



ภาคผนวก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

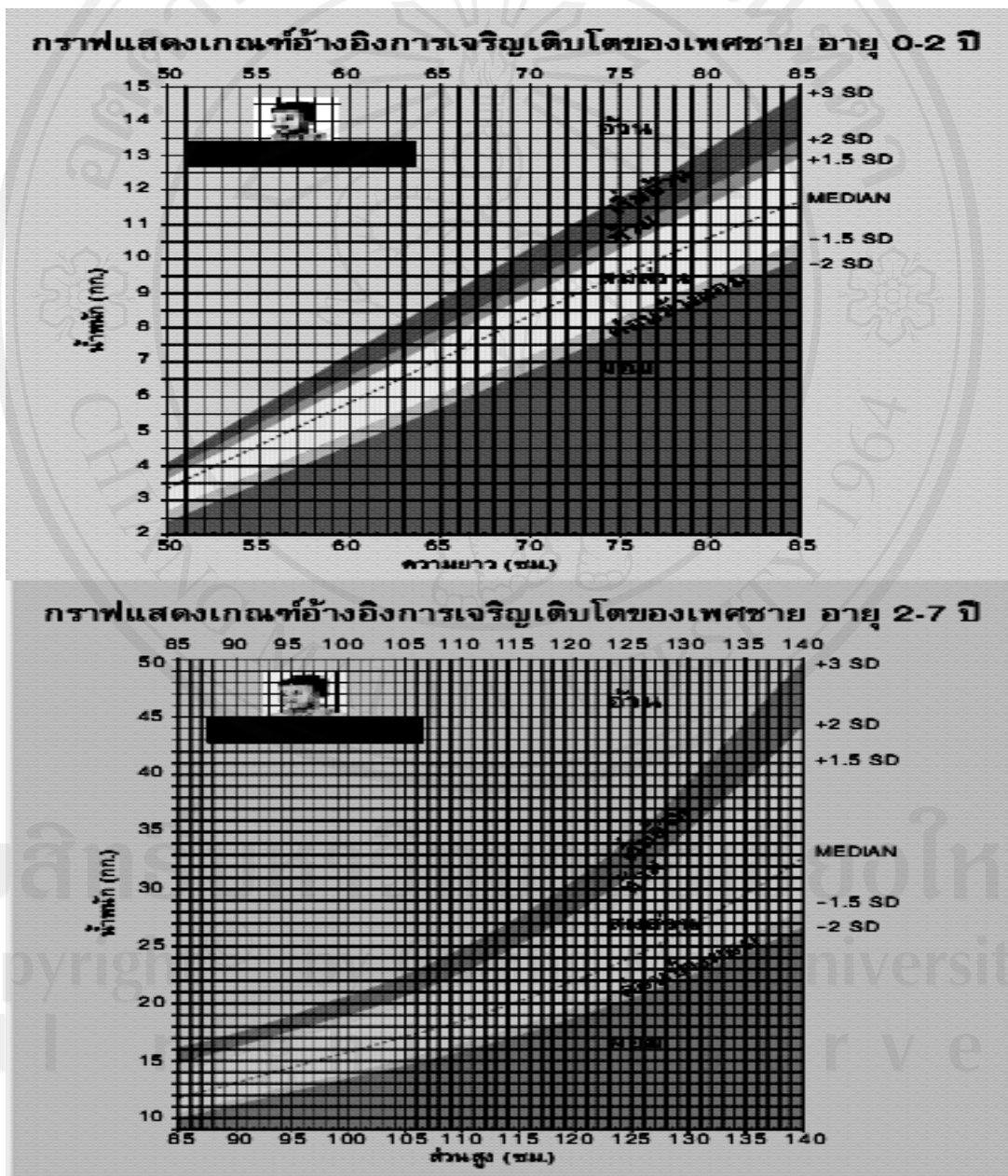
ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

