

## แบบสอบถาม

# เรื่อง ภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงและปัจจัยคุกคามจากการทำงานของพนักงานเก็บขยะ ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับปริญญาตรี หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช จัดทำขึ้นเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาค้นคว้าวิจัย โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

- เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของพนักงานเก็บขยะ ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช
- เพื่อศึกษาปัจจัยคุกคามสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของพนักงานเก็บขยะ ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

คำชี้แจง : แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพจากสภาพแวดล้อมการทำงาน

ขอความร่วมมือท่านในการตอบแบบสอบถามตามความจริงโดยข้อมูลจะนำมาวิเคราะห์ ในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่กรุณาสละเวลาในการตอบแบบสอบถามนี้

วรศรา นาคสุข

พาริน หวังกุลหล้า

สุชานาถ เมืองฟ้า

นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

แบบสอบถามผู้มีความเสี่ยงในการทำงานของผู้ประกอบอาชีพเก็บ คัดแยกและรีไซเคิลขยะ  
สำหรับพนักงานของเทศบาล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดกรอกข้อมูล และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  ที่ตรงกับสภาพเป็นจริงของท่าน

1. อายุ .....ปี
2. เพศ  2.1ชาย  2.2 หญิง
3. สิทธิในการรักษา  
 3.1 ชำระเงินเอง  
 3.2 ประกันสังคม  
 3.3 บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)  
 3.4 สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ  
 3.5 อื่น ๆ ระบุ.....
4. ศาสนา  4.1 พุทธ  4.3 คริสต์  
 4.2 อิสลาม  4.4 อื่น ๆ ระบุ.....
5. สถานภาพสมรส  
 5.1 โสด (ไม่มีคู่ครอง)  
 5.2 สมรส (อยู่ด้วยกันกับสามี/ภรรยา)  
 5.3 สมรส (แยกกันอยู่กับสามี/ภรรยา)  
 5.4 หม้าย (สามีตาย/ภรรยาตาย)  
 5.5 อื่น ๆ ระบุ.....
6. ระดับการศึกษา  
 6.1 ไม่ได้รับการศึกษา  
 6.2 ประถมศึกษา  
 6.3 มัธยมศึกษา  
 6.4 อาชีวศึกษา (ปวช,ปวส,อนุปริญญา)  
 6.5 อุดมศึกษา (ตรี โท เอก)

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น

คำชี้แจง โปรดกรอกข้อมูล และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  ที่ตรงกับสภาพเป็นจริงของท่าน

7. โรคประจำตัว (เช่น เบาหวาน ความดัน ภูมิแพ้ ฯลฯ)

7.1 ไม่มี  7.2 มี ระบุ .....

8. ยาที่รับประทานเป็นประจำ/กำลังใช้อยู่

8.1 ไม่มี  8.2 มี ระบุ .....

9. การสูบบุหรี่

9.1 ไม่เคยสูบ  9.2 เลิกสูบแล้ว  9.3 สูบนาน ๆ ครั้ง  9.4 สูบประจำ

10. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

10.1 ไม่เคยดื่ม  10.2 เลิกดื่มแล้ว  10.3 ดื่มนาน ๆ ครั้ง (น้อยกว่าเดือนละครั้ง)

10.4 ดื่มประจำเกือบทุกวัน

11. ตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป (ตอบเฉพาะเพศหญิง)

11.1 ไม่ใช่  11.2 ใช่ (.....สัปดาห์/เดือน)

12. ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีหรือไม่

12.1 ไม่ใช่  12.2 ใช่ (ระบุปีที่ตรวจล่าสุด).....

13. ได้รับการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง

13.1 ไม่ใช่  13.2 ใช่ (ระบุปีที่ตรวจล่าสุด).....

14. ได้รับวัคซีน

14.1 การได้รับวัคซีนบาดทะยัก  ไม่ใช่  ไม่แน่ใจ  ใช่ ระบุ.....

14.2 การได้รับวัคซีนตับอักเสบบี เช่น ตับอักเสบบี A, B  ไม่ใช่  ไม่แน่ใจ

ใช่ ระบุ.....

14.3 วัคซีนอื่น ๆ (ระบุ).....

ส่วนที่ 3 ปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงที่สุด

ข้อที่	ปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน	ระดับผลกระทบต่อสุขภาพ		
		ตลอดเวลา	บางครั้ง	ไม่เคย
<b>สภาพแวดล้อมการทำงาน</b>				
<b>ปัจจัยคุกคามด้านชีวภาพ</b>				
1.	ท่านได้รับเชื้อโรคหรือสัมผัสกับขยะติดเชื้อจากการปฏิบัติงานหรือไม่			
2.	ท่านถูกสัตว์ทำร้ายหรือแมลงกัดต่อยในขณะปฏิบัติงาน หรือไม่ เช่น สุนัขกัด งูกัด แมงป่องต่อย เป็นต้น			
<b>ปัจจัยคุกคามด้านเคมี</b>				
3.	การกำจัดขยะมูลฝอยส่งกลิ่นเหม็นหรืออากาศเสียก่อความรำคาญต่อท่านหรือไม่			
4.	บริเวณที่ท่านปฏิบัติงานมีฝุ่นละออง คิวน์หรือไม่			
5.	ท่านมีการสัมผัสกับขยะอิเล็กทรอนิกส์หรือไม่ เช่น หลอดไฟ เครื่องใช้ไฟฟ้า แบตเตอรี่ เป็นต้น			
6.	ท่านมีการสัมผัสกับขยะสารเคมีที่เป็นพิษหรือไม่			
7.	ท่านมีการสัมผัสกับขยะสารเคมีที่มีฤทธิ์กัดกร่อนหรือไม่			
<b>ปัจจัยคุกคามด้านกายภาพ</b>				
8.	ท่านปฏิบัติงานในบริเวณที่มีเสียงดังหรือไม่ เช่น เสียงเครื่องจักร เสียงรถบรรทุก เป็นต้น			
9.	ท่านทำงานกลางแจ้งหรือรับสัมผัสความร้อนจากแสงแดดระหว่างการปฏิบัติงานหรือไม่			
<b>ปัจจัยคุกคามด้านการยศาสตร์</b>				
10.	ท่านมีการก้มลำตัวในขณะปฏิบัติงานหรือไม่			
11.	ท่านมีการบิดเอี้ยวลำตัวในขณะปฏิบัติงานหรือไม่			
12.	ขณะปฏิบัติงานท่านมีการเกร็งข้อมือในระหว่างยกของ ขย่ะ/ถ่วงขย่ะหรือไม่			
13.	ท่านยกหรือย้ายของหนักโดยมีการใช้เครื่องผ่อนแรงหรือไม่			

