

ภาคผนวก 1

วัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้ในการศึกษา

อุปกรณ์

1. ถาดวางเครื่องมือ
2. กระจกส่องในช่องปาก (mouth mirror)
3. ไบโชนิวทอนเข้าร่วมการศึกษา
4. แบบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา
5. แบบสัมภาษณ์
6. คู่มือการทำแบบสัมภาษณ์

ใบเชิญชวน

ขอเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคฟันผุในผู้ป่วยปากแห้ง และ / หรือเพดานโหว่ ที่มีอายุระหว่าง 18 - 36 เดือน”

เรียน ท่านผู้อ่านที่นับถือ

ข้าพเจ้า ทพ.ธีรพงศ์ มุทาโร กำลังศึกษาในระดับวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ใคร่ขอเล่าถึงโครงการวิจัยที่กำลังทำอยู่ และขอเชิญชวนท่านเข้าร่วมในโครงการนี้ ท่านผู้ปกครองคงจะเห็นแล้วว่าบุตรหลานของท่านที่มีปากแห้งเพดานโหว่นั้น พบว่ามีจำนวนฟันที่ผุตั้งแต่อายุยังน้อยอยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งสาเหตุของการเกิดฟันผุได้นั้นมีความหลากหลาย ไม่ว่าจะเกิดจากพฤติกรรมมารับประทานอาหารของบุตรหลานของตนเอง หรือเกิดจากลักษณะการเป็นปากแห้งเพดานโหว่ในบุตรหลานของท่านจึงทำให้มีความยากลำบากในการทำมาสะอาดช่องปาก หรืออาจจะเกิดจากพฤติกรรมในการเลี้ยงดูบุตรหลานของท่านเองก็ได้ ดังนั้นการทำความเข้าใจถึงเหตุผลที่แท้จริงเหล่านี้จึงมีส่วนในการช่วยทำความเข้าใจในเหตุผลทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับตัวเด็กเองและจากผู้ปกครอง ซึ่งจะทำให้ทีมสุขภาพสามารถวางแผนจัดรูปแบบของการให้ทันตศึกษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและผู้เลี้ยงดูเด็กได้ ซึ่งท่านเป็นบุคคลที่จะมีส่วนร่วมทำให้การวิจัยครั้งนี้ประสบผลสำเร็จ

ถ้าท่านตัดสินใจเข้าร่วมในโครงการนี้ จะมีขั้นตอนของการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับท่านและบุตรของท่านคือท่านจะได้รับการสัมภาษณ์โดยผู้ทำการวิจัย โดยแบบสัมภาษณ์มีจำนวนทั้งหมด 54 ข้อ ซึ่งจะใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาที และบุตรของท่านจะได้รับการตรวจภายในช่องปากพร้อมทั้งบันทึกภาพถ่าย ซึ่งนอกจากบุตรของท่านจะได้รับการตรวจตามวิธีมาตรฐานอย่างครบถ้วนแล้ว ท่านยังจะได้รับคำแนะนำและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก และของขวัญตอบแทนเล็กน้อยจากผู้ทำการวิจัย

ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ ท่านและบุตรจะยังคงได้รับการรักษาที่ดีเช่นเดียวกับผู้ป่วยคนอื่นๆ และถ้าท่านต้องการที่จะถอนตัวออกจากการศึกษานี้เมื่อใด ท่านก็สามารถกระทำได้อย่างอิสระ

ถ้าท่านมีคำถามใดๆ ก่อนที่จะตัดสินใจเข้าร่วมโครงการนี้ โปรดซักถามคณะผู้วิจัยได้อย่างเต็มที่

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ทพ.ธีรพงศ์ มุทาโร

นักวิจัย

หมายเหตุ : กรุณาอ่านข้อความให้เข้าใจก่อนเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการ

แบบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

โครงการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคฟันผุในผู้ป่วยปากแห้ง และ/หรือเพดานโหว่ ที่มีอายุระหว่าง 18 - 36 เดือน”

วันที่.....เดือน.....พ.

ศ.....

ข้าพเจ้า อายุ ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

.....จังหวัด..... เป็นผู้ปกครองของ

..... ได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยหรือจากวัสดุที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้วจึงยินยอมตอบแบบสัมภาษณ์รวมทั้งยินยอมให้..... ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก รวมทั้งได้รับการถ่ายภาพจากผู้วิจัย

หากข้าพเจ้าได้รับผลข้างเคียงจากการวิจัย ข้าพเจ้าและผู้ป่วยหรือผู้ถูกวิจัยจะได้รับการดูแลรักษาผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการจนกว่าภาวะที่เกิดจากผลข้างเคียงจะกลับเป็นปกติ โดยผู้รับผิดชอบโครงการวิจัยนี้คือ ทพ.ธีรพงศ์ มุทาโร สถานที่ติดต่อ ภาควิชาทันตกรรมป้องกัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เบอร์โทรศัพท์ 074-287669 หรือเมื่อมีปัญหาใดๆเกิดขึ้นเนื่องจากการทำวิจัยในเรื่องนี้ ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนไปที่คณะบดี คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90112 โทรศัพท์ 074-287510

หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบอย่างรวดเร็ว โดยไม่ปิดบัง

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะขอการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยมีต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า โดยการงดการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่ผลกระทบทต่อการได้รับบริการหรือการรักษาที่ข้าพเจ้าจะได้รับแต่ประการใด

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะไม่เปิดเผยข้อมูลหรือผลการวิจัยของข้าพเจ้าเป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน จะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ โดยนักวิจัยได้ให้สำเนาแบบยินยอมที่ลงนามแล้วกับข้าพเจ้าเพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน จำนวน 1 ชุด

ลงนาม.....บิดา / ผู้ใช้อำนาจปกครอง

ลงนาม.....มารดา

ลงนาม.....ผู้รับผิดชอบโครงการ

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว และข้าพเจ้าจึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....บิดา / ผู้ใช้อำนาจปกครอง

ลงนาม.....มารดา

ลงนาม.....ผู้รับผิดชอบโครงการ

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

แบบสัมภาษณ์

ID ลำดับที่ SAMPLE TYPE (Case / Control)

“ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคฟันผุในผู้ป่วยปากแหว่ง และ / หรือเพดานโหว่ที่มีอายุระหว่าง 18-36 เดือน”

1. ข้อมูลของผู้ป่วย

1.1. วันที่ตอบแบบสัมภาษณ์ วันที่นัดครั้งต่อไป
..... เวลา.....

1.2. ชื่อ-สกุลผู้ป่วย (เด็กหญิง / เด็กชาย)
..... HN.

1.3. วัน / เดือน / ปีเกิด **pt1.3** (..... เดือน)

1.4. **pt 1.4** ภูมิลำเนา

1 <input type="checkbox"/>	จ.สงขลา	<input type="checkbox"/>	2	จ.พัทลุง	<input type="checkbox"/>	3	จ.สตูล
4 <input type="checkbox"/>	จ.ปัตตานี	5 <input type="checkbox"/>	จ.ยะลา	6 <input type="checkbox"/>	จ.นราธิวาส		
7 <input type="checkbox"/>	จ.นครศรีธรรมราช	8 <input type="checkbox"/>	จ.ตรัง	9 <input type="checkbox"/>	อื่นๆ		

1.5. **pt 1.5** สถานพยาบาล

1 <input type="checkbox"/>	รพ.ทันตกรรม	<input type="checkbox"/>	2	รพ.หาดใหญ่	<input type="checkbox"/>	3	รพ.ปัตตานี
4 <input type="checkbox"/>	รพ.มอ.	5 <input type="checkbox"/>	รพ.ตรัง	6 <input type="checkbox"/>	รพ.สงขลา		

1.6. **pt 1.6** ลักษณะของปากแหว่งเพดานโหว่ที่ตรวจพบ

1 No cleft

- Cleft lip or cleft palate only

2 Only lip

5 Only palate

3 Unilateral cleft lip and palate/alveolus

- Side **side**

1 Right side

1 Left side

4 Bilateral cleft lip and palate/alveolus

1.7. **pt 1.7** Craniofacial deformity

1 No 2 Yes

1.8. **pt 1.8** History of wearing obturator

1 No 2 Yes, from Hospital,

duration Duration Months

1.9. **pt 1.9** Other syndromes

1 No 2 Yes

1.10. **pt 1.10** Repaired palate

1 No 2 Yes 3 No need

2. ข้อมูลของผู้เลี้ยงดูเด็กในปัจจุบัน

2.1. **careg2.1** ใครเป็นผู้ที่เลี้ยงดูเด็กโดยส่วนใหญ่

1 มารดา 2 ยาย/ย่า 5 อื่นๆ ระบุ.....

2.2. วัน / เดือน / ปีเกิดของผู้เลี้ยงดูเด็ก **careg2.2** อายุ
..... ปี

2.3. **careg2.3** ศาสนา

1 พุทธ 2 อิสลาม 5 คริสต์ / อื่นๆ

ระบุ.....

3. ข้อมูลประวัติทางครอบครัว

3.1. **famil 3.1** จำนวนลูกทั้งหมดรวมคนนี้ คน

3.2. **famil 3.2** บุตรคนนี้เป็นคนลำดับที่

3.3. **famil 3.3** จำนวนคนที่อาศัยอยู่ในครอบครัวทั้งหมด คน

3.4. **famil 3.4** ประวัติของการเกิดปากแหว่ง เพดานโหว่ หรือ Craniofacial deformity อย่งอื่น
ที่พบในญาติพี่น้อง

1 ไม่มี 2 มี ชนิด ใครที่เป็น

4. พฤติกรรมสุขภาพ

1. **behav1** ฟันของลูกของท่าน เริ่มงอกตั้งแต่อายุ เดือน

2. **behav2** ลูกของท่าน (ชื่อเด็ก) เคยได้รับการทำความสะอาดเหงือกและฟันบ้างหรือไม่

2 **when2.1** เคย ตั้งแต่ 1 ไม่เคย (ข้ามไปตอบข้อ

10)

3. ปัจจุบันใครเป็นผู้ที่ทำความสะอาดเหงือกและฟันให้กับลูกบ้าง (3.1) / ใครที่ทำบ่อยที่สุด

(3.2)

(cle3.2)

(cle3.2)

cle3.1.1 2 / ตัวท่านเอง, **cle3.1.2** / ตัวเด็กเองและคนอื่น

ระบุ

cle3.1.3 2 / ตัวเด็กเอง, **cle3.1.4** / คนอื่นๆ ระบุ

.....

