

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย
เรื่อง พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง
อำเภอสวี จังหวัดชุมพร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสำรวจระดับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองอำเภอสวี จังหวัดชุมพร
2. เพื่อสำรวจปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภอสวี จังหวัดชุมพร
3. เพื่อเป็นข้อมูลใช้เป็นแนวทางในการวางแผนจัดกิจกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองที่เหมาะสมต่อไป

คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์
ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม
ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ การดูแลการบริโภคอาหาร การทำความสะอาดช่องปาก การตรวจฟันและการพาเด็กไปพบทันตบุคลากรสาธารณสุข
2. ขอความร่วมมือผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบคำถามให้ครบทุกข้อ
3. การตอบแบบสัมภาษณ์เป็นไปด้วยความสมัครใจ ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์จะถือเป็นความลับข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบ
ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์

นางสาววิชุดา คมขำ
นักศึกษาระดับปริญญาโทวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

แบบสัมภาษณ์

พฤติกรรมการณ์ดูแลทันตสุขภาพเด็กอายุ 3 ถึง 5 ปี ของผู้ปกครอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หรือเติมคำในช่องว่าง ที่ตรงกับคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์

1. ชื่อ-นามสกุล เด็กอายุ 3 ถึง 5 ปี ที่อยู่ในความปกครอง.....
2. อายุของผู้ปกครอง.....ปี
3. ท่านมีส่วนเกี่ยวข้องกับเด็กในฐานะอะไร

<input type="checkbox"/> 1. พ่อแม่	<input type="checkbox"/> 2. ปู่ย่าตายาย
<input type="checkbox"/> 3. ลุงป้า/น้าอา	<input type="checkbox"/> 4. อื่น ๆ ระบุ.....
4. วุฒิการศึกษาสูงสุดของผู้ปกครอง

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ	<input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> 4. ประกาศนียบัตรวิชาชีพ/อาชีวศึกษา
<input type="checkbox"/> 5.ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> 6. อื่น ๆ ระบุ.....
5. อาชีพของผู้ปกครอง

<input type="checkbox"/> 1. เกษตร	<input type="checkbox"/> 2. แม่บ้าน
<input type="checkbox"/> 3. พนักงานบริษัท	<input type="checkbox"/> 4. ค้าขาย
<input type="checkbox"/> 5. รับจ้าง	<input type="checkbox"/> 6. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> 7. อื่น ๆ ระบุ.....	
6. สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง

<input type="checkbox"/> 1. โสด	<input type="checkbox"/> 2. คู่
<input type="checkbox"/> 3. หม้าย	<input type="checkbox"/> 4. หย่า/แยก

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง
คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์มากที่สุด

ด้านที่ 1 ปัจจัยนำ

คำถาม	คำตอบ		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง			
1. การเริ่มทำความสะอาดช่องปากเด็ก ต้องทำตั้งแต่ยังไม่ขึ้น			
2. วิธีแปรงฟันในเด็กวัย 3 – 5 ปี ที่เหมาะสมคือถูไปมาตามขวาง			
3. การที่เด็กหลับโดยมีขวดนมค้างในปากไม่มีผลเสียต่อฟัน			
4. ควรหัดให้เด็กดื่มนมจากแก้ว ตั้งแต่อายุ 6 เดือน			
5. อาหารที่มีประโยชน์ต่อฟันและเหมาะให้เด็กทานอาหารว่างมากที่สุดคือ ผลไม้			
6. การพาเด็กไปพบทันตแพทย์ครั้งแรกควรทำเมื่อมีอายุ 3 ปีขึ้นไป			
7. ควรพาเด็กไปพบทันตแพทย์เป็นครั้งคราวถึงแม้ว่าเด็กไม่มีฟันผุ			
8. การให้เด็กกินนมมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นฟันผุมากกว่ากินนมแม่			
ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง			
1. การถอนฟันน้ำนมทำให้เด็กเสียประสาท			
2. ฟันน้ำนมไม่มีความสำคัญเท่าฟันแท้			
3. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวฟันจะไม่ผุ			
4. ถ้าฟันน้ำนมผุไม่จำเป็นต้องรักษา			
5. การตรวจฟันให้เด็กเป็นหน้าที่ของทันตแพทย์ผู้เดียว			
6. ถ้าเด็กไม่ปวดฟันไม่จำเป็นต้องพาไปหาหมอฟัน			
7. ให้ใช้ผ้าอ้อมที่เปื้อนปัสสาวะเด็กเช็ดลิ้นป้องกันลิ้นเป็นฝ้า			
8. เป็นเรื่องปกติธรรมดาที่ฟันน้ำนมต้องผุ			
9. ฟลูออไรด์ช่วยป้องกันฟันผุได้			

