

แบบสัมภาษณ์
โครงการการปรับปรุงสุขภาพเกษตรกรในประเทศไทย

คำชี้แจง: ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน และ/หรือ เติมข้อความลงในช่องว่าง ให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถปฏิเสธการตอบคำถามข้อใดก็ได้

รหัสของผู้ตอบแบบสอบถาม _ _ - _ - _ - _ - _

(ตัวอย่าง เช่น 01-01-001 หมายถึงรหัสสถานที่เก็บ-กลุ่มของตัวอย่าง-รหัสตัวอย่าง)

รหัสผู้บันทึกข้อมูล _ _ - _ - _ - _

วันที่ตอบแบบสอบถาม _ _ / _ _ / _ _ - _ - _ (บันทึก วัน/เดือน/ปี เช่น 02/12/2016)

- รอบที่
- ครั้งแรก (1)
 - 8 เดือน (2)
 - 16 เดือน (3)
 - 24 เดือน (4)
-

คำถามคัดกรอง

1. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์/กำลังรักษาโรค

1. เบาหวาน 2. ความดันโลหิตสูง 3. ไทรอยด์ 4. โรคหัวใจ 9. ไม่เคย

2. ท่านฉีดพ่นสารเคมีด้วยตนเอง

0. ไม่ใช่ 1. ใช่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ (1) ชาย (2) หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา (1) ต่ำกว่าประถมศึกษา (2) ประถมศึกษา
 (3) มัธยมศึกษา (4)ปริญญาตรีและสูงกว่า
4. สถานภาพสมรส (1) โสด (2) สมรส (3) หม้าย (4) หย่า/แยก
5. น้ำหนักปัจจุบัน.....กิโลกรัม วัสดุส่วนสูง.....เซนติเมตร รอบเอว.....เซนติเมตร

ครั้งที่ 1 ความดันโลหิต...../.....มม.ปรอท ครั้งที่ 2 ความดันโลหิต...../.....มม.ปรอท

6. ระดับความเพียงพอของการใช้จ่ายในครอบครัว

- (1) เพียงพอและมีเงินเหลือเก็บ (2) เพียงพอแต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ
 - (3) ไม่เพียงพอและเป็นหนี้ (4) ปฏิเสธการตอบคำถาม
7. ท่านประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวน.....ชั่วโมง/วัน จำนวน.....วันต่อสัปดาห์
8. ท่านประกอบอาชีพเสริมนอกเหนือจากอาชีพเกษตรกรรมหรือไม่
- (1) ใช่ (2) ไม่ใช่ (ไม่ใช่ข้ามไปตอบส่วนที่ 2)

9. อาชีพเสริมของท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- (1) ทำงานสำนักงาน (2) ร้านขายของชำ
- (3) ทำงานร้านอาหาร (4) อยู่ซ่อมรถ/มอเตอร์ไซด์
- (5) ทำงานในโรงพยาบาล (6) ทำงานโรงงาน
- (7) ร้านเสริมสวย (8) ขับรถรับจ้าง/แท็กซี่/มอเตอร์ไซด์
- (9) คนงานก่อสร้าง (98) อื่นๆโปรดระบุ.....

10. จำนวนชั่วโมงที่ทำงานเสริม..... ชั่วโมง/วัน จำนวน.....วัน/สัปดาห์

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ

1. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่

- (0) ไม่สูบ (ข้ามไปตอบข้อ 2) (1) สูบ (ข้ามไปตอบข้อ 1.1 และ 1.2)
- (2) เคยสูบ ปัจจุบันเลิกแล้ว (ข้ามไปตอบข้อ 1.3)

1.1 จำนวนมวน.....มวน/วัน 1.2 สูบมานานปี

1.3 ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มสูบบุหรี่จนเลิก.....ปี 1.4 เลิกสูบบุหรี่มานาน.....ปี

2. ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่

(0) ไม่เคยดื่ม (ข้ามไปตอบข้อ 3) (1) ดื่ม (ตอบข้อ 2.1 และ 2.2)

(2) เคยดื่ม (ข้ามไปตอบข้อ 2.3 และข้อ 2.4)

2.1 ระยะเวลาที่ดื่มมานาน.....เดือน.....ปี

2.2 ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยแค่ไหน?

