

## แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 1

วันที่เก็บข้อมูล.....

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ.....นามสกุล.....

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่

.....

1	ปัจจุบันท่านมีอายุ	<input type="text"/> <input type="text"/> ปี
2	เพศ	( ) ชาย ( ) หญิง
3	สถานภาพสมรส	( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย ( ) หย่า
4	ศาสนา	( ) พุทธ ( ) คริสต์ ( ) อิสลาม ( ) อื่นๆ ระบุ .....
5	ระดับการศึกษา	( ) ไม่ได้เรียน ( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา ( ) อนุปริญญา/ปวส ( ) ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
6	ขณะนี้ท่านประกอบอาชีพ	( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) เกษตรกรรม ( ) รับจ้างบริษัท/โรงงานอุตสาหกรรม ( ) รับจ้างทั่วไป ( ) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ( ) อื่นๆ ระบุ .....
7	ลักษณะงานที่ทำ	( ) ใช้แรง/กำลังงาน/มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ตลอด ( ) งานสำนักงาน/ส่วนใหญ่นั่งทำงานมีการ เคลื่อนไหวร่างกายน้อย
8	ลักษณะครอบครัวที่อาศัยอยู่	( ) อยู่คนเดียว ( ) ครอบครัวเดี่ยว ( ) ครอบครัวขยาย ( ) อื่นๆ ระบุ .....

9	ครอบครัวสายตรงเช่น บิดา มารดา หรือพี่น้อง ของท่านมีประวัติเป็นโรค ความดันโลหิตสูงหรือไม่	( ) มี ความสัมพันธ์เป็น ..... ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ
10	ท่านเคยวัดความดันโลหิตหรือไม่	( ) เคย ปีที่ตรวจ ..... ผลการตรวจ ..... ( ) ไม่เคยวัด
11	ท่านเคยตรวจสุขภาพประจำปีหรือไม่	( ) เคย ปีที่ตรวจ ..... ผลการตรวจ ..... ( ) ไม่เคยตรวจ
12	ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่	( ) ไม่มี ( ) มี ระบุ ..... ..... ..... ..... ( ) ไม่ทราบ
13	ยาที่ท่านรับประทานเป็นประจำ	..... ..... ..... .....
14	ผลการตรวจร่างกายปัจจุบัน	
	น้ำหนักตัว	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> กิโลกรัม
	ส่วนสูง	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> เซนติเมตร
	BMI	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	รอบเอว	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> เซนติเมตร
	ความดันโลหิต	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg.
	ระดับไขมันในเลือด	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dl. ( ) ไม่เคยตรวจ
	ระดับน้ำตาลในเลือด	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dl. ( ) ไม่เคยตรวจ

ส่วนที่ 2 การประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

คำชี้แจง ให้เลือกคำตอบที่ตรงกับความคิดและการปฏิบัติของท่านในขณะนี้มากที่สุด

ปัจจุบันคุณมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากความดันโลหิตอยู่ในช่วง

BP 130/85 – 139/89 มิลลิเมตรปรอท)

เนื่องจากข้อต่อไปนี้ เป็นสาเหตุสำคัญที่มีผลที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงจึงขอให้ท่านตอบคำถามต่อไปนี้

