

แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็กอายุ 3-5 ปี

รหัส

□□□□

ผู้สัมภาษณ์.....วันที่สัมภาษณ์.....

1. ภาษาที่สัมภาษณ์ 1. ไทย 2. มลายู
2. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
3. ท่านมีอายุ.....ปี (นับถึงวันที่เกิด บัดลง)
4. ศาสนา 1. พุทธ 2. อิสลาม 3. คริสต์
5. สถานภาพสมรส 1. โสด 2. แต่งงาน
3. หย่า / แยกกันอยู่ 4. ม่าย

ผู้ให้ข้อมูลคือ

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. พ่อ | <input type="checkbox"/> 2. แม่ |
| <input type="checkbox"/> 3. ปู่ย่าตายาย | <input type="checkbox"/> 4. พี่ชาย/พี่สาว |
| <input type="checkbox"/> 5. ลุงป้าน้าอา | <input type="checkbox"/> 6. พี่เลี้ยง |
| <input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ ระบุ..... | |

6. ในครอบครัวของท่าน ใครเป็นผู้ดูแลเด็กมากที่สุดในขณะที่เด็กอยู่ที่บ้าน (1 คำตอบ)
1. พ่อ 2. แม่ 3. ปู่ย่าตายาย
4. พี่ชาย/พี่สาว 5. ลุงป้าน้าอา 6. พี่เลี้ยง
4. อื่นๆ.....
 7. เด็กมีพี่น้องทั้งหมดกี่คน (รวมตัวเด็กด้วย)คน เด็กชื่อว่าอะไร.....
 8. (ชื่อเด็ก)..เป็นลูกคนที่เท่าไร คนที่.....
- พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก
9. โดยทั่วไป เด็กแปรงฟันเองบ้างไหม ใครแปรงฟันให้เด็ก ใครแปรงฟันให้เด็กบ่อยที่สุด
1. พ่อ 2. แม่ 3. ตัวเด็กเอง
4. ญาติ 5. พี่ของเด็ก 6. อื่นๆ ระบุ.....

10. เด็กใช้ยาสีฟันยี่ห้อ.....ระบุรหัสจากรูป

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ |
| <input type="checkbox"/> 3. ไม่มีฟลูออไรด์ | <input type="checkbox"/> 4. มีฟลูออไรด์ |

11. ปัจจุบันนี้ เด็กนอนหลับคาขวดนม หรือไม่ บ่อยเพียงใด

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้กินนมขวด | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ได้นอนหลับคาขวดนม |
| <input type="checkbox"/> 3. นอนหลับคาขวดนม <u>บางวัน</u> | <input type="checkbox"/> 4. นอนหลับคาขวดนม <u>เกือบทุกวัน</u> |
| <input type="checkbox"/> 5. นอนหลับคาขวดนม <u>ทุกวัน</u> | |

12. ปัจจุบันนี้ ท่านควบคุมการกินขนมหวาน ขนมกรุบกรอบของเด็กหรือไม่ บ่อยเพียงใด

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ควบคุม | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ได้ควบคุมเพราะกินน้อยอยู่แล้ว |
| <input type="checkbox"/> 3. ควบคุม <u>บางวัน</u> | <input type="checkbox"/> 4. ควบคุม <u>เกือบทุกวัน</u> |
| <input type="checkbox"/> 5. ควบคุม <u>ทุกวัน</u> | |

13. โดยเฉลี่ย ท่านได้ทำสิ่งต่อไปนี้ หรือไม่ บ่อยเพียงใด

	ทุกวัน (4)	บ่อย (3-6 ครั้งต่อ สัปดาห์) (3)	บางครั้ง (1-2 ครั้งต่อ สัปดาห์) (2)	นานๆครั้ง (< 1 ครั้งต่อ สัปดาห์) (1)	ไม่เคยเลย (0)
1. บอกหรือสั่ง(ชื่อเด็ก)ให้ไปแปรงฟัน					
2. แปรงฟันให้(ชื่อเด็ก)					
3. ช่วย(ชื่อเด็ก)แปรงฟัน					
4. ตรวจฟัน(ชื่อเด็ก)					
5. ชูเด็กว่าจะพาเด็กไปหาหมอฟัน					

