

ภาคผนวก

แบบสอบถามสุขภาพ
หญิงตั้งครรภ์(12-40 สัปดาห์)

ภาคผนวก 1

1. ชื่อหมู่บ้าน.....
2. ชื่อ.....นามสกุล.....
3. วัน.....เดือน.....พ.ศ.....เกิด อายุ...ปี.....เดือน.....
- ที่อยู่ เลขที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
4. อายุครรภ์.....สัปดาห์ตั้งแต่วันสัมภาษณ์
5. น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์.....กก
6. วัน เดือน ปี ที่เจาะเลือด.....ครั้งที่ 1.....ครั้งที่ 2
7. วัน เดือน ปี ที่เก็บปัสสาวะ.....ครั้งที่ 1.....ครั้งที่ 2
8. วัน เดือน ปี ที่เก็บอุจจาระ.....
9. วัน เดือน ปี ที่ สัมภาษณ์.....

แบบสอบถาม สมบูรณ์

ไม่สมบูรณ์

10. ข้อมูล นน. ส่วนสูง

เดือนที่	ส่วนสูง(ซม)	น้ำหนัก(กก)	ความดันโลหิต	BMI	หมายเหตุ
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					

I. สังคม-เศรษฐกิจ

11. ท่านอยู่ในหมู่บ้านนี้นานเท่าใด.....เดือน.....ปี
12. สถานภาพของครอบครัวในปัจจุบัน
 ครอบครัวชาย ครอบครัวเดี่ยว
13. ลักษณะของบ้าน
 ดึก บ้านไม้หลังคามุงกระเบื้อง บ้านไม้หลังคามุงสังกะสี อื่นๆ ระบุ
14. ท่านจบการศึกษาชั้นใด
 <ป.4 ป.4 ป.7 มัธยมศึกษา >มัธยมศึกษา
15. การศึกษาในโรงเรียนศาสนา
 ชั้นต้น ชั้นกลาง ชั้นสูง
16. อาชีพหลักของท่านคือข้อใด
 แม่บ้าน ข้าราชการ ลูกจ้าง อื่นๆระบุ.....
17. อาชีพรองของท่านคือข้อใด
 แม่บ้าน ข้าราชการ ลูกจ้าง อื่นๆระบุ.....
18. รายได้ที่เป็นตัวท่านเอง.....บาท/วัน
 จำนวนเงินที่สามีให้.....บาท/เดือน
 จำนวนเงินที่ลูกให้.....บาท/เดือน รวมรายได้.....บาท/เดือน
19. สถานภาพด้านการทำงาน
 ทำงานได้เงินเดือน ไม่ได้เงินเดือน ทำเป็นครั้งคราว
 อื่นๆระบุ.....
- 19.1 อาชีพของสามี พ่อบ้าน ข้าราชการ ลูกจ้าง อื่นๆระบุ.....
 รายได้ของสามี.....บาทต่อเดือน
 ท่านอยู่บ้านเดียวกับสามีหรือไม่ อยู่ ไม่อยู่
20. รายจ่ายค่าอาหาร.....บาท.....%
21. รายจ่ายค่ายา..... บาท.....%
22. รายจ่ายค่าเสื้อผ้า..... บาท.....%
23. รายจ่ายค่าการศึกษา..... บาท.....%
24. รายจ่ายอื่นๆ..... บาท.....%
25. ท่านมีเคาเกิดในครอบครัวหรือไม่ มี ไม่มี
26. ท่านมีผู้เฒ่าในครอบครัวหรือไม่ มี ไม่มี
27. ท่านมีเครื่องซักผ้าในครอบครัวหรือไม่ มี ไม่มี

28. ท่านมีวิทยุในครอบครัวหรือไม่ มี ไม่มี
29. ท่านมีโทรทัศน์ในครอบครัวหรือไม่ มี ไม่มี
30. ท่านมีรถจักรยานในครอบครัวหรือไม่ มี ไม่มี
31. ท่านมีรถจักรยานยนต์ในครอบครัวหรือไม่ มี ไม่มี
32. ท่านมีรถยนต์ในครอบครัวหรือไม่ มี ไม่มี

II. ส่วนและการใช้

33. ที่บ้านท่านมีส่วนหรือไม่ มี (ถ้าตอบว่ามีให้ตอบข้อ 31-33)
 ไม่มี (ถ้าตอบว่าไม่มีให้ตอบข้อ 33-34)
34. ชนิดของส่วนที่ท่านมี ส่วนหลุม ส่วนซึม (ขุดคูด้วย)
35. ท่านใช้ส่วนหรือไม่ ใช่ ทุกคนในบ้านใช้ส่วนหรือไม่..... ไม่ใช่
36. สาเหตุไม่ใช่ส่วน ท่านมีตัวส่วนแต่ไม่ได้สร้างเรือนส่วน
 ท่านสร้างเรือนส่วนแต่ไม่ใช่ อื่นๆ ระบุ.....
37. ไม่มีส่วนและไม่ใช้ส่วน ไม่มีส่วนแต่ใช้ส่วนกับบ้านอื่น

