



ภาคผนวก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก ก

ID.....

คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถาม

เรียน ท่านผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

ข้าพเจ้านางพยุศรี ทองคำกุล เป็นนักศึกษาปริญญาโท คณะบัณฑิตศึกษา สาขาวิชา
สาธารณสุขศาสตร์ กำลังทำงานวิจัยเรื่อง การดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนที่มีความบกพร่อง
ทางสติปัญญาโดยผู้ปกครอง โรงเรียนกาวีละอนุกุล จังหวัดเชียงใหม่ การศึกษาครั้งนี้ ท่านเป็นผู้
หนึ่งที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นตัวแทนของผู้ปกครองนักเรียน เพื่อตอบแบบสอบถาม ซึ่ง
แบบสอบถามมีทั้งหมด 2 ส่วน โปรดอ่านแบบสอบถามทีละข้อด้วยความระมัดระวัง ผู้ตอบแต่ละ
ท่านอาจตอบคำถามได้แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความคิดเห็นและประสบการณ์ของแต่ละท่าน
ไม่มีข้อถูกหรือผิด จึงขอให้ตอบตรงตามความเป็นจริงที่สุด และกรุณาตอบให้ครบถ้วนทุกข้อ
มิฉะนั้นข้อมูลของท่านอาจจะใช้ไม่ได้ เพราะไม่สมบูรณ์ ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
ครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการช่วยแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการดูแลสุขภาพ
ช่องปากของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป ผู้วิจัยจึง
ขอขอบพระคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่กรุณาสละเวลาอันมีค่ามา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

นางพยุศรี ทองคำกุล

แบบสอบถามผู้ปกครอง

แบบสอบถามผู้ปกครองของนักเรียน ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของนักเรียนและผู้ปกครอง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลวิธีการและปัญหาอุปสรรค ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากโดยผู้ปกครองที่มีต่อเด็กนักเรียน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ข้อมูลเกี่ยวกับนักเรียน

คำชี้แจง ให้ผู้ปกครองเติมข้อความในช่องว่าง หรือขีดเครื่องหมาย หน้าข้อความตามความเป็นจริง

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. บุคคลที่เป็นผู้ดูแลเด็ก
 บิดา มารดา บิดา-มารดา อื่นๆ ระบุ.....
4. เป็นบุตรคนที่.....จากจำนวนบุตรทั้งหมด.....คน
5. ฟันน้ำนมของนักเรียนขึ้นครบเมื่ออายุได้.....ปี
6. นักเรียนใช้ยาสีฟันยี่ห้อ(บอกยี่ห้อ).....
7. ยาสีฟันที่ใช้มีส่วนผสมของฟลูออไรด์หรือไม่
 มี ไม่มี ไม่ทราบ
8. บิดามารดาหรือผู้ปกครอง พาเด็กนักเรียนไปพบทันตแพทย์หรือไม่
 เคย ไม่เคย

ถ้าเคยให้เลือกตอบ

- ปีละ 2 ครั้ง ปีละครั้ง นานๆครั้ง เมื่อมีปัญหาเรื่องฟัน

9. การที่นักเรียนพบทันตแพทย์ (จากข้อ 8) นักเรียนมีปัญหาสุขภาพปากและฟันในเรื่องใดบ้าง

.....

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง

คำชี้แจง ให้ผู้ปกครองเติมข้อความในช่องว่าง หรือขีดเครื่องหมาย หน้าข้อความตามความจริง

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี

3. การศึกษาสูงสุดของผู้ปกครอง (บิดา มารดา ผู้ปกครอง)

- ไม่ได้เรียนหนังสือ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6
 มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย
 อนุปริญญา หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ
 สูงกว่าระดับอนุปริญญา หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (โปรดระบุ).....
 อื่นๆ.....

4. อาชีพของผู้ดูแลเด็ก

- ไม่ได้ประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไป
 ค้าขาย ประกอบธุรกิจส่วนตัว
 เกษตรกรรม รับราชการหรือวิสาหกิจ
 ทำงานบริษัท / เอกชน อื่นๆ.....

5. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

- 1,000-5,000 บาท 5,001-10,000 บาท
 10,001-20,000 บาท 20,001-30,000 บาท
 30,001-40,000 บาท 40,001-50,000 บาท

6. จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่มีอยู่ในปัจจุบัน

- 2-3 คน 4-5 คน 6-7 คน มากกว่า 7 คน

7. จำนวนบุตรที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา.....คน

8. ผู้ปกครองสนใจข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของปากและฟันเพียงใด

- ไม่สนใจ สนใจเล็กน้อย สนใจปานกลาง สนใจมาก

9. ผู้ปกครอง ได้รับข่าวสารและทราบวิธีที่ควรปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากจากที่ใด

- จากสื่อโฆษณา เช่น หนังสือพิมพ์ โปสเตอร์ แผ่นพับ วิทยุ โทรทัศน์
 จากเพื่อนบ้าน
 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
 ไม่เคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับวิธีที่ควรปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก
 (หากตอบข้อนี้ไม่ต้องตอบข้อที่ 9)
 อื่นๆ(โปรดอธิบาย).....

10. ในกรณีที่ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีที่ควรปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก ท่านได้ปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวหรือไม่

- ปฏิบัติเป็นประจำหรือทุกครั้ง ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่
 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติตามคำแนะนำ
 อื่นๆ(โปรดอธิบาย).....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลวิธีการและปัญหาอุปสรรค ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากโดยผู้ปกครองที่มีต่อนักเรียนท่านปฏิบัติมากน้อยอย่างไรในรายละเอียดต่อไปนี้ (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ให้ตรงกับช่องที่ท่านได้ปฏิบัติ หากท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ไม่ได้ปฏิบัติกรุณาระบุเหตุผลด้วย)

กิจกรรม	การปฏิบัติ			
	ปฏิบัติเป็นประจำหรือทุกครั้ง	ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติตามคำแนะนำ
1. ท่านได้ดูแลนักเรียนรับประทานอาหารพอเพียง				
2. ท่านเลือกอาหารว่างให้นักเรียนโดยเลือกอาหารที่มีส่วนประกอบของน้ำตาลหรือแป้งน้อย เช่น ผลไม้ ถั่วอบแห้ง ปลาหมึกย่าง				
3. ท่านเลือกเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ต่อฟันของนักเรียน เช่น นม โดยหลีกเลี่ยงไอศกรีม ลูกอม ลูกกวาด ช็อกโกแลต				
4. เมื่อฟันน้ำนมของนักเรียนขึ้นครบ ท่านได้ดูแลให้นักเรียนแปรงฟันพร้อมยาสีฟัน เช้า-เย็น และหลัง รับประทานอาหารทุกครั้ง				
5. ท่านได้ดูแลหรือสอนนักเรียนแปรงฟันอย่างถูกวิธี				
6. ถ้านักเรียนแปรงฟันไม่ถูกต้องตามวิธีที่ท่านสอนหรือแปรงฟันแล้ว แต่ฟันยังไม่สะอาด ท่านได้ให้เด็กทำใหม่และคอยชี้แนะให้ทำถูกต้องจนฟันสะอาด				

กิจกรรม	การปฏิบัติ			
	ปฏิบัติเป็นประจำหรือทุกครั้ง	ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติตามคำแนะนำ
7. ท่านจะเปลี่ยนแปลงสีฟันให้นักเรียนใหม่ เมื่อแปรงสีฟันหัก ชำรุด หรือหายหรือเมื่อนานของแปรงสีฟันเริ่มแตกบาน หรือพบว่าตามซอกขนแปรงสกปรก				
8. ท่านได้ดูแลและสำรวจความสะอาดของช่องปากและฟันให้เด็ก				
9. ท่านได้นำนักเรียนไปพบทันตแพทย์อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง แม้ว่านักเรียนจะไม่มีปัญหาช่องปากและฟันก็ตาม				
10. ท่านได้ขอคำแนะนำจากทันตแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (หรือเคยได้รับคำแนะนำจากทันตแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ในการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันให้นักเรียน				
11. ท่านได้ขอคำแนะนำจากทันตแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (หรือเคยได้รับคำแนะนำจากทันตแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ในเรื่องของการแปรงฟันที่ถูกวิธีให้นักเรียน				
12. ท่านได้ปฏิบัติตามคำแนะนำจากทันตแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
13. ปัจจุบันนักเรียนได้แปรงฟันพร้อมยาสีฟันวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น (ก่อนนอน)				