(1) ทุกวัน (2) 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ (3) เดือนละครั้ง (4) ตามโอกาส

2.3 ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดื่มจนเลิก.....ปี 2.4 เลิกดื่มมานาน.....ปี

3. พฤติกรรมการออกกำลังกายของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

3.1 ท่านเล่นกีฬาหรือออกกำลังกาย เช่น แอโรบิค วิ่ง จนรู้สึกเหนื่อยมาก หายใจแรงและเร็ว

(0) ไม่ได้ทำ (ข้ามไปตอบข้อ 3.2) (1) ทำ (ตอบข้อ 3.1.1 และ 3.1.2)

3.1.1 ระยะเวลาต่อครั้ง (1) 20 นาทีขึ้นไป (2) น้อยกว่า 20 นาที

3.1.2 จำนวนครั้งต่อสัปดาห์ (1) 3 วันหรือมากกว่า (2) 1 ถึง 2 วัน

3.2. ท่านออกแรงหรือเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ขุดดิน ทำงานบ้าน ล้างรถ เดินเร็ว ไร่ไม่พลอง จนรู้สึกค่อนข้างเหนื่อยหรือเหนื่อยกว่าปกติพอควร โดยหายใจเร็วกว่าปกติเล็กน้อย

(0) ไม่ได้ทำ (ข้ามไปตอบข้อ 4) (1) ทำ (ตอบข้อ 3.2.1. และ3.2.2)

3.2.1 ระยะเวลาต่อครั้ง (1) 30 นาทีขึ้นไป (2) น้อยกว่า 30 นาที

3.2.2 จำนวนครั้งต่อสัปดาห์ (1) 5 วันหรือมากกว่า (2) 1 ถึง 4 วัน

4. ความเครียด ประเมินตนเองโดยให้คะแนน 0-3 ที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

คะแนน 0 หมายถึง แทบไม่เคยเป็น -----คะแนน 3 หมายถึง เป็นประจำ

อาการหรือความรู้สึกที่เกิดในระยะ 2-4 สัปดาห์	คะแนน			
	0	1	2	3
4.1 มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก				
4.2 มีสมาธิน้อยลง				
4.3 หงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ				
4.4 รู้สึกเบื่อ เซ็ง				
4.5 ไม่อยากพบปะผู้คน				

5. ประวัติสุขภาพของครอบครัว (ต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์) (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

	(1) ตัวท่าน	(2) แม่
5.1 โรคหัวใจ	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ไม่ทราบ	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ไม่ทราบ
5.2 โรคเบาหวาน	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ไม่ทราบ	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ไม่ทราบ
5.3 โรคหลอดเลือด	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ไม่ทราบ	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ไม่ทราบ
5.4 โรคความดันโลหิตสูง	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ไม่ทราบ	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ไม่ทราบ
5.5 กล้ามเนื้อหัวใจตาย	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ไม่ทราบ	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ไม่ทราบ
5.6 โรคอ้วน	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ไม่ทราบ	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ไม่ทราบ
5.7 โคลเลสเตอรอลสูง	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ไม่ทราบ	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ไม่ทราบ

	(3) พ่อ	(4) ญาติสายตรง
5.1 โรคหัวใจ	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ไม่ทราบ	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ไม่ทราบ
5.2 โรคเบาหวาน	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ไม่ทราบ	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ไม่ทราบ
5.3 โรคหลอดเลือด	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ไม่ทราบ	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ไม่ทราบ
5.4 โรคความดันโลหิตสูง	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ไม่ทราบ	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ไม่ทราบ
5.5 กล้ามเนื้อหัวใจตาย	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ไม่ทราบ	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ไม่ทราบ
5.6 โรคอ้วน	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ไม่ทราบ	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ไม่ทราบ
5.7 โคลเลสเตอรอลสูง	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ไม่ทราบ	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ไม่ทราบ

