

(ร่าง) การคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น

กลุ่มเป้าหมาย วัยรุ่นอายุ 10-19 ปี

ข้อมูลด้านสุขภาพของวัยรุ่น

- 1) ข้อมูลอายุ น้ำหนัก ส่วนสูง เพื่อประเมินด้านร่างกาย ภาวะสูงตีสมส่วน โดยใช้กราฟประเมินภาวะการเจริญเติบโต 2 3 ด้าน ได้แก่ น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (ผอม สมส่วน เริ่มอ้วนและอ้วน) และส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (สูง เตี้ย) (เกณฑ์แยกเพศชาย หญิง)
- 2) ในระยะ 1 ปี ที่ผ่านมา เคยมีการตรวจเลือด เพื่อตรวจสุขภาพ ตรวจหาภาวะซีด (มีการตรวจหาค่า ฮีมาโตคริต(Hematocrit; Hct) และฮีโมโกลบิน (Hemoglobin; Hb) )หรือตรวจคัดกรองโรคอื่นๆ หรือไม่  
( ) ไม่เคย  
( ) เคย โปรดระบุ เคยตรวจ.....  
วัน/เดือน/ปี (หากไม่ทราบวันที่ สามารถระบุเฉพาะเดือนที่ตรวจ).....  
ผลการตรวจ.....
- 3) การตรวจปัสสาวะ อูจจาระ หรือตรวจสุขภาพอื่นๆ (ถ้ามี) โปรดระบุ.....  
วัน/เดือน/ปี (หากไม่ทราบวันที่ สามารถระบุเฉพาะเดือนที่ตรวจ).....  
ผลการตรวจ.....
- 4) โรคทางพันธุกรรม (ถ้ามี) โปรดระบุโรค.....  
บุคคลในครอบครัวที่เป็นโรคทางพันธุกรรมนี้.....
- 5) ฉันทันเคยตรวจสายตา ด้วยแผ่นวัดสายตาอักษร E – Chart ไม่เคย เคย โปรดระบุ (วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ).....  
ผลการตรวจ ปกติ ผิดปกติ โปรดระบุ.....
- 6) ฉันทันได้ยินเสียงกู่แว่ว เมื่อใช้หัวแม่มือและนิ้วชี้ถูกันเบาๆห่างจากหูประมาณ 1 นิ้ว ฟังว่าได้ยินเสียงกู่แว่ว  
ผลการตรวจ ปกติ (ได้ยินทั้ง 2 ข้าง) ผิดปกติ (ไม่ได้ยินทั้ง 2 ข้าง/ไม่ได้ยินข้างใดข้างหนึ่ง) โปรดระบุ.....

การคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพ

ความถี่ในการปฏิบัติ/สัปดาห์

ไม่เคย	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
น้อยมาก	หมายถึง	ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง /สัปดาห์
บางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติ 3-4 ครั้ง /สัปดาห์
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติ 5-6 ครั้ง /สัปดาห์
เป็นประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติ 7 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์

ลำดับ	ปัจจุบัน ทำได้ปฏิบัติตัวต่อไปนี้ บ่อยครั้งเพียงใด	ความถี่ในการปฏิบัติ/สัปดาห์					ข้อมูลที่จะให้/ แนวทางปฏิบัติ (Linkคู่มือ,แผ่นพับ, เอกสารที่เกี่ยวข้อง)	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการ ให้ข้อมูล/การส่งต่อ (ระบุชื่อ หน่วยงาน สำนัก,กอง ,กรม)/Applicationที่มีอยู่	คะแนนความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญ		
		ไม่ เคย	น้อย มาก	เป็น บางครั้ง	บ่อย ครั้ง	เป็น ประจำ			เห็น ด้วย +1	ไม่ แน่ใจ 0	ไม่เห็น ด้วย -1
1	ฉันกินผักและผลไม้	1	2	3	4	5		สำนักโภชนาการ			
2	ฉันกินอาหารมื้อเช้า ที่ประกอบไปด้วย อาหารอย่างน้อย 2 กลุ่ม ได้แก่ อาหาร ในกลุ่มข้าว-แป้ง และกลุ่มเนื้อสัตว์/ไข่ อาจเสริมด้วยผักและผลไม้หรือนม	1	2	3	4	5		สำนักโภชนาการ			
3	<u>ฉันดื่มนมรสจืด หรือโยเกิร์ตรสจืด</u>	1	2	3	4	5		สำนักโภชนาการ			
4	ฉันกินอาหารครบ 3 มื้อต่อวัน	1	2	3	4	5		สำนักโภชนาการ			

