**แบบสอบถาม**

แบบสอบถามชุดที่......................

 **ประสบการณ์การทำสวนล้างลำไส้ใหญ่**

 **คำชี้แจง** 1. แบบสอบถามนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาข้อมูลประกอบการพิจารณาร่างประกาศ ของสำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการสวนล้างลำไส้ใหญ่

ด้วยตนเองโดยกรรมวิธีด้านการแพทย์ทางเลือก

 2. ข้อมูลที่ตอบจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีผลเสียหายต่อท่านหรือหน่วยงานของท่าน แต่อย่างใด

 3. แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้ (รวมทั้งหมด 8 หน้า )

 ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

 ตอนที่ 2 คำถามพฤติกรรมการทำสวนล้างลำไส้ใหญ่

 ตอนที่ 3 ความคิดเห็นเรื่องการสวนล้างลำไส้ใหญ่ของท่าน

 ตอนที่ 4 ความคิดเห็นต่อประเด็น “ผู้ให้คำแนะนำการสวนล้างลำไส้ใหญ่ต้องมีคุณสมบัติอย่างไร”

 ตอนที่ 5 การสวนล้างลำไส้ด้วยตนเองกับโรคหรือสภาวะร่างกาย ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

**ตอนที่ 1**  ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

**คำชี้แจง** โปรดใส่เครื่องหมาย  ลงใน ❑ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

**1.อายุเท่าใด** ....................................ปี **2. ท่านเป็นเพศใด** ( ) 1) ชาย ( ) 2) หญิง

**3. ปัจจุบันอาศัยอยู่ที่ อำเภอ.............................................................. จังหวัด ....................................................**

**4.การศึกษาชั้นสูงสุดของท่านอยู่ในระดับใด**

 ( ) 1) ต่ำกว่าชั้นประถมศึกษา ( ) 2) ประถมศึกษา ( ) 3) มัธยมศึกษาตอนต้น ( ) 4) มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.

 ( ) 5) อนุปริญญาตรี / ปวส. ( ) 6) ปริญญาตรี ( ) 7) ปริญญาโท ( ) 8) ปริญญาเอก

**5.ท่านประกอบอาชีพหลักใด. (**เลือกเพียง 1 ข้อ)

 ( ) 1) ว่างงาน ( ) 2) พ่อบ้าน/แม่บ้าน ( ) 3) นักเรียน/นักศึกษา ( ) 4) ข้าราชการบำนาญ ( ) 5) ค้าขาย

 ( ) 6) รับราชการ ( ) 7) พนักงานรัฐวิสาหกิจ ( ) 8) พนักงานบริษัท ( ) 9) ประกอบธุรกิจส่วนตัว

 ( ) 10) เกษตรกรรม ( ) 11) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ( ) 12) อื่น ๆ (ระบุ...............................................................)

**6.รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของท่าน**

 ( ) 1) ไม่มีรายได้ ( ) 2) ต่ำกว่า 1,500 บาท ( ) 3) ต่ำกว่า 10,000 บาท ( ) 4) 10,001-15,000 บาท
 ( ) 5) 15,001-30,000 บาท ( ) 6) 30,001-45,000 บาท ( ) 7) 45,001–50,000 บาท ( ) 8) มากกว่า 50,000 บาท

**7.สุขภาพของท่านเป็นเช่นไร**

 ( ) 1) สุขภาพแข็งแรง ( ) 2) มีปัญหาเรื่องสุขภาพ

 ถ้าท่านมีปัญหาเรื่องสุขภาพ โปรดระบุปัญหาสุขภาพ (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

 ( ) 1) เบาหวาน ( ) 2) ความดันโลหิตสูง ( ) 3) หัวใจ ( ) 4) ไต ( ) 5) ภูมิแพ้ ( ) 6) ไขมันในเลือดสูง

 ( ) 7) มะเร็ง ( ) 8) ปวดข้อ/กระดูก/ปวดกล้ามเนื้อ ( ) 9) ระบบทางเดินอาหาร

 ( ) 10) ระบบทางเดินหายใจ ( ) 11) อื่น ๆ (ระบุ.........................................................................................................)

**ตอนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการทำสวนล้างลำไส้ใหญ่**

**คำชี้แจง** โปรดใส่เครื่องหมาย  ลงใน ( ) หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

**1. ท่านเคยทำสวนล้างลำไส้ใหญ่ บ้างไหม**  ( ) 1) เคย ( ) 2) ไม่เคย

**2. ท่านทำสวนล้างลำไส้ใหญ่ มานานเท่าใด** ................. ปี .................เดือน

**3.ท่าน เคยมี ประสบการณ์ การทำสวนล้างลำไส้ใหญ่ ที่ไหน /ค่าใช้จ่ายต่อครั้งเท่าไหร่** (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **สถานที่ทำสวนล้างลำไส้ใหญ่**  | **ค่าใช้จ่ายต่อครั้ง(บาท)** | **สถานที่ทำสวนล้างลำไส้ใหญ่**  | **ค่าใช้จ่ายต่อครั้ง (บาท)** |
| 1) ดูแลด้วยตนเองที่บ้าน  |  | 2) โรงพยาบาลของรัฐ  |  |
| 3) โรงพยาบาลเอกชน  |  | 4) สถานบริการเอกชน  |  |
| 5) ค่ายสุขภาพหมอเขียว |  | 6) อื่น ๆ (ระบุ) |  |

**4. ใน 1 สัปดาห์ท่านทำสวนล้างลำไส้ใหญ่บ่อยแค่ไหน**
 ( ) 1) ทำทุกวันเช้าเย็น ( ) 2) ทำวันละ 1 ครั้ง ( ) 3) ทำวันเว้นวัน ( ) 4) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ( ) 5) สัปดาห์ละ 2 ครั้ง
 ( ) 6) สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ( ) 7) ทำเดือนละ 1 ครั้ง ( ) 8) ทำเมื่อรู้สึกไม่สบาย ( ) 9) อื่น ๆ.........................................

**5. ท่านทำสวนล้างลำไส้ใหญ่ ด้วยอุปกรณ์ชนิดใด** (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 ( ) 1) ใช้เครื่องทำสวนล้างลำไส้ใหญ่ในสถานบริการด้านสุขภาพ

 ( ) 2) สวนล้างลำไส้ใหญ่ด้วยตนเองโดยใช้ขวดพลาสติกและสาย

 ( ) 3) สวนล้างลำไส้ใหญ่ด้วยตนเองโดยใช้ถุงพลาสติกและสายสวน ( ) 4) อื่น ๆ.................................................

**6. สิ่งที่ท่านคำนึงถึงเป็นพิเศษ เมื่อท่านทำสวนล้างลำไส้ใหญ่ด้วยตนเองมีอะไรบ้าง** (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

 ( ) 1) ชนิดของน้ำ ( ) 2) สมุนไพรที่ใช้ ( ) 3) ความเข้มข้นของน้ำที่ผสมน้ำสมุนไพร

 ( ) 4) ปริมาณน้ำ ( ) 5) อุณหภูมิของน้ำ ( ) 6) ความสูงระยะห่างจากฝาขวดถึงทวารหนัก

 ( ) 7) ระยะเวลาของน้ำที่อยู่ในลำไส้ใหญ่ ( ) 8) อิริยาบทท่าที่ใช้ทำ เช่น นอน นั่ง ยืน

 ( ) 9) สถานที่ทำสวนล้างลำไส้ใหญ่ด้วยตนเอง ( ) 10) อื่น ๆ ระบุ.......................

 **7. ท่านใช้น้ำอะไรทำสวนล้างลำไส้ใหญ่** (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

 ( ) 1) น้ำเปล่าสะอาด ( ) 2) น้ำสะอาดผสมน้ำสมุนไพรคั้นสด ( ) 3) น้ำสะอาดผสมน้ำสมุนไพรต้ม

 ( ) 4) น้ำสะอาดผสมน้ำปัสสาวะ ( ) 5) น้ำสะอาดผสมน้ำมะนาว ( ) 6) น้ำกาแฟอุ่น

 ( ) 7) น้ำต้มสะเดา ( ) 8) อื่น ๆ ระบุ........................................................

 **8. ท่านเลือกใช้น้ำทำสวนล้างลำไส้ใหญ่จากเงื่อนไขใด**

 ( ) 1) เลือกเปลี่ยนชนิดของน้ำตามภาวะร้อนหรือภาวะเย็นของร่างกาย ณ เวลาที่ทำ ( ) 2) ใช้น้ำชนิดเดิมที่เคยใช้

 ( ) 3) เลือกตามชนิดของน้ำที่มี ณ เวลาที่ทำ ( ) 4) อื่น ๆ ระบุ.........................................................................

