

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University

ภาคผนวก

ชุดที่ 1

แบบสอบถามมารดา

เรื่อง การช่วยดูแลทันตสุขภาพบุตรของมารดาที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียน
ในโรงเรียนประถมศึกษาของรัฐ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาวิจัยการช่วยดูแลทันตสุขภาพบุตรของมารดาที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุ ของเด็กก่อนวัยเรียน ในโรงเรียนประถมศึกษาของรัฐ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา คำตอบของท่าน ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ การนำเสนอผลการศึกษายะนำเสนอในภาพรวมและผลของการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการดำเนินงานด้านการส่งเสริมและป้องกันการเกิดโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียน ในจังหวัดนครราชสีมา ต่อไป

แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กและมารดา

ส่วนที่ 2 การช่วยดูแลทันตสุขภาพบุตรของมารดา

ส่วนที่ 3 การบริโภคอาหารรสหวาน

จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามให้ครบทุกส่วน ทุกข้อ และตอบตามความเป็นจริงมากที่สุด

ขอขอบคุณทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือ ในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้เป็นอย่างดี

นางรุ่งทิพย์ วงศ์กนิษฐ์

นิสิตปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยบูรพา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กและมารดา

1.1 ข้อมูลทั่วไปของเด็ก

คำชี้แจง เติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริง และทำเครื่องหมาย ✓ ใน หน้าคำตอบ
ที่ท่านเลือก

วัน เดือน ปี ที่ตอบแบบสอบถาม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2552

โรงเรียนที่เด็กเรียน.....

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. วัน/เดือน/ปีพ.ศ. เกิดของเด็ก...../...../.....
3. ลำดับการเกิดในพี่น้องร่วมมารดา.....

1.2 ข้อมูลทั่วไปของมารดา

คำชี้แจง เติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริง และทำเครื่องหมาย ✓ ใน หน้าคำตอบ
ที่ท่านเลือก

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี
2. การศึกษาสูงสุดของท่าน

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เรียน	<input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษา/ปวช.	<input type="checkbox"/> 4. อนุปริญญา/ปวส.
<input type="checkbox"/> 5. ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> 6. สูงกว่าปริญญาตรี
3. อาชีพหลักของท่าน

<input type="checkbox"/> 1. เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> 2. รับจ้าง
<input checked="" type="checkbox"/> 3. ค้าขาย	<input type="checkbox"/> 4. แม่บ้าน
<input type="checkbox"/> 5. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> 6. อื่น ๆ ระบุ.....
4. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

ส่วนที่ 2 การช่วยดูแลทันตสุขภาพบุตรของมารดา

คำชี้แจง เติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริง และทำเครื่องหมาย ✓ ใน □ หน้าคำตอบที่ท่านเลือก

1. ท่านเคยแปรงฟันให้ลูกของท่านบ้างหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1. เคยเป็นประจำ	<input type="checkbox"/> 2. เคยเป็นครั้งคราว
<input type="checkbox"/> 3. ไม่เคย (ข้ามไปตอบข้อ 10)	
2. ท่านแปรงฟันให้ลูกครั้งแรกเมื่อลูกอายุเท่าไร.....
3. ตอนเข้าท่านแปรงฟันให้ลูกหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1. แปรงเป็นประจำ	<input checked="" type="checkbox"/> 2. แปรงเป็นครั้งคราว
<input type="checkbox"/> 3. ไม่แปรง	
4. หลังรับประทานอาหารท่านแปรงฟันให้ลูกหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1. แปรงเป็นประจำ	<input type="checkbox"/> 2. แปรงเป็นครั้งคราว
<input checked="" type="checkbox"/> 3. ไม่แปรง	
5. กลางคืนก่อนนอนท่านแปรงฟันให้ลูกหรือไม่

