว่าคำตอบของท่านเป็นความลับโดยไม่มีเปิดเผยข้อมูลของท่านเป็นรายบุคคล”

SMOKE100	1. ตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา ท่านเคยสูบบุหรี่มาแล้วมากกว่า 5 ซองหรือ 100 มวนหรือใช้ยาสูบอื่นๆ (รวมผู้สูบบุหรี่และยาเส้นด้วย) ใช่หรือไม่ ① ใช่ ② ไม่ใช่ (ข้ามไปถามข้อ 8) M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อ 8) N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 8)
----------	---

ส่วนที่ 6 การดื่มสุรา

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ “คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับการบริโภคสุรา ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่พบบ่อยในคนไทยทำให้เกิดปัญหาการบาดเจ็บและความรุนแรงในสังคม คำถามเกี่ยวกับปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์อาจตอบยากอย่างไรก็ตามขอให้ตอบให้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยดูรูปภาพประกอบขนาด 1 แก้วมาตรฐาน และโปรดระลึกไว้ว่าคำตอบของท่านเป็นความลับโดยไม่มี การเปิดเผยข้อมูลของท่านเป็นรายบุคคล”

DRNKALC	<p>1. ใน 12 เดือนที่ผ่านมาท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่ (เช่น เหล้า เบียร์ สเปย์ สาโท น้ำตาลเมา ไวน์ อู กระแช่ เป็นต้น)</p> <p>① ดื่ม ② ไม่ดื่ม (ข้ามไปถามข้อ 5)</p> <p>M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อ 5) N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 5)</p>
ALCDAY	<p>2. ใน 30 วันที่ผ่านมาท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์กี่วัน</p> <p>① ไม่ดื่มเลยใน 30 วัน (ข้ามไปถามข้อ 5)</p> <p>จำนวนวันที่ดื่ม ① ② ③ หลักสิบ</p> <p>④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักหน่วย</p> <p>M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>
AVERDRNK	<p>3. ใน 30 วันที่ผ่านมาท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์โดยเฉลี่ยครั้งละกี่แก้วมาตรฐาน (แสดงภาพประกอบ) (หนึ่งแก้วมาตรฐานคือ เบียร์ 1 กระป๋องหรือ ครึ่งขวด / สาโท 1 แก้ว / ไวน์ 1 แก้ว / สเปย์ 1 ขวด / สุราไม่ผสมโซดา เหล้าขาว หรือ เชียงซุน 1 เป๊ก / สุราผสมโซดา 2 แก้ว)</p> <p>แก้วมาตรฐาน ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักสิบ</p> <p>④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักหน่วย</p> <p>M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>
DRNKGES5	<p>4. ใน 30 วันที่ผ่านมา ในแต่ละครั้งของการดื่ม ท่านดื่ม สุรา หรือ เบียร์ หรือ ไวน์ หรือ สเปย์ หรือ สาโท ฯลฯ ซึ่งรวมกันแล้วตั้งแต่ 5 แก้วมาตรฐานขึ้นไปในเพศชาย และ 4 แก้วมาตรฐานขึ้นไปในเพศหญิง ทั้งหมดกี่ครั้ง (แสดงภาพประกอบ)</p> <p>① ไม่ดื่มเลย (ไม่เคยดื่มรวม 5 หรือ 4 แก้วมาตรฐานขึ้นไป ใน 30 วัน หรือ 00 ครั้ง)</p> <p>จำนวนครั้ง ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักร้อย</p> <p>④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักสิบ</p> <p>④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักหน่วย</p> <p>M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>
SELLAL18K	<p>5. ท่านทราบหรือไม่ว่าปัจจุบันมีกฎหมายห้ามจำหน่ายสุราแก่ผู้ที่อายุต่ำกว่า 20 ปี</p> <p>① ทราบ ② ไม่ทราบ</p> <p>M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>

