

รหัส(ID).....

แบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้ ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ข้อมูลสถานที่ทำงาน 3) ข้อมูลด้านสุขภาพ 4) ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในขณะที่ทำงาน 5) ความพึงพอใจในงาน 6) ความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในที่ทำงาน

ผู้ตอบแบบสอบถามกรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกส่วนโดยใส่เครื่องหมาย ลงใน หรือ ตาราง และกรอกข้อความในช่องว่างให้สมบูรณ์ โดยเริ่มตอบแบบสอบถามตั้งแต่ส่วนที่ 1 เป็นต้นไปถึงส่วนที่ 6

ชื่ออาคาร.....ชั้น.....แผนก.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ¹ ชาย ² หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
3. ท่านจบการศึกษาระดับใด
¹ ประถมศึกษา ² มัธยมศึกษา ³ ปริญญาตรี
⁴ สูงกว่าปริญญาตรี ⁵ อื่นๆ.....
4. แผนกที่ท่านทำงานอยู่ในปัจจุบัน.....
5. ตำแหน่งงานที่ท่านทำในปัจจุบัน.....
6. ประสบการณ์ทำงานในแผนกนี้.....ปี.....เดือน
7. จำนวนชั่วโมงต่อวันที่ทำงานในแผนกนี้.....ชั่วโมง/วัน
8. จำนวนวันที่ทำงานในแผนกนี้.....วัน/สัปดาห์
9. ท่านทำงานล่วงเวลาหรือไม่
⁰ ไม่ทำ ¹ ทำ สัปดาห์ละ.....ชั่วโมง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสถานที่ทำงาน

10. แผนกที่ท่านทำงานอยู่มีการใช้สารเคมีหรือไม่
⁰ ไม่ใช่ ¹ ใช้ระบุ.....
11. จุดที่ท่านทำงานอยู่มีหน้าต่างที่สามารถเปิดได้
⁰ ไม่ใช่ ¹ ใช่
12. ลักษณะระบบการปรับอากาศในที่ทำงานของท่านเป็นแบบใด
¹ แอร์แยก(Separate air) ² แอร์รวม(Central air)
³ พัดลม(ไม่มีแอร์) ⁴ อื่นๆ ระบุ.....
13. พื้นที่ห้องส่วนใหญ่ของสถานที่ทำงานเป็นอย่างไร

- ¹ พรหม ²ไม้ เช่น ไม้อัด ³ กระเบื้องเคลือบ
- ⁴ แผ่นยางพลาสติก,พีวีซี ⁵ อื่นๆระบุ.....
14. ลักษณะงานของท่านต้องทำงานกับคอมพิวเตอร์หรือไม่
¹ ไม่ได้ใช้ ² ใช้ เฉลี่ยวันละ.....ชั่วโมง
15. ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาบริเวณที่ท่านทำงานของท่านมีลักษณะต่อไปนี้หรือไม่
- | | ไม่มี | มี |
|--------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| - บุปพรม | <input type="checkbox"/> ⁰ | <input type="checkbox"/> ¹ |
| - ปรับปรุงพื้นใหม่ | <input type="checkbox"/> ⁰ | <input type="checkbox"/> ¹ |
| - ทาสีผนังใหม่ | <input type="checkbox"/> ⁰ | <input type="checkbox"/> ¹ |
| - เฟอร์นิเจอร์ใหม่ | <input type="checkbox"/> ⁰ | <input type="checkbox"/> ¹ |
| - ฉากกั้นใหม่ | <input type="checkbox"/> ⁰ | <input type="checkbox"/> ¹ |
| - น้ำรั่ว หรือซึม | <input type="checkbox"/> ⁰ | <input type="checkbox"/> ¹ |
| - มีกองเอกสารหรือหนังสือ | <input type="checkbox"/> ⁰ | <input type="checkbox"/> ¹ |
| - อื่นๆระบุ..... | <input type="checkbox"/> ⁰ | <input type="checkbox"/> ¹ |
16. ท่านใช้วัสดุอุปกรณ์เครื่องใช้สำนักงานเหล่านี้หรือไม่ขณะทำงาน
- | | ไม่มี | มี |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| - เครื่องถ่ายเอกสาร | <input type="checkbox"/> ⁰ | <input type="checkbox"/> ¹ |
| - พรินเตอร์ | <input type="checkbox"/> ⁰ | <input type="checkbox"/> ¹ |
| - น้ำยาลบคำผิด | <input type="checkbox"/> ⁰ | <input type="checkbox"/> ¹ |
| - กาว | <input type="checkbox"/> ⁰ | <input type="checkbox"/> ¹ |
| - น้ำยาทำความสะอาด | <input type="checkbox"/> ⁰ | <input type="checkbox"/> ¹ |
| - วัสดุอุปกรณ์หรือสารเคมีที่มีกลิ่น | <input type="checkbox"/> ⁰ | <input type="checkbox"/> ¹ |
| ระบุ..... | | |

