

ส่วนที่ 3: การรับรู้ การรับบริการด้านทันตสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับช่องปาก

1. ท่านพึงพอใจต่อสุขภาพช่องปากของท่านเพียงใด

- <sup>0</sup> ไม่พอใจ                      <sup>1</sup> พอใจปานกลาง                      <sup>2</sup> พอใจมาก

2. ท่านเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากจากแหล่งใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- <sup>01</sup> เว็บไซต์/เฟสบุค/ไลน์                      <sup>02</sup> วิทยุ วิทยุชุมชน                      <sup>05</sup> เสียงตามสาย/หอกระจายข่าว  
<sup>04</sup> โปสเตอร์ แผ่นพับ                      <sup>05</sup> โทรทัศน์                      <sup>06</sup> พ่อ แม่ ญาติพี่น้อง  
<sup>07</sup> ครู                      <sup>08</sup> หมอ/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข  
<sup>09</sup> อสม.                      <sup>10</sup> เพื่อน                      <sup>11</sup> หนังสือ/วารสาร/หนังสือพิมพ์  
<sup>12</sup> อื่นๆ ระบุ.....

3. ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านเคยไปหาหมอฟันบ้างหรือไม่

<sup>0</sup> จำไม่ได้ (ไม่ต้องถามต่อ)

<sup>1</sup> ไม่เคยไป ⇒ ให้ระบุเหตุผลที่ไม่ไป (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- <sup>1</sup> ไม่มีเวลา                      <sup>2</sup> ไม่มีคนพาไป                      <sup>3</sup> ไม่มีอาการผิดปกติ  
<sup>4</sup> รอนาน                      <sup>5</sup> กลัวการทำฟัน                      <sup>6</sup> ค่ารักษาแพง  
<sup>7</sup> อื่น ๆ ระบุ.....

<sup>2</sup> เคยไป จำนวน .....ครั้ง

⇒ ให้ระบุเหตุผลที่ท่านเคยไปหาหมอฟัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- <sup>1</sup> ต้องการตรวจเช็ค ยังไม่มีอาการ                      <sup>2</sup> ต้องการใส่ฟันเทียม  
<sup>3</sup> รู้สึกมีฟันผุ/มีจุดดำบนตัวฟัน                      <sup>4</sup> ปวดฟัน/เสียวฟัน  
<sup>5</sup> รู้สึกมีหินปูน                      <sup>6</sup> รู้สึกมีเหงือกอักเสบ  
<sup>7</sup> รู้สึกมีอาการบวม/มีหนอง                      <sup>8</sup> มีแผลในปาก  
<sup>9</sup> อื่น ๆ ระบุ .....

⇒ ให้ระบุสถานที่ที่ท่านไปหาหมอฟัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)


- <sup>1</sup> รพ.สต./PCU                      <sup>2</sup> โรงพยาบาลชุมชน  
<sup>3</sup> โรงพยาบาลจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์/ศูนย์อนามัย  
<sup>4</sup> โรงพยาบาลรัฐสังกัดอื่น เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ศูนย์แพทย์ กทม.  
<sup>5</sup> คลินิกทันตกรรมเอกชน                      <sup>6</sup> โรงพยาบาลเอกชน  
<sup>7</sup> หน่วยเคลื่อนที่ที่มีทันตแพทย์หรือทันตบุคลากรจากหน่วยงานของรัฐ  
<sup>8</sup> อื่นๆระบุ .....

⇒ ในการรักษาทางทันตกรรมครั้งล่าสุด ท่านใช้สิทธิสวัสดิการสุขภาพของท่าน หรือไม่

<sup>0</sup> ไม่ใช่ ⇒ ระบุเหตุผลที่ไม่ใช้สวัสดิการ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- <sup>1</sup> ไม่มีสิทธิ                      <sup>2</sup> คิวยาว  
<sup>3</sup> รอนาน                      <sup>4</sup> สิทธิที่ไม่ครอบคลุมด้านทันตกรรม

<sup>1</sup> ใช่



แบบสัมภาษณ์กลุ่มอายุ 35 – 44 ปี

โครงการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ.2560

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ผู้สัมภาษณ์..... วัน เดือน ปี ที่สัมภาษณ์ ...../...../2560

คำชี้แจง: จงทำเครื่องหมาย X ลงใน  หน้าข้อความคำตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง.....ตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ <sup>1</sup>ชาย <sup>2</sup>หญิง

2. อายุ.....ปี.....เดือน

3. น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม.

