

การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
เทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี

The Development of an Oral Health Care Model for Older Adults with
Chronic Diseases in Rangsit City Municipality, Patum Thani Province

ขวัญเรือน ชัยนันท์^{1*}, สุรีย์ จันทรมาลี¹, ประภาเพ็ญ สุวรรณ¹ และ มยุนา ศรีสุphanunt¹

Khuanraun Chainant^{1*}, Suree Chanthamolee¹, Prapapen Suwan¹ and Mayuna Srisuphanunt¹
มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตน (Self-Efficacy Theory) มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายของเทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แนวคำถามสนทนากลุ่มและแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ระยะที่ 3 ทดลองรูปแบบโดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้จำนวน 118 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง จำนวน 58 คนจากชมรมผู้สูงอายุสร้างบุญ และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 60 คน จากชมรมผู้สูงอายุศูนย์การค้ารังสิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติ Paired sample t-test, Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.05$) ผลการวิจัยพบว่า

1. รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี ประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้ภาคีเครือข่ายสุขภาพ และอบรมให้ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปาก และฝึกปฏิบัติ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 5 ฐานกิจกรรม

2. ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโครงการมีการเปลี่ยนแปลง ผลการตรวจราบจุลินทรีย์โดยการย้อมสีตรวจจุลินทรีย์ มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง ลดลงกว่าก่อนการทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) พฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพช่องปาก ความรู้เรื่องโรคในช่องปาก ความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค การดูแลสุขภาพช่องปาก และการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก ดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากได้ดีขึ้น ลดตรวจราบจุลินทรีย์ และมีพฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพช่องปาก ความรู้เรื่องสุขภาพช่องปาก และการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้น

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก, ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง, การมีส่วนร่วม, ภาคีเครือข่ายสุขภาพ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: khuanraunc@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 084-3339009)



Abstract

This research and development study aimed to develop an oral health care model for older adults with chronic diseases in Rangsit city, Patum Thani Province with participation of the local health network. The Health Belief Model and Self-Efficacy Theory were applied for developing the model. The study was divided in four phases. Phase 1 was situation analysis, using focus group and in-depth interviews with health network members as research instruments. Phase 2 was the development of an oral health care program with 5 main activities for older adults with chronic diseases, where health network members and researchers worked together. Phase 3 was a testing of the program for 12 weeks among the sample, an experimental group of 58 participants from Sangbun elderly club. Comparison group was 60 older adults from Rangsit Trade Centre elderly club. Testing was done by applying two-group pre-test post-test design. Phase 4 was evaluation of the program. Health network members worked in close cooperation with researcher throughout this testing period. The instruments used for collecting data were dental plaque index and questionnaires on food consumption behavior, oral health knowledge, and perceived self-efficacy. Data was analyzed by using mean, standard deviation, paired sample t-test, as well as independent t-test. The results of the analyses showed that the experimental group, after the experimentation, had a significantly lower level of Plaque index ($p < 0.05$). The significantly higher level of appropriate food consumption behavior, knowledge about oral health diseases, oral hygiene, chronic diseases, perceived threat of oral diseases, positive attitude toward oral health care, perceived cue of action, and perceived self-efficacy, were found higher in the experimental group after program than before, and higher than the comparison group ($p < 0.05$).

According to the research findings, it was shown that the oral health care program with the participation of local health network was effective in changing the oral health care behavior and reducing the dental plaque index. It also improved knowledge about oral health diseases, oral hygiene, chronic diseases, perceived threat of oral diseases, positive attitude toward oral health care, perceived cue of action and perceived self-efficacy. The researcher and health network members worked together to evaluate an oral health care program for elderly with chronic diseases by satisfaction questionnaires to improvement for apply the complete the program.

Keywords: Oral Health Care Model, Elderly, Older Adults with Chronic Diseases, Participation, Health Network Party

บทนำ

พระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช เมษายน พ.ศ.2547 “เวลาไม่มีฟัน กินอะไรก็ไม่อร่อย ทำให้ไม่มีความสุข จิตใจก็ไม่สบาย ร่างกายก็ไม่แข็งแรง” จะเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพช่องปาก ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต ปัญหาทางสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่สะสมมาตั้งแต่วัยเด็กและทวีความรุนแรงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (Bureau of Dental Health, Department of Health, 2005) จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย (2556) ครั้งที่ 7 ดำเนินการเก็บข้อมูลปี 2555 พบว่า ผู้สูงอายุสูญเสียฟันบางส่วน ร้อยละ 88.3 สูญเสียฟันทั้งปาก ร้อยละ 7.2 ฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา พบร้อยละ 48.3 (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2015) เนื่องจากสภาวะความเป็นอยู่และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป ทำให้ผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคสำคัญคือโรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง เป็นภัยเงียบคร่าชีวิตประชากรทั่วโลกถึงร้อยละ 85 ของการเสียชีวิต (Azarpazhoooh & Tenenbaum, 2012) ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพในช่องปาก (Southerland, 2012) โดยพบว่าโรคปริทันต์อักเสบ (Periodontitis) มีความสัมพันธ์กับโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีปริทันต์อักเสบจะทำให้การควบคุมน้ำตาลยากขึ้น เนื่องจากกระบวนการอักเสบ ทำให้ร่างกายเกิดภาวะ ต้อต่อนินสุลิน ผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีปริทันต์อักเสบขั้นรุนแรง จะมีผนังหลอดเลือดแดงหนาตัวมากกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาเหงือกอักเสบ และยังพบปัญหาของโรคหัวใจขาดเลือดมากขึ้น (Scully & Cawson, 2014) การใส่ยาบางกลุ่มของกลุ่มโรคเรื้อรังส่งผลให้มีการหลั่งน้ำลายที่ลดลง หรือ Xerostomia ส่งผลให้เกิดช่องปากแห้ง ฟันผุเพิ่มขึ้น และโรคปริทันต์ (Bureau of Dental Health, Department of Health, 2009) สุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับสุขภาพและโรคทางระบบปัญหาสุขภาพในช่องปากนั้นช่องปากถือว่าเป็นประตูแห่งการติดเชื้อโรค เนื่องจากช่องปากของคนเรามีเชื้อโรค และจุลินทรีย์อยู่มากมาย เป็นแหล่งของการติดเชื้อ อาจแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่น ๆ นำไปสู่การติดเชื้ออวัยวะสำคัญของร่างกายทั้งทางตรงและทางอ้อมในผู้สูงอายุ เพิ่มความเสี่ยงต่อการตายก่อนวัยอันสมควร (Bureau of Dental Health , Department of Health, 2015) สุขภาพช่องปากเป็นส่วนหนึ่งของการมีสุขภาพดีช่วยเสริมคุณภาพชีวิต มีผลกระทบต่อสุขภาพจิต การออกเสียง บุคลิกภาพ ความสามารถในการปฏิบัติงานอื่น ๆ และการดูแลสุขภาพในช่องปากผู้สูงอายุจะลดอาการเจ็บปวด และการตายในผู้สูงอายุ และส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

