

แบบสอบถาม การเฝ้าระวังการแท้งในประเทศไทย

ส่วนที่ 1 คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้ จัดทำขึ้นเพื่อประกอบการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครที่แท้งบุตรและเข้ารับการรักษาสถานบริการสาธารณสุข (ในที่นี่ใช้คำว่า “อาสาสมัคร”) ทั้งผู้ที่แท้งเองและเกิดจากการทำแท้งข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะนำไปประกอบการจัดทำแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เป็นสาเหตุและภาวะแทรกซ้อนของการทำแท้ง

2. ก่อนทำการตอบแบบสอบถาม เจ้าหน้าที่เก็บข้อมูลโปรดชี้แจงให้อาสาสมัครเข้าใจวัตถุประสงค์และประโยชน์ของข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลทั้งหมดจะถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอเป็นภาพรวมของผลการศึกษาเท่านั้น การยินยอมหรือไม่ยินยอมตอบแบบสอบถาม จะไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาของแพทย์แต่อย่างใด

3. ทำการเก็บข้อมูลเฉพาะผู้ที่ยินยอม โดยอาสาสมัครจะต้องลงนามในหนังสือแสดงการยินยอมก่อนจะทำการตอบแบบสอบถามเอง หรือเจ้าหน้าที่เก็บข้อมูลเป็นผู้เก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม ในกรณีที่อาสาสมัครไม่สามารถตอบแบบสอบถามด้วยตนเองได้

4. เจ้าหน้าที่เก็บข้อมูลควรเริ่มต้นด้วยการสร้างความคุ้นเคยกับอาสาสมัครก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล แนะนำความเป็นมาของโครงการ ประโยชน์ของข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม การเก็บรักษาความลับ และมีอิสระในการตอบ ในระหว่างการตอบแบบสอบถามคำถามใดที่ไม่ยินดีตอบสามารถข้ามไปได้

5. ในระหว่างการตอบแบบสอบถาม อาสาสมัครสามารถสอบถามประเด็นข้อสงสัยเกี่ยวกับคำถามได้ และอนุญาตให้ยุติการตอบได้เมื่อไม่ต้องการตอบคำถามต่อไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลของหน่วยงานและเจ้าหน้าที่เก็บข้อมูล

1. แบบสอบถามหมายเลข.....
2. ชื่อหน่วยงานที่เก็บข้อมูลโรงพยาบาล.....
อำเภอ..... จังหวัด.....
3. ชื่อ - สกุล เจ้าหน้าที่เก็บข้อมูล.....ตำแหน่ง.....
4. วัน/ เดือน/ ปีที่อาสาสมัครมาโรงพยาบาล (วันที่แรกรับ).....
5. วัน/ เดือน/ ปีที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล.....

ส่วนที่ 3 ลักษณะทางประชากร สังคม เศรษฐกิจและข้อมูลอื่นๆ ของอาสาสมัคร

ตอบโดยกาเครื่องหมาย ✓ ในแต่ละข้อของช่องที่ต้องการเพียงช่องเดียว

1. อายุของท่าน..... ปี (อายุเต็ม) [] 99. ไม่ระบุ

2. อายุของสามีหรือเพื่อนชาย..... ปี (อายุเต็ม) [] 98. ไม่ทราบ [] 99. ไม่ระบุ

3. ท่านมีสัญชาติอะไร

[] 1. ไทย

[] 2. เมียนมาร์

[] 3. ลาว

[] 4. กัมพูชา

[] 5. อื่นๆ ระบุ.....

[] 6. ไม่ยินดีให้ข้อมูล

4. ท่านนับถือศาสนาอะไร

[] 1. พุทธ

[] 2. คริสต์

[] 3. อิสลาม

[] 4. อื่น ๆ ระบุ.....

