

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลสุขภาพ อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของ

กลุ่มทำกรงนก จังหวัด สงขลา

.....ผู้สัมภาษณ์

เครื่องมือนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง

การสำรวจทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพและแรงงานนอกระบบใ
นประเทศไทย

คำชี้แจงในการตอบแบบสัมภาษณ์

1. ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบ และกรอกข้อความลงบนเส้นประตามความเป็นจริง
2. แบบสอบถามมี 6 ส่วน จำนวน 15 หน้า แบ่งเป็น
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล 12 ข้อ
 - ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ 4 ข้อ
 - ส่วนที่ 3 ความสามารถในการทำงาน 8 ข้อ
 - ส่วนที่ 4 ข้อมูลการประเมินสถานที่ทำงาน 17 ข้อ
 - ส่วนที่ 5 ประวัติการทำงาน 1 ข้อ
 - ส่วนที่ 6 ข้อมูลเฉพาะกลุ่มทำกรงนก แบ่งเป็น 3 กลุ่ม
 1. กลุ่มผลิตหัวกรงนก 26 ข้อ
 2. กลุ่มผลิตตัวกรงนก 20 ข้อ
 3. กลุ่มผลิตตะขอแขวน 19 ข้อ

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลสุขภาพ อาชีวนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของกลุ่มทำกรงนก

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.เจ้าของกิจการ () 2.ลูกจ้างรายเดือน () 3.ลูกจ้างรายวัน () 4.ลูกจ้างรายชั่วโมง () 5.ลูกจ้างตามผลงาน () 6.ลูกจ้างเหมาค่าแรง () 7.ลูกจ้างบางช่วงเวลา () 8.อื่นๆ.....	Q1.5
6	คุณทำอาชีพทำกรงนกมา ปี เดือน จนถึงปัจจุบัน	Q1.6
7	ระยะเวลาทำงานโดยเฉลี่ย ชั่วโมงต่อวัน วันต่อสัปดาห์	Q1.7
8	ปัจจุบันคุณสูบบุหรี่หรือไม่ () 1.ไม่เคยสูบบุหรี่ () 2.เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกได้แล้ว ปี เดือน () 3.สูบบุหรี่ จำนวน.....มวน/วัน สูบมานาน.....ปี	Q1.8
9	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.....	Q1.9
10	คุณคิดว่าคุณนอนหลับพักผ่อนเพียงพอหรือไม่ () 1.เพียงพอ โปรครระบุ ชั่วโมง/วัน () 2.ไม่เพียงพอ โปรครระบุ ชั่วโมง/วัน	Q1.10
11	คุณออกกำลังกายเป็นประจำโดยเฉลี่ย 3 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละอย่างน้อย 30 นาที () 1.ทำเป็นประจำ () 2.บางครั้ง () 3.ไม่เคยเลย	Q1.11

12	<p>เมื่อมีความเครียด คุณสามารถผ่อนคลายหรือมีวิธีการจัดการกับความเครียดได้หรือไม่</p> <p>() 1.ทำเป็นประจำ () 2.บางครั้ง () 3.ไม่ได้เลย</p> <p>โปรดระบุวิธีการจัดการความเครียด.....</p>	Q1.12
----	--	-------

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ

เฉพาะ
ผู้วิจัยกรอก

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. ความผิดปกติทางระบบโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อ

โปรดกาเครื่องหมาย ลงในข้อที่คุณต้องการตอบทุกช่วงที่มีอาการ

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

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
13. วิงเวียน หรือมีงงบ่อย ๆ							Q2.3.13
14. แขน ขา อ่อนแรง							Q2.3.14
15. ท้องอืดบ่อย อาหารไม่ย่อย							Q2.3.15
ปัญหาสุขภาพ	การประเมิน			ถ้าเคยมีอาการ เมื่อไปอยู่ในพื้นที่ทำงาน คุณมีอาการอย่างไร			เฉพาะ ผู้วิจัยกรอก
	1.ประจำ	2.บางครั้ง	3.ไม่เลย	4.ดีขึ้น	5.เหมือนเดิม	6.แย่ลง	
16. ปัสสาวะบ่อยกว่าปกติ							Q2.3.16
17. ตัวเหลือง ตาเหลือง							Q2.3.17
18. ระคายเคืองตา/ตาแดง/น้ำตาไหล							Q2.3.18
19. แขนงมูก 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