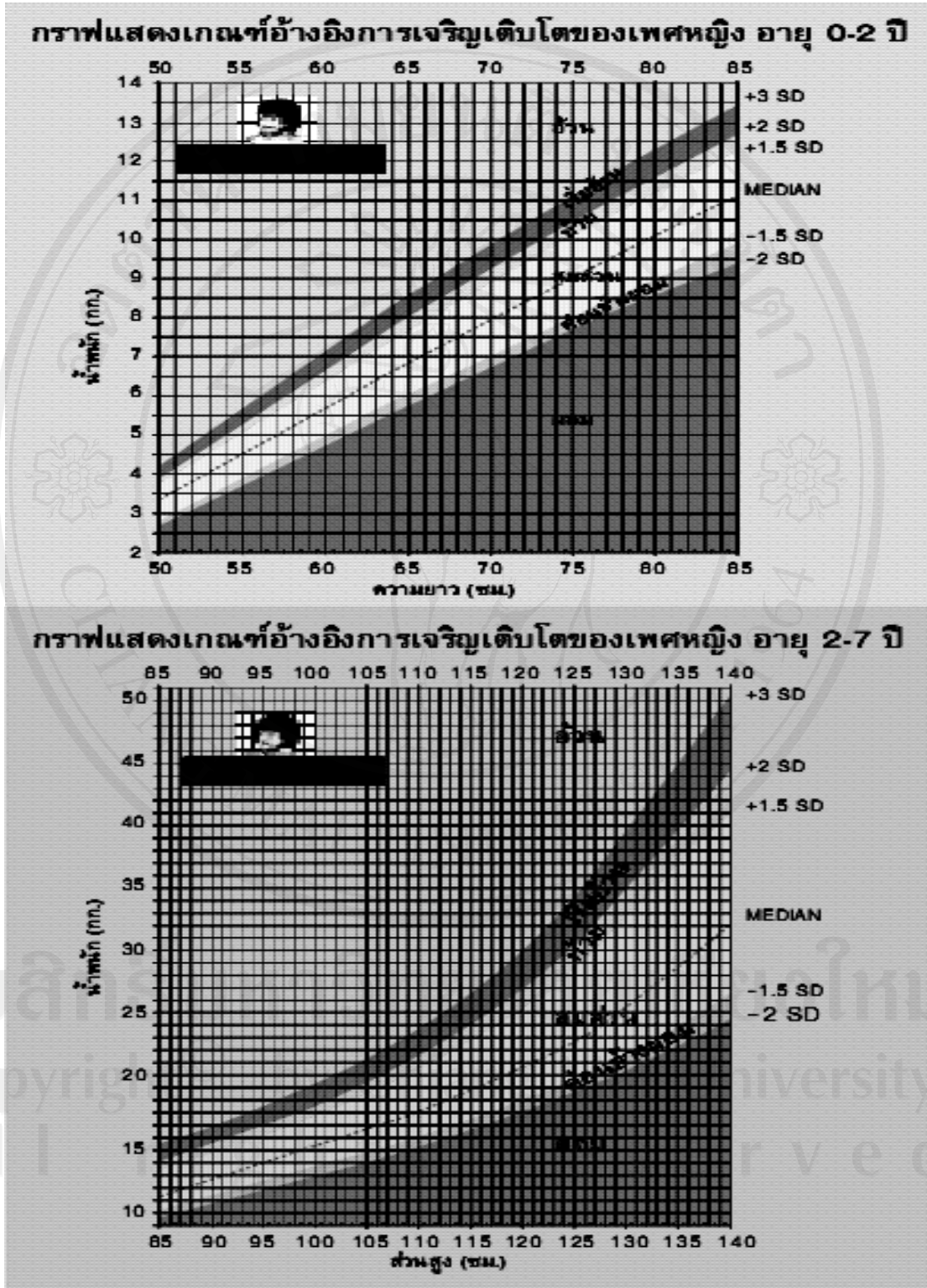
- | | | |
|-------------------------|-------------|--|
| 1. อาจารย์ ดร.ศักดา | พริ้งล้าฎ | สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 2. ทันตแพทย์หญิงรักชนก | นุชพ่วง | ทันตแพทย์ 8
สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่ |
| 3. ทันตแพทย์หญิงจุฑามาศ | อนวงค์เจริญ | ทันตแพทย์ 7
หัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุข
โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ |

ภาคผนวก ข

กราฟแสดงมาตรฐานน้ำหนักต่อส่วนสูงของประชากรไทย อายุ 0 – 7 ปี



ภาพที่ 8 กราฟมาตรฐานน้ำหนักต่อส่วนสูงของประชากรไทยอายุ 0 – 7 ปี (เพศชาย)



ภาพที่ 9 กราฟมาตรฐานน้ำหนักต่อส่วนสูงของประชากรไทยอายุ 0 – 7 ปี (เพศหญิง)

ภาคผนวก ก

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการศึกษา

ข้าพเจ้านางสาวกฤษณา เมืองมูล นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าแบบอิสระเรื่องโรคฟันผุ ภาวะน้ำหนักเกินและพฤติกรรมการบริโภคของเด็กก่อนวัยเรียนในตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อศึกษาสถานการณ์ของโรคฟันผุและภาวะน้ำหนักเกิน ของเด็กก่อนวัยเรียนและเพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคของเด็กก่อนวัยเรียน สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ไม่มีค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมการศึกษาท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้นในการศึกษาและท่านจะไม่ได้รับความเสียหายใดๆ

หากท่านยินดีเข้าร่วมการศึกษา ขอให้ท่านตอบแบบสัมภาษณ์ให้ตามความเป็นจริงมากที่สุด โดยแบบสัมภาษณ์แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคของเด็กก่อนวัยเรียนและแบบสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติของแม่/ผู้ดูแลเด็ก ซึ่งผลการตอบแบบสัมภาษณ์และผลการตรวจฟันของเด็กก่อนวัยเรียนที่ได้รับการตรวจทั้งหมด ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ การนำเสนอผลการศึกษานำเสนอในภาพรวมเท่านั้นและผลของการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการดำเนินงานด้านการส่งเสริมและการป้องกันการเกิดโรคฟันผุและภาวะน้ำหนักเกิน ของเด็กก่อนวัยเรียน การพัฒนามาตรการและกระบวนการจัดการในการแก้ปัญหาให้เหมาะสมในตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ต่อไปท่านสามารถสอบถามข้าพเจ้าได้ที่ฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลสันทราย หมายเลขโทรศัพท์ 053- 498998 ต่อ 143 ในเวลาราชการ หรือหมายเลขโทรศัพท์ 089- 4357827

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือ ในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้เป็นอย่างดี

นางสาวกฤษณา เมืองมูล

ภาคผนวก ง

ใบยินยอมการเข้าร่วมในการวิจัย (Informed consent)

เรื่อง “โรคฟันผุ ภาวะน้ำหนักเกินและพฤติกรรมการบริโภคของเด็กก่อนวัยเรียนใน
ตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่” (สำหรับเด็ก กรอกโดยผู้ปกครอง)

ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยเรื่องดังกล่าว ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าการเข้าร่วมในการวิจัย
ครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้าสามารถให้บุตรหลานของข้าพเจ้าถอนตัวจากการวิจัย
ครั้งนี้ได้ทุกเวลา

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุตรหลานของข้าพเจ้าเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

ข้าพเจ้าไม่ยินยอมให้บุตรหลานของข้าพเจ้าเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

ชื่อ-สกุล ด.ช /ด.ญ.

ชื่อ โรงเรียนอนุบาล/ศูนย์เด็ก.....

ลายเซ็นผู้ปกครอง.....

วัน/เดือน/ปี.....

