

Universal codes:

-7 = "ตอบมากกว่า 1 คำตอบ" สำหรับคำถามที่กำหนดให้ตอบได้เพียง 1 คำตอบ แต่มีการตอบมากกว่า 1 โปรแกรมจะให้ค่าเป็น -7

-9 = "Missing value" สำหรับคำถามที่ไม่มีการตอบมา หรือว่างมา ยกเว้นคำถามที่กำหนดให้สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

*** สำหรับคำถามที่กำหนดให้สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ ค่าที่เป็นไปได้มีเพียง 2 ค่า คือ 0 หรือ 1 เท่านั้น

addsend

หนังสือขอรับความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยสุขภาพและชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย

โครงการวิจัยสุขภาพและชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย (Thai Nurse Cohort Study) เป็นการวิจัยระยะยาว โดยจะทำการศึกษาคิดตามในกลุ่มอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 50,000 คน เป็นเวลา 20 ปี (พ.ศ. 2552 – 2573) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาติดตามภาวะสุขภาพ สภาพชีวิตการทำงาน และคุณภาพชีวิต รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ของพยาบาลไทย ทั้งนี้ เพื่อนำไปสู่ การสร้างองค์ความรู้ในการพัฒนาสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย และการพัฒนาสุขภาพสตรีไทย รวมทั้งพัฒนานโยบายด้านกำลังคน พยาบาลในอนาคต

การเข้าร่วมโครงการของท่าน มีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จ และมีคุณค่าอย่างมากต่องานวิจัย และการไม่ได้รับคำตอบจากท่าน จะทำให้เราขาดภูมิปัญญาในการวางแผนการพัฒนากำลังคนด้านการพยาบาลของประเทศและการพัฒนาสุขภาพของสตรีไทย ความร่วมมือของท่านจึงถือเป็นกุศลสำหรับประเทศชาติ อย่างยิ่ง

ข้อมูล ชื่อ ที่อยู่ ที่ทำให้สามารถติดต่อท่านได้ครั้งนี้ ได้รับจากสภากาชาดไทย และข้อมูลส่วนบุคคลที่ท่านตอบแบบสอบถาม กลับจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยจะถูกแยกเก็บต่างหากจากข้อมูลอื่นๆ และมีเพียงนักวิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูล ชื่อของท่านจะไม่มีการกล่าวถึงในการเขียนรายงานผล หากมีข่าวสารของโครงการ ที่เกิดขึ้นใหม่ท่านจะได้รับการแจ้งจากจดหมายข่าว และการสื่อสารที่มีทุก 6 เดือน

ท่าน ยินดีให้ความร่วมมือกับโครงการวิจัยสุขภาพ และชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย โปรดลงชื่อใน ช่องว่างข้างล่าง แล้วกรุณาตอบแบบสอบถาม และส่งกลับมาในซองที่แนบมาพร้อมนี้ โดยไม่ต้องติดแสตมป์ ภายในวันที่ 17 ตุลาคม 2552

หนังสือยินยอมนี้ ทำขึ้น 2 ฉบับ โดยมีข้อความตรงกัน กรุณาลงชื่อทั้ง 2 แห่ง ขอให้ท่านเก็บไว้ 1 ฉบับ สำหรับอีกฉบับที่แนบ เป็นหน้าแรกของแบบสอบถามนั้น จะถูกเก็บเป็นความลับ ณ ศูนย์จัดการโครงการวิจัยฯ

ลงชื่อ

sign1

ผู้ยินยอม

sign2

(นาย/นาง/นางสาว)

หากมีข้อสงสัยสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ ดร.กฤษฎา แสงวงศ์ หรือ นาง ดวงทิพย์ ชีระวิทย์ โทรศัพท์ 0-2590-2366-7 โทรสาร.0-2590-2385 หรือโทรศัพท์เคลื่อนที่ 08-16431036 หรือ 08-46217287 ในเวลาราชการ E-mail: ksawaengdee@gmail.com, tuangtipi@hotmail.com หรือ <http://www.thainursecohort.org> และขอขอบพระคุณทุกท่าน มา ณ โอกาสนี้

ดร.กฤษฎา แสงวงศ์

หัวหน้าโครงการวิจัยสุขภาพและชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย

ช่องนี้สำหรับเจ้าหน้าที่ให้รหัสแบบสอบถาม:

qid2

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่าน

1. ท่านเกิดวัน เดือน ปี พ.ศ. / / 2 a1

(โปรดระบุเป็นตัวเลข เดือน เป็น 01-12 และปีเป็นปี พ.ศ. ตัวอย่างเช่น 07/11/2503)

2. ภูมิลำเนาเดิมหรือบ้านเกิดของท่านอยู่ที่ใด อำเภอ a2a จังหวัด a2b

3. ท่านสำเร็จการศึกษาพยาบาลครั้งแรกเมื่อเดือน a3m ปีพ.ศ. 2 5 a3y

4. ท่านสำเร็จการศึกษาพยาบาลครั้งแรกจากสถาบัน (ระบุชื่อ) a4

5. ท่านเริ่มทำงานครั้งแรกเมื่อเดือน a5m ปี พ.ศ. 2 5 a5y

6. ท่านมีภาระการชดใช้ทุนภายหลังจบการศึกษาหรือไม่ ☐ (1) มี ☐ (2) ไม่มี a6

7. ท่านเริ่มทำงานครั้งแรกด้วยตำแหน่งงานใด

- a7
- | | |
|--|--|
| ☐ (1) เจ้าหน้าที่พนักงานสาธารณสุข | ☐ (2) ผู้ช่วยพยาบาล |
| ☐ (3) พยาบาลเทคนิค | ☐ (4) พยาบาลวิชาชีพ |
| ☐ (5) อาจารย์พยาบาล | ☐ (6) อื่นๆ ระบุ <input type="text"/> a7x |

