

**ภาคผนวก**

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Chiang Mai University

## ภาคผนวก ก

## แบบบันทึกความจำเป็นในการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน

Name.....Age.....Sex.....School.....Province.....

## IOTN (DC)

Overjet.....mm.	In.C (3)	(4)	(5)
	C (2)		

3.5                      6                      9

Reverse Overjet.....mm.	(2)	M&S (4)	M&S (5)
		(3)	(4)

0                      1                      3.5

Ant./Post. Openbite.....mm.	(2)	(3)	(4)
-----------------------------	-----	-----	-----

1                      2                      4

Overbite.....mm.	(2)	G & P trauma (4)
		No G & P trauma (3)

3.5                      complete

Ant./Post. crossbite : RCP-ICP.....mm.	(2)	(3)	(4)
--	-----	-----	-----

1                      2

Contact point Displacement.....mm.	(1)	(2)	(3)	(4)
------------------------------------	-----	-----	-----	-----

1                      2                      4

Cleft Lip / Palate	(5)	
Impeded eruption	(5)	
Submerge deciduous	(5)	
Extensive hypodontia	(5)	
Less extensive hypodontia	(4)	
Scissors bite	(4)	
PE, Tip, Impacted	(4)	
Supernumerary	(4)	
CI II/III w/ no other anomalies	(2)	

## Summary IOTN (DC)

No Need	(1)	
Little Need	(2)	
Moderate Need	(3)	
Great Need	(4)	
Very Great Need	(5)	

## IOTN (AC)

Little/No Need				Moderate need			Great/Very Great Need		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## ภาคผนวก ข

### แบบสอบถามความต้องการในการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันของเด็กนักเรียน

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ระดับวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาทันตกรรมจัดฟัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เกี่ยวกับความจำเป็น และความต้องการในการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันในเด็ก นักเรียนอายุ 12-14 ปี ซึ่งข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ในการวางแผนเกี่ยวกับการให้ความรู้ และการให้บริการทาง ทันตกรรมจัดฟันในอนาคตต่อไป เพื่อประโยชน์ดังกล่าว จึงใคร่ขอให้ท่านได้ช่วยตอบแบบสอบถามนี้ โดยข้อมูลที่ท่านตอบทั้งหมดจะถือเป็นความลับ และขอขอบคุณทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ทันตแพทย์อรรณวดี พงศ์วิรัตน์  
ภาควิชาทันตกรรมจัดฟัน  
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี.....เดือน เพศ  ชาย  หญิง  
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
ที่อยู่ : บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
โทรศัพท์.....โรงเรียน.....ชั้น.....

จงตอบคำถามทั้ง 5 ข้อ โดยทำเครื่องหมายวงกลมรอบตัวเลือกที่ต้องการหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

ข้อ 1) ท่านชอบลักษณะการเรียงตัวของฟันของท่านในขณะนี้หรือไม่ ?

1. ชอบมากที่สุด      2. ชอบ      3. ปานกลาง      4. ไม่ชอบ      5. ไม่ชอบมากที่สุด

ข้อ 2) ท่านคิดว่าฟันของท่านมีการเรียงตัวที่ดีหรือไม่ ?

1. ดีมาก      2. ดี      3. พอใช้      4. แย่      5. แย่มาก

ข้อ 3) ท่านมีความต้องการจะแก้ไขการเรียงตัวของฟันด้วยการจัดฟันหรือไม่ ?

1. ไม่ต้องการอย่างมาก      2. ไม่ต้องการ      3. จัดก็ได้ไม่จัดก็ได้      4. ต้องการ      5. ต้องการอย่างมาก

จากข้อ 3)

★ ถ้าท่านตอบว่า ไม่ต้องการอย่างมาก หรือ ไม่ต้องการ ก่อนทำ ข้อ 4) และ ข้อ 5) ให้ทำ ข้อ 3.1) ด้วย

★ ถ้าท่านตอบว่า ต้องการ หรือ ต้องการอย่างมาก ก่อนทำ ข้อ 4) และ ข้อ 5) ให้ทำ ข้อ 3.2) และ ข้อ 3.3) ด้วย

★ ถ้าท่านตอบว่า จัดก็ได้ไม่จัดก็ได้ ให้ข้าม ไปทำ ข้อ 4) และ ข้อ 5) เลย

ข้อ 3.1) ท่านไม่ต้องการแก้ไขการเรียงตัวของฟันของท่านด้วยการจัดฟันเพราะ (ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)

1. ฟันเรียงตัวดีแล้ว
2. อายุที่จะใส่เครื่องมือ, กลัวเพื่อนล้อ
3. กลัวเจ็บ
4. ค่าจัดฟันแพง
5. ไม่รู้ว่าจะไปจัดที่ไหน
6. เหตุผลอื่น ๆ (ระบุ).....

