

「臺灣幼兒發展調查資料庫」 健康問卷

聶西平

博士後研究員

國立臺灣師範大學人類發展與家庭學系

台灣大學健康政策與管理研究所博士

美國密西根州立大學傳播學院碩士(主修:健康傳播)

台灣大學公共衛生研究所碩士(主修:健康行為)

台灣大學公共衛生學系學士

健康組負責人 - 傅仁輝醫師

- ▶ 林口長庚紀念醫院新生兒科醫師及助理教授
- ▶ 專長為一般兒科、新生兒重症加護、早產兒一般疾病及重症加護、新生兒肺部疾病及治療、嬰幼兒預防保健等。
- ▶ KIT 總計畫協同研究人員、子計畫一共同主持人、子計畫二共同主持人

---Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living. ---

**The Ottawa Charter for Health Promotion,
1986**

設計KIT健康問卷之目的

- ▶ 記錄幼兒健康相關的變項
- ▶ 了解這些變項與幼兒生活、發展、及學習的相關性
- ▶ 作為未來國家、社會、家庭對於幼兒健康照護的參考
- ▶ 不是在於診斷幼兒的疾病

36月齡組第一波健康問卷的基本結構

- 一、回溯懷孕期間狀況
- 二、回溯孩子出生狀況
- 三、孩子現在的健康狀況
- 四、孩子的飲食狀況
- 五、孩子的睡眠狀況
- 六、回溯孩子的生長發育情形 (參考兒童健康手冊之記錄)

一、回溯懷孕期間狀況

請問您對媽媽在懷這個孩子期間的狀況瞭解嗎？

- ① 是媽媽本人
 ② 非常不瞭解 ③ 瞭解有限 ④ 還算瞭解 ⑤ 大致都瞭解 ⑥ 非常瞭解

【選「瞭解有限」或「非常不瞭解」者，請跳答第二大題「孩子出生狀況」第1題】


1. 媽媽幾歲（足歲）時生這孩子？
2. 有沒有定期產檢？
3. 產前檢查有無異常的情形？
4. 媽媽在懷孕期間是否吸菸？喝酒？

二、回溯孩子出生狀況

請問您對這孩子出生時的狀況瞭解嗎？

- ① 是媽媽本人
 ② 非常不瞭解 ③ 瞭解有限 ④ 還算瞭解 ⑤ 大致都瞭解 ⑥ 非常瞭解

【選「瞭解有限」或「非常不瞭解」者，請跳答第三大題「孩子現在的健康狀況」第 1 題】

1. 出生時的週數
2. 出生時的體重
3. 生產方式: 自然產 or 剖腹產
4. 出生時的主要問題 
5. 一出生，有沒有住過加護病房
6. 這孩子出生後在醫院住幾天才回家

這孩子出生時的主要問題為何：【可複選】

- ① 沒有問題【選此選項者不可選其他選項】
 ② 早產
 ③ 黃疸過高（照光或換血治療）
 ④ 體重過輕（體重低於 2500 公克以下）
 ⑤ 體重過重（體重高於 4000 公克以上）
 ⑥ 出生時曾經緊急處理（指住進加護病房或特殊住院情形）
 ⑦ 缺氧
 ⑧ 難產
 ⑨ 癲癇
 ⑩ 先天性疾病（請說明：_____）
 ⑪ 其他（請說明：_____）

三、孩子現在的健康狀況

1. 這孩子現在的身高、體重
2. 是否做過聽力篩檢？檢查結果？介入情形？
3. 是否做過新生兒篩檢？檢查結果？介入情形？

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ① 先天性甲狀腺低能症 (CHT) | <input type="checkbox"/> ② 半乳糖血症 (GAL) |
| <input type="checkbox"/> ③ 葡萄糖 6 磷酸鹽去氫酶缺乏症 (G6PD) | <input type="checkbox"/> ④ 先天性腎上腺增生症 (CAH) |
| <input type="checkbox"/> ⑤ 苯酮尿症 (PKU) | <input type="checkbox"/> ⑥ 高胱胺酸尿症 (HCU) |
| <input type="checkbox"/> ⑦ 中鏈醯輔酶 A 去氫酶缺乏症 (MCAD) | <input type="checkbox"/> ⑧ 楓糖尿症 (MSUD) |
| <input type="checkbox"/> ⑨ 戊二酸血症第一型 (GA-1) | <input type="checkbox"/> ⑩ 異戊酸血症 (IVA) |
| <input type="checkbox"/> ⑪ 甲基丙二酸血症 (MMA) | |