**9. ส่วนใหญ่ ท่านใช้น้ำที่มีอุณหภูมิเท่าใด**

 ( ) 1) น้ำอุณหภูมิห้อง ( ) 2) น้ำอุ่นผ่านการทดสอบว่าไม่ร้อนเกินไป ( ) 3) น้ำอุ่นจัด

 ( ) 4) อื่น ๆ ระบุ.............................................................................................................................................

**10. ส่วนใหญ่ ท่านใช้อิริยาบทท่าไหน ในการทำสวนล้างลำไส้ใหญ่ด้วยตนเอง**

 ( ) 1) ท่านอนตะแคงขวา ( ) 2) ท่านอนตะแคงซ้าย ( ) 3) ท่านั่งบนโถส้วมชักโครก ( ) 4) ท่านั่งยองๆ

 ( ) 5) ท่ายืน ( ) 6) อื่นๆ ระบุ.........................................................................................................................

**11. ความคิดเห็นต่อ ชนิดของโถส้วมสำหรับนั่งถ่าย** **ต้องเป็นแบบใด**

 ( ) 1) แบบนั่งราบหรือแบบห้อยขาเท่านั้น ( ) 2) แบบนั่งยองเท่านั้น ( ) 3) แบบนั่งราบหรือแบบนั่งยองก็ได้

**12. ความคิดเห็นต่อสายฉีดล้างสำหรับล้างทำความสะอาดพื้น**

 ( ) 1) จำเป็นต้องมี ( ) 2) มีก็ดีไม่มีก็ได้ ( ) 3) ไม่ต้องมี ( ) 4) อื่น ๆ......................

**13. ส่วนใหญ่ ท่านใช้ปริมาณน้ำประมาณเท่าใด ต่อการสวนล้างลำไส้ใหญ่ในแต่ละครั้ง**

มีต่อหน้า 4

 ( ) 1) 500 มล. ( ) 2) 501 - 1000 มล. ( ) 3) 1001 - 1200 มล. ( ) 4) 1201-1500 มล. ( ) 5) อื่น ๆ......................

**14. ในกรณีทำสวนล้างลำไส้ใหญ่ด้วยตนเอง ความสูงของขวดหรือถุงน้ำ ที่แขวน จากฝาขวดถึงทวารหนัก**

 ( ) 1) ต่ำกว่า 2 ศอก ( ) 2) ประมาณ 2 ศอก ( ) 3) สูงกว่า 2 ศอก ( ) 4) อื่น ๆ................................................

**15. ส่วนใหญ่ ระยะเวลาที่ให้น้ำอยู่ในลำไส้ใหญ่ของท่านเท่าที่ทนอยู่ได้**

( ) 1) น้อยกว่า 5 นาที ( ) 2) 5 – 10 นาที ( ) 3) 11 – 15 นาที ( ) 4) 16 – 20 นาที ( ) 5) อื่น ๆ.........................

**16. ส่วนใหญ่ ท่านทำกิจกรรมใดในช่วงทำสวนล้างลำไส้ใหญ่ ขณะรอน้ำออกจากร่างกาย**

( ) 1) อยู่นิ่ง ( ) 2) นวดท้องทวนเข็มนาฬิกา ( ) 3) กดจุดเส้นลมปราณ ( ) 4) กัวซา ( ) 5) อื่น ๆ........................

**17. ส่วนใหญ่ ท่านทำการสวนล้างลำไส้ใหญ่ ให้ช่วงเวลาใด**

( ) 1) ช่วงเช้าหลังตื่นนอน ( ) 2) ช่วงเช้าก่อน 8.00 น. ( ) 3) ช่วงสายไม่เกิน 10.00 น. ( ) 4) ช่วงบ่าย

( ) 5) ช่วงก่อนนอน ( ) 6) เมื่อรู้สึกว่าไม่สบาย ( ) 7) อื่น ๆ ระบุ...............................................................

**18.จากประสบการณ์การสวนล้างลำไส้ใหญ่ด้วยตนเอง ท่านเคยมีอาการไม่สบายที่เกิดจากการสวนล้างลำไส้ใหญ่ด้วย**

 **ตนเองหรือไม่**

[ ] 1) ไม่เคยมี

[ ] 2) เคยมี อาการที่เกิดขึ้น....................................................................................... จำนวน...........ครั้ง

แก้ไขอย่างไร..............................................................................................................................................

 …….….................................................................................................................................................................

