

ภาคผนวก ง

แบบสอบถาม

คำชี้แจง

1. ขอรับรองว่าทุกคำตอบจะนำไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น โดยไม่มีผลกระทบต่อท่าน
 2. ขอให้ท่านตอบคำถามให้ครบทุกข้อและตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด
- โดยเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือ / ลงในช่องว่าง [] หน้าคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ID NO Site no Res no

หมวด a : ลักษณะประชากร

a 1 อายุปี

a 1

a 2 เพศ

a 2

[] 1. ชาย [] 2. หญิง

a 3 การศึกษาสูงสุด

a 3

[] 1. ประถมศึกษา [] 2. มัธยมศึกษา [] 3. ปวช.

[] 4. ปวส. [] 5.ปริญญาตรี [] 6. อื่นๆ(ระบุ)

a 4 อาชีพ

a 4

[] 1. ธุรกิจส่วนตัว [] 2. ลูกจ้าง [] 3. ข้าราชการ

[] 4. แม่บ้าน [] 5. นักเรียน นักศึกษา [] 6. อื่นๆ(ระบุ)

a 5 รายได้ (บาท/เดือน)

a 5

[] 1. ไม่มีรายได้ [] 2. < 5,000 [] 3. 5,000-10,000

[] 4. >10,000

หมวด b : ลักษณะที่พักอาศัย

- b 1 ท่านอาศัยอยู่ที่นี้มานานแค่ไหน
 [] 1. น้อยกว่า 6 เดือน [] 2. 1 – 5 ปี
 [] 3. 5-10 ปี [] 4. มากกว่า 10 ปี
- b 2 ท่านใช้ที่นี้เปิดเป็นสำนักงาน/ร้านค้า ด้วยใช่หรือไม่
 [] 1. ใช่ [] 2. ไม่ใช่ (ระบุ).....
- b 3 ลักษณะของที่พักที่นี้เป็นอย่างไร
 [] 1. บ้านห้องแถวเรือนไม้ [] 2. คอนโดฯ, อพาร์ทเมนต์
 [] 3. บ้านตึกแถว [] 4. อื่นๆ(ระบุ).....
- b 4 ลักษณะของตัวบ้านเป็นอย่างไร
 [] 1. บ้านปูน [] 2. บ้านไม้ [] 3. บ้านครึ่งปูนครึ่งไม้
 [] 4. อื่นๆ(ระบุ).....
- b 5 ที่พักอาศัยที่ท่านอยู่มีการติดตั้งเครื่องปรับอากาศหรือไม่
 [] 1. ไม่มีการติดตั้ง [] 2. ติดตั้งบางห้อง
 [] 3. ติดตั้งทุกห้อง [] 4. อื่นๆ.....
- b 6 ในเวลา 07.00-22.00 น. ท่านมักจะอาศัยอยู่ส่วนใดมากที่สุดของที่พักของท่าน
 [] 1. หน้าบ้าน [] 2. หลังบ้าน
 [] 3. ชั้นบน [] 4. อื่นๆ (ระบุ).....

หมวด c : เสียงและความรำคาญ

- c 1 การได้ยินของท่านเป็นอย่างไร
 [] 1. ไม่ชัดเจน [] 2. ชัดเจน
- c 2 ท่านมีความรู้สึกไวต่อเสียงอย่างไร
 [] 1. เล็กน้อย [] 2. ปานกลาง
 [] 3. มาก [] 4. มากที่สุด
- c 3 จากการตรวจรักษาของแพทย์ พบว่าท่านมีโรคประจำตัวใดบ้าง
 [] 1. ไม่มี [] 2. มี (ระบุ).....
- c 4 เสียงที่ท่านได้ยินมากที่สุดในที่นี้มาจากแหล่งไหน
 [] 1. ทั้งในและนอกบ้าน [] 2. นอกบ้าน

