

แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากเด็ก 12 ปี (Child-OIDP)

ชื่อ-นามสกุล.....โรงเรียน..... ID --

ใน 3 เดือน ที่ผ่านมา ตั้งแต่เดือน/ช่วง.....จนถึงวันนี้

นักเรียนรู้สึกว่ามีปัญหาใดของปากและฟันเกิดขึ้นบ้าง กาเครื่องหมาย  ทั้งที่เคยเป็นแต่หายแล้ว และที่เป็นอยู่

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 ปวดฟัน เสียฟัน   | <input type="checkbox"/> 11 แผลร้อนใน                        |
| <input type="checkbox"/> 2 ฟันผุ ฟันเป็นรู  | <input type="checkbox"/> 12 แผลในปาก ริมฝีปาก ปากแห้งแตก     |
| <input type="checkbox"/> 3 ฟันแท้หัก บิ่นจากการกระแทก หกล้ม                           | <input type="checkbox"/> 13 มีช่องว่างจากฟันแท้ยังไม่ขึ้น    |
| <input type="checkbox"/> 4 มีช่องว่างจากการไม่มีฟันแท้ (เช่น ถูกถอน ไม่มีตามธรรมชาติ) | <input type="checkbox"/> 14 ฟันน้ำนมโยก หลุด                 |
| <input type="checkbox"/> 5 ฟันสีเหลือง หรือดำ ผิดปกติ                                 | <input type="checkbox"/> 15 ฟันกรามแท้ขึ้นขึ้น               |
| <input type="checkbox"/> 6 ฟันซี่เล็กหรือใหญ่เกินไป                                   | <input type="checkbox"/> 16 วัสดุอุดฟันแตก ปวดหลังอุดฟัน     |
| <input type="checkbox"/> 7 ฟันเรียงไม่ดี ฟันซ้อนเก ยื่น เหยิน                         | <input type="checkbox"/> 17 เครื่องมือจัดฟัน                 |
| <input type="checkbox"/> 8 เหงือกอักเสบ เจ็บบวม มีเลือดออก                            | <input type="checkbox"/> 18 ข้อต่อขากรรไกรผิดปกติ มีเสียงดัง |
| <input type="checkbox"/> 9 หินปูน   | <input type="checkbox"/> 19 อื่นๆ ระบุ.....                  |
| <input type="checkbox"/> 10 กลิ่นปาก  | <input type="checkbox"/> 20 ไม่มีความผิดปกติ หรือปัญหาใดๆเลย |

ปัญหาที่บอกรมาข้างบน ทำให้เกิดปัญหาตามข้อข้างล่างนี้ แต่ละข้อหรือไม่

Performance	Frequency (ความถี่)	Severity (ความรุนแรง)	Perceived causes	
			1	2
1. การกินอาหาร เช่น ข้าว ไอติม น้ำหวาน น้ำเย็น กัดขนม				
2. การพูดได้ตามปกติ ชัดเจน				
3. การทำความสะอาดช่องปาก เช่น บ้วนปาก แปรงฟัน				
4. การพักผ่อน นอนหลับ				
5. การรักษาอารมณ์ตามปกติ โดยไม่รู้สึกรำคาญใจ รำคาญใจ				
6. การยิ้ม หัวเราะ หรือให้คนอื่นเห็นฟันโดยไม่รู้สึกลอาย				
7. การศึกษา เช่น เรียนหนังสือ ที่บ้าน ชาติโรงเรียน (ที่เกิดจากปัญหาข้างต้น เช่น ชาติเรียนเพราะไปทำฟัน)				
* ใน 3 เดือน มีปัญหาด้านการศึกษาจากช่องปาก รวมกี่วัน*	.....วัน			
8. การออกไปพบผู้คน (เช่น ไปเที่ยวกับเพื่อน ไปบ้านเพื่อน)				

○ รู้สึกว่าปัญหาในช่องปากของตนเองโดยรวม มีมากน้อย รุนแรงแค่ไหน (0 - 3)

○ ตอนนี้ อยากรักษา แก้ไข อะไรในช่องปากไหม 0 (No) 1 (Yes)

ความถี่ (Frequency) ในรอบ 3 เดือน ปัญหาใน เรื่อง “.....” ที่มีนั้น เกิดขึ้นบ่อยแค่ไหน เกิดทุกเดือนหรือไม่

โดยเฉลี่ย เกิดทุกเดือน	
ไม่ถึงทุกสัปดาห์ เฉลี่ยเดือนละ 1-2 ครั้ง .....	1
สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง เดือนละ 3 ครั้งขึ้นไป .....	2
สัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไป หรือ แทบทุกวัน.....	3

โดยเฉลี่ย เกิดไม่ทุกเดือน รวมทั้ง 3 เดือน ปัญหาที่เกิดขึ้นรวมเป็นกี่วัน	
1-7 วัน .....	1
8-15 วัน .....	2
15 วันขึ้นไป .....	3