

ID --กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

แบบสัมภาษณ์กลุ่มอายุ 15 ปี
โครงการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ.2560

โรงเรียน.....ชั้น.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ผู้สัมภาษณ์..... วัน เดือน ปี ที่สัมภาษณ์/...../2560

คำชี้แจง: จงทำเครื่องหมาย X ลงใน หน้าข้อความคำตอบ และเติมข้อความลงในช่องว่าง..ตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป

- เพศ ¹ ชาย ² หญิง
- อายุ.....ปี.....เดือน
- น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม.
- ศาสนา ¹ พุทธ ² อิสลาม ³ คริสต์ ⁴ อื่นๆ ระบุ.....
- ระดับการศึกษาสูงสุด ⁰ ไม่เคยเรียน ¹ ประถมศึกษา
² มัธยมศึกษาตอนต้น ³ มัธยมศึกษาตอนปลาย ⁴ ปวช.

ส่วนที่ 2: พฤติกรรมทันตสุขภาพ

2.1 พฤติกรรมการแปรงฟัน

- ส่วนใหญ่ท่านแปรงฟันในเวลาต่อไปนี้หรือไม่
 - ตื่นนอนตอนเช้า ⁰ ไม่เคยเลย ¹ แปรงเป็นบางวัน ² ทุกวัน
 - หลังอาหารเช้า ⁰ ไม่เคยเลย ¹ แปรงเป็นบางวัน ² ทุกวัน
 - หลังอาหารกลางวัน ⁰ ไม่เคยเลย ¹ แปรงเป็นบางวัน ² ทุกวัน
 - ก่อนนอน ⁰ ไม่เคยเลย ¹ แปรงเป็นบางวัน ² ทุกวัน
- ท่านแปรงฟันก่อนนอนแล้วเข้านอนทันที ใช่หรือไม่ ⁰ ไม่ใช่ ¹ ใช่
- ในการแปรงฟันแต่ละครั้ง ท่านแปรงฟันนานกี่นาที
¹ ประมาณ 1 นาที ² ประมาณ 2 นาที ³ 2 นาทีขึ้นไป ⁴ ไม่ทราบ/ไม่แน่นอน
- แปรงสีฟันที่ท่านใช้ที่บ้าน มีขนแปรงแบบใด (เทียบกับแปรงที่แจก)
¹ ขนนุ่มเท่ากัน ² นุ่มมากกว่าที่แจก ³ แข็งกว่าที่แจก
- เมื่อแปรงฟันที่บ้าน ท่านใช้ยาสีฟันยี่ห้ออะไร
⁰ ไม่ใช้ยาสีฟัน ¹ ใช่ ⇨ ให้ระบุยี่ห้อที่ใช้ (เลือกชนิดที่ใช้บ่อยที่สุด 1 ชนิด)

<input type="checkbox"/> ⁰¹ คอลเกต	<input type="checkbox"/> ⁰² ไกลซ์ดี	<input type="checkbox"/> ⁰³ ฟลูออคาริล	<input type="checkbox"/> ⁰⁴ ดาร์ลี
<input type="checkbox"/> ⁰⁵ พารodontแท็ก	<input type="checkbox"/> ⁰⁶ พารodontแท็ก เอฟ	<input type="checkbox"/> ⁰⁷ ซอลท์	<input type="checkbox"/> ⁰⁸ ซอลท์ เอฟ
<input type="checkbox"/> ⁰⁹ เซนโซดาเยน	<input type="checkbox"/> ¹⁰ เซนโซดาเยน เอฟ	<input type="checkbox"/> ¹¹ ซิสเต็มมา	<input type="checkbox"/> ¹² ออรัลเมด
<input type="checkbox"/> ¹³ เดนติสแต้	<input type="checkbox"/> ¹⁴ โคโดโม	<input type="checkbox"/> ¹⁵ ดีนี่ (D-nee)	<input type="checkbox"/> ¹⁶ เซนต์แอนดรูว์
<input type="checkbox"/> ¹⁷ ซูเลียน (smile-on)	<input type="checkbox"/> ¹⁸ ซือสตัย	<input type="checkbox"/> ¹⁹ สปาร์คเคิล	<input type="checkbox"/> ²⁰ เอมไทย
<input type="checkbox"/> ²¹ วิเศษนิยม	<input type="checkbox"/> ²² ทิพย์นิยม	<input type="checkbox"/> ²³ ดอกบัวคู่	<input type="checkbox"/> ²⁴ จาเป่า
<input type="checkbox"/> ²⁵ กิฟฟารีน (ไบโอเทค, ไบโอเฮอร์เบิล)	<input type="checkbox"/> ²⁶ แอมเวย์ (กลิสเตอร์)	<input type="checkbox"/> ²⁷ เทสโก้ โลตัส	
<input type="checkbox"/> ²⁸ ผลิตภัณฑ์ชาวบ้านทำเอง ระบุยี่ห้อ.....	<input type="checkbox"/> ²⁹ อื่นๆ ระบุยี่ห้อ.....		

