

ภาคผนวก ก

เลขที่.....

แบบสำรวจภาวะสุขภาพช่องปาก

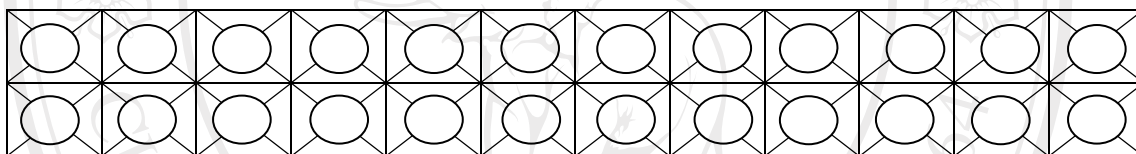
ชื่อ.....สกุล.....เพศ.....อายุ.....ปี.....เดือน

สถานที่.....

วันที่สำรวจ.....ผู้สำรวจ.....

ฟันผุ.....ซี่ ฟันที่ดองถอน.....ซี่ ฟันที่อุดแล้ว.....ซี่

16 55 54 53 52 51 61 62 63 64 65 26



46 85 84 83 82 81 71 72 73 74 75 36

การลงทะเบียน Status (ฟันน้ำนม/ฟันแท้)

รหัส		คำอธิบาย
ฟันน้ำนม	ฟันแท้	
A	0	ปกติ (Sound)
B	1	ผุ (Decayed)
C	2	อุดแล้วผุ (Filled, with decay)
D	3	อุดไม่ผุ (Filled, no decay)
E	4	ถอน (Missing, as a result of caries)
F	5	เคลือบหลุมร่องฟัน (Fissure sealant)
G	6	ฟันที่ถูกรอบ (Crown)
-	8	ฟันยังไม่ขึ้น (Unerupted tooth)
-	9	อื่นๆ ไม่นับรวม (Excluded)

เกณฑ์ในการวินิจฉัยในการตรวจสอบสภาพช่องปาก

A, 0 : ตัวฟันปกติ (Sound tooth)

คือ ฟันที่ไม่ผุ หรือไม่เคยได้รับการรักษาจากโรคฟันผุมาก่อน ฟันผุในระยะเริ่มแรก หรือลักษณะการผุที่ไม่ชัดเจน ไม่แน่ใจว่าผุหรือไม่ ให้นับว่าเป็นฟันไม่ผุ

B, 1 : ฟันผุ (Decay)

คือ ฟันที่ผุเห็นเป็นเงาดำมีขอบขาวขุ่นที่มองด้วยตาเปล่าสามารถบอกได้ว่ามี undermined enamel หรือฟันที่มีหลุมร่องฟันหรือบริเวณผิวเรียบรอยผุชัดเจน มีพื้นหรือผนังนูน ฟันที่อุดชั่วคราว หรือเคลือบหลุมร่องฟันไว้แต่ยังมีรอยผุอีก หรือตัวฟันที่ผุเลื้อยแต่รากฟัน

C, 2 : ฟันที่อุดแล้วมีรอยผุต่อ (Filled crown, with decay)

คือ ฟันที่ทำการอุดรอยผุแล้ว และยังมีการผุลุกลามต่อโดยไม่แยกว่าเป็นฟันผุใหม่ หรือรอยผุซ้ำในตำแหน่งเดิม (secondary caries)

D, 3 : ฟันที่อุดแล้วไม่ผุต่อ (Filled crown, with no decay)

คือ ฟันที่ทำการอุดแล้ว และไม่มีการผุลุกลามต่อในส่วนใดเพิ่มเติม

E, 4 : ฟันถอนเนื่องจากการผุ (Missing tooth, as a result of caries)

คือ ฟันที่ถูกถอนเนื่องจากการผุ ซึ่งมักจะถูกถอนไปก่อนเวลาหลุดเองตามธรรมชาติ

F, 5 : ฟันที่เคลือบหลุมร่องฟัน (Fissure sealant)

คือ ฟันที่มีสารเคลือบหลุมร่องฟันบนด้านบดเคี้ยว แล้วไม่มีรอยผุต่อ

G, 6 : ฟันที่ถูกรอบ (Crown)