5	ประเมินจากสภาวะสุขภาพของคุณในปัจจุบัน คุณคิดว่าในอีก 2 ปีข้างหน้า คุณจะสามารถทำงานที่ทำอยู่ปัจจุบันนี้ได้หรือไม่ อย่างไร () 1.ทำได้เหมือนเดิมแน่นอน () 2.ไม่ค่อยแน่ใจว่าจะทำได้เหมือนเดิมหรือไม่ () 3.ทำไม่ได้ดีเหมือนเดิมแน่นอน	Q3.5
6	ปัจจุบันนี้คุณมีความสุขกับงานและการดำเนินชีวิตมากน้อยแค่ไหน () 1.มาก () 2.ค่อนข้างมาก () 3.ปานกลาง () 4.ไม่ค่อยมี () 5.ไม่มีเลย	Q3.6
7	ปัจจุบันคุณยังคง กระจือหรือร้อนและตื่นตื้นกับงานและการดำเนินชีวิตมากน้อยแค่ไหน () 1.เป็นประจำสม่ำเสมอ () 2.ค่อนข้างบ่อย () 3.เป็นบางครั้ง () 4.นานๆครั้ง () 5.ไม่เคยเลย	Q3.7
8	ปัจจุบันคุณยังรู้สึกว่าคุณอายุยังเต็มเปี่ยมไปด้วยความหวัง () 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				เฉพาะ ผู้วิจัยกรอก
	1.ประจำ	2.บางครั้ง	3.ไม่เลย	4.ไม่เกี่ยวข้อง	
1. เสียงดังจนพูดคุยกันไม่รู้เรื่อง					Q4.1
2. มีแหล่งแพร่กระจายของพาหะนำโรค เช่น เศษอาหารหรือขยะตกค้างในบริเวณที่ทำงาน / ยางรถยนต์ / ภาชนะบรรจุ / 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 เครื่องพ่น รถไถมือ กรรไกรตัดกิ่ง					Q4.6
7. ต้องบิด เอี้ยวลำตัว หรือโค้ง ไถ้งขณะนั่งหรือยืนทำงานเป็นส่วนใหญ่					Q4.7
8. ใช้เครื่องมือที่มีความสั่นสะเทือน เช่น รถไถ					Q4.8
9. นั่งหรือยืนบนเครื่องจักรที่มีความสั่นสะเทือน เช่น รถไถ รถเกี่ยวข้าว					Q4.9

ส่วนที่ 6 ข้อมูลเฉพาะกลุ่มทำกรงนก

โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ให้ตรงกับความเป็นจริง

กลุ่มผลิตหัวกรงนก (หากไม่ใช่โปรดข้าม)

