

สถาบันการศึกษาประชากรแห่งชาติ ปารีส
สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

แบบสอบถามสำหรับพ่อแม่/ผู้ดูแล
เมษายน 2553

รหัสประจำตัวผู้ให้สัมภาษณ์ :

หมายเลขประจำตัวเด็ก:

เด็ก

เพศของเด็กในความดูแล: 1 ชาย 2 หญิง

วันที่สัมภาษณ์: |__|__| วัน |__|__| เดือน |_2_|_5_|_5_|__| ปี

เวลาเริ่มสัมภาษณ์: |__|__| นาฬิกา |__|__| นาที

กรุณาแนะนำโครงการวิจัยและขอการแสดงความคิดเห็น

ชื่อผู้สัมภาษณ์:

รหัส: |__|__|

สถานที่ที่เข้าร่วมการวิจัย: รหัส: |__|__|

หมวด R: ผู้ตอบแบบสอบถาม

เราต้องการทราบเกี่ยวกับท่านในฐานะที่ท่านเป็นผู้ดูแลเด็ก			
R.0	เพศ	<input type="checkbox"/> 1 ชาย <input type="checkbox"/> 2 หญิง	
R.00	อายุของผู้ตอบแบบสอบถาม	__ __ ปี	
R.1	ท่านมีความสัมพันธ์กับเด็กอย่างไร	__ __
R.2	สถานภาพสมรสของท่านคือ	<input type="checkbox"/> 1 โสด <input type="checkbox"/> 2 สมรส <input type="checkbox"/> 3 หย่า/ แยกกันอยู่ <input type="checkbox"/> 4 หม้าย	
G.1	สัญชาติของท่านคือ?	<input type="checkbox"/> 1 สัญชาติไทย <input type="checkbox"/> 2 ไม่ใช่สัญชาติไทย ระบุ.....	
G.2	เชื้อชาติของท่านคือ?	<input type="checkbox"/> 1 เชื้อชาติไทย <input type="checkbox"/> 2 ไม่ใช่เชื้อชาติไทย ระบุ.....	
R.3	ท่านเคยเข้าโรงเรียนหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 2 ไม่ใช่	⇒Q R.5
R.4	ท่านสำเร็จการศึกษาในระดับใด	ระดับการศึกษาสูงสุด: __ __ <input type="checkbox"/> 1 ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> 2 มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> 3 วิทยาลัยครู <input type="checkbox"/> 4 วิทยาลัยอาชีวศึกษา <input type="checkbox"/> 5 มหาวิทยาลัย <input type="checkbox"/> 6 อื่นๆ (ระบุ).....	
R.5	ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพอะไร	__ __
R.6	ท่านจัดลำดับคะแนนด้านสุขภาพของท่านอยู่ในระดับไหน ใช้ "SMILE" SCALE	<input type="checkbox"/> 1 แย่มาก <input type="checkbox"/> 2 แย่ <input type="checkbox"/> 3 พอใช้ <input type="checkbox"/> 4 ดี <input type="checkbox"/> 5 ดีมาก	__ __
R.7	ท่านป่วยเป็นโรคเรื้อรังใด(รวมถึงการติดเชื้อเอช ไอ วี) หรือทุพพลภาพถาวรหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1 ไม่ <input type="checkbox"/> 2 ใช่ ระบุ	

หมวด A : คำถามเกี่ยวกับชีวิตของเด็ก

ลำดับ	คำถามหลักและคำถามสนับสนุน	ประเภทของการกรอกรหัส	ไปยัง
เด็ก :			
	ลำดับแรก เราจะขอถามท่านเป็นคำถามเกี่ยวกับเด็กที่ท่านดูแล		
A.1.	อายุ (column 2) เด็กอายุเท่าไร? วงกลมรอบอายุของเด็ก	_ _ _ ปี จนถึงวันนี้	Column 2 อายุ
A.2	ปี (Column 1) เด็กเกิดวันที่เท่าไร (ปีที่เด็กเกิด)?	_ _ _ _ _ _ 2_ 5_ _ _ _ วัน เดือน ปี	Column 1 ปี
	1. กรอกปีที่เกิด และทุกๆปีต่อมาจนกระทั่งถึงปีปัจจุบัน 2. จี๊ดเส้นสำหรับปีปัจจุบัน		
G. 3	สัญชาติของเด็กคือ?	<input type="checkbox"/> ₁ สัญชาติไทย <input type="checkbox"/> ₂ ไม่ใช่สัญชาติไทย ระบุ.....	
G. 4	เชื้อชาติของเด็กคือ?	<input type="checkbox"/> ₁ เชื้อชาติไทย <input type="checkbox"/> ₂ ไม่ใช่เชื้อชาติไทย ระบุ.....	_ _ _