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านสุขภาพ

17. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่
⁰ ไม่สูบ ¹ สูบ ปริมาณที่สูบต่อวัน.....
² เคยสูบแต่เลิกแล้ว
18. ท่านมีปัญหาในการใส่คอนแทคเลนส์หรือไม่
⁰ ไม่มี ¹ มี ระบุ.....
³ ไม่ได้ใส่
19. ท่านเคยมีประวัติเป็นโรคเหล่านี้หรือไม่
- | | ไม่มี | มี |
|--|-------|----|
|--|-------|----|

- โรคภูมิแพ้ ⁰ ¹
- โรคไซนัสอักเสบ ⁰ ¹
- โรคหอบหืด ⁰ ¹
- ไมเกรน ⁰ ¹
- ผื่นผิวหนังอักเสบ ⁰ ¹
- โรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจ ⁰ ¹
- ระบุ.....
- โรคประจำตัวอื่นๆ ⁰ ¹
- ระบุ.....

20. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการหรือโรคเหล่านี้หรือไม่

- | | ไม่มี | มี |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| - ใช้หวัด(ไข้) น้ำมูก เจ็บคอ ไอ ปวดเมื่อยตัว | <input type="checkbox"/> ⁰ | <input type="checkbox"/> ¹ |
| - นอนไม่หลับ | <input type="checkbox"/> ⁰ | <input type="checkbox"/> ¹ |
| - โรคทางตาที่มีการวินิจฉัยโดยแพทย์ | <input type="checkbox"/> ⁰ | <input type="checkbox"/> ¹ |
| ระบุ..... | | |
| - โรคทางจมูกที่มีการวินิจฉัยโดยแพทย์ | <input type="checkbox"/> ⁰ | <input type="checkbox"/> ¹ |
| ระบุ..... | | |
| - โรคระบบทางเดินหายใจที่มีการวินิจฉัยโดยแพทย์ | <input type="checkbox"/> ⁰ | <input type="checkbox"/> ¹ |
| ระบุ..... | | |
| - โรคระบบประสาทที่มีการวินิจฉัยโดยแพทย์ | <input type="checkbox"/> ⁰ | <input type="checkbox"/> ¹ |
| ระบุ..... | | |
| - โรคผิวหนังที่มีการวินิจฉัยโดยแพทย์ | <input type="checkbox"/> ⁰ | <input type="checkbox"/> ¹ |
| ระบุ..... | | |

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในขณะที่ทำงาน

21. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ขณะที่ท่านกำลังทำงานอยู่ ท่านมีอาการต่อไปนี้หรือไม่ (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตารางที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด)

- หมายเหตุ :**
- กรณีท่านไม่มีอาการตามรายการข้างล่างโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องไม่มีอาการโดยไม่ต้องระบุความถี่และสถานที่ที่เกิดอาการ
 - กรณีที่ท่านมีอาการโปรดระบุความถี่และสถานที่ที่เกิดอาการโดยการทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตารางด้วย

