

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลสุขภาพ อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของ

กลุ่มอาชีพเกษตรกร

จังหวัด 1. นครราชสีมา 2. พิษณุโลก 3. กรุงเทพมหานคร

.....ผู้สัมภาษณ์

เครื่องมือนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง

การสำรวจทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพและแรงงานนอกระบบในประเทศไทย

คำชี้แจงในการตอบแบบสัมภาษณ์

1. ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบ และกรอกข้อความลงบนเส้นประตามความเป็นจริง
2. แบบสอบถามมี 6 ส่วน จำนวน 13 หน้า แบ่งเป็น
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล 12 ข้อ
 - ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ 4 ข้อ
 - ส่วนที่ 3 ความสามารถในการทำงาน 8 ข้อ
 - ส่วนที่ 4 ข้อมูลการประเมินสถานที่ทำงาน 16 ข้อ
 - ส่วนที่ 5 ประวัติการทำงาน 1 ข้อ
 - ส่วนที่ 6 ข้อมูลเฉพาะกลุ่มอาชีพเกษตรกร 18 ข้อ

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลสุขภาพ อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของกลุ่มเกษตรกร

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.เจ้าของพื้นที่เพาะปลูก () 2.ลูกจ้างรายเดือน () 3.ลูกจ้างรายวัน () 4.ลูกจ้างรายชั่วโมง () 5.ลูกจ้างตามผลงาน () 6.ลูกจ้างเหมาค่าแรง () 7.ลูกจ้างบางช่วงเวลา () 8.อื่นๆ.....	Q1.5
6	คุณทำอาชีพเกษตรกรมา 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 โปรดระบุ ชั่วโมง/วัน () 2.ไม่เพียงพอ โปรดระบุ 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 () 2.มี(ขวา)</p> <p>() 3.มี(ซ้าย) () 4.มี(สองข้าง)</p>	<p>2.2 ไหล่</p> <p>() 1.ไม่มี () 2.มี(ขวา)</p> <p>() 3.มี(ซ้าย) () 4.มี(สองข้าง)</p>	<p>2.3 ไหล่</p> <p>() 1.ไม่ใช่ () 2.ใช่</p>
<p>3.1 ข้อศอก</p> <p>() 1.ไม่มี () 2.มี(ขวา)</p> <p>() 3.มี(ซ้าย) () 4.มี(สองข้าง)</p>	<p>3.2 ข้อศอก</p> <p>() 1.ไม่มี () 2.มี(ขวา)</p> <p>() 3.มี(ซ้าย) () 4.มี(สองข้าง)</p>	<p>3.3 ข้อศอก</p> <p>() 1.ไม่ใช่ () 2.ใช่</p>
<p>4.1 ข้อมือ/มือ</p> <p>() 1.ไม่มี () 2.มี(ขวา)</p>	<p>4.2 ข้อมือ/มือ</p> <p>() 1.ไม่มี () 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. 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 √ ให้ตรงกับความเป็นจริง

เฉพาะ
ผู้วิจัยกรอก

1	<p>คุณคิดว่าความสามารถในการทำงานของคุณในปัจจุบันนี้เป็นอย่างไร โดยเปรียบเทียบกับระดับความสามารถในการทำงานที่คุณเคยมีสูงสุด ตลอดช่วงการทำงานที่ผ่านมา (โปรดวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่คุณเลือก)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 </p> <p style="text-align: center;"> ไม่มีความสามารถ สามารถสูงสุด </p>	Q3.1
2	<p>คุณคิดว่าความสามารถในการทำงานที่ต้องใช้แรงกายของคุณ ปัจจุบันนี้อยู่ในระดับใด</p> <p> <input type="checkbox"/> 1. ดีมาก <input type="checkbox"/> 2. ค่อนข้างดี <input type="checkbox"/> 3. ปานกลาง <input type="checkbox"/> 4. ไม่ค่อยดี <input type="checkbox"/> 5. ไม่มีดีเลย </p>	Q3.2
3	<p>ความสามารถในการทำงานของคุณปัจจุบันเป็นอย่างไร</p> <p> <input type="checkbox"/> 1. สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติของร่างกายหรืออาการเจ็บป่วยใดๆ <input type="checkbox"/> 2. สามารถทำงานได้ตามปกติ แต่มีอาการผิดปกติของร่างกายหรืออาการเจ็บป่วยเป็นบางครั้ง <input type="checkbox"/> 3. สามารถทำงานได้ลดลง หรือต้องเปลี่ยนวิธีการทำงานเป็นบางครั้ง เนื่องจากปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วย <input type="checkbox"/> 4. สามารถทำงานได้บางเวลา (ไม่สามารถรับงานประจำได้) เนื่องจากปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วย <input type="checkbox"/> 5. ไม่สามารถทำงานได้อีกต่อไป เนื่องจากปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วย </p>	Q3.3
4	<p>ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา คุณต้องหยุดงาน เนื่องจากปัญหาสุขภาพ/การเจ็บป่วย หรือหยุดเพื่อไปปรับการรักษา รวมทั้งสิ้นกี่วัน (ไม่นับการลาตลอดบุตร)</p> <p> <input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยหยุดเลย <input type="checkbox"/> 2. 1 – 9 วัน <input type="checkbox"/> 3. 10 – 24 วัน <input type="checkbox"/> 4. 25 – 99 วัน <input type="checkbox"/> 5. 100 – 365 วัน </p>	Q3.4

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 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				เฉพาะ ผู้วิจัยกรอก
	1.ประจำ	2.บางครั้ง	3.ไม่เคย	4.ไม่เกี่ยวข้อง	
1. เสียงดังจนพูดคุยกันไม่รู้เรื่อง					Q4.1
2. มีแหล่งแพร่กระจายของพาหะนำโรค เช่น เศษอาหารหรือขยะตกค้างในบริเวณที่ทำงาน / ยางรถยนต์ / กระจาเมะพร้าว / 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 หรือโก่ง โกงงขณะนั่งหรือยืนทำงานเป็นส่วนใหญ่					Q4.7
8. ใช้เครื่องมือที่มีความสั่นสะเทือน เช่น รถไถ					Q4.8
9. นั่งหรือยืนบนเครื่องจักรที่มีความสั่นสะเทือน เช่น รถไถ รถเกี่ยวข้าว					Q4.9

รถแทรกเตอร์					
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 (เดือนใด/ช่วงใด)	จำนวนชั่วโมงที่ทำงาน (ชั่วโมง/สัปดาห์)	สถานที่ทำงาน (ฟาร์ม, นา, บริษัท, เหมือง, อื่นๆ)

ส่วนที่ 6 ข้อมูลเฉพาะกลุ่มอาชีพเกษตรกร

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. ไม่ใช่ () 2. ใช่</p>	Q6.5

6	ใน 3 เดือนที่ผ่านมา คุณได้รับการตรวจระดับสารเคมีในเลือดหรือไม่ () 1. ไม่ใช่ () 2. ใช่ ถ้าได้รับการตรวจ ผลคือ () 2.1ปกติ () 2.2ผิดปกติ ระบุ	Q6.6
7	ชนิดของพืชที่คุณเพาะปลูก () 1.ข้าว () 2.ดอกไม้ () 3.ข้าวโพด () 4.ผัก () 5.อ้อย () 6.อื่นๆ ระบุ.....	Q6.7
8	คุณทำงานในพื้นที่เดียวหรือหลายพื้นที่ () 1.พื้นที่เดียว () 2.หลายพื้นที่ ระบุ ที่	Q6.8
9	พื้นที่เพาะปลูกที่คุณทำงาน (รวมทุกพื้นที่ทำงาน) ประมาณไร่	Q6.9
10	คุณทำกิจกรรมอะไรที่เกี่ยวข้องกับการเกษตรหรือเกษตรกรรม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) () 1.ขุดดินโดยใช้มือ หรือใช้เครื่องมือขุด () 2.ทำการปลูกพืช () 3.ทำการกำจัดวัชพืช () 4.คัดแยก, บรรจุผลิตผลทางการเกษตร () 5.ใช้มือเก็บผลผลิต (พืช, ดอกไม้) () 6.การใช้ปุ๋ยเคมีหรือปุ๋ยจากธรรมชาติหรือใช้ร่วมกัน () 7.มีการใช้สารกำจัดศัตรูพืช () 8.มีการขับรถบรรทุกหรือใช้เครื่องมือทางการเกษตรชนิดอื่นๆ	Q6.10
11	คุณต้องทำงานในที่เปลี่ยวหรือไม่ () 1.ใช่ () 2.ไม่ใช่	Q6.11
12	ใน 3 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยถูกสัตว์มีพิษทำอันตรายขณะทำงาน จนเกิดการบาดเจ็บอย่างรุนแรงหรือไม่ () 1.ใช่ () 2.ไม่ใช่ 12.1 ในกรณีที่คุณเคยถูกสัตว์มีพิษทำอันตราย คุณได้รับการรักษาอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) () 1.ซื้อยากินเองหรือดูแลตัวเอง () 2.ปล่อยให้หายเอง () 3.รักษาด้วยแพทย์แผนโบราณ () 4.รักษาที่โรงพยาบาล เอกชน () 5.รักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด () 6.รักษาที่โรงพยาบาลอำเภอ () 7.รักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชน () 8.อื่นๆ ระบุ.....	Q6.12 Q6.12.1
13	ใน 3 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยได้รับบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือหรือเครื่องจักรในการทำงานหรือไม่ () 1.ไม่เคย () 2.เคย ระบุ.....	Q6.13
14	ในแต่ละวันคุณต้องทำงานกลางแดดร้อนจัดเป็นเวลา.....ชั่วโมง	Q6.14

15. คุณใช้สารปราบศัตรูพืชหรือไม่

โปรดกาเครื่องหมาย ให้ตรงกับความเป็นจริง ในแต่ละฤดูกาลและใช้ตัวเลือกต่อไปนี้ในการตอบคำถาม และนำตัวเลขหน้าคำตอบที่เลือกไปเติมลงในช่องว่าง

จำนวนครั้งในการลงพื้นที่ในแต่ละเดือน (ใช้เป็นตัวเลือกในการตอบข้อ 2)

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

ความถี่ในการใช้สารปราบศัตรูพืช (ใช้เป็นตัวเลือกในการตอบข้อ 4.1, 5.1, 6.1, 8.1, 9.1, 10.1)

- (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 4.2, 5.2, 6.2, 8.2, 9.2, 10.2)

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

อุปกรณ์ป้องกัน (ใช้เป็นตัวเลือกในการตอบข้อ 4.3, 5.3, 6.3, 8.3, 9.3, 10.3)

- (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.....

ภาค	1.ฤดูหนาว	2.ฤดูร้อน	3.ฤดูฝน	เฉพาะ ผู้วิจัยกรอก
ภาคกลาง / ภาคเหนือ / ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	พ.ย. – ก.พ.	มี.ค. – มิ.ย.	ก.ค. – ต.ค.	
1. คุณปลูกพืชในฤดูใดบ้าง				Q6.15.1
2. ในฤดูนี้ คุณใช้เวลาลงพื้นที่ในการดูแลพืชบ่อยแค่ไหน				Q6.15.2
ขั้นตอนการเตรียมดิน/ การปลูก				
3. คุณปลูกพืช 1.กลางแจ้ง หรือ 2.ในเรือนเพาะปลูก				Q6.15.3
4. คุณใช้สารฆ่าแมลงระหว่างเตรียมดิน/ ปลูกพืชหรือไม่ (1.ใช่/ 2.ไม่ใช่)				Q6.15.4
4.1 คุณใช้สารฆ่าแมลงบ่อยแค่ไหน				Q6.15.4.1
4.2 คุณใช้สารฆ่าแมลงด้วยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				Q6.15.4.2
4.3 ขณะใช้สารฆ่าแมลง คุณใช้อุปกรณ์ป้องกันอะไรบ้าง				Q6.15.4.3
5. คุณใช้สารกำจัดวัชพืชระหว่างเตรียมดิน/ ปลูกพืชหรือไม่ (1.ใช่/ 2.ไม่ใช่)				Q6.15.5
5.1 คุณใช้สารกำจัดวัชพืชบ่อยแค่ไหน				Q6.15.5.1
5.2 คุณใช้สารกำจัดวัชพืชด้วยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				Q6.15.5.2
5.3 ขณะใช้สารกำจัดวัชพืช คุณใช้อุปกรณ์ป้องกันอะไรบ้าง				Q6.15.5.3
6. คุณใช้สารฆ่าเชื้อราระหว่างเตรียมดิน/ ปลูกพืชหรือไม่ (1.ใช่/ 2.ไม่ใช่)				Q6.15.6
6.1 คุณใช้สารฆ่าเชื้อราบ่อยแค่ไหน				Q6.15.6.1
6.2 คุณใช้สารฆ่าเชื้อราด้วยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				Q6.15.6.2
6.3 ขณะใช้สารฆ่าเชื้อรา คุณใช้อุปกรณ์ป้องกันอะไรบ้าง				Q6.15.6.3

