

"پرسشنامه بررسی عوامل خطر بیماریهای غیر واگیر" سال ۱۳۸۶

کد: I4

کداستان

کد خوشه

کد فرد

کد شرکت کننده :

۱- کشوری

۲- استانی

پرسشنامه بررسی

نام و نام خانوادگی پرسشگر:

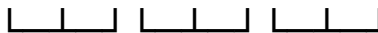
موافقت ندارد

با انجام آزمایش خون: موافقت دارد

کد پرسشگر:

کد	پاسخ	سوالات کلی و شناسایی	
I5	<div style="text-align: center;"> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> روز ماه سال ۸۶ / / </div>	تاریخ تکمیل پرسشنامه (روز و ماه را بنویسید)	۱
I1	<div style="text-align: center;"> <input type="text"/> </div> ۱- شهر ۲- روستا	کد منطقه	۲
X1	<div style="text-align: center;"> <input type="text"/> </div>	کد شهرستان	۳
I2	نام دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی	۴
I10 ,I11	نام کامل مصاحبه شونده	۵
I12	شماره تلفن تماس (در صورت امکان) حتماً درج نمایید این شماره مربوط به چه کسی است.	۶
X2	نشانی دقیق پستی	۷

* پاسخ سوالات ۴الی ۷ در رایانه وارد نمی شود.



کد شرکت کننده :

کد	پاسخ	وضعیت تغذیه
D1	<p>تعداد روزهای هفته: <input type="checkbox"/></p> <p>اگر نمی داند یا مصرف کمتر از یک روز در هفته است عدد ۹ درج شود ← سوال ۱۵</p> <p>- در صورت پاسخ صفر ← سوال ۱۵</p>	<p>۱۳ بطور متوسط چند روز در یک هفته معمولی میوه مصرف می کند ؟</p>
D2	<p>تعداد واحد ها در روز: <input type="checkbox"/></p> <p>-اگر نمی داند عدد ۹۹ درج شود</p>	<p>۱۴ بطور متوسط چند واحد میوه در یکی از این روز/روزهای ذکر شده مصرف می کند ؟</p>
D3	<p>تعداد روزهای هفته: <input type="checkbox"/></p> <p>-اگر نمی داند یا مصرف کمتر از یک روز در هفته است عدد ۹ درج شود ← سوال ۱۷</p> <p>- در صورت پاسخ صفر ← سوال ۱۷</p>	<p>۱۵ بطور متوسط چند روز در یک هفته معمولی سبزیجات مصرف می کند ؟</p>
D4	<p>تعداد واحد ها در روز: <input type="checkbox"/></p> <p>-اگر نمی داند عدد ۹۹ درج شود</p>	<p>۱۶ بطور متوسط چند واحد سبزی در یکی از این روز/روزهای ذکر شده مصرف می کند ؟</p>
X5	<p>تعداد دفعات مصرف در هفته: <input type="checkbox"/></p> <p>-اگر نمی داند یا مصرف کمتر از یک روز در هفته است عدد ۹۹ درج شود</p>	<p>۱۷ بطور متوسط چند بار در یک هفته معمولی ماهی مصرف می کند ؟</p>
D5	<p>۱- روغن نباتی جامد</p> <p>۲- روغن نباتی مایع</p> <p>۳- کره یا روغن حیوانی</p> <p>۴- پیه یا دنبه</p> <p>۵- کره نباتی (مارگارین)</p> <p>۶- سایر انواع</p> <p>۷- هیچ یک را بیش از سایر انواع مصرف نمی کند</p> <p>۸- اصلاً روغن و چربی مصرف نمی کند</p> <p>۹- نمی داند</p>	<p>۱۸ در خانوار فرد بیشتر از چه نوع روغن یا چربی برای طبخ غذا استفاده می شود ؟</p>
کد	پاسخ	عوامل خطر رفتاری سوانح و حوادث عبور و مرور
X6	<p>۱- هرگز در صندلی های جلوی خودرو نمی نشیند</p> <p>۲- بلی ، همیشه</p> <p>۳- بلی ، گاهی</p> <p>۴- نه ، هرگز</p>	<p>۱۹ آیا هر وقت در صندلی های جلوی خودرو می نشیند (به عنوان راننده و یا سرنشین) از کمربند ایمنی استفاده می کند ؟</p>
X7	<p>۱- هیچوقت موتورسیکلت سوار نمی شود</p> <p>۲- بلی ، همیشه</p> <p>۳- بلی ، گاهی</p> <p>۴- نه ، هرگز</p>	<p>۲۰ آیا هر وقت با موتورسیکلت تردد می کند(به عنوان راننده یا همراه) از کلاه ایمنی استفاده می نماید ؟</p>