SELLAL18	<p>6. ปัจจุบันมีกฎหมายห้ามขายสุราแก่ผู้ที่ยังต่ำกว่า 20 ปีท่านคิดว่ามีร้านค้าที่ขายสุราแก่ผู้ที่ยังต่ำกว่า 20 ปี มากน้อยเพียงไร</p> <p>โปรดอ่านคำตอบ</p> <p>① ชายทุกร้าน ② ส่วนใหญ่ชาย ③ มีชายบ้างเป็นบางร้าน ④ ไม่มีเลย M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>
SELLTIMEK	<p>7. ท่านทราบหรือไม่ว่าปัจจุบันมีกฎหมายอนุญาตให้ขายสุราได้เฉพาะบางเวลา</p> <p>① ทราบ ② ไม่ทราบ M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>
SELLTIME	<p>8. ปัจจุบันมีกฎหมายให้ขายสุราเฉพาะเวลาที่กำหนด ท่านคิดว่ามีร้านค้าที่ขายสุราตามเวลาที่กำหนดมาก น้อยเพียงไร</p> <p>โปรดอ่านคำตอบ</p> <p>① ชายทุกร้าน ② ส่วนใหญ่ชาย ③ มีชายบ้างเป็นบางร้าน ④ ไม่มีเลย M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>

ส่วนที่ 7 คุณภาพชีวิต

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ “คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับความไม่สะดวกสบายในชีวิตประจำวัน ที่มีผลต่อการทำกิจกรรมประจำวัน
 ของท่าน โปรดเลือกคำตอบให้ตรงกับ **สภาวะสุขภาพของท่านในปัจจุบัน** มากที่สุด”

QMOVE	<p>1. การเคลื่อนไหวร่างกายของท่านในวันนี้ (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ)</p> <p>① ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการเดิน ② ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินบ้าง ③ ข้าพเจ้าไม่สามารถไปไหนได้ และจำเป็นต้องอยู่บนเตียง M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>
QSEFLF	<p>2. การดูแลตนเองของท่านในวันนี้ (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ)</p> <p>① ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการดูแลตนเอง ② ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำหรือแต่งตัวบ้าง ③ ข้าพเจ้าไม่สามารถอาบน้ำหรือแต่งตัวเองได้ M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>
QWORK	<p>3. กิจกรรม/กิจกรรมประจำวันที่ท่านทำเป็นประจำในวันนี้ เช่น การทำงาน, การเขียนหนังสือ, การทำงานบ้าน, การทำกิจกรรมในครอบครัว, หรือการทำกิจกรรมยามว่าง (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ)</p> <p>① ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ ② ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำอยู่บ้าง ③ ข้าพเจ้าไม่สามารถทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำได้ M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ</p>

QPAIN	4. ความเจ็บปวด/ความไม่สบาย ในวันนี้ (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ) ① ข้าพเจ้าไม่มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบาย ② ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายปานกลาง ③ ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายมากที่สุด M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ
QSTRESS	5. ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า ในวันนี้ (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ) ① ข้าพเจ้าไม่รู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้า ② ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าปานกลาง ③ ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้ามากที่สุด M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ

ส่วนที่ 8 ไขมันในเลือดสูง (โคเลสเตอรอล)

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ “คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงของคนไทย ข้อคำถามเกี่ยวกับการได้รับการตรวจวัดไขมันในเลือดและการดูแลตนเองของท่าน พี่ระลึกไว้เสมอว่าคำตอบของท่านจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาที่ท่านได้รับอยู่ในปัจจุบัน”

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 9) M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามส่วนที่ 9)				
CHOLES	2. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เคยมีแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบอกว่าท่านมีปัญหาเกี่ยวกับระดับไขมันในเลือดสูงผิดปกติหรือไม่ ① ใช่ ② ไม่ใช่ (ข้ามไปถามส่วนที่ 9) M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามส่วนที่ 9) N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามส่วนที่ 9)				
CHOLESTX	3. ขณะนี้ท่านควบคุมระดับไขมันในเลือดสูงหรือไม่ ① ใช่ ② ไม่ใช่ (ข้ามไปถามส่วนที่ 9) M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามส่วนที่ 9) N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามส่วนที่ 9)				
	4. ปัจจุบันนี้ท่านรักษาระดับไขมันในเลือดสูงด้วยวิธีใด				
		ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้/ ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ
	ถามทุกข้อคำถาม	1	2	M	N
การใช้ยารักษา					
CHOLESMED	4.1 กินยาแผนปัจจุบัน	○	○	○	○
CHOLESALT	4.2 กินยาแผนไทย – จีน หรือ สมุนไพร	○	○	○	○

การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำแพทย์, บุคลากรทางการแพทย์						
CHOLESDIET	4.3 ควบคุมการกินอาหาร หวานจัด ไขมันสูง เป็นต้น		○	○	○	○
CHOLESWG	4.4 ควบคุมน้ำหนักตัว		○	○	○	○
CHOLESEXER	4.5 ออกกำลังกายอย่างถูกต้องเหมาะสม		○	○	○	○
CHOLESMISC	4.6 รักษาด้วยวิธีการอื่น ๆ (ระบุ).....		○	○	○	○

ส่วนที่ 9 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 10)			
	M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ	N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามส่วนที่ 10)			
BPHIGH	2. เคยมี แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (แต่ไม่รวม อสม.) บอกว่าท่าน มีความดันโลหิตสูงหรือเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่				
	① เป็น	② ไม่เป็น (ข้ามไปถามส่วนที่ 10)			
	M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามส่วนที่ 10)	N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามส่วนที่ 10)			
AGEBPHIG	3. ท่านทราบว่าตนเองเป็น ความดันโลหิตสูง ตั้งแต่อายุเท่าไร (หน่วยเป็นปี) (เริ่มที่ 1 ปีขึ้นไป)				
	ปี ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨	หลักสิบ			
	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨	หลักหน่วย			
	M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ	N ไม่ตอบ			
HTCURE	4 ปัจจุบันท่านรับประทานยาจากแพทย์เพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงใช่หรือไม่				
	① ใช่	② ไม่ใช่			
	M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ	N ไม่ตอบ			
HTCARE	5.ปัจจุบันนี้ท่านดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ด้วยวิธีใด				
		ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้/ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ
	ถามทุกข้อคำถาม	1	2	M	N
การใช้ยารักษา					
HTPILL	5.1 กินยาควบคุมระดับความดันโลหิตตามการรักษาของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ				
		○	○	○	○
HTALT	5.2 กินยาแผนไทย – จีน หรือ สมุนไพร				
		○	○	○	○

การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำแพทย์, บุคลากรทางการแพทย์					
HTCON	5.3 ควบคุมการกินอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ของทอด		○	○	○
HTDIET	5.4 ลดอาหารเค็มหรือลดการกินเกลือ		○	○	○
HTWEI	5.5 ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่เกณฑ์ปกติ		○	○	○
HTEXE	5.6 ออกกำลังกายอย่างถูกต้องเหมาะสมตามคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์		○	○	○
HTSTR	5.7 ผ่อนคลายความเครียดที่ทำให้ท่านมีความสุข/สบายใจ แต่ไม่ใช่โดยการดื่มเหล้า		○	○	○
HTTOBACCO	6. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ ① สูบ ② ไม่สูบ (ข้ามไปถามข้อ 8) M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อ 8) N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 8)				
HTSMO	7. ท่านได้ ละ ลด เลิกบุหรี่หรือไม่ ① ใช่ ② ไม่ใช่ M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ				
HTDRINKER	8. ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ ① ดื่ม ② ไม่ดื่ม (ข้ามไปถามข้อ 10) M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อ 10) N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 10)				
HTALCOH	9. ท่านได้ ละ ลด เลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ ① ใช่ ② ไม่ใช่ M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ 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 ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ				
FRECARBP	11. ใน 12 เดือนที่ผ่านมาท่านได้ไปพบแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อดูแลรักษาความดันโลหิตสูงกี่ครั้ง ครั้ง ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักสิบ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักหน่วย ถ้าไม่เคยได้ไปพบแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเลย ให้บันทึก 00 ครั้ง M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ				
HTRENEX	12. ใน 12 เดือนที่ผ่านมาท่านได้รับการตรวจเลือดจากแพทย์ เพื่อหาความผิดปกติจากการทำงานของไตและภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงกี่ครั้ง (ถ้าไม่เคยตรวจเลยให้บันทึก 00 ครั้ง) ครั้ง ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักสิบ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักหน่วย M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ				