กลุ่มอาการ	ความถี่ในการเกิดอาการ				อาการเริ่มเกิดขึ้นขณะอยู่ที่ใด		
	ไม่มีอาการ	1-3วัน	1-3วัน ต่อ	เกือบทุก	เกิดที่ทำงาน	เกิดที่บ้าน	เกิดที่ทั้งที่ทำงานและที่

	ต่อเดือน	สัปดาห์	วัน	อย่างเดียว	อย่างเดียว	บ้าน
อาการทางตา						
- ระคายเคืองตา						
- ตาแห้ง						
- น้ำตาไหล						
- คันตา						
- ตาแดง						
- แสบตา						
อาการทางจมูก						
- ระคายเคืองจมูก						
- น้ำมูกไหล						
- คัดจมูก						
- แสบจมูก						
- เลือดกำเดาไหล						

กลุ่มอาการ	ความถี่ในการเกิดอาการ				อาการเริ่มเกิดขึ้นขณะอยู่ที่ใด		
	ไม่มีอาการ	1-3วัน ต่อเดือน	1-3วัน ต่อ สัปดาห์	เกือบทุกวัน	เกิดที่ ทำงาน อย่างเดียว	เกิดที่ใน บ้าน อย่างเดียว	เกิดที่ทั้งที่ ทำงานและที่ บ้าน
อาการทางลำคอ							
- คอแห้ง หรือ หิวน้ำบ่อย							
- แสบคอ							
- ระคายคอ							
- เจ็บคอ							
อาการทางเดินหายใจ							
- แน่นหน้าอก							
- หายใจลำบาก							
- หายใจขัด							
- อึดอัดบริเวณหน้าอก							
- ไอ							
อาการระบบประสาท							
- ปวดศีรษะ							
- มึนศีรษะ							

- ง่วงเหงาหาวนอน							
- อ่อนล้า อ่อนเพลีย							
- ขาดสมาธิในการทำงาน							
อาการทางผิวหนัง							
- ผิวแห้ง							
- ระคายเคืองหน้า							
- ผื่นนูนแดงตามร่างกาย							
- ผื่นแดงที่หน้า							
- คัดบริเวณนอกร่มผ้า							
- ผื่นผิวหนังอักเสบ							

22. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เมื่อมีอาการทางตา - จมูก - ลำคอ - ระบบทางเดินหายใจ - ระบบประสาท - ผิวหนัง ในข้อ 21 โดยเฉลี่ยแล้วจะเป็นอยู่นานเท่าไร อาการดังกล่าวจึงจะหาย

- ¹ นานเป็นนาที ² นานเป็นชั่วโมง
³ นานตลอดวัน ⁴ นานถึงวันถัดไป

23. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เมื่อมีอาการทางตา - จมูก - ลำคอ - ระบบทางเดินหายใจ - ระบบประสาท - ผิวหนัง ในข้อ 22 แล้วมีผลกระทบต่อการทำงานของท่านอย่างไร

- ⁰ ไม่รบกวนการทำงาน ยังคงทำงานได้ตามปกติ
¹ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง แต่ยังคงทำงานได้ตามปกติ
² ต้องหยุดพักทำงานชั่วคราว
³ หยุดงาน

ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจในงาน

24. ท่านพอใจในงานที่ท่านทำอยู่หรือไม่

- ⁰ ไม่พอใจ ¹ พพอใจ

25. งานที่ท่านทำอยู่ทำให้ท่านรู้สึกเครียด

- ⁰ ไม่ใช่ ¹ ใช่

ส่วนที่ 6 ความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในที่ทำงาน

26. ท่านคิดว่าสภาพแวดล้อมในที่ทำงานของท่านมีปัญหาต่อไปนี้หรือไม่

- ¹ การระบายอากาศไม่ดี ² แสงจ้ารบกวน
³ อากาศเย็นเกินไป ⁴ มีฝุ่นเกาะตามพื้นผิว
⁵ อากาศร้อน ⁶ ไม่สะอาด
⁷ แสงสว่างไม่เพียงพอ ⁸ เสียงดังรบกวน
⁹ อากาศอับชื้น

¹⁰ มีกลิ่นไม่พึงประสงค์ เช่น กลิ่น สารเคมี,อาหาร, ควัน,ไอเสียรถยนต์

¹¹ อื่นๆ ระบุ.....