14. ท่านคิดว่าการตรวจฟันมีประโยชน์ต่อนักเรียนหรือไม่

มี ไม่มี

ถ้ามีประโยชน์ต่อนักเรียน มีประโยชน์อย่างไร

.....

15. ท่านมีวิธีตรวจความสะอาดของพื้นหลังการแปรงฟันอย่างไร

.....

16. การเข้าถึงแหล่งบริการทันตสุขภาพ

16.1 สถานที่ให้บริการทันตกรรมที่ท่านสามารถพานักเรียนไปใช้บริการได้

มี สถานีอนามัย โรงพยาบาล คลินิก อื่นๆ.....

ไม่มี

16.2 ระยะทางจากบ้านไปสถานที่ให้บริการ.....กม.

16.3 ความสะดวกในการใช้บริการ

สะดวก

ไม่สะดวก

17. การเข้าถึงแหล่งขายขนม อาหาร

17.1 ในหมู่บ้านของท่านมีร้านขายอาหารและขนมสำหรับนักเรียนหรือไม่

มี

ไม่มี

17.2 ส่วนมากท่านไปซื้ออาหารและขนมที่ไหน

ร้านค้าในหมู่บ้าน

ซูเปอร์มาร์เกต มินิมาร์ท

ตลาด

อื่นๆ.....

17.3 ความสะดวกในการใช้บริการ

สะดวก

ไม่สะดวก

18. การเข้าถึงแหล่งขายอุปกรณ์ทำความสะอาดฟัน

18.1 ในหมู่บ้านของท่านมีร้านขายอุปกรณ์ทำความสะอาดฟันสำหรับนักเรียนหรือไม่

มี

ไม่มี

18.2 ส่วนมากท่านไปซื้อขายอุปกรณ์ทำความสะอาดฟันที่ไหน

ร้านค้าในหมู่บ้าน

ซูเปอร์มาร์เกต มินิมาร์ท

ตลาด

อื่นๆ.....

18.3 ท่านคิดว่ามีความสามารถในการจ่ายค่าแปรงสีฟันและยาสีฟันสำหรับนักเรียนได้มากน้อยเพียงใด

น้อย

มาก

ราคาแปรงสีฟันที่พอซื้อได้.....บาท

19. นักเรียนรับประทานขนมชนิดใดต่อไปนี้บ่อยที่สุดเป็นประจำทุกวันหรือเกือบทุกวัน

(ตอบได้เพียง 1 ข้อ)

- ขนมกรุบกรอบ มาว่าของเล็ก ขนมปังมีไส้ ขนมปังปิ้ง
 ขนมไทย เช่นขนมชั้น ขนมสอดไส้ ลูกอม ลูกกวาด
 อื่น..... ไม่ได้รับประทานชนิดไหนเป็นประจำ

20. นักเรียนรับประทานขนมเฉลี่ยวันละกี่ครั้ง (ตอบได้เพียง 1 ข้อ)

- 1 ครั้ง 2 - 3 ครั้ง
 มากกว่า 3 ครั้ง บอกไม่ได้เพราะไม่ได้รับประทานเป็นประจำทุกวัน

21. นักเรียนรับประทานขนมในเวลาใดบ้าง(ตอบได้หลายข้อ)

- ก่อนมื้ออาหาร รับประทานพร้อมมื้ออาหาร
 รับประทานหลังมื้ออาหาร รับประทานระหว่างมื้ออาหาร ซึ่งเป็นเวลาไม่แน่นอน
 ก่อนนอน ตอนกลางคืน อื่น.....

