

แบบสอบถามโครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาความชุกของภาวะท้องผูกในเด็กทารกและเด็กเล็ก



ภูมิลำเนาปัจจุบัน (จังหวัด) _____

ส่วนที่1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

1. บุตรหลานของท่านเพศ หญิง ชาย
2. วัน/เดือน/ปี (พ.ศ.) เกิด ____ / ____ / ____
3. น้ำหนัก _____ กิโลกรัม ส่วนสูง _____ เซนติเมตร
4. จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยในบ้านหลังเดียวกัน _____ คน ลักษณะครอบครัว
 - ครอบครัวเดี่ยว (บิดาและ/หรือมารดาและบุตรเท่านั้น)
 - มีบุคคลอื่นช่วยเหลือเลี้ยงบุตร ไม่มีบุคคลอื่นช่วยเหลือเลี้ยงบุตร
 - ครอบครัวขยาย (บิดา มารดา บุตรหลาน และญาติคนอื่น)
 - บิดาหรือมารดาเป็นผู้เลี้ยงดูหลัก ญาติเป็นผู้เลี้ยงดูหลัก
5. ผู้เลี้ยงดูหลัก
 - บิดา มารดา (หากตอบบิดาหรือมารดา โปรดข้ามไปยังข้อ 6)
 - ผู้อื่น โปรดระบุ _____ อายุ _____ ปี

การศึกษา

- ไม่ได้เข้ารับการศึกษ ประถมศึกษา มัธยมต้น มัธยมปลาย
- ปวช./ปวส. ปริญญาตรี ปริญญาโท สูงกว่าปริญญาโท

อาชีพ

- ไม่ได้ประกอบอาชีพ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัทเอกชน
- รับจ้าง ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว อื่น ๆ โปรดระบุ _____

รายได้

- <10,000 บาท 10,001-20,000 บาท 20,001-30,000 บาท 30,001-50,000 บาท
- 50,001-70,000 บาท 70,001-100,000 บาท >100,000 บาท

6. บิดา อายุ _____ ปี

การศึกษา

- ไม่ได้เข้ารับการศึกษ ประถมศึกษา มัธยมต้น มัธยมปลาย
- ปวช./ปวส. ปริญญาตรี ปริญญาโท สูงกว่าปริญญาโท

อาชีพ

- ไม่ได้ประกอบอาชีพ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัทเอกชน
 รับจ้าง ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว อื่น ๆ โปรดระบุ _____

รายได้

- <10,000 บาท 10,001-20,000 บาท 20,001-30,000 บาท 30,001-50,000 บาท
 50,001-70,000 บาท 70,001-100,000 บาท >100,000 บาท

7. มารดา อายุ _____ ปี

การศึกษา

- ไม่ได้เข้ารับการศึกษานาน ประถมศึกษา มัธยมต้น มัธยมปลาย
 ปวช./ปวส. ปริญญาตรี ปริญญาโท สูงกว่าปริญญาโท

อาชีพ

- ไม่ได้ประกอบอาชีพ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัทเอกชน
 รับจ้าง ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว อื่น ๆ โปรดระบุ _____

รายได้

- <10,000 บาท 10,001-20,000 บาท 20,001-30,000 บาท 30,001-50,000 บาท
 50,001-70,000 บาท 70,001-100,000 บาท >100,000 บาท

8. สถานภาพสมรสบิดามารดา อยู่ด้วยกัน แยกกันอยู่ หย่าร้าง หม้าย

9. รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน

- <10,000 บาท 10,001-20,000 บาท 20,001-30,000 บาท 30,001-50,000 บาท
 50,001-70,000 บาท 70,001-100,000 บาท >100,000 บาท

10. หนี้สินของครอบครัว ไม่มี มี จำนวนประมาณ _____ บาท

11. ประวัติบิดา มารดาหรือพี่น้องของบุตรหลาน มีอาการท้องผูก

- ไม่มี
 บิดา อายุที่เป็น _____ ปี
 มารดา อายุที่เป็น _____ ปี
 พี่หรือน้องของบุตรหลาน อายุที่เป็น _____ ปี

