

นวัตกรรม แบบสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในกลุ่มวัยทำงาน

สำนักทันตสาธารณสุขได้รับมอบหมายจากคณบดีวิทยาลัยทำงานให้เป็นเจ้าภาพในการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของวัยทำงาน ซึ่งในปี 2560 ดำเนินการในพื้นที่นำร่อง 4 จังหวัด ใน 4 ศูนย์อนามัย และได้ข้อสรุปเกี่ยวกับแบบสอบถามในการเก็บข้อมูลพฤติกรรม และแนวทางการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในวัยทำงาน

การดำเนินงานใน พ.ศ. 2561 เป็นการขยายพื้นที่ไปครบ 12 ศูนย์อนามัยและสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัด โดยจัดประชุมศูนย์อนามัยและจังหวัดในวันที่ 23-24 พฤศจิกายน 2560 และ 12-13 มีนาคม 2561 เพื่อร่วมกันพัฒนาแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในกลุ่มวัยทำงาน 12 ข้อ สำหรับเป็นเครื่องมือในการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงาน รวมถึงพัฒนาแนวทางการเก็บข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของวัยทำงานที่จะดำเนินการในปีนี้ เพื่อให้จังหวัด ศูนย์อนามัย และคณบดีวิทยาลัยทำงาน ได้มีข้อมูลพื้นฐานของพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานเพื่อใช้พัฒนามาตรการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมที่ยังไม่เหมาะสมและใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงในการติดตามการทำงานส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานต่อไป

แบบสอบถามที่ได้พัฒนาขึ้นสำหรับการสำรวจพฤติกรรมวัยทำงานในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูล ลักษณะทั่วไป สภาวะสุขภาพ โรค NCD BMI และพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญของวัยทำงาน ซึ่งคำถาม 12 ข้อในแบบสอบถามประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวัยทำงาน ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพหลัก
2. สภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว
3. โรคประจำตัว ได้แก่ ความดันสูง ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคไต และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ถุงลมโป่งพอง)
4. พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในกลุ่มวัยทำงาน 12 ข้อ ได้แก่
 - 4.1 พฤติกรรมการบริโภค ได้แก่ การกินผัก การเติมเครื่องปรุงรสเค็ม และการดื่มเครื่องดื่มรสหวาน
 - 4.2 กิจกรรมทางกาย ได้แก่ กิจกรรมทางกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ ทั้งในการทำงาน การเดินทาง หรือนันทนาการ (ออกกำลังกาย) พฤติกรรมเนือยนิ่ง และ พฤติกรรมการนอน
 - 4.3 สุขภาพช่องปาก ได้แก่ พฤติกรรมการแปรงฟันก่อนนอน การแปรงฟันนาน 2 นาที และการไปรับบริการทันตกรรม
 - 4.4 พฤติกรรมการสูบบุหรี่
 - 4.5 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
 - 4.6 พฤติกรรมการสวมหมวกกันน็อค
 - 4.7 พฤติกรรมการคาดเข็มขัดนิรภัย

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม จะนำไปใช้ประเมินความสัมพันธ์ของสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อกำหนดมาตรการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในกลุ่มวัยทำงานต่อไป