ใบยินยอมการเข้าร่วมในการวิจัย (Informed consent)

เรื่อง “โรคฟันผุ ภาวะน้ำหนักเกินและพฤติกรรมการบริโภคของเด็กก่อนวัยเรียนใน
ตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่” (สำหรับแม่/ผู้ดูแลเด็ก)

ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยเรื่องดังกล่าว ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้
เป็นไปด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา

ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

ข้าพเจ้าไม่ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

ชื่อ-สกุลผู้เข้าร่วมการวิจัย.....

ลายเซ็นผู้เข้าร่วมการวิจัย.....

วัน/เดือน/ปี.....

ภาคผนวก จ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เรื่อง โรคฟันผุ ภาวะน้ำหนักเกินและพฤติกรรมการบริโภคของเด็กก่อนวัยเรียนในตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

คำชี้แจงในการตอบแบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคฟันผุ ภาวะน้ำหนักเกินและพฤติกรรมการบริโภคของเด็กก่อนวัยเรียนในตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ คำตอบของท่านผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ การนำเสนอผลการศึกษานำเสนอในภาพรวมและผลของการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการดำเนินงานด้านการส่งเสริมและการป้องกันการเกิดโรคฟันผุและภาวะน้ำหนักเกิน ของเด็กก่อนวัยเรียน การพัฒนามาตรการและกระบวนการจัดการในการแก้ปัญหาให้เหมาะสมในตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ต่อไป

1. แบบสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน ของกองทันตสาธารณสุข
2. แบบสัมภาษณ์มีทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคของเด็กก่อนวัยเรียน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติของแม่/ผู้ดูแลเด็ก

จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสัมภาษณ์ให้ครบทุกส่วน ทุกข้อ และตอบตามความเป็นจริงมากที่สุด ขอขอบพระคุณทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือ ตอบแบบสัมภาษณ์ในครั้งนี้เป็นอย่างดี

นางสาวกฤษณา เมืองมูล

แบบสำรวจสถานะทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน ของกองทันตสาธารณสุข

ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี เพศ.....

โรงเรียน/ศูนย์เด็กเล็ก.....ชั้น.....

DENTITION STATUS

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65

85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

A = Sound crown, B = Decayed crown, C = Filled crown, with decay,

D = Filled crown, with no decay, E = Missing tooth, as a result of caries

สถานะอนามัยช่องปาก

Debris Index

Calculus Index

55	51	65
85	71	75

55	51	65
85	71	75

เกณฑ์ในการให้คะแนน Debris Index

0 = ไม่มี Soft Debris หรือ Stain ที่ตัวฟัน, 1 = มี Soft Debris ปกคลุมคอฟันหรือมี Stain สีติดบนตัวฟัน โดยไม่คำนึงถึงความมากน้อยของ Stain, 2 = มี Soft Debris ปกคลุมคอฟันอยู่ระหว่าง 1/3 - 2/3 ของตัวฟันนับจากขอบเหงือก, 3 = มี Soft Debris ปกคลุมมากกว่า 2/3 ของตัวฟัน

เกณฑ์ในการให้คะแนน Calculus Index

0 = ไม่มีหินปูน, 1 = มีหินปูนอยู่เหนือขอบเหงือกไม่เกิน 1/3 ของตัวฟันนับจากเหงือก, 2 = มีหินปูนอยู่เหนือขอบเหงือกมากกว่า 1/3 ของตัวฟันแต่ไม่เกิน 2/3 ของตัวฟัน หรือมีหินปูนใต้เหงือกเป็นก้อนเล็กๆ กระจายนับจากขอบเหงือก, 3 = มีหินปูนเหนือขอบเหงือกเกินกว่า 2/3 ของตัวฟันหรือมีหินปูนอยู่ใต้เหงือกเป็นแผ่น