4. ศาสนา <sup>1</sup> พุทธ <sup>2</sup> อิสลาม <sup>3</sup> คริสต์ <sup>4</sup> อื่นๆ ระบุ.....

5. สถานภาพสมรส <sup>1</sup> โสด <sup>2</sup> สมรส <sup>3</sup> หม้าย <sup>4</sup> หย่าร้าง <sup>5</sup> แยกกันอยู่

6. อาชีพหลักหรืองานที่ใช้เวลาส่วนใหญ่ (ให้บันทึกสถานภาพการทำงาน)

- <sup>01</sup> ข้าราชการ/พนักงานราชการ/ลูกจ้างของรัฐ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ  
<sup>02</sup> พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน                      <sup>03</sup> ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว  
<sup>04</sup> เกษตรกร                      <sup>05</sup> รับจ้างทั่วไป  
<sup>06</sup> นักเรียน/นิสิต/นักศึกษา                      <sup>07</sup> ขับรถรับจ้างสาธารณะ  
<sup>08</sup> แม่บ้าน/พอบ้าน                      <sup>09</sup>ว่างงาน/ไม่มีงานทำ  
<sup>10</sup> อื่นๆ ระบุ.....

7. ปัจจุบัน ท่านมีสวัสดิการสุขภาพอะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- <sup>01</sup> สิทธิ 30 บาท (บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า)                      <sup>02</sup> สิทธิประกันสังคม/กองทุนทดแทน  
<sup>03</sup> สิทธิข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ                      <sup>04</sup> รัฐวิสาหกิจ  
<sup>05</sup> หน่วยงานอิสระของรัฐ                      <sup>06</sup> องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
<sup>07</sup> ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน                      <sup>08</sup> สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง  
<sup>09</sup> อื่นๆ ระบุ.....                      <sup>10</sup> ไม่มี                      <sup>11</sup> ไม่ทราบ

8. รายได้ของท่าน (เฉลี่ยต่อเดือน)

- <sup>0</sup> ไม่มีรายได้                      <sup>1</sup> รายได้ 1–5,000 บาท  
<sup>2</sup> รายได้ 5,001 – 15,000 บาท                      <sup>3</sup> รายได้ 15,001 – 30,000 บาท  
<sup>4</sup> รายได้ 30,001 – 50,000 บาท                      <sup>5</sup> รายได้ ตั้งแต่ 50,001 บาทขึ้นไป

9. การศึกษา (ระบุการศึกษาขั้นสูงสุด)

- <sup>0</sup> ไม่เคยเรียน                      <sup>1</sup> ประถมศึกษา  
<sup>2</sup> มัธยมศึกษาตอนต้น                      <sup>3</sup> มัธยมศึกษาตอนปลาย  
<sup>4</sup> ปวช.                      <sup>5</sup> ปวส./ปวท./อนุปริญญา  
<sup>6</sup>ปริญญาตรี                      <sup>7</sup>ปริญญาโทหรือสูงกว่า  
<sup>8</sup> อื่นๆ (ระบุ).....

## 10. ท่านมีโรคประจำตัวหรือโรคทางระบบที่แพทย์ระบุหรือไม่ (ลงข้อมูลทุกข้อ)

- 10.1 เบาหวาน <sup>0</sup> ไม่มี <sup>1</sup> มี/กินยาประจำ <sup>2</sup> มี/ไม่กินยา <sup>3</sup> ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ
- 10.2 ความดันโลหิตสูง <sup>0</sup> ไม่มี <sup>1</sup> มี/กินยาประจำ <sup>2</sup> มี/ไม่กินยา <sup>3</sup> ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ
- 10.3 หัวใจและหลอดเลือด <sup>0</sup> ไม่มี <sup>1</sup> มี/กินยาประจำ <sup>2</sup> มี/ไม่กินยา <sup>3</sup> ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ
- 10.4 ไขมันในเลือดสูง <sup>0</sup> ไม่มี <sup>1</sup> มี/กินยาประจำ <sup>2</sup> มี/ไม่กินยา <sup>3</sup> ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ
- 10.5 ภูมิแพ้ <sup>0</sup> ไม่มี <sup>1</sup> มี/กินยาประจำ <sup>2</sup> มี/ไม่กินยา <sup>3</sup> ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ
- 10.6 ภาวะซึมเศร้า <sup>0</sup> ไม่มี <sup>1</sup> มี/กินยาประจำ <sup>2</sup> มี/ไม่กินยา <sup>3</sup> ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ
- 10.7 มะเร็ง ตำแหน่ง..... <sup>0</sup> ไม่มี <sup>1</sup> มี/กินยาประจำ <sup>2</sup> มี/ไม่กินยา <sup>3</sup> ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ
- 10.8 อื่นๆ ระบุ..... <sup>1</sup> มี/กินยาประจำ <sup>2</sup> มี/ไม่กินยา

