

การทำงานกะกลางคืน – การประเมินแบบเปิดเผย

ธุรกิจ :

ชื่อ :

* หากว่ามีโรคที่เกี่ยวข้องในอดีต จงระบุลงในช่องว่าง

--

* จงอ่านคำถาม ด้านล่างและจงทำสัญลักษณ์ V ในข้อที่เหมาะสมที่สุด

1. ช่วงระยะเวลาในการทำงานตามหน้าที่รวมไปถึงการทำงานช่วงกะกลางคืนเวลารวมทั้งหมดเป็นระยะเวลากี่ปี? <input type="checkbox"/> น้อยกว่า 5 ปี <input type="checkbox"/> 5-9 ปี <input type="checkbox"/> 10-14 ปี <input type="checkbox"/> 15-19 ปี <input type="checkbox"/> มากกว่า 20 ปี <input type="checkbox"/> ไม่มีข้อมูล
2. จงเลือกลักษณะการทำงานที่ตรงกับการทำงานในปัจจุบัน <input type="checkbox"/> กะ 3 <input type="checkbox"/> กะ 2 <input type="checkbox"/> วันเว้นวัน(24 ชั่วโมง) <input type="checkbox"/> ทำงานกะกลางคืนตลอด <input type="checkbox"/> อื่นๆ(ไม่สม่ำเสมอ)
3. ตารางการทำงานในแต่ละกะของท่าน มีกำหนดการทำงานที่เปลี่ยนไปอย่างมีระบบหรือไม่ <input type="checkbox"/> มี (ไปข้อที่ 3-1) <input type="checkbox"/> ไม่มี (ไปข้อที่ 4)
3-1. การทำงานเข้ากะของท่านนั้นมีการดำเนินการเปลี่ยนตามลำดับ การทำงานช่วงเช้า → การทำงานช่วงบ่าย → การทำงานช่วงกลางคืน หรือไม่? <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
4. หลังจากเลิกงานจนถึงวันทำงานในวันถัดไปมีระยะเวลากี่ชั่วโมง <input type="checkbox"/> มากกว่า 11 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> น้อยกว่า 11 ชั่วโมง
5. ในระยะเวลา 1 ที่ผ่านมา วันที่ทำงานช่วงเวลากลางคืนเป็นระยะเวลาติดต่อกันกี่วัน ? <input type="checkbox"/> ไม่มีการทำงานตอนกลางคืนติดต่อกัน <input type="checkbox"/> 2 วัน <input type="checkbox"/> 3 วัน <input type="checkbox"/> 4 วัน <input type="checkbox"/> มากกว่า 5 วัน
6. ปริมาณการทำงานในช่วงกลางคืนกับเวลาในการพักผ่อนนำมาเปรียบเทียบแล้วเป็นอย่างไร 1) ปริมาณการทำงาน : เปรียบเทียบกับการทำงานหนึ่งสัปดาห์ <input type="checkbox"/> ใกล้เคียง <input type="checkbox"/> น้อยกว่า <input type="checkbox"/> มากกว่า 2) เวลาการหยุดพัก : เปรียบเทียบกับการทำงานหนึ่งสัปดาห์ <input type="checkbox"/> ใกล้เคียง <input type="checkbox"/> น้อยกว่า <input type="checkbox"/> มากกว่า
7. ระหว่างการทำงานกลางคืน มีการทำงานคนเดียวหรือแยกตัวออกมาลำพังหรือไม่ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
8. เกี่ยวกับการทำงานช่วงกลางคืนต้องการยินยอมให้ทำในหัวข้อดังต่อไปนี้หรือไม่
ให้มีการนอนหลับในช่วงเวลาการทำงานช่วงกลางคืน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ห้องพัก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
อาหาร/อาหารมื้อเล็ก/อาหารว่าง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
การปรับเปลี่ยนกำหนดการทำงานช่วงกลางคืน <input type="checkbox"/> ได้ <input type="checkbox"/> ไม่ได้
9. เวลาการทำงานโดยเฉลี่ยต่ออาทิตย์ทั้งหมดกี่ชั่วโมง? <input type="checkbox"/> น้อยกว่า 40 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> 40 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> 41-51 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> 52-59 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> มากกว่า 60 ชั่วโมง

