

## APPENDIX I

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรกินฟลูออไรด์และการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน  
ในการสำรวจสถานะทันตสุขภาพ มิถุนายน 2539

วันที่ เดือน ปี ที่สัมภาษณ์ ...../...../...../แบบสัมภาษณ์เลขที่

--	--	--	--

หมู่บ้าน.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....

ผู้รับการสัมภาษณ์ (เป็นผู้เลี้ยงดูเด็กเป็นประจำไม่น้อยกว่า 6 เดือน) เป็นผู้ปกครองของ

ค.ช./ค.ญ.....นามสกุล.....

ตลอดระยะเวลาที่ท่านได้ดูแลเด็ก (ไม่น้อยกว่า 6 เดือน ท่านดูแลใกล้ชิดกับเด็กอย่างไร)

- 1.ดูแลเด็ก 6-7 วันต่อสัปดาห์
- 2.ดูแลเด็ก 3-5 วันต่อสัปดาห์
- 3.ดูแลเด็กไม่เกิน 2 วัน ต่อสัปดาห์
- 4.ดูแลเด็คน้อยกว่าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
- 5.อื่น ๆ

เด็กอายุ.....ปี.....เดือน.....( ) ( ) ( ) เพศ.....( )

ชื่อผู้รับการสัมภาษณ์.....

ชื่อผู้สัมภาษณ์.....

## ส่วนที่ I พฤติกรรมการกินฟลูออไรด์

1. ท่านรู้จักฟลูออไรด์หรือไม่	1. รู้จัก 2. ไม่รู้จัก (ถ้าตอบข้อ 2 ข้ามไปทำส่วนที่ 3)	A1 <input type="checkbox"/>
2. ปัจจุบันเด็กในปกครองของท่านได้รับประทานฟลูออไรด์หรือไม่	1. ได้ 2. ไม่ได้ก่อนหน้านี้ไม่เคยได้รับ 3. ไม่ได้และก่อนหน้านี้ไม่เคยได้รับ (ถ้าตอบข้อ 3 ให้ข้ามไปทำส่วนที่ 2)	A2 <input type="checkbox"/>
3. ฟลูออไรด์ที่เด็กได้รับเป็นแบบใด	1. ชนิดขามือฟลูออไรด์ 2. ชนิดยาน้ำฟลูออไรด์ 3. ปัจจุบันเป็นขามือฟลูออไรด์ และแต่ก่อนเคยได้รับน้ำยาฟลูออไรด์	A3 <input type="checkbox"/>
4. ท่านได้รับน้ำยาฟลูออไรด์สำหรับเด็กในปกครองของท่านครั้งแรกเมื่อใด	1. เมื่อพาเด็กไปรับวัคซีนเมื่ออายุประมาณ 6 เดือน 2. เมื่อพาเด็กไปรับวัคซีนเมื่ออายุประมาณ 9 เดือน 3. เมื่อพาเด็กไปรับวัคซีนเมื่ออายุประมาณหนึ่งปีครึ่ง 4. อื่น ๆ ระบุ	A4 <input type="checkbox"/>
5. ท่านได้รับน้ำยาฟลูออไรด์สำหรับเด็กในปกครองของท่านครั้งแรกเมื่อใด	1. เมื่อเด็กมีฟันน้ำนมขึ้นครบ 20 ซี่ และสามารถเคี้ยวอาหารได้ 2. เมื่อเด็กมีอายุประมาณ 3 ปี 3. เมื่อเด็กเข้าเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน 4. อื่น ๆ ระบุ	A5 <input type="checkbox"/>

