

## แบบสัมภาษณ์ข้อมูลสุขภาพ อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของ

### กลุ่มทำตุ๊กตาจากหินทราย จังหวัด นครราชสีมา

.....ผู้สัมภาษณ์

เครื่องมือนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง

การสำรวจทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพและแรงงานนอกระบบในประเทศไทย

คำชี้แจงในการตอบแบบสัมภาษณ์

1. ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบ และกรอกข้อความลงบนเส้นประตามความเป็นจริง
2. แบบสอบถามมี 6 ส่วน จำนวน 11 หน้า แบ่งเป็น
  - ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล 13 ข้อ
  - ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ 4 ข้อ
  - ส่วนที่ 3 ความสามารถในการทำงาน 8 ข้อ
  - ส่วนที่ 4 ข้อมูลการประเมินสถานที่ทำงาน 16 ข้อ
  - ส่วนที่ 5 ประวัติการทำงาน 1 ข้อ
  - ส่วนที่ 6 ข้อมูลเฉพาะกลุ่มทำตุ๊กตาจากหินทราย 32 ข้อ

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลสุขภาพ อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของกลุ่มทำตุ๊กตาจากหินทราย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

|    |  | เฉพาะ<br>ผู้วิจัยกรอก |
|----|--|-----------------------|
| 1  | เพศ ( ) 1.ชาย ( ) 2.หญิง   | Q1.1                  |
| 2  | อายุ ..... ปี  | Q1.2                  |
| 3  | คุณจบการศึกษาสูงสุดในระดับใด (ไม่รวมระดับการศึกษาที่ยังไม่สำเร็จการศึกษา)<br>( ) 1.ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ( ) 2.มัธยมศึกษาตอนต้น ( ) 3.มัธยมศึกษาตอนปลาย<br>( ) 4.อาชีวศึกษาตอนต้น (ปวช) ( ) 5.อาชีวศึกษาตอนปลาย(ปวส) ( ) 6.อนุปริญญา<br>( ) 7.ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ( ) 8.สูงกว่าปริญญาตรี ( ) 9.ไม่ได้รับการศึกษา<br>( ) 10.อื่นๆ.....                     | Q1.3                  |
| 4  | สถานภาพการแต่งงาน<br>( ) 1.โสด ( ) 2.แต่งงาน ( ) 3.หม้าย ( ) 4.หย่า/แยกทาง/เลิกกัน   | Q1.4                  |
| 5  | สภาพการจ้างงาน<br>( ) 1.เจ้าของพื้นที่เพาะปลูก ( ) 2.ลูกจ้างรายเดือน ( ) 3.ลูกจ้างรายวัน<br>( ) 4.ลูกจ้างรายชั่วโมง ( ) 5.ลูกจ้างตามผลงาน ( ) 6.ลูกจ้างเหมาค่าแรง<br>( ) 7.ลูกจ้างบางช่วงเวลา ( ) 8.อื่นๆ.....   | Q1.5                  |
| 6  | คุณทำอาชีพทำตุ๊กตาจากหินทรายมา ..... ปี ..... เดือน จนถึงปัจจุบัน  | Q1.6                  |
| 7  | ลักษณะงานในการทำตุ๊กตาจากหินทรายของคุณคือ...<br>( ) 1.แกะสลัก ( ) 2.สกัดหิน ( ) 3.ต้อหิน   | Q1.7                  |
| 8  | ระยะเวลาทำงานโดยเฉลี่ย ..... ชั่วโมงต่อวัน ..... วันต่อสัปดาห์   | Q1.8                  |
| 9  | ปัจจุบันคุณสูบบุหรี่หรือไม่<br>( ) 1.ไม่เคยสูบ ( ) 2.เคยสูบ แต่เลิกได้แล้ว ..... ปี ..... เดือน<br>( ) 3.สูบบุหรี่ จำนวน.....มวน/วัน สูบมานาน.....ปี   | Q1.9                  |
| 10 | ปัจจุบันคุณดื่มสุรา เบียร์ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่<br>( ) 1.ไม่เคยดื่ม ( ) 2.เคยดื่ม แต่เลิกได้แล้ว ..... ปี ..... เดือน<br>( ) 3.ดื่มอยู่ ระบุประเภทเครื่องดื่ม..... ปริมาณ.....แก้ว/ครั้ง<br>ความถี่ในการดื่ม ( ) 1.น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ ( ) 2.ดื่มอยู่ 2-3 ครั้ง/สัปดาห์<br>( ) 3.ดื่มอยู่มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ ( ) 4.อื่น ๆ ระบุ..... | Q1.10                 |
| 11 | คุณคิดว่าคุณนอนหลับพักผ่อนเพียงพอหรือไม่<br>( ) 1.เพียงพอ โปรดระบุ ..... ชั่วโมง/วัน ( ) 2.ไม่เพียงพอ โปรดระบุ ..... ชั่วโมง/วัน   | Q1.11                 |
| 12 | คุณออกกำลังกายเป็นประจำโดยเฉลี่ย 3 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละอย่างน้อย 30 นาที<br>( ) 1.ทำเป็นประจำ ( ) 2.บางครั้ง ( ) 3.ไม่เคยเลย  | Q1.12                 |