		เฉพาะ ผู้วิจัยกรอก
1	<p>เมื่อคุณเจ็บป่วย/ บาดเจ็บ จากการทำงาน คุณทำอะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ และเรียงลำดับ 1-3)</p> <p>() 1.ซื้อยามกินเองหรือดูแลตัวเอง () 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 คุณใช้วิธีการรักษาแบบใด</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	ใน 1 ปีที่ผ่านมา คุณได้รับการตรวจสอบสภาพประจำปีหรือไม่ () 1. ไม่ใช่ () 2. ใช่	Q6.5
6	คุณเคยตรวจสอบสมรรถภาพปอดหรือไม่ () 1. ไม่เคย () 2. เคย ถ้าเคยตรวจผล คือ () 2.1 ปกติ () 2.2. ผิดปกติ ระบุ.....	Q6.6
7	คุณเคยเอ็กซเรย์ปอดหรือไม่ () 1. ไม่เคย () 2. เคย ถ้าเคยตรวจผล คือ () 2.1 ปกติ () 2.2. ผิดปกติ ระบุ.....	Q6.7
8	คุณทราบหรือไม่ว่าฝุ่นจากไม้ทำให้เกิดโรคได้ () 1. ไม่ทราบ () 2. ทราบ (ระบุชื่อโรค).....	Q6.8
9	สภาพแวดล้อมในการทำงานและการป้องกันการสัมผัสฝุ่นไม้ ณ จุดที่ทำงานมีการระบายอากาศแบบใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) () 1. ไม่มี (ข้ามไปทำข้อ 11) () 2. มีพัดลมดูดอากาศออกด้านนอก () 3. พัดลมเป่าตัว () 4. ระบบดูดอากาศเฉพาะที่ (ปล่องหรือท่อลมดูดอากาศติดตั้งอยู่กับเครื่องมือ) () 5. อื่นๆ โปรดระบุ.....	Q6.9
10	ระบบระบายอากาศที่มีอยู่ยังสามารถทำงานได้ปกติหรือไม่ () 1. ได้ () 2. ไม่ได้ โปรดระบุ.....	Q6.10
11	คุณใช้หน้ากากป้องกันการหายใจเอาฝุ่นไม้เข้าไปหรือไม่ () 1. ไม่ใช่ () 2. ใช้หน้ากากผ้า () 3. ใช้หน้ากากกระดาษ () 4. ใช้หน้ากากป้องกันระบบหายใจ เช่น N95 () 5. อื่นๆ เช่น ใ้เสื้อ, ผ้าขาวม้าหรือผ้าพันปิดจมูก ระบุ.....	Q6.11
12	คุณใช้หน้ากากป้องกันการหายใจเอาฝุ่นไม้เข้าไปตลอดเวลาที่ทำงานสัมผัสฝุ่นไม้หรือไม่ () 1. ใช่ตลอดเวลา () 2. ใช่บางครั้ง () 3. ไม่ใช่เลย	Q6.12
13	คุณใส่ถุงมือขณะทำงานหรือไม่ () 1. ไม่ใช่ () 2. ใส่ถุงมือผ้า () 3. อื่นๆ ระบุ.....	Q6.13
14	คุณใส่ถุงมือตลอดเวลาที่ทำงานหรือไม่ () 1. ใช่ตลอดเวลา () 2. ใช่บางครั้ง () 3. ไม่ใช่เลย	Q6.14
15	คุณใช้อุปกรณ์ป้องกันการเกิดเสียงดังในขณะที่ทำงานหรือไม่ () 1. ไม่ใช่ () 2. ใช้ที่อุดหู () 3. ใช้ที่ครอบหู () 4. อื่นๆ ระบุ.....	Q6.15
16	คุณใช้อุปกรณ์ป้องกันการเกิดเสียงดังตลอดเวลาที่ทำงานหรือไม่ () 1. ใช่ตลอดเวลา () 2. ใช่บางครั้ง () 3. ไม่ใช่เลย	Q6.16
17	คุณใส่แว่นตาขณะทำงานหรือไม่ () 1. ใช่ตลอดเวลา () 2. ใช่บางครั้ง () 3. ไม่ใช่เลย	Q6.17

