**แบบสอบถาม** ชุดที่ 2

แบบสอบถามชุดที่......................

**ประสบการณ์การทำสวนล้างลำไส้ใหญ่**

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

ด้วยตนเองโดยกรรมวิธีด้านการแพทย์ทางเลือก

2. ข้อมูลที่ตอบจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีผลเสียหายต่อท่านหรือหน่วยงานของท่าน แต่อย่างใด

3. แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้ (รวมทั้งหมด 4 หน้า )

ตอนที่ 4 ความคิดเห็นต่อประเด็น “ผู้ให้คำแนะนำการสวนล้างลำไส้ใหญ่ต้องมีคุณสมบัติอย่างไร”

ตอนที่ 5 การสวนล้างลำไส้ด้วยตนเองกับโรคหรือสภาวะร่างกาย ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

**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**

**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