คือ ฟันที่ถูกรอบบุรณะ โดยการใส่ครอบฟัน

8 : ฟันยังไม่ขึ้น (unerupted tooth)

คือ ฟันที่ยังไม่ขึ้นเมื่อถึงเวลาที่ควรขึ้นแล้ว

9 : อื่นๆ ไม่นับรวม (Excluded)

ภาคผนวก ข

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลสำหรับผู้ปกครอง

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 3-5 ปี อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

ในการศึกษาครั้งนี้ ดิฉันมีวัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 3-5 ปี ที่ปราศจากฟันผุ และเด็กที่มีฟันผุมากรวมทั้งศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 3-5 ปีที่ปราศจากฟันผุ และเด็กที่มีฟันผุมากสืบเนื่องจากผลของการสำรวจสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 3-5 ปี ในอำเภอเวียงเชียงรุ้งมีแนวโน้มดีขึ้นดิฉันจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่ามีปัจจัยด้านใดที่สัมพันธ์กับภาวะปราศจากฟันผุของเด็กอายุ 3-5 ปี เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมและป้องกันการเกิดฟันผุในกลุ่มเด็กดังกล่าวและนำเสนอประสพการณ์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิถีชีวิตของผู้เลี้ยงดูของเด็กที่มีสภาวะปราศจากฟันผุมาถ่ายทอดให้เป็นแบบอย่างแก่ ผู้เลี้ยงดูของเด็กที่มีสภาวะฟันผุมากต่อไป

โดยในการศึกษานี้ ดิฉันจะขอความร่วมมือจากท่าน ในการตรวจสุขภาพช่องปากของบุตร/หลาน ของท่านและขอความกรุณาในการตอบแบบสอบถาม โดยคำถามจะเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านต่างๆ ได้แก่ ผู้เลี้ยงดูหลัก พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ขนม และเครื่องดื่ม การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม การเข้าถึงแหล่งขายอาหาร ขนมสำหรับเด็ก การเข้าถึงแหล่งขายอุปกรณ์ทำความสะอาดฟันเด็ก คำแนะนำของทันตบุคลากร การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับทันตสุขภาพ การตรวจฟันเด็ก การใช้สารป้องกันฟันผุ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากญาติ เพื่อนบ้าน

ขบวนการเก็บข้อมูลมี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 จะเป็นการตรวจสุขภาพช่องปากในเด็ก ซึ่งไม่เก็บค่าใช้จ่าย ไม่มีความเสี่ยงอันตรายใดๆ ไม่มีความเจ็บปวด และใช้เวลาไม่เกิน 5 นาทีต่อคน ส่วนที่ 2 เป็นการทำแบบสอบถามโดยท่านผู้ปกครอง ซึ่งจะใช้เวลาไม่เกิน 15 นาที ท่านหรือบุตร/หลานของท่านสามารถถอนตัวจากการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา เด็กทุกคนที่เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับชุดทำความสะอาด

สะอาดช่องปากคนละ 1 ชุด, ได้รับใบแจ้งผลการตรวจสุขภาพช่องปาก, ได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปาก และการส่งต่อไปรับบริการที่เหมาะสม

หากท่านมีปัญหา หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม สามารถติดต่อ นางสาวสุภัทรา สนธิเสวต ฝ่ายทันตสาธารณสุข กลุ่มงานเทคนิคบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลเวียงเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย โทร (081-5947-086) ด้วยความขอบคุณยิ่ง

นางสาวสุภัทรา สนธิเสวต นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (ผู้วิจัย)

รศ.ดร.พัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันท์ ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัย)

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่าน

(นางสาวสุภัทรา สนธิเสวต)

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ใบยินยอมการเข้าร่วมในการวิจัย (Informed consent)

เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 3-5 ปี

อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

(สำหรับผู้ปกครอง เป็นผู้กรอก)

ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยเรื่องดังกล่าว ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้าสามารถให้บุตร/หลานของข้าพเจ้าและข้าพเจ้าถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุตร/หลานของข้าพเจ้าและข้าพเจ้าเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

ข้าพเจ้าไม่ยินยอมให้บุตร/หลานของข้าพเจ้าและข้าพเจ้าเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

ชื่อ-สกุล ค.ญ/ค.ช.....อายุ.....ปี

ชื่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/โรงเรียน.....

