

แบบ QAP- 1

เลขที่ (No.)

**แบบสอบถามเพื่อประเมินการสัมผัสและอาการที่เกี่ยวข้องกับมลพิษอากาศ
(หมอกควันและฝุ่นละอองขนาดเล็ก) เชียงรุ๊ก**

วันที่.....

ตำบล..... อำเภอ

จังหวัด

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ (หมอกควันและฝุ่นละอองขนาดเล็ก) นี้ใช้สำหรับ**เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม.** ทำการเก็บข้อมูลในชุมชนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่สีแดงติดต่อกัน 3 วัน โดยทำการสอบถามเน้นในประชาชนกลุ่มเปราะบาง (เด็ก หญิงมีครรภ์ ผู้มีโรคประจำตัว ผู้ป่วยติดเตียง) ในชุมชนเชิงรุก มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลผลกระทบทางสุขภาพจากมลพิษทางอากาศฯ โดยขอความอนุเคราะห์เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลตามความเป็นจริง รวมถึงข้อมูลในเอกสารฉบับนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยต่อบุคคล และใช้เพื่อการศึกษา วิจัย และวิเคราะห์ผลกระทบทางสุขภาพจากมลพิษทางอากาศเท่านั้น

2. แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ **ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไป/ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต **ส่วนที่ 2** ประวัติการเจ็บป่วย และ **ส่วนที่ 3** พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสมลพิษอากาศฯ

3. โปรดกรอกข้อความลงในช่องว่างหรือเขียนเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป/ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

1. อายุ.....ปี
2. เพศ ☐ 1) ชาย ☐ 2) หญิง
3. อาชีพหลัก ☐ 1) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ 2) พนักงานบริษัท/เอกชน
☐ 3) นักเรียน/นักศึกษา ☐ 4) เกษตรกร
☐ 4) รับจ้างทั่วไป ☐ 5) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
☐ 6) ว่างาน/ไม่มีงานทำแน่นอน ☐ 7) อื่นๆ ระบุ.....
4. ลักษณะการทำงาน ☐ 1) ทำงานกลางแจ้ง
☐ 2) ทำงานในอาคารแบบเปิดโล่ง/ไม่มีเครื่องปรับอากาศ
☐ 3) ทำงานในอาคารที่มีเครื่องปรับอากาศ
5. ที่อยู่ปัจจุบัน ชื่อหมู่บ้าน หมู่ที่ ตำบล.....
อำเภอ จังหวัด
6. ระยะเวลาที่ท่านอาศัยในพื้นที่ปัจจุบันปีเดือน
7. สถานที่อยู่/ทำงาน/เรียน ☐ เหมือนกับที่อยู่ปัจจุบัน
☐ ที่อื่น ระบุ ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
8. ระยะเวลาที่ท่านทำงาน/เรียนในพื้นที่ปัจจุบัน.....ปีเดือน
9. ลักษณะที่อยู่ของท่านเป็นอย่างไร ☐ 1) ห้องแถว/ทาวน์เฮาส์ ☐ 2) อพาร์ทเมนต์/แฟลต/คอนโด
☐ 3) บ้านเดี่ยว ☐ 4) อื่นๆ ระบุ.....
10. การระบายอากาศของสถานที่พักอาศัย ☐ 1) ห้องแอร์
☐ 2) ห้องโล่งใช้อากาศจากภายนอกและใช้พัดลม
☐ 3) ลักษณะอื่น ๆ ระบุ

11. โรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ☐ 1) โรคหืด ☐ 2) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
☐ 3) โรคความดันโลหิตสูง ☐ 4) เบาหวาน ☐ 5) หัวใจขาดเลือด ☐ 6) โรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจ
☐ 7) โรคภูมิแพ้ผิวหนัง ☐ 8) โรคอื่นๆ ระบุ.....
12. ประวัติสูบบุหรี่ ☐ 1) ไม่สูบ ☐ 2) สูบ ปริมาณที่สูบ มวน/วัน ระยะเวลาที่สูบ ปี
☐ 3) เลิกสูบ
13. คนในบ้านของท่านสูบบุหรี่หรือไม่ ☐ 1) ไม่สูบ ☐ 2) สูบ ☐ 3) เลิกสูบ
14. สภาพอากาศในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ 1) ฝนตก ☐ 2) มีเมฆมาก ☐ 3) ท้องฟ้าโปร่ง
☐ 4) ท้องฟ้ามีหมอก/ควัน ☐ 5) อื่นๆ ระบุ.....
15. ท่าน ได้รับสัมผัสกับฝุ่น/หมอกควัน โดยตรง จากกิจกรรมการเผาสวน/นา/ไร่ เผาป่า เผาถ่าน เผาวัสดุ
 ทางเกษตร/ขยะ/ใบไม้ ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา หรือไม่
☐ 1) ไม่ใช่ ☐ 2) ใช่
16. ท่าน หรือบริเวณใกล้เคียง มีการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดฝุ่น บริเวณที่พักอาศัย/ที่ทำงานของท่าน ในช่วง 7 วัน
 ที่ผ่านมา หรือไม่ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ 1) ไม่ทำ
☐ 2) ทำ ได้แก่ ☐ 2.1) หุงต้มด้วยถ่าน ☐ 2.2) เผาใบไม้/ขยะ/วัสดุทางการเกษตร
☐ 2.3) จดรูป/ศาลเจ้า ☐ 2.4) กวาดพื้น
☐ 2.5) อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วย (ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน)

1. ท่าน มีอาการที่เกี่ยวข้องกับการรับสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) หรือไม่
☐ 1) ไม่มี (ข้ามไปตอบในส่วนที่ 3) ☐ 2) มี (ตอบข้อ 2 และข้อ 3)
2. อาการ

2.1 ระบบทางเดินหายใจ					
หอบเหนื่อย	☐ ไม่มี	☐ มี เริ่มมีอาการ/...../.....	หอบเหนื่อย มากกว่าปกติ	☐ ไม่มี	☐ มี เริ่มมีอาการ/...../.....
ไอ/ไอแห้ง ๆ	☐ ไม่มี	☐ มี เริ่มมีอาการ/...../.....	ไอบ่อยขึ้นกว่าปกติ	☐ ไม่มี	☐ มี เริ่มมีอาการ/...../.....
ไอมีเสมหะ	☐ ไม่มี	☐ มี เริ่มมีอาการ/...../.....	มีปริมาณเสมหะ มากขึ้นกว่าปกติ	☐ ไม่มี	☐ มี เริ่มมีอาการ/...../.....
แน่นหน้าอก	☐ ไม่มี	☐ มี เริ่มมีอาการ/...../.....	หายใจมีเสียงหวีด	☐ ไม่มี	☐ มี เริ่มมีอาการ/...../.....
เหนื่อยง่าย	☐ ไม่มี	☐ มี เริ่มมีอาการ/...../.....	หายใจลำบาก	☐ ไม่มี	☐ มี เริ่มมีอาการ/...../.....
คัดจมูก	☐ ไม่มี	☐ มี เริ่มมีอาการ/...../.....	แสบจมูก	☐ ไม่มี	☐ มี เริ่มมีอาการ/...../.....
มีน้ำมูก	☐ ไม่มี	☐ มี เริ่มมีอาการ/...../.....	เสมหะเปลี่ยนสี	☐ ไม่มี	☐ มี เริ่มมีอาการ/...../.....
แสบคอ	☐ ไม่มี	☐ มี เริ่มมีอาการ/...../.....	เสียงแหบ	☐ ไม่มี	☐ มี เริ่มมีอาการ/...../.....
เลือดกำเดาไหล	☐ ไม่มี	☐ มี เริ่มมีอาการ/...../.....	อื่น ๆ ระบุ.....		
มีคำถามต่อในหน้าถัดไป กรุณาระบบทางเดินหายใจ➔					