6. พฤติกรรมการบริโภคอาหารใน 1 เดือนที่ผ่านมาโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติ

การปฏิบัติ	ทุกวัน (1)	5-6 วัน (2)	2-4 วัน (3)	1 วัน/ไม่เคย (4)
6.1 ท่านกินผักหลากหลาย ในหนึ่งวัน (ครบ 5 สี)				
6.2 ท่านกินผักและผลไม้สด น้อยกว่าครึ่งกิโลกรัมหรือน้อยกว่า 5 กำมือต่อวัน				
6.3 ท่านกินผักปลอดสารพิษ				
6.4 ท่านกินผลไม้ปลอดสารพิษ				
6.5 ท่านปรุงอาหารรับประทานเอง				
6.6 ท่านกินผลไม้รสหวาน เช่น มะม่วงสุก ทุเรียน ขนุน เงาะ น้อยหน้า ลำไย				
6.7 ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล เช่น น้ำอัดลม น้ำผลไม้สำเร็จรูป น้ำหวาน ชานม กาแฟ				
6.8 ท่านกินอาหารที่ปรุงด้วยกะทิที่เคี้ยวแตกมัน เช่น แกงเผ็ด แกงมัสมั่น แกงคั่ว				
6.9 ท่านกินเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูงหรือคลอเรสเตอรอล สูง เช่น หมูสามชั้น หนังไก่ คอหมูย่าง เครื่องในสัตว์ หอย				
6.10 ท่านกินอาหารทอด เช่น ลูกชิ้นทอด ไก่ทอด กุ้งทอด ปาท่องโก๋				
6.11 ท่านกินอาหารกึ่งสำเร็จรูปหรือการถนอมอาหาร เช่น ผักผลไม้ดอง อาหารหมักดอง อาหารกระป๋อง อาหารเค็ม ปลาเค็ม ปลาร้า น้ำบูดู บะหมี่ ข้าวต้มสำเร็จรูป				
6.12 ท่านกินขนมกรุบกรอบเป็นถุง เช่น สาหร่าย ข้าวเกรียบ มันฝรั่ง				
6.13 ท่านกินขนมหวานต่างๆ เช่น ทองหยิบ ขนมเค้ก				
6.14 ในการกินอาหารแต่ละมื้อ ท่านเติมน้ำตาลเพิ่ม				
6.15 ในการกินอาหารแต่ละมื้อ ท่านเติมน้ำปลา/เกลือ/น้ำปลาพริก/ซีอิ้ว/ซอสมะเขือเทศและซอสอื่นๆ เพิ่ม				

ส่วนที่ 3 ข้อมูลที่บ้าน

1. บ้านของท่านอยู่ใกล้กับพื้นที่การเกษตรที่มีการใช้สารเคมีในระยะ 1 กิโลเมตร

(0) ไม่ใช่

(1) ใช่

(9) ไม่ทราบ

2. ใน 1 ปีที่ผ่านมาบ้านของท่านมีการใช้สารเคมีกำจัดแมลงหรือไม่

ไม่ใช่ (0) (ข้ามไปตอบส่วนที่ 4.1)

ใช่ (1)

3. ใน 1 ปีที่ผ่านมาบ้านของท่านมีการใช้สารเคมีกำจัดแมลง (ตอบได้ทุกข้อที่เกี่ยวข้อง)

ชนิด	ไม่เคย (0)	>3 ครั้ง/ สัปดาห์ (1)	1-3 ครั้ง/ สัปดาห์ (2)	1-3ครั้ง/ เดือน (3)	<1ครั้ง/ เดือน (4)
3.1 อีซีวิน					
3.2 อาท					
3.3 ไบคอน					
3.4 ซิลท็อกซ์					
3.5 คินโซ					
3.6 ยาฆดกันยุง					
3.7 อื่นๆโปรดระบุ.....					

