



## รายงานสรุปผลการทดสอบและปรับปรุงเครื่องมือ (Try Out) โครงการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๖ (ระยะที่ ๑)

ตามที่ สำนักทันตสาธารณสุข ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ข้อตกลงสวรส.เลขที่ ๖๔-๒๑๙ ในการดำเนินโครงการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๖ (ระยะที่ ๑) เพื่อสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก พฤติกรรม ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก และผลกระทบจากสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับประเทศ โดยได้ดำเนินการทดสอบและปรับปรุงเครื่องมือสำรวจฯ ดังนี้

### ๑. แบบตรวจฟัน

- ดำเนินการในกลุ่มอายุ ๓ ปี ๕ ปี ๑๒ ปี ๑๕ ปี ๓๕ - ๔๔ ปี ๖๐ - ๗๔ ปี และ ๘๐ - ๘๕ ปี โดยนำแบบตรวจฟันเดิมจากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ ๘ ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ มาใช้ และปรับแก้เล็กน้อยตามที่ได้รับคำแนะนำจากการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาเครื่องมือการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ ระหว่างวันที่ ๑๘ - ๑๙ มกราคม ๒๕๖๕ ณ โรงแรมทีเค พาเลซ แอนด์ คอนเวนชัน กรุงเทพมหานคร

### ๒. แบบสัมภาษณ์ คณะผู้วิจัยได้มีการหาคุณภาพเครื่องมือของแบบสัมภาษณ์ โดย

๒.๑ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาเครื่องมือการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ ระหว่างวันที่ ๑๘ - ๑๙ มกราคม ๒๕๖๕ ณ โรงแรมทีเค พาเลซ แอนด์ คอนเวนชัน กรุงเทพมหานคร เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะข้อคำถามตามความตรงด้านเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา นำผลที่ได้จากการประชุมผู้เชี่ยวชาญมาปรับแก้ไขแบบสัมภาษณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

๒.๒ ตรวจสอบความสอดคล้องและความตรงเชิงเนื้อหาของรายการข้อคำถาม (Content Validity) ของแบบสัมภาษณ์ โดยการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน ๓ ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง ๐.๘๑ - ๐.๙๔ และสรุปค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ทั้งหมดเท่ากับ ๐.๘๘

เกณฑ์พิจารณาความสอดคล้องและความตรงเชิงเนื้อหาของรายการข้อคำถาม (Content Validity)

- ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ๐.๕ - ๑ มีความสอดคล้อง
- ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ต่ำกว่า ๐.๕ ปรับปรุงข้อคำถามตามคำแนะนำผู้เชี่ยวชาญ

๒.๓ ทดลองใช้แบบสัมภาษณ์ กับกลุ่มตัวอย่างที่ คล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา (Try Out) เพื่อทดสอบด้านความเหมาะสมของภาษา เพื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เข้าใจข้อคำถามได้ตรงตามวัตถุประสงค์มากขึ้น ระหว่างวันที่ ๑ - ๒ มิถุนายน ๒๕๖๕ ณ จังหวัดสิงห์บุรี โดยทดลองใช้แบบสัมภาษณ์ใน ๔ กลุ่มอายุ ได้แก่ ๑๒ ปี ๑๕ ปี ๓๕ - ๔๔ ปี และ ๖๐ - ๗๔ ปี กลุ่มอายุละ ๑๐ คน และนำข้อสังเกตที่ได้จากการสอบถามมาพัฒนาแบบสัมภาษณ์และแนวทางการสัมภาษณ์

## ผลการตรวจสอบความสอดคล้องและความตรงเชิงเนื้อหาของรายการข้อคำถาม

### แบบสอบถามความสอดคล้องและความตรงเชิงเนื้อหาของรายการข้อคำถาม โครงการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 พ.ศ. 2565 - 2566 (ระยะที่ 1)

#### คำชี้แจง

- แบบสอบถามชุดนี้อยู่ในขั้นตอนการศึกษา โครงการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9 พ.ศ. 2565 - 2566 (ระยะที่ 1)
- แบบสอบถามชุดนี้มุ่งตรวจสอบเพื่อหาค่าความเที่ยงตรง (Validity) โดยการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) ของแบบสัมภาษณ์และข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อนำไปปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น
- แบบสอบถามชุดนี้มีทั้งหมด 4 แบบดังนี้
  - แบบสัมภาษณ์กลุ่มอายุ 12 ปี ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับนักเรียน	จำนวน	4 ข้อ
ส่วนที่ 2: พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก	จำนวน	10 ข้อ
ส่วนที่ 3: การรับรู้ และการรับบริการด้านสุขภาพช่องปาก	จำนวน	5 ข้อ
  - แบบสัมภาษณ์กลุ่มอายุ 15 ปี ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	4 ข้อ
ส่วนที่ 2: พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก	จำนวน	13 ข้อ
ส่วนที่ 3: การรับรู้ การรับบริการด้านสุขภาพช่องปาก และคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับช่องปาก	จำนวน	7 ข้อ
  - แบบสัมภาษณ์กลุ่มอายุ 35-44 ปี ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	9 ข้อ
ส่วนที่ 2: พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก	จำนวน	16 ข้อ
ส่วนที่ 3: การรับรู้ การรับบริการด้านสุขภาพช่องปาก และคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับช่องปาก	จำนวน	5 ข้อ
  - แบบสัมภาษณ์กลุ่มอายุ 60-74 ปี ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	9 ข้อ
ส่วนที่ 2: พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก	จำนวน	15 ข้อ
ส่วนที่ 3: การรับรู้ การรับบริการด้านสุขภาพช่องปาก และคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับช่องปาก	จำนวน	4 ข้อ
- ขอความกรุณาท่านผู้เชี่ยวชาญโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านโดยพิจารณา ระดับและความหมาย ดังนี้
  - ให้คะแนน +1 กรณีคำถามสอดคล้องกับเนื้อหาตามจุดประสงค์
  - ให้คะแนน 0 กรณีไม่แน่ใจว่าคำถามสอดคล้องกับเนื้อหาตามจุดประสงค์
  - ให้คะแนน -1 กรณีคำถามไม่สอดคล้องกับเนื้อหาตามจุดประสงค์

ผู้วิจัยขอความกรุณาท่านผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะหรือความคิดเห็นเพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่สมบูรณ์โดยการเขียน ข้อเสนอแนะไว้ท้ายข้อนี้ๆ

