

แบบสำรวจสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ

- ชาย
- หญิง

2. อายุ ปี (เศษที่เกิน 6 เดือนนับเป็น 1 ปี)

3. สถานภาพ

- โสด
- สมรส
- หย่า
- แยกกันอยู่

4. การศึกษา

- ต่ำกว่าปริญญาตรี
- ปริญญาตรี
- ปริญญาโท
- ปริญญาเอก

5. ตำแหน่งงานในปัจจุบัน

- ผู้บริหาร/ข้าราชการประเภทอำนวยการ
- ข้าราชการประเภทวิชาการ
- ข้าราชการประเภททั่วไป
- พนักงานราชการ
- ลูกจ้างประจำ

6. หน่วยงาน

- กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร
- กลุ่มตรวจสอบภายใน
- กองกฎหมาย
- กองการเจ้าหน้าที่
- กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ
- กองคลัง
- กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ
- กองแผนงาน
- กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ
- สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ
- สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

- สำนักงานเลขานุการกรม
- สำนักทันตสาธารณสุข
- สำนักโภชนาการ
- สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ
- สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม
- ศูนย์ความร่วมมือระหว่างประเทศ
- ศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ
- ศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย
- ศูนย์อนามัยชาติพันธุ์ ชายขอบฯ
- ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
- ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก
- ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์
- ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี
- ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี
- ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี
- ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
- ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรดิตถ์
- ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
- ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
- ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช
- ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา
- สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

7. โดยรวมแล้ว รายได้ที่ท่านได้รับทั้งหมดในแต่ละเดือนเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับรายจ่ายทั้งหมดในแต่ละเดือน

- รายจ่ายเกินกว่ารายได้มาก
- รายจ่ายเกินกว่ารายได้เล็กน้อย
- รายจ่ายเท่ากับรายได้
- รายจ่ายน้อยกว่ารายได้
- รายจ่ายน้อยกว่ารายได้มาก

8. โดยรวมแล้ว ท่านมีเงินเก็บออมในแต่ละเดือนหรือไม่

- ไม่มี/มีน้อยที่สุด
- มี/เก็บออมเพียงเล็กน้อย
- มี/เก็บออมปานกลาง
- มี/เก็บออมมาก
- มี/เก็บออมมากที่สุด

9. ท่านรู้สึกว่าการผ่อนชำระหนี้สินต่างๆ โดยรวมของท่านในปัจจุบันเป็นภาระ หรือไม่

- เป็นภาระหนักที่สุด
- เป็นภาระหนักมาก
- เป็นภาระปานกลาง
- เป็นภาระน้อย
- ไม่เป็นภาระ/ไม่ได้ผ่อนชำระ/ไม่มีหนี้สิน

ส่วนที่ 2 สภาวะสุขภาพ

1. น้ำหนักปัจจุบันของท่าน(กิโลกรัม)
2. ส่วนสูงของท่าน..... (เซนติเมตร)
3. เส้นรอบเอว(เซนติเมตร)
4. ท่านมีโรคประจำตัว (จากการวินิจฉัยของแพทย์) หรือไม่
 - ไม่มีโรคประจำตัว
 - มีโรคประจำตัว

กรณี queตอบว่ามีโรคประจำตัว ท่านเป็นโรคอะไร (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

- ความดันโลหิตสูง
 - ไขมันในเลือดสูง
 - โรคเบาหวาน
 - โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด
 - โรคไต
 - โรคมะเร็ง
 - โรคภูมิแพ้
 - ภาวะซีมเศร้า
 - โรคเก๊าท์
 - อื่นๆ ระบุ
5. 1 ปีที่ผ่านมา ท่านได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีหรือไม่
 - ตรวจ
 - ไม่ได้ตรวจ

กรณี queตอบว่า ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี

1. การตรวจสุขภาพประจำปี (สำหรับผู้ที่มียาอายุน้อยกว่า 35 ปี)

| ประเด็นการตรวจสุขภาพ | จำนวน (คน) / ร้อยละ | | | |
|--|---------------------|---------|-----------|------------|
| | ปกติ | ไม่ปกติ | ไม่ทราบผล | ไม่เคยตรวจ |
| ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) | | | | |
| ปัสสาวะ (Urine Examination) | | | | |
| อุจจาระ (Stool Examination and Occult blood) | | | | |
| เอกซเรย์ปอด (Chest X-ray) | | | | |
| ตรวจภายในและตรวจมะเร็งปากมดลูก (PV, Pap smear) | | | | |