- c 5 ในที่ที่ท่านอาศัยอยู่นี้ เสียงประเภทใดที่ก่อให้เกิดความรำคาญต่อท่าน**มากที่สุด** c 5
- [] 1. การก่อสร้าง [] 2. การจราจรบนถนน [] 3. บาร์หรือดิสโกเธค
[] 4. เครื่องปรับอากาศภายในอาคาร [] 5. อื่นๆ (ระบุ).....
- c 6 ท่านคิดว่าเสียงที่ท่านได้ยินในที่นี้เป็นปัญหามลภาวะทางเสียงในระดับใด c 6
- [] 1. ไม่มีปัญหา [] 2. เล็กน้อย [] 3. ปานกลาง
[] 4. มาก [] 5. มากที่สุด
- c 7 ผลกระทบจากการจราจรบริเวณที่ท่านพักอาศัยอยู่นี้ ที่สร้างความรำคาญ **มากที่สุด** c 7
- ให้แก่ท่านในชีวิตประจำวัน คือเรื่องใด
- [] 1. เสียง [] 2. ฝุ่น,ควัน [] 3. กลิ่น
[] 4. อื่นๆ (ระบุ).....
- c 8 เสียงการจราจรในบริเวณที่ท่านพักอาศัยอยู่นี้สร้างความรำคาญให้แก่ท่านในระดับใด c 8
- [] 1. ไม่รำคาญ [] 2. รำคาญเล็กน้อย [] 3. รำคาญปานกลาง
[] 4. รำคาญมาก [] 5. รำคาญมากที่สุด
- c 9 ในช่วงเวลาใดที่เสียงการจราจรก่อให้เกิดความรำคาญต่อท่าน **มากที่สุด** c 9
- [] 1. 22.00-06.00 น. [] 2. 06.00-07.00 น.
[] 3. 07.00-18.00 น. [] 4. 18.00-22.00 น.
- c 10 ในช่วงวันใดของสัปดาห์ที่เสียงการจราจรก่อให้เกิดความรำคาญ **มากที่สุด** c 10
- [] 1. ทุกวัน [] 2. วันธรรมดา(จันทร์-ศุกร์)
[] 3. วันหยุด(เสาร์-อาทิตย์)
- c 11 ผลกระทบจากเสียงการจราจรที่รบกวนชีวิตประจำวันของท่านในเรื่องต่อไปนี้ c 11a
- ใช่หรือไม่
- 11.1 รบกวนการสื่อสาร สนทนา [] 1. ใช่ [] 2. ไม่ใช่ c 11a
- 11.2 รบกวนการทำงาน [] 1. ใช่ [] 2. ไม่ใช่ c 11b
- 11.3 รบกวนการพักผ่อน เช่น ดูหนัง ฟังเพลง [] 1. ใช่ [] 2. ไม่ใช่ c 11c
- 11.4 รบกวนการนอนหลับ [] 1. ใช่ [] 2. ไม่ใช่ c 11d
- c 12 ท่านมีการปรับตัวอย่างไรบ้างต่อเสียงการจราจรที่ก่อให้เกิดความรำคาญ (ตอบได้ c 12
- มากกว่า 1 ข้อ)
- [] 1. อาศัยอยู่แต่ในบ้าน [] 2. ปิดประตู, หน้าต่าง
[] 3. ใช้เครื่องอุดหูป้องกันเสียง (earplugs) [] 4. อื่นๆ (ระบุ).....

- c 13 ท่านเคยร้องเรียนต่อหน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับมลภาวะทางเสียงบ้างหรือไม่ c 13
 [] 1. ไม่เคยร้องเรียน [] 2. เคยร้องเรียน
- c 14 ท่านคิดว่าหน่วยงานที่รับผิดชอบสามารถแก้ไขปัญหาเสียงรบกวนจากการจราจร c 14
 ได้หรือไม่ เพราะเหตุใด
 [] 1. ไม่ได้ เพราะ.....
 [] 2. ได้ เพราะ.....
- c 15 ท่านคาดหวังให้ระดับเสียงการจราจรในบริเวณที่ท่านพักอาศัยอยู่ในที่นี้เป็นอย่างไร c 15
 [] 1. เหมือนเดิม [] 2. เบาลงกว่านี้
 [] 3. อื่นๆ (ระบุ).....
- c 16 ท่านทราบหรือไม่ว่าระดับเสียงที่ดัง จะมีผลต่อการทำลายภาวะสุขภาพของมนุษย์ c 16
 [] 1. ไม่ทราบ
 [] 2. ทราบ

