



## แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกลุ่มวัยทำงาน

\*\*\*\*\*

### คำแนะนำในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกลุ่มวัยทำงาน มีทั้งหมด 50 ข้อประกอบด้วย 3 ส่วน คือ  
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ  
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 34 ข้อ  
ส่วนที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับปัจจัยด้านพฤติกรรมการรักษาสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 ข้อ  
โปรดอ่านข้อความทีละข้อ และเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือกที่ตรงกับความคิดเห็น หรือสามารถปฏิบัติได้มากที่สุด โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ท่านเลือก

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. ที่อยู่ปัจจุบัน ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
2. เพศ <sup>1</sup> ชาย <sup>2</sup> หญิง
3. อายุ.....ปี
4. ระดับการศึกษา  
<sup>0</sup> ไม่ได้รับการศึกษาในระบบโรงเรียน <sup>1</sup> ประถมศึกษา <sup>3</sup> มัธยมศึกษา  
<sup>4</sup> ปวช. / ปวส. <sup>5</sup> ปริญญาตรี <sup>6</sup> สูงกว่าปริญญาตรี  
 อื่น ๆ ระบุ.....
5. สิทธิการรักษา  
5.1 สิทธิการรักษาหลัก  
<sup>1</sup> สิทธิ 30 บาท <sup>2</sup> สิทธิประกันสังคม <sup>3</sup> สิทธิข้าราชการ  
<sup>4</sup> สิทธิรัฐวิสาหกิจ <sup>5</sup> สิทธิอื่น ๆ โปรดระบุ.....  
5.2 สิทธิรักษารอง (ส่วนการเบิกจ่ายเพิ่มเติม)  
<sup>0</sup> ไม่มี <sup>1</sup> มี โปรดระบุ.....
6. อาชีพหลักของท่านคืออะไร  
<sup>1</sup> พ่อบ้าน/แม่บ้าน <sup>2</sup> เกษตรกร <sup>3</sup> รัฐวิสาหกิจ  
<sup>4</sup> รับราชการ <sup>5</sup> พนักงานโรงงาน/สถานประกอบการ <sup>6</sup> บริษัทเอกชน  
<sup>7</sup> ค้าขาย <sup>8</sup> ประกอบธุรกิจส่วนตัว/เจ้าของกิจการ <sup>9</sup> รับจ้างทั่วไป  
<sup>10</sup> อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 34 ข้อ

ลำดับ	ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
		0	1	2	3	4
1	ท่านจัดเวลาในการดูแลสุขภาพช่องปากได้สม่ำเสมอเป็นประจำทุกวัน					
2	ท่านอ่านฉลากเพื่อดูคุณสมบัติของผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพช่องปากให้ตรงตามที่ต้องการก่อนซื้อทุกครั้ง					
3	ท่านเปรียบเทียบข้อมูลจากหลาย ๆ แหล่งทุกครั้งก่อนตัดสินใจซื้อเสมอ					
4	ท่านตรวจสุขภาพช่องปากกับหมอฟันเป็นประจำทุกปี					
5	ท่านสามารถเลือกผลิตภัณฑ์ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมกับสภาพช่องปากตนเองได้ทุกครั้ง					
6	ท่านสามารถแนะนำวิธีการขจัดความสกปรกในการทำฟันแก่คนอื่นได้					
7	ท่านตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากหลาย ๆ แหล่ง ก่อนนำมาใช้ดูแลช่องปากเสมอ					
8	ท่านรู้สิทธิประโยชน์ตามสิทธิการรักษาของท่านเป็นอย่างดี					
9	ท่านสามารถให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากแก่คนอื่น ๆ ด้วยความมั่นใจ					
10	ท่านมีหลายช่องทางในการหาความรู้เกี่ยวกับการรักษาความสะอาดช่องปาก					
11	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่อาจทำร้ายเหงือกและฟันเสมอ					
12	ท่านสามารถนำสิ่งที่หมอฟันแนะนำมาปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน					
13	ท่านสามารถจัดการค่าใช้จ่ายในการรักษาปัญหาสุขภาพช่องปากได้ทุกครั้ง					
14	ตัวท่านมีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลรักษาสุขภาพช่องปาก					
15	ท่านเข้าใจทุกอย่างที่หมอฟันอธิบายเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของท่าน					
16	ท่านซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ กับหมอฟันจนเข้าใจดีเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพช่องปาก					
17	ท่านมีส่วนร่วมตัดสินใจเลือกการรักษาทุกครั้ง เมื่อมารับบริการ					