18	คุณมีการทำความสะอาดอุปกรณ์ที่ใช้ป้องกันการหายใจ/เปลี่ยนแผ่นกรองฝุ่น บ่อยเพียงไร () 1. ไม่มี () 2. มี สัปดาห์ละ.....ครั้ง โดย.....	Q6.18
19	คุณใช้เครื่องมือต่อไปนี้ในการทำหัตถกรงนกหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) () 1. ค้อน () 2. ขวาน () 3. กระจกทราย () 4. เครื่องขัดไฟฟ้า () 5. สิวมือ () 6. สิวที่ใช้พลังงานลม () 7. สิวที่ใช้พลังงานไฟฟ้า () 8. เลื่อยที่ใช้พลังงานลม () 9. เลื่อยที่ใช้พลังงานไฟฟ้า () 10. sawanที่ใช้พลังงานลม () 11. sawanที่ใช้พลังงานไฟฟ้า () 12. เครื่องกลึง () 13. อื่นๆ ระบุ.....	Q6.19
20	ใน 3 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยได้รับบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือหรือเครื่องจักรในการทำงานหรือไม่ () 1. ไม่เคย () 2. เคย โปรดอธิบาย.....	Q6.20
21	ลักษณะงานของคุณมีการใช้สารเคมีหรือไม่ () 1. ไม่มี (ข้ามไปทำข้อ 24) () 2. มี ระบุ.....	Q6.21
22	คุณใช้หน้ากากป้องกันการหายใจเอาสารเคมีเข้าไปหรือไม่ () 1. ไม่ใช่ () 2. ใช้หน้ากากผ้า () 3. ใช้หน้ากากกระดาษ () 4. ใช้หน้ากากป้องกันระบบหายใจ เช่น N95 () 5. อื่นๆ เช่น ใช้เสื้อ, ผ้าขาวม้าหรือผ้าผืนปิดจมูก ระบุ.....	Q6.22
23	คุณใช้หน้ากากป้องกันการหายใจเอาไอระเหยสารเคมีเข้าไปตลอดเวลาที่ทำงานสัมผัสกับสารเคมีหรือไม่ () 1. ใช้ตลอดเวลา () 2. ใช้บางครั้ง () 3. ไม่ใช่เลย	Q6.23
24	คุณอาบน้ำหรือทำความสะอาดร่างกายก่อนออกจากที่ทำงานหรือไม่ () 1. อาบทุกครั้ง () 2. อาบบางครั้ง () 3. ไม่อาบเลย	Q6.24
25	คุณสามารถปรับสถานที่ทำงาน เพื่อให้ท่าทางทำงานของคุณอยู่ในท่าที่ถูกต้อง (แขนอยู่ระดับเดียวกับข้อศอก/ ไม่เอื้อมสูง) หรือไม่ () 1. ปรับได้ทุกครั้ง () 2. ปรับได้บางครั้ง () 3. ปรับไม่ได้เลย	Q6.25
26	คุณเป็นโรคต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) () 1. ไม่เป็น () 2. วัณโรค () 3. ระบบทางเดินหายใจ () 4. ไต () 5. ถุงลมโป่งพอง () 6. รูมาตอยด์ () 7. แพ้ภูมิตัวเอง (SLE)	Q6.26

กลุ่มผลิตตัวกรงนก (หากไม่ใช่โปรดข้าม)

		เฉพาะ ผู้วิจัยกรอก
1	<p>เมื่อคุณเจ็บป่วย/ บาดเจ็บ จากการทำงาน คุณทำอะไร (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 คุณใช้วิธีการรักษาแบบใด</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>	Q6.5