## ส่วนที่ 2: พฤติกรรมสุขภาพ

## 2.1 พฤติกรรมการแปร่งฟัน

⇒ กรณีมีฟันแท้อย่างน้อย 1 ซี่ (นับรวมฟันเทียมชนิดติดแน่น แต่ไม่นับรวมรากเทียมแบบ coping)

## 1. ส่วนใหญ่ท่านแปร่งฟันในเวลาต่อไปนี้หรือไม่

- 1.1 ตื่นนอนตอนเช้า <sup>0</sup> ไม่เคยเลย <sup>1</sup> แปร่งเป็นบางวัน <sup>2</sup> ทุกวัน
- 1.2 หลังอาหารเช้า <sup>0</sup> ไม่เคยเลย <sup>1</sup> แปร่งเป็นบางวัน <sup>2</sup> ทุกวัน
- 1.3 หลังอาหารกลางวัน <sup>0</sup> ไม่เคยเลย <sup>1</sup> แปร่งเป็นบางวัน <sup>2</sup> ทุกวัน
- 1.4 ก่อนนอน <sup>0</sup> ไม่เคยเลย <sup>1</sup> แปร่งเป็นบางวัน <sup>2</sup> ทุกวัน

## 2. ท่านแปร่งฟันก่อนนอนแล้วเข้านอนทันที ใช่หรือไม่

- <sup>0</sup> ไม่ใช่ <sup>1</sup> ใช่

## 3. ในการแปร่งฟันแต่ละครั้ง ท่านแปร่งฟันนานกี่นาที

- <sup>1</sup> ประมาณ 1 นาที <sup>2</sup> ประมาณ 2 นาที <sup>3</sup> 2 นาทีขึ้นไป <sup>4</sup> ไม่ทราบ/ไม่แน่นอน

## 4. แปร่งสีฟันที่ท่านใช้ที่บ้าน มีขนแปร่งแบบใด (เทียบกับแปร่งที่แจก)

- <sup>1</sup> ขนนุ่มเท่ากัน <sup>2</sup> นุ่มมากกว่าที่แจก <sup>3</sup> แข็งกว่าที่แจก

## 5. เมื่อแปร่งฟันที่บ้าน ท่านใช้ยาสีฟันยี่ห้ออะไร

- <sup>0</sup> ไม่ใช้ยาสีฟัน

<sup>1</sup> ใช่ ⇒ ให้ระบุยี่ห้อที่ใช้ (เลือกชนิดที่ใช้บ่อยที่สุด 1 ชนิด)

- <sup>01</sup> คอลเกต <sup>02</sup> ไกล์ซิด <sup>03</sup> ฟลูออคาริล <sup>04</sup> ดาร์ลี
- <sup>05</sup> พาโรดอนแท็ก <sup>06</sup> พาโรดอนแท็กเอฟ <sup>07</sup> ซอลท์ <sup>08</sup> ซอลท์เอฟ
- <sup>09</sup> เซนโซดายน์ <sup>10</sup> เซนโซดายน์เอฟ <sup>11</sup> ซิสเท็มมา <sup>12</sup> ออร์ลเมต
- <sup>13</sup> เดนติสเด่ <sup>14</sup> โคโคโม <sup>15</sup> ดีนี่ (D-nee) <sup>16</sup> เซนต์แอนดรูว์
- <sup>17</sup> ชูเลียน (smile-on) <sup>18</sup> ซือส์ตี <sup>19</sup> สปาร์คเคิล <sup>20</sup> เอมไทย
- <sup>21</sup> วิเศษนิยม <sup>22</sup> ทิพย์นิยม <sup>23</sup> ดอกบัวคู่ <sup>24</sup> จาเป่า
- <sup>25</sup> กิฟฟารีน (ไบโอเทค, ไบโอเซอร์เบิล) <sup>26</sup> แอมเวย์ (กลิสเตอร์) <sup>27</sup> เทสโก้ โลตัส
- <sup>28</sup> ผลิตภัณฑ์ชาวบ้านทำเอง ระบุยี่ห้อ..... <sup>29</sup> อื่นๆ ระบุยี่ห้อ.....

