แบบสัมภาษณ์/สอบถามภาวะสุขภาพตามความเสี่ยง จากการทำงานและความรอบรู้ของแรงงานนอกระบบ



โดย คณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูล

ภายใต้โครงการ

โครงการพัฒนากลไกและนโยบายการส่งเสริมป้องกันโรค
จากการประกอบอาชีพโดยฐานท้องถิ่น สำหรับกลุ่มแรงงานนอกระบบ
และ
โครงการพัฒนาฐานข้อมูลการประเมินความเสี่ยงสุขภาพ

สนับสนุนโดย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

เลขที่แบบสอบถาม | | | |

แบบสัมภาษณ์/สอบถามภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานและความรอบรู้ของแรงงานนอกระบบ

.....

<u>คำชี้แจง</u>

๑. แบบสอบถามฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของแรงงานนอกระบบ

๒. ขอความกรุณาตอบแบบสอบถามนี้ตามความเป็นจริงโดยใส่เครื่องหมาย √ ลงใน ( ) หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง **<u>ซึ่งข้อมูลที่ได้จะปกปิดเป็นความลับ</u>** แต่จะนำมาวิเคราะห์เชิงวิชาการ เพื่อนำผลการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพในการทำงานของแรงงานนอกระบบมาใช้เป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมสำหรับแรงงานนอกระบบต่อไป

๓. แบบสำรวจ/สอบถามฉบับนี้ แบ่งออกเป็น ๔ ตอน รวม ๑๒๐ ข้อ ได้แก่

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น และข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์/สอบถาม ๒๒ ข้อ

ตอนที่ ๒ ข้อมูลการประกอบอาชีพ สภาพการทำงาน พฤติกรรมการทำงาน และการได้รับความเสี่ยงและผลกระทบต่อสุขภาพจากการทำงาน ๕๙ ข้อ

ตอนที่ ๓ ความผิดปกติทางร่างกายจากการทำงาน ๑๗ ข้อ

ตอนที่ ๔ ความรอบรู้ในการจัดการอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบ ๒๒ ข้อ

ขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์/สอบถาม

คณะผู้ดำเนินโครงการ

ชื่อ..... ที่อยู่.....ตำบล.....อำเภอ .....จังหวัด.....
สถานที่ทำงาน ( ) คนละสถานที่กับที่อยู่ (ระบุสถานที่).....เบอร์โทรศัพท์.....

<u>ตอนที่ ๑</u> ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น และข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ		
๑.	อายุ (ปี)	..... ปี
๒.	วัน/เดือน/ปีเกิด	วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
๓.	เลขที่บัตรประชาชน (๑๓ หลัก)	_ - _ _ _ _ - _ _ _ _ _ - _ _ _
๔.	เพศ	( ) ชาย ( ) หญิง ( ) หญิงกำลังตั้งครรภ์ .... เดือน ( ) หญิงกำลังให้นมบุตร
๕.	สถานภาพสมรส	( ) โสด ( ) สมรส ( ) หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่
๖.	จำนวนสมาชิกในครอบครัว (รวมผู้ตอบแบบสัมภาษณ์/แบบสอบถาม)	จำนวน.....คน ( ) เพศ ชาย ..... คน ( ) หญิง ..... คน
๗.	นับถือศาสนา	( ) พุทธ ( ) อิสลาม ( ) คริสต์ ( ) อื่น ๆ (ระบุ) .....
๘.	ความเพียงพอของรายได้	( ) มีหนี้ ( ) ไม่มีหนี้
๙.	ระดับการศึกษา	( ) ไม่ได้เรียน ( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษาตอนต้น ( ) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ( ) อนุปริญญา/ปวส. ( ) ปริญญาตรีขึ้นไป
๑๐.	สิทธิการรักษาพยาบาล<u>ขั้นพื้นฐาน</u>	( ) ไม่มีสิทธิการรักษา ( ) บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง 30 บาท) ( ) ประกันสังคม ( ) สิทธิข้าราชการทุกประเภท ( ) บัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ ( ) อื่นๆ ระบุ.....
๑๑.	น้ำหนัก (กิโลกรัม)	..... กิโลกรัม
๑๒.	ส่วนสูง (เซนติเมตร)	..... เซนติเมตร
๑๓.	โรคประจำตัวที่**<u>แพทย์วินิจฉัย</u>**	( ) ไม่มี ( ) มี คือโรค .....
๑๔.	ยาที่กินบ่อย ๆ (ทั้งแผนปัจจุบัน/สมุนไพร) ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ	( ) ไม่กิน ( ) กิน ตามแพทย์สั่ง ( ) กิน เป็นยาซื้อกินเอง ระบุชื่อยา .....
๑๕.	การสูบบุหรี่/ยาเส้น	( ) ไม่เคยสูบ ( ) เคยสูบ ปัจจุบันเลิกแล้ว เลิกมานาน.....เดือน ( ) นาน ๆ สูบ ( ) สูบประจำ วันละ..... มวน
๑๖.	การบริโภคเครื่องดื่มชูกำลัง เกลือแร่ กาแฟ เครื่องดื่มสำเร็จรูป (๓ in ๑)	( ) ไม่ดื่ม ( ) ดื่ม ระบุประเภท..... ปริมาณ.....ขวด
๑๗.	การดื่มแอลกอฮอล์/ของมึนเมา	( ) ไม่เคยดื่ม ( ) เคยดื่ม ปัจจุบันเลิกแล้ว เลิกมานาน.....เดือน ( ) ดื่ม ☐ นาน ๆ ดื่ม ปริมาณ.....ขวด ☐ ดื่มประจำ วันละ.....ขวด (แก้ว/เป๊ก/กระป๋อง /ขวด)