จากข้อมูลของ Pathumthani Provincial Health Office (2016) มีการรายงาน ปัญหาสุขภาพ 10 อันดับแรกของจังหวัดปทุมธานี ปี 2559 พบปัญหาโรคทางระบบโรคเรื้อรัง และปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ อยู่ใน 5 อันดับแรก และจาก Registration Database of Rangsit Municipality, PathumThani Province (2014) สถิติโรคที่พบมากที่สุดที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลประชาธิปัตย์ เป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตเทศบาลนครรังสิต และโรงพยาบาลเอกชน 2 แห่งในเทศบาลนครรังสิต คือโรงพยาบาลเอกปทุม และ โรงพยาบาลปทุมเวช พบว่าโรคที่พบมากที่สุด โดยเรียงลำดับคือ โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคทางเดินหายใจ ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่สร้างผลกระทบต่อสภาวะปัญหาช่องปากผู้สูงอายุ และจากรายงานแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ รายสาขา จังหวัดปทุมธานี ปีงบประมาณ 2558 สาขาสุขภาพช่องปาก พบปัญหาผู้สูงอายุมีความต้องการการใช้บริการทางทันตกรรมมากขึ้น ปัญหาช่องปากเป็นปัญหาทางสาธารณสุข ที่สำคัญ ที่สร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ทั้งในระดับส่วนตัว และ ระดับส่วนรวม รัฐบาล



ต้องจัดสรรงบประมาณ ถึง 3,231 ล้านบาท เป็นการสะท้อนให้เห็นการสูญเสียงบประมาณ จากด้านปัญหาสุขภาพ ในช่องปาก (National Health Security Office, 2013) จนอาจกระทบต่อเสถียรภาพทางการคลังในระยะยาว ของประเทศ

จากประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีการสะสมปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ การสูญเสียฟัน เพิ่มขึ้นต่อเนื่องตามอายุ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังจะส่งผลให้มีปัญหาสุขภาพช่องปากมากขึ้น และเทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี มีปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางทันตกรรม และยังไม่มียุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เป็นการป้องกันการเกิดโรค ชะลอ การสูญเสียฟัน ลดอาการเจ็บปวด เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดความเสี่ยงต่อการตายก่อนวัยอันสมควร ในผู้สูงอายุ ลดภาระพึ่งพิงหรือภาระโดยรวม การจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพช่องปากอย่างเป็นองค์รวม ด้วยการขับเคลื่อน ผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถสร้างชุมชน สังคมให้มีความรู้ ตลอดจนทักษะต่าง ๆ ในการ สร้างสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคได้ด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก โดยมีตัวชี้วัดการตรวจราบจุลินทรีย์โดยการย้อมสีตรวจราบจุลินทรีย์ พฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ช่องปาก ความรู้เรื่องโรคในช่องปาก และการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก ก่อนและ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตน (Self-Efficacy) ผู้วิจัย ประยุกต์ การรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรค สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถตนเอง ที่จะนำไปสู่การมี พฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยการ ผูกอบรมโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 5 กิจกรรม ประเมินผลการเข้าร่วมโปรแกรม การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จากพฤติกรรมทำความสะอาดช่องปาก พฤติกรรมการเลือก บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพช่องปาก ความรู้เรื่องโรคในช่องปาก และการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแล สุขภาพช่องปาก

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) และการทำการทดลองรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง แบบ Two-Group Pre-test Post-test Design โดยแบ่งออก

เป็นการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจากชมรมผู้สูงอายุสร้างบุญ จำนวน 370 คน

1. ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจากชมรมผู้สูงอายุสร้างบุญ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจากชมรมผู้สูงอายุสร้างบุญ สนทนากลุ่ม ใช้วิธีสุ่มแบบจำเพาะเจาะจง โดยผู้สูงอายุโรคเรื้อรังทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุมากกว่า 60 ปี ที่เป็นโรคเรื้อรังและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุสามารถอ่านออกเขียนได้ สามารถให้ข้อมูลได้ ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การพูด การมองเห็น สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จำนวน 10 คน