แบบสัมภาษณ์มารดาหรือผู้ดูแลเด็ก เรื่อง โรคฟันผุ ภาวะน้ำหนักเกินและพฤติกรรมบริโภคของเด็กก่อนวัยเรียน ในตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่	
1. ชื่อ-นามสกุลของเด็ก.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่	
2. ชื่อ – นามสกุลผู้ให้สัมภาษณ์..... มีความเกี่ยวข้องกับเด็กเป็น.....อายุ.....ปี การศึกษา.....	
3. ชื่อ-นามสกุลของบิดา.....อายุ.....ปี การศึกษา.....อาชีพ.....	
4. ชื่อ-นามสกุลของมารดา.....อายุ.....ปี การศึกษา..... อาชีพ..... รายได้ครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท	
5. จำนวนบุตร.....คน เด็กอยู่ลำดับที่..... เบอร์โทรศัพท์.....	
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็ก 18 ข้อ	
ใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่ใกล้เคียงความจริงที่สุด หรือเติมเนื้อความให้สมบูรณ์	สำหรับผู้วิจัย
1. เพศ <input type="checkbox"/> 1.ชาย <input type="checkbox"/> 2 หญิง	<input type="checkbox"/> 1-2
2. อายุเด็ก <input type="checkbox"/> 1.1- 2 ปี <input type="checkbox"/> 2. >2-3 ปี <input type="checkbox"/> 3. >3-4 ปี <input type="checkbox"/> 4. >4-5 ปี	<input type="checkbox"/> 1-4
3. น้ำหนักกิโลกรัม	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. ส่วนสูง.....เซนติเมตร	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. น้ำหนักแรกเกิด <input type="checkbox"/> 1. น้อยกว่า 2,500 กรัม <input type="checkbox"/> 2. อยู่ระหว่าง 2,500 -4,000 กรัม <input type="checkbox"/> 3. มากกว่า 4,000 กรัม <input type="checkbox"/> 4. ไม่ทราบ/จำไม่ได้	<input type="checkbox"/> 1-4

ใส่เครื่องหมาย✓ หน้าคำตอบที่ใกล้เคียงความจริงที่สุด หรือเติมเนื้อความให้สมบูรณ์	สำหรับผู้วิจัย
<p>6. ลักษณะการคลออดของเด็ก</p> <p><input type="checkbox"/> 1. คลอดก่อนกำหนด (คลอดระหว่างตั้งครรภ์ได้ 28- 37 สัปดาห์)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. คลอดครบกำหนด(คลอดในระยะตั้งครรภ์ตั้งแต่ 37 - 41 สัปดาห์)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. คลอดเกินกำหนด(คลอดในระยะตั้งครรภ์เกิน42 สัปดาห์)</p> <p><input type="checkbox"/> 4. ไม่ทราบ/จำไม่ได้</p>	<p><input type="checkbox"/> 1-4</p>
<p>7. ณ ขณะนี้เด็กมีโรคที่ต้องไปปรับการรักษาที่สถานพยาบาลเป็นประจำหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี ระบุ..... <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ</p>	<p><input type="checkbox"/> 1-3</p>
<p>8. ส่วนใหญ่ใครเป็นผู้ดูแลเด็กช่วงเวลากลางวัน</p> <p><input type="checkbox"/> 1. แม่/พ่อ <input type="checkbox"/> 2. ทั้งพ่อและแม่ <input type="checkbox"/> 3.ญาติพี่น้อง ระบุ.....</p> <p><input type="checkbox"/> 4.จ้างคนเลี้ยง <input type="checkbox"/> 5. สถานรับเลี้ยง/ศูนย์เด็กเล็ก/โรงเรียน</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 1-5</p>
<p>9. ส่วนใหญ่ใครเป็นผู้ดูแลเด็กช่วงเวลากลางคืน</p> <p><input type="checkbox"/> 1. แม่/พ่อ <input type="checkbox"/> 2. ทั้งพ่อและแม่ <input type="checkbox"/> 3.ญาติพี่น้อง ระบุ.....</p> <p><input type="checkbox"/> 4.อื่นๆระบุ.....</p>	<p><input type="checkbox"/> 1-4</p>
<p>10.ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมาเด็กมีการออกกำลังกายเป็นประจำหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยเลย(0 วัน/สัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. บางครั้ง(1-3 วัน/สัปดาห์)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. บ่อย(4-6 วัน /สัปดาห์) <input type="checkbox"/> 4. ประจำ(7 วัน/สัปดาห์)</p>	<p><input type="checkbox"/> 1-4</p>
<p>11.ในรอบปีที่ผ่านมาเด็กมีการปวดฟันหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย <input type="checkbox"/> 2. เคยปวดฟันบางครั้ง <input type="checkbox"/> 3.ปวดฟันเป็นประจำ</p>	<p><input type="checkbox"/> 1-3</p>

ใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่ใกล้เคียงความจริงที่สุด หรือเติมเนื้อความให้สมบูรณ์	สำหรับผู้วิจัย
12 . การได้รับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> 1.ไม่เคย <input type="checkbox"/> 2.เคยตรวจฟัน <input type="checkbox"/> 3.เคยถอนฟัน <input type="checkbox"/> 4.เคยอุดฟัน <input type="checkbox"/> 5.เคยเคลือบร่องฟัน <input type="checkbox"/> 6. ทาฟลูออไรด์ที่ผิวฟัน <input type="checkbox"/> 7.อื่นๆระบุ.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-7
13 . การดูแลทำความสะอาดช่องปากของเด็ก <input type="checkbox"/> 1.ไม่เคยทำความสะอาด(ข้ามไป หน้า 6) <input type="checkbox"/> 2. เช็ดทำความสะอาด (ข้ามไป หน้า 6) <input type="checkbox"/> 3. แปรงฟัน ตั้งแต่อายุ.....เดือน/ปี	<input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> เดือน
14 . การแปรงฟันในตอนเช้า <input type="checkbox"/> 1.ไม่เคยแปรงฟัน(ข้ามไปข้อ16) <input type="checkbox"/> 2.แปรงฟันบางวัน <input type="checkbox"/> 3.แปรงฟันทุกวัน	<input type="checkbox"/> 1-3
15 . ใครเป็นผู้แปรงฟันตอนเช้าให้เด็ก <input type="checkbox"/> 1. เด็กแปรงฟันเอง <input type="checkbox"/> 2.ผู้ใหญ่แปรงฟันให้ <input type="checkbox"/> 3.เด็กแปรงฟันผู้ใหญ่ตรวจ/แปรงซ้ำ	<input type="checkbox"/> 1-3
16 . การแปรงฟันก่อนนอน <input type="checkbox"/> 1.ไม่เคยแปรงฟัน(ข้ามไปข้อ 18) <input type="checkbox"/> 2.แปรงฟันบางวัน <input type="checkbox"/> 3.แปรงฟันทุกวัน	<input type="checkbox"/> 1-3
17 . ใครเป็นผู้แปรงฟันก่อนนอนให้เด็ก <input type="checkbox"/> 1. เด็กแปรงฟันเอง <input type="checkbox"/> 2.ผู้ใหญ่แปรงฟันให้ <input type="checkbox"/> 3.เด็กแปรงฟันผู้ใหญ่ตรวจ/แปรงซ้ำ	<input type="checkbox"/> 1-3
18.หลังจากการแปรงฟันก่อนนอนแล้วเด็กมีการกินอาหาร/ดื่มน้ำหรือดื่มนมหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2.มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> 1-2

