

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลสิรินธร กรุงเทพมหานคร

นางรัชณี เจริญเจียงชัย

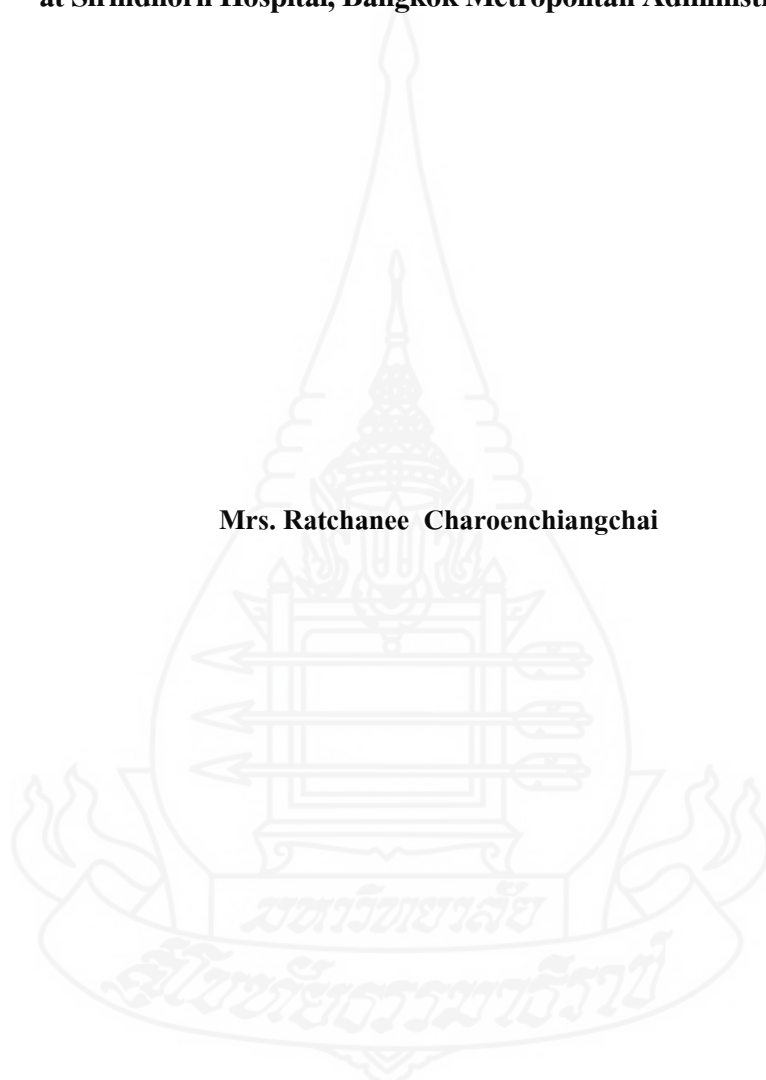


วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2563

**Factors Affecting Dental Health Care Behaviors among Members in the Elderly Club
at Sirindhorn Hospital, Bangkok Metropolitan Administration**

Mrs. Ratchanee Charoenchiangchai



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Public Health

School of Health Science

Sukhothai Thammathirat Open University

2020

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ เนื่องจากได้รับความกรุณาและช่วยเหลืออย่างดีจาก รองศาสตราจารย์ ดร.นิศยา เพ็ญศิริรักษา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระวุฑู ธรรมกุล อาจารย์ร่วมที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาในการให้ความรู้ คำแนะนำชี้แนะแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตาเอาใจใส่ และให้กำลังใจอย่างดียิ่งแก่ผู้วิจัย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งประทับใจในความเมตตาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรณ์ วัฒนสมบูรณ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอบคุณคณาจารย์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์ในการศึกษาที่มีคุณค่ายิ่งจนประสบความสำเร็จ ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านดังปรากฏในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม รวมทั้งข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย

ขอขอบพระคุณ ทันตแพทย์หญิง พงณา พงษ์พานิช อาจารย์ทันตแพทย์หญิง ดร.นิภาพร เอื้อวันฉะ โชติมา และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทันตแพทย์ ดร.สุธี สุขสุเดช ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสิรินธร และ โรงพยาบาลลาดกระบังที่อนุญาตให้ดำเนินการวิจัยในหน่วยงาน หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรมพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการทดลองเครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณประธานชมรมผู้สูงอายุและสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล ช่วยเหลือเกื้อกูลจนการวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา ผู้ให้ชีวิต สติปัญญา และสิ่งดีงาม ขอบคุณครอบครัวที่ดูแลห่วงใย ให้กำลังใจ ช่วยเหลือสนับสนุนทุกประการมาตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและระลึกถึงเสมอ ความดีและประโยชน์จากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ขอมอบแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน ที่กล่าวมา

รัชนี เจริญเจียงชัย

กุมภาพันธ์ 2564

ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลสิรินธร กรุงเทพมหานคร

ผู้วิจัย นางรัชณี เจริญเจียงชัย รหัสนักศึกษา 2615000268 ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ ดร. นิตยา เพ็ญศิริินภา (2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระวรุช
ธรรมกุล ปีการศึกษา 2563

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา (1) พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (2) ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม (3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ และ (4) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธรกรุงเทพมหานคร

ประชากรที่ศึกษา เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสิรินธร ที่มาเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อยหนึ่งครั้งใน พ.ศ. 2562 จำนวน 865 คน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือเป็นแบบสอบถามมีความเที่ยงระหว่าง 0.637-0.933 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไค-สแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า (1) พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง (2) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น (อายุ 60-70 ปี) สถานภาพสมรส จบปริญญาตรีขึ้นไป รายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน อาชีพหลักไม่ได้ทำงาน ปัจจัยนำอยู่ในระดับสูง ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมอยู่ในระดับปานกลาง (3) ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านรายได้ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ (4) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เรียงลำดับอิทธิพลจากมากไปน้อย ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลทันตสุขภาพจากชมรมผู้สูงอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพ และการเข้าถึงอุปกรณ์การดูแลทันตสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพได้ร้อยละ 26.7

คำสำคัญ พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม

Thesis title: Factors Affecting Dental Health Care Behaviors among Members in the Elderly Club at Sirindhorn Hospital, Bangkok Metropolitan Administration

Researcher: Mrs. Ratchanee Charoenchiangchai; **ID:** 2615000268;

Degree: Master of Public Health; **Thesis advisors:** (1) Dr. Nittaya Pensirinapa, Associated Professor; (2) Dr. Theerawut Thammakun, Assistant Professor;

Academic year: 2020

Abstract

The objectives of this survey research were: (1) to identify dental health care behaviors; (2) to determine personal factors, predisposing factors, enabling factors and reinforcing factors; (3) to explore the relationship between personal factors, predisposing factors, enabling factors as well as reinforcing factors, and dental health care behaviors; and (4) to identify predictive factors on dental health care behaviors, all of members of the elderly club at Sirindhorn Hospital under the Bangkok Metropolitan Administration.

The study involved 150 participants randomly selected from 865 members of the elderly club of the hospital who had joined the activities at least once in 2019. Data were collected using a questionnaire with the reliability value of 0.637–0.933, and then analyzed using descriptive statistics, Chi-square, Pearson's correlation coefficient, and multiple stepwise regression analysis.

The results showed that, among all 150 participants: (1) their dental health care behaviors were at a high level; (2) most of them were female, aged 60–70 years, married and unemployed; had a bachelor's degree or higher and a monthly income less than 5,000 baht; their predisposing factors were at a high level, while enabling and reinforcing factors were at a moderate level; (3) personal factors such as income as well as predisposing, enabling and reinforcing factors were significantly associated with dental health care behaviors (p -value = 0.05); and (4) predictive factors of dental health care behaviors were, in descending influence order, getting dental health information from the elderly club, perceived benefits of dental health care, and access to dental care equipment; and could overall explained 26.7% of such behaviors at $P = 0.01$.

Keywords: Dental health care behaviors, Member of elderly club, Predisposing factors, Enabling factors, Reinforcing factors

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย	6
กรอบแนวคิดการวิจัย	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	11
ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ	11
สถานการณ์โรคในช่องปากในผู้สูงอายุและผลกระทบ	20
พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก	29
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ	34
ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิรินคร	39
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	41
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	49
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	49
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	50
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	53
การเก็บรวบรวมข้อมูล	54
การวิเคราะห์ข้อมูล	55

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	57
ตอนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร	57
ตอนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร	59
ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับ พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร	69
ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร	71
ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร	73
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	76
สรุปการวิจัย	76
ผลการวิจัย	76
อภิปรายผล	79
ข้อเสนอแนะ	86
บรรณานุกรม	90
ภาคผนวก	98
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	99
ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (แบบสอบถาม)	102
ค หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	110
ประวัติผู้วิจัย	113

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร จำแนกตามปัจจัย คุณลักษณะส่วนบุคคล.....	58
ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร จำแนกตาม ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล จำแนกรายด้านและโดยรวมของปัจจัยนำ	60
ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร จำแนกตามปัจจัยนำ รายข้อ	61
ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร จำแนกตามระดับ การเข้าถึง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล จำแนกรายด้านและ โดยรวมของปัจจัยเอื้อ	63
ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร จำแนกตามปัจจัยเอื้อ รายข้อ	63
ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร จำแนกตาม ระดับการได้รับการสนับสนุน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล จำแนกรายด้านและโดยรวมของปัจจัยเสริม	65
ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร จำแนกตามปัจจัยเสริม รายข้อ	65
ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร จำแนกตาม ระดับพฤติกรรม ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล จำแนกรายด้าน และโดยรวมของพฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพ	67
ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร จำแนกตามพฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพ รายข้อ	68
ตารางที่ 4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพ ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร	87
ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรม การดูแล ทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร ในภาพรวมและรายด้าน ..	71

ญ

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 4.12 ผลการวิเคราะห์หัตถิพลของคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจยนำ ปัจจยเอื้อ ปัจจยเสริม
ต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพในภาพรวม ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลสิรินธร 73



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	7
ภาพที่ 2.1 แบบจำลอง PRECEDE-PROCEDE ของกรีน และครูเทอ์	36



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมที่สำคัญที่สุดที่เกิดขึ้นทั่วโลกในศตวรรษที่ 21 คือการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในรอบครึ่งศตวรรษที่ผ่านมา ในปี ค.ศ. 2018 พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด เท่ากับปัจจุบันโลกได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุมาศักระยะหนึ่งแล้ว และในปี ค.ศ.2030 ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ 16.5 ในปี ค.ศ. 2050 มีการคาดว่าประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ 21.5 ของประชากรโลก อีกนัยหนึ่งคือ อีก 32 ปี ข้างหน้าโลกจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (United Nation, 2015) จากสถิติประชากรในอาเซียนก็เช่นเดียวกัน ประชากรประมาณ 654 ล้านคน พบว่าเป็นประชากรผู้สูงอายุ 67 ล้านคน เท่ากับร้อยละ 10 ซึ่งถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว สำหรับประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุในปี ค.ศ. 2018 เช่นกัน โดยมีจำนวน ประชากรผู้สูงอายुर้อยละ 18 รองจากสิงคโปร์ซึ่งมีร้อยละ 20 ตามมาด้วยประเทศเวียดนามร้อยละ 12 และมาเลเซียร้อยละ 10

จำนวนประชากรประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2561 มีทั้งหมด 66 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด สถานการณ์ที่สำคัญคือ ประชากรไทยกำลังมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมาก ในปี พ.ศ. 2565 จะเป็น “สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์” เมื่อสัดส่วนผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20 และในปี พ.ศ. 2579 สัดส่วนประชากรสูงอายุจะสูงขึ้นถึงร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จะลดลงเหลือ 9 ล้านคน จาก 12 ล้านคน วัยแรงงานอายุ 15-59 ปี จะลดลงเหลือ 37 ล้านคน จาก 44 ล้านคน แต่ผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอีกเกือบเท่าตัวจาก 11 ล้านคน เป็น 20 ล้านคน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และสถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล, 2562, น.163-165)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้ เป็นผลมาจากการพัฒนาเศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ เป็นผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น อายุขัยเฉลี่ยของประชากรเพิ่มขึ้น จากนโยบายการวางแผนครอบครัว ทำให้ลดภาวะเจริญพันธุ์ โดยอัตราการเกิดลดลงอยู่ที่ 10.7 คนต่อประชากรพันคน และการลดลงของอัตราการตายอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561) จากสถานการณ์นี้ส่งผลให้ ปัจจัยการผลิตทางด้าน

แรงงานลดลง มีการเคลื่อนย้ายแรงงานจากต่างด้าวมากขึ้น มีการลงทุนด้านการอมลดลง ผลผลิตมวลรวมประชาชาติลดลง โดยงบประมาณรายจ่ายของประเทศเพิ่มขึ้นในขณะที่งบประมาณรายรับลดลง รัฐบาลต้องสนับสนุนงบประมาณด้านสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และเกิดปัญหาสังคมวัยแรงงานรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น มีผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งเพิ่มขึ้น มีความเสื่อมโทรมของสภาพร่างกาย และสภาพจิตใจย่ำแย่ (จิราภรณ์ การะเกตุ, 2562)

การสูงวัยเป็นเรื่องที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ มีการเปลี่ยนแปลงในด้านสุขภาพร่างกายไปในทางเสื่อม มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกาย การตอบสนองของร่างกายต่อความเจ็บป่วยต่างไปจากผู้มีอายุน้อย มีการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันลดลง ร่วมกับ อุบัติการณ์ของโรคต่างๆ ที่สะสมมาตั้งแต่อายุน้อย ทำให้มีพยาธิสภาพหลายอย่างเกิดขึ้นในเวลาเดียวกัน เมื่อเข้าสู่วัยชราการรักษาโรคหนึ่งอาจเป็นผลให้อีกโรคหนึ่งมีอาการแย่ลง จึงต้องคำนึงถึงสุขภาพโดยรวมมากกว่าการแก้ปัญหาเฉพาะจุด ในด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุยังคงเป็นปัญหาสำคัญมาก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาในหลายๆ ด้าน ทั้งลักษณะน้ำลายประสาทรับรส ความแข็งแรงของฟัน การเกิดโรคในช่องปากได้ง่าย ร่วมกับการมีโรคประจำตัวและได้รับยาหลายชนิดที่ส่งผลต่อสุขภาพช่องปากและฟัน โรคในช่องปากที่พบได้แก่ การสูญเสียฟัน ฟันผุ โรคปริทันต์อักเสบ ปากแห้ง เชื้อราในช่องปาก มะเร็งช่องปาก สุขภาพในช่องปากที่ไม่ดีจะมีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อาจไม่ถึงแก่ชีวิตในผู้สูงอายุแต่มีผลต่อคุณภาพชีวิต อาการที่เกิดปัญหาทางช่องปากไม่ว่าจะเป็นอาการเจ็บปาก ฟันไม่สบกัน หรือฟันปลอมที่ไม่พอดีกับรูปปาก จะส่งผลให้มีปัญหาต่อการพูด การเคี้ยวอาหาร การกลืน ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ เกิดโรคแทรกซ้อนจากการขาดสารอาหารตามมา และทำให้มีปัญหาขาดความมั่นใจในตนเอง ไม่กล้าเข้าสังคม นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ การเกิดภาวะปากแห้งมีผลกับการพูด การรับรส การบดเคี้ยว การกลืนอาหาร และเพิ่มอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุ (รวีวรรณ สุรเศรษฐ์, 2561, น. 87-100) ภัยแฝงจากโรคปริทันต์อักเสบมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (ศิริพร จันทน์นิมิ, 2562, น. 485-494) การมีเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือด เชื้อบรูซเซลลาอีกเสบชนิดติดเชื้อแบคทีเรียโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคผนังหลอดเลือดแดงแข็งและอุดตัน การติดเชื้อของอวัยวะเทียม โรคเบาหวาน โรคระบบทางเดินหายใจ และมีผลต่อพฤติกรรมรวมถึงสภาวะจิตสังคม (นิรภา คงกันกง, ม.ป.ป., น. 32-38)

จากรายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2560 (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561) พบว่า ปัญหาหลักของผู้สูงอายุคือ การสูญเสียฟัน จากการสำรวจในผู้สูงอายุตอนต้นที่มีอายุ 60-74 ปี กับผู้สูงอายุตอนปลายที่มีอายุ 80-85 ปี พบว่า จำนวนฟันถาวรในช่องปากผู้สูงอายุตอนต้นมีค่าเฉลี่ย 18.6 ซี่/คน ลดลงเป็น 10 ซี่/คน ในผู้สูงอายุ

ตอนปลาย ค่าเฉลี่ยฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ ในผู้สูงอายุตอนต้นร้อยละ 56.1 ลดลงเป็นร้อยละ 22.4 ในผู้สูงอายุตอนปลาย และมีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ ในผู้สูงอายุตอนต้นร้อยละ 40.2 ลดลงเป็นร้อยละ 12.1 ในผู้สูงอายุตอนปลาย นอกจากนี้ยังพบว่าการปราศจากฟันทั้งปากในผู้สูงอายุตอนต้นพบร้อยละ 8.7 เพิ่มเป็นร้อยละ 31.0 ในผู้สูงอายุตอนปลาย โดยพบว่าการมารับบริการในผู้สูงอายุตอนต้นมาถอนฟัน ร้อยละ 53.6 และผู้สูงอายุตอนปลายร้อยละ 50 และพบฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 52.6 รากฟันผุที่สัมพันธ์กับเหงือก ร้อยละ 16.5 โรคปริทันต์อักเสบที่มีการทำลายกระดูกรองรับรากฟัน ร้อยละ 36.3 โดยเป็น โรคปริทันต์ที่รุนแรงมาก ร้อยละ 12.2 ซึ่งนอกจากมีความสัมพันธ์กับการอักเสบ ปอดบวม ดิซเซีย และการสูญเสียฟันแล้ว ยังสัมพันธ์กับความรุนแรงของเบาหวานด้วย ความจำเป็นในการรับการรักษาในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น พบว่าความจำเป็นสูงสุด 2 ลำดับแรกคือถอนฟัน ร้อยละ 53.6 อุดฟันหนึ่งด้าน ร้อยละ 50 ตามลำดับ โดยมีความจำเป็นด้านถอนฟันสูงกว่าการอุดฟันเล็กน้อย ส่วนผู้สูงอายุตอนปลาย มีความจำเป็นด้านถอนฟัน ร้อยละ 49.4 อุดฟันหนึ่งด้าน ร้อยละ 25.8

ปัญหาสุขภาพช่องปากมีสาเหตุหลักมาจากพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพที่ไม่ดีพอ จึงควรส่งเสริมการมีพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพที่ดี ได้แก่ พฤติกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพด้วยตนเอง และพฤติกรรมมารับบริการตรวจฟันจากสถานบริการ จากการสำรวจพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุ มีการทำความสะอาดช่องปากโดยการแปรงฟันตอนเช้าทุกวันร้อยละ 72.5 แต่แปรงฟันก่อนนอนโดยไม่รับประทานอาหารอื่กร้อยละ 53.7 ด้านการทำความสะอาดซอกฟัน ได้แก่ การใช้ไหมขัดฟันหรือแปรงทำความสะอาดซอกฟันเพียง ร้อยละ 6.0 มาตรวจฟันประจำปีเพียงร้อยละ 8.4 ด้านการไปรับบริการทันตกรรมร้อยละ 38.6 ด้วยเหตุผลปวดฟันหรือเสียวฟัน ร้อยละ 12.3 และในรอบปีที่ผ่านมา ผู้สูงอายुर้อยละ 57 ไม่เคยเข้ารับบริการทันตกรรม ทั้งที่มีสวัสดิการเป็นบัตรประกันสุขภาพร้อยละ 70.3 โดยได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุขเป็นช่องทางหลักร้อยละ 54.7 และผ่านสื่อโทรทัศน์ร้อยละ 36.2 ซึ่งให้เห็นว่า ผู้สูงอายุไทยยังมีพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพตนเองไม่ดีพอ ขาดการมารับบริการตรวจฟันจากสถานบริการเพื่อพบรอยโรคแต่เริ่มแรกทั้งที่มีสิทธิ์ในการรักษาขั้นพื้นฐาน ทำให้มีปัญหาสุขภาพช่องปาก และมารับบริการเมื่ออาการรุนแรงแล้ว นำไปสู่การสูญเสียฟัน แต่ผู้สูงอายุกลับรู้สึกว่ามีปัญหาสุขภาพช่องปากหรือมีความผิดปกติใดๆ ร้อยละ 81.1 และส่วนใหญ่ยังมีความพึงพอใจในสุขภาพช่องปากตนเองระดับปานกลาง (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561, น. 17-18) จึงควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อที่จะวางแผนการทำงานและส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากให้ผู้สูงอายุมีภาวะทันตสุขภาพที่ดี ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย

ปัญหาสุขภาพช่องปากมีความสำคัญและพบมากในผู้สูงอายุตามที่กล่าวมาแล้ว ประเทศไทยจึงได้กำหนดเป้าหมายแผนงานทันตสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2558-2565 คือ ผู้สูงอายุร้อยละ 80 มีสุขภาพช่องปากดี และมีฟันใช้ได้อย่างน้อย 20 ซี่ หรือสี่คู่สบในฟันหลัง และมีนวัตกรรมเพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุอย่างน้อย 5 ใน 7 ประเด็น ได้แก่ การสูญเสียฟันและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใส่ฟัน ฟันผุและรากฟันผุ โรคปริทันต์ แผลหรือมะเร็งในช่องปาก ภาวะปากแห้ง ฟันสึก และสภาวะที่สัมพันธ์กับโรคทางระบบของผู้สูงอายุ กิจกรรม สำคัญที่จะทำให้อัตราการเข้าถึงบริการมีสุขภาพช่องปากที่ดี ประกอบด้วยหลายส่วนด้วยกัน ส่วนหนึ่งที่เป็นนโยบายสำคัญ ได้แก่ การพัฒนากลไก/นวัตกรรม เพื่อการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ ตามหุดสิทธิประโยชน์ การจัดบริการส่งเสริมป้องกันในผู้สูงอายุทุกสิทธิที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากเป็นรายบุคคล และดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อการคงสภาพที่ดี เน้นการเข้าถึงบริการใกล้บ้าน โดยเฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยบริการทันตกรรมป้องกันตามหุดสิทธิประโยชน์ประกอบด้วย การตรวจสุขภาพช่องปาก การให้คำแนะนำ และ/หรือการปรับพฤติกรรมเพื่อควบคุมคราบจุลินทรีย์ การใช้ฟลูออไรด์วานิชป้องกันรากฟันผุ การอุดหินน้ำลายป้องกันเหงือก/ปริทันต์อักเสบชนิดเฉียบพลัน การดูแลอนามัยช่องปากตนเองเช้าและก่อนนอนทุกวัน นอกจากนี้ปัญหาทันตสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ ยังได้มีการบูรณาการในกลุ่มวัยทำงาน โดยเน้นพฤติกรรมหลักคือ การตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้กลุ่มวัยทำงานมีข้อมูลสุขภาพช่องปากของตนเอง ตัดสินใจในการดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพช่องปากต่อครอบครัวและชุมชน เป็นการปูพื้นฐานก่อนถึงวัยสูงอายุ (สมพงษ์ จารุวิจิตรรัตนา, 2561)

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากประกอบด้วยหลายปัจจัยด้วยกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ (บุญยง เกี่ยวการค้า, 2561) ตามกรอบแนวคิดพีริซี้ดของ กรีน และครูเทอ์ (Green & Kreuter, 2005) ที่พบว่า ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ต้องการเกิดจาก ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ การรับรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทักษะคติ ผู้วิจัยเลือกที่จะศึกษาด้านการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ โรเซนสต็อค (Rosenstock, 1974) ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเป็นโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ซึ่งมีหลายงานวิจัยที่ทำการศึกษพบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพ มีผลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แต่ยังไม่มีการศึกษาในชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีลักษณะเป็นสังคมเมือง และได้ศึกษาปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงอุปกรณ์การดูแลทันตสุขภาพ และการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพจากชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการทำงานของกลุ่มงานทันตกรรมร่วมกับเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ที่บุคลากรสาธารณสุขได้

ให้ความรู้ในการดูแลทันตสุขภาพที่ชมรมผู้สูงอายุ และมีช่องทางพิเศษในการให้บริการผู้สูงอายุ ที่กลุ่มงานทันตกรรม โดยปัจจัยอื่นที่อาจมีผล เช่น การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ ความตระหนักถึงความจำเป็นต่อการเข้ารับบริการ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมอาจ มีรูปแบบแตกต่างกันไปตามบริบทกลุ่มประชากร ซึ่งอาจมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ผู้วิจัยปฏิบัติงานในกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสิรินธร สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิระดับสูง ให้บริการประชาชนในเขตตะวันออก ของกรุงเทพมหานคร เป็นโรงเรียนแพทย์ร่วมกับสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้า เจ้าคุณทหาร ลาดกระบัง มีจำนวน 374 เตียง อยู่ภายใต้การดำเนินงานของกรุงเทพมหานครได้เห็นความสำคัญ ของผู้รับบริการกลุ่มผู้สูงอายุ ดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ผู้สูงอายุระยะที่ 2 (พ.ศ. 2561-2564) ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ได้มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพในทุกโรงพยาบาลสังกัดสำนัก การแพทย์ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพทำการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมให้ผู้สูงอายุมี สุขภาพที่ดีกลับสู่สังคมได้ และโรงพยาบาลได้จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นในปี พ.ศ. 2558 ปัจจุบันมี จำนวนสมาชิกที่ขึ้นทะเบียน 1,487 คน เป็นองค์กรภาคประชาชนที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนา ระบบงานผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีแนวคิดในเรื่องการส่งเสริม สุขภาพทั้งกายและใจ ให้ผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรม ใช้ชีวิตอย่างมีความสุข ลดการเจ็บป่วย ไม่เป็น ภาระของครอบครัว ดำเนินกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ สังคม และสวัสดิการ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมและพัฒนาคุณภาพชีวิต กลุ่มงานทันตกรรมได้มีการดำเนินงานร่วมกับเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในด้านการดูแลสุขภาพช่องปากโดยให้การตรวจสุขภาพ ช่องปากผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ และให้การอบรมด้านสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุปีละ 1 ครั้ง และเพิ่มช่องทางพิเศษในการบริการผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป เพื่อให้ผู้สูงอายุเห็น ความสำคัญของการดูแลทันตสุขภาพและสามารถเข้าถึงระบบบริการทันตกรรม

จากการทบทวนการปฏิบัติงาน พบว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มี ศักยภาพในการดูแลตนเอง ทำประโยชน์แก่สังคมได้ แต่ยังมีประสบปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพในช่อง ปาก หากทราบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ จะทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะทันตสุขภาพที่ดี สามารถใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร

2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมของพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร

2.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร

2.4 เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร

3. สมมติฐานการวิจัย

3.1 ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร

3.2 ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร

4. ขอบเขตของการวิจัย

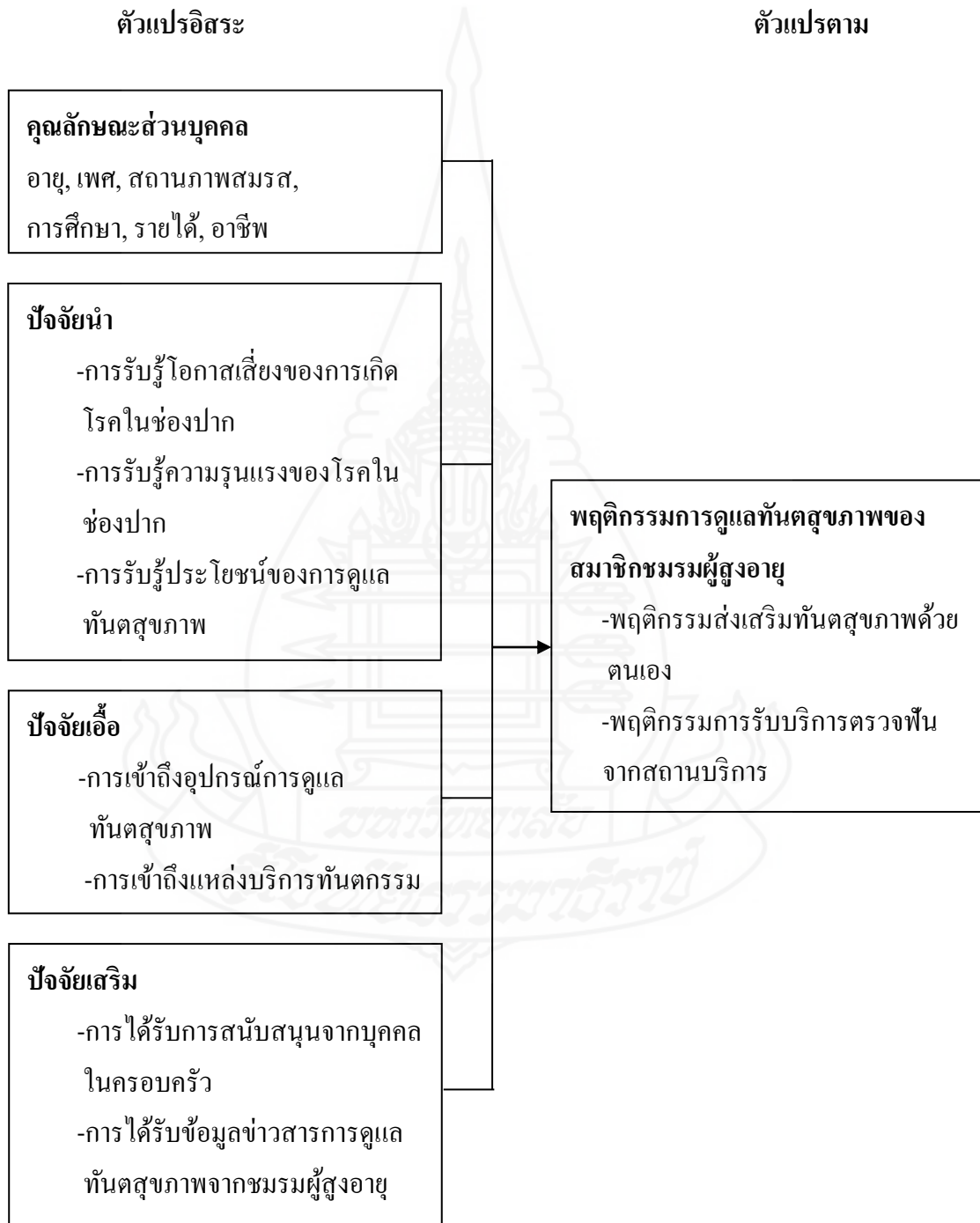
4.1 ขอบเขตเนื้อหา การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ที่มาร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร ตามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ

4.2 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ประชากรผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ โดยมีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ อย่างน้อย 1 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2562 (มกราคม-ธันวาคม)

4.3 ขอบเขตระยะเวลา เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563

5. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาหลักการแนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปเป็นภาพกรอบแนวคิดการวิจัยออกมาเพื่อเป็นแนวทางของงานวิจัยครั้งนี้



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 ชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง องค์กรภาคประชาชนที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบงานผู้สูงอายุเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต ซึ่งประกอบไปด้วยสมาชิกคือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่มีการขึ้นทะเบียนเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสิรินธร สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ พ.ศ. 2558-2563

6.2 ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่ขึ้นทะเบียนเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2563

6.3 พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพด้วยตนเอง และพฤติกรรมการรับบริการตรวจฟันจากสถานบริการ

6.3.1 พฤติกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพด้วยตนเอง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุทำ ความสะอาดช่องปากตนเอง การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก และการเลือกรับประทานอาหาร

1) การทำความสะอาดช่องปากตนเอง หมายถึง การทำความสะอาดช่องปากและฟัน โดยการแปรงฟันและทำความสะอาดซอกฟันโดยการใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม ได้แก่ ใช้ไหมขัดฟันในกรณีซอกฟันเล็ก และการใช้ไม้จิ้มฟันหรือแปรงซอกฟันในกรณีที่ซอกฟันมีขนาดใหญ่ เพื่อคงการมีสุขภาพอนามัยในช่องปากที่สะอาด

2) การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก หมายถึง การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มน้ำอัดลม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการละเลยการดูแลสุขภาพช่องปาก

3) การเลือกรับประทานอาหาร หมายถึง การเลือกบริโภคที่ส่งผลดีต่อสุขภาพฟัน โดยพิจารณาจากชนิดของอาหาร ความถี่และเวลาในการรับประทานอาหาร และการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพฟัน

6.3.2 พฤติกรรมการรับบริการตรวจฟันจากสถานบริการ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุไปพบทันตบุคลากรทุก 6 เดือน เพื่อผู้สูงอายุได้ตรวจสุขภาพช่องปากและทำการรักษาโรคในช่องปากในระยะเริ่มแรกตั้งแต่ยังไม่แสดงอาการ ได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปาก การทาฟลูออไรด์ การอุดฟันในกรณีฟันผุด้วยวัสดุชนิดกلاسไอโอ โนเมอร์ และการขูดหินน้ำลาย

6.3 ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล หมายถึง ปัจจัยพื้นฐานด้านประชากรของผู้สูงอายุที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติในการดูแลทันตสุขภาพ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ อาชีพ

6.4 ปัจจัยนำ หมายถึง ปัจจัยที่อยู่ภายในตัวบุคคลของผู้สูงอายุที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการสนับสนุน หรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมในการดูแลทันตสุขภาพ ได้แก่

6.4.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในช่องปาก หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนของผู้สูงอายุ ว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากมากน้อยเพียงใดที่ทำให้เกิดการสูญเสียฟันและเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้ออื่นๆ ตามมา หากเกิดโรคในช่องปาก ซึ่งแต่ละคนมีระดับความเชื่อที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลจึงหลีกเลี่ยงต่อการเกิดโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันตามการรับรู้ของบุคคล

6.4.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคในช่องปาก หมายถึง ความเชื่อของผู้สูงอายุในการประเมินตนเองถึงความรุนแรงของโรคว่าหากเกิดโรคในช่องปากจะมีผลกระทบต่อร่างกาย เช่น ภาวะโภชนาการ ภัยแฝงจากการติดเชื้อในช่องปากไปสู่ร่างกายส่วนอื่น ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคอาจมีความแตกต่างจากการรับรู้ความรุนแรงที่ทันตแพทย์เป็นผู้ประเมิน

6.4.3 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุเชื่อว่าการดูแลทันตสุขภาพ เป็นการกระทำที่มีประโยชน์เหมาะสมที่จะปฏิบัติ การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นๆ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย เช่น การแปรงฟัน การทำความสะอาดซอกฟัน การเลือกรับประทานอาหาร การมีพฤติกรรมที่เหมาะสม และการไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจฟันทุก 6 เดือน

6.5 ปัจจัยเอื้อ หมายถึง ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลของผู้สูงอายุที่สนับสนุนการเกิดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก ได้แก่ การเข้าถึงอุปกรณ์การดูแลทันตสุขภาพ และการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม ประเมินตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ

6.5.1 การเข้าถึงอุปกรณ์การดูแลทันตสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการจัดหาอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากของผู้สูงอายุ เช่น แปรงสีฟัน ไหมขัดฟัน หรือแปรงซอกฟัน เพื่อดูแลทันตสุขภาพตนเอง

6.5.2 การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงสถานบริการทันตกรรม ความสะดวกในการมารับบริการทางทันตกรรม มีค่าใช้จ่ายที่พอเพียง เมื่อมาถึงสถานบริการแล้วได้รับบริการทางทันตกรรมตามความต้องการ ได้รับสิทธิในการรักษาทางทันตกรรม และการเข้าร่วมโครงการเกี่ยวกับทันตกรรมผู้สูงอายุ

6.6 ปัจจัยเสริม หมายถึง ปัจจัยที่เกิดจากบุคคลข้างเคียง หรือจากชมรมผู้สูงอายุ ที่กระตุ้นให้กระทำพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพ ประเมินตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ

6.6.1 การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำ การกระตุ้นเตือน การดูแลเอาใจใส่เกี่ยวกับทันตสุขภาพ จากบุคคลในครอบครัว

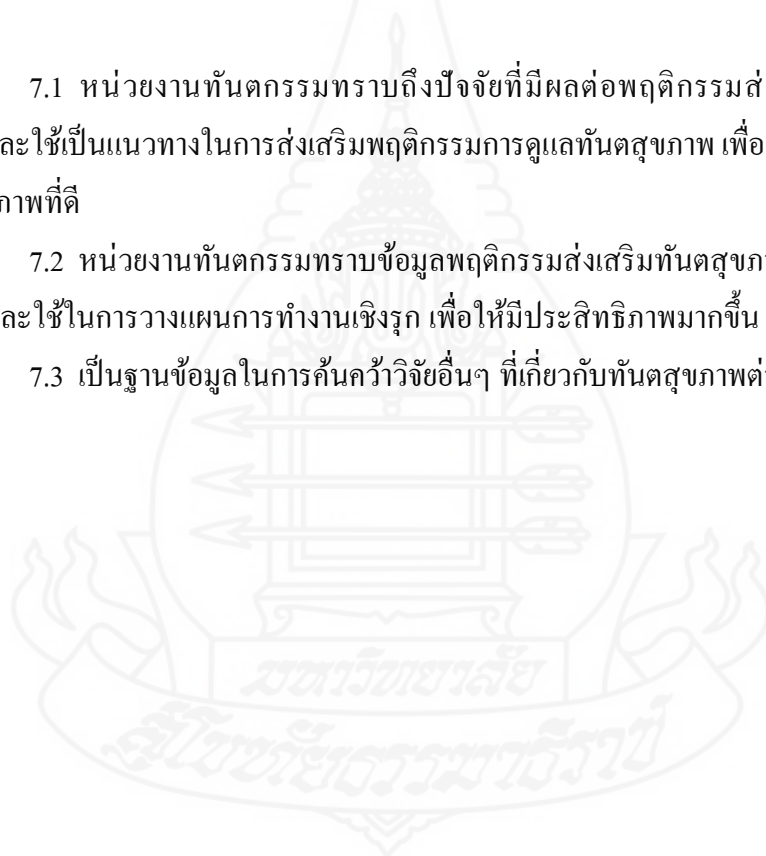
6.6.2 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพจากชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากจากสมาชิกในชมรมหรือบุคลากรสาธารณสุขจากการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 หน่วยงานทันตกรรมทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุ และใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพมีทันตสุขภาพที่ดี

7.2 หน่วยงานทันตกรรมทราบข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และใช้ในการวางแผนการทำงานเชิงรุก เพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

7.3 เป็นฐานข้อมูลในการค้นคว้าวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวกับทันตสุขภาพต่อไปในภายภาคหน้า



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร กรุงเทพมหานคร ผู้ศึกษา ได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งประกอบด้วย

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายและความสำคัญของผู้สูงอายุ
 - 1.2 โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุและผลกระทบ
 - 1.3 แนวคิดทฤษฎีผู้สูงอายุ
2. สถานการณ์โรคในช่องปากของผู้สูงอายุและผลกระทบ
 - 2.1 การเปลี่ยนแปลงทางสรีระในช่องปากของผู้สูงอายุ
 - 2.2 ปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ
 - 2.3 ปัจจัยจากโรคทางระบบและอื่นๆ ที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ
3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก
 - 3.1 พฤติกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพด้วยตนเอง
 - 3.2 พฤติกรรมมารับบริการตรวจฟันจากสถานบริการ
4. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 4.1 กรอบแนวคิดพีรีซีดี (PRECEDE Framework)
 - 4.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
5. ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่เพิ่มอย่างรวดเร็วทั่วโลก และประเทศไทยได้กลายเป็น สังคมผู้สูงอายุแล้ว ซึ่งส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศด้านงบประมาณ เศรษฐกิจ สังคม และ คุณภาพชีวิต การมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาให้เป็นไปได้ตามวัย ผู้สูงอายุ

ประสบปัญหาความเสื่อมของร่างกาย โรคเรื้อรัง โดยสุขภาพช่องปากเป็นปัญหาที่สำคัญส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีผู้สูงอายุด้านจิตสังคม เพื่อเข้าถึงจิตใจผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเมื่อได้ร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ โดยศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพตามกรอบแนวคิดพีรีซี้ด (PRECEDE Framework) และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและส่งเสริมการดูแลทันตสุขภาพสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร ให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

1.1 ความหมายและความสำคัญของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุคือทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าสำหรับครอบครัวและสังคม อายุไม่ใช่อุปสรรคสำหรับคนต่างวัย หากบุคคลยอมรับความแตกต่างบนพื้นฐานของความเข้าใจ ผู้สูงอายุเป็นที่พึงให้แก่บุตรหลาน การเป็นผู้สืบทอดความคิดจากชนรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่ง ทำหน้าที่แทนบิดามารดา ปลูกฝังคุณธรรมให้แก่ชนรุ่นหลัง ในขณะเดียวกันมีความต้องการการยอมรับ ต้องการได้รับความดูแลและเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว ตามแนวคิด แอ็คทีฟ เอจิง (Active aging) บัญญัติโดยองค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 1990 อธิบายถึงผู้สูงอายุที่มีพลังจะประกอบด้วยการมีสุขภาพดี มีความมั่นคงหรือหลักประกันในชีวิต และการมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่สร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ มีส่วนร่วมได้รับความปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังควรได้รับการส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรคหรือความเจ็บป่วย ตลอดจนกระตุ้นให้ทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องตามศักยภาพ และมีกลุ่มในสังคม โดยอาศัยเทคโนโลยีมาช่วยในการเชื่อมต่อสังคมให้กับผู้สูงอายุเหล่านี้ (สุดา วงศ์สวัสดิ์, 2559)