ข้อ 3.2) ท่านต้องการแก้ไขการเรียงตัวของฟันของท่านด้วยการจัดฟันเพราะ (ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)

1. ฟันไม่สวย
2. มีปัญหาต่อการเข้าสังคมและต่อสุขภาพจิต
3. เคี้ยวอาหารไม่สะดวก
4. พูดไม่ชัด
5. หันคแพทย์แนะนำ
6. อยากจัดตามเพื่อน
7. อยากจัดตามที่เห็นในโทรทัศน์, สิ่งพิมพ์
8. เหตุผลอื่น ๆ (ระบุ).....

ข้อ 3.3) ถ้าท่านมีความต้องการที่จะจัดฟันแล้ว ในอนาคตท่านจะไปรับการจัดฟันจากทันตแพทย์หรือไม่?

1. ไป
2. ไม่ไป เพราะ (ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)
  1. ยังไม่มีเงินค่าจัดฟัน
  2. ลำบากในการเดินทางไปจัดฟัน
  3. ไม่รู้ว่าจะไปจัดฟันที่ไหน
  4. ไม่มีทันตแพทย์จัดฟัน
  5. ผู้ปกครองไม่อนุญาต
  6. เหตุผลอื่น ๆ (ระบุ).....

จากภาพที่กำหนดให้จำนวน 10 ภาพ จะใช้แทนระดับความสวยงามของการเรียงตัวของฟันจากมากไปหาน้อยตามลำดับ ให้ท่านพิจารณาภาพดังกล่าว แล้วตอบคำถามใน ข้อ 4) และ ข้อ 5)

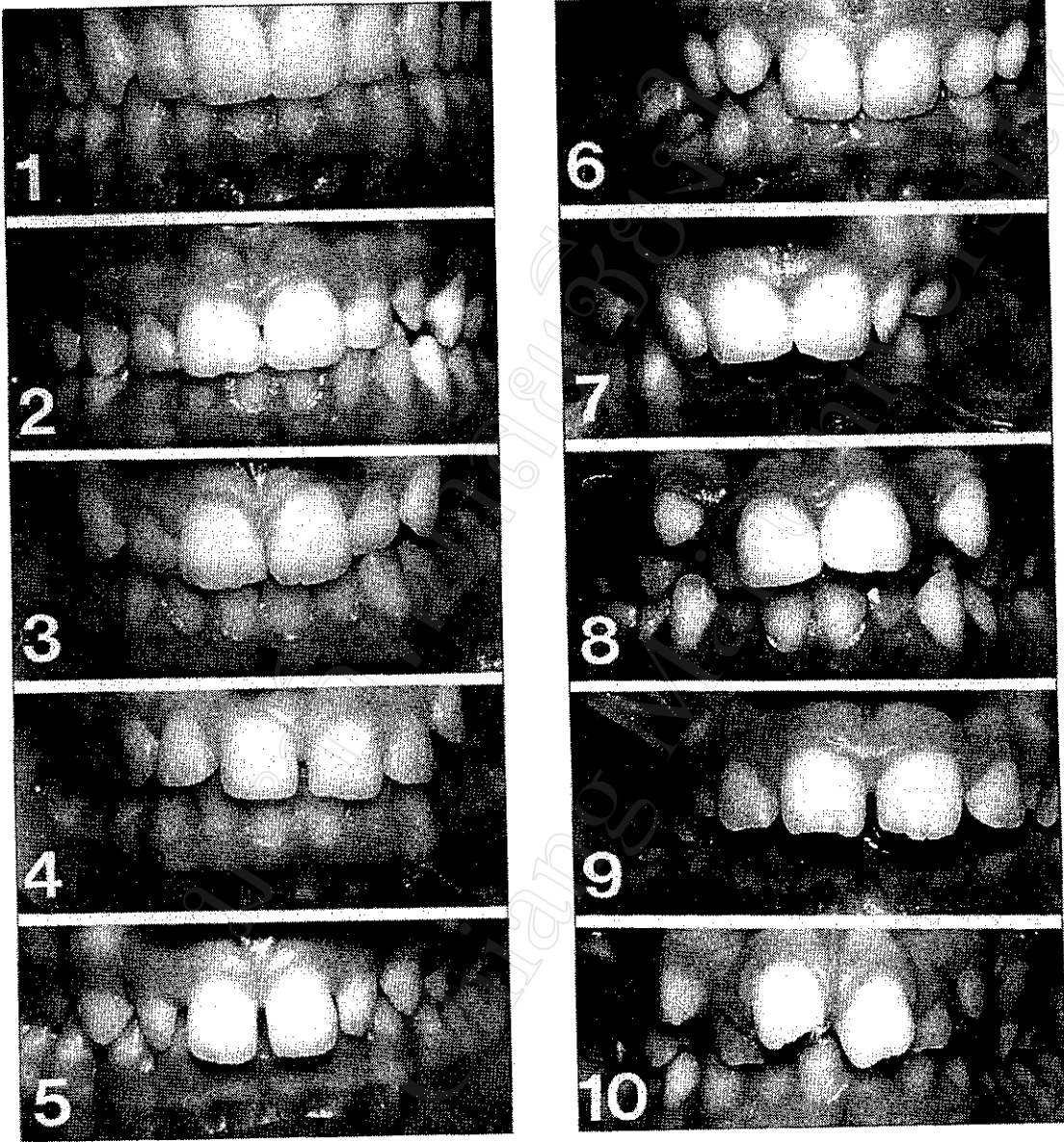
ข้อ 4) ท่านคิดว่าการเรียงตัวของฟันของท่านจะมีความสวยงามอยู่ในระดับใด? (เลือกเพียง 1 ภาพ)

