



ภาคผนวก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก ก

แบบสอบถามเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการที่คลินิกความจำ

แบบสอบถาม

No.

เรื่อง การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการที่คลินิกความจำ

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

คำชี้แจง กรุณาเติมคำในช่องว่าง และ กาเครื่องหมาย \surd ลงใน () ตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

1. เพศ () ชาย () หญิง

2. อายุปี

3. ความเกี่ยวข้องกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

() คู่สมรส () พี่น้อง () บุตร () ญาติ () อื่นๆระบุ.....

4. ระดับการศึกษา

() ไม่ได้เรียนหนังสือ () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา

() อนุปริญญา () ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพ..... (โปรดระบุ)

6. สถานภาพการสมรส () โสด () สมรส () หม้าย () หย่า

7. รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน.....โปรดระบุ

8. ที่พักของผู้ดูแล

() อาศัยอยู่ที่บ้านเดียวกัน () ไม่ได้อาศัยอยู่บ้านเดียวกันแต่มาดูแลสม่ำเสมอ

() อื่นๆ.....

9. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย

9.1 ระยะเวลาในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมปี.....เดือน

9.2 ท่านเคยได้รับการแนะนำ/ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่

() ไม่เคย () เคย โดยได้รับจาก (ตอบได้มากกว่า 1)

() บุคลากรสาธารณสุข () ครอบครัว/ เพื่อน

() สื่อ เช่น โทรทัศน์ หนังสือ () อื่นๆ.....

9.3 ท่านเคยได้รับการแนะนำ/ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือไม่

() ไม่เคย () เคย โดยได้รับจาก (ตอบได้มากกว่า 1)

() บุคลากรสาธารณสุข () ครอบครัว/ เพื่อน

() สื่อ เช่น โทรทัศน์ หนังสือ () อื่นๆ.....

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

ประวัติทางทันตกรรมของผู้ป่วย

- ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยมีการบอกลักษณะเจ็บปวด หรือรำคาญในช่องปากหรือไม่ () มี () ไม่มี
- ปกติผู้ป่วยจะพบทันตแพทย์เมื่อ () มีอาการ () ตรวจเป็นประจำ () ไม่เคยพบ
- ผู้ป่วยมีการพบทันตแพทย์ครั้งสุดท้ายเมื่อ
() ไม่เกิน 6 เดือน () 6-12 เดือน () 1-2 ปี () มากกว่า 2 ปี () ไม่เคยพบ
- สถานที่เข้ารับรักษาทางทันตกรรม () สถานีอนามัย () ราษฎร์บาล () คลินิกเอกชน () อื่นๆ

การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย

คำถามต่อไปนี้ในข้อ 1 -3 ต้องการทราบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยในระยะแรกของการมีภาวะสมองเสื่อม

- การดูแลความสะอาดช่องปากของผู้ป่วยในระยะแรกของการมีภาวะสมองเสื่อม
() ผู้ป่วยสามารถดูแลความสะอาดช่องปากด้วยตนเองทั้งหมด
() ผู้ป่วยสามารถดูแลความสะอาดช่องปากด้วยตนเองและมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน เช่น เตรียมอุปการณ์ เตือนเมื่อถึงเวลาทำความสะอาด
() ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลความสะอาดช่องปากได้ด้วยตนเอง ต้องมีผู้ดูแลทั้งหมด โดยใช้วิธี (ระบุ)
() การแปรงฟันให้ผู้ป่วย () การใช้น้ำน้ำยาบ้วนปาก
() การเช็ดด้วยผ้ากอซหรือสำลี () อื่นๆ.....
- ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลความสะอาดสุขภาพช่องปากได้ด้วยตนเอง และไม่มีผู้ช่วยดูแลสุขภาพช่องปาก
- ความถี่ในการดูแลความสะอาดช่องปากของผู้ป่วยในระยะแรกของการมีภาวะสมองเสื่อม
() 2 ครั้ง/วัน หรือมากกว่า () วันละ 1 ครั้ง () 2-3 วัน/ครั้ง () อื่นๆ.....
- การใช้อุปการณ์เสริมในการดูแลช่องปากของผู้ป่วยในระยะแรกของการมีภาวะสมองเสื่อม
() ไม่ใช่ () ใช้ระบิวีรี () หมอนัดฟัน () น้ำยาบ้วนปาก () ไม้จิ้มฟัน () อื่นๆ.....