|    |  |       |
|----|--|-------|
| 13 | <p>เมื่อมีความเครียด คุณสามารถผ่อนคลายหรือมีวิธีการจัดการกับความเครียดได้หรือไม่</p> <p>( ) 1.ทำเป็นประจำ ( ) 2.บางครั้ง ( ) 3.ไม่ได้เลย</p> <p>โปรดระบุวิธีการจัดการความเครียด.....</p> | Q1.13 |
|----|--|-------|

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ

|   |  | เฉพาะผู้วิจัยกรอก |
|---|--|-------------------|
| 1 | <p>ปัจจุบันคุณมีโรคประจำตัวหรือไม่</p> <p>( ) 1.ไม่มี ( ) 2.มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p>( ) 1.หอบหืด ( ) 2.ภูมิแพ้ เช่น แพ้ฝุ่นละออง อากาศ อาหาร ละอองเกสร ฯลฯ</p> <p>( ) 3.เบาหวาน ( ) 4.ความดันโลหิตสูง</p> <p>( ) 5.โรคหัวใจ ( ) 6.มะเร็ง</p> <p>( ) 7.ทาลาสซีเมีย ( ) 8.อื่น ๆ ระบุ.....</p> | Q2.1              |

### 2. ความผิดปกติทางระบบโครงกระดูกและกล้ามเนื้อ

โปรดกาเครื่องหมาย  ลงในข้อที่คุณต้องการตอบทุกช่วงที่มีอาการ

| 7 วันที่ผ่านมา   | 8 วันถึง 3 เดือนที่ผ่านมา   | ในช่วง 4 เดือน ที่ผ่านมา  |
|--|---|---|
| คุณมีอาการผิดปกติต่างๆ (เช่น ปวด ชา หรือ อ่อนแรง) เกิดขึ้นที่บริเวณเหล่านี้หรือไม่ | คุณมีอาการผิดปกติต่างๆ (เช่น ปวด ชา หรืออ่อนแรง) เกิดขึ้นที่บริเวณเหล่านี้หรือไม่ | ความผิดปกติที่เกิดขึ้นในส่วนต่างๆ มีผลกระทบต่อสมรรถนะการทำงานหรือรบกวนการดำรงชีวิตของ |
| 1.1 คอ<br>( ) 1.ไม่มี ( ) 2.มี   | 1.2 คอ<br>( ) 1.ไม่มี ( ) 2.มี  | 1.3 คอ<br>( ) 1.ไม่ใช้ ( ) 2.ใช่  |
| 2.1 ไหล่<br>( ) 1.ไม่มี ( )<br>2.มี(ขวา)<br>( ) 3.มี(ซ้าย) ( )<br>4.มี(สองข้าง)    | 2.2 ไหล่<br>( ) 1.ไม่มี ( )<br>2.มี(ขวา)<br>( ) 3.มี(ซ้าย) ( )<br>4.มี(สองข้าง)   | 2.3 ไหล่<br>( ) 1.ไม่ใช้ ( ) 2.ใช่  |
| 3.1 ข้อศอก<br>( ) 1.ไม่มี ( )<br>2.มี(ขวา)<br>( ) 3.มี(ซ้าย) ( )<br>4.มี(สองข้าง)  | 3.2 ข้อศอก<br>( ) 1.ไม่มี ( )<br>2.มี(ขวา)<br>( ) 3.มี(ซ้าย) ( )<br>4.มี(สองข้าง) | 3.3 ข้อศอก<br>( ) 1.ไม่ใช้ ( ) 2.ใช่  |
| 4.1 ข้อมือ/มือ<br>( ) 1.ไม่มี ( )<br>2.มี(ขวา)                                     | 4.2 ข้อมือ/มือ<br>( ) 1.ไม่มี ( )<br>2.มี(ขวา)                                    | 4.3 ข้อมือ/มือ<br>( ) 1.ไม่ใช้ ( ) 2.ใช่  |