1.1.1 นิยามตามอายุผู้สูงอายุ หรือบางคนเรียกว่าผู้สูงวัย เป็นคำที่บอกถึงตัวเลขของอายุว่ามีอายุมากโดยนิยามนับตามอายุตั้งแต่แรกเกิด (Chronological age) หรือทั่วไปเรียกว่าคนแก่ หรือคนชรา โดยพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายของคำว่า คนแก่ คือ มีอายุมาก หรืออยู่ในวัยชรา และให้ความหมายของคำว่า ชรา คือ แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม ส่วนองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) และองค์การสหประชาชาติ (United Nation, UN) ใช้คำภาษาอังกฤษของผู้สูงอายุว่า older person หรือ elderly person

1.1.2 นิยามตามองค์การสหประชาชาติ ได้ให้นิยาม “ผู้สูงอายุ” คือประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิงซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป โดยมีการนิยามนับตั้งแต่อายุเกิด ส่วนองค์การอนามัยโลกยังไม่มีการให้นิยามผู้สูงอายุ โดยมีเหตุผลว่าประเทศต่างๆ ทั่วโลกมีนิยามการสูงอายุต่างกัน ทั้งนิยามตามอายุเกิด ตามสังคม วัฒนธรรม และสภาพร่างกาย เช่น บางประเทศที่เจริญแล้วมักจัดผู้สูงอายุ นับจากอายุ 65 ปีขึ้นไป หรือบางประเทศอาจนิยามผู้สูงอายุตามอายุกำหนดให้

เกษียณงาน (อายุ 50 หรือ 60 หรือ 65 ปี) หรือนิยามตามสภาพของร่างกาย โดยผู้หญิงสูงอายุอยู่ในช่วง 45-55 ปี ส่วนผู้ชายสูงอายุอยู่ในช่วง 55-75 ปี

1.1.3 นิยามตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทย “ผู้สูงอายุ” ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย (รัฐพร โยเหลา, 2560)

1.2 โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุและผลกระทบ

โครงสร้างประชากรโลกได้เปลี่ยนไป มีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น องค์การสหประชาชาติได้แบ่งสังคมผู้สูงอายุเป็น 3 ระดับ คือ

การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) คือ การมีสัดส่วนประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป รวมทั้งเพศชายและเพศหญิงมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ หรือประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ

สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) คือ การมีสัดส่วนประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ หรือประชากรอายุ 65 ปี ขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ

สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super Aged Society) คือ สังคมที่มีสัดส่วนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ

การเข้าสู่ความสูงอายุของแต่ละประเทศต่างกันตามความเจริญมั่งคั่ง ซึ่งมีผลต่อสุขภาพและการมีอายุยืนของประชากร (รัฐพร โยเหลา, 2560)

1.2.1 โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุโลกและผลกระทบ

จากสถานการณ์โครงสร้างประชากรโลกที่เปลี่ยนไป คาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ.2001-2100 จะเป็นศตวรรษของผู้สูงอายุ เนื่องจากโลกกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ แต่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับสภาพเศรษฐกิจ สังคม ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และการแพทย์ โดยทวีปยุโรปมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก โดยมีผู้สูงอายุร้อยละ 24 รองลงมาคือทวีปอเมริกาเหนือ โอเชียเนีย และทวีปเอเชียมีผู้สูงอายุเป็นอันดับ 4 ของโลก โดยมีผู้สูงอายุร้อยละ 12 (วัชรภรณ์ ชิวโคภิชฐ์, 2562, น. 38) ในปี ค.ศ. 2018 โลกมีประชากรประมาณ 7,633 ล้านคน และมีประชากรสูงอายุ 990 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด และจะครบ 1,000 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2019 มีประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไป มากถึง 142 ล้านคน และจำนวนผู้สูงอายุวัยปลายกลุ่มนี้จะเพิ่มขึ้น 2 เท่า ในอีกไม่เกิน 20 ปีข้างหน้า ประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงที่สุด ทำให้ประสบปัญหาการขาดแคลนแรงงาน สิงคโปร์เป็นประเทศในกลุ่มอาเซียนที่กลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ ซึ่งได้ขยายเวลาเกษียณเพื่อเพิ่มเวลาการออมให้ประชาชน และช่วยรักษาแรงงานให้

อยู่ในระบบเพื่อแก้ปัญหาขาดแคลนแรงงาน จากเกษียณที่อายุ 55-62 ปี ในปี ค.ศ. 2012 เป็น 67 ปี ในปี ค.ศ. 2017 อิตาลี มีผู้สูงอายุร้อยละ 29.8 ในปี ค.ศ. 2014 คาดว่าจะมีผู้สูงอายุสะสมเลื่อมถึง 1 ล้านคน ในจำนวนนี้ 6 แสนคน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นอัลไซเมอร์ และในเยอรมันประสบปัญหาขาดแคลนแรงงาน ถึงแม้จำนวนแรงงานที่มีศักยภาพถูกดึงมาเข้าระบบแล้ว ยังไม่สามารถทดแทนแรงงานที่ทักษะสูงได้ เนื่องจากแรงงานต่างชาติต้องใช้เวลาอย่างน้อย 5 ปี ปรับตัวให้เข้ากับการทำงานในบริบทแต่ละประเทศ สังคมผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเริ่มจากประเทศที่พัฒนาแล้วตามมาด้วยประเทศที่กำลังพัฒนา (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และสถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล, 2562, น.19-22)

ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจเมื่อมีผู้สูงอายุมากขึ้นทำให้ปัจจัยการผลิตทางด้านแรงงานลดลง ส่งผลให้ค่าแรงงานสูงขึ้นหรือเกิดการขาดแคลนแรงงานซึ่งมีการทดแทนโดยการใช้เครื่องมือเครื่องจักรและเทคโนโลยีหรือการใช้แรงงานต่างด้าว ด้านการลงทุนและการออมลดลง เนื่องจากรายได้ประชาชาติลดลง เก็บภาษีได้น้อยลง ทำให้งบประมาณรายจ่ายลดลง ในขณะที่ด้านการคลังงบประมาณรายจ่ายเพิ่มขึ้น รัฐบาลต้องเพิ่มงบประมาณรายจ่ายทางด้านสวัสดิการการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น บริการสังคมผู้สูงอายุ ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งมากขึ้น

ผลกระทบทางด้านสังคม ผู้สูงอายุไม่ได้ทำงานขาดความอบอุ่นหรือถูกทอดทิ้งมากขึ้น ขาดความภาคภูมิใจและมีปัญหาสุขภาพ และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยที่ไม่มีรายได้ ทำให้เป็นภาระแก่ผู้ที่อยู่ในวัยทำงานในครอบครัว และหากผู้สูงอายุขาดการวางแผนสะสมเงินออม จะทำให้ยังมีปัญหาค่าใช้จ่ายในบั้นปลายชีวิต

ดังนั้นในการเตรียมความพร้อมจะต้องร่วมมือทั้งภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่ระดับบุคคล ชุมชนและประเทศ ให้เห็นความสำคัญของการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ มีการวางแผนด้านการออม ด้านสุขภาพ การปรับตัวทางด้านสังคมและจิตใจโดยบางประเทศขยายเวลาการเกษียณอายุและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีงานทำมากขึ้นเพื่อให้รู้สึกว่าคุณค่าสร้างความภาคภูมิใจให้กับผู้สูงอายุ (รัชณี โตอาจ, 2557)

องค์การอนามัยโลกกำลังพยายามสร้างความเข้าใจและกระตุ้นเตือนให้ทั่วโลกรับมือ ด้วยการเผยแพร่ข้อเท็จจริงโดยสังเขป คือ จำนวนประชากรสูงอายุของโลกสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จากจำนวน 900 ล้านคนในปี ค.ศ. 2015 เป็น 2,000 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2050 โดยมีปัญหาการเสื่อมโทรมของสุขภาพที่ไม่ใช่โรคติดต่อ มักเกิดในผู้สูงอายุในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและต่ำ โรคหลักที่ทำให้เสียชีวิตคือ โรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง โรคเรื้อรังเกี่ยวกับปอด และโรคที่ทำให้สมรรถภาพร่างกายเสื่อมถอย คือ โรคปวดหลัง ปวดคอ ซึมเศร้า เบาหวาน สมอเลื่อม ข้อเสื่อม ซึ่งโรคส่วนใหญ่มาจากสภาพแวดล้อมทางกายและจิตใจ ตลอดจนพฤติกรรม จากการที่ร่างกาย

เสื่อมถอย การดำเนินงานสาธารณสุขต้องปรับแนวคิดพื้นฐานในการยกระดับสังคมผู้สูงอายุ โดยมองว่าค่าใช้จ่ายทางสุขภาพคือการลงทุนที่คุ้มค่า ระยะยาว เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองและเป็นประโยชน์ต่อสังคม ซึ่งระบบสุขภาพต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุอย่างมีบูรณาการ คงไว้ซึ่งศักยภาพและความสามารถของผู้สูงอายุ โดยในศตวรรษที่ 21 ทุกประเทศต้องมีระบบในการรักษาพยาบาลระยะยาว การเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยด้วยสุขภาพที่ดีเป็นเรื่องของทุกระดับภาคส่วนของภาครัฐบาล เพื่อการไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (WHO, 2017)

1.2.2 โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุไทยและผลกระทบ

จากข้อมูลการสำรวจสำมะโนงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทยมีประชากร 65,479,453 คน แบ่งเป็นประชากรหญิง 33.4 ล้านคน (ร้อยละ 51.0) และชาย 32.1 ล้านคน (ร้อยละ 49.0) ประเทศไทยเป็นประเทศลำดับที่สามในทวีปเอเชียที่โครงสร้างประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว รองจากประเทศญี่ปุ่นและเกาหลีใต้ โดยคาดหมายว่าประชากรวัยทำงาน (อายุ 15-64 ปี) ของประเทศไทยจะถึงจุดสูงสุดใน พ.ศ. 2560 คืออยู่ที่ร้อยละ 72 และลดลงต่ำกว่าร้อยละ 60 ใน พ.ศ. 2593 ในขณะที่ประชากรสูงอายุ (มากกว่าร้อยละ 65 ปี) จากอยู่ที่อัตราร้อยละ 8.9 ใน พ.ศ. 2553 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 19.5 ใน พ.ศ. 2573 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของไทยเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 3-4 ทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ประมาณ พ.ศ. 2548 และในอีก 20 ปี ข้างหน้า สัดส่วนจะเป็นร้อยละ 25 ซึ่งถือเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว นอกจากสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นแล้ว ยังมีตัวบ่งชี้คือ “ดัชนีการสูงวัย” ซึ่งแสดงถึงการเปรียบเทียบโครงสร้างการทดแทนกันของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ กับกลุ่มประชากรวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) ในกลุ่มอาเซียน ไทยมีค่าเป็นอันดับสองรองจากสิงคโปร์ และตามมาด้วยเวียดนาม และพม่า

สาเหตุสำคัญของการเพิ่มสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว เนื่องมาจากปัจจัยสำคัญ 2 ประการคือ การลดลงของภาวะเจริญพันธุ์หรือการเกิดน้อยลง จากข้อมูลอัตราเจริญพันธุ์รวมแสดงจำนวนบุตรเฉลี่ยต่อสตรีคนหนึ่งได้ลดลงจาก 4.9 คน ต่อสตรี 1 คน ใน พ.ศ. 2517 จะเหลือประมาณ 1.3 คน ต่อสตรี 1 คน ใน พ.ศ. 2576 และการลดอัตราตาย ทำให้อายุคนไทยยืนยาวขึ้น จากอายุคาดเฉลี่ยเพศชายประมาณ 55 ปี ในเพศหญิง 62 ปี (พ.ศ. 2557) เป็นเพศชาย 76 ปี เพศหญิง 83 ปี (พ.ศ. 2573) (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2558, น. 1-3)

จากการคาดการณ์ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จาก พ.ศ. 2533 ถึง พ.ศ. 2573 คาดว่าประชากรจะเพิ่มจากร้อยละ 66.48 เป็น 70.63 จำนวนประชากรวัยเด็ก (0-14 ปี) จะลดลงอย่างสม่ำเสมอจากร้อยละ 29.23 เป็น 13.50 ประชากรวัยทำงาน

(15-59 ปี) จะลดลงจากร้อยละ 63.40 เป็น 61.38 และประชากรสูงอายุเพิ่มจากร้อยละ 7.36 เป็น 25.12 การเปลี่ยนแปลงนี้ ส่งผลให้อัตราส่วนภาระพึ่งพิงหรือภาวะโดยรวมที่ประชากรวัยทำงานจะต้องเลี้ยงดูประชากรวัยเด็กและวัยสูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น (ไพโรจน์ วงศ์วุฒิวัฒน์, 2556) ประเทศไทยใช้เวลาในการก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุเพียง 20 ปี ซึ่งถือเป็นการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้วใช้เวลาค่อนข้างนานมากกว่านี้ จึงมีเวลาน้อยในการปรับตัว ปรับโครงสร้างทางเศรษฐกิจ และสังคมรองรับสถานการณ์ผู้สูงอายุ

ผลกระทบต่อด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุมีการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้นจากอดีต จากข้อมูลในปี ค.ศ. 2013 พบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 41.4 เบาหวานร้อยละ 18.2 ข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 8.6 และสมองเสื่อมร้อยละ 6 และพบผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและอยู่ในภาวะพึ่งพิงร้อยละ 20 จึงจำเป็นต้องส่งเสริมการป้องกันฟื้นฟูและพัฒนาาระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ

ผลกระทบต่อด้านสังคมของผู้สูงอายุไทย จากการที่ผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้นแต่สุขภาพที่ถดถอยลดทอนความสามารถในการทำงานมีรายได้และพึ่งพาตนเอง ประกอบกับสังคมที่คนโสดเพิ่มขึ้นและมีลูกน้อยลง การเกื้อหนุนจากครอบครัวลดลง สัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวหรือตามลำพังกับคู่สมรสมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะมีความพร้อมด้านการเงินและสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตามพบปัญหาที่ผู้สูงอายุไทยไม่มีผู้ดูแล แม้ในภาพรวมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 94.8 ยังสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ แต่ผู้สูงอายุวัยปลาย 80 ขึ้นไป ถึง 1 ใน 5 พบว่าจำเป็นต้องมีผู้ดูแล (สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล, 2562, น. 33-34) อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุในยุคปัจจุบันมีอายุน้อยกว่าอายุจริง จึงทำให้มีความสนใจในภาพลักษณ์ของตนเอง ให้ดูดีเสมอ มีการดูแลสุขภาพอย่างดี มีพฤติกรรมบริโภคตามสมัยนิยม และหลีกเลี่ยงการพึ่งพิงลูกหลานหรือบุคคลอื่น (วัชรภรณ์ ชิวโสภิญโญ, 2562)

ผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้อยู่ได้โดยใช้เงินออม หากไม่พอเพียงทำให้เป็นภาระสังคม ผู้สูงอายุที่มีรายได้คือผู้สูงอายุวัยต้น (60-64 ปี) แต่เมื่ออายุเพิ่มขึ้นรายได้ลดน้อยลงและไม่มีเงินออมเพียงพอทำให้เป็นภาระสังคม พบว่าผู้สูงอายุมีรายได้น้อยกว่าเส้นความยากจน (รายได้ต่ำกว่า 2,667 บาทต่อเดือน) แห่หลังรายได้จากบุตรลดลง แต่ส่วนใหญ่ด้านสวัสดิการยังได้จากรัฐ คือเบี้ยยังชีพซึ่งไม่พอเพียง ด้านสิทธิการรักษา สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 83.2 ที่เหลือเป็นสิทธิข้าราชการบำนาญ ประกันสังคม กองทุนทดแทน รัฐวิสาหกิจ และอื่นๆ ผู้สูงอายุมีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาถึงร้อยละ 68.7 อ่านออกเขียนได้ร้อยละ 83.7 ปริญญาตรีและสูงกว่าร้อยละ 5.4 ทำให้ขาดความรู้ทางการเงินในบั้นปลายชีวิต (สำนักวิชาการสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2561) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุยังคงอยู่ในกำลังแรงงานเป็น

เป้าหมายหนึ่งในการรับมือการสูงวัย เป็นการผ่อนภาระพึ่งพาต่อครอบครัวและรัฐ ทั้งยังช่วยทดแทนแรงงานที่ลดน้อยลงไปอีก โดยเฉพาะผู้สูงอายุ 60-64 ปี ที่ยังคงทำงาน ลดลงเหลือจากร้อยละ 80 เหลือร้อยละ 59 ทั้งที่ยังมีสุขภาพแข็งแรง ยังสามารถทำงานได้ พบมีเพียง 1 ใน 10 ที่ประเมินว่าสุขภาพของตนไม่ดี รูปแบบการส่งเสริมได้แก่ การขยายอายุเกษียณ การจ้างงานกลับเข้ามาใหม่ และการสร้างงานให้กับผู้สูงอายุ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และสถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล, 2562, น. 60-70)

ด้านสภาพแวดล้อมพบว่ายังไม่เหมาะสม ยังมีการใช้ส้วมของร้อยละ 6-7 พบว่ายังมีการหกล้มภายในและสถานที่สาธารณะ จึงควรมีการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน สถานที่สาธารณะให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน มักมีการแยกตัวซึ่งสามารถเกิดได้จากความเสื่อมความชรา ทำให้มีการเคลื่อนไหวลำบาก การทรงตัวไม่ดี อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย กระดูกหักเปราะได้ง่าย มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมคือ อยู่กับสังคมน้อยลง กลับมาใช้ชีวิตกับลูกหลานซึ่งมีความคิดแตกต่างกัน มีความแตกต่างของวัยและประสบการณ์ ทำให้เกิดความขัดแย้ง และเนื่องจากการเปลี่ยนจากสังคมเกษตรเป็นสังคมอุตสาหกรรมเกิดการเคลื่อนย้ายแรงงาน ประชากรวัยทำงานต้องมาทำงานในเมือง ทั้งให้ผู้สูงอายุอยู่ห่างไกล และมีการสูญเสียคนรัก ขาดการเข้าร่วมกิจกรรม และเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ มีอารมณ์โกรธ ขุ่นเคืองได้ง่าย ทำให้เกิดการปลีกตัวจากสังคม โดยพบว่าเกิดในผู้สูงอายุหญิงมากกว่าเพศชาย ได้มีการค้นหาวิธีเพื่อแก้ปัญหาการแยกตัวของผู้สูงอายุได้ โดยการส่งเสริมการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เป็นอาสาสมัครช่วยเหลือองค์กรต่างๆ ช่วยลดปัญหาความว้าเหวที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ (จารุวรรณ ก้านศรี, 2562)

กล่าวโดยสรุปโลกและประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุมาหลายปีแล้ว และกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ที่มีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ขึ้นไป ส่งผลต่อด้านเศรษฐกิจและสังคม และสุขภาพของประชากรโดยรวม ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ทั้งภาครัฐและเอกชนจะต้องประสานความร่วมมือเพื่อรับสถานการณ์ดังกล่าว

1.3 แนวคิดทฤษฎีผู้สูงอายุ

ทฤษฎีผู้สูงอายุมีด้วยกันหลายทฤษฎี แต่การวิจัยนี้ได้นำทฤษฎีสูงอายุเชิงจิตสังคม (Psychosocial theory of aging) เป็นการอธิบายในเรื่องของบทบาท หน้าที่ ความสัมพันธ์ในสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในด้านบุคลิกภาพ สถานภาพ โครงสร้างของครอบครัว และการมีกิจกรรมในสังคม

1.3.1 ทฤษฎีถดถอยจากสังคม (Disengagement theory)