คำถามต่อไปนี้ในข้อ 4 -6 ต้องการทราบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในปัจจุบัน

- การดูแลความสะอาดช่องปากของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในปัจจุบันเป็นอย่างไร
() ผู้ป่วยสามารถดูแลความสะอาดช่องปากด้วยตนเองทั้งหมด
() ผู้ป่วยสามารถดูแลความสะอาดช่องปากด้วยตนเองและมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน เช่น เตรียมอุปการณ์ เตือนเมื่อถึงเวลาทำความสะอาด
() ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลความสะอาดช่องปากได้ด้วยตนเอง ต้องมีผู้ดูแลทั้งหมด โดยใช้วิธี (ระบุ)
() การแปรงฟันให้ผู้ป่วย () การใช้น้ำน้ำยาบ้วนปาก
() การเช็ดด้วยผ้ากอซหรือสำลี () อื่นๆ.....
- ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลความสะอาดสุขภาพช่องปากได้ด้วยตนเอง และไม่มีผู้ช่วยดูแลสุขภาพช่องปาก

5. ความถี่ในการดูแล/ทำความสะอาดสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยในปัจจุบัน
 2 ครั้ง/วัน หรือมากกว่า วันละ 1 ครั้ง 2-3 วัน/ครั้ง อื่นๆ.....

6. การใช้อุปกรณ์เสริมในการดูแลช่องปากของผู้ป่วยในปัจจุบัน
 ไม่ใช่
 ใช้ โดย ระบุวิธี หมอนัดฟัน น้ำยาบ้วนปาก ไม้จิ้มฟัน อื่นๆ.....

คำถามข้อ 7-11 ต้องการถามเรื่องการดูแลฟันปลอมของผู้ป่วย ถ้าไม่มีฟันปลอม หรือ เคยมีแต่ปัจจุบันไม่ใช่แล้ว ให้ข้ามไปตอบในข้อ 12 เลย

7. ความถี่ในการใส่ฟันปลอม
 ใส่ตลอดเวลา ใส่ตลอด ถอดเฉพาะตอนนอน ใส่เฉพาะเวลากินอาหารหรือออกนอกบ้าน
 เคยมีฟันปลอมแต่เลิกใส่ เพราะ.....

8. ความสามารถในการถอด-ใส่ฟันปลอมทำโดย ผู้ป่วยทำตัวเอง ผู้ดูแลทำให้

9. ความสามารถในการทำความสะอาดฟันปลอม
 ผู้ป่วยทำเองทั้งหมด ผู้ดูแลช่วยเหลือบางส่วน ผู้ดูแลทำให้ทั้งหมด

10. ความถี่ในการทำความสะอาดฟันปลอม
 มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง/วัน วันละ 1 ครั้ง 2-3 วัน/ครั้ง นานๆครั้ง ไม่ทำเลย

11. วิธีที่ใช้การทำความสะอาดฟันปลอม
 ใช้แปรงสีฟัน ล้างน้ำ ใช้เม็ดทำความสะอาด อื่นๆ.....

ความคิดปกติในช่องปากและปัญหาที่พบในการดูแลสุขภาพช่องปาก

12. ท่านเคยการสังเกตความคิดปกติ/ปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย หรือไม่
 ไม่เคยสังเกต
 สังเกต โปรดระบุความถี่ สังเกตนานๆครั้ง สังเกตเมื่อผู้ป่วยบอก
 อย่างน้อยอาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง ทุกวัน

โปรดระบุปัญหาที่พบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ฟันผุ ฟันโยก

กลิ่นปาก หินปูน เหงือกอักเสบ แผลในปาก
 ปากแห้ง การบดเคี้ยวอาหาร อื่นๆ.....

