



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง : การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ การปรับปรุงสภาพการทำงานของแรงงานผู้สูงอายุ กลุ่มแรงงานนอกระบบ เทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่

คำชี้แจง : แบบสอบถามฉบับนี้ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความสามารถในการทำงานสำรวจสิ่งแวดล้อมในการทำงานเพื่อปรับปรุงสภาพการทำงานสำหรับผู้ทำงานที่บ้านของแรงงานผู้สูงอายุกลุ่มแรงงานนอกระบบ และการเก็บภาพถ่ายโดยปิดบังใบหน้าผู้ร่วมวิจัย โดยคำตอบที่ได้จะไม่มีผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูลและชุมชนแต่อย่างใด

แบบสอบถามฉบับนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนดังต่อไปนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามความสามารถในการทำงานของแรงงานผู้สูงอายุกลุ่มแรงงานนอกระบบ เทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการทำงาน (Work Ability Index, WAI) มีทั้งหมด 10 ข้อ ประกอบด้วย 7 ตัวชี้วัด

ชุดที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยงสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

แบบสำรวจการปรับปรุงสภาพการทำงานสำหรับผู้ทำงานที่บ้าน (Work Improvement for Safe Home: WISH) ซึ่งประกอบไปด้วยตัวชี้วัด 5 ด้าน คือ 1) การจัดเก็บและขนย้ายวัสดุสิ่งของ 2) ความปลอดภัยในการทำงานกับเครื่องจักร 3) สถานีงาน 4) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ 5) สวัสดิการสังคมและการจัดการภายในองค์กร

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

1. เพศ

<input type="checkbox"/> 1. ชาย	<input type="checkbox"/> 2. หญิง
---------------------------------	----------------------------------
2. อายุ..... ปี (นับอายุเต็ม)
3. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> 1. โสด	<input type="checkbox"/> 2. คู่	<input type="checkbox"/> 3. หม้าย
<input type="checkbox"/> 4. หย่าร้าง	<input type="checkbox"/> 5. แยกกันอยู่	
4. จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่พักอาศัยอยู่จริง

<input type="checkbox"/> 1. จำนวน 1-3 คน	<input type="checkbox"/> 2. จำนวน 4-6 คน
<input type="checkbox"/> 3. จำนวน 7-9 คน	<input type="checkbox"/> 4. 10 คนขึ้นไป
5. รายได้ต่อเดือน

<input type="checkbox"/> 1. ต่ำกว่า 2,500 บาท	<input type="checkbox"/> 2. 2,500 – 4,999 บาท
<input type="checkbox"/> 3. 5,000 – 7,499 บาท	<input type="checkbox"/> 4. 7,500 – 9,999 บาท
<input type="checkbox"/> 5. 10,000 บาท – 20,000 บาท	<input type="checkbox"/> 6. 20,001 บาท ขึ้นไป
6. ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย.....ต่อวัน
7. การบาดเจ็บที่เกิดจากการทำงาน

<input type="checkbox"/> 1. เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย
---------------------------------	---------------------------------
8. สถานพยาบาลหลักที่ท่านเข้ารับการรักษาเมื่อเจ็บป่วย

<input type="checkbox"/> 1. โรงพยาบาล/สถานพยาบาลของรัฐบาล
<input type="checkbox"/> 2. โรงพยาบาล/สถานพยาบาลของเอกชน
<input type="checkbox"/> 3. คลินิก

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการทำงาน (Work Ability Index, WAI)

1. ท่านคิดว่าความสามารถในการทำงานของท่านปัจจุบันนี้อยู่ในระดับใดโดยเปรียบเทียบกับความสามารถในการทำงานสูงสุดที่ผ่านมาของท่าน

น้อยที่สุด

มากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. ถ้าเป็นการทำงานที่ต้องใช้กำลังกาย ท่านคิดว่าความสามารถในการทำงานของท่านปัจจุบันนี้อยู่ในระดับใด

() ดีมาก () ค่อนข้างดี () ปานกลาง () ไม่ค่อยดี () ไม่ดีเลย

3. ถ้าเป็นการทำงานที่ต้องใช้ความคิด ท่านคิดว่าความสามารถในการทำงานของท่านปัจจุบันนี้อยู่ในระดับใด

() ดีมาก () ค่อนข้างดี () ปานกลาง () ไม่ค่อยดี () ไม่ดีเลย

4. ท่านเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคต่อไปนี้บ้างหรือไม่ ให้ใส่เครื่องหมายตามช่องที่กำหนด

ชื่อโรค	ป่วย (ตามที่แพทย์วินิจฉัย)	ป่วย (ความรู้สึกของตนเอง)	ไม่ป่วย
บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ			
1. หลัง			
2. แขน / มือ			
3. ขา / เท้า			
4. อวัยวะอื่น ๆ ระบุ			
โรคเกี่ยวกับกระดูกและกล้ามเนื้อ			
5. ปวดเมื่อยซ้ำ ๆ หรือมีความผิดปกติบริเวณหลังส่วนบนหรือคอ			
6. ปวดเมื่อยซ้ำ ๆ หรือมีความผิดปกติบริเวณหลังส่วนล่าง			
7. ปวดแสบจากหลังลงมาที่ขา (sciatica)			
8. ปวดเมื่อยซ้ำ ๆ หรือมีความผิดปกติที่มือ / เท้า			
9. โรคไขรูมาตอยด์ (rheumatoid arthritis)			
10. โรคอื่น ๆ ระบุ			

ชื่อโรค	ป่วย (ตามที่แพทย์วินิจฉัย)	ป่วย (ความรู้สึกของตนเอง)	ไม่ป่วย
โรคหัวใจและหลอดเลือด			
11. ความดันโลหิตสูง			
12. โรคหัวใจ เจ็บหน้าอกขณะออกกำลังกาย (coronary heart disease / angina pectoris)			
13. เส้นเลือดหัวใจอุดตัน (coronary thrombosis) ภาวะหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง (myocardial infarction)			
14. หัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac insufficiency)			
15. โรคอื่น ๆ ระบุ			
โรคระบบทางเดินหายใจ			
16. ต่อมทอนซิลอักเสบ (tonsillitis) ไซนัสอักเสบเฉียบพลัน (acute sinusitis) หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน (acute bronchitis)			
17. หลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis)			
18. ไซนัสอักเสบเรื้อรัง (chronic sinusitis)			
19. หอบ หืด (bronchial asthma)			
20. ถุงลมโป่งพอง (pulmonary emphysema)			
21. วัณโรคปอด			
22. โรคอื่น ๆ ระบุ			
โรคเกี่ยวกับจิตใจ			
23. ภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง / mental disturbance			
24. เครียด / วิดกกังวล / นอนไม่หลับ โรคระบบประสาทและประสาทรับความรู้สึก			
25. การได้ยินเสื่อม / ได้รับบาดเจ็บที่หู			

ชื่อโรค	ป่วย (ตามที่แพทย์วินิจฉัย)	ป่วย (ความรู้สึกของตนเอง)	ไม่ป่วย
26. สายตาเลื่อม / ได้รับบาดเจ็บที่ตา			
27. ลมชัก / neuralgia / migraine			
28. อวัยวะอื่น ๆ ระบุ.....			
โรคเกี่ยวกับระบบย่อยอาหาร			
29. โรคเกี่ยวกับถุงน้ำดี			
30. โรคตับ / ตับอ่อน			
31. แผลในกระเพาะอาหาร หรือ ลำไส้เล็ก			
32. กระเพาะอาหารหรือลำไส้อักเสบ			
33. ระบายเคืองลำไส้ ลำไส้ใหญ่อักเสบ			
34. โรคอื่น ๆ ระบุ			
โรคเกี่ยวกับทางเดินปัสสาวะ และอวัยวะสืบพันธุ์			
35. กระเพาะปัสสาวะอักเสบ			
36. โรคไต			
37. อู้งเชิงกรานอักเสบ (เพศหญิง) ต่อมลูกหมากอักเสบ (เพศชาย)			
38. โรคอื่น ๆ ระบุ			
โรคผิวหนัง			
39. ผื่นแพ้ (allergy rash / eczema)			
40. ผื่นอื่น ๆ ระบุ			
41. โรคผิวหนังอื่น ๆ ระบุ			
เนื้องอก			
42. เนื้องอกธรรมดา			
43. เนื้องอกอันตราย (มะเร็ง) ระบุตำแหน่ง			
โรคระบบต่อมไร้ท่อและการเผาผลาญ			
44. โรคอ้วน (obesity)			
45. เบาหวาน			
46. คอหอยพอก (goiter) หรือโรคต่อมไทรอยด์			

ชื่อโรค	ป่วย (ตามที่แพทย์วินิจฉัย)	ป่วย (ความรู้สึกของตนเอง)	ไม่ป่วย
47. โรคอื่น ๆ ระบุ			
โรคเลือด			
48. โลหิตจาง			
49. โรคเลือดอื่น ๆ ระบุ			
ความพิการแต่กำเนิด			
50. ความพิการแต่กำเนิด ระบุ			
โรคอื่น ๆ			
51. โรคอื่น ๆ ระบุ			
รวม			
47. โรคอื่น ๆ ระบุ			
โรคเลือด			
48. โลหิตจาง			
49. โรคเลือดอื่น ๆ ระบุ			
ความพิการแต่กำเนิด			
50. ความพิการแต่กำเนิด ระบุ			
โรคอื่น ๆ			
51. โรคอื่น ๆ ระบุ			
รวม			

5. ประเมินว่าการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บต่าง ๆ จะเป็นอุปสรรคต่อการทำงานของท่านหรือไม่อย่างไร ท่านสามารถ (ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)

- () สามารถทำงานได้ตามปกติเนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติหรือการเจ็บป่วยในปัจจุบัน
- () สามารถทำงานได้ตามปกติ แต่มีอาการผิดปกติของร่างกายหรือการเจ็บป่วยเป็นบางครั้ง
- () ต้องลดการทำงานลง หรือเปลี่ยนวิธีการทำงานเป็นบางครั้ง เนื่องจากการเจ็บป่วย
- () ต้องลดการทำงานลง หรือเปลี่ยนวิธีการทำงานบ่อย ๆ เนื่องจากการเจ็บป่วย
- () ทำได้เฉพาะงานพิเศษ (ไม่สามารถรับงานประจำได้) เนื่องจากปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วย
- () ทำงานไม่ได้อีกต่อไป เนื่องจากปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วย

6. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาท่านต้องหยุดงาน ทั้งวัน เนื่องจากปัญหาสุขภาพหรือการเจ็บป่วย หรือเป็นการหยุดเพื่อไปรับการรักษารวมทั้งสิ้นกี่วัน

- () ไม่เคยหยุดเลย () 1 – 9 วัน
 () 10 – 24 วัน () 25 – 99 วัน
 () 100 – 365 วัน

7. ให้ท่านดัชนีความสามารถในการทำงานของท่านจากภาวะสุขภาพของท่านในปัจจุบัน ท่านคิดว่าท่านสามารถทำงานที่ท่านทำอยู่ในปัจจุบันนี้ได้หรือไม่อย่างไร นับจากวันนี้ไปถึง 2 ปีข้างหน้า (ท่านนายไปข้างหน้า)

- () ทำได้เหมือนเดิมแน่นอน
 () ไม่ค่อยแน่ใจว่าจะทำได้เหมือนเดิมหรือไม่
 () ทำไม่ได้เหมือนเดิมแน่นอน

8. ปัจจุบันนี้ท่านมีความสุขกับงานและชีวิตประจำวันมากน้อยแค่ไหน

- () มาก
 () ค่อนข้างมาก
 () เป็นบางครั้ง
 () นาน ๆ ครั้ง
 () ไม่เคยเลย

9. ปัจจุบันท่านยังคงกระตือรือร้น และ ตื่นเต้นกับงานและชีวิตมากน้อยแค่ไหน

- () เป็นประจำสม่ำเสมอ
 () ค่อนข้างบ่อย
 () เป็นบางครั้ง
 () นาน ๆ ครั้ง
 () ไม่เคยเลย

10. ปัจจุบันท่านยังคงรู้สึก มีความหวังเต็มเปี่ยมกับอนาคตของท่าน

- () ตลอดเวลา
 () ค่อนข้างบ่อย
 () เป็นบางครั้ง
 () นาน ๆ ครั้ง
 () ไม่เคยเลย

ชุดที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยงสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ตรงกับความเห็นของท่านที่สุด

ที่	หัวข้อการประเมินความเสี่ยง	ไม่มี	มี	หมายเหตุ
หมวดที่ 1 การจัดเก็บและการขนย้ายวัสดุสิ่งของ				
1.	ควรจัดเก็บสิ่งของไม่ให้มีสิ่งกีดขวางเส้นทางขนย้าย			
2.	ใช้กระบะ รถเข็น ล้อเลื่อน หรือกลไกอื่น ๆ เพื่อให้สามารถเคลื่อนย้ายสิ่งของได้สะดวก			
3.	ควรจัดให้มีชั้นวางสิ่งของที่มีหลายชั้น หรือกล่องจัดเก็บสิ่งของ ไว้ใกล้สถานที่ทำงาน สำหรับจัดเก็บเครื่องมือ วัสดุดิบ ชิ้นส่วน และผลิตภัณฑ์			
4.	ควรจัดให้ภาชนะหรือหีบห่อบรรจุภัณฑ์ มีที่จับหรือหูหิ้วที่ดี			
หมวดที่ 2 ความปลอดภัยในการทำงานกับเครื่องจักร				
5.	ควรมีการจัดทำการ์ดที่เหมาะสมเพื่อปิดคลุมส่วนที่เคลื่อนไหวของเครื่องจักรที่มีอันตรายและอุปกรณ์จ่ายไฟฟ้า			
6.	การพวง เชื่อมอุปกรณ์ไฟฟ้า ได้มีการคำนึงถึงขนาดการใช้งาน			
7.	ควรแน่ใจว่า มีการตรวจเช็คและบำรุงรักษาเครื่องมือเป็นอย่างดี และไม่มีชิ้นส่วนที่แตกหักหรือใช้งานไม่ได้			
8.	ควรแน่ใจว่า อุปกรณ์ไฟฟ้าและหลอดไฟ มีการเชื่อมต่อของสายไฟอย่างปลอดภัย เช่น การใช้สายดิน			
หมวดที่ 3 สถานีงาน				
9.	ควรปรับระดับความสูงของการทำงานให้เหมาะสมกับคนทำงานแต่ละคน โดยให้อยู่ในระดับข้อศอกหรือต่ำกว่าระดับข้อศอกเล็กน้อย			

ที่	หัวข้อการประเมินความเสี่ยง	ไม่มี	มี	หมายเหตุ
10.	จัดให้มีเก้าอี้ ม้านั่งที่มีความสูงพอเหมาะ และมีพนักพิงที่แข็งแรง			
11.	ควรวางเครื่องมือ อุปกรณ์ และวัสดุที่ใช้บ่อย ให้อยู่ในระยะที่สามารถหยิบจับง่าย และสะดวก			
12.	คนทำงานสามารถเปลี่ยนท่าทาง ยืนและนั่ง สลับกันในขณะทำงาน			
หมวดที่ 4 สิ่งแวดล้อมในการทำงาน				
13.	ควรเพิ่มแสงสว่างจากธรรมชาติให้มาก และทำความสะอาดช่องแสงและกระจก			
14.	ควรจัดให้มีความเข้มของแสงสว่าง ณ บริเวณพื้นที่ทั่วไป และเฉพาะจุด เพื่อให้มีความสว่างเพียงพอสำหรับงานแต่ละประเภท โดยจัดให้มีดวงไฟ หลอดไฟ เป็นต้น			
15.	ควรแยกแหล่งกำเนิดฝุ่น เสียงดัง ความร้อน และสารเคมีที่เป็นพิษ ออกจากบริเวณสถานที่ทำงาน			
16.	ควรแน่ใจว่าสารเคมีอันตราย ตัวทำละลาย สี กาว ฯลฯ ได้เก็บไว้ในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิดพร้อมติดฉลาก			
17.	ควรเปิดประตู หน้าต่าง และช่องเปิดต่าง ๆ เพื่อเพิ่มการระบายอากาศธรรมชาติ			
18.	ควรจัดให้มีอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล เช่น แวนนิรภัย รองเท้านิรภัย และถุงมือนิรภัยอย่างเพียงพอ			
19.	ควรจัดให้มีทางออกจากห้องทำงานที่ไม่มีสิ่งกีดขวาง และให้มีอุปกรณ์ดับเพลิงอย่างเพียงพอ			

ที่	หัวข้อการประเมินความเสี่ยง	ไม่มี	มี	หมายเหตุ
หมวดที่ 5 สวัสดิการสังคมและการจัดการภายในองค์กร				
20.	มีชั่วโมงการทำงานที่เหมาะสม มีช่วงเวลาดพักระหว่างการทำงาน และมีการเปลี่ยนอิริยาบถ เพื่อลดความเมื่อยล้า			
21.	ควรจัดให้มีน้ำดื่มที่สะอาดปลอดภัยอย่างเพียงพอในสถานที่ทำงานทุกแห่ง			
22.	มีห้องน้ำ ห้องสุขาที่สะอาดในบริเวณสถานที่ทำงาน			
23.	ควรจัดให้มีมุมพักผ่อนและมุมรับประทานอาหาร ที่ถูกสุขลักษณะ แยกเป็นสัดส่วน ออกจากบริเวณพื้นที่ทำงาน			
24.	มียาสามัญประจำบ้าน อุปกรณ์ปฐมพยาบาล			
25.	ควรปรับสถานที่ทำงาน เพื่อให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ			
26.	ควรมีการปรับเปลี่ยนการจัดวางผังงานหรือการไหลของงาน เพื่อลดการเคลื่อนไหวที่ไม่จำเป็นของคนทำงาน			