

คำอธิบายการลงข้อมูลแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์วัยทำงาน

● ข้อมูลจังหวัด	
ตำบล	ตำบลที่บันทึกข้อมูล โดยระบุชื่อ
อำเภอ	อำเภอที่บันทึกข้อมูล โดยระบุชื่อ
จังหวัด	จังหวัดที่บันทึกข้อมูล โดยระบุชื่อ
● ข้อมูลพื้นฐานบุคคล	
อายุ	ระบุอายุตามจริงเป็นจำนวนเต็ม หน่วยเป็นปี
เพศ	ระบุเพศของกลุ่มเป้าหมาย (ชาย=1 หญิง=2)
อาชีพหลัก	ระบุอาชีพหลัก
น้ำหนัก	ระบุน้ำหนักตามจริงของกลุ่มเป้าหมาย หน่วยเป็นกิโลกรัม
ส่วนสูง	ระบุส่วนสูงตามจริงของกลุ่มเป้าหมาย หน่วยเป็นเซนติเมตร
รอบเอว	ให้ใช้สายวัด วัดรอบเอวกุ่มตัวอย่าง และเขียนระบุในหน่วยเซนติเมตร
โรคประจำตัว	ระบุตามคำวินิจฉัยของแพทย์
● พฤติกรรมการบริโภค	
ข้อ 1. ท่านกินผักอย่างน้อย 5 ทัพพีต่อวันอย่างไร	ผัก หมายถึง ผักดิบหรือผักที่ผ่านการปรุงสุกแล้ว
กินผัก	<p>กินผัก 5 ทัพพีทุกวันหรือไม่</p> <p>ผัก หมายถึง ผักดิบหรือผักที่ผ่านการปรุงสุกแล้ว ทั้งนี้ ไม่รวมผักดอง หรือผักที่ผ่านการแปรรูปเพื่อบรรจุกระป๋อง (ผักกระป๋อง)</p> <p>หมายเหตุ ผักสุก 1 ทัพพี (ประมาณ 40 กรัม) มีปริมาณเท่ากับ 3 ช้อนกินข้าว หากกินผักดิบให้คิดปริมาณเป็น 2 เท่าของผักสุก เช่น ผักกาดหอม ผักสลัด แตงกวา เป็นต้น</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>ดังนั้นกินผัก 5 ทัพพีต่อวัน มีปริมาณเท่ากับ 15 ช้อนกินข้าวต่อวัน</p>
ไม่กินเลย	ไม่กินผักเลย หรือในแต่ละวันกินไม่ถึง 5 ทัพพี (ใส่หมายเลข 1)
กิน 1-3 วันต่อสัปดาห์	กินผักอย่างน้อย 5 ทัพพี 1-3 วันต่อสัปดาห์ (ใส่หมายเลข 2)
กิน 4-6 วันต่อสัปดาห์	กินผักอย่างน้อย 5 ทัพพี 4-6 วันต่อสัปดาห์ (ใส่หมายเลข 3)
กินทุกวัน	กินผักถึง 5 ทัพพี ทุกวัน (ใส่หมายเลข 4)
ข้อ 2. ท่านเติมเครื่องปรุงรสเค็มหรือไม่	<p>เติมเครื่องปรุงรสเค็มเพิ่มจากอาหารพร้อมรับประทาน</p> <p>เครื่องปรุงรสเค็ม เช่น เกลือ น้ำปลา น้ำปลาร้า ซีอิ๊ว ซอสปรุงรส ซอสมะเขือเทศ น้ำจิ้มพริกกะเกลือ เป็นต้น</p>

ไม่เติมเครื่องปรุงรสเค็มเลย	ไม่เติมเครื่องปรุงรสเค็มเพิ่มจากอาหารพร้อมรับประทาน (ใส่หมายเลข 1)
เติมเครื่องปรุงรสเค็มบางครั้ง	เติมเครื่องปรุงรสเค็มเพิ่มจากอาหารพร้อมรับประทานบางครั้ง (ใส่หมายเลข 2)
เติมเครื่องปรุงรสเค็มทุกครั้ง	เติมเครื่องปรุงรสเค็มเพิ่มจากอาหารพร้อมรับประทานทุกครั้ง (ใส่หมายเลข 3)
ข้อ 3. ท่านดื่มเครื่องดื่มรสหวานหรือไม่	เครื่องดื่มรสหวาน หมายถึง เครื่องดื่มที่ใส่นมข้นหวาน/น้ำตาล เช่น น้ำหวาน กาแฟร้อน/เย็น ชาเย็น น้ำอัดลม น้ำผลไม้ปรุงแต่งรส เครื่องดื่มชูกำลัง นมปรุงแต่งรส โยเกิร์ต โยเกิร์ตพร้อมดื่ม เป็นต้น ทั้งนี้ ไม่นับรวมน้ำตาลเทียม