สถานภาพของบิดามารดาผู้ให้กำเนิดเด็ก			
มารดา			
B.3	ถ้าผู้ตอบแบบสอบถามไม่ใช่มารดาของเด็ก ให้ถามคำถามดังต่อไปนี้ มารดาของเด็กยังมีชีวิตอยู่หรือไม่:	<input type="checkbox"/> ₁ ใช่ <input type="checkbox"/> ₂ อาศัยอยู่ในครอบครัว → B.6 <input type="checkbox"/> ₃ ไม่ได้อาศัยอยู่ในครอบครัว → B.6 ท่านต้องกรอกแบบสอบถามในหัวข้อ BB ในหน้าถัดไป <input type="checkbox"/> ₄ ไม่ <input type="checkbox"/>₉₈ ไม่ทราบ	
B.4	กรอกวันเดือนปีในคอลัมน์สถานภาพของมารดา (COLUMN 3) และอายุของเด็กขณะที่มารดาของเด็กเสียชีวิต		Column 3
B.5	กรณีที่มีมารดาของเด็กเสียชีวิต การเสียชีวิตนั้นเกี่ยวข้องกับ เอช ไอ วี / เอดส์ หรือไม่	<input type="checkbox"/> ₁ ใช่ ระบุ:..... <input type="checkbox"/> ₂ ไม่ใช่ ระบุ:..... <input type="checkbox"/> 98 ไม่ทราบ	
บิดา			
B.6	ถ้าผู้ตอบแบบสอบถามไม่ใช่บิดาของเด็ก ให้ถามคำถามดังต่อไปนี้ บิดาของเด็กยังมีชีวิตอยู่หรือไม่:	<input type="checkbox"/> ₁ ใช่ <input type="checkbox"/> ₂ อาศัยอยู่ในครอบครัว → B.9 <input type="checkbox"/> ₃ ไม่ได้อาศัยอยู่ในครอบครัว → B.9 ท่านต้องกรอกแบบสอบถามในหัวข้อ BB ในหน้าถัดไป <input type="checkbox"/> ₄ ไม่ <input type="checkbox"/>₉₈ ไม่ทราบ	
B.7	กรอกวันเดือนปีในคอลัมน์สถานภาพของบิดา (COLUMN 3) และอายุของเด็กขณะที่บิดาของเด็กเสียชีวิต		Column3
B.8a	กรณีที่บิดาของเด็กเสียชีวิต การเสียชีวิตนั้นเกี่ยวข้องกับ เอช ไอ วี / เอดส์ หรือไม่	<input type="checkbox"/> ₁ ใช่ ระบุ:..... <input type="checkbox"/> ₂ ไม่ใช่ ระบุ:..... <input type="checkbox"/>₉₈ ไม่ทราบ	
B.8b	ถ้าพ่อแม่ของเด็กหย่าร้าง ให้เขียนลงใน MF-SEP ปีที่หย่าร้าง		Column3
M F-SEP __ __ ปี หรืออายุของเด็ก __ __			
พี่น้องของเด็ก (พ่อแม่เดียวกันเท่านั้น)			
B.9	เด็กมีพี่น้องกี่คน รวมทั้งพี่น้องที่เสียชีวิตไปแล้ว กรณีที่มีการกล่าวถึงพี่น้องคนอื่นๆ (ที่มีได้ถือกำเนิดจากบิดามารดาเดียวกัน) ระบุ:.....	__ __ รวมทั้งตัวเด็กด้วย	
B.10	พี่น้องที่ยังมีชีวิตอยู่ มีกี่คน	__ __ <input type="checkbox"/>₉₈ ไม่ทราบ	
B.11	มีพี่น้องกี่คนที่ติดเชื้อเอช ไอ วี	__ __ <input type="checkbox"/>₉₈ ไม่ทราบ	
B.12	มีพี่น้องกี่คนที่เสียชีวิตเนื่องจากเอช ไอ วี /	__ __ <input type="checkbox"/>₉₈ ไม่ทราบ	

ผู้ดูแลเด็ก

B.13	ตารางเหตุการณ์ในชีวิต: ผู้ดูแลเด็ก (Column 4) ระบุความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับเด็กตั้งแต่แรกคลอด (ความสัมพันธ์ในฐานะผู้ดูแลที่แท้จริง)	Column 4 ผู้ดูแล
ต่อไปนี้จะขอถามเกี่ยวกับผู้ที่ร่วมอาศัยกับเด็ก		

เราต้องการทราบเกี่ยวกับผู้ที่ร่วมอาศัยกับเด็ก

	แบบสอบถามด้านครัวเรือน	ผู้ร่วมอาศัย	แบบสอบถามด้านครัวเรือน
H.1	1. กรอกข้อมูลในส่วน H ของแบบสอบถามด้านครัวเรือน: 2. ให้ข้อมูลของผู้ร่วมอาศัยเป็นรายบุคคล กรอกอายุของแต่ละคน ความสัมพันธ์ของผู้ที่ร่วมอาศัยกับเด็ก อาชีพของผู้ร่วมอาศัย		

หัวข้อ **BB** คำถามในส่วนนี้สำหรับกรณีที่มารดายังมีชีวิตอยู่แต่ไม่ได้อาศัยอยู่กับครอบครัวหรือบิดายังมีชีวิตอยู่แต่ไม่ได้อาศัยอยู่กับครอบครัวเท่านั้น