1. แบบสัมภาษณ์กลุ่มอายุ 12 ปี

ข้อ ที่	รายการขอความคิดเห็น	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ คนที่			ค่า IOC	แปลผล
		1	2	3		
<b>ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับนักเรียน</b>						
1	เพศ <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> ชาย <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> หญิง	1	1	1	1	สอดคล้อง
2	อายุ ..... ปี.....เดือน	1	1	1	1	สอดคล้อง
3	น้ำหนัก ..... กิโลกรัม      ส่วนสูง ..... เซนติเมตร ⇒ ให้ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> ชั่ง -วัดจริง หรือเจ้าหน้าที่บันทึกไม่เกิน 15 วันก่อนวันสัมภาษณ์ <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> สอบถามหรือคัดลอกจากแหล่งข้อมูลอื่น	1	1	1	1	สอดคล้อง
4	ศาสนา <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> พุทธ <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> อิสลาม <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> คริสต์ <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> อื่นๆ ระบุ.....	1	1	1	1	สอดคล้อง
<b>ส่วนที่ 2: พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก</b>						
<b>2.1 พฤติกรรมการแปรงฟัน</b>						
5	ส่วนใหญ่เด็กนักเรียนแปรงฟันในเวลาต่อไปนี้หรือไม่ (กรณีไม่ได้แปรงฟัน ให้ตอบไม่เคยเลย ทั้งสามข้อ แล้วข้ามไปข้อ 9) 5.1 ตอนเช้า <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่เคยแปรงเลย <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> แปรงเป็นบางวัน <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> แปรงทุกวัน 5.2 หลังอาหารกลางวัน <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่เคยแปรงเลย <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> แปรงเป็นบางวัน <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> แปรงทุกวัน 5.3 ก่อนนอน <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่เคยแปรงเลย (ข้ามไปข้อ 7) <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> แปรงเป็นบางวัน <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> แปรงทุกวัน	0	1	0	0.3	ปรับปรุง ข้อคำถาม ตามคำแนะนำ ผู้เชี่ยวชาญ
6	นักเรียนแปรงฟันก่อนนอนแล้วกินหรือดื่มอะไรต่อหรือไม่ <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่กิน/ดื่ม <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> กิน/ดื่ม	0	1	0	0.3	ปรับปรุง ข้อคำถาม ตามคำแนะนำ ผู้เชี่ยวชาญ
7	ในการแปรงฟันแต่ละครั้ง นักเรียนแปรงฟันนานกี่นาที <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> น้อยกว่า 2 นาที <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ตั้งแต่ 2 นาทีขึ้นไป <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> ไม่ทราบ/ไม่แน่นอน	0	1	1	0.7	สอดคล้อง
8	เมื่อแปรงฟันที่บ้าน นักเรียนใช้ยาสีฟันหรือไม่ ถ้าใช้ ใช้ยี่ห้ออะไร <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่ใช้ยาสีฟัน <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> ใช้ ⇒ ให้ระบุยี่ห้อที่ใช้ (เลือกชนิดที่ใช้บ่อยที่สุด 1 ชนิด) <input type="checkbox"/> <sup>01</sup> คอลเกต <input type="checkbox"/> <sup>02</sup> ไกลซ์ด (close up) <input type="checkbox"/> <sup>03</sup> ฟลูออคาริล <input type="checkbox"/> <sup>04</sup> ดาร์ลี่ <input type="checkbox"/> <sup>05</sup> ซิสเต็มมา <input type="checkbox"/> <sup>06</sup> ออรัลเมต <input type="checkbox"/> <sup>07</sup> โคโคโม <input type="checkbox"/> <sup>08</sup> เซนต์แอนดรูว์ <input type="checkbox"/> <sup>09</sup> พารodontแท็ก <input type="checkbox"/> <sup>10</sup> พารodontแท็ก เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>11</sup> ซอลท์ <input type="checkbox"/> <sup>12</sup> ซอลท์ เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>13</sup> เซนโซดาเยน <input type="checkbox"/> <sup>14</sup> เซนโซดาเยน เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>15</sup> เทพไทย <input type="checkbox"/> <sup>16</sup> เทพไทย เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>17</sup> เดนตัสเต้ <input type="checkbox"/> <sup>18</sup> เดนตัสเต้ เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>19</sup> ดอกบัวคู่ <input type="checkbox"/> <sup>20</sup> ดอกบัวคู่ เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>21</sup> ชูเลียน (smile-on) <input type="checkbox"/> <sup>22</sup> ชูเลียน (smile-on) เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>23</sup> ไฮเอิร์บ <input type="checkbox"/> <sup>24</sup> ไฮเอิร์บ เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>25</sup> ออรัลเอิร์บ <input type="checkbox"/> <sup>26</sup> ออรัลเอิร์บ เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>27</sup> กิฟฟารีน <input type="checkbox"/> <sup>28</sup> กิฟฟารีน เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>29</sup> แอมเวย์ (กลิสเตอร์) <input type="checkbox"/> <sup>30</sup> หมอจุฬา <input type="checkbox"/> <sup>31</sup> สปราร์คเคิล <input type="checkbox"/> <sup>32</sup> วิเศษนิยม <input type="checkbox"/> <sup>33</sup> ผลิตภัณฑ์ชาวบ้านทำเอง ระบุยี่ห้อ..... <input type="checkbox"/> <sup>34</sup> อื่นๆ ระบุยี่ห้อ.....	1	0	1	0.7	สอดคล้อง
<b>2.2 พฤติกรรมการบริโภคขนมและเครื่องดื่มที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก</b>						
9	ส่วนใหญ่เด็กนักเรียนได้เงินมาโรงเรียน วันละ.....บาท ⇒ ใช้เงินซื้อขนม และเครื่องดื่ม (ไม่รวมน้ำเปล่า) วันละ.....บาท	1	1	1	1	สอดคล้อง

ข้อ ที่	รายการ	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ คนที่			ค่า IOC	แปลผล
		1	2	3		
10	ระหว่างมื้ออาหารในแต่ละวัน นักเรียนดื่มเครื่องดื่มรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำผลไม้ น้ำหวาน นมปรุงแต่งรส หรือไม่ <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่ดื่ม <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> ดื่ม 1 - 2 ครั้ง/วัน <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ดื่ม 3 - 4 ครั้ง/วัน <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> ดื่ม 5 ครั้ง/วัน ขึ้นไป	0	1	0	0.3	ปรับปรุง ข้อคำถาม ตามคำแนะนำ ผู้เชี่ยวชาญ
11	ระหว่างมื้ออาหารในแต่ละวัน นักเรียนกินขนมถุงกรอบ เบเกอรี่ หรือไม่ <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่กิน <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> กิน 1 - 2 ครั้ง/วัน <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> กิน 3 - 4 ครั้ง/วัน <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> กิน 5 ครั้ง/วัน ขึ้นไป	0	1	0	0.3	ปรับปรุง ข้อคำถาม ตามคำแนะนำ ผู้เชี่ยวชาญ
12	นักเรียนกินลูกอม หรือไม่ <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่กิน <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> กินบางวัน <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> กินทุกวัน จำนวน ..... ครั้ง/วัน ครั้งละ..... เม็ด	1	1	1	1	สอดคล้อง
13	นักเรียนเติมน้ำตาลในอาหารที่ปรุงสุกแล้ว/อาหารสำเร็จรูป/อาหารจานเดียว บ่อยเพียงใด <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่เติม <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> เติมบางครั้ง <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> เติมทุกครั้ง	1	1	1	1	สอดคล้อง
<b>2.3 พฤติกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก</b>						
14	นักเรียนสูบบุหรี่มวน/บุหรี่ไฟฟ้า หรือไม่ <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่เคยสูบ <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> เคยลองสูบ ตั้งแต่อายุ ..... ปี <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ยังสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน	1	0	0	0.3	ปรับปรุง ข้อคำถาม ตามคำแนะนำ ผู้เชี่ยวชาญ
<b>ส่วนที่ 3: การรับรู้ และการรับบริการด้านสุขภาพช่องปาก</b>						
15	ใน 12 เดือนที่ผ่านมา นักเรียนเคยปวดฟันหรือไม่ <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่เคย <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> เคย ⇨ ให้ระบุจำนวนวันที่หยุดเรียนเพราะปวดฟัน.....	1	1	1	1	สอดคล้อง
16	ใน 12 เดือนที่ผ่านมา นักเรียนเคยหยุดเรียน เพราะไปทำฟัน หรือไม่ <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่เคย <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> เคย ⇨ ให้ระบุจำนวนวันที่หยุดเรียนเพราะไปทำฟัน..... วัน	1	1	1	1	สอดคล้อง
17	ใน 12 เดือนที่ผ่านมา นักเรียนเคยได้รับการตรวจฟันหรือไม่ <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่เคย <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> เคย ครูตรวจให้ <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> เคย หมอฟันตรวจให้ <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> เคย ทั้งครูและหมอฟันตรวจให้	1	1	1	1	สอดคล้อง
18	ใน 12 เดือนที่ผ่านมา นักเรียนเคยทำฟันหรือไม่ (เช่น อุดฟัน ขูดหินน้ำลาย ถอนฟัน เป็นต้น) <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่เคย <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> เคย ⇨ ให้ระบุสถานที่ ที่ไปรับการรักษา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="radio"/> <sup>1</sup> หมอฟันมาที่โรงเรียน <input type="radio"/> <sup>2</sup> สถานิออนามัย/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล <input type="radio"/> <sup>3</sup> โรงพยาบาลรัฐ/ศูนย์บริการสาธารณสุข <input type="radio"/> <sup>4</sup> โรงพยาบาลเอกชน/คลินิก	0	1	1	0.7	สอดคล้อง
19	นักเรียนต้องการความรู้ด้านสุขภาพช่องปากจากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="radio"/> <sup>01</sup> สื่อออนไลน์ เช่น เว็บไซต์/เฟซบุ๊ก/ไลน์/TIK TOK/YouTube <input type="radio"/> <sup>02</sup> วิทยุ /วิทยุชุมชน <input type="radio"/> <sup>03</sup> เสียงตามสาย/หอกระจายข่าว <input type="radio"/> <sup>04</sup> โปสเตอร์ แผ่นพับ <input type="radio"/> <sup>05</sup> โทรทัศน์ <input type="radio"/> <sup>06</sup> พ่อ แม่ ญาติพี่น้อง <input type="radio"/> <sup>07</sup> ครู <input type="radio"/> <sup>08</sup> หมอ/พยาบาลเจ้าหน้าที่สาธารณสุข <input type="radio"/> <sup>09</sup> อสม. <input type="radio"/> <sup>10</sup> เพื่อน <input type="radio"/> <sup>11</sup> หนังสือ/วารสาร/หนังสือพิมพ์ <input type="radio"/> <sup>12</sup> อื่นๆ ระบุ.....	1	1	1	1	สอดคล้อง