<input checked="" type="checkbox"/> 1. แปรงเป็นประจำ	<input type="checkbox"/> 2. แปรงเป็นครั้งคราว
<input type="checkbox"/> 3. ไม่แปรง	
6. ท่านใช้แปรงสีฟัน ยาสีฟัน แปรงฟันให้ลูกทุกครั้งหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1. ใช้เป็นประจำ	<input type="checkbox"/> 2. ใช้เป็นครั้งคราว
<input type="checkbox"/> 3. ไม่ได้ใช้	
7. ท่านใช้ยาสีฟันเด็กยี่ห้อดังต่อไปนี้ โคโคโม คอลเกต ฟลูออไรด แปรงฟันให้ลูกของท่านหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1. ใช้เป็นประจำ	<input type="checkbox"/> 2. ใช้เป็นครั้งคราว
<input type="checkbox"/> 3. ไม่ได้ใช้	
8. ท่านแปรงฟันให้ลูกโดยใช้วิธีถูไปถูมาและปิดขึ้นปิดลงหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1. ใช้เป็นประจำ	<input type="checkbox"/> 2. ใช้เป็นครั้งคราว
<input type="checkbox"/> 3. ไม่ได้ใช้	
9. ท่านใช้เวลาในการแปรงฟันให้ลูกครั้งละไม่น้อยกว่า 3 นาที หรือไม่

<input type="checkbox"/> 1. ใช้เป็นประจำ	<input type="checkbox"/> 2. ใช้เป็นครั้งคราว
<input type="checkbox"/> 3. ไม่ได้ใช้	

10. ท่านเคยสอนหรือฝึกให้ลูกแปรงฟันเองหรือไม่

1. เคยเป็นประจำ 2. เคยเป็นครั้งคราว
 3. ไม่เคย

11. ท่านเคยตรวจดูความสะอาดของช่องปากและฟันให้ลูกหรือไม่

1. เคยเป็นประจำ 2. เคยเป็นครั้งคราว
 3. ไม่เคย

12. ท่านเคยตรวจดูฟันผุในช่องปากให้ลูกหรือไม่

1. เคยเป็นประจำ 2. เคยเป็นครั้งคราว
 3. ไม่เคย

13. ท่านเคยบอกหรือแนะนำให้ลูกหลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวานที่เป็นอันตรายต่อฟัน เช่น ท็อฟฟี่ ช็อกโกแลต น้ำหวาน น้ำอัดลม หรือไม่

1. เคยเป็นประจำ 2. เคยเป็นครั้งคราว
 3. ไม่เคย

14. ท่านเคยบอกหรือแนะนำให้ลูกกินอาหารจำพวกผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ นม ไข่ ที่เป็นประโยชน์ต่อฟันหรือไม่

1. เคยเป็นประจำ 2. เคยเป็นครั้งคราว
 3. ไม่เคย

15. ท่านเคยดูแลหรือบอกให้ลูกของท่านแปรงฟันหรือบ้วนปากหลังกินอาหารหรือขนมหรือไม่

1. เคยเป็นประจำ 2. เคยเป็นครั้งคราว
 3. ไม่เคย

ส่วนที่ 3 การบริโภคอาหารรสหวาน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในตาราง ตามความความเป็นจริงที่สุด

ในรอบ 7 วันที่ผ่านมา ลูกของท่านกินขนมและเครื่องดื่มตามรายการข้างล่างต่อไปนี้บ่อยเพียงใด

รายการอาหาร	กินทุกวัน (7 วัน)	กินเกือบทุกวัน (3-5 วัน)	กินเป็นบางวัน (1-2 วัน)	ไม่กินเลย
อาหารรสหวานไม่ติดฟัน				
1. ลูกอมหรือทอฟฟี่				
2. น้ำหวาน				
3. ไอศกรีม				
4. นมเปรี้ยว				
อาหารรสหวานติดฟัน				
1. โรตีสีไส้มขังหวานน้ำตาล				
2. ช็อกโกแลต				
3. ขนมปาร์ตี้เคลือบคาราเมล				
4. อมยิ้ม				
5. ชูกั๊ส				

เลขที่.....

ชุดที่ 2

แบบบันทึกผลการตรวจโรคฟันผุ

ชื่อ-สกุล (ค.ช./ค.ญ.).....

โรงเรียน.....

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

 $d(B+C) = \dots\dots\dots$
 $m(E) = \dots\dots\dots$
 $f(D) = \dots\dots\dots$
 $dmft = \dots\dots\dots$

A	ฟันดี ฟันปกติ (Sound)
B	ฟันผุ (Decay)
C	ฟันอุดแล้วผุต่อ (Filled, with decay)
D	ฟันอุดแล้ว ไม่ผุต่อ (Filled, no decay)
E	ฟันที่ถูกถอนเนื่องจากฟันผุ (Missing from caries)
F	ฟันที่ถูกเคลือบหลุมร่องฟัน (Sealant)
G	ฟันที่ผุไม่ลุกลาม(Inactive caries)