2. การตรวจสุขภาพประจำปี (สำหรับผู้ที่มียุมากกว่า 35 ปี)

| ประเด็นการตรวจสุขภาพ | จำนวน (คน) / ร้อยละ | | | |
|---|---------------------|---------|-----------|------------|
| | ปกติ | ไม่ปกติ | ไม่ทราบผล | ไม่เคยตรวจ |
| ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) | | | | |
| ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) | | | | |
| คลอเลสเทอรอล | | | | |
| ไขมันชนิดดี HDL | | | | |
| ไขมันไม่ดี LDL | | | | |
| ไตรกลีเซอไรด์ | | | | |
| โรคเก๊าท์ | | | | |
| การทำงานของตับ (SGOT/SGPT/ALP) | | | | |
| การทำงานของไต(BUN/Creatinine/eGFR) | | | | |
| ปัสสาวะ (Urine Examination) | | | | |
| อุจจาระ (Stool Examination and Occult blood) | | | | |
| เอกซเรย์ปอด (Chest X-ray) | | | | |
| ตรวจภายในและตรวจมะเร็งปากมดลูก (PV, Pap smear) | | | | |

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ

ด้านการบริโภคอาหาร

1. ใน 1 วัน ท่านกินอาหารครบ 3 มื้อ หรือไม่

- ครบ 3 มื้อ
- ไม่ครบ 3 มื้อ

กรณี que ตอบว่า รับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ ท่านไม่ได้รับประทานมื้อใดเป็นประจำ

- เช้า
- กลางวัน
- เย็น
- เช้า กลางวัน
- เช้า เย็น
- กลางวัน เย็น

2. ใน 1 วัน ท่านกินผักใบปรุงสุกแล้ว หรือ ผักใช้ผล/หัว/ราก เช่น มะเขือเทศ แครอท ฟักทอง ข้าวโพด กะหล่ำดอก ถั่วฝักยาว หอมหัวใหญ่ หรือผักใบเขียวสดไม่ผ่านการปรุงสุก ปริมาณ 4 ทัพพีขึ้นไป

- ไม่กินเลย
- กิน 1-3 วันต่อสัปดาห์
- กิน 4-6 วันต่อสัปดาห์
- กินทุกวัน

3. ใน 1 วัน ท่านรับประทานผลไม้รสไม่หวาน ครบ 3 มื้อต่อวัน หรือไม่ (1 มื้อ = 1 จานเล็ก)

- ไม่กินเลย
- กิน 1-3 วันต่อสัปดาห์
- กิน 4-6 วันต่อสัปดาห์
- กินทุกวัน

4. ท่านเติมเครื่องปรุงรสเค็ม หรือไม่

- ไม่เติมเครื่องปรุงรสเค็มเลย
- เติมเครื่องปรุงรสเค็มบางครั้ง
- เติมเครื่องปรุงรสเค็มทุกครั้ง

5. ท่านเติมเครื่องปรุงรสหวาน หรือไม่

- ไม่เติมเครื่องปรุงรสหวานเลย
- เติมเครื่องปรุงรสหวานบางครั้ง
- เติมเครื่องปรุงรสหวานทุกครั้ง

6. ท่านดื่มเครื่องดื่มรสหวานหรือไม่

- ไม่ดื่มเลย
- ดื่ม 1-3 วันต่อสัปดาห์
- ดื่ม 4-6 วันต่อสัปดาห์
- ดื่มทุกวัน

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร

ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านใช้อุปกรณ์ป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรอย่างไร

| ประเด็น | ใช้ทุกครั้ง | ใช้บางครั้ง | ไม่เคยใช้เลย | ไม่ได้ขับ/ โดยสารรถยนต์ หรือ รถจักรยานยนต์ |
|--|-------------|-------------|--------------|---|
| การใช้เข็มขัดนิรภัยขณะขับรถยนต์ | | | | |
| การใช้เข็มขัดนิรภัยขณะเป็นผู้โดยสารข้างคนขับ | | | | |
| การสวมหมวกนิรภัยขณะขี่รถจักรยานยนต์ | | | | |
| การสวมหมวกนิรภัยขณะโดยสารรถจักรยานยนต์ | | | | |

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการสูบบุหรี่

1. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่ หรือไม่

- ไม่สูบ
- สูบ

เฉพาะผู้ที่ตอบว่าสูบบุหรี่

1. โดยปกติท่านสูบบุหรี่ วันละ มวน

2. หลังตื่นนอนตอนเช้า ท่านสูบบุหรี่มวนแรกเมื่อไหร่

- สูบมวนแรกในช่วง 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง หลังตื่นนอน
- สูบมวนแรกหลัง 1 ชั่วโมงขึ้นไป หลังตื่นนอน

3. ท่านเคยคิดอยากเลิกสูบบุหรี่บ้างหรือไม่

- คิดจะเลิกภายใน 30 วัน
- คิดจะเลิกภายใน 12 เดือนข้างหน้า
- คิดจะเลิก แต่ไม่ใช่ภายใน 12 เดือนข้างหน้า
- ไม่เคยคิดจะเลิก

