

การทำงานกะกลางคืน — การประเมินแบบเปิดเผย

ธุรกิจ :

ชื่อ :

* หากว่ามีโรคที่เคยป่วยในอดีต จงระบุลงในช่องว่าง

--

* จงอ่านคำถาม ด้านล่างและจงทำสัญลักษณ์ V ในข้อที่เหมาะสมที่สุด

ก่อนจัดวางตำแหน่ง ในกรณีของที่ต้องตรวจสอบภาพ ต้องตรวจสอบให้สอดคล้องกับการทำงานช่วงกลางคืนล่าสุดในไทม์งานปัจจุบัน

หากไม่เคยการทำงานช่วงกลางคืนมาก่อนขอให้ตอบคำถามภายในขอบเขตของการทำงานช่วงกลางคืนที่จะทำงานในอนาคต

(หากยังไม่แน่ใจว่าหมายความว่าหมายถึงการตรวจสอบภาพพิเศษเนื่องจากการทำงานกลางคืนที่ไม่สม่ำเสมอหรือไม่

หากไม่มีการตรวจสอบภาพก่อนจัดตำแหน่ง หลังจากทำงาน 6 เดือนหากการทำงานช่วงกลางคืนเป็นปัจจัยอันตราย ให้ดำเนินการตรวจสอบภาพทันที

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 วันที่ทำงานช่วงเวลากลางคืนเป็นระยะเวลาดูติดต่อกันกี่วัน ?	
<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. ปริมาณการทำงานในช่วงกลางคืนกับเวลาในการพัก ลองนำมาเปรียบเทียบแล้วเป็นอย่างไร	
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/อาหารมื้อดึก/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(ตรวจนี้อาการนอนไม่หลับ)

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

☐ พอใจมาก ☐ พอใจน้อย ☐ เฉยๆ ☐ ไม่ค่อยพอใจ ☐ ไม่พอใจมาก

5. ปัญหาการนอนหลับของท่านนั้นมีมากน้อยเพียงใด และปัญหานั้นเป็นอุปสรรคต่อกิจกรรมในตอนกลางวันหรือไม่
(เหนื่อยตอนกลางวัน, ความสามารถในการทำงานที่บ้านและที่ทำงาน, สมมติ, ความทรงจำ, อารมณ์ เป็นต้น)

☐ ไม่เป็นอุปสรรคเลย ☐ เล็กน้อย ☐ ไม่มากไม่น้อย ☐ พอสมควร ☐ มากที่สุด

6. คนรอบข้างของท่านได้คิดว่าคุณภาพชีวิตของท่านแย่ลงเนื่องจากสาเหตุของการนอนหลับหรือไม่

☐ ไม่เลย ☐ เล็กน้อย ☐ ไม่มากไม่น้อย ☐ พอสมควร ☐ มากที่สุด

7. ตอนนี้ท่านมีความกังวลเกี่ยวกับปัญหาการนอนหลับมากน้อยแค่ไหน

☐ ไม่กังวลเลย ☐ เล็กน้อย ☐ ไม่มากไม่น้อย ☐ พอสมควร ☐ มากที่สุด

การทำงานช่วงกลางคืน — ปัญหาการนอนหลับ(โรคว้งนอนในตอนกลางวัน)

ธุรกิจ :

ชื่อ :

* หากว่ามีโรคที่เคยป่วยในอดีต จงระบุลงในช่องว่าง

*จงอ่านคำถาม ด้านล่างและจงทำสัญลักษณ์ V ในข้อที่เหมาะสมที่สุด

	ไม่จำเลย	จำงเล็กน้อย	จำง	จำงมาก
1. ตอนนั้งอ่านหนังสือ	<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. ตอนที่นั่งเงียบๆหลังทานอาหารกลางวัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ในขณะที่ขับรถและรอดคิดทำให้ต้องหยุดระยะหนึ่ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

การทำงานช่วงกลางคืน — ปัญหาการนอนหลับ(คุณภาพการนอนหลับ)

ธุรกิจ :

ชื่อ :

* หากว่ามีโรคที่เกยป่วยในอดีต จงระบุลงในช่องว่าง

* จงอ่านคำถาม ด้านล่างและจงทำสัญลักษณ์ V ในข้อที่เหมาะสมที่สุด

1-4. จงตอบคำถามแต่ละข้อที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับในระหว่างการทำงานตอนกลางคืนในระยะเวลาหนึ่งเดือนที่ผ่านมา