	() 1. ไม่ใช่ () 2. ใช่	
6	คุณเคยตรวจสมรรถภาพปอดหรือไม่ () 1. ไม่เคย () 2. เคย ถ้าเคยตรวจผล คือ () 2.1 ปกติ () 2.2. ผิดปกติ ระบุ.....	Q6.6
7	คุณเคยเอ็กซเรย์ปอดหรือไม่ () 1. ไม่เคย () 2. เคย ถ้าเคยตรวจผล คือ () 2.1 ปกติ () 2.2. ผิดปกติ ระบุ.....	Q6.7
8	คุณทราบหรือไม่ว่าฝุ่นจากไม้ทำให้เกิดโรคได้ () 1. ไม่ทราบ () 2. ทราบ (ระบุชื่อโรค).....	Q6.8
9	คุณใช้หน้ากากป้องกันการหายใจเอาฝุ่นไม้เข้าไปหรือไม่ () 1. ไม่ใช่ () 2. ใช้หน้ากากผ้า () 3. ใช้หน้ากากกระดาษ () 4. ใช้หน้ากากป้องกันระบบหายใจ เช่น N95 () 5. อื่นๆ เช่น ใช้เสื้อ, ผ้าขาม้าหรือผ้าพันปิดจมูก ระบุ.....	Q6.9
10	คุณใช้หน้ากากป้องกันการหายใจเอาฝุ่นไม้เข้าไปตลอดเวลาที่ทำงานหรือไม่ () 1. ใช้ตลอดเวลา () 2. ใช้บางครั้ง () 3. ไม่ใช่เลย	Q6.10
11	คุณมีการทำความสะอาดอุปกรณ์ที่ใช้ป้องกันการหายใจ/เปลี่ยนแผ่นกรองฝุ่น บ่อยเพียงไร () 1. ไม่มี () 2. มี สัปดาห์ละ.....ครั้ง โดย.....	Q6.11
12	คุณใส่ถุงมือขณะทำงานหรือไม่ () 1. ไม่ใช่ () 2. ใช้ถุงมือผ้า () 3. อื่นๆ ระบุ.....	Q6.12
13	คุณใส่ถุงมือตลอดเวลาที่ทำงานหรือไม่ () 1. ใช้ตลอดเวลา () 2. ใช้บางครั้ง () 3. ไม่ใช่เลย	Q6.13
14	คุณใช้เครื่องมือต่อไปนี้ในการส่วนของกรงนกหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) () 1. มีด () 2. มีดดอก () 3. แป้นชัก () 4. เลื่อยฉลุ () 5. กระดาษทราย () 6. เครื่องขัดไฟฟ้า () 7. สิวมือ () 8. สิวที่ใช้พลังงานลม () 9. สิวที่ใช้พลังงานไฟฟ้า () 10. เลื่อยที่ใช้พลังงานลม () 11. เลื่อยที่ใช้พลังงานไฟฟ้า () 12. สว่านที่ใช้พลังงานลม () 13. สว่านที่ใช้พลังงานไฟฟ้า () อื่นๆ ระบุ.....	Q6.14
15	ใน 3 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยได้รับบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือหรือเครื่องจักรในการทำงานหรือไม่ () ไม่เคย () เคย โปรดอธิบาย.....	Q6.15
16	ลักษณะงานของคุณมีการใช้สารเคมีหรือไม่ () 1. ไม่มี (ข้ามไปทำข้อ 19) () 2. มี ระบุ.....	Q6.16
17	คุณใช้หน้ากากป้องกันการหายใจเอาสารเคมีเข้าไปหรือไม่ () 1. ไม่ใช่ () 2. ใช้หน้ากากผ้า	Q6.17

	() 3. ใช้หน้ากากกระดาษ () 4. ใช้หน้ากากป้องกันระบบหายใจ เช่น N95 () 5. อื่นๆ เช่น ใช้เสื้อ, ผ้าขาม้าหรือผ้าฝ้ายปิดจมูก ระบุ.....	
18	คุณใช้หน้ากากป้องกันการหายใจเอาไอระเหยสารเคมีเข้าไปตลอดเวลาที่ทำงานสัมผัสกับสารเคมีหรือไม่ () 1. ใช้ตลอดเวลา () 2. ใช้บางครั้ง () 3. ไม่ใช่เลย	Q6.18
19	คุณสามารถปรับสถานที่ทำงาน เพื่อให้ท่าทางการทำงานของคุณอยู่ในท่าที่ถูกต้อง (แขนอยู่ระดับเดียวกับข้อศอก/ ไม่เอื้อมสูง) หรือไม่ () 1. ปรับได้ทุกครั้ง () 2. ปรับได้บางครั้ง () 3. ปรับไม่ได้เลย	Q6.19
20	คุณเป็นโรคต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) () 1. ไม่เป็น () 2. วัณโรค () 3. ระบบทางเดินหายใจ () 4. ไต () 5. ถุงลมโป่งพอง () 6. รูมาตอยด์ () 7. แพ้ภูมิตัวเอง (SLE)	Q6.20