<u>ตอนที่ ๑</u> ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น และข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ		
๑๘.	การล้างมือก่อนทานอาหาร	( ) ไม่ล้าง ( ) ล้างบางครั้ง ( ) ล้างประจำ กรณีที่ล้าง ( ) ล้างด้วยน้ำเปล่า ( ) ล้างด้วยน้ำและฟอกสบู่
๑๙.	การตรวจสุขภาพประจำปี ในรอบหนึ่งปี	( ) ไม่เคยตรวจ ( ) เคยตรวจ ☐ ไม่มีความผิดปกติ ☐ ความผิดปกติที่พบคือ.....
๒๐.	ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาท่านได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพหรือไม่	( ) ไม่เคยตรวจ ( ) เคยตรวจ ☐ สารเคมีในเลือด ☐ สมรรถภาพปอด ☐ การมองเห็น ☐ สมรรถภาพการได้ยิน ผลตรวจ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ที่พบ ระบุ.....
๒๑.	ในช่วงที่ผ่านมาท่านได้ออกกำลังกายหรือไม่	( ) ไม่ได้ออกกำลังกาย ( ) ได้ออกกำลังกาย ☐ ไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ☐ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ☐ ตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์
๒๒.	การรับวัคซีนในรอบ ๑ ปี (เช่น บาดทะยัก ไข้หวัดใหญ่ คอตีบฯลฯ)	( ) ไม่เคยรับ ( ) เคยรับ ระบุชื่อวัคซีน .....
<u>ตอนที่ ๒</u> ข้อมูลการประกอบอาชีพ สภาพการทำงาน		
อาชีพที่ ๑ ระบุ อาชีพ.....		
๑.	ลักษณะงานในปัจจุบัน **(ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)**	( ) ฉีดพ่นสารเคมี ( ) เก็บผลผลิต ( ) บรรจุ/มัด ( ) ประมง ( ) ค้าขาย ( ) รับจ้างทั่วไป ระบุลักษณะงาน ..... ( ) เพาะปลูก ระบุ..... ( ) ทอผ้า ( ) ตัดเย็บผ้า ( ) อื่นๆ ระบุงาน .....
๒.	ระยะเวลาการทำงาน	เฉลี่ยทำวันละ ..... ชั่วโมง ทำมานาน ..... ปี ทำงานเดือนละ ..... วัน