**19.หลังการสวนล้างลำไส้ใหญ่ด้วยตนเอง ท่านมีความรู้สึกอย่างไรบ้าง (เลือกตอบได้หลายข้อ)**

 [ ] 1) โล่งโปร่ง [ ] 2) สบาย [ ] 3) เบากาย [ ] 4) มีกำลัง

 [ ] 5) อื่นๆ ระบุ ...............................................................................................................................

 **20. ส่วนใหญ่ ท่านใช้สารหล่อลื่นใด ต่อการสวนล้างลำไส้ใหญ่ในแต่ละครั้ง**

 ( ) 1) เจลว่านหางจระเข้ ( ) 2) น้ำมันพืช ( ) 3) วาสลิน ( ) 4) น้ำเปล่าหรือน้ำสมุนไพร

 ( ) 5) อื่น ๆ.........................................

**21. ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากการสอดสายสวนล้างลำไส้เข้าสู่ทวารหนักหรือไม่**

 ( ) 1) ไม่เคย ( ) 2) เคย ระบุลักษณะการบาดเจ็บ........................................................................................

**ตอนที่ 3 ความคิดเห็นเรื่องการสวนล้างลำไส้ใหญ่ของท่าน**

**คำชี้แจง** โปรดใส่เครื่องหมาย  ลงใน ❑ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

**1.** **ท่านมีวัตถุประสงค์ที่ทำสวนล้างลำไส้ใหญ่ เพี่ออะไร** (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

 ( ) 1) ใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ( ) 2) ใช้รักษาร่วมกับการแพทย์แผนต่างๆ

 ( ) 3) ใช้เพื่อฟื้นฟูสุขภาพ ( ) 4) อื่น ๆ ระบุ...........................................

**2. ท่านมีความเชื่อ เรื่อง การสวนล้างลำไส้ใหญ่ อย่างไร** (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

 ( ) 1) ช่วยนำความร้อน สารพิษ สารเคมีออกจากร่างกายได้

 ( ) 2) ช่วยลดอาการข้างเคียงจากการแพ้ยาหรือสารเคมีได้

 ( ) 3) ลดการใช้ยาจากสารเคมี ( ) 4) สามารถรักษาโรคเรื้อรังได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดัน

 ( ) 5) เชื่อมั่นในประวัติของผู้แนะนำให้ใช้ ( ) 6) อื่น ๆ ระบุ......................................................................

**3 เหตุผลที่เลือกใช้การสวนล้างลำไส้ใหญ่** (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

 ( ) 1) สามารถใช้การดูแลสุขภาพรักษาสุขภาพแบบพึ่งตนเองได้ ( ) 2) ประสิทธิผลที่ได้มีข้อพิสูจน์จนเป็นที่ยอมรับ
 ( ) 3) มีความปลอดภัย ไม่ทำอันตรายต่อร่างกาย ไม่มีผลข้างเคียง ( ) 4)ช่วยลดค่าใช้จ่าย ในการรักษาสุขภาพ

 ( ) 5) ค่าใช้จ่ายคุ้มค่ากับการใช้ ( ) 6) สามารถประยุกต์ใช้กับทรัพยากรที่มีในท้องถิ่น ( ) 7) อื่น ๆระบุ.........................

**4. สิ่งที่พิจารณา เมื่อ ต้องทำสวนล้างลำไส้ใหญ่ด้วยตนเอง** (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

 ( ) 1) สถานที่สะอาด ( ) 2) วัตถุดิบอุปกรณ์หาง่าย ( ) 3) อุปกรณ์สะอาดปลอดภัย ( ) 4) วิธีการทำไม่ยุ่งยาก

 ( ) 5) สะดวกในการทำได้เอง ( ) 6) อื่น ๆ ระบุ........................................................................................................

**5. สิ่งที่พิจารณา เมื่อใช้บริการกับสถานพยาบาล** (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

 ( ) 1) สถานที่สะอาด ( ) 2) มีความเป็นส่วนตัว ( ) 3) อุปกรณ์สะอาดปลอดภัย ( ) 4) ผู้ให้บริการแต่งกาย มีมารยาท

 ( ) 5) ได้รับข้อมูลชัดเจน ( ) 6) ผู้ให้บริการมีความรู้ประสบการณ์ มีใบผ่านการอบรม ( ) 7) สอบถามข้อมูลได้

 ( ) 8) มีมาตรฐานการทำงาน ( ) 9) คอยเวลาไม่นาน ( ) 10) เข้าถึงบริการได้สะดวก ( ) 11) อื่นๆ...............................