14. ปัจจุบันนี้ ในช่วงที่เด็กอยู่ที่บ้าน โดยเฉลี่ย (ชื่อเด็ก) กินหรือดื่ม สิ่งต่อไปนี้บ่อยเพียงใด

	มากกว่า 2 ครั้ง ต่อวัน (ทุกวัน) (3)	วันละ 1-2 ครั้ง (ทุกวัน) (2)	บางครั้ง (ไม่ทุกวัน) (1)	ไม่เคย/ นานครั้ง (0)
เด็กกินขนมกรุบกรอบ ลูกอม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เด็กกินขนมหวานระหว่างมื้อ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เด็กดื่มน้ำที่มีรสหวานหรือน้ำอัดลม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เด็กดื่มนมรสหวาน/นมเปรี้ยว/โยเกิร์ต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. ท่าน "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" "เห็นด้วย" "ไม่เห็นด้วย" หรือ "ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง" กับข้อความข้างล่างนี้
ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก

	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็นด้วย (4)	ไม่เห็น ด้วย (3)	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (2)	ไม่ทราบ (1)
1. แม้ว่า (ชื่อเด็ก)จะมีฟันเสีย ฟันผุ เด็กก็ยังมีสุข ภาพที่ดีได้					
2. ไม่มีความจำเป็นในการดูแลฟันน้ำนม เพราะมัน จะหลุดไปเองตามธรรมชาติ					
3. การที่ฟันน้ำนมผุเป็นเรื่องปกติที่เด็กๆต้องเป็นกัน ทุกคน					

	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็นด้วย (4)	ไม่เห็น ด้วย (3)	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (2)	ไม่ทราบ (1)
4. แม้จะแปรงฟันดียังไงก็ตาม ฟันก็ผุอยู่ดี					
5. การแปรงฟันเป็นวิธีเดียวเท่านั้นที่จะป้องกันฟันผุได้					
6. (ชื่อเด็ก) ต้องใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์เท่านั้นจึง จะป้องกันฟันผุได้จริง					
7. สีมแปรงฟันบ้างบางวันไม่เห็นเป็นไร					
8. การที่(ชื่อเด็ก)แปรงฟันได้ด้วยตัวเองขณะอายุยัง น้อย ถือว่า(ชื่อเด็ก)เก่ง					
9. การแปรงฟันให้(ชื่อเด็ก)เป็นเรื่องจำเป็นที่ผู้ใหญ่ ต้องทำให้ในปัจจุบัน					
10. กินของหวานบ่อย ๆ ยิ่งทำให้ฟันผุมากขึ้น					
11. ยาสีฟันทุกยี่ห้อช่วยป้องกันฟันผุได้เหมือนกัน					
12. การกินน้ำอัดลมเพียงวันละครั้งสองครั้งก็ไม่ได้ทำ ให้ฟันผุ					
13. (ชื่อเด็ก) ควรไปหาหมอฟันตั้งแต่ฟันยังไม่ผุ					
14. การป้องกันโรคในช่องปากของ(ชื่อเด็ก)ขึ้นกับ ตัวเด็กเอง มากกว่าขึ้นกับตัวท่าน					
15. ท่านมั่นใจที่จะช่วยให้ (ชื่อเด็ก) มีฟันที่ดีได้					

16. ก่อนหน้าที่จะมีบัตรทอง (ท) ถ้าเด็กมีปัญหาเรื่องเหงือกและฟัน ท่านแก้ปัญหาอย่างไรบ้าง

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (บอกตัวเลือกได้)

1. ไม่เคยมีปัญหาสุขภาพช่องปาก
1. กินสมุนไพร 1. อมเกลือ 1. กินยาแก้ปวด
1. ปลดปล่อยให้หายเอง 1. ใสสมุนไพร 1. ใสยาแก้ปวดลงในรูฟันผุ
1. ใสยาทันใจลงไปในรูฟันผุ 1. ใสเกลือลงไปในรูฟันผุ 1. ใสยาสีฟันลงไปในรูฟัน
1. ให้หมอบ้านช่วยปิดเบ้า 1. ปิดพลาสติกหรือยาเงิน 1. เชี่ยนนอน
1. ให้หมอบ้านดอกตะปูลงในเนื้อไม้ 1. ไปหาหมอฟัน 1. อื่นๆ ระบุ.....