ส่วนที่ 10 เบาหวาน

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยของประเทศไทย ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึงผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน ข้อคำถามจะเกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรอง การรักษา และการดูแลตนเองของท่าน พึงระลึกไว้เสมอว่าคำถามของท่านจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาที่ท่านได้รับอยู่ในปัจจุบัน”

FRECARDI	<p>7. ใน 12 เดือนที่ผ่านมาท่านได้พบแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อดูแลรักษาโรคเบาหวานกี่ครั้ง</p> <p>ครั้ง ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักสิบ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักหน่วย</p> <p>ถ้าไม่ได้พบแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เลยให้บันทึก 00 ครั้ง</p> <p>M 'ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N 'ไม่ตอบ</p>
FEETCHK	<p>8. ใน 12 เดือนที่ผ่านมาแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจเท้าดูรอยแผลหรืออาการระคายเคืองที่เท้ากี่ครั้ง</p> <p>ครั้ง ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักสิบ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักหน่วย</p> <p>ถ้าไม่เคยตรวจเลยให้บันทึก 00 ครั้ง</p> <p>M 'ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N 'ไม่ตอบ</p>
RENALCHK	<p>9. ใน 12 เดือนที่ผ่านมาท่านได้รับการตรวจเลือดจากแพทย์เพื่อหาความผิดปกติจากการทำงานของไตและภาวะแทรกซ้อนของไตจากโรคเบาหวานบ่อยแค่ไหน</p> <p>① ตรวจเดือนละครั้ง ② 2-3 เดือนครั้ง ③ 4-6 เดือนครั้ง ④ 7-12 เดือนครั้ง ⑤ มากกว่า 1 ปีครั้ง ⑥ ไม่เคยตรวจ</p> <p>M 'ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N 'ไม่ตอบ</p>
EYEEEXAM	<p>10. แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจดวงตาของท่าน (ซึ่งมีการใช้ยาหยอดตาเพื่อขยายม่านตาและท่านจะมีอาการตาพร่ามัวหลังการตรวจ) ครั้งสุดท้ายเมื่อใด</p> <p>① ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา ② มากกว่า 2 เดือน ถึง 1 ปี ③ มากกว่า 1 ปี ถึง 2 ปี ④ มากกว่า 2 ปี ⑤ ไม่เคยตรวจ</p> <p>M 'ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N 'ไม่ตอบ</p>

ส่วนที่ 11 โรคเรื้อรัง

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ "ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่พบได้ในคนไทย เป็นข้อความเกี่ยวกับสถานะสุขภาพจากโรคเรื้อรังที่ท่านอาจเป็นอยู่และพึงระลึกไว้เสมอว่า คำตอบของท่านจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาที่ท่านได้รับอยู่ในปัจจุบัน"

1. เคยมีแพทย์วินิจฉัยว่าท่านเป็นโรคเหล่านี้หรือไม่		เป็น	ไม่เป็น	ไม่รู้/ ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ
ถามทุกข้อคำถาม		1	2	M	N
STROKE	1.1 โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือหลอดเลือดสมอง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CHD	1.2 โรคหัวใจขาดเลือด (เส้นเลือดไปเลี้ยงหัวใจแข็ง/ตีบ/ตัน)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COPD	1.3 โรคถุงลมโป่งพอง หรือหลอดลมอักเสบเรื้อรัง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ANEMIA	1.4 โรคโลหิตจาง โรคเลือดจาง หรือโรคซีด	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CRF	1.5 โรคไตวายเรื้อรัง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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 M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อ 4) ② ไม่เป็น (ข้ามไปถามข้อ 4) N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 4)					
AGECANCER	3. สำหรับท่านที่ตอบว่าเป็นโรคมะเร็ง ท่านทราบจากแพทย์วินิจฉัยว่าท่านเป็นมะเร็งมาตั้งแต่อายุเท่าไร (หน่วยเป็นปี) ปี ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักสิบ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ หลักหน่วย M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ					
ASTHMA	4. เคยมี แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบอกกว่าท่านเป็นโรคหอบหืดหรือไม่ ① เป็น M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อ 5) ② ไม่เป็น (ข้ามไปถามข้อ 5) N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 5)					
ASTHCUR	5. ในปัจจุบันท่านยังเป็นโรคหอบหืดหรือไม่ ① ใช่ M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ ② ไม่ใช่ N ไม่ตอบ					
TB	6. เคยมี แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบอกกว่าท่านเป็นวัณโรคหรือไม่ ① เป็น M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามส่วนที่ 12) ② ไม่เป็น (ข้ามไปถามส่วนที่ 12) N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามส่วนที่ 12)					
TBCUP	7. ในปัจจุบันท่านยังเป็นวัณโรคหรือไม่ ① ใช่ M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ ② ไม่ใช่ N ไม่ตอบ					

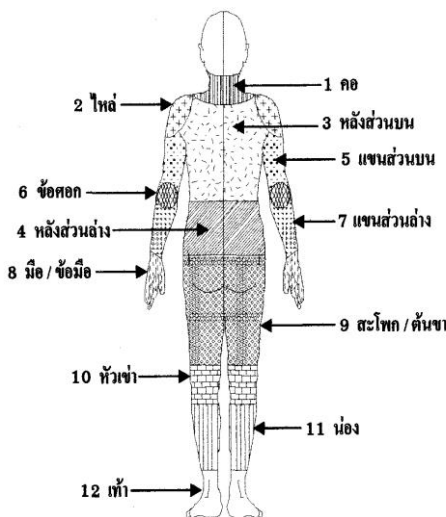
ส่วนที่ 12 การบาดเจ็บ

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ “คำถามต่อไปนี้จะเกี่ยวกับการป้องกันการบาดเจ็บจากการใช้ยานยนต์ของท่าน พฤติกรรมดังกล่าวมีผลต่อการลดอันตรายจากการบาดเจ็บบนท้องถนนในกรณีที่ท่านไม่ได้ขับขี่ยานยนต์กรุณาตอบว่าท่านไม่เคยขับขี่ในช่วงเวลานั้น ซึ่งเป็นคำตอบที่แตกต่างกับคำตอบว่าไม่เคยหรือไม่ใช่”

HELMET	1. ใน 12 เดือนที่ผ่านมา เมื่อขับขี่รถจักรยานยนต์ท่านสวมหมวกนิรภัยบ่อยแค่ไหน โปรดอ่านคำตอบ ① ไม่เคยขับขี่รถจักรยานยนต์เลยใน 12 เดือนที่ผ่านมา ② ไม่เคยสวมเลย ③ นานๆ ครั้ง ④ บางครั้ง ⑤ เกือบทุกครั้ง ⑥ ทุกครั้ง M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ
--------	--

ส่วนที่ 13 โรคกระดูกและกล้ามเนื้อเนื่องจากการประกอบอาชีพ (สำหรับผู้ที่ประกอบอาชีพ)

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ “คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากการประกอบอาชีพ ซึ่งเป็นการทำงานเพื่อหารายได้ เป็นปัญหาที่อาจพบได้ จึงขอให้ท่านประเมินตนเองและโปรดให้คำตอบที่ตรงกับสุขสภาวะของท่านมากที่สุด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับการกำหนดมาตรการและแนวทางป้องกันควบคุมโรค”