**6. ท่านได้รับการสอนหรือแนะนำวิธีสวนล้างลำไส้ใหญ่จากใคร** (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

 ( ) 1) คนในครอบครัว ( ) 2) ญาติ ( ) 3) เพื่อน ( ) 4) บุคลากรที่ทำงานด้านสุขภาพหรือด้านสาธารณสุข

 ( ) 5) วิทยากรค่ายสุขภาพ

 [ ] 5.1) แพทย์วิถีธรรม(หมอเขียว) [ ] 5.2) ค่ายล้างพิษตับ [ ] 5.3) อื่นๆ .....................................

**7. ท่านได้รับการสอนหรือแนะนำวิธีสวนล้างลำไส้ใหญ่ผ่านช่องทางใด** (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

 ( ) 1) การบรรยายด้วยตัวบุคคลโดยตรง ( ) 2) จากสื่อสิ่งพิมพ์ นิตยสาร หนังสือ วารสาร ( ) 3) จากโทรทัศน์

 ( ) 4) จากอินเตอร์เนต ( ) 5) จากวิทยุ ( ) 6) อื่น ๆ ระบุ ...........................................................................

**ตอนที่ 4 ความคิดเห็นต่อประเด็น “ผู้ให้คำแนะนำการสวนล้างลำไส้ใหญ่ต้องมีคุณสมบัติอย่างไร”**

 1. เป็นผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขตามกฎหมายเท่านั้น บุคคลอื่นไม่มีสิทธิให้คำแนะนำ

 [ ] 1) เห็นด้วย [ ] 2) ไม่เห็นด้วย

 **เหตุผลประกอบความคิดเห็น**

 **..............................................................................................................................................................................**

 **..............................................................................................................................................................................**

2. เป็นผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขตามกฎหมายและมีความรู้และทักษะด้านการสวนล้างลำไส้

 ตามที่สภาวิชาชีพรับรอง หรือผ่านการอบรมในหลักสูตรการสวนล้างลำไส้ที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและ

 การแพทย์ทางเลือกรับรองและมีประสบการณ์ด้านการสวนล้างลำไส้

 [ ] 1) เห็นด้วย [ ] 2) ไม่เห็นด้วย

 **เหตุผลประกอบความคิดเห็น**

 **..............................................................................................................................................................................**

3. เป็นผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขตามกฎหมาย หรือบุคคลทั่วไปที่มีความรู้และทักษะ

 ด้านการสวนล้างลำไส้ตามที่สภาวิชาชีพรับรองและมีประสบการณ์ด้านการสวนล้างลำไส้ หรือผ่านการอบรม

 ในหลักสูตรการสวนล้างลำไส้ที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกรับรองและมีประสบการณ์

 ด้านการสวนล้างลำไส้

 [ ] 1) เห็นด้วย [ ] 2) ไม่เห็นด้วย

 **เหตุผลประกอบความคิดเห็น**

 **..............................................................................................................................................................................**

 **..............................................................................................................................................................................**

 4. ไม่เป็นผู้วิกลจริต

 [ ] 1) เห็นด้วย [ ] 2) ไม่เห็นด้วย

 **เหตุผลประกอบความคิดเห็น**

 **..............................................................................................................................................................................**

 5. คุณสมบัติอื่นๆ ของ “ผู้ให้คำแนะนำการสวนล้างลำไส้ใหญ่” ที่ต้องระบุไว้ในประกาศฯ ตามความคิดเห็น

 ของท่าน

 [ ] 1) เห็นด้วย [ ] 2) ไม่เห็นด้วย

 **เหตุผลประกอบความคิดเห็น**

 **..............................................................................................................................................................................**

 **..............................................................................................................................................................................**

**ตอนที่ 5 การสวนล้างลำไส้ด้วยตนเองกับโรคหรือสภาวะร่างกาย ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ**

**ประสบการณ์การสวนล้างลำไส้ด้วยตนเองกับโรคหรือสภาวะร่างกายบางอย่าง**

 **1. จากประสบการณ์การสวนล้างลำไส้ใหญ่ด้วยตนเอง มีผลช่วยลดโรคหรืออาการไม่สบายของท่านอะไรได้บ้าง?**

 (กรุณาลงข้อมูลให้ได้มากที่สุด เนื่องจากต้องการรวบรวมโรคหรืออาการไม่สบายที่ทุเลาลดลงจากการสวน

 ล้างลำไส้ใหญ่ให้ได้มากที่สุด)

 .........................................................................................................................................................................…

 ............................................................................................................................................................................