ท่านคิดจะหลีกเลี่ยงหรือปฏิบัติตามข้อต่อไปนี้หรือไม่		
1	ไม่รับประทานอาหารรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม ไข่เค็ม ปูเค็ม บะหมี่สำเร็จรูป หรือไม่เติมน้ำปลา/เกลือลงในอาหาร	<input type="checkbox"/> ไม่เคยคิดจะปฏิบัติ <input type="checkbox"/> คิดจะปฏิบัติแต่ไม่แน่ใจว่าจะทำได้หรือไม่ <input type="checkbox"/> วางแผนไว้ว่าจะปฏิบัติใน 1 เดือนข้างหน้า <input type="checkbox"/> ได้มีการปฏิบัติอยู่ในขณะนี้แต่ยังทำได้ไม่ถึง 6 เดือน <input type="checkbox"/> ปฏิบัติเป็นประจำมากกว่า 6 เดือนแล้ว
2	รับประทานอาหารประเภทไขมันสูง เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน อาหารที่มีปริมาณแป้งและน้ำตาลสูง	<input type="checkbox"/> ไม่เคยคิดจะปฏิบัติ <input type="checkbox"/> คิดจะปฏิบัติแต่ไม่แน่ใจว่าจะทำได้หรือไม่ <input type="checkbox"/> วางแผนไว้ว่าจะปฏิบัติใน 1 เดือนข้างหน้า <input type="checkbox"/> ได้มีการปฏิบัติอยู่ในขณะนี้แต่ยังทำได้ไม่ถึง 6 เดือน <input type="checkbox"/> ปฏิบัติเป็นประจำมากกว่า 6 เดือนแล้ว
3	รับประทานอาหารประเภทปลา ผัก และผลไม้เป็นประจำ	<input type="checkbox"/> ไม่เคยคิดจะปฏิบัติ <input type="checkbox"/> คิดจะปฏิบัติแต่ไม่แน่ใจว่าจะทำได้หรือไม่ <input type="checkbox"/> วางแผนไว้ว่าจะปฏิบัติใน 1 เดือนข้างหน้า <input type="checkbox"/> ได้มีการปฏิบัติอยู่ในขณะนี้แต่ยังทำได้ไม่ถึง 6 เดือน <input type="checkbox"/> ปฏิบัติเป็นประจำมากกว่า 6 เดือนแล้ว

4	เคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้นหรือออกกำลังกายเช่น การเดินเร็ว วิ่งเหยาะอย่างน้อยวันละ 30 นาทีเป็นประจำ	<input type="checkbox"/> ไม่เคยคิดจะปฏิบัติ <input type="checkbox"/> คิดจะปฏิบัติแต่ไม่แน่ใจว่าจะทำได้หรือไม่ <input type="checkbox"/> วางแผนไว้ว่าจะปฏิบัติใน 1 เดือนข้างหน้า <input type="checkbox"/> ได้มีการปฏิบัติอยู่ในขณะนี้แต่ยังทำได้ไม่ถึง 6 เดือน <input type="checkbox"/> ปฏิบัติเป็นประจำมากกว่า 6 เดือนแล้ว
5	หาวิธีผ่อนคลาย เมื่อมีอารมณ์หงุดหงิดหรือโกรธ หรือเครียด	<input type="checkbox"/> ไม่เคยคิดจะปฏิบัติ <input type="checkbox"/> คิดจะปฏิบัติแต่ไม่แน่ใจว่าจะทำได้หรือไม่ <input type="checkbox"/> วางแผนไว้ว่าจะปฏิบัติใน 1 เดือนข้างหน้า <input type="checkbox"/> ได้มีการปฏิบัติอยู่ในขณะนี้แต่ยังทำได้ไม่ถึง 6 เดือน <input type="checkbox"/> ปฏิบัติเป็นประจำมากกว่า 6 เดือนแล้ว
6	การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	
6.1	ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม <input type="checkbox"/> ดื่ม
6.2	เลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือลดปริมาณการดื่มลงเพื่อไม่ให้เป็นอันตรายต่อสุขภาพ	<input type="checkbox"/> ไม่เคยคิดจะปฏิบัติ <input type="checkbox"/> คิดจะปฏิบัติแต่ไม่แน่ใจว่าจะทำได้หรือไม่ <input type="checkbox"/> วางแผนไว้ว่าจะปฏิบัติใน 1 เดือนข้างหน้า <input type="checkbox"/> ได้มีการปฏิบัติอยู่ในขณะนี้แต่ยังทำได้ไม่ถึง 6 เดือน <input type="checkbox"/> ปฏิบัติเป็นประจำมากกว่า 6 เดือนแล้ว
7	การสูบบุหรี่	
7.1	ท่านสูบบุหรี่หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่สูบ <input type="checkbox"/> สูบ
7.2	เลิกสูบบุหรี่หรือลดปริมาณการสูบลงเรื่อยๆเพื่อไม่ให้เป็นอันตรายต่อสุขภาพ	<input type="checkbox"/> ไม่เคยคิดจะปฏิบัติ <input type="checkbox"/> คิดจะปฏิบัติแต่ไม่แน่ใจว่าจะทำได้หรือไม่ <input type="checkbox"/> วางแผนไว้ว่าจะปฏิบัติใน 1 เดือนข้างหน้า <input type="checkbox"/> ได้มีการปฏิบัติอยู่ในขณะนี้แต่ยังทำได้ไม่ถึง 6 เดือน <input type="checkbox"/> ปฏิบัติเป็นประจำมากกว่า 6 เดือนแล้ว

