

پرسشنامه بررسی عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر

سال 1390

اداره مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر



I4	کد شرکت کننده: C C C C C C کد فرد کد خانوار کد خوشه کد شهرستان	کد پرسشنامه:
----	--	--------------

نام و نام خانوادگی پرسشگر:

کد پرسشگر: C C

کد	پاسخ	سوالات کلی و شناسایی
I5	90 / / روز ماه سال	1 تاریخ تکمیل پرسشنامه (روز و ماه را بنویسید.)
I1	C 1- شهر 2- روستا	2 کد منطقه
I2	3 نام دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی
I10	4 نام کامل مصاحبه شونده
I11		5 کد ملی
I12	6 شماره تلفن تماس (تلفن ثابت یا موبایل) حتماً درج نمایید این شماره مربوط به چه کسی است.
X1	7 نشانی دقیق پستی
X2		8 کد پستی

1. پاسخ سوالات 3، 4، 6، 7 و 8 در رایانه وارد نمی‌شود.
2. بخش‌هایی که با علامت * مشخص شده‌اند فقط از افراد بالاتر از 25 سال سوال گردد.
3. بخش‌هایی که با علامت ** مشخص شده‌اند فقط از افراد بالاتر از 15 سال سوال گردد.

کد	پاسخ	اطلاعات بوم شناسی
C1	C	9 جنسیت 1- مرد 2- زن
C2	____/____/____ روز ماه سال	10 تاریخ تولد
C5	C C	11 قومیت 1- بلوچ 2- ترک 3- ترکمن 4- سیستانی 5- عرب 6- فارس 7- کرد 8- گیلک 9- لر 10- چند قومیتی 11- سایر
C6	C	12 بالاترین سطح تحصیلاتی که به اتمام رسانیده‌اید کدام مورد می‌باشد؟ 1- بالاتر از لیسانس 2- لیسانس 3- فوق دیپلم 4- دیپلم 5- راهنمایی 6- ابتدایی 7- بی سواد
C7	C C	13 کدامیک از موارد مقابل بهترین توصیف از شغل شما در 12 ماه اخیر می‌باشد؟ 1- کارمند بخش دولتی 2- کارگر شاغل در بخش دولتی 3- کارمند بخش غیردولتی 4- کارگر شاغل در بخش غیردولتی 5- شغل آزاد یا خویش فرما 6- کار بدون مزد 7- دانش آموز، دانشجو یا سرباز 8- خانه دار 9- بازنشسته 10- بیکار (قادر به کار کردن است). 11- بیکار (دارای ناتوانی است و نمی تواند کار کند). 99- مایل به پاسخ دادن نیست.
C8	C C	14 تعداد افراد ساکن این خانوار با احتساب خودتان چند نفر است؟
X3	C	15 مساحت زیربنای واحد مسکونی محل سکونت فعلی خانوار چقدر است؟ 1- کمتر از 50 2- 51 تا 75 3- 76 تا 100 4- 101 تا 150 5- 151 تا 200 6- بیشتر از 200 7- نمی دانم
X4	C C C C C C	16 آیا خانوار وسایل و امکانات زیر را دارد؟ a- حمام جدا b- آشپزخانه جدا c- جارو برقی d- کامپیوتر e- فریزر جدا f- ماشین لباسشویی 1- بلی 2- خیر

کد	پاسخ	وضعیت تغذیه
X9	C	26 به‌طور متوسط چند روز در یک هفته معمولی نوشیدنی‌های صنعتی (نوشابه گازدار، ماء‌الشعیر، آب‌میوه صنعتی و ...) به‌جز دوغ مصرف می‌کنید؟ تعداد روزهای هفته: اگر نمی‌داند عدد 9 درج شود.
X10	C	27 آیا در سر سفره از نمکدان استفاده می‌کنید؟ 1- بلی 2- خیر

وضعیت فعالیت بدنی ** *

هنگام کار : در این بخش در مورد زمانی که فرد انواع فعالیت بدنی را در طول یک هفته معمولی انجام می‌دهد پرسش می‌کنید. باید سعی کنید که حتی اگر پاسخ‌دهنده، خود را از نظر جسمی فعال نمی‌داند به این پرسش‌ها 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، فعالیت‌های روزمره منزل، گلکاری، مزرعه‌داری 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 می‌شوند و فعالیت بدنی با شدت متوسط آنهایی هستند که تحرک جسمی متوسطی را طلب می‌کنند و موجب افزایش کمی در تعداد تنفس و ضربان قلب می‌شوند.