ลายเซ็นผู้ปกครอง.....

วัน/เดือน/ปี.....

ภาคผนวก ก

แบบสอบถามสำหรับผู้ปกครอง

เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 3-5 ปี ใน อ.เวียงเชียงรุ้ง จ.เชียงราย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กรุณาทำเครื่องหมาย / ที่ตรงกับท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

1. ชื่อ-สกุลเด็กอายุ 3-5 ปีที่อยู่ในความปกครอง.....อายุ.....ปี
2. อายุของผู้ปกครอง.....ปี
3. ท่านมีความสัมพันธ์กับเด็กเป็น

<input type="checkbox"/> ก. พ่อ แม่	<input type="checkbox"/> ข. ลูก ป้า น้าอา
<input type="checkbox"/> ค. ปู่ย่า ตายาย	<input type="checkbox"/> ง. อื่นๆ ระบุ.....
4. การศึกษาสูงสุดของท่านคือ

<input type="checkbox"/> ก. ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> ข. มัธยมศึกษาตอนต้น
<input type="checkbox"/> ค. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	<input type="checkbox"/> ง. อนุปริญญา/ปวส
<input type="checkbox"/> จ. ปริญญาตรีขึ้นไป	<input type="checkbox"/> ฉ. ไม่ได้เรียนหนังสือ
5. อาชีพของผู้ปกครอง

<input type="checkbox"/> ก. เกษตรกร	<input type="checkbox"/> ข. รับจ้าง/ลูกจ้าง
<input type="checkbox"/> ค. รับราชการ	<input type="checkbox"/> ง. รัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> จ. ค้าขาย	<input type="checkbox"/> ฉ. อื่นๆระบุ.....
6. รายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือน

<input type="checkbox"/> ก. ต่ำกว่า 5,000 บาท		
<input type="checkbox"/> ข. 5,000 – 10,000 บาท		
<input type="checkbox"/> ค. สูงกว่า 10,000 บาท		

ส่วนที่ 2

ตอนที่ 1 พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก

กรุณาทำเครื่องหมาย / ที่ตรงกับพฤติกรรมกรรมการทำความสะอาดช่องปากมากที่สุดเพียงข้อเดียว

1. เด็กแปรงฟัน วันละกี่ครั้ง

<input type="checkbox"/> ก. 1 ครั้ง ตอนเช้า	<input type="checkbox"/> ข. 2 ครั้ง ตอนเช้าและก่อนนอน
<input type="checkbox"/> ค. 3 ครั้ง ตอนเช้า กลางวันและก่อนนอน	<input type="checkbox"/> ง. ไม่แปรงเลย
2. เด็กแปรงฟันอย่างไร

<input type="checkbox"/> ก. เด็กแปรงเอง	<input type="checkbox"/> ข. แปรงให้บางครั้ง
<input type="checkbox"/> ค. แปรงซ้ำให้เด็กทุกครั้ง โดย.....โปรแกรม	<input type="checkbox"/> ง. แปรงซ้ำให้เด็กเฉพาะก่อนนอน โดย.....โปรแกรม
3. วิธีการแปรงฟันในแต่ละวันที่แปรงให้เด็กหรือให้เด็กแปรงคือ

<input type="checkbox"/> ก. ถูไปถูมา	<input type="checkbox"/> ข. แปรงขึ้นแปรงลง
<input type="checkbox"/> ค. ถูไปถูมาและแปรงขึ้นแปรงลง	<input type="checkbox"/> ง. ขยับแปรงอยู่กับที่และแปรงขึ้นแปรงลง

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ขนม และเครื่องดื่ม

กรุณาทำเครื่องหมาย / ที่ตรงกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ขนม และเครื่องดื่มมากที่สุดเพียงข้อเดียว

1. รสชาติอาหารที่เด็กกินบ่อยคือ

<input type="checkbox"/> ก. จืด/รสธรรมดา	<input type="checkbox"/> ข. ออกหวาน
<input type="checkbox"/> ค. ออกเค็ม	<input type="checkbox"/> ง. ออกเปรี้ยว
2. เด็กมีนิสัยการอมข้าวหรือไม่

