

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลสุขภาพ อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของ

กลุ่มทำสวนยางพารา จังหวัดสงขลา

.....ผู้สัมภาษณ์

เครื่องมือนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง

การสำรวจทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพและแรงงานนอกระบบในประเทศไทย

คำชี้แจงในการตอบแบบสัมภาษณ์

1. ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบ และกรอกข้อความลงบนเส้นประตามความเป็นจริง
2. แบบสอบถามมี 6 ส่วน จำนวน 13 หน้า แบ่งเป็น
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล 13 ข้อ
 - ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ 4 ข้อ
 - ส่วนที่ 3 ความสามารถในการทำงาน 8 ข้อ
 - ส่วนที่ 4 ข้อมูลการประเมินสถานที่ทำงาน 18 ข้อ
 - ส่วนที่ 5 ประวัติการทำงาน 1 ข้อ
 - ส่วนที่ 6 ข้อมูลเฉพาะกลุ่มทำสวนยางพารา 21 ข้อ

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลสุขภาพ อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานกลุ่มทำสวนยางพารา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

		เฉพาะ ผู้วิจัยกรอก
1	เพศ () 1.ชาย () 2.หญิง	Q1.1
2	อายุ ปี	Q1.2
3	คุณจบการศึกษาสูงสุดในระดับใด (ไม่รวมระดับการศึกษาที่ยังไม่สำเร็จการศึกษา) () 1.ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า () 2.มัธยมศึกษาตอนต้น () 3.มัธยมศึกษาตอนปลาย () 4.อาชีวศึกษาตอนต้น (ปวช) () 5.อาชีวศึกษาตอนปลาย(ปวส) () 6.อนุปริญญา () 7.ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า () 8.สูงกว่าปริญญาตรี () 9.ไม่ได้รับการศึกษา () 10.อื่นๆ.....	Q1.3
4	สถานภาพการแต่งงาน () 1.โสด () 2.แต่งงาน () 3.หม้าย () 4.หย่า/แยกทาง/เลิกกัน	Q1.4
5	สภาพการจ้างงาน () 1.เจ้าของสวนยาง () 2.ลูกจ้างรายเดือน () 3.ลูกจ้างรายวัน () 4.ลูกจ้างรายชั่วโมง () 5.ลูกจ้างตามผลงาน () 6.ลูกจ้างเหมาค่าแรง () 7.ลูกจ้างบางช่วงเวลา () 8.อื่นๆ.....	Q1.5
6	คุณทำสวนยางพารามา ปี เดือน จนถึงปัจจุบัน	Q1.6
7	อาชีพหลักของคุณคือกรีดยางหรือไม่ () 1.ใช่ () 2.ไม่ใช่	Q1.7
8	ระยะเวลาทำงานโดยเฉลี่ย ชั่วโมงต่อวัน วันต่อสัปดาห์ ช่วงเวลากการทำงาน เริ่ม..... น. ถึง	Q1.8
9	ปัจจุบันคุณสูบบุหรี่หรือไม่ () 1.ไม่เคยสูบ () 2.เคยสูบ แต่เลิกได้แล้ว ปี เดือน () 3.สูบบุหรี่ จำนวน.....มวน/วัน สูบมานาน.....ปี	Q1.9
10	ปัจจุบันคุณดื่มสุรา เบียร์ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่ () 1.ไม่เคยดื่ม () 2.เคยดื่ม แต่เลิกได้แล้ว ปี เดือน () 3.ดื่มอยู่ ระบุประเภทเครื่องดื่ม..... ปริมาณ.....แก้ว/ครั้ง ความถี่ในการดื่ม () 1.น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ () 2.ดื่มอยู่ 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ () 3.ดื่มอยู่มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ () 4.อื่น ๆ ระบุ.....	Q1.10
11	คุณคิดว่าคุณนอนหลับพักผ่อนเพียงพอหรือไม่ () 1.เพียงพอ โปรดระบุ ชั่วโมง/วัน () 2.ไม่เพียงพอ โปรดระบุ ชั่วโมง/วัน	Q1.11
12	คุณออกกำลังกายเป็นประจำโดยเฉลี่ย 3 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละอย่างน้อย 30 นาที () 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 () 1.ไม่มี () 2.มี	1.2 คอ () 1.ไม่มี () 2.มี	1.3 คอ () 1.ไม่ใช้ () 2.ใช่
2.1 ไหล่ () 1.ไม่มี () 2.มี(ขวา) () 3.มี(ซ้าย) () 4.มี(สองข้าง)	2.2 ไหล่ () 1.ไม่มี () 2.มี(ขวา) () 3.มี(ซ้าย) () 4.มี(สองข้าง)	2.3 ไหล่ () 1.ไม่ใช้ () 2.ใช่
3.1 ข้อศอก () 1.ไม่มี () 2.มี(ขวา) () 3.มี(ซ้าย) () 4.มี(สองข้าง)	3.2 ข้อศอก () 1.ไม่มี () 2.มี(ขวา) () 3.มี(ซ้าย) () 4.มี(สองข้าง)	3.3 ข้อศอก () 1.ไม่ใช้ () 2.ใช่
4.1 ข้อมือ/มือ () 1.ไม่มี () 2.มี(ขวา)	4.2 ข้อมือ/มือ () 1.ไม่มี () 2.มี(ขวา)	4.3 ข้อมือ/มือ () 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 เมื่อไปอยู่ในพื้นที่ทำงาน คุณมีอาการอย่างไร			เฉพาะ 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 ระบุ.....							Q2.3.24

4. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คุณได้รับอุบัติเหตุขณะทำงานต่อไปนี้หรือไม่ โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ให้ตรงกับความเป็นจริง

อุบัติเหตุ	การประเมิน				เฉพาะ 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 กระเด็นเข้าตา/โดนร่างกาย					Q2.4.5
6. อุบัติเหตุอื่นๆ 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> <p style="text-align: center;"> ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- </p> <p>ไม่มีความสามารถ สามารถสูงสุด</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 () 1.มาก () 2.ค่อนข้างมาก () 3.ปานกลาง () 4.ไม่ค่อยมี () 5.ไม่มีเลย	Q3.6
7	ปัจจุบันคุณยังคง กระตือรือร้นและตื่นตื้นกับงานและการดำเนินชีวิตมากน้อยแค่ไหน () 1.เป็นประจำสม่ำเสมอ () 2.ค่อนข้างบ่อย () 3.เป็นบางครั้ง () 4.นานๆครั้ง () 5.ไม่เคยเลย	Q3.7
8	ปัจจุบันคุณยังรู้สึกว่าคุณยังคงเต็มเปี่ยมไปด้วยความหวัง () 1.ตลอดเวลา () 2.ค่อนข้างบ่อย () 3.เป็นบางครั้ง () 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 มีดกรีดยาง					Q4.6
7. ต้องบิด เอี้ยวลำตัว หรือโค้ง ไ้้งขณะนั่งหรือยืนทำงานเป็นส่วนใหญ่					Q4.7
8. ใช้เครื่องมือที่มีความสั่นสะเทือน					Q4.8
9. นั่งหรือยืนบนเครื่องจักรที่มีความสั่นสะเทือน					Q4.9
10. นั่งทำงานบนเก้าอี้เป็นเวลาส่วนใหญ่โดยไม่ค่อยได้เคลื่อนไหวร่างกาย					Q4.10
11. นั่งทำงานบนพื้นเป็นเวลาส่วนใหญ่โดยไม่ค่อยได้เคลื่อนไหวร่างกาย					Q4.11
12. นั่งยองๆ ทำงานเป็นเวลาส่วนใหญ่					Q4.12
13. ยืนทำงานเป็นเวลาส่วนใหญ่โดยไม่ค่อยได้เคลื่อนไหวร่างกาย					Q4.13