کد	پاسخ	در هنگام کار
P1	C	28 آیا کار شما به نوعی است که شامل فعالیت با شدت زیاد (که حداقل 10 دقیقه به‌طور مداوم طول بکشد و موجب افزایش شدید تنفس و ضربان قلب شود) می‌گردد؟ (مانند حمل بارهای سنگین و کارهای ساختمانی و حفاری)
P2	C	29 چند روز در طول یک هفته معمولی در هنگام کار فعالیت بدنی با شدت زیاد دارید؟ تعداد روزها :
P3(a, b)	_____ : _____ دقیقه ساعت	30 معمولاً در یکی از چنین روز/روزهایی چه مدت را به فعالیت بدنی با شدت زیاد می‌گذرانید؟ (اگر فرد چند روز در هفته فعالیت شدید دارد، تنها یکی از آنها را برای پاسخ به این سوال در نظر بگیرید.)
P4	C	31 آیا کار شما به نوعی است که شامل فعالیت با شدت متوسط (که حداقل 10 دقیقه به‌طور مداوم طول بکشد و موجب افزایش اندک تنفس و ضربان قلب شود) می‌گردد. (مانند حمل بارهای سبک، بالا رفتن مکرر از پله‌های کوتاه یا پیاده‌روی طولانی)
P5	C	32 چند روز در طول یک هفته معمولی در هنگام کار فعالیت بدنی با شدت متوسط دارید؟ تعداد روزها :
P6(a, b)	_____ : _____ دقیقه ساعت	33 معمولاً در یکی از چنین روز/روزهایی چه مدت را به فعالیت بدنی با شدت متوسط می‌گذرانید؟ (اگر فرد چند روز در هفته فعالیت متوسط دارد، تنها یکی از آنها را برای پاسخ به این سوال در نظر بگیرید.)

هنگام رفت و آمد : این سوالات با پرسش‌های فوق که مربوط به فعالیت بدنی در هنگام کار بودند متفاوت می‌باشند 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	1- بلی 2- خیر ← سوال 37 C	34 آیا برای رفت و آمد از پیاده‌روی یا دوچرخه‌سواری به شکلی که حداقل 10 دقیقه مداوم طول بکشد استفاده می‌کنید؟
P8	تعداد روزها : C	35 چند روز در طول یک هفته معمولی برای رفت و آمد از پیاده‌روی یا دوچرخه‌سواری به شکلی که حداقل 10 دقیقه مداوم طول بکشد استفاده می‌کنید؟
P9(a, b)	____ : ____ دقیقه ساعت	36 معمولاً در یکی از این روز/روزهای ذکر شده چه مدت پیاده‌روی یا دوچرخه‌سواری می‌کنید؟

هنگام تفریح و تفنن : این سوالات با پرسش‌های 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 می‌گیرند.

کد	پاسخ	در هنگام تفریح و تفنن
P10	1- بلی 2- خیر ← سوال 40 C	37 آیا هیچگونه فعالیت ورزشی و تفریحی با شدت زیاد که تنفس و ضربان قلب فرد را برای حداقل 10 دقیقه مداوم به شدت افزایش دهد (مثل بازی فوتبال، کوهنوردی و دو) انجام می‌دهید؟
P11	تعداد روزها : C	38 چند روز در یک هفته معمولی ورزش یا فعالیت تفریحی با شدت زیاد دارید؟
P12(a,b)	____ : ____ دقیقه ساعت	39 معمولاً در یکی از این روز/روزهای ذکر شده چه مدت به فعالیت ورزشی یا تفریحی با شدت زیاد می‌پردازید؟
P13	1- بلی 2- خیر ← سوال 43 C	40 آیا هیچگونه فعالیت ورزشی و تفریحی با شدت متوسط که تنفس و ضربان قلب فرد را برای حداقل 10 دقیقه مداوم اندکی افزایش دهد (مثل پیاده‌روی تند، دوچرخه سواری، شنا و والیبال) انجام می‌دهید؟
P14	تعداد روزها: C	41 در چند روز در طول یک هفته معمولی ورزش یا فعالیت تفریحی با شدت متوسط دارید؟
P15(a,b)	____ : ____ دقیقه ساعت	42 معمولاً در یکی از این روز/روزهای ذکر شده چه مدت به فعالیت ورزشی یا تفریحی با شدت متوسط می‌پردازید؟

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 می‌گذرد است ولی شامل موقع خواب نمی‌باشد. 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.