- |                                   |                                   |                                   |                                   |                                    |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ภาพที่ 1 | <input type="checkbox"/> ภาพที่ 2 | <input type="checkbox"/> ภาพที่ 3 | <input type="checkbox"/> ภาพที่ 4 | <input type="checkbox"/> ภาพที่ 5  |
| <input type="checkbox"/> ภาพที่ 6 | <input type="checkbox"/> ภาพที่ 7 | <input type="checkbox"/> ภาพที่ 8 | <input type="checkbox"/> ภาพที่ 9 | <input type="checkbox"/> ภาพที่ 10 |

ข้อ 5) ท่านคิดว่าการเรียงตัวของฟันในภาพใดบ้างที่ควรได้รับการแก้ไขด้วยการจัดฟัน? (เลือกได้มากกว่า 1 ภาพ)

- |                                   |                                   |                                   |                                   |                                    |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ภาพที่ 1 | <input type="checkbox"/> ภาพที่ 2 | <input type="checkbox"/> ภาพที่ 3 | <input type="checkbox"/> ภาพที่ 4 | <input type="checkbox"/> ภาพที่ 5  |
| <input type="checkbox"/> ภาพที่ 6 | <input type="checkbox"/> ภาพที่ 7 | <input type="checkbox"/> ภาพที่ 8 | <input type="checkbox"/> ภาพที่ 9 | <input type="checkbox"/> ภาพที่ 10 |

ใช้ภาพนี้ตอบคำถามข้อ 4) และ ข้อ 5)



## ภาคผนวก ค

### ใบแจ้งผลการตรวจสุขภาพช่องปาก

โครงการวิทยานิพนธ์เรื่อง

ความจำเป็นและความต้องการในการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันของเด็กนักเรียนอายุ 12-14 ปี

ในอำเภอเมืองเชียงใหม่ และอำเภอเมืองอุตรดิตถ์

โดย

ทพ.อรรวุฒิ พฤตวิวัฒน์

ภาควิชาทันตกรรมจัดฟัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

### ใบแจ้งผลการตรวจสุขภาพช่องปาก

ชื่อ.....ชั้น.....วันที่ตรวจ.....

#### สภาพฟัน

- มีฟันน้ำนมตกค้างควรได้รับการถอน
- มีฟันแท้ ควรได้รับการอุด
- มีฟันแท้ ควรได้รับการรักษารากฟัน
- มีฟันแท้ ควรได้รับการถอน
- ควรได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันเพื่อป้องกันฟันผุ
- สภาพฟันดี แต่ควรไปรับการตรวจฟันอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

#### สภาพเหงือก

- เหงือกอักเสบ, มีหินปูนและแผ่นคราบจุลินทรีย์ ควรได้รับการขูดหินปูน
- เหงือกอักเสบปานกลาง, มีแผ่นคราบจุลินทรีย์ ควรเพิ่มความเอาใจใส่ในการแปรงฟัน
- เหงือกปกติ แต่ควรไปรับการตรวจเพื่อขูดหินปูนอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

ข้อแนะนำอื่น ๆ

.....

.....

.....

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นามสกุล	นายอรรณวุฒิ พฤตวิวัฒน์
วัน เดือน ปี เกิด	4 มกราคม 2516
สถานที่เกิด	จังหวัดแพร่
ประวัติการศึกษา	สำเร็จการศึกษาปริญญาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต จาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2539
ประวัติการทำงาน	ปฏิบัติงานที่ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตต์ จังหวัดอุดรดิตต์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2539-ปัจจุบัน