ส่วนที่ 6 ข้อมูลเฉพาะกลุ่มทำสวนยางพารา

โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ให้ตรงกับความเป็นจริง

		เฉพาะ ผู้วิจัยกรอก
1	<p>เมื่อคุณเจ็บป่วย/ บาดเจ็บ จากการทำงาน คุณทำอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ และเรียงลำดับ 1-3)</p> <p>() 1.ซื้อยากินเองหรือดูแลตัวเอง () 2.ปล่อยให้หายเอง</p> <p>() 3.รักษาด้วยแพทย์แผนโบราณ () 4.รักษาที่โรงพยาบาล เอกชน</p> <p>() 5.รักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด () 6.รักษาที่โรงพยาบาลอำเภอ</p> <p>() 7.รักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชน</p> <p>() 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.ประกันสุขภาพเอกชน</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>ถ้าใช่เป็นระยะเวลาวัน.....เดือน</p>	Q6.3
4	<p>ใน 3 เดือนที่ผ่านมา คุณต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายต่อไปนี้ เนื่องจากการเจ็บป่วย/ บาดเจ็บจากการทำงานหรือไม่</p> <p>() 1.ค่ารักษาพยาบาล บาท</p> <p>() 2.ค่าเดินทางบาท</p> <p>() 3.สูญเสียรายได้จากการหยุดงาน บาท</p>	Q6.4
5	<p>ใน 1 ปีที่ผ่านมา คุณได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีหรือไม่</p> <p>() 1.ใช่ () 2.ไม่ใช่</p>	Q6.5
6	<p>คุณทำงานในพื้นที่เดียวหรือหลายพื้นที่</p> <p>() 1.พื้นที่เดียว () 2.หลายพื้นที่ ระบุ ที่</p>	Q6.6
7	<p>พื้นที่ที่คุณทำงาน (รวมทุกพื้นที่ทำงาน) ประมาณไร่</p>	Q6.7

8	คุณต้องทำงานในที่เปลี่ยวหรือไม่ () 1.ใช่ () 2.ไม่ใช่	Q6.8
9	ใน 3 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยถูกสัตว์มีพิษทำอันตราย ขณะทำงานเดินทางไปกลับทำงาน จนเกิดการบาดเจ็บอย่างรุนแรงหรือไม่ () 1.ใช่ () 2.ไม่ใช่ 9.1 ในกรณีที่ คุณเคยถูกสัตว์มีพิษทำอันตราย คุณได้รับการรักษาอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) () 1.ซื้อยากินเองหรือดูแลตัวเอง () 2.ปล่อยให้หายเอง () 3.รักษาด้วยแพทย์แผนโบราณ () 4.รักษาที่โรงพยาบาล เอกชน () 5.รักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด () 6.รักษาที่โรงพยาบาลอำเภอ () 7.รักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชน () 8.อื่นๆ ระบุ.....	Q6.9 Q6.9.1
10	คุณทำหน้าที่กรีดยางหรือไม่ () 1.ใช่ () 2.ไม่ใช่	Q6.10
11	คุณขายน้ำยางที่ได้จากการกรีดยางในสวนของคุณหรือไม่ () 1.ใช่ () 2.ไม่ใช่	Q6.11
12	คุณขายแผ่นยางที่ได้จากสวนของคุณหรือไม่ () 1.ใช่ () 2.ไม่ใช่	Q6.12
13	คุณทำแผ่นยางด้วยตนเองหรือไม่ () 1.ใช่ () 2.ไม่ใช่	Q6.13
14	คุณใช้เครื่องมือต่อไปนี้ ในการทำสวนยางพาราหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) () 1.มีดกรีดยาง () 2.มีดตัดหญ้า () 3.กรรไกรตัดกิ่ง () 4.เครื่องปั่นน้ำยาง () 5.อุปกรณ์วัดความหนาแน่น (Hydrometer) () 6.ตะแกรงลวด () 7.ตะกวงหรือถาดอะลูมิเนียม () 8.เครื่องรีดแผ่นยางชนิดมือ () 9.เครื่องรีดแผ่นยางชนิดไฟฟ้า () 10.อื่นๆ ระบุ.....	Q6.14
15	ใน 3 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยได้รับบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือหรือเครื่องจักรในการทำงานหรือไม่ () 1.ไม่เคย () 2.เคย โปรดอธิบาย.....	Q6.15
16	คุณใช้สารเคมีต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) () 1.ไม่ใช่ () 2.แอมโมเนีย () 3.โซเดียมซัลเฟต () 4.ฟอร์มาลีน () 5.กรดน้ำส้ม (กรดอะซิติก) () 6.กรดมด (กรดฟอร์มิก)	Q6.16
17	คุณทำแผ่นยางให้แห้งได้อย่างไร () 1.พื้น () 2.ถ่าน () 3.แสงแดด () 4.อื่นๆ ระบุ.....	Q6.17