وضعیت فعالیت بدنی

هنگام کار: در این بخش در مورد زمانی که فرد انواع فعالیت بدنی را در طول یک هفته معمولی انجام می دهد پرسش می کنید. باید سعی کنید که حتی اگر پاسخ دهنده، خود را از نظر جسمی فعال نمی داند به این پرسش ها جواب دهد. از او بخواهید ابتدا در مورد زمانی که مشغول کار است فکر کند. به اموری که مجبور است در هنگام کار (با یا بدون حقوق)، تحصیل، فعالیت های روزمره منزل، گلکاری، مزرعه داری و باغبانی، ماهیگیری یا شکار غیر تفریحی، جستجوی کار، خرید و... انجام دهد فکر کند. توضیح دهید که در سوالات زیر، فعالیت بدنی با شدت زیاد آنهایی هستند که نیاز به تحرک جسمی زیادی دارند و موجب افزایش زیاد تعداد تنفس و ضربان قلب می شوند و فعالیت بدنی با شدت متوسط آنهایی هستند که تحرک جسمی متوسطی را طلب می کنند و موجب افزایش کمی در تعداد تنفس و ضربان قلب می شوند.

کد	پاسخ	در هنگام کار
P1	<input type="checkbox"/> <p>۱- بلی ۲- خیر ← سوال ۲۴</p>	<p>آیا کار فرد به نوعی است که شامل فعالیت با شدت زیاد که حد اقل ۱۰ دقیقه بطور مداوم طول بکشد و موجب افزایش شدید تنفس و ضربان قلب شود می گردد؟ (مانند حمل بارهای سنگین و کارهای ساختمانی و حفاری)</p>
P2	<input type="checkbox"/> <p>تعداد روزها:</p>	<p>چند روز در طول یک هفته معمولی در هنگام کار فعالیت بدنی با شدت زیاد دارد؟</p>
P3(a, b)	<p>□ : □ □ □ دقیقه ساعت</p>	<p>معمولاً در یکی از چنین روز یا روزهایی چه مدت را به فعالیت بدنی با شدت زیاد می گذراند؟ (اگر فرد چند روز در هفته فعالیت شدید دارد، تنها یکی از آنها را برای پاسخ به این سوال در نظر بگیرید)</p>
P4	<input type="checkbox"/> <p>۱- بلی ۲- خیر ← سوال ۲۷</p>	<p>آیا کار فرد بنوعی است که شامل فعالیت با شدت متوسط که حد اقل ۱۰ دقیقه بطور مداوم طول بکشد و موجب افزایش اندک تنفس و ضربان قلب شود می گردد. (مانند حمل بارهای سبک، بالا رفتن مکرر از پله های کوتاه یا راهپیمایی طولانی)</p>
P5	<input type="checkbox"/> <p>تعداد روزها:</p>	<p>چند روز در طول یک هفته معمولی در هنگام کار فعالیت بدنی با شدت متوسط دارد؟</p>
P6(a,b)	<p>□ : □ □ □ دقیقه ساعت</p>	<p>معمولاً در یکی از چنین روز یا روزهایی چه مدت را به فعالیت بدنی با شدت متوسط می گذراند؟ (اگر فرد چند روز در هفته فعالیت شدید دارد، تنها یکی از آنها را برای پاسخ به این سوال در نظر بگیرید)</p>

هنگام رفت و آمد : این سوالات با پرسش های فوق که مربوط به فعالیت بدنی در هنگام کار بودند متفاوت می باشند و در مورد نحوه معمول تردد فرد است ، برای مثال رفت و آمد به محل کار ، فروشگاهها ، مسجد و