8. การศึกษาสูงสุดที่ท่านได้รับในปัจจุบัน

- a8
- | |
|--|
| ☐ (1) ประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์เทียบเท่าปริญญาตรี |
| ☐ (2) ปริญญาตรี |
| ☐ (3) ปริญญาโท |
| ☐ (4) ปริญญาเอก |
| ☐ (5) อื่นๆ ระบุ <input type="text"/> a8x |

9. ท่านเคยอบรมเฉพาะทางในหลักสูตรที่มีระยะเวลา 4 เดือนขึ้นไป หรือไม่

- a9
- | | |
|---|---------------------------------|
| ☐ (1) เคย หลักสูตร | 1.1 <input type="text"/> a9n1x1 |
| | 1.2 <input type="text"/> a9n1x2 |
| ☐ (2) ไม่เคย | |

10. สถานภาพสมรสของท่านในปัจจุบัน

- a10
- | | |
|------------------------------------|---|
| ☐ (1) โสด | ☐ (2) สมรส |
| ☐ (3) หม้าย | ☐ (4) หย่า ☐ (5) แยกกันอยู่ |

11. ปัจจุบันท่านมีภาระต้องเลี้ยงดู หรือดูแลใครบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|---|--|
| ☐ (1) บิดา a11n1 <input type="text"/> a11n3n | a11n2 ☐ (2) มารดา <input type="text"/> a11n4n |
| ☐ (3) บุตร a11n3 <input type="text"/> คน a11n4 | ☐ (4) ลูกพี่/น้อง <input type="text"/> คน |
| ☐ (5) ไม่มี a11n5 | |

12. ปัจจุบันท่านมีรายได้ส่วนตัว โดยเฉลี่ยต่อเดือนเท่าใด (เงินเดือนรวมรายได้ส่วนอื่นๆ)

- a12
- | | |
|--|--|
| ☐ (1) ไม่เกิน 10,000 บาท | ☐ (2) 10,001 – 20,000 บาท |
| ☐ (3) 20,001 – 30,000 บาท | ☐ (4) 30,001 – 40,000 บาท |
| ☐ (5) 40,001 – 50,000 บาท | ☐ (6) มากกว่า 50,000 บาท |

13. ปัจจุบันท่านมีภาระหนี้สินหรือไม่

- a13
- a13n1n
- | | |
|---|--|
| ☐ (1) มีภาระหนี้สิน โดยรวมประมาณเท่าใด | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> บาท |
| ☐ (2) ไม่มีภาระหนี้สิน | |

14. เมื่อเปรียบเทียบภาระค่าใช้จ่ายกับรายได้ต่อเดือน โดยเฉลี่ยแล้ว ท่านพบว่า

- a14
- | | |
|---|--|
| ☐ (1) รายได้ไม่เพียงพอ | ☐ (2) รายได้เท่ากับค่าใช้จ่าย |
| ☐ (3) มีเงินเหลือเก็บ | ☐ (4) รายได้ไม่แน่นอน |

ตอนที่ 2 ข้อมูลประวัติการทำงานของท่าน

15. โปรดบรรยายเกี่ยวกับประวัติการทำงานของท่าน ตั้งแต่เริ่มทำงานครั้งแรกจนถึงปัจจุบัน และระบุช่วงเดือน/ปีพ.ศ. ที่ท่านมีการเปลี่ยนแปลงการทำงาน และลักษณะงานในอาชีพหลักที่ท่านทำเป็นส่วนใหญ่ ในแต่ละช่วงเวลา

เริ่ม เดือน/ ปี พ.ศ.	สิ้นสุด เดือน/ ปี พ.ศ.	ลักษณะงาน (ระบุ ☒ เพียงช่องเดียว)						สังกัด หน่วยงาน (ระบุ ☒ เพียง ช่องเดียว)		ที่ตั้งหน่วยงาน (ระบุ ☒ เพียง ช่องเดียว)	
		งานเกี่ยวกับพยาบาล			ทำงาน อื่น	ไม่ ทำงาน	ลา ศึกษา	รัฐ	เอกชน	ในภูมิภาค ลุ่มนา	นอกภูมิภาค ลุ่มนา
		บริการ	วิชาการ	บริหาร							
/b15n1st 2 5	/b15n1en 2 5	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2
		b15n1a						b15n1b		b15n1c	
/b15n2st 2 5	/b15n2en 2 5	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2
		b15n2a						b15n2b		b15n2c	
/b15n3st 2 5	/b15n3en 2 5	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2
		b15n3a						b15n3b		b15n3c	
/b15n4st 2 5	/b15n4en 2 5	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2
		b15n4a						b15n4b		b15n4c	
/b15n5st 2 5	/b15n5en 2 5	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2
		b15n5a						b15n5b		b15n5c	
/b15n6st 2 5	/b15n6en 2 5	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2
		b15n6a						b15n6b		b15n6c	
/b15n7st 2 5	/b15n7en 2 5	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2
		b15n7a						b15n7b		b15n7c	

