

B4 โรคประจำตัวหรือความบกพร่องของเด็ก

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์

สัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดูหลักเกี่ยวกับโรคประจำตัว หรือความบกพร่อง ที่ตรวจพบในเด็ก ตั้งแต่การสัมภาษณ์ครั้งที่แล้ว
ให้บันทึกทั้งโรค/ความบกพร่องที่ปัจจุบันยังเป็นอยู่ หรือ เคยเป็นแต่ปัจจุบันหายแล้ว

- 1.1) เปิดทะเบียน Roster และระบุจำนวนโรคที่เด็กยังเป็นอยู่ ตั้งแต่การสัมภาษณ์ครั้งที่แล้ว (ถ้าเด็กไม่มีโรคประจำตัวในทะเบียน Roster ให้กรอก "0")
- 1.2) ตั้งแต่การสัมภาษณ์ครั้งที่แล้ว ท่านเคยได้รับแจ้งจากแพทย์ พยาบาล หรือผู้เชี่ยวชาญ ว่าเด็กมีโรคประจำตัว นอกเหนือจากทะเบียน Roster จำนวนกี่โรค (ถ้าไม่มี ให้กรอก "0")

CHD1_1

CHD1_2

ถ้า ข้อ 1.1) และ 1.2) กรอก "0" ให้ข้ามไปถามข้อ 2

สอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับโรคที่พบในเด็กในแต่ละโรค และบันทึกคำตอบลงในตาราง 1

A ระบุชื่อโรค และรหัสโรค

1- เมาหวาน	19- สมอกลี้อม	37- ต่อมลูกหมากโต/อักเสบ	55- ฝ้า/ด่างขาว	69-อาการติดเชื้อมนุษย์
3- ไทรอยด์ / คอพอก	21- ลมชัก/ ลมบ้าหมู	39- นิ้วในถุงน้ำดี	57- ดาวน์ซินโดรม	71-ออทิสติก
5- ความดันโลหิตสูง	23- ต้อกระจก/ ต้อหิน	41- นิ้วในระบบสืบสาวะ	59- ปริทันต์ (เหงือกอักเสบ)	73-โรคสมาธิสั้น
7- โรคหัวใจ	25- ประสาทหูเสื่อม	43- เก๊าท์/ รูมาตอยด์	61- อัมพฤกษ์	75- อื่นๆ
9- โรคไข้มันในเส้นเลือดสูง/ คอเลสเตรอลสูง	27- หอบหืด/ ถุงลมโป่งพอง	45- โรคปวดเข่าเรื้อรัง/ ข้อเข่าเสื่อม	63- อัมพาต	
11- โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน	29- วัณโรค	47- โรคปวดหลังเรื้อรัง/ ปวดคอเรื้อรัง	65-โรคระบบทางเดินหายใจ	
13- โรคมะเร็ง	31- ภูมิแพ้	49- เอดส์	67-โรคระบบทางเดินอาหารรุนแรง	
15- โรคพิษสุราเรื้อรัง	33- ตับแข็ง	51- โรคโปลิโอ		
17- โรคซึมเศร้า/ โรคจิต/ โรคประสาท	35- ไตวาย/ ไตพิการ	53- โรคเรื้อน		

B ตั้งแต่การสัมภาษณ์ครั้งที่แล้ว วิธีการรักษาที่ได้รับครั้งล่าสุดเป็นอย่างไร (บันทึกได้มากกว่า 1 คำตอบ)

A- เครื่องช่วยหายใจ เครื่องปั๊มหัวใจ	C- ใช้ยาปฏิชีวนะ (ยาที่ต้องกินต่อเนื่องจนหมด)	E- ใช้ยากกลุ่มสเตียรอยด์	G- อื่นๆ ระบุในช่อง CHD1BA
B- ยาขยายหลอดลม	D- ใช้ยา (แต่ไม่ทราบประเภท)	F- ไม่ได้ได้รับการรักษาใด แต่ดูอาการ	

C ตั้งแต่การสัมภาษณ์ครั้งที่แล้ว เด็กเคยต้องเข้าห้องฉุกเฉิน หรือนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 คืน ด้วยสาเหตุของโรคในข้อ A หรือไม่

1- เคย 3- ไม่เคย (ข้ามไปถามข้อ D)

CA เด็กนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ด้วยสาเหตุของโรคในข้อ A ครั้งที่ยาวนานที่สุดกี่วัน

D ปัจจุบันเด็กยังเป็นโรคนี้หรือไม่

1- เป็น 3- ไม่เป็น

ตาราง 1

b4_table1

#	CHD1A โรค	CHD1AA รหัสโรค	CHD1B วิธีการรักษา	CHD1BA อื่นๆ(CHC2B=G)	CHD1C ห้องฉุกเฉิน/นอน ร.พ.	CHD1CA นอนกี่วัน	CHD1D เป็นโรค
1							
2							
3							
4							
5							