ไม่ดื่มเลย	ไม่ดื่มเครื่องดื่มรสหวานเลย (ใส่หมายเลข 1)
ดื่ม 1-3 วันต่อสัปดาห์	ดื่มเครื่องดื่มรสหวาน 1-3 วันต่อสัปดาห์ (ใส่หมายเลข 2)
ดื่ม 4-6 วันต่อสัปดาห์	ดื่มเครื่องดื่มรสหวาน 4-6 วันต่อสัปดาห์ (ใส่หมายเลข 3)
ดื่มทุกวัน	ดื่มเครื่องดื่มรสหวานทุกวัน (ใส่หมายเลข 4)
● พฤติกรรมกิจกรรมการทางกาย	
ข้อ 4. ท่านมีกิจกรรมทางกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ ทั้งในการทำงาน การเดินทาง หรือนันทนาการ (ออกกำลังกาย) หรือไม่อย่างไร	<p>การมีกิจกรรมทางกายหมายถึง การที่ร่างกายได้เคลื่อนไหว ออกแรง หรือออกกำลังกายทั้งในรูปแบบที่เป็นกิจกรรมที่ทำในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงานบ้าน งานสวน งานอาชีพที่ใช้แรงต่างๆ หรือการเดินทางจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง เช่น การเดินหรือการปั่นจักรยานไปทำงาน /ไปทำธุระต่างๆ การเดินขึ้นบันได การเดินขึ้นสะพานลอย เป็นต้น หรือการตั้งใจทำกิจกรรมเพื่อออกแรงหรือออกกำลังกาย เช่น การออกกำลังกายกับกลุ่มชมรมต่างๆ เช่น เต้นแอโรบิก สีสาคี ซึ่ก โยคะ การเล่นกีฬาต่าง ๆ เป็นต้น</p> <ul style="list-style-type: none"> • จนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ หมายถึง การที่ร่างกายมีการหายใจเร็วกว่าปกติ แต่ยังสามารถพูดจาได้จบประโยคได้ตอบได้ หรือการออกกำลังกายระดับปานกลาง <p>หมายเหตุ : การประเมินความหนักของการออกกำลังกาย โดยการทดสอบการพูด (Talk test) แบ่งความหนักของการออกกำลังกายเป็น 3 ระดับ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ออกกำลังกายระดับเบา: ผู้ออกกำลังกายจะสามารถร้องเพลงขณะออกกำลังกายได้ - ออกกำลังกายระดับปานกลาง: ผู้ออกกำลังกายจะสามารถพูดจาได้จบประโยคได้ตอบได้ในขณะออกกำลังกาย แต่ไม่สามารถร้องเพลงได้อย่างปกติ^{***} - ออกกำลังกายระดับหนัก: ผู้ออกกำลังกายจะไม่สามารถพูดได้จบประโยค ตอบโต้ไม่ได้ อย่งปกติ มีอาการเหนื่อยหอบอย่างเห็นได้ชัด <ul style="list-style-type: none"> • เวลา 30 นาที หมายถึง เวลาที่ใช้ในการออกออกกำลังกายในหนึ่งวันซึ่งอาจกระทำต่อเนื่องกันรวดเดียว 30 นาที หรือ สละสลวย 10 นาทีขึ้นไป จำนวน 3 ครั้งจนครบ 30 นาที ก็ได้
ไม่มีเลย	ไม่มีกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติวันละไม่ถึง 30 นาที (ใส่หมายเลข 1)
มีกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ น้อยกว่า	มีกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ น้อยกว่าสัปดาห์ละ 150 นาที หรือ น้อยกว่า 30 นาทีต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ (ใส่หมายเลข 2)

สัปดาห์ละ 150 นาที หรือน้อยกว่า 30 นาทีต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์	
มีกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ มากกว่าหรือเท่ากับสัปดาห์ละ 150 นาที หรือ 30 นาที ต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์	มีกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ มากกว่าหรือเท่ากับสัปดาห์ละ 150 นาที หรือ 30 นาที ต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ (ใ้หมายเลข 3)
ข้อ 5. ท่านนั่งหรือเอนกายเฉยๆติดต่อกันนานเกิน 2 ชั่วโมงหรือไม่อย่างไร	การนั่งหรือเอนกายเฉยๆติดต่อกันนานๆ ทั้งที่บ้าน ที่ทำงาน หรือสถานที่ต่างๆ เช่น การเดินทางอยู่ในรถโดยสารหรือเครื่องบิน การนั่งพูดคุยกับเพื่อน การอ่านหนังสือ การดูโทรทัศน์ การนั่งเล่นคอมพิวเตอร์ การนั่งทำงาน ฯลฯ ซึ่งไม่รวมถึงการนอนหลับพักผ่อน
นั่งหรือเอนกายเฉยๆนานเกิน 2 ชั่วโมงทุกวัน	นั่งหรือเอนกายเฉยๆนานเกิน 2 ชั่วโมง ทั้ง 7 วันในหนึ่งสัปดาห์ (ใ้หมายเลข 1)
นั่งหรือเอนกายเฉยๆนานเกิน 2 ชั่วโมงบางวัน	นั่งหรือเอนกายเฉยๆนานเกิน 2 ชั่วโมง 1-6 วันต่อสัปดาห์ (ใ้หมายเลข 2)
ไม่นั่งหรือเอนกายเฉยๆนานเกิน 2 ชั่วโมงทุกวัน	ไม่นั่งหรือเอนกายเฉยๆนานเกิน 2 ชั่วโมง ทั้ง 7 วันในหนึ่งสัปดาห์ (ใ้หมายเลข 3)
● พฤติกรรมการนอน	
ข้อ 6. ส่วนใหญ่ ท่านเข้านอนและตื่นนอน เวลาใด	การนอน คือ การเข้านอนและการตื่นนอน (ไม่รวมการลุกขึ้นเข้าห้องน้ำ)
เข้านอนเวลา น. ตื่นนอนเวลา น.	ระบุเวลาที่ตื่นนอนและเข้านอน
● พฤติกรรมการดูแลช่องปาก	
ข้อ 7. ท่านแปรงฟันก่อนนอนอย่างไร	แปรงฟันก่อนนอน หมายถึง การทำความสะอาดช่องปากโดยการใช้แปรงสีฟันก่อนเข้านอนแล้วไม่รับประทานอาหารหรือดื่มเครื่องดื่มใดๆ ยกเว้นน้ำเปล่า หรืออาจแปรงล้างหน้าก่อนเข้านอนนานเท่าไรก็ได้ ตราบเท่าที่ไม่รับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มใดๆ ยกเว้นน้ำเปล่าอีกจนเข้านอน เลือกตอบข้อที่ใกล้เคียงกับพฤติกรรมที่ผู้รับการสัมภาษณ์ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่
ไม่แปรงฟันก่อนนอนเลย	ไม่แปรงฟันก่อนนอนเลย (ใ้หมายเลข 1)
แปรงฟันก่อนนอนบางวัน	แปรงฟันก่อนนอนบางวันต่อสัปดาห์ (ใ้หมายเลข 2)
