

แบบสอบถามกลุ่มอายุ (61 ปีขึ้นไป)

รหัส

ผู้สัมภาษณ์.....วันที่สัมภาษณ์.....

ข้อมูลทั่วไป

1. ภาษาที่สัมภาษณ์ 1. ไทย 2. มลายู
2. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
3. ท่านมีอายุ.....ปี (นับถึงวันที่เกิด ปีตลง)
4. ศาสนา 1. พุทธ 2. อิสลาม 3. คริสต์
5. สถานภาพสมรส 1. โสด 2. แต่งงาน
3. หย่า / แยกกันอยู่ 4. ม่าย
6. ตอนนี้ท่านอยู่กับใครบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
1. อยู่คนเดียว 1. ลูกหลาน 1. ญาติ 1. คู่สมรส
7. ลูกหลานหรือญาติพี่น้องได้ติดต่อหรือไปมาหาสู่ท่านอยู่บ้างหรือไม่
1. ไม่ติดต่อ 2. ติดต่อบ้าง 3. อยู่ด้วยกัน / ติดต่อเสมอ

ข้อมูลสุขภาพ

8. ตอนนี้ท่านคิดว่าสุขภาพท่านแข็งแรงเพียงใด
 1. ไม่แข็งแรง เป็นอะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (บอกตัวเลือกได้)

<input type="checkbox"/> 1. ปวดเมื่อย	<input type="checkbox"/> 1. หน้ามืด , เป็นลม	<input type="checkbox"/> 1. ปวดหัว	<input type="checkbox"/> 1. เบาหวาน
<input type="checkbox"/> 1. โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> 1. โรคความดัน	<input type="checkbox"/> 1. กินอาหารไม่อร่อย	<input type="checkbox"/> 1. เบื่ออาหาร
<input type="checkbox"/> 1. โรคเก๊าท์	<input type="checkbox"/> 1. นอนไม่หลับ	<input type="checkbox"/> 1. โรคนี้	<input type="checkbox"/> 1. โรคตา
<input type="checkbox"/> 1. อาหารไม่ย่อย	<input type="checkbox"/> 1. ระบบขับถ่าย	<input type="checkbox"/> 1. อื่นๆ ระบุ.....	
 2. ไม่ค่อยแข็งแรง เป็นอะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (บอกตัวเลือกได้)

<input type="checkbox"/> 1. ปวดเมื่อย	<input type="checkbox"/> 1. หน้ามืด , เป็นลม	<input type="checkbox"/> 1. ปวดหัว	<input type="checkbox"/> 1. เบาหวาน
<input type="checkbox"/> 1. โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> 1. โรคความดัน	<input type="checkbox"/> 1. กินอาหารไม่อร่อย	<input type="checkbox"/> 1. เบื่ออาหาร
<input type="checkbox"/> 1. โรคเก๊าท์	<input type="checkbox"/> 1. นอนไม่หลับ	<input type="checkbox"/> 1. โรคนี้	<input type="checkbox"/> 1. โรคตา
<input type="checkbox"/> 1. อาหารไม่ย่อย	<input type="checkbox"/> 1. ระบบขับถ่าย	<input type="checkbox"/> 1. อื่นๆ ระบุ.....	
 3. แข็งแรงดีสบายดี
9. ถ้าเกิดท่านไม่สบายมีใครช่วยดูแลบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> 1. ดูแลตัวเอง	<input type="checkbox"/> 1. ลูกหลาน	<input type="checkbox"/> 1. ญาติ	<input type="checkbox"/> 1. คู่สมรส	<input type="checkbox"/> 1. เพื่อนบ้าน / คนรอบข้าง
--	-------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

10. ปัจจุบันนี้ท่านแปรงฟันบ่อยแค่ไหน (ยกเว้นกรณีที่ใช้ฟันปลอมทั้งปากหรือไม่มีฟัน ไม่ต้องถาม)

- 1. ไม่แปรง
- 2. ประมาณอาทิตย์ละครั้ง / น้อย
- 3. 2-6 ครั้งต่อสัปดาห์
- 4. ทุกวัน วันละ 1 ครั้ง
- 5. วันละ 2 ครั้งหรือมากกว่า