เป็นทฤษฎีที่เกิดขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1950 ของ Elaine Cummings และ William Henry ที่กล่าวถึงการถอยห่างจากสังคม ซึ่งพิมพ์เผยแพร่ครั้งแรกในหนังสือ *Growing old: The Process of Disengagement* เมื่อปี ค.ศ. 1961 ทฤษฎีนี้เชื่อว่า บุคคลเมื่อถึงวัยสูงอายุจะมีบทบาทและหน้าที่ในสังคมลดลง ทำให้เริ่มมีการแยกตัวออกจากสังคม วางตัวเป็นอิสระมากขึ้น โดยส่วนใหญ่พบว่า มีความพึงพอใจในอิสระที่ได้รับ แต่ในผู้สูงอายุบางคนกลับรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตัวเอง ทำให้ขาดความความสุขในการดำรงชีวิต คนรอบข้างและสังคมจะต้องให้การยอมรับ ให้ความเคารพ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในสังคมมากขึ้น (ชนยศ สุมาลย์โรจน์ และ ฮานานมูฮิบบะ ตุดดิน นอจิ สุขไสว, 2558)

1.3.2 ทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน (*The activity theory*)

พัฒนาขึ้นโดย Robert Havighurst ในปี 1960 ทฤษฎีนี้เชื่อว่า การที่ผู้สูงอายุใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข และรู้สึกว่าการประสบความสำเร็จในชีวิต และมีความพึงพอใจในชีวิตนั้น จะต้องมีการอยู่ร่วมกันในสังคม การทำกิจกรรม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในสังคม โดยกิจกรรมนั้น จะต้องมีความเหมาะสมกับอายุ (ชนยศ สุมาลย์โรจน์ และ ฮานานมูฮิบบะ ตุดดิน นอจิ สุขไสว, 2558)

1.3.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (*Continuity theory*)

ทฤษฎีนี้พัฒนาขึ้นโดย Bernice Neugarten และคณะ ราวปี ค.ศ. 1960 ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุมิแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมต่อเนื่องจากอดีตในวัยต้นๆ ของชีวิต ทั้งนี้ ความชอบ ความเชื่อ ค่านิยมและปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อบุคลิกภาพ หากพฤติกรรมในวัยสูงอายุไม่ขัดแย้งต่อความรู้สึกภายใน ให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสตัดสินใจที่จะเลือกปฏิบัติพฤติกรรม จะทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ บุคคลรอบข้างควรให้ความเข้าใจถึงพฤติกรรมความต่อเนื่องของผู้สูงอายุ (ชนยศ สุมาลย์โรจน์ และ ฮานานมูฮิบบะ ตุดดิน นอจิ สุขไสว, 2558)

1.3.4 ทฤษฎีอีริกสัน (*Erikson's Epigenetic theory*)

อีริกสัน (Erikson, 1985) ได้แบ่งพัฒนาการทางบุคลิกภาพของชีวิต โดยเน้นความแตกต่างความสัมพันธ์ระหว่างช่วงอายุของคนเรากับความต้องการด้านเจตคติและทักษะ และความต้องการด้านจิตใจไว้เป็น 8 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะแรกเกิดถึง 1 ปี เป็นลักษณะความเชื่อถือไว้วางใจ กับไม่มีความเชื่อถือไว้วางใจ

ระยะที่ 2 ระยะ 2-3 ปี เป็นลักษณะของความอิสระกับความละอาย ความสงสัยไม่แน่ใจ

ระยะที่ 3 ระยะ 3-5 ปี เป็นลักษณะของความคิดริเริ่มกับความรู้สึกผิด

ระยะที่ 4 ระยะ 6 ปี เป็นลักษณะของความขยันหมั่นเพียรกับความรู้สึกด้อย

ระยะที่ 5 ระยะวัยรุ่นเป็นลักษณะของการทำงานเข้าใจรู้จักตนเองได้กับความสับสนไม่เข้าใจตนเอง

ระยะที่ 6 ระยะเริ่มเป็นผู้ใหญ่ เป็นลักษณะของความใกล้ชิดสนิทสนม และความเป็นปึกแผ่นกับความโดดเดี่ยวอ้างว้าง

ระยะที่ 7 ระยะผู้ใหญ่และผู้ใหญ่วัยกลางคน เป็นลักษณะของการให้กำเนิดและเลี้ยงดูบุตร กัมกับการหมกมุ่นใฝ่ใจแต่ตนเอง

ระยะที่ 8 วัยชรา เป็นลักษณะของความมั่งคั่งสมบูรณ์ กับความหมดหวังทอดอาลัย

ในช่วงระยะที่ 7 และ 8 ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแล ช่วงระยะที่ 7 อยู่ในช่วง 25-65 ปี เป็นช่วงที่มีความทะเยอทะยาน ต้องการสร้างความสำเร็จ หากในช่วงนี้ประสบความสำเร็จจะส่งผลให้มีความมั่นคงมีความภาคภูมิใจในตนเอง และสืบทอดต่อไปยังรุ่นลูกหลาน อีริกสันเรียกกลุ่มนี้ว่า Generativity แต่ถ้าในช่วงวัยระยะที่ 7 ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต เมื่อสู่วัยสูงอายุจะเจ็องหงอยขาดความกระตือรือร้น กลุ่มนี้เรียกว่า Stagnation

1.3.5 ทฤษฎีของเพค (Peck 's theory)

เพค (Peck, 1968) ได้แบ่งผู้สูงอายุเป็นสองกลุ่มในแต่ละกลุ่มจะมีความแตกต่างกันทางด้าน กาย จิต และสังคม โดยจัดเป็นสองกลุ่มคือ ผู้สูงอายุวัยต้น (55-74 ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (ตั้งแต่ 75 ปี ขึ้นไป) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุมีการพัฒนาการ 3 ประการคือ

1) ความรู้สึกของผู้สูงอายุขึ้นกับงานที่ทำอยู่ ผู้สูงอายุจะรู้สึกภาคภูมิใจและเห็นว่าตนเองมีคุณค่าเมื่อได้ทำงาน แต่เมื่อเกษียณอายุแล้ว ความรู้สึกนี้จะลดลง ฉะนั้นบางคนจะสร้างความพึงพอใจต่อไป โดยหางานอื่นทำแทน เช่น ปลูกต้นไม้

2) ผู้สูงอายุยอมรับว่าเมื่ออายุมากขึ้น สมรรถภาพของร่างกายเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติ ร่างกายมีความแข็งแรงลดลง ชีวิตจะมีความสุข ถ้าสามารถยอมรับและปรับความรู้สึกได้

3) ผู้สูงอายุยอมรับว่าร่างกายต้องเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติ ยอมรับเรื่องความตายโดยไม่รู้สึกกลัว

จากทฤษฎีสูงอายุเชิงจิตสังคมทำให้ทราบว่า ผู้สูงอายุไม่เพียงมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย แต่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ต้องยอมรับว่ามีความสามารถลดลงและปล่อยวางสิ่งต่างๆ มากขึ้น แต่ยังมีความต้องการทำกิจกรรมที่ตนเองถนัดตั้งแต่ก่อนเกษียณ และยังมีแบบแผนการดำรงชีวิตบุคลิกภาพคงเดิม ซึ่งความมั่นคงทางความรู้สึกเกิดจากการประสบความสำเร็จในวัยช่วงต้นของอายุ หากไม่ประสบความสำเร็จจะมีผลให้เกิดความหดหู่ท้อแท้ในวัยชรา แต่อย่างไรก็

ตามยังคงอยากให้เห็นตนเองมีคุณค่า และมีความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ชมรมผู้สูงอายุจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุได้คงความสามารถของตนเอง และได้แสดงศักยภาพของแต่ละคน ทำให้เกิดความพึงพอใจในตนเอง ไม่เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจและมีสุขภาพทางกายและจิตที่ดี

2. สถานการณ์โรคในช่องปากในผู้สูงอายุและผลกระทบ

สัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนา โรคไม่ติดต่อกลายเป็นปัญหาหนักที่ตามมาทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต ซึ่งเป็นความท้าทายจากการสูญเสียซึ่งเป็นผลจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ สถานการณ์โรคในช่องปากและโรคเรื้อรังมีปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน องค์การอนามัยโลกได้ตระหนักถึงปัญหาการสูงอายุตั้งแต่ปี ค.ศ. 1995 และในปี ค.ศ. 2002 ได้ส่งเสริมโปรแกรมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ด้านสุขภาพ ความปลอดภัย และ การมีส่วนร่วมในสังคม โดยผู้สูงอายุควรมีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพมิใช่ทุพพลภาพ โดยได้เห็นถึงความสำคัญของการมีภาวะทันตสุขภาพที่ดี สถานการณ์โรคในช่องปากผู้สูงอายุอยู่ในภาวะที่น่าเป็นห่วงเนื่องจากมีโรคฟันผุและโรคปริทันต์เพิ่มขึ้น การมีสันเหงือกกว้าง อาการปากแห้ง และมะเร็งช่องปาก และมีหลักฐานพบว่าโรคปริทันต์มีความสัมพันธ์กับโรคทางระบบต่างๆ และสัมพันธ์กับการบดเคี้ยวและการขาดสารอาหาร ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Gil-Montoya, Mello, Barrios, Gonzalez-Moles, & Bravo, 2015) เนื้อหาในส่วนนี้จะกล่าวถึง การเปลี่ยนแปลงทางสรีระในช่องปากของผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ และปัจจัยจากโรคทางระบบและอื่นๆ ที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

2.1 การเปลี่ยนแปลงทางสรีระในช่องปากของผู้สูงอายุ

2.1.1 ต่อม้ำลายและน้ำลาย ปกติน้ำลายจะผลิตได้วันละ 0.5-1.5 ลิตร ในผู้สูงอายุการทำงานของต่อม้ำลายลดลง เนื่องจากขนาดของต่อม้ำลายเล็กลงหรือฝ่อลีบ น้ำลายจะถูกขับออกมาน้อย ความชื้น ใส ของน้ำลายมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้ภูมิคุ้มกันในช่องปากลดลง ทำให้มีอาการปากแห้ง ระคายเคือง กลืนลำบาก แสบร้อนในช่องปาก เกิดเชื้อราได้ และพบฟันผุที่ตัวฟันและรากฟันง่าย ในผู้สูงอายุที่ได้รับการฉายรังสีและได้รับยาโรคทางระบบ จะมีปัญหาน้ำลายแห้ง จึงควรจิบน้ำบ่อยๆ หรือใช้น้ำลายเทียม (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2555, น. 63)

2.1.2 ลิ้นและประสาทสัมผัสในช่องปาก การเคลื่อนไหวของลิ้นเพื่อประโยชน์ในการบดเคี้ยวและการกลืนนั้น จะมีการเคลื่อนไหวที่ช้าลง อีกทั้งแรงดันในการกลืนลดลง ทำให้เกิดการสำลักได้ง่าย ส่วนประสาทสัมผัสในช่องปาก พบว่าความไวของการรับรสเค็มและรสขมจะ

ลดลง ในขณะที่รสหวานและรสเปรี้ยวจะไม่มีเปลี่ยนแปลง ส่วนประสาทในการรับกลิ่นจะลดลงตามอายุเช่นกัน ซึ่งส่งผลต่อความอยากอาหารและทำให้เกิดสภาวะทุพโภชนาการได้ในผู้สูงอายุ

2.1.3 ฟันและอวัยวะปริทันต์ ในผู้สูงอายุจะพบว่าลักษณะของฟันจะเปลี่ยนไป โดยมีสีเหลืองมากขึ้น หรือมีสีคล้ำขึ้น เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงความหนาและส่วนประกอบของเนื้อฟันและสารเคลือบฟัน เนื้อฟันมีความกระด้างมากขึ้น เป็นผลให้รากฟันและเนื้อฟันเปราะสึกกร่อนได้ง่ายขึ้น ทำให้รูปร่างของฟันเปลี่ยนไป อีกทั้งเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงตัวฟันลดลง จึงทำให้การรับรู้ความเจ็บปวดและการป้องกันสิ่งอันตรายลดลง เส้นเลือดในโพรงประสาทฟันมีจำนวนลดลง ทำให้ตัวฟันไวต่อการรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นภายนอกลดลง เช่น ความเจ็บปวด ซึ่งส่งผลให้การป้องกันอันตรายต่อภายนอกลดลง ส่วนบริเวณอวัยวะปริทันต์พบว่า ความกว้างและปริมาณเส้นใยของเอ็นยึดปริทันต์มีจำนวนลดลง เหงือกมีความบางลงจากการสร้างทิวตินลดลง และคอลลาเจนลดลง ตัวกระดูกเบ้าฟันก็พบว่ามีการบางลง และบริเวณที่ไม่มีฟันจะมีการละลายของเบ้าฟันและทำให้รูปร่างหน้าเปลี่ยนไป

2.1.4 เยื่อช่องปาก มีลักษณะแห้งและบางลง จากการสร้างทิวตินที่ลดลง และเนื้อเยื่อมีความยืดหยุ่นลดลง ทำให้เสี่ยงที่จะได้รับบาดเจ็บง่ายขึ้น (รวิวรรณ สุรเศรษฐ์, 2561, น. 88-91)

2.2 ปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

2.2.1 การสูญเสียฟัน

การสูญเสียฟันเกิดจากฟันที่ไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ปล่อยจนถึงระยะสุดท้ายจากโรคฟันผุและโรคปริทันต์ มาเมื่อมีอาการแล้วจึงต้องการการรักษาที่ซับซ้อน ใช้เวลาและค่าใช้จ่ายและไม่สะดวกต่อผู้สูงอายุในการมารับบริการ สุดท้ายนำไปสู่การรักษาโดยการถอนฟันในที่สุด โดยที่ผู้สูงอายุไม่ได้ตระหนักถึงผลเสียที่ตามมา นับเป็นความล้มเหลวในระบบการดูแลทันตสุขภาพ ซึ่งภาวะสูญเสียฟันสัมพันธ์กับการบดเคี้ยวและปัญหาโภชนาการ และมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิต (Adolph et al., 2017) โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีฟัน 10-19 ซี่ ซึ่งมีผลต่อภาวะทุพโภชนาการถึงร้อยละ 25 โดยมีน้ำหนักลด ทานได้น้อย และมีความสัมพันธ์กับสมองเสื่อม เจริญ อารมณ์ป่วย มากกว่าผู้ที่มีภาวะโภชนาการปกติ ดังนั้นการมีฟันมากกว่า 20 ซี่ จึงมีความสำคัญต่อการมีภาวะทันตสุขภาพที่ดี (Rutgers University, 2018) จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีการสูญเสียฟันทำให้การบดเคี้ยวอาหารได้ไม่ดี รู้สึกไม่อร่อย รูปแบบของอาหารที่รับประทานเปลี่ยนไป ทานพวกกากใยลดลง และทานอาหารที่ผ่านกระบวนการมากขึ้น เพื่อให้ทานได้ง่าย ทำให้เพิ่มการทานไขมันเพิ่มขึ้น ซึ่งนอกจากปัญหาทุพโภชนาการแล้ว ยังมีผลต่อโรคหลอดเลือดอุดตัน และหลอดเลือดหัวใจ ส่งผลต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Rajaraman, Ariga,

Dhanraj, & Jain, 2018) การสูญเสียฟันทำให้ทานผักผลไม้ลดลง เนื่องจากปัญหาการบดเคี้ยว และมีการทานอาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรตเพิ่มขึ้น แต่ทาน โปรตีนลดลงโดยพบในผู้ที่มีฟันน้อยกว่า 21 ซี่ (Zhu, & Hollis, 2014)

ผู้สูงอายุมีการสูญเสียฟันอย่างมาก ซึ่งสัมพันธ์กับสถานะทางสังคม ยังมีรายได้น้อยร่วมกับการศึกษาน้อย ยังมีการสูญเสียฟันมากกว่า โดยสาเหตุหลักของการสูญเสียฟันเกิดจากโรคปริทันต์หรือฟันผุ และปัจจัยอื่นรองลงมา เช่น การสูบบุหรี่ และการมีโรคประจำตัว แต่ในบางประเทศที่มีการบริการจำกัด มักถูกถอนเพียงเพราะปวดฟันและรู้สึกไม่สบายช่องปาก หรือขาดอุปกรณ์หรือวัสดุในการให้บริการได้ การมีฟันเหลือน้อยทำให้เกิดปัญหาในการรับประทานอาหาร

2.2.2 โรคปากอักเสบสาเหตุจากฟันเทียม

เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบจากการใส่ฟันปลอม มักมีความสัมพันธ์กับเชื้อรา พบน้อยกว่าเกิดจากฟันปลอมที่ไม่พอดี หรือปฏิกิริยาที่เกิดจากการแพ้ เกิดประมาณร้อยละ 50 ของผู้ใส่ฟันเทียม สาเหตุเกิดจากการใส่ฟันปลอมทั้งปากพบมากในชากรรไกรบน เนื่องจากฐานฟันปลอมเป็นอคริลิกเชื้อราสามารถเกาะได้ดี และการทำความสะอาดฟันปลอมที่ไม่ดีทำให้เกิดการสะสมของเชื้อราและแบคทีเรีย และในฟันปลอมเก่าที่หลวมทำให้เกิดบาดแผลที่เนื้อเยื่อเกิดการติดเชื้อได้ง่าย และฟันผิวที่ไม่เรียบของฟันปลอมก่อให้เกิดโรคได้ มักเกิดกับผู้ป่วยที่ไม่ถอดฟันปลอมก่อนนอน และเกิดในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน น้ำลายแห้ง การดูแลรักษาที่สำคัญคือการถอดฟันปลอมก่อนนอน และการทำความสะอาด ซึ่งอาจใช้สารเคมีพวก โซเดียมเปอร์บอเรท (sodium perborate) โซเดียมไฮโปคลอไรท์ (sodium hypochlorite) คลอเฮกซิดิน ไดกลูโคเนท (chlorhexidine digluconate) กรดอ่อนๆ การแช่ในเอนไซม์ หรือ 10% น้ำส้มสายชู ร่วมกับการแปรงด้วยแปรงนุ่มๆ กับสบู่เหลว หรือการใช้เครื่องอัลตราโซนิก (Smith, 2010)

ปัจจัยที่ส่งเสริมการกลับเป็นซ้ำของรอยโรคปากอักเสบสาเหตุจากฟันเทียมคือการใส่ฟันเทียมตลอดเวลา ไม่ถอดในตอนนอน ระดับความรุนแรงของโรคเหงือก และการกดเจ็บต่อเนื้อเยื่อในช่องปาก ส่วนปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับการเป็นซ้ำของรอยโรคปากอักเสบสาเหตุจากฟันเทียมคือ อายุการใช้งานของฟันเทียม ค่าดัชนีการอักเสบของเหงือก ดัชนีการบจุลินทรีย์บนผิวฟัน ค่าดัชนีความสะอาดของฟันเทียม ความรู้ของผู้ใส่ฟันเทียม ความพึงพอใจของผู้ใส่ฟันเทียม เกี่ยวกับการยึดอยู่ โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (โสภิตา ถิ่นหัวเตย, วรรณิการ์ แก้วลอย, กวินทรปนิชจน์ เจนนฤมิตร, อัจฉยา ต่วนรอปปี, และกนกพร ปางสมบุญ, 2559)

2.2.3 ฟันผุที่ตัวฟันและรากฟัน

ผู้สูงอายุมักมีลักษณะฟันที่มีการล้มเอียง ยื่นยาว เหงือกกรันจนรากฟันโผล่ ทำให้เกิดการผุบริเวณซอกฟันหรือรากฟัน ซึ่งแตกต่างจากการผุในวัยเด็กหรือหนุ่มสาวที่มีการผุด้านบดเคี้ยว การสะสมคราบจุลินทรีย์เกิดได้ง่าย จึงต้องหมั่นตรวจฟันและดูแลเรื่องการทำความสะอาดช่องปากเป็นอย่างดี ซึ่งสาเหตุของการเกิดโรคฟันผุเกิดจากเชื้อโรคในคราบจุลินทรีย์ที่เกาะอยู่บริเวณผิวฟัน ย่อยสลายอาหารพวกน้ำตาล ทำให้เกิดกรดบริเวณผิวฟัน เกิดภาวะความเป็นกรดในช่องปาก เมื่อภาวะความเป็นกรดลดต่ำลงถึงระดับหนึ่ง ผิวฟันจะมีการสูญเสียแร่ธาตุ ซึ่งถ้าไม่มีการฟื้นฟูกลับของแร่ธาตุ จะเกิดการเป็นรูผุได้ และผู้สูงอายุมักมีน้ำลายน้อย ทำให้เกิดสภาวะความเป็นกรดในช่องปากสู่สภาวะเป็นกลางได้ช้า จึงทำให้เกิดการสูญเสียแร่ธาตุและเกิดฟันผุได้ง่าย (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2554) ผู้สูงอายุมักเกิดฟันผุที่รากฟัน สัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น และการมีโรคประจำตัว การแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ช่วยลดอัตราการผุและเสริมสร้างความแข็งแรงแก่ฟันได้ (Wyatt, Wang, & Aleksejuniene, 2014) การใส่ฟันปลอมชนิดถอดได้บางส่วน การมีอนามัยช่องปากที่ไม่ดีเพราะความเจ็บป่วยของโรคทางร่างกาย เช่น เบาหวาน ข้ออักเสบ ภาวะเครียด ซึมเศร้า เป็นปัจจัยร่วมทำให้มีฟันผุได้ง่ายขึ้น ในอดีตมีการถอนฟันทำให้เกิดการสูญเสียฟันไปมาก แต่ปัจจุบันเน้นการกรอเนื้อฟันเอาส่วนที่ผุออกให้น้อยที่สุด และ ส่งเสริมการใช้ฟลูออไรด์ป้องกันฟันผุ เพื่อรักษาฟันธรรมชาติให้คงอยู่ เลี่ยงการใส่ฟันปลอม (Allen, Mata, & Hayes, 2019)