13. ที่ผ่านมา ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้มีภาวะสมองเสื่อม ท่านพบปัญหาเหล่านี้หรือไม่
-ผู้ป่วยปฏิเสธ/ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลอนามัยช่องปาก มี ไม่มี
-ผู้ป่วยไม่ยอมอ้าปาก มี ไม่มี
-ผู้ป่วยกัดแปรงสีฟัน/นิ้วมือผู้ดูแล มี ไม่มี
-ผู้ป่วยไม่ยอมบ้วนปาก มี ไม่มี
-ผู้ป่วยล้ม หรือต้องช่วยเตือนให้ดูแลทำความสะอาดช่องปาก มี ไม่มี
-กรณี que ผู้ป่วยมีฟันปลอมไม่สามารถถอด-ใส่ ให้ได้ตามปกติ มี ไม่มี
-อื่นๆ.....

14. ท่านมีปัญหา/อุปสรรคในการนำผู้ป่วยเข้ารับบริการรักษาทางทันตกรรมบ้างหรือไม่

- () ไม่มี () มี ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- () ไม่มีเวลาพาไป () ค่าใช้จ่ายในการรักษา
- () การเดินทาง () ความร่วมมือของผู้ป่วย
- () ข้อจำกัดทางร่างกายของผู้ป่วย () สถานที่ในการเข้ารับบริการไม่สะดวก
- () อื่นๆ ระบุ.....

ความรู้และทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม

15. ท่านทราบหรือไม่ว่า สุขภาพช่องปากส่งผลกระทบต่อการบดเคี้ยว/ภาวะโภชนาการ () ทราบ () ไม่ทราบ

16. ท่านทราบหรือไม่ว่า สุขภาพช่องปากส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงของเสียของผู้ป่วย () ทราบ () ไม่ทราบ

17. ท่านทราบหรือไม่ว่า การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็น () ทราบ () ไม่ทราบ

18. วิธีการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() การใช้ผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากชนิดที่มีฟลูออไรด์ เช่น ยาสีฟัน น้ำยาบ้วนปาก

() การเตือนผู้ป่วยเกี่ยวกับการแปรงฟัน

() การควบคุมลดการบริโภคน้ำตาล

() การดูแลฟันปลอม

() การตรวจสุขภาพช่องปากกับทันตแพทย์เป็นประจำ

() การดูแลเพื่อการฟื้นฟูประสิทธิภาพการกลืน การพูด เช่น การบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า ลิ้น

() อื่นๆ ระบุ.....

19. ท่านคิดว่าความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นอย่างไร

() มากที่สุด () มาก () ปานกลาง () น้อย () น้อยที่สุด

20. การดูแลสุขภาพช่องปาก ถือว่าเป็นการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ถ้าผู้ป่วยในความดูแลของท่านไม่สามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้ด้วยตนเอง

20.1 ความรู้สึกของท่านในการเป็นผู้ดูแลสุขภาพช่องปากให้แก่ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม คือ

() เต็มใจ เพราะ.....

() เฉยๆ เพราะ.....

() ไม่เต็มใจ เพราะ.....

() อื่นๆ ระบุ.....

20.2 ความเป็นภาระของท่านในการดูแลสุขภาพช่องปากให้แก่ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม คือ

() มาก () ปานกลาง () น้อย () ไม่รู้สึกว่าเป็นภาระ

21. ข้อเสนอแนะของท่านในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยสมองเสื่อม

.....

.....

ขอขอบพระคุณในการตอบแบบสอบถาม

แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยสมองเสื่อม

No.

แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

วัน/เดือน/ปีที่ตรวจ ข้อมูลทั่วไป

- 1) เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2) อายุ ปี

ข้อมูลสุขภาพ

- 1) โรคประจำตัว () ไม่มี
() มี ได้แก่ 1. ความดันโลหิตสูง 2. เบาหวาน
3. หัวใจ 4. ไขมันสูง
5. โรคหลอดเลือดสมอง 6. อื่นๆระบุ

2) ประวัติภาวะสมองเสื่อม

- ชนิด 1. AD 2. Vas.D 3. Alc.D 4. อื่นๆระบุ.....
ระดับความรุนแรง 1. น้อย 2. ปานกลาง 3. รุนแรง
ระยะเวลาที่เริ่มเป็น/...../พ.ศ.25.....
ระยะเวลาที่เข้ารับบริการที่คลินิกความจำตั้งแต่...../...../.....

3) คะแนนการทดสอบภาวะสมองเสื่อม (MMSE) (...../...../255...)

..... (...../...../255...)

4) คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน(ADL-Score)(...../...../255...)

.....(...../...../255...)

5) ความสามารถในการใช้แขน 1. ใช้แขนได้ดีทั้งสองข้าง 2. ใช้แขนได้ข้างที่ถนัด
3. ใช้แขนได้ข้างที่ไม่ถนัด 4. ใช้แขนไม่ได้เลยทั้ง 2 ข้าง

6) ความสามารถในการใช้ขา 1. เดินได้ปกติ 2. ใช้ไม้เท้า 3. นั่งรถเข็น

7) ชนิดของอาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน 1. อาหารปกติ 2. อาหารอ่อน 3. อาหารที่ต้องเตรียมเพิ่มเติม
เช่น บด หั่นเป็นชิ้นเล็กๆ

ข้อมูลสถานะช่องปาก

1) สถานะของฟัน (Dentition status)

ชนิดฟัน	จำนวน(ซี่) ในปาก	จำนวนฟันที่มี ในปาก	ฟันผุ (Decay)	ฟันที่อุด (Filling)	ฟันที่ถอน (Missing)	เศษรากฟัน (RR)	ฟันโยก ระดับ 3
ฟันบน							
ฟันล่าง							

2) สถานะปริทันต์ (periodontal status) โดยใช้ Community Periodontal Index (CPI)

16/17	11	26/27
46/47	31	36/37

- 0 = Healthy
- 1 = Bleeding
- 2 = calculus
- 3 = Pocket 4-5 mm.
- 4 = Pocket 6 mm. or more
- X = Excluded sextant
- 9 = Not recorded

3) รอยโรคอื่นๆ.....

4) ฟันปลอม

4.1 สถานะฟันปลอม ในช่องปาก

- 0 = ไม่มีฟันปลอม
- 1 = เคยมีฟันปลอมแต่ปัจจุบันไม่ใส่
- 2 = มีฟันปลอมแบบติดแน่น
- 3 = ใส่ฟันปลอมถอดได้บางส่วน
- 4 = มีฟันปลอมแบบติดแน่นและแบบถอดได้บางส่วน
- 5 = ใส่ฟันปลอมถอดได้ทั้งปาก
- 6 = มีฟันปลอมชนิด fixed TP

Upper Lower

4.2 ตำแหน่งฟันปลอมในช่องปาก

- 0 = ไม่มี/ไม่ใส่
- 1 = ฟันหน้า
- 2 = ฟันหลัง
- 3 = มีทั้งฟันหน้า-หลัง

4.3 คุณภาพฟันปลอมที่ใส่

- 0 = ไม่มี/ไม่ใส่
- 1 = พอดีและสะอาด
- 2 = พอใช้
- 3 = ไม่พอดี ไม่สะอาด

5) การวางแผนการรักษา ควรได้รับการรักษา โดยการ

- () อุดฟันซี่ ระบุ.....
- () ถอนฟันซี่ ระบุ.....
- () ขูดหินปูน
- () ทำหรือแก้ไขฟันปลอม
- () พบทันตแพทย์เฉพาะทาง
- () สอนแปรงฟัน/การดูแลอนามัยช่องปาก
- () แนะนำการเข้ารับการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นระยะ

ภาคผนวก ข

การคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index)

$$\text{ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา} = \frac{\text{จำนวนข้อที่เห็นด้วยตรงกัน}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด}}$$

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยสมองเสื่อม โรงพยาบาลประสาท เชียงใหม่