คำถาม	คำตอบ		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง			
1. ฟันน้ำนมไม่จำเป็นต้องดูแลให้ดีเพราะมีฟันแท้ขึ้นมาแทนที่อยู่แล้ว			
2. เด็กที่มีฟันขึ้น 3-4 ซี่ ยังไม่จำเป็นต้องแปรงฟันให้			
3. การแปรงฟันยังไม่จำเป็นสำหรับเด็กวัย 2-3ขวบ			
4. ยามีคฟลูออไรด์ไม่เหมาะสำหรับใช้ในเด็ก 2-3ขวบ			
5. เด็กอายุ 2-3 ขวบยังไม่จำเป็นต้องไปหาหมอฟัน			
6. เป็นการเสียเวลาที่ต้องพาเด็กไปหาหมอฟัน เมื่อเด็กไม่มีปัญหาเรื่องฟัน			
7. เป็นเรื่องยุ่งยากในการทำความสะอาดช่องปากเด็กเล็ก			
8. สุขภาพเด็กอาจแข็งแรงได้ ถึงแม้สุขภาพไม่ดี			

ด้านที่ 2 ปัจจัยอื่น

2.1 การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม

- เคยมีเจ้าหน้าที่ออกมาตรวจฟัน หรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องการดูแลฟันเด็กในหมู่บ้านของท่านหรือไม่
 1. ไม่เคย
 2. เคย
 - สถานที่ให้บริการทันตกรรมที่ท่านสามารถพาเด็กไปใช้บริการได้
 1. ไม่มี (ข้ามไปถามข้อ 5)
 2. โรงพยาบาล
 3. สถานีอนามัย
 4. คลินิก
 5. อื่น ๆ ระบุ.....
 - ระยะทางจากบ้านไปสถานบริการ
 1. ใกล้ ระบุระยะทาง.....กม.
 2. ไกล ระบุระยะทาง.....กม.
 - ความสะดวกในการเดินทางไปใช้บริการ
 1. ไม่สะดวก
 2. สะดวก
 - ท่านคิดว่าจะสามารถใช้เงินเป็นค่าทำฟันสำหรับเด็กได้มากน้อยเพียงใด
 1. น้อย
 2. มาก
- จำนวนเงินที่ท่านคิดว่าพอจะจ่ายเป็นค่าทำฟันให้เด็กได้ ระบุ.....บาทต่อครั้ง

2.2 การเข้าถึงแหล่งขายอุปกรณ์ทำความสะอาดพื้นเด็กก่อนวัยเรียน

1. ท่านสามารถหาซื้อแปรงสีฟันหรือยาสีฟันสำหรับเด็กได้โดยง่ายหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1. ยาก	<input type="checkbox"/> 2. ง่าย
---------------------------------	----------------------------------
 2. ในหมู่บ้านของท่านมีร้านขายแปรงสีฟันหรือยาสีฟันสำหรับเด็กหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1. ไม่มี	<input type="checkbox"/> 2. มี
-----------------------------------	--------------------------------
 3. แหล่งหรือร้านค้าที่มักไปซื้อแปรงสีฟันและยาสีฟันให้เด็ก

<input type="checkbox"/> 1. ร้านค้าในชุมชน	<input type="checkbox"/> 2. ตลาด
<input type="checkbox"/> 3. ซูเปอร์มาร์เก็ต, มินิมาร์ท	<input type="checkbox"/> 4. อื่น ๆ ระบุ.....
 4. ระยะทางจากบ้านไปที่ซื้อแปรงสีฟันและยาสีฟันให้เด็ก

<input type="checkbox"/> 1. ใกล้ ระบุระยะทาง.....กม.	<input type="checkbox"/> 2. ไกล ระบุระยะทาง.....กม.
--	---
 5. ท่านคิดว่ามีความสามารถจ่ายแปรงสีฟันและยาสีฟันสำหรับเด็กได้มาก – น้อยเพียงใด

<input type="checkbox"/> 1. น้อย	<input type="checkbox"/> 2. มาก
----------------------------------	---------------------------------
- ราคาแปรงสีฟันสำหรับเด็กที่ท่านคิดว่าพอจะซื้อได้ อันละ.....บาท

ด้าน 3 ปัจจัยเสริม

3.1 การได้รับข่าวสารความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพจากสื่อมวลชน