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการบริโภค 14 ข้อ						
ใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่ใกล้เคียงความจริงที่สุด หรือเติมเนื้อความให้สมบูรณ์						
1. อาหารประจำวันของเด็กใน 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา						
อาหารประจำวัน	ไม่เคยกิน	เคยกิน			มีการเติมน้ำตาล	
		1-3 วันใน 1 สัปดาห์	4-6 วันใน 1 สัปดาห์	กินทุกวัน	ไม่เติม	เติมน้ำตาล (ช้อนชา)
1.อาหารที่มีเนื้อสัตว์ (พวกทอด/ปิ้ง/ย่าง)						
2. อาหารประเภทไข่ (ทอด/ต้ม/ตุ๋น)						
3. อาหารประเภทที่มี ผักเป็นส่วนประกอบ (ต้ม/ผัด)						
4. อาหารประเภทแกง จืด						
5. ผลไม้						
ใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่ใกล้เคียงความจริงที่สุด หรือเติมเนื้อความให้สมบูรณ์						สำหรับผู้วิจัย
2. เด็กมีนิสัยชอบอมข้าวหรือไม่						<input type="checkbox"/> 1-3
<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย <input type="checkbox"/> 2. เคยอมข้าวบางครั้ง <input type="checkbox"/> 3. อมข้าวเป็นประจำ เด็กเลิกอมข้าวตอนอายุ.....เดือน/ปี						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> เดือน
3. เด็กได้กินนมแม่อย่างเดียว ตั้งแต่อายุ.....เดือน จนถึงอายุ.....เดือน/ปี						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> เดือน
4. เด็กได้กินนมผสมร่วมกับนมแม่ ตั้งแต่อายุ.....เดือน จนถึงอายุ.....เดือน/ปี						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> เดือน

ใส่เครื่องหมาย✓ หน้าคำตอบที่ใกล้เคียงความจริงที่สุด หรือเติมเนื้อความให้สมบูรณ์	สำหรับผู้วิจัย
5. เด็กได้กินนมผสมอย่างเดียว ตั้งแต่อายุ.....เดือน จนถึงอายุ.....เดือน/ปี	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> เดือน <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> เดือน
6. เด็กที่ดูคุณนมเคยหลับคาขวดหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย <input type="checkbox"/> 2. หลับคาขวดบางครั้ง <input type="checkbox"/> 3. หลับคาขวดเป็นประจำ	<input type="checkbox"/> 1-3
7. เด็กเลิกดูนมขวดในช่วง อายุ เดือน/ปี	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> เดือน
8. เด็กกินขนม/เครื่องดื่มระหว่างมื้ออาหารหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ไม่กิน <input type="checkbox"/> 2. กิน	<input type="checkbox"/> 1-2
9. ส่วนใหญ่ใครเป็นผู้เลือกซื้อขนม/เครื่องดื่มให้เด็ก <input type="checkbox"/> 1. ตัวเด็กเอง <input type="checkbox"/> 2. พ่อแม่ <input type="checkbox"/> 3. อื่นๆระบุ.....	<input type="checkbox"/> 1-3
10. เด็กเริ่มเลือกซื้อขนมเองได้ตั้งแต่อายุ.....เดือน/ปี	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> เดือน
11. ค่าใช้จ่ายในการซื้อขนมเฉลี่ยวันละ.....บาท	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> บาท
12. การดูทีวีโดยส่วนใหญ่เด็กกินขนม/เครื่องดื่มไปด้วยหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ไม่กิน <input type="checkbox"/> 2. กิน ระบุ.....	<input type="checkbox"/> 1-2
13. ในหมู่บ้านมีสถานที่ขายขนมให้เด็กจำนวน.....ร้าน	<input type="checkbox"/> ร้าน

จงเติมเนื้อความให้สมบูรณ์โดยการเลือกตัวเลขหน้าตัวเลือกที่ต้องการลงในตารางที่ให้ไว้

14. รายการขนม/เครื่องดื่มที่กินบ่อยที่สุด 5 อันดับใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ระบุชนิด ปริมาณ และ หน่วยนับ)

