

## ภาคผนวก

**แบบสอบถาม** [pb in Blood ..... µg/dl]  
**(กลุ่มประชาชนที่อาศัยในเขตชนบท)**

Code Number

วันที่สัมภาษณ์

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**ก. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์**

1. อายุ ..... ปี
2. เพศ ☐ ชาย  
☐ หญิง
3. สถานภาพสมรส  
☐ โสด ☐ แยก - หย่า  
☐ คู่ ☐ หม้าย
4. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่.....  
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
5. อาชีพหลัก (รายได้ส่วนใหญ่มาจาก)  
☐ ทำนา ☐ ทำสวน - ทำไร่  
☐ อื่นๆ (ระบุ).....
6. อาชีพรอง ☐ ทำนา ☐ ทำสวน - ทำไร่  
☐ อื่นๆ (ระบุ).....
7. จำนวนพื้นที่ทำการเกษตรกรรม  
มีนา .....ไร่, สวน .....ไร่, ไร่.....ไร่
8. ใน 1 ปี ท่านทำงานประเภทใด เป็นเวลาประมาณเท่าใด  
☐ ทำนา .....เดือน/ปี  
☐ ทำสวน .....เดือน/ปี  
☐ ทำไร่ .....เดือน/ปี  
☐ รับจ้าง (ระบุ) .....  
☐ กรรมการก่อสร้าง ☐ ขับรถรับจ้าง  
☐ รับจ้างทั่วไป ☐ อื่นๆ ระบุ.....  
8.1 ท่านทำงานเป็นเกษตรกรมานาน .....ปี ..... เดือน
9. ในการทำนา - ทำสวน หรือ ทำไร่ ท่านใช้ปุ๋ยชนิดใด  
☐ ปุ๋ยหมัก ☐ ปุ๋ยจากมูลสัตว์  
☐ ปุ๋ยเคมี ☐ ไม่ใช้เลย
10. ในการทำนา - ปลูกพืช ท่านใช้สารเคมีปราบศัตรูพืชหรือไม่  
☐ ไม่ใช้เลย  
☐ ใช้ (ระบุชื่อ/ชนิดของยา).....

11. ในกรณีที่ใช้ ท่านมีการสวมสิ่งป้องกันอะไรบ้าง
- 11.1 ถุงมือ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- 11.2 สวมเสื้อคลุม ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- 11.3 สวมรองเท้าน้ำบูต ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- 11.4 สวมหมวกป้องกัน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- 11.5 ผ้าปิดจมูก - ปาก ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- 11.6 แว่นตาป้องกัน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- 11.7 อื่นๆ (ระบุ) .....
12. หลังจากท่านพ่นยาฆ่าศัตรูพืชท่านอาบน้ำทันทีหรือไม่
- ☐ ไม่อาบน้ำ ☐ อาบน้ำทันที
13. ก่อนท่านรับประทานอาหาร **ท่านล้างมือ** หรือไม่
- ☐ ไม่ได้ล้างมือทุกครั้ง
- ☐ ล้างทุกครั้งแต่ไม่ได้ใช้สบู่หรือผงซักฟอก
- ☐ ล้างทุกครั้งด้วยสบู่ หรือ ผงซักฟอก
14. ท่านทำอย่างไรกับภาชนะ หรือ กระป๋องที่บรรจุยาฆ่าศัตรูพืชที่ใช้หมดแล้ว
- ☐ นำกลับมาใช้อีก โดย .....
- ☐ ไม่นำกลับมาใช้อีก กำจัดโดย .....
15. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่
- ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
16. เวลาท่านใช้ยาฆ่าศัตรูพืช ท่านได้กลิ่นยาหรือไม่
- ☐ ไม่ได้กลิ่น ☐ ได้กลิ่น
- 16.1 ในกรณีที่ได้กลิ่นยาท่านรู้สึกปวดศีรษะหรือไม่
- ☐ ไม่ปวดศีรษะ ☐ ปวดศีรษะ
- 16.1.1 ในกรณีปวดศีรษะ ปวดบ่อยแค่ไหน
- ☐ ปวดทุกวัน
- ☐ ปวดทุกสัปดาห์
- ☐ อื่นๆ (ระบุ) .....
- 16.2 ถ้าท่านปวดศีรษะจาก 16.1 ท่านรักษาด้วยวิธีใด
- ☐ ซื้อยาแก้ปวดกินเอง ☐ พบแพทย์
- ☐ อื่นๆ (ระบุ) .....
17. ท่านใช้ยาพื้นบ้าน ยาสมุนไพร หรือยาชูกำลัง หรือไม่
- ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ (ระบุชื่อ) .....
18. ท่านมีความคิดเห็นว่าคุณสามารถป้องกันการปนเปื้อนสารตะกั่ว ในที่ทำงานของท่านอย่างไร
- .....