- 2) **ตั้งแต่การสัมภาษณ์ครั้งที่แล้ว** เด็กเคยได้รับการเจาะน้ำในหูหรือไม่ 1- เคย 3- ไม่เคย (ข้ามไปถามข้อ 4) CHD2
- 3) เด็กเคยรับการเจาะระบายน้ำในหูเนื่องจากสาเหตุใด 1- ของเหลวเข้าหู 3- ติดเชื้อในหู 5- ทั้งข้อ 1 และข้อ 3 7- อื่นๆ ระบุในช่อง CHD3A CHD3
- CHD3A

- 4.1) เปิดทะเบียน Roster และระบุจำนวนอาการบกพร่องของของเด็ก **ตั้งแต่การสัมภาษณ์ครั้งที่แล้ว** CHD4_1
 (หากเด็กไม่มีอาการบกพร่องในทะเบียน Roster ให้กรอก "0")
- 4.2) **ตั้งแต่การสัมภาษณ์ครั้งที่แล้ว** แพทย์เคยบอกว่าเด็กมีอาการบกพร่องนอกเหนือจากทะเบียน Roster จำนวนกี่อาการ CHD4_2
 (ถ้าไม่มี ให้กรอก "0")

ถ้า ข้อ 4.1) และ 4.2) กรอก "0" ให้ข้ามไปถามข้อ 5

A ระบุอาการบกพร่อง และรหัส

รหัสอาการ	1- ปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวเนื่องจากความพิการทางสมอง	5- พัฒนาการด้านกิจกรรม	9- พัฒนาการด้านการสื่อสาร
	3- พัฒนาการด้านการเรียนรู้	7- พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวแขนขา	11- อื่นๆ

B เด็กเคยได้รับการช่วยเหลือเพื่อบำบัดอาการบกพร่องด้วยวิธีใดบ้าง (ถ้าไม่ได้รับการรักษา ให้กรอก "NA")

A- บำบัดอาการบกพร่องด้านการพูด	G- ช่วยการฟัง (ไม่รวมการสูญเสียการได้ยินแบบชั่วคราวเนื่องจากอาการไข้ หรือน้ำคั่งในหู)
B- กิจกรรมบำบัด	H- พบปะเยี่ยมเยียนที่บ้าน
C- กายภาพบำบัด	I- สนับสนุนหรือให้การฝึกอบรมพ่อแม่
D- กิจกรรมร่วมกลุ่มของครอบครัวที่มีปัญหาแบบเดียวกัน	J- การศึกษาพิเศษในชั้นเรียนที่มีเด็กพิเศษกลุ่มเดียวกัน
E- จิตวิทยาบำบัด	K- ทิวเตอร์ส่วนตัวหรือโรงเรียนพิเศษสำหรับปัญหาด้านการเรียนรู้
F- ช่วยการมองเห็น	L- อื่นๆ ระบุ CHD4BA

C ตั้งแต่การสัมภาษณ์ครั้งที่แล้ว เด็กเคยได้รับการตรวจวินิจฉัยปัญหา หรือวิธีการบำบัดจากแพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางหรือไม่

1- เคย 3- ไม่เคย

D ปัจจุบันเด็กยังมีปัญหานี้หรือไม่

1- มี 3- ไม่มี

ตาราง 2

b4_table2

#	CHD4A อาการบกพร่อง	CHD4AA รหัส	CHD4B การช่วยเหลือ	CHD4BA อื่นๆ (CHC4B=L)	CHD4C แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ	CHD4D มีปัญหา
1						
2						
3						
4						
5						

5) ตั้งแต่การสัมภาษณ์ครั้งที่แล้ว เด็กมีความบกพร่องด้านการได้ยินหรือไม่

1- ใช่ 3- ไม่ใช่ (ข้ามไปถามข้อ 7)

CHD5

6) อาการสูญเสียการได้ยินของเด็กเกิดขึ้นกับหูข้างขวา ข้างซ้าย หรือทั้งสองข้าง

1- ข้างซ้าย 3- ข้างขวา 5- ทั้ง 2 ข้าง

CHD6

7) ตั้งแต่การสัมภาษณ์ครั้งที่แล้ว เด็กมีความบกพร่องด้านการมองเห็นหรือไม่

(ไม่นับรวมปัญหาสายตาสั้น-ยาว) 1- ใช่ 3- ไม่ใช่

CHD7

8) ตั้งแต่การสัมภาษณ์ครั้งที่แล้ว เด็กมีปัญหาสุขภาพจนต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น ไม้เท้า รถเข็น เครื่องช่วยฟัง ฯลฯ บ้างหรือไม่ (ไม่รวมแว่นตา)

1- มี 3- ไม่มี

CHD8

9) ปัจจุบัน เด็กสวมแว่นตาหรือไม่

1- สวม 3- ไม่สวม

CHD9

10) ตั้งแต่การสัมภาษณ์ครั้งที่แล้ว เด็กได้เข้าโรงเรียนสำหรับเด็กพิเศษหรือไม่

1- ได้รับ 3- ไม่ได้รับ (ข้ามไปถามข้อ 11)

CHD10

chd10a1_des

chd10a2_des

A ชื่อสถานที่.....

CHD10A1

ตำบล.....

CHD10A2

อำเภอ.....

CHD10A3

จังหวัด.....

CHD10A4

chd10a3_des

chd10a4_des

11) บันทึกผู้สัมภาษณ์

CHD11