	สถานภาพของบิดา ↓	สถานภาพของมารดา ↓
BB.1	บิดาของเด็กติดเชื้อมะเร็ง เอช ไอ วีหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 2 ไม่ <input type="checkbox"/> 98 ไม่ทราบ	มารดาของเด็กติดเชื้อมะเร็ง เอช ไอ วีหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 2 ไม่ <input type="checkbox"/> 98 ไม่ทราบ
BB.2	บิดาของเด็กอาศัยอยู่ที่ไหน.....	มารดาของเด็กอาศัยอยู่ที่ไหน.....
BB.3	บิดาของเด็กประกอบอาชีพอะไร.....	มารดาของเด็กประกอบอาชีพอะไร.....
BB.4	บิดาของเด็กได้ส่งเงินมาให้เพื่อใช้เลี้ยงดูเด็กหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 2 ไม่	มารดาของเด็กได้ส่งเงินมาให้เพื่อใช้เลี้ยงดูเด็กหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 2 ไม่
BB.5	สถานการณ์ของครอบครัวบิดาเป็นอย่างไร <input type="checkbox"/> 1 ยังคงสถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> 2 หย่าร้าง <input type="checkbox"/> 3 แต่งงานใหม่ <input type="checkbox"/> 4 แต่งงานใหม่และมีลูกติดจากภรรยาใหม่ <input type="checkbox"/> 5 อื่นๆ..... <input type="checkbox"/> 98 ไม่ทราบ	สถานการณ์ของครอบครัวมารดาเป็นอย่างไร <input type="checkbox"/> 1 ยังคงสถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> 2 หย่าร้าง <input type="checkbox"/> 3 แต่งงานใหม่ <input type="checkbox"/> 4 แต่งงานใหม่และมีลูกติดจากสามีใหม่ <input type="checkbox"/> 5 อื่นๆ..... <input type="checkbox"/> 98 ไม่ทราบ
BB.6	เด็กได้พบกับบิดาบ่อยแค่ไหนในปีที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 1 มากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ <input type="checkbox"/> 2 เดือนละ 2 - 3 ครั้ง <input type="checkbox"/> 3 ปีละ 2 - 3 ครั้ง <input type="checkbox"/> 4 ปีละครั้ง <input type="checkbox"/> 5 ไม่เคยพบ <input type="checkbox"/> 6 อื่นๆ (ระบุ): (ตอบข้อเดียวที่เป็นไปได้เท่านั้น)	เด็กได้พบกับมารดาบ่อยแค่ไหนในปีที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 1 มากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ <input type="checkbox"/> 2 เดือนละ 2 - 3 ครั้ง <input type="checkbox"/> 3 ปีละ 2 - 3 ครั้ง <input type="checkbox"/> 4 ปีละครั้ง <input type="checkbox"/> 5 ไม่เคยพบ <input type="checkbox"/> 6 อื่นๆ (ระบุ): (ตอบข้อเดียวที่เป็นไปได้เท่านั้น)

ที่อยู่อาศัยของเด็ก

ต่อไปนี้จะสอบถามคุณเกี่ยวกับสถานที่ที่เด็กอยู่อาศัยมานานกว่า 1 ปีตลอดช่วงชีวิตของเด็ก		
A.3	<p>ที่อยู่อาศัย (Column 5) พักอยู่ที่ไหน (ตัวเมือง/หมู่บ้าน) ที่เด็กพักอาศัยอยู่ตั้งแต่เกิดและเริ่มพักอาศัยเมื่อใด กรอกชื่อที่พักทั้งหมดที่เด็กเคยพักอาศัยอยู่ (ตัวเมือง/หมู่บ้าน) เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปีตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน</p>	Column 5 ที่อยู่อาศัย

การไปโรงเรียนและการทำงานของเด็ก

A.4	<p>การเข้าชั้นเรียน / การทำงาน (Column 6) กรอกปีที่เด็กเริ่มเข้าเรียนและเรียนจบ เว้นระยะบรรทัด ในช่วงที่เด็กหยุดเรียนมากกว่า 6 เดือน (อธิบายว่าเพราะเหตุใด) กรอกแบบสอบถามในข้อ QA5 และ QA6 ถ้าเด็กไม่ได้ไปโรงเรียนและกำลังทำงานอยู่ให้กรอกงานที่เด็กทำในลักษณะเดียวกัน</p>	Column 6 โรงเรียน/ ที่ทำงาน
A.5	<p>เด็กเข้าเรียน/เคยเรียนในโรงเรียนประเภทไหน</p> <p><input type="checkbox"/> 1 โรงเรียนรัฐบาล <input type="checkbox"/> 2 โรงเรียนเอกชน <input type="checkbox"/> 3 โรงเรียนวัด <input type="checkbox"/> 4 อื่นๆ ระบุ:.....</p>	
A.6	<p>เด็กเคยเรียนซ้ำชั้นหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ไม่ <input type="checkbox"/> 2 ใช่ ระบุระยะเวลา (กี่ปี): </p>	
เด็กกำลังทำงานอยู่หรือไม่?		
A.7.	<p>เด็กประกอบอาชีพอะไร?</p> <p>.....</p>	
A.8	<p>ท่านสามารถบอกรายได้โดยประมาณของเด็กได้หรือไม่?</p> <p> _ _ , _ _ บาท <input type="checkbox"/> 1 ต่อเดือน (เดือนที่ผ่านมา) <input type="checkbox"/> 2 ต่อวัน ถ้ามีรายได้ต่อวัน ระบุว่าทำงานกี่วันในเดือนในเดือนที่ผ่านมา: _ _ </p>	
A.9	<p>เด็กแบ่งเงินรายได้ให้ครอบครัวหรือไม่?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ไม่ <input type="checkbox"/> 2 ใช่</p>	