6. ผู้ที่หยดน้ำยาฟลูออไรด์หรือให้ยาเม็ดฟลูออไรด์แก่เด็กได้แก่ (ภายในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา)	1. ผู้ตอบคนเดียว (ถ้าเป็นผู้ให้ฟลูออไรด์มากกว่าร้อยละ 70 ของจำนวนครั้ง) 2. ผู้ตอบและญาติคนอื่น ๆ โดยมีกรมอบหมายกันที่ชัดเจน 3. ผู้ตอบบ้าง ญาติคนอื่น ๆ บ้าง ไม่นั่นนอน 4. อื่น ๆ ระบุ	A6 <input type="checkbox"/>
7. ในรอบปีที่ผ่านมามีเด็กได้รับฟลูออไรด์หรือไม่ อย่างไร	1. ได้รับฟลูออไรด์เป็นประจำ 2. เคยให้ฟลูออไรด์ แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว เพราะ 2.1 น้ำยาหรือฟลูออไรด์หมดไม่ได้รับอีก 2.2 เด็กกินแล้วมีอาการผิดปกติ 2.3 ไม่มีเวลาดูแล 2.4 เด็กไม่ยอมรับประทานฟลูออไรด์ 3. ไม่เคยให้ตั้งแต่แรก เพราะ ..... (ถ้าตอบข้อ 2 และ 3 ข้ามไปทำส่วนที่ 3 )	A7 <input type="checkbox"/>
8. ในสัปดาห์ที่ผ่านมาท่านได้ให้ฟลูออไรด์แก่เด็กหรือไม่	1. ให้ 2. ไม่ให้	A8 <input type="checkbox"/>
9. ในสัปดาห์ที่ผ่านมาเด็กได้รับฟลูออไรด์ (น้ำยาหรือยาเม็ดฟลูออไรด์) ครบทุกวันหรือไม่	1. ครบทั้ง 7 วัน 2. ขาด 1-2 วัน 3. ขาดมากกว่า 2 วัน 4. ไม่ครบ แต่จำไม่ได้ว่ากี่วัน 5. อื่น ๆ ระบุ	A9 <input type="checkbox"/>
10. เมื่อวานนี้ท่านได้ให้ฟลูออไรด์แก่เด็กหรือไม่	1. ให้ 2. ไม่ให้	A10 <input type="checkbox"/>
11. วันนี้ท่านได้ให้ฟลูออไรด์แก่เด็กหรือไม่	1. ให้ 2. ไม่ให้	A11 <input type="checkbox"/>
12. เด็กคนนี้ได้รับฟลูออไรด์มาแล้วเป็นเวลา	.....เดือน	A12 <input type="checkbox"/>
13. ในแต่ละวันเด็กได้รับฟลูออไรด์เท่าไรปริมาณ.....(หยดหรือหลอดหรือเม็ด)	ผู้สัมภาษณ์วินิจฉัยตามพื้นที่ที่ควรได้รับ 1. ถูกต้อง 2. น้อยเกินไป 3. มากเกินไป	A13 <input type="checkbox"/>
14. ในแต่ละวันเด็กได้รับฟลูออไรด์กี่ครั้ง เวลาใดบ้าง	1. 1 ครั้ง 1.1 หลังอาหาร 1.2 ก่อนนอน 1.3 เวลาอื่น 2. 2 ครั้ง	A14 <input type="checkbox"/>
15. ก่อนให้ฟลูออไรด์ได้ทำความสะอาดช่องปากและฟันหรือไม่ อย่างไร	1. ไม่ทำ 2. ทำเป็นบางครั้ง 2.1 แปรงฟัน 2.2 บ้วนปาก 2.3 ผ้าสะอาดเช็ดเหงือกและฟัน 3. ทำทุกครั้ง	A15 <input type="checkbox"/>

16. ท่านมีวิธีให้น้ำยาฟลูออไรด์แก่เด็กอย่างไร	1.ผสมในน้ำดื่มแล้วให้เด็กดื่ม 2.ผสมในน้ำนมแล้วให้เด็กดื่ม 3.ผสมใส่น้ำผลไม้แล้วให้เด็กดื่ม 4.ให้กินโดยไม่ผสมอะไรเลย 5. อื่น ๆ .....	A16 <input type="checkbox"/>
17. ท่านให้เด็กทานฟลูออไรด์อย่างไร	1.ใส่เข้าปากแล้วกลืนทันที 2.ใส่เข้าปากแล้ว เคี้ยวให้ละเอียดก่อนกลืน 3.ใส่ปากแล้วอมสักพักในช่องปากค่อยกลืน 4.อื่น ๆ ระบุ .....	A17 <input type="checkbox"/>
18. เมื่อลิ้มให้ฟลูออไรด์ในวันใดวันหนึ่ง ในการให้ฟลูออไรด์คือไปท่านทำอย่างไร	1.ให้ปริมาณเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ 2.ให้ปริมาณเท่าเดิม 3.ไม่เคยลิ้ม แต่ถ้าลิ้มจะให้เพิ่มขึ้น 4.ไม่เคยลิ้ม แต่ถ้าหากลิ้มจะให้ปริมาณเท่าเดิม 5.อื่น ๆ ระบุ .....	A18 <input type="checkbox"/>
19. ท่านทราบวิธีการให้ฟลูออไรด์จากใครมากที่สุด	1.เจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน 2.จากพ่อแม่ของเด็ก 3.จากเพื่อนบ้าน 4.จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5. อื่นๆ ระบุ .....	A19 <input type="checkbox"/>
20. จากบุคคลในข้อ 19 อธิบายวิธีการให้ฟลูออไรด์	1.พูดให้ฟังอย่างเดียว ตัวต่อตัว 2.พูดให้ฟังอย่างเดียวโดยอธิบายเป็นกลุ่มใหญ่มีผู้ร่วมฟังหลายคน 3.พูดและแสดงสารคดีวิธีให้ดู ตัวต่อตัว 4.พูดและแสดงวิธีให้ดูเป็นกลุ่มใหญ่ 5.ได้เคยรับฟังและเห็นคนอื่น ๆ ทำมาก่อน 6.อื่น ๆ ระบุ .....	A20 <input type="checkbox"/>
21. เมื่อให้ฟลูออไรด์แก่เด็กมีปัญหาต่อไปนี้หรือไม่ 1.ความยากลำบากในการปรับฟลูออไรด์ 2.ผื่นผดผื่นแดง , หัวขางเสื่อม 3.ลักษณะขวดและหลอดหยดใช้ยาก 4. น้ำยาฟลูออไรด์เปลี่ยนสีมีตะกอน 5.เด็กมีอาการผื่นผดหลังกินยาฟลูออไรด์ 6.เด็กไม่ยอมให้หยดยาหรือไม่ยอมกินยา 7.ผู้ตอบเองไม่สามารถให้ฟลูออไรด์ได้เป็นประจำ 8.ปัญหาอื่น ๆ ระบุ .....	1.....มี 0.....ไม่มี 1.....มี 0.....ไม่มี 1.....มี 0.....ไม่มี 1.....มี 0.....ไม่มี 1.....มี 0.....ไม่มี 1.....มี 0.....ไม่มี 1.....มี 0.....ไม่มี 1.....มี 0.....ไม่มี	A21 <input type="checkbox"/> A211 <input type="checkbox"/> A212 <input type="checkbox"/> A213 <input type="checkbox"/> A214 <input type="checkbox"/> A215 <input type="checkbox"/> A216 <input type="checkbox"/> A217 <input type="checkbox"/> A218 <input type="checkbox"/>