## 6. ท่านใช้อุปกรณ์เสริมชนิดใด ช่วยในการทำความสะอาดฟัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- <sup>0</sup> ไม่ได้ใช้ <sup>1</sup> โหมขัดฟัน <sup>2</sup> แปรงซอกฟัน
- <sup>3</sup> น้ำยาบ้วนปาก <sup>4</sup> ไม้จิ้มฟัน <sup>5</sup> หมากฝรั่ง <sup>6</sup> อื่นๆ ระบุ.....

⇒ กรณีใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วน/ทั้งปาก

## 7. ท่านทำความสะอาดฟันเทียมอย่างไรเป็นประจำ

- <sup>0</sup> ไม่ทำอะไร <sup>1</sup> ล้างน้ำเปล่า <sup>2</sup> ใช้แปรง
- <sup>3</sup> ล้างน้ำยาสำหรับฟันเทียม <sup>4</sup> อื่นๆ ระบุ.....

## 2.2 พฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ

## 8. ท่านมีกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ อย่างน้อยวันละ 30 นาที หรือไม่ อย่างไร

- <sup>0</sup> ไม่มีกิจกรรมทางกาย หรือมีไม่ถึงวันละ 30 นาที
- <sup>1</sup> มีกิจกรรมทางกายอย่างน้อยวันละ 30 นาทีแต่ไม่ถึง 5 วันต่อสัปดาห์
- <sup>2</sup> มีกิจกรรมทางกายอย่างน้อยวันละ 30 นาทีมากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์

## 9. ท่านกินผัก 5 ทิปพีต่อวันอย่างไร

- <sup>0</sup> ไม่กินเลย <sup>1</sup> กินบางวัน <sup>2</sup> กินทุกวัน

## 10. ท่านเติมเครื่องปรุงรสเค็ม หรือไม่

- <sup>0</sup> ไม่เติม <sup>1</sup> เติมเป็นบางครั้ง <sup>2</sup> เติมทุกครั้ง

## 11. ท่านดื่มน้ำดื่มหรือเครื่องดื่มรสหวานหรือไม่

- <sup>0</sup> ไม่ดื่มเลย <sup>1</sup> ดื่มน้ำบางวัน <sup>2</sup> ดื่มน้ำทุกวัน

## 12. ท่านนั่งหรือเอนกายเฉยๆ ติดต่อกันนานเกิน 2 ชั่วโมงหรือไม่ อย่างไร

- <sup>0</sup> นั่งหรือเอนกายเฉยๆ นานเกิน 2 ชั่วโมงทุกวัน
- <sup>1</sup> นั่งหรือเอนกายเฉยๆ นานเกิน 2 ชั่วโมงบางวัน
- <sup>2</sup> ไม่นั่งหรือเอนกายเฉยๆ นานเกิน 2 ชั่วโมงทุกวัน

## 13. ท่านนอนถึง 7 ชั่วโมงหรือไม่ อย่างไร

- <sup>0</sup> นอนไม่ถึง 7 ชั่วโมงทุกวัน <sup>1</sup> นอนถึง 7 ชั่วโมงบางวัน <sup>2</sup> นอนถึง 7 ชั่วโมงทุกวัน

## 2.3 พฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ

## 14. ท่านสูบบุหรี่ หรือยาเส้นหรือไม่

- <sup>0</sup> ไม่เคยสูบ (ข้ามไปข้อ 15)
- <sup>1</sup> เคยสูบ เป็นระยะเวลาประมาณ .....ปี.....เดือน เฉลี่ยวันละประมาณ.....มวน ปัจจุบันเลิกแล้วนานประมาณ.....ปี.....เดือน
- <sup>2</sup> ยังสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน เป็นระยะเวลาประมาณ .....ปี.....เดือน เฉลี่ยวันละประมาณ.....มวน

## 15. ปัจจุบันท่านดื่มน้ำดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่

- <sup>0</sup> ไม่ดื่ม <sup>1</sup> ดื่มเฉพาะเทศกาลหรือวันพิเศษ <sup>2</sup> ดื่มเป็นประจำ เฉลี่ยสัปดาห์ละ.....ครั้ง

## 16. ท่านเคี้ยวหมากหรือไม่

- <sup>0</sup> ไม่เคยเคี้ยว <sup>1</sup> เคยเคี้ยวปัจจุบันเลิกแล้ว <sup>2</sup> ยังเคี้ยวอยู่