[] 5. ไม่ยินดีให้ข้อมูล

5. สถานภาพสมรสของท่าน

[] 1. ไม่เคยอยู่กินฉันท์สามีภรรยากับชายใด

[] 2. ปัจจุบันอยู่กินฉันท์สามีภรรยากับชายใดชายหนึ่ง

[] 3. เคยอยู่กินกับชายใดชายหนึ่งแต่ปัจจุบันเลิกกันแล้วหรือสามีเสียชีวิต

[] 4. ไม่ยินดีให้ข้อมูล

6. อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก.....ปี

7. อาชีพหลักของท่านปัจจุบัน

[] 1. กำลังศึกษา (ระบุระดับชั้นที่กำลังศึกษา)

[] 2. แม่บ้าน

[] 3. ค้าขาย หรือประกอบธุรกิจส่วนตัว

[] 4. รับจ้างรายวัน

[] 5. เกษตรกร

[] 6. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานราชการ

[] 7. ลูกจ้างประจำ/พนักงานบริษัทห้างร้าน

[] 8. ว่างาน

[] 9. อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

[] 10. ไม่ยินดีให้ข้อมูล

8. วุฒิการศึกษาสูงสุดของท่าน

[] 1. ไม่ได้เรียน

[] 2. ประถมศึกษา

[] 3. มัธยมศึกษาตอนต้น

[] 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย

[] 5. ปวช.

[] 6. ปวส.

[] 7. อนุปริญญา

[] 8. ปริญญาตรี

[] 9. สูงกว่าปริญญาตรี

[] 10. อื่นๆ ระบุ.....

[] 11. ไม่ยินดีให้ข้อมูล

9. วุฒิการศึกษาสูงสุดของสามี หรือเพื่อนชาย

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เรียน | <input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา |
| <input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนต้น | <input type="checkbox"/> 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย |
| <input type="checkbox"/> 5. ปวช. | <input type="checkbox"/> 6. ปวส. |
| <input type="checkbox"/> 7. อนุปริญญา | <input type="checkbox"/> 8. ปริญญาตรี |
| <input type="checkbox"/> 9. สูงกว่าปริญญาตรี | <input type="checkbox"/> 10. อื่นๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> 11. ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> 12. ไม่ยินดีให้ข้อมูล |

10 . รายได้ต่อเดือนของท่านและสามี หรือเพื่อนชาย

1. รายได้ต่อเดือนของท่าน

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1.1 มี ประมาณบาท/เดือน | <input type="checkbox"/> 1.2 ไม่มี |
| <input type="checkbox"/> 1.3 ไม่ยินดีให้ข้อมูล | |

2. รายได้ต่อเดือนของสามีหรือเพื่อนชาย

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 2.1 มี ประมาณบาท/เดือน | <input type="checkbox"/> 2.2 ไม่มี |
| <input type="checkbox"/> 2.3 ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> 2.4 ไม่ยินดีให้ข้อมูล |

11. ประวัติการตั้งครรภ์ การคลอด และจำนวนบุตรมีชีวิตของท่าน

1. จำนวนการตั้งครรภ์ ครั้ง (รวมการตั้งครรภ์ครั้งนี้ด้วย)
2. จำนวนการคลอด ครั้ง
3. จำนวนบุตรมีชีวิต คน
4. บุตรคนสุดท้ายอายุ ปี เดือน

12. ประวัติการแท้ง (ไม่รวมการแท้งหรือทำแท้งครั้งนี้)

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 1. เคย |
| <input type="checkbox"/> 1.1 แท้งเอง จำนวน ครั้ง |
| <input type="checkbox"/> 1.2 ทำแท้ง จำนวน ครั้ง ครั้งแรกเมื่ออายุ.....ปี |
| <input type="checkbox"/> 1.3 ไม่ทราบว่าแท้งแบบไหน จำนวน ครั้ง |
| <input type="checkbox"/> 1.4 ไม่ยินดีให้ข้อมูล |

- ☐ 2. ไม่เคย

13. การตั้งครรภ์ครั้งนี้ ท่านตั้งใจให้เกิดขึ้นหรือไม่

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ตั้งใจ | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ตั้งใจ | <input type="checkbox"/> 3. ไม่ยินดีให้ข้อมูล |
|------------------------------------|---------------------------------------|---|

