

แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป)

\*\*\*\*\*

คำชี้แจง : ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย √ ลงในช่อง  หรือเติมข้อมูลตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ .....ปี
3. ที่อยู่ บ้านเลขที่..... หมู่.....ตำบล.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
4. หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....
5. น้ำหนัก ..... กก. ส่วนสูง..... ซม. เส้นรอบเอว ..... นิ้ว
6. สถานภาพสมรส  โสด  สมรส  หม้าย  หย่าร้าง  แยกกันอยู่
7. อาชีพหลักหรืองานที่ใช้เวลาทำเป็นส่วนใหญ่
  - ข้าราชการ/พนักงานราชการ/ลูกจ้างของรัฐ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ (เกเขียน)
  - พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน  ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว
  - เกษตรกร  รับจ้างทั่วไป
  - ว่าง/ไม่มีงานทำ  อื่นๆ ระบุ.....
8. รายได้ของท่านพอเพียงต่อการใช้จ่ายหรือไม่
  - พอเพียง
  - ไม่พอเพียง
  - ไม่มีรายได้
9. การศึกษา (ระบุการศึกษาขั้นสูงสุด)
  - ไม่เคยเรียน  ประถมศึกษา  มัธยมศึกษาตอนต้น
  - มัธยมศึกษาตอนปลาย  ปวช.  ปวส./ปวท./อนุปริญญา
  - ปริญญาตรี ปริญญาโทหรือสูงกว่า  อื่นๆ ระบุ.....
10. ท่านล้างมือด้วยสบู่และน้ำหลังใช้ส้วม
  - ทุกครั้ง
  - บางครั้ง
  - ไม่เคย

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

1. ในรอบปีที่ผ่านมาท่านตรวจสอบสุขภาพประจำปีหรือไม่ (รวมการตรวจสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่ในชุมชน)

ได้ตรวจ       ไม่ได้ตรวจ

2. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

ไม่ทราบ

ไม่มี

มี

โปรดระบุโรคประจำตัวของท่าน (สามารถระบุได้มากกว่า 1 โรค)

เบาหวาน      ( ) รักษาต่อเนื่อง      ( ) ไม่รักษาต่อเนื่อง

ความดันโลหิตสูง      ( ) รักษาต่อเนื่อง      ( ) ไม่รักษาต่อเนื่อง

หัวใจและหลอดเลือด      ( ) รักษาต่อเนื่อง      ( ) ไม่รักษาต่อเนื่อง

ไชมันในเลือดสูง      ( ) รักษาต่อเนื่อง      ( ) ไม่รักษาต่อเนื่อง

ภูมิแพ้      ( ) รักษาต่อเนื่อง      ( ) ไม่รักษาต่อเนื่อง

ภาวะซึมเศร้า      ( ) รักษาต่อเนื่อง      ( ) ไม่รักษาต่อเนื่อง

มะเร็ง      ( ) รักษาต่อเนื่อง      ( ) ไม่รักษาต่อเนื่อง

อื่นๆ      ( ) รักษาต่อเนื่อง      ( ) ไม่รักษาต่อเนื่อง

3. ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านเคยตรวจฟันหรือทำฟันบ้างหรือไม่

เคย

ไม่เคย

4. ท่านแปรงฟันก่อนนอนหรือไม่ (การแปรงฟันก่อนนอน หมายถึง การแปรงฟันหลังอาหารเย็น โดยไม่รับประทานอะไรอีก ยกเว้นน้ำเปล่า จนเข้านอน)

ไม่แปรง เพราะไม่มีฟันแท้เหลือ

ไม่แปรง/แปรงก่อนนอนบ้าง ไม่แปรงบ้าง เป็นบางวัน

แปรงก่อนนอนทุกวัน

5. ท่านมีกิจกรรมทางกายที่ระดับปานกลาง เช่น การเดิน การปั่นจักรยาน การทำงานบ้าน การทำไร่นา หรือการออกกำลังกาย อย่างน้อยวันละ 30 นาที หรือสะสมได้ 150 นาที/สัปดาห์ได้หรือไม่