หมวด C: สุขภาพของเด็ก

ต่อไปนี้จะขอลาม 2 – 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการติดเชื้อเอช ไอ วีของเด็ก

<p>C.1</p>	<p>ตารางเหตุการณ์ในชีวิต: โรค (Column 7) ท่านช่วยบอกว่าเด็กได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอช ไอ วี เมื่ออายุเท่าไร กรอกอายุเด็กในคอลัมน์ 7 : โรค</p>	<p> __ __ ปี หรือ __ __ เดือน <input type="checkbox"/> 98 ไม่ทราบ</p> <p style="text-align: right;">TEST</p>	<p>Column 7 โรค</p>
<p>C.2</p>	<p>เหตุผลที่เด็กได้รับการวินิจฉัยคืออะไร ข้อคิดเห็นที่ตอบตามธรรมชาติ: อธิบายตามธรรมชาติว่าเด็กติดเชื้อได้อย่างไร : <input type="checkbox"/> การถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ:</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 เนื่องจากเกิดอาการแสดงของการติดเชื้อ เอช ไอ วี (ระบุ):..... <input type="checkbox"/> 2 ที่โรงพยาบาลเนื่องจากเหตุผลอื่นๆ (ระบุ):</p> <p><input type="checkbox"/> 3 เนื่องจากบิดา/มารดาของเด็กติดเชื้อเอช ไอ วีขณะตั้งครรภ์ และเด็กได้รับการตรวจเพื่อหาการติดเชื้อหลังคลอด</p> <p><input type="checkbox"/> 4 เนื่องจากบิดามารดาของเด็กป่วย</p> <p><input type="checkbox"/> 5 เนื่องจากบิดามารดาของเด็กเสียชีวิตเนื่องจากโรคเอดส์</p> <p><input type="checkbox"/> 6 เนื่องจากพี่น้องเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต</p> <p><input type="checkbox"/> 7 อื่นๆ (ระบุ):.....</p> <p><input type="checkbox"/> 98 ไม่ทราบ</p>	

อาการแสดงของเอช ไอ วี

<p>C.3</p>	<p>ตารางเหตุการณ์ในชีวิต:โรค (Column 7) ท่านช่วยบอกว่าเด็กมีอาการ/อาการแสดงต่างๆอันเนื่องมาจากกา รติดเชื้อเอช ไอ วี / เอดส์เมื่อไร กรอกอายุเด็กในคอลัมน์ 7 : โรค SYMPT</p>	<p><input type="checkbox"/> , ไม่เคย → C.5 __ __ ปี หรือ __ __ เดือน <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ</p>	<p>Column 7 โรค</p>																											
<p>C.4</p>	<p>ถ้าเคย เด็กต้องทนทุกข์ทรมานกับโรคต่อไปนี้หรือไม่ ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ข้อเสนอแนะ:.....</p>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">ใช่</td> <td style="text-align: center;">ไม่</td> </tr> <tr> <td>วันโรค</td> <td style="text-align: center;">.....<input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ปอดอักเสบ</td> <td style="text-align: center;">.....<input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>เชื้อราที่เชื้อหุ้มสมอง</td> <td style="text-align: center;">.....<input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>คางทูม</td> <td style="text-align: center;">.....<input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ปัญหาโรคผิวหนัง</td> <td style="text-align: center;">.....<input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>การเจริญเติบโตล่าช้า</td> <td style="text-align: center;">.....<input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ความบกพร่องทางสติปัญญา</td> <td style="text-align: center;">.....<input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>อื่นๆ ระบุ:.....</td> <td style="text-align: center;">.....<input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		ใช่	ไม่	วันโรค <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ปอดอักเสบ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เชื้อราที่เชื้อหุ้มสมอง <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	คางทูม <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ปัญหาโรคผิวหนัง <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	การเจริญเติบโตล่าช้า <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ความบกพร่องทางสติปัญญา <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	อื่นๆ ระบุ:..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ใช่	ไม่																												
วันโรค <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
ปอดอักเสบ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
เชื้อราที่เชื้อหุ้มสมอง <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
คางทูม <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
ปัญหาโรคผิวหนัง <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
การเจริญเติบโตล่าช้า <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
ความบกพร่องทางสติปัญญา <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
อื่นๆ ระบุ:..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
<p>C.5</p>	<p>ปัจจุบันนี้เด็กมีอาการแสดงต่างๆของโรคหรือมีปัญหาด้านสุขภาพหรือไม่</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 ไม่ <input type="checkbox"/> 2 ใช่ (ระบุ):.....</p>																												