2. กลุ่มภาคีเครือข่ายประกอบด้วย

2.1 อสม. โดยการ สนทนากลุ่ม จำนวน 10 คน ใช้การสุ่มแบบจำเพาะเจาะจง

2.2 เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 2 คน คือ หัวหน้ากองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม และเจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ประจำชมรมผู้สูงอายุสร้างบุญ

2.3 ทันตบุคลากรชุมชน โรงพยาบาลประจักษ์ปัตย์โดยสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 2 คน เป็นทันตแพทย์เชี่ยวชาญ และดูแลรับผิดชอบในกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามสนทนากลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก เป็นคำถามเพื่อหาผลกระทบของโรค หรือความผิดปกติในช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในด้านต่าง ๆ และรูปแบบกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

2. แนวคำถามสนทนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ โดยแนวคำถามเป็นการถามหาความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลสุขภาพในช่องปากของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และรูปแบบกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

3. สัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และทันตบุคลากร จากโรงพยาบาลชุมชน โดยแนวการสัมภาษณ์ในด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลสุขภาพในช่องปากของผู้สูงอายุที่มีอยู่ เป็นอย่างไร เชื่อมโยงกลุ่มใด และรูปแบบที่ได้จัดทำขึ้น ควรปรับปรุงเพิ่มเติม เพื่อหาแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพในช่องปากของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังให้สมบูรณ์ และนำไปใช้ได้เหมาะสม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้ร่างเครื่องมือต่ออาจารย์ที่ปรึกษา และเมื่อผ่านคณะกรรมการจริยธรรม เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้แก่ เป็นผู้เชี่ยวชาญทางทันตแพทย์ จำนวน 2 คน ผู้เชี่ยวชาญทางด้านเภสัชศาสตร์ จำนวน 1 คนและทางสาธารณสุขศาสตร์ จำนวน 2 คน เพื่อตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาหรือความสอดคล้องระหว่างข้อความที่เขียนขึ้นในแบบสอบถามกับนิยามศัพท์ที่กำหนดไว้ โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC โดยได้ค่า IOC เท่ากับ 0.80 แล้วเสนออาจารย์ที่ปรึกษา และจัดพิมพ์แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์เก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยผู้วิจัยดำเนินขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำหนังสือถึงกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่



สาธารณสุข และทันตบุคลากร จากโรงพยาบาลชุมชน จัดหาผู้ช่วยเก็บข้อมูล โดยทีมงานผู้ช่วยวิจัย จำนวน 10 คน และชี้แจงให้ทราบโดยละเอียดเพื่อผู้ช่วยเก็บข้อมูลทุกคนปฏิบัติได้ตามแนวทางเดียวกัน ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูล พบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตในการให้ตอบแนวคำถามสนทนากลุ่มแบบสัมภาษณ์พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ อธิบายถึงวิธีการตอบคำถาม และเปิดโอกาสให้ซักถาม หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแนวคำถามสนทนากลุ่ม และตอบการสัมภาษณ์ และรวบรวมข้อมูลคืนทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ

ภาคีเครือข่ายสุขภาพและผู้วิจัยได้ร่วมกันพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยใช้ข้อมูล จากระยะที่ 1 และจากเอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุเทศบาลนครรังสิต จำนวน 11 ชมรม จำนวนประชากร 1,307 คน โดยการจับฉลากชมรมผู้สูงอายุ 2 ชมรม เข้าร่วมโปรแกรม ได้ชมรมผู้สูงอายุสร้างบุญ เป็นกลุ่มทดลอง และผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุศูนย์การค้ารังสิต เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มอย่างง่าย Sample Random Sampling โดยการจับฉลากชมรมผู้สูงอายุ เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง วิธีคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์ดังนี้ (Inclusion Criteria) คือผู้สูงอายุโรคเรื้อรังทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุมากกว่า 60 ปี ที่เป็นโรคเรื้อรังและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มีฟันแท้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ ไม่เป็นโรคร้ายที่ส่งผลต่อสุขภาพ ผู้สูงอายุสามารถอ่านออกเขียนได้สามารถให้ข้อมูลได้ ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การพูด การมองเห็น สามารถช่วยเหลือตนเองได้ยินยอม และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ผ่านการยินยอมและเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการทดลอง 2 กลุ่ม เป็นอิสระต่อกัน จำนวน 50 คน เนื่องจากโปรแกรมมีการทำกิจกรรม 5 ฐานกิจกรรม ผู้วิจัยจึงปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่ม ร้อยละ 20 เพื่อข้อมูลสูญหาย หรือจำนวนไม่ครบ ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้จะใช้ขนาดตัวอย่าง กลุ่มละ 60 คน แต่ในกลุ่มทดลองพบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน 2 คน เข้าฐานกิจกรรมไม่ครบจึงตัดออก สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นกลุ่มทดลอง 58 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 60 คนโดยวิธีการคัดเลือกตามเกณฑ์ รวมทั้งหมด 118 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมอบรมให้ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากกลุ่มภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย อสม. อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ และแกนนำผู้สูงอายุ ของชมรมผู้สูงอายุสร้างบุญ จำนวน 10 คน เข้าอบรม กิจกรรม “ตระหนักรู้การสร้างพลังเพื่อสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง สำคัญไฉน” มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ความรู้ภาคีเครือข่ายมีความรู้โรคในช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และสภาวะช่องปากผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องของกลุ่มโรคเรื้อรัง การได้รับยาของผู้สูงอายุกลุ่มโรคเรื้อรัง การบริโภคอาหาร และภาวะทุโภชนาการมีผลกระทบต่อช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ฝึกบริหารการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า ลิ้นและการกระตุ้นการทำงานของต่อมน้ำลาย ฝึกปฏิบัติการแปรงฟันอย่างถูกวิธี และการตรวจรากฟันด้วยตนเอง

เพื่อให้กลุ่มภาคีเครือข่าย สามารถเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพในช่องปากผู้สูงอายุต่อไปอย่างต่อเนื่องยั่งยืน และสามารถเรียนรู้ และนำไปพัฒนาการจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ในครั้งต่อไป และภาคีเครือข่ายสุขภาพ เป็นผู้ช่วยในกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในการจัดกิจกรรมในกลุ่มทดลอง

2. กิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 5 ฐานกิจกรรม โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ลงทะเบียนเข้าร่วมการทดลอง กรอกรประวัติข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 (Pre Test) การตรวจสุขภาพช่องปาก โดยทันตแพทย์ และทำแบบทดสอบก่อนการทดลอง

ขั้นตอนที่ 3 เข้าร่วมกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 5 ฐานกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 7 ครั้ง ใช้ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “ตระหนักรู้โรคในช่องปาก สำคัญไฉน” อบรมให้ ความรู้เรื่องโรคในช่องปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในช่องปาก รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในช่องปาก ความรู้เรื่องโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ความสัมพันธ์ช่องปากต่อกลุ่มโรคเรื้อรัง การเกิดอาการปากแห้งจากการได้รับยาโรคเรื้อรังและการแก้ปัญหา การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค เพื่อให้เกิดการตระหนักถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้น และประโยชน์ของการดูแลสุขภาพในช่องปาก กิจกรรมที่ 2 “ตระหนักรู้ฟันดี 5 ส สำคัญไฉน” การดูแลสุขภาพในช่องปาก 5 ส.ประกอบด้วย ส ที่ 1 สองครั้งต่อวันเป็นอย่างน้อยในการแปรงฟัน ส ที่ 2 สองนาที่ต่อครั้งเป็นอย่างน้อยในการแปรงฟัน. ส ที่ 3 สองชั่วโมงไม่กินหลังแปรงฟัน ส ที่ 4 สองครั้งต่อปีในการพบทันตแพทย์ ส ที่ 5 สามเดือนเปลี่ยนแปรงสีฟัน ฝึกปฏิบัติการแปรงฟันอย่างถูกวิธี และการตรวจคราบจุลินทรีย์โดยย้อมสีคราบจุลินทรีย์ด้วยตนเอง กิจกรรมที่ 3 “ตระหนักรู้โภชนาการดี สำคัญไฉน” ความรู้เรื่องการบริโภคเพื่อสุขภาพในช่องปาก กิจกรรมที่ 4 “ตระหนักรู้การเสริมสร้างความแข็งแรง ของกล้ามเนื้อใบหน้า ลิ้น และการกระตุ้นการทำงานของต่อมน้ำลายสำคัญไฉน” ผู้สูงอายุทำการฝึกปฏิบัติทำบริหารที่ส่งผลเป็นการกระตุ้นการทำงานของช่องปากให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น กิจกรรมที่ 5 “ตระหนักรู้ฟันดีต้องมีเป้าหมาย สำคัญไฉน” เพื่อให้ผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายสุขภาพมีเป้าหมายร่วมกัน คือ “สูงวัยใส่ใจฟันดี”

ขั้นตอนที่ 4 ติดตามและประเมินผล 2 ครั้ง ทุกเดือนเป็นระยะเวลา 2 เดือน จาก “สมุดบันทึกดูแลช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 5 ส” แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ 10 คน ต่อ อสม. 1 คน เป็นผู้ดูแลและติดตาม โดย อสม. และผู้วิจัย โดยใช้สติกเกอร์ไลน์ที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นในการส่งกระตุ้นผู้สูงอายุให้มีวินัยในการดูแลสุขภาพช่องปาก

ขั้นตอนที่ 5 (Post Test) การตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตแพทย์ และทำแบบทดสอบหลังการทดลอง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบประเมินความรู้ และการรับรู้สุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน โดย Suraseehasana (2010) ประกอบด้วย

3.1 การตรวจสุขภาพช่องปาก ตรวจคราบจุลินทรีย์โดยย้อมสีคราบจุลินทรีย์ โดยทันตแพทย์ จะใช้ Cotton Bud ชุบน้ำยาย้อมสีฟัน แล้วป้ายไปตามคอฟันทุกซี่ และทำการนับจำนวนซี่ที่ติดสีย้อม ก่อนและหลังการแปรงฟัน

3.2 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคในช่องปาก ในด้านความรู้เรื่องโรคในช่องปาก ความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง ภาวะคุกคามของโรค และการดูแลสุขภาพในช่องปากความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง จำนวน 17 ข้อ ลักษณะข้อคำถาม มีคำตอบให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ถูก กับผิด โดยคำตอบมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน



3.3 แบบสอบถามการบริโภคเพื่อสุขภาพในช่องปาก จำนวน 8 ข้อ ลักษณะข้อคำถาม มีคำตอบให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ถูก กับผิด โดยคำตอบมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

3.4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก เป็นแบบสอบถามที่วัดระดับความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ว่าตนเองมีความสามารถที่จะดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพช่องปาก การทำความสะอาดช่องปาก การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ 5 ส. จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับจาก “จริง” “ไม่จริง” และ “ไม่แน่ใจ”