|                                     |            |            |          |   |              |         |                       |
|-------------------------------------|------------|------------|----------|---|--------------|---------|-----------------------|
| 3. ผิวหนังเป็นลมพิษ                 |            |            |          |   |              |         | Q2.3.3                |
| 4. ผิวหนังแห้งและแตกเป็นแผล         |            |            |          |   |              |         | Q2.3.4                |
| 5. มีคุ่มน้ำใสและคัน                |            |            |          |   |              |         | Q2.3.5                |
| 6. เจ็บหน้าอก                       |            |            |          |   |              |         | Q2.3.6                |
| 7. มีไข้ต่ำ ๆ ช่วงบ่าย หรือเย็น     |            |            |          |   |              |         | Q2.3.7                |
| 8. เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด          |            |            |          |   |              |         | Q2.3.8                |
| 9. ปวดตาบ่อย ๆ                      |            |            |          |   |              |         | Q2.3.9                |
| 10. มองเห็นไม่ชัด                   |            |            |          |   |              |         | Q2.3.10               |
| 11. ความสามารถในการได้ยินลดลง       |            |            |          |   |              |         | Q2.3.11               |
| 12. ปวดศีรษะบ่อย ๆ                  |            |            |          |   |              |         | Q2.3.12               |
| ปัญหาสุขภาพ                         | การประเมิน |            |          | ถ้าเคยมีอาการ<br>เมื่อไปอยู่ในพื้นที่ทำงาน<br>คุณมีอาการอย่างไร |              |         | เฉพาะ<br>ผู้วิจัยกรอก |
|                                     | 1.ประจำ    | 2.บางครั้ง | 3.ไม่เลย | 4.ดีขึ้น  | 5.เหมือนเดิม | 6.แย่ลง |                       |
| 13. วิงเวียน หรือมึนงงบ่อย ๆ        |            |            |          |   |              |         | Q2.3.13               |
| 14. แขน ขา อ่อนแรง                  |            |            |          |   |              |         | Q2.3.14               |
| 15. ท้องอืดบ่อย อาหารไม่ย่อย        |            |            |          |   |              |         | Q2.3.15               |
| 16. ปัสสาวะบ่อยกว่าปกติ             |            |            |          |   |              |         | Q2.3.16               |
| 17. ตัวเหลือง ตาเหลือง              |            |            |          |   |              |         | Q2.3.17               |
| 18. ระคายเคืองตา/ตาแดง/น้ำตาไหล     |            |            |          |   |              |         | Q2.3.18               |
| 19. แ่น้ำจมูก คัดจมูก น้ำมูกไหล     |            |            |          |   |              |         | Q2.3.19               |
| 20. ไอ / ไอ มีเสมหะ                 |            |            |          |   |              |         | Q2.3.20               |
| 21. หายใจไม่อิ่ม / แน่นหน้าอก       |            |            |          |   |              |         | Q2.3.21               |
| 22. หายใจมีเสียงดังหวีด             |            |            |          |   |              |         | Q2.3.22               |
| 23. ภาวะซึมเศร้า                    |            |            |          |   |              |         | Q2.3.23               |
| 24. อาการผิดปกติอื่น ๆ<br>ระบุ..... |            |            |          |   |              |         | Q2.3.24               |

4. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คุณได้รับอุบัติเหตุขณะทำงานต่อไปนี้หรือไม่ โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ให้ตรงกับความเป็นจริง

| อุบัติเหตุ        | การประเมิน |            |          |              | เฉพาะ<br>ผู้วิจัยกรอก |
|-------------------|------------|------------|----------|--------------|-----------------------|
|                   | 1.ประจำ    | 2.บางครั้ง | 3.ไม่เลย | จำนวน(ครั้ง) |                       |
| 1. ของมีคม/มีดบาด |            |            |          |              | Q2.4.1                |

|  |  |  |  |  |        |
|--|--|--|--|--|--------|
| 2. ตกจากที่สูง   |  |  |  |  | Q2.4.2 |
| 3. ไฟฟ้าดูด/ช็อต                                       |  |  |  |  | Q2.4.3 |
| 4. ลื่นล้ม   |  |  |  |  | Q2.4.4 |
| 5. สารเคมี/สารปราบศัตรูพืช<br>กระเด็นเข้าตา/โดนร่างกาย |  |  |  |  | Q2.4.5 |
| 6. อุบัติเหตุอื่นๆ<br>ระบุ.....                        |  |  |  |  | Q2.4.6 |