ข้อที่	ปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน	ระดับผลกระทบต่อสุขภาพ		
		ตลอดเวลา	บางครั้ง	ไม่เคย
14.	ท่านปฏิบัติงานในลักษณะท่าทางซ้ำ ๆ หรือไม่			
<b>ปัจจัยคุกคามด้านจิตสังคม</b>				
15.	ท่านปฏิบัติงานในระยะเวลาที่ยาวนานเกินกว่าวันละ 8 ชั่วโมงหรือไม่			
16.	ท่านทำงานอย่างเร่งรีบเพื่อให้งานเสร็จทันเวลาหรือไม่			
17.	ท่านมีความขัดแย้งกับผู้ร่วมงานหรือไม่			
18.	ท่านมีความขัดแย้งกับหัวหน้างานหรือไม่			
19.	ท่านมีความขัดแย้งกับประชาชนผู้รับบริการหรือไม่			
<b>สภาพการทำงาน</b>				
20.	ขณะปฏิบัติงานท่านมีการสัมผัสกับขยะที่เป็นของมีคมหรือไม่			
21.	ขณะปฏิบัติงานท่านมีการยืน นั่ง หรือปีนขึ้น-ลงรถบรรทุกขยะหรือไม่			
22.	ท่านปฏิบัติงานในบริเวณที่มีความชื้นและมีขยะเปียกหรือไม่			

ส่วนที่ 4 การเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพจากสภาพแวดล้อมการทำงาน  
 คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงที่สุดจากการทำงาน ในระยะเวลา 1 เดือนที่  
 ผ่านมา

ข้อที่	การเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพจากสภาพแวดล้อมการทำงาน	ผลกระทบต่อสุขภาพ	
		มี	ไม่มี
<b>ปัจจัยคุกคามด้านชีวภาพ</b>			
1.	ท่านมีอาการไข้ น้ำมูกไหล ไอ จามหรือไม่		
2.	ท่านมีตุ่มหนอง ผื่นคัน ผิวหนังอักเสบหรือไม่		
3.	ท่านมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสียหรือไม่		
<b>ปัจจัยคุกคามด้านเคมี</b>			
4.	ท่านมีอาการระคายเคืองตา แสบตา คันตาหรือไม่		
5.	ท่านมีอาการ ไอ จาม แสบจมูก น้ำมูกไหลหรือไม่		
6.	ท่านมีอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะหรือไม่		
7.	ท่านมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลียหรือไม่		
8.	ท่านมีความไม่สุขสบาย/รำคาญจากการสัมผัสกลิ่นขยะหรือไม่		
<b>ปัจจัยคุกคามด้านกายภาพ</b>			
9.	ท่านมีอาการหูอื้อ หรือมีเสียงดังในหูหรือไม่		
10.	ท่านมีอาการได้ยินเสียงจากการพูดคุยไม่ชัดหรือไม่		
11.	ท่านมีอาการแสบตา ระคายเคืองตาจากการสัมผัสแสงแดดหรือไม่		
12.	ท่านมีอาการปวดแสบผิวน้ำ/ผิวน้ำแดงไหม้จากการสัมผัสแสงแดดหรือไม่		
<b>ปัจจัยคุกคามด้านการยศาสตร์</b>			
13.	ท่านมีอาการปวดต้นคอหรือไม่		
14.	ท่านมีอาการปวดไหล่หรือไม่		
15.	ท่านมีอาการปวดหลังหรือไม่		
16.	ท่านมีอาการปวดแขน ข้อศอก มือ ข้อมือหรือไม่		
17.	ท่านมีอาการปวดเอวหรือไม่		
18.	ท่านมีอาการปวดขา น่อง เข่า ข้อเท้า ส้นเท้าหรือไม่		
<b>ปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านจิตสังคม</b>			
19.	ท่านมีความเครียด/กังวลจากปริมาณงานที่มากเกินไปหรือไม่		

ข้อที่	การเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการสัมผัสปัจจัยคุกคาม สุขภาพจากสภาพแวดล้อมการทำงาน	ผลกระทบต่อสุขภาพ	
		มี	ไม่มี
20.	ท่านมีความเครียด/กังวลจากงานที่เร่งรีบให้ทันเวลาหรือไม่		
21.	ท่านมีความเครียด/กังวลจากการทำงานที่ยาวนานมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวันหรือไม่		
22.	ท่านมีความเครียด/กังวลจากสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน หรือไม่		
23.	ท่านมีความเครียด/กังวลจากสัมพันธภาพกับหัวหน้างาน หรือไม่		
24.	ท่านมีความเครียด/กังวลจากสัมพันธภาพกับผู้ให้บริการ หรือไม่		

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