

## 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- เบาหวาน	19- สมองเลื่อม	37- ต่อมลูกหมากโต/อักเสบ	55- ธาลัสซีเมีย	69-อาการติดเชื้ในหู
3- ไทรอยด์ / คอพอก	21- ลมชัก/ ลมบ้าหมู	39- นิ้วในถุงน้ำดี	57- ดาวน์ซินโดรม	71-ออทิสติก
5- ความดันโลหิตสูง	23- ต้อกระจก/ ต้อหิน	41- นิ้วในระบบปัสสาวะ	59- ปริทันต์ (เหงือกอักเสบ)	73-โรคสมาธิสั้น
7- โรคหัวใจ	25- ประสาทหูเสื่อม	43- เก๊าท์/ รูมาตอยด์	61- อัมพฤกษ์	75- อื่นๆ
9- โรคไขมันในเส้นเลือดสูง/ คอเลสเทอรอลสูง	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- ใช้ยากลุ่มสเตียรอยด์	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 ครั้งที่ยาวที่สุดกี่วัน

D ปัจจุบันเด็กยังเป็นโรคนี้หรือไม่

1- เป็น 3- ไม่เป็น

ตาราง 1

b4\_table1

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

<b>รหัสอาการ</b>	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- กิจกรรมร่วมกับกลุ่มของครอบครัวที่มีปัญหาแบบเดียวกัน	J- การศึกษาพิเศษในชั้นเรียนที่มีเด็กพิเศษกลุ่มเดียวกัน
E- จิตวิทยาบำบัด	K- ทิวเตอร์ส่วนตัวหรือโรงเรียนพิเศษสำหรับปัญหาทางการเรียนรู้
F- ช่วยการมองเห็น	L- อื่นๆ ระบุ CHD4BA

C **ตั้งแต่การสัมภาษณ์ครั้งที่แล้ว** เด็กเคยได้รับการตรวจวินิจฉัยปัญหา หรือวิธีการบำบัดจากแพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางหรือไม่  1- เคย    3- ไม่เคย

D ปัจจุบันเด็กยังมีปัญหานี้หรือไม่  1- มี    3- ไม่มี

#	CHD4A	CHD4AA	CHD4B	CHD4BA	CHD4C	CHD4D
	อาการบกพร่อง	รหัส	การช่วยเหลือ	อื่นๆ (CHC4B=L)	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ	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 ไม่เท้า รถเข็น เครื่องช่วยฟัง ฯลฯ บ้างหรือไม่ (ไม่รวมแว่นตา)  CHD8  
 1- มี    3- ไม่มี
- 9) ปัจจุบัน เด็กสวมแว่นตาหรือไม่  1- สวม    3- ไม่สวม  CHD9
- 10) **ตั้งแต่การสัมภาษณ์ครั้งที่แล้ว** เด็กได้เข้าโรงเรียนสำหรับเด็กพิเศษหรือไม่  1- ได้รับ    3- ไม่ได้รับ (ข้ามไปถามข้อ 11)  CHD10
- |   |   |
|---|---|
| chd10a1_des                                     | chd10a2_des                               |
| A ชื่อสถานที่..... <input type="text"/> CHD10A1 | ตำบล..... <input type="text"/> CHD10A2    |
| อำเภอ..... <input type="text"/> CHD10A3         | จังหวัด..... <input type="text"/> CHD10A4 |
| chd10a3_des                                     | chd10a4_des                               |
- 11) บันทึกผู้สัมภาษณ์  CHD11