<input type="checkbox"/> ก. ไม่เคย	<input type="checkbox"/> ข. เคยอมแต่ตอนนี้เลิกแล้ว
<input type="checkbox"/> ค. อมข้าวถึงปัจจุบัน	

3. เด็กชอบกินผักหรือไม่
 () ก. ไม่กิน
 () ข. กินทุกชนิด
 () ค. กินบางชนิด
4. เด็กชอบกินผลไม้หรือไม่
 () ก. ไม่กิน
 () ข. กินทุกชนิด
 () ค. กินบางชนิด
5. ขนมที่เด็กกินบ่อยที่สุดคือ
 () ก. ลูกอม/หมากฝรั่ง () ข. ขนมไข่/ขนมปัง/เค้ก () ค. เยลลี่/ไอศกรีม
 () ง. ขนมถั่ว () จ. ช็อกโกแลต () ฉ. อื่นๆระบุ.....
6. เครื่องดื่มที่เด็กกินบ่อยที่สุดคือ
 () ก. น้ำหวาน () ข. น้ำอัดลม () ค. นมรสจืด
 () ง. นมที่มีรสหวาน () จ. นมรสเปรี้ยว () ฉ. อื่นๆระบุ.....
7. เด็กดื่มนมจากภาชนะใด
 () ก. ขวดนม
 () ข. แก้ว/กล่อง
 () ค. ถาดขวดนมเฉพาะเวลานอน
8. การดูคนนมหลับคาขวด
 () ก. ไม่เคย () ข. บางครั้ง
 () ค. เฉพาะกลางคืน () ง. ทุกครั้งที่นอน

ตอนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก

กรุณาทำเครื่องหมาย / หน้าข้อที่ท่านคิดว่าถูกและทำเครื่องหมาย X หน้าข้อที่ท่านคิดว่าผิด

-1. ฟันน้ำนมมีทั้งหมด 20 ซี่
2. การที่ฟันน้ำนมหลุดก่อนเวลาอาจทำให้ฟันแท้ที่ขึ้นมามีบิดเบ
3. ขนมหวาน น้ำอัดลมทำให้ฟันผุได้
4. การแปรงฟันที่ถูกวิธีสามารถป้องกันฟันผุได้
5. ควรแปรงฟันซ้ำให้เด็ก หลังจากเด็กแปรงฟันเสร็จ
6. การกินผัก และผลไม้ช่วยในการขัดทำความสะอาดฟัน

-7. อาการปวดฟัน เป็นอาการเริ่มแรกของโรคฟันผุ
-8. ควรบิบบยาสีฟันให้เด็กมากๆ เพราะเด็กจะได้แปรงฟันสะอาด
-9. การให้เด็กอมข้าวไว้ในปากนานๆ ทำให้ฟันผุ
-10. วิธีแปรงฟันที่เหมาะสมสำหรับเด็ก คือ ขยับแปรงไป-มา

ตอนที่ 4 ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก

กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับระดับความเชื่อของท่าน

มากที่สุด	หมายถึง ผู้ตอบมีความเชื่อเช่นนั้นมากที่สุด
มาก	หมายถึง ผู้ตอบมีความเชื่อเช่นนั้นมาก
ปานกลาง	หมายถึง ผู้ตอบมีความเชื่อเช่นนั้นปานกลาง
น้อย	หมายถึง ผู้ตอบมีความเชื่อเช่นนั้นน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง ผู้ตอบมีความเชื่อเช่นนั้นน้อยที่สุด

ท่านมีความเชื่อเกี่ยวกับฟันอย่างไร	ระดับความเชื่อ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.การแปรงฟันเป็นสิ่งจำเป็น ต่ออนามัยในช่องปาก					
2.ฟันผุต้องถอนฟันเสมอ					
3.ฟันจะหลุดเมื่อถึงวัยอันควร					
4.ฟันผุเกิดจากกรรมพันธุ์					
5.ฟันน้ำนมไม่สำคัญ เพราะจะมีฟันแท้มาแทนที่					
6.ฟันผุสามารถป้องกันได้					
7.หากพ่อแม่มีฟันผุ ลูกก็จะมีฟันผุด้วย					
8.การเก็บฟันของปู่ ย่า ตา ยาย ไว้สามารถป้องกันภัยอันตรายได้					
9.การถอนฟันอาจทำให้เสียประสาทตา ทำให้ตาบอดได้					
10.มีแมงตัวเล็กอาศัยในฟันทำให้เกิดฟันผุ					