17. เด็กได้บัตรทอง (ท) มานานประมาณ.....เดือน 99. จำไม่ได้ 00. ยังไม่ได้
18. บัตรพ่อหรือแม่ของเด็กเป็นข้าราชการหรือไม่ 1. ไม่เป็น 2. เป็น
19. เด็กเคยใช้บัตรทอง (ท) ในการเข้ารับการรักษาพยาบาลอื่น ๆ ที่ไม่ใช่การทำฟันหรือไม่
1. ไม่ทราบ 2. ไม่เคย 3. เคยใช้
20. ท่านทราบหรือไม่ว่า บัตรทอง (ท) ของเด็กทำอะไรได้บ้างในการทำฟัน
1. ไม่ทราบ (ข้ามไปข้อ 22)
2. ทราบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
1. ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก 1. อุดฟัน 1. ถอนฟัน
1. เคลือบหลุมร่องฟัน 1. ขูดหินปูน 1. เกลารากฟัน
1. ผ่าฟันคุด 1. ผ่าตัดถุงน้ำ 1. การใช้ฟลูออไรด์เสริม
1. รักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม 1. ผ่าตัดเพื่อการรักษา
1. ทำเพดานเทียมในเด็กปากแหว่ง เพดานโหว่
3. ทำได้ทุกอย่าง
4. ทำได้ทุกอย่างยกเว้นเพื่อความสวยงาม

21. แล้วท่านทราบมาจากไหนว่าบัตรทอง (ท) ของเด็กใช้ทำฟันได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ผู้สัมภาษณ์บอกตัวเลือกได้

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. เจ้าหน้าที่สอ./ร.พ./อนามัย | <input type="checkbox"/> 1. หอกระจายข่าว | <input type="checkbox"/> 1. ทันตแพทย์, ทันตภิบาล |
| <input type="checkbox"/> 1. โปสเตอร์ | <input type="checkbox"/> 1. ผู้ใหญ่บ้าน | <input type="checkbox"/> 1. โทรทัศน์ |
| <input type="checkbox"/> 1. เจ้าหน้าที่ / สมาชิก อ.บ.ต. | <input type="checkbox"/> 1. วิทยุ | <input type="checkbox"/> 1. อสม. |
| <input type="checkbox"/> 1. เอกสารจากหน่วยงานของรัฐ, แผ่นพับ, แผ่นปลิว | <input type="checkbox"/> 1. เจ้าหน้าที่พนักงานเทศบาล | |
| <input type="checkbox"/> 1. ป้ายประกาศ (cut out) | <input type="checkbox"/> 1. เพื่อน | <input type="checkbox"/> 1. บุคคลในครอบครัว |
| <input type="checkbox"/> 1. อื่นๆ ระบุ..... | | |

- 22 ท่านเข้าใจอย่างไรในการจ่ายค่าบริการ สำหรับการทำให้ฟันของเด็ก ภายใต้โครงการ 30 บาท

(จ่ายอย่างไร การรักษาอะไร)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> 2. คิดว่า เก็บ 30 บาททุกครั้งที่ใช้บริการ |
| <input type="checkbox"/> 3. ฟรี ทุกอย่าง | <input type="checkbox"/> 4. คิดว่า ฟรีบางอย่าง ได้แก่(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) |
| <input type="checkbox"/> 1. ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก | <input type="checkbox"/> 1. อุดฟัน <input type="checkbox"/> 1. ขูดหินปูน |
| <input type="checkbox"/> 1. ถอนฟัน | <input type="checkbox"/> 1. รักษาารากฟันน้ำนม <input type="checkbox"/> 1. เกลารากฟัน |
| <input type="checkbox"/> 1. เคลือบหลุมร่องฟัน | <input type="checkbox"/> 1. การใช้ฟลูออไรด์เสริม |
| <input type="checkbox"/> 1. เคลือบหลุมร่องฟัน | <input type="checkbox"/> 1. ทำเพดานเทียมในเด็กปากแหว่ง เพดานโหว่ |
| <input type="checkbox"/> 1. ผ่าตัดเพื่อการรักษา | <input type="checkbox"/> 1. อื่นๆ ระบุ..... |