 ...............................................................................................................................................….........................

 .........................................................................................................................................................................…

1. **ท่านเคยมีประสบการณ์ ใช้การสวนล้างลำไส้ด้วยตนเอง ในขณะที่มีโรคหรือสภาวะร่างกาย ดังต่อไปนี้หรือไม่**

| **อาการหรือโรคที่ระบุ** | **ไม่เคย** | **เคย ผลเป็นอย่างไร (โปรดระบุ)** |
| --- | --- | --- |
| 1. ผู้ที่มีลำไส้ใหญ่อุดตันแบบสมบูรณ์(Complete obstruction)ส่วนปลาย |  |  |
| 2. ผู้ที่มีแผลในลำไส้ใหญ่ที่อยู่ในลักษณะบางที่อาจจะทะลุได้ ได้แก่ โรคลำไส้ใหญ่อักเสบเป็นแผลเรื้อรัง(Ulcerative Colitis) โรคโครห์น (Crohn’s disease) โรคลำไส้ใหญ่อักเสบแบบไม่แน่นอน(Indeterminate Colitis) โรคกระเปาะในผนังลำไส้อักเสบเฉียบพลัน (Acute diverticulitis) |  |  |
| 3. ตั้งครรภ์ |  |  |
| 4. มะเร็งระยะลุกลาม |  |  |
| 5. ริดสีดวงทวารระยะมีแผล |  |  |
| 6. ความดันโลหิตสูงรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมได้  |  |  |
| 7. ภาวะหัวใจล้มเหลวขั้นรุนแรง |  |  |
| 8. หลอดเลือดช่องท้องโป่งพอง |  |  |
| 9. ผ่าตัดลำไส้ในระยะ ๓ เดือนแรก |  |  |
| 10. ผู้ที่ผ่านการผ่าตัดลำไส้โดยเปิดลำไส้ให้ขับถ่ายทางหน้าท้อง |  |  |

1. **ท่านเคยมีประสบการณ์ พบเห็น หรือทราบข้อมูลการสวนล้างลำไส้ด้วยตนเองของผู้อื่น ในขณะที่**

 **ผู้นั้นมีโรคหรือสภาวะร่างกาย ดังต่อไปนี้หรือไม่**

| **อาการหรือโรคที่ระบุ** | **ไม่เคย** | **เคย ผลเป็นอย่างไร (โปรดระบุ)** |
| --- | --- | --- |
| 1. ผู้ที่มีลำไส้ใหญ่อุดตันแบบสมบูรณ์(Complete obstruction)ส่วนปลาย |  |  |
| 2. ผู้ที่มีแผลในลำไส้ใหญ่ที่อยู่ในลักษณะบางที่อาจจะทะลุได้ ได้แก่ โรคลำไส้ใหญ่อักเสบเป็นแผลเรื้อรัง(Ulcerative Colitis) โรคโครห์น (Crohn’s disease) โรคลำไส้ใหญ่อักเสบแบบไม่แน่นอน(Indeterminate Colitis) โรคกระเปาะในผนังลำไส้อักเสบเฉียบพลัน (Acute diverticulitis) |  |  |
| 3. ตั้งครรภ์ |  |  |
| 4. มะเร็งระยะลุกลาม |  |  |
| 5. ริดสีดวงทวารระยะมีแผล |  |  |
| 6.ความดันโลหิตสูงรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมได้  |  |  |
| 7. ภาวะหัวใจล้มเหลวขั้นรุนแรง |  |  |
| 8. หลอดเลือดช่องท้องโป่งพอง |  |  |
| 9. ผ่าตัดลำไส้ในระยะ ๓ เดือนแรก |  |  |
| 10. ผู้ที่ผ่านการผ่าตัดลำไส้โดยเปิดลำไส้ให้ขับถ่ายทางหน้าท้อง |  |  |

 **ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อการสวนล้างลำไส้ใหญ่ด้วยตนเอง**

 **……………………………………………………………………………………...................................................**

 **………………………………………………………………………………………………………………….**

 **………………………………………………………………………………………………………………….**

ชื่อ-สกุล..............................................................................เบอร์โทร..................................................................

 E-mail Address.....……………………………………………………………………………………………..

 **.ที่อยู่ บ้านเลขที่ ...........หมู่ที่...........ตำบล.............................อำเภอ................................... จังหวัด .................**

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่ท่านสละเวลาในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

มูลนิธิแพทย์วิถีธรรมแห่งประเทศไทย