14. การตั้งครรภ์ครั้งนี้ได้ใช้วิธีการคุมกำเนิดใดๆ หรือไม่

- ☐ 1. ไม่ได้ใช้การคุมกำเนิดวิธีใด ระบุเหตุผล.....
- ☐ 1.1 ต้องการมีบุตร
- ☐ 1.2 กลัวอันตรายต่อสุขภาพ
- ☐ 1.3 ยา/ อุปกรณ์/ บริการคุมกำเนิดมีราคาแพง
- ☐ 1.4 เพิ่งคลอดบุตร/ หลังแท้ง
- ☐ 1.5 คิดว่าอายุมากแล้ว/ ไม่มีประจำเดือนแล้ว
- ☐ 1.6 การเข้าถึงบริการทำได้ยาก (ไกล เดินทางลำบาก ฯลฯ)
- ☐ 1.7 สถานบริการไม่มีวิธีคุมกำเนิดที่ต้องการ
- ☐ 1.8 ถูกสามี/ คู่บังคับให้มีเพศสัมพันธ์
- ☐ 1.9 ไม่ได้คิดว่าจะมีเพศสัมพันธ์
- ☐ 1.10 ไม่มีเวลาซื้อ/ รับบริการคุมกำเนิด
- ☐ 1.11 อื่น ๆ ระบุ.....
- ☐ 2. ใช้การคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่ง ระบุวิธี
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 2.1 หมันหญิง | <input type="checkbox"/> 2.2 หมันชาย |
| <input type="checkbox"/> 2.3 ห่วงอนามัย | <input type="checkbox"/> 2.4 ยาฉีดคุมกำเนิด |
| <input type="checkbox"/> 2.5 ยาฝังคุมกำเนิด | <input type="checkbox"/> 2.6 ยาเม็ดคุมกำเนิด |
| <input type="checkbox"/> 2.7 ถุงยางอนามัยชาย | <input type="checkbox"/> 2.8 ถุงยางอนามัยหญิง |
| <input type="checkbox"/> 2.9 หมวกยางสอดในช่องคลอด | <input type="checkbox"/> 2.10 ใช้โฟม/ สารหล่อลื่น |
| <input type="checkbox"/> 2.11 กำลึงให้นมบุตร | <input type="checkbox"/> 2.12 นับระยะปลอดภัย |
| <input type="checkbox"/> 2.13 หลั่งนอกช่องคลอด | <input type="checkbox"/> 2.14 ขาคูมฉุกเฉิน |
| <input type="checkbox"/> 2.15 อื่น ๆ ระบุ..... | |
- ☐ 3. ไม่ยินดีให้ข้อมูล

15. สาเหตุของการแท้งครั้งนี้เกิดจากอะไร

- ☐ 1. แท้งเอง (หากแท้งเอง ข้ามไปส่วนที่ 4) ☐ 2. ทำแท้ง

16. เหตุผลที่ทำให้ท่านต้องทำแท้งครั้งนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ด้านสุขภาพ ☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี

(ถ้ามีให้ระบุเพียง 1 ข้อ ที่เป็นเหตุผลหลักทำให้ต้องยุติการตั้งครรภ์)

☐ 1. ทารกเสียชีวิตในครรภ์ (Dead Fetus in Utero: DFIU)

☐ 2. ตั้งครรภ์ไข่ลม (blighted ovum)

☐ 3. ตั้งครรภ์เนื่องจากการคุมกำเนิดล้มเหลว

☐ 4. ทารกในครรภ์ผิดปกติ

☐ 4.1 ธาลัสซีเมีย ระบุ.....

☐ 4.2 หัดเยอรมัน

☐ 4.3 โรคอื่น ๆ ระบุ.....

☐ 5. การตั้งครรภ์อาจจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพมารดา

☐ 5.1 มารดาเป็นโรคหัวใจ ระบุ.....

☐ 5.2 โรคอื่น ๆ ระบุ.....

☐ 6. ไม่ยินดีให้ข้อมูล

2. ด้านเศรษฐกิจ ☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี

(ถ้ามีตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 1. มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตร

☐ 2. การตั้งครรภ์เป็นอุปสรรคต่อการประกอบอาชีพ

☐ 3. อื่น ๆ ระบุ

☐ 4. ไม่ยินดีให้ข้อมูล

3. ด้านสังคม/ครอบครัว ☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี

(ถ้ามีตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 1. ตั้งครรภ์เนื่องจากถูกข่มขืน

☐ 2. มีบุตรถี่เกินไป

☐ 3. บุตรพอแล้ว

☐ 4. ยังเรียนไม่จบ

☐ 5. ยังไม่พร้อมที่จะแต่งงาน

☐ 6. ฝ่ายชายไม่รับผิดชอบ

☐ 7. ฝ่ายชายมีครอบครัวแล้ว

☐ 8. มีปัญหากับญาติของฝ่ายชาย

☐ 9. ตั้งครรภ์กับชายอื่นที่ไม่ใช่สามีหรือเพื่อนชายประจำ

☐ 10. หย่าหรือเลิกกับสามีหรือเพื่อนชายหลังจากตั้งครรภ์นี้

☐ 11. ตั้งครรภ์กับบุคคลสืบสายเลือดเดียวกันหรือใกล้ชิดทางสายเลือด คือ.....