หมวด d : แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต

ต่อไปนี้เป็นคำถามถึงสุขภาพโดยทั่วไปของท่าน ในระยะเวลา 2-3 สัปดาห์ที่ผ่านมา
 กรุณาตอบคำถามต่อไป นี้ โดยขีดเครื่องหมายถูกหน้าคำตอบที่ใกล้เคียงกับสภาพของท่าน
 ในปัจจุบันหรือในช่วง สองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมามากที่สุด โดยไม่รวมถึงปัญหาที่
 ท่านเคยมีในอดีต และกรุณาตอบคำถามทุกข้อ

ในระยะเวลาที่ผ่านมา นี้ ท่าน.....

- d 1 สามารถมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งที่กำลังทำอยู่ได้ d 1
 [] 0 ดีกว่าปกติ [] 0 เหมือนปกติ [] 1 น้อยกว่าปกติ [] 1 น้อยกว่าปกติมาก
- d 2 นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ d 2
 [] 0 ไม่เลย [] 0 ไม่มากกว่าปกติ [] 1 ค่อนข้างมากกว่าปกติ [] 1 มากกว่าปกติมาก
- d 3 รู้สึกว่าทำได้ตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่างๆ d 3
 [] 0 มากกว่าปกติ [] 0 เหมือนปกติ [] 1 น้อยกว่าปกติ [] 1 น้อยกว่าปกติมาก
- d 4 รู้สึกว่าสามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆได้ d 4
 [] 0 มากกว่าปกติ [] 0 เหมือนปกติ [] 1 น้อยกว่าปกติ [] 1 น้อยกว่าปกติมาก
- d 5 รู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา d 5
 [] 0 ไม่เลย [] 0 ไม่มากกว่าปกติ [] 1 ค่อนข้างมากกว่าปกติ [] 1 มากกว่าปกติมาก

- | | | | |
|-------|---|-------|--------------------------|
| d 6 | รู้สึกว่าจะไม่สามารถที่จะเอาชนะความยากลำบากต่างๆได้ | d 6 | <input type="checkbox"/> |
| [] 0 | ไม่เลย | [] 0 | ไม่มากกว่าปกติ |
| [] 1 | ค่อนข้างมากกว่าปกติ | [] 1 | มากกว่าปกติมาก |
| d 7 | สามารถมีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามปกติได้ | d 7 | <input type="checkbox"/> |
| [] 0 | มากกว่าปกติ | [] 0 | เหมือนปกติ |
| [] 1 | น้อยกว่าปกติ | [] 1 | น้อยกว่าปกติมาก |
| d 8 | สามารถที่จะเผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆของตัวเองได้ | d 8 | <input type="checkbox"/> |
| [] 0 | ดีกว่าปกติ | [] 0 | เหมือนปกติ |
| [] 1 | น้อยกว่าปกติ | [] 1 | น้อยกว่าปกติมาก |
| d 9 | รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง | d 9 | <input type="checkbox"/> |
| [] 0 | ไม่เลย | [] 0 | ไม่มากกว่าปกติ |
| [] 1 | ค่อนข้างมากกว่าปกติ | [] 1 | มากกว่าปกติมาก |
| d 10 | รู้สึกเสียความมั่นใจในตัวเองไป | d 10 | <input type="checkbox"/> |
| [] 0 | ไม่เลย | [] 0 | ไม่มากกว่าปกติ |
| [] 1 | ค่อนข้างมากกว่าปกติ | [] 1 | มากกว่าปกติมาก |
| d 11 | คิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า | d 11 | <input type="checkbox"/> |
| [] 0 | ไม่เลย | [] 0 | ไม่มากกว่าปกติ |
| [] 1 | ค่อนข้างมากกว่าปกติ | [] 1 | มากกว่าปกติมาก |
| d 12 | รู้สึกมีความสุขดี ตามสมควร เมื่อดูโดยรวมๆ | d 12 | <input type="checkbox"/> |
| [] 0 | มากกว่าปกติ | [] 0 | เท่าๆปกติ |
| [] 1 | น้อยกว่าปกติ | [] 1 | น้อยกว่าปกติมาก |