4. ในปัจจุบันท่านทำความสะอาดเหงือกและฟันให้กับลูกด้วยวิธีใดบ้าง (4.1) / บ่อยครั้งแต่

ไหน (4.2) / วิธีการใดมากที่สุด (4.3)

(metho4.3)

(metho4.3)

met4.1.1 2 / **oft4.2.1** 1 แปรงสีฟัน , **met4.1** / **oft4** ผ้า /
คำลึชบน้ำ

met4.1.3 2 / **oft4.2.** 3 ใช้ไหมขัดฟัน, **met4.1** / **oft4.** /4 ใช้
ไม้จิ้มฟัน

5. มากกว่า 2 ครั้งต่อ

4. วันละ 2 ครั้ง

วัน

2. ไม่ได้ทำความสะอาดทุกวัน

3. วันละ 1 ครั้ง

1. ไม่เคย

5. **behav5** ลูกของท่านแปรงฟันเองบ่อยครั้งแค่ไหน

5. มากกว่า 2 ครั้งต่อ

4. วันละ 2 ครั้ง

1. ไม่เคย

วัน

2. ไม่ได้ทำความสะอาดทุกวัน

3. วันละ 1 ครั้ง

6. **behav6** ในปัจจุบันช่วงเวลาใดที่ลูกได้รับการแปรงฟัน

1

หลังตื่นนอนเพียงอย่างเดียว

2

ก่อนเข้านอนเพียงอย่างเดียว

3

ทั้งหลังตื่นนอนและก่อนเข้านอน

4

หลังรับประทานอาหารทุก

ครั้ง

5

อื่นๆ

6

ไม่เคย

7. ในบริเวณที่มีปากแหว่งเพดานโหว่ลูกของท่านเคยได้รับการทำความสะอาดเหงือกและฟันหรือไม่ / ด้วยวิธีใดบ้าง(**careare7**)

2 เคย

1 ไม่เคย

2 แปรงสีฟัน (**careare7.1**)

ผ้า/สำลีชุบน้ำ (**careare 7.2**)

2 ใช้ไหมขัดฟัน (**careare7.3**)

ใช้ไม้จิ้มฟัน (**careare 7.4**)

8. พฤติกรรมการแปรงฟันให้กับบุตรของผู้เลี้ยงดูเด็ก

brush8.1 สามารถสาธิตการแปรงฟันได้หรือไม่ ได้ ไม่ได้

brush8.2 ความครอบคลุมบริเวณในช่องปาก

3 ดี

2 ปานกลาง

1 ไม่ดี

brush8.3 การเคลื่อนที่ของแปรง

2

ถูกดี 1

ไม่ได้

ถูกต้อง

brush8.4 ตำแหน่งของการวางแปรงสีฟัน 2

ถูกดี 1

ไม่ได้

ถูกต้อง

brush 8.5 เวลาโดยเฉลี่ยที่ใช้ในการแปรงฟันในขณะที่อยู่ที่บ้าน

นาที

brush8.6 Ability to clean in cleft related area

1

ไม่ได้

9. **behav9** เมื่อลูกร้องไห้หรือไม่ยอมทำความสะอาดในช่องปาก โดยส่วนใหญ่แล้วท่านมีวิธีการจัดการอย่างไรในการให้ลูกทำความสะอาดช่องปาก

4 ปลอ่ยและไม่แปรงฟัน

3 บังคับให้แปรงต่อไป

2 หาวิธีหลอกล่อหรือชักชวนเพื่อแปรงฟัน

ลูกไม่เคยไม่ยอมทำความสะอาด

สะอาด

5 อื่นๆ

10. **behav10** ปัจจุบันเมื่อลูกร้อง โดยส่วนใหญ่ท่านทำอย่างไรให้ลูกหยุดร้อง

- 1 ปล่อยให้ร้อง
 2 เฉยๆปล่อยให้หยุดเอง
 3 ให้ของเล่น
 4 ให้นมหรือขนม
 5 อื่นๆ

11. ตั้งแต่ฟันน้ำนมเริ่มขึ้นมาในช่องปากจนถึงขณะนี้ ลูกของท่านกินอาหารเหล่านี้บ่อยครั้ง
เพียงใด

อาหาร	ความถี่ในการรับประทาน				
	วันละ หลายๆ ครั้ง (5)	วันละ 1 ครั้ง (4)	สัปดาห์ ละหลาย ครั้ง (3)	สัปดาห์ ละ 1 ครั้ง (2)	น้อย มาก,ไม่ เคยกิน (1)
Food11.1 น้ำผลไม้คั้นสด เช่น น้ำส้มที่คั้น เอง					
Food11.2 ขนมหวาน / ขนมพื้นบ้านไทย					
Food11.3 ไอศกรีม					
Food 11.4 ลูกอม / ท็อปปี้					
Food 11.5 ขนมถุง / ขนมขบเคี้ยวที่มีหรือ เคลือบน้ำตาล					
Food 11.6 น้ำอัดลม					
Food 11.7 น้ำหวานต่างๆที่มีน้ำตาลเป็นส่วน ประกอบ					
Food 11.8 น้ำผลไม้สำเร็จรูป เช่น ยูนิฟ, ทิป					