### ส่วนที่ 3 ความสามารถในการทำงาน

โปรดกาเครื่องหมาย  $\checkmark$  ให้ตรงกับความเป็นจริง

เฉพาะ  
ผู้วิจัยกรอก

|   |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |
|---|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|
| 1 | <p>คุณคิดว่าความสามารถในการทำงานของคุณในปัจจุบันนี้เป็นอย่างไร โดยเปรียบเทียบกับระดับความสามารถในการทำงานที่คุณเคยมีสูงสุด ตลอดช่วงการทำงานที่ผ่านมา (โปรดวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่คุณเลือก)</p> <p style="text-align: center;">0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>ไม่มีความสามารถ <span style="float: right;">สามารถสูงสุด</span></p> |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Q3.1 |
|   |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |
| 2 | <p>คุณคิดว่าความสามารถในการทำงานที่ต้องใช้แรงกายของคุณ ปัจจุบันนี้อยู่ในระดับใด</p> <p>( ) 1. ดีมาก                      ( ) 2. ค่อนข้างดี                      ( ) 3. ปานกลาง</p> <p>( ) 4. ไม่ค่อยดี                      ( ) 5. ไม่ดีเลย</p>  | Q3.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |
| 3 | <p>ความสามารถในการทำงานของคุณปัจจุบันเป็นอย่างไร</p> <p>( ) 1. สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติของร่างกายหรืออาการเจ็บป่วยใดๆ</p> <p>( ) 2. สามารถทำงานได้ตามปกติ แต่มีอาการผิดปกติของร่างกายหรืออาการเจ็บป่วยเป็นบางครั้ง</p> <p>( ) 3. สามารถทำงานได้ลดลง หรือต้องเปลี่ยนวิธีการทำงานเป็นบางครั้ง เนื่องจากปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วย</p> <p>( ) 4. สามารถทำงานได้บางเวลา (ไม่สามารถรับงานประจำได้) เนื่องจากปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วย</p> <p>( ) 5. ไม่สามารถทำงานได้อีกต่อไป เนื่องจากปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วย</p>   | Q3.3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |
| 4 | <p>ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา คุณต้องหยุดงาน เนื่องจากปัญหาสุขภาพ/การเจ็บป่วย หรือหยุดเพื่อไปปรับการรักษา รวมทั้งสิ้นกี่วัน (ไม่นับการลาคลอดบุตร)</p> <p>( ) 1. ไม่เคยหยุดเลย                      ( ) 2. 1 – 9 วัน                      ( ) 3. 10 – 24 วัน</p> <p>( ) 4. 25 – 99 วัน                      ( ) 5. 100 – 365 วัน</p>   | Q3.4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |
| 5 | <p>ประเมินจากสภาวะสุขภาพของคุณในปัจจุบัน คุณคิดว่าในอีก 2 ปีข้างหน้า คุณจะสามารถทำงานที่ทำอยู่ปัจจุบันนี้ได้หรือไม่ อย่างไร</p> <p>( ) 1. ทำได้เหมือนเดิมแน่นอน                      ( ) 2. ไม่ค่อยแน่ใจว่าจะทำได้เหมือนเดิมหรือไม่</p>  | Q3.5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |

|   |  |      |
|---|--|------|
|   | ( ) 3.ทำไม่ได้ดีเหมือนเดิมแน่นอน   |      |
| 6 | ปัจจุบันนี้คุณมีความสุขกับงานและการดำเนินชีวิตมากน้อยแค่ไหน<br>( ) 1.มาก ( ) 2.ค่อนข้างมาก ( ) 3.ปานกลาง<br>( ) 4.ไม่ค่อยมี ( ) 5.ไม่มีเลย                                       | Q3.6 |
| 7 | ปัจจุบันคุณยังคง กระตือรือร้นและตื่นตื้นกับงานและการดำเนินชีวิตมากน้อยแค่ไหน<br>( ) 1.เป็นประจำสม่ำเสมอ ( ) 2.ค่อนข้างบ่อย ( ) 3.เป็นบางครั้ง<br>( ) 4.นานๆครั้ง ( ) 5.ไม่เคยเลย | Q3.7 |
| 8 | ปัจจุบันคุณยังรู้สึกว่าคุณยังคงเต็มเปี่ยมไปด้วยความหวัง<br>( ) 1.ตลอดเวลา ( ) 2.ค่อนข้างบ่อย ( ) 3.เป็นบางครั้ง<br>( ) 4.นานๆครั้ง ( ) 5.ไม่เคยเลย                               | Q3.8 |

#### ส่วนที่ 4 ข้อมูลการประเมินพื้นที่ทำงาน

ใน 3 เดือนที่ผ่านมา พื้นที่ทำงานของคุณมีลักษณะอย่างไร

โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ให้ตรงกับเรื่องนั้น ๆ ตามสภาพความเป็นจริง

| พื้นที่ทำงาน/ สภาพการทำงาน   | การประเมิน |            |          |                 | เฉพาะผู้วิจัยกรอก |
|--|------------|------------|----------|-----------------|-------------------|
|  | 1.ประจำ    | 2.บางครั้ง | 3.ไม่เคย | 4.ไม่เกี่ยวข้อง |                   |
| 1. เสียงดังจนพูดคุยกันไม่รู้เรื่อง   |            |            |          |                 | Q4.1              |
| 2. มีแหล่งแพร่กระจายของพาหะนำโรค เช่น เศษอาหารหรือขยะตกค้างในบริเวณที่ทำงาน / ยางรถยนต์ / กะลามะพร้าว / ถังน้ำ |            |            |          |                 | Q4.2              |
| 3. มีพาหะนำโรค เช่น หนู แมลงวัน แมลงสาบ แมลงหวี่ ยุง หรือสิ่งขับถ่ายของพาหะนำโรคในบริเวณที่ทำงาน               |            |            |          |                 | Q4.3              |
| 4. ต้องเคลื่อนย้ายวัสดุที่หนักเกิน 20 กิโลกรัม โดยการยกขึ้น ยกลง ผลัก ดึง ลาก                                  |            |            |          |                 | Q4.4              |
| 5. ใช้นิ้วมือ มือ แขน ทำงานซ้ำๆตลอดเวลาในท่า ที่ไม่เป็นธรรมชาติ เช่น บิดมือ                                    |            |            |          |                 | Q4.5              |
| 6. ใช้นิ้วมือ หรือมือ ออกแรงจับเครื่องมือ เช่น เครื่องเจียร เครื่องตัด   |            |            |          |                 | Q4.6              |
| 7. ต้องบิด เอี้ยวลำตัว หรือโค้ง ไค้งขณะนั่งหรือยืนทำงานเป็นส่วนใหญ่  |            |            |          |                 | Q4.7              |
| 8. ใช้เครื่องมือที่มีความสั่นสะเทือน เช่น เครื่องเจาะ  |            |            |          |                 | Q4.8              |
| 9. นั่งหรือยืนบนเครื่องจักรที่มีความสั่นสะเทือน  |            |            |          |                 | Q4.9              |
| 10. นั่งทำงานบนเก้าอี้เป็นเวลาส่วนใหญ่โดยไม่ค่อยได้เคลื่อนไหวร่างกาย   |            |            |          |                 | Q4.10             |
| 11. นั่งทำงานบนพื้นเป็นเวลาส่วนใหญ่โดยไม่ค่อยได้เคลื่อนไหวร่างกาย  |            |            |          |                 | Q4.11             |
| 12. นั่งยองๆ ทำงานเป็นเวลาส่วนใหญ่   |            |            |          |                 | Q4.12             |
| 13. ยืนทำงานเป็นเวลาส่วนใหญ่โดยไม่ค่อยได้เคลื่อนไหวร่างกาย   |            |            |          |                 | Q4.13             |

|   |  |  |  |  |       |
|---|--|--|--|--|-------|
| 14. พื้นทางเดินลื่น หรืออาจทำให้สะดุดหกล้มได้   |  |  |  |  | Q4.14 |
| 15. ทำงานเสี่ยงต่อการตกจากที่สูง หรือทำงาน ในที่สูงกว่า 4 เมตร โดยไม่มีเข็มขัดนิรภัยกันตก |  |  |  |  | Q4.15 |
| 16. ทำงานในที่ที่อาจมีวัสดุสิ่งของ ตก หล่น ทับได้   |  |  |  |  | Q4.16 |