คำถาม 12 ข้อการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชาชนวัยทำงาน

ข้อ	คำถาม	ตัวเลือก
1.	ทำกินผักอย่างน้อย 5 ชนิดต่อวันอย่างไร	<input type="checkbox"/> 1. ไม่กินเลย <input type="checkbox"/> 2. กิน 1-3 วันต่อสัปดาห์ <input type="checkbox"/> 3. กิน 4-6 วันต่อสัปดาห์ <input checked="" type="checkbox"/> 4. กินทุกวัน
2.	ทำกินผลไม้ปรุงรสเค็มหรือไม่	<input checked="" type="checkbox"/> 1. ไม่เค็มเลย <input type="checkbox"/> 2. เค็มเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 3. เค็มเล็กน้อยปรุงรสเค็มบางครั้ง <input type="checkbox"/> 4. เค็มเล็กน้อยปรุงรสเค็มทุกครั้ง
3.	ทำกินเค็มหรือรสหวานหรือไม่	<input checked="" type="checkbox"/> 1. ไม่เค็มเลย <input type="checkbox"/> 2. เค็ม 1-3 วันต่อสัปดาห์ <input type="checkbox"/> 3. เค็ม 4-6 วันต่อสัปดาห์ <input type="checkbox"/> 4. เค็มทุกวัน
4.	ทำมีกิจกรรมทางกายหรือเล่นกีฬาในท่ามกลางผู้ฝึกหรือกว่าปกติ ทั้งในการทำงาน การเดินทาง หรือนันทนาการ (ออกกำลังกาย) หรือไม่อย่างไร	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีเลย <input type="checkbox"/> 2. มีกิจกรรมทางกายน้อยกว่าปกติ น้อยกว่าสัปดาห์ละ 150 นาที หรือ น้อยกว่า 30 นาทีต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ <input type="checkbox"/> 3. มีกิจกรรมทางกายหรือเล่นกีฬามากกว่าปกติ สัปดาห์ละ 150 นาที หรือ 30 นาทีต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ หรือ มากกว่า
5.	ทำดื่ม หรือเล่นกาสิโนบ้างหรือไม่กี่ครั้งในสัปดาห์	<input checked="" type="checkbox"/> 1. มีการดื่มหรือเล่นกาสิโนกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน <input type="checkbox"/> 2. มีการดื่มหรือเล่นกาสิโน 2-4 ชั่วโมงต่อวัน <input type="checkbox"/> 3. มีการดื่มหรือเล่นกาสิโน 4-6 ชั่วโมงต่อวัน <input type="checkbox"/> 4. มีการดื่มหรือเล่นกาสิโนมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน
6.	ทำมีประวัติภาวะหัวใจท่อน้ำลายอุดตัน และลิ้นหัวใจผิดปกติหรือไม่	เข้าเรียนเวลา ... น. ตื่นนอนเวลา ... น.
7.	ทำรับประทานไขมันอิ่มตัวอย่างน้อย 2 ชนิดหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ไม่รับประทานเลย <input type="checkbox"/> 2. รับประทานเป็นบางครั้ง <input type="checkbox"/> 3. รับประทานไขมันอิ่มตัวอย่างน้อย 2 ชนิดทุกวัน <input type="checkbox"/> 4. รับประทานไขมันอิ่มตัวทุกวันแล้วถึง 2 ชนิด
8.	ทำไปรับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลหรือไม่ อย่างไร	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ไป <input type="checkbox"/> 2. ไป โดยไม่รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก <input type="checkbox"/> 3. ไป โดยไม่รับบริการ ซุดฟัน ซุดฟันปลอม ถอนฟัน <input type="checkbox"/> 4. ไป โดยไม่รับบริการรักษาโรคฟัน ฝังฟันปลอม ย่างฟันอุด
9.	ทำสูบบุหรี่หรือไม่ อย่างไร	<input type="checkbox"/> 1. ไม่สูบ <input type="checkbox"/> 2. สูบมาแต่ก่อน 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมงหลังตื่นนอน <input type="checkbox"/> 3. สูบมาแต่ก่อน 1 ชั่วโมงขึ้นไปหลังตื่นนอน
10.	ทำดื่มเครื่องดื่ม 4 กระป๋อง หรือ 2 ขวดใหญ่ หรือสุราเกิน 1/2 ม้วนขึ้นไปหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ดื่มเลย <input type="checkbox"/> 2. ดื่มเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 3. ดื่มเล็กน้อยครั้ง <input type="checkbox"/> 4. ทุกวันหรือเกือบทุกวัน
11.	เมื่อซื้อหรือซ่อมทำรถยนต์จากคนค้าขายรวมพวกเดียวกันบ่อยหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยซื้อหรือซ่อมทำรถยนต์จากคนค้าขายเลย <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคยซ่อมเลย <input type="checkbox"/> 3. บางครั้ง <input checked="" type="checkbox"/> 4. ทุกครั้ง
12.	เมื่อซื้อหรือซ่อมทำรถยนต์จากคนค้าขายรวมพวกเดียวกันบ่อยหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยซื้อหรือซ่อมทำรถยนต์จากคนค้าขายเลย <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคยซ่อมเลย <input type="checkbox"/> 3. บางครั้ง <input checked="" type="checkbox"/> 4. ทุกครั้ง

แบบสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในกลุ่มวัยทำงาน

ชื่อ.....นามสกุล.....ที่อยู่ ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด.....

อายุ 15- 29 ปี 30-44 ปี 45-59 ปี เพศ ชาย หญิง

อาชีพหลัก ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว

เกษตรกร รับจ้างทั่วไป นักเรียน / นิสิต / นักศึกษา พ่อบ้าน/แม่บ้าน ว่างาน/ ไม่มีงานทำ

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. รอบเอว.....ซม.

โรคประจำตัว (จากการวินิจฉัยของแพทย์) ความดันสูง ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด
 โรคเมะเร็ง โรคไต โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ถุงลมโป่งพอง)

คำถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์กลุ่มวัยทำงาน 12 ข้อ

ข้อ	คำถาม	ตัวเลือก
1.	ท่านกินผักอย่างน้อย 5 ทับพีต่อวันอย่างไร	<input type="checkbox"/> 1. ไม่กินเลย <input type="checkbox"/> 2. กิน 1-3 วันต่อสัปดาห์ <input type="checkbox"/> 3. กิน 4-6 วันต่อสัปดาห์ <input type="checkbox"/> 4. กินทุกวัน
2.	ท่านเติมเครื่องปรุงรสเค็มหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ไม่เติมเครื่องปรุงรสเค็มเลย <input type="checkbox"/> 2. เติมเครื่องปรุงรสเค็มบางครั้ง <input type="checkbox"/> 3. เติมเครื่องปรุงรสเค็มทุกครั้ง
3.	ท่านดื่มเครื่องดื่มรสหวานหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ดื่มเลย <input type="checkbox"/> 2. ดื่ม 1-3 วันต่อสัปดาห์ <input type="checkbox"/> 3. ดื่ม 4-6 วันต่อสัปดาห์ <input type="checkbox"/> 4. ดื่มทุกวัน
4.	ท่านมีกิจกรรมทางกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ ทั้งในการทำงาน การเดินทาง หรือนันทนาการ (ออกกำลังกาย) หรือไม่อย่างไร	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีเลย <input type="checkbox"/> 2. มีกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ น้อยกว่าสัปดาห์ละ 150 นาที หรือน้อยกว่า30 นาทีต่อวัน 5วันต่อสัปดาห์ <input type="checkbox"/> 3. มีกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ มากกว่าหรือเท่ากับสัปดาห์ละ 150 นาที หรือ 30 นาที ต่อวัน 5วันต่อสัปดาห์
5.	ท่านนั่ง หรือเอนกายเฉยๆ ติดต่อกันนานเกิน 2 ชั่วโมงหรือไม่ อย่างไร	<input type="checkbox"/> 1. นั่งหรือเอนกายเฉยๆ นานเกิน 2 ชั่วโมงทุกวัน <input type="checkbox"/> 2. นั่งหรือเอนกายเฉยๆ นานเกิน 2 ชั่วโมงบางวัน <input type="checkbox"/> 3. ไม่นั่งหรือเอนกายเฉยๆ นานเกิน 2 ชั่วโมงทุกวัน
6.	กิจวัตรประจำวันส่วนใหญ่ท่านเข้านอนและตื่นนอน อย่างไร	เข้านอนเวลา น. ตื่นนอนเวลา น.
7.	ท่านแปรงฟันก่อนนอนอย่างน้อย 2 นาทีหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ไม่แปรงฟันก่อนนอนเลย <input type="checkbox"/> 2. แปรงฟันก่อนนอนบางวัน <input type="checkbox"/> 3. แปรงฟันก่อนนอนอย่างน้อย 2 นาทีทุกวัน <input type="checkbox"/> 4. แปรงฟันก่อนนอนทุกวันแต่ไม่ถึง2นาที
8.	ในปีที่ผ่านมาท่านไปรับบริการทันตกรรมหรือไม่ ถ้าไปท่านไปรับบริการทันตกรรม อะไร	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ไป <input type="checkbox"/> 2. ไป โดยไปรับบริการทันตกรรมดังต่อไปนี้ <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.....
9.	ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ อย่างไร	<input type="checkbox"/> 1. ไม่สูบ <input type="checkbox"/> 2. สูบมวนแรกในช่วง 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมงหลังตื่นนอน <input type="checkbox"/> 3. สูบมวนแรกหลัง 1 ชั่วโมงขึ้นไปหลังตื่นนอน
10.	ท่านดื่มเบียร์เกิน 4 กระป๋องหรือ 2 ขวดใหญ่ หรือสุราเกิน½ แบนขึ้นไปหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยเลย <input type="checkbox"/> 2. เดือนละครั้ง <input type="checkbox"/> 3. สัปดาห์ละครั้ง <input type="checkbox"/> 4. ทุกวันหรือเกือบทุกวัน
11.	เมื่อซื้อหรือซ่อมท้ายรถจักรยานยนต์ท่านสวมหมวกนิรภัยบ่อยแค่ไหน	<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยซื้อหรือซ่อมท้ายรถจักรยานยนต์เลย <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคยสวมเลย <input type="checkbox"/> 3. บางครั้ง <input type="checkbox"/> 4. ทุกครั้ง
12.	เมื่อขับหรือโดยสารรถยนต์ที่มีเข็มขัดนิรภัยท่านคาดเข็มขัดนิรภัยบ่อยแค่ไหน	<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยขับหรือโดยสารรถยนต์ที่มีเข็มขัดนิรภัยเลย <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคยคาดเลย <input type="checkbox"/> 3. บางครั้ง <input type="checkbox"/> 4. ทุกครั้ง

