

แบบประเมินดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือวิจัย (IOC)

เรื่อง การประเมินความเสี่ยงในการทำงานของเกษตรกรจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในเขตชุมชนบ้าน
ศรีวัง อำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผู้วิจัย นางสาวอารีนา สุกลา นางสาวสุพัตรา สวัสดิ์ และนางสาวนุรุลอาเตีย ยะโก๊ะ

คำชี้แจง เชิญท่านพิจารณาข้อคำถาม สำหรับการวิจัยแต่ละข้อว่า มีความเหมาะสม ไม่ขัดจริยธรรม และ
สอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ วัตถุประสงค์ ของตัวแปรที่ศึกษาหรือไม่ ถ้าพิจารณาแล้วเห็นว่า สอดคล้อง
ให้เขียน ที่ช่อง +1 , ไม่แน่ใจ ที่ช่อง 0 , ไม่สอดคล้อง ที่ช่อง -1 และกรุณาให้คำแนะนำ

รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น			คำแนะนำ
	+1	0	-1	
ชุดที่ 1				
ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม				
1. เพศ <input type="checkbox"/> 1. ชาย <input type="checkbox"/> 2. หญิง				
2. อายุ <input type="checkbox"/> 30-35ปี <input type="checkbox"/> 36-40ปี <input type="checkbox"/> 41-45ปี <input type="checkbox"/> 46-50ปี <input type="checkbox"/> 50ปีขึ้นไป				
3. สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> คู่ <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า				
4. วุฒิการศึกษาชั้นสูงสุด <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา <input type="checkbox"/> ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....				
5. งานอาชีพหลัก <input type="checkbox"/> 1. เพาะปลูก (ทำเอง) <input type="checkbox"/> 2. เพาะปลูก (รับจ้าง) <input type="checkbox"/> 3. รับจ้างฉีดพ่น(ข้าม ไปตอบข้อ 9) <input type="checkbox"/> 4. รับจ้าง อื่น ๆที่เกี่ยวข้องทาง การเกษตร ระบุ.....(ข้ามไปตอบข้อ 8)				
6. ปัจจุบันท่านทำการเพาะปลูกอะไรเป็นหลัก อาชีพทำสวน <input type="checkbox"/> มังคุด <input type="checkbox"/> ทุเรียน <input type="checkbox"/> จำปาตะ <input type="checkbox"/> อื่น ระบุ.....				
ข้อมูลการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการปฏิบัติตัวในขณะที่ทำงาน				
7.. ท่านเกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช อย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> เป็นผู้ผสมสารเคมี <input type="checkbox"/> อยู่ในบริเวณที่มีการฉีดพ่น หรือสัมผัสผักผลไม้ที่ ฉีดพ่น เช่น เก็บเกี่ยว มัดกำ ห่อ บรรจุ				

<input type="checkbox"/> เป็นผู้ฉีดพ่นเองหรือรับจ้างฉีดพ่น				
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....				
8.. ท่านใช้สารเคมีกำจัดแมลงในการปฏิบัติงานหรือไม่				
รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น			คำแนะนำ
	+1	0	-1	
9. ท่านใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชในการฉีดพ่นหรือไม่				
10. ท่านใช้ถังบรรจุสารเคมีที่รั่วซึม หรือปิดไม่สนิท การรั่วในการฉีดพ่นหรือไม่				
11. ท่านได้รับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในขณะที่ทำงานหรือไม่				
12. ขณะทำงานท่านพบว่าเสื้อผ้าของท่านเปียกชุ่ม สารเคมีกำจัดศัตรูพืชหรือไม่				
13. ท่านมีอาการผิดปกติหลังจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชหรือไม่				
14. ขณะทำงานท่านสูบบุหรี่/ยาเส้น หรือไม่				
15. ท่านรับประทานอาหาร/ดื่มน้ำในบริเวณที่ทำงานหรือไม่				
16. ท่านดื่มเหล้า/เบียร์/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในบริเวณที่ทำงาน หรือไม่				
17. ก่อนการใช้สารเคมี ท่านอ่านฉลากที่ภาชนะบรรจุหรือไม่				
18. ขณะทำงานกับสารเคมีท่านสวมถุงมืออย่างป้องกันสารเคมีหรือไม่				
19. ท่านสวมใส่รองเท้าบูทหรือรองเท้าที่ปิดมิดชิดกันสารเคมีหรือไม่				
20. ท่านล้างมือทุกครั้งก่อนพักทานอาหารหรือดื่มน้ำหรือไม่				
21. หลังเลิกการฉีดพ่นท่านเปลี่ยนเสื้อผ้าที่เปื้อนสารเคมีทันที ณ.จุดทำงาน หรือไม่				
22. เมื่อเสื้อผ้าเปียกชุ่มสารเคมี ท่านอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายหลังเลิกงานทันที ณ.บริเวณที่ทำงานหรือไม่				

ข้อมูลความเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

23. ในรอบ 1 เดือน ท่านมีอาการผิดปกติหลังจากการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี (โปรดทำเครื่องหมาย <input type="checkbox"/> หน้ารายการที่มีอาการผิดปกติหลังจากใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทันที) กลุ่มที่ 1 <input type="radio"/> ไอ <input type="radio"/> แสบจุก <input type="radio"/> เจ็บคอ คอแห้ง <input type="radio"/> หายใจติดขัด <input type="radio"/> เวียนศีรษะ <input type="radio"/> ปวดศีรษะ <input type="radio"/> นอนหลับไม่สนิท				
---	--	--	--	--

รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น			คำแนะนำ
	+1	0	-1	

<input type="radio"/> คันผิวหนัง/ผิวแห้ง /ผิวแตก <input type="radio"/> ผื่นคันที่ ผิวหนัง/ตุ่มพุพอง <input type="radio"/> ปวดแสบร้อน <input type="radio"/> ตาแดง/แสบตา/ ตาคัน <input type="radio"/> อ่อนเพลีย <input type="radio"/> อากาศชา <input type="radio"/> ใจสั่น <input type="radio"/> เหงื่อออก <input type="radio"/> น้ำตาไหล <input type="radio"/> น้ำลายไหล <input type="radio"/> น้ำมูกไหล กลุ่มที่ 2 <input type="radio"/> หนังตากระตุก <input type="radio"/> ตาพร่ามัว <input type="radio"/> เจ็บหน้าอก/แน่นหน้าอก <input type="radio"/> คลื่นไส้ อาเจียน <input type="radio"/> ปวดท้อง <input type="radio"/> ท้องเสีย <input type="radio"/> กล้ามเนื้ออ่อนล้า <input type="radio"/> เป็นตะคริว <input type="radio"/> มือสั่น <input type="radio"/> เดี๋ยวไซเซ กลุ่มที่ 3 <input type="radio"/> ลมชัก <input type="radio"/> หมดสติ <input type="radio"/> ไม่รู้สึกตัว				
--	--	--	--	--

สรุปผลการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานเบื้องต้น

24. อาการ <input type="checkbox"/> ไม่มีอาการ <input type="checkbox"/> มีอาการกลุ่มที่ 1 (1 อาการขึ้นไป) <input type="checkbox"/> มีอาการกลุ่มที่ 2 (1 อาการขึ้นไป) <input type="checkbox"/> มีอาการกลุ่มที่ 3 (1 อาการขึ้นไป)				
--	--	--	--	--

25. ผลการประเมินความเสี่ยงในการทำงานที่ได้ <input type="checkbox"/> 1. มีความเสี่ยงต่ำ <input type="checkbox"/> 2. มีความเสี่ยงปานกลาง <input type="checkbox"/> 3. มีความเสี่ยงค่อนข้างสูง <input type="checkbox"/> 4. มีความเสี่ยงสูง <input type="checkbox"/> 5. มีความเสี่ยงสูงมาก				
--	--	--	--	--

ชุดที่ 2

การตรวจคัดกรองหาระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส : สอบถามข้อมูลก่อนมีการเจาะเลือดคัดกรองหา ระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเกษตรกร				
1. ท่านมีโรคประจำตัวต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน <input type="checkbox"/> โรคไต <input type="checkbox"/> โรคตับ <input type="checkbox"/> ขาดสารอาหาร <input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง <input type="checkbox"/> ไม่มี				
2. . ปัจจุบันท่านรับประทานยาคลายกล้ามเนื้อ pyridostigmine (ชื่อทางการค้า Mastigon) หรือไม่ <input type="checkbox"/> รับประทาน <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับประทาน				
3. ท่านฉีดพ่น/มีการใช้/สัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ครั้งหลังสุดเมื่อไหร่				
รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น			คำแนะนำ
	+1	0	-1	
<input type="checkbox"/> 1-2 วันที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 3-7 วัน <input type="checkbox"/> >7-14 วัน <input type="checkbox"/> 14 วันขึ้นไป				
4. จำนวนวันเฉลี่ยของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อ เดือน <input type="checkbox"/> น้อยกว่า 7 วัน/เดือน <input type="checkbox"/> มากกว่า 7 วัน/เดือน				
5. ท่านใช้สารเคมีในการทำเกษตรกรรม เพื่อ วัตถุประสงค์ใด <input type="checkbox"/> กำจัดแมลง <input type="checkbox"/> กำจัดวัชพืช <input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ).....				
6. ระบุชื่อสารเคมีในการทำเกษตรกรรม ที่ท่านใช้ตาม ข้อ 5 ชื่อการค้า ชื่อสามัญ (ถ้าทราบ)				
7. ผลการตรวจคัดกรองหาระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอ เรส <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. ปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. มีความเสี่ยง <input type="checkbox"/> 4. ไม่ปลอดภัย				
ชุดที่ 3 ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันควบคุมสารเคมีกำจัดศัตรูพืช				

1. สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเข้าสู่ร่างกายได้ 3 ทาง คือ หายใจ ปาก ผิวหนัง				
2. คนที่ร่างกายอ่อนแอเท่านั้นที่จะได้รับอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช				
3. ขณะผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเสร็จแล้ว ก็สามารถไข่มดคนในถังฉีดพ่นเพื่อให้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชผสมเข้ากันได้ดียิ่งขึ้น				
4. ทิศใต้ลมเป็นตำแหน่งที่เหมาะสมในการย่นฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช				
5. การเลือกใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ควรใช้หลายๆชนิดในการฉีดพ่นแต่ละครั้ง เพื่อประหยัดเวลาที่ต้องใช้ในการฉีดพ่น				
6. หากพบว่าอุปกรณ์ชำรุดในขณะฉีดพ่น หากไม่มาก ควรรีบฉีดพ่นให้เสร็จแล้วจึงนำไปซ่อมแซม				
7. การทำลายภาชนะที่ใส่สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้หมดแล้วควรกำจัดโดยการเผากลางแจ้ง				
รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น			คำแนะนำ
	+1	0	-1	
8. การรีบอาบน้ำทันทีหลังการฉีดพ่นเป็นวิธีหนึ่งในการป้องกันไม่ให้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเข้าสู่ร่างกาย				
9. อย่าให้ผู้อื่นเข้าไปในแปลงพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช นั้นจนกว่าจะสลายตัวหมด				
10. เก็บอุปกรณ์ให้พื้นมือเด็กทันทีหลังการฉีดพ่นทุกครั้ง				

ลงชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

(.....)

วันที่เดือนพ.ศ.....