## 2. แบบสัมภาษณ์กลุ่มอายุ 15 ปี

ข้อ ที่	รายการ	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ คนที่			ค่า IOC	แปลผล
		1	2	3		
<b>ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป</b>						
1	เพศ <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> ชาย <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> หญิง	1	1	1	1	สอดคล้อง
2	อายุ ..... ปี.....เดือน	1	1	1	1	สอดคล้อง
3	น้ำหนัก ..... กิโลกรัม                      ส่วนสูง ..... เซนติเมตร ⇒ ให้ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> ชั่ง -วัดจริง หรือเจ้าหน้าที่บันทึกไม่เกิน 15 วันก่อนวันสัมภาษณ์ <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> สอบถามหรือคัดลอกจากแหล่งข้อมูลอื่น	0	1	1	0.7	สอดคล้อง
4	ศาสนา <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> พุทธ <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> อิสลาม <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> คริสต์ <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> อื่นๆ ระบุ.....	1	1	1	1	สอดคล้อง
<b>ส่วนที่ 2: พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก</b>						
<b>2.1 พฤติกรรมการแปรงฟัน</b>						
5	ส่วนใหญ่ท่านแปรงฟันในเวลาต่อไปนี้หรือไม่ (กรณีไม่ได้แปรงฟัน ให้ตอบไม่เคยเลย ทั้งสามข้อ แล้วข้ามไปตอบข้อ 10) 5.1 ตอนเช้า <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่เคยแปรงเลย <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> แปรงเป็นบางวัน <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> แปรงทุกวัน 5.2 หลังอาหารกลางวัน <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่เคยแปรงเลย <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> แปรงเป็นบางวัน <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> แปรงทุกวัน 5.3 ก่อนนอน <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่เคยแปรงเลย (ข้ามไปข้อ7) <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> แปรงเป็นบางวัน <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> แปรงทุกวัน	1	1	0	0.7	สอดคล้อง
6	ท่านแปรงฟันก่อนนอนแล้วกินหรือดื่มอะไรต่อหรือไม่ <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่กิน/ดื่ม <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> กิน/ดื่ม	1	1	0	0.7	สอดคล้อง
7	ในการแปรงฟันแต่ละครั้ง ท่านแปรงฟันนานกี่นาที <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> น้อยกว่า 2 นาที <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ตั้งแต่ 2 นาทีขึ้นไป <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> ไม่ทราบ/ไม่แน่นอน	1	1	1	1	สอดคล้อง
8	แปรงสีฟันที่ใช้ในปัจจุบันมีลักษณะขนแปรงเป็นแบบใด (เทียบกับแปรงตัวอย่าง) <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> ขนนุ่มเท่ากัน <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> นุ่มกว่าที่แจก <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> แข็งกว่าที่แจก	1	1	1	1	สอดคล้อง
9	เมื่อแปรงฟันที่บ้าน ท่านใช้ยาสีฟันหรือไม่ ถ้าใช้ ใช้ยี่ห้ออะไร <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่ใช้ยาสีฟัน <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> ใช้ ⇒ ให้ระบุยี่ห้อที่ใช้ (เลือกชนิดที่ใช้บ่อยที่สุด 1 ชนิด) <input type="checkbox"/> <sup>01</sup> คอลเกต <input type="checkbox"/> <sup>02</sup> ไกลซ์ติด (close up) <input type="checkbox"/> <sup>03</sup> ฟลูออคาริล <input type="checkbox"/> <sup>04</sup> ดาร์ลี <input type="checkbox"/> <sup>05</sup> ชิสเท็มมา <input type="checkbox"/> <sup>06</sup> ออร์ลเมต <input type="checkbox"/> <sup>07</sup> โคโคโม <input type="checkbox"/> <sup>08</sup> เซนต์แอนดรูว์ <input type="checkbox"/> <sup>09</sup> พาโรดอนแท็ก <input type="checkbox"/> <sup>10</sup> พาโรดอนแท็ก เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>11</sup> ซอลท์ <input type="checkbox"/> <sup>12</sup> ซอลท์ เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>13</sup> เซนโซดาเยิร์น <input type="checkbox"/> <sup>14</sup> เซนโซดาเยิร์น เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>15</sup> เทพไทย <input type="checkbox"/> <sup>16</sup> เทพไทย เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>17</sup> เดนตีสเต้ <input type="checkbox"/> <sup>18</sup> เดนตีสเต้ เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>19</sup> ดอกบัวคู่ <input type="checkbox"/> <sup>20</sup> ดอกบัวคู่ เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>21</sup> ซุเลี่ยน (smile-on) <input type="checkbox"/> <sup>22</sup> ซุเลี่ยน (smile-on) เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>23</sup> ไฮเอิร์บ <input type="checkbox"/> <sup>24</sup> ไฮเอิร์บ เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>25</sup> ออร์ลเอิร์บ <input type="checkbox"/> <sup>26</sup> ออร์ลเอิร์บ เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>27</sup> กิฟฟารีน <input type="checkbox"/> <sup>28</sup> กิฟฟารีน เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>29</sup> แอมเวย์ (กลิสเตอร์) <input type="checkbox"/> <sup>30</sup> หมอจุฬา <input type="checkbox"/> <sup>31</sup> สปราร์คเคิล <input type="checkbox"/> <sup>32</sup> วิเศษนิยม <input type="checkbox"/> <sup>33</sup> ผลิตภัณฑ์ชาวบ้านทำเอง ระบุยี่ห้อ..... <input type="checkbox"/> <sup>34</sup> อื่นๆ ระบุยี่ห้อ.....	1	0	1	0.7	สอดคล้อง
10	นอกจากการแปรงฟันแล้ว ท่านทำความสะอาดฟันโดยวิธีใดอีกบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="radio"/> <sup>0</sup> ไม่ได้ใช้ <input type="radio"/> <sup>1</sup> ใช้ไหมขัดฟัน <input type="radio"/> <sup>2</sup> ใช้แปรงซอกฟัน <input type="radio"/> <sup>3</sup> ใช้น้ำยาบ้วนปาก <input type="radio"/> <sup>4</sup> ใช้ไม้จิ้มฟัน <input type="radio"/> <sup>5</sup> อื่นๆ ระบุ.....	1	1	1	1	สอดคล้อง

ข้อ ที่	รายการ	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ คนที่			ค่า IOC	แปลผล
		1	2	3		
<b>2.2 พฤติกรรมการบริโภคขนมและเครื่องดื่มที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก</b>						
11	ระหว่างมื้ออาหารในแต่ละวัน ท่านดื่มเครื่องดื่มรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำผลไม้ น้ำหวาน นมปรุงแต่งรส หรือไม่ <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่ดื่ม <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> ดื่ม 1 - 2 ครั้ง/วัน <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ดื่ม 3 - 4 ครั้ง/วัน <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> ดื่ม 5 ครั้ง/วัน ขึ้นไป	1	1	0	0.7	สอดคล้อง
12	ระหว่างมื้ออาหารในแต่ละวัน ท่านกินขนมถุงกรอบ เบเกอรี่ หรือไม่ <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่กิน <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> กิน 1 - 2 ครั้ง/วัน <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> กิน 3 - 4 ครั้ง/วัน <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> กิน 5 ครั้ง/วัน ขึ้นไป	1	1	0	0.7	สอดคล้อง
13	ท่านกินลูกอม หรือไม่ <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่กิน <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> กินบางวัน <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> กินทุกวัน จำนวน ..... ครั้ง/วัน ครั้งละ..... เม็ด	1	1	1	1	สอดคล้อง
14	ท่านเติมน้ำตาลในอาหารที่ปรุงสุกแล้ว/อาหารสำเร็จรูป/อาหารจานเดียว บ่อยเพียงใด <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่เติม <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> เติบบางครั้ง <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> เติบโตทุกครั้งที่	1	1	1	1	สอดคล้อง
<b>2.3 พฤติกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก</b>						
15	ท่านสูบบุหรี่ หรือไม่ <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่เคยสูบ (ข้ามไปตอบข้อ 16) <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> เคยสูบ เป็นระยะเวลาประมาณ .....ปี.....เดือน เฉลี่ยวันละประมาณ.....มวน ปัจจุบันเลิกแล้วนานประมาณ.....ปี.....เดือน <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ยังสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน เป็นระยะเวลาประมาณ .....ปี.....เดือน เฉลี่ยวันละประมาณ.....มวน	0	1	0	0.3	ปรับปรุง ข้อคำถาม ตามคำแนะนำ ผู้เชี่ยวชาญ
16	นอกจากบุหรี่ท่านใช้ยาสูบบุหรี่รูปแบบอื่นหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="radio"/> <sup>0</sup> ไม่ใช่ <input type="radio"/> <sup>1</sup> บุหรี่ไฟฟ้า <input type="radio"/> <sup>2</sup> อื่นๆ ระบุ.....	1	1	1	1	สอดคล้อง
17	ปัจจุบันท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่ดื่ม <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> ดื่มเฉพาะเทศกาลหรือวันพิเศษ <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ดื่มเป็นประจำ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	1	1	1	1	สอดคล้อง
<b>ส่วนที่ 3: การรับรู้ การรับบริการด้านสุขภาพช่องปาก และคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับช่องปาก</b>						
18	ท่านพึงพอใจต่อสุขภาพช่องปากของท่านในระดับใด <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่พอใจ <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> พอใจปานกลาง <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> พอใจมาก	1	1	1	1	สอดคล้อง
19	ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจฟันหรือไม่ <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่เคย <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> เคย ครูตรวจให้ <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> เคย หมอฟันตรวจให้ <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> เคย ทั้งครูและหมอฟันตรวจให้	1	1	1	1	สอดคล้อง
20	ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยทำฟันหรือไม่ (เช่น อุดฟัน ขูดหินน้ำลาย ถอนฟัน เป็นต้น) <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่เคย <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> เคย ⇨ ให้ระบุสถานที่ ที่ไปรับการรักษา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="radio"/> <sup>1</sup> หมอฟันมาที่โรงเรียน <input type="radio"/> <sup>2</sup> สถานีอนามัย/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล <input type="radio"/> <sup>3</sup> โรงพยาบาลรัฐ/ศูนย์บริการสาธารณสุข <input type="radio"/> <sup>4</sup> โรงพยาบาลเอกชน/คลินิก	1	1	1	1	สอดคล้อง
21	ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปากหรือผลกระทบที่เกี่ยวข้องหรือไม่ <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่มี <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> มี ⇨ ให้ระบุปัญหาหรือผลกระทบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="radio"/> <sup>1</sup> อาหารติดตามซอกฟัน <input type="radio"/> <sup>2</sup> ปวดฟัน <input type="radio"/> <sup>3</sup> เจ็บแผลในปาก <input type="radio"/> <sup>4</sup> กินอาหารได้ช้า ๆ <input type="radio"/> <sup>5</sup> เคี้ยวอาหารลำบาก <input type="radio"/> <sup>6</sup> กลืนปาก <input type="radio"/> <sup>7</sup> นอนไม่หลับเนื่องจากมีปัญหาในช่องปาก <input type="radio"/> <sup>8</sup> อื่นๆ ระบุ.....	1	1	1	1	สอดคล้อง