22. หลังจากที่นักเรียนรับประทานขนมต่างๆ ท่านให้นักเรียนปฏิบัติตัวอย่างไร

- ดื่มน้ำตาม บ้วนปากหรือแปรงฟันเป็นบางครั้ง
 บ้วนปาก หรือแปรงฟันเกือบทุกครั้ง บ้วนปาก หรือแปรงฟันทุกครั้ง
 ไม่ได้ทำอะไรเลย อื่นๆ.....

23. นักเรียนดื่มเครื่องดื่มต่อไปนี้บ่อยที่สุดเป็นประจำทุกวันหรือเกือบทุกวัน(ตอบได้เพียง 1 ข้อ)

- น้ำอัดลม น้ำหวานกลิ่นผลไม้
 นม นมเปรี้ยวรสต่างๆ
 ไม่ได้กินชนิดไหนเป็นประจำ อื่น.....

24. นักเรียนดื่มเครื่องดื่มเฉลี่ยวันละกี่ครั้ง (ตอบได้เพียง 1 ข้อ)

- 1 ครั้ง 2 - 3 ครั้ง
 มากกว่า 3 ครั้ง บอกไม่ได้เพราะไม่ได้กินเป็นประจำทุกวัน

25. นักเรียนดื่มเครื่องดื่มในเวลาใดบ้าง(ตอบได้หลายข้อ)

- ก่อนมื้ออาหาร กินพร้อมมื้ออาหาร
 กินหลังมื้ออาหาร กินระหว่างมื้ออาหาร ซึ่งเป็นเวลาไม่แน่นอน
 ก่อนนอน ตอนกลางคืน อื่น.....

26. หลังจากที่นักเรียนดัดเครื่องดัดต่างๆ ท่านให้นักเรียนปฏิบัติตัวอย่างไร
- ดัดน้ำตาม บ้วนปากหรือแปรงฟันเป็นบางครั้ง
- บ้วนปาก หรือแปรงฟันเกือบทุกครั้ง บ้วนปาก หรือแปรงฟันทุกครั้ง
- ไม่ได้ทำอะไรเลย อื่นๆ.....
27. ปัจจุบันนี้นักเรียนแปรงฟันอย่างไร
- นักเรียนแปรงเองทุกครั้ง ผู้ปกครองแปรงให้ทุกครั้ง
- นักเรียนแปรงเองบ้างและผู้ปกครองแปรงให้บ้าง
- นักเรียนแปรงเองทุกครั้งและผู้ปกครองแปรงซ้ำให้เป็นบางครั้ง
- นักเรียนแปรงเองทุกครั้งและผู้ปกครองแปรงซ้ำให้ทุกครั้ง
- อื่น.....
28. นักเรียนมีวิธีการแปรงฟันอย่างไร
- ถูไปมาในแนวขวาง ปัดขึ้นปัดลง
- ถูไปมาและปัดขึ้นปัดลง ไม่แน่ใจไม่ได้สังเกต
29. ถ้าท่านแปรงฟันให้นักเรียน ท่านมีวิธีการแปรงฟันให้นักเรียนอย่างไร
- ไม่ได้แปรงให้นักเรียน ถูไปมาในแนวขวาง
- ปัดขึ้นปัดลง ถูไปมาและปัดขึ้นปัดลง
- ไม่แน่ใจแล้วแต่ความร่วมมือของนักเรียนในวันนั้น
30. ภายหลังการแปรงฟันแล้วนักเรียนล้างแปรงสีฟันจนสะอาด ผึ่งให้แห้งแล้วเก็บไว้อย่างเรียบร้อยหรือไม่
- ทุกครั้ง ทำเป็นบางครั้ง ไม่เคยทำเลย
31. นักเรียนใช้ยาสีฟันในการแปรงฟันหรือไม่ อย่างไร
- ไม่ใช้ยาสีฟัน ใช้ นักเรียนบิบบยาสีฟันตามใจชอบ
- ใช้ผู้ปกครองเป็นคนบิบบยาสีฟันให้
32. ยาสีฟันที่ใช้ในการแปรงฟันส่วนใหญ่ มีปริมาณเท่าไร
- ปริมาณเท่าหัวเข็มหมุด ปริมาณเท่าครึ่งหนึ่งของแปรงสีฟัน
- ปริมาณเต็มขนแปรงสีฟัน บอกไม่ได้ ปริมาณแต่ละครั้งไม่แน่นอน ไม่ได้สังเกต
33. เมื่อท่านสังเกตเห็นว่าฟันเริ่มมีจุดสีดำ ท่านจะอย่างไร
- ปลดอ้วไว้ให้หายเอง แปรงฟันอย่างถูกวิธี
- ไปพบทันตแพทย์เพื่ออุดฟัน อื่นๆ.....