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยร่างรูปแบบการดูแลสุขภาพในช่องปากของผู้สูงอายุเรื้อรัง และแบบสอบถามต่ออาจารย์ที่ปรึกษา และเมื่อผ่านคณะกรรมการจริยธรรม เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน เพื่อตรวจสอบ นำรูปแบบการดูแลสุขภาพในช่องปากของผู้สูงอายุเรื้อรัง ไปสัมภาษณ์เชิงลึกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเทศบาลนครรังสิต จำนวน 2 คน และทันตบุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จาก รพ. ชุมชน จำนวน 2 คน เพื่อศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบ ปรับปรุงเพิ่มเติมให้สมบูรณ์และนำไปใช้ทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง และนำแบบสอบถามตรวจสอบหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC ถ้าค่าดัชนีความสอดคล้องโดยมีค่า IOC ที่คำนวณได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 ข้อคำถามนั้นก็เป็นตัวแทน ถ้าข้อคำถามใดที่มีค่าดัชนีต่ำกว่า 0.80 ข้อความนั้นก็ถูกตัดออกไปปรับปรุงแก้ไขใหม่ให้ดีขึ้น นำเครื่องมือไปทดลองใช้ กับประชากรที่คุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วคำนวณเพื่อหาค่าความเที่ยง ด้วยวิธีการหาค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.803 และวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชเท่ากับ 0.876 นำเครื่องมือที่ทดลองใช้แล้วเสนออาจารย์ปรึกษา เพื่อปรับปรุงเครื่องมือให้ถูกต้องสมบูรณ์และจัดพิมพ์แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์เก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำหนังสือถึงกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูล พบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตพร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ อธิบายถึงวิธีการ และเปิดโอกาสให้ซักถาม หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรม และตอบแบบสอบถาม และรวบรวมแบบสอบถามคืนทันที ดำเนินการระหว่างเดือน กันยายน-พฤศจิกายน พ.ศ.2559

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยวิเคราะห์ข้อมูลหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired sample t-test , Independent t-test เพื่อการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยปริมาณการบ้วนน้ำลาย คะแนนการบริโภคเพื่อสุขภาพในช่องปาก คะแนนความรู้โรคในช่องปาก และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณา และอนุมัติจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ตามรหัสโครงการเลขที่ HE-WTU542582

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ประกอบด้วยกิจกรรม 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 การให้ความรู้ภาคีเครือข่าย กิจกรรม “ตระหนักรู้การสร้างพลังเพื่อสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง สำคัญไฉน” เพื่อให้ภาคีเครือข่ายสามารถเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพในช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และกลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีกิจกรรม 5 ฐาน เพื่อให้ผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายสุขภาพมีเป้าหมายร่วมกัน คือ “สูงวัยใส่ใจฟันดี” โดยมีการเชื่อมโยงระบบที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ชมรมผู้สูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญ ทางทันตกรรม ทันตบุคลากรในชุมชน ทันตภิบาล ทันตแพทย์ ภาคีเครือข่าย อสม. อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ แกนนำ เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุข และผู้กำหนดด้านนโยบายส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก

ผลการทดลองใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งมีผลการวิจัยดังข้อมูลดังนี้

ตาราง 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ปริมาณคราบจุลินทรีย์	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>P-value</i>
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	58	36.46	20.15			
หลังการทดลอง	58	14.73	13.81	57	8.23	(<i>p</i> < 0.001)
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	60	36.53	20.32			
หลังการทดลอง	60	36.51	20.40	59	0.31	0.753
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	58	36.46	20.15			
กลุ่มเปรียบเทียบ	60	36.53	20.32	115	-0.018	0.986
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	58	14.73	13.81			
กลุ่มเปรียบเทียบ	60	36.51	20.4	104	-6.83	(<i>p</i> < 0.001)



จากตาราง 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์หลังการทดลอง ($M=14.73$, $SD=13.81$) ลดลงกว่าก่อนการทดลอง ($M=36.46$, $SD=20.15$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(df)=8.23(57)$, $p < .05$) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ หลังการทดลอง ($M=36.51$, $SD=20.40$) ลดลงกว่าก่อนการทดลอง ($M=36.53$, $SD=20.32$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ หลังการทดลอง ($M=14.73$, $SD=13.81$) ลดลงกว่าก่อนการทดลอง ($M=36.46$, $SD=20.15$) และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($M=36.51$, $SD=20.40$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(df)=6.83(104)$, $p < .05$)

ตาราง 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการบริโภคเพื่อสุขภาพในช่องปากภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การบริโภคเพื่อสุขภาพในช่องปาก	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	58	3.67	1.41			
หลังการทดลอง	58	6.38	1.13	57	-10.59	($p < 0.001$)
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	60	3.63	1.43			
หลังการทดลอง	60	3.62	1.31	59	0.184	0.321
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	58	3.67	1.41			
กลุ่มเปรียบเทียบ	60	3.63	1.43	115	0.14	0.883
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	58	6.38	1.13			

จากตาราง 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการบริโภคเพื่อสุขภาพในช่องปากภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการบริโภคเพื่อสุขภาพในช่องปากหลังการทดลอง ($M=6.38$, $SD=1.13$) มากกว่าก่อนการทดลอง ($M=3.67$, $SD=1.41$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(df)=10.59(57)$, $p < .05$) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการบริโภคเพื่อสุขภาพในช่องปากหลังการทดลอง ($M=3.62$, $SD=1.31$) น้อยกว่าก่อนการทดลอง ($M=3.63$, $SD=1.43$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการบริโภคเพื่อสุขภาพในช่องปากภายใน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการบริโภคเพื่อสุขภาพในช่องปากหลังการทดลอง ($M=6.38$,



$SD=1.13$) มากกว่าก่อนการทดลอง ($M=3.67, SD=1.41$) และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($M=3.62, SD=1.31$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(df)=12.18(114), p < .05$)