12. บิดา มารดาหรือพี่น้องของบุตรหลาน มีโรคประจำตัวดังต่อไปนี้

- ผื่นภูมิแพ้ผิวหนังที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ ภูมิแพ้จมูก หอบหืด
 แพ้อาหาร โปรดระบุ _____ ไม่มีโรคประจำตัวดังกล่าวมาข้างต้น

13. บุตรหลานของท่าน

- ไม่มีโรคประจำตัว
- มีโรคประจำตัวดังต่อไปนี้
- ผื่นภูมิแพ้ผิวหนังที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ ภูมิแพ้จมูก
- หอบหืด แพ้อาหาร โปรรระบุ _____
- มีโรคประจำตัวอื่น ๆ โปรรระบุ _____

ส่วนที่ 2 ประวัติการขับถ่าย

คำถามส่วนนี้เกี่ยวข้องกับกรขับถ่ายอุจจาระของบุตรของท่าน โดยมีคำศัพท์ที่สามารถแทนการขับถ่ายได้หลายคำเช่น “จี้” “อี” “ถ่ายหนัก” “ไปห้องส้วม” อาจมีคำอื่น ๆ ที่ครอบครัวของท่านใช้ เพื่อสื่อถึงการขับถ่ายอุจจาระเช่นกัน

1. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา บุตรของท่านขับถ่ายอุจจาระโดยเฉลี่ยบ่อยเพียงใด

0. _____ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือน้อยกว่านั้น
1. _____ 3-6 ครั้งต่อสัปดาห์
2. _____ 1 ครั้งต่อวัน
3. _____ 2-3 ครั้งต่อวัน
4. _____ มากกว่า 3 ครั้งต่อวัน

2. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา อุจจาระของบุตรของท่านมักมีลักษณะอย่างไร

0. _____ แข็งหรือแข็งมาก
1. _____ ไม่แข็งและไม่นุ่มมากเกินไป
2. _____ นุ่ม หรือเละ
3. _____ เหลวและมีเศษอาหารไม่ย่อย
4. _____ เป็นน้ำ
5. _____ แล้วยแต่วัน อุจจาระไม่ได้มีลักษณะเหมือนเดิมเสมอไป

หากตอบลักษณะอุจจาระของบุตรท่านเป็นข้อ 3 หรือ 4 ให้ทำข้อ 2a เพิ่ม (ให้ข้ามข้อ 2a หากตอบลักษณะอุจจาระเป็นข้ออื่น ๆ)

2a. ถ้าอุจจาระของบุตรของท่านมีลักษณะเหลวหรือเป็นน้ำบ่อย ๆ บุตรของท่านเริ่ม

ขับถ่ายอุจจาระลักษณะเหลวหรือเป็นน้ำเมื่ออายุเท่าไร

0. _____ น้อยกว่า 2 เดือน

1. _____ 3-5 เดือน

2. _____ 6-12 เดือน

3. _____ 13-24 เดือน

4. _____ 2-3 ปี

3. บุตรของท่านขับถ่ายอุจจาระในขณะนอนหลับหรือไม่

0. _____ ไม่ใช่ 1. _____ ใช่

4. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา บุตรของท่านมีท่าทางเจ็บปวดในขณะขับถ่ายอุจจาระหรือไม่

0. _____ ไม่ใช่ 1. _____ ใช่ 2. _____ ไม่ทราบ

5. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา บุตรของท่านขับถ่ายอุจจาระขนาดใหญ่มาก (อุจจาระมีเส้นผ่านศูนย์กลางใหญ่) จนท่านกังวลว่าการขับถ่ายอาจทำให้บุตรของท่านเจ็บปวด ใช่หรือไม่

0. _____ ไม่ใช่ 1. _____ ใช่

6. เคยมีแพทย์หรือพยาบาลที่ตรวจสุขภาพบุตรของท่านและกล่าวว่าบุตรของท่าน มีอุจจาระขนาดใหญ่อยู่ภายในหรือไม่