- ทำไม่ได้เลย
- ทำได้ แต่ไม่ถึง 150 นาที/สัปดาห์
- ทำได้ เท่ากับหรือมากกว่า 150 นาที/สัปดาห์

6. ท่านดื่มน้ำได้อย่างน้อยวันละ 8 แก้ว บ่อยแค่ไหน (น้ำ 1 แก้ว เท่ากับ ปริมาณ 200 มิลลิลิตร)

ยกเว้น ผู้สูงอายุที่มีการจำกัดน้ำภายใต้คำสั่งแพทย์

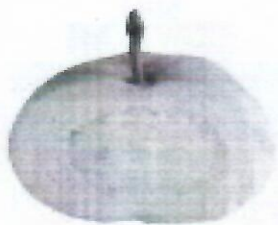
- ดื่มได้ 0 - 2 วันต่อสัปดาห์
- ดื่มได้ 3 - 5 วันต่อสัปดาห์
- ดื่มได้ 6 - 7 วันต่อสัปดาห์

7. ท่านกินผักและผลไม้ได้วันละ 400 กรัมหรือ 5 กำมือ บ่อยแค่ไหน

(ใน 1 วัน กินผัก 3 กำมือและกินผลไม้ 2 กำมือ หรือกินผัก 4 กำมือ และกินผลไม้ 1 กำมือ)

**ตัวอย่างปริมาณผักและผลไม้ที่แนะนำ**

- ✓ ผัก 3 กำมือ (ทัพพี) และ ผลไม้ 2 กำมือ (ส่วน)



**1 ส่วน**



**1 ส่วน (6 คำ)**

ตัวอย่าง

✓ ผัก 4 กำมือ (ทัพพี) และ ผลไม้ 1 กำมือ (ส่วน)



- กินได้ 0 - 2 วันต่อสัปดาห์
- กินได้ 3 - 5 วันต่อสัปดาห์
- กินได้ 6 - 7 วันต่อสัปดาห์

8. ท่านสูบบุหรี่ หรือยาเส้นหรือไม่

- ไม่เคยสูบ
- เคยสูบแต่เลิกแล้ว
- ยังสูบจนถึงปัจจุบัน

9. ปัจจุบันท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่

- ไม่ดื่ม
- ดื่มเฉพาะเทศกาลหรือวันพิเศษ
- ดื่มเป็นประจำ

10. ใน 1 คืน ท่านนอนหลับได้จริงกี่ชั่วโมง

- น้อยกว่า 5 ชั่วโมง
- 5 - 6 ชั่วโมง
- 7 - 8 ชั่วโมง



การแปลผลแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป)

1. ในรอบปีที่ผ่านมาท่านตรวจสอบสุขภาพประจำปีหรือไม่ (รวมการตรวจสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่ในชุมชน)

ได้ตรวจ  ไม่ได้ตรวจ

ตอบ ได้ตรวจ เท่ากับ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์

2. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

ไม่ทราบ

ไม่มี

มี โปรดระบุโรคประจำตัวของท่าน (สามารถระบุได้มากกว่า 1 โรค)

เบาหวาน ( ) รักษาต่อเนื่อง ( ) ไม่รักษาต่อเนื่อง

ความดันโลหิตสูง ( ) รักษาต่อเนื่อง ( ) ไม่รักษาต่อเนื่อง

หัวใจและหลอดเลือด ( ) รักษาต่อเนื่อง ( ) ไม่รักษาต่อเนื่อง

ไขมันในเลือดสูง ( ) รักษาต่อเนื่อง ( ) ไม่รักษาต่อเนื่อง

ภูมิแพ้ ( ) รักษาต่อเนื่อง ( ) ไม่รักษาต่อเนื่อง

ภาวะซึมเศร้า ( ) รักษาต่อเนื่อง ( ) ไม่รักษาต่อเนื่อง

มะเร็ง ( ) รักษาต่อเนื่อง ( ) ไม่รักษาต่อเนื่อง

อื่นๆ ( ) รักษาต่อเนื่อง ( ) ไม่รักษาต่อเนื่อง

3. ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านเคยตรวจฟันหรือทำฟันบ้างหรือไม่