16. สถานภาพงานประจำหรืออาชีพหลักของท่านในปัจจุบัน (โปรดระบุ ☒ เพียงช่องเดียว)

- b16
- | | |
|---|---|
| ☐ (1) ข้าราชการ | ☐ (2) ลูกจ้างของรัฐ |
| ☐ (3) พนักงานรัฐวิสาหกิจ | ☐ (4) ลูกจ้าง/พนักงานเอกชน |
| ☐ (5) อาชีพอิสระ/เจ้าของกิจการ | ☐ (6) อื่นๆ (ระบุ)..... b16x |

17. ตำแหน่งงานในอาชีพหลักของท่าน ในปัจจุบัน (โปรดระบุ ☒ เพียงช่องเดียว)

- b17
- | | |
|---|---|
| ☐ (1) พยาบาลประจำการ | ☐ (2) อาจารย์พยาบาล |
| ☐ (3) หัวหน้าตึก/หัวหน้าหน่วย/หัวหน้าภาควิชา | ☐ (4) หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล, ผู้อำนวยการ, คณบดี หรือเทียบเท่า |
| ☐ (5) นักวิชาการ/นักวิจัย | ☐ (6) ไม่ได้ทำงาน |
| ☐ (7) อื่นๆ (ระบุ)..... b17x | |

18. ประเภทของสถานที่ทำงานในอาชีพหลักของท่านในปัจจุบัน (โปรดระบุ ☒ เพียงช่องเดียว)

- b18
- | | |
|--|---|
| ☐ (1) โรงพยาบาล ระบุ..... b18n1x | (เช่น Ward, OPD, ER, ICU, OR, LR เป็นต้น) |
| ☐ (2) สถานีนอกรีต/ศูนย์บริการสาธารณสุข/คลินิก | |
| ☐ (3) ห้องพยาบาลของสถานศึกษา/สถานประกอบการ | |
| ☐ (4) วิทยาลัยพยาบาล/คณะพยาบาลศาสตร์ | |
| ☐ (5) กรม/กอง/สำนักงานหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เทียบเท่า (ระบุ)..... b18n5x | |
| ☐ (6) อื่นๆ (ระบุ)..... b18n6x | |

19. ขณะนี้ท่านอยู่ระหว่างการลาศึกษาต่อเต็มเวลาหรือไม่

- b19
- | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|
| ☐ (1) ใช่ ตั้งแต่ เดือน <input type="text"/> <input type="text"/> พ.ศ. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ถึง เดือน <input type="text"/> <input type="text"/> พ.ศ. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | b19n1stm | b19n1sty | b19n1enm | b19n1eny |
| ☐ (2) ไม่ใช่ | | | | |

20. การทำงานในอาชีพหลักของท่านในปัจจุบัน มีการจ้างงานแบบใด

- b20
- | | | |
|--|---|--|
| ☐ (1) เต็มเวลาทำการ (Full time) | ☐ (2) บางเวลาทำการ (Part time) | ☐ (3) ไม่ได้ทำงาน |
|--|---|--|

21. นอกเหนือจากตำแหน่งงานในอาชีพหลัก ในปัจจุบันท่านประกอบวิชาชีพเสริมหรืออาชีพเสริมที่มีรายได้ด้วยหรือไม่ เช่น เป็นพยาบาลในบริษัท พยาบาล Part Time ที่ รพ.อื่นๆ ประกันชีวิต ขายตรง

- b21
- | | |
|--|---------|
| ☐ (1) ทำงานเสริม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) | |
| ☐ (1.1) ทำงานพยาบาล b21n1n1 | |
| ☐ (1.2) ทำงานอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับงานพยาบาล (ระบุลักษณะงาน)..... b21n1n2x | |
| ☐ (2) ไม่ได้ทำ | b21n1n2 |

22. ในระยะเวลา 30 วันที่ผ่านมา โดยเฉลี่ยท่านทำงานกี่ชั่วโมงต่อสัปดาห์

การทำงาน	ระยะเวลาทำงาน
เต็มเวลาทำการ (Full time) b22ft	ชั่วโมง ต่อ สัปดาห์
บางเวลาทำการ (Part time) b22pt	ชั่วโมง ต่อ สัปดาห์
ล่วงเวลาทำการ (OT) b22ot	ชั่วโมง ต่อ สัปดาห์
รวม b22total	ชั่วโมง ต่อ สัปดาห์

- b22 ☐ ไม่ได้ทำงาน

23. การทำงานในอาชีพหลักของท่าน ในปัจจุบันมีลักษณะเป็นกะหรือเวรผลัดหรือไม่

- b23 ☐ (1) ใช่ $\Rightarrow$ จำนวนชั่วโมงต่อเวร ☐ 1 8 ชั่วโมง ☐ 2 12 ชั่วโมง ☐ 3 อื่นๆ..... b23n1x
☐ (2) ไม่ใช่ ☐ (3) ไม่ได้ทำงาน b23n1

24. ท่านทำงานหรือเคยทำงานในอาชีพหลัก หรือ งานที่เกี่ยวข้องกับอาชีพหลัก หรือ งานในอาชีพเสริม