18. คุณใช้สารปราบศัตรูพืชหรือไม่

โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ให้ตรงกับความเป็นจริง ในแต่ละฤดูกาลและใช้ตัวเลือกต่อไปนี้ในการตอบคำถาม และนำตัวเลขหน้าคำตอบที่เลือกไปเติมลงในช่องว่าง

จำนวนครั้งในการลงพื้นที่ในแต่ละเดือน (ใช้เป็นตัวเลือกในการตอบข้อ 1)

- (1) ไม่เคย (2) 1 – 3 ครั้ง/เดือน (3) 1 วัน/สัปดาห์
(4) 2 – 3 วัน/สัปดาห์ (5) 4 – 7 วัน/สัปดาห์

ความถี่ในการใช้สารปราบศัตรูพืช (ใช้เป็นตัวเลือกในการตอบข้อ 2.1, 3.1, 4.1)

- (1) 2 – 4 ครั้ง/ฤดูกาล(ปี) (2) 1 ครั้ง/เดือน (3) 2 – 4 ครั้ง/เดือน
(4) 1 ครั้ง/สัปดาห์ (5) 1 – 4 ครั้ง/สัปดาห์ (6) 5 – 7 ครั้ง/สัปดาห์

วิธีใช้สารปราบศัตรูพืช (ใช้เป็นตัวเลือกในการตอบข้อ 2.2, 3.2, 4.2)

- (1) ใช้ถึงสะพานหลังในการฉีดพ่น (2) ใช้รถฉีดพ่น (3) ใช้ถังตัก/รด/เท
(4) ใช้เรือฉีดพ่น (5) ใช้มือหยิบ/ตัก (6) ใช้แช่เมล็ดพันธุ์
(7) อื่นๆ ระบุ.....

อุปกรณ์ป้องกัน (ใช้เป็นตัวเลือกในการตอบข้อ 2.3, 3.3, 4.3)

- (0) ไม่ใช่ (1) กางเกงขายาว (2) เสื้อแขนยาว
(3) รองเท้าบู๊ท (4) ถุงมือยาง (5) ถุงมือผ้า/คอตตอน
(6) หมวกปิดศีรษะและหน้า (7) ผ้าปิดจมูกหรือปาก (8) หน้ากากกระดาษที่ใช้แล้วทิ้ง
(9) แว่น/ หน้ากาก (10) อื่นๆ ระบุ.....

	ฤดูกาล	เฉพาะ ผู้วิจัยกรอก
ขั้นตอนการทำสวนยางพารา		
1. คุณใช้เวลาลงพื้นที่ในการดูแลสวนยางพาราบ่อยแค่ไหน		Q6.18.1
2. คุณใช้สารฆ่าแมลงระหว่างทำสวนยางพาราหรือไม่ (1.ใช่/ 2.ไม่ใช่)		Q6.18.2
2.1 คุณใช้สารฆ่าแมลงบ่อยแค่ไหน		Q6.18.2.1
2.2 คุณใช้สารฆ่าแมลงด้วยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		Q6.18.2.2
2.3 ขณะใช้สารฆ่าแมลง คุณใช้อุปกรณ์ป้องกันอะไรบ้าง		Q6.18.2.3
3. คุณใช้สารกำจัดวัชพืชระหว่างทำสวนยางพาราหรือไม่ (1.ใช่/ 2.ไม่ใช่)		Q6.18.3

3.1	คุณใช้สารกำจัดวัชพืชบ่อยแค่ไหน			Q6.18.3.1
3.2	คุณใช้สารกำจัดวัชพืชด้วยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			Q6.18.3.2
3.3	ขณะใช้สารกำจัดวัชพืช คุณใช้อุปกรณ์ป้องกันอะไรบ้าง			Q6.18.3.3
4.	คุณใช้สารฆ่าเชื้อราระหว่างทำสวนยางพาราหรือไม่ (1.ใช่/ 2.ไม่ใช่)			Q6.18.4
4.1	คุณใช้สารฆ่าเชื้อราบ่อยแค่ไหน			Q6.18.4.1
4.2	คุณใช้สารฆ่าเชื้อราด้วยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			Q6.18.4.2
4.3	ขณะใช้สารฆ่าเชื้อรา คุณใช้อุปกรณ์ป้องกันอะไรบ้าง			Q6.18.4.3