کد	پاسخ	در هنگام نشستن و استراحت
P16(a,b)	____ : ____ دقیقه ساعت	43 در یک روز معمولی اغلب چه مدت زمانی را به نشستن و آرامش می‌گذرانید؟

کد	پاسخ	مصرف دخانیات * *	
T1a	C 1- بلی 2- خیر ← سوال 48	آیا در حال حاضر هر نوع سیگار (به شکل سیگار کارخانه‌ای، دست پیچ و یا سیگار برگ) مصرف می‌کنید؟	44
T2	C 1- بلی (سوال‌های 48 و 49 پرسیده نشوند). 2- خیر ← سوال 48	آیا هر روز سیگار می‌کشید؟	45
T3	ل ل سالگی اگر نمی‌داند در مربع‌ها عدد 99 درج شود.	اولین بار در چه سنی (چند سالگی) مصرف روزانه سیگار را شروع کرده‌اید؟	46
T5a	ل ل نخ در روز اگر نمی‌داند در مربع‌ها عدد 999 درج شود.	در حال حاضر به‌طور متوسط روزانه چند نخ سیگار مصرف می‌کنید؟	47
T6	C 1- بلی 2- خیر ← سوال 50 اگر نمی‌داند در مربع‌ها عدد 9 درج شود.	آیا هیچگاه در گذشته به‌صورت روزانه سیگار (به شکل سیگار کارخانه‌ای، دست پیچ و یا سیگار برگ) مصرف می‌کرده‌اید؟	48
T7	ل ل سالگی اگر نمی‌داند در مربع‌ها عدد 99 درج شود.	اگر بلی، در چند سالگی مصرف روزانه سیگار را ترک کرده‌اید؟	49
T8a	C اگر نمی‌داند در مربع‌ها عدد 9 درج شود.	در یک هفته معمولی به‌طور متوسط چند روز، فردی در خانه شما در حضورتان سیگار مصرف می‌کند؟	50
T8b	C اگر نمی‌داند در مربع‌ها عدد 9 درج شود.	در یک هفته معمولی به‌طور متوسط چند روز، فردی در محیط کار شما (محیط‌های عمومی و اختصاصی) در حضورتان سیگار مصرف می‌کند؟	51
T1b	C 1- بلی 2- خیر ← سوال 54	آیا به‌طور روزانه از پیپ یا چپق استفاده می‌کنید؟	52
T5c	ل ل بار در روز اگر نمی‌داند در مربع‌ها عدد 99 درج شود.	اگر بلی، روزانه چند بار از پیپ یا چپق پر از توتون مصرف می‌کنید؟	53
T1c	C 1- بلی 2- خیر ← سوال 57	آیا به‌طور روزانه از قلیان استفاده می‌کنید؟	54
T5d	ل ل بار در روز اگر نمی‌داند در مربع‌ها عدد 99 درج شود.	اگر بلی، روزانه چند بار قلیان استفاده می‌کنید؟	55
T5e	ل ل سالگی اگر نمی‌داند در مربع‌ها عدد 99 درج شود.	اولین بار در چه سنی مصرف روزانه قلیان را آغاز کرده‌اید؟	56
T8c	C اگر نمی‌داند در مربع‌ها عدد 9 درج شود.	در یک هفته معمولی به‌طور متوسط چند روز، فردی در حضور شما (محیط‌های عمومی و اختصاصی) قلیان مصرف می‌کند؟	57