### ส่วนที่ 5 ประวัติการทำงาน

1. ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา คุณเคยทำงานอะไรมาบ้าง (อาชีพหลัก/อาชีพเสริม) โปรดอธิบาย

| งาน | ลักษณะงาน | ช่วงเวลาที่ทำงาน<br>(เดือนใด/ช่วงใด) | จำนวนชั่วโมงที่ทำงาน<br>(ชั่วโมง/สัปดาห์) | สถานที่ทำงาน<br>(ฟาร์ม, นา, บริษัท, เหมือง, อื่นๆ) |
|-----|-----------|--------------------------------------|---|--|
|     |           |                                      |   |  |
|     |           |                                      |   |  |
|     |           |                                      |   |  |
|     |           |                                      |   |  |
|     |           |                                      |   |  |



ส่วนที่ 6 ข้อมูลเฉพาะกลุ่มทำตุ๊กตาจากหินทราย  
โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ให้ตรงกับความเป็นจริง

เฉพาะ  
ผู้วิจัยกรอก

|   |  |      |
|---|--|------|
| 1 | <p>เมื่อคุณเจ็บป่วย/ บาดเจ็บ จากการทำงาน คุณทำอะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p>( ) 1.ซื้อยากินเองหรือดูแลตัวเอง ( ) 2.รักษาด้วยแพทย์แผนโบราณ</p> <p>( ) 3.รักษาที่โรงพยาบาล เอกชน ( ) 4.รักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด</p> <p>( ) 5.รักษาที่โรงพยาบาลอำเภอ ( ) 6.รักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/อนามัย</p> <p>( ) 7.ปล่อยให้หายเอง ( ) 8.อื่นๆ ระบุ.....</p> | Q6.1 |
| 2 | <p>เมื่อคุณเจ็บป่วย/ บาดเจ็บ จากการทำงาน คุณใช้สิทธิ์การรักษาแบบใด</p> <p>( ) 1. 30 บาทรักษาทุกโรค / บัตรทอง ( ) 2.ประกันสังคม</p> <p>( ) 3.ข้าราชการ ( ) 4.ประกันสุขภาพ เอกชน</p> <p>( ) 5.อื่นๆ ระบุ.....</p>  | Q6.2 |
| 3 | <p>ใน 3 เดือนที่ผ่านมา คุณได้หยุดงาน เนื่องจากการเจ็บป่วย/ บาดเจ็บจากการทำงานหรือไม่</p> <p>( ) 1.ไม่ใช่ (ข้ามไปตอบข้อ 5) ( ) 2.ใช่</p> <p>ถ้าใช่เป็นระยะเวลา .....วัน.....เดือน</p>   | Q6.3 |
| 4 | <p>ใน 3 เดือนที่ผ่านมา คุณต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายต่อไปนี้ เนื่องจากการเจ็บป่วย/ บาดเจ็บจากการทำงานหรือไม่</p> <p>( ) 1.ค่ารักษาพยาบาล ..... บาท</p> <p>( ) 2.ค่าเดินทาง .....บาท</p> <p>( ) 3.สูญเสียรายได้จากการหยุดงาน ..... บาท</p>   | Q6.4 |
| 5 | <p>ใน 1 ปีที่ผ่านมา คุณได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีหรือไม่</p> <p>( ) 1.ไม่ใช่ ( ) 2.ใช่</p>   | Q6.5 |
| 6 | <p>คุณเคยตรวจสมรรถภาพปอดหรือไม่</p> <p>( ) 1.ไม่เคย ( ) 2.เคย</p>  | Q6.6 |