### ส่วนที่ 3 การประเมินความสมดุลของการตัดสินใจ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้เป็นคำถามเกี่ยวกับประโยชน์และ ผลเสียหรืออุปสรรคที่บุคคลคาดว่าตนเองจะได้รับเมื่อตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ท่านเลือกคำตอบที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด

1.	สุขภาพจะดีขึ้นถ้าปฏิบัติตามคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่ ( ) ไม่แน่ใจ
2.	ระดับความดันโลหิตจะไม่สูงขึ้นถ้ารับประทานอาหารควบคุมความดันโลหิตและออกกำลังกาย	( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่ ( ) ไม่แน่ใจ
3.	ฉันต้องการความช่วยเหลือและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่ ( ) ไม่แน่ใจ
4.	ฉันจะให้รางวัลกับตนเองถ้าสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้	( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่ ( ) ไม่แน่ใจ
5.	ฉันภูมิใจที่สามารถทำตามคำแนะนำที่ให้ออกกำลังกายกับตนเองว่าจะปฏิบัติตามคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่ ( ) ไม่แน่ใจ
6.	ฉันเชื่อมั่นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะทำให้ฉันไม่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง	( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่ ( ) ไม่แน่ใจ
7.	ฉันจะพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมถึงแม้ว่าจะทำได้ยากเพื่อสุขภาพของตนเอง	( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่ ( ) ไม่แน่ใจ
8.	โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่อันตราย บุคคลควรป้องกันไม่ให้ตนเองเจ็บป่วย	( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่ ( ) ไม่แน่ใจ
9.	ฉันจะยอมเสียเวลาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมถึงแม้ว่าจะทำได้ยาก	( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่ ( ) ไม่แน่ใจ
10.	ฉันจะชักชวนญาติและเพื่อนร่วมกันปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่ ( ) ไม่แน่ใจ
11.	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่มีความจำเป็นสำหรับตัวฉันเพราะฉันยังไม่เจ็บป่วย	( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่ ( ) ไม่แน่ใจ
12.	ฉันไม่มีเวลาที่จะทำกิจกรรมอื่นนอกเหนือจากการทำงาน	( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่ ( ) ไม่แน่ใจ
13.	การปรับเปลี่ยนเรื่องการรับประทานอาหารและออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ไม่สามารถทำได้	( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่ ( ) ไม่แน่ใจ
14.	ถ้าเป็นโรคความดันโลหิตสูงก็รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ไม่ใช่เรื่องยุ่งยาก	( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่ ( ) ไม่แน่ใจ