ชื่อสถานบริการที่บันทึกข้อมูล.....

คำอธิบายการลงข้อมูลแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์วัยทำงาน

<p>● ข้อมูลจังหวัด</p>	
ชื่อสถานบริการ	ชื่อสถานบริการที่บันทึกข้อมูล โดยระบุชื่อ
หมู่ที่	หมู่ที่บันทึกข้อมูล โดยระบุชื่อ
ตำบล	ตำบลที่บันทึกข้อมูล โดยระบุชื่อ
อำเภอ	อำเภอที่บันทึกข้อมูล โดยระบุชื่อ
จังหวัด	จังหวัดที่บันทึกข้อมูล โดยระบุชื่อ
<p>● ข้อมูลพื้นฐานบุคคล</p>	
ID	ระบุเลขประจำตัวประชาชนของกลุ่มเป้าหมาย
ชื่อ สกุล	ระบุชื่อ-นามสกุลของกลุ่มเป้าหมาย
เพศ	ระบุเพศของกลุ่มเป้าหมาย (ชาย=1 หญิง=2)
อายุ	ระบุอายุตามจริงเป็นจำนวนเต็ม หน่วยเป็นปี
น้ำหนัก	ระบุน้ำหนักตามจริงของกลุ่มเป้าหมาย หน่วยเป็นกิโลกรัม
ส่วนสูง	ระบุส่วนสูงตามจริงของกลุ่มเป้าหมาย หน่วยเป็นเซนติเมตร
รอบเอว	ให้ใช้สายวัด วัดรอบเอวกลุ่มตัวอย่าง และเขียนระบุในหน่วยเซนติเมตร
<p>● พฤติกรรมการบริโภค</p>	
ข้อ 1. ทานกินผักอย่างน้อย 5 ทัพพีต่อวันอย่างไร	ผัก หมายถึง ผักดิบหรือผักที่ผ่านการปรุงสุกแล้ว
กินผัก	<p>กินผัก 5 ทัพพีทุกวันหรือไม่ ผัก หมายถึง ผักดิบหรือผักที่ผ่านการปรุงสุกแล้ว ทั้งนี้ ไม่รวมผักดอง หรือผักที่ผ่านการแปรรูปเพื่อบรรจุกระป๋อง (ผักกระป๋อง) หมายถึง ผักสุก 1 ทัพพี (ประมาณ 40 กรัม) มีปริมาณเท่ากับ 3 ช้อนกินข้าว หากกินผักดิบให้คิดปริมาณเป็น 2 เท่าของผักสุก เช่น ผักกาดหอม ผักสลัด แตงกวา เป็นต้น</p>  <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. ทานเติมเครื่องปรุงรสเค็มหรือไม่	เติมเครื่องปรุงรสเค็มเพิ่มจากอาหารพร้อมรับประทาน เครื่องปรุงรสเค็ม เช่น เกลือ น้ำปลา น้ำปลาร้า ซีอิ๊ว ซอสปรุงรส ซอสมะเขือเทศ น้ำจิ้มพริกกะเกลือ เป็นต้น
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 (ใส่มายเลข 1)
ดื่ม 1-3 วันต่อสัปดาห์	ดื่มเครื่องดื่มรสหวาน 1-3 วันต่อสัปดาห์ (ใส่มายเลข 2)
ดื่ม 4-6 วันต่อสัปดาห์	ดื่มเครื่องดื่มรสหวาน 4-6 วันต่อสัปดาห์ (ใส่มายเลข 3)
ดื่มทุกวัน	ดื่มเครื่องดื่มรสหวานทุกวัน (ใส่มายเลข 4)
● พฤติกรรมกิจกรรมการทางกาย	
ข้อ 4. ท่านมีกิจกรรมทางกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ ทั้งในการทำงาน การเดินทาง หรือนันทนาการ (ออกกำลังกาย) หรือไม่อย่างไร	<p>การมีกิจกรรมทางกายหมายถึง การที่ร่างกายได้เคลื่อนไหว ออกแรง หรือออกกำลังกายทั้งในรูปแบบที่เป็นกิจกรรมที่ทำในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงานบ้าน งานสวน งานอาชีพที่ใช้แรงต่างๆ หรือการเดินทางจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง เช่นการเดินทางหรือการปั่นจักรยานไปทำงาน /ไปทำธุระต่างๆ การเดินขึ้นบันได การเดินขึ้นสะพานลอย เป็นต้น หรือการตั้งใจทำกิจกรรมเพื่อออกแรงหรือออกกำลังกาย เช่น การออกกำลังกายกับกลุ่มชมรมต่างๆ เช่นเต้นแอโรบิก ลีลาศ ซิ่ง โยคะ การเล่นกีฬาต่าง ๆ เป็นต้น</p> <ul style="list-style-type: none"> • จนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ หมายถึง การที่ร่างกายมีการหายใจเร็วกว่าปกติ แต่ยังสามารถพูดจาได้จบประโยคโต้ตอบได้ หรือการออกกำลังกายระดับปานกลาง <p>หมายเหตุ : การประเมินความหนักของการออกกำลังกาย โดยการทดสอบการพูด (Talk test) แบ่งความหนักของการออกกำลังกายเป็น 3 ระดับ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ออกกำลังกายระดับเบา: ผู้ออกกำลังกายจะสามารถร้องเพลงขณะออกกำลังกายได้ - ออกกำลังกายระดับปานกลาง: ผู้ออกกำลังกายจะสามารถพูดจาได้จบประโยคโต้ตอบได้ในขณะออกกำลังกาย แต่ไม่สามารถร้องเพลงได้อย่างปกติ*** - ออกกำลังกายระดับหนัก: ผู้ออกกำลังกายจะไม่สามารถพูดได้จนจบประโยค ตอบโต้ไม่ได้ <p>อย่างปกติ มีอาการเหนื่อยหอบอย่างเห็นได้ชัด</p> <ul style="list-style-type: none"> • เวลา 30 นาที หมายถึง เวลาที่ใช้ในการออกออกกำลังกายในหนึ่งวันซึ่งอาจกระทำต่อเนื่องกันรวดเดียว 30 นาที หรือ สละครั้งละ 10 นาทีขึ้นไป จำนวน 3 ครั้งจนครบ 30 นาที ก็ได้
ไม่มีเลย	ไม่มีกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติวันละไม่ถึง 30 นาที (ใส่มายเลข 1)
มีกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ น้อยกว่าสัปดาห์ละ 150 นาที หรือน้อยกว่า 30 นาทีต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์	มีกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ น้อยกว่าสัปดาห์ละ 150 นาที หรือ น้อยกว่า 30 นาทีต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ (ใส่มายเลข 2)
มีกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ มากกว่าหรือเท่ากับสัปดาห์ละ 150 นาที หรือ 30 นาที ต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์	มีกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ มากกว่าหรือเท่ากับสัปดาห์ละ 150 นาที หรือ 30 นาที ต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ (ใส่มายเลข 3)
ข้อ 5.ท่านนั่งหรือเอนกายเฉยๆติดต่อกันนานเกิน 2 ชั่วโมงหรือไม่อย่างไร	การนั่งหรือเอนกายเฉยๆติดต่อกันนานๆ ทั้งที่บ้าน ที่ทำงาน หรือสถานที่ต่างๆ เช่น การเดินทางอยู่ในรถโดยสารหรือเครื่องบิน การนั่งพูดคุยกับเพื่อน การอ่านหนังสือ การดู