1. ท่านเคยได้รับข่าวสารความรู้ในเรื่องการดูแลทันตสุขภาพเด็กหรือไม่

<input type="checkbox"/> 0. ไม่เคย (ข้ามไปถามข้อ 3.2)	
<input type="checkbox"/> 1. เคย จากแหล่งใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	
<input type="checkbox"/> 1.1 วิทยู	<input type="checkbox"/> 1.2 โทรทัศน์
<input type="checkbox"/> 1.3 หนังสือพิมพ์	<input type="checkbox"/> 1.4 นิตยสาร วารสาร
<input type="checkbox"/> 1.5 โปสเตอร์	<input type="checkbox"/> 1.6 อื่น ๆ ระบุ.....
2. จากข้อ 1 ท่านได้รับข่าวสารความรู้ในเรื่องการดูแลทันตสุขภาพเด็กจากแหล่งใดมากที่สุด
ระบุ.....

3.2 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากญาติ เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหน่วยงาน

ต่างๆ

1. ท่านเคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลฟันเด็กบ้างหรือไม่

<input type="checkbox"/> 0. ไม่เคย (ข้ามไปถามข้อ 3)	
<input type="checkbox"/> 1. เคย ได้รับจากใครบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	
<input type="checkbox"/> 1.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จาก	

- () 1.1.1. โรงพยาบาล () 1.1.2 สถานอนามัย
() 1.1.3 คลินิก
- () 1.2. ญาติ () 1.3 เพื่อนบ้าน
() 1.4 อสม., ผสส. () 1.5 อื่น ๆ ระบุ.....
2. ท่านคิดว่าได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับทันตสุขภาพจากใครมากที่สุด
ระบุ.....
3. ท่านเคยได้รับคำชมเชยเกี่ยวกับการดูแลฟันเด็กหรือไม่
() 0. ไม่เคย (ข้ามไปถามข้อ 5)
() 1. เคย ได้รับจากใครบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
() 1.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข () 1.2 ญาติ
() 1.3 เพื่อนบ้าน () 1.4 อื่น ๆ ระบุ.....
4. ท่านเคยได้รับคำชมเชยจากใครมากที่สุด
ระบุ.....
5. ท่านเคยได้รับการสนับสนุนแปรงสีฟันจากหน่วยงานใดบ้าง
() 0. ไม่เคย (ข้ามไปถามข้อ 6)
() 1. เคย ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งใด ระบุ.....
6. แปรงสีฟันอันแรกของเด็กท่านได้มาอย่างไร
() 0. ซื้อมาเอง () 1. พี่น้อง ญาติซื้อให้
() 2. เพื่อนบ้านให้มา () 3. ได้รับแจก ระบุ.....
7. ท่านเคยพาเด็กของท่านเข้าประกวดเกี่ยวกับฟันสวยหรือเกี่ยวกับสุขภาพหรือไม่
() 0. ไม่เคย (ข้ามไปถามข้อ 4.1)
() 1. เคย กรณีเคย เด็กได้รับรางวัลอะไรบ้าง
() 1.1 ไม่ได้รับ () 1.2 ได้รับรางวัล ระบุ.....

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในเขตอำเภอสวี จังหวัดชุมพร

4.1 ด้านการดูแลการบริโภคอาหาร

1. ขณะนี้เด็กของท่านดื่มนมจากขวดหรือไม่
() 1. ยังดื่มนมจากขวด () 2. เลิกแล้ว เลิกเมื่ออายุ.....เดือน
() 3. เด็กไม่ดื่มนมขวด.....(ข้ามไปถามข้อ 4)

2. เด็กเคี้ยวหลับโดยมีขบวนการค้ำในปากเป็นประจำหรือไม่
 0. เคย 1. ไม่เคย
3. เมื่อคุณนมเสร็จท่านให้เด็กดื่มน้ำตามหรือไม่
 0. ไม่ทำ 2. ทำบางครั้ง 3. ทำเป็นประจำ
4. เมื่อคุณน้ำหวาน น้ำผลไม้เสร็จท่านให้เด็กดื่มน้ำตาลหรือไม่
 0. ไม่ทำ 3. ทำเป็นประจำ
 2. ทำบางครั้ง 9. ไม่เคยกินน้ำหวาน น้ำผลไม้
5. ขนมหรือของกินเล่นประเภทใดที่ให้เด็กกินบ่อยที่สุดเวลานอกมื้ออาหาร
 1. ผลไม้ 4. เยลลี่
 2. ลูกอม ทอฟฟี่ ช็อคโกแลต 5. น้ำหวาน น้ำอัดลม
 3. ขนมปังกรอบ ขนมบรรจุเป็นถุง 6. อื่น ๆ ระบุ.....
6. หลังกินขนมแล้วท่านให้เด็กบ้วนปากเป็นประจำหรือไม่
 0. ไม่ทำ 1. ทำ