11. ท่านใช้ยาสีฟันยี่ห้อ.....ระบุรหัสจากรูป

(ยกเว้นกรณีที่ใช้ฟันปลอมทั้งปากหรือไม่มีฟัน ไม่ต้องถาม)

- 1. ไม่ทราบ
- 2. ไม่ใช่
- 3. ไม่มีฟลูออไรด์
- 4. มีฟลูออไรด์

12. ปัจจุบันนี้ท่านทำสิ่งเหล่านี้บ่อยแค่ไหน

	ทุกวัน (4)	บ่อย (3-6 ครั้งต่อ สัปดาห์) (3)	บางครั้ง (1-2 ครั้งต่อ สัปดาห์) (2)	นานๆครั้ง (< 1 ครั้งต่อ สัปดาห์) (1)	ไม่เคยเลย (0)
สูบบุหรี่ / ยาเส้น					
เคี้ยวหมาก / เหน็บยาเส้น					
ดื่มสุรา, เบียร์, ไวน์, ยาตอง					
ดื่มเครื่องดื่มที่รสหวาน เช่น ชา-กาแฟ, น้ำอัดลม					
ทานของหวาน, ลูกอม, ไอศกรีม, ผลไม้ดอง					

13. ท่าน "เห็นด้วย" "ไม่เห็นด้วย" หรือ "ไม่ทราบ" กับคำพูดต่อไปนี้ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก

	เห็นด้วย (3)	ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่ทราบ (1)
1. การสูญเสียฟันเมื่อท่านแก่ขึ้นเป็นเรื่องปกติ			
2. แม้ว่า ท่านจะมีฟันเสีย ฟันผุ ท่านก็ยังมีสุขภาพที่ดีได้			
3. ไม่ว่าคนเราจะไม่มีฟันธรรมชาติหรือจะใส่ฟันปลอม ก็สามารถใช้เคี้ยวได้ดีพอ ๆ กัน			
4. แม้จะแปรงฟันดียังไงก็ตาม ฟันก็ผุอยู่ดี			
5. ต้องใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์เท่านั้นจึงจะป้องกันฟันผุได้จริง			
6. ลืมแปรงฟันบ้างบางวันไม่เห็นเป็นไร			
7. กินของหวานบ่อย ๆ ยิ่งทำให้ฟันผุมากขึ้น			
8. ยาสีฟันสมุนไพรช่วยให้ฟันแข็งแรงได้จริง			
9. การบ้วนปากอย่างเดียวก็ป้องกันฟันผุได้			
10. ยาสีฟันทุกยี่ห้อช่วยป้องกันฟันผุได้เหมือนกัน			
11. การสูบบุหรี่มีผลอย่างมากที่จะทำให้เหงือกอักเสบ			

การไปหาหมอฟันก่อนหน้าจะมีบัตรทอง

14. ก่อนหน้าที่จะมีบัตรทอง (ท) ถ้าท่านมีปัญหาเรื่องเหงือกและฟัน ท่านจะอย่างไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (บอกตัวเลือกได้)

- 1. ไม่เคยมีปัญหาสุขภาพช่องปาก
- 1. กินสมุนไพร 1. อมเกลือ 1. กินยาแก้ปวด
- 1. ปล่อยให้หายเอง 1. ใสสมุนไพรในรูฟันผุ 1. ใสยาแก้ปวดลงในรูฟันผุ
- 1. ใสยาทันใจลงไปรูฟันผุ 1. ใสเกลือลงไปรูฟันผุ
- 1. ใสยาสีฟันลงไปรูฟันผุ 1. ให้หมอบ้านช่วยปิดเฝ้า
- 1. ปิดพลาสติกครอบยาจีน 1. เชื้อยหนอง
- 1. ให้หมอบ้านตอกตะปูลงในเนื้อไม้ 1. ไปหาหมอฟัน
- 1. อื่นๆ ระบุ.....

15. ท่านได้บัตรทอง (ท) มานานประมาณ.....เดือน 99. จำไม่ได้ 99. ยังไม่ได้บัตร

16. ก่อนหน้าที่จะมีโครงการ 30 บาท ท่านมีบัตรสวัสดิการอื่นๆ เกี่ยวกับสุขภาพหรือไม่

- 1. ไม่มี
- 2. มี คือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (บอกตัวเลือกได้)
 - 1. บัตร สปร., ผู้สูงอายุ 1. สิทธิข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ
 - 1. บัตรทหารผ่านศึก 1. บัตรประกันสุขภาพ (500 บาท)
 - 1. บัตรประกันสังคม 1. บัตรคนไข้ในสมเด็จพระบรมฯ
 - 1. อื่นๆ ระบุ.....

