

พิกัดบ้าน Lat;
Lng;

รหัส

--	--	--	--

แบบสอบถาม

การศึกษาภาวะสุขภาพของประชาชนที่อาศัยอยู่บริเวณใกล้เสาส่งสัญญาณโทรศัพท์เคลื่อนที่

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชนที่อาศัยอยู่บริเวณใกล้สถานีเสาส่งสัญญาณโทรศัพท์เคลื่อนที่ พื้นที่ตำบลสนามชัย อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา ข้อมูลที่ได้จะถูกนำไปวิเคราะห์ในภาพรวม ประโยชน์จากข้อมูลที่ได้สามารถให้ผู้บริหารหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการป้องกัน และควบคุมผลกระทบจากสถานีเสาส่งสัญญาณโทรศัพท์เคลื่อนที่ต่อสุขภาพที่จะเกิดขึ้น และทบทวนกำหนดค่ามาตรฐานต่างๆที่เกี่ยวข้องได้อย่างเหมาะสม ต่อไป

แบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 2 อาการทางสุขภาพที่ไม่จำเพาะ จำนวน 17 ข้อ

(Non Specific Health Symptoms: NSHS)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลสุขภาพและความคิดเห็นเพิ่มเติม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดในข้อความ หรือเติมค่าลงในช่องว่าง

1. บ้านเลขที่
2. ชื่อ-สกุล
3. เพศ
() ชาย ⁽¹⁾ () หญิง ⁽²⁾
4. อายุปี
5. โรคประจำตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
() ไม่มี ⁽¹⁾ () โรคความดันโลหิตสูง ⁽²⁾
() โรคเบาหวาน ⁽³⁾ () โรคหัวใจ ⁽⁴⁾
() โรคเมะเร็ง (ระบุ) ⁽⁵⁾ () อื่นๆ (ระบุ) ⁽⁶⁾
6. สมาชิกในบ้านของท่านมีผู้ป่วย/หรือเคยป่วยเป็นโรคต่างๆ เหล่านี้หรือไม่
() ไม่มี ⁽¹⁾
() โรคเมะเร็ง (ระบุ) ⁽²⁾ จำนวน..... คน
() โรคหัวใจ ⁽³⁾ จำนวน..... คน
() อื่นๆ (ระบุ) ⁽⁴⁾ จำนวน..... คน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

7. ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่
() น้อยกว่า 1 ปี ⁽¹⁾ () 1-2 ปี ⁽²⁾
() 3-4 ปี ⁽³⁾ () 5 ปีขึ้นไป ⁽⁴⁾
8. ระยะเวลาที่อยู่บ้านในแต่ละวัน ประมาณ ชั่วโมง/วัน
9. ระยะห่างจากเสาส่งสัญญาณโทรศัพท์ถึงบริเวณที่อาศัย
() ไม่มี ⁽¹⁾ () น้อยกว่า 10 เมตร ⁽²⁾ () 10-50 เมตร ⁽³⁾
() 51-100 เมตร ⁽⁴⁾ () 101-200 เมตร ⁽⁵⁾ () 201-300 เมตร ⁽⁶⁾
() 300 เมตรขึ้นไป ⁽⁷⁾
10. ระยะห่างจากเสาไฟฟ้าแรงสูงถึงบริเวณที่อาศัย
() ไม่มี ⁽¹⁾ () น้อยกว่า 100 เมตร ⁽²⁾ () 101-200 เมตร ⁽³⁾
() 201-300 เมตร ⁽⁴⁾ () 300 เมตรขึ้นไป ⁽⁵⁾
11. ระยะห่างจากหม้อแปลงไฟฟ้าถึงบริเวณที่อาศัย
() ไม่มี ⁽¹⁾ () น้อยกว่า 10 เมตร ⁽²⁾ () 10-50 เมตร ⁽³⁾
() 51-100 เมตร ⁽⁴⁾ () 101-200 เมตร ⁽⁵⁾ () 201 เมตรขึ้นไป ⁽⁶⁾
12. ระยะห่างจากเสาสัญญาณวิทยุหรือโทรทัศน์ถึงบริเวณที่อาศัย
() ไม่มี ⁽¹⁾ () น้อยกว่า 4 กิโลเมตร ⁽²⁾ () 5-10 กิโลเมตร ⁽³⁾
() 11-15 กิโลเมตร ⁽⁴⁾ () 15 กิโลเมตรขึ้นไป ⁽⁵⁾
13. ทิศทางของเสาสัญญาณโทรศัพท์มือถือกับตัวบ้าน
() ไม่มี ⁽¹⁾
() เสาสัญญาณอยู่ด้านหน้าของบ้าน ⁽²⁾ () เสาสัญญาณอยู่ด้านข้างของบ้าน ⁽³⁾
() เสาสัญญาณอยู่ด้านหลังของบ้าน ⁽⁴⁾ () เสาสัญญาณตั้งอยู่บนหลังคาบ้าน ⁽⁵⁾
14. ข้อมูลการใช้โทรศัพท์มือถือ
() ใช้ (ถามข้อ 15. ต่อ) ⁽¹⁾ () ไม่ใช้ (ข้ามไปถามข้อ 17.) ⁽²⁾
15. ระยะเวลาในการใช้โทรศัพท์มือถือในแต่ละวัน ประมาณ..... (นาที, ชั่วโมง)/วัน
16. ประเภทโทรศัพท์มือถือที่ใช้
() โทรศัพท์สมาร์ทโฟน ⁽¹⁾ () โทรศัพท์ทั่วไป ⁽²⁾ () อื่นๆ (ระบุ).....
17. ข้อมูลการใช้คอมพิวเตอร์
() ใช้ (ถามข้อ 18. ต่อ) ⁽¹⁾ () ไม่ใช้ ⁽²⁾
18. ระยะเวลาในการใช้คอมพิวเตอร์ในแต่ละวัน ประมาณ..... ชั่วโมง/วัน