ประวัติสุขภาพแม่บ้าน

38. อายุของท่านเมื่อแรกสมรส.....ปี
39. ประจำเดือนครั้งสุดท้าย วันที่.....เดือน.....อายุครรภ์.....เดือน
 ระบุกำหนดคลอดเดือน.....
40. วัน เดือน ปีที่เด็กเริ่มเดิน.....อายุครรภ์.....เดือน
41. วัน เดือน ปี ที่คลอดครั้งสุดท้าย.....
42. การตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่เท่าใด.....
43. หากตั้งครรภ์ > 1 ครั้ง ท่านเคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนัก > 4000 กรัมหรือไม่
 เคย ไม่เคย
44. ท่านมีบุตรที่เสียชีวิตหรือไม่ มี (ถ้าตอบว่ามี ให้ตอบข้อ 41)
 ไม่มี (ผ่านข้อ 41)
45. ท่านมีบุตรที่เสียชีวิตกี่คน.....คน เสียชีวิตเพราะอะไร
 แท้ง ตายในท้อง ตายคลอด หากมีตายคลอดเด็กบวมหรือไม่ อื่นๆ ระบุ.....
46. จำนวนบุตรที่มีชีวิตกี่คน.....คน
47. ท่านมีประวัติคลอดก่อนกำหนดหรือไม่ (คลอดก่อน 37 สัปดาห์)
 มี ไม่มี

48. ท่านคลอดบุตรคนสุดท้ายกับอนามัยหรือไม่

คลอด เพราะ.....

ไม่ได้คลอดเพราะ.....คลอดที่ไหน.....

49. ท่านเป็นโรคต่อไปนี้หรือไม่

50. ความดันโลหิตสูง เป็น ไม่เป็น

51. วัณโรค เป็น ไม่เป็น

ท่านเคยตรวจ X-ray ปอดหรือไม่ เคย ผลการตรวจ เป็น ไม่เป็น

มีคนในบ้านเป็นวัณโรคหรือไม่ มี ไม่มี

52. เมหาวาน เป็น ไม่เป็น

ท่านถ่ายปัสสาวะบ่อยหรือไม่ บ่อย ปกติ

ท่านรับประทานอาหารหวานบ่อยหรือไม่ บ่อย ปกติ

53. ภาวะอาหาร เป็น ไม่เป็น

ท่านมีอาการปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ก่อนหรือหลังรับประทานอาหารหรือไม่ ปวด ปกติ

54. มาเลเรีย เป็น ไม่เป็น

55. ดับอักเสบ เป็น ไม่เป็น

ท่านเคยมีบุตรที่มีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง ซีด แคระแกรนหรือไม่ มี ไม่มี

ท่านมีอาการตาเหลือง ตัวเหลือง หรือดีซ่านบ้างไหม มี ไม่มี

56. ในระหว่างตั้งครรภ์ท่านมีความรู้สึกเพ็ชหรือไม่

ตลอดเวลา บางครั้ง ไม่เคย

57. อะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ท่านมีความรู้สึกอ่อนเพลียระหว่างตั้งครรภ์

โรคประจำตัว ระบุ..... ขาดอาหาร

อื่นๆ ระบุ.....

58. ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนถึงปัจจุบันเป็นอย่างไร

ดีขึ้น คงเดิม เลวลง

Prenatal care

59. ท่านไปตรวจครรภ์ครั้งแรกเมื่อท่านตั้งครรภ์ได้กี่สัปดาห์.....สัปดาห์

60. ท่านไปตรวจครรภ์ที่ใด

สาธารณสุขตำบล หมอ/พยาบาล หมอตำแย อื่นๆ ระบุ

เหตุผล.....

61. เมื่อท่านรู้ว่าท่านตั้งครรภ์ท่านไปผากท้องกับใคร (หากมากกว่า 2 คนเรียงลำดับตามความสำคัญ)
- สาธารณสุข หมอ/พยาบาล หมอตำแย อื่นๆระบุ
- เหตุผล.....
62. ท่านได้รับคำแนะนำในเรื่องการบริโภคอาหาร ในระหว่างตั้งครรภ์จากผู้ที่ท่านไปตรวจครรภ์หรือไม่
- ได้รับ อย่างไร.....
- ท่านเชื่อหรือไม่.....
- ไม่ได้รับ.....
63. ท่านได้รับคำแนะนำเรื่อง “อาการที่เป็นอันตรายสำหรับหญิงตั้งครรภ์” หรือไม่
- ได้รับ จากใคร.....อย่างไร.....
- ไม่ได้รับ เหตุผล.....

วัดความรู้

64. ทำไมหญิงตั้งครรภ์ต้องบริโภคยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กทุกวัน
-
- ไม่แน่ใจ ไม่ทราบ
65. จะมีอะไรเกิดขึ้นหากหญิงตั้งครรภ์ไม่บริโภคยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กทุกวัน
-
- ไม่แน่ใจ ไม่ทราบ
66. เมื่อไรจึงควรเริ่มบริโภคยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก
-
- ไม่แน่ใจ ไม่ทราบ
67. หญิงตั้งครรภ์ควรบริโภคยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กนานเท่าใด
-
- ไม่แน่ใจ ไม่ทราบ
68. อะไรคืออาการที่เกิดขึ้นได้ หลังจากบริโภคยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก
-
- ไม่แน่ใจ ไม่ทราบ
69. โรคโลหิตจางคืออะไร
-
- ไม่แน่ใจ ไม่ทราบ

80. ท่านคิดว่าท่านต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคโลหิตจาง หรือไม่

ควร

ไม่ควร

81. ท่านคิดว่าท่านต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับการเช็คสุขภาพครรภ์หรือไม่

ควร

ไม่ควร

82. ท่านคิดว่าท่านต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์หรือไม่

ควร

ไม่ควร

ท่านเห็นด้วยกับสิ่งต่อไปนี้หรือไม่ โปรดให้เหตุผลประกอบ

ลำดับ	รายการ	ระดับความเห็น			
		ไม่เห็นด้วย	น้อย	ปานกลาง	มาก
83.	หญิงตั้งครรภ์ควรบริโภคยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กทุกวันเพื่อเพิ่มเลือดในร่างกาย				
84.	หากหญิงตั้งครรภ์ไม่บริโภคยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กจะทำให้เกิดโรคโลหิตจางได้				
85.	หญิงตั้งครรภ์ควรบริโภคยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กเมื่อรู้ว่าตนเองตั้งครรภ์				
86.	หญิงตั้งครรภ์ควรบริโภคยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กตลอดการตั้งครรภ์				
87.	โรคโลหิตจาง คือโรคที่ทำให้ซีด				
88.	สาเหตุของโรคโลหิตจางมาจากอาหารได้ สาเหตุของโรคโลหิตจางมาจากพยาธิปากขอได้ สาเหตุของโรคโลหิตจางมาจากการเสียเลือดได้				
89.	ในระหว่างตั้งครรภ์ท่านคิดว่าไปตรวจสุขภาพครรภ์เพียงครั้งเดียวก็เพียงพอแล้ว				
90.	ทุกครั้งที่เข้าหน้าที่สาธารณสุขนัดไปตรวจครรภ์ท่านคิดว่าไปก็ได้ ไม่ไปก็ได้ มีผลเท่ากัน				
91.	การฉีดวัคซีน กันบาดทะยัก เป็นเรื่องที่ต้องทำ				
92.	ในช่วงตั้งครรภ์ควรใช้บริการของหมอตำแยด้วย				
93.	ยาสมุนไพร/ยาแผนโบราณ มีความสำคัญมากในช่วงตั้งครรภ์				
94.	หญิงตั้งครรภ์ควรบริโภคเนื้อสัตว์/ปลา/ไข่ทุกมื้อ				
95.	ทุกครั้งที่รู้ว่าป่วย ในระหว่างตั้งครรภ์ควรไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				

ท่านปฏิบัติในสิ่งต่อไปนี้หรือไม่

ลำดับ	รายการ	YES	NO
96.	ท่านบริโภคน้ำมันพืชทุกวันหรือไม่		
97.	ท่านบริโภคน้ำมันพืชที่รู้ว่าเป็นอันตรายหรือไม่		
98.	ท่านจะบริโภคน้ำมันพืชที่ผ่านการปรุงแต่งหรือไม่		
99.	หากท่านมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ท่านจะบริโภคน้ำมันพืชหรือไม่		
100.	ท่านไปตรวจสุขภาพประจำปีตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขนัด		
101.	ในระหว่างตั้งครรภ์ท่านไปตรวจสุขภาพประจำปีเพียงครั้งเดียว		
102.	ท่านไปฉีดวัคซีนกันบาดทะยักที่สถานอนามัย/โรงพยาบาล		
103.	ท่านใช้บริการของหมอด้านแคด้วยในช่วงที่ตั้งครรภ์		
104.	ท่านใช้ยาสมุนไพรและยาแผนโบราณในช่วงที่ตั้งครรภ์		

รายชื่อทำ Work Shop

ภาคผนวก 2

อ.เมือง	ค.ปากสระวัน	นางสะปิ่นะ	ลาตะ	จบท.6
	ค.ตันหยงลูไล๊ะ	นายไยคง	ระเด่นอาหมัด	จบท.6
อ.ปะนาเระ	ค.น้ำบ่อ	นางกชพรรณ	ทองช่วย	จบท.6
	ค.บ้านกลาง	นางละไม	ทองบุญ	จบ.ศศ 6
อ.ยะรัง	ค.เมาะมาวี	อัจฉรา	สกุลธวัช	จบท.6
	ค.สะควา	แวซัมจียะ	ปารามัน	นวก.4
อ.มายอ	ค.กระแต	นางรอฮิยะ	หามะ	จบท.6
	ค.ครั้ง	นางรอกียะ	มาหะมะ	จบ.3
อ.หนองจิก	ค.คอนรัก	นางศรศิริ	ขันติกุลานนท์	นวก.5
	ค.ปูโละปูไป	น.ส.สุวนิด	เค่นสุวรรณ	จบท.6