4. คุณดื่มน้ำ จากแหล่งใด (มากที่สุด)

- (1) จากบ่อน้ำที่บ้าน
 (2) จากบ่อน้ำชุมชน
 (3) น้ำดื่มบรรจุขวด
 (4) น้ำฝน
 (5) อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 4 ปัญหาสุขภาพ

1. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาคุณได้รับอุบัติเหตุขณะทำงานโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ให้ตรงกับความเป็นจริง

ประเภทของอุบัติเหตุ	1.ประจำ	2.บางครั้ง	3.ไม่เคย
1.1 ของมีคม/มีดบาด			
1.2 ตกจากที่สูง			
1.3 ไฟฟ้าดูด/ช็อต			
1.4 ลื่นล้ม			
1.5 สารเคมี/สารปราบศัตรูพืช กระจกเข้าตา/โดนร่างกาย			
1.6 งูกัด หนูกัด หรือสัตว์เลื้อยคลานกัด			
1.7 ถูกเครื่องจักร/อุปกรณ์ชน กระทบ			
1.8 บาดเจ็บจากเครื่องมือ/อุปกรณ์ล้มคว่ำ			
1.9 อวัยวะถูกหนีบด้วยเครื่องจักร			
1.10 อุบัติเหตุอื่นๆ ระบุ.....			

2. ปัญหาสุขภาพ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาคุณมีปัญหาสุขภาพต่อไปนี้โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ให้ตรงกับความเป็นจริง

ปัญหาสุขภาพ	การประเมิน		
	1.ประจำ	2.บางครั้ง	3.ไม่เลย
2.1 อาการคันที่ผิวหนัง			
2.2 ผิวหนังเป็นผื่นแดง			
2.3 ผิวหนังเป็นลมพิษ			
2.4 ผิวหนังแห้งและแตกเป็นแผล			
2.5 มีตุ่มน้ำใสและคัน			
2.6 เจ็บหน้าอก			
2.7 มีไข้ต่ำ ๆ ช่วงบ่าย หรือเย็น			
2.8 เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด			
2.9 ปวดตาบ่อย ๆ			
2.10 มองเห็นไม่ชัด			
2.11 ความสามารถในการได้ยินลดลง			
2.12 ปวดศีรษะบ่อย ๆ			
2.13 วิงเวียน หรือมึนงงบ่อย ๆ			
2.14 แขน ขา อ่อนแรง			
2.15 ท้องอืดบ่อย อาหารไม่ย่อย			
2.16 ปัสสาวะบ่อยกว่าปกติ			
2.17 ตัวเหลือง ตาเหลือง			
2.18 ระบายเคืองตา/ตาแดง/น้ำตาไหล			
2.19 แ่นจมูก คัดจมูก น้ำมูกไหล			
2.20 ไอ / ไอ มีเสมหะ			
2.21 หายใจไม่อิ่ม / แน่นหน้าอก			
2.22 หายใจมีเสียงดังหวีด			
2.23 ภาวะซึมเศร้า			
2.24 อาการผิดปกติอื่น ๆ ระบุ.....			

3. ความผิดปกติทางระบบโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในข้อที่มีอาการ

