

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ตัวอย่างแบบสอบถามเพื่อสำรวจสุขภาพของพนักงาน Personal Health Survey

Personal Health Survey

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในภาควิชาวิศวกรรมอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์
จะเน้น ทุกคำตอบและความคิดเห็นจึงไม่มีผลกับการประเมินผลการทำงานแต่อย่างใด แต่จะนำทุกความเห็นไป
ปรับปรุงสภาพการทำงานปัจจุบันให้ดีขึ้น จะเน้น กรุณาช่วยตอบคำถามตามความคิดเห็นโดยตรง

Present information

รหัสพนักงาน.....

1. อายุ.....ปี น้ำหนัก.....kg ความสูง.....ซม เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

2. สถานภาพ
☐ โสด ☐ สมรสแล้ว

3. การเดินทางมายังโรงงานท่านเดินทางโดยทางใด
☐ รถยนต์ส่วนตัว ☐ รถจักรยานยนต์ ☐ รถจักรยาน
☐ รถรับส่งพนักงาน ☐ เดินเท้า ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

4. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ ☐ มี (โรค.....) ☐ ไม่มี

5. ท่านทำงานที่โรงงานนี้มาแล้ว.....ปี

6. ท่านทำงานอยู่ใน แผนก..... ตำแหน่งงาน.....

7. ท่านทำงานในแผนกหรือตำแหน่งอื่นๆ มาก่อนหรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุ.....

8. ท่านทำงานในแผนกนี้มาแล้ว.....ปี

12. ท่านคิดว่าสภาพการทำงานปัจจุบันควรปรับปรุงสิ่งใดเพื่อให้การทำงานสะดวกสบายยิ่งขึ้น
โปรดระบุ
☐ แอร์ที่มัน ☐ แสงไฟ ☐ พัดลม อื่นๆโปรดระบุ.....

โปรดระบุสิ่งที่ต้องปรับปรุง.....

13. กิจกรรมที่ท่านทำเป็นประจำในช่วงเวลาพักระหว่างการทำงาน (อาจตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ รับประทานอาหาร ☐ เล่นกีฬา ☐ อ่านหนังสือพิมพ์
☐ สูบบุหรี่ ☐ นั่งพัก
☐ อื่นๆ ระบุ.....

14. กิจกรรมที่ท่านทำเป็นประจำนอกเวลางาน(เช่น จัดเลี้ยงส่วน ทำงานบ้าน ฯลฯ)
ระบุ.....

15. ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย (นอกเวลางาน)
☐ ออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน ☐ ออกกำลังกาย 3-5 ครั้ง/สัปดาห์
☐ ออกกำลังกาย 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ☐ ออกกำลังกายน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์
☐ ออกกำลังกายบ้าง ไม่ออกบ้างไม่แน่นอน ☐ ไม่ชอบออกกำลังกาย

ภาพที่ ก-1

ตัวอย่างแบบสอบถามเพื่อสำรวจสุขภาพของพนักงาน (1)

16. ระยะเวลาในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง ประมาณ

- ☐ 3-5 นาที ☐ 5-10 นาที ☐ 10-20 นาที
☐ 20-30 นาที ☐ 30-60 นาที ☐ มากกว่า 60 นาที
☐ ไม่แน่นอน

17. ประเภทของการออกกำลังกายที่ท่านทำเป็นประจำ

- ☐ วิ่ง ☐ ว่ายน้ำ ☐ เล่นฟุตบอล ☐ เล่นตะกร้อ ☐ ยกน้ำหนัก
☐ โยคะ ☐ เดินแอโรบิค ☐ อื่นๆ ระบุ.....

18. ท่านดื่มสุร่าบ่อยครั้งเพียงใด

- ☐ เป็นประจำทุกวัน ☐ 3-5 ครั้ง/สัปดาห์ ☐ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์
☐ ดื่มไม่แน่นอน ☐ ไม่ดื่ม

19. ท่านดื่มเครื่องดื่มชูกำลังเป็นประจำหรือไม่

- ☐ เป็นประจำทุกวันๆ ละ.....ขวด ☐ 3-5 ครั้ง/สัปดาห์ ☐ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์
☐ ดื่มไม่แน่นอน ☐ ไม่ดื่ม

20. ท่านทานยาแก้ปวดเมื่อยตามร่างกายบ่อยครั้งเพียงใด

- ☐ เป็นประจำทุกวันๆ ☐ 3-5 ครั้ง/สัปดาห์ ☐ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์
☐ ทานไม่แน่นอน ☐ ไม่ทาน

21. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ ถ้าสูบ ท่านสูบบ่อยเพียงใด

- ☐ สูบ วันละ มวน ☐ ไม่สูบ

ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพในอดีตที่ผ่านมา

22. ท่านมีอาการเจ็บหรือปวดเมื่อยตามข้อต่อและกล้ามเนื้อหรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี

23. ท่านคิดว่าอาการเจ็บปวดของท่านเกิดจากสาเหตุใดเป็นหลัก (อาจตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ อุบัติเหตุ เช่น ถังหรือ โคนกระแทก ☐ ชูๆก็เกิดขึ้นเองโดยไม่ทราบสาเหตุ
☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

24. อาการปวดที่เกิดขึ้นมีลักษณะเช่นใด

- ☐ ปวดตลอดเวลา ☐ ปวดตอนเช้าหลังตื่นนอน ทำงานไปสักพักอาการปวดก็หายไป
☐ ปวดตอนเย็น หลังทำงานเสร็จในแต่ละวัน ☐ เป็นๆหายๆ ไม่แน่นอน
☐ อื่นๆ ระบุ.....