	โก					
Food 11.9	นมชงที่ผสมน้ำตาล หรือสารที่ทำให้ ให้นมมีรสหวาน					
Food 1110	นมข้นหวานชง					
Food 1111	โอวัลติน, ไมโล ชงใส่นมข้น หวานหรือน้ำตาล					
Food 1112	นมที่ผสมน้ำผลไม้ หรือนมกล่อง รสหวาน หรือนมเปรี้ยว					

12. ตั้งแต่พิน้ำนมเริ่มขึ้นมาในช่องปากจนถึงขณะนี้ โดยส่วนใหญ่ลูกของท่านกินนมอื่นที่ไม่ใช่
นมแม่เป็นนมประเภทใดบ้าง

2 นมกล่องรสจืด (**milk12.1**) นมกล่องรสหวาน (**milk12.2**)

2 นมข้นหวานชง (**milk12.3**) นมที่ผสมน้ำผลไม้ (**milk12.4**)

2 นมชงรสจืด (**milk12.5**) นมชงที่ผสมน้ำตาล หรือสารที่ทำให้มีรสหวาน

(**milk12.6**)

5 อื่นๆ (**milk12.7**)

13. **behav13** ตั้งแต่พิน้ำนมเริ่มขึ้นมาในช่องปากจนถึงขณะนี้ ท่านได้เคยเอาอาหารอย่างอื่นที่
ไม่ใช่นมผงชง หรือน้ำเปล่าใส่ขวดนมให้เด็กกินหรือไม่

1 ไม่เคย 2 เคย ระบุ

14. **behav14** ตอนนี้ลูกของท่านเลิกดื่มนมขวดแล้วหรือยัง

3 ยังไม่เลิก 2 เลิกไปแล้ว ตั้งแต่อายุ 1 ไม่เคยกิน

• โดยส่วนใหญ่ท่านเคยให้นมขวดแก่ลูกอย่างไร (**meth14.1**)

1 ให้กินเป็นเวลา เฉพาะเวลามีอาหารเท่านั้น

2 ให้เฉพาะเวลาลูกจะนอน (อาจเป็นกลางวันหรือกลางคืน)

3 ให้เฉพาะมีอาหาร และก่อนนอน

4 ให้ทั้งวันเท่าที่เด็กต้องการ หรือร้องขอทั้งกลางวันและกลางคืน

15. **behav15** ตอนนี้ลูกของท่านเลิกกินนมแม่แล้วหรือยัง

3 ยังไม่เลิก 2 เลิกไปแล้ว ตั้งแต่อายุ 1 ไม่เคยกิน

• โดยส่วนใหญ่ท่านเคยให้นมแม่แก่ลูกอย่างไร (**meth15.1**)

- 1 ให้กินเป็นเวลา เฉพาะเวลามีอาหารเท่านั้น
- 2 ให้เฉพาะเวลาลูกจะนอน (อาจเป็นกลางวันหรือกลางคืน)
- 3 ให้เฉพาะมีอาหาร และก่อนนอน
- 4 ให้ทั้งวันเท่าที่เด็กต้องการ หรือร้องขอทั้งกลางวันและกลางคืน
16. **behav16** ตั้งแต่ฟันน้ำนมเริ่มขึ้นมาในช่องปากจนถึงขณะนี้ ท่านเคยได้ให้ลูกกินน้ำตามหลังจากกินนมแม่ หรือนมขวด / หลังจากกินอาหารหรือไม่
- 1 ไม่เคย 2 กินบ้าง ไม่กินบ้าง
- 3 กินเป็นประจำทุกครั้งที่กินเป็นประจำทุกครั้งที่ยกเว้นเวลานอนหลับตอนกลางคืน
17. **behav17** ตั้งแต่ฟันน้ำนมเริ่มขึ้นมาในช่องปากจนถึงขณะนี้ ลูกของท่านเคยนอนจนหลับหลับตอนคุณนมขวดบ้างหรือไม่
- 3 ทุกครั้ง 2 บางครั้ง 1 ไม่เคย
18. **behav18** ตั้งแต่ฟันน้ำนมเริ่มขึ้นมาในช่องปากจนถึงขณะนี้ ถ้าลูกเคยหลับตอนคุณนมลูกของท่านหลับคาขวดนมแบบไหน
- 1 หลับแล้วเอาออกทันที
- 2 หลับคาไว้ประมาณ 5-10 นาทีแล้วเอาออก
- 3 หลับคาโดยนมคาปากตลอดคืน
19. **behav19** ตั้งแต่ฟันน้ำนมเริ่มขึ้นมาในช่องปากจนถึงขณะนี้ ถ้าลูกตื่นขึ้นมาในตอนกลางคืน ท่านเคยได้ให้เด็กกินนมอีกหรือไม่
- 3 ทุกครั้ง 2 บางครั้ง 1 ไม่เคย
20. **behav20** ท่านรู้จักฟลูออไรด์หรือไม่
- 2 รู้จัก ไม่รู้จัก
21. **behav21** ตอนนี้ลูกของท่านใช้ยาสีฟันยี่ห้ออะไร
- 1 ไม่เคยใช้ยาสีฟัน
- 2 ใช้ยาสีฟัน..... (มีส่วนผสมของฟลูออไรด์)
- 3 ใช้ยาสีฟัน..... (ไม่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์)
22. **behav22** ลูกของท่านได้กินยาเม็ดหรือยาน้ำฟลูออไรด์ / เคลือบฟลูออไรด์เจล หรือไม่