22. เมื่อฟลูออไรด์หมักท่านทำอย่างไร	1. ขอรับเพิ่มจากสถานอนามัยหรือโรงพยาบาล 2. ขอรับเพิ่มจากศูนย์สาธารณสุขมูลฐานหรือ อสม. 3. ขอบริการเพื่อนบ้าน 4. ซื้อจากร้านขายยา 5. ไม่หามาเพิ่ม เพราะ..... 6. อื่น ๆ ระบุ	A22 <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--	---------------------------------

## ส่วนที่ 2

1. ฟลูออไรด์มีประโยชน์หรือไม่อย่างไร	1. ไม่ทราบ ไม่รู้จัก 2. ไม่มีประโยชน์ 3. มีประโยชน์ 3.1 ช่วยฆ่าเชื้อโรค 3.2 ช่วยป้องกันฟันผุ 3.3 ไม่เกี่ยวกับโรคฟันผุโดยตรง 3.4 ไม่ทราบว่าไม่มีประโยชน์	B1 <input type="checkbox"/>
2. การให้ฟลูออไรด์แก่เด็กต้องให้เป็นประจำทุกวัน หรือไม่	1. จำเป็น 2. ไม่จำเป็น 3. อื่น ๆ ระบุ	B2 <input type="checkbox"/>
3. การให้ฟลูออไรด์เพื่อควรให้เมื่อใด	1. หลังคลอด 2. เมื่อมีฟันขึ้นในช่องปาก 3. เมื่อใดก็ได้ 4. ไม่ทราบ	B3 <input type="checkbox"/>
4. การให้ฟลูออไรด์แก่เด็กมากเกินไป ขนาดที่กำหนด ในแต่ละวันจะมีผลเสียหรือไม่	1. มีผลเสีย 2. ไม่มีผลเสีย 3. ไม่ทราบ	B4 <input type="checkbox"/>
5. ท่านเคยได้ยินหรือรับทราบความรู้เกี่ยวกับฟลูออไรด์จากที่ได้บ้าง ๖ ข้อได้มากกว่า 1 ข้อ)	1. โทรทัศน์/วิทยุ B51 2. หนังสือพิมพ์ วารสารต่าง ๆ B52 3. นิตยสาร การรณรงค์ B53 4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข B54 5. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน B55 6. หอกระจายข่าว B56 7. อื่น ๆ B57	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. ท่านคิดว่าการให้บุตร/หลานได้รับฟลูออไรด์เป็นสิ่งที่ดี	1. ดี เพราะ..... 2. ไม่ดี เพราะ..... 3. ไม่ทราบ ไม่แน่ใจ..... 4. อื่น ๆ ระบุ.....	B6 <input type="checkbox"/>
7. ถ้าเด็กได้รับฟลูออไรด์สม่ำเสมอ จะไม่ฟันผุท่านคิดว่าอย่างไร	1. จริง 2. ไม่จริง	B7 <input type="checkbox"/>