การทำงานช่วงกลางคืน – ปัญหาการนอนไม่หลับ(ตรวจมีอาการนอนไม่หลับ)

ธุรกิจ :

ชื่อ :

* หากว่ามีโรคที่เคยป่วยในอดีต จงระบุลงในช่องว่าง

--

* จงอ่านคำถาม ด้านล่างและจงทำสัญลักษณ์ V ในข้อที่เหมาะสมที่สุด

1-3. ในช่วงสองอาทิตย์ที่ผ่านมา ปัญหาดังต่อไปนี้มีความรุนแรงแค่ไหนจงเลือกในตารางข้างล่าง					
	ไม่มี	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. นอนไม่ค่อยหลับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. นอนนานๆได้ลำบาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ตื่นง่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ตอนนี้มีความพอใจเกี่ยวกับสภาพการนอนหลับในปัจจุบันมากน้อยเพียงใด					
<input type="checkbox"/> พอใจมาก <input type="checkbox"/> พอใจน้อย <input type="checkbox"/> เฉยๆ <input type="checkbox"/> ไม่ค่อยพอใจ <input type="checkbox"/> ไม่พอใจมาก					
5. ปัญหาการนอนหลับของท่านนั้นมีมากน้อยเพียงใด และปัญหานั้นเป็นอุปสรรคต่อกิจกรรมในตอนกลางวันหรือไม่ (เหนือตอนกลางวัน, ความสามารถในการทำงานที่บ้านและที่ทำงาน, สมรรถภาพ, ความทรงจำ, อารมณ์ เป็นต้น)					
<input type="checkbox"/> ไม่เป็นอุปสรรคเลย <input type="checkbox"/> เล็กน้อย <input type="checkbox"/> ไม่มากไม่น้อย <input type="checkbox"/> พอสมควร <input type="checkbox"/> มากที่สุด					
6. คนรอบข้างของท่านได้คิดว่าคุณภาพชีวิตของท่านแย่ลงเนื่องจากสาเหตุของการนอนหลับหรือไม่					
<input type="checkbox"/> ไม่เลย <input type="checkbox"/> เล็กน้อย <input type="checkbox"/> ไม่มากไม่น้อย <input type="checkbox"/> พอสมควร <input type="checkbox"/> มากที่สุด					
7. ตอนนี้ท่านมีความกังวลเกี่ยวกับปัญหาการนอนหลับมากน้อยแค่ไหน					
<input type="checkbox"/> ไม่กังวลเลย <input type="checkbox"/> เล็กน้อย <input type="checkbox"/> ไม่มากไม่น้อย <input type="checkbox"/> พอสมควร <input type="checkbox"/> มากที่สุด					

การทำงานช่วงกลางคืน – ปัญหาการนอนหลับ(โรคว้งนอนในตอนกลางวัน)

ธุรกิจ :

ชื่อ :

* หากว่ามีโรคที่เกยป่วยในอดีต จงระบุลงในช่องว่าง

--

* จงอ่านคำถาม ด้านล่างและจงทำสัญลักษณ์ V ในข้อที่เหมาะสมที่สุด

	ไม่ว่างเลย	ว่างเล็กน้อย	ว่าง	ว่างมาก
1. ตอนนั่งอ่านหนังสือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ตอนดูทีวี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ตอนที่นั่งนิ่งๆในสถานที่สาธารณะ เช่น ในที่ประชุม หรือโรงหนัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ตอนที่นั่งรถเมล์ หรือ แท็กซี่เป็นระยะเวลา 1 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ตอนที่นอนลงอย่างสบายในเวลาพักช่วงบ่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ตอนที่นั่งและกำลังพูดกับคนอื่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ตอนที่นั่งเฉยๆหลังทานอาหารกลางวัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ในขณะที่ขับรถและรถติดทำให้ต้องหยุดรถระยะหนึ่ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