ในช่วงกลางคืนระหว่าง 19.00 – 07.00 น. เป็นประจำอย่างน้อย 4 วัน ต่อเดือนหรือไม่

- b24 ☐ (1) ใช่ $\Rightarrow$ เป็นระยะเวลากี่ปีมาแล้ว ปี
☐ (2) ไม่ใช่ b24n1n

25. ในระยะเวลา 30 วันที่ผ่านมา ท่านได้ทำงานในอาชีพหลัก /งานที่เกี่ยวข้องกับอาชีพหลัก/ งานในอาชีพเสริม
ต่อเนื่องมากกว่า 12 ชั่วโมงใน 1 วัน หรือไม่

- b25 ☐ (1) ทำ ประมาณ วัน/เดือน b25n1n ☐ (3) ไม่ได้ทำงาน
☐ (2) ไม่ได้ทำงานเกิน 12 ชั่วโมง/วัน

26. ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านทำงานในเวรหรือช่วงเวลาใดเป็นส่วนใหญ่ เช่น อยู่เวรนั้นๆ มากกว่า ร้อยละ 50
ของเวลาทำงานทั้งหมดของท่าน (โปรดระบุ ☒ เพียงข้อเดียว)

- b26 ☐ (1) เวรเช้า/ช่วงเวลากลางวัน ☐ (2) เวรบ่าย/ช่วงเวลากลางคืน ☐ (3) เวรดึก
☐ (4) หมุนเวียนทั้ง 3 เวร ☐ (5) ไม่ได้อยู่เวร ☐ (6) ไม่ได้ทำงาน

ตอนที่ 3 ความตึงเครียดในการทำงานของท่าน

cjump

ในกรณีที่ท่านไม่ได้ทำงาน ระบุเครื่องหมาย X ในช่องนี้ ☐ และข้ามไปตอบข้อที่ 31

27. ข้อต่อไปนี้ตรงกับงานที่ท่านทำปัจจุบันมากน้อยเพียงใด (รวมถึงงานที่ท่านทำงานด้านอื่นๆด้วย นอกจากงานพยาบาล
ถ้ากำลังศึกษาอยู่โปรดคิดถึงสภาพการเรียนของท่าน) (โปรดระบุ ☒ เพียงข้อเดียว)

สภาพการทำงานของท่าน		ตรงกับการทำงานของท่าน			
		ไม่ใช่	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
		1	2	3	4
a) งานของท่าน เป็นงานที่ต้องการการเรียนรู้ใหม่ๆ	c27a	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
b) งานของท่าน เป็นงานที่ต้องทำอะไรที่ซ้ำซาก	c27b	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
c) งานของท่าน ต้องการความคิดสร้างสรรค์	c27c	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
d) ท่านต้องตัดสินใจในการทำงานด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่	c27d	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
e) งานของท่านต้องใช้ทักษะขั้นสูงในการทำงาน	c27e	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
f) ท่านมีอิสระมากในการตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการทำงาน	c27f	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
g) ท่านต้องทำงานอะไรหลายๆอย่างที่มีความหลากหลาย	c27g	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
h) ท่านมีอะไรมากมายที่อยากจะระบายว่าเกิดอะไรขึ้นบ้างในงาน	c27h	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
i) ท่านมีโอกาสพัฒนาทักษะ หรือ ความเชี่ยวชาญของตัวเอง	c27i	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
j) งานของท่านต้องการความรวดเร็ว อย่างมากในการทำงาน	c27j	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
k) งานของท่านต้องการการทุ่มเทอย่างมาก ในการทำงาน	c27k	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

สภาพการทำงานของท่าน		ตรงกับการทำงานของ ท่าน			
		ไม่ใช่	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
		1	2	3	4
l) งานของฉันท้องออกแรงหรือใช้แรง ด้านร่างกายอย่างมาก	c27l	1	2	3	4
m) ฉัน <u>ไม่เคยถูกขอ</u> ให้ทำงานในปริมาณ มากๆ เกินกำลัง	c27m	1	2	3	4
n) ฉันมีเวลามากพอที่จะทำให้งานสำเร็จ	c27n	1	2	3	4
o) ฉัน <u>ไม่มี</u> ความขัดแย้งกับคนในที่ทำงาน	c27o	1	2	3	4
p) งานของฉันทมีความปลอดภัยดี	c27p	1	2	3	4
q) ผู้ร่วมงานของฉันทให้ความสนใจในเรื่องส่วนตัวของฉันท	c27q	1	2	3	4
r) ผู้ร่วมงานของฉันทให้ความช่วยเหลือกันเต็มที่เพื่อให้งานสำเร็จ	c27r	1	2	3	4
s) หัวหน้าของฉันทให้ความสนใจกับสวัสดิการของลูกน้อง	c27s	1	2	3	4
t) หัวหน้าของฉันทให้ความสนใจในสิ่งที่ฉันพูด	c27t	1	2	3	4
u) หัวหน้าของฉันทมีส่วนอย่างมากที่ช่วยให้งานสำเร็จ	c27u	1	2	3	4

ตอนที่ 4 ความรุนแรงในสถานที่ทำงานของท่าน

djump

ในกรณีที่ท่านไม่ได้ทำงานในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ระบุเครื่องหมาย X ในช่องนี้ ☐ ข้ามไปตอบ ข้อที่ 31