การรักษาด้วยยาต้านไวรัส

C.6	<p>ตารางเหตุการณ์ในชีวิต: โรค (Column 7)</p> <p>ท่านช่วยบอกว่าเด็กได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสครั้งแรกเมื่อไหร่</p> <p>กรอกอายุเด็กในคอลัมน์ 7 : โรค ARV</p>	<p> __ __ ปี</p> <p><input type="checkbox"/>₉₉ ไม่ทราบ</p> <p>ถ้าเด็กยังไม่ได้เริ่มรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ข้ามไปข้อ C.14</p>	<p>Column 7</p> <p>โรค</p>
C.7	<p>ท่านคิดว่าเป็นเรื่องง่ายหรือยากสำหรับเด็กในการจดจำว่าต้องรับประทานยา</p> <p>ใช้ "SMILE" SCALE</p>	<p><input type="checkbox"/>₅ ง่ายมาก</p> <p><input type="checkbox"/>₄ ง่าย</p> <p><input type="checkbox"/>₃ ธรรมดา</p> <p><input type="checkbox"/>₂ ยาก</p> <p><input type="checkbox"/>₁ ยากมาก</p>	
C.8	<p>ท่านต้องคอยเตือนเด็กให้รับประทานยาหรือไม่</p>	<p><input type="checkbox"/>₁ ไม่เคย</p> <p><input type="checkbox"/>₂ บางครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/>₃ บ่อยๆ</p> <p><input type="checkbox"/>₄ เป็นประจำเนื่องจากผม/ดิฉันเป็นผู้ที่รับผิดชอบเรื่องการรับประทานยาของเด็ก</p>	→ C11
C.9	<p>เวลาที่เตือนให้เด็กรับประทานยา เด็กปฏิบัติตามหรือไม่</p>	<p><input type="checkbox"/>₁ ไม่</p> <p><input type="checkbox"/>₂ ใช่</p> <p><input type="checkbox"/>₉₈ ไม่ทราบ</p>	
C.10	<p>ท่านประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของเด็กเป็นอย่างไร</p> <p>ใช้ "SMILE" SCALE</p>	<p><input type="checkbox"/>₅ ดีมาก</p> <p><input type="checkbox"/>₄ ดี</p> <p><input type="checkbox"/>₃ พอใช้</p> <p><input type="checkbox"/>₂ แย่</p> <p><input type="checkbox"/>₁ แย่มาก</p>	
C.11	<p>ท่านช่วยบอกว่าสถานการณ์แบบไหนที่เด็กอาจลืมรับประทานยามากที่สุด</p> <p>ข้อเสนอแนะ:</p>	<p><input type="checkbox"/>₀ ไม่เคยลืม</p> <p><input type="checkbox"/>₁ ปวด</p> <p><input type="checkbox"/>₂ ยุ่งมากๆ</p> <p><input type="checkbox"/>₃ ไม่ได้กลับบ้าน</p> <p><input type="checkbox"/>₄ ช่วงเทศกาล/วันหยุด/ไปเข้าค่าย</p> <p><input type="checkbox"/>₅ อยู่กับเพื่อน</p> <p><input type="checkbox"/>₆ อื่นๆ (ระบุ)</p>	
C.12	<p>เด็กเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลาอย่างน้อย 1 คืนอันเนื่องจากปัญหาสุขภาพ หรือไม่</p> <p>ถ้าเคยเหตุผลที่กล่าวถึงอย่างเป็นธรรมชาติ ระบุ:</p>	<p><input type="checkbox"/>₁ ไม่ ข้ามไปข้อ C.16</p> <p><input type="checkbox"/>₂ ใช่</p> <p>.....</p>	
C.13	<p>ถ้าเคย กี่ครั้ง</p>	<p>ก่อนเริ่มรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส: __ __ </p> <p>หลังจากรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส: __ __ </p> <p>ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา __ __ <input type="checkbox"/>₉₈ ไม่ทราบ</p>	
C.14	<p>ตารางเหตุการณ์ในชีวิต: สถานภาพทางด้านสุขภาพ (column 8)</p> <p>ท่านจัดลำดับสถานภาพทางด้านสุขภาพตลอดช่วงชีวิตของเด็กอย่างไร</p> <p>ใช้ "SMILE" SCALE</p> <p>กรอกข้อมูลสถานภาพทางด้านสุขภาพตลอดช่วงชีวิตของเด็กแบบเจาะจง ก่อนและหลังรับประทานยาต้านไวรัส</p>	<p><input type="checkbox"/>₅ ดีมาก</p> <p><input type="checkbox"/>₄ ดี</p> <p><input type="checkbox"/>₃ พอใช้</p> <p><input type="checkbox"/>₂ แย่</p> <p><input type="checkbox"/>₁ แย่มาก</p>	<p>เหตุการณ์ในชีวิต</p> <p>column 8</p>

การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอช ไอ วี

C.1 5	เด็กทราบหรือไม่ว่าตัวเองติดเชื้อเอช ไอ วี ข้อคิดเห็นที่ตอบตามธรรมชาติ:.....	<input type="checkbox"/> ₁ ทราบ <input type="checkbox"/> ₂ ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ₃ ไม่แน่ใจ	
C.1 6	เด็กได้รับการบอกสถานะการติดเชื้อเอช ไอ วี ของตนเองหรือไม่ ข้อคิดเห็นที่ตอบตามธรรมชาติ:.....	<input type="checkbox"/> ₁ ใช่ <input type="checkbox"/> ₂ ไม่ แต่เด็กทราบเองเมื่อเด็กโตขึ้น → D1 <input type="checkbox"/> ₃ ไม่ → D1	
C.1 7	ตารางเหตุการณ์ในชีวิต: โรค (Column 7) ท่านช่วยบอกว่าเด็กทราบสถานะการติดเชื้อของตนเองเมื่อเด็กอ ายุเท่าไรหรือเมื่อช่วงอายุเท่าไร	<input type="checkbox"/> ไม่เคย → D1 เมื่อ __ __ ปี หรือ ระหว่าง __ __ และ __ __ ปี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	Column 7 โรค
กรอกอายุของเด็กเมื่อเด็กมีอาการแสดงของการติดเชื้อเอช ไอ วี ในคอลัมน์ที่ 7: โรค		DISCLOSE	
C.1 8	ใครบอกเด็กเกี่ยวกับสถานะการติดเชื้อเอช ไอ วี	_ _
C. 19	หากเด็กได้รับการบอกกล่าวอย่างเป็นทางการแล้ว เพราะเหตุใดจึงบอกเด็ก ณ.ขณะนั้น ข้อคิดเห็น:	<input type="checkbox"/> ₁ อายุเหมาะสม <input type="checkbox"/> ₂ ถูกถามเกี่ยวกับโรค/การรักษาที่เด็กได้รับ <input type="checkbox"/> ₃ ได้ยินมาจากเพื่อนหรือจากที่โรงเรียน <input type="checkbox"/> ₄ มารดา/บิดา เจ็บป่วย/เสียชีวิต <input type="checkbox"/> ₅ เด็กป่วย <input type="checkbox"/> ₆ อื่นๆ ระบุ:..... <input type="checkbox"/> ₉₈ ไม่ทราบ	
C. 20	ปฏิกิริยาของเด็ก ในขณะที่บอกให้ทราบเกี่ยวกับเรื่องนี้เป็นอย่างไ ข้อคิดเห็น:	<input type="checkbox"/> ₁ ผ่อนคลาย <input type="checkbox"/> ₂ หดหู่ หมดกำลังใจ <input type="checkbox"/> ₃ โกรธ <input type="checkbox"/> ₄ ไม่ตอบสนองใดๆ <input type="checkbox"/> ₅ อื่นๆ ระบุ:..... <input type="checkbox"/> ₉₈ ไม่ทราบ	
C. 21	ถ้าเด็กกำลังรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในขณะนั้น การเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อ มีผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษาหรือไม่ ข้อคิดเห็น:.....	<input type="checkbox"/> ₁ ไม่มีผลกระทบ <input type="checkbox"/> ₂ ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น <input type="checkbox"/> ₃ ความร่วมมือในการรักษาลดลง <input type="checkbox"/> ₄ ไม่ทราบ	