## ส่วนที่ 3 การดูแลสุขภาพช่องปาก

1.เด็กมีแปรงสีฟันของตนเองครั้งแรก เมื่อใด และ ได้มาจากไหน	1.เมื่ออายุประมาณหนึ่งปีครึ่ง โดยได้รับแจกจากเจ้าหน้าที่สถานอนามัย 2.เมื่ออายุประมาณหนึ่งปีครึ่ง โดยหาซื้อเอง 3.เมื่อฟันซี่แรกขึ้น โดยได้รับแจกจากเจ้าหน้าที่สถานอนามัย 4.เมื่อฟันซี่แรกขึ้น โดยหาซื้อเอง 5.อื่น ๆ ระบุ	C1 <input type="checkbox"/>
2.ขณะนี้เด็กมีแปรงสีฟันเป็นของตนเอง หรือไม่และมีลักษณะอย่างไร	1. ไม่มี 2.มีเป็นของเด็กใช้คนเดียว ขนแปรงอยู่ในสภาพใช้งานได้ 3.มีเป็นของเด็กใช้คนเดียว ขนแปรงบาน 4.มีแต่ใช้ร่วมกับคนอื่น	C2 <input type="checkbox"/>
3.ตามปกติเด็กในปกครองของท่านทำ ความสะอาดช่องปากอย่างไร	1.แปรงฟันด้วยตนเอง 2.แปรงฟันด้วยตนเอง พร้อมกับบ้วนปากหลังอาหาร 3.แปรงฟันโดยมีผู้ปกครองคอยกำชับให้ความช่วยเหลือ 4.แปรงฟันโดยมีผู้ปกครองเป็นผู้แปรงให้ 5.บ้วนปากหลังอาหารเพียงอย่างเดียว 6.ไม่ได้ทำความสะอาดช่องปาก 7.อื่น ๆ ระบุ (ถ้าตอบข้อ 6 ให้ข้ามไปตอบข้อ 8 )	C3 <input type="checkbox"/>
4.การทำความสะอาดดังกล่าวข้างต้น ทำวันละกี่ครั้ง	1. 1 ครั้ง 2. 2 ครั้งขึ้นไป 3. ไม่แน่นอน 4. บางวันทำความสะอาดช่องปาก บางวันไม่ทำ	C4 <input type="checkbox"/>
5.ในการแปรงฟันท่านใช้ยาสีฟัน หรือ ไม่	1.ใช้ ระบุยี่ห้อ..... 2.ไม่ใช้ 3.อื่น ๆ ระบุ	C5 <input type="checkbox"/>
6.ในการแปรงฟันของเด็ก ใช้ยาสีฟัน ขนาดเท่าไร	1.ขนาดประมาณเมล็ดถั่วเขียว หรือน้อยกว่า 2.บีบเต็มหน้าปัดขนแปรง 3.อื่น ๆ ระบุ.....	C6 <input type="checkbox"/>
7.ให้เด็กสาธิตการแปรงฟันแล้วให้ผู้สัมภาษณ์สังเกตในข้อต่อไปนี		C7
7.1 ใช้เวลาแปรงฟันนานประมาณเท่า ใด	.....นาที	C7.1 <input type="checkbox"/>
7.2 ใช้วิธีแปรงฟันแบบใดต่อไปนี้	1.ถูไปมา (scrub technique) 2.ขยับปัด (modify brass technique) 3.หมุน (roll technique) 4.อื่น ๆ ระบุ .....	C7.2 <input type="checkbox"/>
8.ท่านเคยตรวจดูสุขภาพช่องปากเด็กใน ปกครองของท่านหรือไม่	1.เคย เพราะ..... 2.ไม่เคย เพราะ.....	C8 <input type="checkbox"/>

9.สภาพในช่องปากเด็กในปกครองของท่านอย่างไร	1. ไม่มีปัญหา 2. มีฟันผุ แต่ไม่มีอาการปวด หรือเคี้ยวปวดแต่ขณะนี้ไม่ปวดแล้ว 3. มีฟันผุ และมีอาการปวด 4. อื่น ๆ ระบุ	C9 <input type="checkbox"/>
10.ท่านคิดว่าควรพาเด็กไปพบทันตแพทย์ เมื่อใด	1. ทำเป็นประจำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 2. ไปพบเมื่อมีปัญหา 3. ไม่จำเป็นต้องพาไปพบเพราะเป็นฟันน้ำนมเคี้ยวฟันแท้ก็ขึ้นแทน 4. อื่น ๆ ระบุ	C10 <input type="checkbox"/>

## ส่วนที่ 4 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ทำการสัมภาษณ์

1.ท่านมีอายุเท่าไร (นับถึงวันที่ 1 มิถุนายน 2539)		D1 <input type="checkbox"/>
2.เพศ	1. ชาย 2. หญิง	D2 <input type="checkbox"/>
3.ได้รับการศึกษาในระดับใดต่อไปนี้	1.ต่ำกว่าประถมศึกษาปีที่ 4 2.จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 3.จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น 4.จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายหรือสาขาวิชาชีพระดับต้น 5.จบปริญญาตรีขึ้นไป 6. อื่น ๆ ระบุ	D3 <input type="checkbox"/>
4.มีสถานภาพเกี่ยวข้องกับเด็ก	1.เป็นพ่อ 2.เป็นแม่ 3.เป็นปู่ ย่า หรือ ตา ยาย 4.เป็นญาติมากเหนือจากข้อ 1 และ 2 5. อื่น ๆ ระบุ	D4 <input type="checkbox"/>
5.รายได้หลักของครอบครัวได้มาจาก (คิดรายได้ที่มากที่สุดจากอาชีพใด)	1.ค้าขาย 2.ทำนา ทำสวน 3.รับจ้าง 4.รับราชการ รัฐวิสาหกิจ 5. อื่น ๆ ระบุ	D5 <input type="checkbox"/>

## APPENDIX II

**Parent' s Interviewed questionnaire form**  
**Fluoride consumption and oral cleansing behavior of Pre-school children**  
**KK. Oral Health Survey June, 1996**

Date ...../...../1996

ID .....