<u>ตอนที่ ๒</u> ข้อมูลการประกอบอาชีพ สภาพการทำงาน			
๓.	ในขณะทำงาน ท่านสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลหรือไม่ **(ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)**	( ) ไม่ใช้ ( ) ใช้ ชนิดที่ใช้ ☐ ผ้าปิดปากปิดจมูก ☐ หน้ากาก ☐ ถุงมือยาง ☐ ผ้ากันเปื้อน ☐ หมวก ☐ แว่นตา ☐ รองเท้าบู๊ท/หุ้มส้น ☐ อื่นๆ ระบุ	
ข้อมูลการได้รับความเสี่ยงของอาชีพที่ ๑		<u>**ใน ๓ เดือน**</u>ที่ผ่านมา ในการทำงาน เคยเจอลักษณะแบบนี้หรือไม่	
ด้านกายภาพ		**ผลกระทบต่อสุขภาพ**	
๔.	ท่านทำงานกลางแดดอย่างต่อเนื่องหรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ วิงเวียนหน้ามืด พักแล้วดีขึ้น ☐ เป็นลม
๕.	การทำงานของท่านมีเครื่องจักร หรือลักษณะการทำงานที่ก่อให้เกิดเสียงดังหรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ หูอื้อ เจ็บหู หยุดพักแล้วหาย ☐ หูอื้อ เจ็บหู แต่หยุดพักแล้วไม่หาย
๖.	การทำงานของท่านมีเครื่องจักร/เครื่องมือ หรือลักษณะการทำงานที่ก่อให้เกิดแรงสั่นสะเทือนหรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ ปวดไม่มาก ชาเล็กน้อย ☐ นิ้วซีดขาว ปวดมาก ต้องไปพบแพทย์
๗.	ท่านทำงานในที่มีแสงจ้า (เช่น แสงแยงตาขณะทำงาน) หรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ ปวดหัว ปวดตาเล็กน้อย ☐ ปวดหัว ปวดตามาก ต้องไปพบแพทย์
๘.	ท่านทำงานในที่มีแสงน้อย (เช่น ต้องเพ่งสายตาขณะทำงาน) หรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ ปวดหัว ปวดตาเล็กน้อย ☐ ปวดหัว ปวดตามาก ต้องไปพบแพทย์
๙.	การทำงานของท่านต้องสัมผัสสิ่งที่ทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพด้านกายภาพอื่นๆ เช่น ตากฝน ความชื้น ความดันใต้น้ำ หรือไม่ระบุ	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ สิ่งที่ท่านสัมผัสคือ ..... ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย พักก็หาย ☐ มีอาการมาก จนต้องกินยา หรือไปพบแพทย์
ด้านเคมี		**ผลกระทบต่อสุขภาพ**	
๑๐.	การทำงานของท่านมีกลิ่นเหม็นของสารเคมีหรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ ระคายเคืองตา ผิวหนัง แสบจมูก ☐ เป็นแผล แพ้พิษจนต้องไปพบแพทย์
๑๑.	การทำงานของท่านมีฝุ่นละอองหรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ และเคยมีอาการ คือ ☐ ระคายเคืองตา ผิวหนัง แสบจมูก ☐ ระคายเคืองตา ผิวหนัง แสบจมูกเป็นอย่างมากจนต้องไปพบแพทย์
๑๒.	การทำงานของท่านมีควัน ไอระเหยจากการหลอมโลหะหรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ ระคายเคืองตา ผิวหนัง แสบจมูก

ตอนที่ ๒ ข้อมูลการประกอบอาชีพ สภาพการทำงาน			
			☐ ระคายเคืองตา ผิวหนัง แสบจมูกเป็นอย่างมากจนต้องไปพบแพทย์
๑๓.	การทำงานของท่านต้องสัมผัสสิ่งที่ทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพด้านเคมีอื่นๆ เช่น จากเส้นใยของผ้า สีย้อมผ้า หรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ สิ่งที่ท่านสัมผัสคือ ..... ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย พักก็หาย ☐ มีอาการมาก จนต้องกินยา หรือไปพบแพทย์
ด้านชีวภาพ		**ผลกระทบต่อสุขภาพ**	
๑๔.	ในบริเวณที่ทำงานของท่านมีกลิ่นเหม็น เช่น ขี้หมู ขี้ไก่ หรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ ระคายเคืองตา ผิวหนัง แสบจมูก ☐ เป็นแผล แพ้พิษจนต้องไปพบแพทย์
๑๕.	ในบริเวณที่ทำงานสกปรก เช่น น้ำขังที่ชื้นแฉะ เป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคหรือเชื้อรา หรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ ท้องเสีย ตาแดง ☐ เป็นโรคที่รุนแรง เช่น ฉี่หนู โรคผิวหนังแบบรุนแรง
๑๖.	ในสถานที่ทำงานของท่าน เคยมีคนที่ถูกสัตว์ แมลงกัดต่อย เช่น งู ตะขาบ แมงป่อง หรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ ถูกกัด ไม่มีพิษ ไม่ต้องไปพบแพทย์ ☐ ถูกกัด เป็นพิษจนต้องไปพบแพทย์
๑๗.	การทำงานของท่านต้องสัมผัสสิ่งที่ทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพด้านชีวภาพอื่นๆ	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ สิ่งที่ท่านสัมผัสคือ ..... ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย พักก็หาย ☐ มีอาการมาก จนต้องกินยา หรือไปพบแพทย์
ท่าทางการทำงาน		**ผลกระทบต่อสุขภาพ**	
๑๘.	การปวดหลังจากงานยกของหนัก ถือว่าเป็นความเสี่ยงหรืออันตรายจากการทำงาน	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ ปวดเมื่อยตามตัว พักแล้วหาย ☐ ปวดเมื่อย จนต้องซื้อยากินเอง/ ไปพบแพทย์ปัจจุบัน / แพทย์แผนโบราณ
๑๙.	การทำงานท่านต้องนั่ง/ยืนในท่าทางเดิม ๆ หรือก้ม ๆ เงย ๆ เป็นเวลานานกว่าชั่วโมงครึ่งโดยไม่ได้พักหรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ ปวดเมื่อยตามตัว พักแล้วหาย ☐ ปวดเมื่อย จนต้องซื้อยากินเอง/ ไปพบแพทย์ปัจจุบัน / แพทย์แผนโบราณ
๒๐.	การทำงานท่านต้องอยู่ในท่าทางที่ฝืนธรรมชาติ เช่น การยกแขนเหนือศีรษะ การยืนเขย่ง หรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ ปวดเมื่อยตามตัว พักแล้วหาย ☐ ปวดเมื่อย จนต้องซื้อยากินเอง/ ไปพบแพทย์ปัจจุบัน

<u>ตอนที่ ๒</u> ข้อมูลการประกอบอาชีพ สภาพการทำงาน			
			/ แพทย์แผนโบราณ
๒๑.	การทำงานท่านต้องอยู่ในท่าทางการทำงานอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่นการทำงานในที่คับแคบ จนทำให้เคลื่อนไหวไม่สะดวก หรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ ปวดเมื่อยตามตัว พักแล้วหาย ☐ ปวดเมื่อย จนต้องซื้อยากินเอง/ ไปพบแพทย์ปัจจุบัน / แพทย์แผนโบราณ
อุบัติเหตุ		**ผลกระทบต่อสุขภาพ**	
๒๒.	ในสถานที่ทำงานของท่าน เคยมีคนที่ได้รับอุบัติเหตุ เช่น ตกจากที่สูง โดนกระแทก ของมีคมบาด หรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ สาเหตุจาก ..... ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย พักก็หาย ☐ มีอาการมาก จนต้องกินยา หรือไปพบแพทย์ หรือเสียชีวิต
๒๓.	ท่านเคยทำงานในที่คับแคบ หายใจไม่สะดวก เช่น ท่อ บ่อ ถัง หรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ สาเหตุจาก ..... ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย พักก็หาย ☐ มีอาการมาก จนต้องกินยา หรือไปพบแพทย์ หรือเสียชีวิต
๒๔.	ในสถานที่ทำงานของท่านหรือเพื่อนร่วมงาน เคยมีคนโดนไฟฟ้าดูดหรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ สาเหตุจาก ..... ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย พักก็หาย ☐ มีอาการมาก จนต้องกินยา หรือไปพบแพทย์ หรือเสียชีวิต
๒๕.	ในสถานที่ทำงานของท่าน เคยมีเหตุการณ์ไฟไหม้หรือการเกิดการระเบิดหรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ สาเหตุจาก ..... ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย พักก็หาย ☐ มีอาการมาก จนต้องกินยา หรือไปพบแพทย์ หรือเสียชีวิต

<u>ตอนที่ ๒</u> ข้อมูลการประกอบอาชีพ สภาพการทำงาน			
๒๖.	การทำงานของท่านมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจากสาเหตุอื่นๆ หรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ สาเหตุจาก ..... ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย พักก็หาย ☐ มีอาการมาก จนต้องกินยา หรือไปพบแพทย์ หรือเสียชีวิต
สุขภาพจิต		**ผลกระทบต่อสุขภาพ**	
๒๗.	การทำงานของท่านก่อให้เกิดความเครียดหรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ เครียดเล็กน้อย วิตกกังวล ☐ เครียดปานกลาง หลง ๆ ลืม ๆ นอนไม่หลับ ☐ เครียดมากจนต้องกินยา หรือไปพบแพทย์
๒๘.	การทำงานของท่านต้องที่ทำให้มี เช่น ความเร่งรีบในการทำงาน การทำงานไม่ได้ตรงตามแบบหรือไม่ ปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียด เกิดจากเรื่องอะไร	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ สาเหตุจาก ..... ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย พักก็หาย ☐ มีอาการมาก จนต้องกินยา หรือไปพบแพทย์
๒๙.	ท่านต้องทำงานนอกเหนือจากเวลาทำงานปกติ (๐๘.๐๐-๑๗.๐๐ น.) หรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ สาเหตุจาก ..... ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย พักก็หาย ☐ มีอาการมาก จนต้องกินยา หรือไปพบแพทย์
อาชีพที่ ๒ ระบุ อาชีพ.....			
๓๐.	ลักษณะงานในปัจจุบัน **(ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)**	( ) ฉีดพ่นสารเคมี ( ) เก็บผลผลิต ( ) บรรจุ/มัด ( ) ประมง ( ) ค้าขาย ( ) รับจ้างทั่วไป ระบุลักษณะงาน ..... ( ) เพาะปลูก ระบุ..... ( ) ทอผ้า ( ) ตัดเย็บผ้า ( ) อื่นๆ ระบุงาน	
๓๑.	ระยะเวลาการทำงาน	เฉลี่ยทำวันละ ..... ชั่วโมง ทำมานาน ..... ปี ทำงานเดือนละ ..... วัน	
๓๒.	ในขณะทำงาน ท่านสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลหรือไม่ **(ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)**	( ) ไม่ใช้ ( ) ใช้ ชนิดที่ใช้ ☐ ผ้าปิดปากปิดจมูก ☐ หน้ากาก ☐ ถุงมือยาง ☐ ผ้ากันเปื้อน ☐ หมวก ☐ แว่นตา	