ข้อ ที่	รายการ	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ คนที่			ค่า IOC	แปลผล
		1	2	3		
22	<p>ปัจจุบันท่านมีสวัสดิการสุขภาพ/สิทธิการรักษาพยาบาลอะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="radio"/><sup>1</sup> สิทธิบัตรทอง (หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)    <input type="radio"/><sup>2</sup> สิทธิประกันสังคม</p> <p><input type="radio"/><sup>3</sup> สิทธิข้าราชการ หรือข้าราชการบำนาญ    <input type="radio"/><sup>4</sup> ซื้อประกันสุขภาพเอกชน</p> <p><input type="radio"/><sup>5</sup> สวัสดิการของหน่วยงาน    <input type="radio"/><sup>6</sup> อื่นๆ ระบุ.....</p> <p><input type="radio"/><sup>7</sup> ไม่ทราบ</p>	1	1	1	1	สอดคล้อง
23	<p>ท่านต้องการความรู้ด้านสุขภาพช่องปากจากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="radio"/><sup>01</sup> สื่อออนไลน์ เช่น เว็บไซต์/เฟซบุ๊ก/ไลน์/TIK TOK/YouTube    <input type="radio"/><sup>02</sup> วิทยุ /วิทยุชุมชน</p> <p><input type="radio"/><sup>03</sup> เสี่ยงตามสาย/หออกระจายข่าว    <input type="radio"/><sup>04</sup> โปสเตอร์ แผ่นพับ    <input type="radio"/><sup>05</sup> โทรทัศน์</p> <p><input type="radio"/><sup>06</sup> พ่อ แม่ ญาติพี่น้อง    <input type="radio"/><sup>07</sup> ครู    <input type="radio"/><sup>08</sup> หมอ/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข</p> <p><input type="radio"/><sup>09</sup> อสม.    <input type="radio"/><sup>10</sup> เพื่อน    <input type="radio"/><sup>11</sup> หนังสือ/วารสาร/หนังสือพิมพ์</p> <p><input type="radio"/><sup>12</sup> อื่นๆ ระบุ.....</p>	1	1	1	1	สอดคล้อง
24	<p>ท่านต้องการข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากเรื่องใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="radio"/><sup>1</sup> วิธีทำความสะอาดช่องปาก    <input type="radio"/><sup>2</sup> สิทธิและสวัสดิการการทำฟัน</p> <p><input type="radio"/><sup>3</sup> โรคในช่องปาก    <input type="radio"/><sup>4</sup> การจัดฟัน</p> <p><input type="radio"/><sup>5</sup> ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดช่องปาก    <input type="radio"/><sup>6</sup> การฟอกสีฟัน</p> <p><input type="radio"/><sup>7</sup> การบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อสุขภาพช่องปาก    <input type="radio"/><sup>8</sup> อื่นๆ ระบุ.....</p>	1	1	1	1	สอดคล้อง

### 3. แบบสัมภาษณ์กลุ่มอายุ 35 - 44 ปี

ข้อ ที่	รายการ	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ คนที่			ค่า IOC	แปลผล
		1	2	3		
<b>ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป</b>						
1	เพศ <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> ชาย <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> หญิง	1	1	1	1	สอดคล้อง
2	อายุ ..... ปี.....เดือน	1	1	1	1	สอดคล้อง
3	น้ำหนัก ..... กิโลกรัม      ส่วนสูง ..... เซนติเมตร ⇒ ให้ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> ชั่ง - วัดจริง หรือเจ้าหน้าที่บันทึกไม่เกิน 30 วันก่อนวันสัมภาษณ์ <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> สอบถามหรือคัดลอกจากแหล่งข้อมูลอื่น	1	1	1	1	สอดคล้อง
4	ศาสนา <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> พุทธ <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> อิสลาม <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> คริสต์ <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> อื่นๆ ระบุ.....	1	1	1	1	สอดคล้อง
5	สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> โสด <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> สมรส/คู่ <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> หม้าย <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> หย่าร้าง <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> แยกกันอยู่	1	1	1	1	สอดคล้อง
6	อาชีพหลักหรืองานที่ใช้เวลาทำส่วนใหญ่ (ให้บันทึกสถานภาพการทำงาน) <input type="checkbox"/> <sup>01</sup> ข้าราชการ/พนักงานราชการ/ลูกจ้างของรัฐ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> <sup>02</sup> พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน <input type="checkbox"/> <sup>03</sup> ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว <input type="checkbox"/> <sup>04</sup> เกษตรกร <input type="checkbox"/> <sup>05</sup> รับจ้างทั่วไป <input type="checkbox"/> <sup>06</sup> นักเรียน/นิสิต/นักศึกษา <input type="checkbox"/> <sup>07</sup> ชั้บรถรับจ้างสาธารณะ <input type="checkbox"/> <sup>08</sup> แม่บ้าน/พ่อบ้าน/ข้าราชการบำนาญ <input type="checkbox"/> <sup>09</sup> ว่างาน/ไม่มีงานทำ <input type="checkbox"/> <sup>10</sup> อื่นๆ ระบุ.....	1	1	1	1	สอดคล้อง
7	รายได้ของท่าน (เฉลี่ยต่อเดือน) <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่มีรายได้ <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> รายได้ไม่เกิน 5,000 บาท <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> รายได้ 5,001 – 15,000 บาท <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> รายได้ 15,001 – 30,000 บาท <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> รายได้ 30,001 – 50,000 บาท <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> รายได้ ตั้งแต่ 50,001 บาทขึ้นไป	1	1	1	1	สอดคล้อง
8	ระดับการศึกษาที่สำเร็จสูงสุด <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่เคยเรียน/ไม่จบการศึกษา <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> มัธยมศึกษาตอนปลาย <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> ปวช. <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> ปวส./ปวท./อนุปริญญา <input type="checkbox"/> <sup>6</sup> ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> <sup>7</sup> ปริญญาโทหรือสูงกว่า <input type="checkbox"/> <sup>8</sup> อื่นๆ (ระบุ).....	1	1	1	1	สอดคล้อง
9	ท่านมีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์หรือไม่ (ลงข้อมูลทุกข้อ) 9.1 เบาหวาน <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่มี <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> มี <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ไม่เคยตรวจ 9.2 ความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่มี <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> มี <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ไม่เคยตรวจ 9.3 โรคหลอดเลือดหัวใจ <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่มี <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> มี <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ไม่เคยตรวจ 9.4 ภาวะซีมเสร์้า <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่มี <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> มี <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ไม่เคยตรวจ 9.5 โรคไต <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่มี <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> มี <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ไม่เคยตรวจ 9.6 โรคข้ออักเสบ <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่มี <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> มี <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ไม่เคยตรวจ 9.7 โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่มี <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> มี <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ไม่เคยตรวจ 9.8 โรคหอบหืด <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่มี <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> มี <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ไม่เคยตรวจ 9.9 มะเร็ง ตำแหน่ง..... <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่มี <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> มี <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ไม่เคยตรวจ 9.10 อื่นๆ ระบุ..... <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> มี	0	1	1	0.7	สอดคล้อง