☐ 12. ไม่ยินดีให้ข้อมูล

4. เหตุผลอื่น ๆ ระบุ

17. ผู้ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจทำแท้ง ครั้งนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ตัวอาสาสมัครเอง | <input type="checkbox"/> 2.สามี/เพื่อนชาย |
| <input type="checkbox"/> 3. พ่อ/แม่ ฝ่ายหญิง | <input type="checkbox"/> 4. พ่อ/แม่ ฝ่ายชาย |
| <input type="checkbox"/> 5. พี่/น้อง | <input type="checkbox"/> 6.ญาติ |
| <input type="checkbox"/> 7. เพื่อน | <input type="checkbox"/> 8. เพื่อนบ้าน |
| <input type="checkbox"/> 9. ครู/อาจารย์ | <input type="checkbox"/> 10. แพทย์/พยาบาล |
| <input type="checkbox"/> 11. อื่น ๆ ระบุ | |

18. การทำแท้งครั้งนี้ใครเป็นผู้ทำแท้งให้ และทำด้วยวิธีการใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ทำด้วยตนเอง ☐ 1. ใช่ ☐ 2. ไม่ใช่

(ถ้าใช่กรุณาระบุวิธี)

- ☐ 1. รับประทานยาเม็ด
- ☐ 2. อมยาใต้ลิ้น/กระพุ้งแก้ม
- ☐ 3. เหน็บยาเข้าทางช่องคลอด
- ☐ 4. ใส่สายยางและ/หรือนิ๊ดสารใด ๆ เข้าทางช่องคลอด
- ☐ 5. ใช้อุปกรณ์ของแข็งสอดและ/หรือ กระทุ้งเข้าทางช่องคลอด
- ☐ 6. บีบ นวด แก่นบริเวณหน้าท้อง
- ☐ 7. จงใจให้เกิดอุบัติเหตุโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง ระบุ.....
- ☐ 8. อื่น ๆ ระบุ

2. ทำโดยแพทย์ ☐ 1. ใช่ ☐ 2. ไม่ใช่

(ถ้าใช่กรุณาระบุวิธี)

- ☐ 1. ใช้เครื่องสูญญากาศดูดออกทางช่องคลอด (Manual Vacuum Aspiration: MVA)
- ☐ 2. ใช้เครื่องมือขูดออกทางช่องคลอด (Dilation and Curettage: D&C)
- ☐ 3. รับประทานยาเม็ด
- ☐ 4. อมยาใต้ลิ้น/กระพุ้งแก้ม
- ☐ 5. เหน็บยาเข้าทางช่องคลอด
- ☐ 6. อื่น ๆ ระบุ

18. การทำแท้งครั้งนี้ใครเป็นผู้ทำแท้งให้ (ต่อ)

3. ทำโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ☐ 1. ใช่ ☐ 2. ไม่ใช่

(กรุณาระบุวิธี)

- ☐ 1. ใช้เครื่องสุญญากาศดูดออกทางช่องคลอด (Manual Vacuum Aspiration: MVA)
- ☐ 2. ใช้เครื่องมือขูดออกทางช่องคลอด (Dilation and Curettage: D&C)
- ☐ 3. รับประทานยาเม็ด
- ☐ 4. อมยาใต้ลิ้น/กระพุ้งแก้ม
- ☐ 5. เหน็บยาเข้าทางช่องคลอด
- ☐ 6. ใส่สายยางและ/หรือนิ็ดสารใด ๆ เข้าทางช่องคลอด
- ☐ 7. ใช้อุปกรณ์ของแข็งสอดและ/หรือ กระทุ้งเข้าทางช่องคลอด
- ☐ 8. บีบ นวด แก้นบริเวณหน้าท้อง
- ☐ 9. จงใจให้เกิดอุบัติเหตุโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง ระบุ
- ☐ 10. อื่น ๆ ระบุ
- ☐ 11. ไม่ทราบ

4. ทำโดยบุคคลที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

(กรุณาระบุวิธี)