کد	پاسخ	در هنگام رفت و آمد
P7	<input type="checkbox"/> <p>۱- بلی ۲- خیر ← سوال ۳۰</p>	<p>۲۷ آیا برای رفت و آمد از پیاده روی یا دو چرخه سواری بشکلی که حد اقل ۱۰ دقیقه مداوم طول بکشد استفاده می کند ؟</p>
P8	<input type="checkbox"/> <p>تعداد روزها :</p>	<p>۲۸ چند روز در طول یک هفته معمولی برای رفت و آمد از پیاده روی یا دو چرخه سواری بشکلی که حد اقل ۱۰ دقیقه مداوم طول بکشد استفاده می کند ؟</p>
P9(a,b)	<p>_____ : _____ دقیقه ساعت</p>	<p>۲۹ معمولاً در یکی از این روز/روزهای ذکر شده چه مدت پیاده روی یا دوچرخه سواری می کند؟</p>

هنگام تفریح و تفنن : این سوالات با پرسش های قبل که مربوط به فعالیت بدنی در هنگام کار و رفت و آمد بودند متفاوت است و در مورد فعالیتهایی هستند که برای تناسب اندام ، ورزش و تفریح انجام می گیرند .

کد	پاسخ	در هنگام تفریح و تفنن
P10	<input type="checkbox"/> <p>۱- بلی ۲- خیر ← سوال ۳۳</p>	<p>۳۰ آیا هیچگونه فعالیت ورزشی و تفریحی با شدت زیاد که تنفس و ضربان قلب فرد را برای حد اقل ۱۰ دقیقه مداوم بشدت افزایش دهد (مثل بازی فوتبال ، کوهنوردی ، دو) انجام می دهد ؟</p>
P11	<input type="checkbox"/> <p>تعداد روزها :</p>	<p>۳۱ چند روز در یک هفته معمولی ورزش یا فعالیت تفریحی با شدت زیاد دارد ؟</p>
P12(a,b)	<p>_____ : _____ دقیقه ساعت</p>	<p>۳۲ معمولاً در یکی از این روز/روزهای ذکر شده چه مدت به فعالیت ورزشی یا تفریحی با شدت زیاد می پردازد ؟</p>
P13	<input type="checkbox"/> <p>۱- بلی ۲- خیر ← سوال ۳۶</p>	<p>۳۳ آیا هیچگونه فعالیت ورزشی و تفریحی با شدت متوسط که تنفس و ضربان قلب فرد را برای حد اقل ۱۰ دقیقه مداوم اندکی افزایش دهد (مثل پیاده روی تند ، دوچرخه سواری ، شنا و والیبال) انجام می دهد؟</p>
P14	<input type="checkbox"/> <p>تعداد روزها :</p>	<p>۳۴ در چند روز در طول یک هفته معمولی ورزش یا فعالیت تفریحی با شدت متوسط دارد؟</p>
P15(a,b)	<p>_____ : _____ دقیقه ساعت</p>	<p>۳۵ معمولاً در یکی از این روز/روزهای ذکر شده چه مدت به فعالیت ورزشی یا تفریحی با شدت متوسط می پردازد ؟</p>

در هنگام نشستن و استراحت

پرسش زیر در مورد نشستن و استراحت در هنگام کار ، حضور در منزل ، در هنگام رفت و آمد و اوقاتی که با دوستان و آشنایان می گذرد است ولی شامل موقع خواب نمی باشد . نشستن پشت میز کار یا با دوستان ، در اتوبوس یا تاکسی یا مقابل تلویزیون و رایانه و یا در حین مطالعه مثالهایی از این رفتار هستند .

P16(a,b)	<p>_____ : _____ دقیقه ساعت</p>	<p>۳۶ در یک روز معمولی اغلب چه مدت زمانی را به نشستن و آرامش می گذراند ؟</p>
----------	-------------------------------------	--