หลังจากมีบัตรทอง (ท)

23. คนที่บ้านเคยใช้บัตรทอง (ท) ในการพาเด็กไปหาหมอฟันหรือไม่

ไม่เคย เหตุใดจึงไม่พาเด็กไปพบหมอฟัน แม้ว่าจะมีบัตรทอง (ท) แล้วก็ตาม
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (ถามต่อข้อ 32) (บอกตัวเลือกได้)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> 1. ไม่มีปัญหาเรื่องฟัน |
| <input type="checkbox"/> 1. เป็นเพียงปัญหาของฟันน้ำนม | <input type="checkbox"/> 1. ค่าใช้จ่ายสูง, แพง |
| <input type="checkbox"/> 1. เด็กกลัวหมอฟัน | <input type="checkbox"/> 1. ผู้ปกครองกลัวหมอฟัน |
| <input type="checkbox"/> 1. เด็กยังเล็กเกินไป | <input type="checkbox"/> 1. ผู้ปกครองไม่มีเวลา, ยุ่งมาก |
| <input type="checkbox"/> 1. ระยะทางไกลในการไปพบหมอฟัน | |
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่ชอบบริการที่โรงพยาบาลหรือคลินิก | |
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่เข้าใจเรื่องสิทธิ/วิธีการใช้บัตร | |
| <input type="checkbox"/> 1. อื่นๆ โปรดระบุ..... | |

2. เคย ในครั้งล่าสุดที่ไปหาหมอฟันนั้น พาเด็กไปหาหมอฟันเพราะอะไร

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ปวด, เกิดปัญหาเจ็บพลัน, มีปัญหา | <input type="checkbox"/> 1. ตรวจสอบสภาพช่องปาก |
| <input type="checkbox"/> 1. รับการรักษาต่อเนื่อง (มีการนัดของหมอฟัน) | |
| <input type="checkbox"/> 1. อยากลองใช้บัตร 30 บาท | <input type="checkbox"/> 1. อื่น ๆ (ระบุ)..... |

3. ไม่ทราบ

24. ใครเป็นคนที่พาเด็กไปทำฟัน

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. พ่อ | <input type="checkbox"/> 2. แม่ | <input type="checkbox"/> 3. ปู่ย่าตายาย |
| <input type="checkbox"/> 4. พี่ชาย/พี่สาว | <input type="checkbox"/> 5. ลุงป้า/น้าอา | <input type="checkbox"/> 6. พี่เลี้ยง |
| <input type="checkbox"/> 7. ครู/ผู้ดูแลเด็กในศูนย์ | <input type="checkbox"/> 8. อื่นๆ กรุณาระบุ..... | |

24.1 ในครั้งนั้นทางโรงพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ได้แนะนำให้ท่านดูแลเหงือกและฟันของเด็กหรือไม่

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. จำไม่ได้ (ข้ามไปข้อ 26) | |
| <input type="checkbox"/> 2. ไม่แนะนำ (ข้ามไปข้อ 26) | |
| <input type="checkbox"/> 3. แนะนำ แนะนำอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) | |
| <input type="checkbox"/> 1. บอกให้ทราบ | <input type="checkbox"/> 1. โปสเตอร์ |
| <input type="checkbox"/> 1. แผ่นพับ | <input type="checkbox"/> 1. สาริตให้ดู |
| <input type="checkbox"/> 1. ให้ดู TVVDO | <input type="checkbox"/> 1. อื่นระบุ..... |

24.2 หากแนะนำ ได้แนะนำในเรื่องใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (บอกตัวเลือกได้)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. สาเหตุของการเกิดโรคในช่องปาก (ฟันผุ,โรคเหงือก,โรคปริทันต์) | |
| <input type="checkbox"/> 1. ผลเสียของการเกิดโรคในช่องปาก (ฟันผุ,โรคเหงือก,โรคปริทันต์) | |
| <input type="checkbox"/> 1. การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์, การใช้ฟลูออไรด์ | |
| <input type="checkbox"/> 1. การควบคุมอาหารหวาน | <input type="checkbox"/> 1. การกินอาหารให้ถูกวิธี |
| <input type="checkbox"/> 1. การแปรงฟัน | <input type="checkbox"/> 1. การใช้ไหมขัดฟัน |
| <input type="checkbox"/> 1. การเคลือบหลุมร่องฟัน | <input type="checkbox"/> 1. อื่นๆ ระบุ..... |

หมายเหตุ: ถ้าหากเป็นคนละคนกับผู้ให้การสัมภาษณ์ ให้ลองถามว่า พ่อจะทราบในเรื่องเกี่ยวกับการไปทำฟันของเด็กหรือไม่ ในประเด็นต่อไป นี้ หากข้อใดไม่ทราบ ให้บอกได้ว่าไม่ทราบ

25. ในครั้งนั้น (ชื่อเด็ก) ทำฟันที่ไหน

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> 2. โรงพยาบาลชุมชน |
| <input type="checkbox"/> 3. โรงเรียน | <input type="checkbox"/> 4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด |
| <input type="checkbox"/> 5. ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาล | <input type="checkbox"/> 6. รพ. ทัวไป/รพ. ศูนย์ |
| <input type="checkbox"/> 7. โรงพยาบาลในมหาวิทยาลัย | <input type="checkbox"/> 8. สถานีอนามัย |
| <input type="checkbox"/> 9. คลินิกเอกชน | <input type="checkbox"/> 10. อื่นๆ ระบุ..... |

26. ในการทำฟันครั้งนั้น หมอฟันได้ทำอะไรให้แก่เด็กบ้าง (รวมถึงครั้งอื่นๆ ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา)
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ทำอะไร | <input type="checkbox"/> 1. อุดฟัน |
| <input type="checkbox"/> 1. ถอนฟัน | <input type="checkbox"/> 1. ขูดหินปูน | <input type="checkbox"/> 1. เคลือบหลุมร่องฟัน |
| <input type="checkbox"/> 1. เคลือบฟลูออไรด์ | <input type="checkbox"/> 1. X-ray | <input type="checkbox"/> 1. จัดฟัน |
| <input type="checkbox"/> 1. แนะนำ/สอนให้รู้จักการดูแลฟันของเด็ก | <input type="checkbox"/> 1. รักษาโรคฟัน/ครอบฟัน | |
| <input type="checkbox"/> 1. จ่ายยาแก้ปวด/ยาแก้อักเสบ | <input type="checkbox"/> 1. ตรวจฟัน | |
| <input type="checkbox"/> 1. อื่นๆ ระบุ..... | | |

27. ท่านคิดว่าโครงการ 30 บาท ช่วยในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่

	เห็นด้วย (1)	ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่ทราบ (3)
1. ถ้าเด็กมีปัญหาเรื่องเหงือกและฟันก็มั่นใจว่ามีที่ให้การดูแลรักษา			
2. ทำให้มั่นใจว่าเด็ก มาสถานบริการแล้วจะได้รับบริการทำฟันที่ดี			
3. ทำให้มั่นใจว่าเด็ก มาสถานบริการแล้วจะได้ยาคี วัสดุที่ใช้ในการทำฟันมีคุณภาพ			
4. มั่นใจว่าเด็กไปใช้บริการตามโครงการ 30 บาท ที่ไหนๆก็ได้บริการดีพอๆกัน			
5. โครงการ 30 บาท ทำให้เด็กพบหมอได้ง่ายขึ้น			
6. โครงการ 30 บาท ช่วยทำให้เหงือกและฟันของเด็กดีขึ้น			
7. โครงการ 30 บาท ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลเหงือกและฟันของเด็ก			
8. โครงการ 30 บาท ช่วยทำให้ไม่ต้องดูแลเหงือกและฟันของตัวเอง เพราะยังงักได้รับการรักษาอยู่แล้ว			