การทำงานช่วงกลางคืน – ปัญหาการนอนหลับ(คุณภาพการนอนหลับ)

ธุรกิจ :

ชื่อ :

* หากว่ามีโรคที่เคยป่วยในอดีต จงระบุลงในช่องว่าง

--

* จงอ่านคำถาม ด้านล่างและจงทำสัญลักษณ์ V ในข้อที่เหมาะสมที่สุด

1-4. จงตอบคำถามแต่ละข้อที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับในระหว่างการทำงานตอนกลางคืนในระยะเวลาหนึ่งเดือนที่ผ่านมา

- | | | |
|---------------------------------------|-------------|----------|
| 1. เข้านอนตอนกี่โมง? | () โมง | () นาที |
| 2. นอนลงแล้วใช้เวลาานแค่ไหนถึงจะหลับ? | () ชั่วโมง | () นาที |
| 3. ตื่นประมาณกี่โมง? | () โมง | () นาที |
| 4. นอนวันละกี่ชั่วโมง? | () ชั่วโมง | () นาที |

5. ในช่วงระยะเวลาหนึ่งเดือนที่ผ่านมาสาเหตุดังต่อไปนี้มีผลในการนอนหลับยากหรือไม่และเป็นจำนวนเท่าไร

	ไม่มี	อาทิตย์ละไม่เกิน 1 ครั้ง	อาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง	อาทิตย์ละมากกว่า 3 ครั้ง
ไม่สามารถนอนหลับได้ภายใน 30 นาที	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ตื่นขึ้นกลางดึกหรือตอนเช้าครู่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ต้องตื่นเพราะอยากไปห้องน้ำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ถ้านอนลงจะหายใจไม่สะดวก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
มีอาการกรนเสียงดังและอาการไอ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
รู้สึกถึงอาการหนาวสั่น(หนาว)อย่างรุนแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
รู้สึกถึงอาการร้อน(ร้อน)อย่างรุนแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เพราะว่าฝันร้ายหรือฝันที่ไม่ค่อยดี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เพราะว่ามีอาการเจ็บปวด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เหตุผลอื่นๆ ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. ถ้าหากลองประเมินคุณภาพการนอนหลับในหนึ่งเดือนที่ผ่านมาผลประเมินจะเป็นอย่างไร

- ดีมาก ดี ไม่มี ไม่ดีมาก

7. ในช่วงระยะเวลาหนึ่งเดือนที่ผ่านมา เพื่อการนอนหลับได้ทันยา (ยานอนหลับ) ในปริมาณเท่าไร

- ไม่ทาน อาทิตย์ละไม่เกิน 1 ครั้ง อาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง อาทิตย์ละมากกว่า 3 ครั้ง

8. ในช่วงระยะเวลาหนึ่งเดือนที่ผ่านมาในขณะที่ทำกิจกรรมต่างๆหรือการทานอาหารหรือระหว่างขับรถแล้วเกิดอาการง่วงนอนและการตื่นจากอาการง่วงนอนนั้นยากมีมากน้อยแค่ไหน

- ไม่ทาน อาทิตย์ละไม่เกิน 1 ครั้ง อาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง อาทิตย์ละมากกว่า 3 ครั้ง

9. ในระหว่างหนึ่งเดือนที่ผ่านมาระหว่างการทำงานมีความยากลำบากมากน้อยแค่ไหน?