ข้อ ที่	รายการ	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ คนที่			ค่า IOC	แปลผล
		1	2	3		
<b>ส่วนที่ 2: พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก</b>						
<b>2.1 พฤติกรรมการแปรงฟัน</b>						
⇒ <b>กรณีมีฟันถาวรอย่างน้อย 1 ซี่ (นับรวมฟันเทียมชนิดติดแน่น แต่ไม่นับรวมรากเทียมแบบ coping)</b>						
10	ส่วนใหญ่ท่านแปรงฟันในเวลาต่อไปนี้หรือไม่ (กรณีไม่ได้แปรงฟัน ให้ตอบไม่เคยเลย ทั้งสามข้อ แล้วข้ามไปตอบข้อ 16) 10.1 ตอนเช้า <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่เคยแปรงเลย <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> แปรงเป็นบางวัน <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> แปรงทุกวัน 10.2 หลังอาหารกลางวัน <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่เคยแปรงเลย <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> แปรงเป็นบางวัน <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> แปรงทุกวัน 10.3 ก่อนนอน <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่เคยแปรงเลย (ข้ามไปข้อ 12) <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> แปรงเป็นบางวัน <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> แปรงทุกวัน	1	1	0	0.7	สอดคล้อง
11	ท่านแปรงฟันก่อนนอนแล้วกินหรือดื่มอะไรต่อหรือไม่ <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่กิน/ดื่ม <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> กิน/ดื่ม	1	1	0	0.7	สอดคล้อง
12	ในการแปรงฟันแต่ละครั้ง ท่านแปรงฟันนานกี่นาที <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> น้อยกว่า 2 นาที <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ตั้งแต่ 2 นาทีขึ้นไป <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> ไม่ทราบ/ไม่แน่นอน	1	1	1	1	สอดคล้อง
13	แปรงสีฟันที่ใช้ในปัจจุบันมีลักษณะขนแปรงเป็นแบบใด (เทียบกับแปรงตัวอย่าง) <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> ขนนุ่มเท่ากัน <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> นุ่มกว่าที่แจก <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> แข็งกว่าที่แจก	1	1	1	1	สอดคล้อง
14	เมื่อแปรงฟันที่บ้าน ท่านใช้ยาสีฟันหรือไม่ ถ้าใช้ ใช้ยี่ห้ออะไร <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่ใช้ยาสีฟัน <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> ใช้ ⇒ ให้ระบุยี่ห้อที่ใช้ (เลือกชนิดที่ใช้บ่อยที่สุด 1 ชนิด) <input type="checkbox"/> <sup>01</sup> คอลเกต <input type="checkbox"/> <sup>02</sup> ไกลซ์ติด (close up) <input type="checkbox"/> <sup>03</sup> ฟลูออคาริล <input type="checkbox"/> <sup>04</sup> ดาร์ลี่ <input type="checkbox"/> <sup>05</sup> ชิสเท็มมา <input type="checkbox"/> <sup>06</sup> ออรัลเมต <input type="checkbox"/> <sup>07</sup> โคโคโม <input type="checkbox"/> <sup>08</sup> เซนต์แอนดรูว์ <input type="checkbox"/> <sup>09</sup> พาโรดอนแท็ก <input type="checkbox"/> <sup>10</sup> พาโรดอนแท็ก เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>11</sup> ซอลท์ <input type="checkbox"/> <sup>12</sup> ซอลท์ เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>13</sup> เซนโซดาเยน <input type="checkbox"/> <sup>14</sup> เซนโซดาเยน เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>15</sup> เทพไทย <input type="checkbox"/> <sup>16</sup> เทพไทย เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>17</sup> เดนติสเด่ <input type="checkbox"/> <sup>18</sup> เดนติสเด่ เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>19</sup> ดอกบัวคู่ <input type="checkbox"/> <sup>20</sup> ดอกบัวคู่ เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>21</sup> ซูเลียน (smile-on) <input type="checkbox"/> <sup>22</sup> ซูเลียน (smile-on) เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>23</sup> ไฮเอิร์บ <input type="checkbox"/> <sup>24</sup> ไฮเอิร์บ เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>25</sup> ออรัลเอิร์บ <input type="checkbox"/> <sup>26</sup> ออรัลเอิร์บ เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>27</sup> กิฟฟารีน <input type="checkbox"/> <sup>28</sup> กิฟฟารีน เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>29</sup> แอมเวย์ (กลิสเตอร์) <input type="checkbox"/> <sup>30</sup> หมอจุฬา <input type="checkbox"/> <sup>31</sup> สปราร์คเคิล <input type="checkbox"/> <sup>32</sup> วิเศษนิยม <input type="checkbox"/> <sup>33</sup> ผลิตภัณฑ์ชาวบ้านทำเอง ระบุยี่ห้อ..... <input type="checkbox"/> <sup>34</sup> อื่นๆ ระบุยี่ห้อ.....	1	0	1	0.7	สอดคล้อง
15	ท่านเปลี่ยนแปรงสีฟันบ่อยเพียงใด <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> ทุก 1 - 2 เดือน <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ทุก 3 - 5 เดือน <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> ทุก 6 เดือน <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> เมื่อขนแปรงบานหรือสกปรก <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> อื่นๆ ระบุ.....	0	1	1	0.7	สอดคล้อง
16	นอกจากการแปรงฟันแล้ว ท่านทำความสะอาดฟันโดยวิธีใดอีกบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="radio"/> <sup>0</sup> ไม่ได้ใช้ <input type="radio"/> <sup>1</sup> ใช้ไหมขัดฟัน <input type="radio"/> <sup>2</sup> ใช้แปรงซอกฟัน <input type="radio"/> <sup>3</sup> ใช้น้ำยาบ้วนปาก <input type="radio"/> <sup>4</sup> ใช้ไม้จิ้มฟัน <input type="radio"/> <sup>5</sup> อื่นๆ ระบุ.....	1	1	1	1	สอดคล้อง
⇒ <b>กรณีใส่ฟันเทียมแบบถอดได้บางส่วน/ทั้งปาก</b>						
17	ท่านทำความสะอาดฟันเทียมอย่างไรเป็นประจำ <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่ทำอะไร <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> ล้างน้ำเปล่าอย่างเดียว <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ใช้แปรง <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> ล้างน้ำยาสำหรับฟันเทียม <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> อื่นๆ ระบุ.....	1	1	1	1	สอดคล้อง
18	ท่านถอดฟันเทียมก่อนนอน (ทั้งกลางวันและกลางคืน) ทุกวัน หรือไม่ <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> ใช่	1	1	0	0.7	สอดคล้อง
<b>2.2 พฤติกรรมการบริโภคขนมและเครื่องดื่มที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก</b>						
19	ระหว่างมื้ออาหารในแต่ละวัน ท่านดื่มเครื่องดื่มรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำผลไม้ น้ำหวาน นมปรุงแต่งรส หรือไม่ <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่ดื่ม <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> ดื่ม 1 - 2 ครั้ง/วัน <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ดื่ม 3 - 4 ครั้ง/วัน <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> ดื่ม 5 ครั้ง/วัน ขึ้นไป	1	1	0	0.7	สอดคล้อง