کد	پاسخ	سابقه فشار خون بالا	
H1	<input type="checkbox"/> <p>۱- در طی ۱۲ ماه اخیر ۲- بین یک تا ۵ سال قبل ۳- در ۵ سال اخیر اندازه گیری نشده</p>	<p><u>آخرین بار</u> در چه زمانی فشار خون فرد توسط پزشک یا یکی دیگر از کارکنان بهداشتی و درمانی اندازه گیری شده است؟</p>	۳۷
H2	<input type="checkbox"/> <p>۱- بلی ۲- خیر</p>	<p>آیا در طول ۱۲ ماه اخیر پزشک یا یک کارمند بهداشتی درمانی به فرد گفته که فشار خونس بالاست یا بیماری فشار خون بالا دارد؟</p>	۳۸
		<p>آیا فرد در حال حاضر با تجویز پزشک یا یک کارمند بهداشتی درمانی برای فشار خون بالا تحت هیچ یک از درمانها و توصیه های زیر می باشد؟ (منظور درمان یا توصیه ای است که توسط فرد در حال اجرا و پیگیری است)</p>	۳۹
H3a	<input type="checkbox"/> <p>۱- بلی ۲- خیر</p>	<p>a - درمان دارویی که در طی ۲ هفته اخیر نیز مصرف کرده باشد</p>	
H3b	<input type="checkbox"/> <p>۱- بلی ۲- خیر</p>	<p>b- رژیم غذایی خاص</p>	
H3c	<input type="checkbox"/> <p>۱- بلی ۲- خیر</p>	<p>c- توصیه یا درمان برای کاهش وزن</p>	
H3d	<input type="checkbox"/> <p>۱- بلی ۲- خیر</p>	<p>d- توصیه یا درمان برای ترک دخانیات</p>	
H3e	<input type="checkbox"/> <p>۱- بلی ۲- خیر</p>	<p>e- توصیه به آغاز یا افزایش فعالیت بدنی</p>	
H5	<input type="checkbox"/> <p>۱- بلی ۲- خیر</p>	<p>آیا هم اکنون برای فشار خون بالای خود از <u>داروی گیاهی</u> یا <u>درمان سنتی</u> استفاده می کند؟</p>	۴۰

کد	پاسخ	سابقه دیابت (بیماری قند)
H6	<input type="checkbox"/> ۱- بلی ۲- خیر	آیا فرد در ۱۲ ماه اخیر اندازه گیری (آزمایش) قند خون داشته است ؟
X8	<input type="checkbox"/> ۱- بلی ۲- خیر	آیا هیچیک از بستگان درجه یک فرد (پدر، مادر، برادر، خواهر و فرزندان) فرد مبتلا به بیماری قند (دیابت) هستند؟
X9	<input type="checkbox"/> ۱- بلی ۲- خیر ← سوال ۴۷	آیا هرگز یک پزشک یا کارمند بهداشتی درمانی به فرد گفته که بیماری قند (دیابت) دارد ؟
H7	<input type="checkbox"/> ۱- بلی ۲- خیر	آیا در طول ۱۲ ماه اخیر پزشک یا یک کارمند بهداشتی درمانی به فرد گفته است که بیماری قند (دیابت) دارد ؟
		۴۵ آیا فرد در حال حاضر با تجویز پزشک یا یک کارمند بهداشتی درمانی برای بیماری قند تحت هیچ یک از درمانها و توصیه های زیر می باشد ؟ (منظور درمان یا توصیه ای است که توسط فرد در حال اجرا و پیگیری است)
H8a	<input type="checkbox"/> ۱- بلی ۲- خیر	a- انسولین
H8b	<input type="checkbox"/> ۱- بلی ۲- خیر	b- داروهای خوراکی که در طی ۲ هفته اخیر نیز مصرف کرده باشد
H8c	<input type="checkbox"/> ۱- بلی ۲- خیر	c- رژیم غذایی خاص
H8d	<input type="checkbox"/> ۱- بلی ۲- خیر	d- توصیه یا درمان برای کاهش وزن
H8e	<input type="checkbox"/> ۱- بلی ۲- خیر	e- توصیه یا درمان برای ترک دخانیات
H8f	<input type="checkbox"/> ۱- بلی ۲- خیر	f- توصیه به آغاز یا افزایش فعالیت بدنی
H10	<input type="checkbox"/> ۱- بلی ۲- خیر	آیا هم اکنون برای بیماری قند خود از <u>داروی گیاهی</u> یا <u>درمان سنتی</u> استفاده می کند ؟