กลุ่มผลิตตะขอแขวน

		เฉพาะ ผู้วิจัยกรอก
1	เมื่อคุณเจ็บป่วย/ บาดเจ็บ จากการทำงาน คุณทำอะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ และเรียงลำดับ 1-3) () 1. ซื้อยากินเองหรือดูแลตัวเอง () 2. ปล่อยให้หายเอง () 3. รักษาด้วยแพทย์แผนโบราณ () 4. รักษาที่โรงพยาบาล เอกชน () 5. รักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด () 6. รักษาที่โรงพยาบาลอำเภอ () 7. รักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชน () 8. อื่นๆ ระบุ.....	Q6.1
2	เมื่อคุณเจ็บป่วย/ บาดเจ็บ จากการทำงาน คุณใช้สิทธิ์การรักษาแบบใด () 1. 30 บาทรักษาทุกโรค / บัตรทอง () 2. ประกันสังคม () 3. ข้าราชการ () 4. ประกันสุขภาพเอกชน () 5. อื่นๆ ระบุ.....	Q6.2
3	ใน 3 เดือนที่ผ่านมา คุณได้หยุดงาน เนื่องจากการเจ็บป่วย/ บาดเจ็บจากการทำงานหรือไม่ () 1. ไม่ใช่ (ข้ามไปตอบข้อ 5) () 2. ใช่ ถ้าใช่เป็นระยะเวลาวัน.....เดือน	Q6.3
4	ใน 3 เดือนที่ผ่านมา คุณต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายต่อไปนี้ เนื่องจากการเจ็บป่วย/ บาดเจ็บจากการทำงานหรือไม่ () 1. ค่ารักษาพยาบาล บาท () 2. ค่าเดินทางบาท () 3. สูญเสียรายได้จากการหยุดงาน บาท	Q6.4
5	ใน 1 ปีที่ผ่านมา คุณได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีหรือไม่	Q6.5