کد	پاسخ	مصرف الکل * *
A1	1- بلی 2- خیر 3- تمایلی به پاسخگویی ندارد. ← سوال 61	58 آیا تاکنون نوشیدنی‌های الکلی مصرف کرده‌اید؟
A2	1- بلی 2- خیر ← سوال 61	59 آیا در طول 12 ماه گذشته نوشیدنی‌های الکلی مصرف کرده‌اید؟
A3	1- روزانه 2- 5 تا 6 روز در هفته 3- 1 تا 4 روز در هفته 4- 1 تا 3 روز در ماه 5- کمتر از یک بار در ماه	60 در طی 12 ماه گذشته با چه فاصله‌ای نوشیدنی‌های الکلی مصرف نموده‌اید؟

کد	پاسخ	سابقه فشار خون بالا
H1	1- بلی 2- خیر ← سوال 66	61 آیا تاکنون فشار خون شما توسط پزشک یا کارکنان بهداشتی درمانی اندازه‌گیری شده‌است؟
H2a	1- بلی 2- خیر ← سوال 66	62 آیا تاکنون پزشک یا یک کارمند بهداشتی درمانی به شما گفته است که فشار خونتان بالاست یا بیماری فشار خون بالا دارید؟
H2b	1- بلی 2- خیر	63 آیا در طول 12 ماه گذشته پزشک یا یک کارمند بهداشتی درمانی به شما گفته است که بیماری فشار خون دارید؟ (این سوال فقط در صورتی "بلی" می‌گیرد که بیماری فشارخون فرد در طی یکسال گذشته شناسایی شده باشد.)
64 آیا در حال حاضر در حال اجرا یا پیگیری هیچ‌یک از درمان‌ها یا توصیه‌های پزشک یا یک کارمند بهداشتی درمانی برای درمان بیماری فشارخون خود می‌باشید؟		
H3a	1- بلی 2- خیر	a - درمان دارویی که در طی 2 هفته اخیر نیز مصرف کرده باشید.
H3b	1- بلی 2- خیر	b - توصیه به کاهش مصرف نمک
H3c	1- بلی 2- خیر	c - توصیه یا درمان برای کاهش وزن
H3d	1- بلی 2- خیر	d - توصیه یا درمان برای ترک دخانیات
H3e	1- بلی 2- خیر	e - توصیه به آغاز یا افزایش فعالیت بدنی
H5	1- بلی 2- خیر	65 آیا هم اکنون برای فشار خون بالای خود از داروی گیاهی یا درمان سنتی استفاده می‌کنید؟

کد	پاسخ	سابقه دیابت (بیماری قند)
H6	C	66 آیا هیچ‌یک از بستگان درجه یک شما (پدر، مادر، برادر، خواهر و فرزندان) فرد مبتلا به بیماری قند (دیابت) هستند؟ 1- بلی 2- خیر 3- نمی‌داند.
H7a	C	67 آیا در 12 ماه اخیر اندازه‌گیری (آزمایش) قند خون داشته‌اید؟ 1- بلی 2- خیر
H7b	C	68 آیا هرگز یک پزشک یا کارمند بهداشتی درمانی به شما گفته است که بیماری قند (دیابت) دارید؟ ← سوال 72 1- بلی 2- خیر
H7c	C	69 آیا در طول 12 ماه اخیر پزشک یا یک کارمند بهداشتی درمانی به شما گفته است که بیماری قند (دیابت) دارید؟ (این سوال فقط در صورتی "بلی" می‌گیرد که بیماری دیابت فرد در طی یکسال گذشته شناسایی شده باشد.) 1- بلی 2- خیر
		70 آیا در حال حاضر در حال اجرا یا پیگیری هیچ‌یک از درمان‌ها یا توصیه‌های پزشک یا یک کارمند بهداشتی درمانی برای درمان بیماری قند خود می‌باشید؟
H8a	C	a- انسولین 1- بلی 2- خیر
H8b	C	b- داروهای خوراکی که در طی 2 هفته اخیر نیز مصرف کرده باشد. 1- بلی 2- خیر
H8c	C	c- رژیم غذایی خاص 1- بلی 2- خیر
H8d	C	d- توصیه یا درمان برای کاهش وزن 1- بلی 2- خیر
H8e	C	e- توصیه یا درمان برای ترک دخانیات 1- بلی 2- خیر
H8f	C	f- توصیه به آغاز یا افزایش فعالیت بدنی 1- بلی 2- خیر
H10	C	71 آیا هم اکنون برای بیماری قند خود از <u>داروی گیاهی یا درمان سنتی</u> استفاده می‌کند؟ 1- بلی 2- خیر