28. ภายใต้โครงการ 30 บาท ทางโรงพยาบาลได้ส่งเสริมให้ท่านดูแลเหงือกและฟันของเด็กด้วยตัวของท่านเอง มากขึ้นหรือน้อยลง

1. มากขึ้น 2. เท่าเดิม 3. น้อยลง

29. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อคิวผู้ป่วยที่ห้องฟัน เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนมีโครงการ 30 บาท

1. ไม่ทราบ (ข้ามไปข้อ 32)
 2. คิวยาว รอนานขึ้นกว่าก่อนมีโครงการ 30 บาท
 3. เหมือนก่อนมีโครงการ (ข้ามไปข้อ 32)
 4. คิวเร็วขึ้น (ข้ามไปข้อ 32)

30. ท่านคิดว่า ควรจะแก้ไขปัญหาคิวยาวได้อย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (บอกตัวเลือกได้)

1. ไม่ทราบ 1. เพิ่มหมอ 1. ให้หมอบำบัดเร็วขึ้น
 1. ขยายบริการนอกเวลา 1. จัดระบบให้ดีขึ้น
 1. รณรงค์ให้ชุมชนมีความรู้ที่จะดูแลตนเองได้ดีขึ้น
 1. บุคลิกภาพและมนุษยสัมพันธ์ของหมอฟัน
 1. ควรมีการแนะนำคนไข้ที่เคยมาพบหมอให้ดูแลตนเองได้ไม่ต้องมาพบหมอบ่อย
 1. อื่นๆระบุ.....

31. ท่านคิดว่าขณะนี้สุขภาพเหงือกและฟันของเด็กเป็นอย่างไรบ้าง

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

32. ท่านคิดว่าขณะนี้ เด็กจำเป็นต้องได้รับการรักษาโรคในช่องปาก มากน้อยแค่ไหน

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

33. สมมติว่า ถ้าตอนนี้เด็กเกิดมีปัญหาเรื่องเหงือกและฟัน ท่านคิดว่าท่านจะทำอย่างไรกับเด็กบ้าง

เป็นอันดับแรก (ตอบได้ 1 ตัวเลือก)

1. นำเด็กไปหาหมอฟัน 2. ปลดปล่อยให้หายเอง 3. อมเกลือ
4. กินยาแก้ปวด 5. กินสมุนไพร 6. ใส่สมุนไพร
7. ใส่ยาทันใจลงไปในรูฟันผุ 8. ใส่ยาแก้ปวดลงในรูฟันผุ
9. ใส่เกลือลงไปในรูฟันผุ
10. ใส่ยาสีฟันลงไปในรูฟันผุ 11. ให้หมอบ้านช่วยปิดเป่า
12. ปิดพลาสติกครอบยาเงิน 13. ให้หมอบ้านตอกตะปูลงในเนื้อไม้
14. เชี่ยนอน 15. ไปหาเจ้าหน้าที่สอ.
16. อื่นๆ ระบุ.....

34. ถ้าเด็กมีปัญหาเรื่องเหงือกและฟัน และอยากไปใช้บริการของบัตรทอง สถานบริการลำดับแรกที่

ท่านจะไป คือที่ไหน

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

35. ท่านคิดว่าใน 1 ปีข้างหน้าท่านจะใช้บัตรทอง (ท) ในการให้เด็กไปพบหมอฟันหรือไม่

1. ไม่ใช่
2. ใช่ คิดว่าเด็กจะเข้ารับบริการอะไรบ้างในครั้งต่อไป (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ขูดหินปูน 1. รักษาโรคฟันน้ำนม
1. อุดฟัน 1. เคลือบหลุมร่องฟัน
1. ถอนฟัน 1. เคลือบฟลูออไรด์ / ใช้ฟลูออไรด์อื่นๆ
1. ตรวจฟัน 1. อื่นๆ ระบุ.....

3. ไม่แน่นอน ถ้าจะไปก็ต่อเมื่อ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. มีอาการ 1. มีเวลา 1. มีเงิน 1. อื่นๆระบุ.....