ลำดับ	ปัจจุบัน ท่านได้ปฏิบัติตัวต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด	ความถี่ในการปฏิบัติ/สัปดาห์					ข้อมูลที่จะให้/แนวทางปฏิบัติ (Linkคู่มือ,แผ่นพับ, เอกสารที่เกี่ยวข้อง)	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้ข้อมูล/การส่งต่อ (ระบุชื่อหน่วยงาน สำนัก,กอง,กรม)/Applicationที่มีอยู่	คะแนนความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ		
		ไม่เคย	น้อยมาก	เป็นบางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ			เห็นด้วย +1	ไม่เห็นใจ 0	ไม่เห็นด้วย -1
5	ฉันกินผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร อาจอยู่ในรูปเช่น แคปซูล ผง ของเหลว สารสกัด เช่น วิตามินเสริม คอลลาเจน อัลเม็ด/ผง เวียโปรตีน	1	2	3	4	5		สำนักโภชนาการ			
3	ฉันออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมทางกายที่ออกแรงจนรู้สึกเหนื่อย หรือหอบอย่างน้อยวันละ 60 นาที (สะสมต่อเนื่อง 10 นาที ขึ้นไป)	1	2	3	4	5		กองกิจกรรมทางกาย			
4	ฉันนั่งหรือเอนกาย ติดต่อกันนานเกิน 2 ชั่วโมงโดยไม่เคลื่อนไหว (ไม่นับรวมการนอนหลับพักผ่อนในเวลากลางคืน)	5	4	3	2	1		กองกิจกรรมทางกาย			
5	ฉันแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง (เช้าและก่อนนอน) นาน 2 นาที และงดกินอาหารหลังแปรงฟัน 2 ชั่วโมง (แปรงฟัน 2-2-2)	1	2	3	4	5		สำนักทันตสาธารณสุข			
6	ฉันนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อยคืนละ 8-10 ชั่วโมง	1	2	3	4	5		สำนักส่งเสริมสุขภาพ			

ลำดับ	ปัจจุบัน ท่านได้ปฏิบัติตัวต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด	ความถี่ในการปฏิบัติ/สัปดาห์					ข้อมูลที่จะให้/ แนวทางปฏิบัติ (Linkคู่มือ,แผ่นพับ, เอกสารที่เกี่ยวข้อง)	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการ ให้ข้อมูล/การส่งต่อ (ระบุชื่อ หน่วยงาน สำนัก,กอง ,กรม)/Applicationที่มีอยู่	คะแนนความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญ		
		ไม่ เคย	น้อย มาก	เป็น บางครั้ง	บ่อย ครั้ง	เป็น ประจำ			เห็น ด้วย +1	ไม่ แน่ใจ 0	ไม่เห็น ด้วย -1
7	ฉันเข้านอนก่อน 4 ทุ่ม และสามารถ หลับได้เื่อยาเพียงพอยังน้อยคืนละ 8- 10 ชั่วโมง										
8	ฉันสูบบุหรี่หรืออยู่ในสถานที่ทำให้สูด ควันบุหรี่	5	4	3	2	1					
9	ฉันดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์)	5	4	3	2	1					
10	ฉันใช้สารเสพติดอื่นๆ นอกจากการสูบ บุหรี่ยาและดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น ยาบ้า ยาไอซ์ ยาเค เป็นต้น	5	4	3	2	1					
11	ฉันพบทันตบุคลากรเพื่อตรวจสุขภาพ ช่องปากทุก 6 เดือน	ไม่ เคย ตรวจ  1	ทุก 3 ปี	ทุก 2 ปี	ทุก 1 ปี	ทุก 6 เดือน		สำนักทันตสาธารณสุข			
12	ฉันได้รับการตรวจสุขภาพร่างกาย เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การ ตรวจสุขภาพในโรงเรียน	ไม่เคย ตรวจ  1	เคย ตรวจมา นาน ≥ 5 ปี 2	3-4 ปี/ ครั้ง 3	2-3 ปี/ ครั้ง 4	อย่าง น้อยปี ละ 1 ครั้ง 5		สำนักส่งเสริมสุขภาพ			

ลำดับ	ปัจจุบัน ท่านได้ปฏิบัติตัวต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด	ความถี่ในการปฏิบัติ/สัปดาห์					ข้อมูลที่จะให้/ แนวทางปฏิบัติ (Linkคู่มือ,แผ่นพับ, เอกสารที่เกี่ยวข้อง)	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการ ให้ข้อมูล/การส่งต่อ (ระบุชื่อ หน่วยงาน สำนัก,กอง ,กรม)/Applicationที่มีอยู่	คะแนนความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญ		
		ไม่ เคย	น้อย มาก	เป็น บางครั้ง	บ่อย ครั้ง	เป็น ประจำ			เห็น ด้วย +1	ไม่ แน่ใจ 0	ไม่เห็น ด้วย -1
13	เมื่อมีปัญหาฉันสามารถทำใจยอมรับ และหาวิธีแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้	ไม่ใช่ 1	น้อย ครั้ง 2	บางครั้ง 3	บ่อย ครั้ง 4	เป็น ประจำ 5					
14	ฉันรู้สึกพึงพอใจในชีวิต	ไม่ใช่ 1	น้อย ครั้ง 2	บางครั้ง 3	บ่อย ครั้ง 4	เป็น ประจำ 5					

#### การให้คะแนน

ข้อคำถามด้านบวก      ไม่เคย = 1/น้อยมาก =2/ บางครั้ง=3/ บ่อยครั้ง = 4/ เป็นประจำ = 5