1. เข้านอนตอนกี่โมง? () โมง () นาฬิกา
2. นอนลงแล้วใช้เวลาานแค่ไหนถึงจะหลับ? () ชั่วโมง () นาฬิกา
3. ตื่นประมาณกี่โมง? () โมง () นาฬิกา
4. นอนวันละกี่ชั่วโมง? () ชั่วโมง () นาฬิกา

5. ในช่วงระยะเวลาหนึ่งเดือนที่ผ่านมาสาเหตุดังต่อไปนี้ที่มีผลในการนอนหลับยากหรือไม่และเป็นจำนวนเท่าไร

	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"/>
ตื่นขึ้นมาระหว่างนอนหลับ	<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 ☐ ไม่ดี ☐ ไม่ดีมาก

7. ในช่วงระยะเวลาหนึ่งเดือนที่ผ่านมา เพื่อการนอนหลับได้ทานยา (ยานอนหลับ) ในปริมาณเท่าไร

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

8. ในช่วงระยะเวลาหนึ่งเดือนที่ผ่านมาในขณะที่ทำกิจกรรมต่างๆหรือการทานอาหารหรือระหว่างขับรถแล้วเกิดอาการง่วงนอน

และการตื่นจากอาการง่วงนอนนั้นยากมีมากน้อยแค่ไหน

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

9. ในระหว่างหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ระหว่างการทำงานมีความยากลำบากมากน้อยแค่ไหน?

☐ ไม่ลำบากเลย ☐ ไม่ค่อยลำบาก ☐ ค่อนข้างลำบาก ☐ ลำบากมาก

การทำงานช่วงกลางคืน — โรคกระเพาะ

ชื่อธุรกิจ :

ชื่อ :

* หากว่ามีโรคที่เคยป่วยในอดีต จงระบุลงในช่องว่าง

* จงอ่านคำถาม ด้านล่างและจงทำสัญลักษณ์ V ในข้อที่เหมาะสมที่สุด

1. ในระยะเวลาสามเดือนที่ผ่านมา หลังจากทานอาหารในปริมาณของ 1 ที่รู้สึก อิ่มจนรู้สึกอึดอัดมากน้อยแค่ไหน
☐ ไม่เลย ☐ น้อยกว่า 1 วันต่อ 1 เดือน ☐ 1 วันต่อ 1 เดือน ☐ 2-3 วันต่อ 1 เดือน
☐ 1 วันต่อ 1 อาทิตย์ ☐ มากกว่า 2 วันต่อ 1 อาทิตย์ ☐ เกือบทุกวัน
2. หลังจากทานอาหารอื่น (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 1 อาทิตย์ ☐ มากกว่า 2 วันต่อ 1 อาทิตย์ ☐ 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 1 อาทิตย์ ☐ มากกว่า 2 วันต่อ 1 อาทิตย์ ☐ เกือบทุกวัน
6. อาการ ปวดในช่วงกลางท้อง (หรืออาการปวดแสบปวดร้อน (รู้สึกร้อนวูบวาบ) มีอาการนี้ก่อน 6 เดือนที่ผ่านมาใช่หรือไม่
☐ ไม่ ☐ ใช่

การทำงานช่วงกลางคืน — มะเร็งเต้านม

ชื่อธุรกิจ :

ชื่อ :

* หากว่ามีโรคที่เคยป่วยในอดีต จงระบุลงในช่องว่าง

* จงอ่านคำถาม ด้านล่างและจงทำสัญลักษณ์ V ในข้อที่เหมาะสมที่สุด

1. รอบการตรวจสอบของมะเร็งเต้านมที่แนะนำให้ตรวจของเกาหลีใต้มีดังต่อไปนี้ และท่านได้ดำเนินการตรวจให้ตรงกับช่วงอายุของท่านหรือไม่

- หลังอายุ 30 ปี: ตรวจด้วยตนเองทุกเดือน
 - หลังอายุ 35 ปี: พบแพทย์ทุกๆ 2 ปี
 - หลังอายุ 40 ปี: พบแพทย์และแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี

- ☐ ไม่เคยทำเลย

☐ เคยทำบ้างบางครั้ง

☐ ทำตามแทบทุกข้อ

2. จงเลือกหัวข้ออาการของท่านที่มีในขณะนี้

- ☐ สัมผัสเจอก้อนเนื้อ(ก้อน)ที่เต้านม

☐ มีของเหลวออกมาจากหัวนม

☐ เกิดการขุยหรือมีแผลที่หัวนม

☐ ไม่มีอาการ

3. ในระยะเวลาหนึ่งปีที่ผ่านมา ได้มีการตรวจด้วยคลื่นที่เต้านมหรือการถ่ายภาพที่เต้านมหรือไม่

- ☐ ไม่เคย ☐ เคย