ตาราง 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้โรคในช่องปาก ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้โรคในช่องปาก	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	58	4.84	2.19			
หลังการทดลอง	58	10.81	2.75	57	-12.87	($p < 0.001$)
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	60	4.65	2.85			
หลังการทดลอง	60	4.83	2.61	59	-1.35	0.181
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	58	4.84	2.19			
กลุ่มเปรียบเทียบ	60	4.65	2.85	110	0.41	0.680
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	58	10.81	2.75			
กลุ่มเปรียบเทียบ	60	4.83	2.61	115	12.11	($p < 0.001$)

จากตาราง 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้โรคในช่องปาก ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคในช่องปาก ภายหลังจากการทดลอง ($M=10.81, SD=2.75$) มากกว่าก่อนการทดลอง ($M=4.84, SD=2.19$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(df)=12.87(57), p < .05$) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคในช่องปาก ภายหลังจากการทดลอง ($M=4.83, SD=2.61$) มากกว่าก่อนการทดลอง ($M=4.65, SD=2.85$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้โรคในช่องปาก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคในช่องปาก ภายหลังจากการทดลอง ($M=10.81, SD=2.75$) มากกว่าก่อนการทดลอง ($M=4.84, SD=2.19$) และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($M=4.83, SD=2.61$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(df)=12.11(115), p < .05$)



ตาราง 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้ความสามารถตนเอง	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	58	4.32	1.92			
หลังการทดลอง	58	7.82	0.88	57	-16.74	(<i>p</i> < 0.001)
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	60	4.26	1.92			
หลังการทดลอง	60	4.15	1.9	59	1.15	0.253
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	58	4.32	1.92			
กลุ่มเปรียบเทียบ	60	4.26	1.92	115	0.17	0.864
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	58	7.82	0.88			
กลุ่มเปรียบเทียบ	60	4.15	1.9	83	13.54	(<i>p</i> < 0.001)

จากตาราง 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก ภายหลังจากการทดลอง ($M=7.82, SD=0.88$) มากกว่าก่อนการทดลอง ($M=4.32, SD=1.92$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(df)=16.74(57), p < .05$) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก ภายหลังจากการทดลอง ($M=4.15, SD=1.9$) น้อยกว่าก่อนการทดลอง ($M=4.26, SD=1.92$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก ภายหลังจากการทดลอง ($M=7.82, SD=0.88$) มากกว่าก่อนการทดลอง ($M=4.32, SD=1.92$) และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($M=4.15, SD=1.9$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(df)=13.54(83), p < .05$)

อภิปรายผล

1. รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

การพัฒนารูปแบบจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ไปพร้อม ๆ กับข้อมูลเชิงคุณภาพในระยะที่ 1 เพื่อให้ได้ข้อมูลทุกมิติ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ให้เหมาะสมกับพื้นที่ในแต่ละบริบท ภาควิชาอายุรศาสตร์และผู้วิจัยได้ร่วมกันพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ประกอบด้วยกิจกรรม 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 การให้ความรู้ภาคีเครือข่าย และกลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีกิจกรรม 5 ฐาน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีเป้าหมายร่วมกัน คือ “สูงวัยใส่ใจฟันดี” การจัดกิจกรรมเป็นฐานกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเสริมความน่าสนใจในการเรียนรู้ ด้วยความสนุกสนานเพื่อไม่ให้น่าเบื่อ เนื่องจาก ผู้สูงอายุมีการอบรมความรู้เป็นประจำ โดยผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน มาประยุกต์ในแต่ละฐานกิจกรรม การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ต้องมีการพัฒนาความรู้ที่เหมาะสมที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยผ่านระบบเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ภาควิชาอายุรศาสตร์แต่ละฐานกิจกรรม และมีการเสริมนวัตกรรมใหม่ ๆ เพื่อจูงใจในปฏิบัติ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้เข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม จนสามารถดูแลป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรค พร้อมทั้งสามารถดูแลตนเอง หลังการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อคงสภาพสุขภาพช่องปากที่ดีตลอดชีวิต

2. ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีค่าความเจ็บปวดที่ลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และลดลงต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับการวิจัยของ Paula (2015) ศึกษาผลของการสร้างแรงจูงใจต่อการลดลงของดัชนีความเจ็บปวดและดัชนีการมีเลือดออกของเหงือก ในผู้ใหญ่ที่เข้าหัตถการศัลยกรรมช่องปาก พบว่าผู้ใหญ่ที่ได้รับการดูแลทันตกรรมมาตรฐานและการให้ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปาก มีค่าดัชนีความเจ็บปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการวิจัยของ Hee-Kyung Lee, Sang-Hee Choi, Kyu Chang Won, Anwar T. Merchant, Keun-Bae Song, Seong-Hwa Jeong, et al. (2009) ศึกษาผลของการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างเข้มข้นกับการเกิดเหงือกอักเสบและการทำลายอวัยวะปริทันต์ ในผู้ป่วยเบาหวานพบว่า หลังการทำกิจกรรมตามโปรแกรมทันตสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน มีดัชนีความเจ็บปวดลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$)

พฤติกรรมเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพช่องปาก พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง หลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพช่องปาก ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องการวิจัยของ Phugsachat (2011) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลกระทบของสุขภาพช่องปาก สมรรถภาพในชีวิตประจำวันในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมทันตสุขภาพ มีการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ และพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคฟันผุ โรคปริทันต์เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p < .05$)

ความรู้เรื่องโรคในช่องปาก ความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง ภาวะคุกคามของโรค และการดูแลสุขภาพในช่องปากที่ประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีความสามารถตนเอง พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลัง



ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความรู้เรื่องโรคในช่องปาก ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับการวิจัยของ Phugsachat (2011) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลกระทบของสุขภาพช่องปาก สมรรถภาพในชีวิตประจำวันในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมทันตสุขศึกษา ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมทันตสุขศึกษา ความรู้เรื่องโรคในช่องปาก การแปรงฟันที่ถูกวิธี การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ การรับรู้ถึงอุปสรรคและพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคฟันผุ โรคปริทันต์ เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการวิจัยของ Solhi, Shojaei Zadeh, Seraj & Faghieh Zadeh (2010) ที่ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก โดยการให้ทันตสุขศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟันถูกวิธีได้รับอิทธิพลจากการรับรู้การดูแลสุขภาพช่องปากที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยของ Chomchome , Pranprawit & Kaewpan (2017) ศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องโรคเหงือกอักเสบ ความคาดหวังในผลที่เกิดจากการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบและการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก ที่ประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง ร่วมกับการตั้งเป้าหมาย “สูงวัยใส่ใจฟันดี” โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับ Bandura (1997) ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนที่กล่าวว่า ถ้าบุคคลสามารถรับรู้หรือมีความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน โดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลตามที่คาดหวังไว้อย่างไร บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติตามด้วยความมั่นใจมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Phanphiboon (2015) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยหลักที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ Siriburanon (2013) ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียม พบว่า ผลภายหลังการทดลองได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากน้อยกว่า และมีความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก และฟันเทียมมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ในการวิจัยนี้ได้รับแรงสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายสุขภาพในการช่วยตรวจปริมาณคราบจุลินทรีย์ด้วยสีย้อม และผู้วิจัยมีการแจกรางวัลสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองที่มีการปฏิบัติได้ดีและถูกต้อง มีการออกเยี่ยมบ้านเพื่อตรวจสอบการบันทึกโดยภาคีเครือข่าย ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จากไทยแลนด์ 4.0 การขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม และการวิจัยและพัฒนาแล้วต่อยอด เปลี่ยนจากปัญหาการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุให้เป็นสังคมผู้สูงอายุที่มีพลังในการดูแลสุขภาพช่องปาก (Active Oral Health Care Aging) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำนวัตกรรม สิ่งใหม่ ๆ มาใช้ในการวิจัย เช่น การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ 5 ส., นาฬิกาทราย 2 นาที, แปรงสีฟันที่สามารถวัดแรงกดในการแปรงฟัน, แปรงสีฟันที่ขนแปรงเปลี่ยนสีเมื่อขนแปรงหมดอายุการใช้งาน และการใช้สติกเกอร์ไลน์กระตุ้นให้มีการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก การเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ใช่เรื่องง่ายและตรงไปตรงมาที่จะสำเร็จได้โดยการใช้พลังจากตัวบุคคลเพียงอย่างเดียว แม้บางครั้งพฤติกรรมอาจเปลี่ยนได้แต่ก็มักจะไม่ยั่งยืน เป็นไปแค่ช่วงเวลาอันสั้น หากแต่ต้องคำนึงถึงปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล เพราะบุคคลไม่ได้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมที่ว่างเปล่า หากแต่อยู่ในสังคมที่บรรจุไปด้วยเงื่อนไขต่าง ๆ มากมาย บริบททางสังคมนั่นเองที่เป็นตัวกำหนดหรือเป็นสาเหตุต้นตอของพฤติกรรมของบุคคล การปรับปรุงที่ปัจจัยทางสังคมซึ่งเปรียบเสมือนรากเหง้าของพฤติกรรมและสุขภาพ จึงเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างถาวรและไปจนถึงการสร้างสุขภาพที่ดีขึ้น มาตรการทางสังคมอาจเปรียบเสมือนแรงสนับสนุนให้ความรู้และทัศนคติที่ได้ถูกสร้างขึ้นแล้วพัฒนาไปสู่การปฏิบัติได้นั่นเอง การรักษาเป็นการแก้ไขที่ปลายเหตุ เมื่อสาเหตุของโรคยังคงไม่เปลี่ยนแปลง โรคก็จะกลับมาใหม่และเกิดขึ้นเรื่อย ๆ อีกทั้งบุคลากรมีไม่เพียงพอ ดังนั้นงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุจึงมีบทบาทสำคัญมากขึ้น ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อเป็นการดูแลสุขภาพช่องปากที่เป็นการพึ่งพาตนเอง และแก้ปัญหาราชาดแคลนบุคลากรทางทันตกรรม เพื่อที่จะเข้าแก้ไขที่สาเหตุของการเกิดโรค การทำงานจะเป็นมิติในรูปแบบองค์รวมอย่างชัดเจน งานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากจึงถือเป็นมาตรการที่สำคัญยิ่ง และจำเป็นที่จะต้องใช้คู่ขนานไปกับงานรักษาทางทันตกรรม เพื่อเป็นการพัฒนาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างยั่งยืน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในพื้นที่เทศบาลนครรังสิต อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงานของหน่วยงาน ในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยจัดเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมในชมรมผู้สูงอายุ ใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้อย่างถูกต้องกับสภาพปัญหาที่แท้จริง หรือนำไปประยุกต์ในการจัดทำโปรแกรมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ตลอดจนพัฒนางานส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังสามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้ด้วยตนเองโดยเข้าใจและตระหนักได้ว่าการดูแลสุขภาพช่องปาก มีผลต่อสุขภาพทางกายได้อย่างไร เพื่อจูงใจให้เห็นถึงความสำคัญของการมีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น