ข้อคำถามด้านลบ      ไม่เคย = 5/น้อยมาก =4/ บางครั้ง=3/ บ่อยครั้ง = 2/ เป็นประจำ = 1

การแปลผล      สีเขียว      48-65 คะแนน

สีเหลือง      31-47 คะแนน

สีแดง      < 30 คะแนน

7) การคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ Health Risk

ลำดับ	ข้อความต่อไปนี้ตรงกับการปฏิบัติหรือความรู้สึกของท่านใช่หรือไม่	ไม่ใช่	ใช่	การแปลผล	ข้อมูลที่จะให้/แนวทางปฏิบัติ (Linkคู่มือ,แผ่นพับ,เอกสารที่เกี่ยวข้อง)	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้ข้อมูล/การส่งต่อ (ระบุชื่อหน่วยงาน สำนัก,กอง,กรม)/Applicationที่มีอยู่	คะแนนความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ		
							เห็นด้วย +1	ไม่แน่ใจ 0	ไม่เห็นด้วย -1
1	ฉันพักอาศัยอยู่กับแฟน/คูรัก	2	1						
2	ฉันเคยมีเพศสัมพันธ์กับคูรักหรือคูนอนต่างเพศ	2 (ข้ามไปตอบข้อ 12)	1						
3	ในการมีเพศสัมพันธ์ที่ผ่านมา ฉันหรือคูนอนป้องกันการตั้งครรภ์ด้วย <u>การนับระยะปลอดภัยในการมีเพศสัมพันธ์</u> (การนับระยะหน้า7 หลัง7 จากวันแรกที่มีประจำเดือนมา) การหลังภายนอก โดยไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยหรือการคุมกำเนิดใด ๆ หรือการสวนล้างช่องคลอด ฉันมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ปลอดภัย เช่น การหลังภายนอก	2	0						
4	ฉันหรือคูนอนใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์	1	2						
5	ฉันมีเพศสัมพันธ์กับคูนอนมากกว่า 1 คน โดยไม่มีการป้องกัน	2	1			กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค			

ลำดับ	ข้อความต่อไปนี้ตรงกับกรปฏิบัติหรือความรู้สึกของท่านใช่หรือไม่	ไม่ใช่	ใช่	การแปลผล	ข้อมูลที่จะให้/แนวทางปฏิบัติ (Linkคู่มือ,แผ่นพับ,เอกสารที่เกี่ยวข้อง)	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้ข้อมูล/การส่งต่อ (ระบุชื่อหน่วยงาน สำนัก,กอง,กรม)/Applicationที่มีอยู่	คะแนนความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ		
							เห็นด้วย +1	ไม่เห็นด้วย 0	ไม่เห็นด้วย -1
6	ฉันคิดว่าตนเองกำลังมีปัญหาเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	2	0			กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค			
7	ฉันคิดว่าตนเองหรือคู่มักมีปัญหาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม	2 (ข้ามไปตอบข้อ 12)	0			สายด่วนให้คำปรึกษา 1663			
8	ฉันหรือคู่มักถูกสถานศึกษากดดันให้ลาออกหรือย้ายที่เรียนโดยไม่เต็มใจ	2	0			สายด่วนให้คำปรึกษา 1663			
	ฉันหรือคู่สามารถตัดสินใจเลือกเรียนต่อ ย้าย หรือออกจากโรงเรียนตามความสมัครใจได้								
9	ฉันหรือคู่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย	2	0			เครือข่าย RSA			
10	ฉันเคยถูกล่วงละเมิดทางเพศ (ไม่ว่าจะเป็นการกระทำแบบใดก็ตาม เช่น การใช้คำพูด สายตา ท่าที หรือการข่มขู่บังคับให้มีเพศสัมพันธ์)	2	0			กรมสุขภาพจิต			
11	ในช่วง 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมา ฉันรู้สึกหดหู่ เศร้า ท้อแท้ หรือสิ้นหวัง	2	1			กรมสุขภาพจิต			





ลำดับ	ข้อความต่อไปนี้ตรงกับกรปฏิบัติหรือความรู้สึกของท่านใช่หรือไม่	ไม่ใช่	ใช่	การแปลผล	ข้อมูลที่จะให้/แนวทางปฏิบัติ (Linkคู่มือ,แผ่นพับ,เอกสารที่เกี่ยวข้อง)	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้ข้อมูล/การส่งต่อ (ระบุชื่อหน่วยงาน สำนัก,กอง,กรม)/Applicationที่มีอยู่	คะแนนความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ		
							เห็นด้วย +1	ไม่เห็นด้วย 0	ไม่เห็นด้วย -1
18	ฉันมักใช้ความรุนแรงกับผู้อื่น								

#### การให้คะแนน

ข้อความด้านบวก	ไม่ใช่ =1	ใช่=2
ข้อความด้านลบ	ไม่ใช่ =2	ใช่=1
ข้อความด้านลบที่รุนแรงมาก	ไม่ใช่=2	ใช่=0

#### การแปลผล

สีเขียว	≥ 22	คะแนน
สีเหลือง	9-21	คะแนน
สีแดง	< 9	คะแนน หรือได้ 0 คะแนนในข้อใดข้อหนึ่ง