ตอนที่ 5 การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม การเข้าถึงแหล่งขายอาหาร ขนมสำหรับเด็ก
และการเข้าถึงแหล่งขายอุปกรณ์ทำความสะอาดฟันเด็ก

กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

1. มีเจ้าหน้าที่ออกมาตรวจฟัน หรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องการดูแลฟันเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เด็กของท่านอยู่หรือไม่
 - () ก. ไม่เคย
 - () ข. เคย
 - () ค. ไม่ทราบ
2. หากเกิดปัญหาเรื่องสุขภาพช่องปาก ท่านจะพาเด็กไปรับบริการที่ใด
 - () ก. โรงพยาบาล
 - () ข. สถานีอนามัย
 - () ค. คลินิก
 - () ง. อื่นๆระบุ.....
3. ความสะดวกในการเดินทางไปใช้บริการที่สถานีอนามัย/โรงพยาบาล/คลินิก เป็นอย่างไร
 - () ก. สะดวก
 - () ข. ไม่สะดวก
4. ระยะเวลาในการเดินทางไปใช้บริการที่สถานีอนามัย/โรงพยาบาล/คลินิก
 - () ก. น้อยกว่า 30 นาที
 - () ข. 30 นาทีขึ้นไป
 - () ค. อย่างน้อย 1 ชั่วโมง
 - () ง. มากกว่า 1 ชั่วโมง
5. หมู่บ้านของท่านมีร้านขายอาหารและขนมหรือไม่
 - () ก. ไม่มี
 - () ข. มี 1-2 ร้าน
 - () ค. มี 3 ร้าน
 - () ง. มากกว่า 3 ร้าน
6. ท่านมักจะไปซื้ออาหารและขนมให้เด็กที่ไหน
 - () ก. ร้านค้าในหมู่บ้าน
 - () ข. มินิมาร์ท/ซูเปอร์มาร์เก็ต
 - () ค. ตลาด
 - () ง. รถเข็น/รถเร่เข้ามาขาย
 - () จ. ทำเอง
 - () ฉ. อื่นๆระบุ.....
7. ท่านสามารถหาซื้อแปรงสีฟันหรือยาสีฟันสำหรับเด็กได้ง่ายหรือไม่
 - () ก. ยาก
 - () ข. ง่าย

8. ในหมู่บ้านของท่านมีร้านขายแปรงสีฟันหรือยาสีฟันสำหรับเด็กหรือไม่
- () ก. ไม่มี
- () ข. มี
9. แหล่งหรือร้านค้าที่ท่านมักไปซื้อแปรงสีฟันหรือยาสีฟันให้เด็ก
- () ก. ร้านค้าในหมู่บ้าน () ข. มินิมาร์ท/ซูเปอร์มาร์เก็ต
- () ค. ตลาด () ง. อื่นๆระบุ.....
10. เคยได้รับแจกแปรงสีฟันและยาสีฟันจากเจ้าหน้าที่หรือไม่
- () ก. ไม่เคย
- () ข. เคย

ตอนที่ 6 การได้รับข่าวสารและการสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก

กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับที่ได้รับข่าวสารและการสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก

ปีละ 2 ครั้ง หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามได้รับข่าวสารและการสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก

ปีละ 1 ครั้ง หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามได้รับข่าวสารและการสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กบ่อย

ไม่เคย หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามไม่เคยได้รับข่าวสารและการสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก

การได้รับข่าวสารและการสนับสนุน เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก	ระดับการได้รับข่าวสารและ การสนับสนุน		
	ปีละ 2 ครั้ง	ปีละ 1 ครั้ง	ไม่เคย
1.ท่านได้รับโปสเตอร์ แผ่นพับ ในการดูแลสุขภาพช่องปากจาก โรงพยาบาล			
2.เจ้าหน้าที่ออกไปตรวจฟันเด็กที่โรงเรียน/ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก			
3.ท่านได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากจากเจ้าหน้าที่ ทันตกรรม			
4.ท่านพาเด็กไปตรวจฟันที่โรงพยาบาล			
5.เด็กได้รับการเคลือบฟลูออไรด์จากเจ้าหน้าที่ทันตกรรม			
6.ท่านได้รับทราบผลการตรวจฟันของเด็กจากครู/ผู้ดูแลเด็ก			
7.ท่านได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากจากครู/ผู้ดูแลเด็ก			
8.ท่านจัดหาแปรงสีฟันให้เด็ก หลังได้รับการแจ้งจากโรงเรียน/ศูนย์ พัฒนาเด็กเล็กเรื่องการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน			
9.ท่านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากทางโทรทัศน์			
10.เด็กได้รับแจกแปรงสีฟันจากเจ้าหน้าที่/ครู/ผู้ดูแลเด็ก			

ตอนที่ 7 การเลี้ยงดูเด็กให้มีวินัย

กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับที่ท่านปฏิบัติในการเลี้ยงดูเด็กให้มีวินัย

ปฏิบัติทุกครั้ง	หมายถึง	ผู้ตอบแบบสอบถามมีวิธีปฏิบัติในการเลี้ยงดูเด็กให้มีวินัยตรงกับแบบสอบถามทุกครั้ง
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ผู้ตอบแบบสอบถามมีวิธีปฏิบัติในการเลี้ยงดูเด็กให้มีวินัยตรงกับแบบสอบถามบางครั้ง
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง	ผู้ตอบแบบสอบถามมีวิธีปฏิบัติในการเลี้ยงดูเด็กให้มีวินัยไม่ตรงกับแบบสอบถาม

วิธีการเลี้ยงดูเด็กให้มีวินัย	การปฏิบัติในการเลี้ยงดูเด็กให้มีวินัย		
	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1. ท่านชวนให้เด็กแปรงฟัน โดยทำเป็นแบบอย่างให้เด็ก			
2. ท่านให้รางวัลตอบแทนเมื่อเด็กยอมทำตามที่ท่านสอน			
3. ท่านอธิบายเหตุผลหากมีการทำโทษเมื่อเด็กทำผิด			
4. ท่านให้เด็กรับประทานอาหารเป็นเวลาครบ 3 มื้อ			
5. ท่านให้เด็กรับประทานอาหารจุกจิกระหว่างมื้อ เช่น ขนมหวาน ไอศกรีม น้ำหวาน ลูกอม เยลลี่ ฯลฯ			
6. ท่านตามใจเด็กเมื่อเด็กร้องไห้รับประทานขนมหวาน ไอศกรีม น้ำหวาน ลูกอม เยลลี่ ฯลฯ			
7. ท่านทำโทษเด็กเมื่อเด็กไม่ยอมเชื่อฟังคำสั่งสอน			
8. ท่านเบี่ยงเบนความสนใจเด็กเมื่อเด็กมีพฤติกรรมหงุดหงิดจ้องแแง			
9. ท่านใช้ท่าทีหนักแน่นไม่ข่มขู่ในการควบคุมเด็กให้เชื่อฟังคำสั่งสอน			
10. ท่านไม่ให้ความสนใจเมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่ไม่ดีต่างๆ			

ภาคผนวก ง

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รศ.ดร.พัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันท์
ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. รศ.อัญชลี คุชฎีพรรณ
ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3. ทันตแพทย์หญิงดวงเดือน วีรฤทธิพันธ์
งานทันตกรรม กลุ่มงานเทคนิคบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
4. นางสาววาสนา ไชยวงศ์ พยาบาลวิชาชีพ 7
แผนกกุมารเวชกรรม กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ - สกุล	นางสาวสุภัทรา สนธิเสวต
วัน เดือน ปี เกิด	28 เมษายน 2522
ประวัติการศึกษา	สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนพานพิทยาคม จังหวัดเชียงราย ปีการศึกษา 2539 สำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (ทันตสาธารณสุข) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ปีการศึกษา 2541 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีสาธารณสุขศาสตร์ ต่อเนื่อง 2 ปี มหาวิทยาลัยนเรศวร วิทยาเขตสารสนเทศ จังหวัดพะเยา ปีการศึกษา 2548
ประสบการณ์การทำงาน	พ.ศ. 2542 – ปัจจุบัน ตำแหน่งเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย