

3. ท่านพึงพอใจต่อสุขภาพช่องปากของท่านเพียงใด

- ⁰ ไม่พอใจ ¹ พอใจปานกลาง ² พอใจมาก

4. ท่านเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากจากแหล่งใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ⁰¹ เว็บไซต์/เฟสบุ๊ค/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.....

5. ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านเคยไปหาหมอฟันบ้างหรือไม่

⁰ จำไม่ได้ (ไม่ต้องถามต่อ)

¹ ไม่เคยไป ⇒ ให้ระบุเหตุผลที่ไม่ไป (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

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

² เคยไป จำนวนครั้ง

⇒ ให้ระบุเหตุผลที่ท่านเคยไปหาหมอฟัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

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

⇒ ให้ระบุสถานที่ที่ท่านไปหาหมอฟัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)


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

⇒ ในการรักษาทางทันตกรรมครั้งล่าสุด ท่านใช้สิทธิสวัสดิการสุขภาพของท่าน หรือไม่

⁰ ไม่ใช่ ⇒ ระบุเหตุผลที่ไม่ใช้สวัสดิการ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ¹ ไม่มีสิทธิ ² คิวยาว
³ รอนาน ⁴ สิทธิที่มีไม่ครอบคลุมด้านทันตกรรม

¹ ใช่



แบบสัมภาษณ์กลุ่มอายุ 60 – 74 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 ¹ ชาย ² หญิง
2. อายุ.....ปี.....เดือน
3. น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม.
4. ศาสนา ¹ พุทธ ² อิสลาม ³ คริสต์ ⁴ อื่นๆ ระบุ.....
5. สถานภาพสมรส ¹ โสด ² สมรส ³ หม้าย ⁴ หย่าร้าง ⁵ แยกกันอยู่
6. อาชีพหลักหรืองานที่ใช้เวลาส่วนใหญ่ (ให้บันทึกสถานภาพการทำงาน)

<input type="checkbox"/> ⁰¹ ข้าราชการ/พนักงานราชการ/ลูกจ้างของรัฐ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> ⁰³ ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว
<input type="checkbox"/> ⁰² พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน	<input type="checkbox"/> ⁰⁵ รับจ้างทั่วไป
<input type="checkbox"/> ⁰⁴ เกษตรกร	<input type="checkbox"/> ⁰⁷ ขับรถรับจ้างสาธารณะ
<input type="checkbox"/> ⁰⁶ นักเรียน/นิสิต/นักศึกษา	<input type="checkbox"/> ⁰⁹ ว่างาน/ไม่มีงานทำ
<input type="checkbox"/> ⁰⁸ แม่บ้าน/พ่อบ้าน	
<input type="checkbox"/> ¹⁰ อื่นๆ ระบุ.....	
7. ปัจจุบัน ท่านมีสวัสดิการสุขภาพอะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> ⁰¹ สิทธิ 30 บาท (บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า)	<input type="checkbox"/> ⁰² สิทธิประกันสังคม/กองทุนทดแทน
<input type="checkbox"/> ⁰³ สิทธิข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ	<input type="checkbox"/> ⁰⁴ รัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> ⁰⁵ หน่วยงานอิสระของรัฐ	<input type="checkbox"/> ⁰⁶ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
<input type="checkbox"/> ⁰⁷ ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน	<input type="checkbox"/> ⁰⁸ สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง
<input type="checkbox"/> ⁰⁹ อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ¹⁰ ไม่มี <input type="checkbox"/> ¹¹ ไม่ทราบ
8. รายได้ของท่าน (เฉลี่ยต่อเดือน)

<input type="checkbox"/> ⁰ ไม่มีรายได้	<input type="checkbox"/> ¹ รายได้ 1-5,000 บาท
<input type="checkbox"/> ² รายได้ 5,001 – 15,000 บาท	<input type="checkbox"/> ³ รายได้ 15,001 – 30,000 บาท
<input type="checkbox"/> ⁴ รายได้ 30,001 – 50,000 บาท	<input type="checkbox"/> ⁵ รายได้ ตั้งแต่ 50,001 บาทขึ้นไป
9. การศึกษา (ระบุการศึกษาขั้นสูงสุด)

<input type="checkbox"/> ⁰ ไม่เคยเรียน	<input type="checkbox"/> ¹ ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> ² มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> ³ มัธยมศึกษาตอนปลาย
<input type="checkbox"/> ⁴ ปวช.	<input type="checkbox"/> ⁵ ปวส./ปวท./อนุปริญญา
<input type="checkbox"/> ⁶ ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> ⁷ ปริญญาโทหรือสูงกว่า
<input type="checkbox"/> ⁸ อื่นๆ (ระบุ).....	