19	<p>ปัจจุบันคุณใช้สารมีเคมีทางการเกษตรใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p>สารฆ่าแมลง</p> <p>() 1. โพลีเทค () 2. คาราเต้ () 3. อาทาบรอน () 4. มาร์แชล</p> <p>() 5. เอส 85 () 6. พาแคน () 7. ลอร์สเบน () 8. กระรัต</p> <p>() 9. ไอค้ำ () 10. ไมทราส () 11. ฟอร์เบ็ค () 12. ฟุราดาน</p> <p>() 13. อื่นๆ ระบุ.....</p> <p>สารกำจัดวัชพืช</p> <p>() 14. โนมินี () 15. หมาแดง () 16. กรั่มม็อกโซน () 17. ช้างแดง</p> <p>() 18. เอ็คโค () 19. โสแมแดง () 20. มาร์โค โฟร์-ดี () 21. คาราโซน</p> <p>() 22. ไกลโฟเซท () 23. นาการ์ด () 24. แม็กไรซ์ () 25. เอชโซนัค 95</p> <p>() 26. อามีทรีน 80 () 27. ซุปเปอร์ซีน 90 () 28. อะลาคลอร์ () 29. คาราเอสเตอร์</p> <p>() 30. เรด โรคอฟ () 31. ไดบุรอน 80 () 32. คาราเอมีน () 33. มาร์เก็ต</p> <p>() 34. อื่นๆ ระบุ.....</p> <p>สารฆ่าเชื้อรา</p> <p>() 35. ซุปเปอร์โกล () 36. ออติวา () 37. สกอร์ () 38. อมิस्ता</p> <p>() 39. อามูเร่ () 40. แมนแซท () 41. ฟิงกูราน () 42. ฟาร์ล</p> <p>() 43. อื่นๆ ระบุ.....</p>	Q6.19
----	--	-------

20. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวขณะทำงาน

โปรดกาเครื่องหมาย ให้ตรงกับความเป็นจริง

พฤติกรรมการปฏิบัติตัวขณะทำงาน	การประเมิน			เฉพาะผู้วิจัยกรอก
	1.	2. บางค	3.	

	ทุกครั้ง	ึ่ง	ไม่เคย	
1. ก่อนการใช้สารเคมีขวดใหม่ คุณอ่านฉลากที่ภาชนะบรรจุ หรือไม่				Q6.20.1
2. ขณะฉีดพ่นคุณสูบบุหรี่/ยาเส้นหรือไม่				Q6.20.2
3. ขณะฉีดพ่นคุณรับประทานอาหาร/ดื่มน้ำ หรือเครื่องดื่มอื่นๆ หรือไม่				Q6.20.3
4. เมื่อเสื้อผ้าเปียกชุ่มสารเคมี คุณอาบน้ำหรือล้างผิวหนังที่สัมผัสสารเคมีทันทีหรือไม่				Q6.20.4
5. คุณล้างมือทุกครั้งก่อนรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำหรือไม่				Q6.20.5
6. หลังการฉีดพ่นคุณเปลี่ยนเสื้อผ้าที่เปื้อนสารเคมีทันทีหรือไม่				Q6.20.6
7. คุณอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายหลังฉีดพ่นทันทีหรือไม่				Q6.20.7
8. คุณแยกซักเสื้อผ้าที่ปนเปื้อนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชกับเสื้อผ้าอื่นหรือไม่				Q6.20.8

21. ข้อมูลการความเจ็บป่วยหรือการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช
ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาคุณมีอาการผิดปกติหลังจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมนี้หรือไม่
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้ารายการที่มีอาการผิดปกติหลังจากการใช้สารเคมีลงในตารางด้านล่างนี้

อาการ	การประเมิน			เฉพาะ ผู้วิจัยกรอก
	1.เป็นประจำ	2.บางครั้ง	3.ไม่มี	
1. เวียนศีรษะ				Q6.21.1
2. เหนื่อยออก				Q6.21.2
3. อាកาธา				Q6.21.3
4. น้ำลายไหล				Q6.21.4
5. ตาพร่ามัว				Q6.21.5
6. คลื่นไส้อาเจียน				Q6.21.6
7. เป็นตะคริว				Q6.21.7
8. เดินโซเซ				Q6.21.8
9. หมดสติ				Q6.21.9
10. ซึมเศร้า				Q6.21.10