0. _____ ไม่ใช่ 1. _____ ใช่

7. บางครั้ง เด็ก ๆ พยายามหลีกเลี่ยงการขับถ่าย (อุจจาระ) โดยการอั้นเอาไว้ ทารกที่พยายามอั้นอุจจาระ จะเกร็งและทำลำตัวให้ตรง เด็กวัยเตาะแตะที่อั้นอุจจาระจะยืนเขย่งบนปลายเท้า เกร็งขา และโยกตัวไปมาขณะที่เกาะเฟอร์นิเจอร์หรือพ่อแม่เอาไว้ หรือไปหลบที่มุมห้องหรือที่ห้องอื่นในท่านั่งยอง ๆ หรือยืนเกร็งตัวแข็ง ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาบุตรของท่านแสดงอาการเหมือนพยายามอั้นการขับถ่าย (อุจจาระ) บ่อยแค่ไหน

0. _____ ไม่เคย

1. _____ 1-3 ครั้งต่อเดือน

2. _____ 1 ครั้งต่อสัปดาห์

3. _____ หลายครั้งต่อสัปดาห์

4. _____ ทุกวัน

โปรดตอบคำถามที่ 8-9 หากบุตรของท่านถูกฝึกให้ขับถ่ายแบบผู้ใหญ่ และใส่กางเกงในระหว่างวัน

หากบุตรของท่านยังไม่ได้ถูกฝึกให้ขับถ่ายแบบผู้ใหญ่ โปรดข้ามคำถามที่ 8-9

8. ในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา กางเกงในที่บุตรของท่านใส่มีคราบอุจจาระหรือมีอุจจาระเปื้อน บ่อยแค่ไหน

0. _____ ไม่เคย
1. _____ น้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน
2. _____ 1-3 ครั้งต่อเดือน
3. _____ 1 ครั้งต่อสัปดาห์
4. _____ มากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
5. _____ ทุกวัน

8a. เมื่อกางเกงในของลูกท่านมีคราบอุจจาระหรืออุจจาระเปื้อน ปริมาณของคราบอุจจาระหรืออุจจาระที่เปื้อนมีอย่างน้อยเพียงใด

0. _____ มีแครอยเปื้อน (ไม่มีอุจจาระ)
1. _____ มีอุจจาระจำนวนเล็กน้อยในกางเกงใน (แค่เศษอุจจาระ)
2. _____ มีอุจจาระจำนวนมากในกางเกงใน (อุจจาระทั้งก้อน)

9. ในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา อุจจาระของบุตรของท่านมีขนาดใหญ่มากจนอาจทำให้เฝ้ามุดตันได้ ใช่หรือไม่

0. _____ ไม่ใช่
1. _____ ใช่

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้อง

1. ท่านคิดว่าบุตรหลานของท่าน

- มีภาวะท้องผูก ตั้งแต่อายุ _____ ปี _____ เดือน
- ไม่มีภาวะท้องผูก (โปรดข้ามไปยังข้อ 3)

2. บุตรหลานของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยภาวะท้องผูก โดยแพทย์

- ไม่เคย
- เคย หากเคย ได้รับการวินิจฉัยเมื่ออายุ _____ ปี _____ เดือน

การรักษาที่บุตรหลานของท่านเคยได้รับ

- ไม่เคย ยาสวน ยาระบายแบบรับประทาน โพรไบโอติก/จุลินทรีย์สุขภาพ
- การรักษาอื่น ๆ โปรดระบุ _____

3. บุตรหลานของท่าน

- ยังไม่สามารถบอกการปัสสาวะได้
- สามารถบอกการปัสสาวะได้แล้ว แต่ยังไม่สามารถไปปัสสาวะเองได้ ตั้งแต่อายุ _____ ปี _____ เดือน
- สามารถบอกการปัสสาวะได้และสามารถปัสสาวะเองได้แล้ว ตั้งแต่อายุ _____ ปี _____ เดือน