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

1 .ท่านดื่มเบียร์เกิน 4 กระป๋อง หรือ 2 ขวดใหญ่ขึ้นไป หรือไม่

- ไม่เคยดื่มเลย
- สัปดาห์ละครั้ง
- เดือนละครั้ง
- ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน

2 .ท่านดื่มสุรา เกิน ½ แบนขึ้นไป หรือไม่

- ไม่เคยดื่มเลย
- สัปดาห์ละครั้ง
- เดือนละครั้ง
- ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความเครียด (ST-5)

| แบบประเมินความเครียด | แทบไม่มี | เป็นบางครั้ง | บ่อยครั้ง | เป็นประจำ |
|------------------------------------|----------|--------------|-----------|-----------|
| มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก | | | | |
| มีสมาธิน้อยลง | | | | |
| หงุดหงิด / กระวนกระวาย / ว้าวุ่นใจ | | | | |
| รู้สึกเบื่อ เซ็ง | | | | |
| ไม่อยากพบปะผู้คน | | | | |

ส่วนที่ 8 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q)

1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่

- มี
- ไม่มี

2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่

- มี
- ไม่มี

3. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมถึงวันนี้ ท่านมีอาการต่อไปนี้หรือไม่ บ่อยแค่ไหน

| แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (9Q) | ไม่มีเลย | เป็นบางวัน 1-7วัน | เป็นบ่อย >7 วัน | เป็นทุกวัน |
|---|----------|----------------------|--------------------|------------|
| เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร | | | | |
| ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้ | | | | |
| หลับยากหรือหลับๆตื่นๆหรือหลับมากไป | | | | |
| เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง | | | | |
| เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป | | | | |
| รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือ ครอบครัwmืดหวัง | | | | |
| สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟัง วิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ | | | | |
| พูดซ้ำทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้ เหมือนที่เคยเป็น | | | | |
| คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี | | | | |

ส่วนที่ 9 แบบสอบถามกิจกรรมทางกาย

1. ท่านมีกิจกรรมทางกาย หรือเคลื่อนไหวร่างกายจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ ทั้งในการทำงาน การเดินทาง หรือ นันทนาการ (ออกกำลังกาย) หรือไม่
 - ไม่มีเลย
 - มีกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ น้อยกว่าสัปดาห์ละ 150 นาที หรือน้อยกว่า 30 นาทีต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์
 - มีกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ มากกว่า หรือเท่ากับสัปดาห์ละ 150 นาที หรือน้อยกว่า 30 นาทีต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์
2. ท่านนั่ง หรือเอนกายเฉยๆ ติดต่อกันนานเกิน 2 ชั่วโมง หรือไม่ อย่างไร
 - นั่ง หรือเอนกายเฉยๆ นานเกิน 2 ชั่วโมง ทุกวัน
 - นั่ง หรือเอนกายเฉยๆ นานเกิน 2 ชั่วโมง บางวัน
 - ไม่นั่ง หรือเอนกายเฉยๆ นานเกิน 2 ชั่วโมง

ส่วนที่ 10 พฤติกรรมการนอนหลับ

1. ท่านนอนถึง 7 ชั่วโมงหรือไม่ อย่างไร

- นอนไม่ถึง 7 ชั่วโมงทุกวัน
- นอนถึง 7 ชั่วโมงบางวัน
- นอนถึง 7 ชั่วโมงทุกวัน

2. ท่านรู้สึกสดชื่นหลังตื่นนอน

- ทุกวัน
- 5 ถึง 6 วันต่อสัปดาห์
- 1 ถึง 4 วันต่อสัปดาห์
- ไม่เคย

ส่วนที่ 11 พฤติกรรมการแปรงฟัน

1. ท่านแปรงฟันก่อนนอนหรือไม่

- ไม่แปรงฟันก่อนนอนเลย
- แปรงฟันก่อนนอนบางวัน
- แปรงฟันก่อนนอนทุกวัน

ท่านใช้เวลาในการแปรงฟันแต่ละครั้งนานกี่นาที

- น้อยกว่า 2 นาที
- 2 – 3 นาที
- 3 นาทีขึ้นไป

2. ในปีที่ผ่านมา ท่านไปรับบริการทันตกรรมหรือไม่

- ไม่ไป
- ไป

ถ้าตอบว่า ไป ท่านไปรับบริการทันตกรรมอะไรบ้าง (ระบุได้มากกว่า 1 คำตอบ)

- อุดฟัน
- ขูดหินปูน
- ถอนฟัน
- รักษาโรคฟัน
- ใส่ฟันปลอม
- ผ่าฟันคุด อื่นๆ ระบุ