25. ระยะเวลาที่ท่านเริ่มมีอาการเจ็บปวด

- ☐ น้อยกว่า 1 สัปดาห์ ☐ 1-2 สัปดาห์ ☐ 3-4 สัปดาห์
☐ 1-2 เดือน ☐ 3-6 เดือน ☐ 6-12 เดือน
☐ มากกว่า 12 เดือน

ภาพที่ ก-2

ตัวอย่างแบบสอบถามเพื่อสำรวจสุขภาพของพนักงาน (2)

26. เมื่ออาการปวดขึ้นท่านแก้ปัญหาด้วยการ

☐ ไปพบแพทย์ ☐ ซื้อยากินเอง ☐ นอนพัก
☐ ออกกำลังกาย ☐ ไม่ทำอะไร
☐ อื่นๆ ระบุ.....

27. ปัจจุบันนี้ความเจ็บปวดดังกล่าวยังคงอยู่หรือไม่ ☐ ยังคงอยู่ ☐ หายไปแล้ว

ภาพที่ ก-3

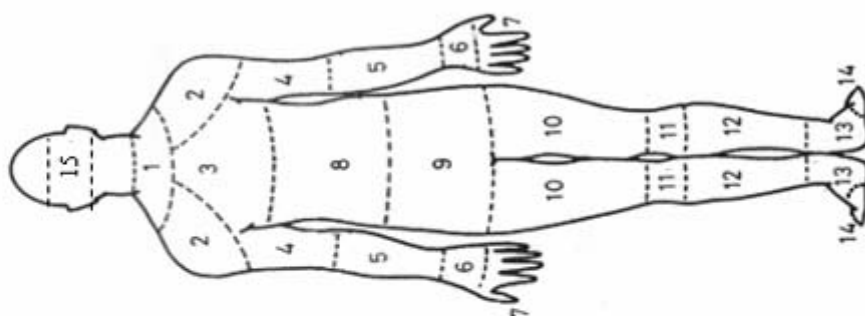
ตัวอย่างแบบสอบถามเพื่อสำรวจสุขภาพของพนักงาน (3)

ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพในปัจจุบัน

โปรดกรอระดับคะแนนความรู้สึก ไม่สบาย (อาการปวด) ที่เกิดขึ้นในบริเวณต่างๆ ของร่างกายที่เกิดขึ้นจากการทำงาน โดยทำเครื่องหมาย x ลงในช่อง ระดับคะแนน 0 – 10 ดังนี้ หมายถึง หมายเลข 0 ไม่ปวดเลย , หมายเลข 1 เริ่มปวด , หมายเลข 10 ปวดมาก) และระบายส่วนที่รู้สึกเจ็บปวดลงในรูป

ด้านหน้า

	ระดับคะแนน										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. บ่า											
2. ไหล่											
3. หน้าอก											
4. แขน ท่อนบน											
5. แขน ท่อนล่าง											
6. ฝ่ามือ											
7. นิ้ว											
8. หลังท้อง											
9. เอว											
10. ต้นขา											
11. หัวเข่า											
12. หน้าแข้ง											
13. หลังเท้า											
14. นิ้วเท้า											
15. ส้นเท้า											



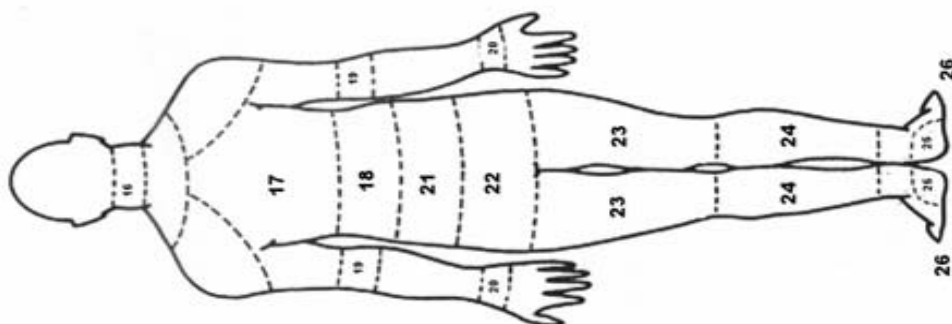
ภาพที่ ก-4

ตัวอย่างแบบสอบถามเพื่อสำรวจสุขภาพของพนักงาน (4)

ไปตรวจระดับคะแนนความรู้สึกล้มส่าย (อาการปวด) ที่เกิดขึ้นในบริเวณต่างๆ ของร่างกายที่เกิดขึ้นจากการทำงาน โดยทำเครื่องหมาย x ลงในช่องระดับคะแนน 0 – 10 ดังนี้ หมายเหตุ หมายเลข 0 "ไม่ปวดเลย" , หมายเลข 1 เริ่มปวด , หมายเลข 10 ปวดมาก)และระบายส่วนที่รู้สึกเจ็บปวดลงในรูป

คำถามที่ 5

	ระดับคะแนน										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16คอ											
17.หลังช่วงบน											
18.หลังช่วงล่าง											
19.ข้อศอก											
20.ข้อมือ											
21 สะโพก											
22.ก้น											
23.ต้นขา/ก้นหลัง											
24.น่อง											
25.ส้นเท้า											
26.ฝ่าเท้า											



ภาพที่ ก-5

ตัวอย่างแบบสอบถามเพื่อสำรวจสุขภาพของพนักงาน (5)