คำอธิบายกลุ่ม 1 = ลูกอม/เยลลี่ 2 = ช็อกโกแลต 3 = ขนมไข่/ขนมปัง/เค้ก 4 = ขนมไทย
 5 = ผลไม้ 6 = ขนมกรุบกรอบ 7 = ไอศกรีม/น้ำแข็งไส 8 = ถั่ว 9 = นมจืด
 10 = นมหวานรสต่างๆ 11 = นมถั่วเหลือง 12 = นมเปรี้ยว 13 = ไมโล / โอวัลติน
 14 = นมชั้นหวาน(ผสมน้ำร้อนดื่ม) 15 = โยเกิร์ต(ครีมเหลว) 16 = น้ำหวาน/ น้ำผลไม้
 17 = น้ำอัดลม 18 = อื่นๆระบุ

เหตุผลที่เลือก 1 = ถูกชอบกิน 2 = เพราะอยากได้ของแถม 3 = ราคาถูก/ลดราคา 4 = กินตามเพื่อน
 5 = โฆษณา 6 = รูปแบบสวย 7 = มีประโยชน์ 8 = สถานที่สะดวกซื้อ 9 = รสไม่หวาน
 10 = อื่นๆระบุ

ระบุตัวเลขกลุ่ม ขนม/เครื่องดื่มตาม คำอธิบายกลุ่ม	ความถี่ในการกิน	ระบุจำนวน	ระบุหน่วยนับ	เหตุผลที่เลือกซื้อ (ระบุตัวเลขด้านบน)
	1 = 1-3 วันใน 1 สัปดาห์ 2 = 4-6 วันใน 1 สัปดาห์ 3 = กินทุกวัน		1=เม็ด 2=ชิ้น 3=ถุง 4=ห่อ 5=ขวด 6=กล่อง 7=ถ้วย	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

ส่วนที่ 3 แนวทางการสัมภาษณ์ทัศนคติของแม่/ผู้ดูแลเด็ก

1. ท่านคิดว่า การที่ลูกกินอาหารที่มีรสหวานหรืออาหารประเภทแป้งและน้ำตาลเป็นส่วนประกอบในอาหารมีประโยชน์หรือไม่อย่างไร

.....

.....

2. การที่ลูกท่านกินอาหารที่มีรสหวานหรืออาหารประเภทแป้งและน้ำตาลเป็นส่วนประกอบในอาหาร ท่านคิดว่ามีผลกระทบต่อสุขภาพหรือไม่อย่างไร

.....

.....

3. ถ้าลูกท่านมีภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วนจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพหรือไม่อย่างไร

.....

.....

4. ท่านรู้สึกอย่างไรในการที่เด็กบริโภคนมเป็นประจำ

.....

.....

5. การที่เด็กบริโภคนมเป็นประจำ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั่วไปและสุขภาพช่องปากของเด็กหรือไม่อย่างไร

.....

.....

6. ถ้าลูกของท่านมีฟันผุ ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของเด็กหรือไม่อย่างไร

.....

.....

7. ถ้าลูกของท่านมีฟันผุ จะมีแนวทางในการดูแลป้องกันรักษาอย่างไร

.....

.....

8. การที่เด็กบริโภคนมหวานและนมเปรี้ยว มีข้อดี - ข้อเสียอย่างไร

.....

.....

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ – สกุล	นางสาวกฤษณา เมืองมูล
วัน เดือน ปีเกิด	15 มีนาคม 2520
ประวัติการศึกษา	สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนยุพราชวิทยาลัย ปีการศึกษา 2538 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร (ทันตสาธารณสุข) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก ปีการศึกษา 2540 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรบัณฑิต (พัฒนาชุมชน) มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2546
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ.2540 – 2542	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 2 โรงพยาบาลอมก๋อย อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่
พ.ศ.2543 – 2545	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 3 โรงพยาบาลพร้าว อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่
พ.ศ.2546 – ปัจจุบัน	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 4 - 5 โรงพยาบาลสันทราย อำเภอ สันทราย จังหวัดเชียงใหม่