คำนวณได้จากค่าเฉลี่ยของดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ดังนี้

$$\text{ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 และคนที่ 2} = 32/36 = 0.89$$

$$\text{ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 และคนที่ 3} = 32/36 = 0.89$$

$$\text{ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2 และคนที่ 3} = 34/36 = 0.94$$

$$\text{รวม} = 2.72$$

$$\text{ดังนั้นค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิ} = 2.72 / 3 = 0.91$$

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก ค

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | ผู้ทรงคุณวุฒิ | สังกัด |
|----------------------------------|---|
| 1. รศ.ดร.พีชราวรรณ ศรีศิลป์นันท์ | ภาควิชาทันตกรรมครอบครัวและชุมชน
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 2. นาง นุชรรัตน์ ศิลประเสริฐ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ |
| 3. นางเยาวลักษณ์ ผุยหัวโทน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ |
| 4. นายพงศกร สุจริตกุล | นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ
โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ |

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก ง

ข้อมูลสำหรับผู้วิจัย ในการศึกษา

เรื่อง สภาวะสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยสมองเสื่อมในคลินิกความจำ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากสุขภาพช่องปากมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม สุขภาพช่องปากที่ดีส่งผลต่อสภาวะต่างๆ ทั้งสุขภาพทั่วไป ความภูมิใจในตนเอง ระบบการบดเคี้ยว ภาวะโภชนาการ เป็นต้น ประกอบกับการศึกษาพบว่าผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจะพบปัญหาสุขภาพช่องปากมากกว่าผู้ที่ไม่มีการสมองเสื่อมทั้งสภาวะโรคฟันผุ โรคปริทันต์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยของคลินิกความจำ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ทั้งด้านสภาวะช่องปากและการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อให้เกิดพื้นฐานในการวางแผนการรักษา ส่งเสริม ป้องกันสุขภาพช่องปากอย่างเหมาะสมและเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อไป

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือจากท่านในการ

1. ตรวจสอบสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย
2. ตอบคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการดูแลสุขภาพช่องปาก
3. ให้ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพจากเวชระเบียนผู้ป่วย
4. รับทราบข้อมูลผลการตรวจและคำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปาก

ขบวนการเก็บข้อมูลดังกล่าวไม่เก็บค่าใช้จ่าย ไม่มีความเสี่ยงอันตรายใดๆ ไม่มีความเจ็บปวด และใช้เวลาไม่เกิน 30 นาทีต่อคน ท่านหรือผู้ป่วยในความดูแลของท่านสามารถถอนตัวจากการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา ทุกท่านที่เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการอธิบายถึงสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยในความดูแลของท่านและรับทราบคำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม

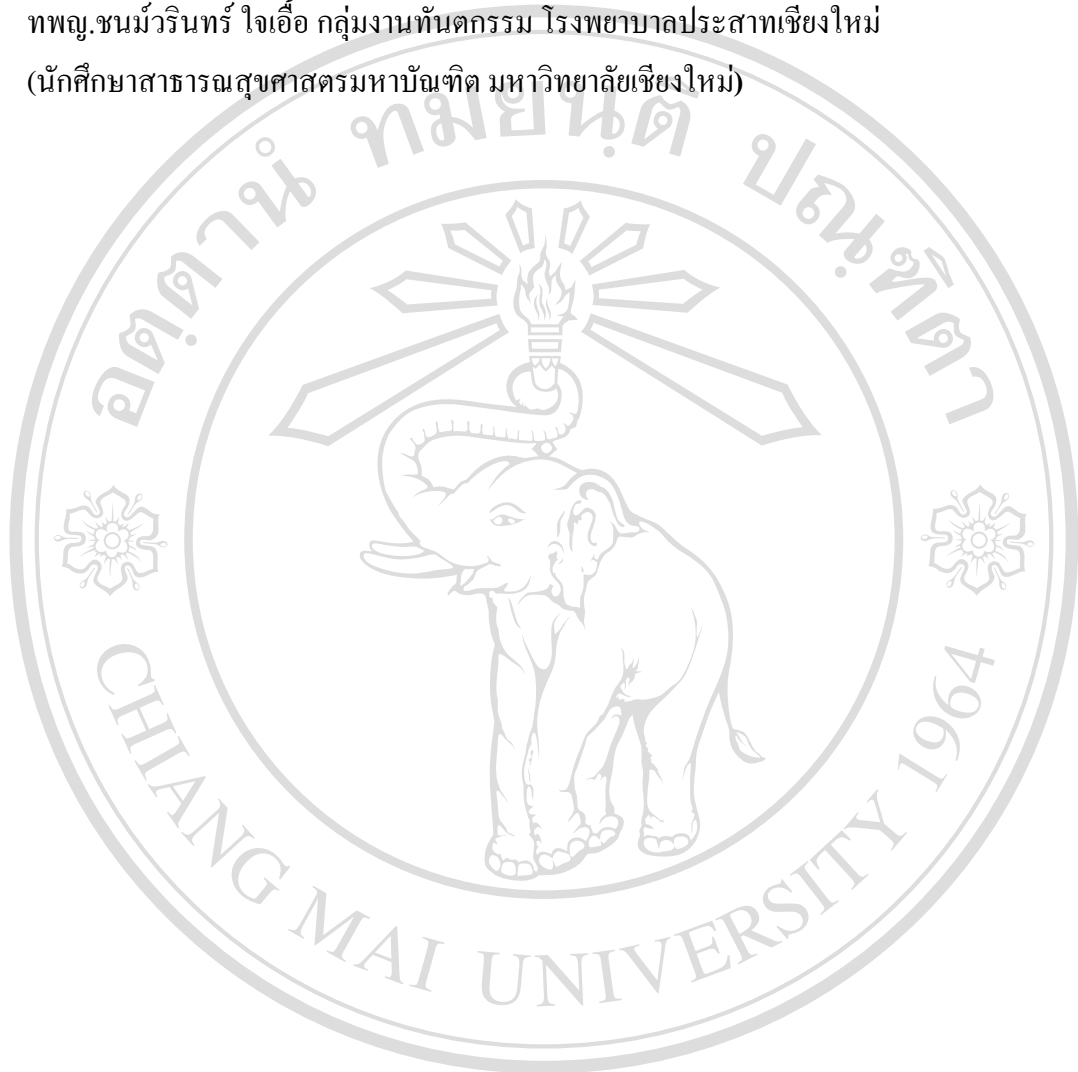
หากท่านมีปัญหาหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมใดๆสามารถติดต่อ
ทพญ.ชนมวีรินทร์ ใจเอื้อ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

หมายเลขโทรศัพท์ 053-920207

ด้วยความขอบคุณยิ่ง

รองศาสตราจารย์ ดร.พัชราวรรณ ศรีศิลป์นันท์ อาจารย์ภาควิชาทันตกรรมครอบครัวและชุมชน

ภาควิชาทันตกรรมครอบคร้วและชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
(อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)
ทพญ.ชนมวรินทร์ ใจเอื้อ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่
(นักศึกษาระดับปริญญาโท สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาว ชนม์วรินทร์ ใจเอื้อ	
วัน เดือน ปี เกิด	17 พฤษภาคม 2520	
ที่อยู่ปัจจุบัน	11/5 หมู่ 2 ตำบลช้างเผือก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่	
ประวัติการศึกษา	2538	มัธยมศึกษาตอนปลาย จาก โรงเรียนมงฟอร์ตวิทยาลัย
	2544	ทันตแพทยศาสตรบัณฑิตจาก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ประวัติการทำงาน	2544 – 2545	ทันตแพทย์ 4 กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน
	2545 – 2547	ทันตแพทย์ 5 งานทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลขุนยวม อำเภอขุนยวม จังหวัดแม่ฮ่องสอน
	2547 – 2549	ทันตแพทย์ 6 งานทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลแม่วาง อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่
	2549 – ปัจจุบัน	ทันตแพทย์ ระดับชำนาญการ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ กรมการแพทย์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่