- ☐ 1. ใช้เครื่องสุญญากาศดูดออกทางช่องคลอด (Manual Vacuum Aspiration: MVA)
- ☐ 2. ใช้เครื่องมือขูดออกทางช่องคลอด (Dilation and Curettage: D&C)
- ☐ 3. รับประทานยาเม็ด
- ☐ 4. อมยาใต้ลิ้น/กระพุ้งแก้ม
- ☐ 5. เหน็บยาเข้าทางช่องคลอด
- ☐ 6. ใส่สายยางและ/หรือนิ็ดสารใด ๆ เข้าทางช่องคลอด
- ☐ 7. ใช้อุปกรณ์ของแข็งสอดและ/หรือ กระทุ้งเข้าทางช่องคลอด
- ☐ 8. บีบ นวด แก้นบริเวณหน้าท้อง
- ☐ 9. จงใจให้เกิดอุบัติเหตุโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง ระบุ
- ☐ 10. อื่น ๆ ระบุ
- ☐ 11. ไม่ทราบ

18. การทำแท้งครั้งนี้ใครเป็นผู้ทำแท้งให้ (ต่อ)

5. บุคคลไม่ทราบคุณสมบัติ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

(กรุณาระบุวิธี)

- ☐ 1. ใช้เครื่องสุญญากาศดูดออกทางช่องคลอด (Manual Vacuum Aspiration: MVA)
- ☐ 2. ใช้เครื่องมือขูดออกทางช่องคลอด (Dilation and Curettage: D&C)
- ☐ 3. รับประทานยาเม็ด
- ☐ 4. อมยาใต้ลิ้น/กระพุ้งแก้ม
- ☐ 5. เหน็บยาเข้าทางช่องคลอด
- ☐ 6. ใส่สายยางและ/หรือนิ๊ดสารใด ๆ เข้าทางช่องคลอด
- ☐ 7. ใช้อุปกรณ์ของแข็งสอดและ/หรือ กระทุ้งเข้าทางช่องคลอด
- ☐ 8. บีบ นวด กดบริเวณหน้าท้อง
- ☐ 9. จงใจให้เกิดอุบัติเหตุโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง ระบุ
- ☐ 10. อื่น ๆ ระบุ
- ☐ 11. ไม่ทราบ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลจากแฟ้มประวัติของอาสาสมัคร

คำถามข้อ 19 -22 เจ้าหน้าที่เก็บข้อมูลหาข้อมูลประกอบจากแฟ้มประวัติของอาสาสมัคร

19. อายุครรภ์ครั้งนี้..... สัปดาห์

20. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับอาสาสมัครหลังการแท้งเองหรือทำแท้งครั้งนี้

[] 1. มี [] 2. ไม่มี

(ถ้ามีให้ระบุภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่า 1 ข้อ)

[] 1. ตกเลือด (Bleeding)

[] 1.1 ตกเลือดมากจนต้องให้เลือด (Excessive Hemorrhage)

[] 1.2 ช็อคจากการเสียเลือด (Haemorrhagic Shock)

[] 2. ติดเชื้อ (Infection)

[] 2.1 ติดเชื้อบาดทะยัก (Tetanus)

[] 2.2 ติดเชื้อในกระแสเลือด (Septicemia)

[] 2.3 ช็อคจากการติดเชื้อ (Septic Shock)

[] 3. อวัยวะภายในได้รับบาดเจ็บ (Organ Injury)

[] 3.1 ปากมดลูกฉีกขาด (Cervical Laceration)

[] 3.2 มดลูกทะลุ (Uterine Perforation)

[] 3.3 ลำไส้ฉีกขาดหรือทะลุ (Bowel Injuries or Perforation)

[] 3.4 อู้งเชิงกรานอักเสบ (Pelvic Inflammatory Disease - PID)

[] 3.5 เยื่อพุน้ำช่องท้องอักเสบ (Peritonitis)

[] 3.6 ไตวาย (Renal Failure)

[] 3.7 หัวใจวาย (Cardiac Failure)

[] 3.8 ตัดมดลูก

[] 4. อื่น ๆ โปรดระบุเป็นศัพท์ทางการแพทย์เขียนด้วยภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่

ในช่องว่างข้างล่าง

1.

2.

3.

21. สถานะของการกักในครรภ์

- [] 1. เสียชีวิตก่อนคลอด [] 2. เสียชีวิตทันทีหลังคลอด
[] 3. คลอดมีชีวิต

22. สรุปผลการรักษา

- [] 1. หาย โดยจำหน่ายกลับบ้าน [] 2. ส่งต่อไปรักษาที่ ร.พ. อื่น
[] 3. เสียชีวิต [] 4. อื่นๆ โปรดระบุ



กรมอนามัย
สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์

โปรดตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของคำถามทุกข้อ ก่อนสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม
ขอขอบคุณในความร่วมมือ