ส่วนที่ 2 อาการทางสุขภาพที่ไม่จำเพาะ (Non Specific Health Symptoms: NSHS)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในข้อที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

มีอาการเป็นประจำ หมายถึง ท่านมีอาการทุกวัน /เกือบทุกวันประมาณ 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์ ขึ้นไป

มีอาการบ่อย หมายถึง ท่านมีอาการเป็นส่วนใหญ่หรือมีอาการบ่อย (3 – 4 ครั้งต่อสัปดาห์)

มีอาการบางครั้ง หมายถึง ท่านมีอาการเป็นส่วนน้อยหรือมีอาการนาน ๆ ครั้ง (1 – 2 ครั้งต่อสัปดาห์)

ไม่เคยมีอาการ หมายถึง ท่านไม่เคยมีอาการเลย

หมายเหตุ : การมีลักษณะอาการต้องเป็นอาการที่เกิดขึ้นในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา

ข้อ	อาการแสดง	ลักษณะการมีอาการ			
		มีอาการ ประจำ	มีอาการ บ่อย	มีอาการ บางครั้ง	ไม่เคยมี อาการ
1.	รู้สึกอ่อนเพลียหรือเมื่อยล้า				
2.	หงุดหงิดง่าย				
3.	ปวดศีรษะ				
4.	คลื่นไส้				
5.	เบื่ออาหาร				
6.	นอนไม่หลับหรือนอนหลับยาก				
7.	ซึมเศร้า				
8.	รู้สึกไม่สบายตัว				
9.	สมาธิลดลงหรือสมาธิสั้น				
10.	หลงลืม/ ลืมง่าย/ ความจำสั้น				
11.	เกิดปัญหากับผิวหนัง				
12.	การมองเห็นลดลง/ มีปัญหาการมองเห็น				
13.	มีปัญหาทางการได้ยิน/ ได้ยินไม่ชัดเจน				
14.	วิงเวียน หรือมึนงง				
15.	ปัญหาการทรงตัว หรือเคลื่อนไหวลำบาก				
16.	ปัญหาเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด				
17.	ความต้องการทางเพศลดลง				

ส่วนที่ 3 ข้อมูลสุขภาพและความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

ขอบพระคุณที่ให้ความร่วมมือ

สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

--	--	--	--

แบบประเมินความเครียด (ST5)

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

ความเครียดเกิดขึ้นได้กับทุกคน สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดมีหลายอย่างเช่น รายได้ที่ไม่พอเพียง หนี้สิน ภัยพิบัติต่างๆ ที่ทำให้เกิดความสูญเสีย ความเจ็บป่วยเป็นต้น ความเครียดมีทั้งประโยชน์ และโทษหากมากเกินไปจะเกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจของท่านได้ ขอให้ท่านลองประเมินตนเองโดยให้คะแนน 0-3 ที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