MUSKLE	1. ใน 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกจากการประกอบอาชีพหรือไม่? ① มี ② ไม่มี (ข้ามไปถามส่วนที่ 14) ③ ไม่ใช่ผู้ประกอบอาชีพ หรือทำงานที่เป็นเพื่อหารายได้ (ข้ามไปถามส่วนที่ 14) M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ								
	2. ใน 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีอาการปวดเมื่อยจากการประกอบอาชีพที่อวัยวะใด และในระดับความรุนแรงเท่าใด โปรดระบุอวัยวะส่วนที่ปวดและความรุนแรง (เอกสารภาพประกอบ)								
 <p>โดยกำหนดให้ ระดับความรุนแรง ดังนี้ ① = มีอาการในช่วงเวลาทำงาน พักแล้วหาย ② = มีอาการในช่วงเวลา พักแล้วไม่หาย ③ = มีอาการในช่วงเวลาทำงานพักแล้วไม่หาย และไม่สามารถทำงานได้</p>									
ถามทุกข้อคำถาม			ใช่			ไม่แน่ใจ		ไม่ตอบ	
ส่วนของร่างกายที่มีความปวด		ไม่ใช่	ระดับความรุนแรง			M		N	
			①	②	③				
LTNECK	2.1 คอ	ด้านซ้าย	○	○	○	○			○
LTSHOULDER	2.2 ไหล่		○	○	○	○			○
LTUPBACK	2.3 หลังส่วนบน		○	○	○	○			○
LTLOWBACK	2.4 หลังส่วนล่าง		○	○	○	○			○
LTUPARM	2.5 แขนส่วนบน		○	○	○	○			○
LTELBOW	2.6 ข้อศอก		○	○	○	○			○
LTFOREARM	2.7 แขนส่วนล่าง		○	○	○	○			○
LTWRIST	2.8 มือ/ข้อมือ		○	○	○	○			○
LTTHIGH	2.9 สะโพก/ต้นขา		○	○	○	○			○
LTKNEE	2.10 หัวเข่า		○	○	○	○			○
LTCALF	2.11 น่อง		○	○	○	○			○
LTFOOT	2.12 เท้า		○	○	○	○			○

RTNECK	2.13 คอ	ด้านขวา	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RTSHOULDER	2.14 ไหล่		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RTUPBACK	2.15 หลังส่วนบน		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RTLLOWBACK	2.16 หลังส่วนล่าง		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RTUPARM	2.17 แขนส่วนบน		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RTELBOW	2.18 ข้อศอก		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RTFOREARM	2.19 แขนส่วนล่าง		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4RTTHIGH	2.21 สะโพก/ต้นขา		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RTKNEE	2.22 หัวเข่า		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RTCALF	2.23 น่อง		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RTFOOT	2.24 เท้า		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ท่านคิดว่าสาเหตุของการปวดเมื่อยกระดูกและกล้ามเนื้อข้างต้นเกิดจากสาเหตุใด?								
POSTURE	ถามทุกข้อคำถาม			ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้/ ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ	
				1	2	M	N	
JOBREPEAT	3.1 ท่าทางที่ไม่เหมาะสม/ท่าทางที่ผิดธรรมชาติ (ได้แก่ ก้มบิด เอี้ยวลำตัวและหลัง, ยกมือและแขนสูงเหนือไหล่บ่อย ๆ, เอื้อมมือเกินระยะสุดแขน)			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
OVERLOAD	3.2 ทำงานติดต่อกันในท่าเดิมซ้ำ ๆ นานเกิน 1-2 ชม.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ENVIRON	3.3 ยกของหนักเกิน 25 กิโลกรัม (ด้วยตัวคนเดียว)			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
JOBFUNC	3.4 สภาพแวดล้อมการทำงานไม่เหมาะสม เช่น พื้นที่คับแคบ, แสง เสียง อุณหภูมิ ไม่เหมาะสม			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	3.5 ลักษณะการทำงานไม่เหมาะสม เช่น ทำงานด้วยจังหวะที่รวดเร็วเกินกว่าตัวเองควบคุมได้			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

ส่วนที่ 14 สุขภาพสตรี (ถามเฉพาะผู้หญิง สำหรับผู้ชายให้จบการสัมภาษณ์ไปที่คำขอบคุณ)

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ “คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับการตรวจเต้านม การตรวจหามะเร็งปากมดลูก การให้นมลูก และการวางแผนครอบครัว ซึ่งมีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของสตรี”