หมวด E: รายได้ครัวเรือน

E.1	ท่านมีรายได้ประจำจากการทำงานหรือไม่	<input type="checkbox"/> ₁ ไม่ <input type="checkbox"/> ₂ ใช่				⇒QE.3
E.2	รายได้ของท่านโดยประมาณต่อเดือนหรือต่อวัน	_ _ _ , _ _ _ บาท <input type="checkbox"/> ₁ ต่อเดือน (เดือนที่ผ่านมา) <input type="checkbox"/> ₂ ต่อวัน ถ้ามีรายได้ต่อวัน ระบุว่าทำงานกี่วันในเดือนในเดือนที่ผ่านมา: _ _				
E.3	รายได้ครัวเรือน ท่านบอกว่ามีสมาชิกจำนวน _____ คน ที่อาศัยอยู่ในบ้านของท่าน ท่านช่วยบอกรายได้ครัวเรือนโดยประมาณต่อเดือนหรือต่อปีของแต่ละคนได้หรือไม่				แบบสำรวจ ด้านครัวเรี น	
กรอกข้อมูลในคอลัมน์ E.3 แบบสำรวจด้านครัวเรือน						
E.4	โดยปกติ ท่านได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐบาลเป็นประจำสม่ำเสมอหรือไม่	ท่าน <input type="checkbox"/> ₁ ใช่ <input type="checkbox"/> ₂ ไม่	คู่ครอง <input type="checkbox"/> ₁ ใช่ <input type="checkbox"/> ₂ ไม่	เด็ก <input type="checkbox"/> ₁ ใช่ <input type="checkbox"/> ₂ ไม่	ผู้ร่วมอาศัย <input type="checkbox"/> ₁ ใช่ <input type="checkbox"/> ₂ ไม่	
		จำนวน (บาท)				
		_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	
E.5	ท่านหรือครอบครัวของท่านได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนจากบุคคลอื่นหรือจากองค์กรส่วนท้องถิ่นใดเป็นประจำสม่ำเสมอหรือไม่	<input type="checkbox"/> ₁ ใช่ <input type="checkbox"/> ₂ ไม่			⇒QE. 7	
E.6	ถ้าใช่ ท่านได้รับจำนวนเท่าไรต่อเดือน	_ _ _ _ _ บาท				
E.7	ปัจจุบันคุณมีสิ่งของตามรายการข้างล่างนี้เป็นของตัวเองหรือไม่	ไม่มี	เป็นของตน	เป็นของญาติ	จ้าง/กู้ยืม	
	บ้าน	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
	ที่ดิน	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
	รถยนต์	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
	จักรยานยนต์	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
	โทรทัศน์	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
	ตู้เย็น	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
	โทรศัพท์มือถือ	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	

E.8a	หลักประกันสุขภาพของท่านคืออะไร ข้อเสนอแนะ :	<input type="checkbox"/> 0 ไม่มี <input type="checkbox"/> 1 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า <input type="checkbox"/> 2 ประกันสังคม <input type="checkbox"/> 3 กองทุนเงินทดแทนคนงาน <input type="checkbox"/> 4 การเบิกค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการ <input type="checkbox"/> 5 อื่นๆ (ระบุ):
E.9	หลักประกันสุขภาพของบุตร/หลานของท่านคืออะไร	<input type="checkbox"/> 0 ไม่มี <input type="checkbox"/> 1 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า <input type="checkbox"/> 2 ประกันสังคม <input type="checkbox"/> 3 กองทุนเงินทดแทนคนงาน <input type="checkbox"/> 4 การเบิกค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการ <input type="checkbox"/> 5 อื่นๆ (ระบุ):
E.10	ท่านจ่ายค่ายาต้านไวรัสของบุตร/หลานของท่านหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 2 ไม่

หมวด F: รูปแบบการดำเนินชีวิต

	หัวข้อนี้เป็นส่วนสุดท้ายของการสัมภาษณ์ ทางโครงการจะถามท่านเล็กน้อยเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิตของท่านและถามว่าท่านเข้าใจเด็กที่ท่านดูแลแค่ไหน		
F.1	ท่านเป็นสมาชิกของกลุ่มที่ให้การสนับสนุนกลุ่มใดซึ่ง สนับสนุนผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมกับเอช ไอ วี หรือผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอช ไอ วีหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1 ใช่ ระบุ <input type="checkbox"/> 2 ไม่	
F.2	ท่านนับถือศาสนาหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 2 ไม่	⇒Q F.4
F.3	ถ้าใช่ ท่านนับถือศาสนาอะไร	<input type="checkbox"/> 1 พุทธ <input type="checkbox"/> 2 คริสต์ <input type="checkbox"/> 3 อิสลาม <input type="checkbox"/> 4 อื่นๆ (ระบุ:)	
F.4	ท่านคิดว่าสถานการณ์ด้านการเงินในปัจจุบันของท่านเป็นอย่างไร ใช้ "SMILE" SCALE ข้อเสนอแนะ:	<input type="checkbox"/> 1 ลำบากมาก <input type="checkbox"/> 2 ลำบาก <input type="checkbox"/> 3 ธรรมดา <input type="checkbox"/> 4 ดี <input type="checkbox"/> 5 ดีมาก	
F.5	ในปัจจุบันท่านคิดว่าท่านมีความสุขแค่ไหน ใช้ "SMILE" SCALE ข้อเสนอแนะ:	<input type="checkbox"/> 1 ไม่มีความสุขเลย <input type="checkbox"/> 2 ไม่มีความสุข <input type="checkbox"/> 3 ปานกลาง <input type="checkbox"/> 4 มีความสุข <input type="checkbox"/> 5 มีความสุขมาก	
F.5b	ท่านให้คะแนนความสามารถด้านสติปัญญาของเด็กแค่ไหน ใช้ "SMILE" SCALE ข้อคิดเห็น:	<input type="checkbox"/> 1 ต่ำมาก <input type="checkbox"/> 2 ต่ำ <input type="checkbox"/> 3 ปานกลาง <input type="checkbox"/> 4 ดี <input type="checkbox"/> 5 ดีมาก	
F.6	ท่านคิดว่าเด็กมีความสุขแค่ไหน ใช้ "SMILE" SCALE ข้อคิดเห็น:	<input type="checkbox"/> 1 ไม่มีความสุขเลย <input type="checkbox"/> 2 ไม่มีความสุข <input type="checkbox"/> 3 ปานกลาง <input type="checkbox"/> 4 มีความสุข <input type="checkbox"/> 5 มีความสุขมาก	