**แบบสอบถาม**  
(กลุ่มทำงานโรงพิมพ์)

[pb in Blood ..... µg/dl]

Code Number

  

วันที่สัมภาษณ์

  

**ก. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์**

1. อายุ .....ปี
2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. สถานภาพสมรส  
☐ โสด ☐ คู่  
☐ แยก - หย่า ☐ หม้าย
4. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ ..... หมู่ .....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
5. ที่อยู่สถานประกอบการ .....ชื่อร้าน .....
6. การพักอาศัย  
☐ อยู่ที่บ้าน ☐ อยู่ที่สถานประกอบการ  
☐ อื่นๆ (ระบุ).....

**ข. ระยะเวลาที่สัมผัสกับตะกั่ว**

7. ท่านได้ทำงานในโรงพิมพ์นี้เป็นเวลา.....เดือน .....ปี
8. ท่านทำงานกี่ชั่วโมง ใน 1 วัน .....ชั่วโมง
9. ท่านทำงานกี่วันต่อสัปดาห์ ..... วัน
10. ท่านเคยทำงานในโรงพิมพ์อื่นก่อนที่จะทำงานนี้หรือไม่  
☐ เคย (ระบุ) .....เป็นเวลา.....เดือน/ปี ☐ ไม่เคย

**ค. ลักษณะ และกิจกรรม ของงานที่ทำ**

11. งานที่ทำส่วนใหญ่ คือ .....

**ง. สุขภาพอนามัย และพฤติกรรมส่วนตัว**

12. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่  
☐ ไม่สูบเลย (ไปข้อ 13)  
☐ สูบเป็นประจำ.....มวน/วัน เป็นเวลา .....เดือน.....ปี  
☐ เคยสูบแต่เลิกมาแล้ว .....เดือน/.....ปี  
12.1 ท่านสูบบุหรี่ขณะทำงานหรือไม่ ☐ สูบ ☐ ไม่สูบ
13. ท่านดื่มเหล้าหรือไม่  
☐ ไม่ดื่มเลย  
☐ ดื่มประจำทุกวัน, ดื่มมานาน.....เดือน .....ปี  
☐ ดื่มเป็นบางโอกาส.....วัน/เดือน  
☐ เคยดื่มแต่เลิกมาแล้ว .....เดือน .....ปี

14. ท่านล้างมือก่อนรับประทานอาหารหรือไม่  
☐ ไม่เคยเป็นประจำ    ☐ ล้างทุกครั้ง  
☐ ล้างบ้างไม่ล้างบ้าง
15. สถานที่ที่รับประทานอาหารในวันทำงาน (โปรดระบุ).....

**จ. ความรู้ ทัศนคติ และข้อปฏิบัติ**

| ข้อ | หัวข้อ - กิจกรรม                                                       | ใช่  | ไม่ใช่ |
|-----|------------------------------------------------------------------------|------|--------|
| 16  | มีสารตะกั่วในหมึกพิมพ์อักษร                                            | .... | .....  |
| 17  | สารตะกั่วทำให้ท่านเจ็บป่วยได้                                          | .... | .....  |
| 18  | เมื่อท่านทำการพิมพ์หรือเรียงอักษร หรือสัมผัสหมึกพิมพ์ท่านปฏิบัติดังนี้ | .... | .....  |
|     | 18.1 สวมถุงมือ                                                         | .... | .....  |
|     | 18.2 สวมเสื้อคลุมเพื่อป้องกัน                                          | .... | .....  |
|     | 18.3 สวมรองเท้าหรือรองเท้าบูท                                          | .... | .....  |
|     | 18.4 ใช้ผ้าปิดจมูก                                                     | .... | .....  |
|     | 18.5 ใส่แว่นตาป้องกัน                                                  | .... | .....  |
|     | 18.6 อื่นๆ (ระบุ).....                                                 |      |        |

