

ไฟล์แบบที่ 1: แบบสอบถามสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย (Questionnaire)

แบบสอบถามสำหรับโครงการวิจัย

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย: _____ วันที่: ____/____/____

รอบ: ☐ ก่อนใช้แอป (Pre-test) ☐ หลังใช้แอป (Post-test)

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป (ตอบเฉพาะรอบ Pre-test)

1. อายุ: _____ ปี
2. เพศ: ☐ ชาย ☐ หญิง
3. ยาโรคกระดูกพรุนที่ท่านใช้อยู่ปัจจุบันคือชนิดใด (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ):
 - ☐ ยารับประทาน (เช่น Fosamax, Actonel, Bonviva)
 - ☐ ยาฉีด (เช่น Prolia, Aclasta, Zometa, Evenity, Forteo)
 - ☐ ไม่แน่ใจ / ไม่ทราบ

ส่วนที่ 2: แบบวัดความรู้และความมั่นใจ

กรุณาให้คะแนนความคิดเห็นของท่าน โดย 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อความทดสอบ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็นด้วย (2)	เฉยๆ (3)	เห็นด้วย (4)	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)
1. ฉันคิดว่าการทำงานในช่วงที่ฉันกินหรือฉีดยารักษาโรคกระดูกพรุน ต้องมีการดูแลและระมัดระวังเป็นพิเศษ	☐	☐	☐	☐	☐
2. ฉันรู้ว่าการทำฟัน เช่น การถอนฟัน จะต้องระมัดระวังมากกว่า การอุดฟัน	☐	☐	☐	☐	☐
3. ฉันทราบว่า ชนิดของยากระดูกพรุนที่ฉันใช้ มีผลต่อการเตรียมตัวก่อนไปทำฟัน	☐	☐	☐	☐	☐
4. ฉันเข้าใจว่า การใช้ยารักษาโรค หรือการมีโรคอื่นร่วมด้วย อาจทำให้ต้องระวังเรื่องการทำฟันมากขึ้น	☐	☐	☐	☐	☐
5. ฉันรู้ว่าถ้าใช้ยาโรคกระดูกพรุนชนิดฉีด จะต้องใส่ใจเรื่อง "เวลา" ที่จะไปทำฟันเป็นพิเศษ	☐	☐	☐	☐	☐
6. ฉันไม่กังวลที่จะถามข้อสงสัยกับคุณหมอหรือคุณหมอฟัน เกี่ยวกับการทำฟันของฉัน	☐	☐	☐	☐	☐

ส่วนที่ 3: แบบประเมินความวิตกกังวล

ผู้วิจัยกล่าว: "ต่อไปนี้จะเป็นการถามเกี่ยวกับความรู้สึกนะครับ อยากให้คุณลองจินตนาการตามว่า ถ้าสมมติพรุ่งนี้คุณจำเป็นต้องไปหาหมอฟันเพื่อ 'ถอนฟัน' คุณจะรู้สึกอย่างไร"

3.1 กรุณาให้คะแนนระดับความวิตกกังวลโดยรวมของท่าน (VAS):

(ขีดเส้นตั้งจาก 1 ครั้งบนเส้นตรงนี้ เพื่อแสดงระดับความกังวลของคุณ)

[ไม่กังวลเลย] <-----> [กังวลมากที่สุด]
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

3.2 กรุณาให้คะแนนความรู้สึกต่อแต่ละสถานการณ์ (MDAS): (1=ไม่กังวลเลย, 5=กังวลมากที่สุด)

สถานการณ์	ไม่กังวลเลย(1)	กังวลเล็กน้อย(2)	กังวลปานกลาง(3)	กังวลมาก(4)	กังวลมากที่สุด(5)
1. คุณรู้สึกอย่างไรเมื่อนัดหมายจะไปพบทันตแพทย์ในวันรุ่งขึ้น	☐	☐	☐	☐	☐
2. คุณรู้สึกอย่างไรขณะรอคิวในห้องรับรองของคลินิกทันตกรรม	☐	☐	☐	☐	☐
3. คุณรู้สึกอย่างไรหากต้องทำความสะอาดหินปูนหรือขูดหินปูน	☐	☐	☐	☐	☐
4. คุณรู้สึกอย่างไรหากต้องกรอฟันหรือต้องรับการรักษารากฟัน	☐	☐	☐	☐	☐
5. คุณรู้สึกอย่างไรหากต้องได้รับการฉีดยาเฉพาะที่ที่เหงือก	☐	☐	☐	☐	☐

ส่วนที่ 4: ความพึงพอใจ (ตอบเฉพาะรอบ Post-test)

กรุณาให้คะแนนความพึงพอใจของท่าน โดย 1 = ไม่พึงพอใจเลย และ 5 = พึงพอใจมาก

ข้อความ	ไม่พึงพอใจ เลย (1)	ไม่พึงพอใจ (2)	เฉยๆ (3)	พึงพอใจ (4)	พึงพอใจ มาก (5)
โดยรวมแล้ว ฉันพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันนี้ในการช่วยให้ข้อมูลและวางแผนเรื่องการทำฟัน	☐	☐	☐	☐	☐