17. ปัจจุบันท่านใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1. บัตรทอง (ท) 1. บัตร สปร., ผู้สูงอายุ 1. บัตรทหารผ่านศึก
- 1. บัตรประกันสังคม 1. บัตรประกันสุขภาพ (500 บาท)
- 1. สิทธิข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ 1. บัตรคนไข้ในสมเด็จพระบรมฯ
- 1. อื่นๆ ระบุ.....

18. สรุปการใช้สิทธิ (ผู้สัมภาษณ์สรุปตัดสินใจเอง) 1. ไม่เข้าซ้อน 2. เข้าซ้อน

19. ท่านทราบหรือไม่ว่า สามารถใช้บัตรทอง (ท) ทำฟันอะไรได้บ้าง

- 1. ไม่ทราบ (ข้ามไปข้อ 21)
- 2. ทราบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 1. ตรวจสอบสภาพช่องปาก 1. อุดฟัน 1. ถอนฟัน
 - 1. ผ่าฟันคุด 1. ชูดหินปูน 1. เกลารากฟัน
 - 1. ฟันปลอม 1. ผ่าตัดเพื่อการรักษา
 - 1. ผ่าตัดถุงน้ำ (ซีสต์ , cyst)
- 3. ทำได้ทุกอย่าง
- 4. ทำได้ทุกอย่างยกเว้นเพื่อความสวยงาม
- 5. ทำได้ทุกอย่างยกเว้นฟันปลอม
- 6. อื่น ๆ ระบุ.....

20. แล้วท่านรู้ว่า บัตรทอง (ท) ใช้ทำฟันได้ มาจากไหนบ้าง

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ผู้สัมภาษณ์บอกตัวเลือกได้)

- 1. เจ้าหน้าที่สอ./ร.พ./อนามัย 1. หอกระจายข่าว
- 1. ทันตแพทย์, ทันตภิบาล 1. ไปสเตอร์
- 1. ผู้ใหญ่บ้าน 1. โทรทัศน์
- 1. เจ้าหน้าที่ / สมาชิกอ.บ.ต. 1. วิทยุ
- 1. อสม. 1. เอกสารจากหน่วยงานของรัฐ, แผ่นพับ, แผ่นปลิว
- 1. เจ้าพนักงานเทศบาล 1. ป้ายประกาศ (cutout)
- 1. เพื่อน 1. บุคคลในครอบครัว
- 1. อื่นๆ ระบุ.....

21. ท่านเข้าใจอย่างไรในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล สำหรับการทำฟันของผู้สูงอายุ

(จ่ายอย่างไร การรักษาอะไร)

- 1. ไม่ทราบ 2. ฟรีทุกอย่าง
- 3. คิดว่าฟรีบางอย่าง 4. คิดว่าเก็บ 30 บาท ทุกครั้งที่ใช้บริการ

หลังจากมีบัตรทอง

22. ท่านเคยใช้บัตรทอง (ท) ในการทำฟันหรือไม่

1. ไม่เคย เหตุใดท่านจึงไม่ไปหาหมอฟัน แม้ว่าจะมีบัตรทอง (ท) แล้วก็ตาม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)(ข้ามไปข้อข้อ 27) (บอกตัวเลือกได้)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่เป็นอะไร | <input type="checkbox"/> 1. กลัวการทำฟัน | <input type="checkbox"/> 1. อาการไม่มาก |
| <input type="checkbox"/> 1. ต้องเดินทางไกล | <input type="checkbox"/> 1. ไม่มีเงิน | <input type="checkbox"/> 1. ไม่ทราบสถานที่ทำการ |
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่มีเวลา / เสียเวลา | <input type="checkbox"/> 1. อายหมอม | <input type="checkbox"/> 1. บริการไม่ดี |
| <input type="checkbox"/> 1. อื่น ๆ ระบุ..... | | |

2. เคย ในครั้งล่าสุดที่ท่านไปหาหมอฟันนั้นท่านไปหาหมอฟันเพราะอะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ปวด,เกิดปัญหาเจ็บพลัน,มีปัญหา