19. ตามความคิดเห็นของท่าน ใครควรรับผิดชอบในการตรวจสอบความปลอดภัยของผู้ที่ทำงานกับสารตะกั่ว.....
20. ท่านทำอย่างไรกับกระป๋องหมึกพิมพ์ ที่หมดแล้ว  
☐ นำกลับมาใช้ใหม่    ☐ ปรับเปลี่ยนนำมาใช้ใหม่  
☐ ทิ้งไปกับขยะเทศบาล    ☐ กำจัดเองโดยวิธี.....
21. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่  
☐ ไม่มี    ☐ มี (ระบุโรค).....
22. เวลาท่านทำงานท่านได้กลิ่นกระดาด หมึกพิมพ์ สีพิมพ์ตัวอักษร หรือไม่  
☐ ไม่ได้กลิ่น (ข้ามไปข้อ 26)    ☐ ได้กลิ่น(ไปข้อ 23)
23. ถ้าท่านได้กลิ่น ในข้อ 22 ท่านปวดศีรษะหรือไม่  
☐ ไม่ปวดศีรษะ (ข้ามไปข้อ 26)    ☐ ปวดศีรษะ (ไปข้อ 23.1)
- 23.1 ถ้าท่านปวดศีรษะ ปวดบ่อยแค่ไหน  
☐ ปวดทุกวัน    ☐ ปวดทุกสัปดาห์    ☐ อื่น(ระบุ).....
24. ถ้าท่านปวดศีรษะท่านรับประทานยาแก้ปวดหรือไม่  
☐ ไม่รับประทาน  
☐ รับประทาน ระบุชื่อของยา.....

25. ถ้าท่านปวดศีรษะท่านไปพบแพทย์หรือไม่

☐ ไม่ (ไปข้อ 25.1)    ☐ ไป (ไปข้อ 25.2)

25.1 เหตุใดจึงไม่ไปพบแพทย์

.....

25.2 แพทย์ให้การรักษา และแนะนำอย่างไร

.....

26. ท่านใช้ยาพื้นบ้าน ยาสมุนไพร หรือ ยาชูกำลังหรือไม่

☐ ไม่ใช่

☐ ใช่ (ระบุชื่อ).....

27. ท่านมีความคิดเห็นว่าคุณสามารถป้องกันการปนเปื้อนสารตะกั่วในที่ทำงานของท่านอย่างไร

.....

.....

%%%%%%%%%

**แบบสอบถาม** [pb in Blood ..... µg/dl]  
**(กลุ่มบัตรรายน้ำและซ่อมหม้อน้ำรถยนต์)**

Code Number

  

วันที่สัมภาษณ์

  
**ก. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์**

1. อายุ .....ปี
2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. สถานภาพสมรส  
☐ โสด ☐ คู่  
☐ แยก - หย่า ☐ หม้าย
4. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ ..... หมู่ .....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
5. ที่อยู่สถานประกอบการ ..... ชื่อร้าน.....
6. การพักอาศัย  
☐ อยู่ที่บ้าน ☐ อยู่ที่สถานประกอบการ  
☐ อื่นๆ (ระบุ).....

**ข. ระยะเวลาที่สัมผัสกับตะกั่ว**

7. ท่านได้ทำงานบัตรรีในสถานประกอบการนี้เป็นเวลา.....เดือน .....ปี
8. ท่านทำงานเฉลี่ยกี่ชั่วโมง ใน 1 วัน .....ชั่วโมง
9. ท่านทำงานกี่วันต่อสัปดาห์ .....วัน
10. ท่านเคยทำงานบัตรรีในสถานประกอบการอื่นก่อนที่จะทำงานนี้หรือไม่  
☐ เคย (ระบุ) .....เป็นเวลา.....เดือน/ปี ☐ ไม่เคย

**ค. ลักษณะ และกิจกรรม ของงานที่ทำ**

11. งานที่ทำส่วนใหญ่ คือ .....