ลำดับ	ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
		0	1	2	3	4
18	ท่านสามารถตัดสินใจได้ว่า เมื่อไรควรไปพบหมอฟัน					
19	ท่านเข้าใจเนื้อหาบนฉลากของผลิตภัณฑ์ดูแล สุขภาพช่องปากได้เป็นอย่างดี					
20	ท่านเลือกสถานบริการที่แก้ปัญหาสุขภาพช่องปาก ได้ตรงตามความต้องการของท่านทุกครั้ง					
21	ท่านรู้คุณสมบัติที่ดีของผลิตภัณฑ์แต่ละชนิดใน การดูแลสุขภาพช่องปาก					
22	ท่านรู้ว่าถ้าสุขภาพช่องปากไม่ดี อาจทำให้ป่วยเป็น โรคอื่น ๆ ได้					
23	ท่านใช้สิทธิการรักษาของตนเองทุกครั้งไปรับบริการ					
24	ท่านตรวจสอบความสะอาดช่องปากหลังทำความ สะอาดทุกครั้ง					
25	ท่านสามารถค้นหาข้อมูลที่ต้องการได้ตามที่ ต้องการเสมอ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก					
26	ท่านหาข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับการรักษา สุขภาพช่องปากมาใช้ได้ดี					
27	ท่านสามารถซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับสิทธิการ รักษาจากเจ้าหน้าที่					
28	ฉันดูแลสุขภาพช่องปากได้เป็นอย่างดี ทำให้มั่นใจ ในการยิ้ม พูดคุยกับคนอื่น ๆ					
29	ท่านสามารถแนะนำคนอื่น ๆ ในการเลือก ผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมได้					
30	ท่านสามารถหาข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการ ทันตกรรมของโรงพยาบาล / คลินิกทำฟันได้					
31	ท่านอ่านฉลากเพื่อเลือกใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของ ฟลูออไรด์เสมอ					
32	ท่านแปรงฟันทั่วทุกซี่ วันละ 2 ครั้ง ครั้งละอย่าง น้อย 2 นาที ด้วยยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ทุกครั้ง					
33	ท่านบอกได้ว่าอะไรเป็นเหตุอาจทำให้ท่านมีสุขภาพ ช่องปากไม่ดี					
34	ท่านดูแลสุขภาพช่องปากอย่างเคร่งครัด เพื่อไม่ให้ เกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนการดำเนินชีวิตประจำวัน					

### ส่วนที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับปัจจัยด้านพฤติกรรมการรักษาสุขภาพช่องปาก

1. ท่านเคยหาข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพช่องปากหรือไม่

<sup>0</sup> ไม่เคย

<sup>1</sup> เคย จากแหล่งใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<sup>1</sup> คนในครอบครัว

<sup>2</sup> เพื่อนสนิท

<sup>3</sup> สื่อแผ่นพับต่าง ๆ จากคลินิก

<sup>4</sup> สื่อโฆษณาต่าง ๆ ในทีวี

<sup>5</sup> รายการทางทีวี

<sup>6</sup> ทันตแพทย์หรือเจ้าหน้าที่

<sup>7</sup> Google

<sup>8</sup> Youtube

<sup>9</sup> Facebook

<sup>10</sup> Line

<sup>11</sup> เว็บไซต์อื่น ๆ โปรดระบุ.....

<sup>12</sup> อื่น ๆ โปรดระบุ.....

2. ส่วนใหญ่ท่านแปรงฟันเวลาใดบ้าง

1. ตอนเช้า

<sup>0</sup> ไม่เคยเลย

<sup>1</sup> แปรงเป็นบางวัน

<sup>2</sup> ทุกวัน

2. หลังอาหารกลางวัน

<sup>0</sup> ไม่เคยเลย

<sup>1</sup> แปรงเป็นบางวัน

<sup>2</sup> ทุกวัน

3. ก่อนนอน

<sup>0</sup> ไม่เคยเลย

<sup>1</sup> แปรงเป็นบางวัน

<sup>2</sup> ทุกวัน

4. อื่น ๆ โปรดระบุ.....