34. ท่านเคยพานักเรียนไปรับบริการทันตกรรมอะไรบ้าง

ไม่เคยเลย ตรวจฟัน เคลือบหลุมร่องฟัน

เคลือบฟลูออไรด์ อุดฟัน ถอนฟัน

รักษาโพรงประสาทฟัน อื่น.....

35. ท่านเคยตักเตือนนักเรียนเรื่องการแปรงฟันหรือไม่

เคย ไม่เคย

ถ้าเคย ท่านตักเตือนในเรื่องใด (โปรดอธิบาย).....

.....

36. ท่านเคยขอความช่วยเหลือ จากเจ้าหน้าที่สถานอนามัย หรือทันตแพทย์ในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนหรือไม่

เคยติดต่อ และได้รับความร่วมมือ เคยติดต่อ แต่ไม่ได้รับความร่วมมือ

ไม่เคยติดต่อเลย

37. ท่านคิดว่าเป็นไปได้หรือไม่ ที่จะดำเนินการให้นักเรียนในโรงเรียน มีสุขภาพช่องปากที่ดี

มีความเป็นไปได้ เป็นไปไม่ได้

38. ถ้าเป็นไปได้ท่านคิดว่าจะมีวิธีดำเนินการอย่างไร เพื่อให้นักเรียนมีสุขภาพช่องปากที่ดี

.....

.....

39. อะไรเป็นอุปสรรค ขัดขวางไม่ให้นักเรียนมีสุขภาพช่องปากที่ดี

.....

.....

40. ท่านมีข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนอย่างไร

.....

.....

ขอขอบคุณที่กรุณาตอบแบบสอบถาม

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์เรื่อง

ผู้ทรงคุณวุฒิ

สังกัด

- | | | | |
|----|----------------|------------|---|
| 1. | ทพญ.อัญญรัตน์ | แพ่งจันทร์ | ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงานทันตกรรม สถาบันพัฒนาการเด็ก
ราชนครินทร์ อ.แม่ริม จ.เชียงใหม่ |
| 2. | นางศิริพร | ต้นทไธภาส | ครู วิทยฐานะชำนาญการพิเศษ
งานอนามัยโรงเรียน และปฏิบัติการสอนเด็กตาบอด
และพิการซ้อน โรงเรียนสอนคนตาบอดภาคเหนือ
ในพระบรมราชินูปถัมภ์ จ.เชียงใหม่ |
| 3. | นางสาวพิมพ์ชนก | ต่อวงศ์ | อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์
แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ จังหวัดเชียงใหม่ |

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล

นางพยงศรี ทองคำกุล

วัน เดือน ปีเกิด

8 มกราคม 2502

ประวัติการศึกษา

- มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนคาราวิทยาลัย
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
- อนุปริญญาพยาบาลและอนามัย วิทยาลัยพยาบาล
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
- พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ
- ประกาศนียบัตรวิชาชีพครู มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ประสบการณ์ทำงาน

- พ.ศ.2525 พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแมคคอร์มิค
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
- พ.ศ.2526 - พ.ศ.2534 พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราช
นครเชียงใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
- พ.ศ.2537 อาจารย์ 1 ระดับ 5 โรงเรียนกาวีละอนุกุล
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
- พ.ศ.2540 อาจารย์ 2 ระดับ 6 โรงเรียนกาวีละอนุกุล
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
- พ.ศ.2541 อาจารย์ 2 ระดับ 7 โรงเรียนกาวีละอนุกุล
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
- พ.ศ.2548-ปัจจุบัน ครู วิทยฐานะชำนาญการ
โรงเรียนกาวีละอนุกุล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่