**ง. สุขภาพอนามัย และพฤติกรรมส่วนตัว**

12. ท่านสูบบุหรี่ หรือไม่  
☐ ไม่สูบเลย (ไปข้อ 13)  
☐ สูบอยู่เป็นประจำ.....มวน/วัน เป็นเวลา .....เดือน.....ปี  
☐ เคยสูบแต่เลิกมาแล้ว .....เดือน/.....ปี  
12.1 ท่านสูบบุหรี่ขณะทำงานหรือไม่ ☐ สูบ ☐ ไม่สูบ
13. ท่านดื่มเหล้าหรือไม่  
☐ ไม่ดื่มเลย  
☐ ดื่มประจำทุกวัน, ดื่มมานาน.....เดือน .....ปี  
☐ ดื่มเป็นบางโอกาส.....วัน/เดือน  
☐ เคยดื่มแต่เลิกมาแล้ว .....เดือน .....ปี

14. ท่านล้างมือก่อนรับประทานอาหารหรือไม่

- ☐ ไม่เคยเป็นประจำ  
☐ ล้างบ้างไม่ล้างบ้าง  
☐ ล้างทุกครั้ง

15. สถานที่ที่รับประทานอาหารในวันทำงาน (โปรดระบุ).....

**จ. ความรู้ ทักษะ และข้อปฏิบัติ**

| ข้อ | หัวข้อ - กิจกรรม                       | ใช่  | ไม่ใช่ |
|-----|----------------------------------------|------|--------|
| 16  | แต่งบัตรกริทำจากตะกั่ว                 | .... | .....  |
| 17  | ไอลจากการบัตรกริสามารถทำให้เจ็บป่วยได้ | .... | .....  |
| 18  | เมื่อท่านทำการบัตรกริตะกั่ว ท่าน       |      |        |
|     | 18.1 สวมถุงมือ                         | .... | .....  |
|     | 18.2 สวมเสื้อคลุมเพื่อป้องกัน          | .... | .....  |
|     | 18.3 สวมรองเท้าหรือรองเท้านบูท         | .... | .....  |
|     | 18.4 ใช้ผ้าปิดจมูก                     | .... | .....  |
|     | 18.5 ใส่แว่นตาป้องกัน                  | .... | .....  |
|     | 18.6 อื่นๆ (ระบุ).....                 |      |        |

19. ตามความคิดเห็นของท่าน ใครควรรับผิดชอบในการตรวจสอบความปลอดภัยของผู้ที่ทำงานกับสารตะกั่ว.....

20. ท่านทำอย่างไรกับเศษตะกั่วที่ใช้แล้ว

- ☐ นำกลับมาใช้ใหม่      ☐ ปรับเปลี่ยนนำมาใช้ใหม่  
☐ ทิ้งไปกับขยะเทศบาล      ☐ กำจัดเองโดยวิธี.....

21. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

- ☐ ไม่มี      ☐ มี (ระบุโรค).....

22. เวลาท่านบัตรกริตะกั่วท่านได้กลิ่นควันบัตรกริ หรือไม่

- ☐ ไม่ได้กลิ่น (ข้ามไปข้อ 26)      ☐ ได้กลิ่น(ไปข้อ 23)

23. ถ้าท่านได้กลิ่น ในข้อ 22 ท่านปวดศีรษะหรือไม่

- ☐ ไม่ปวดศีรษะ (ข้ามไปข้อ 26)      ☐ ปวดศีรษะ (ไปข้อ 23.1)

23.1 ถ้าท่านปวดศีรษะ ปวดบ่อยแค่ไหน

- ☐ ปวดทุกวัน      ☐ ปวดทุกสัปดาห์      ☐ อื่น(ระบุ).....

24. ถ้าท่านปวดศีรษะท่านรับประทานยาแก้ปวดหรือไม่

- ☐ ไม่รับประทาน  
☐ รับประทาน ระบุชื่อของยา.....

25. ถ้าท่านปวดศีรษะท่านไปพบแพทย์หรือไม่

- ☐ ไม่ (ไปข้อ 25.1)      ☐ ไป (ไปข้อ 25.2)

25.1 เหตุใดจึงไม่ไปพบแพทย์

.....

25.2 แพทย์ให้การรักษา และแนะนำอย่างไร

.....

.....

26. ท่านใช้ยาพื้นบ้าน ยาสมุนไพร หรือ ยาชูกำลังหรือไม่

☐ ไม่ใช่

☐ ใช่ (ระบุชื่อ).....

27. ท่านมีความคิดเห็นว่าคุณสามารถป้องกันการปนเปื้อน  
สารตะกั่วในที่ทำงานของคุณอย่างไร

.....

.....

