

แบบประเมินความเสี่ยงในการทำงานของเกษตรกรจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ชื่อสถานบริการสุขภาพ รหัสหน่วยงานจัดเก็บข้อมูล

วัน-เดือน-ปีที่ประเมิน ผู้สัมภาษณ์ ตำแหน่ง

คำแนะนำ

แบบประเมินประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการปฏิบัติตัว
 ในขณะทำงาน ส่วนที่ 3 อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช **ส่วนที่ 4 และ 5** เจ้าหน้าที่หรือผู้
 สัมภาษณ์จะเป็นผู้กรอกเอง เพื่อให้เป็นประโยชน์ในการประเมินระดับความเสี่ยงต่อสุขภาพของท่านเอง โปรดตอบให้ตรงกับ
 ความจริงมากที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เลขบัตรประชาชน

2. ชื่อ - สกุล ผู้รับการประเมิน (นาย/นาง/นางสาว)

3. เพศ 1. ชาย 2. หญิง

4. อายุ ปี

5. ที่อยู่ปัจจุบัน จังหวัด

6. งานอาชีพหลัก 1. เพาะปลูก (ทำเอง) 2. เพาะปลูก (รับจ้าง)
3. รับจ้างฉีดยา (ข้ามไปตอบข้อ 9)
4. รับจ้าง อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทางการเกษตร ระบุ (ข้ามไปตอบข้อ 8)

7. ปัจจุบันท่านทำการเพาะปลูกอะไรเป็นหลัก
1. ทำไร่ ระบุ
2. ทำนา ระบุ

3. ทำสวน ระบุ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการปฏิบัติตัวในขณะที่ทำงาน

8. ท่านเกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- เป็นผู้ผสมสารเคมี
- อยู่ในบริเวณที่มีการฉีดพ่น หรือสัมผัสผักผลไม้ที่ฉีดพ่น เช่น เก็บเกี่ยว มัดกำ ห่อ บรรจุ
- เป็นผู้ฉีดพ่นเองหรือรับจ้างฉีดพ่น
- อื่น ๆ ระบุ

ข้อคำถาม 9 - 17 ถ้าตอบไม่ใช่ได้ 1 คะแนน ตอบใช่เป็นบางครั้งได้ 2 คะแนน ตอบ **ใช่ทุกครั้ง** ได้ 3 คะแนน

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	ไม่ใช่	ใช่เป็นบางครั้ง	ใช่ทุกครั้ง
9. ท่านใช้สารเคมีกำจัดแมลงในการปฏิบัติงานหรือไม่			
10. ท่านใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชในการฉีดพ่น หรือไม่			
11. ท่านใช้ถังบรรจุสารเคมีที่รั่วซึมในการฉีดพ่น หรือไม่			
12. ท่านได้รับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในขณะที่ทำงาน หรือไม่			
13. ขณะทำงานท่านพบว่าเสื้อผ้าของท่านเปียกชุ่มสารเคมีกำจัดศัตรูพืช หรือไม่			
14. ท่านมีอาการผิดปกติหลังจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช หรือไม่			
15. ขณะทำงานท่านสูบบุหรี่/ยาเส้น หรือไม่			
16. ท่านรับประทานอาหาร/ดื่มน้ำในบริเวณที่ทำงาน หรือไม่			
17. ท่านดื่มเหล้า/เบียร์/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในบริเวณที่ทำงาน หรือไม่			
สำหรับผู้สัมภาษณ์ คะแนนรวมแต่ละข้อ			
คะแนนรวมของคำตอบข้อ 9 ถึง 17 ได้ คะแนน (ส่วนของ A)			

ข้อคำถาม 18 - 23 ถ้าตอบไม่ใช่ได้ 1 คะแนน ตอบใช่เป็นบางครั้งได้ 2 คะแนน ตอบ **ใช่ทุกครั้ง** ได้ 3 คะแนน

ข้อคำถาม	คำตอบ
----------	-------

	ไม่ใช่	ใช่เป็นบางครั้ง	ใช่ทุกครั้ง
18. ก่อนการใช้สารเคมี ท่านอ่านฉลากที่ภาษาชนะบรรจุ หรือไม่			
19. ขณะทำงานกับสารเคมีท่านสวมถุงมืออย่างป้องกันสารเคมี หรือไม่			
20. ท่านสวมใส่รองเท้าบูท หรือ รองเท้าที่ปิดมิดชิดกันสารเคมี หรือไม่			
21. ท่านล้างมือทุกครั้งก่อนพักทานอาหารหรือดื่มน้ำ หรือไม่			
22. หลังเลิกการฉีดพ่นท่านเปลี่ยนเสื้อผ้าที่เปื้อนสารเคมีทันที ณ จุดทำงานหรือไม่			
23. เมื่อเสื้อผ้าเปียกชุ่มสารเคมี ท่านอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายหลังเลิกงานทันที ณ จุดทำงาน หรือไม่			
สำหรับผู้สัมภาษณ์ คะแนนรวมแต่ละช่อง			
คะแนนรวมของคำตอบข้อ 18 ถึง 23 ได้ คะแนน (ส่วนของ B)			
คะแนนรวมทั้งหมดตั้งแต่ข้อ 9 ถึง 23 (ส่วนของ A + B) ได้ คะแนน			

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

24. **ในรอบ 1 เดือน** ท่านมีอาการผิดปกติหลังจากการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

1. ไม่มี 2. มี (โปรดทำเครื่องหมาย หน้ารายการที่มีอาการผิดปกติหลังจากใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทันที)

กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3
<input type="checkbox"/> ไอ <input type="checkbox"/> แสบจมูก <input type="checkbox"/> เจ็บคอ คอแห้ง <input type="checkbox"/> หายใจติดขัด <input type="checkbox"/> เวียนศีรษะ <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> นอนหลับไม่สนิท <input type="checkbox"/> คันผิวหนัง/ผิวแห้ง ผิวแตก	<input type="checkbox"/> หน้าตากระตุก <input type="checkbox"/> ตาพร่ามัว <input type="checkbox"/> เจ็บหน้าอก/แน่นหน้าอก <input type="checkbox"/> คลื่นไส้ อาเจียน <input type="checkbox"/> ปวดท้อง <input type="checkbox"/> ท้องเสีย <input type="checkbox"/> กล้ามเนื้อ อ่อนล้า <input type="checkbox"/> เป็นตะคริว	<input type="checkbox"/> ลมชัก <input type="checkbox"/> หมดสติ <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ผื่นคันที่ ผิวหนัง/ตุ่มพุพอง <input type="checkbox"/> ปวดแสบร้อน <input type="checkbox"/> ตาแดง/แสบตา/ตาคัน <input type="checkbox"/> อ่อนเพลีย <input type="checkbox"/> อากาธา <input type="checkbox"/> ใจสั่น <input type="checkbox"/> เหงื่อออก <input type="checkbox"/> น้ำตาไหล <input type="checkbox"/> น้ำลายไหล <input type="checkbox"/> น้ำมูกไหล 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> มือสั่น <input type="checkbox"/> เดินโซเซ 	
---	---	--

สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. ที่ได้รับการแนะนำการใช้แบบประเมิน

ส่วนที่ 4 สรุปผลการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานเบื้องต้น

อาการ	คะแนนรวมทั้งหมด ตั้งแต่ข้อ 9 ถึง 23		
	<input type="checkbox"/> 15 ถึง 24 คะแนน	<input type="checkbox"/> 25 ถึง 30 คะแนน	<input type="checkbox"/> 31 ถึง 45 คะแนน
<input type="checkbox"/> ไม่มีอาการ	ต่ำ	ปานกลาง	ค่อนข้างสูง
<input type="checkbox"/> มีอาการกลุ่มที่ 1 (1 อาการขึ้นไป)	ปานกลาง	ค่อนข้างสูง	สูง
<input type="checkbox"/> มีอาการกลุ่มที่ 2 (1 อาการขึ้นไป)	ค่อนข้างสูง	สูง	สูง
<input type="checkbox"/> มีอาการกลุ่มที่ 3 (1 อาการขึ้นไป)	สูง	สูง	สูงมาก

หมายเหตุ: หากพบว่า เกษตรกรมีอาการผิดปกติของกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2 ให้เลือกอาการกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงกว่า คือ เลือกกลุ่มที่ 2 มาทำ matrix ทหาระดับความเสี่ยง

ผลการประเมินความเสี่ยงในการทำงานที่ได้

(เกษตรกรที่มีผลประเมินความเสี่ยงค่อนข้างสูง จนถึงสูงมากให้ตรวจคัดกรองสุขภาพเพื่อหาระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส)

- 1. มีความเสี่ยงต่ำ
- 2. มีความเสี่ยงปานกลาง
- 3. มีความเสี่ยงค่อนข้างสูง
- 4. มีความเสี่ยงสูง
- 5. มีความเสี่ยงสูงมาก

ส่วนที่ 5 การตรวจคัดกรองหาระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส : สอบถามข้อมูลก่อนเจาะเลือดคัดกรองหาระดับเอนไซม์โคลีน

เอสเตอเรสในเกษตรกร (เฉพาะกลุ่มที่ซักประวัติว่ามีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ไม่ตรวจในผู้ที่ใช้เฉพาะสารเคมีกำจัด วัชพืช เช่น ยาฆ่าหญ้า)

1. ท่านมีโรคประจำตัวต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- โรคเบาหวาน
- โรคไต
- โรคตับ
- ขาดสารอาหาร
- โรคพิษสุราเรื้อรัง
- ไม่มี

2. ปัจจุบันท่านรับประทานยาคลายกล้ามเนื้อ pyridostigmine, bromide (ชื่อทางการค้า Mestion[®], Distinon[®], Pyrimine60[®]) หรือไม่

- รับประทาน
- ไม่ได้รับประทาน

3. ท่านฉีดพ่น/มีการใช้/สัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่

- 1 - 2 วันที่ผ่านมา
- 3 - 7 วัน
- มากกว่า 7 - 14 วัน
- 14 วันขึ้นไป

4. จำนวนวันเฉลี่ยของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อเดือน

- น้อยกว่า 7 วันต่อเดือน
- มากกว่า 7 วันต่อเดือน

5. ท่านใช้สารเคมีในการทำเกษตรกรรม เพื่อวัตถุประสงค์ใด

- กำจัดแมลง
- กำจัดวัชพืช
- อื่น ๆ (ระบุ)

6. ระบุชื่อสารเคมีในการทำเกษตรกรรม ที่ท่านใช้ตามข้อ 5

ลำดับ	ชื่อการค้า	ชื่อสามัญ (ถ้ามี)
1		
2		
3		
4		
5		

ผลการตรวจคัดกรองหาระดับเอนไซม์โคลีเนสเทอเรส (Serum cholinesterase level)

- 1. ปกติ
- 2. ปกติ
- 3. มีความเสี่ยง
- 4. ไม่ปกติ