<sup>1</sup> แปรงเป็นบางวัน

<sup>2</sup> ทุกวัน

3. ถ้าท่านแปรงฟันก่อนนอนแล้ว ท่านเคยรับประทานอาหารหรือของขบเคี้ยวอีกจนเข้านอนหรือไม่

<sup>0</sup> ไม่เคย

<sup>1</sup> ใช่ บางครั้ง

<sup>2</sup> เป็นประจำ

4. ในการแปรงฟันแต่ละครั้ง ท่านแปรงฟันนานกี่นาที

<sup>1</sup> ประมาณ 1 นาที

<sup>2</sup> ประมาณ 2 นาที

<sup>3</sup> 2 นาทีขึ้นไป

<sup>0</sup> ไม่ทราบ/ไม่แน่นอน

5. แปรงสีฟันที่ท่านใช้ประจำ

ส่วนใหญ่ท่านเปลี่ยนเมื่อไหร่

<sup>1</sup> เมื่อขนแปรงบาน

<sup>2</sup> สีขนแปรงเปลี่ยน

<sup>3</sup> เปลี่ยนประจำทุก.....เดือน

<sup>0</sup> ไม่แน่นอน

ลักษณะขนแปรงที่ท่านเลือกใช้ มีความนุ่ม อยู่ในระดับใด

<sup>1</sup> ธรรมดา

<sup>2</sup> นุ่ม

<sup>3</sup> นุ่มพิเศษ

<sup>0</sup> ไม่แน่นอน

6. ท่านใช้ยาสีฟันขณะแปรงฟันหรือไม่

<sup>0</sup> ไม่ใช้ยาสีฟัน

<sup>1</sup> ใช้ยาสีฟัน ยี่ห้อใดที่ใช้ประจำ.....

7. ท่านใช้อุปกรณ์เสริมอะไรบ้าง ในการทำความสะอาดช่องปาก

<sup>0</sup> ไม่ได้ใช้

<sup>1</sup> ใช้ อะไร โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ไหมขัดฟัน

แปรงซอกฟัน

น้ำยาบ้วนปาก

ไม้จิ้มฟัน

หมากฝรั่ง

อื่น ๆ โปรดระบุ..

8. ท่านสูบบุหรี่ หรือยาเส้นหรือไม่

<sup>0</sup> ไม่เคยสูบ

<sup>1</sup> เคยสูบ ปัจจุบันเลิกแล้ว

สูบบุหรี่ ประมาณ.....ปี.....เดือน เหลือวันละประมาณ.....มวน

เลิกมา ประมาณ.....ปี.....เดือน

<sup>2</sup> ยังสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน เป็นระยะเวลาประมาณ.....ปี.....เดือน

เหลือวันละประมาณ.....มวน

9. ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยไปหาหมอฟันบ้างหรือไม่

<sup>0</sup> ไม่เคยไป เพราะอะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<sup>1</sup> ไม่มีปัญหาในช่องปาก

<sup>2</sup> ไม่มีเวลา

<sup>3</sup> กลัวการทำฟัน

<sup>4</sup> ไม่มีอาการผิดปกติ

<sup>5</sup> ค่ารักษาแพง

<sup>6</sup> ไม่มีคนพาไป

<sup>7</sup> คิวยาว / ต้องรอนาน

<sup>8</sup> ไม่ทราบว่าจะไปรับการรักษาที่ใด

<sup>9</sup> อื่น ๆ ระบุ.....

<sup>1</sup> เคยไป พบหมอฟัน จำนวน.....ครั้งต่อปี

10. ท่านเคยไปตรวจเช็คฟันประจำปีโดยไม่มีอาการหรือไม่

<sup>0</sup> ไม่เคย

<sup>1</sup> เป็นบางครั้ง

<sup>2</sup> เป็นประจำทุกปี

\*\*\*\*\* ขอขอบคุณสำหรับการตอบแบบสอบถาม \*\*\*\*\*