การเกิดโรคฟันผุพบได้สูง และเป็นปัญหาสุขภาพของประชาชน มีความสัมพันธ์กับสถานะทางเศรษฐกิจสังคม การศึกษา การทำความสะอาดช่องปากและการส่งเสริมสุขภาพ (Tafere, Chanie, Dessie, & Gedamu, 2018)

2.2.4 โรคปริทันต์

ลักษณะของเหงือกปกติของผู้สูงอายุจะมีสีชมพูซีด อาจค่อนข้างคล้ำ มีความแน่นแข็งพอสมควร ไม่มีลักษณะบวมแดง ช้ำ แต่อาจมีการร่นบ้าน จากการแปรงฟันที่ผิดวิธี หรือผลจากรอยโรคในอดีต เนื้อเยื่อปริทันต์เป็นอวัยวะที่อยู่รอบรากฟัน ไม่สามารถมองเห็นได้ในช่องปาก ประกอบด้วย เยื่อยึดปริทันต์ กระดูกเบ้าฟัน ทำหน้าที่ในการรับแรงบดเคี้ยวจากตัวฟันสู่กระดูกขากรรไกร เมื่ออายุมากขึ้นจะมีการสร้างเนื้อเยื่อทดแทนลดลง เยื่อปริทันต์จึงบางและยึดหยุ่นลดลง สำหรับกระดูกเบ้าฟันมีการไหลเวียนโลหิตภายในลดลง การสร้างและการทำลายกระดูกช้าลง กระดูกเบ้าฟันจะบางและพรุนมากขึ้น แต่ยังสามารถใช้งานได้ตามปกติ รอยโรคที่พบบ่อยคือโรคปริทันต์อักเสบ มีความสัมพันธ์กับความสะอาดของปากและการสะสมคราบจุลินทรีย์ โรคปริทันต์มีสาเหตุมาจากการมีหินปูน ซึ่งเป็นแหล่งสะสมของแบคทีเรียที่หลั่งสารพิษออกมา ทำให้เกิดโรคปริทันต์อักเสบตามมาเป็นผลให้ฟันโยกหลุดได้ (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2554)

ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการเกิดโรคปริทันต์มากกว่าวัยหนุ่มสาว เนื่องจากการรักษาความสะอาดไม่ดี และสัมพันธ์กับการเกิดโรคเบาหวานและการสูบบุหรี่ การเกิดโรคปริทันต์อักเสบมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปอดติดเชื้อและมีความสัมพันธ์กับโรคทางระบบต่างๆ (นิรภา คงกันกง, ม.ป.ป., น. 32-38) การติดเชื้อในช่องปากมีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยเฉพาะโรคปริทันต์อักเสบ จึงควรรักษานามัยช่องปากเพื่อลดการเกิดโรคปริทันต์) และยังพบว่าโรคปริทันต์มีความสัมพันธ์กับ โรคสมองเสื่อม การสูญเสียความจำ อัลไซเมอร์ และโรคหลอดเลือดหัวใจ (Bui et al., 2019)

1) โรคปริทันต์กับโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ

เกิดจากเชื้อที่เข้าสู่กระแสเลือดและมาเกาะติดที่เยื่อหุ้มหัวใจหรือลิ้นหัวใจ ทำให้เกิดเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ มีไข้สูงหนาวสั่น มีการทำลายลิ้นหัวใจและมีอาการหัวใจล้มเหลวได้ในผู้ป่วยลิ้นหัวใจและไข้วรุมติก ต้องให้ยาปฏิชีวนะเพื่อลดความเสี่ยงก่อนทำฟัน

2) โรคปริทันต์กับโรคผนังหลอดเลือดแดงแข็งและอุดตัน เป็นภาวะความ

เสื่อมของหลอดเลือดขนาดกลางถึงขนาดใหญ่ทำให้เกิดการสะสมของคราบตะกอนของหลอดเลือดแดง ทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดงบริเวณนั้น หรือเกิดเป็นลิ่มเลือดลอยไปอุดตันบริเวณอื่น มีรายงานความสัมพันธ์ของการติดเชื้อเรื้อรังกับการเกิดโรคของหลอดเลือดแดงตีบและโรคที่เกี่ยวข้องกับสภาวะการมีลิ่มเลือดอุดตันของหลอดเลือด เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตายเนื่องจากการขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน เป็นต้น ผู้ป่วยที่เป็นโรคปริทันต์จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคปริทันต์ 1.5- 2 เท่า ยังไม่มีรายงานสาเหตุที่แน่นอน แต่เชื่อว่าเชื้อและสารที่เชื้อสร้างขึ้นแพร่กระจายเข้าสู่กระแสเลือดและกระตุ้นให้เซลล์ของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบหลั่งสารทางชีวภาพต่างๆ ส่งผลต่อเนื้อเยื่อและกล้ามเนื้อเรียบทำให้หลอดเลือดของกล้ามเนื้อเรียบมีจำนวนเซลล์ของกล้ามเนื้อเรียบเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีการเสื่อมของไขมันในหลอดเลือด และการแข็งตัวของเลือดในเส้นเลือดในที่สุด นำไปสู่การหนาตัวของหลอดเลือดและเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

3) โรคปริทันต์กับโรคเบาหวาน

โรคปริทันต์อักเสบในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานจะมีการทำลายของอวัยวะปริทันต์มากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน เนื่องจากโรคเบาหวานทำให้ผู้ป่วยมีระบบภูมิคุ้มกันที่เสื่อมลง ในทางกลับกันผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาโรคปริทันต์แล้วจะมีความต้องการอินซูลินในการควบคุมน้ำตาลน้อยลง จึงต้องมีการดูแลควบคู่กัน จากการศึกษาพบว่าโรคปริทันต์อักเสบระดับรุนแรงในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่สองที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน ทำให้ความเข้มข้นของ

ไกลโคเตทอีโมโกลบินสูง และความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลลดลง จึงกล่าวได้ว่าโรคปริทันต์ เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งต่อการทวีความรุนแรงของโรคเบาหวาน จึงต้องมีการรักษาควบคู่กัน

4) โรคปริทันต์กับโรกระบบทางเดินหายใจ

โรคปอดบวมเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง เกิดจากการสำลักเอาเชื้อแบคทีเรียบริเวณคอหอยส่วนปากเข้าไปในทางเดินหายใจระดับต่ำลงไป ผู้ป่วยโรคพิษสุราและเบาหวานมักมีความบกพร่องของรีเฟล็กซ์ของการกลืน ทำให้มีแบคทีเรียตกค้าง และผู้ป่วยติดเชื้อที่ดูแลอนามัยช่องปากได้ไม่ดี พบว่าผู้ป่วยที่มีเชื้อก่อโรคทางเดินหายใจอาศัยอยู่ในช่องปากนานๆ เซลล์เนื้อเยื่อผิวช่องปากจะมีการเปลี่ยนแปลงคุณสมบัติและกลายเป็นแหล่งยึดติดของเชื้อ และพบว่าเชื้อของโรคปริทันต์จะช่วยส่งเสริมให้เชื้อก่อโรคทางเดินหายใจสามารถยึดติดและเจริญเติบโตได้ดีในช่องปากมากขึ้น ดังนั้นจึงควรดูแลสุขภาพอนามัยเพื่อป้องกันการเกิดโรคปริทันต์ และหากเป็นแล้วควรรักษาให้หาย

2.2.5 ปากแห้ง

น้ำลายมีบทบาทสำคัญที่ช่วยในการย่อยอาหาร ช่วยหล่อลื่นอวัยวะในช่องปาก ป้องกันไม่ให้ปากแห้ง ช่วยในการเคลื่อนไหวของลิ้น ช่วยในการพูดชัดถ้อยชัดคำเป็นไปตามธรรมชาติ เป็นบัฟเฟอร์ที่ดี รักษาสมดุลย์ในช่องปากและผิวหนัง และยังมีบทบาทในการต้านจุลชีพในปากและระบบทางเดินอาหาร การเกิดภาวะปากแห้งพบได้ร้อยละ 13-28 ของผู้สูงอายุ ไม่ได้เกิดจากความสูงวัยโดยตรง แต่เกี่ยวข้องกับหลายปัจจัยร่วมกันได้แก่ ผลข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น ยารักษาอาการซึมเศร้า โรควิตกกังวล ยารักษาความดันโลหิตสูง ยาแก้แพ้ ยาคลายกล้ามเนื้อ การที่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง พาร์กินสัน โลหิตจาง เบาหวาน ไชข้ออักเสบ อัลไซเมอร์ หรือโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกัน เช่น โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง กลุ่มอาการโจเกรน (sjogren's syndrome) การได้รับเคมีบำบัด การฉายแสงบริเวณใบหน้า และการใช้สารเสพติด เช่น บุหรี่ แอลกอฮอล์ ภาวะปากแห้งทำให้เกิด ฟันผุ เชื้อรา รอยโรคของเนื้อเยื่อ การรับรสเปลี่ยนไป รุ้สึกลิ้นหนา การบดเคี้ยวผิดปกติ (Escobar & Aitken-Saavedra, 2018)

ในการรักษาต้องพยายามหาสาเหตุและกำจัดสาเหตุ ในผู้ป่วยที่ได้รับยาหลายชนิด อาจต้องปรึกษาแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนยาหรือลดปริมาณยาลง หลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้ปากแห้ง เช่น สภาพแวดล้อมที่ร้อนและแห้ง การสูบบุหรี่ อาหารแข็ง แอลกอฮอล์ การหายใจทางปาก ควรให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำบ่อยๆ หรือใช้น้ำลายเทียม รับประทานอาหารรสเปรี้ยวเพื่อกระตุ้นการไหลของน้ำลาย (พิชชา ดรณพันธ์, 2561)

2.2.6 มะเร็งช่องปาก

มะเร็งช่องปากยังคงเป็นปัญหาสำคัญ เป็น 1 ใน 10 อันดับแรกของมะเร็งที่พบในประเทศไทย มีอัตราการตายสูง มักพบเป็นชนิดสแควมัสเซลล์คาร์ซิโนมา (squamous cell carcinoma) ซึ่งเป็นชนิดที่มีความรุนแรง และพบว่าอัตราการรอดชีวิตใน 5 ปีแรก น้อยกว่าร้อยละ 50 พบได้ที่ ลิ้น กระพุ้งแก้ม ริมฝีปาก เหงือก เพดานปาก พื้นช่องปาก ใต้ลิ้น ลิ้นไก่ ต่อมทอนซิล และส่วนบนของลำคอ โดยมีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา เคี้ยวหมาก บุคคลในครอบครัวมีประวัติเป็น โรคมะเร็ง การกินผักและผลไม้ไม่เพียงพอ การติดเชื้อไวรัสบางชนิดเช่น ฮิวแมนพาพิลลามาไวรัส การมีแผลจากฟันปลอมไม่ถูกสุขลักษณะ และอนามัยช่องปากที่ไม่ดี มักพบในผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป

ลักษณะผิดปกติที่อาจจะเป็นมะเร็ง เช่น พบก้อนบวม ซึ่งอาจมีลักษณะนิ่มหรือแข็ง หรือเป็นแผ่นคราบแดงหรือขาว มีรอยแผลที่ไม่หายนานกว่า 2 สัปดาห์ หรือมีอาการปวดชา เป็นเวลานาน หรือมีเลือดไหลซึมจากบริเวณใดบริเวณหนึ่ง สามารถสังเกตได้ด้วยตนเอง เช่น มีอาการเจ็บคอเรื้อรัง เสียงแหบ กลืนลำบาก ขาบริเวณลิ้น ฟันปลอมที่เคยใส่ได้กลับใส่ไม่ได้ ลักษณะผิดปกติดังกล่าว จำเป็นต้องได้รับการรักษาในช่องปากอย่างถูกต้อง ควรรีบไปพบทันตแพทย์ เพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและรับการรักษาอย่างเร่งด่วน ร่วมกับการควบคุมโรคทางระบบและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2554)

2.3 ปัจจัยจากโรคทางระบบและอื่นๆ ที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพช่องปาก

2.3.1 โรคทางระบบ ได้แก่

1) โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อย ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากชัดเจน โดยเฉพาะเบาหวานที่ไม่ได้รับการควบคุม จะพบอาการปากแห้ง ปวดแสบปวดร้อนในช่องปากเนื่องจากภาวะการไหลของน้ำลายลดลง ต่อม้ำลายโต มีโอกาสเกิดฟันผุได้ง่ายเนื่องจากการเพิ่มระดับกลูโคสในน้ำลายร่วมกับภาวะน้ำลายน้อย มีแนวโน้มเกิดโรคปริทันต์ได้ง่ายและรุนแรง ติดเชื้อได้ง่ายโดยเฉพาะเชื้อราเนื่องจากเชื้อราเจริญได้ดีในน้ำลายที่มีน้ำตาลกลูโคสสูง ยิ่งสูบบุหรี่จะมีผลให้ติดเชื้อราง่ายและรุนแรงขึ้น และเมื่อมีแผลในปากจะหายช้า

2) วัณโรคปอด อาจพบแผลที่มีลักษณะเฉพาะของวัณโรคในช่องปาก โดยแผลมีลักษณะสีแดง ไม่เจ็บ แผลจะคงอยู่นาน ไม่หาย

3) โรคไต ทำให้ร่างกายไม่สามารถกำจัดของเสียออกจากร่างกายได้ เกิดภาวะยูริเมีย อาจพบอาการแสดงทางช่องปากได้ เช่น เลือดออกในชั้นใต้เยื่อช่องปากบริเวณด้านข้างของลิ้น

2.3.2 การรักษาและการใช้ยา

1) การบำบัดรักษา เคมีรักษา เพื่อด้านเซลล์มะเร็ง การฉายรังสีรักษามะเร็ง บริเวณศีรษะและใบหน้า ทำให้ต่อมน้ำลายมีการเปลี่ยนแปลง น้ำลายไหลน้อยลง มีอาการปากแห้ง ลิ้นแห้งเป็นฝ้า ฟันผุง่าย ควรดื่มน้ำบ่อยๆ เพื่อให้ช่องปากชุ่มชื้น ถ้าเป็นไปได้ควรไปปรับการรักษา ทางทันตกรรมทุกชนิดให้เรียบร้อยก่อนการฉายรังสีรักษา

2) การใช้ยารักษาโรคทางระบบที่เรื้อรังบางชนิด เช่น ยารักษาโรคภูมิแพ้ ยากลุ่มลดความเครียด ถ้าใช้ไปนานๆทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านคุณภาพและปริมาณของ น้ำลาย ยารักษาโรคหอบหืด การใช้ยาพ่นในช่องปากกลุ่มสเตียรอยด์เป็นประจำ จะมีผลข้างเคียง ทำให้เกิดการติดเชื้อราในช่องปากง่ายขึ้น

2.3.3 ภาวะทุพโภชนาการ อาจเป็นผลกระทบจากภาวะจิตใจ ซึมเศร้า หรือการไม่มี พินบดเคี้ยวอาหาร หรือการดูดซึมอาหารบกพร่อง ทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอที่พบบ่อย ได้แก่

1) การขาดวิตามินบี 2, 5, 6, 12 ทำให้ลิ้นเปลี่ยน เป็นมัน มีสีแดงจัด เนื้อเยื่อ ในปากเป็นแผลง่าย อาจเกิดแผลที่มุมปาก เรียกว่า ปากนกกระจอก

2) การขาดธาตุเหล็ก หรือกรดโฟลิก เป็นเวลานานหลายปี ทำให้เกิดภาวะ โลหิตจาง เนื้อเยื่อในช่องปากติดเชื้อง่าย ลิ้นเปลี่ยน ราบสีได้ไม่ดี ปากแห้ง รวมถึงเป็นสาเหตุการเกิด แผลปากนกกระจอกด้วย

2.3.4 การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน มักพบในผู้สูงอายุหญิง ซึ่งมีอาการที่พบอาจ มีอาการปากแห้ง ปวดแสบ ปวดร้อน บริเวณเนื้อเยื่อในช่องปาก การรับรสชาติไม่ดี

2.3.5 ปัจจัยจากพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ

1) การสูบบุหรี่ การเคี้ยวยาเส้น/ยานัตถุ์ สารประกอบในบุหรี่ โดยเฉพาะ นิโคติน น้ำมันดิน รวมทั้งสารอื่นที่เกิดจากการเผาไหม้ ในช่องปากส่งผลต่อร่างกาย โดยเมื่อผ่าน ไปที่ปอด ผ่านไปตามกระแสเลือด จะกระตุ้นต่อมหมวกไตให้ขับสารอิพิเนฟรินเพิ่มขึ้น ทำให้ หลอดเลือดรัดตัว เพิ่มการยึดติดของเกล็ดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบง่ายขึ้น เกิดความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงขึ้น เสี่ยงต่อหลอดเลือดอุดตัน ส่วนผลต่อช่องปาก ความร้อน และสารประกอบ ต่างๆ ที่เหลือตกค้างจากการเผาไหม้ ทำให้เกิดการระคายเคืองนำไปสู่การเกิดมะเร็งได้ โดยมีโอกาส เสี่ยงถึง 5 เท่าต่อผู้ไม่สูบบุหรี่ และยังมีผลโดยตรงต่อเนื้อเยื่อปริทันต์ และการสูญเสียกระดูกเบ้าฟัน รวมทั้งลดประสิทธิภาพ และไม่ค่อยสนองต่อการรักษาทางทันตกรรมด้วย

2) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/การใช้น้ำยาขี้วันปากที่ผสมแอลกอฮอล์ พบความสัมพันธ์ของผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์สูง กับการเกิดมะเร็งในช่องปาก ส่วนการใช้น้ำยาขี้วันปาก

ที่ผสมแอลกอฮอล์เป็นเวลานาน พบว่าก่อให้เกิดความระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อในช่องปากและก่อให้เกิดรอยโรคได้

3) *การเคี้ยวหมาก* เป็นการระคายเคืองอย่างเรื้อรังต่อเนื้อเยื่อในช่องปาก อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็ง

4) *การระคายเคืองจากสาเหตุอื่นๆ* เช่น การระคายเคืองจากตัวฟัน รากฟันที่ผุ ลึกร่อน วัสดุที่แตก บิ่น การใส่ฟันปลอมชนิดถอดได้ที่ไม่พอดี ฟันปลอมหลวม หรือขยับไปมา ฟันปลอมแตกหัก ชำรุด การเสียดสี การระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อในช่องปากเรื้อรัง อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งได้ภายหลัง

2.3.6 ปัจจัยจากสภาวะอนามัยช่องปาก

ในผู้สูงอายุที่มีอนามัยช่องปากไม่ดี เนื่องจากทำความสะอาดช่องปากได้ไม่ดีพอ ส่งผลให้มีอนามัยช่องปากที่ไม่ดี สภาพในช่องปากที่เอื้อต่อการเกาะติดของคราบจุลินทรีย์ เช่น มีฟันล้มเอียง ยื่นยาว อันเป็นผลจากการถอนฟันคู่สบ หรือฟันข้างเคียง มีร่องลึกบริเวณขอบเหงือก เหงือกกรัน รากฟันที่ผิวยูเรธา ไม่เรียบ หรือมีร่องบนคอฟัน รากฟัน จากการแปรงฟันผิดวิธีการมีฟันผุที่ตัวฟัน และรากฟันอยู่แล้ว การมีหินปูน หรือการใส่ฟันปลอม ซึ่งจะมีส่วนของตะขอและแผ่นฟันปลอมเพิ่มเข้ามาในช่องปาก เกิดซอกมุม ทำให้เกิดการสะสมของคราบจุลินทรีย์ง่ายขึ้น

มีสภาพร่างกายไม่พร้อม เนื่องจากมีโรคประจำตัวบางอย่าง ที่มีผลกระทบต่อประสิทธิภาพ การทำความสะอาด เช่น โรคตา ปัญหาสายตา ทำให้การมองเห็นไม่ชัดเจน ไม่สามารถกำจัดคราบจุลินทรีย์ และสิ่งตกค้างบางบริเวณได้หมด ไชข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid) เป็นอาการของไขข้ออักเสบ บวม ที่เกิดขึ้นที่กระดูกข้อมือ ทำให้ประสิทธิภาพการใช้มือลดลง แปรงฟันลำบาก ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันซึ่งขยับเคลื่อนไหวลำบาก กล้ามเนื้อใบหน้าแข็งเกร็ง ริมฝีปาก ลื่นเคลื่อนไหวไม่ดี ควบคุมการกลืนยาก การทำความสะอาดช่องปากก็จะลำบากด้วย นอกจากนี้ ปัญหาภาวะจิตใจ ซึมเศร้า สมองเสื่อม ก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุบางราย ไม่สามารถดูแลความสะอาดช่องปากด้วยตนเองได้ดีพอ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากและสุขภาพร่างกายที่เสื่อมถอย ส่งผลกับสภาวะทันตสุขภาพเกิดการสูญเสียฟัน ฟันผุ โรคปริทันต์ ทำให้สูญเสียการบดเคี้ยว บุคลิกภาพ การเข้าสังคม การเกิดโรคทางระบบซึ่งอาจยังไม่ถึงเสียชีวิต แต่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งเป็นภัยแฝงที่นำไปสู่โรคทางระบบต่างๆ ของร่างกาย โดยที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้ต่อสภาวะในช่องปากต่ำกว่าความเป็นจริง ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของสภาวะในช่องปาก จึงมีผลต่อการมารับบริการเมื่อรอยโรคลุกลาม และคิดว่าการสูญเสียฟันเป็นไปตามอายุ ไม่สามารถป้องกันได้ จึงเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ควรได้รับการป้องกันและแก้ไข ด้วยการดูแลสุขภาพ

อนามัยช่องปากที่ดี ควบคุมปัจจัยเสี่ยงจากอาหารและพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ รวมถึงการมารับบริการแต่เริ่มแรก

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยช่องปาก หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำในสภาวะปกติที่เป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตของบุคคล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรคในช่องปากและส่งเสริมสุขภาพช่องปากซึ่งบุคคลได้เลือกปฏิบัติให้เหมาะสมกับตัวเองทั้งนี้องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอาจประกอบด้วยพฤติกรรมย่อยๆ ได้แก่ การหาความรู้เรื่องโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ การเลือกใช้แปรงสีฟันและยาสีฟัน การตรวจสภาวะช่องปากด้วยตนเอง การปฏิบัติตนในด้าน การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การใช้ฟลูออไรด์ และการไปพบทันตบุคลากร (นฤมล สีประโคน, 2550)

พฤติกรรมทันตสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับทันตสุขภาพของบุคคลหรือชุมชน ทั้งในภาวะที่เป็นโรคและไม่เป็นโรค สังเกตเห็นได้แก่ วิธีและเวลาในการแปรงฟัน การซื้ออาหารบริโภค การเลือกรับประทานอาหาร การไปพบทันตแพทย์ หรือที่สังเกตเห็นไม่ได้ ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ (องค์การอนามัยโลก, 1965 อ้างถึงใน อัญชลี คุชฎีพรณ์, 2558, น. 2-3)

สุขภาพช่องปากมีผลต่อสุขภาพกายและคุณภาพชีวิต การที่จะประสบความสำเร็จด้านสุขภาพช่องปากเป็นผลมาจากการป้องกันและรักษาที่มีประสิทธิภาพ ที่ต้องดูแลเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคฟันผุ เหงือกอักเสบ หรือโรคต่างๆ การดูแลสุขภาพช่องปากควรส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ดี (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2555)

3.1 พฤติกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพด้วยตนเอง

3.1.1 การทำความสะอาดฟันแท้

กรณีฟันแท้ ควรทำความสะอาดด้วยการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอนให้ทั่วถึงทุกซี่ ทุกด้าน โดยเฉพาะบริเวณคอฟัน

1) การแปรงฟัน

การเลือกแปรงสีฟันควรเลือกให้เหมาะสมตามอายุ มีขนาดความยาวพอเหมาะ ค้ำจับถนัดมือ แปรงมีขนนุ่ม ปลายตัดเรียบตรง ขนาดหัวแปรงพอกับปากและควรเปลี่ยนแปรงสีฟัน เมื่อขนแปรงบาน หรือควรเปลี่ยนทุกๆ 3 เดือน

การเลือกยาสีฟัน เลือกใช้ตามสภาพปัญหาในช่องปาก เช่น มีฟันผุง่าย ควรใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ถ้ามีปัญหาเกี่ยวกับเหงือกควรใช้ยาสีฟันที่มีสรรพคุณช่วยลดการอักเสบของเหงือก เป็นต้น

การแปรงฟันที่ถูกต้องวิธี การแปรงฟันเป็นการกำจัดคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันออก เพื่อให้ฟันสะอาดและมีสุขภาพช่องปากที่ดี วิธีการแปรงฟันมีหลายวิธี เช่น วิธีบาส (Bass technique) ขยับแปรงไปมาเบาๆ ในช่วงสั้นๆ วิธีหมุน (Roll technique) วิธีสครับ (Scrub technique) ส่วนมากใช้ในเด็กที่ยังไม่มีความพร้อมในการใช้มือ โดยวางแปรงให้ตั้งฉากกับตัวฟันขยับถูไปมาสั้นๆ และวิธีการแปรงฟันขยับปิด (Modified bass technique) ซึ่งวิธีนี้เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการกำจัดคราบจุลินทรีย์ โดยไม่ทำอันตรายต่อเหงือก ทำได้โดยวางแปรง 45 องศากับตัวฟัน วางแปรงอยู่บริเวณคอฟันและขอบเหงือกออกแรงกดเล็กน้อยเพื่อให้ขนแปรงเข้าไปอยู่ในร่องเหงือกและซอกฟันให้มากที่สุด จากนั้นขยับแปรงไปมาเบาๆ ในช่วงสั้นๆ 10-15 ครั้ง พยายามให้ปลายขนแปรงอยู่ในร่องเหงือก ซอกฟัน และคอฟันตลอดเวลา การออกแรงกดไม่ควรกดแรงเกินไป เพราะอาจทำอันตรายเหงือกและฟันได้ การขยับนั้นควรขยับเบาๆ และเป็นช่วงสั้นๆ เพราะถ้าขยับลากไปมาจะทำให้คอฟันสึกและเหงือกร่นได้ จากนั้นบิดข้อมือปิดลงในฟันบนและบิดขึ้นในฟันล่างแล้วเคลื่อนไปหากบริเวณนั้นสะอาดแล้ว ส่วนด้านบดเคี้ยวถูไปมา ส่วนการแปรงฟันด้านหน้าที่ติดกับลิ้นหรือเพดานให้วางแปรงในแนวตั้ง การแปรงควรแปรงให้เป็นระบบต่อเนื่องเพื่อป้องกันการหลงลืม

การดูแลเก็บแปรงสีฟัน เมื่อแปรงเสร็จควรล้างแปรงให้สะอาด สะบัดแปรงให้น้ำออกให้หมด เก็บแปรงในที่แห้ง อากาศถ่ายเท โดยวางแปรงในแนวตั้ง เอาหัวแปรงขึ้น ไม่ควรใส่หัวแปรงไว้ในกล่องเก็บหัวแปรงเพราะจะทำให้แห้งยากเกิดการสะสมเชื้อโรคได้ ไม่ควรเก็บรวมกันในที่เดียว เชื้อโรคอาจแพร่กระจายหากันได้

การแปรงฟันทุกวิธีเมื่อแปรงเสร็จแล้วควรแปรงลิ้นด้วยเพื่อกำจัดคราบจุลินทรีย์ คราบอาหาร และเศษอาหารต่างๆ ออกจากลิ้น การบ้วนปากแรงๆ จะช่วยกำจัดเศษอาหารขึ้นที่ค่อนข้างโตได้บ้าง ในการบ้วนปากให้ห้อมน้ำไว้ในปากด้วยปริมาณที่พอเหมาะ ปิดริมฝีปากให้แน่นเป่าลมเข้าออกจากลำคอ 3-4 ครั้ง ด้วยแรงพอเหมาะที่กลัมน้ำจะทนแรงตั้งได้แล้วจึงบ้วนทิ้ง การแปรงฟันควรแปรงตามสูตร 222 คือ แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ตอนเช้าและก่อนนอน การแปรงก่อนนอนสำคัญมาก เพราะขณะหลับ น้ำลายไหลน้อย เชื้อโรคในช่องปากจะเจริญเติบโตมากกว่าตอนกลางวัน แปรงฟันนานอย่างน้อย 2 นาที เพื่อให้สามารถแปรงได้อย่างทั่วถึงทุกซี่ทุกด้านและใช้เวลาฟลูออไรด์ในยาสีฟันจับกับผิวเคลือบฟันเพื่อป้องกันการเกิดฟันผุ และไม่ควรร

รับประทานอาหาร ขนมน้ำอัดลม หลังการแปรงฟัน 2 ชั่วโมง เพื่อลดการเกิดจุลินทรีย์ในช่องปาก (วิกุล วิศาลเสสส์, และ นนทินี ตั้งเจริญศิริ, 2560)

2) การใช้ไหมขัดฟัน (Dental floss)

ไหมขัดฟันเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ทำความสะอาดผิวฟันทั้งส่วนที่อยู่เหนือเหงือกและใต้เหงือกด้านซอกฟัน ไหมขัดฟันที่จำหน่ายทั่วไปจะมี 2 แบบ คือ แบบเคลือบขี้ผึ้งเหมาะสำหรับผู้เริ่มใช้ครั้งแรก ผู้ที่มีฟันชิดติดกันจนแน่น และแบบไม่เคลือบขี้ผึ้งเหมาะสำหรับฟันที่สัมผัสกันไม่แน่นมากนัก การใช้ไหมขัดฟันทำได้ดังนี้ ดึงไหมขัดฟัน ยาวประมาณ 15-18 นิ้ว พันด้านปลายที่นิ้วกลางทั้ง 2 ข้าง ใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ของแต่ละข้างเป็นตัวบังคับ ลากไหมขัดฟันวางไหมขัดฟันระหว่างด้านข้างของฟัน 2 ซี่ ที่อยู่ชิดกัน ออกแรงถูไปมาเล็กน้อย เส้นใยจะแทรกตัวผ่านบริเวณที่สัมผัสกัน ใช้นิ้วหัวแม่มือบังคับให้เส้นใยโอบรอบซี่ฟัน เส้นใยจะแผ่เป็นแถบกว้าง และทำความสะอาดได้รอบซี่ฟัน ควรใช้เป็นประจำอย่างน้อยวันละครั้งหลังแปรงฟันหรือก่อนนอน

3) การใช้ไม้จิ้มฟัน

การใช้ไม้จิ้มฟันเพื่อกำจัดเศษอาหารหลังรับประทานอาหาร ไม่ควรใช้ไม้จิ้มฟันคันหรือเคาะเศษอาหารอย่างรุนแรง หรือเสียบไม้จิ้มฟันทะลุซอกฟันจากด้านหนึ่งไปอีกด้านหนึ่ง แล้วหมุนหรือจัด เพราะจะทำให้เกิดปัญหาซอกฟันโหว่เป็นโพรง ฟันห่าง เหงือกกรัน คอฟันหรือผิวยางฟันสึกได้ หากมีวัสดุอุดอยู่ก็อาจทำให้ชำรุด และเกิดปัญหาเสียวฟัน ฟันผุ การใช้ไม้จิ้มฟันแนะนำใช้ไม้ครูดฟัน ซึ่งมีลักษณะปลายใช้งานแบนเหมือนใบพาย ปลายเรียวแหลมรูปสามเหลี่ยม เพื่อให้แนบตามซอกฟันและเหงือกได้ดี โดยนำไม้จิ้มฟันตัดปลายแหลมออก แล้วทาบปลายให้แตกเป็นฝอยฟูให้เส้นใยไม้ฝัดเรียงกันคล้ายพู่กันอันเล็กๆ ใช้สำหรับครูดตามความยาวฟัน เพื่อเช็ดหรือปัดเศษอาหารออกจากฟัน

4) การใช้แปรงซอกฟัน (Interdental brush)

แปรงซอกฟัน เป็นแปรงทำความสะอาดซอกฟันได้ดี เฉพาะซอกที่ช่องขนาดใหญ่หรือใช้ทำความสะอาดบริเวณช่องระหว่างรากฟันของฟันที่มีรากฟันโผล่จากการที่เหงือกกรัน ลักษณะแปรงซอกฟันจะมีรูปร่างคล้ายแปรงล้างขวดอันเล็กๆ มี 2 แบบคือ แบบต้นสน (Taper) และแบบทรงกระบอก (Cylinder) มีหลายขนาดให้เลือกตามขนาดช่องว่างของซอกฟัน เลือกขนาดขนแปรงให้มีความกว้างเต็มซอกฟันพอดี สอดแปรงซอกฟันเข้าไประหว่างซอกฟัน แล้วถูแปรงเข้า ออก 5-6 ครั้ง ให้ขนแปรงสัมผัสผิวฟันทั้ง 2 ด้าน แต่ถ้าซอกฟันกว้างมาก ให้ขนแปรงชิดผิวฟันด้านหนึ่งก่อน ถูเข้าออก 3-4 ครั้ง แล้วเบนขนแปรงมาแนบฟันอีกด้านหนึ่ง ถูเข้าออก 3-4 ครั้ง ทำเช่นนี้กับซอกฟันที่มีช่องว่าง โดยเข้าจากด้านกระพุ้งแก้ม และเข้าจากด้านลิ้นด้วย ไม่ควรใช้แปรงซอกฟันในบริเวณที่เหงือกปกติและมีเหงือกอยู่เต็มซอกฟัน

5) แปรงกระดูกเดี่ยว

ใช้ทำความสะอาดบริเวณที่แปรงสีฟันเข้าไปทำความสะอาดได้ยาก เช่น ด้านหลังของฟันซึ่งสุดท้าย ฟันเก ฟันเรียงซ้อน บริเวณใต้ลวดจัดฟัน ฟันที่อยู่ซี่เดี่ยวและต้องการทำความสะอาดรอบๆ

3.1.2 การทำความสะอาดกรณีใส่ฟันเทียม

1) ฟันเทียมชนิดติดแน่น ควรแปรงฟันทำความสะอาดผิวฟันตามปกติ พร้อมกับฟันธรรมชาติ ในส่วนที่แปรงไม่ได้ให้ใช้ไหมขัดฟันชนิดสำหรับทำความสะอาดฟันเทียม ติดแน่น สอดไปตรงร่องเหงือก ใต้จุดเชื่อมฟันเทียม เพื่อทำความสะอาดบริเวณซอกฟัน และได้ซี่ฟันเทียม หรืออาจใช้เข็มร้อยเส้นใยช่วยนำเส้นใยขัดฟัน ลอดผ่านจุดเชื่อมฟันเทียม

2) ฟันเทียมชนิดถอดได้ อาจเป็นฟันเทียมบางส่วน หรือฟันเทียมทั้งปาก ต้องถอดมาทำความสะอาดทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร และก่อนนอนต้องถอดแช่น้ำสะอาดไว้ เพื่อคลายแรงกดต่อเหงือกและป้องกันอันตรายจากการเลื่อนหลุดของชิ้นฟันเทียมเข้าไปปิดกั้นทางเดินหายใจ การทำความสะอาดฟันเทียมชนิดถอดได้มี 3 วิธี ได้แก่ วิธีที่หนึ่งคือ ทำความสะอาดฟันเทียมด้วยแปรงสีฟันขนนุ่มร่วมกับการใช้น้ำสบู่หรือน้ำยาล้างจาน แล้วล้างออกด้วยน้ำสะอาด วิธีที่สองคือ ทำความสะอาดฟันปลอมด้วยแปรงสีฟันขนนุ่มร่วมกับการใช้ยาสีฟันชนิดคริมแล้วล้างออกด้วยน้ำสะอาดไม่ควรใช้ยาสีฟันชนิดผงหรือที่มีส่วนผสมเป็นผงขัดเพราะจะทำให้ฟันปลอมที่เป็นพลาสติกเสื่อมอย่างรวดเร็ว วิธีที่สามคือ หากใช้ฟันปลอมมานานจนเกิดคราบสีน้ำตาล มีคราบบูหรี่หรือคราบอาหารที่ล้างไม่ออก ซึ่งอาจทำให้เกิดแผลหรือมีเชื้อราในช่องปากได้ ให้ใช้เม็ดฟูสำหรับแช่ทำความสะอาดฟันปลอมเป็นครั้งคราว ซึ่งสามารถหาซื้อได้ตามคลินิกทันตกรรม ร้านขายยา หรือห้างสรรพสินค้าทั่วไป ผู้ใส่ฟันปลอมต้องถอดฟันปลอมแช่น้ำทุกครั้งห้ามวางไว้เฉยๆ เพราะจะทำให้ฟันปลอมแห้งและหดตัว และไม่ควรใช้น้ำร้อนเพราะจะทำให้เกิดการบิดเบี้ยว

3.1.3 การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง

พฤติกรรมเสี่ยงหลายอย่างทำให้เนื้อเยื่อในช่องปาก เช่น กระพุ้งแก้ม เพดานปาก ลิ้น เกิดอาการอักเสบ แสบ ร้อน ระคายเคือง ตั้งแต่เชื้อราไปจนถึงมะเร็งในช่องปาก ดังนั้นจึงควรหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง

1) การสูบบุหรี่ ยาเส้น ยาแก้ไอ นอกจากเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เนื้อเยื่อแล้ว ยังเสี่ยงต่อการเป็นโรคปริทันต์ สูญเสียกระดูกที่หุ้มรอบตัวฟัน ทำให้ฟันโยก โดยไม่มีอาการบวมแดงที่เหงือก และต้องสูญเสียฟันในที่สุด นอกจากนี้ยังส่งผลต่อสุขภาพร่างกาย ทำให้เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง หลอดเลือดอุดตัน และ มะเร็งปอดอีกด้วย

2) การเคี้ยวหมาก หรือเคี้ยวหมากผสมยาเส้น

3) การค้ำเครื่องค้ำ หรือใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์ผสมบ่อยๆ

4) การละลายต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น ปล่อยให้มึนปากฟัน หรือฟันผุ ที่ต้องถอนอยู่ในปากนานๆ ปล่อยให้มึนวัสดุแตกบิ่น มีฟันเทียมที่ใช้นานาน หลวม ขยับไปมา ฟันเทียมแตก มีแผลในช่องปากเรื้อรัง

3.1.4 การเลือกรับประทานอาหาร

ควรเลือกรับประทานอาหารให้เป็นมือ งคอาหารว่าง และหลีกเลี่ยงการรับประทานหลังการแปรงฟันและก่อนนอน หากงคอาหารว่างไม่ได้ ควรเลือกรับประทานอาหารพวกโปรตีน ถั่วค้ำ หรือผลไม้สด แทนอาหารพวกแป้งและน้ำตาล หลีกเลี่ยงอาหารที่เหนียวและแข็ง และหลีกเลี่ยง การแปะ บุหรี่ ยาเส้น ยาน้ำค้ำ หมาก เครื่องค้ำผสมแอลกอฮอล์

อาหารประเภทแป้งและน้ำตาลเป็นอาหารประเภทที่ทำให้เกิดโรคฟันผุได้ง่ายที่สุด เนื่องจากเป็นอาหารที่เชื้อจุลินทรีย์นำไปสร้างเป็นพลังงาน เกิดเป็นกรด กัดกร่อนฟัน นอกจากนี้ น้ำตาลยังก่อให้เกิดการจับตัวเป็นคราบจุลินทรีย์ซึ่งเหนียวเกาะฟัน ยากแก่การละลาย ดังนั้น บริเวณชั้นในสุดของแผ่นคราบจุลินทรีย์จึงมีความเป็นกรดสูง ซึ่งสารละลาย และน้ำลายไม่สามารถซึมผ่านเข้าไปเจอจางได้ ผิวเคลือบฟันจึงมักถูกทำลายค่อนข้างเร็วเพียง 2-3 นาที หลังรับประทานอาหารกลุ่มนี้ก็เกิดกรดขึ้นแล้ว ซึ่งความสามารถของน้ำตาลที่ทำให้เกิดโรคฟันผุขึ้นกับหลายปัจจัย ได้แก่

ความถี่และเวลา โดยปกติ อาหารหวานเมื่อเข้าสู่ช่องปากจะใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ในการกำจัดออก ด้วยน้ำลาย แต่ถ้านึกถึง ปริมาณน้ำตาลและกรดในน้ำลายจะสูงอยู่ตลอดเวลา ทำให้เนื้อฟันถูกทำลายต่อเนื่อง ฟันผุมากขึ้น การชะล้างของน้ำลายจะทำได้ดีในช่วงของมืออาหาร ซึ่งน้ำลายจะถูกระตุ้นให้ไหลสู่ในช่องปากมากที่สุด เพราะฉะนั้นการกินตามมือจะมีส่วนช่วยในการชะล้างเกิดเร็วขึ้น การทำลายเนื้อฟันเกิดได้น้อยลง

ปริมาณ ถ้ากินน้ำตาลปริมาณมาก การชะล้างทำได้ช้า การตกค้างในปากสูง เกิดภาวะกรดสูง ในคนไทยอัตราการได้รับน้ำตาลค่อนข้างสูง จากเดิมในปี พ.ศ. 2518 ได้รับ 5 กรัม/วัน/คน เป็น 10.5 กรัม/วัน/คน ในปี พ.ศ. 2529 และในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ลักษณะและชนิดของน้ำตาล ยังมีการผ่านขบวนการแปรรูปมากเท่าใด ก็จะมีโอกาสตกค้างในปากสูง เช่น ขนมถุงสำเร็จ พวกแป้งผสมน้ำตาล หรืออาหารเหนียวติดฟันง่าย ควรหลีกเลี่ยง มาทานอาหารพวกแป้งและน้ำตาลที่เปลี่ยนแปลงจากธรรมชาติน้อยที่สุด เช่น ข้าว หรือข้าวซ้อมมือ

3.2 พฤติกรรมการรับบริการตรวจฟันจากสถานบริการ

ผู้สูงอายุควรไปพบทันตบุคลากรทุก 6 เดือน เพื่อให้บุคลากรทางทันตกรรมตรวจสุขภาพช่องปากและทำการรักษาโรคในช่องปาก แม้ไม่มีอาการแสดงของโรคเพราะโรคในช่องปาก มีลักษณะการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่แสดงอาการในระยะเริ่มแรก โดยบริการที่ได้รับ ได้แก่ การตรวจและรับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปาก การได้รับฟลูออไรด์เสริม การอุดฟันในกรณีฟันผุด้วยวัสดุชนิดกلاسไอโอโนเมอร์ และการขูดหินน้ำลายเพื่อคงสภาพในช่องปากให้สะอาด ควรไปพบทันตบุคลากรอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และควรปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2555)

4. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

การวิจัยนี้ได้นำแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ (บุญยง เกี่ยวการค้า, 2561) เพื่อมาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลทันตสุขภาพที่ดีประกอบด้วยหลายปัจจัยร่วมกับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีผลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพที่ต้องการ อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพช่องปากที่ดี

4.1 กรอบแนวคิดพีรีซีดี (PRECEDE Framework)

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดพีรีซีดี (PRECEDE Framework) ซึ่งเป็นรูปแบบการวิเคราะห์ปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคลของ กรีนและครูเทอร์ (Green & Kreuter, 2005) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา PRECEDE Framework เป็นคำย่อมาจาก Predisposing , Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation เป็นกระบวนการวิเคราะห์เพื่อการวางแผนการดำเนินงานสุขภาพมีแนวคิดว่า พฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple Factors) ดังนั้นจะต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดวิธีในการดำเนินงานสุขภาพ เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป กระบวนการวิเคราะห์ในกรอบแนวคิดพีรีซีดี เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับ โดยเริ่มจากผลลัพธ์ที่ต้องการ หรืออีกนัยหนึ่ง คือคุณภาพชีวิตของบุคลากรที่พึงประสงค์แล้วพิจารณาถึงสาเหตุที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมบุคคล เป็นการประเมินเพื่อหาปัจจัยด้านต่างๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งอาจจะปัจจัยภายในหรือปัจจัยภายนอกตัวบุคคลก็ได้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับการวางแผน จัดทำโครงการหรือกำหนดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้สามารถแบ่งปัจจัยดังกล่าว ออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่

4.1.1 ปัจจัยนำ (Predisposing factor) เป็นปัจจัยที่เกิดจากภายในตัวบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล เช่น ความรู้ การรับรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม เป็นต้น นอกจากนี้ยังรวมถึงข้อมูลด้านคุณลักษณะของบุคคล เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ สถานภาพทางสังคม เป็นต้น

ความรู้ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเสมอไป ถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ จะต้องมียปัจจัยอื่นร่วมด้วย

การรับรู้ หมายถึง การที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่างๆ ที่ผ่านมาจากประสาทสัมผัส ส่วนใดส่วนหนึ่งแล้วตอบสนองเอาสิ่งเร้านั้นออกมา เป็นลักษณะของจิตที่เกิดขึ้นจากการผสมกันระหว่างพวกประสาทสัมผัสชนิดต่างๆ และความคิดร่วมกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ การรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่เชื่อว่ามีผลกระตุ้นต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

ความเชื่อ คือ ความมั่นใจในสิ่งต่างๆ ซึ่งอาจเป็นปรากฏการณ์หรือวัตถุว่าสิ่งนั้นๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้องเป็นจริงให้ความไว้วางใจ เช่น ในแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ซึ่งเน้นว่าพฤติกรรมจะขึ้นกับความเชื่อใน 3 ด้านคือ ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของสิ่งที่เป็อันตรายต่อสุขภาพ และความเชื่อเกี่ยวกับผลตอบแทนที่จะได้จากการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง

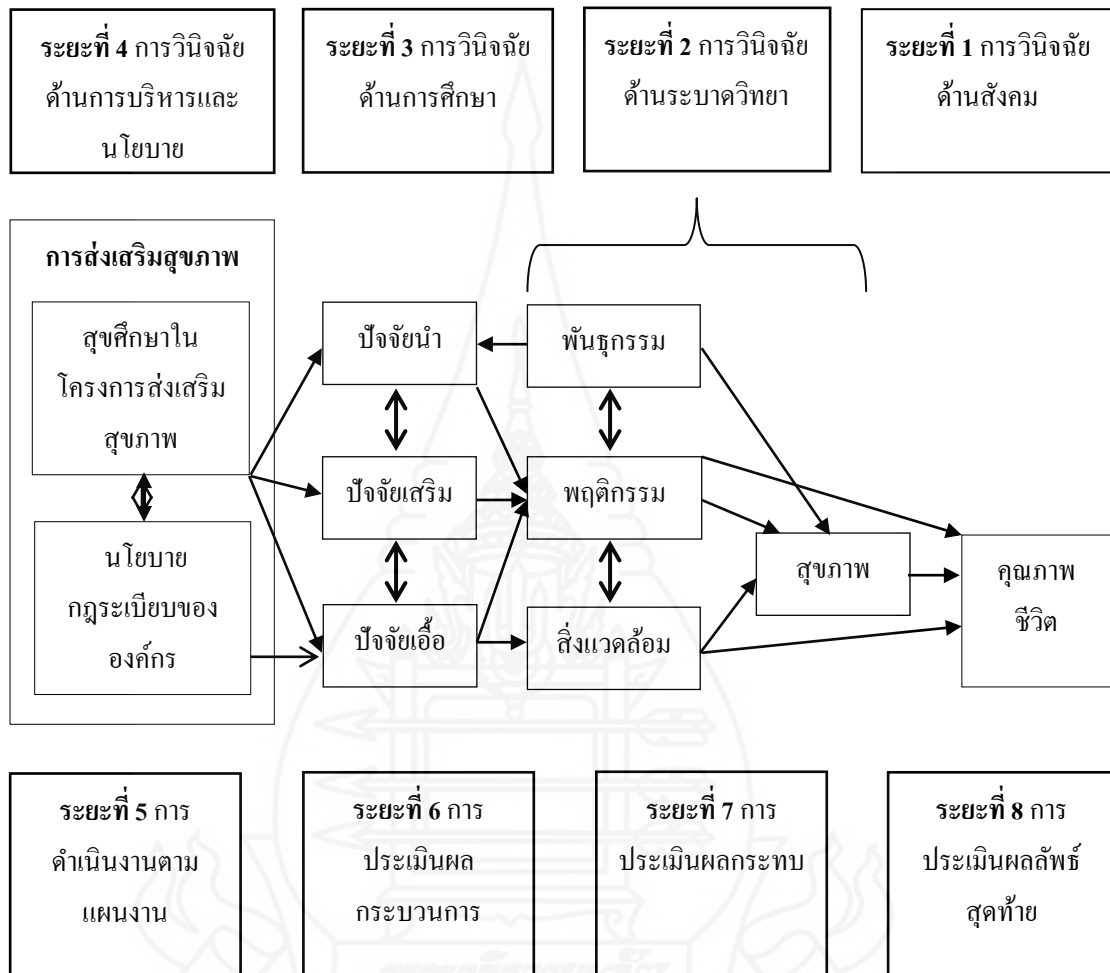
ค่านิยม หมายถึง การให้ความสำคัญให้ความพอใจในสิ่งต่างๆ ซึ่งบางครั้งค่านิยมของบุคคลก็ขัดแย้งกันเอง เช่น ผู้ที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพแต่ขณะเดียวกันเขาก็พอใจในการสูบบุหรี่ด้วย ซึ่งความขัดแย้งนี้เป็นสิ่งที่จะวางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย

ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่ของบุคคลากรที่มีต่อสิ่งต่างๆ เช่น บุคคล วัตถุ การกระทำ ความคิด ความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งที่มีผลดีและผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

4.1.2 ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factor) เป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคลที่สนับสนุนการเกิดพฤติกรรม ซึ่งอาจจะเป็นการหาได้ง่าย (Available) ของแหล่งทรัพยากร (Resource) ความสามารถในการเข้าถึง (Accessibility) แหล่งบริการด้านสุขภาพ (Health service) รวมทั้งทักษะที่ช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ด้วย

4.1.3 ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factor) เป็นปัจจัยภายนอกที่เกิดจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้นกระตุ้นให้กระทำพฤติกรรม เช่น พ่อ แม่ เพื่อนสนิท ญาติ ครู อาจารย์ แพทย์ที่ให้การรักษา ผู้บังคับบัญชา เป็นต้น หรืออาจจะเป็น กฎหมาย กฎระเบียบ วัฒนธรรม

บรรทัดฐานสังคม ที่กำหนดให้บุคคลนั้นๆ ปฏิบัติตามก็ได้ นอกจากนี้ยังรวมถึงรางวัลหรือการลงโทษ ภายหลังจากการแสดงพฤติกรรมสุภาพออกมา ทั้ง 3 ปัจจัยนี้อาจร่วมกันมีอิทธิพลต่อการเกิด พฤติกรรม หรือแต่ละปัจจัยอาจจะมีอิทธิพลโดยตรงก็เป็นได้



ภาพที่ 2.1 แบบจำลอง PRECEDE-PROCEDE ของกรีน และครูเทอร์ (Green and Kreuter, 2005, pp.10)

เป้าหมายของกรอบแนวคิดพีรีซีดีจะให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ (Outcomes) มากกว่าปัจจัยนำเข้า (Input) ดังนั้นผู้ที่ดำเนินการวางแผนจึงต้องเริ่มจากการพิจารณาที่ผลลัพธ์เสียก่อน แล้วจึงวิเคราะห์ย้อนกลับว่ามีปัจจัยหรือสาเหตุอะไรที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ดังกล่าว ซึ่งในการวิจัยนี้ตรงกับแนวคิดในขั้นตอนที่ 2 และ 3 ของกระบวนการ นำมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยวิเคราะห์พฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพ และปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องแบ่งออกเป็น ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม นอกจากนี้ในขั้นตอนของ

การดำเนินการจะต้องให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) และบทบาทสำคัญของปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยตามกรอบแนวคิดการวิจัย ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในช่องปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคในช่องปาก และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงอุปกรณ์การดูแลทันตสุขภาพ และการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม ส่วนปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลทันตสุขภาพจากชมรมผู้สูงอายุ

4.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

จากการวิจัยนี้ได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการกำหนดตัวแปรด้านปัจจัยนำตามกรอบแนวคิดของพริชต์ที่กล่าวมาแล้ว โดยทฤษฎีนี้พัฒนาออกมาใช้เมื่อประมาณปี ค.ศ. 1950 โดยกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมชาวสหรัฐอเมริกาคนหนึ่งทำงานเกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขของประเทศ เนื่องจากในขณะนั้นพบว่ามิมีประชาชนจำนวนน้อยไปใช้บริการของหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อป้องกันโรค และหน่วยบริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ต่างๆ เช่น บริการ X-ray เพื่อคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคระยะเริ่มแรก เป็นต้น ทั้งๆ ที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายหรือเสียค่าใช้จ่ายน้อยมากในการใช้บริการ จึงเกิดคำถามว่า ทำไมประชาชนจึงไม่ค่อยสนใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคและมีปัจจัยอะไรที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคของประชาชน นักจิตวิทยาในกลุ่มนั้นประกอบด้วย ก๊อดเฟร เอ็ม ฮ็อคบาว์ม (Godfrey M. Hochbaum) สตีเฟน เคเจเลส (Stephen Kegeles) โฮเวิร์ด เลเวนธอล (Howard Levetthal) และ เอิลวิน เอ็ม โรเซนสต็อค (Irwin M. Rosenstock) ต่างก็มีความเชื่อว่าเกิดจากความเชื่อของประชาชนเป็นสำคัญ จึงได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ ในระยะแรกใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคของประชาชน ต่อมาได้พัฒนาเพิ่มเติมเพื่อนำไปใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ โรเซนสต็อค (Rosenstock, 1974) เป็นผู้สรุปคนแรกเกี่ยวกับองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การรับรู้ของบุคคลกับแรงจูงใจ และยกตัวอย่างประกอบว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยเป็นโรคก็ต่อเมื่อมีความเชื่อหรือการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและโรคนั้นเมื่อเป็นแล้วจะมีความรุนแรงมากหรือน้อยแค่ไหน รวมทั้งการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมีผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและไม่เผชิญต่อความรุนแรงของโรคตลอดจนไม่มีอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติตัวนั้นๆ

โอ คอนแนว (O' Donnell, 2002) ได้สรุปให้ชัดเจนมากขึ้นโดยกล่าวว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีองค์ประกอบสำคัญ 4 องค์ประกอบคือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) 2) การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเป็นโรค (Perceived Severity) 3) การรับรู้ประโยชน์

ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค (Perceived Benefits) 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค (Perceived Barriers)

เบคเกอร์ และคณะ(Becker et al., 1974) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยเพิ่มปัจจัยร่วม (Modifying factors) และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to action) ซึ่งสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคด้วย

ผู้วิจัยได้นำองค์ประกอบด้านการรับรู้มาพิจารณาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่

1) การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่างๆ มากน้อยเพียงใด ความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ หรือการคาดคะเนถึงโอกาสที่จะเกิดโรคร้าย หรือความรู้สึกว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรค เป็นต้น

2) การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเป็นโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่ประเมินตนเองเกี่ยวกับความรุนแรงเมื่อป่วยเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อร่างกาย อาจจะเป็นรูปแบบของการเกิดโรคแทรกซ้อน การก่อให้เกิดความพิการ การเสียชีวิต หรือต้องใช้เวลารักษา ยาวนาน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเป็นโรคของแต่ละบุคคลไม่เหมือนกัน ทั้งนี้การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเป็นโรค จะก่อให้เกิดการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับภาวะคุกคามของโรค (Perceived threat) ว่ามีมากน้อยเพียงใด

3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค (Perceive Benefits) หมายถึง การรับรู้ว่า ถ้าได้ปฏิบัติตามข้อเสนอแนะจะช่วยลดการคุกคามของโรค การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาเป็นแนวทางในการหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โดยพิจารณาให้เป็นปัจจัยนำ โดยเลือกกรอบแนวคิดปัจจัยนำ เป็นการรับรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเป็นโรค และประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค มาพิจารณาหาอิทธิพลของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค (Perceived barriers) ไม่ได้นำมาเป็นส่วนหนึ่ง

ของปัจจัยนำในการศึกษานี้ เนื่องจากมีการวัดการรับรู้ของผู้สูงอายุในประเด็นการเข้าถึงอุปกรณ์การดูแล
ทันตสุขภาพ และการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม ซึ่งอยู่ในส่วนของปัจจัยเอื้อแล้ว

6. ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร

กลุ่มงานเวชศาสตร์ผู้สูงอายุโรงพยาบาลสิรินธรเป็นองค์กรที่มีหน้าที่รับผิดชอบต่อ
สุขภาพอนามัยของประชาชนรวมทั้งผู้สูงอายุ ทั้งในด้านการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพและรักษาโรค
ได้จัดทำโครงการชมรมผู้สูงอายุขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า สามารถทำประโยชน์
แก่สังคมและมีความสุขในบั้นปลายของชีวิต โดยเริ่มก่อตั้งเมื่อ พ.ศ. 2558 ปัจจุบันมีสมาชิกจำนวน
1,487 คน การเข้าเป็นสมาชิกชมรมไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย
หรือไม่มีรายได้ สามารถสมัครเข้าเป็นสมาชิกชมรม มีโอกาสเข้าถึงกิจกรรมที่ผู้สูงอายุควรได้รับ
เป็นการแบ่งปันความสุขให้กับผู้ที่มีโอกาสน้อย ชมรมถือข้อปฏิบัติว่าทุกคนมีโอกาส มีความเสมอ
ภาค เท่าเทียมกัน มีการให้เกียรติกัน ไม่ปิดกั้นการแสดงออกของสมาชิก มีอิสระในการเสนอ
ข้อคิดเห็นในการดำเนินกิจกรรมของชมรม โดยมีการดำเนินงานภายใต้การดูแลของกลุ่มงานเวชศาสตร์
ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

6.1 วัตถุประสงค์ของการก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุ

เพื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพและ
แก้ปัญหาด้านสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเอง ได้มีการพบปะสังสรรค์แลกเปลี่ยนประสบการณ์
ถ่ายทอดภูมิปัญญา เป็นศูนย์รวมส่งเสริมให้มีการทำกิจกรรมร่วมกัน และมีการดำเนินงานอย่าง
ต่อเนื่องและยั่งยืน

6.2 เป้าหมายของชมรมผู้สูงอายุ

คือผู้สูงอายุจากชุมชนต่างๆ และประชาชนทั่วไปที่ต้องการเตรียมความพร้อม
เพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร ซึ่งเป็นไปตาม
แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานครและสอดคล้องกับยุทธศาสตร์
การพัฒนากรุงเทพมหานครให้เป็นมหานครแห่งคุณภาพชีวิตที่ดี ด้านการพัฒนาคุณภาพและ
สร้างสังคมแห่งสุขภาวะและการจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ ตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
กรุงเทพมหานคร ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2556-2560)

6.3 กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ

6.3.1 มีการพบปะกันทุกวันพุธและพฤหัสบดีของสัปดาห์ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ได้ร่วมประชุม ทำกิจกรรมร่วมกัน และจัดกิจกรรมให้ความรู้ด้านสุขภาพและทันตสุขภาพ โดยผู้สูงอายุ ที่มีประสบการณ์หรือบุคลากรจากหน่วยงานภายในและภายนอกโรงพยาบาล ตามตารางประจำปี

6.3.2 กิจกรรมที่เป็นนโยบายของสำนักการแพทย์

1) การประกวดผู้สูงอายุสุขภาพดี โดยคัดเลือกตัวแทนจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โดยผ่านการตรวจร่างกายและตรวจฟันจากคณะกรรมการแต่ละโรงพยาบาลในสำนักการแพทย์ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของสุขภาพ เป็นตัวอย่างของการมีสุขภาพดี

2) การแข่งขันกีฬาผู้สูงอายุ โดยจัดรวมกันทุกโรงพยาบาลในสำนักการแพทย์ 10 โรงพยาบาล เพื่อประสานความสัมพันธ์และส่งเสริมการออกกำลังกาย

3) โครงการศึกษาดูงานของกิจการชมรมผู้สูงอายุ โดยจัดรวมกันทุกโรงพยาบาลในสำนักการแพทย์ 10 โรงพยาบาล เพื่อประสานความสัมพันธ์และศึกษาการทำงาน ของชมรมที่มีประสิทธิภาพนำมาพัฒนาการทำงานของชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร

6.3.3 กิจกรรมที่เป็นความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภายในกรุงเทพมหานคร

1) ร่วมงานส่งเสริมวัฒนธรรม วันสงกรานต์ วันพ่อแห่งชาติ วันแม่แห่งชาติ เป็นต้น

2) ร่วมงานแสดงภูมิปัญญาผู้สูงอายุ ถ่ายทอดประสบการณ์และผลิตสินค้าที่เป็นภูมิปัญญาชาวบ้านมาจัดแสดง

