

ชุดคำถามประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ และปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพวัยทำงาน ปี 2567

หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด..... (Drop down สำหรับกรอกข้อมูล)

เบอร์โทรศัพท์..... (กรอกได้เฉพาะตัวเลข) อายุ.....ปี (Drop down ช่วงอายุ 15-59 ปี)

เพศ 1.ชาย 2.หญิง

อาชีพหลัก 1.ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้างของรัฐ 2.พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน

3.ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว 4.เกษตรกร

5.รับจ้างทั่วไป 6.นักเรียน/นิสิต/นักศึกษา

7.พ่อบ้าน/แม่บ้าน 8.ว่างงาน/ไม่มีงานทำ

9.อื่นๆ โปรดระบุ.....

น้ำหนัก.....กก. (จำกัด 30-300 กิโลกรัม) ส่วนสูง.....ซม. (จำกัด 130-220 ซม.)

รอบเอว.....นิ้ว (จำกัด 50-150 ซม.)

โรคประจำตัว (จากการวินิจฉัยของแพทย์)

1.ไม่มีโรคประจำตัว (ถ้าตอบตัวเลือกนี้จะไม่สามารถเลือกข้ออื่นๆได้)

2.ความดันโลหิตสูง 3.ไขมันในเลือดสูง

4.โรคเบาหวาน 5.โรคหัวใจและหลอดเลือด

6.โรคมะเร็ง 7.โรคไต

8.โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 9.อื่นๆ โปรดระบุ.....

ชุดคำถามประเมินพฤติกรรมการบริโภค

1. ใน 1 สัปดาห์ ท่านทานอาหารกลุ่มผักและผลไม้ รวมกันได้วันละ 5 ส่วน บ่อยเพียงใด

1.ทานทุกวัน

2.ประมาณ 4-6 วันต่อสัปดาห์

3.ประมาณ 1-3 วันต่อสัปดาห์

4.ไม่กินเลย



2. ใน 1 สัปดาห์ ท่านเติมเครื่องปรุงรสเค็ม (เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว น้ำจิ้มสุกี้ ฯลฯ) เพิ่มในอาหารที่ปรุงสุกแล้ว/อาหารสำเร็จรูป/อาหารปรุงสำเร็จ/อาหารจานเดียว บ่อยเพียงใด

1.เติมเครื่องปรุงรสเค็มทุกครั้ง

2.เติมเครื่องปรุงรสเค็มบางครั้ง

3.ไม่เติมเครื่องปรุงรสเค็มเลย

3. ใน 1 สัปดาห์ ท่านดื่มเครื่องดื่มรสหวานต่างๆ เช่น น้ำหวาน น้ำปั่น น้ำอัดลม น้ำผลไม้ นมเย็น ชาเย็น นมเย็นชานมไข่มุก กาแฟเย็น เครื่องดื่มสำเร็จรูป นมเปรี้ยว โยเกิร์ตปรุงแต่งรสต่างๆ นมปรุงแต่งรสต่างๆ มิลค์เชค ไม้โล โอวัลติน บ่อยแค่ไหน

- 1. ดื่มทุกวัน (ตอบข้อ 3.1 ต่อไป)
- 2. ประมาณ 4-6 วันต่อสัปดาห์ (ตอบข้อ 3.1 ต่อไป)
- 3. ประมาณ 1-3 วันต่อสัปดาห์ (ตอบข้อ 3.1 ต่อไป)
- 4. ไม่ดื่มเลย (ข้ามไปข้อ 4 หากตอบตัวเลือกนี้ ไม่สามารถตอบข้อ 3.1 ได้)

3.1 หากดื่มเครื่องดื่มแบบชงแก้วต่อแก้ว ท่านสั่งความหวานระดับใด

- 1. หวานปกติ (100%)
- 2. หวานน้อย (50%)
- 3. หวานน้อยมาก (25%)
- 4. ไม่หวานเลย (0%)

ชุดคำถามประเมินพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง

4. โดยปกติแล้ว ท่านมีการขยับร่างกาย **จนเหนื่อยกว่าปกติ** (รวมการทำงาน การเดินทาง การประกอบอาชีพ กิจกรรมเพื่อความบันเทิง และการออกกำลังกาย เช่น การเดิน ปั่นจักรยาน การทำงานบ้าน) โดยรวมเป็นเวลาเท่าใดใน 1 สัปดาห์

- 1. มากกว่าหรือเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์
- 2. น้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์
- 3. ไม่ได้ทำ

5. ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านนั่งหรือเอนกายติดต่อกันนาน 2 ชั่วโมงขึ้นไป โดยไม่รวมการนอนหลับ คิดเป็นกี่วันใน 1 สัปดาห์

- 1. ประมาณ 0-2 วันต่อสัปดาห์
- 2. ประมาณ 3-5 วันต่อสัปดาห์
- 3. ประมาณ 6-7 วันต่อสัปดาห์

6. ท่านนอนหลับ 7-9 ชั่วโมง คิดเป็นกี่วันใน 1 สัปดาห์

- 1. ประมาณ 6-7 วันต่อสัปดาห์
- 2. ประมาณ 3-5 วันต่อสัปดาห์
- 3. ประมาณ 0-2 วันต่อสัปดาห์

ชุดคำถามประเมินพฤติกรรมกรดแลช่องปาก

7. ท่านแปรงฟันก่อนนอนด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์หรือไม่ อย่างไร
- 1.แปรงฟันก่อนนอนด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวัน นานอย่างน้อย 2 นาที
 - 2.แปรงฟันก่อนนอนด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวัน แต่ไม่ถึง 2 นาที
 - 3.แปรงฟันก่อนนอนด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์บางวัน
 - 4.ไม่แปรงฟันก่อนนอนเลย
8. การไปรับบริการทางทันตกรรม
- 8.1 ในปีที่ผ่านมาท่านไปรับบริการทันตกรรมหรือไม่ ถ้าไป ท่านไปรับบริการอะไร
- 1.ไม่ไป (ข้ามไปตอบข้อ 9 หากตอบตัวเลือกนี้ ไม่สามารถตอบข้อ 8.2 ได้)
 - 2.ไป (ตอบข้อ 8.2 ต่อไป)
- 8.2 ในปีที่ผ่านมา ท่านไปรับบริการทันตกรรมด้านใดดังต่อไปนี้ (ระบุได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ไปรับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก
 - อุดฟัน ขูดหินปูน ถอนฟัน
 - รักษารากฟัน ใส่ฟันปลอม ผ่าฟันคุด
 - จัดฟัน อื่นๆ ระบุ

ชุดคำถามประเมินพฤติกรรมเสี่ยงโรคมะเร็งช่องปาก

9. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ อย่างไร
- 1.ไม่สูบ
 - 2.สูบมวนแรกในช่วง 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมงหลังตื่นนอน
 - 3.สูบมวนแรกหลัง 1 ชั่วโมงขึ้นไปหลังตื่นนอน
10. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านดื่มเบียร์เกิน 4 กระป๋องหรือ 2 ขวดใหญ่ หรือสุราเกิน ½ แบนขึ้นไปหรือไม่
- 1.ไม่เคยเลย
 - 2.เดือนละ 1-4 ครั้ง
 - 3.ทุกวันหรือเกือบทุกวัน

ชุดคำถามประเมินปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ

11. ชุมชนของท่าน อยู่ใกล้หรือมีสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมหรือไม่
- 1.ไม่มี/ไม่อยู่ใกล้ (ข้ามไปตอบข้อ 12 หากตอบตัวเลือกนี้ ไม่สามารถตอบข้อ 11.1 และ 11.2 ได้)
 - 2.มี (จำเป็นต้องตอบข้อ 11.1 และ 11.2 ต่อไป)
- 11.1 ชุมชนของท่าน อยู่ใกล้หรือมีสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมด้านใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 1. น้ำเสียและสิ่งปฏิกูล 2. ฝุ่นละออง/เขม่า/เถ้า 3. เสียงรบกวน
 - 4. ความสั่นสะเทือน 5. กลิ่น 6. กองขยะ/ป้อขยะ
 - 7. อื่นๆ ระบุ

11.2 สภาพแวดล้อมดังกล่าวมีผลกระทบต่อสุขภาพของท่านหรือไม่

1. ไม่มี 2. มี

12. ท่านมีการป้องกันตนเอง เมื่ออยู่ในสถานที่เสี่ยงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น มีฝุ่นละอองเกินค่ามาตรฐาน สถานการณ์โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และเมื่อมีการเจ็บป่วยที่ระบบทางเดินหายใจ โดยสวมหน้ากากอนามัย ทุกครั้ง

1. มีการป้องกันตนเองทุกครั้ง และตลอดเวลา
 2. มีการป้องกันตนเองบางครั้ง
 3. ไม่มีการป้องกันตนเองเลย