<u>ตอนที่ ๒</u> ข้อมูลการประกอบอาชีพ สภาพการทำงาน			
		☐ รองเท้าบู๊ท/หุ้มส้น ☐ อื่นๆ ระบุ	
ข้อมูลการได้รับความเสี่ยงของอาชีพที่ ๒		<u>**ใน ๓ เดือน**</u>ที่ผ่านมา ในการทำงาน เคยเจอลักษณะแบบนี้หรือไม่	
ด้านกายภาพ		**ผลกระทบต่อสุขภาพ**	
๓๓.	ท่านทำงานกลางแดดอย่างต่อเนื่องหรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ วิงเวียนหน้ามืด พักแล้วดีขึ้น ☐ เป็นลม
๓๔.	การทำงานของท่านมีเครื่องจักร หรือลักษณะการทำงานที่ก่อให้เกิดเสียงดังหรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ หูอื้อ เจ็บหู หยุดพักแล้วหาย ☐ หูอื้อ เจ็บหู แต่หยุดพักแล้วไม่หาย
๓๕.	การทำงานของท่านมีเครื่องจักร/เครื่องมือ หรือลักษณะการทำงานที่ก่อให้เกิดแรงสั่นสะเทือนหรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ ปวดไม่มาก ชาเล็กน้อย ☐ นิ้วซีดขาว ปวดมาก ต้องไปพบแพทย์
๓๖.	ท่านทำงานในที่มีแสงจ้า (เช่น แสงแยงตาขณะทำงาน) หรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ ปวดหัว ปวดตาเล็กน้อย ☐ ปวดหัว ปวดตามาก ต้องไปพบแพทย์
๓๗.	ท่านทำงานในที่มีแสงน้อย (เช่น ต้องเพ่งสายตาขณะทำงาน) หรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ ปวดหัว ปวดตาเล็กน้อย ☐ ปวดหัว ปวดตามาก ต้องไปพบแพทย์
๓๘.	การทำงานของท่านต้องสัมผัสสิ่งที่ทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพด้านกายภาพอื่นๆ เช่น ตากฝน ความชื้น ความดันใต้น้ำ หรือไม่ระบุ	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ สิ่งที่ท่านสัมผัสคือ ..... ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย พักก็หาย ☐ มีอาการมาก จนต้องกินยา หรือไปพบแพทย์
ด้านเคมี		**ผลกระทบต่อสุขภาพ**	
๓๙.	ในบริเวณที่ทำงานของท่านมีกลิ่นเหม็นของสารเคมีหรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ ระคายเคืองตา ผิวหนัง แสบจมูก ☐ เป็นแผล แพ้พิษจนต้องไปพบแพทย์
๔๐.	การทำงานของท่านมีฝุ่นละอองหรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ และเคยมีอาการ คือ ☐ ระคายเคืองตา ผิวหนัง แสบจมูก ☐ ระคายเคืองตา ผิวหนัง แสบจมูกเป็นอย่างมากจนต้องไปพบแพทย์
๔๑.	การทำงานของท่านมีควัน ไอระเหยจากการหลอมโลหะหรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ ระคายเคืองตา ผิวหนัง แสบจมูก ☐ ระคายเคืองตา ผิวหนัง แสบจมูกเป็นอย่างมากจนต้องไปพบแพทย์
๔๒.	การทำงานของท่านต้องสัมผัสสิ่งที่ทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพด้านเคมี	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ สิ่งที่ท่านสัมผัสคือ ..... ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ

ตอนที่ ๒ ข้อมูลการประกอบอาชีพ สภาพการทำงาน			
	อื่นๆ เช่น จากเส้นใยของผ้า สีย้อมผ้า หรือไม่		☐ มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย พักก็หาย ☐ มีอาการมาก จนต้องกินยา หรือไปพบแพทย์
ด้านชีวภาพ		**ผลกระทบต่อสุขภาพ**	
๔๓.	การทำงานของท่านมีกลิ่นเหม็น เช่น ขี้หมู ขี้ไก่ หรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ ระคายเคืองตา ผิวหนัง แสบจมูก ☐ เป็นแผล แพ้พิษจนต้องไปพบแพทย์
๔๔.	ในบริเวณที่ทำงานสกปรก เช่น น้ำขังที่ชื้นแฉะ เป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคหรือเชื้อรา หรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ ท้องเสีย ตาแดง ☐ เป็นโรคที่รุนแรง เช่น ฉี่หนู โรคผิวหนังแบบรุนแรง
๔๕.	ในสถานที่ทำงานของท่าน เคยมีคนที่ถูกสัตว์ แมลงกัดต่อย เช่น งู ตะขาบ แมงป่อง หรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ ถูกกัด ไม่มีพิษ ไม่ต้องไปพบแพทย์ ☐ ถูกกัด เป็นพิษจนต้องไปพบแพทย์
๔๖.	การทำงานของท่านต้องสัมผัสสิ่งที่ทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพด้านชีวภาพอื่นๆ	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ สิ่งที่ท่านสัมผัสคือ ..... ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย พักก็หาย ☐ มีอาการมาก จนต้องกินยา หรือไปพบแพทย์
ท่าทางการทำงาน		**ผลกระทบต่อสุขภาพ**	
๔๗.	การปวดหลังจากงานยกของหนัก ถือว่าเป็นความเสี่ยงหรืออันตรายจากการทำงาน	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ ปวดเมื่อยตามตัว พักแล้วหาย ☐ ปวดเมื่อย จนต้องซื้อยากินเอง/ ไปพบแพทย์ปัจจุบัน / แพทย์แผนโบราณ
๔๘.	การทำงานท่านต้องนั่ง/ยืนในท่าทางเดิม ๆ หรือก้ม ๆ เงย ๆ เป็นเวลานานกว่าชั่วโมงครึ่งโดยไม่ได้พักหรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ ปวดเมื่อยตามตัว พักแล้วหาย ☐ ปวดเมื่อย จนต้องซื้อยากินเอง/ ไปพบแพทย์ปัจจุบัน / แพทย์แผนโบราณ
๔๙.	การทำงานท่านต้องอยู่ในท่าทางที่ฝืนธรรมชาติ เช่น การยกแขนเหนือศีรษะ การยืนเขย่ง หรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ ปวดเมื่อยตามตัว พักแล้วหาย ☐ ปวดเมื่อย จนต้องซื้อยากินเอง/ ไปพบแพทย์ปัจจุบัน / แพทย์แผนโบราณ
๕๐.	การทำงานท่านต้องอยู่ในท่าทางการทำงานอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อ	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ ( ) ไม่เคยมีอาการ

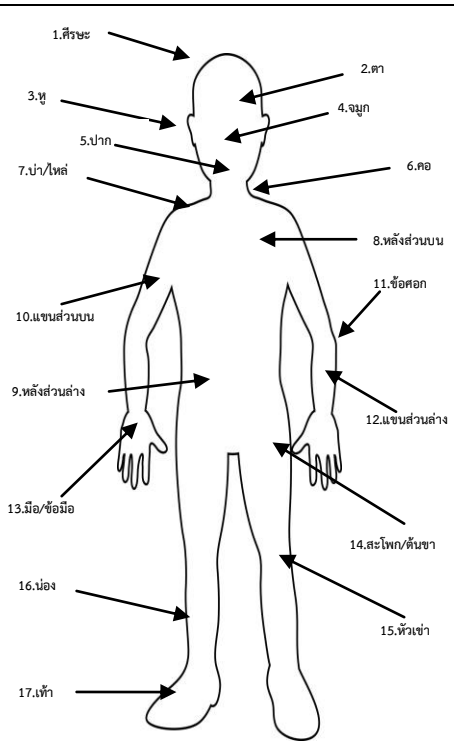
ตอนที่ ๒ ข้อมูลการประกอบอาชีพ สภาพการทำงาน			
	สุขภาพ เช่นการทำงานในที่คับแคบ จนทำให้เคลื่อนไหวไม่สะดวก หรือไม่		( ) เคยมีอาการ คือ ☐ ปวดเมื่อยตามตัว พักแล้วหาย ☐ ปวดเมื่อย จนต้องซื้อยากินเอง/ ไปพบแพทย์ปัจจุบัน / แพทย์แผนโบราณ
อุบัติเหตุ		**ผลกระทบต่อสุขภาพ**	
๕๑.	ในสถานที่ทำงานของท่าน เคยมีคนที่ได้รับอุบัติเหตุ เช่น ตกจากที่สูง โดนกระแทก ของมีคมบาด หรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ สาเหตุจาก ..... ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย พักก็หาย ☐ มีอาการมาก จนต้องกินยา หรือไปพบแพทย์ หรือเสียชีวิต
๕๒.	ท่านเคยทำงานในที่คับแคบ หายใจไม่สะดวก เช่น ท่อ บ่อ ถัง หรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ สาเหตุจาก ..... ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย พักก็หาย ☐ มีอาการมาก จนต้องกินยา หรือไปพบแพทย์ หรือเสียชีวิต
๕๓.	ในสถานที่ทำงานของท่านหรือเพื่อนร่วมงาน เคยมีคนโดนไฟฟ้าดูด หรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ สาเหตุจาก ..... ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย พักก็หาย ☐ มีอาการมาก จนต้องกินยา หรือไปพบแพทย์ หรือเสียชีวิต
๕๔.	ในสถานที่ทำงานของท่าน เคยมีเหตุการณ์ไฟไหม้หรือการเกิดการระเบิดหรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ สาเหตุจาก ..... ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย พักก็หาย ☐ มีอาการมาก จนต้องกินยา หรือไปพบแพทย์ หรือเสียชีวิต
๕๕.	การทำงานของท่านมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจากสาเหตุอื่นๆ หรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ สาเหตุจาก ..... ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ

<u>ตอนที่ ๒</u> ข้อมูลการประกอบอาชีพ สภาพการทำงาน			
			☐ มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย พักก็หาย ☐ มีอาการมาก จนต้องกินยา หรือไปพบแพทย์ หรือเสียชีวิต
สุขภาพจิต		**ผลกระทบต่อสุขภาพ**	
๕๖.	การทำงานของท่านก่อให้เกิดความเครียดหรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ เครียดเล็กน้อย วิตกกังวล ☐ เครียดปานกลาง หลง ๆ ลืม ๆ นอนไม่หลับ ☐ เครียดมากจนต้องกินยา หรือไปพบแพทย์
๕๗.	การทำงานของท่านต้องที่ทำให้มี เช่น ความเร่งรีบในการทำงาน การทำงานไม่ได้ตรงตามแบบหรือไม่ ปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียด เกิดจากเรื่องอะไร	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ สาเหตุจาก ..... ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย พักก็หาย ☐ มีอาการมาก จนต้องกินยา หรือไปพบแพทย์
๕๘.	ท่านต้องทำงานนอกเหนือจากเวลาทำงานปกติ (๐๘.๐๐-๑๗.๐๐ น.) หรือไม่	( ) ไม่ใช่	( ) ใช่ สาเหตุจาก ..... ( ) ไม่เคยมีอาการ ( ) เคยมีอาการ คือ ☐ มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย พักก็หาย ☐ มีอาการมาก จนต้องกินยา หรือไปพบแพทย์

<u>ตอนที่ ๓</u> อาการผิดปกติของร่างกายจากการทำงาน

<u>คำชี้แจง</u> ประเมินอาการเจ็บป่วย คือความไม่สุขสบายของร่างกายที่เกิดขึ้นระหว่างทำงานหรือหลังเลิกงาน**<u>ในรอบ ๓ เดือน</u>** ที่ผ่านมา โดยการระบุอาการ (เช่น ปวด ชา คัน เป็นแผล เป็นต้น) และให้คะแนนความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นในแต่ละส่วนของร่างกายในตารางเป็นตัวเลข ดังนี้

๐ ปกติ
๑ มีอาการผิดปกติ พักแล้วหาย
๒ มีอาการผิดปกติ ซื้อยามากินเอง หรือแสวงหาการรักษาด้วยตนเอง
๓ มีอาการผิดปกติ ต้องไปพบแพทย์

ร่างกายด้านซ้าย				ร่างกายด้านขวา		
ส่วนของร่างกาย	**อาการ (ระบุ)**	**คะแนน**		**ส่วนของร่างกาย**	**อาการ (ระบุ)**	**คะแนน**
๑. ศีรษะ				๑. ศีรษะ		
๒. ตา				๒. ตา		
๓. หู				๓. หู		
๔. จมูก				๔. จมูก		
๕. ปาก				๕. ปาก		
๖. คอ				๖. คอ		
๗. บ่า/ไหล่				๗. บ่า/ไหล่		
๘. หลังส่วนบน/สบัก				๘. หลังส่วนบน/สบัก		
๙. หลังส่วนล่าง/เอว				๙. หลังส่วนล่าง/เอว		
๑๐. แขนส่วนบน				๑๐. แขนส่วนบน		
๑๑. ข้อศอก				๑๑. ข้อศอก		
๑๒. แขนส่วนล่าง				๑๒. แขนส่วนล่าง		
๑๓. มือ/ข้อมือ				๑๓. มือ/ข้อมือ		
๑๔. สะโพก/ต้นขา				๑๔. สะโพก/ต้นขา		
๑๕. หัวเข่า				๑๕. หัวเข่า		
๑๖. น่อง				๑๖. น่อง		
๑๗. เท้า				๑๗. เท้า		

<u>ตอนที่ ๔</u> การรับรู้ ความรอบรู้ในด้านอันตราย ความเสี่ยง และการป้องกันควบคุมโรคจากการทำงานสำหรับกลุ่มอาชีพในชุมชน

I ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และองค์ความรู้ ด้านความเสี่ยง และการป้องกันควบคุมโรคจากการทำงาน

๑. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารด้านความเสี่ยงและการป้องกันควบคุมโรคจากการทำงานผ่านช่องทางใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า ๑)

( ) ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเลย (ไม่ต้องตอบข้อ ๒)

( ) ได้รับทางทีวี ( ) ได้รับทางหอกระจายข่าว

( ) จากคำบอกเล่าแนะนำ ( ) อบรม ( ) จากสื่อโซเชียล เช่น เฟซบุ๊ค ไลน์ เป็นต้น ( ) อื่นๆ ระบุ.....