6. ท่านใช้อุปกรณ์เสริมชนิดใด ช่วยในการทำความสะอาดฟัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ⁰ ไม่ได้ใช้ ¹ ไหมขัดฟัน ² แปรงซอกฟัน
³ น้ำยาบ้วนปาก ⁴ ไม้จิ้มฟัน ⁵ หมากฝรั่ง ⁶ อื่นๆ ระบุ.....

2.2 พฤติกรรมการกินขนมและเครื่องดื่ม

7. ในสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านดื่มน้ำอัดลม เช่น โค้ก เป๊ปซี่ น้ำเขียว น้ำแดง น้ำสไปรท์ หรือไม่
- ⁰ ไม่ดื่ม ¹ ดื่ม 1-3 วัน/สัปดาห์ ² ดื่ม 4-6 วัน/สัปดาห์ ³ ดื่มทุกวัน
8. ในสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านดื่มน้ำผลไม้ น้ำหวาน นมปรุงแต่งรส เช่น โกโก้ โอวัลติน ชาเขียว นมเปรี้ยว หรือไม่
- ⁰ ไม่ดื่ม ¹ ดื่ม 1-3 วัน/สัปดาห์ ² ดื่ม 4-6 วัน/สัปดาห์ ³ ดื่มทุกวัน
9. ในสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านกินลูกอม หรือไม่
- ⁰ ไม่กิน ¹ กิน 1-3 วัน/สัปดาห์ ² กิน 4-6 วัน/สัปดาห์ ³ กินทุกวัน
10. ในสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านกินขนมกรุบกรอบ หรือไม่
- ⁰ ไม่กิน ¹ กิน 1-3 วัน/สัปดาห์ ² กิน 4-6 วัน/สัปดาห์ ³ กินทุกวัน

2.3 พฤติกรรมอื่นที่เกี่ยวข้อง

11. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่
- ⁰ ไม่สูบบุหรี่ ¹ เคยสูบ
² สูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน สูบมาระยะเวลา.....เดือน/ปี เฉลี่ยวันละ.....มวน
12. ท่านใช้ยาสูบรูปแบบอื่นๆ นอกจากบุหรี่หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ⁰ ไม่ใช่ ¹ บุหรี่ไฟฟ้า (บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์) ² บุหรี่มวนเอง
³ บารากู่ (หม้อระกู่) ⁴ อื่นๆ เช่น.....
13. ปัจจุบันท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่
- ⁰ ไม่ดื่ม ¹ ดื่มเฉพาะเทศกาล หรือวันพิเศษ ² ดื่มเป็นประจำ เฉลี่ยสัปดาห์ละ.....ครั้ง