คะแนน 0 หมายถึง แทบไม่มี

คะแนน 1 หมายถึง เป็นบางครั้ง

คะแนน 2 หมายถึง บ่อยครั้ง

คะแนน 3 หมายถึง เป็นประจำ

ข้อที่	อาการหรือความรู้สึกที่เกิดในระยะ 2-4 สัปดาห์	คะแนน			
		0	1	2	3
1.	มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก				
2.	มีสมาธิน้อยลง				
3.	หงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ				
4.	รู้สึกเบื่อ เซ็ง				
5.	ไม่อยากพบปะผู้คน				

การแปลผล

คะแนน 0-4 เครียดน้อย

คะแนน 5-7 เครียดปานกลาง

คะแนน 8-9 เครียดมาก

คะแนน 10-15 เครียดมากที่สุด



แบบทดสอบสมรรถภาพความจำ

คำชี้แจง

แบบทดสอบความจำฉบับนี้ประยุกต์มาจากบทความใน British Medical Association และมีการแปลบทความโดยสถาบันวิจัยและพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งพิจารณาจากความถี่ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงและให้คะแนน ดังนี้

คะแนน 1 หมายถึง ไม่เคยเกิดเหตุการณ์หรืออาจจะเกิดนานๆ ครั้งในระยะเวลา 1 ปี

คะแนน 2 หมายถึง เกิดเหตุการณ์ขึ้นไม่บ่อยหรืออาจจะเกิดขึ้น 1-2 ครั้ง/เดือน

คะแนน 3 หมายถึง เกิดเหตุการณ์ขึ้นค่อนข้างบ่อยหรืออาจจะเกิดขึ้นทุกสัปดาห์

คะแนน 4 หมายถึง เกิดเหตุการณ์ขึ้นทุกวัน

**** หมายเหตุ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่เกิดในระยะเวลา 1 ปี**

ข้อ	เหตุการณ์	คะแนน			
		1	2	3	4
1.	หาของใช้ในบ้านไม่พบ				
2.	จำสถานที่ที่เคยไปบ่อย ๆ ไม่ได้				
3.	ต้องกลับไปทบทวนงานที่แม่จะตั้งใจทำซ้ำถึง 2 ครั้ง				
4.	ลืมของที่ตั้งใจว่าจะนำเอาออกไปนอกบ้านด้วย				
5.	ลืมเรื่องที่ได้รับฟังมาเมื่อวานนี้หรือเมื่อสองสามวันก่อน				
6.	ลืมเพื่อนสนิทหรือญาติสนิทหรือบุคคลที่คบหากันบ่อย ๆ				
7.	ไม่สามารถเข้าใจเนื้อเรื่องในหนังสือพิมพ์หรือวารสารที่อ่าน				
8.	ลืมบอกข้อความที่คนอื่นวานให้มาบอกอีกคนหนึ่ง				
9.	ลืมข้อมูลส่วนตัวของตนเอง เช่น วันเกิด ที่อยู่				
10.	สับสนในรายละเอียดของเรื่องที่ได้รับฟังมา				
11.	ลืมที่ที่เคยวางสิ่งของนั้นเป็นประจำหรือมองหาสิ่งของนั้นในที่ที่ไม่น่าจะวางไว้				
12.	ขณะเดินทางหรือเดินเล่นหรืออยู่ในอาคารที่เคยไปบ่อย ๆ มักเกิดเหตุการณ์หลงทิศหรือหลงทาง				
13.	ต้องทำกิจวัตรประจำวันบางอย่างซ้ำถึงสองครั้ง เพราะมีความผิดพลาดเกิดขึ้น เช่น ใส่น้ำตาลมากเกินไปในเวลาปรุงอาหาร หรือเดินไปหิวผมซ้ำอีกครั้งซึ่งเมื่อสักครู่เพิ่งได้หิวผมเสร็จ				
14.	เล่าเรื่องเดิมซ้ำอีกครั้งซึ่งเมื่อสักครู่เพิ่งได้เล่าเสร็จ				
รวมคะแนน				

การแปรผลสมรรถภาพความจำ

คะแนน	ข้อแนะนำ
14-19	ดีมาก
20-29	ปานกลาง ควรจะได้รับคำแนะนำเพื่อปรับปรุงความจำให้ดีขึ้น
30-39	ค่อนข้างต่ำ เนื่องจากท่านมีภารกิจค่อนข้างมากทำให้ชีวิตทำค่อนข้างยุ่ง ควรจะต้องได้รับคำแนะนำเพื่อปรับปรุงความจำให้ดีขึ้น
40-56	ต่ำ ควรจะไปพบแพทย์