4.2 ด้านการทำความสะอาดช่องปาก

1. ขณะนี้เด็กของท่านเริ่มแปรงฟันหรือยัง
 0. ยัง (ข้ามไปถามข้อ 6) 1. แปรงแล้ว เริ่มแปรงเมื่ออายุ.....เดือน
2. เด็กได้แปรงฟันทุกวันหรือไม่
 0. บางวัน 1. ทุกวัน
3. ท่านช่วยแปรงฟันให้เด็กหรือไม่
 0. ให้เด็กแปรงเอง 1. ช่วยแปรงให้บางครั้ง
 2. ช่วยแปรงให้เป็นประจำ
4. วิธีแปรงฟันให้เด็กหรือที่ให้เด็กแปรง
 1. ถูไปมา 2. แปรงขึ้นลง
 3. ถูไปมาและแปรงขึ้นบน
5. ช่วงเวลาที่แปรงฟันให้เด็กหรือให้เด็กแปรงฟันเป็นประจำ
 1. ตอนเช้า 2. ก่อนนอน
 3. ตอนเช้าและก่อนนอน 4. อื่น ๆ ระบุ.....
6. เมื่อฟันเด็กยังไม่ขึ้นท่านเคยทำความสะอาดช่องปากให้เด็กหรือไม่
 0. ไม่เคย
 1. เคย ท่านทำอย่างไร

1.1 ใช้ผ้าหรือสำลีเช็ดทำความสะอาดเหงือก ลิ้น และกระพุ้งแก้ม

1.2 อื่น ๆ ระบุ.....

4.3 ด้านการตรวจฟันและการพาเด็กไปพบทันตบุคลากรสาธารณสุข

1. ท่านเคยให้เด็กอ้าปากแล้วตรวจดูฟันผุหรือดูความสะอาดฟันเด็กหรือไม่

0. ไม่เคย

1. ทำบางครั้ง

2. ทำเป็นประจำ

2. ท่านเคยพาเด็กไปหาหมอฟันหรือไม่

0. ไม่เคย

1. เคย สาเหตุที่พาเด็กไป

1.1 ฟันผุ

1.2 ปวดฟัน

1.3 เพื่อตรวจฟัน

1.4 เพื่อเคลือบฟลูออไรด์

1.5 อื่น ๆ ระบุ.....

ภาคผนวก ข

แนวทางการสัมภาษณ์

แนวทางการสัมภาษณ์ (Interview Guideline)

แนวทางการสัมภาษณ์เจาะลึกระดับครอบครัว : กรณีศึกษาสภาพการดำรงชีวิตและพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง

1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ปกครองและเด็กก่อนวัยเรียน

เด็ก : ชื่อ วันเดือนปีเกิด อายุ เป็นบุตรลำดับที่ จำนวนพี่น้อง สถานที่เลี้ยงเด็ก

ผู้ปกครอง :

1.1 ชื่อ อายุ ความสัมพันธ์กับเด็ก

1.2 ลักษณะครอบครัว

1.3 อาชีพ สถานที่ทำงาน ลักษณะการทำงาน

1.4 การเลี้ยงดู (ผู้รับผิดชอบ วิธีการดูแลอาหาร การนอน การทำความสะอาดร่างกาย การอบรมสั่งสอน) ฯลฯ

1.5 บทบาทหน้าที่ของคนในครอบครัวและ (ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในบ้าน การทำงาน การดูแลบ้าน การเตรียมอาหาร การดูแลเด็ก อำนาจในการตัดสินใจ ฯลฯ)

1.6 กิจกรรมประจำวันของแต่ละคน (กิน อยู่ หลับ นอน การทำงาน การพักผ่อน)

1.7 สิ่งอำนวยความสะดวกในครอบครัว เช่น ตู้เย็น โทรทัศน์

1.8 การรับรู้ข่าวสาร การเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารในด้านการดูแลสุขภาพ (เฉพาะด้านช่องปาก)

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก/การป้องกันและการรักษาโรค

ภาคผนวก ก

รูปภาพประกอบการสัมภาษณ์



อบรมผู้ช่วยวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการสัมภาษณ์



ขณะดำเนินการสัมภาษณ์จริง