کد	پاسخ	مصرف دخانیات	
T1a	<input type="checkbox"/> <p>۱- بلی ۲- خیر ← سوال ۵۱</p>	آیا در حال حاضر هر نوع سیگار (به شکل سیگار کارخانه ای، دست پیچ و یا سیگار برگ) مصرف می کند؟	۴۷
T2	<input type="checkbox"/> <p>۱- بلی ۲- خیر ← سوال ۵۱</p>	آیا هر روز سیگار می کشد؟	۴۸
T3	<p>____ سالگی اگر نمی داند در مربع ها عدد ۹۹ درج شود</p>	اولین بار در چه سنی (چند سالگی) مصرف روزانه سیگار را شروع کرده است؟	۴۹
T5a	<p>____ نخ در روز اگر نمی داند در مربع ها عدد ۹۹۹ درج شود</p>	در حال حاضر بطور متوسط روزانه چند نخ سیگار مصرف می کند؟	۵۰
T6	<input type="checkbox"/> <p>۱- بلی ۲- خیر ← سوال ۵۳ اگر نمی داند در مربع عدد ۹ درج شود</p>	آیا هیچگاه قبلاً "هر روز سیگار" به شکل سیگار کارخانه ای، دست پیچ و یا سیگار برگ) مصرف می کرده است؟	۵۱
T7	<p>____ سالگی اگر نمی داند در مربع عدد ۹۹ درج شود</p>	اگر بلی، در چند سالگی مصرف روزانه سیگار را ترک کرده است؟	۵۲
T1b	<input type="checkbox"/> <p>۱- بلی ۲- خیر ← سوال ۵۵</p>	آیا بطور روزانه از پیب یا چیق استفاده می کند؟	۵۳
T5c	<p>____ بار در روز اگر نمی داند در مربع عدد ۹۹ درج شود</p>	اگر بلی، روزانه چند بار از پیب یا چیق پر از توتون مصرف می کند؟	۵۴
T1c	<input type="checkbox"/> <p>۱- بلی ۲- خیر ← سوال ۵۷</p>	آیا بطور روزانه از قلیان استفاده می کند؟	۵۵
T5d	<p>____ بار در روز اگر نمی داند در مربع عدد ۹۹ درج شود</p>	اگر بلی، روزانه چند بار از قلیان مصرف می کند؟	۵۶

سنجش های جسمی			
کد	پاسخ	قد ، وزن و دور کمر	
M2a	<input type="text"/> <input type="text"/>	کد ابزار قد سنج	۵۷
M3	سانتی متر <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> (اگر اندازه گیری مقدور نیست عدد ۹۹۹/۹ درج شود)	اندازه قد فرد	۵۸
M2b	<input type="text"/> <input type="text"/>	کد ابزار توزین	۵۹
M4	کیلوگرم <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> (اگر وزن فرد بیش از اعداد ترازو است یا اندازه گیری مشکل است عدد ۹۹۹/۹ درج شود)	اندازه وزن فرد	۶۰
M5	<input type="checkbox"/>	آیا فرد باردار است ؟ (فقط برای بانوان)	۶۱
		۱- بلی ۲- خیر	
M6	<input type="text"/> <input type="text"/>	کد نوار اندازه گیری دور کمر	۶۲
M7	سانتی متر <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	اندازه دور کمر	۶۳

کد	پاسخ	فشار خون
M9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	کد دستگاه فشار سنج
M10	<input type="checkbox"/>	اندازه بازو بند مورد استفاده
	<input type="checkbox"/>	اندازه گیری در کدام دست انجام می گیرد؟
M11a	سیستولیک: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> میلیمتر جیوه	اندازه فشار خون - <u>سنجش بار اول</u>
M11b	دیاستولیک : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> میلیمتر جیوه	
M12a	سیستولیک: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> میلیمتر جیوه	اندازه فشار خون - <u>سنجش بار دوم</u>
M12b	دیاستولیک : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> میلیمتر جیوه	
M13a	سیستولیک: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> میلیمتر جیوه	اندازه فشار خون - <u>سنجش بار سوم</u>
M13b	دیاستولیک : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> میلیمتر جیوه	
M14	<input type="checkbox"/>	آیا طی دو هفته گذشته از درمان دارویی پایین آورنده فشار خون که توسط پزشک یا مراکز درمانی تجویز شده، استفاده کرده است؟