4. 是否做過學前兒童發展檢核嗎？檢核結果？介入情形？
5. 有沒有重大傷病卡？項目？
6. 有沒有身心障礙證明？項目？

7. 是否罹患確定診斷之疾病？項目？

神經系統		
<input type="checkbox"/> ① 沒有【選此選項者不可選其他選項】	<input type="checkbox"/> ③ 熱性痙攣	<input type="checkbox"/> ④ 腦水腫
<input type="checkbox"/> ② 癲癇	<input type="checkbox"/> ⑦ 腦炎	<input type="checkbox"/> ⑤ 腦出血
<input type="checkbox"/> ⑥ 水腦		<input type="checkbox"/> ⑧ 腦性麻痺
眼耳鼻喉系統		
<input type="checkbox"/> ① 沒有【選此選項者不可選其他選項】	<input type="checkbox"/> ④ 唇顎裂	<input type="checkbox"/> ⑤ 鼻道問題
<input type="checkbox"/> ② 視力問題	<input type="checkbox"/> ③ 聽力問題	
骨骼牙齒系統		
<input type="checkbox"/> ① 沒有【選此選項者不可選其他選項】	<input type="checkbox"/> ④ 牙齒	<input type="checkbox"/> ⑤ 外觀異常
<input type="checkbox"/> ② 四肢異常	<input type="checkbox"/> ③ 髖關節脫臼	
遺傳跟代謝系統		
<input type="checkbox"/> ① 沒有【選此選項者不可選其他選項】	<input type="checkbox"/> ④ 糖尿病	<input type="checkbox"/> ⑤ 甲狀腺功能
<input type="checkbox"/> ② 染色體異常	<input type="checkbox"/> ③ 罕見疾病	
發展性或其他心智方面的疾病		
<input type="checkbox"/> ① 沒有【選此選項者不可選其他選項】	<input type="checkbox"/> ④ 自閉症	<input type="checkbox"/> ⑤ 智能障礙
<input type="checkbox"/> ② 發展遲緩	<input type="checkbox"/> ③ 語言障礙	
<input type="checkbox"/> ⑥ 注意力缺損（過動症）		
其他		
<input type="checkbox"/> ① 沒有【選此選項者不可選其他選項】		
<input type="checkbox"/> ② 其他·名稱：_____		

8. 出生到現在得過幾次中耳炎？

9. 過去六個月是否住院過？原因？

10. 過去六個月是否長期固定使用過藥物？原因？

11. 這孩子是否完成該年齡應接種之疫苗？

12. 問卷回答者覺得這孩子目前的健康情況如何？

四、孩子的飲食狀況

1. 哺餵母乳？多久？
2. 這孩子吃甜食（如糖果、甜的飲料）的頻率？

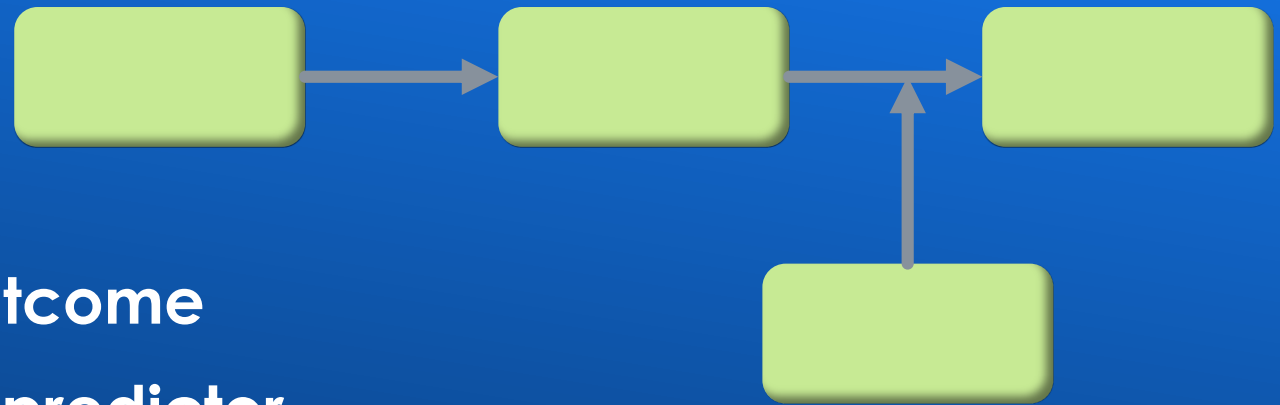
五、孩子的睡眠狀況

1. 這孩子平常時（非假日）的睡覺狀況？是否固定？
每天睡眠總計時間？
2. 這孩子是否容易半夜哭鬧，而且需要較長時間安撫？
3. 問卷回答者覺得這孩子的睡眠品質如何？

六、回溯孩子的生長發育情形 (參考兒童健康手冊之記錄)

年齡	身長 (公分)	體重 (公斤)	測量時間 (民國年 / 月 / 日)
6 月齡±15 天			
12 月齡±15 天			
15 月齡±15 天			
24 月齡±15 天			

可進行的議題



Health as outcome

predictor

mediator

moderator

謝謝聆聽