F.7	ท่านคิดว่าเด็ก ใช้ "SMILE" SCALE ข้อคิดเห็น:	<input type="checkbox"/> 1 ดีอย่างมาก <input type="checkbox"/> 2 ดี <input type="checkbox"/> 3 ธรรมดา <input type="checkbox"/> 4 ดิ <input type="checkbox"/> 5 ดิอย่างมาก	
F.9	ท่านประเมินด้านการสื่อสารระหว่างท่านกับเด็กเป็นอย่างไร ใช้ "SMILE" SCALE ข้อคิดเห็น:	<input type="checkbox"/> 1 ยากมาก <input type="checkbox"/> 2 ยาก <input type="checkbox"/> 3 ปานกลาง <input type="checkbox"/> 4 ง่าย <input type="checkbox"/> 5 ง่ายมาก	
F.8	เด็กช่วยท่านทำงานบ้านหรือไม่ (ตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ) ข้อคิดเห็น:	<input type="checkbox"/> 1 ไม่	<input type="checkbox"/> 2 ใช้ระบุ <input type="checkbox"/> 1 ทำความสะอาดบ้าน <input type="checkbox"/> 2 ซักรีด <input type="checkbox"/> 3 ทำอาหาร <input type="checkbox"/> 4 ดูแลญาติที่อายุน้อยกว่า <input type="checkbox"/> 5 ล้างจาน <input type="checkbox"/> 6 ซักรีดเสื้อผ้า <input type="checkbox"/> 7 ช่วยพ่อแม่ทำงานต่างๆ (งานในร้าน ในไร่ อื่นๆ) <input type="checkbox"/> 8 อื่นๆ (ระบุ):
F.10	ท่านมีความขัดแย้งกับเด็กหรือไม่ ข้อคิดเห็น:	<input type="checkbox"/> 1 ตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 2 บางครั้ง <input type="checkbox"/> 3 น้อยมาก <input type="checkbox"/> 4 ไม่เคย	
F.11	ในกรณีที่มีความขัดแย้ง อะไรคือสาเหตุหลัก	
F.13	ท่านมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแบบสอบถามนี้หรือไม่:	

ขอขอบคุณเป็นอย่างสูงสำหรับความร่วมมือของคุณ แม้คุณจะรู้สึกวบางคำถามค่อนข้างเป็นเรื่องส่วนตัว แต่คุณควรทราบไว้ว่าคำตอบของคุณนั้นสำคัญต่อการทำความเข้าใจสถานการณ์ของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ในประเทศไทยให้ดีขึ้น และสำคัญต่อการกำหนดโครงการเพื่อพัฒนาสถานการณ์ของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ในระดับชาติต่อไป

I. ความเห็นของผู้สัมภาษณ์

	เวลาสิ้นสุดการบันทึกข้อมูล: __ __ นาฬิกา __ __ นาที	
I.1	การสัมภาษณ์ดำเนินไปอย่างไร	<input type="checkbox"/> ₁ ราบรื่น ไม่มีการหยุดชะงักใดๆ <input type="checkbox"/> ₂ ผู้ให้สัมภาษณ์แสดงอาการว่า อาจจะยุติการสัมภาษณ์ <input type="checkbox"/> ₃ มีการหยุดชะงักหลายครั้ง
I.2	อธิบายเกี่ยวกับผู้ให้สัมภาษณ์: (สามารถเลือกตอบได้มากกว่าหนึ่งคำตอบ)	<input type="checkbox"/> ₁ ผ่อนคลาย <input type="checkbox"/> ₂ ปานกลาง <input type="checkbox"/> ₃ มีความรู้สึกทางอารมณ์ง่าย <input type="checkbox"/> ₄ คุณาฬิกาตลอดเวลา <input type="checkbox"/> ₅ มีความลำบากในการเข้าใจคำถาม <input type="checkbox"/> ₆ มีความลำบากในการแสดงความคิดออกมาเป็นคำ <input type="checkbox"/> ₇ มีความลำบากในการจำ หรือระบุนวันที่เกิดเหตุการณ์ <input type="checkbox"/> ₈ ร่างกายอ่อนล้า
I.3	คำตอบค่อนข้าง	<input type="checkbox"/> ₁ เชื่อถือได้มาก <input type="checkbox"/> ₂ เชื่อถือได้ <input type="checkbox"/> ₃ ไม่น่าเชื่อถือ <input type="checkbox"/> ₄ เชื่อถือไม่ได้เลย <input type="checkbox"/> ₉₈ ไม่ทราบ