15.	ฉันคิดว่าตัวฉันไม่มีความอดทนพอที่จะทำกิจกรรมตามคำแนะนำได้	( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่ ( ) ไม่แน่ใจ
16.	ฉันจะมีเวลาให้ครอบครัวและเพื่อนฝูงน้อยลงถ้ามาเข้าร่วมกิจกรรม	( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่ ( ) ไม่แน่ใจ
17.	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่น่าจะช่วยควบคุมความดันโลหิตได้	( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่ ( ) ไม่แน่ใจ
18.	หลังจากออกกำลังกายทุกครั้งฉันจะเหนื่อยจนไม่ยอมทำอะไร	( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่ ( ) ไม่แน่ใจ
19.	ถ้าไม่มีเพื่อนเข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ฉันก็ไม่อยากทำ	( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่ ( ) ไม่แน่ใจ
20.	ฉันคิดว่าทำไมต้องเสียเวลากับการมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง	( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่ ( ) ไม่แน่ใจ

## แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 2

## ส่วนที่ 1 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ

คำชี้แจง วัตถุประสงค์ของแบบสัมภาษณ์ชุดนี้ ต้องทราบเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตัวใน

ชีวิตประจำวัน โดยผู้สัมภาษณ์จะถามและเขียนเครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตัว

ของผู้ตอบมากที่สุดเพียงข้อละ 1 คำตอบ

ข้อ	พฤติกรรมการบริโภค	ความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์				
		ทุกวัน	4-6 วัน ต่อ สัปดาห์	2-3 วัน ต่อ สัปดาห์	1 วัน ต่อ สัปดาห์	ไม่เคย ทำเลย
1.	ท่านเติมน้ำปลา เกลือ ซอส ขณะรับประทานอาหาร					
2.	ท่านรับประทานอาหารตากแห้งเช่น ปลาเค็ม กุ้งแห้ง					
3.	ท่านรับประทานอาหารหมักดอง เช่น ผักดอง กะปิ เต้าหู้ยี้ ปลาร้า ไตปลา ไข่เค็ม ผลไม้ดอง					
4.	ท่านรับประทานอาหารกึ่งสำเร็จรูปเช่น บะหมี่ โจ๊ก					
5.	ท่านใช้เครื่องปรุงรส เช่น ซุปก้อน ผงชูรส ใส่น้ำมันในอาหาร					
6.	ท่านรับประทานอาหารบรรจุถุงเช่น มันฝรั่ง ข้าวเกรียบกุ้ง					
7.	ท่านรับประทานอาหารประเภท ไข่แดง ไข่นกกระทา เครื่องในสัตว์ กุ้ง ปลาหมึก และหอยนางรม					
8.	ท่านรับประทานอาหารประเภท ข้าวมันไก่ กะทิ อาหารประเภทผัด หรือทอดด้วยน้ำมันพืช					
9.	ท่านรับประทานขนมหวาน ขนมใส่กะทิ น้ำหวาน น้ำอัดลม หรือผลไม้ที่มีรสหวานจัด					
10.	ท่านรับประทานผักสด ผักดัมหรือผัดผัก					
11.	ท่านรับประทานผลไม้ เช่น กล้วย ส้ม มะละกอ					
12.	ท่านรับประทานเนื้อปลา เนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน					

การบริโภคแอลกอฮอล์/การสูบบุหรี่						
13.	ท่านดื่มเบียร์หรือไวน์มากกว่า 2 แก้วต่อวัน					
14.	ท่านดื่มเหล้ามากกว่าหนึ่งก๊ง( 30-50 มล.)ต่อวัน					
15.	ท่านสูบบุหรี่ / ยาเส้น					

## ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียด

ที่ผ่านมามีอาการ พฤติกรรมหรือความรู้สึกต่อไปนี้เป็นประจำ บ่อยครั้ง นานๆครั้ง หรือไม่เคยเลย

อาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึก		
1.	นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ	( )เป็นประจำ ( )นานๆครั้ง ( )บ่อยครั้ง ( )ไม่เคยเลย
2.	รู้สึกหงุดหงิด ไร้ค่าสนใจ	( )เป็นประจำ ( )นานๆครั้ง ( )บ่อยครั้ง ( )ไม่เคยเลย
3.	ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด	( )เป็นประจำ ( )นานๆครั้ง ( )บ่อยครั้ง ( )ไม่เคยเลย
4.	ปวดหัวข้างเดียวหรือปวดบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง	( )เป็นประจำ ( )นานๆครั้ง ( )บ่อยครั้ง ( )ไม่เคยเลย
5.	รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	( )เป็นประจำ ( )นานๆครั้ง ( )บ่อยครั้ง ( )ไม่เคยเลย
6.	รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า	( )เป็นประจำ ( )นานๆครั้ง ( )บ่อยครั้ง ( )ไม่เคยเลย
7.	รู้สึกเหนื่อยหน่ายไม่อยากทำอะไร	( )เป็นประจำ ( )นานๆครั้ง ( )บ่อยครั้ง ( )ไม่เคยเลย
8.	มีอาการหัวใจเต้นแรง	( )เป็นประจำ ( )นานๆครั้ง ( )บ่อยครั้ง ( )ไม่เคยเลย
9.	เสียงสั่น ปากสั่น หรือมือสั่นเวลาไม่พอใจ	( )เป็นประจำ ( )นานๆครั้ง ( )บ่อยครั้ง ( )ไม่เคยเลย
10.	ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอยหลัง	( )เป็นประจำ ( )นานๆครั้ง ( )บ่อยครั้ง ( )ไม่เคยเลย

### ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการจัดการความเครียด

ในการจัดการกับความเครียดมีหลายวิธีขึ้นอยู่กับปัญหาและสถานการณ์ ให้ท่านพิจารณาว่าการจัดการความเครียดในหัวข้อที่จะอ่านให้ฟังต่อไปนี้ว่า ที่ผ่านมามีท่านเคยใช้วิธีดังกล่าวทุกครั้งหรือบ่อยครั้ง หรือนานๆครั้ง หรือไม่เคยใช้วิธีดังกล่าวเลยในการจัดการกับความเครียด

วิธีการจัดการกับความเครียด		
1.	เมื่อเกิดความเครียดก็ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา	( ) ทุกครั้ง ( ) นานๆ ครั้ง ( ) บ่อยครั้ง ( ) ไม่เคย
2.	เวลาเครียดแล้วระบายอารมณ์ใส่คนอื่น	( ) ทุกครั้ง ( ) นานๆ ครั้ง ( ) บ่อยครั้ง ( ) ไม่เคย
3.	เมื่อเครียดก็สูบบุหรี่ หรือดื่มเหล้า	( ) ทุกครั้ง ( ) นานๆ ครั้ง ( ) บ่อยครั้ง ( ) ไม่เคย
4.	เมื่อมีความเครียดก็ทำงานหรือกิจกรรมที่ชอบ เช่น ปลูกต้นไม้/อ่านหนังสือ/ฟังเพลง/เล่นเกมส์/ดูหนัง	( ) ทุกครั้ง ( ) นานๆ ครั้ง ( ) บ่อยครั้ง ( ) ไม่เคย
5.	เมื่อเครียดหรือไม่สบายใจก็ปรึกษาเพื่อน, พ่อ-แม่ หรือ คนใกล้ชิดที่ไว้ใจได้	( ) ทุกครั้ง ( ) นานๆ ครั้ง ( ) บ่อยครั้ง ( ) ไม่เคย
6.	เวลาเครียดก็เก็บกดความไม่พอใจไว้ โดยไม่แสดงออก	( ) ทุกครั้ง ( ) นานๆ ครั้ง ( ) บ่อยครั้ง ( ) ไม่เคย
7.	เมื่อเครียดก็ สวดมนต์ นั่งสมาธิ ทำจิตใจให้สงบ	( ) ทุกครั้ง ( ) นานๆ ครั้ง ( ) บ่อยครั้ง ( ) ไม่เคย
8.	เมื่อเครียดก็ไปท่องเที่ยวตามธรรมชาติ/หาที่พักผ่อนหย่อนใจ	( ) ทุกครั้ง ( ) นานๆ ครั้ง ( ) บ่อยครั้ง ( ) ไม่เคย
9.	เวลาเครียดก็ดูทีวีจนดึก	( ) ทุกครั้ง ( ) นานๆ ครั้ง ( ) บ่อยครั้ง ( ) ไม่เคย
10.	เวลาเครียดก็ปล่อยมันไป ไม่ต้องทำอะไร	( ) ทุกครั้ง ( ) นานๆ ครั้ง ( ) บ่อยครั้ง ( ) ไม่เคย
11.	เวลาที่รู้สึกไม่สบายใจหรือรู้สึกเครียดท่านมักจะไปที่ไหน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	( ) ห้างสรรพสินค้า ( ) สวนสาธารณะ ( ) วัด ( ) สถานที่ท่องเที่ยวตามธรรมชาติ ( ) ไม่ไปไหนชอบอยู่บ้าน ( ) อื่นๆ ระบุ .....

