

ชื่อ-สกุล ..... ชั้น ..... เลขที่ .....  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....



บ.๒.๑ / พ.๑.๔ - ๐๑

## กิจกรรมที่ ๑ การป้องกันอันตรายที่เกิดจากแสงทำได้อย่างไร

### จุดประสงค์

๑. สำรวจกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่มีการใช้แสงจากแหล่งกำเนิดแสง
๒. อ่านข้อมูลและบอกแนวทางการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับตา  
เนื่องจากการมองวัตถุในบริเวณที่มีแสงสว่างไม่เหมาะสม

### วัสดุ-อุปกรณ์

-

### วิธีทำ

๑. แต่ละคนสำรวจกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำใน ๑ วัน ซึ่งเกี่ยวข้องกับการใช้แสง  
พร้อมระบุสถานที่และช่วงเวลา
๒. ร่วมกันอภิปรายในกลุ่มเกี่ยวกับกิจกรรมที่สำรวจว่าได้ทำเหมือนหรือแตกต่างกัน
๓. ร่วมกันอภิปรายในกลุ่มและคาดคะเนว่ากิจกรรมต่าง ๆ ที่สำรวจได้ ใช้แสงได้  
เหมาะสมหรือไม่ และนำเสนอ
๔. อ่านใบความรู้เรื่องอันตรายจากการมองเห็นวัตถุในบริเวณที่มีแสงสว่าง  
ไม่เหมาะสม และนำเสนอ



ชื่อ-สกุล ..... ชั้น ..... เลขที่ .....  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....



บ.๒.๑ / ผ.๑.๔ - ๐๑

๕. ร่วมกันอภิปรายและตรวจสอบกิจกรรมต่าง ๆ ที่สำรวจมาว่าใช้แสงได้เหมาะสมหรือไม่  
และบันทึกผลลงในตาราง
๖. ร่วมกันอภิปรายและบันทึกกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้แสงที่ไม่เหมาะสม แล้วระบุ  
สิ่งที่ควรทำเพื่อไม่ให้เกิดอันตรายกับตาในการมองวัตถุ และนำเสนอ



ชื่อ-สกุล ..... ชั้น ..... เลขที่ .....  
 วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

☆☆ บ.๒.๑ / ผ.๑.๔ - ๐๑

**ใบงาน ๐๑ : การป้องกันอันตรายที่เกิดจากแสง**

บันทึกผลการทำกิจกรรม

ตาราง ผลการสำรวจกิจกรรมในชีวิตประจำวัน  
 ที่เกี่ยวกับการใช้แสง

ทำเครื่องหมาย ✓ ใน □  
 ความสว่างของแสง  
 และความเหมาะสม  
 ในการใช้แสง

กิจกรรม	สถานที่	ความสว่างของแสง			ความเหมาะสมในการใช้แสง	
		มาก	น้อย	ไม่มีแสง	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม
ตัวอย่างเช่น อ่านหนังสือ	ในห้องที่บ้าน	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
๑. ....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
๒. ....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
๓. ....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
๔. ....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ชื่อ-สกุล ..... ชั้น ..... เลขที่ .....  
 วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

★★ บ.๒.๑ / ผ.๑.๔ - ๐๑

ตาราง ผลการสำรวจกิจกรรมในชีวิตประจำวัน  
 ที่เกี่ยวกับการใช้แสง (ต่อ)

ทำเครื่องหมาย ✓  
 ในช่วงเวลาและความเหมาะสม  
 ในการใช้แสง

กิจกรรม	สถานที่	ความสว่างของแสง			ความเหมาะสมในการใช้แสง	
		มาก	น้อย	ไม่มีแสง	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม
๕. .... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	<input type="checkbox"/>				
๖. .... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	<input type="checkbox"/>				
๗. .... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	<input type="checkbox"/>				
๘. .... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	<input type="checkbox"/>				
๙. .... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	<input type="checkbox"/>				
๑๐. .... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	<input type="checkbox"/>				