\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$

**แบบสอบถาม** [pb in Blood ..... µg/dl]  
**(กลุ่มตำรวจจราจร)**

Code Number

  

วันที่สัมภาษณ์

  
**ก. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์**

1. อายุ .....ปี
2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. สถานภาพสมรส  
☐ โสด ☐ คู่  
☐ แยก - หย่า ☐ หม้าย
4. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ ..... หมู่ .....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

**ข. ระยะเวลาที่สัมผัสกับตะกั่ว**

5. ท่านทำงานเป็นตำรวจจราจร สภอ. เมืองขอนแก่นเป็นเวลา.....เดือน.....ปี
6. ท่านปฏิบัติงานบนเส้นทางสัญจร สี่แยกวันละ.....ชั่วโมง
7. ท่านปฏิบัติงานบนเส้นทางสัญจร สี่แยก เฉลี่ยสัปดาห์ละ.....วัน
8. ท่านเคยทำงานเป็นตำรวจจราจรที่อื่นมาก่อนหรือไม่  
☐ เคย (ระบุ)..... เป็นเวลา.....เดือน/ปี ☐ ไม่เคย

**ค. สุขภาพอนามัย และพฤติกรรมส่วนตัว**

9. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่  
☐ ไม่สูบเลย (ไปข้อ 10)  
☐ สูบเป็นประจำ.....มวน/วัน เป็นเวลา.....เดือน.....ปี  
☐ เคยแต่เลิกมาแล้ว .....เดือน.....ปี

**9.1 ท่านสูบบุหรี่ขณะทำงาน หรือไม่**

- ☐ สูบ  
☐ ไม่สูบ

**10. ท่านดื่มเหล้า หรือไม่**

- ☐ ไม่ดื่มเลย  
☐ ดื่มเป็นประจำทุกวัน ดื่มมานาน.....เดือน.....ปี  
☐ ดื่มเป็นบางโอกาส.....วัน/เดือน  
☐ เคยดื่มแต่เลิกมาแล้ว.....เดือน.....ปี

**11. ท่านล้างมือก่อนรับประทานอาหาร หรือไม่**

- ☐ ไม่เคยเป็นประจำ  
☐ ล้างบ้างไม่ล้างบ้าง  
☐ ล้างทุกครั้ง



**מנהל המבחנים והתעודות**

**ง. ความรู้ ทักษะ และข้อปฏิบัติ**

12. ท่านทราบหรือไม่ว่าสารตะกั่วในอากาศ บริเวณที่มีการจราจรคับคั่ง  
มาจากการใช้น้ำมันเบนซิน/ซูเปอร์ในรถยนต์  
☐ ทราบ ☐ ไม่ทราบ
13. ท่านทราบหรือไม่ว่า สารตะกั่วในอากาศสามารถทำให้เกิดอันตราย  
ต่อการหายใจได้  
☐ ทราบ ☐ ไม่ทราบ
14. เมื่อท่านปฏิบัติหน้าที่บนเส้นทางจราจรท่านได้ใช้ผ้าปิดจมูก หรือไม่  
☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
15. ตามความคิดเห็นของท่านใครควรรับผิดชอบในการตรวจสอบความ  
ปลอดภัยของผู้ที่ทำงานกับสารตะกั่ว.....
16. ท่านมีโรคประจำตัว หรือไม่  
☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุโรค).....
17. เวลาท่านปฏิบัติหน้าที่บนเส้นทางจราจร ท่านเคยปวดศีรษะเนื่องจาก  
ไอเสีย ควันเสีย จากยวดยานพาหนะ หรือไม่  
☐ เคย ☐ ไม่เคย (ไปข้อ 20)
18. ถ้าท่านปวดศีรษะจากข้อ 17 ท่านรับประทานยาแก้ปวด หรือไม่  
☐ ไม่รับประทานยา ☐ รับประทานยา (ระบุชื่อยา).....
19. ถ้าท่านปวดศีรษะจากข้อ 17 ท่านไปพบแพทย์หรือไม่  
☐ ไม่ไป (ถามข้อ 19.1) ☐ ไป (ถามข้อ 19.2)  
19.1 เหตุใดจึงไม่ไปพบแพทย์  
.....  
19.2 แพทย์ให้การศึกษา และแนะนำอย่างไร  
.....
20. ท่านมีความคิดเห็นว่าคุณจะสามารถป้องกันอันตรายสารตะกั่ว  
จากไอเสีย ควันเสีย จากยวดยานพาหนะในขณะปฏิบัติหน้าที่ ของ  
ท่านได้อย่างไร.....

@@@@@@@@@@@@@@@@