เหตุการณ์ในสถานที่ทำงานของท่าน	ในระหว่างการทำงาน		มีผลให้หยุดทำงาน	
	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่
28. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านถูกทำร้ายร่างกายได้แก่ ตี ผลัก กัด และการทำร้ายด้วยอาวุธ จนเป็นผลให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย	1	2	1	2
	d28a		d28b	
29. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านถูกทำร้ายจิตใจได้แก่ การตั้งใจข่มขู่ พุดจาคำทอขู่เบียด รังควาญ ก่อให้เกิดผลกระทบต่ จิตใจ สติธรรม และสังคม	1	2	1	2
	d29a		d29b	
30. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านถูกทำให้รู้สึกอับอายได้แก่ พฤติกรรมลวนลามด้วยวาจา กิริยาท่าทาง การสัมผัสที่ไม่เหมาะสม ที่บุคคลใดๆแสดงต่อผู้อื่น ทำให้รู้สึกถูกคุกคาม ตำด้อย อับอาย	1	2	1	2
	d30a		d30b	

ตอนที่ 5 การเปลี่ยนแปลงการทำงานในอนาคตของท่าน

31. ท่านคิดจะเปลี่ยนงานหรือไม่ (โปรดระบุ ☒ เพียงช่องเดียว)

- ☐ (1) เปลี่ยนงานภายใน 1-2 ปีข้างหน้า
- ☐ (2) เปลี่ยนงาน แต่อีกมากกว่า 2 ปีข้างหน้า
- ☐ (3) ไม่แน่ใจ
- ☐ (4) ไม่เปลี่ยนแปลง → ข้ามไปตอบข้อที่ 34

e31

☐ (1) ทำงานพยาบาลด้าน => **1** (1.1) บริการ **2** (1.2) วิชาการ **3** (1.3) บริหาร
☐ (2) ทำงานอื่นที่ไม่เกี่ยวกับการพยาบาล e32n1
☐ (3) ศึกษาต่อ
☐ (4) ไม่ทำงาน

e33n1	☐	(1) ไม่ต้องการอยู่แหว	e33n2	☐	(2) เพื่อความก้าวหน้า
e33n3	☐	(3) มีภาระดูแลครอบครัว	e33n4	☐	(4) ต้องการค่าตอบแทนเพิ่ม
e33n5	☐	(5) มีปัญหาสุขภาพ	e33n6	☐	(6) ไม่พอใจบรรยากาศในการทำงาน
e33n7	☐	(7) เลือคน่วยงานที่ต้องการ	e33n8	☐	(8) สามารถจัดสรรเวลาให้ครอบครัวได้
e33n9	☐	(9) ได้ทำประโยชน์ให้กับผู้อื่น	e33n10	☐	(10) อื่นๆระบ..... e33n10x

ขอให้ท่านประเมินภาวะสุขภาพของตนเองตามสุขภาพที่เป็นอยู่ให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ไม่ใช่ประเมินจากความรู้สึก

f34 ☐ (1) ไม่มีปัญหาในการเดิน
☐ (2) มีปัญหาในการเดินบ้าง
☐ (3) ไม่สามารถเดินไปไหนได้ จำเป็นต้องอยู่บนเตียง

☐ (1) ไม่มีปัญหาในการดูแลตนเองด้วยตนเอง

☐ (2) มีปัญหาบ้างในการอาบน้ำหรือสวมเสื้อผ้า

☐ (3) ไม่สามารถอาบน้ำหรือสวมเสื้อผ้าด้วยตนเองได้

36 ☐ (1) ไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ
☐ (2) มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำอยู่บ้าง
☐ (3) ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำได้

☐ (1) ไม่มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สุขสบาย

☐ (2) มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สุขสบายปานกลาง

☐ (3) มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สุขสบายอย่างมาก

f38

- ☐ (1) ไม่รู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้า
- ☐ (2) รู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าปานกลาง
- ☐ (3) รู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมาก

ตอนที่ 7 ข้อมูลเกี่ยวกับการนอนหลับของท่าน

g39

39. ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านนอนหลับเป็นเวลากี่ชั่วโมงต่อวัน: ชั่วโมง/วัน

40. ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับนอนหลับเหล่านี้หรือไม่

ปัญหาเกี่ยวกับนอนหลับ		มีปัญหาเกี่ยวกับนอนหลับ		
		เกือบทุกวัน	บางวัน	น้อยมาก/ไม่มี
a) นอนกรน	g40a			
b) นอนหลับยาก	g40b			
c) ตื่นกลางดึก	g40c			
d) ตื่นเช้ามากและไม่สามารถหลับต่อได้	g40d			
e) ง่วงนอนในช่วงกลางวันและต้องการงีบหลับในเวลา	g40e			
f) รู้สึกว่าไม่ได้พักผ่อนเต็มที่ เมื่อตื่นนอนตอนเช้า	g40f			

ตอนที่ 8 ข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายและการมีกิจกรรมทางกายของท่าน

โปรดคิดถึง กิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย ที่ท่านปฏิบัติในชีวิตประจำวันทั้งในที่ทำงาน ที่บ้าน การเดินทางไป-กลับระหว่างสถานที่ต่างๆ กิจกรรมที่ทำยามว่าง และ การออกกำลังกาย หรือ เล่นกีฬา

41. ในช่วงเวลา 7 วันที่ผ่านมา ท่านได้ทำกิจกรรมที่ใช้แรงมากโดยทำติดต่อกันอย่างน้อย 10 นาที ทำให้รู้สึกเหนื่อยหรือหายใจแรงกว่าปกติมาก เป็นเวลากี่วัน/สัปดาห์ เช่น ยกของหนัก ขุดดิน เดินแอโรบิก ปั่นจักรยานอย่างรวดเร็ว

h41 (1) มี ⇒ เป็นเวลา วัน/สัปดาห์ h41n1n
 (2) ไม่มีกิจกรรมที่ใช้แรงมากเลย → ข้ามไปตอบข้อ 43