--	--	--	--

Village name .....moo .....Tambol.....District.....( ) ( ) ( )

Parent of ( child name ).....

Take care this child at least 6 months

During 6 month How often do you take care this child

1. 6-7 days/ week

2. 3-5 days/week

3. &lt;- 2 days / week

4. &lt; 1 days / week

5. others

child age .....year.....months

child name .....

Name of interviewer.....

Past A fluoride consumption behaviors

1. Do go know fluoride?	1. Know 2. Don't know (Answer no. 2 skip to Part 3 )	A1 <input type="checkbox"/>
2. At present time, Do your child received fluoride?	1. yes 2. No but ever received 3. No, never received	A2 <input type="checkbox"/>
3. Which type of fluoride supplement that your child at the first time?	1. Tablet 2. Drop 3. Tablet at present and drop In the past.	A3 <input type="checkbox"/>
4. When did you receive fluoride drops for your child at the first time?	1. the child age 6 moth 2. At the child age 9 month 3. At the child age 1 1/2 years 4. Other definite.....	A4 <input type="checkbox"/>
5. When did you received fluoride tablets for your child at the first time ?	1. When child had 20 teeth and able to chewing 2. at child age 3 year 3. when child studied at preschool day care center 4. Other define	A5 <input type="checkbox"/>
6. Who gave fluoride for the child ( During the last 6 month)	1. Only the response( more than 70%) 2. the response and other cousin with definite responsibility 3. Not regular the response and other cousin 4. others	A6 <input type="checkbox"/>
7. During the last year, Did your child take fluoride ?	1. yes , regular 2. Yes , ever took but stopped because 2.1 fluoride ran out and don't receive again 2.2 After took , the child had abnormal sign. 2.3 Don't have tine to take care 2.4 child didn't allow to eat 2.5 others (It answer No. 2,3 skip to part 3)	A7 <input type="checkbox"/>
8. During last week, Did you give fluoride to your child?	1. yes 2. No	A8 <input type="checkbox"/>

9. During last week . How often did your child receive fluoride?	1. 7 days 2. absent 1-2 days 3. absent 2 days 4. Not complete, don't remember how much 5. other	A9 <input type="checkbox"/>
10. Did you give fluoride to your child yesterday?	1. Yes. 2. No.	A10 <input type="checkbox"/>
11. Do you give fluoride to your child today?	1. Yes 2. No	A11 <input type="checkbox"/>
12. How long did the child take fluoride?	.....months	A12 <input type="checkbox"/>
13. How much the child take fluoride each day? .....drops or tubes or tablets Interviewer analyze based on type of fluorides supplement in that area	1. correct 2. Less than recommendation 3. More than recommendation	A13 <input type="checkbox"/>
14. Hoe many time did the child take fluoride in one day?	1. 1 time 1.1 After breakfast 1.2 Before go to bed 1.3 Other 2. 2 time or more	A14 <input type="checkbox"/>
15. Was your child teeth cleaned before take fluoride?	1. No 2. Some time 2.1 brushing 2.2 flushing 2.3 scrub teeth and , 3. Always cleaned	A15 <input type="checkbox"/>
16. Which method did you give fluoride drops to your child?	1. mix with water for drink 2. mix with milk for drink 3. mix with fruit juice for drink 4. didn't mix , drop in the child mouth 5. Others.....	A16 <input type="checkbox"/>
17. Which method that your child take fluoride tablet?	1. swallowing 2. chewing before swallow 3. keeping mouth then swallow 4. Others	A17 <input type="checkbox"/>
18. If you forgot to give fluoride to your child , what did you do in the next day ?	1. give higher amount. 2. give the same amount 3. Never for get, if I forget, I will give higher amount, 4. Never for get , if I for get , I will give the 5. Others.....	A18 <input type="checkbox"/>
19 From whom most were you instructed fluoride using method?	1. health personnel from health center or community hospital 2. Father or mothers 3. Neighbor 4. health volunteer 5. Others.....	A19 <input type="checkbox"/>
20. Which method that the person in question no 19 explained the fluoride using method to you?	1. counseling, one to one 2. Instruction , in group 3. Telling and demonstration, one to one 4. Telling and demonstration, in group 5. See other person did. 6. Other.....	A20 <input type="checkbox"/>