2. เจ้าหน้าที่สามารถนำข้อมูลปัญหาโรคและปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคในช่องปาก มีผลต่อสุขภาพทางกายได้อย่างไร โดยให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และผู้เกี่ยวข้องในชุมชนและบูรณาการงานเข้าร่วมกับงาน



กองการศึกษาของหน่วยงานส่งเสริมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และผู้เกี่ยวข้องในชุมชน เข้าร่วมกิจกรรมได้ตามเป้าหมาย เข้าใจวัตถุประสงค์ของกิจกรรม กำหนดบทบาทและหน้าที่ของตนเองในการกำกับดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในการดูแลสุขภาพช่องปาก

3. จัดการติดตามผลของกิจกรรม โดยการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และผู้เกี่ยวข้องในชุมชนที่เข้าร่วมกิจกรรม เป็นการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง หลังเข้าร่วมกิจกรรมแล้วสามารถปฏิบัติได้ ตามวัตถุประสงค์หรือไม่ และมีปัจจัยใดบ้างที่เป็นปัญหาและอุปสรรค เพื่อทำการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการเข้าใจเรื่องโรค รวมทั้งข้อจำกัดในการใช้เทคโนโลยี ทำให้การสื่อสาร ต้องเน้นเป็นรูปภาพ และต้องใช้ตัวอักษรที่ใหญ่กว่าปกติ

2. จากการสอนการแปรงฟันให้กับผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาเรื่องข้อมือในการจับด้ามแปรงสีฟัน ดังนั้นควรเลือกแปรงสีฟันที่มีขนาดด้ามที่ใหญ่ขึ้นเพื่อสะดวกในการจับ

References

- Azarapazhoo, A. & Tenenbaum, H. C. (2012). Separating Fact from Fiction: Use of High-Level Evidence from Research Syntheses to Identify Diseases and Disorders Associated with Periodontal Disease. *Journal Canadian Dental Association*, 78: c25.
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84: 19-21.
- Bureau of Dental Health , Department of Health. (2009). *Oral Health Promotion for the Elderly Volume 1, Relationships of Oral Health, General Health and Systemic Diseases*. Bangkok: Veterans Administration Organization. (in Thai).
- Bureau of Dental Health, Department of Health. (2005). *The King and Dental Work*. Bangkok: ETO. (in Thai).
- Bureau of Dental Health, Department of Health. (2009). *Oral Health Promotion for the Elderly Volume 2, Detection and Prevention of Oral Health in the Elderly*. Bangkok: Veterans Administration Organization. (in Thai).
- Bureau of Dental Health, Department of Health. (2015). *Oral Health Tips for Elderly*. Bangkok: Veterans Administration Organization. (in Thai).
- Chomchome, U., Pranprawit, A. & Kaewpan, W. (2017). The Effects of Dental Health Education Program on Behavioral Modification for Gingivitis Prevention Among the Six Grade Students in Phunphin District, Suratthani Province. *Journal Network College of Nursing and Public Health Southern*, 4(1): 234-252. (in Thai).
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2015). *Manual of Behavior Modification in NCD Quality Clinic*. Bangkok: The Farmers' Federation of Thailand.



- Hee-Kyung Lee, Sang-Hee Choi, Kyu Chang Won, Anwar T. Merchant, Keun-Bae Song, Seong-Hwa Jeong, et al. (2009). The Effect of Intensive Oral Hygiene Care on Gingivitis and Periodontal Destruction in Type 2 Diabetic Patients. *Yonsei Med Journal*, 50(4): 529–536.
- Solhi, M., ShojaeiZadeh, D., Seraj, B. & Faghih Zadeh, S. (2010). The Application of the Health Belief Model in Oral Health Education. *Iran Journal Public Health*, 39(4): 114–119.
- National Health Security Office. (2013). National Health Security Fund Administration Manual, FY 2556. Bangkok: Srimuang Printing. (in Thai).
- Pathumthani Provincial Health Office. (2016). *Summary Report of the Inspection Results of the Fiscal Year 2559 1st Round*. Pathumthani: Information Technology Center Pathumthani Provincial Health Office. (in Thai).
- Paula, C. (2015). The Impact of Motivational Interviewing in Reducing Plaque and Bleeding Indices on Probing in Adult Users of the Family Health Strategy. *Brazilian Research in Pediatric Dentistry and Integrated Clinic*, 15(1): 183-196.
- Phanphiboon, S. (2015). Dental Health Behaviors of the Elderly in Amnat Charoen. *Province J. of Health System Research and Development*, 7(3): 192-200. (in Thai).
- Phugsachat, P. (2011). The Effects of the Program for an Application of the Health Belief Model and the Impacts of Oral Health on Daily Life Competency of the Elderly in RoiEt Province. *Journal of Dental Health*, 16(1): 45-56. (in Thai).
- Registration Database of Rangsit Municipality, PathumThani Province. (2014). *Rangsit Municipality, PathumThani Province*. Retrieved March 23, 2016 from <http://rangsit.org/New/index.php/th>.
- Scully, C. & Cawson, R. A. (2014). *Medical Problem in Dentistry 7th Edition*. Great Britain Britain Thomson Litho: Churchill Livingstone.
- Siriburanon, T. (2013). *The Outcomes of Oral Health Promotion Program in the Elderly with Dentures*. Bangkok: Christian University. (in Thai).
- Southerland, J., Mos, K. & Offenbacher, S. (2012). Periodontitis and Diabetes Associations with Measures of Atherosclerosis and CHD. *Atherosclerosis*, 222(1): 196-201.
- Suraseehasana, I. (2010). *The Effect of an Oral Health Care Program on Changing the Oral Health Behavior of Diabetic Patients at Bangsokvillage, Khonsawan District Chaiyaphum Province*. Khonkaen: Khonkaen University. (in Thai).