- ไม่เคย 2 เคยแต่ไม่สม่ำเสมอ
 เคยอย่างสม่ำเสมอ ไม่ทราบ

5. percept5 การรับรู้ต่อสุขภาพช่องปาก

	ดีมาก (5)	ดี (4)	ปานกลาง (3)	แย่มาก (2)	แย่มาก (1)	ไม่ทราบ (6)
ท่านคิดว่าสุขภาพฟันของลูกหลานของท่านเป็นอย่างไรบ้าง						

6. ทศนคติที่มีต่อการดูแลสุขภาพช่องปากให้กับบุตร

	เห็นด้วย (3)	เฉยๆ (2)	ไม่เห็นด้วย (1)	ไม่ทราบ (6)
attit6.1 การแปรงฟันให้กับลูกเป็นเรื่องที่ยากลำบาก				
attit6.2 ครอบครัวของท่านไม่มีเงินเพียงพอที่จะซื้อยาสีฟันและแปรงสีฟัน				
attit6.3 ท่านรู้สึกสงสารลูก/กลัวลูกเจ็บ จึงไม่อยากบังคับให้ลูก แปรงฟัน				
attit6.4 ลูกควรจะได้รับความช่วยเหลือในการแปรงฟันจากผู้ปกครอง				
attit6.5 ไม่ว่าลูกจะแปรงฟันอย่างสม่ำเสมอทุกวันหรือไม่ ลูกก็จะมีฟันผุได้อยู่ดี				
attit6.6 ท่านรู้สึกกังวลว่าลูกกำลังจะมีฟันผุมากกว่าเด็กอื่นๆ				
attit6.7 ท่านรู้สึกกังวลอย่างมากที่ลูกจะต้องสูญเสียฟันไปเนื่องจากมีฟันผุ				

7. ประสบการณ์ต่อการมาทำฟัน

7.1. **exper7.1** ภายในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้พาลูกมาทำฟันหรือไม่2 มา ไม่มา เพราะ

.....

7.2. **exper7.2** เหตุผลที่ท่านได้พาลูกมาทำฟันคืออะไร2 เข้าตรวจตามกำหนดนัดหมาย เจ็บปวด / มีอาการฉุกเฉิน5 อื่นๆ ระบุ7.3. **exper7.3** ท่านเคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการในการทำความสะอาดช่องปากจากทันตบุคลากรบ้างหรือไม่1 ไม่เคยได้รับ เคยได้รับ เรื่อง

.....

8. ปัจจัยพื้นฐานของผู้เลี้ยงดูเด็ก

8.1. อาชีพของผู้เลี้ยงดูเด็ก **careg8.1**1 รับราชการ2 แม่บ้าน3 ค้าขาย4 เกษตรกร รับจ้าง7 ธุรกิจส่วนตัว5 อื่นๆ8.2. การศึกษาสูงสุดของผู้เลี้ยงดูเด็ก **careg8.2** ไม่ได้เรียน2 เรียนแต่ไม่จบ ป.43 จบประถมต้น (ป.4)4 จบประถมปลาย (ป.6/ป.7)6 จบมัธยมต้น7 จบมัธยมปลาย8 จบอนุปริญญาหรือเทียบเท่า9 จบปริญญาตรีหรือเทียบเท่า

เท่า

10 สูงกว่าปริญญาตรี5 อื่นๆ8.3. รายได้รวมของพ่อ - แม่ **careg8.3**

โดยเฉลี่ยต่อเดือน

1 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,000 บาท / เดือน 2 ระหว่าง 2,000 - 5,000 บาท / เดือน3 ระหว่าง 5,000 - 10,000 บาท / เดือน4 ระหว่าง 10,000 - 15,000 บาท / เดือน5 มากกว่า 15,000 บาท / เดือน ขึ้นไป

8.4. ท่านคิดว่ารายได้รวมของครอบครัวเพียงพอกับค่าใช้จ่ายเพื่อดูแลลูกคนนี้หรือไม่

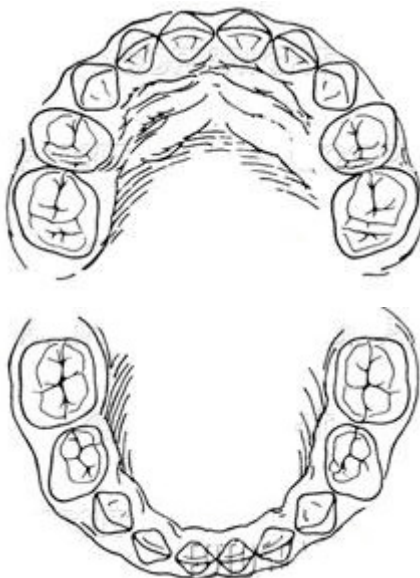
careg8.4

2 เพียงพอ

1 ไม่เพียงพอ เพราะ

Oral examination

1. Presence of teeth



2. Criteria for scoring the Dental caries status (modified WHO 1997)

A : Sound

B : Decayed (B1 : non-cavitated carious lesion, B2 : cavitated carious lesion)