แปรงฟันก่อนนอนนานอย่างน้อย 2 นาทีทุกวัน	แปรงฟันก่อนนอนทุกวัน และแปรงฟันแต่ละครั้งนานอย่างน้อย 2 นาที (ใ้หมายเลข 3)
แปรงฟันก่อนนอนทุกวันแต่ไม่	แปรงฟันก่อนนอนทุกวัน และแปรงฟันแต่ละครั้งนานไม่ถึง 2 นาที (ใ้หมายเลข 4)

ถึง 2 นาที	
ข้อ 8. ในปีที่ผ่านมาท่านไปรับ บริการทันตกรรมหรือไม่ ถ้าไป ท่านไปรับบริการ ทันตกรรมอะไร	
ไม่ไป	ไม่ไปรับบริการทันตกรรมใดๆทั้งสิ้น ในปีที่ผ่านมา (ใส่หมายเลข 1)
ไป โดยไปรับบริการทันตกรรม ดังต่อไปนี้	ไป (ใส่หมายเลข 2) และระบุบริการทันตกรรมที่ได้รับดังต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> ไปรับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก <input type="checkbox"/> อุดฟัน <input type="checkbox"/> ขูดหินปูน <input type="checkbox"/> ถอนฟัน <input type="checkbox"/> รักษาโรคฟัน <input type="checkbox"/> ใส่ฟันปลอม <input type="checkbox"/> ผ่าฟันคุด <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
● พฤติกรรมการสูบบุหรี่	
ข้อ 9. คุณสูบบุหรี่หรือไม่	ผลิตภัณฑ์ยาสูบคือ ยาสูบตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบ รวมถึงผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของ ใบยาสูบ เช่น ยาเส้น บุหรี่ซิการ์เรต บุหรี่ซิการ์ (มาตรา 3)
ไม่สูบ	ไม่สูบบุหรี่ หมายถึง ไม่เคยสูบบุหรี่ประเภทใดเลย (ใส่หมายเลข 1)
สูบมากกว่า 30 นาที แต่น้อย กว่า 1 ชั่วโมงหลังตื่นนอน	สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนเกินครึ่งชั่วโมงแต่ไม่เกิน 1 ชั่วโมง (ใส่หมายเลข 2)
สูบตั้งแต่ 1 ชั่วโมง หลังตื่นนอน	สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนเกิน 1 ชั่วโมง (ใส่หมายเลข 3)
● พฤติกรรมการดื่มสุรา	
ข้อ 10. ท่านดื่มเบียร์เกิน 4 กระป๋อง หรือ 2 ขวดใหญ่ หรือสุราเกิน ½ แบนขึ้นไปหรือไม่	
ไม่เคยเลย	(ใส่หมายเลข 1)
เดือนละครั้ง	(ใส่หมายเลข 2)
สัปดาห์ละครั้ง	(ใส่หมายเลข 3)
ทุกวันหรือเกือบทุกวัน	(ใส่หมายเลข 4)
● พฤติกรรมการขับขีหรือโดยสารรถยนต์	
ข้อ 11. เมื่อขีหรือซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ท่านสวมหมวกนิรภัยบ่อยแค่ไหน	
ไม่เคยเลย	(ใส่หมายเลข 1)
เดือนละครั้ง	(ใส่หมายเลข 2)
สัปดาห์ละครั้ง	(ใส่หมายเลข 3)
ทุกวันหรือเกือบทุกวัน	(ใส่หมายเลข 4)
ข้อ 12. เมื่อขับหรือโดยสารรถยนต์ที่มีเข็มขัดนิรภัยท่านคาดเข็มขัดนิรภัยบ่อยแค่ไหน	
ไม่เคยเลย	(ใส่หมายเลข 1)
เดือนละครั้ง	(ใส่หมายเลข 2)
สัปดาห์ละครั้ง	(ใส่หมายเลข 3)
ทุกวันหรือเกือบทุกวัน	(ใส่หมายเลข 4)