7 วันที่ผ่านมา	8 วันถึง 3 เดือนที่ผ่านมา
คุณมีอาการผิดปกติต่างๆ(เช่น ปวด ชา หรือ อ่อนแรง)เกิดขึ้นที่บริเวณเหล่านี้หรือไม่	คุณมีอาการผิดปกติต่างๆ(เช่น ปวด ชา หรืออ่อนแรง)เกิดขึ้นที่บริเวณเหล่านี้หรือไม่
คอ () 0.ไม่มี () 1.มี	คอ () 0.ไม่มี () 1.มี
ไหล่ () 0.ไม่มี () 1.มี (ขวา) () 2.มี (ซ้าย) () 3.มี (สองข้าง)	ไหล่ () 0.ไม่มี () 1.มี (ขวา) () 2.มี (ซ้าย) () 3.มี (สองข้าง)
ข้อศอก () 0.ไม่มี () 1.มี (ขวา) () 2.มี (ซ้าย) () 3.มี (สองข้าง)	ข้อศอก () 0.ไม่มี () 1.มี (ขวา) () 2.มี (ซ้าย) () 3.มี (สองข้าง)
ข้อมือ/ มือ () 0.ไม่มี () 1.มี (ขวา) () 2.มี (ซ้าย) () 3.มี (สองข้าง)	ข้อมือ/ มือ () 0.ไม่มี () 1.มี (ขวา) () 2.มี (ซ้าย) () 3.มี (สองข้าง)
นิ้วมือ () 0.ไม่มี () 1.มี (ขวา) () 2.มี (ซ้าย) () 3.มี (สองข้าง)	นิ้วมือ () 0.ไม่มี () 1.มี (ขวา) () 2.มี (ซ้าย) () 3.มี (สองข้าง)
หลังส่วนบน () 0.ไม่มี () 1.มี	หลังส่วนบน () 0.ไม่มี () 1.มี
หลังส่วนล่าง () 0.ไม่มี () 1.มี	หลังส่วนล่าง () 0.ไม่มี () 1.มี
สะโพก/ต้นขา () 0.ไม่มี () 1.มี	สะโพก/ต้นขา () 0.ไม่มี () 1.มี
เข่า () 0.ไม่มี () 1.มี (ขวา) () 2.มี (ซ้าย) () 3.มี (สองข้าง)	เข่า () 0.ไม่มี () 1.มี (ขวา) () 2.มี (ซ้าย) () 3.มี (สองข้าง)
ข้อเท้า/ เท้า () 0.ไม่มี () 1.มี (ขวา) () 2.มี (ซ้าย) () 3.มี (สองข้าง)	ข้อเท้า/ เท้า () 0.ไม่มี () 1.มี (ขวา) () 2.มี (ซ้าย) () 3.มี (สองข้าง)

ส่วนที่ 5 กิจกรรมการเกษตร

1. ปัจจุบันท่านทำกิจกรรมใดที่เกี่ยวข้องกับการเกษตร

- (1) ทำเองทั้งกระบวนการ
- (2) ไม่ได้ทำเองทั้งกระบวนการ โปรดระบุส่วนที่ไม่ได้ทำ.....
- (3) รับจ้างเกี่ยวกับการเกษตร โปรดระบุชนิดของงาน.....

2. ชนิดของพืชที่ท่านเพาะปลูก

1. ข้าว 2. อ้อย 3. ถั่ว 4. ผัก 5. ผลไม้ 6. อื่นโปรดระบุ.....

3. ท่านใช้เครื่องจักรการเกษตร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ชนิดของเครื่องจักรการเกษตร	ระยะเวลาทำงานชั่วโมงต่อวัน
<input type="radio"/> 3.1 ไม่ได้ใช้เครื่องจักรฯด้วยตนเอง (ข้ามไปตอบข้อ 5)	
<input type="radio"/> 3.2 รถไถเดินตาม	
<input type="radio"/> 3.3 รถแทรกเตอร์	
<input type="radio"/> 3.4 เครื่องพ่นสารเคมี/สารอินทรีย์ชนิดใช้เครื่องยนต์	
<input type="radio"/> 3.5 เครื่องสูบน้ำ	
<input type="radio"/> 3.6 เครื่องสีข้าว	
<input type="radio"/> 3.7 รถอีแต๋น	
<input type="radio"/> 3.8 รถบรรทุก	
<input type="radio"/> 3.9 อื่นๆ โปรดระบุ _____	

4. ท่านใช้อุปกรณ์ป้องกันภัยส่วนบุคคลเพื่อป้องกันเสียงขณะใช้เครื่องจักรการเกษตร

- ไม่ใช้ (0) ใช้บางครั้ง (1) โปรดระบุชนิดของอุปกรณ์.....
- ใช้ทุกครั้ง (2) โปรดระบุชนิดของอุปกรณ์.....