C : Filled, with decayed

F : Missing, any other reason

D : Filled, with no decayed

I : Unerupted tooth

E : Missing, as a result of dental caries

9 : Not recorded

UPPER TEETH						
	<u>All</u>	<u>M</u>	<u>D</u>	<u>B</u>	<u>L</u>	<u>O</u>
55						
54						
53						
52						
51						
61						
62						
63						
64						
65						

dmft = _____

LOWER TEETH						
	<u>All</u>	<u>M</u>	<u>D</u>	<u>B</u>	<u>L</u>	<u>O</u>
75						
74						
73						
72						
71						
81						

LOWER TEETH	All	M	D	B	L	D
75						
74						
73						
72						
71						
81						
82						
83						
84						
85						

dmf/tooth = _____

3. Criteria for scoring the Dental plaque

- 0 : No plaque deposit
- 1 : Plaque deposit only at gingival third of labial surface
- 2 : Plaque deposit from gingival third to middle third of labial surface
- 3 : Plaque deposit from gingival third to incisal third of labial surface

TOOTH	PLAQUE SCORE			
	0	1	2	3
51				
61				
71				
81				

4. Coverage area of Brushing

S1B	S1B	S1L	S2la	S3L	S3B
			Cleft area		
			Tongue		
			S6ll		
S6B	S6B	S6L	S5la	S4L	S4B

- Sum of plaque score = _____ plaque1 per tooth = _____ plaque2
- Sum of coverage area = _____ / 17. brush8.2

คู่มือการทำแบบสัมภาษณ์

“ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคฟันผุในผู้ป่วยปากแหว่ง และ / หรือเพดานโหว่ที่มีอายุระหว่าง 18-36 เดือน”

ลำดับการสัมภาษณ์

1. แนะนำตัวผู้ทำการศึกษา และขออนุญาตผู้เข้าร่วมการวิจัย
2. ตรวจสอบประวัติการเจ็บป่วยของเด็ก
3. สัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดูเด็ก
4. ให้ผู้เลี้ยงดูเด็กสาธิตการแปรงฟันให้กับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่
5. ตรวจโรคฟันผุ

1. ข้อมูลของผู้ป่วย

1. วันที่ตอบแบบสัมภาษณ์
2. ชื่อ-สกุลของผู้ป่วย
3. วัน / เดือน / ปี เกิด
4. ภูมิลำเนา
5. สถานพยาบาลที่ทำการตรวจ
6. ลักษณะของปากแหว่งเพดานโหว่ที่ตรวจพบ
7. Craniofacial deformity
8. History of wearing obturator
9. Other syndromes
10. Repaired palate

2. ข้อมูลของผู้เลี้ยงดูเด็กในปัจจุบัน

1. ใครเป็นผู้ที่เลี้ยงดูเด็กโดยส่วนใหญ่
2. คำตอบในข้อนี้ต้องเป็นคนเดียวกับผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ฉบับนี้
3. วัน / เดือน / ปีเกิดของผู้เลี้ยงดูเด็ก
4. ศาสนา

3. ข้อมูลประวัติทางครอบครัว

1. จำนวนลูกทั้งหมดรวมคนนี้
2. บุตรคนนี้เป็นคนลำดับที่
3. จำนวนคนที่อาศัยอยู่ในครอบครัวทั้งหมด
4. ประวัติของการเกิดปากแหว่ง เพดานโหว่ หรือ Craniofacial deformity อย่างอื่น

4. พฤติกรรมสุขภาพ (ให้ตอบตามพฤติกรรมโดยส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นเมื่อฟันเริ่มงอกขึ้นมาในช่องปาก)

1. ฟันของลูกของท่าน เริ่มงอกตั้งแต่อายุ
2. ลูกของท่านเคยได้รับการทำความสะอาดเหงือกและฟันบ้างหรือไม่
ถ้าตอบไม่เคย ให้ข้ามไปตอบข้อ 9
3. ปัจจุบันใครเป็นผู้ที่ทำความสะอาดเหงือกและฟันให้กับลูกบ้าง (3.1) / ใครที่ทำบ่อยที่สุด (3.2)
 - 3.1 เลือกตอบได้หลายข้อ
 - 3.2 เลือกตอบเพียงข้อเดียวเท่านั้น
4. ในปัจจุบันท่านทำความสะอาดเหงือกและฟันให้กับลูกด้วยวิธีใดบ้าง (4.1) / บ่อยครั้งแค่ไหน (4.2)
วิธีการใดมากที่สุด (4.3)
 - 4.1 เลือกตอบได้หลายข้อ
 - 4.2 เลือกคำตอบจากตัวเลือกทางด้านล่างเติมลงไปช่อง เท่ากับจำนวนข้อที่ตอบใน 4.1
 - 4.3 เลือกตอบเพียงข้อเดียวเท่านั้น ซึ่งคำตอบจะต้องสัมพันธ์กันกับข้อ 4.2
5. ลูกของท่านแปรงฟันเองบ่อยครั้งแค่ไหน
เลือกคำตอบเฉพาะในกรณีที่เด็กแปรงฟันด้วยตัวเองเท่านั้น
6. ในปัจจุบันช่วงเวลาใดที่ลูกได้รับการแปรงฟัน
เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวเท่านั้น
7. ในบริเวณที่มีปากแหว่งเพดานโหว่ลูกของท่านได้รับการทำความสะอาดเหงือกและฟันด้วยวิธีใด
ถ้าเคย สามารถเลือกตอบได้หลายข้อ
8. พฤติกรรมการแปรงฟันให้กับบุตรของผู้เลี้ยงดูเด็ก
ผู้วิจัยทำการสังเกตจากการปฏิบัติของผู้เลี้ยงดูเด็กโดยตรง โดยอ้างอิงตามวิธีการแปรงฟันแบบสกรับใน
แนวนอน
 - 8.1 สามารถสาธิตการแปรงฟันได้หรือไม่
 - 8.2 ความครอบคลุมกับบริเวณในช่องปาก