ข้อ ที่	รายการ	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ คนที่			ค่า IOC	แปลผล
20	เวลาสั่งเครื่องดื่มรสหวาน ท่านระบุความหวานอย่างไร <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> หวานปกติ <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> หวานน้อย <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> เพิ่มหวาน <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> ไม่ระบุ	1	1	1	1	สอดคล้อง
21	ท่านเติมน้ำตาลในอาหารที่ปรุงสุกแล้ว/อาหารสำเร็จรูป/อาหารจานเดียว บ่อยเพียงใด <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่เติม <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> เติบบางครั้ง <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> เติมทุกครั้ง	1	1	1	1	สอดคล้อง
<b>2.3 พฤติกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก</b>						
22	ท่านสูบบุหรี่ หรือยาเส้นหรือไม่ <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่เคยสูบ (ข้ามไปตอบข้อ 23) <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> เคยสูบ เป็นระยะเวลาประมาณ .....ปี.....เดือน เฉลี่ยวันละประมาณ.....มวน ปัจจุบันเลิกแล้วนานประมาณ.....ปี.....เดือน <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ยังสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน เป็นระยะเวลาประมาณ .....ปี.....เดือน เฉลี่ยวันละประมาณ.....มวน	1	1	0	0.7	สอดคล้อง
23	นอกจากบุหรี่หรือยาเส้น ท่านใช้ยาสูบบุหรี่รูปแบบอื่นหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="radio"/> <sup>0</sup> ไม่ใช่ <input type="radio"/> <sup>1</sup> บุหรี่ไฟฟ้า <input type="radio"/> <sup>2</sup> อื่นๆ ระบุ.....	1	1	1	1	สอดคล้อง
24	ท่านเคี้ยวหมากหรือไม่ <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่เคย <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> เคยแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> นาน ๆ ครั้ง <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> เป็นประจำ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	1	1	1	1	สอดคล้อง
25	ปัจจุบันท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่ดื่ม <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> ดื่มเฉพาะเทศกาลหรือวันหยุด <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ดื่มเป็นประจำ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	1	1	1	1	สอดคล้อง
<b>ส่วนที่ 3: การรับรู้ การรับบริการด้านสุขภาพช่องปาก และคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับช่องปาก</b>						
26	ท่านพึงพอใจต่อสุขภาพช่องปากของท่านในระดับใด <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่พอใจ <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> พอใจปานกลาง <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> พอใจมาก	1	1	1	1	สอดคล้อง
27	ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปากหรือผลกระทบที่เกี่ยวข้องหรือไม่ <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่มี <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> มี ⇒ ให้ระบุปัญหาหรือผลกระทบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="radio"/> <sup>1</sup> อาหารติดตามซอกฟัน <input type="radio"/> <sup>2</sup> ปวดฟัน <input type="radio"/> <sup>3</sup> เจ็บแผลในปาก <input type="radio"/> <sup>4</sup> กินอาหารได้ช้า ๆ <input type="radio"/> <sup>5</sup> เคี้ยวอาหารลำบาก <input type="radio"/> <sup>6</sup> กลิ่นปาก <input type="radio"/> <sup>7</sup> นอนไม่หลับเนื่องจากมีปัญหาในช่องปาก <input type="radio"/> <sup>8</sup> อื่นๆ ระบุ.....	1	1	1	1	สอดคล้อง
28	ปัจจุบันท่านมีสวัสดิการสุขภาพ/สิทธิการรักษาพยาบาลอะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="radio"/> <sup>1</sup> สิทธิบัตรทอง (หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) <input type="radio"/> <sup>2</sup> สิทธิประกันสังคม <input type="radio"/> <sup>3</sup> สิทธิข้าราชการ หรือข้าราชการบำนาญ <input type="radio"/> <sup>4</sup> ซื้อประกันสุขภาพเอกชน <input type="radio"/> <sup>5</sup> สวัสดิการของหน่วยงาน <input type="radio"/> <sup>6</sup> อื่นๆ ระบุ..... <input type="radio"/> <sup>7</sup> ไม่ทราบ	1	1	1	1	สอดคล้อง
29	ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากจากแหล่งใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="radio"/> <sup>01</sup> สื่อออนไลน์ เช่น เว็บไซต์/เฟซบุ๊ก/ไลน์/TK TOK/YouTube <input type="radio"/> <sup>02</sup> วิทยุ /วิทยุชุมชน <input type="radio"/> <sup>03</sup> เสี่ยงตามสาย/หอกระจายข่าว <input type="radio"/> <sup>04</sup> โปสเตอร์ แผ่นพับ <input type="radio"/> <sup>05</sup> โทรทัศน์ <input type="radio"/> <sup>06</sup> พ่อ แม่ ญาติพี่น้อง <input type="radio"/> <sup>07</sup> ครู <input type="radio"/> <sup>08</sup> หมอ/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข <input type="radio"/> <sup>09</sup> อสม. <input type="radio"/> <sup>10</sup> เพื่อน <input type="radio"/> <sup>11</sup> หนังสือ/วารสาร/หนังสือพิมพ์ <input type="radio"/> <sup>12</sup> อื่นๆ ระบุ..... <input type="radio"/> <sup>00</sup> ไม่เคยได้รับ	1	1	1	1	สอดคล้อง

ข้อ ที่	รายการ	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ คนที่			ค่า IOC	แปลผล
		1	2	3		
30	<p>ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยไปหาหมอฟันบ้างหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/><sup>0</sup> จำไม่ได้ (ไม่ต้องถามต่อ)</p> <p><input type="checkbox"/><sup>1</sup> ไม่เคยไป ⇒ ให้ระบุเหตุผลที่ไม่ไป (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p style="margin-left: 40px;"> <input type="radio"/><sup>1</sup> ไม่มีเวลา                      <input type="radio"/><sup>2</sup> ไม่มีคนพาไป  <input type="radio"/><sup>3</sup> ไม่มีอาการผิดปกติ        <input type="radio"/><sup>4</sup> รอนาน  <input type="radio"/><sup>5</sup> กลัวการทำฟัน                    <input type="radio"/><sup>6</sup> ค่ารักษาแพง  <input type="radio"/><sup>7</sup> การระบาดของสถานการณ์โรคโควิด-19  <input type="radio"/><sup>8</sup> อื่น ๆ ระบุ..... </p> <p><input type="checkbox"/><sup>2</sup> เคยไป จำนวน ..... ครั้ง</p> <p>⇒ ให้ระบุเหตุผลที่ท่านไปหาหมอฟัน</p> <p style="margin-left: 40px;"> <input type="checkbox"/><sup>1</sup> ต้องการตรวจเช็คสุขภาพช่องปาก  <input type="checkbox"/><sup>2</sup> รู้สึกมีความผิดปกติในช่องปาก  <input type="checkbox"/><sup>3</sup> ไปตามหมอนัด                    <input type="checkbox"/><sup>4</sup> อื่นๆ ระบุ..... </p> <p>⇒ ให้ระบุสถานที่ที่ท่านไปหาหมอฟัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p style="margin-left: 40px;"> <input type="radio"/><sup>1</sup> สถานีอนามัย/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชน  <input type="radio"/><sup>2</sup> โรงพยาบาลชุมชน/ศูนย์บริการสาธารณสุข  <input type="radio"/><sup>3</sup> โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลรัฐสังกัดอื่น  <input type="radio"/><sup>4</sup> โรงพยาบาลเอกชน/คลินิกทันตกรรมเอกชน  <input type="radio"/><sup>5</sup> หน่วยเคลื่อนที่ ที่มีทันตแพทย์หรือทันตบุคลากร  <input type="checkbox"/><sup>51</sup> ภาครัฐ                              <input type="checkbox"/><sup>52</sup> ภาคเอกชน  <input type="radio"/><sup>6</sup> อื่นๆ ระบุ ..... </p> <p>⇒ ในการรักษาทางทันตกรรมครั้งล่าสุด ท่านใช้สิทธิสวัสดิการสุขภาพของท่านหรือไม่</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/><sup>0</sup> ไม่ใช้ ⇒ ระบุเหตุผลที่ไม่ใช้สวัสดิการ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p style="margin-left: 80px;"> <input type="radio"/><sup>1</sup> ไม่มีสิทธิ        <input type="radio"/><sup>2</sup> คิวยาว        <input type="radio"/><sup>3</sup> รอนาน  <input type="radio"/><sup>4</sup> สิทธิที่มีไม่ครอบคลุมการรักษาที่ได้รับ  <input type="radio"/><sup>5</sup> อื่นๆ ระบุ ..... </p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/><sup>1</sup> ใช้</p> <p>⇒ ในการรับบริการครั้งล่าสุด ท่านมีการจ่ายค่าบริการเพิ่มหรือไม่</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/><sup>0</sup> ไม่มี</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/><sup>1</sup> มี เป็นจำนวนเงินประมาณ ..... บาท</p>	1	1	1	1	สอดคล้อง

#### 4. แบบสัมภาษณ์กลุ่มอายุ 60 - 74 ปี

ข้อ ที่	รายการ	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ คนที่			ค่า IOC	แปลผล
		1	2	3		
<b>ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป</b>						
1	เพศ <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> ชาย <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> หญิง	1	1	1	1	สอดคล้อง
2	อายุ ..... ปี.....เดือน	1	1	1	1	สอดคล้อง
3	น้ำหนัก ..... กิโลกรัม                      ส่วนสูง ..... เซนติเมตร ⇒ ให้ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> ชั่ง - วัดจริง หรือเจ้าหน้าที่บันทึกไม่เกิน 30 วันก่อนวันสัมภาษณ์ <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> สอบถามหรือคัดลอกจากแหล่งข้อมูลอื่น	1	1	1	1	สอดคล้อง
4	ศาสนา <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> พุทธ <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> อิสลาม <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> คริสต์ <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> อื่นๆ ระบุ.....	1	1	1	1	สอดคล้อง
5	สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> โสด <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> สมรส/คู่ <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> หม้าย <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> หย่าร้าง <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> แยกกันอยู่	1	1	1	1	สอดคล้อง
6	อาชีพหลักหรืองานที่ใช้เวลาทำส่วนใหญ่ (ให้บันทึกสถานภาพการทำงาน) <input type="checkbox"/> <sup>01</sup> ข้าราชการ/พนักงานราชการ/ลูกจ้างของรัฐ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> <sup>02</sup> พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน <input type="checkbox"/> <sup>03</sup> ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว <input type="checkbox"/> <sup>04</sup> เกษตรกร <input type="checkbox"/> <sup>05</sup> รับจ้างทั่วไป <input type="checkbox"/> <sup>06</sup> นักเรียน/นิสิต/นักศึกษา <input type="checkbox"/> <sup>07</sup> ขับรถรับจ้างสาธารณะ <input type="checkbox"/> <sup>08</sup> แม่บ้าน/พ่อบ้าน/ข้าราชการบำนาญ <input type="checkbox"/> <sup>09</sup> ว่างงาน/ไม่มีงานทำ <input type="checkbox"/> <sup>10</sup> อื่นๆ ระบุ.....	1	1	1	1	สอดคล้อง
7	รายได้ของท่าน (เฉลี่ยต่อเดือน) <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่มีรายได้ <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> รายได้ไม่เกิน 5,000 บาท <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> รายได้ 5,001 – 15,000 บาท <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> รายได้ 15,001 – 30,000 บาท <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> รายได้ 30,001 – 50,000 บาท <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> รายได้ ตั้งแต่ 50,001 บาทขึ้นไป	1	1	1	1	สอดคล้อง
8	ระดับการศึกษาที่สำเร็จสูงสุด <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่เคยเรียน/ไม่จบการศึกษา <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> มัธยมศึกษาตอนปลาย <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> ปวช. <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> ปวส./ปวท./อนุปริญญา <input type="checkbox"/> <sup>6</sup> ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> <sup>7</sup> ปริญญาโทหรือสูงกว่า <input type="checkbox"/> <sup>8</sup> อื่นๆ (ระบุ).....	1	1	1	1	สอดคล้อง
9	ท่านมีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์หรือไม่ (ลงข้อมูลทุกข้อ) 9.1 เบาหวาน <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่มี <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> มี <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ไม่เคยตรวจ 9.2 ความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่มี <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> มี <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ไม่เคยตรวจ 9.3 โรคหลอดเลือดหัวใจ <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่มี <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> มี <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ไม่เคยตรวจ 9.4 ภาวะซีมเศร้า <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่มี <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> มี <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ไม่เคยตรวจ 9.5 โรคไต <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่มี <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> มี <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ไม่เคยตรวจ 9.6 โรคข้ออักเสบ <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่มี <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> มี <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ไม่เคยตรวจ 9.7 โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่มี <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> มี <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ไม่เคยตรวจ 9.8 โรคหอบหืด <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่มี <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> มี <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ไม่เคยตรวจ 9.9 มะเร็ง ตำแหน่ง..... <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่มี <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> มี <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ไม่เคยตรวจ 9.10 อื่นๆ ระบุ..... <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> มี	1	1	1	1	สอดคล้อง