|    |   |       |
|----|---|-------|
|    | ถ้าเคยตรวจผล คือ ( ) 2.1ปกติ ( ) 2.2.ผิดปกติ ระบุ.....  |       |
| 7  | คุณเคยเอ็กซเรย์ปอดหรือไม่<br>( ) 1.ไม่เคย ( ) 2.เคย<br>ถ้าเคยตรวจผล คือ ( ) 2.1ปกติ ( ) 2.2.ผิดปกติ ระบุ.....   | Q6.7  |
| 8  | คุณทราบหรือไม่ว่าฝุ่นหินทรายทำให้เกิดโรคได้<br>( ) 1.ไม่ทราบ ( ) 2.ทราบ (ระบุชื่อโรค).....  | Q6.8  |
| 9  | สภาพแวดล้อมในการทำงานและการป้องกันการสัมผัสฝุ่นหินทราย ณ<br>จุดที่ทำงานมีการระบายอากาศแบบใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)<br>( ) 1.ไม่มี (ข้ามไปทำข้อ 11) ( ) 2.มีพัดลมดูดอากาศออกด้านนอก ( ) 3.พัดลมเป่าตัว<br>( ) 4. ระบบดูดอากาศเฉพาะที่ (ปล่องหรือท่อลมดูดอากาศติดตั้งอยู่กับเครื่องมือ)<br>( ) 5.อื่นๆ โปรดระบุ..... | Q6.9  |
| 10 | ระบบระบายอากาศที่มีอยู่มีประสิทธิภาพหรือไม่<br>( ) 1.มี ( ) 2.ไม่มี ระบุ.....   | Q6.10 |
| 11 | คุณใช้หน้ากากป้องกันการหายใจเอาฝุ่นหินทรายเข้าไปหรือไม่<br>( ) 1.ไม่ใช้ ( ) 2.ใช้หน้ากากผ้า<br>( ) 3.ใช้หน้ากากกระดาษ ( ) 4.ใช้หน้ากากป้องกันระบบหายใจ เช่น N95<br>( ) 5.อื่นๆ เช่น ใช้เสื้อ, ผ้าขาม้าหรือผ้าฝืนปิดจมูก โปรดระบุ.....   | Q6.11 |
| 12 | คุณใช้หน้ากากป้องกันการหายใจเอาฝุ่นหินทรายเข้าไปตลอดระยะเวลาที่ทำงานสัมผัสฝุ่นทรายหรือไม่<br>( ) 1.ใช้ตลอดเวลา ( ) 2.ใช้บางครั้ง ( ) 3.ไม่ใช้เลย  | Q6.12 |
| 13 | คุณใส่ถุงมือขณะที่ทำงานหรือไม่<br>( ) 1.ไม่ใช้ ( ) 2.ใส่ถุงมือผ้า<br>( ) 3.ใส่ถุงมือหนัง ( ) 4.อื่นๆ ระบุ.....  | Q6.13 |
| 14 | คุณใส่ถุงมือตลอดระยะเวลาที่ทำงานหรือไม่<br>( ) 1.ใช้ตลอดเวลา ( ) 2.ใช้บางครั้ง ( ) 3.ไม่ใช้เลย  | Q6.14 |
| 15 | คุณใช้อุปกรณ์ป้องกันการเกิดเสียงดังในขณะที่ทำงานหรือไม่<br>( ) 1.ไม่ใช้ ( ) 2.ใช้ที่อุดหู<br>( ) 3.ใช้ที่ครอบหู ( ) 4.อื่นๆ ระบุ.....   | Q6.15 |
| 16 | คุณใช้อุปกรณ์ป้องกันการเกิดเสียงดังตลอดระยะเวลาที่ทำงานหรือไม่<br>( ) 1.ใช้ตลอดเวลา ( ) 2.ใช้บางครั้ง ( ) 3.ไม่ใช้เลย   | Q6.16 |
| 17 | คุณใส่แว่นตาป้องกันการกระเด็นของเศษหินขณะทำงานหรือไม่<br>( ) 1.ไม่ใช้ ( ) 2.ใช้   | Q6.17 |
| 18 | คุณใส่แว่นตาป้องกันการกระเด็นของเศษหินตลอดเวลาทำงานหรือไม่<br>( ) 1.ใช้ตลอดเวลา ( ) 2.ใช้บางครั้ง ( ) 3.ไม่ใช้เลย   | Q6.18 |
| 19 | คุณใส่รองเท้ากันภัยขณะทำงานหรือไม่<br>( ) 1.ไม่ใช้ ( ) 2.ใช้  | Q6.19 |