ดี- ครอบคลุมทั้ง 17 ด้านในช่องปาก รวมถึงแปรงบริเวณลิ้น แต่ยกเว้นบริเวณที่มีรอยปากแหว่งเพดาน
โหว่

ปานกลาง - ครอบคลุมไม่ครบทั้ง 17 ด้านในช่องปาก แต่สามารถแปรงได้ครอบคลุมตั้งแต่ 8 ด้านขึ้นไป

ไม่ดี - ครอบคลุมได้น้อยกว่า 8 ด้าน
 - 8.3 การเคลื่อนที่ของแปรง

ไม่ถูกต้อง

ถูกต้อง - ชับไปในแนวนอนในทิศทางเดียว ฎไปมาเป็นระยะทางสั้น ๆ และออกแรงกดเล็กน้อย
 - 8.4 ตำแหน่งของการวางแปรงสีฟัน

ไม่ถูกต้อง

ถูกต้อง - วางขนแปรงบริเวณผิวฟัน ตั้งฉากกับแกนฟัน และครอบคลุมขอบเหงือกเพียงเล็กน้อย
 - 8.5 เวลาที่ใช้ในการแปรงฟัน (นาที)
จากการสอบถามผู้เลี้ยงดูเด็กถึงเวลาโดยเฉลี่ยขณะที่แปรงฟันอยู่ที่บ้าน
 - 8.6 Ability to clean in cleft related area in cleft lip cases
ดูจากความครอบคลุมของการแปรงฟันที่ Upper anterior segment (labial site only)

9. เมื่อลูกร้องไห้หรือไม่ยอมทำความสะอาดในช่องปาก โดยส่วนใหญ่แล้วท่านมีวิธีการจัดการอย่างไรในการให้ลูกทำความสะอาดช่องปาก
เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวเท่านั้น
10. ปัจจุบันเมื่อลูกร้อง โดยส่วนใหญ่ท่านทำอย่างไรให้ลูกหยุดร้อง
เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวเท่านั้น
11. ตั้งแต่ฟันน้ำนมเริ่มขึ้นมาในช่องปากจนถึงขณะนี้ ลูกของท่านกินอาหารเหล่านี้บ่อยครั้งเพียงใด
เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวเท่านั้น
12. ตั้งแต่ฟันน้ำนมเริ่มขึ้นมาในช่องปากจนถึงขณะนี้ โดยส่วนใหญ่ลูกของท่านกินนมอื่นที่ไม่ใช่นมแม่เป็นนมประเภทใด
เลือกตอบได้หลายข้อ
13. ตั้งแต่ฟันน้ำนมเริ่มขึ้นมาในช่องปากจนถึงขณะนี้ ท่านได้เคยเอาอาหารอย่างอื่นที่ไม่ใช่นมผงชง หรือน้ำเปล่าใส่ขวดนมให้เด็กกินหรือไม่
เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวเท่านั้น
14. ตอนนี้ลูกของท่านเลิกดูดนมขวดแล้วหรือยัง
เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวเท่านั้น
โดยส่วนใหญ่ท่านเคยให้นมขวดแก่ลูกอย่างไร (14.1)
เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวเท่านั้น
15. ตอนนี้ลูกของท่านเลิกกินนมแม่แล้วหรือยัง
เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวเท่านั้น
โดยส่วนใหญ่ท่านเคยให้นมแม่แก่ลูกอย่างไร (15.1)
เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวเท่านั้น
16. ตั้งแต่ฟันน้ำนมเริ่มขึ้นมาในช่องปากจนถึงขณะนี้ ท่านเคยได้ให้ลูกกินน้ำตามหลังจากกินนมแม่ หรือนมขวด / หลังจากกินอาหารหรือไม่
เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวเท่านั้น
17. ตั้งแต่ฟันน้ำนมเริ่มขึ้นมาในช่องปากจนถึงขณะนี้ ลูกของท่านเคยนอนจนหลับสนิทตอนดูดนมขวดบ้างหรือไม่
เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวเท่านั้น
18. ตั้งแต่ฟันน้ำนมเริ่มขึ้นมาในช่องปากจนถึงขณะนี้ ถ้าลูกเคยหลับตอนดูดนมลูกของท่านหลับคาขวดนมแบบไหน
เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวเท่านั้น
19. ตั้งแต่ฟันน้ำนมเริ่มขึ้นมาในช่องปากจนถึงขณะนี้ ถ้าลูกตื่นขึ้นมาในตอนกลางคืน ท่านเคยได้ให้เด็กกินนมอีกหรือไม่
เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวเท่านั้น
20. ท่านรู้จักฟลูออไรด์หรือไม่
เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวเท่านั้น
21. ตอนนี้ลูกของท่านใช้ยาสีฟันยี่ห้ออะไร
เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวเท่านั้น

