

**“МОНГОЛ УЛСЫН ДУНД НАСНЫ ХҮН АМЫН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ОНЦЛОГ,  
ЭРСДЭЛТ ХҮЧИН ЗҮЙЛСИЙН СУДАЛГАА”**

**Эрэгтэйчүүдийн эрүүл мэндийн судалгааны карт**

**А. Ерөнхий мэдээлэл**

Та доорх асуултуудад бүрэн гүйцэд хариулна уу.

1. **Нас:** \_\_\_\_\_
2. **Регистрийн дугаар:** \_\_\_\_\_
3. **Харъяалал:** \_\_\_\_\_ Аймаг/Хот, \_\_\_\_\_ Сум/Дүүрэг
4. **Яс, үндэс:** \_\_\_\_\_
5. **Боловсролын түвшин:**  
 Боловсролгүй     Бага     Бүрэн бус дунд     Бүрэн дунд  
 Техник болон мэргэжлийн     Тусгай мэргэжлийн дунд     Дээд
6. **Гэр бүлийн байдал:**  
 Ганц бие, огт гэрлэж байгаагүй     Батлуулсан гэр бүлтэй  
 Батлуулаагүй гэр бүлтэй     Салсан, дахин гэрлээгүй  
 Бэлбэсэн, дахин гэрлээгүй     Тусдаа амьдардаг
7. **Ажил эрхлэлт:**  
 Ажилчин     Албан хаагч     Тэтгэвэрт  
 Малчин     Хувиараа бизнес эрхлэгч     Группт  
 Ажилгүй (Мэргэжил: \_\_\_\_\_ )  
Нэмэлт мэдээлэл: \_\_\_\_\_
8. **Ажлын ачаалал:**  
 Стресс ихтэй     Биеийн хүчний  
 Суугаа     Ээлжийн  
 Хэвийн     Хүнд, хортой нөхцөл  
 Бусад \_\_\_\_\_
9. **Таны сарын орлого (төгрөгөөр):**  
 300.000-аас доош     300.000-500.000  
 500.000-750.000     750.000-1.000.000  
 1.000.000-аас дээш     Орлогогүй  
Нэмэлт мэдээлэл: \_\_\_\_\_
10. **Орон байрны нөхцөл:**  
 Гэрт     Хувийн сууц (Хаус)  
 Хашаа, байшин     Нийтийн байр  
 Орон сууц     Бусад \_\_\_\_\_
11. **Нэг гэрт хамт амьдардаг өрхийн гишүүдийн тоо:** \_\_\_\_\_

## Б. Бие махбодийн хэмжилт

12. Цусны даралт: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

13. Сүүлийн 5 жилд таны цусны даралт хэлбэлздэг болсон уу?

Тийм

Үгүй

Тийм бол:

Тогтворгүй хэлбэлздэг болсон

Тогтмол өндөр болсон

Нэмэлт мэдээлэл: \_\_\_\_\_

14. Биеийн хэмжилт:

Биеийн жин: \_\_\_\_\_ кг

Хэвлийн тойрог: \_\_\_\_\_ см

Биеийн өндөр: \_\_\_\_\_ см

Ташааны тойрог: \_\_\_\_\_ см

Таны биеийн жин сүүлийн 5-10 жилийн хугацаанд өөрчлөгдсөн үү?

Нэмэгдсэн (\_\_\_\_\_ кг)

Буурсан (\_\_\_\_\_ кг)

Өөрчлөгдөөгүй

Мэдэхгүй

Нэмэлт мэдээлэл: \_\_\_\_\_

## В. Амьдралын хэв маяг

15. Та ажлын бус цагаар идэвхтэй дасгал хөдөлгөөн хийдэг үү?

Тийм

Үгүй

Боломжгүй

(Тийм бол 7 хоногт нийт хэдэн минут дасгал хийдэг вэ?)

Дасгал хийдэггүй

60-120 минут

30 минутаас бага

120 минутаас их

30-60 минут Нэмэлт мэдээлэл: \_\_\_\_\_

16. Хэрэв дасгал хөдөлгөөн хийдэг бол ямар төрлийн дасгал хийдэг вэ?