- ไม่ลำบากเลย ไม่ค่อยลำบาก ค่อนข้างลำบาก ลำบากมาก

การทำงานช่วงกลางคืน – โรคกระเพาะ

ชื่อธุรกิจ :

ชื่อ :

* หากว่ามีโรคที่เคยป่วยในอดีต จงระบุลงในช่องว่าง

* จงอ่านคำถาม ด้านล่างและจงทำสัญลักษณ์ V ในข้อที่เหมาะสมที่สุด

1. ในระยะเวลาสามเดือนที่ผ่านมา หลังจากทานอาหารในปริมาณของ 1 ที่ รู้สึก อิ่มจนรู้สึกอึดอัดมากน้อยแค่ไหน

ไม่เลย น้อยกว่า 1 วันต่อ 1 เดือน 1 วันต่อ 1 เดือน 2-3 วันต่อ 1 เดือน

1 วันต่อ 1อาทิตย์ มากกว่า 2 วันต่อ 1อาทิตย์ เกือบทุกวัน

2. หลังจากทานอาหารจืด (รู้สึกอึดอัด) มีมาตั้งแต่ 6 เดือนที่แล้วหรือไม่?

ไม่ ใช่

3. ในระยะเวลาสามเดือนที่ผ่านมา ไม่สามารถทานอาหารในปริมาณของ 1 ที่ได้ในปริมาณที่มากน้อยแค่ไหน

ไม่เลย น้อยกว่า 1 วันต่อ 1 เดือน 1 วันต่อ 1 เดือน 2-3 วันต่อ 1 เดือน

1 วันต่อ 1อาทิตย์ มากกว่า 2 วันต่อ 1อาทิตย์ เกือบทุกวัน

4. อาการของโรคที่ไม่สามารถทานปริมาณอาหาร 1 ที่นั้นเป็นมาเกิน 6 เดือนหรือไม่?

ไม่ ใช่

5. ในระยะเวลาสามเดือนที่ผ่านมาได้มีอาการ ปวดในช่วงกลางท้อง (ส่วนบนของสะดือที่ไม่ใช่หน้าอก) หรืออาการปวดแสบปวดร้อน(รู้สึกร้อนวูบวาบ) มากน้อยแค่ไหน

ไม่เลย น้อยกว่า 1 วันต่อ 1 เดือน 1 วันต่อ 1 เดือน 2-3 วันต่อ 1 เดือน

1 วันต่อ 1อาทิตย์ มากกว่า 2 วันต่อ 1อาทิตย์ เกือบทุกวัน

6. อาการ ปวดในช่วงกลางท้อง (หรืออาการปวดแสบปวดร้อน(รู้สึกร้อนวูบวาบ) มีอาการนี้ก่อน 6 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่

ไม่ ใช่

การทำงานช่วงกลางคืน – มะเร็งเต้านม

ชื่อธุรกิจ :

ชื่อ :

* หากว่ามีโรคที่เคยป่วยในอดีต จงระบุลงในช่องว่าง

* จงอ่านคำถาม ด้านล่างและจงทำสัญลักษณ์ V ในข้อที่เหมาะสมที่สุด

1. ในหนึ่งปีที่ผ่านมาได้ตรวจเช็คมะเร็งเต้านมด้วยตัวเองมากน้อยแค่ไหน
 ไม่เลย ไม่น้อยกว่า 1 ครั้งใน 6 เดือน 1 ครั้งใน 6 เดือน
 1 ครั้งใน 1-2 เดือน มากกว่า 1 ครั้งใน 1-2 เดือน

2. จงเลือกหัวข้ออาการของท่านที่มีในขณะนี้
 สัมผัสเจอก้อนเนื้อ(ก้อน)ที่เต้านม
 มีของเหลวออกมาจากหัวนม
 เกิดการยุบหรือมีแผลที่หัวนม
 ไม่มีอาการ

3. ในระยะเวลาหนึ่งปีที่ผ่านมา ได้มีการตรวจด้วยคลื่นที่เต้านมหรือการถ่ายภาพที่เต้านมหรือไม่
 ไม่เคย เคย