|    |  |       |
|----|--|-------|
| 20 | คุณใส่รองเท้านิรภัยขณะทำงานหรือไม่<br>( ) 1. ใช้ตลอดเวลา ( ) 2. ใช้บางครั้ง ( ) 3. ไม่ใช้เลย   | Q6.20 |
| 21 | คุณมีการทำความสะอาดอุปกรณ์ที่ใช้ป้องกันการหกล้ม/เปลี่ยนแผ่นกรองฝุ่น บ่อยเพียงไร<br>( ) 1. ไม่มี ( ) 2. มี สัปดาห์ละ.....ครั้ง โดย.....   | Q6.21 |
| 22 | คุณมีการทำความสะอาดอุปกรณ์ที่ใช้ป้องกันการเกิดเสียงดังบ่อยเพียงไร<br>( ) 1. ไม่มี ( ) 2. มี สัปดาห์ละ.....ครั้ง โดย.....   | Q6.22 |
| 23 | คุณมีการทำความสะอาดอุปกรณ์ที่ใช้ป้องกันป้องกันการกระเด็นของเศษหินบ่อยเพียงไร<br>( ) 1. ไม่มี ( ) 2. มี สัปดาห์ละ.....ครั้ง โดย.....  | Q6.23 |
| 24 | คุณมีการทำความสะอาดรองเท้านิรภัยบ่อยเพียงไร<br>( ) 1. ไม่มี ( ) 2. มี สัปดาห์ละ.....ครั้ง โดย.....   | Q6.24 |
| 25 | คุณอาบน้ำหรือทำความสะอาดร่างกายก่อนออกจากที่ทำงานหรือไม่<br>( ) 1. อาบทุกครั้ง ( ) 2. อาบบางครั้ง ( ) 3. ไม่อาบเลย   | Q6.25 |
| 26 | คุณเปลี่ยนเสื้อผ้า/รองเท้าก่อนออกจากที่ทำงานหรือไม่<br>( ) 1. เปลี่ยนทุกครั้ง ( ) 2. เปลี่ยนบางครั้ง ( ) 3. ไม่เปลี่ยนเลย  | Q6.26 |
| 27 | คุณใช้เครื่องมือต่อไปนี้ในการทำตุ๊กตาหินทรายหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)<br>( ) 1. ค้อน ( ) 2. เครื่องขัดไฟฟ้า ( ) 3. กระจกทราย<br>( ) 4. ส้อมมือ ( ) 5. ส้อมที่ใช้พลังงานลม ( ) 6. ส้อมที่ใช้พลังงานไฟฟ้า<br>( ) 7. เลื่อยที่ใช้พลังงานลม ( ) 8. เลื่อยที่ใช้พลังงานไฟฟ้า ( ) 9. สว่านที่ใช้พลังงานลม<br>( ) 10. สว่านที่ใช้พลังงานไฟฟ้า ( ) 11. อื่นๆ ระบุ..... | Q6.27 |
| 28 | ใน 3 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยได้รับบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือหรือเครื่องจักรในการทำงานหรือไม่<br>( ) 1. ไม่เคย ( ) 2. เคย โปรดอธิบาย.....   | Q6.28 |
| 29 | คุณสามารถปรับสถานีงาน เพื่อให้ท่าทางทำงานของคุณอยู่ในท่าที่ถูกต้อง (แขนอยู่ระดับเดียวกับข้อศอก/ไม่เอื้อมสูง) หรือไม่<br>( ) 1. ปรับได้ทุกครั้งที่ ( ) 2. ปรับได้บางครั้ง ( ) 3. ปรับไม่ได้เลย  | Q6.29 |
| 30 | คุณเป็นโรคต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)<br>( ) 1. ไม่เป็น ( ) 2. วัณโรค ( ) 3. ปอดฝุ่นทราย (ซิลิโคสิส)<br>( ) 4. ไต ( ) 5. ถุงลมโป่งพอง<br>( ) 6. รูมาตอยด์ ( ) 7. แพ้ภูมิตัวเอง (SLE)   | Q6.30 |
| 31 | ขณะที่คุณต้องรีบเร่งในการเดินทางราบ/เดินขึ้นเนิน คุณรู้สึกเหนื่อยหรือหายใจถี่ หรือไม่<br>( ) 1. ใช่ ( ) 2. ไม่ใช่  | Q6.31 |
| 32 | คุณเดินช้ากว่าคนอื่นที่อายุเท่าคุณหรือไม่ (สาเหตุเนื่องจากระบบทางเดินหายใจ)<br>( ) 1. ใช่ ( ) 2. ไม่ใช่  | Q6.32 |