Явган алхалт, гүйлт

Аеробик

Жинтэй дасгал

Иог

Усанд сэлэлт

Багийн спорт

Бусад: \_\_\_\_\_ Нэмэлт мэдээлэл: \_\_\_\_\_

17. Архи, согтууруулах ундаа хэрэглэдэг үү? (1 нэгжид 300мл шар айраг, 100 мл дарс, 50 мл цагаан архи)

Огт хэрэглэдэггүй

Заримдаа хэтрүүлж хэрэглэдэг

Зохистой хэрэглэдэг (нэг өдөр 2-3 нэгж)

Тогтмол хэтрүүлж хэрэглэдэг

Нэмэлт мэдээлэл: \_\_\_\_\_

18. Тамхи татдаг уу?

Огт татдаггүй

Урьд нь татдаг байсан (Тамхинаас хэзээ гарсан бэ? \_\_\_\_\_, Өдөрт хэдэн ширхэг тамхи татдаг байсан бэ? \_\_\_\_\_)

Тогтмол татдаг (Хэдэн жил татаж байгаа вэ? \_\_\_\_\_, Өдөрт хэдэн ширхэг тамхи татдаг вэ? \_\_\_\_\_)

Тогтмол бус татдаг (Архи согтууруулах ундаа хэрэглэсэн, стресст орсон үедээ)

19. Та эрүүл, зохистой хооллолтын дэглэм мөрддөг үү?

Тийм

Үгүй

(Тийм бол ямар дэглэм мөрддөг талаар нэмэлт мэдээлэл өгнө үү \_\_\_\_\_)

20. Дараах хүнсний бүтээгдэхүүнийг хэрэглэх дуршил нэмэгдсэн үү?

Гурилан бүтээгдэхүүн

Өрөм, тослог сүүн бүтээгдэхүүн

Давсны хэрэглээ

Чихэр, шоколад, амттан

Тарган мах

Дуршил буурсан

Нэмэлт мэдээлэл: \_\_\_\_\_

21. Сүүлийн 1-3 жилийн хугацаанд эрүүл мэндийн үзлэг, шинжилгээнд хамрагдсан уу? (Олон сонголттой байж болно. Илэрсэн өөрчлөлтийн доогуур зурна уу)

- Цусанд өөх тосны солилцооны шинжилгээ \_\_\_ настайдаа хийлгэсэн (холестерины түвшин өөрчлөгдөөгүй, холестерин түвшин өөрчлөгдөж эмчилгээ хийлгэсэн, нэмэлт мэдээлэл \_\_\_\_\_)
- Цусанд сахарын түвшний шинжилгээ \_\_\_ настайдаа хийлгэсэн (сахарын түвшин өөрчлөгдөөгүй, сахарын түвшин өөрчлөгдөж эмчилгээ хийлгэсэн, нэмэлт мэдээлэл \_\_\_\_\_)
- Цусанд бамбайн үйл ажиллагааны шинжилгээ \_\_\_ настайдаа хийлгэсэн (бамбайн дааврын түвшин өөрчлөгдөөгүй, түвшин өөрчлөгдөж эмчилгээ хийлгэсэн, нэмэлт мэдээлэл \_\_\_\_\_)
- Үзлэг шинжилгээнд хамрагдаагүй (нэмэлт мэдээлэл \_\_\_\_\_)
- Үзлэг шинжилгээнд хамрагдсан боловч санахгүй байна.

22. Хорт хавдрын эрсдэлт эмгэг байдал илэрч байсан уу?  Тийм  Үгүй  
Тийм бол илэрсэн нас, хэлбэрийг бичнэ үү? \_\_\_\_\_

Хорт хавдрын удамшлын өгүүлэмжтэй бол ямар хэлбэрийн: \_\_\_\_\_

23. Нарийн мэргэжлийн эмчээр оношлогдож, эмчилгээ хийлгэж байсан бөгөөд одоо хянагдаж байгаа хавсарсан архаг өвчтэй юу? (Олон сонголттой байж болно,