SELFBREK	1. ท่านทราบวิธีการตรวจคลำเต้านมด้วยตนเองหรือไม่	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	① ทราบ		② ไม่ทราบ		
	M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ		N ไม่ตอบ		
BRFRQEXA	2. ใน 30 วันที่ผ่านมาท่านตรวจคลำเต้านมด้วยตนเองเพื่อหาก้อนผิดปกติบ่อยเพียงใด	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	① ทุกวัน		② อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง		
	③ อย่างน้อยเดือนละครั้ง		④ ไม่เคยตรวจ		
	M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ		N ไม่ตอบ		

LSTBREEX	3. ท่านเคยได้รับการตรวจคลำเต้านมโดย แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อหาก้อนผิดปกติ ครั้งสุดท้ายเมื่อใด 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 ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ
TOHISTO	4. ท่านเคยได้รับการผ่าตัดมดลูกทิ้งไปหรือไม่ ① เคย (ข้ามไปถามข้อ 7) ② ไม่เคย M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ
LASTPAP	5. ท่านได้รับการตรวจภายในเพื่อคัดกรองหามะเร็งปากมดลูก ครั้งสุดท้ายเมื่อใด 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 (ข้ามไปถามข้อที่ 7) M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อที่ 7) N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อที่ 7)
PAPRESULT	6. ท่านทราบผลการตรวจภายในเพื่อคัดกรองหามะเร็งปากมดลูก หรือไม่ ① ไม่ทราบผลการตรวจ ② ทราบผลการตรวจว่า ปกติ ③ ทราบผลการตรวจว่า มีความผิดปกติ อยู่ในระหว่างการรักษา/ส่งต่อ ④ ทราบผลการตรวจว่า มีความผิดปกติ แต่ยังไม่ได้รับการรักษา/ส่งต่อ M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ

คำถามต่อไปนี้จะให้ถามเฉพาะสตรีที่มีอายุ 15- 49 ปี สำหรับผู้ที่อายุมากกว่า 49 ปี ให้จบการสัมภาษณ์ ไปที่คำขอบคุณ)

PREGNANT	7. ขณะนี้ท่านตั้งครรภ์ใช่หรือไม่	① ใช่	② ไม่ใช่	M ไม่แน่ใจ	N ไม่ตอบ
LASTCHILD	8. ลูกคนสุดท้ายของท่านอายุเท่าใด	① ไม่เคยมีลูก (ข้ามไปถามข้อที่ 1 ของส่วนนามัยวัยเจริญพันธุ์)	② ต่ำกว่า 1 ปี	③ 1-3 ปี	④ มากกว่า 3 ปี (ข้ามไปถามข้อที่ 10)
		M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อที่ 10)			N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อที่ 10)
	9. อาหารที่ท่านเลี้ยงดูลูกคนสุดท้ายในช่วงอายุ 0 ถึง 6 เดือนแรก				
ถามทุกข้อคำถาม		ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้/ ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ
		1	2	M	N
BREASTFE	9.1 นมแม่	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MLKPOWFE	9.2 นมผงกระป๋องสำหรับเลี้ยงทารก	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

MLKSWEFE	9.3 นมชั้นหวานกระป๋อง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RICEFE	9.4 ข้าวบด	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RICESOFE	9.5 น้ำข้าว	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BANANAFE	9.6 กลัวยบด	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
INFMEAFE	9.7 อาหารกระป๋อง/ขวดสำหรับเลี้ยงทารก/อาหารเสริมสำเร็จรูป	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HBVAC	10. ลูกคนสุดท้ายของท่านได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่				
	① ใช่		② ไม่ใช่		
	M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ		N ไม่ตอบ		

คำถามต่อไปเกี่ยวกับอนามัยวัยเจริญพันธุ์ ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านข้อความ “คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการใช้บริการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดที่ท่าน ได้รับ ขอให้ท่านให้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงและคำตอบของท่านไม่ส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพที่ท่านได้รับ”