21. Do you have any problem about giving fluoride to your child?		
1. difficult to receive fluoride again	1.....Yes 0.....No	A211 <input type="checkbox"/>
2. the cover break down, old rubber head	1.....Yes 0.....No	A212 <input type="checkbox"/>
3. difficult to use.	1.....Yes 0.....No	A213 <input type="checkbox"/>
4. fluoride fluid changed color	1.....Yes 0.....No	A214 <input type="checkbox"/>
5. the child had abnormal sign after take.	1.....Yes 0.....No	A215 <input type="checkbox"/>
6. the child didn't eat.	1.....Yes 0.....No	A216 <input type="checkbox"/>
7. Parent can't arrange for regular take.	1.....Yes 0.....No	A217 <input type="checkbox"/>
8. Others, define.....	1.....Yes 0.....No	A218 <input type="checkbox"/>
22. How did you do when fluoride ran out?		
	1. Requested from health center or hospital.	A22 <input type="checkbox"/>
	2. Requested from village health center or volunteer.	<input type="checkbox"/>
	3. Requested from neighbor	
	4. Brought from drug store	
	5. Not acquired. Because.....	
	6. Other, define	

Part II Knowledge and attitude.

1. Is fluoride useful?	1. Don't know fluoride	B1
	2. No.	<input type="checkbox"/>
	3. Yes.	
	3..1 kill bacteria.	
	3.2 prevent dental caries	
2. Should fluoride consumption be regular?	3.3 no direct relationship with dental caries	
	3.4 don't know beneficial of fluoride	
2. Should fluoride consumption be regular?	1. necessary	B2
	2. unnecessary	<input type="checkbox"/>
3. When should fluoride consumption start ?	3. other, define	
	1. after child delivery	B3
	2. when first teeth erupt	
	3. anytime	<input type="checkbox"/>
4. Do bad effect to child if take overdose of fluoride	4. don't know	
	1. have bad effect	B4
	2. no bad effect	
5. Which source of information that you received fluoride knowledge(can answer more than one item)	3. don't know	<input type="checkbox"/>
	1. TV/ radio	B51
	2. Newspaper, magazine	B52
	3. Exhibition, campaign	B53
	4. Health personnel	<input type="checkbox"/>
	B54	<input type="checkbox"/>
	5. Village health volunteer	<input type="checkbox"/>
B55	<input type="checkbox"/>	
6. Do you think fluoride is good for your child?	6. Village radio	
	B56	
	7. Others, define.....	
	B57	
	1. good, because .....	B6
	2. not good, because.....	<input type="checkbox"/>
	3. don't know, not sure	
	5. others, define.....	

7. Is it real that regular fluoride consumption then your child teeth will no caries.	1. yes 2. no	B7 <input type="checkbox"/>
---	-----------------	-----------------------------

## Part 3 Child oral care practice

1. When the child had first toothbrush, from where?	1. age about one and a half, from health personal 2. age about one and a half, buy from store 3. at first tooth eruption age, from health personal 4. at first tooth eruption age, buy from store 5. others, define.....	C1 <input type="checkbox"/>
2. Does the child has his/her toothbrush? How the tuft is?	1. No 2. Yes. His/her own. The tuft is good able to use. 3. yes. His/her own. The tuft is curve line. 4. Has but use with other.	C2 <input type="checkbox"/>
3. How does your child oral cleansing?	1. self brushing 2. self brushing with after meal rinsing. 3. brushing under parent's control. 4. brushing by parent. 5. only rinsing after meal 6. not clean 7. others, define (If answer no. 6 then skip to question 8)	C3 <input type="checkbox"/>
4. How many times per day of that cleansing?	1. 1 time 2. 2 times and more 3. uncertainly 4. some day do, some day not.	C4 <input type="checkbox"/>
5. Do you use toothpaste?	1. yes, define brand name..... 2. No 3. other, define.....	C5 <input type="checkbox"/>
6. How much toothpaste do the child use?	1. pea nut size or less 2. full brush size 3. others, define.....	C6 <input type="checkbox"/>
7. Let the child demonstrate how to brush, then the interviewer observe in this item.		
7.1 brushing time	.....minutes	C71 <input type="checkbox"/>
7.2 brushing method	1. scrub technique 2. modify brass technique 3. roll technique 4. others, define.....	C72 <input type="checkbox"/>
8. Have you ever examine your child 's oral health?	1. yes, because..... 2. No, because.....	C8 <input type="checkbox"/>
9. What is your child's oral health status?	1. No problem 2. have caries, no pain or ever pain but not present now 3. have caries, and present pain 4. others ,define.....	C9 <input type="checkbox"/>
10. When do you think your child should see dentist?	1. Regular at least once a year 2. At the problem time 3. unnecessary to see dentist, because permanent will substitute. 4. others, define	C10 <input type="checkbox"/>

## Part 4 socio-demographic data

1. How old are you (until 1 June 1997)	D1	<input type="checkbox"/>
2. Sex	1. male	
	2. female	<input type="checkbox"/>
3. Educational level	D2	
	1. lower than grade 4	D3
	2. grade 4-6	<input type="checkbox"/>
	3. junior high school (grade 9)	
	4. senior high school or certificate	
	5. beyond bachelor	
	6. others, define.....	
4. Relationship to child	1. father	D4
	2. mother	
	3. grandparent	<input type="checkbox"/>
	4. other cousin	
	5. others, define.....	
5. Main income of family (Most from which occupation?)	1. merchant	D5
	2. farmer	
	3. laborer	<input type="checkbox"/>
	4. Government officer, Gov't enterprise	
	5. others, define.....	