тийм бол өвчин тус бүр оношлогдсон насыг бичнэ үү)  Тийм  Үгүй

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Цусны даралт ихсэлт _____  | <input type="checkbox"/> Судас бүдүүрэх, цус өтгөрөлт _____ |
| <input type="checkbox"/> Элэг, цэсний эмгэг _____   | <input type="checkbox"/> Хорт хавдар _____                  |
| <input type="checkbox"/> Зүрх, судасны өвчин _____  | <input type="checkbox"/> Чихрийн шижин _____                |
| <input type="checkbox"/> Ходоод, гэдэсний үрэвсэл _____   | <input type="checkbox"/> Бөөр, шээсний замын эмгэг _____    |
| <input type="checkbox"/> Бамбай булчирхайн эмгэг _____  | <input type="checkbox"/> Сэтгэцийн эмгэг _____              |
| <input type="checkbox"/> Шээс, давсагны эмгэг _____   | <input type="checkbox"/> Ясны сийрэгжилт _____              |
| <input type="checkbox"/> Үе мөчний үрэвсэл _____  | <input type="checkbox"/> Амьсгалын замын эмгэг _____        |
| <input type="checkbox"/> Таргалалт _____  | <input type="checkbox"/> Толгойн мигрень өвдөлт _____       |
| <input type="checkbox"/> Тархи, мэдрэлийн эмгэг _____   | <input type="checkbox"/> Хэвлийн мэс ажилбар _____          |
| <input type="checkbox"/> Бамбай булчирхайн эмгэг (идэвхжсэн, суларсан, бусад эмгэг аль нь болохыг зурна уу) |   |
| <input type="checkbox"/> Бусад _____  |   |

Нэмэлт мэдээлэл: \_\_\_\_\_

24. Та эхнэр, эсвэл хамтран амьдрагчтай юу?  Тийм  Үгүй

25. Тийм бол эхнэр, эсвэл хамтран амьдрагчийн нас: \_\_\_\_\_

26. Таны гэр бүл эсвэл хамтран амьдрагч асуулт 23-д дурьдсан архаг, хавсарсан өвчнөөр оношлогдож, эмчлэгдэж байсан уу?  Тийм  Үгүй

Тийм бол ямар өвчин оношлогдсон бэ? \_\_\_\_\_

## Г. ЭРЭГТЭЙЧҮҮДИЙН ШЭЭС ЯЛГАРУУЛАХ ЗАМ, ТҮРҮҮ БУЛЧИРХАЙН ЭРҮҮЛ МЭНД

Нөхөн үржихүйн дараах насны эрэгтэйчүүдийн шээс ялгаруулах зам, түрүү булчирхайн эрүүл мэндийг доорх асуумжаар үнэлнэ.

Танд сүүлийн 1 сард дараах шинж тэмдэг хир хэмжээгээр илэрч байсан бэ?	Хариулт
Дутуу шээсэн мэдрэмж төрөх Давсгаа дутуу сулласан мэт мэдрэмж хир ойрхон мэдрэгддэг вэ?	Огт Үгүй 0 5 тохиолдол бүрийн нэгд 1 Талаас бага хувьд нь 2 Тал хувьд нь 3 Талаас илүү хувьд нь 4 Бараг үргэлж 5
Давтамж 2 цаг хүрэхгүй хугацаанд шээс хүрэх тохиолдол	Огт Үгүй 0 5 тохиолдол бүрийн нэгд 1 Талаас бага хувьд нь 2 Тал хувьд нь 3 Талаас илүү хувьд нь 4 Бараг үргэлж 5
Шээсний урсгал тасалдах Шээж байгаад зогсоод, дахин шээж эхлэх тохиолдол	Огт Үгүй 0 5 тохиолдол бүрийн нэгд 1 Талаас бага хувьд нь 2 Тал хувьд нь 3 Талаас илүү хувьд нь 4 Бараг үргэлж 5
Шээс тэвчишгүй ихээр хүрэх Шээсээ барьж чадахгүй болох мэдрэмж хир элбэг тохиолддог вэ?	Огт Үгүй 0 5 тохиолдол бүрийн нэгд 1 Талаас бага хувьд нь 2 Тал хувьд нь 3 Талаас илүү хувьд нь 4 Бараг үргэлж 5
Шээсний урсгал сулрах Шээсний урсгал суларсныг хир их мэдэрдэг вэ?	Огт Үгүй 0 5 тохиолдол бүрийн нэгд 1 Талаас бага хувьд нь 2 Тал хувьд нь 3 Талаас илүү хувьд нь 4 Бараг үргэлж 5
Дүлж шээх Шээж эхлэхийн тулд дүлэх шаардлага гарах	Огт Үгүй 0 5 тохиолдол бүрийн нэгд 1 Талаас бага хувьд нь 2 Тал хувьд нь 3 Талаас илүү хувьд нь 4 Бараг үргэлж 5
Шөнө шээх Шөнөдөө хэдэн удаа шээхээр босдог вэ?	Огт Үгүй 0 5 тохиолдол бүрийн нэгд 1 Талаас бага хувьд нь 2 Тал хувьд нь 3 Талаас илүү хувьд нь 4 Бараг үргэлж 5
Нийт оноо:	