22. ลูกของท่านได้กินยาเม็ดหรือยาน้ำฟลูออไรด์ / เคลือบฟลูออไรด์เจล หรือไม่
เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวเท่านั้น

5. การรับรู้ต่อสุขภาพช่องปาก

- เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวเท่านั้น

6. ทักษะที่มีต่อการดูแลสุขภาพช่องปากให้กับบุตร

- เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวเท่านั้น

7. ประสบการณ์ต่อการมาทำฟัน

7.1 ภายในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้พาลูกมาทำฟันหรือไม่

- เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวเท่านั้น

7.2 เหตุผลที่ท่านได้พาลูกมาทำฟันคืออะไร

- เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวเท่านั้น

7.3 ท่านเคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการในการทำความสะอาดช่องปากจากทันตบุคลากรบ้างหรือไม่

- เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวเท่านั้น

8. ปัจจัยพื้นฐานของผู้เลี้ยงดูเด็ก

7.4 อาชีพของผู้เลี้ยงดูเด็ก

- เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวเท่านั้น

7.5 การศึกษาสูงสุดของผู้เลี้ยงดูเด็ก

- เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวเท่านั้น

7.6 รายได้รวมของพ่อ - แม่โดยเฉลี่ยต่อเดือน

- เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวเท่านั้น

7.7 ท่านคิดว่ารายได้รวมของครอบครัวเพียงพอกับค่าใช้จ่ายเพื่อดูแลลูกคนนี้หรือไม่

- เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวเท่านั้น

Oral examination

1. Presence of teeth

- a. วาดลักษณะของรอยปากแหว่งเพดานโหว่ และการยื่นผิดปกติตำแหน่งของฟัน
- b. กากบาททับในซี่ฟันที่ยังไม่ขึ้นหรือหายไป

2. Criteria for scoring the Dental caries status (modified WHO 1997)

- ทำการตรวจที่บริเวณด้านใกล้กลาง, ด้านไกลกลาง, ด้านแก้ม และด้านลิ้นของฟันน้ำนมทุกซี่
- ทำการตรวจด้วยสายตา และไม่ใช้เครื่องมือใด ๆ ในการเขียน

A : Sound

B : Decayed (B1 : non-cavitated carious lesion, B2 : cavitated carious lesion)

C : Filled, with decayed

F : Missing, any other reason

D : Filled, with no decayed

I : Unerupted tooth

E : Missing, as a result of dental caries

9 : Not recorded

- Sum of dmft

- Sum of dmft / tooth presence

3. Criteria for scoring the Dental plaque

- ทำการตรวจด้วยการใช้โพรบลากไปบนผิวฟันด้านแก้มโดยเริ่มต้นจากด้านปลายฟันไปยังด้านคอฟันของฟันซี่ '51, 61, 71 และฟันซี่ '81

0 : No plaque deposit

1 : Plaque deposit only at gingival third of labial surface

2 : Plaque deposit from gingival third to middle third of labial surface

3 : Plaque deposit from gingival third to incisal third of labial surface

- Sum of plaque score

- Sum of plaque score / tooth examined

4. Coverage area of brushing

- ทำเครื่องหมายถูกใน segtant ที่ได้รับการแปรงฟัน
- คำนวณจากทั้งหมด 16 segtant + tongue area = 17 และไม่รวม cleft area
- Labial site of upper anterior segtant จะบอกถึง Ability to clean in cleft related area

ภาคผนวก 2

เอกสารรับรองความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัย



ที่ ศธ 0521.1.03/ 0622

คณะทันตแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผู้ไปรษณีย์เลขที่ 17
ที่ทำการไปรษณีย์โทรเลขคองหงส์
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90112

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า

โครงการวิจัยเรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคฟันผุในผู้ป่วยปากแห้ง และ / หรือเพดานโหว่ ที่มีอายุระหว่าง
18-24 เดือน"

หัวหน้าโครงการ นายธีรพงศ์ มุทาโร

สังกัดหน่วยงาน ภาควิชาทันตกรรมป้องกัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัย (Ethics Committee)
ซึ่งเป็นคณะกรรมการพิจารณาศึกษาการวิจัยในคนของคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ แล้ว

ให้ไว้ ณ วันที่ 7 กรกฎาคม 2547

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุวรรณา จิตกิตติบดีสินธุ์)
รองคณบดีฝ่ายวิจัยและวิเทศสัมพันธ์
ประธานกรรมการ

กรรมการ
(รองศาสตราจารย์วิลาศ สัตยศักดิ์สกุล)

กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศรียา ศรีสินทร)

กรรมการ
(นายแพทย์วรพงศ์ เชาวนัญเวชช)

ไม่ได้เข้าร่วมประชุม กรรมการ
(ดร.สุธี อยู่สกลาพร)

ไม่ได้เข้าร่วมประชุม กรรมการ
(อ.ทพ.วรพงษ์ ปัญญาสงค์)

กรรมการ
(อ.ทพญ.อังคณา เรียงมนตรี)