แล้วปัญหาเรื่องเหงือกและฟันของท่านคือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

(บอกตัวเลือกได้)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ปวดฟัน | <input type="checkbox"/> 1. เสียวฟัน | <input type="checkbox"/> 1. มีหินปูน |
| <input type="checkbox"/> 1. ฟันผุ / ฟันมีรู | <input type="checkbox"/> 1. ฟันโยก | <input type="checkbox"/> 1. แผลในปาก |
| <input type="checkbox"/> 1. เหงือกอักเสบ | <input type="checkbox"/> 1. เลือดออกตามไรฟัน | |
| <input type="checkbox"/> 1. มีฟันหลอในปาก | <input type="checkbox"/> 1. ไม่มีฟันเคี้ยวอาหาร | <input type="checkbox"/> 1. มีกลิ่นปาก |
| <input type="checkbox"/> 1. ฟันปลอมใช้งานไม่ได้ | <input type="checkbox"/> 1. อื่น ๆ ระบุ..... | |
| <input type="checkbox"/> 1. ตรวจสุขภาพช่องปาก | | |
| <input type="checkbox"/> 1. รับการรักษาต่อเนื่อง (มีการนัดของหมอฟัน) | | |
| <input type="checkbox"/> 1. อยากลองใช้บัตรทอง | | |
| <input type="checkbox"/> 1. อื่นๆ(ระบุ)..... | | |

22.1 ในครั้งนั้นทางโรงพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ได้แนะนำ ให้ท่านดูแลเหงือกและฟันหรือไม่

1. จำไม่ได้ (ข้ามไปข้อ 23)
2. ไม่แนะนำ (ข้ามไปข้อ 23)
3. แนะนำ แนะนำอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. บอกให้ทราบ | <input type="checkbox"/> 1. ไปสเตอร์ | <input type="checkbox"/> 1. แผ่นฟับ |
| <input type="checkbox"/> 1. สาธิตให้ดู | <input type="checkbox"/> 1. ให้ดู TV / VDO | |
| <input type="checkbox"/> 1. อื่นๆระบุ..... | | |

22.2 หากแนะนำ ได้แนะนำในเรื่องอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (บอกตัวเลือกได้)

- 1. สาเหตุของการเกิดโรคในช่องปาก (ฟันผุ,โรคเหงือก,โรคปริทันต์)
- 1. ผลเสียของการเกิดโรคในช่องปาก (ฟันผุ,โรคเหงือก,โรคปริทันต์)
- 1. การใช้อาหารที่ผสมฟลูออไรด์, การใช้ฟลูออไรด์
- 1. การควบคุมอาหารหวาน 1. การกินอาหารให้ถูกวิธี
- 1. การใช้ไหมขัดฟัน 1. การแปรงฟัน
- 1. ฟันปลอม 1. แนะนำให้รักษาฟัน
- 1. การควบคุมการสูบบุหรี่ 1. อื่น ระบุ.....

23. ท่านคิดว่าโครงการ 30 บาท ช่วยในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่

	เห็นด้วย (1)	ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่ทราบ (3)
1. ถ้ามีปัญหาเรื่องเหงือกและฟันก็มั่นใจว่ามีที่ให้การดูแลรักษา			
2. ทำให้มั่นใจว่า มาสถานบริการแล้วจะได้รับบริการทำฟันที่ดี			
3. ทำให้มั่นใจว่า มาสถานบริการแล้วจะได้ยาดี วัสดุที่ใช้ในการทำฟันมีคุณภาพ			
4. มั่นใจว่าไปใช้บริการตาม โครงการ 30 บาท ที่ไหนๆก็ได้บริการดีพอๆกัน			
5. โครงการ 30 บาท ช่วยทำให้พบหมอฟันได้ง่ายขึ้น			
6. โครงการ 30 บาท ช่วยทำให้เหงือกและฟันดีขึ้น			
7. โครงการ 30 บาท ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลเหงือกและฟัน			
8. โครงการ 30 บาท ทำให้ไม่ต้องดูแลเหงือกและฟันของตัวเอง เพราะยังงี้ก็ได้รับการรักษาอยู่แล้ว			