## Д. БЭЛГИЙН ҮЙЛ АЖИЛЛАГАА

Та доорх асуултуудад тохирох хариултыг сонгоно уу.	Хариулт
1. Бэлгийн хавьталд ороход бэлэг эрхтэний хөвчрөл хангалттай хатуу, хөвчрөлөө шаардагдах хугацаанд барьж чадна гэдэгт та <u>итгэлтэй</u> байдаг уу?	Маш бага 1 Бага 2 Дунд 3 Их 4 Маш их 5
2. Бэлгийн хавьталд орох үед бэлэг эрхтэн <u>хангалттай хэмжээгээр хатуурч, хөвчирч</u> чаддаг уу?	Бэлгийн харьцаагүй 0 Бараг үгүй 1 Талаас цөөн удаа 2 Тал хувьд нь 3 Ихэнх тохиолдолд 4 Бараг үргэлж 5
3. Бэлгийн хавьталд орох үед бэлэг эрхтэний хөвчрөл <u>шаардагдах хугацаанд хөвчрөлөө хадгалж</u> чаддаг уу?	Бэлгийн харьцаагүй 0 Бараг үгүй 1 Талаас цөөн удаа 2 Тал хувьд нь 3 Ихэнх тохиолдолд 4 Бараг үргэлж 5
4. Бэлгийн хавьтлыг дуустал хөвчирсэн хэвээр <u>үрийн шингэн ялгаруулж, дур тавьж</u> чаддаг уу?	Бэлгийн харьцаагүй 0 Бараг үгүй 1 Талаас цөөн удаа 2 Тал хувьд нь 3 Ихэнх тохиолдолд 4 Бараг үргэлж 5
Та бэлгийн амьдралдаа хир <u>сэтгэл ханамжтай</u> байдаг вэ?	Бэлгийн харьцаагүй 0 Бараг үгүй 1 Талаас цөөн удаа 2 Тал хувьд нь 3 Ихэнх тохиолдолд 4 Бараг үргэлж 5
<b>Нийт оноо:</b>	

**Е. ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН БАЙДЛААС ШАЛТГААЛСАН АМЬДРАЛЫН ЧАНАРЫН ҮНЭЛГЭЭ**

Та доорх асуултуудад тохирох хариултыг сонгоно уу.	Хариулт
Бусад хүмүүстэй харьцуулахад өөрийгөө илүү өвчлөмтгий гэж үзнэ	Үргэлж 4 Ихэнхдээ 3 Мэдэхгүй 2 Хааяа 1 Үгүй 0
Эрүүл мэндийн байдал бусадтай адил гэж үзнэ	Үргэлж 4 Ихэнхдээ 3 Мэдэхгүй 2 Хааяа 1 Үгүй 0
Биеийн байдал илүү өвчлөмтгий болж муудаж байгаа гэж үзнэ	Үргэлж 4 Ихэнхдээ 3 Мэдэхгүй 2 Хааяа 1 Үгүй 0
Өөрийгөө маш эрүүл гэж үзнэ	Үргэлж 4 Ихэнхдээ 3 Мэдэхгүй 2 Хааяа 1 Үгүй 0
Нийт оноо	

