

แบบคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงาน (แบบ TWH 01)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) ..... นามสกุล.....
2. เพศ  ชาย  หญิง
3. วัน/เดือน/ปีเกิด.....
4. การตรวจสุขภาพเบื้องต้น  
ความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก.....กิโลกรัม  
รอบเอว.....เซนติเมตร ส่วนสูง.....เซนติเมตร  
BMI.....กิโลกรัมต่อเมตร<sup>2</sup>
5. อาชีพปัจจุบัน  
 รับจ้างทั่วไป  ลูกจ้างในสถานประกอบการ  
 ลูกจ้างในธุรกิจบริการ  เกษตรกรรม ประมง ปศุสัตว์  
 ค้าขาย  ตำรวจ ทหาร  
 บุคลากรทางการแพทย์  บุคลากรในหน่วยงานรัฐ รัฐวิสาหกิจอื่นๆ  
 อื่นๆ ระบุ.....  
โปรดระบุ ลักษณะงาน.....
6. โรคประจำตัว  
 ไม่มีโรคประจำตัว  มีโรคประจำตัว โปรดระบุ  
 เบาหวาน  โรคไขมันในเลือดสูง  
 ความดันโลหิตสูง  โรคหัวใจและหลอดเลือด ระบุ.....  
 โรคถุงลมโป่งพอง  อื่นๆ ระบุ.....  
 มะเร็ง ระบุ.....
7. การเจ็บป่วยโรค/การบาดเจ็บจากการทำงาน  
 ไม่มีประวัติ  มีประวัติ  
หากมีประวัติ โปรดระบุละเอียด.....
8. ข้อมูลการทำงานในปัจจุบัน  
8.1 สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....  
8.2 อายุการทำงาน.....ปี.....เดือน  
8.3 ทำงานวันละ.....ชั่วโมง ตั้งแต่เวลา.....ถึงเวลา.....  
8.4 การทำงานล่วงเวลา  
 ทำเป็นครั้งคราว รวม.....ชม./สัปดาห์  ทำเป็นประจำ รวม.....ชม./สัปดาห์  ไม่ทำ  
8.5 การทำงานเป็นกะ  ทำ  ไม่ทำ

9. ข้อมูลสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงาน

สิ่งคุกคามสุขภาพ	ไม่ใช่	ใช่
9.1 ท่านทำงานอยู่ในบริเวณที่มีเสียงดังมาก		
9.2 ท่านทำงานอยู่ในบริเวณที่มีแสงสว่างไม่เพียงพอ/แสงจ้ามากเกินไป เช่น แสงจากการเชื่อม แสงจากเตาหลอม		
9.3 ท่านทำงานบริเวณที่มีอุณหภูมิสูง หรือต่ำเกินไป		
9.4 ท่านทำงานอยู่ในบริเวณที่มีความสั่นสะเทือน หรือใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ที่มีความสั่นสะเทือน		
9.5 ท่านทำงานในสถานที่ที่มีโอกาสสัมผัสรังสี		
9.6 ท่านใช้สารเคมีในกระบวนการทำงาน <input type="radio"/> กลุ่มสารทำลายอินทรีย์ <input type="radio"/> กลุ่มโลหะหนัก <input type="radio"/> สารเคมีทางการเกษตร <input type="radio"/> สารเคมีอื่นๆ.....		
9.7 ท่านทำงานในบริเวณที่มีฝุ่นฟุ้งกระจาย <input type="radio"/> ฝุ่นฝ้าย <input type="radio"/> ฝุ่นหินทราย <input type="radio"/> แร่ใยหิน <input type="radio"/> ฝุ่นละอองทั่วไป <input type="radio"/> ควัน		
9.8 ท่านทำงานอยู่ในบริเวณที่มีเชื้อโรค สัตว์/แมลงมีพิษ		
9.9 ท่านทำงานโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ไฟฟ้าที่ไม่มีสายดิน หรือระบบตัดไฟฉุกเฉิน		
9.10 ท่านทำงานกับยานพาหนะ/เครื่องจักรที่เคลื่อนไหว		
9.11 ท่านทำงานบนที่สูง/ต้องปีนป่าย		
9.12 ท่านทำงานด้วยท่าทางที่ผิดธรรมชาติ เช่น บิด หรือเอี้ยวตัวนั่ง หรือยืนนานๆ ออกแรงดึง ดัน ลาก หรือยกสิ่งของที่มีน้ำหนักมากๆ		
9.13 ท่านทำงานกับคอมพิวเตอร์ หรือการทำงานที่ต้องใช้สายตาในการเพ่งมองหน้าจอ		
9.14 ท่านทำงานอยู่บริเวณที่มีการระบายอากาศไม่ดี อบอุ่น อึดอัด		
9.15 สถานที่ทำงานของท่านมีความเสี่ยงที่จะเกิดความรุนแรง เช่น จากผู้รับบริการ เพื่อนร่วมงาน หรือบุคคลภายนอก จาก หรือ ลูกค้ำ		