42. ในแต่ละวัน ท่านใช้เวลาในการทำกิจกรรมที่ใช้แรงมากเหล่านั้น รวมแล้ววันละนานเท่าไร

h42 (1) นานมาก ⇒ ประมาณ ชั่วโมง/วัน h42n1n
 (2) ไม่ค่อยนาน ⇒ ประมาณ นาที/วัน h42n2n
 (3) ไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ

43. ในช่วงเวลา 7 วันที่ผ่านมา ท่านได้ทำกิจกรรมที่ใช้แรงปานกลาง โดยทำติดต่อกันอย่างน้อย 10 นาที ทำให้รู้สึกเหนื่อยหรือหายใจแรงขึ้นเล็กน้อย เป็นเวลากี่วัน/สัปดาห์ เช่น ยกของเบาๆ ปั่นจักรยานแบบสบายๆ ไม่รวมการเดิน

h43 (1) มี ⇒ ประมาณ วัน/สัปดาห์ h43n1n
 (2) ไม่มีกิจกรรมที่ใช้แรงปานกลางเลย → ข้ามไปตอบข้อที่ 45

44. ในแต่ละวัน ท่านใช้เวลาในการทำกิจกรรมที่ใช้แรงปานกลางเหล่านั้น รวมแล้ววันละนานเท่าไร

h44 (1) นานมาก ⇒ ประมาณ ชั่วโมง/วัน h44n1n
 (2) ไม่ค่อยนาน ⇒ ประมาณ นาที/วัน h44n2n
 (3) ไม่ทราบ / ไม่แน่ใจ

45. ในช่วงเวลา 7 วันที่ผ่านมา ท่านมีการเดินติดต่อกันอย่างน้อย 10 นาที เป็นเวลากี่วัน/สัปดาห์ เช่น การเดินในที่ทำงาน ที่บ้าน การเดินไปไหนต่อไหน การเดินเพื่อการออกกำลังกาย หรือ ผ่อนคลาย

h45 ☐ (1) มี ⇒ ประมาณ วัน/สัปดาห์ h45n1n
☐ (2) ไม่มีเลย → ข้ามไปตอบข้อที่ 47

46. ในแต่ละวัน ท่านใช้เวลาในการเดิน รวมแล้ววันละนานเท่าไร

h46 ☐ (1) นานมาก ⇒ ประมาณ ชั่วโมง/วัน h46n1n
☐ (2) ไม่ค่อยนาน ⇒ ประมาณ นาที/วัน h46n2n
☐ (3) ไม่ทราบ / ไม่แน่ใจ

47. ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ท่านใช้เวลาสำหรับการนั่งในวันธรรมดา (วันจันทร์ ถึง ศุกร์) ซึ่งรวมตั้งแต่เวลาที่ใช้นั่งในที่ทำงาน, ที่บ้าน, นั่งพักผ่อนที่ใดก็ตาม โดยรวมเวลาที่นั่งอยู่ที่โต๊ะ, คุยกับเพื่อน, อ่านหนังสือ นั่งหรือนอนดูทีวี รวมแล้ววันละนานเท่าไร

h47 ☐ (1) นานมาก ⇒ ประมาณ ชั่วโมง/วัน h47n1n
☐ (2) ไม่ค่อยนาน ⇒ ประมาณ นาที/วัน h47n2n
☐ (3) ไม่ทราบ / ไม่แน่ใจ

ตอนที่ 9 ข้อมูลการดูแลสุขภาพตนเองของท่าน

48. ในรอบ 2 ปี ที่ผ่านมา ท่านตรวจสุขภาพเพื่อค้นหาความเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือไม่

ตรวจเพื่อค้นหาความเสี่ยงต่อการเกิดโรค	ในรอบ 2 ปี ที่ผ่านมา		
	ไม่ได้ตรวจ	ตรวจเพราะมีอาการ	ตรวจประจำปี
สำหรับทุกท่าน (กรุณาทำเครื่องหมายกากบาท ☒)			
a) ตรวจร่างกายโดยแพทย์ i48a			
b) ตรวจสายตา i48b			
c) ตรวจระดับไขมันในเลือด i48c			
d) ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด i48d			
e) ตรวจเอ็กซเรย์ปอด i48e			
f) ตรวจส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร i48f			
g) ตรวจทางทวารหนัก i48g			
สำหรับสุขภาพสตรี			
h) ตรวจเต้านมด้วยตนเอง i48h			
i) ตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรม i48i			
j) ตรวจมะเร็งปากมดลูก i48j			
สำหรับสุขภาพบุรุษ			
k) ตรวจเลือดหาระดับ PSA i48k			

49. 

50.