Сүүлийн 1 сарын хугацаанд биеийн эрүүл мэндийн байдлаас шалтгаалж ажил болон бусад үйл ажиллагаанд зарцуулдаг цагаа багасгасан.	Тийм 1 Үгүй 2
Биеийн эрүүл мэндийн байдлаас шалтгаалж төлөвлөснөөсөө бага ажил хийж гүйцэтгэсэн.	Тийм 1 Үгүй 2
Зарим ажил, үйл ажиллагааг гүйцэтгэхэд хүндрэлтэй байсан.	Тийм 1 Үгүй 2
Сүүлийн 1 сарын хугацаанд сэтгэлзүйн тогтворгүй байдлаас (сэтгэл гутрах, түгших гэх мэт) шалтгаалж ажил болон өдөр тутмын зарим үйл ажиллагаанд зарцуулдаг цагаа багасгасан.	Тийм 1 Үгүй 2
Сэтгэлзүйн тогтворгүй байдлаас шалтгаалж төлөвлөснөөсөө бага ажил хийж гүйцэтгэсэн.	Тийм 1 Үгүй 2
Сэтгэлзүйн тогтворгүй байдлаас шалтгаалж ажилдаа анхаарлаа төвлөрүүлэхэд хүндрэлтэй байсан.	Тийм 1 Үгүй 2
Сүүлийн нэг сарын хугацаанд таны биеийн эрүүл мэнд, сэтгэлзүйн тогтворгүй байдал нь гэр бүл, найз нөхөдтэй харилцах нийгмийн харилцаанд сөрөг нөлөө үзүүлсэн үү?	Огт үгүй 1 Бага зэрэг 2 Дунд зэрэг 3 Их 4 Маш их 5

Сүүлийн 1 сарын хугацаанд таны биед ямар нэг өвдөлт, зовиур мэдрэгдсэн үү?	Огт үгүй 1 Маш бага 2 Бага 3 Дунд зэрэг 4 Их 5 Маш их 6
Сүүлийн 1 сарын хугацаанд биеийн өвдөлт, зовиур таны өдөр тутмын ажил, амьдралын хэв маягт сөргөөр нөлөө үзүүлсэн үү?	Огт үгүй 1 Бага зэрэг 2 Дунд зэрэг 3 Их 4 Маш их 5
Сүүлийн 1 сарын хугацаанд та эрч хүчээр дүүрэн байсан уу?	Үргэлж 1 Бараг үргэлж 2 Ихэнхдээ 3 Заримдаа 4 Хааяа 5 Огт үгүй 6
Сүүлийн 1 сарын хугацаанд та хэр их бухимдаж, цухалдсан бэ?	Үргэлж 1 Бараг үргэлж 2 Ихэнхдээ 3 Заримдаа 4 Хааяа 5 Огт үгүй 6
Сүүлийн 1 сарын хугацаанд танд ядарч, сульдсан мэдрэмж хэр их төрсөн бэ?	Үргэлж 1 Бараг үргэлж 2 Ихэнхдээ 3 Заримдаа 4 Хааяа 5 Огт үгүй 6
Сүүлийн 1 сарын хугацаанд сэтгэл гутарч, юу ч танд урам зориг өгч чадахгүй мэт мэдрэмж төрсөн үү?	Үргэлж 1 Бараг үргэлж 2 Ихэнхдээ 3 Заримдаа 4 Хааяа 5 Огт үгүй 6
Сүүлийн 1 сарын хугацаанд та аз жаргалыг хэр их мэдэрсэн бэ?	Үргэлж 1 Бараг үргэлж 2 Ихэнхдээ 3 Заримдаа 4 Хааяа 5 Огт үгүй 6
<b>Нийт оноо:</b>	

**СУДАЛГААНД ИДЭВХТЭЙ ОРОЛЦСОНД БАЯРЛАЛАА.  
ТАНД ЭРҮҮЛ ЭНХИЙГ ХҮСЬЕ!**

Судалгааны талаарх мэдээлэл болон цаашдын үзлэг зөвлөгөө, эмчилгээний талаарх мэдээллийг авахыг хүсвэл и-мэйл хаяг болон утасны дугаараа бичнэ үү.

И-мэйл хаяг :

Утас:

Он сар өдөр:

Судлаач: