

แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพ อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของ

กลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ

1. ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยโดยตรง

2. ไม่ได้ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยโดยตรง

วันที่..... เดือน..... ปี พ.ศ. ที่ตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง

การสำรวจทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพและแรงงานนอกระบบในประเทศไทย

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบ และกรอกข้อความลงบนเส้นประตามความเป็นจริง
2. แบบสอบถามมี 6 ส่วน จำนวน 12 หน้า แบ่งเป็น
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล 14 ข้อ
 - ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ 10 ข้อ
 - ส่วนที่ 3 ความสามารถในการทำงาน 10 ข้อ
 - ส่วนที่ 4 ข้อมูลการประเมินสถานที่ทำงาน 1 ข้อ
 - ส่วนที่ 5 การจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในสถานที่ทำงาน 29 ข้อ
 - ส่วนที่ 6 การประเมินพฤติกรรมการทำงานของตนเอง 3 ข้อ

แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพ อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล		เฉพาะผู้วิจัยกรอก
1	เพศ () 1.ชาย () 2.หญิง	Q1.1
2	อายุ ปี	Q1.2
3	คุณจบการศึกษาสูงสุดในระดับใด (ไม่รวมระดับการศึกษาที่ยังไม่สำเร็จการศึกษา) () 1.ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า () 2.มัธยมศึกษาตอนต้น () 3.มัธยมศึกษาตอนปลาย () 4.อาชีวศึกษาตอนต้น (ปวช) () 5.อาชีวศึกษาตอนปลาย (ปวส) () 6.อนุปริญญา () 7.ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า () 8.สูงกว่าปริญญาตรี () 9.ไม่ได้รับการศึกษา () 10.อื่นๆ.....	Q1.3
4	สถานภาพการแต่งงาน () 1.โสด () 2.แต่งงาน () 3.หม้าย () 4.หย่า/แยกทาง/เลิกกัน	Q1.4
5	หน่วยงานที่ปฏิบัติหน้าที่ในปัจจุบัน () 1. กลุ่มงานผู้ป่วยใน โปรตระบรู หอผู้ป่วย..... () 2. กลุ่มงานผู้ป่วยนอก (รวมฉุกเฉิน) () 3. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก () 4. กลุ่มงานเภสัชกรรม (ห้องยา) และคุ้มครองผู้บริโภค () 5. กลุ่มงานนิติเวชและพิษวิทยา () 6. กลุ่มงานทันตกรรม () 7. กลุ่มงานรังสีวิทยา ระบุ แผนก..... () 8. กลุ่มงานการสูตินารีเวช (ห้องคลอด) () 9. กลุ่มงานผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญี () 10. กลุ่มงานควบคุมการติดเชื้อและงานจ่ายกลาง () 11. กลุ่มงานห้องปฏิบัติการทางด้านพยาธิวิทยา และห้องปฏิบัติการทางคลินิก () 12. กลุ่มงานทำความสะอาดและซักรีด () 13. กลุ่มงานโภชนาศาสตร์ เช่น นักโภชนาการ แม่ครัว () 14. อื่นๆ โปรตระบรู.....	Q1.5
6	ลักษณะงาน () 1.ระดับบริหาร () 2.ระดับปฏิบัติการ ตำแหน่งงาน..... () 1.แพทย์ () 2.พยาบาล () 3.ผู้ช่วยพยาบาล () 4.เจ้าหน้าที่ () 5.เภสัช () 6.อื่นๆ.....	Q1.6
7	อายุงานในตำแหน่งปัจจุบัน ปี เดือน	Q1.7

	อายุงานทั้งหมด.....ปี.....เดือน	
8	ระยะเวลาปฏิบัติงานโดยเฉลี่ย (รวมการทำงานนอกเวลา) ชั่วโมงต่อวันวันต่อสัปดาห์	Q1.8
9	ปัจจุบันคุณสูบบุหรี่หรือไม่ () 1.ไม่เคยสูบ () 2.เคยสูบ แต่เลิกได้แล้ว ปี เดือน () 3.สูบบุหรี่ จำนวน.....มวน/วัน สูบมานาน.....ปี	Q1.9
10	ปัจจุบันคุณดื่มสุรา เบียร์ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่ () 1.ไม่เคยดื่ม () 2.เคยดื่ม แต่เลิกได้แล้ว ปี เดือน () 3.ดื่มอยู่ ระบุประเภทเครื่องดื่ม..... ปริมาณ.....แก้ว/ครั้ง ความถี่ในการดื่ม () 1.น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ () 2.ดื่มอยู่ 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ () 3.ดื่มอยู่มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ () 4.อื่น ๆ ระบุ.....	Q1.10
11	คุณคิดว่าคุณนอนหลับพักผ่อนเพียงพอหรือไม่ () 1.เพียงพอ โปรรระบุ ชั่วโมง/วัน () 2.ไม่เพียงพอ โปรรระบุ ชั่วโมง/วัน	Q1.11
12	คุณออกกำลังกายเป็นประจำโดยเฉลี่ย 3 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละอย่างน้อย 30 นาที () 1.ทำเป็นประจำ () 2.บางครั้ง () 3.ไม่เคยเลย	Q1.12
13	เมื่อมีความเครียด คุณสามารถผ่อนคลายหรือมีวิธีการจัดการกับความเครียดได้หรือไม่ () 1.ทำเป็นประจำ () 2.บางครั้ง () 3.ไม่ได้เลย โปรรระบุวิธีการจัดการความเครียด.....	Q1.13
14	คุณมีการทำงานเป็นกะ(Shift)หรือไม่ () 1.ไม่ใช่ () 2.ใช่ คุณทำงาน () กะเช้า เริ่มทำงานเวลาน. เลิกงานเวลา.....น. () กะบ่าย เริ่มทำงานเวลาน. เลิกงานเวลา.....น. () กะดึก เริ่มทำงานเวลาน. เลิกงานเวลา.....น. การเปลี่ยนกะจะทำการเปลี่ยนกะเมื่อทำงานไปเป็นเวลา.....วัน	Q1.14

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ

โปรดกาเครื่องหมาย ให้ตรงกับความเป็นจริง

เฉพาะ
ผู้วิจัยกรอก

1	น้ำหนัก กิโลกรัม	Q2.1
2	ส่วนสูง เซนติเมตร	Q2.2
3	คุณมีรอบเอวเกินกว่ามาตรฐานหรือไม่ (หญิงไม่เกิน 32 นิ้วหรือ 80 ซม., ชายไม่เกิน 36 นิ้วหรือ 90 ซม.) () 1.ไม่เกินกว่ามาตรฐาน () 2.เกินกว่ามาตรฐาน () 3.ไม่ทราบ	Q2.3
4	คุณมีความดันโลหิตสูงหรือไม่ (ตามที่แพทย์วินิจฉัย)	Q2.4

	<input type="checkbox"/> 1.ใช่	<input type="checkbox"/> 2.ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> 3.ไม่ทราบ	
5	คุณมีระดับน้ำตาลในเลือดปกติหรือไม่ (ตามที่แพทย์วินิจฉัย)			Q2.5
	<input type="checkbox"/> 1.ปกติ	<input type="checkbox"/> 2.ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ แต่ไม่ได้กินยา		
	<input type="checkbox"/> 3.เป็นเบาหวานและกินยา	<input type="checkbox"/> 4.ไม่ทราบ		
6	คุณมีโคเลสเตอรอลในเลือดปกติหรือไม่ (ตามที่แพทย์วินิจฉัย)			Q2.6
	<input type="checkbox"/> 1.ปกติ	<input type="checkbox"/> 2.ผิดปกติ	<input type="checkbox"/> 3.ไม่ทราบ	
7	ปัจจุบันคุณมีโรคประจำตัวหรือไม่			Q2.7
	<input type="checkbox"/> 1.ไม่มี <input type="checkbox"/> 2.มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
	<input type="checkbox"/> 1.หอบหืด	<input type="checkbox"/> 2.ภูมิแพ้ เช่น แพ้ฝุ่นละออง อาหาร ละอองเกสร ฯลฯ		
	<input type="checkbox"/> 3.เบาหวาน	<input type="checkbox"/> 4.ความดันโลหิตสูง		
	<input type="checkbox"/> 5.โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> 6.มะเร็ง		
	<input type="checkbox"/> 7.ทาลัสซีเมีย	<input type="checkbox"/> 8.อื่น ๆ ระบุ.....		

8. ความผิดปกติทางระบบโครงกระดูกและกล้ามเนื้อ

โปรดกาเครื่องหมาย ลงในข้อที่คุณต้องการตอบทุกช่วงที่มีอาการ

<u>7 วันที่ผ่านมา</u> คุณมีอาการผิดปกติต่างๆ (เช่น ปวด ชา หรือ อ่อนแรง) เกิดขึ้นที่บริเวณเหล่านี้หรือไม่	<u>8 วันถึง 3 เดือนที่ผ่านมา</u> คุณมีอาการผิดปกติต่างๆ (เช่น ปวด ชา หรืออ่อนแรง) เกิดขึ้นที่บริเวณเหล่านี้หรือไม่	<u>ในช่วง 4 เดือน ที่ผ่านมา</u> ความผิดปกติที่เกิดขึ้นในส่วนต างๆ มีผลกระทบต่อสมรรถนะการ ทำงานหรือรบกวนการดำรงชีวิ ตของคุณ	เฉพาะ ผู้วิจัยกรอก
1.1 คอ <input type="checkbox"/> 1.ไม่มี <input type="checkbox"/> 2.มี	1.2 คอ <input type="checkbox"/> 1.ไม่มี <input type="checkbox"/> 2.มี	1.3 คอ <input type="checkbox"/> 1.ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 2.ใช่	Q2.8.1.1 Q2.8.1.2 Q2.8.1.3
2.1 ไหล่ <input type="checkbox"/> 1.ไม่มี <input type="checkbox"/> 2.มี(ขวา) <input type="checkbox"/> 3.มี(ซ้าย) <input type="checkbox"/> 4.มี(สองข้าง)	2.2 ไหล่ <input type="checkbox"/> 1.ไม่มี <input type="checkbox"/> 2.มี(ขวา) <input type="checkbox"/> 3.มี(ซ้าย) <input type="checkbox"/> 4.มี(สองข้าง)	2.3 ไหล่ <input type="checkbox"/> 1.ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 2.ใช่	Q2.8.2.1 Q2.8.2.2 Q2.8.2.3
3.1 ข้อศอก <input type="checkbox"/> 1.ไม่มี <input type="checkbox"/> 2.มี(ขวา) <input type="checkbox"/> 3.มี(ซ้าย) <input type="checkbox"/> 4.มี(สองข้าง)	3.2 ข้อศอก <input type="checkbox"/> 1.ไม่มี <input type="checkbox"/> 2.มี(ขวา) <input type="checkbox"/> 3.มี(ซ้าย) <input type="checkbox"/> 4.มี(สองข้าง)	3.3 ข้อศอก <input type="checkbox"/> 1.ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 2.ใช่	Q2.8.3.1 Q2.8.3.2 Q2.8.3.3
4.1 ข้อมือ/ มือ <input type="checkbox"/> 1.ไม่มี <input type="checkbox"/> 2.มี(ขวา) <input type="checkbox"/> 3.มี(ซ้าย) <input type="checkbox"/> 4.มี(สองข้าง)	4.2 ข้อมือ/ มือ <input type="checkbox"/> 1.ไม่มี <input type="checkbox"/> 2.มี(ขวา) <input type="checkbox"/> 3.มี(ซ้าย) <input type="checkbox"/> 4.มี(สองข้าง)	4.3 ข้อมือ/ มือ <input type="checkbox"/> 1.ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 2.ใช่	Q2.8.4.1 Q2.8.4.2 Q2.8.4.3
5.1 นิ้วมือ <input type="checkbox"/> 1.ไม่มี <input type="checkbox"/> 2.มี(ขวา)	5.2 นิ้วมือ <input type="checkbox"/> 1.ไม่มี <input type="checkbox"/> 2.มี(ขวา)	5.3 นิ้วมือ <input type="checkbox"/> 1.ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 2.ใช่	Q2.8.5.1 Q2.8.5.2

12. ปวดศีรษะบ่อย ๆ							Q2.9.12
ปัญหาสุขภาพ	การประเมิน			ถ้าเคยมีอาการ เมื่อไปอยู่ในสถานที่ทำงาน คุณมีอาการอย่างไร			เฉพาะ ผู้วิจัยกรอก
	1.ประจำ	2.บางครั้ง	3.ไม่เลย	4.ดีขึ้น	5.เหมือนเดิม	6.แย่ลง	
13. วิงเวียน หรือมึนงงบ่อย ๆ							Q2.9.13
14. แขน ขา อ่อนแรง							Q2.9.14
15. ท้องอืดบ่อย อาหารไม่ย่อย							Q2.9.15
16. ปัสสาวะบ่อยกว่าปกติ							Q2.9.16
17. ตัวเหลือง ตาเหลือง							Q2.9.17
18. ระคายเคืองตา/ตาแดง/น้ำตาไหล							Q2.9.18
19. แ่น้ำมูก คัดจมูก น้ำมูกไหล							Q2.9.19
20. ไอ / ไอ มีเสมหะ							Q2.9.20
21. หายใจไม่อิ่ม / แน่นหน้าอก							Q2.9.21
22. หายใจมีเสียงดังหวีด							Q2.9.22
23. ภาวะซึมเศร้า							Q2.9.23
24. อาการผิดปกติอื่น ๆ ระบุ.....							Q2.9.24

10. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คุณได้รับอุบัติเหตุขณะทำงานต่อไปนี้หรือไม่ โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ให้ตรงกับความเป็นจริง

อุบัติเหตุ	การประเมิน				เฉพาะ ผู้วิจัยกรอก
	1.ประจำ	2.บางครั้ง	3.ไม่เลย	จำนวน(ครั้ง)	
1. ของมีคม/มีดบาด					Q2.10.1
2. เข็มตำ					Q2.10.2
3. ไฟฟ้าดูด/ช็อต					Q2.10.3
4. ตกจากที่สูง/ตกบันได					Q2.10.4
5. ถื่นล้ม					Q2.10.5
6. สารเคมี/สารคัดหลังกระเด็นเข้าตา/ร่างกาย					Q2.10.6
7. อุบัติเหตุอื่นๆ ระบุ.....					Q2.10.7

	() 4.ไม่ค่อยมี	() 5.ไม่มีเลย	
8	ปัจจุบันคุณยังคง กระจือหรือร้อนและตื่นตื่นกับงานและการดำเนินชีวิตมากน้อยแค่ไหน		Q3.8
	() 1.เป็นประจำสม่ำเสมอ	() 2.ค่อนข้างบ่อย	() 3.เป็นบางครั้ง
	() 4.นานๆครั้ง	() 5.ไม่เคยเลย	
9	ปัจจุบันคุณยังรู้สึกว่าคุณยังคงเต็มเปี่ยมไปด้วยความหวัง		Q3.9
	() 1.ตลอดเวลา	() 2.ค่อนข้างบ่อย	() 3.เป็นบางครั้ง
	() 4.นานๆครั้ง	() 5.ไม่เคยเลย	
10	คุณรู้สึกอย่างไรกับปัญหาความรุนแรง/การถูกตำหนิในสถานที่ทำงาน		Q3.10
	() 1.กังวลมาก	() 2.กังวลค่อนข้างมาก	
	() 3.กังวลเป็นบางครั้ง	() 4.กังวลนานๆครั้ง	
	() 5.ไม่เคยกังวลเลย		

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการประเมินสถานที่ทำงาน

1. ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ในสถานที่ทำงาน/สภาพแวดล้อมการทำงาน คุณมีการสัมผัสปัจจัยต่างๆ อย่างไรบ้าง โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ให้ตรงกับเรื่องนั้น ๆ ตามสภาพความเป็นจริง

สถานที่ทำงาน/สภาพแวดล้อมการทำงาน	การประเมิน				เฉพาะ ผู้วิจัยกรอก
	1. ประจำ	2.บาง ครั้ง	3. ไม่เลย	4. ไม่เกี่ยวข้อง	
ปัจจัยทางเคมี					
1. ฟอร์มาลดีไฮด์ จากชิ้นเนื้อ ผ่าศพ					Q4.1.1
2. เอททิลีนออกไซด์ ใช้อบฆ่าเชื้อโรคนบนอุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์					Q4.1.2
3. เคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง					Q4.1.3
4. สารเคมีใช้ทำความสะอาด เช่น ไฮโปคลอไรท์					Q4.1.4
5. กลูตารัลดีไฮด์ฆ่าเชื้อโรคนบนอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์					Q4.1.5
6. ยาสลบ(Anesthetic gas) ในห้องผ่าตัด					Q4.1.6
7. สารปรอทจากการซ่อมเครื่องมือ อุปกรณ์					Q4.1.7
8. สารตะกั่วจากการทำงาน เช่น ทำฟัน					Q4.1.8
9. น้ำยาล้างมือ/แอลกอฮอล์ล้างมือ					Q4.1.9
10. ถุงมือ/แป้งในถุงมือ					Q4.1.10
ปัจจัยทางกายภาพ					
11. เสียงดังจนพูดคุยกันไม่รู้เรื่อง					Q4.1.11
12. แสงจ้าหรือแสงสว่างมากเกินไปจนมีผลรบกวนการมองเห็น (รวมถึงแสงแดดด้วย)					Q4.1.12

13. แสงสว่างไม่เพียงพอ					Q4.1.13
สถานที่ทำงาน/สภาพแวดล้อมการทำงาน	การประเมิน				เฉพาะ ผู้วิจัยกรอก
	1. ประจำ	2.บาง ครั้ง	3. ไม่เลย	4. ไม่เกี่ยวข้อง	
14. สัมผัสความร้อนสูงจากการทำงาน เช่น หม้อน้ำ ห้องครัว					Q4.1.14
15. สัมผัสความเย็นจัดจากการทำงาน เช่น ห้องเย็น ตู้แช่แข็ง					Q4.1.15
16. รังสี เช่น รังสีจากการจากการเอ็กซเรย์ ฯลฯ					Q4.1.16
17. สัมผัสความสั่นสะเทือนจากอุปกรณ์ในการทำงาน					Q4.1.17
18. สัมผัสฝุ่น					Q4.1.18
ปัจจัยทางชีวภาพ					
19. สัมผัสตัวอย่างจากผู้ป่วย เช่น เลือด เสมหะ สารคัดหลั่งอื่นๆ					Q4.1.19
20. สัมผัสผู้ป่วยติดเชื้อโรค เช่น เอคส์ วัณโรค					Q4.1.20
21. มีแหล่งแพร่กระจายของพาหะนำโรค เช่น เศษอาหารหรือขยะตกค้างในบริเวณที่ทำงาน / ถังน้ำ					Q4.1.21
22. มีพาหะนำโรค เช่น หนู แมลงวัน แมลงสาบ แมลงหวี่ ยุง หรือสิ่งขับถ่ายของพาหะนำโรคในบริเวณที่ทำงาน					Q4.1.22
ปัจจัยทางการยศาสตร์					
23. ต้องเคลื่อนย้ายวัสดุที่หนักเกิน 20 กิโลกรัม โดยการยกขึ้น ยกลง ผลัก ดึง ตาก					Q4.1.23
24. ใช้นิ้วมือ มือ แขน ทำงานซ้ำๆตลอดเวลาในท่า ที่ไม่เป็นธรรมชาติ เช่น บิดมือ					Q4.1.24
25. ใช้นิ้วมือ หรือมือ ออกแรงจับเครื่องมือที่มีความสั่นสะเทือน เพื่อเจาะ เช่น เครื่องเจาะผนัง					Q4.1.25
26. ต้องบิด เอี้ยวลำตัว หรือ โก้ง โค้งขณะนั่งหรือยืนทำงานเป็นส่วนใหญ่					Q4.1.26
27. นั่งหรือยืนบนเครื่องจักรที่มีความสั่นสะเทือน					Q4.1.27
28. นั่งทำงานบนเก้าอี้เป็นส่วนใหญ่โดยไม่ค่อยได้ลุกจากเก้าอี้					Q4.1.28
29. นั่งทำงานบนพื้นเป็นส่วนใหญ่โดยไม่ค่อยได้ลุกขึ้น					Q4.1.29
30. นั่งยองๆหรือคุกเข่า ทำงานเป็นส่วนใหญ่					Q4.1.30
31. ยืนทำงานเป็นส่วนใหญ่					Q4.1.31
32. พื้นทางเดินลื่น หรืออาจทำให้สะดุดหกล้มได้					Q4.1.32
33. ทำงานเสี่ยงต่อการตกจากที่สูง หรือทำงานในที่สูงกว่า 4 เมตร โดยไม่มีเข็มขัดนิรภัยกันตก					Q4.1.33
34. มีจุดอับในสถานที่ทำงาน ทำให้เดินชนกัน					Q4.1.34
35. ทำงานในที่ที่อาจมีวัสดุสิ่งของ ตก หล่น ทับได้					Q4.1.35

36. อื่นๆ โปรดระบุ.....					Q4.1.36
-------------------------	--	--	--	--	---------

ส่วนที่ 5 การจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในสถานที่ทำงาน

โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ให้ตรงกับกรรับรู้ตามความเป็นจริง

เรื่อง	การประเมิน				เฉพาะผู้วิจัยกรอก
	1. ใช่	2. ไม่ใช่	3. ไม่แน่ใจ	4. ไม่ทราบ	
1. มีนโยบายและ/หรือกฎระเบียบด้านสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน					Q5.1
2. มีการถ่ายทอดสื่อสารนโยบายด้านสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานให้สมาชิกในองค์กรทราบ					Q5.2
3. มีคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับงานอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน					Q5.3
4. คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับงานอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานมีการประชุมเป็นประจำ					Q5.4
5. มีการจัดเตรียมความพร้อมสำหรับระบบเตือนภัย เช่น เหตุอัคคีภัย					Q5.5
6. มีการจัดเตรียมความพร้อมสำหรับภาวะเหตุฉุกเฉิน (ICM)					Q5.6
7. มีการจัดเตรียมความพร้อมของการป้องกันและระงับอัคคีภัย					Q5.7
8. มีการสำรวจสถานที่ทำงานเป็นประจำ					Q5.8
9. มีการจัดสถานที่ทำงานให้เกิดความปลอดภัย เช่น การทำ 5 ส, มีการแบ่งพื้นที่ทำงานอย่างเป็นสัดส่วน และมีการกั้นเขตอันตราย					Q5.9
10. มีการตรวจตราด้านความปลอดภัยในสถานที่ทำงาน					Q5.10
11. มีการประเมินสิ่งแวดล้อมในสถานที่ทำงาน					Q5.11
12. มีการประเมินความเสี่ยงในสถานที่ทำงาน					Q5.12
13. มีการจัดอบรมด้านความปลอดภัยและอาชีวอนามัยให้กับพนักงานใหม่					Q5.13
14. มีการควบคุมอันตรายจากสภาพแวดล้อมในการทำงาน					Q5.14
15. มีโครงการซ่อมบำรุงเครื่องจักรเครื่องมืออย่างเหมาะสม					Q5.15
16. มีการจัดหาอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลให้กับพนักงาน					Q5.16
17. อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่จัดให้เหมาะสมกับงานที่ทำ					Q5.17

18. อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่จัดให้มีจำนวนเพียงพอ					Q5.18
19. มีการตรวจสอบสุขภาพก่อนเริ่มทำงาน					Q5.19
20. มีบริการตรวจสอบสุขภาพประจำปี					Q5.20
21. มีการตรวจสอบสุขภาพตามความเสี่ยงจากงาน					Q5.21
22. มีแผนงานและการติดตามงานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย					Q5.22
เรื่อง	การประเมิน				เฉพาะ ผู้วิจัยกรอก
	1. ใช่	2. ไม่ ใช่	3. ไม่แน่ใจ	4. ไม่ทราบ	
23. มีการประเมินผลประจำปีของแผนงานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย					Q5.23
24. มีส่วนร่วมในการประเมินและนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแผนงานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย					Q5.24
25. มีการรายงานอุบัติเหตุจากการทำงาน					Q5.25
26. มีการสอบสวนอุบัติเหตุจากการทำงานและหาแนวทางการแก้ไข					Q5.26
27. มีการรายงานการเกิดโรคจากการทำงาน					Q5.27
28. มีการสอบสวนการเกิดโรคจากการทำงานและหาแนวทางการแก้ไข					Q5.28
29. มีงานวิจัยพัฒนาเพื่อปรับปรุงให้เกิดความปลอดภัยในการทำงาน					Q5.29

ส่วนที่ 6 การประเมินพฤติกรรมการทำงานของตนเอง

โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ให้ตรงกับความเป็นจริง

เรื่อง	การประเมิน				เฉพาะ ผู้วิจัยกรอก
	1. ไม่เคย	2. บาง ครั้ง	3. ทุกครั้ง	4. ไม่เกี่ยวข้อง	
1. ปฏิบัติตามกฎระเบียบ และวิธีการทำงานเพื่อความปลอดภัยตลอดเวลา					Q6.1
2. ขณะปฏิบัติงานได้คำนึงถึงท่าทางการทำงานที่ถูกต้อง					Q6.2
3. ถ้าสถานที่ทำงานจัดอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลต่อไปนี้ให้ คุณใช้อุปกรณ์เหล่านั้นบ่อยแค่ไหน					
- งานที่มีเสียงดัง ใช้ที่อุดหู หรือ ที่ครอบหู					Q6.3.1
- งานสัมผัสสารเคมี ใช้แว่นตานิรภัย (Goggle)					Q6.3.2
ใช้หน้ากากป้องกันสารเคมี					Q6.3.3

ใช้ชุดป้องกันสารเคมี					Q6.3.4
ใช้ถุงมือ					Q6.3.5
ใช้กะบังหน้า					Q6.3.6
- งานเกี่ยวข้องกับสารติดเชื้อ เช่น ตัวอย่างเลือด เสมหะ สารคัดหลั่ง ใช้หน้ากากอนามัย					Q6.3.7
ใช้หน้ากาก N95					Q6.3.8
ใช้ถุงมือผ้า ถุงมือยาง					Q6.3.9
เรื่อง	การประเมิน				เฉพาะ ผู้วิจัยกรอก
	1. ไม่เคย	2. บางค ั้ง	3. ทุกครั้ง	4. ไม่เกี่ยวข้อง	
- งานเกี่ยวกับรังสี ใช้เสื้อตะกั่ว					Q6.3.10
ใช้อุปกรณ์ติดตามการได้รับรังสี เช่น Film badge					Q6.3.11
- งานทำความสะอาด ใช้เอี๊ยม					Q6.3.12
ใช้รองเท้าบูท					Q6.3.13
ใช้ถุงมือผ้า ถุงมือยาง					Q6.3.14
ใช้หน้ากากป้องกันฝุ่น/หน้ากากอนามัย					Q6.3.15
ใช้บันได					Q6.3.16