4. บุตรหลานของท่าน

- ยังไม่สามารถบอกการขับถ่ายได้ (โปรดข้ามไปยังข้อ 7)
- ยังไม่สามารถบอกการขับถ่ายเป็นคำพูดได้ แต่มีสีหน้าหรือท่าทางบ่งบอกว่าจะขับถ่าย
- บอกการขับถ่ายได้แล้ว ตั้งแต่อายุ _____ ปี _____ เดือน

5. ท่านเคยฝึกบุตรหลานของท่านขับถ่ายโดยกระโถนหรือชักโครก

- ไม่เคยฝึก และยังไม่สามารถขับถ่ายในกระโถนหรือชักโครกได้ (โปรดข้ามไปยังข้อ 7)
- ไม่เคยฝึก แต่สามารถขับถ่ายในกระโถนหรือชักโครกได้แล้ว โดยเริ่มตั้งแต่อายุ _____ ปี _____ เดือน
- เคยฝึก และสามารถขับถ่ายในกระโถนหรือชักโครกได้แล้ว โดยเริ่มตั้งแต่อายุ _____ ปี _____ เดือน
- เคยฝึก แต่ยังไม่สามารถขับถ่ายในกระโถนหรือชักโครกได้ โดยเริ่มตั้งแต่อายุ _____ ปี _____ เดือน

6. ลักษณะกระโถนหรือชักโครกที่ใช้ฝึกขับถ่ายหรือนั่งขับถ่ายคล้ายกับภาพใดมากที่สุด (ตอบได้มากกว่า 1 ภาพ)



อื่น ๆ โปรดระบุ _____

7. ในช่วงอายุ 6 เดือนแรก บุตรหลานของท่านรับประทาน

- นมแม่ล้วน
- นมผสมล้วน
- นมแม่และนมผสม ดังนี้
 - นมแม่มากกว่านมผสม
 - นมแม่น้อยกว่านมผสม
 - นมแม่เท่ากับนมผสม

8. บุตรหลานของท่านดื่มน้ำเปล่า วันละ (1 แก้ว ประมาณ 240 ซีซี หรือ 8 ออนซ์)
 <1 แก้ว 1 แก้ว 2 แก้ว 3 แก้ว 4 แก้ว 5 แก้ว >5 แก้ว
9. บุตรหลานของท่านดื่มนม วันละ (1 แก้ว ประมาณ 240 ซีซี หรือ 8 ออนซ์)
 < 1 แก้ว 1 แก้ว 2 แก้ว 3 แก้ว 4 แก้ว 5 แก้ว >5 แก้ว
 โดยประเภทของนมที่ดื่ม ดังนี้
 นมแม่ล้วน นมผสมล้วน
 นมแม่และนมผสม ดังนี้
 นมแม่มากกว่านมผสม นมแม่น้อยกว่านมผสม นมแม่เท่ากับนมผสม
10. บุตรหลานของท่านรับประทานเครื่องดื่มประเภทอื่นนอกจากน้ำเปล่าหรือนม
 ไม่มี
 มี โดยดื่ม น้ำผลไม้ น้ำอัดลม ชา กาแฟ อื่น ๆ
 รวมทั้งหมดวันละ (1 แก้ว ประมาณ 240 ซีซี หรือ 8 ออนซ์)
 <1 แก้ว 1 แก้ว 2 แก้ว 3 แก้ว 4 แก้ว 5 แก้ว >5 แก้ว
11. บุตรหลานของท่านรับประทานผลไม้ วันละ (1 ถ้วย ประมาณ หนึ่งฝ่ามือหรือขนาด 3.5 นิ้ว)
 ไม่รับประทาน <1 ถ้วย 1 ถ้วย 2 ถ้วย 3 ถ้วย > 3 ถ้วย
12. บุตรหลานของท่านรับประทานผัก วันละ (1 ถ้วย ประมาณ หนึ่งฝ่ามือหรือขนาด 3.5 นิ้ว)
 ไม่รับประทาน <1 ถ้วย 1 ถ้วย 2 ถ้วย 3 ถ้วย > 3 ถ้วย
13. บุตรหลานของท่านเคยได้รับโปรไบโอติกหรือจุลินทรีย์สุขภาพมาก่อน
 ไม่เคย เคย แต่ปัจจุบันหยุดรับประทานแล้ว เคย และปัจจุบันยังรับประทานอยู่
หากเคย โปรไบโอติกหรือจุลินทรีย์สุขภาพประเภทใดที่เคยได้รับ
 โปรไบโอติกหรือจุลินทรีย์สุขภาพทางการแพทย์โดยแพทย์เป็นผู้สั่งให้
 โปรไบโอติกหรือจุลินทรีย์สุขภาพทางการแพทย์โดยหารับประทานเอง
 โปรไบโอติกหรือจุลินทรีย์สุขภาพที่เป็นอาหารเสริม
 โปรไบโอติกหรือจุลินทรีย์สุขภาพที่ผสมอยู่ในนม
 โปรไบโอติกหรือจุลินทรีย์สุขภาพที่ผสมอยู่ในอาหารอื่น
14. บุตรหลานของท่านเคยรับประทานไฟเบอร์เสริม
 ไม่เคย เคย แต่ปัจจุบันหยุดรับประทานแล้ว เคย และปัจจุบันยังรับประทานอยู่
15. บุตรหลานของท่านวิ่งเล่นหรือออกกำลังกายเฉลี่ยวันละ
 ไม่ได้ออกกำลังกาย <1 ชั่วโมง >1 ชั่วโมง

16. บุตรหลานของท่านใช้มือถือ/แท็บเล็ต/คอมพิวเตอร์ หรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อื่น ๆ หรือไม่
 ไม่ใช่ ใช่ นานประมาณ _____ ชั่วโมงต่อวัน
17. บุตรหลานของท่านนอนยาวช่วงกลางคืน เฉลี่ยคืนละ
 <7 ชั่วโมง 7-9 ชั่วโมง 9-12 ชั่วโมง >12 ชั่วโมง
18. บุตรหลานของท่านนอนกลางวัน เฉลี่ยวันละ
 ไม่นอนกลางวัน <1 ชั่วโมง 1 ชั่วโมง 2 ชั่วโมง >2 ชั่วโมง
19. ในช่วงปีที่ผ่านมา **บุตรหลาน**ของท่านประสบเหตุการณ์ดังต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 ขาดผู้ดูแลหรือถูกทอดทิ้ง บุคคลในครอบครัวหย่าร้าง
 บุคคลในครอบครัวว่างงาน ครอบครัวมีรายได้ไม่เพียงพอ
 การใช้ความรุนแรงในครอบครัว บุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยหนักหรือเสียชีวิต
 ย้ายบ้านหรือที่อยู่อาศัย ย้ายสถานศึกษา
 สัตว์เลี้ยงเจ็บป่วยหนักหรือเสียชีวิต
 พบเห็นเหตุการณ์ใด ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจ โปรดระบุ _____
 เหตุการณ์รุนแรงอื่น โปรดระบุ _____
 ไม่มีเหตุการณ์ดังกล่าวข้างต้น
20. ในช่วงปีที่ผ่านมา **ตัวท่านหรือบุคคลใกล้ชิดของบุตรหลานของท่าน**ประสบเหตุการณ์ดังต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 บุคคลในครอบครัวหย่าร้าง บุคคลในครอบครัวว่างงาน
 ครอบครัวมีรายได้ไม่เพียงพอ การใช้ความรุนแรงในครอบครัว
 บุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยหนักหรือเสียชีวิต ย้ายบ้านหรือที่อยู่อาศัย
 ย้ายสถานศึกษา สัตว์เลี้ยงเจ็บป่วยหนักหรือเสียชีวิต
 พบเห็นเหตุการณ์ใด ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจ โปรดระบุ _____
 เหตุการณ์รุนแรงอื่น โปรดระบุ _____
 ไม่มีเหตุการณ์ดังกล่าวข้างต้น

ขอขอบคุณทุกท่านจากใจ คำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์และเป็นตัวแทนข้อมูลของเด็กไทยต่อไป