10. ท่านทำพฤติกรรมเหล่านี้บ่อยเพียงใด ทำเครื่องหมาย O รอบตัวเลข ในช่องที่ตรงกับตัวคุณ ตามความรู้สึกรู้สึกของตนเองและตามความเป็นจริง

หวาน	ดื่มน้ำเปล่า กาแฟดำ ชาไม่ใส่น้ำตาล โซดา	ดื่มน้ำอัดลม กาแฟ 3in1 กาแฟเย็น กาแฟปั่น เครื่องดื่มชง น้ำหวาน นมเปรี้ยว	ดื่มน้ำผักผลไม้ สำเร็จรูป	กินไอศกรีม เบเกอรี่ ขนมหวานไทย	เติมน้ำตาล น้ำผึ้ง น้ำเชื่อม เพิ่ม ลงในอาหาร
ทุกวัน/เกือบทุกวัน					
3-4 ครั้งต่อสัปดาห์					
แทบไม่ทำ/ไม่ทำเลย					

วิธีการคิดคะแนน ให้รวมคะแนนการเลือกรับประทานอาหารหวานที่คุณเลือกในแต่ละช่อง (ทั้งหมด 5 ช่อง)

รวม คะแนนหวาน.....คะแนน

<b>ไขมัน</b>	เลือกกินเนื้อสัตว์ ติดมัน ติดหนัง ไขมันแทรก	กินอาหารทอด อาหารฟาสฟู๊ด อาหารผัดน้ำมัน	กินอาหารจานเดียว ไขมันสูง หรืออาหาร ประเภทแกงกะทิ	ดื่มเครื่องดื่มที่ขง ผสมนมข้นหวาน ครีมเทียม วิปป์ครีม	ชดน้ำผักน้ำแกง หรือราดน้ำผัดน้ำ แกงลงบนข้าว
ทุกวัน/เกือบทุกวัน					
3-4 ครั้งต่อสัปดาห์					
แทบไม่ทำ/ไม่ทำเลย					

รวม คะแนนไขมัน.....คะแนน

<b>เค็ม</b>	ชิมอาหารก่อน ปรุงซอส น้ำปลา ซีอิ๊ว ปรุงน้อย หรือไม่ปรุงเพิ่ม	ใช้สมุนไพรหรือ เครื่องเทศเป็น ส่วนประกอบอาหาร แทนเครื่องปรุง	กินเนื้อสัตว์แปรรูป ไส้กรอก หมูยอ แฮม ปลาเค็ม กุ้งแห้ง ปลาไร่	กินกะหล่ำ ใจกั้ง สำเร็จรูป หรือ อาหารกล่องแช่แข็ง	กินผักผลไม้ดอง หรือผลไม้แช่อิ่ม จิ้มพริกเกลือ น้ำปลาหวาน
ทุกวัน/เกือบทุกวัน					
3-4 ครั้งต่อสัปดาห์					
แทบไม่ทำ/ไม่ทำเลย					

รวม คะแนนเค็ม.....คะแนน

สรุปตามเกณฑ์ ที่มา : แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม (Eat Test) : โรงพยาบาลศิริราช

ความเสี่ยงต่ำ

ความเสี่ยงสูง

ความเสี่ยงปานกลาง

ความเสี่ยงสูงมาก

11. ในระยะเวลา 2-4 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีอาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึกต่อสิ่งรอบข้าง มากน้อยเพียงใด กรุณาตอบตามความเป็นจริง

อาการ พฤติกรรม ความรู้สึก	ระดับอาการ			
	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	ประจำ
1. มีปัญหาเรื่องการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก				
2. มีสมาธิน้อยลง				
3. หงุดหงิด กระวนกระวาย ว้าวุ่นใจ				
4. รู้สึกเบื่อ เซ็ง				
5. ไม่อยากพบปะผู้คน				

วิธีการคิดคะแนน ให้รวมคะแนนอาการ พฤติกรรม ความรู้สึกที่คุณเลือกในแต่ละข้อ (ทั้งหมด 5 ข้อ)

สรุปคะแนน ความเครียด ที่มา : สมุดประจำตัวสุขภาพวัยทำงาน, สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย

ความเครียดน้อย

ความเครียดสูง

ความเครียดปานกลาง

ความเครียดสูงมาก

12. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คำตอบของคุณจะเป็นความลับ กรุณาให้ X ลงในช่องคำตอบที่ตรงความเป็นจริงมากที่สุดในแต่ละข้อคำถาม

ข้อคำถาม	รายละเอียด				
	ไม่เคยเลย	เดือนละครั้ง หรือน้อยกว่า	2-4 ครั้ง ต่อ เดือน	2-3 ครั้ง ต่อ สัปดาห์	4 ครั้งขึ้นไป ต่อสัปดาห์
1. คุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยเพียงไร					
<b>2. เลือกตอบเพียงข้อเดียว</b> เวลาที่คุณดื่มสุรา โดยทั่วไปแล้วคุณดื่มประมาณ เท่าไรต่อวัน					
2.1 ถ้าโดยทั่วไปดื่มเบียร์ เช่น สิงห์ ไฮเนเกน ลีโอ เจียร์ ไทเกอร์ ช้าง ดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน หรือ	1-1.5 กระป๋อง/ 1/2-3/4 ขวด	2-3 กระป๋อง/ 1-1.5 ขวด	3.5-4 กระป๋อง/ 2 ขวด	4.5-7 กระป๋อง/ 3-4 ขวด	7 กระป๋อง/ 4 ขวดขึ้นไป
2.2 ถ้าโดยทั่วไปดื่มเหล้า เช่น แม่โขง หงส์ทอง หงส์ทิพย์ เหล้าขาว 40 ดีกรี ดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน	2-3 ผา	1/4 แบน	1/2 แบน	3/4 แบน	1 แบนขึ้นไป
3. บ่อยครั้งเพียงไรที่คุณดื่มเบียร์ 4 กระป๋องขึ้นไป หรือ เหล้าวิสกี้ 3 เป๊กขึ้นไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน

วิธีการคิดคะแนน ให้รวมคะแนนในข้อคำถามที่คุณเลือกในแต่ละช่อง (ทั้งหมด 3 ข้อคำถาม)

สรุปคะแนน.....คะแนน ที่มา : \*Adapted 5 A's guideline for NCD risk behaviours (CDIA, Stellenbosch University)

กรณีได้มากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน สงสัยว่ามีความเสี่ยงในการดื่ม ควรทำการประเมินต่อตามแบบฉบับสมบูรณ์เพื่อประเมินความเสี่ยง

13. พฤติกรรมการสูบบุหรี่

ไม่สูบ

สูบ หากสูบบุหรี่ ให้ตอบข้อ 1-2 เพิ่มเติม

1. ปกติสูบบุหรี่วันละกี่มวน

0-10 มวน

21-30 มวน

11-20 มวน

31 มวนขึ้นไป

2 หลังตื่นนอนตอนเช้า คุณสูบบุหรี่มวนแรกเมื่อไร

ภายใน 5 นาทีหลังตื่นนอน

31-60 นาทีหลังตื่นนอน

6-30 นาทีหลังตื่นนอน

60 นาทีขึ้นไปหลังตื่นนอน

สรุปคะแนนความเสี่ยง ที่มา : \*Adapted 5 A's guideline for NCD risk behaviours (CDIA, Stellenbosch University)