10. ท่านมีโรคประจำตัวหรือโรคทางระบบที่แพทย์ระบุหรือไม่ (ลงข้อมูลทุกข้อ)
- 10.1 เบาหวาน ⁰ ไม่มี ¹ มี/กินยาประจำ ² มี/ไม่กินยา ³ ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ
 - 10.2 ความดันโลหิตสูง ⁰ ไม่มี ¹ มี/กินยาประจำ ² มี/ไม่กินยา ³ ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ
 - 10.3 หัวใจและหลอดเลือด ⁰ ไม่มี ¹ มี/กินยาประจำ ² มี/ไม่กินยา ³ ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ
 - 10.4 ไขมันในเลือดสูง ⁰ ไม่มี ¹ มี/กินยาประจำ ² มี/ไม่กินยา ³ ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ
 - 10.5 ภูมิแพ้ ⁰ ไม่มี ¹ มี/กินยาประจำ ² มี/ไม่กินยา ³ ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ
 - 10.6 ภาวะซึมเศร้า ⁰ ไม่มี ¹ มี/กินยาประจำ ² มี/ไม่กินยา ³ ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ
 - 10.7 มะเร็ง ตำแหน่ง..... ⁰ ไม่มี ¹ มี/กินยาประจำ ² มี/ไม่กินยา ³ ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ
 - 10.8 อื่นๆ ระบุ..... ¹ มี/กินยาประจำ ² มี/ไม่กินยา

11. การช่วยเหลือตนเอง
- ¹ ช่วยเหลือตนเองได้ดี ² มีการพึ่งพาเมื่อออกนอกบ้าน ³ พึ่งพาตลอดเวลา

ส่วนที่ 2: พฤติกรรมสุขภาพ

2.1 พฤติกรรมการแปรงฟัน

⇒ กรณีมีฟันแท้อย่างน้อย 1 ซี่ (นับรวมฟันเทียมชนิดติดแน่น แต่ไม่นับรวมรากเทียมแบบ coping)

1. ส่วนใหญ่ท่านแปรงฟันในเวลาต่อไปนี้หรือไม่
 - 1.1 ตื่นนอนตอนเช้า ⁰ ไม่เคยเลย ¹ แปรงเป็นบางวัน ² ทุกวัน
 - 1.2 หลังอาหารเช้า ⁰ ไม่เคยเลย ¹ แปรงเป็นบางวัน ² ทุกวัน
 - 1.3 หลังอาหารกลางวัน ⁰ ไม่เคยเลย ¹ แปรงเป็นบางวัน ² ทุกวัน
 - 1.4 ก่อนนอน ⁰ ไม่เคยเลย ¹ แปรงเป็นบางวัน ² ทุกวัน
2. ท่านแปรงฟันก่อนนอนแล้วเข้านอนทันที ใช่หรือไม่ ⁰ ไม่ใช่ ¹ ใช่
3. ในการแปรงฟันแต่ละครั้ง ท่านแปรงฟันนานกี่นาที
 - ¹ ประมาณ 1 นาที ² ประมาณ 2 นาที ³ 2 นาทีขึ้นไป ⁴ ไม่ทราบ/ไม่แน่นอน
4. แปรงสีฟันที่ท่านใช้ที่บ้าน มีขนแปรงแบบใด (เทียบกับแปรงที่แจก)
 - ¹ ขนนุ่มเท่ากัน ² นุ่มมากกว่าที่แจก ³ แข็งกว่าที่แจก
5. เมื่อแปรงฟันที่บ้าน ท่านใช้ยาสีฟันยี่ห้ออะไร
 - ⁰ ไม่ใช้ยาสีฟัน
 - ¹ ใช้ ⇒ ให้ระบุยี่ห้อที่ใช้(เลือกชนิดที่ใช้บ่อยที่สุด 1 ชนิด)
 - ⁰¹ คอลเกต ⁰² ไกล์ซิด ⁰³ ฟลูออคาริล ⁰⁴ ดาร์ลี
 - ⁰⁵ พาโรดอนแท็ก ⁰⁶ พาโรดอนแท็กเอฟ ⁰⁷ ซอลท์ ⁰⁸ ซอลท์เอฟ
 - ⁰⁹ เซนโซดาเยน ¹⁰ เซนโซดาเยนเอฟ ¹¹ ซิสแท้มมา ¹² ออรัลเมด
 - ¹³ เดนติสแต้ ¹⁴ โคโคโม ¹⁵ ดีนี (D-nee) ¹⁶ เซนต์แอนดรูว์
 - ¹⁷ ซูเลีย (smile-on) ¹⁸ ซือส์ตี้ ¹⁹ สปราร์คเคิล ²⁰ เอมไทย
 - ²¹ วิเศษนิยม ²² ทิพย์นิยม ²³ ดอกบัวคู่ ²⁴ จาเป่า
 - ²⁵ กิฟฟารีน (ไบโอเทค, ไบโอเฮอร์เบิล) ²⁶ แอมเวย์ (กลิสเตอร์) ²⁷ เทสโก้ โลตัส
 - ²⁸ ผลิตภัณฑ์ชาวบ้านทำเอง ระบุยี่ห้อ..... ²⁹ อื่นๆ ระบุยี่ห้อ.....