36. จากรายการรักษาและการป้องกันต่อไปนี้ (เปิดการ์ดให้ดูด้วย) ท่านช่วยเรียงลำดับของการรักษา 5 อันดับแรก ที่ท่านคิดว่าน่าจะต้องมีอยู่ในบริการบัตรทองของเด็ก (เรียงตามลำดับ 1-5) (ไขว้การ์ดให้ดู)

-1. ถอนฟัน
-2. อุดฟัน
-3. ชูดหินปูน
-4. รักษาโรคฟันน้ำนม
-5. เคลือบหลุมร่องฟันน้ำนม
-6. ครอบฟันน้ำนม
-7. เคลือบฟลูออไรด์,จ่ายยาเม็ดฟลูออไรด์,ยาน้ำฟลูออไรด์

37. ในความรู้สึกของท่าน การที่เด็กไปหาหมอฟัน ภายใต้โครงการ 30 บาท ท่านคิดว่าการบริการมีคุณภาพดีหรือด้อยกว่าการไม่ใช่สิทธินี้

1. ไม่ทราบ 2. ดีเหมือนคนไข้ที่ไม่ใช่สิทธิ 3. ด้อยกว่าคนไข้ที่ไม่ใช่สิทธิ

38. กรณีเกิดปัญหาในการทำฟันของเด็ก หรือท่านไม่พอใจวิธีการหรือผลการรักษาในการทำฟัน ท่านจะมีสิทธิร้องเรียนได้ หรือไม่

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

39. ในความรู้สึกของท่าน ท่านคิดว่าการทำฟันสำหรับเด็ก ภายใต้โครงการ 30 บาท ยังต้องปรับปรุงอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (บอกตัวเลือกได้)

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

40. ท่านคิดว่า ท่านพอใจหรือไม่ ในสิทธิที่ท่านได้รับจากบัตรทอง (ท) ของเด็ก

1. ไม่มีความคิดเห็น 2. ไม่พอใจ 3. พอใจ

41. ชนิดของบริการในการทำฟันต่อไปนี้มีชนิดใดบ้างที่ท่านคิดว่าท่านจะพาเด็กไปทำที่อื่นไม่ใช่
โครงการ 30 บาท(ถามทีละตัวเลือก)

ชนิดของการบริการ	ใช้บัตรทอง (ท)	อื่นๆ	เพราะ	ไม่มีความคิดเห็น
รักษารากฟันน้ำนม				
ครอบฟันน้ำนม				
เคลือบหลุมร่องฟัน				
เคลือบฟลูออไรด์				
อุดฟัน				
ขูดหินปูน				
ถอนฟัน				
ตรวจสอบสภาพช่องปาก				

ข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์

41. ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสพื้นที่

42. ท่านเรียนจบระดับใด (การศึกษาสูงสุด)

1. ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ 2. ไม่จบชั้นประถมศึกษา
3. ป. 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. จบปริญญาโทหรือสูงกว่านี้ 12. นักรรรมตรี ,โท ,เอก
13. ปอเนาะ 14. อื่นๆ ระบุ.....

43. ท่านมีอาชีพหลักที่ทำอยู่ในปัจจุบัน ได้แก่ (* กรณีเป็นเจ้าของกิจการ)

1. แม่บ้าน / พ่อบ้าน 2. ค้าขาย / นักธุรกิจ *
3. ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ 4. ทำนา * 5. ทำสวนยาง *
6. ทำไร่ * 7. ทำสวนผลไม้ * 8. ประมง 9. ลูกจ้าง / รับจ้างทั่วไป
10. นักเรียน / นักศึกษา 11. ยังไม่มีงานทำ / ตกงาน 12. อื่นๆระบุ.....

ถ้ามีปัญหาเรื่องข้อมูลไม่สมบูรณ์จะต้องสัมภาษณ์เพิ่มเติม จะสามารถติดต่อได้ที่ไหน อย่างไร

.....นามสกุล.....เบอร์โทรศัพท์.....

ขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการให้ข้อมูลแก่คณะผู้วิจัย