

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ-นามสกุล.....
2. วันที่เกิด.....เดือน.....พ.ศ..... ปัจจุบันอายุ.....ปี
3. เพศ ชาย หญิง
4. สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย แยก หย่า
5. ระดับการศึกษา (ที่จบครบหลักสูตร)
 - ไม่ได้เรียน
 - ประถมศึกษาตอนต้น (ป.4)
 - ประถมศึกษาตอนปลาย (ป.6 ป.7)
 - มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3 มศ.3)
 - มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม. 6/มศ.5)
 - อาชีวศึกษา (ปวช. ปวส.)
 - ปริญญาตรี
 - อื่น ๆ ระบุ
6. ท่านทำงานตัดเย็บเสื้อผ้ามานาน.....ปี.....เดือน
7. ท่านทำงานตัดเย็บเสื้อผ้าวันละ.....ชั่วโมง
8. ท่านทำงานตัดเย็บเสื้อผ้าสัปดาห์ละ.....วัน
9. ท่านทำงานล่วงเวลาหรือไม่
 - ไม่ทำ
 - ทำ โดย ทำงานล่วงเวลาวันละ.....ชั่วโมง
ทำงานล่วงเวลาสัปดาห์ละ.....วัน
10. อาชีพเสริม
 - ไม่มี
 - มี ระบุลักษณะงาน.....
11. การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล
 - ไม่ใช้ เพราะ.....
 - ใช้ ระบุอุปกรณ์ที่ใช้

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมและปัญหาสุขภาพ

12. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่

- ไม่เคยสูบเลย
- สูบนานๆ ครั้ง (สูบแล้วรวมน้อยกว่า 20 ซองจนถึงปัจจุบัน)
- สูบ วันละ.....มวน สูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ.....ปี
- เคยสูบแต่เลิกแล้ว ระยะเวลาที่เคยสูบนาน.....ปี ปริมาณของการสูบก่อนเลิก.....มวน/วัน

13. ปัจจุบันท่านดื่มสุรา เบียร์ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์บ้างหรือไม่

- ไม่ดื่ม
- ดื่ม ระบุชนิด..... สัปดาห์ละ.....วัน วันละ.....แก้ว(250 cc.)

14. ปัจจุบันท่านออกกำลังกายหรือไม่

- ไม่
- ออกกำลังกาย ระบุชนิดของการออกกำลังกาย.....
สัปดาห์ละ.....วัน วันละ.....นาที

15. ปัจจุบันมีท่านใช้ยาประจำหรือสารเสพติดหรือไม่

- ไม่ใช่
- ใช้ ระบุชนิดของยาหรือสารเสพติด.....

16. ปัจจุบันท่านมีความเครียดหรือวิตกกังวลหรือไม่

- ไม่มี
- มี ระบุสาเหตุของความเครียดหรือวิตกกังวล.....
ท่านคลายเครียดด้วยวิธีการอย่างไร ระบุ.....

17. ปัจจุบันท่านมีปัญหาด้านการนอนหลับหรือไม่

- ไม่มี
- มี ระบุ.....

18. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ (ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์)

- ไม่มี
- มี ระบุ.....

19. ตลอดระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยประสบอันตรายหรือได้รับอุบัติเหตุจากการทำงานตัดเย็บเสื้อผ้าหรือไม่

- ไม่เคย
- เคย ระบุ.....

20. อุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บที่ท่านได้รับจากการทำงานเกิดขึ้นบ่อยแค่ไหน

- ทุกวัน
- สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง
- เดือนละ 1-2 ครั้ง
- ปีละ 1-2 ครั้ง
- อื่นๆ ระบุ.....

21. อุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บที่ท่านได้รับส่วนใหญ่มีความรุนแรงมากน้อยแค่ไหน

- บาดเจ็บเล็กน้อยโดยไม่ต้องหยุดทำงาน
- บาดเจ็บโดยต้องหยุดงาน 1-3 วัน
- พิกการบางส่วน
- อื่นๆ ระบุ.....