ขั้นตอนการเติบโต/ การเก็บเกี่ยว				
7. คุณปลูกพืช 1.กลางแจ้ง หรือ 2.ในเรือนเพาะปลูก				Q6.15.7
8. คุณใช้สารฆ่าแมลงระหว่างที่พืชเติบโต/ เก็บเกี่ยวหรือไม่ (1.ใช่/ 2.ไม่ใช่)				Q6.15.8
8.1 คุณใช้สารฆ่าแมลงบ่อยแค่ไหน				Q6.15.8.1
8.2 คุณใช้สารฆ่าแมลงด้วยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				Q6.15.8.2
8.3 ขณะใช้สารฆ่าแมลง คุณใช้อุปกรณ์ป้องกันอะไรบ้าง				Q6.15.8.3
9. คุณใช้สารกำจัดวัชพืชรหว่างที่พืชเติบโต/ เก็บเกี่ยวหรือไม่ (1.ใช่/ 2.ไม่ใช่)				Q6.15.9
9.1 คุณใช้สารกำจัดวัชพืชบ่อยแค่ไหน				Q6.15.9.1
9.2 คุณใช้สารกำจัดวัชพืชด้วยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				Q6.15.9.2
9.3 ขณะใช้สารกำจัดวัชพืช คุณใช้อุปกรณ์ป้องกันอะไรบ้าง				Q6.15.9.3
10 คุณใช้สารฆ่าเชื้อราระหว่างที่พืชเติบโต/ เก็บเกี่ยวหรือไม่ (1.ใช่/ 2.ไม่ใช่)				Q6.15.10
10.1 คุณใช้สารฆ่าเชื้อราบ่อยแค่ไหน				Q6.15.10.1
10.2 คุณใช้สารฆ่าเชื้อราด้วยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				Q6.15.10.2
10.3 ขณะใช้สารฆ่าเชื้อรา คุณใช้อุปกรณ์ป้องกันอะไรบ้าง				Q6.15.10.3

16	<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. ไอดำ () 10. ไมทราส () 11. ฟอร์เบ็ค () 12. ฟุราดาน</p> <p>() 13. อื่นๆ ระบุ.....</p> <p>สารกำจัดวัชพืช</p> <p>() 14. โนมีนี่ () 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. อามีทริน 80 () 27. ซุปเปอร์ซีน 90 () 28. อะลาคลอร์ () 29. คาราเอสเตอร์</p> <p>() 30. เรดโรคอฟ () 31. ไดยูรอน 80 () 32. คาราเอมีน () 33. มาร์เก็ต</p> <p>() 34. อื่นๆ ระบุ.....</p> <p>สารฆ่าเชื้อรา</p> <p>() 35. ซุปเปอร์โกล () 36. ออดิวา () 37. สกอร์ () 38. อมิตตา</p> <p>() 39. อามูเร่ () 40. แมนแซท () 41. ฟิงกูราน () 42. ฟาร์ล</p> <p>() 43. อื่นๆ ระบุ.....</p>	Q6.16
----	--	-------

17. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวขณะทำงาน โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ให้ตรงกับความเป็นจริง

พฤติกรรมการปฏิบัติตัวขณะทำงาน	การประเมิน			เฉพาะ ผู้วิจัยกรอก
	1. ทุกครั้ง	2. บางครั้ง	3. ไม่เคย	
1. ก่อนการใช้สารเคมีขวดใหม่ คุณอ่านฉลากที่ภาชนะบรรจุ หรือไม่				Q6.17.1
2. ขณะฉีดพ่นคุณสูบบุหรี่/ยาเส้นหรือไม่				Q6.17.2
3. ขณะฉีดพ่นคุณรับประทานอาหาร/ดื่มน้ำ หรือเครื่องดื่มอื่นๆ หรือไม่				Q6.17.3
4. เมื่อเสื้อผ้าเปียกชุ่มสารเคมี คุณอาบน้ำหรือล้างผิวหนังที่สัมผัสสารเคมีทันทีหรือไม่				Q6.17.4
5. คุณล้างมือทุกครั้งก่อนรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำหรือไม่				Q6.17.5
6. หลังการฉีดพ่นคุณเปลี่ยนเสื้อผ้าที่เปื้อนสารเคมีทันทีหรือไม่				Q6.17.6
7. คุณอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายหลังฉีดพ่นทันทีหรือไม่				Q6.17.7
8. คุณแยกซักเสื้อผ้าที่ปนเปื้อนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชกับเสื้อผ้าอื่นหรือไม่				Q6.17.8

18. ข้อมูลการความเจ็บป่วยหรือการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาคุณมีอาการผิดปกติหลังจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชดังนี้หรือไม่
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในตารางตามที่มีอาการผิดปกติหลังจากการใช้สารเคมี

อาการ	การประเมิน			เฉพาะ ผู้วิจัยกรอก
	1. เป็นประจำ	2. บางครั้ง	3. ไม่มี	
1. เวียนศีรษะ				Q6.18.1
2. เหนื่อยออก				Q6.18.2
3. อាកาธา				Q6.18.3
4. น้ำลายไหล				Q6.18.4
5. ตาพร่ามัว				Q6.18.5
6. คลื่นไส้อาเจียน				Q6.18.6
7. เป็นตะคริว				Q6.18.7
8. เดินโซเซ				Q6.18.8
9. หมดสติ				Q6.18.9
10. ชิมเศร้า				Q6.18.10