ข้อ ที่	รายการ	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ คนที่			ค่า IOC	แปลผล
		1	2	3		
ส่วนที่ 2: พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก						
2.1 พฤติกรรมการแปรงฟัน						
⇒ กรณีไม่มีฟันถาวรเหลือ						
10	ส่วนใหญ่ท่านทำความสะอาดช่องปาก เช่น เหงือก ลิ้น กระพุ้งแก้ม อย่างไร <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่ได้ทำความสะอาด <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> เช็ดทำความสะอาด <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ใช้น้ำยาบ้วนปาก <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> อื่นๆ ระบุ..... (กรณีใส่ฟันเทียมให้ข้ามไปตอบข้อ17กรณีไม่ได้ใส่ฟันเทียมให้ข้ามไปตอบข้อ19)	1	1	1	1	สอดคล้อง
⇒ กรณีมีฟันถาวรอย่างน้อย 1 ซี่ (นับรวมฟันเทียมชนิดติดแน่น แต่ไม่นับรวมรากเทียมแบบ coping)						
11	ส่วนใหญ่ท่านแปรงฟันในเวลาต่อไปนี้หรือไม่ (กรณีไม่ได้แปรงฟัน ให้ตอบไม่เคยเลย ทั้งสามข้อ แล้วข้ามไปตอบข้อ 16) 11.1 ตอนเช้า <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่เคยแปรงเลย <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> แปรงเป็นบางวัน <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> แปรงทุกวัน 11.2 หลังอาหารกลางวัน <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่เคยแปรงเลย <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> แปรงเป็นบางวัน <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> แปรงทุกวัน 11.3 ก่อนนอน <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่เคยแปรงเลย (ข้ามไปข้อ13) <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> แปรงเป็นบางวัน <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> แปรงทุกวัน	1	1	0	0.7	สอดคล้อง
12	ท่านแปรงฟันก่อนนอนแล้วกินหรือดื่มอะไรต่อหรือไม่ <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่กิน/ดื่ม <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> กิน/ดื่ม	1	1	0	0.7	สอดคล้อง
13	ในการแปรงฟันแต่ละครั้ง ท่านแปรงฟันนานกี่นาที <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> น้อยกว่า 2 นาที <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ตั้งแต่ 2 นาทีขึ้นไป <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> ไม่ทราบ/ไม่แน่นอน	1	1	1	1	สอดคล้อง
14	แปรงสีฟันที่ใช้ในปัจจุบันมีลักษณะขนแปรงเป็นแบบใด (เทียบกับแปรงตัวอย่าง) <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> ขนนุ่มเท่ากัน <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> นุ่มกว่าที่แจก <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> แข็งกว่าที่แจก	1	1	1	1	สอดคล้อง
15	เมื่อแปรงฟันที่บ้าน ท่านใช้ยาสีฟันหรือไม่ ถ้าใช้ ใช้ยี่ห้ออะไร <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่ใช้ยาสีฟัน <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> ใช้ ⇒ ให้ระบุยี่ห้อที่ใช้ (เลือกชนิดที่ใช้บ่อยที่สุด 1 ชนิด) <input type="checkbox"/> <sup>01</sup> คอลเกต <input type="checkbox"/> <sup>02</sup> ไกลซ์ติด (close up) <input type="checkbox"/> <sup>03</sup> ฟลูออคาริล <input type="checkbox"/> <sup>04</sup> ดาร์ลี่ <input type="checkbox"/> <sup>05</sup> ซิสเต็มมา <input type="checkbox"/> <sup>06</sup> ออรัลเมต <input type="checkbox"/> <sup>07</sup> โคโตโม <input type="checkbox"/> <sup>08</sup> เซนต์แอนดรูว์ <input type="checkbox"/> <sup>09</sup> พารodontแท็ก <input type="checkbox"/> <sup>10</sup> พารodontแท็ก เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>11</sup> ซอลท์ <input type="checkbox"/> <sup>12</sup> ซอลท์ เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>13</sup> เซนโซดาเยน <input type="checkbox"/> <sup>14</sup> เซนโซดาเยน เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>15</sup> เทพไทย <input type="checkbox"/> <sup>16</sup> เทพไทย เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>17</sup> เดนติสดี <input type="checkbox"/> <sup>18</sup> เดนติสดี เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>19</sup> ดอกบัวคู่ <input type="checkbox"/> <sup>20</sup> ดอกบัวคู่เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>21</sup> ซูเลีย (smile-on) <input type="checkbox"/> <sup>22</sup> ซูเลีย (smile-on)เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>23</sup> ไฮเอิร์บ <input type="checkbox"/> <sup>24</sup> ไฮเอิร์บเอฟ <input type="checkbox"/> <sup>25</sup> ออรัลเอิร์บ <input type="checkbox"/> <sup>26</sup> ออรัลเอิร์บ เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>27</sup> กิฟฟารีน <input type="checkbox"/> <sup>28</sup> กิฟฟารีน เอฟ <input type="checkbox"/> <sup>29</sup> แอมเวย์ (กลิสเตอร์) <input type="checkbox"/> <sup>30</sup> หมอจุฬา <input type="checkbox"/> <sup>31</sup> สปราร์คเคิล <input type="checkbox"/> <sup>32</sup> วิเศษนิยม <input type="checkbox"/> <sup>33</sup> ผลิตภัณฑ์ชาวบ้านทำเอง ระบุยี่ห้อ..... <input type="checkbox"/> <sup>34</sup> อื่นๆ ระบุยี่ห้อ.....	1	0	1	0.7	สอดคล้อง
16	นอกจากการแปรงฟันแล้ว ท่านทำความสะอาดฟันโดยวิธีใดอีกบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="radio"/> <sup>0</sup> ไม่ได้ใช้ <input type="radio"/> <sup>1</sup> ใช้ไหมขัดฟัน <input type="radio"/> <sup>2</sup> ใช้แปรงซอกฟัน <input type="radio"/> <sup>3</sup> ใช้น้ำยาบ้วนปาก <input type="radio"/> <sup>4</sup> ใช้ไม้จิ้มฟัน <input type="radio"/> <sup>5</sup> อื่นๆ ระบุ .....	1	1	1	1	สอดคล้อง