کد	پاسخ	قلب و عروق *
G1	C	72 آیا تاکنون یک پزشک یا کارمند بهداشتی درمانی به شما گفته است که دچار بیماری عروقی قلب (سکته قلبی، حمله قلبی و ...) هستید؟ 1- بلی 2- خیر
G2	C	73 آیا تاکنون درد، ناراحتی و یا نوعی فشار و سنگینی در وسط قفسه سینه یا زیر جناغ سینه خود احساس کرده‌اید؟ 1- بلی 2- خیر ← سوال 77
G3	C	74 آیا هنگامی که به آرامی یا با عجله راه می‌روید یا از سربالایی بالا می‌روید دچار درد در قفسه سینه می‌شوید؟ 1- بلی 2- خیر ← سوال 77
G4	C	75 آیا با تغییر وضعیت (ایستادن، نشستن و یا آهسته‌تر راه رفتن) و یا مصرف قرص زیر زبانی درد برطرف می‌شود؟ 1- بلی 2- خیر 3- اقدام خاصی انجام نمی‌دهد.
G5	C	76 آیا درد کمتر از 10 دقیقه برطرف می‌شود؟ 1- بلی 2- خیر
کد	پاسخ	وضعیت سلامت عضلانی اسکلتی *
L1	C	77 آیا تاکنون یک پزشک و یا کارمند بهداشتی درمانی به شما گفته‌است که شما دچار پوکی استخوان هستید؟ 1- بلی 2- خیر
L2	C	78 آیا در سال گذشته مبتلا به دردهای زیر شده‌اید به‌شکلی که بیش از 3 ماه مداوم طول کشیده باشد؟ a- کمردرد b- گردن درد c- زانو درد 1- بلی 2- خیر
کد	پاسخ	آسم
R1	C	79 آیا تاکنون یک پزشک و یا کارمند بهداشتی درمانی به شما گفته‌است که شما دچار بیماری آسم هستید؟ 1- بلی 2- خیر
R2	C	80 آیا طی یکسال گذشته علائم تنفسی زیر (به‌ویژه پس از فعالیت فیزیکی یا متعاقب عفونت های تنفسی) داشته‌اید؟ a- سرفه بیش از 4 هفته b- خس خس سینه مکرر c- تنگی نفس 1- بلی 2- خیر
کد	پاسخ	سرطان *
S1	C	81 آیا تاکنون پزشک متخصص برای شما تشخیص سرطان سینه داده است؟ 1- بلی 2- خیر
S2	C	82 آیا در خانواده درجه اول شما (پدر، مادر، خواهر، برادر و فرزندان) فرد مبتلا یا فوت کرده به‌علت سرطان سینه وجود دارد؟ 1- بلی 2- خیر

کد	پاسخ	سرطان *
S3	C	83 آیا تاکنون پزشک متخصص برای شما تشخیص سرطان روده بزرگ داده است؟ 1- بلی 2- خیر
S4	C	84 آیا در خانواده درجه اول شما (پدر، مادر، خواهر، برادر و فرزندان) فرد مبتلا یا فوت کرده به علت سرطان روده بزرگ وجود دارد؟ 1- بلی 2- خیر
کد	پاسخ	مغز و اعصاب *
N1	C	85 آیا تاکنون یک پزشک به شما گفته است که دچار بیماری عروقی مغز (سکته مغزی، خونریزی مغزی) هستید؟ 1- بلی 2- خیر
N2	C	86 آیا تا به حال هیچ یک از موارد زیر را داشته‌اید: اختلال ناگهانی در صحبت کردن، احساس ضعف در بازو، پا، یک طرف بدن و یا بی حسی در یک طرف بدن 1- بلی 2- خیر
کد	پاسخ	بهداشت دهان
O1	C	87 روزانه چند مرتبه مسواک می‌زنید؟ 1- مسواک نمی‌زند. 2- یک مرتبه در روز 3- دو یا بیشتر از یک مرتبه در روز
O2	C	88 روزانه چند بار از نخ دندان استفاده می‌کنید؟ 1- استفاده نمی‌کند. 2- یک مرتبه در روز 3- بیش از یک مرتبه در روز