2.2 ระบบโรคหัวใจและหลอดเลือด					
เจ็บเค้นบริเวณอก อย่างรุนแรง (เจ็บพลิ้น/ ขณะพัก นานกว่า 20 นาที)	☐ ไม่มี	☐ มี เริ่มมีอาการ/...../.....	เหนื่อยมากกว่า ปกติขณะออกกำลังกาย	☐ ไม่มี	☐ มี เริ่มมีอาการ/...../.....
ใจสั่น/ใจเต้นเร็ว	☐ ไม่มี	☐ มี เริ่มมีอาการ/...../.....	นอนราบไม่ได้ (ต้อง นอนหัวสูง)	☐ ไม่มี	☐ มี เริ่มมีอาการ/...../.....
เวียนศีรษะ/มึน	☐ ไม่มี	☐ มี เริ่มมีอาการ/...../.....	เหงื่อออก	☐ ไม่มี	☐ มี เริ่มมีอาการ/...../.....
เท้าบวม	☐ ไม่มี	☐ มี เริ่มมีอาการ/...../.....	อื่น ๆ ระบุ.....		
2.3 ระบบตา					
ตาแดง	☐ ไม่มี	☐ มี เริ่มมีอาการ/...../.....	แสบตา	☐ ไม่มี	☐ มี เริ่มมีอาการ/...../.....
เคืองตา	☐ ไม่มี	☐ มี เริ่มมีอาการ/...../.....	น้ำตาไหลมาก	☐ ไม่มี	☐ มี เริ่มมีอาการ/...../.....
คันตา	☐ ไม่มี	☐ มี เริ่มมีอาการ/...../.....	มีสารคัดหลั่ง/ขี้ตา	☐ ไม่มี	☐ มี เริ่มมีอาการ/...../.....
มองภาพไม่ชัด	☐ ไม่มี	☐ มี เริ่มมีอาการ/...../.....	อื่น ๆ ระบุ.....		
2.4 ระบบผิวหนัง					
มีผื่นแดง	☐ ไม่มี	☐ มี เริ่มมีอาการ/...../.....	คันตามร่างกาย	☐ ไม่มี	☐ มี เริ่มมีอาการ/...../.....
มีตุ่มแดง	☐ ไม่มี	☐ มี เริ่มมีอาการ/...../.....	มีตุ่มน้ำ	☐ ไม่มี	☐ มี เริ่มมีอาการ/...../.....
ผิวหนังเป็นขุย/ ลอก	☐ ไม่มี	☐ มี เริ่มมีอาการ/...../.....	มีผื่นบวม นูน แดง อันอาจเป็นอาการ ของโรคผื่นลมพิษ (Urticaria)	☐ ไม่มี	☐ มี เริ่มมีอาการ/...../.....
อื่น ๆ ระบุ.....					
2.5 อาการอื่นๆ ระบุ					
ระบุอาการ					
.....					
.....					

3. ประวัติเข้ารับการรักษาใน 4 กลุ่มโรคข้างต้น ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน (อาการจากข้อ 2.)

1. สถานที่รักษา ☐ 1) ไม่ได้ทำอะไร ☐ 2) ซ้ำยารับประทานเอง
☐ 3) เข้ารับการรักษา ที่คลินิก
☐ 4) เข้ารับการรักษา ที่โรงพยาบาล

วันที่เข้ารับการรักษา/...../.....

การรักษา ☐ 1) ผู้ป่วยใน (IPD) จำนวนวันที่นอน รพ.วัน

☐ 2) ผู้ป่วยนอก (OPD) ☐ 3) ผู้ป่วยฉุกเฉิน (ER)

การวินิจฉัย ☐ 1) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ☐ 2) โรคหืด ☐ 3) โรคหัวใจขาดเลือด

☐ 4) โรคผิวหนังอักเสบ ☐ 5) โรคตาอักเสบ

☐ 6) โรคอื่นๆ ระบุ.....

ผลการรักษา ☐ 1) กำลังรักษา ☐ 2) รักษาหาย

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการรับสัมผัสมลพิษอากาศฯ (ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน)

รายการประเมิน	ลักษณะพฤติกรรม/การปฏิบัติ		
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. ตรวจเช็คคุณภาพอากาศก่อนออกนอกบ้าน	☐	☐	☐
2. ลดระยะเวลาออกนอกบ้าน	☐	☐	☐
3. งดการออกกำลังกายกลางแจ้ง	☐	☐	☐
4. ปิดประตูหน้าต่าง	☐	☐	☐
5. ไม่เผาขยะ กระดาษ จุดรูป	☐	☐	☐
6. ไม่เผาเศษวัสดุทางการเกษตร หญ้า	☐	☐	☐
7. สวมใส่หน้ากากป้องกันฝุ่นก่อนออกจากบ้าน	☐	☐	☐

ชื่อ - สกุล : (ผู้เก็บข้อมูล ตัวบรรจง)

ตำแหน่ง :

สังกัดหน่วยงาน :

วันที่เก็บข้อมูล :