## APPENDIX III

Question guideline for qualitative collecting data  
on March,1997

แนวคำถามในการเก็บข้อมูล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สามารถอธิบายวิธีการเลี้ยงดูเด็กที่เป็นปัจจัยกระทบต่อทันตแพทย์
2. เพื่อให้สามารถอธิบายกระบวนการให้บริการจากภาครัฐที่เป็นปัจจัยกระทบต่อทันตสุขภาพ
3. เพื่อให้สามารถอธิบายปัจจัยที่สนับสนุนหรือขัดขวางในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอย่างต่อเนื่อง

คำถามแม่

ชื่อเด็ก

ที่อยู่

อายุเด็ก

เพศเด็ก

การศึกษา (อยู่ในศูนย์เด็กเล็กหรือ รร. อนุบาล หรือไม่)

เป็นลูกคนที่เท่าไร

ชื่อแม่

ชื่อพ่อ

อายุแม่

อายุพ่อ

ระดับการศึกษาแม่

ระดับการศึกษาของพ่อ

อาชีพของแม่

อาชีพของพ่อ

รายได้ของแม่

รายได้ของพ่อ

1. เด็กคนนี้ได้ทานนมแม่ถึงอายุกี่เดือน
2. เริ่มใช้นมขวดตั้งแต่อายุเท่าไร จนถึงอายุเท่าไร
3. ให้เด็กดูดนมขวดคาปากจนหลับหรือไม่ ทำไม
4. เด็กเริ่มดื่มนมจากแก้วตั้งแต่อายุเท่าไร ทำไม
5. เริ่มทำความสะอาดช่องปากให้เด็กตั้งแต่เด็กอายุเท่าไร ทำไม
6. เริ่มแปรงฟันให้เด็กตั้งแต่อายุเท่าไร ทำไม ได้แปรงมาจากไหน ถ้าได้จากเจ้าหน้าที่ เขาแนะนำอะไรบ้าง
7. ใช้ยาสีฟันหรือไม่ ชื่ออะไร ทำไม รู้หรือไม่ว่ามีฟลูออไรด์หรือไม่
8. เด็กกินขนมวันละกี่ครั้ง ดื่มน้ำหวานหรือน้ำอัดลมวันละกี่ครั้ง
9. เด็กแปรงฟันเวลาไหนบ้าง วันละกี่ครั้ง อย่างไร แม่ช่วยแปรงให้ด้วยหรือไม่
10. เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการกินนมแม่ การแปรงฟัน หรือฟลูออไรด์ จากใคร อย่างไร ทิละเรื่อง
11. เคยได้รับฟลูออไรด์หรือไม่ มาจากไหน เสียเงินหรือไม่ ได้ใช้หรือเปล่า หากแล้วไปเอาเพิ่มอย่างไร
12. ครั้งสุดท้ายที่พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อไร อย่างไร
13. ครั้งสุดท้ายที่พบ อสม. เมื่อไร อย่างไร เขามาชี้แนะให้ทำอะไร
14. เคยพาเด็กไปตรวจฟันบ้างหรือไม่ ทำไม ก็ครั้ง คิดว่าจำเป็นต้องตรวจฟันหรือไม่
15. คุณเคยตรวจดูช่องปากและฟันของเด็กหรือไม่ เวลาไหน

คำถามอสม.

ชื่อ	ที่อยู่	อายุ	เพศ	การศึกษา	อาชีพ
1.เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับช่องปากหรือไม่ เมื่อไร อย่างไร					
2.มีส่วนร่วมในการให้ความรู้หรือ ตรวจฟันหรือ จ่ายฟลูออไรด์หรือไม่อย่างไร					
3.มีกิจกรรมต้องเข้ามาทำในหมู่บ้านนี้ บ่อยแค่ไหน มาทำอะไร					
4.คิดว่าเด็กในหมู่บ้านมีปัญหาฟันผุหรือไม่					
5.จะช่วยเหลืออย่างไรได้บ้าง					

คำถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ชื่อ	ที่อยู่	อายุ	เพศ	การศึกษา	อาชีพ
1.เคยได้รับการอบรมเรื่องสุขภาพช่องปากหรือการป้องกันโรคฟันผุ จากไหน					
2.คิดว่ามีความรู้พอที่จะแนะนำชาวบ้านได้หรือไม่ รู้อะไรบ้าง					
<ul style="list-style-type: none"> <li>- สาเหตุของโรคฟันผุ</li> <li>- วิธีป้องกัน</li> <li>- ประโยชน์ของฟลูออไรด์ การแปรงฟัน</li> </ul>					
3.ให้ทันตศึกษากับมารดาของเด็กคอนไหนบ้าง ด้วยวิธีอะไร เป็นกลุ่มหรือตัวต่อตัว หรืออื่นๆ					
4.มีการจ่ายฟลูออไรด์คอนไหนบ้างอย่างไร คนที่ไม่มารับทำอะไร รู้หรือไม่					
5.มีการจ่ายแปรงสีฟันแก่เด็กหรือไม่ อย่างไร					
6.อสม.มีส่วนช่วยเหลืออย่างไรบ้างหรือไม่					
7.การรับน้ำยาฟลูออไรด์จากสตอ. หรือ รพช. ทำอย่างไร					
8.ปัญหาอะไรบ้าง เกี่ยวกับการให้บริการด้านทันตสุขภาพ					
9.จะแก้ไขอย่างไรดี					

คำถามสตอ/ ฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชน

การสนับสนุนน้ำยาฟลูออไรด์ ทำอย่างไร มีปัญหาอะไร จะแก้ไขอย่างไรดี  
 การให้อสม. ช่วยให้ความรู้และจ่ายฟลูออไรด์ เป็นไปได้หรือไม่  
 ต้องทำอะไรและจะมีปัญหาอะไรบ้าง

Appendix IV Oral Health Survey form

แบบสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก กลุ่มอายุ 3, 5-6 ปี จังหวัดขอนแก่น พ.ศ.2539

Name ..... Date.....  
 Address..... Moo... Tambol..... Amphor..... Regist. No. 


  
 Age 

--	--

 Geographic Loc  
 Sex 

--

 1=male 2= female Examiner  
 Education 

--

 Occupation 

--

 Duplication 

--

<p>Periodontal status (CPI)</p> <table style="margin: 0 auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">17,16</td> <td style="padding: 5px;">11</td> <td style="padding: 5px;">26,27</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">47,46</td> <td style="padding: 5px;">31</td> <td style="padding: 5px;">36,37</td> </tr> </table>	17,16	11	26,27				47,46	31	36,37	<p>0= healthy                  1=bleeding                  2=calculus                  3=bleeding &amp; calculus                  9= cannot be determinant</p>
17,16	11	26,27								
47,46	31	36,37								

Dentition Status and Treatment Need

Status

	O	M	L	D	B	T	Tx
17							
16							
55	15						
54	14						
53	13						
52	12						
51	11						
61	21						
62	22						
63	23						
64	24						
65	25						
26							
27							

	O	M	L	D	B	T	Tx
37							
36							
75	35						
74	34						
73	33						
72	32						
71	31						
81	41						
82	42						
83	43						
84	44						
85	45						
46							
47							

- Prim. Perm. tooth
- A 0=sound
  - R -=Caries arrested
  - B 1=decayed
  - C 2=filled+decayed
  - D 3=filled+nodecayed
  - E 4=missing due to caries
  - F 5=missing other reason
  - G 6=sealant, vanish
  - H 7= crown, bridge abutment
  - W 8=unerupted tooth
  - X 9=excluded tooth
  - Y T=fracture

Fluorosis #..... Level 

--

## Curriculum vitae

**1. NAME:** Siriwan Pitayarangsarit

**2. Date of birth:** **Date** ...23..... **Month** October **Year** (A.D.) ... 1966..

**3. Nationality:** ... THAI.....

**4. Sex:** Female

**5. Marital status :** Single

**6. Language ability:** Good

**7. Designation:** Senior Dental Doctor level 7

**8. Organization:** Khon Kaen Provincial Health Office, Permanent Secretary Office,  
Ministry of Public Health

**9. Education attention:** Doctor of Philosophy on Health Policy and Economic

**10. Work experience**

**1993-1997** Chief of Dental Health Section, Khon Kaen Provincial Health Office

### Responsibilities

1. Policy, planning, implementing, monitoring and evaluation of dental public health programme throughout Khonkaen province
2. Dental service provisions to primary school students
3. Research in dental public health programmes
4. Technical supports to health centres, district health offices and hospitals.

### List of important publications :

**Pitayarangsarit S., et al.** (1996) The Model Development of Dental Health Care at Subdistrict Level. Khon Kaen : Provincial Health Office. ISBN 974-7763-82-6

Wongkongkathep S., Reingkobkit S., Sirivibulkiti K., **Pitayarangsarit S., et al.** (1996) The Evaluation of The Progress of The Decade of Health Centres Development Project. The Bureau of Health Policy and Planning, MOPH. Veterans Organization Printing Office. ISBN 974-7766-94-9

**Pitayarangsarit S. et al** (1995) Fluoride in Natural Water in Khon Kaen. Khon Kaen Provincial Health Office. ISBN 974-7761-06-8

Udompanich S., **Pitayarangsarit S.** (1995) The Dental Nurse at The Sub-district Level : A Case Study in Khon Kaen.