ส่วนที่ 3: การรับรู้และการรับบริการด้านทันตสุขภาพ

1. ปัจจุบันท่านมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก หรือไม่
- ⁰ ไม่มี
¹ มี ⇒ โปรดระบุปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ⁰¹ ฟันผุ ⁰² ปวดฟัน ⁰³ เสียฟัน ⁰⁴ มีหินปูน
⁰⁵ เหงือกอักเสบ/บวม ⁰⁶ ฟันเหลือง ⁰⁷ ฟันดำ ⁰⁸ ฟันตกกระ
⁰⁹ ฟันสึก ¹⁰ ไม่มีฟันเคี้ยวอาหาร ¹¹ ฟันห่าง/ฟันจัดเรียงไม่สวย
¹² มีกลิ่นปาก ¹³ มีแผลในปาก/ลิ้น ¹⁴ อื่นๆ ระบุ
2. ท่านต้องการรับบริการด้านทันตกรรม หรือไม่
- ⁰ ไม่ใช่
¹ ใช่ ⇒ โปรดระบุความต้องการรับบริการด้านทันตกรรมของท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ⁰¹ อุดฟัน ⁰² ถอนฟัน ⁰³ ขูดหินปูน ⁰⁴ จัดฟัน
⁰⁵ รักษาโรคเหงือก ⁰⁶ ทำให้ฟันขาว ⁰⁷ ใส่ฟัน ⁰⁸ อื่นๆ ระบุ.....

3. ถ้าข้อ 2 ท่านตอบว่า **ต้องการจัดฟัน** ท่านจะไปจัดฟันที่ไหน
- ¹ จัดฟันกับทันตแพทย์ที่คลินิกหรือโรงพยาบาล
² จัดฟันกับร้านจัดฟันแฟชั่น ในห้างสรรพสินค้า / ร้านเสริมสวย
³ ซื้ออุปกรณ์/เครื่องมือ เช่น ลวดจัดฟัน ยาง มาใส่เอง
⁴ อื่นๆ ระบุ
4. ในปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจฟันหรือไม่
- ⁰ ไม่เคย ¹ เคย ครุตรวจให้ ² เคย หมอตรวจให้ ³ เคย ทั้งหมอ และครุตรวจให้
5. ในปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการรักษาฟัน และเหงือก หรือไม่
- ⁰ ไม่เคย ¹ เคย ⇒ ให้ระบุสถานที่ ที่ไปรับการรักษา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ⁰¹ หมอฟันมาที่โรงเรียน ⁰² ไปโรงพยาบาลเอกชน / คลินิก
⁰³ ไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ โรงพยาบาล
6. ในปีที่ผ่านมา ท่านเคยหยุดเรียน/ หยุดทำงาน เพราะไปทำฟัน หรือไม่
- ⁰ ไม่เคย ¹ เคย ⇒ ให้ท่านระบุจำนวนวันที่หยุดเรียน/ หยุดทำงาน.....วัน
7. ปัจจุบันท่านมีสวัสดิการสุขภาพอะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ⁰¹ สิทธิ 30 บาท (บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ⁰² สิทธิประกันสังคม/กองทุนทดแทน
⁰³ สิทธิข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ ⁰⁴ รัฐวิสาหกิจ
⁰⁵ หน่วยงานอิสระของรัฐ ⁰⁶ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
⁰⁷ ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน ⁰⁸ สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง
⁰⁹ อื่นๆ ระบุ..... ¹⁰ ไม่มี ¹¹ ไม่ทราบ
8. ท่านเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากจากแหล่งใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ⁰¹ เว็บไซต์/เฟสบุค/ไลน์ ⁰² วิทยุ วิทยุชุมชน ⁰³ เสียงตามสาย/หอกระจายข่าว
⁰⁴ โปสเตอร์ แผ่นพับ ⁰⁵ โทรทัศน์ ⁰⁶ พ่อ แม่ ญาติพี่น้อง
⁰⁷ ครู ⁰⁸ หมอ/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
⁰⁹ อสม. ¹⁰ เพื่อน ¹¹ หนังสือ/วารสาร/หนังสือพิมพ์
¹² อื่นๆ ระบุ.....
9. ท่านต้องการข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากเรื่องใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ¹ อุปกรณ์และวิธีทำความสะอาดช่องปาก ² สิทธิและสวัสดิการการทำฟัน
³ โรคในช่องปาก ⁴ การจัดฟัน
⁵ การฟอกสีฟัน ⁶ อื่นๆ ระบุ.....