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

⇒ กรณีใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วน/ทั้งปาก

7. ท่านทำความสะอาดฟันเทียมอย่างไรเป็นประจำ
- ⁰ ไม่ทำอะไร ¹ ล้างน้ำเปล่า ² ใช้แปรง
 - ³ ล้างน้ำยาสำหรับฟันเทียม ⁴ อื่นๆ ระบุ.....

2.2 พฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ

8. ท่านมีกิจกรรมทางกายรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ อย่างน้อยวันละ 30 นาที หรือไม่ อย่างไร
- ⁰ ไม่มีกิจกรรมทางกาย หรือมีไม่ถึงวันละ 30 นาที
 - ¹ มีกิจกรรมทางกายอย่างน้อยวันละ 30 นาทีแต่ไม่ถึง 5 วันต่อสัปดาห์
 - ² มีกิจกรรมทางกายอย่างน้อยวันละ 30 นาทีมากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์
9. ท่านดื่มน้ำสะอาดได้อย่างน้อยวันละ 8 แก้วหรือไม่
- ⁰ ไม่ได้ (0 - 2 วันต่อสัปดาห์)
 - ¹ ดื่มได้ 8 แก้ว เป็นบางวัน (3-4 วันต่อสัปดาห์)
 - ² ดื่มได้ 8 แก้ว ทุกวัน/เกือบทุกวัน (5 - 7 วันต่อสัปดาห์)

10. ท่านกินผัก/ผลไม้สดหรือไม่
- ⁰ ไม่กิน (0 - 2 วันต่อสัปดาห์)
 - ¹ กินเป็นบางวัน (3 - 4 วันต่อสัปดาห์)
 - ² กินทุกวัน/เกือบทุกวัน (5 - 7 วันต่อสัปดาห์)

2.3 พฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ

11. ท่านสูบบุหรี่ หรือยาเส้นหรือไม่
- ⁰ ไม่เคยสูบ (ข้ามไปข้อ 12)
 - ¹ เคยสูบ เป็นระยะเวลาประมาณ.....ปี.....เดือนเฉลี่ยวันละประมาณ.....มวน ปัจจุบันเลิกแล้วนานประมาณ.....ปี.....เดือน
 - ² ยังสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน เป็นระยะเวลาประมาณปี.....เดือน เฉลี่ยวันละประมาณ.....มวน
12. ปัจจุบันท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่
- ⁰ ไม่ดื่ม ¹ ดื่มเฉพาะเทศกาลหรือวันพิเศษ ² ดื่มเป็นประจำ เฉลี่ยสัปดาห์ละ.....ครั้ง
13. ท่านเคี้ยวหมากหรือไม่
- ⁰ ไม่เคยเคี้ยว ¹ เคยเคี้ยวปัจจุบันเลิกแล้ว ² ยังเคี้ยวอยู่

ส่วนที่ 3: การรับรู้ การรับบริการด้านทันตสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับช่องปาก

1. ท่านมีปัญหาในการรับประทานอาหารหรือบดเคี้ยวอาหารหรือไม่
 - ⁰ ไม่มีปัญหา ¹ มีปัญหาบ้างแต่ยังเคี้ยวได้ ² มีปัญหามาก เคี้ยวลำบาก
2. ท่านมีปัญหาในการพูดหรือออกเสียงหรือไม่
 - ⁰ ไม่มีปัญหา ¹ มีปัญหาบ้าง ² มีปัญหามาก