13. ท่านล้างมือก่อนกินอาหาร และหลังการใช้ส้วมหรือไม่ อย่างไร

1. ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ทุกครั้ง
 2. ล้างมือด้วยน้ำและสบู่บางครั้ง
 3. ล้างมือด้วยน้ำเปล่าอย่างเดียว
 4. ไม่ล้างเลย

ชุดคำถามการวางแผนครอบครัว

14. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีเพศสัมพันธ์หรือไม่

1. ไม่ได้มีเพศสัมพันธ์ (ข้ามไปทำข้อ 15 หากตอบตัวเลือกนี้ ไม่สามารถตอบข้อ 14.1 ได้)
 2. มีเพศสัมพันธ์ (จำเป็นต้องตอบข้อ 14.1 ต่อไป)

14.1 เมื่อต้องมีเพศสัมพันธ์ท่านเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดอย่างไรโดยวิธีหนึ่งเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์

1. ป้องกันการตั้งครรภ์ทุกครั้ง
 2. ป้องกันการตั้งครรภ์บ่อยครั้ง
 3. ป้องกันการตั้งครรภ์บางครั้ง
 4. ไม่ได้ป้องกันการตั้งครรภ์ (จำเป็นต้องตอบข้อ 14.2 ต่อไป)

14.2 ท่านไม่ได้ป้องกันการตั้งครรภ์เนื่องจาก

1. มีการวางแผนครอบครัว/ต้องการมีบุตร 2. ตนเอง/คู่ ทำหมันแล้ว
 3. มีการคุมกำเนิดด้วยวิธีการกิน/ฉีด/ฝัง 4. เป็นเพศทางเลือก (LGBTQ+)
 5. มีการผ่าตัดมดลูก/รังไข่ออก 6. อายุมาก/ไม่ใช่วัยเจริญพันธุ์
 7. อื่นๆ ระบุ

15. ท่านเข้ารับการรักษาจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพ เมื่อมีข้อสงสัยหรือเกิดปัญหาด้านสุขภาพเกี่ยวกับเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์

1. เข้ารับคำปรึกษาทุกครั้ง 2. เข้ารับคำปรึกษาบ่อยครั้ง
 3. เข้ารับคำปรึกษาบางครั้ง 4. ไม่ได้เข้ารับคำปรึกษา

ชุดคำถามประเมินความรอบรู้สุขภาพ

16. ท่านสามารถค้นหาข้อมูลที่ทำให้สุขภาพแข็งแรงจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ค้นหาได้ทุกครั้ง | <input type="checkbox"/> 2. ค้นหาได้ปานกลาง |
| <input type="checkbox"/> 3. ค้นหาได้บ้าง/พอทำได้ | <input type="checkbox"/> 4. ค้นหาข้อมูลไม่ได้ |
17. ทุกครั้งที่ท่านฟังหรืออ่านข้อมูลที่ทำให้สุขภาพแข็งแรง ท่านรู้เรื่องและเข้าใจเนื้อหาได้ทั้งหมด
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. รู้เรื่องและเข้าใจทุกครั้ง | <input type="checkbox"/> 2. รู้เรื่อง/เข้าใจปานกลาง |
| <input type="checkbox"/> 3. รู้เรื่องบ้าง/เข้าใจบ้าง | <input type="checkbox"/> 4. ไม่รู้เรื่อง/ไม่เข้าใจ |
18. เมื่อมีข้อมูลใหม่ๆเกี่ยวกับการทำให้สุขภาพแข็งแรง ท่านจะตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูล และเปรียบเทียบข้อมูลจากหลายแหล่ง ก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ทำทุกครั้ง | <input type="checkbox"/> 2. ทำบ่อยครั้ง |
| <input type="checkbox"/> 3. ทำบางครั้ง | <input type="checkbox"/> 4. ไม่ได้ทำ |
19. ท่านปฏิบัติตัวให้มีสุขภาพแข็งแรง ไม่ว่าจะด้วยวิธีการใดก็ตาม
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ทำทุกครั้ง | <input type="checkbox"/> 2. ทำบ่อยครั้ง |
| <input type="checkbox"/> 3. ทำบางครั้ง | <input type="checkbox"/> 4. ไม่ได้ทำ |
20. ท่านสามารถให้คำแนะนำและบอกวิธีการทำให้สุขภาพแข็งแรงกับบุคคลอื่นให้ยอมรับและเข้าใจได้
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ทำทุกครั้ง | <input type="checkbox"/> 2. ทำบ่อยครั้ง |
| <input type="checkbox"/> 3. ทำบางครั้ง | <input type="checkbox"/> 4. ไม่ได้ทำ |