ข้อ ที่	รายการ	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ คนที่			ค่า IOC	แปลผล
		1	2	3		
⇒ กรณีใส่ฟันเทียมแบบถอดได้บางส่วน/ทั้งปาก						
17	ท่านทำความสะอาดฟันเทียมอย่างไรเป็นประจำ <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่ทำอะไร <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> ล้างน้ำเปล่าอย่างเดียว <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ใช้แปรง <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> ล้างน้ำยาสำหรับฟันเทียม <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> อื่นๆ ระบุ.....	1	1	1	1	สอดคล้อง
18	ท่านถอดฟันเทียมก่อนนอน (ทั้งกลางวันและกลางคืน) ทุกวัน หรือไม่ <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> ใช่	1	0	0	0.3	ปรับปรุง ข้อคำถาม ตามคำแนะนำ ผู้เชี่ยวชาญ
<b>2.2 พฤติกรรมการบริโภคขนมและเครื่องดื่มที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก</b>						
19	ระหว่างมื้ออาหารในแต่ละวัน ท่านดื่มเครื่องดื่มรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำผลไม้ น้ำหวาน นมปรุงแต่งรส หรือไม่ <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่ดื่ม <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> ดื่ม 1 - 2 ครั้ง/วัน <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ดื่ม 3 - 4 ครั้ง/วัน <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> ดื่ม 5 ครั้ง/วัน ขึ้นไป	0	1	0	0.3	ปรับปรุง ข้อคำถาม ตามคำแนะนำ ผู้เชี่ยวชาญ
20	ท่านเติมน้ำตาลในอาหารที่ปรุงสุกแล้ว/อาหารสำเร็จรูป/อาหารจานเดียว บ่อยเพียงใด <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่เติม <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> เติมบางครั้ง <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> เติมทุกครั้ง	1	1	1	1	สอดคล้อง
<b>2.3 พฤติกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก</b>						
21	ท่านสูบบุหรี่ หรือไม่ <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่เคยสูบ (ข้ามไปตอบข้อ 22) <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> เคยสูบ เป็นระยะเวลาประมาณ .....ปี.....เดือน เฉลี่ยวันละประมาณ.....มวน ปัจจุบันเลิกแล้วนานประมาณ.....ปี.....เดือน <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ยังสูบบุหรี่ถึงปัจจุบัน เป็นระยะเวลาประมาณ .....ปี.....เดือน เฉลี่ยวันละประมาณ.....มวน	1	1	1	1	สอดคล้อง
22	นอกจากบุหรี่ท่านใช้ยาสูบรูปแบบอื่นหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="radio"/> <sup>0</sup> ไม่ใช่ <input type="radio"/> <sup>1</sup> บุหรี่ไฟฟ้า <input type="radio"/> <sup>2</sup> อื่นๆ ระบุ.....	1	1	1	1	สอดคล้อง
23	ท่านเคี้ยวหมากหรือไม่ <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่เคย <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> เคยแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> นาน ๆ ครั้ง <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> เป็นประจำ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	1	1	1	1	สอดคล้อง
24	ปัจจุบันท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่ดื่ม <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> ดื่มเฉพาะเทศกาลหรือวันพิเศษ <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> ดื่มเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	1	1	1	1	สอดคล้อง
<b>ส่วนที่ 3: การรับรู้ การรับบริการด้านสุขภาพช่องปาก และคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับช่องปาก</b>						
25	ท่านมีปัญหาดังต่อไปนี้หรือไม่ (ลงข้อมูลทุกข้อ) 25.1 การเคี้ยวอาหารแข็ง <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่มี <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> มี 25.2 เมื่อกินอาหาร ต้องดื่มน้ำตามทันทีบ่อยครั้งเพื่อช่วยกลืน <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่มี <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> มี 25.3 มีลิ้นแห้งติดกับเพดานปากบ่อยครั้งจนรู้สึกได้ <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่มี <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> มี 25.4 รู้สึกว่าในช่องปากท่านแห้ง <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่มี <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> มี 25.5 เมื่อกินอาหาร หรือ ดื่มน้ำ ท่านมักไอ หรือ สำลัก <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> ไม่มี <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> มี	1	1	1	1	สอดคล้อง

ข้อ ที่	รายการ	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ คนที่			ค่า IOC	แปลผล
		1	2	3		
26	<p>ปัจจุบันท่านมีสวัสดิการสุขภาพ/สิทธิการรักษาพยาบาลอะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="radio"/><sup>1</sup> สิทธิบัตรทอง (หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)    <input type="radio"/><sup>2</sup> สิทธิประกันสังคม</p> <p><input type="radio"/><sup>3</sup> สิทธิข้าราชการ หรือข้าราชการบำนาญ    <input type="radio"/><sup>4</sup> ซ้ำประกันสุขภาพเอกชน</p> <p><input type="radio"/><sup>5</sup> สวัสดิการของหน่วยงาน    <input type="radio"/><sup>6</sup> อื่นๆ ระบุ .....</p> <p><input type="radio"/><sup>7</sup> ไม่ทราบ</p>	1	1	1	1	สอดคล้อง
27	<p>ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากจากแหล่งใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="radio"/><sup>01</sup> สื่อออนไลน์ เช่น เว็บไซต์/เฟซบุ๊ก/ไลน์/TIK TOK/YouTube    <input type="radio"/><sup>02</sup> วิทยุ /วิทยุชุมชน</p> <p><input type="radio"/><sup>03</sup> เสี่ยงตามสาย/หอกระจายข่าว    <input type="radio"/><sup>04</sup> โปสเตอร์ แผ่นพับ    <input type="radio"/><sup>05</sup> โทรทัศน์</p> <p><input type="radio"/><sup>06</sup> พ่อ แม่ ญาติพี่น้อง    <input type="radio"/><sup>07</sup> ครู    <input type="radio"/><sup>08</sup> หมอ/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข</p> <p><input type="radio"/><sup>09</sup> อสม.    <input type="radio"/><sup>10</sup> เพื่อน    <input type="radio"/><sup>11</sup> หนังสือ/วารสาร/หนังสือพิมพ์</p> <p><input type="radio"/><sup>12</sup> อื่นๆ ระบุ.....    <input type="radio"/><sup>00</sup> ไม่เคยได้รับ</p>	1	1	1	1	สอดคล้อง
28	<p>ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยไปหาหมอฟันบ้างหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/><sup>0</sup> จำไม่ได้ (ไม่ต้องถามต่อ)</p> <p><input type="checkbox"/><sup>1</sup> ไม่เคยไป ⇒ ให้ระบุเหตุผลที่ไม่ไป (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="radio"/><sup>1</sup> ไม่มีเวลา    <input type="radio"/><sup>2</sup> ไม่มีคนพาไป</p> <p><input type="radio"/><sup>3</sup> ไม่มีอาการผิดปกติ    <input type="radio"/><sup>4</sup> รอนาน</p> <p><input type="radio"/><sup>5</sup> กลัวการทำฟัน    <input type="radio"/><sup>6</sup> ค่ารักษาแพง</p> <p><input type="radio"/><sup>7</sup> การระบาดของสถานการณ์โรคโควิด-19</p> <p><input type="radio"/><sup>8</sup> อื่น ๆ ระบุ.....</p> <p><input type="checkbox"/><sup>2</sup> เคยไป จำนวน .....ครั้ง</p> <p>⇒ ให้ระบุเหตุผลที่ท่านไปหาหมอฟัน</p> <p><input type="checkbox"/><sup>1</sup> ต้องการตรวจเช็คสุขภาพช่องปาก</p> <p><input type="checkbox"/><sup>2</sup> รู้สึกมีความผิดปกติในช่องปาก</p> <p><input type="checkbox"/><sup>3</sup> ไปตามหมอนัด    <input type="checkbox"/><sup>4</sup> อื่นๆ ระบุ.....</p> <p>⇒ ให้ระบุสถานที่ที่ท่านไปหาหมอฟัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="radio"/><sup>1</sup> สถานีอนามัย/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชน</p> <p><input type="radio"/><sup>2</sup> โรงพยาบาลชุมชน/ศูนย์บริการสาธารณสุข</p> <p><input type="radio"/><sup>3</sup> โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลรัฐสังกัดอื่น</p> <p><input type="radio"/><sup>4</sup> โรงพยาบาลเอกชน/คลินิกทันตกรรมเอกชน</p> <p><input type="radio"/><sup>5</sup> หน่วยเคลื่อนที่ ที่มีทันตแพทย์หรือทันตบุคลากร</p> <p><input type="checkbox"/><sup>51</sup> ภาครัฐ    <input type="checkbox"/><sup>52</sup> ภาคเอกชน</p> <p><input type="radio"/><sup>6</sup> อื่นๆ ระบุ .....</p> <p>⇒ ในการรักษาทางทันตกรรมครั้งล่าสุด ท่านใช้สิทธิสวัสดิการสุขภาพของท่าน หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/><sup>0</sup> ไม่ใช่ ⇒ ระบุเหตุผลที่ไม่ใช้สวัสดิการ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="radio"/><sup>1</sup> ไม่มีสิทธิ    <input type="radio"/><sup>2</sup> คิวยาว    <input type="radio"/><sup>3</sup> รอนาน</p> <p><input type="radio"/><sup>4</sup> สิทธิที่มีไม่ครอบคลุมการรักษาที่ได้รับ</p> <p><input type="radio"/><sup>5</sup> อื่นๆ ระบุ .....</p> <p><input type="checkbox"/><sup>1</sup> ใช่</p> <p>⇒ ในการรับบริการครั้งล่าสุด ท่านมีการจ่ายค่าบริการเพิ่มหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/><sup>0</sup> ไม่มี</p> <p><input type="checkbox"/><sup>1</sup> มี เป็นจำนวนเงินประมาณ ..... บาท</p>	1	1	1	1	สอดคล้อง

# ภาคผนวก ๑

ภาพประกอบ

การทดสอบและปรับปรุงเครื่องมือ (Try Out)

ระหว่างวันที่ ๑ - ๒ มิถุนายน ๒๕๖๕ ณ จังหวัดสิงห์บุรี



ภาพประกอบ  
การทดสอบและปรับปรุงเครื่องมือ (Try Out)  
ระหว่างวันที่ ๑ - ๒ มิถุนายน ๒๕๖๕ ณ จังหวัดสิงห์บุรี



# ภาคผนวก ๒

แบบสัมภาษณ์