๒. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารด้าน อันตราย/ความเสี่ยง และการป้องกันควบคุมโรคจากการทำงานบ่อยเพียงใด

( ) มากกว่า ๑ ครั้ง/สัปดาห์ ( ) ๑ ครั้ง/สัปดาห์ ( ) ๒-๓ ครั้ง/เดือน ( ) ๑ ครั้ง/เดือน หรือนานกว่า

II ความรู้พื้นฐานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

ข้อ	ความรู้พื้นฐานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย	ใช่	ไม่ใช่
๑.	การทำงานในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี ไม่เหมาะสมทำให้เกิดอันตราย/ความเสี่ยงต่อสุขภาพได้		
๒.	การปวดหลังจากงานต้องยกของหนัก ถือว่าเป็นความเสี่ยงหรืออันตรายจากการทำงาน		
๓.	โรคหรืออันตรายเนื่องจากการทำงานไม่สามารถป้องกันได้		
๔.	การจัดสถานที่ทำงาน วัสดุอุปกรณ์ให้เป็นระเบียบ สะอาด ปลอดภัย ช่วยป้องกันและลดอันตรายหรือความเสี่ยง จากการทำงานได้		
๕.	ฉลากของสารเคมีที่มีพิษร้ายแรง จะมีตราหัวกะโหลกและกระดูกไขว้ติดไว้เป็นสัญลักษณ์		

<u>คำชี้แจงสำหรับข้อด้านล่าง</u>

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ประกอบอาชีพในชุมชน (แรงงานนอกระบบ) กรุณาระบุการปฏิบัติของท่านในแต่ละข้อต่อไปนี้ (รวม ๑๕ ข้อ) โดยทำเครื่องหมาย (√) ในช่องคะแนนที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด (ค่าคะแนน ๐ ถึง ๒ คะแนนยิ่งสูง ระดับการปฏิบัติยิ่งมาก/มีคุณภาพ) ดังเกณฑ์ต่อไปนี้

๐ = ไม่ได้ทำ ๑ = ทำบ้างเป็นบางครั้ง ๒ = ทำเป็นประจำ

ข้อ	ความรอบรู้ในด้านการอาชีวอนามัยและความปลอดภัย	ระดับการปฏิบัติ		
		๐	๑	๒
๑.	ท่านแสวงหาความรู้เกี่ยวกับอันตราย/ความเสี่ยงและวิธีการป้องกันจากงานที่ทำ			
๒.	ท่านตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลหรือความรู้ด้านความเสี่ยงหรืออันตรายจากการทำงานก่อนนำไปใช้ เช่นถามผู้รู้ หาข้อมูลจากอินเตอร์เน็ต			
๓.	ท่านสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากการทำงาน			
๔.	ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำตามสลากทุกครั้งก่อนใช้สารเคมี			
๕.	ท่านรับประทานอาหาร/เครื่องดื่มในขณะทำงาน/ในบริเวณสถานที่ทำงาน			
๖.	ท่านดื่มของมึนเมาในขณะทำงาน			

ข้อ	ความรอบรู้ในด้านการอาชีวอนามัยและความปลอดภัย	ระดับการปฏิบัติ		
		๐	๑	๒
๗.	ท่านสูบบุหรี่ในขณะทำงาน			
๘.	ท่านทำความสะอาดร่างกายหลังทำงาน			
๙.	ท่านมีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับอันตราย/ความเสี่ยงรวมทั้ง สาเหตุจากการทำงาน			
๑๐.	ท่านนำข้อมูลมาวางแผนแก้ไข ลด/ขจัดอันตราย/ความเสี่ยงจากการทำงาน			
๑๑.	ท่านมีแหล่งเรียนรู้ หรือมีแหล่งประสบการณ์เกี่ยวกับความเสี่ยงจากการทำงาน			
๑๒.	ท่านนำข้อมูลมาวางแผนลดหรือขจัดความเสี่ยงจากการทำงาน			
๑๓.	ท่านมีการติดตามผลการลด/ขจัดอันตราย/ความเสี่ยงจากการทำงานหลังจากที่ดำเนินการแล้ว			
๑๔.	ท่านติดตามช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ ผู้อื่นในการป้องกัน ลดความเสี่ยงจากการทำงาน			
๑๕.	ท่านหาคนช่วยเหลือ/แหล่งสนับสนุน เพื่อลด/ขจัดอันตราย/ความเสี่ยงจากการทำงาน			