LASTFP	1. ท่านใช้บริการวางแผนครอบครัวหรือคุมกำเนิด เช่น การใส่ห่วงอนามัย การฉีดยาคุม การกินยาคุม หรือการทำหมัน ครั้งสุดท้ายเมื่อใด				
	อ่านคำตอบถ้าผู้รับการสัมภาษณ์ไม่สามารถตอบได้				
	① ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (ระหว่าง 0-1 ปี)				
	② ในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา (ระหว่าง 1-2 ปี) (ข้ามไปที่คำขอบคุณ)				
	③ มากกว่า 2 ปี (ข้ามไปที่คำขอบคุณ)				
	④ ไม่เคยใช้บริการ (ข้ามไปที่คำขอบคุณ)				
	M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปที่คำขอบคุณ)				
	N ไม่ตอบ (ข้ามไปที่คำขอบคุณ)				
	2. ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้คุมกำเนิดหรือวางแผนครอบครัวโดยวิธีใด (ถ้า ใช้ กรุณาถามถึงการเสียค่าบริการด้วย)				
	ถามทุกข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้/ไม่แน่ใจ	ไม่ตอบ
		ไม่เสียค่าบริการ	เสียค่าบริการ		
		1	2	3	M
CONDOM	2.1 ถุงยางอนามัยชาย	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ORALPILL	2.2 ยาเม็ดคุมกำเนิด	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
INJECTCO	2.3 ยาฉีดคุมกำเนิด	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IUD	2.4 ใส่ห่วงอนามัย	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IMPRINT	2.5 ยาฝังคุมกำเนิด	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VASECTO	2.6 ทำหมันชาย	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TUBEC	2.7 ทำหมันหญิง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FPMIS	2.8 อื่น ๆ (ระบุ).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

FAMIMETHO	3. ท่านได้รับการวางแผนครอบครัวหรือคุมกำเนิดโดยใช้วิธีใดนานที่สุด (เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ)	
	① ถุงยางอนามัย ③ ยาฉีดคุมกำเนิด ⑤ ยาฝังคุมกำเนิด ⑦ ทำหมันหญิง M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปถามข้อ 5)	② ยาเม็ดคุมกำเนิด ④ ใส่ห่วงอนามัย ⑥ ทำหมันชาย ⑧ อื่นๆ (โปรดระบุ) N ไม่ตอบ (ข้ามไปถามข้อ 5)
FAMIPLACE	4. ท่านไปรับบริการวางแผนครอบครัวหรือคุมกำเนิด สถานบริการใด เป็นประจำหรือบ่อยที่สุด (เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ)	
	① โรงพยาบาลของรัฐบาล ③ หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ⑤ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ⑦ สถานที่อื่นๆ (โปรดระบุ)..... M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ	② โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชน ④ โรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิกเอกชน ⑥ ร้านขายยา N ไม่ตอบ
FAMIPROB	5. ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาการใช้บริการการวางแผนครอบครัวจากสถานพยาบาลของรัฐหรือไม่	
	อ่านคำตอบถ้าผู้รับสารสัมภาษณ์ไม่สามารถตอบได้ ① ไม่มีปัญหาในการใช้บริการ ② มีปัญหาสถานบริการคิดราคาแพง/อุปกรณ์/บริการแพงไม่สามารถเบิกได้ ③ มีปัญหาสถานบริการไม่มีวิธีคุมกำเนิดที่ต้องการ ④ มีปัญหาสถานบริการไม่ได้รับคำแนะนำถึงวิธีการวางแผนครอบครัว ⑤ มีปัญหาการเข้าถึงสถานบริการ เช่น เดินทางลำบาก หรือไม่รู้จักสถานบริการ M ไม่รู้/ไม่แน่ใจ N ไม่ตอบ	

คำขอบคุณ

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านคำขอบคุณ “จบคำถามทั้งหมดแล้วครับ/ค่ะ คำตอบทั้งหมดจะนำไปรวบรวมเพื่อใช้เป็นข้อมูลสถานะสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพของประชาชนทั่วประเทศ ขอขอบคุณมากที่ท่านได้สละเวลาและให้ความร่วมมือในการตอบคำถามเหล่านี้”

ENDTIME	เวลาที่สิ้นสุดการสัมภาษณ์ (ให้บันทึกเวลาในระบบ 24 ชั่วโมง)	นาฬิกา	① ②	หลักสิบ
			③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨	หลักหน่วย
		นาที	① ② ③ ④ ⑤	หลักสิบ
			⑥ ⑦ ⑧ ⑨	หลักหน่วย