	โทรทัศน์ การนั่งเล่นคอมพิวเตอร์ การนั่งทำงาน ฯลฯ ซึ่งไม่รวมถึงการนอนหลับพักผ่อน
นั่งหรือเอนกายเฉยๆนานเกิน 2 ชั่วโมงทุกวัน	นั่งหรือเอนกายเฉยๆนานเกิน 2 ชั่วโมง ทั้ง 7 วันในหนึ่งสัปดาห์ (ใส่หมายเลข 1)
นั่งหรือเอนกายเฉยๆนานเกิน 2 ชั่วโมงบางวัน	นั่งหรือเอนกายเฉยๆนานเกิน 2 ชั่วโมง 1-6 วันต่อสัปดาห์ (ใส่หมายเลข 2)
ไม่นั่งหรือเอนกายเฉยๆนานเกิน 2 ชั่วโมงทุกวัน	ไม่นั่งหรือเอนกายเฉยๆนานเกิน 2 ชั่วโมง ทั้ง 7 วันในหนึ่งสัปดาห์ (ใส่หมายเลข 3)
● พฤติกรรมการนอน	
ข้อ 6. กิจวัตรประจำวันส่วนใหญ่ ท่านเข้านอน และตื่นนอน อย่างไร	การนอน คือ การเข้านอนและการตื่นนอน (ไม่รวมการลุกขึ้นเข้าห้องน้ำ)
เข้านอนเวลา น. ตื่นนอนเวลา น.	ระยะเวลาที่ตื่นนอนและเข้านอน
● พฤติกรรมการดูแลช่องปาก	
ข้อ 7. ท่านแปรงฟันก่อนนอน นานอย่างน้อย 2 นาทีหรือไม่	แปรงฟันก่อนนอน หมายถึง การทำความสะอาดช่องปากโดยการใช้แปรงสีฟันก่อนเข้านอนแล้วไม่รับประทานอาหารหรือดื่มเครื่องดื่มใดๆ ยกเว้นน้ำเปล่า หรืออาจแปรงล้วงหน้าก่อนเข้านอนนานเท่าไรก็ได้ トラบเท่าที่ไม่รับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มใดๆ ยกเว้นน้ำเปล่า อีกรจนเข้านอน เลือกตอบข้อที่ใกล้เคียงกับพฤติกรรมที่ผู้รับการสัมภาษณ์ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่
ไม่แปรงฟันก่อนนอนเลย	ไม่แปรงฟันก่อนนอนเลย (ใส่หมายเลข 1)
แปรงฟันก่อนนอนบางวัน	แปรงฟันก่อนนอนบางวันต่อสัปดาห์ (ใส่หมายเลข 2)
แปรงฟันก่อนนอนนานอย่างน้อย 2 นาทีทุกวัน	แปรงฟันก่อนนอนทุกวัน และแปรงฟันแต่ละครั้งนานอย่างน้อย 2 นาที (ใส่หมายเลข 3)
แปรงฟันก่อนนอนทุกวันแต่ไม่ถึง 2 นาที	แปรงฟันก่อนนอนทุกวัน และแปรงฟันแต่ละครั้งนานไม่ถึง 2 นาที (ใส่หมายเลข 4)
ข้อ 8. ในปีที่ผ่านมาท่านไปรับบริการทันตกรรมหรือไม่ ถ้าไป ท่านไปรับบริการทันตกรรมอะไร	
ไม่ไป	ไม่ไปรับบริการทันตกรรมใดๆทั้งสิ้น ในปีที่ผ่านมา (ใส่หมายเลข 1)
ไป โดยไปรับบริการทันตกรรมดังต่อไปนี้	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 รวมถึงผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของใบยาสูบ เช่น ยาเส้น บุหรี่ซิการ์ แรต บุหรี่ซิการ์ (มาตรา 3)
ไม่สูบ	ไม่สูบบุหรี่ หมายถึง ไม่เคยสูบบุหรี่ประเภทใดเลย (ใส่หมายเลข 1)
สูบมากกว่า 30 นาที แต่น้อยกว่า 1 ชั่วโมงหลังตื่นนอน	สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนเกินครึ่งชั่วโมงแต่ไม่เกิน 1 ชั่วโมง (ใส่หมายเลข 2)

สูบตั้งแต่ 1 ชั่วโมง หลังตื่นนอน	สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนเกิน 1 ชั่วโมง	(ใส่นหมายเลข 3)
<ul style="list-style-type: none"> ● พฤติกรรมการดื่มสุรา 		
ข้อ 10. ท่านดื่มเบียร์เกิน 4 กระป๋อง หรือ 2 ขวดใหญ่ หรือสุราเกิน ½ แบนขึ้นไปหรือไม่		
ไม่เคยเลย	(ใส่นหมายเลข 1)	
เดือนละครั้ง	(ใส่นหมายเลข 2)	
สัปดาห์ละครั้ง	(ใส่นหมายเลข 3)	
ทุกวันหรือเกือบทุกวัน	(ใส่นหมายเลข 4)	
<ul style="list-style-type: none"> ● พฤติกรรมการขับขีหรือโดยสารรถยนต์ 		
ข้อ 11. เมื่อขีหรือซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ท่านสวมหมวกนิรภัยบ่อยแค่ไหน		
ไม่เคยเลย	(ใส่นหมายเลข 1)	
เดือนละครั้ง	(ใส่นหมายเลข 2)	
สัปดาห์ละครั้ง	(ใส่นหมายเลข 3)	
ทุกวันหรือเกือบทุกวัน	(ใส่นหมายเลข 4)	
ข้อ 12. เมื่อขับหรือโดยสารรถยนต์ที่มีเข็มขัดนิรภัยท่านคาดเข็มขัดนิรภัยบ่อยแค่ไหน		
ไม่เคยเลย	(ใส่นหมายเลข 1)	
เดือนละครั้ง	(ใส่นหมายเลข 2)	
สัปดาห์ละครั้ง	(ใส่นหมายเลข 3)	
ทุกวันหรือเกือบทุกวัน	(ใส่นหมายเลข 4)	