27. ข้อเสนอแนะต่อสถานที่ทำงานของท่านในการแก้ไขปัญหาคุณภาพอากาศภายในอาคาร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอขอบคุณที่ท่านได้สละเวลาตอบแบบสอบถาม

การใช้แบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูล กลุ่มอาการป่วยเหตุอาคาร

แบบสอบถามที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มอาการป่วยเหตุอาคาร และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการป่วยเหตุอาคาร ได้แก่ ปัจจัยจิตวิทยาสังคม ปัจจัยบุคคล ปัจจัยทั่วไปของสำนักงานเทศบาล และปัจจัยลักษณะงาน ประกอบด้วยคำถาม 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา แผนกที่ทำงาน ตำแหน่งงาน ประสบการณ์การทำงาน ระยะเวลาทำงาน และการทำงานล่วงเวลา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสถานที่ทำงาน ได้แก่ ลักษณะงาน เช่น การใช้สารเคมี ระบบการปรับอากาศ ลักษณะห้องทำงานและบริเวณที่ทำงาน วัสดุตกแต่งภายในที่ทำงาน การใช้วัสดุอุปกรณ์สำนักงาน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การเจ็บป่วย และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในขณะที่ทำงาน ได้แก่ กลุ่มอาการป่วยเหตุอาการที่เกี่ยวข้องกับสถานที่ทำงาน ระยะเวลาการเกิดกลุ่มอาการป่วยเหตุอาการ และผลกระทบต่อการทำงานเมื่อเกิดกลุ่มอาการป่วยเหตุอาการ

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจและความเครียดในที่ทำงาน

ส่วนที่ 6 ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงาน

โดยแบบสอบถามดัดแปลงมาจากการศึกษาของฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล และวันที พันธุ์ประสิทธิ์ ได้มีการตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของเนื้อหาในแบบสอบถาม(Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านอาชีวเวชศาสตร์และอาชีวสุขศาสตร์ จำนวน 4 ท่าน ซึ่งมีการตรวจสอบรายละเอียดของเนื้อหา และพิจารณาความเหมาะสม จากนั้นทำการทดสอบความเที่ยงตรงของแต่ละข้อคำถามของแบบสอบถามด้วยวิธี Test-retest reliability

เมื่อทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเรียบร้อยแล้วสามารถวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยกลุ่มอาการป่วยเหตุอาการด้วยเกณฑ์ 4 ข้อ คือ

1. จำนวนอาการที่ปรากฏต้องปรากฏตั้งแต่ 1 อาการขึ้นไปในหนึ่งระบบ
2. ความถี่ในการเกิดอาการ ต้องเกิดอาการ เกือบทุกวัน หรือ 1-3 วันต่อสัปดาห์ หรือ 1-3 วันต่อเดือน
3. ความสัมพันธ์กับสถานที่ทำงาน กลุ่มอาการต้องเกิดขึ้นเฉพาะสถานที่ทำงานเท่านั้น
4. มีการคัดแยกโรคหรือภาวะอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในระบบนั้นออก ประกอบด้วยโรค ไข้หวัด(ไข้ มีน้ำมูก เจ็บคอ ไอ ปวดเมื่อยตัว), โรคทางตา , โรคทางจมูก, โรกระบบการหายใจ, โรกระบบประสาท และโรคผิวหนัง ที่มีการวินิจฉัยโดยแพทย์ เช่น มีกลุ่มอาการทางผิวหนังเข้าได้กับเกณฑ์ข้อที่ 1 ถึง 3 แต่พบว่าใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีโรคผิวหนังที่มีการวินิจฉัยโดยแพทย์ ก็จะมีการคัดออกไม่วินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มอาการป่วยเหตุอาการ