**แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์อายุ 16-18 ปี**

**ชื่อ-สกุล................................................................................**

**ครั้งที่.............วันที่........................................**

**ความหมาย**

พฤติกรรมการบริโภคอาหารแต่ละข้อนั้น หมายถึง พฤติกรรมที่เหมาะสม หากพฤติกรรมในข้อใดไม่ปฏิบัติ แสดงว่า ต้องปรับปรุงพฤติกรรมในเรื่องนั้น

**วิธีประเมิน**

1. ประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารในช่วง 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา

2. ให้ทำเครื่องหมาย 🗸 ลงในช่องปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติในพฤติกรรมแต่ละข้อ ถ้าไม่ปฏิบัติ ให้ดูว่าสิ่งที่ทำนั้นน้อยกว่าหรือมากกว่าจากที่แนะนำ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **พฤติกรรมการบริโภคอาหาร** | **ปฏิบัติ** | **ไม่ปฏิบัติ** |
| **น้อยกว่า** | **มากกว่า** |
| 1. กินอาหารเช้าที่มีกลุ่มอาหารอย่างน้อย 3 กลุ่ม คือ กลุ่มข้าว-แป้ง กลุ่มผัก และกลุ่มเนื้อสัตว์ หรือ กลุ่มข้าว-แป้ง กลุ่มผัก และกลุ่มนม ทุกวัน |  |  |
| 2. กินอาหารหลัก วันละ 3-4 มื้อ (เช้า กลางวัน บ่าย เย็นหรือค่ำ) ทุกวัน |  |  |  |
| 3. กินอาหารว่าง วันละ 2-3 ครั้ง (ช่วงสาย ช่วงบ่าย และ/หรือช่วงค่ำ) ทุกวัน |  |  |  |
| 4. ปริมาณอาหารที่บริโภคในแต่ละกลุ่ม |  |  |  |
|  4.1 กินอาหารกลุ่มข้าว-แป้ง วันละ 10 ทัพพี  |  |  |  |
|  4.2 กินอาหารกลุ่มผักวันละ 6 ทัพพี ทุกวัน |  |  |  |
|  4.3 กินอาหารกลุ่มผลไม้ วันละ 6 ส่วน ทุกวัน |  |  |  |
|  4.4 กินอาหารกลุ่มเนื้อสัตว์ วันละ 12 ช้อนกินข้าว ทุกวัน |  |  |  |
|  4.5 ดื่มนม* นมสดรสจืด วันละ 3 แก้วหรือกล่อง ทุกวัน สำหรับหญิงตั้งครรภ์ไม่อ้วน
* นมพร่องมันเนย/นมขาดมันเนย วันละ 3 แก้วหรือกล่อง ทุกวัน สำหรับหญิงตั้งครรภ์อ้วน
 |  |  |  |
| 5. กินปลา สัปดาห์ละอย่างน้อย 3 วัน |  |  |  |
| 6. กินไข่ สัปดาห์ละ 3-7 วัน ๆ ละ 1 ฟอง |  |  |  |
| 7. กินอาหารที่เป็นแหล่งธาตุเหล็ก เช่น ตับ เลือด เป็นต้น สัปดาห์ละ 2-3 วัน |  |  |  |
| 8. กินยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็กและโฟเลท (เลือกให้ตรงกับยาที่ได้รับ)* ยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟเลท (รวมในเม็ดเดียวกัน) วันละ 1 เม็ด ทุกวัน
* ยาเม็ดเสริมไอโอดีน วันละ 1 เม็ด ทุกวัน
* ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก วันละ 1 เม็ด ทุกวัน
* ยาเม็ดเสริมโฟเลท วันละ 1 เม็ด ทุกวัน
 |  |  |  |
| 9. กินอาหารประเภทผัด ทอด และกะทิ (เลือกให้ตรงตามภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์)* ไม่มากกว่า 5 อย่างต่อวัน สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักปกติ
* มากกว่า 5 อย่างต่อวันสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักน้อย
* ไม่มากกว่า 3 อย่างต่อวันสำหรับหญิงตั้งครรภ์อ้วน
 |  |  |  |
| 10. ไม่กินเนื้อสัตว์ติดมัน เช่น หมูสามชั้น ขาหมู คอหมู หนังไก่ หนังเป็ด เป็นต้น |  |  |
| 11. ไม่กินขนมที่มีรสหวาน เช่น ไอติมหวานเย็น ช็อคโกแล็ต หมากฝรั่ง ลูกอม เยลลี่ เป็นต้น |  |  |
| 12. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน โกโก้เย็น ชาเย็น น้ำปั่น น้ำผลไม้ นมเปรี้ยว เป็นต้น |  |  |
| 13. ไม่กินขนมเบเกอรี่ เช่น เค้ก พาย โดนัท เป็นต้น |  |  |
| 14. ไม่กินขนมขบเคี้ยว เช่น ปลาเส้นปรุงรส มันฝรั่งทอด ขนมปังเวเฟอร์ ขนมปังแท่ง เป็นต้น |  |  |
| 15. ไม่เติมเครื่องปรุงรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซี้อิ๊ว แม็กกี้ ในอาหารที่ปรุงสุกแล้ว ทุกครั้ง |  |  |
| 16. ไม่เติมน้ำตาลในอาหารที่ปรุงสุกแล้ว ทุกครั้ง |  |  |
| 17. ไม่กินอาหารหมักดอง เช่น ผักดอง ผลไม้ดอง หอยดอง เป็นต้น |  |  |
| 18. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ |  |  |
| 19. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น กาแฟ ชา เป็นต้น |  |  |

**แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์อายุ 19 ปี ขึ้นไป**

**ชื่อ-สกุล................................................................................**

**ครั้งที่.............วันที่........................................**

**ความหมาย**

พฤติกรรมการบริโภคอาหารแต่ละข้อนั้น หมายถึง พฤติกรรมที่เหมาะสม หากพฤติกรรมในข้อใดไม่ปฏิบัติ แสดงว่า ต้องปรับปรุงพฤติกรรมในเรื่องนั้น

**วิธีประเมิน**

1. ประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารในช่วง 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา

2. ให้ทำเครื่องหมาย 🗸 ลงในช่องปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติในพฤติกรรมแต่ละข้อ ถ้าไม่ปฏิบัติ ให้ดูว่าสิ่งที่ทำนั้นน้อยกว่าหรือมากกว่าจากที่แนะนำ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **พฤติกรรมการบริโภคอาหาร** | **ปฏิบัติ** | **ไม่ปฏิบัติ** |
| **น้อยกว่า** | **มากกว่า** |
| 1. กินอาหารเช้าที่มีกลุ่มอาหารอย่างน้อย 3 กลุ่ม คือ กลุ่มข้าว-แป้ง กลุ่มผัก และกลุ่มเนื้อสัตว์ หรือ กลุ่มข้าว-แป้ง กลุ่มผัก และกลุ่มนม ทุกวัน |  |  |
| 2. กินอาหารหลัก วันละ 3-4 มื้อ (เช้า กลางวัน บ่าย เย็นหรือค่ำ) ทุกวัน |  |  |  |
| 3. กินอาหารว่าง วันละ 2-3 ครั้ง (ช่วงสาย ช่วงบ่าย และ/หรือช่วงค่ำ) ทุกวัน |  |  |  |
| 4. ปริมาณอาหารที่บริโภคในแต่ละกลุ่ม |  |  |  |
|  4.1 กินอาหารกลุ่มข้าว-แป้ง วันละ 9 ทัพพี  |  |  |  |
|  4.2 กินอาหารกลุ่มผักวันละ 6 ทัพพี ทุกวัน |  |  |  |
|  4.3 กินอาหารกลุ่มผลไม้ วันละ 6 ส่วน ทุกวัน |  |  |  |
|  4.4 กินอาหารกลุ่มเนื้อสัตว์ วันละ 12 ช้อนกินข้าว ทุกวัน |  |  |  |
|  4.5 ดื่มนม* นมสดรสจืด วันละ 2-3 แก้วหรือกล่อง ทุกวัน สำหรับหญิงตั้งครรภ์ไม่อ้วน
* นมพร่องมันเนย/นมขาดมันเนย วันละ 2-3 แก้วหรือกล่อง ทุกวัน สำหรับหญิงตั้งครรภ์อ้วน
 |  |  |  |
| 5. กินปลา สัปดาห์ละอย่างน้อย 3 วัน |  |  |  |
| 6. กินไข่ สัปดาห์ละ 3-7 วัน ๆ ละ 1 ฟอง |  |  |  |
| 7. กินอาหารที่เป็นแหล่งธาตุเหล็ก เช่น ตับ เลือด เป็นต้น สัปดาห์ละ 2-3 วัน |  |  |  |
| 8. กินยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็กและโฟเลท (เลือกให้ตรงกับยาที่ได้รับ)* ยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟเลท (รวมในเม็ดเดียวกัน) วันละ 1 เม็ด ทุกวัน
* ยาเม็ดเสริมไอโอดีน วันละ 1 เม็ด ทุกวัน
* ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก วันละ 1 เม็ด ทุกวัน
* ยาเม็ดเสริมโฟเลท วันละ 1 เม็ด ทุกวัน
 |  |  |  |
| 9.กินอาหารประเภทผัด ทอด และกะทิ (เลือกให้ตรงตามภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์)* ไม่มากกว่า 4 อย่างต่อวัน สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักปกติ
* มากกว่า 4 อย่างต่อวันสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักน้อย
* ไม่มากกว่า 3 อย่างต่อวันสำหรับหญิงตั้งครรภ์อ้วน
 |  |  |  |
| 10. ไม่กินเนื้อสัตว์ติดมัน เช่น หมูสามชั้น ขาหมู คอหมู หนังไก่ หนังเป็ด เป็นต้น |  |  |
| 11. ไม่กินขนมที่มีรสหวาน เช่น ไอติมหวานเย็น ช็อคโกแล็ต หมากฝรั่ง ลูกอม เยลลี่ เป็นต้น |  |  |
| 12. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน โกโก้เย็น ชาเย็น น้ำปั่น น้ำผลไม้ นมเปรี้ยว เป็นต้น |  |  |
| 13. ไม่กินขนมเบเกอรี่ เช่น เค้ก พาย โดนัท เป็นต้น |  |  |
| 14. ไม่กินขนมขบเคี้ยว เช่น ปลาเส้นปรุงรส มันฝรั่งทอด ขนมปังเวเฟอร์ ขนมปังแท่ง เป็นต้น |  |  |
| 15. ไม่เติมเครื่องปรุงรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซี้อิ๊ว แม็กกี้ ในอาหารที่ปรุงสุกแล้ว ทุกครั้ง |  |  |
| 16. ไม่เติมน้ำตาลในอาหารที่ปรุงสุกแล้ว ทุกครั้ง |  |  |
| 17. ไม่กินอาหารหมักดอง เช่น ผักดอง ผลไม้ดอง หอยดอง เป็นต้น |  |  |
| 18. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ |  |  |
| 19. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น กาแฟ ชา เป็นต้น |  |  |