រូប

i50a

132

i50b

กิโล

i50c

หน้า

i50d

๗

ตอนที่ 10 ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของท่าน (สำหรับสุภาพบุรุษ ข้ามไปตอบ ข้อที่ 55)

51. ท่านเคยตั้งครรภ์หรือไม่

- j51 ☐ (1) เคยตั้งครรภ์ ครั้ง (รวมการตั้งครรภ์ปัจจุบันด้วย) j51n1n
☐ (2) ไม่เคย → ข้ามไปตอบข้อ 54

52. ท่านมีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ (รวมการตั้งครรภ์ปัจจุบันด้วย) เหล่านี้หรือไม่ ถ้าไม่มีข้ามไปข้อ 53

- j52 ☐ (1) มี ระบุ ⇒ ☐ (1.1) Pre-eclampsia ☐ (1.2) Eclampsia ☐ (1.3) DM ☐ (1.4) อื่นๆ..... j52n1n1 j52n1n2 j52n1n3 j52n1n4 j52n1n4x
☐ (2) ไม่มี

53. ท่านมีหรือเคยมีสภาวะการคลอดอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- j53n1 ☐ (1) แท้ง j53n1n ครั้ง j53n2 ☐ (2) คลอดครบกำหนด ครั้ง
j53n3 ☐ (3) คลอดก่อนกำหนด j53n3n ครั้ง j53n4 ☐ (4) อื่นๆ ระบุ..... j53n4x
j53n5 ☐ (5) ยังไม่คลอด โปรดระบุ j53n5n สัปดาห์

54. ท่านมีหรือเคยมีการคุมกำเนิดหรือไม่ ด้วยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- j54n1 ☐ (1) ใช้ยาคุมกำเนิด j54n2 ☐ (2) ใช้ถุงยาง j54n3 ☐ (3) นับรอบเดือน j54n4 ☐ (4) วัคซีนหูกุมิ
j54n5 ☐ (5) ทำหมัน j54n6 ☐ (6) ใช้วิธีอื่น(ระบุ)..... j54n6x j54n7 ☐ (7) ไม่เคย

ตอนที่ 11 ข้อมูลการเจ็บป่วยรอบครัวของท่าน

55. บิดา-มารดาของท่านยังมีชีวิตอยู่หรือไม่

- 55.1 บิดา ☐ (1) ยังมีชีวิตอยู่ ☐ (2) เสียชีวิตแล้ว k55n1
55.2 มารดา ☐ (1) ยังมีชีวิตอยู่ ☐ (2) เสียชีวิตแล้ว k55n2

56. ท่านมีพี่น้องร่วมบิดามารดากี่คน

- k56 ☐ (1) มี ⇒ ☐ (1.1) มีพี่ คน ☐ (1.2) มีน้อง คน
☐ (2) ไม่มี k56n1n1 k56n1n2

57. บิดา มารดา และพี่น้องสายตรงของท่าน มีโรคประจำตัว หรือเคยเจ็บป่วยโดยการวินิจฉัยจากแพทย์ หรือไม่

โรคประจำตัว หรือความเจ็บป่วย	มารดา (ระบุ ☒ ถ้าใช่)	บิดา (ระบุ ☒ ถ้าใช่)	พี่/น้องชาย (ระบุ ☒ ถ้าใช่)	พี่/น้องสาว (ระบุ ☒ ถ้าใช่)
a) โรคหัวใจ/หลอดเลือดหัวใจ k57a ☐ ไม่มีใครป่วย	☐ k57a1	☐ k57a2	☐ k57a3	☐ k57a4
b) โรคเบาหวาน k57b ☐ ไม่มีใครป่วย	☐ k57b1	☐ k57b2	☐ k57b3	☐ k57b4
c) โรคความดันโลหิตสูง k57c ☐ ไม่มีใครป่วย	☐ k57c1	☐ k57c2	☐ k57c3	☐ k57c4
d) ไขมันในเลือดสูง k57d ☐ ไม่มีใครป่วย	☐ k57d1	☐ k57d2	☐ k57d3	☐ k57d4
e) โรคหลอดเลือดสมอง k57e ☐ ไม่มีใครป่วย	☐ k57e1	☐ k57e2	☐ k57e3	☐ k57e4
f) โรคมะเร็ง k57f ☐ ไม่มีใครป่วย	☐ k57f1	☐ k57f2	☐ k57f3	☐ k57f4
g) โรคเกี่ยวกับสมอง เช่น อัล k57g ☐ ไม่มีใครป่วย	☐ k57g1	☐ k57g2	☐ k57g3	☐ k57g4

โรคประจำตัว หรือความเจ็บป่วย	มารดา (ระบุ ☒ ถ้าใช่)	บิดา (ระบุ ☒ ถ้าใช่)	พี่/น้องชาย (ระบุ ☒ ถ้าใช่)	พี่/น้องสาว (ระบุ ☒ ถ้าใช่)
h) โรคเลือด เช่น โลหิตจาง k57h ☐ ไม่มีใครป่วย	☐ k57h1	☐ k57h2	☐ k57h3	☐ k57h4
i) โรคปอด เช่น วัณโรค k57i ☐ ไม่มีใครป่วย	☐ k57i1	☐ k57i2	☐ k57i3	☐ k57i4
j) โรคไวรัสตับอักเสบ k57j ☐ ไม่มีใครป่วย	☐ k57j1	☐ k57j2	☐ k57j3	☐ k57j4
k) ไม่มีโรคประจำตัว k57k ☐ ทุกคน	☐ k57k1	☐ k57k2	☐ k57k3	☐ k57k4

ตอนที่ 12 ข้อมูลการเจ็บป่วยของท่าน

58. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับการบาดเจ็บ หรือมีปัญหาเหล่านี้หรือไม่

ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	สาเหตุจากการทำงาน ในอาชีพหลัก (ระบุ ☒ เพียงข้อเดียว)		มีผลให้หยุดทำงาน (ระบุ ☒ เพียงข้อเดียว)	
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
a) บาดเจ็บจากเข็มตำ	☐ I58a1	☐ 2	☐ I58a2	☐ 2
b) บาดเจ็บจากของมีคมที่คมแทง หรือบาด	☐ I58b1	☐ 2	☐ I58b2	☐ 2
c) เสี่ยงต่อการสัมผัส / สูดดมสารเคมีอันตรายหรือสัมผัสรังสี	☐ I58c1	☐ 2	☐ I58c2	☐ 2
d) ถูกสารเคมีอันตรายกระเด็นหรือสัมผัสรังสี / สารเคมีอันตราย	☐ I58d1	☐ 2	☐ I58d2	☐ 2
e) มีปัญหาเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ	☐ I58e1	☐ 2	☐ I58e2	☐ 2

59. ตั้งแต่เริ่มทำงานจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยติดเชื้อโรคเนื่องจากการปฏิบัติงานหรือไม่

I59 ☐ (1) เคยติดเชื้อ ⇒ ☐ (1.1) วัณโรค ☐ (1.2) ไวรัสตับอักเสบบ ☐ (1.3) อื่นๆระบุชื่อโรค..... I59n1n3x
☐ (2) ไม่เคย I59n1n1 I59n1n2 I59n1n3

60. ท่านมีหรือเคยมีโรคประจำตัวหรืออาการเจ็บป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือไม่

โรคประจำตัวหรืออาการเจ็บป่วย	มี/ เคยมีความเจ็บป่วย (ระบุ ☒ เพียงข้อเดียว)		ยังคงรักษาอยู่ (ระบุ ☒ เพียงข้อเดียว)	
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
a) โรคหัวใจ/หลอดเลือดหัวใจ	☐ I60a1	☐ 2	☐ I60a2	☐ 2
b) โรคเบาหวาน	☐ I60b1	☐ 2	☐ I60b2	☐ 2
c) โรคความดันโลหิตสูง	☐ I60c1	☐ 2	☐ I60c2	☐ 2
d) ไขมันในเลือดสูง	☐ I60d1	☐ 2	☐ I60d2	☐ 2
e) โรคเกี่ยวกับสมอง ระบุ..... I60ex..... (เช่น Stroke, Migraine)	☐ I60e1	☐ 2	☐ I60e2	☐ 2

โรคประจำตัวหรืออาการเจ็บป่วย	มี/ เคยมีความเจ็บป่วย (ระบุ ☒ เพียงช่องเดียว)		ยังคงรักษาอยู่ (ระบุ ☒ เพียงช่องเดียว)	
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
f) โรคเมเร็ง (ระบุ)..... I60fx	☐ 1 I60f1 ☐ 2		☐ 1 I60f2 ☐ 2	
g) โรคกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ (ระบุ I60gx) (เช่น ปวดหลัง, ปวดข้อ)	☐ 1 I60g1 ☐ 2		☐ 1 I60g2 ☐ 2	
h) โรคเลือด (ระบุชื่อโรค)..... I60hx	☐ 1 I60h1 ☐ 2		☐ 1 I60h2 ☐ 2	
i) โรคปอด (ระบุชื่อโรค)..... I60ix	☐ 1 I60i1 ☐ 2		☐ 1 I60i2 ☐ 2	
j) โรคไวรัสตับอักเสบ	☐ 1 I60j1 ☐ 2		☐ 1 I60j2 ☐ 2	
k) โรคอื่นๆ (ระบุ)..... I60kx	☐ 1 I60k1 ☐ 2		☐ 1 I60k2 ☐ 2	

61. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยใช้บริการสุขภาพด้านใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- I61n1 ☐ (1) ไม่เคย
- I61n2 ☐ (2) ซื้อยารับประทานเอง
- I61n3 ☐ (3) พบแพทย์เพื่อดูแลสุขภาพทั่วไป หรือเจ็บป่วยเล็กน้อย
- I61n4 ☐ (4) พบแพทย์เฉพาะทาง (ระบุ I61n4x).....
- I61n5 ☐ (5) ใช้บริการสุขภาพทางเลือก (เช่น นวด, ฟังเข็ม, ใช้น้ำมันไพร)
- I61n6 ☐ (6) อื่นๆ (ระบุ I61n6x).....

62. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่

- ☐ (1) เคย ระบุรายละเอียดการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 2 ครั้งล่าสุด
- ชื่อโรค..... I62n1x1ระยะเวลาอนในโรงพยาบาล..... I62n1n1วัน
- ชื่อโรค..... I62n1x2ระยะเวลาอนในโรงพยาบาล..... I62n1n2วัน
- ☐ (2) ไม่เคย

63. ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านเคยรับประทานยาต่อไปนี้หรือไม่

ชื่อยา/สมุนไพร	ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา			
	ไม่ รับประทาน	1 - 2 วัน ต่อสัปดาห์	3 - 4 วัน ต่อสัปดาห์	5 - 7 วัน ต่อสัปดาห์
a) ยาแก้ปวดกล้ามเนื้อ หรือกระดูก I63a	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
b) ยานอนหลับ I63b	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
c) ยาลดความอ้วน I63c	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
d) ยาต้านความซึมเศร้า I63d	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
e) ยาระงับปวดประเภทมอร์ฟีน I63e	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
f) ยาสมุนไพร (ระบุ)..... I63fx I63f	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
g) อื่นๆ (ระบุ)..... I63gx I63g	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4