12.	เมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือเกิดความทุกข์ใจ ท่านมักจะคิดถึงใครที่จะช่วยท่านได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	<input type="checkbox"/> ไม่นึกถึงใครเลย <input type="checkbox"/> คนในครอบครัว <input type="checkbox"/> หมอ <input type="checkbox"/> เพื่อนที่ไว้ใจได้ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ .....
-----	--	--

ส่วนที่ 4 การออกกำลังกาย

1.	ในอดีตท่านเคยเป็นนักกีฬาหรือไม่	<input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย
การออกกำลังกายของท่านเป็นแบบใด		
2.1	ในรอบ 1 เดือนที่ท่านมาท่านมีการออกกำลังกาย เช่น การวิ่ง การว่ายน้ำ หรือเล่นกีฬา ซึ่งทำอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 30 นาที / ครั้งหรือไม่	<input type="checkbox"/> มีการออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> ไม่ เพราะ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> ไม่มีเวลา <input type="checkbox"/> ไม่มีสถานที่ <input type="checkbox"/> ไม่รู้ว่าจะออกกำลังกายแบบไหน อย่างไร <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
2.2	ท่านทำงานใช้แรงในลักษณะต่อไปนี้ อาทิ ล้างงาน ถูบ้าน ล้างรถ ปลูกต้นไม้ หรือ ทำงานใช้แรง (กรรมกร, เกษตรกร ) หรือไม่	<input type="checkbox"/> ทำ 1-2 วันต่อสัปดาห์ <input type="checkbox"/> ทำ 3-4 วันต่อสัปดาห์ <input type="checkbox"/> ทำเป็นประจำเกือบทุกวัน/ทุกวัน <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ
2.3	จากข้อ2.2 เมื่อได้ทำกิจกรรมดังกล่าวแล้วรู้สึกอย่างไร	<input type="checkbox"/> ไม่เหนื่อยรู้สึกปกติ <input type="checkbox"/> ค่อนข้างเหนื่อยกว่าปกติเล็กน้อย ขณะที่ทำกิจกรรมยังสามารถพูดคุยกับคนอื่นได้จบประโยค <input type="checkbox"/> รู้สึกเหนื่อยมาก ไม่สามารถพูดคุยได้จบประโยค ในขณะที่ทำกิจกรรม
2.4	ท่านออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาอะไรบ้าง	ระบุ .....
2.5	ท่านออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาโดยเฉลี่ยสัปดาห์ละกี่วัน	<input type="checkbox"/> 1-2 วัน <input type="checkbox"/> 3-4 วัน <input type="checkbox"/> 5-6 วัน <input type="checkbox"/> ทุกวัน
2.6	ท่านใช้เวลาโดยเฉลี่ยครั้งละกี่นาที ในการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา (นับเฉพาะเวลาออกกำลังกายจริงๆ ไม่นับเวลาในการเดินทางหรือเปลี่ยนเสื้อผ้า)	<input type="checkbox"/> น้อยกว่า 20 นาที ต่อครั้ง <input type="checkbox"/> 20-29 นาที ต่อครั้ง <input type="checkbox"/> อย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง

## ส่วนที่ 5 ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง

1.	การรับประทานอาหารรสเค็มมากเช่นปลาเค็ม ส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูง	( ) ถูก ( ) ไม่รู้ ( ) ผิด
2.	การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเช่นข้าวขาหมู ผัดซีอิ๊วมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูง	( ) ถูก ( ) ไม่รู้ ( ) ผิด
3.	การโมโหจนเถียวไม่มีผลให้เกิดความดันโลหิตสูง	( ) ถูก ( ) ไม่รู้ ( ) ผิด
4.	โรคความดันโลหิตสูงสามารถรักษาให้หายขาดได้	( ) ถูก ( ) ไม่รู้ ( ) ผิด
5.	โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจ	( ) ถูก ( ) ไม่รู้ ( ) ผิด
6.	การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเช่นการเดินเร็ว ช่วยลดความดันโลหิตได้	( ) ถูก ( ) ไม่รู้ ( ) ผิด
7.	ความอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง	( ) ถูก ( ) ไม่รู้ ( ) ผิด
8.	การดื่มสุราในปริมาณมากส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูง	( ) ถูก ( ) ไม่รู้ ( ) ผิด
9.	การสูบบุหรี่ไม่ส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูง	( ) ถูก ( ) ไม่รู้ ( ) ผิด
10.	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถ้าไม่มีอาการปวดศีรษะไม่จำเป็นต้องไปพบแพทย์	( ) ถูก ( ) ไม่รู้ ( ) ผิด
11.	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรรับประทานผักผลไม้เป็นประจำ	( ) ถูก ( ) ไม่รู้ ( ) ผิด
12.	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถหยุดยาได้ถ้ารู้สึกสบายดี	( ) ถูก ( ) ไม่รู้ ( ) ผิด
13.	โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์	( ) ถูก ( ) ไม่รู้ ( ) ผิด
14.	ถ้าเป็นโรคความดันโลหิตสูงนานๆและควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ อาจเกิดโรคไตวายได้	( ) ถูก ( ) ไม่รู้ ( ) ผิด
15.	การตรวจร่างกายอย่างน้อยปีละครั้งเป็นสิ่งที่ดีควรปฏิบัติ	( ) ถูก ( ) ไม่รู้ ( ) ผิด

## ส่วนที่ 6 แรงสนับสนุนทางสังคม

ที่ผ่านมาท่านเคยได้รับการปฏิบัติจากครอบครัว หรือเพื่อนบ้าน ในกิจกรรมต่อไปนี้เป็นประจำ บ่อยครั้ง นานๆครั้ง หรือไม่เคยเลย

กิจกรรม		ความถี่ของการปฏิบัติ	
1.	สมาชิกในครอบครัวของท่านเป็นผู้จัดเตรียมอาหารให้ท่าน	( )เป็นประจำ ( )บ่อยครั้ง	( )นานๆครั้ง ( )ไม่เคยเลย
2.	ท่านมีสมาชิกในครอบครัว/เพื่อนบ้านร่วมออกกำลังกาย	( )เป็นประจำ ( )บ่อยครั้ง	( )นานๆครั้ง ( )ไม่เคยเลย
3.	ท่านได้รับข่าวสารหรือได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ	( )เป็นประจำ ( )บ่อยครั้ง	( )นานๆครั้ง ( )ไม่เคยเลย
4.	ท่านจะพูดคุยกับเพื่อนบ้านและช่วยกันดูแลให้คำแนะนำในเรื่องสุขภาพ	( )เป็นประจำ ( )บ่อยครั้ง	( )นานๆครั้ง ( )ไม่เคยเลย
5.	ชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่มีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ	( )เป็นประจำ ( )บ่อยครั้ง	( )นานๆครั้ง ( )ไม่เคยเลย
6.	ท่านเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน	( )เป็นประจำ ( )บ่อยครั้ง	( )นานๆครั้ง ( )ไม่เคยเลย