ระดับความเสี่ยงต่ำมาก

ระดับความเสี่ยงสูง

ระดับความเสี่ยงต่ำ

ระดับความเสี่ยงสูงมาก

ระดับความเสี่ยงปานกลาง

(\*short Fagerstrom test for nicotine dependence)

14. ความถี่ของกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย ที่มา : สมุดประจำตัวสุขภาพวัยทำงาน, สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย

นั่งทำงานอยู่กับที่และไม่ได้ออกกำลังกายเลย

ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาอย่างหนัก ประมาณสัปดาห์ละ 6-7 วัน

ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาเล็กน้อย ประมาณสัปดาห์ละ 1-3 วัน

ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาอย่างหนัก แบบข้อมเพื่อการแข่งขัน เป็น

ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาปานกลาง ประมาณสัปดาห์ละ 3-5 วัน

ประจำทุกวัน

ส่วนที่ 2 สรุปความเสี่ยง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแนวทางการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (สำหรับเจ้าหน้าที่ประเมิน)

2.1 ตารางสรุปความเสี่ยงจากข้อมูลส่วนที่ 1

ความเสี่ยง	ไม่เสี่ยง	เสี่ยง	เกณฑ์ความเสี่ยง
1. ความดันโลหิตสูง			SBP $\geq$ 140 มิลลิเมตรปรอท หรือ DBP $\geq$ 90 มิลลิเมตรปรอท
2. น้ำหนักเกิน/อ้วน			ดัชนีมวลกาย มากกว่าหรือเท่ากับ 23.00 (ตัวม/อวบ)
3. เส้นรอบเอว			เส้นรอบเอว $\geq$ ส่วนสูง (ซม.) $\div$ 2
4. ปัจจัยเสี่ยงการทำงาน			การสัมผัสสิ่งคุกคาม 1 อย่างถือว่าเสี่ยง
5. การรับประทานอาหาร 5.1 อาหารหวาน 5.2 อาหารไขมัน 5.3 อาหารเค็ม			ความเสี่ยงสูง-สูงมาก (10-15 คะแนน)
6. ความเครียด			ความเครียดปานกลางขึ้นไป (5-15 คะแนน)
7. การดื่มแอลกอฮอล์			มากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน สงสัยว่ามีความเสี่ยงในการดื่ม
8. การสูบบุหรี่			ความเสี่ยงปานกลางขึ้นไป (4-6 คะแนน)
9. กิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย			เสี่ยง คือ ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาบ่อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์

2.2 ผลการตรวจสุขภาพทั่วไปทางห้องปฏิบัติการ

รายการที่ตรวจ	วันที่	ผลการตรวจ
		<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....
		<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....
		<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....
		<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....
		<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....
		<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....
		<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....

2.3 สรุปผลการประเมินเพื่อวางแผนจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค โปรดใส่เครื่องหมาย  $\checkmark$  ลงใน (.....)

การทำงาน (ข้อมูลจากตารางสรุปส่วนที่ 1 ข้อ 4)	ไม่มีความเสี่ยง	พฤติกรรมสุขภาพ (ข้อมูลจากตารางสรุปส่วนที่ 1) และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ถ้ามี)	
		ไม่มีความเสี่ยง	มีความเสี่ยง
		(.....) มีสุขภาพดี ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี	(.....) มีความเสี่ยงโรคทั่วไป เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยคำนึงถึงปัญหาสุขภาพจากโรคทั่วไป
	มีความเสี่ยง	(.....) มีความเสี่ยงโรคจากการทำงาน เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยคำนึงถึงปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน	(.....) มีความเสี่ยงทั้งโรคทั่วไป และ โรคจากการทำงาน เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดย คำนึงถึงปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานและปัญหาสุขภาพ จากโรคทั่วไปตามแนวคิดของการดูแลสุขภาพองค์รวม