24. ภายใต้โครงการ 30 บาท ทางโรงพยาบาลได้ส่งเสริมให้ท่านดูแลเหงือกและฟัน ด้วยตัวของท่านเอง มากขึ้นหรือน้อยลง

- 1. มากขึ้น 2. เท่าเดิม 3. น้อยลง

25. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อคิวผู้ป่วยที่ห้องฟัน เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนมีโครงการ 30 บาท

- 1. ไม่ทราบ (ข้ามไปข้อ 27) 2. คิวยาว รอนานขึ้นกว่าก่อนมีโครงการ 30 บาท
- 3. เหมือนก่อนมีโครงการ (ข้ามไปข้อ 27) 4. คิวเร็วขึ้น(ข้ามไปข้อ 27)

26. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อคิวผู้ป่วยที่ห้องฟัน เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนมีโครงการ 30 บาท

- 1. ไม่ทราบ (ข้ามไปข้อ 22)
- 2. คิวยาว รอนานขึ้นกว่าก่อนมีโครงการ 30 บาท
- 3. เหมือนก่อนมีโครงการ (ข้ามไปข้อ 22)
- 4. คิวเร็วขึ้น (ข้ามไปข้อ 22)

27. ท่านคิดว่าขณะนี้สุขภาพเหงือกและฟันของท่านเป็นอย่างไรบ้าง

- 1. ไม่ทราบ 2. ไม่ดี 3. ไม่สู้ดีนัก 4. ปานกลาง 5. ดี 6. ดีเยี่ยม

28. ท่านคิดว่าขณะนี้ ท่านจำเป็นต้องได้รับการรักษาโรคเหงือกและฟัน มากน้อยแค่ไหน

- 1. ไม่ทราบ 2. ไม่จำเป็น 3. จำเป็นบ้าง 4. จำเป็นมาก

29. ปัจจุบันท่านมีช่องว่างเนื่องจากฟันถอนไปหรือไม่

- 1. ไม่มี 2. มี

30. ปัจจุบันท่านใส่ฟันปลอมหรือไม่

- 1. ไม่ใส่ ถ้าเป็นไปได้ ท่านต้องการใส่ฟันปลอมหรือไม่ (ข้ามไปข้อ 33)
 - 1. ต้องการ 2. ไม่ต้องการ
- 2. ใส่ ฟันปลอมที่ท่านใส่ทำกับใคร ที่ไหน (1 ตัวเลือก)
 - 1. หมอฟันตามคลินิก/โรงพยาบาล 2. หมอฟันตามโครงการบัตรทอง (ท)
 - 3. หมอมาให้บริการตามบ้าน/หมอจีน 4. อื่นๆระบุ.....

31. ฟันปลอมของท่านเป็นแบบใด

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 1. ฟันปลอมบางส่วนพลาสติกถอดได้ไม่ทั้งปาก<input type="checkbox"/> 2. ฟันปลอมบางส่วนถอดได้โครงโลหะ<input type="checkbox"/> 3. ฟันปลอมทั้งปาก <p>ท่านดูแลทำความสะอาดฟันปลอมอย่างไร</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยทำความสะอาด<input type="checkbox"/> 2. แปรงฟันปลอมในปากโดยไม่ถอดออกมา<input type="checkbox"/> 3. ถอดฟันปลอมมาแปรงด้วยแปรงสีฟัน<input type="checkbox"/> 4. ถอดออกมาล้างเฉยๆ<input type="checkbox"/> 5. แช่ฟันปลอมในน้ำยาทำความสะอาดฟันปลอม<input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ (ระบุ)..... | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 1. ฟันปลอมชนิดติดแน่น <p>ท่านดูแลทำความสะอาดฟันปลอมอย่างไรบ้าง</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยทำความสะอาด<input type="checkbox"/> 2. แปรงฟันตามปกติ<input type="checkbox"/> 3. ใช้ไหมขัดฟัน/อุปกรณ์อื่น ๆ ตามที่หมอฟันบอก<input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ (ระบุ)..... |
|--|---|

32. ท่านคิดว่าขณะนี้ฟันปลอมที่ท่านใส่อยู่มีปัญหาหรือไม่

1. ไม่มีปัญหา 2. มีปัญหา

33. ท่านทราบหรือไม่ว่าบัตรทอง (ท) สามารถใช้ทำฟันปลอมได้

1. ไม่ทราบ
 2. ทราบ ชนิดใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (บอกตัวเลือกได้)
 1. ฟันปลอมบางส่วนพลาสติกถอดได้ไม่ทั้งปาก
 1. ฟันปลอมทั้งปาก
 1. ฟันปลอมชนิดติดแน่น
 1. ไม่ทราบชนิด