	() 1.ไม่ใช่ () 2.ใช่	
6	คุณเคยตรวจสอบสภาพปอดหรือไม่ () 1.ไม่เคย () 2.เคย ถ้าเคยตรวจผล คือ () 2.1ปกติ () 2.2.ผิดปกติ ระบุ.....	Q6.6
7	คุณเคยเอ็กซเรย์ปอดหรือไม่ () 1.ไม่เคย () 2.เคย ถ้าเคยตรวจผล คือ () 2.1ปกติ () 2.2.ผิดปกติ ระบุ.....	Q6.7
8	สภาพแวดล้อมในการทำงานและการป้องกันการสัมผัสฝุ่นหรือไอระเหยจากโลหะ ณ จุดที่ทำงานมีการระบายอากาศแบบใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) () 1.ไม่มี (เข้าไปทำข้อ 10) () 2.มีพัดลมดูดอากาศออกด้านนอก () 3.พัดลมเป่าตัว () 4. ระบบดูดอากาศเฉพาะที่ (ปล่องหรือท่อลมดูดอากาศติดตั้งอยู่กับเครื่องมือ) () 5.อื่นๆ โปรดระบุ.....	Q6.8
9	ระบบระบายอากาศที่มีอยู่ยังสามารถทำงานได้ปกติหรือไม่ () 1.ได้ () 2.ไม่ได้ โปรดระบุ.....	Q6.9
10	คุณใช้หน้ากากป้องกันการหายใจเอาฝุ่นหรือไอระเหยจากโลหะขณะเชื่อมหรือไม่ () 1.ไม่ใช่ () 2.ใช้หน้ากากผ้า () 3.ใช้หน้ากากกระดาษ () 4.ใช้หน้ากากป้องกันระบบหายใจ เช่น N95 () 5.อื่นๆ เช่น ใช้เสื้อ, ผ้าขาม้าหรือผ้าผืนปิดจมูก ระบุ.....	Q6.10
11	คุณใช้หน้ากากป้องกันการหายใจเอาฝุ่นหรือไอระเหยจากโลหะเข้าไปตลอดเวลาที่ทำงานหรือไม่ () 1.ใช้ตลอดเวลา () 2.ใช้บางครั้ง () 3.ไม่ใช่เลย	Q6.11
12	คุณใช้อุปกรณ์ป้องกันการเกิดเสียงดังในขณะที่ทำงานหรือไม่ () 1.ไม่ใช่ () 2.ใช้ที่อุดหู () 3.ใช้ที่ครอบหู () 4.อื่นๆ ระบุ.....	Q6.12
13	คุณใช้อุปกรณ์ป้องกันการเกิดเสียงดังตลอดเวลาที่ทำงานหรือไม่ () 1.ใช้ตลอดเวลา () 2.ใช้บางครั้ง () 3.ไม่ใช่เลย	Q6.13
14	คุณใส่แว่นตาป้องกันประกายไฟขณะทำงานหรือไม่ () 1.ใช้ตลอดเวลา () 2.ใช้บางครั้ง () 3.ไม่ใช่เลย	Q6.14
15	คุณมีการทำความสะอาดอุปกรณ์ที่ใช้ป้องกันการหายใจ/เปลี่ยนแผ่นกรอง บ่อยเพียงไร () 1.ไม่มี () 2.มี สัปดาห์ละ.....ครั้ง โดย.....	Q6.15
16	คุณใช้เครื่องมือต่อไปนี้ในการทำตะขอแขวนหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) () 1.ค้อน () 2.ตะไบ () 3.เครื่องมือเกะ () 4.คีม () 5.เครื่องเชื่อม () 6.เครื่องเจียร () 7.เครื่องขัดไฟฟ้า () 8.กระดาษทราย () 9.เลื่อยฉลุ	Q6.16

	<input type="checkbox"/> 10. สิวมือ <input type="checkbox"/> 11. สิวที่ใช้พลังงานลม <input type="checkbox"/> 12. สิวที่ใช้พลังงานไฟฟ้า <input type="checkbox"/> 13. เลื่อยที่ใช้พลังงานลม <input type="checkbox"/> 14. เลื่อยที่ใช้พลังงานไฟฟ้า <input type="checkbox"/> 15. สว่านที่ใช้พลังงานลม <input type="checkbox"/> 16. สว่านที่ใช้พลังงานไฟฟ้า <input type="checkbox"/> 17. อื่นๆ ระบุ.....	
17	<p>ใน 3 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยได้รับบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือหรือเครื่องจักรในการทำงานหรือไม่</p> <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดอธิบาย.....	Q6.17
18	<p>คุณสามารถปรับสถานที่ทำงาน เพื่อให้ท่าทางการทำงานของคุณอยู่ในท่าที่ถูกต้อง (แขนอยู่ระดับเดียวกับข้อศอก/ ไม่เอื้อมสูง) หรือไม่</p> <input type="checkbox"/> ปรับได้ทุกครั้ง <input type="checkbox"/> ปรับได้บางครั้ง <input type="checkbox"/> ปรับไม่ได้เลย	Q6.18
19	<p>คุณเป็นโรคต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <input type="checkbox"/> 1. ไม่เป็น <input type="checkbox"/> 2. วัณโรค <input type="checkbox"/> 3. ระบบทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> 4. ไต <input type="checkbox"/> 5. ถุงลมโป่งพอง <input type="checkbox"/> 6. รูมาตอยด์ <input type="checkbox"/> 7. แพ้ภูมิตัวเอง (SLE)	Q6.19