5. ประวัติการทำเกษตรอินทรีย์ (คัดลอกจากการตรวจแปลง)

5.1 ท่านทำเกษตรอินทรีย์มาแล้วเป็นเวลา.....ปี

สิ้นสุดระยะปรับเปลี่ยน เดือน.....ปี พ.ศ.

5.2 แหล่งน้ำที่ใช้ในการเพาะปลูก

- (1) น้ำฝน (2) น้ำจากระบบชลประทาน (3) น้ำบาดาล (4) แหล่งน้ำธรรมชาติ

5.3. ก่อนหน้าที่จะทำเกษตรอินทรีย์ท่านทำเกษตรเคมีมาก่อนหรือไม่

- (0) ไม่ใช่ (ข้ามไปตอบข้อ 6) (1) ใช่

5.4 ท่านเคยทำเกษตรเคมีเป็นเวลา.....ปี (ตั้งแต่เริ่มต้นทำเกษตรเคมีจนถึงเลิก)

6. ช่วงทำเกษตรเคมีท่านเคยทำการฉีดพ่นสารเคมีด้วยตนเองหรือไม่

(0) ไม่ใช่

(1) ใช่

6.1 ประวัติการใช้สารเคมี

ระบุชนิดสารเคมีที่ใช้	ชนิดของพืชที่ปลูก
ปุ๋ยเคมีสูตร.....	
กำจัดศัตรูพืช.....	
กำจัดวัชพืช.....	
กำจัดรา.....	
ฮอร์โมน/สารเร่ง.....	

7. กิจกรรมการเพาะปลูก

ประเด็น	พ.ย. - ก.พ.	มี.ค. - มิ.ย.	ก.ค. - ต.ค.
1. คุณปลูกพืชในฤดูใดบ้าง			
2. ระบุชนิดของพืชที่ปลูกในแต่ละฤดู			
3. คุณใช้เวลาลงพื้นที่ในการดูแลพืช (1) 1 - 3 ครั้ง/ รอบ (2) 1 วัน/สัปดาห์ (3) 2 - 3 วัน/ สัปดาห์ (4) 4 - 7 วัน/สัปดาห์			
4. คุณปลูกพืช (1) กลางแจ้ง (2) ในเรือนเพาะปลูก			

7.1 การบำรุงดิน

(1) ใช้ปุ๋ยหมัก

(2) ใช้ปุ๋ยคอก

(3) อื่นๆ.....

7.2 การปลูกพืชบำรุงดินก่อนหรือหลังการปลูกพืชหลัก

(1) ปอเทือง

(2) ถั่ว

(3) อื่นๆ.....

7.3 การป้องกัน/กำจัดวัชพืช

ชนิดของพืช	ชนิดของวัชพืช	วิธีการป้องกัน/กำจัด

7.4 การป้องกัน/กำจัดแมลง ศัตรูพืช

ชนิดของพืช	ชนิดของแมลง/ศัตรูพืช	วิธีการป้องกัน/กำจัด

7.5 การป้องกัน/กำจัดเชื้อรา

ชนิดของพืช	ชนิดของเชื้อรา/ศัตรูพืช	วิธีการป้องกัน/กำจัด

8. ใน 6 เดือนที่ผ่านมาหลังจากใช้วิธีการควบคุมศัตรูพืช ท่านมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่

อาการผิดปกติ	ไม่เคย (0)	บางครั้ง (1)	ทุกครั้ง (2)
8.1 เวียนศีรษะ			
8.2 เหนื่อยออก			
8.3 อាកาชา			
8.4 น้ำลายไหล			
8.5 ตาพร่ามัว			
8.6 คลื่นไส้อาเจียน			
8.7 เป็นตะคริว			
8.8 เดินโซเซ			
8.9 หมดสติ			
8.10 ซึมเศร้า			
8.11 ปวดศีรษะ			
8.12 ชัก			
8.13 ผิวหนังเป็นผื่นแดง			
8.14 กล้ามเนื้อท้องเกร็ง			
8.15 อ่อนเพลียอย่างมาก			

-----สิ้นสุดแบบสัมภาษณ์-----