34. สมมติว่า ถ้าตอนนี้ท่านมีปัญหาเรื่องเหงือกและฟัน ท่านคิดว่าท่านจะทำอย่างไรบ้างเป็นอันดับแรก (1 ตัวเลือก)

1. ไปหาหมอฟัน 2. ปล่อยให้หายเอง 3. อมเกลือ
 4. กินยาแก้ปวด 5. กินสมุนไพร 6. ใส่สมุนไพร
 7. ใส่ยาทันใจลงไปในรูฟันผุ 8. ใส่ยาแก้ปวดลงไปในรูฟัน
 9. ใส่เกลือลงไปในรูฟันผุ 10. ใส่ยาสีฟันลงไปในรูฟันผุ
 11. ให้หมอบ้านช่วยปิดเป่า 12. ปิดพลาสติกเตอรี่ยาจีน
 13. ให้หมอบ้านตอกตะปูลงในเนื้อไม้ 14. เชี่ยนอน
 15. ไปหาเจ้าหน้าที่สอ. 16. อื่นๆ ระบุ.....

35. สมมติว่า ท่านมีปัญหาเรื่องเหงือกและฟัน และอยากใช้บริการของบัตรทอง สถานบริการลำดับแรกที่ท่านจะไปคือที่ไหน (1 ตัวเลือก)

1. ไม่ทราบ 2. คลินิกเอกชน
 3. โรงพยาบาลชุมชน 4. สถานีอนามัย
 5. ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 6. โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลศูนย์
 7. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 9. อื่นๆ ระบุ.....

36. ท่านคิดว่าใน 1 ปีข้างหน้าท่านจะใช้บัตรทอง (ท) เพื่อไปทำฟันหรือไม่

1. ไม่ใช่
 2. ใช้ แล้วจะใช้บัตรทอง (ท) เพื่อเข้ารับบริการอะไรบ้างในครั้งต่อไป

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (บอกตัวเลือกได้)

1. ขูดหินปูน 1. รักษารากฟัน 1. อุดฟัน
 1. ฟันปลอม 1. ถอนฟัน 1. อื่นๆ(ระบุ).....
 3. ไม่แน่นอน ถ้าจะไปก็ต่อเมื่อ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 1. มีอาการ 1. มีเวลา 1. มีเงิน 1. อื่นๆระบุ.....

37. ท่านคิดว่า ท่านพอใจหรือไม่ ในบริการที่ท่านได้รับจากบัตรทอง (ท)

1. ไม่พอใจ 2. พอใจ

38. จากรายการรักษาต่อไปนี้ (เปิดการ์ดให้ดูด้วย) ท่านช่วยเรียงลำดับของการรักษา 3 อันดับแรก ที่ท่านคิดว่าน่าจะต้องมีอยู่ในบริการบัตรทอง (เรียงตามลำดับ 1 – 3) (ไขว้การ์ดให้ดู)

-1. อุดฟัน
.....2. ถอนฟัน
.....3. ชูดหินปูน
.....4. รักษาโรคฟัน
.....5. ฟันปลอม
.....6. ผ่าฟันคุด
.....7. ผ่าตัดในช่องปาก

39. ในความรู้สึกของท่าน การไปหาหมอฟัน ภายใต้โครงการ 30 บาท ท่านคิดว่าการบริการมีคุณภาพดีหรือด้อยกว่าการไม่ใช้สิทธินี้

1. ไม่ทราบ 2. ดีเหมือนคนไข้ทั่วไปที่ไม่ใช้สิทธิ 3. ด้อยกว่าคนไข้ที่ไม่ใช้สิทธิ

40. กรณีเกิดปัญหาในการทำฟัน หรือท่านไม่พอใจวิธีการหรือผลการรักษาในการทำฟัน ท่านจะมีสิทธิร้องเรียนได้หรือไม่ 1. ไม่ทราบ

2. ไม่ได้

3. ได้ อย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (บอกตัวเลือกได้)

1. ไม่ทราบ 1. แจ้งตำรวจ 1. แจ้งที่สสจ.(สุขภาพ)
1. แจ้งที่โรงพยาบาล 1. ที่ว่าการอำเภอ 1. ศาลากลางจังหวัด
1. อื่นๆ ระบุ.....