22. เมื่อท่านบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยท่านใช้สิทธิจากแหล่งใด

- บัตร 30 บาท รักษาทุกโรค
- บัตรประกันสังคม
- อื่นๆ ระบุ.....

23. ตลอดระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาท่านเคยไปตรวจสุขภาพหรือไม่

- ไม่เคย
- เคย (ระบุสถานที่ตรวจ).....

ส่วนที่ 3 ลักษณะและท่าทางการทำงาน

24. ขณะที่ท่านทำงาน ท่านมีท่าทางในการทำงานอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- นั่งบนเก้าอี้
- ยืนทำงาน
- ยืนสลับนั่ง
- ก้มหลัง
- บิดตัวเอี้ยวตัวไปมา
- ยกมือและแขนเป็นเวลานานๆ

25. ในการทำงานมีการเคลื่อนไหวอวัยวะหรือส่วนของร่างกายซ้ำๆ กันหรือไม่

- ไม่มี
- มี (ระบุอวัยวะ).....

26. ขนาดหรือน้ำหนักของชิ้นงานที่ท่านต้องจับยก
- น้ำหนักเบา
 - น้ำหนักปานกลาง
 - น้ำหนักมาก
27. งานที่ท่านทำมีการใช้สายตาอย่างไร
- เพ่งมองปกติ
 - เพ่งมองชิ้นงานมาก
28. ท่านมีปัญหาด้านสายตาหรือไม่
- ไม่มี
 - มี (ระบุลักษณะปัญหา).....
29. ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันท่านเคยมีความรู้สึกปวดหรือเมื่อยล้ากล้ามเนื้อบ้างหรือไม่
- ไม่เคย
 - เคย
30. ระหว่างการทำงาน ท่านมีความรู้สึกปวดเมื่อยในส่วนใดของร่างกายมากที่สุด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- คอ
 - ไหล่
 - แขน/มือ
 - หลัง
 - เอว
 - ขา/น่อง
 - อื่นๆ (ระบุ).....
31. ท่านทราบหรือไม่ว่า อาการปวดหรือเมื่อยกล้ามเนื้อเหล่านั้นมีสาเหตุมาจากอะไร
- ไม่ทราบ
 - ทราบ มีสาเหตุมาจาก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - งานที่ทำ
 - การขนย้ายสิ่งของที่มีน้ำหนักมาก
 - การทำงานบ้าน
 - การเล่นกีฬา
 - งานอดิเรก
 - การจัดพื้นที่ในการทำงานและโต๊ะ/เก้าอี้ในการทำงานไม่เหมาะสม
 - โรคประจำตัว
 - อื่นๆ ระบุ.....

32. โปรดระบุความถี่ของความรู้สึกปวดหรือเมื่อยล้าที่เกิดขึ้น

- ทุกวัน
- ทุก 2-3 วัน
- ทุก 4-5 วัน
- ทุก 6-7 วัน
- อื่นๆ ระบุ.....

33. บริเวณที่ท่านปวดหรือเมื่อยล้าเป็นประจำนั้น ท่านรู้สึกว่ามีอาการมากในช่วงเวลาใด

- ตอนเช้า (ก่อนทำงาน)
- ในขณะที่ทำงาน
- ตอนพักเที่ยง
- ตอนเย็น
- ก่อนเข้านอน
- ทุกเวลา
- อื่นๆ ระบุ.....

35. ท่านใช้วิธีการใดในการรักษาอาการปวดหรือเมื่อยล้ากล้ามเนื้อ (หลังการทำงาน)(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- หยุดหรือพักงาน
- ปลดปล่อยให้หายหรือทุเลาเอง
- รับประทานยาแก้ปวด
- นวดด้วยยาหรือครีม
- รักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบัน
- รักษาโดยวิธีนวดแผนโบราณ
- อื่นๆ ระบุ.....

36. ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับงานตัดเย็บเสื้อผ้าที่ท่านทำอยู่ในปัจจุบัน(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ชอบทำงานนี้
- ทำงานนี้ดีกว่าอาชีพอื่นๆ
- หากมีงานอื่นที่ดีกว่าก็จะเปลี่ยนงาน
- ซ้ำซากจำเจน่าเบื่อ
- ทำเพราะไม่มีอาชีพอื่น
- อื่นๆ ระบุ.....

ภาคผนวก ข

เลขที่แบบสำรวจ.....

แบบสำรวจปัจจัยอันตรายในการทำงาน

ปัจจัยอันตรายด้านกายภาพ	ใช่	ไม่ใช่
แสงสว่างไม่เพียงพอหรือไม่เหมาะสมกับการทำงาน		
มีปัญหาแสงจ้าหรือแสงสะท้อนเข้าตา		
มีปัญหาเรื่องเสียงดัง		
มีปัญหาเรื่องความสั่นสะเทือน		
มีปัญหาเรื่องความร้อนหรือแหล่งกำเนิดความร้อนในการทำงาน		
การระบายอากาศในสถานที่ทำงานไม่ดี		
ปัจจัยอันตรายด้านเคมี		
มีการใช้สารเคมีในการทำงาน ระบุ.....		
มีฝุ่นเกิดขึ้นในการทำงาน		
ปัจจัยอันตรายด้านชีวภาพ		
มีปัญหาเรื่องเชื้อราหรือเชื้อโรคในสถานที่ทำงาน		
ปัจจัยอันตรายด้านจิตสังคม		
ไม่มีสวัสดิการที่เหมาะสม เช่น น้ำดื่ม ห้องน้ำ อุปกรณ์ปฐมพยาบาล		
การจัดระบบการทำงานไม่เหมาะสม เช่น งานซ้ำซ้อน ปริมาณงานมาก		
มีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างคนทำงาน		
ปัจจัยอันตรายด้านการยศาสตร์		
การจัดพื้นที่ทำงานไม่สะดวกกับการทำงาน		
การจัดเก็บ จัดวางสิ่งของเครื่องใช้ไม่เหมาะสม		
การขนย้ายวัสดุสิ่งของไม่เหมาะสม		
ความสูงโต๊ะหรือจุดปฏิบัติงานไม่เหมาะสมกับการทำงาน		
ความสูงของเก้าอี้หรือที่นั่งทำงานไม่เหมาะสม		
มีท่าทางการปฏิบัติงานที่ไม่เหมาะสม เช่น การก้มหรืองอตัว เอี้ยวตัว บิดงอข้อมือ		
ปัจจัยอันตรายจากเครื่องจักรและเครื่องมือ		
สภาพเครื่องจักรและเครื่องมือชำรุดเสียหาย		
ไม่มีป้ายเตือนภัยในบริเวณทำงานที่มีอันตราย		
จักรเย็บผ้าและเครื่องตัดผ้าที่ใช้ไฟฟ้าไม่มีสายดินเพื่อป้องกันการรั่วของกระแสไฟฟ้า		

ภาคผนวก ค

แบบบันทึกการตรวจร่างกาย

ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี

รายการ	
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	
ดัชนีมวลกาย (ก.ก./ตร.ม.)	
ชีพจร (ครั้ง/นาที)	
การหายใจ (ครั้ง/นาที)	
ความดันโลหิต (มม.ปรอท)	

ลักษณะทั่วไป.....

ผิวหนังและเล็บ.....

ศีรษะ.....

ตา หู จมูก.....

ช่องปาก.....

ต่อมน้ำเหลือง.....

ต่อมไทรอยด์.....

ระบบทางเดินหายใจ.....

ระบบหัวใจและหลอดเลือด.....

ระบบทางเดินอาหาร.....

ระบบสืบพันธุ์.....

ระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ.....

ระบบประสาท.....

สรุปปัญหาที่พบ

.....

.....

.....

.....