เคย

ไม่เคย

4. ท่านแปรงฟันก่อนนอนหรือไม่ (การแปรงฟันก่อนนอน หมายถึง การแปรงฟันหลังอาหารเย็น โดยไม่รับประทานอะไรอีก ยกเว้นน้ำเปล่า จนเข้านอน)

ไม่แปรง เพราะไม่มีฟันแท้เหลือ

ไม่แปรง/แปรงก่อนนอนบ้าง ไม่แปรงบ้าง เป็นบางวัน

แปรงก่อนนอนทุกวัน

ตอบ ไม่แปรง เพราะไม่มีฟันแท้เหลือ กับ แปรงก่อนนอนทุกวัน เท่ากับ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์

5. ท่านมีกิจกรรมทางกายที่ระดับปานกลาง เช่น การเดิน การปั่นจักรยาน การทำงานบ้าน การทำไร่ ทำสวน ทำนา หรือการออกกำลังกาย อย่างน้อยวันละ 30 นาที หรือสะสมได้อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ ได้หรือไม่

- ทำไม่ได้เลย
- ทำได้ แต่ไม่ถึง 150 นาทีต่อสัปดาห์
- ทำได้ เท่ากับหรือมากกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์

ตอบ ทำได้ เท่ากับหรือมากกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ เท่ากับ มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่พึงประสงค์

6. ท่านดื่มน้ำได้อย่างน้อยวันละ 8 แก้ว ได้หรือไม่ (น้ำ 1 แก้ว เท่ากับ ปริมาณ 200 มิลลิลิตร)

ยกเว้น ผู้สูงอายุที่มีการจำกัดน้ำภายใต้คำสั่งแพทย์

- ดื่มได้ 0 - 2 วันต่อสัปดาห์
- ดื่มได้ 3 - 5 วันต่อสัปดาห์
- ดื่มได้ 6 - 7 วันต่อสัปดาห์

ตอบ ดื่มได้ 6 - 7 วันต่อสัปดาห์ เท่ากับ มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่พึงประสงค์

7. ท่านกินผักและผลไม้ได้วันละ 400 กรัมหรือ 5 กำมือ ได้หรือไม่

- กินได้ 0 - 2 วันต่อสัปดาห์
- กินได้ 3 - 5 วันต่อสัปดาห์
- กินได้ 6 - 7 วันต่อสัปดาห์

ตอบ กินได้ 6 - 7 วันต่อสัปดาห์ เท่ากับ มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่พึงประสงค์

8. ท่านสูบบุหรี่ หรือยาเส้นหรือไม่

- ไม่เคยสูบ
- เคยสูบแต่เลิกแล้ว
- ยังสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน

ตอบ ไม่เคยสูบ หรือ เคยสูบแต่เลิกแล้ว เท่ากับ มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่พึงประสงค์

9. ปัจจุบันท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่

- ไม่ดื่ม
- ดื่มเฉพาะเทศกาลหรือวันพิเศษ
- ดื่มเป็นประจำ

ตอบ ไม่ดื่มหรือดื่มเฉพาะเทศกาลหรือวันพิเศษ เท่ากับ มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่พึงประสงค์

10. ใน 1 คืน ท่านนอนหลับได้จริงกี่ชั่วโมง

น้อยกว่า 5 ชั่วโมง

5 - 6 ชั่วโมง

7 - 8 ชั่วโมง

ตอบ 7 - 8 ชั่วโมง เท่ากับ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์



คิวอาร์โค้ด แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

<http://203.157.104.248/home?formId=a0c4ea3c-7c3a-49f5-9424->

f858e001a730





คิวอาร์โค้ด คู่มือการดำเนินงานตัวชี้วัดฯ  
<https://rb.gy/kuv3hn>



คิวอาร์โค้ด แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์  
<http://answer-sheet.moph.go.th/home?formId=a0c4ea3c-7c3a-49f5-9424-f858e001a730>