ถ้าเกิดปัญหานั้นจริงๆ ท่านจะร้องเรียนหรือไม่

1. ไม่ร้องเรียน 2. ร้องเรียน 3. ไม่แน่ใจ / แล้วแต่กรณี

41. ในความรู้สึกของท่าน ท่านคิดว่าการทำฟัน ภายใต้โครงการ 30 บาท ต้องปรับปรุงอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (บอกตัวเลือกได้)

1. ไม่มีความเห็น 1. ระบบคิวนัด 1. การประชาสัมพันธ์
1. คุณภาพของวัสดุ / ยา 1. ฝีมือของหมอ
1. บุคลิกภาพและมนุษยสัมพันธ์ของหมอฟัน
1. บุคลิกภาพและมนุษยสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่อื่น 1. อื่นๆ ระบุ.....

42. ในความรู้สึกของท่าน ท่านคิดว่าตัวเองรู้เรื่องเกี่ยวกับโครงการ 30 บาท โดยรวมๆ มากน้อยเพียงใด

- 1 น้อย 2 ปานกลาง 3 มาก

อยากรู้อะไรเพิ่มเติมเกี่ยวกับโครงการ 30 บาทบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (บอกตัวเลือกได้)

1. ไม่อยากรู้ 1. การลงทะเบียน 1. การเลือกสถานบริการ
1. สิทธิประโยชน์ 1. การจ่ายเงิน 1. การอุทธรณ์ ร้องเรียน
1. อื่นๆ ระบุ.....

ท่านคิดว่า โครงการ 30 บาท ควรปรับปรุงเรื่องอะไรบ้าง.....

43. ชนิดของบริการในการทำฟันต่อไปนี้ มีชนิดใดบ้างที่ท่านคิดว่าไปทำที่อื่น ไม่ใช่โครงการ 30 บาท (ถามทีละตัวเลือก)

ชนิดของการบริการ	ใช้บัตรทอง (ท)	อื่นๆ	เพราะ	ไม่มีความคิดเห็น
ฟันปลอม				
ผ่าตัดในช่องปาก				
ผ่าฟันคุด				
อุดฟัน				
ขูดหินปูน				
ถอนฟัน				
ตรวจสุขภาพช่องปาก				

ข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์

44. ที่อยู่ : หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสพื้นที่

45. ท่านเรียนจบระดับใด (การศึกษาสูงสุด)

1. ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ 2. ไม่จบชั้นประถมศึกษา
3. จบป. 6 / ป.7 4. ไม่จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น(ม.1,ม.2/ม.ศ.1,ม.ศ. 2)
5. จบ ม.3/ม.ศ. 3 6. ไม่จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย(ม.4 ,ม.5 / ม.ศ.4)
7. จบ ม.6 / ม.ศ. 5 8. จบป.ว.ช
9. จบป.ว.ส หรือ ป.ว.ท. 10. จบปริญญาตรี หรือเทียบเท่า
11. ปอเนาะ 12. นักธรรมตรี ,โท ,เอก
13. จบปริญญาโทหรือสูงกว่านี้ 14. อื่นๆ ระบุ.....

46. ท่านมีอาชีพหลักที่ทำอยู่ในปัจจุบัน ได้แก่

1. แม่บ้าน / พ่อบ้าน 2. ค้าขาย / นักธุรกิจ* 3. ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ
4. ทำนา* 5. ทำสวนยาง* 6. ทำไร่*
7. ทำสวนผลไม้* 8. ประมง* 9. ลูกจ้าง / รับจ้างทั่วไป
12. อื่นๆระบุ.....

*กรณีเป็นเจ้าของกิจการ

ถ้ามีปัญหาเรื่องข้อมูลไม่สมบูรณ์จะต้องสัมภาษณ์เพิ่มเติม จะสามารถติดต่อได้ที่ไหน อย่างไร

ชื่อนามสกุล.....เบอร์โทรศัพท์

ขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมืออย่างยิ่งในการให้ข้อมูลแก่คณะผู้วิจัย