6.3.4 กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ต่อส่วนร่วม

1) กิจกรรมจิตอาสา ให้บริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสิรินธร โดยจัดผู้สูงอายุที่มีความสามารถหมุนเวียนมาช่วยงานบริการผู้ป่วยนอกในขอบเขตที่ทำได้ เช่น จัดคิว ชั่งน้ำหนัก วัดความดัน โดยผู้สูงอายุได้รับการอบรมเบื้องต้นก่อนที่จะมาช่วยงานบริการ มีการประชุมทุกเดือนเพื่อพัฒนาการดำเนินงาน เป็นกิจกรรมที่ทำทุกวันในเวลาราชการ

2) กิจกรรมดนตรีบำบัด โดยการขับร้องเพลง แสดงดนตรีไทย เพื่อให้ความบันเทิงแก่ผู้มารับบริการบริเวณลานผู้ป่วยนอก ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีความสามารถได้ทำกิจกรรม และมีความภาคภูมิใจ เป็นกิจกรรมที่ทำทุกวันในเวลาราชการ

3) กิจกรรมชมรมนาฏศิลป์ ได้มีการฝึกซ้อมของสมาชิก และเมื่อมีกิจกรรมวาระโอกาสพิเศษต่างๆ ผู้สูงอายุได้แสดงความสามารถ และส่งเสริมให้เป็นการออกกำลังกายทางอ้อม ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง

4) กิจกรรมเยี่ยมผู้ป่วยสามัญและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ผู้สูงอายุได้มีโอกาสให้ขวัญและกำลังใจแก่ผู้ป่วยนอน และเจ้าหน้าที่ โดยเยี่ยมและมอบของขวัญ ทำให้ผู้รับและผู้ให้มีความสุข

5) ผู้สูงอายุร่วมสนับสนุนโรงพยาบาลในการจัดหาเครื่องมือแพทย์ ปรับปรุงสถานที่โรงพยาบาลสินธร โดยผ่านการประชาสัมพันธ์และการระดมทุน

6.4 กิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพของกลุ่มงานทันตกรรม

กลุ่มงานทันตกรรมได้ร่วมให้ความรู้ด้านวิชาการประจำปีแก่สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ปีละ 1 ครั้ง ในเรื่องการดูแลทันตสุขภาพ ส่วนกิจกรรมอื่นที่ช่วยส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ การตรวจฟันให้ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการคลินิกผู้สูงอายุทุกวันพุธ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมาใช้บริการตรวจรักษาทางทันตกรรม โดยที่กลุ่มงานมีช่องทางให้บริการนัดทางทันตกรรมในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป และมีช่องทางเร่งด่วนในกรณีผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 80 ปี ขึ้นไป

ชมรมผู้สูงอายุเป็นองค์กรภาคประชาชนที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาประชากรผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและระดับชุมชน เปรียบเหมือนเครื่องมือขับเคลื่อนและจัดการปัญหาที่จะเกิดขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์มุ่งเน้นการดำเนินกิจกรรมที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุด้านสุขภาพ สังคมและสวัสดิการ โดยบุคลากรสาธารณสุขเป็นกลไกที่สำคัญที่มาทำงานด้านการให้บริการเพื่อการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพให้กับผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม การส่งเสริมทันตสุขภาพให้กับผู้สูงอายุสามารถดำเนินกิจกรรมในชมรมโดยการให้ความรู้ และจัดมุมสื่อการเรียนรู้การดูแลสุขภาพ โดยแนวโน้มในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นลักษณะเชิงรุก

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7.1 งานวิจัยด้านปัญหาสุขภาพช่องปาก

เซลิกและคณะ (Zelig et al., 2018) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนฟันกับภาวะทุพโภชนาการ ในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไป จำนวน 107 คนที่อาศัยในชุมชนหนึ่งในสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนฟัน 10-19 ซี่ มีความเสี่ยงทั้งด้านสุขภาพช่องปากและภาวะโภชนาการ มีผลให้ทานอาหารได้น้อยลง ส่งผลต่อการสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า และความเจ็บป่วยทางร่างกาย

คิม เบ็คเกอร์ ดาวาริอัน และคริมมิน (Kim, Baker, Davarian & Crimmins, 2013) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพช่องปากกับอัตราการเสียชีวิต จากข้อมูลประชากร

5,588 คน ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไป ติดตามในปี ค.ศ. 1999-2004 จากสภาวะช่องปากซึ่งพิจารณาจากการสูญเสียฟัน รากฟันผุ และโรคปริทันต์พบว่า มีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุวิทย์ คุณาวิศรุต (2559) ได้ศึกษาการเห็นคุณค่าตนเองที่มีผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ จากกลุ่มตัวอย่าง 152 คน ในตำบลทับตีเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรีเก็บข้อมูลโดยใช้แบบตรวจสุขภาพช่องปากและแบบสัมภาษณ์ พบว่าผู้สูงอายุเห็นคุณค่าตนเองในระดับค่อนข้างสูง ด้านการเห็นความสำคัญของตนเอง การเห็นอำนาจตนเอง การเห็นความสามารถ และการเห็นคุณค่าความดีตนเองมีความสัมพันธ์กับสภาวะทันตสุขภาพในเชิงบวก

วรมน อัครสุต (2561) ได้ศึกษาถึงการให้บริการทันตกรรมสำหรับกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2556-2558 ศึกษาเปรียบเทียบโดยแบ่งออกเป็น 4 ช่วงอายุ ได้แก่ วัยทำงานตอนต้น (15-29 ปี) วัยทำงานตอนกลาง (30-44 ปี) วัยทำงานตอนปลาย (45-59 ปี) และวัยสูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป) พบว่าอัตราการให้บริการทันตกรรมในภาพรวมลดลงจากร้อยละ 9.4 เป็นร้อยละ 7.8 โดยผู้สูงอายุวัย 70 ปี ขึ้นไป และวัยตอนกลางมีอัตราการให้บริการน้อยกว่าช่วงอายุอื่น สัดส่วนของชนิดบริการในครั้งสุดท้าย อันดับแรกของวัยทำงานตอนต้นและตอนกลางคือขูดหินน้ำลายส่วนวัยทำงานตอนปลายและผู้สูงอายุคือการถอนฟัน ซึ่งการถอนฟันและการใส่ฟันเทียมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ และพบว่าวัยทำงานและกลุ่มสูงอายุ ส่วนใหญ่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลแต่ไม่ใช้สิทธิร้อยละ 38.1 และร้อยละ 39.4 ตามลำดับ

7.2 งานวิจัยด้านปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ

อุดมพร ทรัพย์บวร (2561) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตตำบลนครชัยศรี อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม โดยการศึกษาเชิงพรรณนาจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้น ไปจำนวน 250 คน พบว่าผู้สูงอายुर้อยละ 18.4 มีการใช้บริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ คือ สิทธิการรักษา สถานบริการที่เข้าถึงได้ การมีฟันเหลือในช่องปาก และการใส่ฟันเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

อุดมพร ทรัพย์บวร (2562) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตตำบลนครชัยศรี อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม โดยการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 250 คน พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับมากคือ 3.78 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.327 ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากมากที่สุด แตกต่างจากผู้สูงอายุ 80 ปี ขึ้นไป ที่มีพฤติกรรมน้อยที่สุด เมื่อจำแนกตามโรค

ประจำตัวคือ โรคเบาหวาน พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่น้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน และเมื่อจำแนกตามแรงเสริมพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ศิริรัตน์ รอดแสวง (2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตตำบลทุ่งทอง อ.หนองบัว จ.นครสวรรค์ เป็นผู้สูงอายุในเขตความรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมืองแร่ จำนวน 130 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับดีคือ 2.54 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.24 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคสุขภาพช่องปาก การเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพช่องปาก แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนและบุคลากรทางการแพทย์ และพบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลที่ศึกษาประกอบด้วยด้าน เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ขวัญเรือน ชัยนันท์, สุรีย์ จันทรมโกลี, ประภาพรรณ สุวรรณ, และมยุณา ศรีสุภนันต์ (2561) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเรื้อรังเทศบาลนครรังสิต จ.ปทุมธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุเรื้อรัง โดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายของเทศบาลนครรังสิต จากกลุ่มตัวอย่าง 118 คน เป็นกลุ่มทดลอง 58 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 60 คน จากชมรมผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโครงการ มีการเปลี่ยนแปลงผลการตรวจราบจุลินทรีย์ โดยการย้อมสีตรวจราบจุลินทรีย์พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองลดลง และพบว่าพฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพช่องปาก ความรู้เรื่องโรคในช่องปาก ความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคและการดูแลสุขภาพช่องปาก และการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากดีกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยหลักที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ได้แก่การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยการวิจัยนี้ได้นำนวัตกรรมมาช่วยในการเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น แปรงสีฟันที่สามารถวัดแรงกด แปรงที่เปลี่ยนสีเมื่อหมดอายุ อย่างไรก็ตามพฤติกรรมยังคงมีปัจจัยภายนอกที่มีผล ยังคงต้องการแรงสนับสนุนทางสังคม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อเป็นการดูแลสุขภาพช่องปากที่เป็นการพึ่งพาตนเองและแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางทันตกรรม งานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากยังถือเป็นมาตรการที่สำคัญ

อย่างยิ่ง และจำเป็นต้องกลุ่มนาน ไปกับงานรักษาทางทันตกรรม เพื่อเป็นการพัฒนาสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

กรณีศึกษา เรื่องเดซ, ปฏิภาทร เคลือบคล้าย, และสีละชาติ ประเสริฐ (2561) ได้ศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุใน โครงการพื้นที่มพระราชทานของโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 160 คนใช้วิธีสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างมีระบบและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ โดยปัจจัยได้แก่ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากการเข้าถึงสถานบริการทันตกรรมการได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพช่องปากแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากจากการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลางคือร้อยละ 54.4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพบว่า มีตัวแปรจำนวน 4 ตัวแปร ที่สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุใน โครงการพื้นที่มพระราชทาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือการเข้าถึงสถานบริการทันตกรรม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยเรียงปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลจากมากไปน้อย

ดวงพร กตัญญูตานนท์ และคณะ (2562) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ต.วัดศรีวารีน้อย ต.ศรีระจะระเข้าใหญ่ อ.บางเสาธง จ.สมุทรปราการ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในช่องปาก การรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพช่องปาก

ชนินทร์ สุทธิโต (2560) ได้ศึกษาพฤติกรรมทันตสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง จำนวน 134 คน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมทันตสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางคือ 2.36 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.48 ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมทันตสุขภาพและการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทันตสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคในช่องปากมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทันตสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทันตสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คอสซิโอนิล แม็กกี มุลเลอร์ และเปโตรวิก (Kossionil, Maggi, Muller & Petrovic, 2017) ได้เขียนบทความถึง ภาวะปัญหาทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิต อัตรการ

เสียชีวิต และการเข้าสังคม ถึงเวลาแล้วที่จะต้องมีการแก้ปัญหา ซึ่งปัจจัยที่เป็นอุปสรรคได้แก่ สภาพของตัวผู้สูงอายุเองที่ปัญหาการเจ็บป่วยซึ่งมีผลต่อการเคลื่อนไหว และมีภาวะสมองเสื่อม ประกอบกับต้องพึ่งพาผู้ดูแล และมีสภาพเศรษฐกิจและสังคมต่ำ และปัญหาด้านการเงิน ขาดบุคลากรที่มีความรู้ในการดำเนินงานด้านทันตสุขภาพ และขาดนโยบายภาครัฐที่ชัดเจน โดยชี้แนะแนวทางแก้ปัญหา คือ การให้การศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งบุคลากรทางการแพทย์และบุคคลทั่วไป มีนโยบายของรัฐที่จะแก้ปัญหาไปสู่ชุมชน และที่สำคัญคือการสร้างแรงจูงใจให้ประชากรสามารถดูแลทันตสุขภาพด้วยตนเองภายใต้หน่วยบริการที่รับผิดชอบ

7.3 ปัจจัยด้านพฤติกรรมมารับบริการตรวจฟันจากสถานบริการ

พาร์ค แชน พาร์ค และ โค (Park, Han, Park & Ko, 2016) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างสถานะทางเศรษฐกิจสังคมกับพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพ ในประชากรตัวอย่างชาวเกาหลี 20,730 คน ในปี ค.ศ. 2008-2010 ที่มีอายุมากกว่า 19 ปี พบว่าปัจจัยด้านรายได้และการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สูงต่อพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพ และการมีสถานะทันตสุขภาพ โดยพิจารณาจากความถี่ในการแปรงฟัน การใช้อุปกรณ์เสริม เช่น ไหมขัดฟัน แปรงซอกฟัน แปรงไฟฟ้า น้ำยาบ้วนปาก และการตรวจสุขภาพช่องปาก จึงต้องให้ความสำคัญกับกลุ่มที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีระดับต่ำ

ธนิดา ผาติเสนะ, วิภาวรรณ มุ่งยุทธกลาง, อรชร กอหล้ากลาง, และเสฏฐวุฒิ ไพสีสถาน (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนฝรั่ง ต.หัวทะเล อ.เมือง จ.นครราชสีมา จำนวน 117 คน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีปัญหาสุขภาพในช่องปากร้อยละ 75.2 ส่วนใหญ่ใช้การแปรงฟันร้อยละ 94 ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ไม่เคยไปตรวจสุขภาพช่องปากร้อยละ 59 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูงอยู่แล้ว ดังนั้นผู้เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุไปรับการตรวจสุขภาพช่องปากทุก 6 เดือน เพื่อจะได้ทราบถึงปัญหาสุขภาพช่องปากและความจำเป็นในการป้องกันรักษา โดยพบว่า การตรวจสุขภาพช่องปาก และการเข้าถึงสถานบริการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

ชวลีพร เผ่านี้มมงคล (2561) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการเข้ารับบริการทันตกรรมผู้สูงอายุ ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบางป่อ โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 340 คน ใช้แบบสอบถามความต้องการเข้ารับบริการของผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย โดยปัจจัยที่ตระหนักถึงความจำเป็นต่อการเข้ารับบริการมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความต้องการเข้ารับบริการรักษาทางทันตกรรมของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยนำเกี่ยวกับความเชื่อเรื่องสุขภาพด้านการรับรู้ และ

ปัจจัยสนับสนุนด้านทรัพยากรที่เอื้อต่อการเข้ารับบริการทันตกรรมไม่พบความสัมพันธ์กับความ ต้องการเข้ารับบริการทันตกรรมในผู้สูงอายุ

กนกอร โพธิ์ศรี และจิรานันท์ วิทยาไพโรจน์ (2561) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ต่อการมารับบริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุ 60-74 ปี ในอำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่นจากกลุ่ม ตัวอย่าง 480 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 67.1 ปี จากการศึกษา พบอัตราการมารับบริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 32.08 ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับการมารับบริการ ได้แก่ อายุ ที่อยู่อาศัย (ในเขตหรือนอกเขตเทศบาล) การเคยได้รับความรู้ทาง ทันตสุขภาพ โดยพบว่าผู้สูงอายุเพียงบางส่วนเท่านั้นที่มารับการรักษาทางทันตกรรมซึ่งควรส่งเสริม ให้ผู้สูงอายุมารับบริการทางทันตกรรมเป็นประจำในสถานบริการที่สะดวก และส่งเสริมให้ทันตบุคลากร ได้ให้ความรู้ทางทันตสุขภาพในเชิงรุกแก่ผู้สูงอายุ

รัตนา สิทธิปริษาชาญ (2560) ได้ศึกษาถึงการเข้าถึงบริการทันตกรรมผู้สูงอายุ พบว่า ปัญหาที่สำคัญในช่องปากของผู้สูงอายุคือ การสูญเสียฟัน ดังนั้นการเข้าถึงบริการทันตกรรมมี ความสำคัญในการป้องกันควบคุมและลดอัตราการสูญเสียฟัน โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ เข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ ระดับการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมอยู่ในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 64.2 ดังนั้นผู้ให้บริการควรให้ความสำคัญกับการจัดบริการทันตกรรม เชิงรุกและอำนวยความสะดวกในการรับบริการของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพช่องปากหลายวิธี ส่วนใหญ่เป็นการใช้แปรงสีฟันและการบ้วนปากทำตอนหลังตื่นนอนช่วงเช้าและก่อนนอน และมีการ ใช้อุปกรณ์เสริมการแปรงฟันได้แก่ไหมขัดฟัน แปรงซอกฟันเป็นส่วนน้อย จึงควรมีคำแนะนำ ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเรื่องวิธีการทำความสะอาดช่องปากอย่างอื่นด้วย ด้านการไปพบทันตแพทย์ ร้อยละ 85.8 ไม่เคยไปพบทันตแพทย์ด้วยเหตุผลที่वारอให้มีอาการก่อนปัญหาที่ไปพบคือปวดฟัน เสียฟัน มีเพียงร้อยละ 5.9 ที่ต้องการตรวจเช็คเมื่อยังไม่มีอาการ ดังนั้นควรเพิ่มการรับรู้ความเข้าใจ ให้ตระหนักถึงความจำเป็นในการตรวจสุขภาพช่องปากและการไปรับคำแนะนำทางทันตสุขภาพ ทุก 4 - 6 เดือน ปัจจัยที่มีความสำคัญทางลบกับการเข้าถึงบริการทันตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ดังนั้นผู้ให้บริการควรให้ความสำคัญกับการจัดบริการเชิงรุก เพื่ออำนวยความสะดวกในการรับบริการของผู้สูงอายุ

ราซาค และคณะ (Razak et al., 2014) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับ บริการทันตกรรมป้องกันของผู้สูงอายุได้แก่ 1) สภาพช่องปาก การเจ็บป่วยของร่างกาย การเคลื่อนไหว 2) ด้านสังคมและประชากรศาสตร์ ได้แก่ สถานที่อยู่อาศัย การศึกษา รายได้ อายุ เพศ วัฒนธรรม และ เชื้อชาติ 3) ด้านการบริการ ได้แก่ การเข้าถึง ความประพฤติกติและทัศนคติของทันตบุคลากร ค่าใช้จ่าย ความพึงพอใจ และการเดินทาง 4) ทัศนคติหรือความรู้สึกของผู้รับบริการ ได้แก่ ความเชื่อส่วนบุคคล

ไม่เห็นความจำเป็นของการรักษา การรู้ถึงความสำคัญ ความกลัวกังวล การต่อต้านการเปลี่ยนแปลง การรับรู้ด้านการเงิน และความพอใจในการมารับบริการ

7.4 งานวิจัยเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุ

ประภัสสร ลือโสภา, บัณฑิต ศรีชัยกุล, และสุริยา รัตนปริญา (2557) ได้ศึกษาถึงผลของโปรแกรมประยุกต์การเฝ้าระวังตนเองทางทันตสุขภาพร่วมกับเพื่อนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพตนเองของผู้ป่วยในผู้สูงอายุใน อำเภอปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเกิดจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง การแก้ไขคือการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการเฝ้าระวังตนเองทางทันตสุขภาพและการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชนในการช่วยแก้ปัญหา การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์การดูแลทันตสุขภาพร่วมกับการดูแลโดยกลุ่มเพื่อนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ดูแลทันตสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลสระบัว อำเภอปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ดจำนวน 77 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 37 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการทดลองได้แก่ การสอนประกอบภาพพลิก ตัวแบบการสาธิต กิจกรรมกลุ่มการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกลุ่มเพื่อนในชมรม เครื่องมือที่ใช้คือ โปรแกรมทันตสุขภาพและแบบสัมภาษณ์ พบว่าภายหลังที่ได้ดำเนินกิจกรรมตาม โปรแกรมพัฒนาขึ้น กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถตนเองด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติและการปฏิบัติตัวในการดูแลรักษาทันตสุขภาพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และตรวจพบคราบจุลินทรีย์ลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง โดยสรุปการเฝ้าระวังตนเองทางทันตสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลทันตสุขภาพ ทำให้พบรอยโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรกเพื่อป้องกันและควบคุมได้ทันทั่วทั้งที่ร่วมกับการดูแลจากกลุ่มเพื่อน โดยมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกและการใช้สื่อร่วมกับการนำเสนอที่ทำให้เกิดเห็นภาพจริง ส่งผลให้มีการพัฒนางานด้านทันตสาธารณสุขในกลุ่มผู้สูงอายุได้ดีขึ้น

กล่าวโดยสรุปผู้สูงอายุมีปัญหาทันตสุขภาพมากขึ้นตามอายุ มีการสูญเสียฟันเพิ่มขึ้นจำนวนฟันที่ใช้งานน้อยลง ทำให้เกิดปัญหาด้านโภชนาการ ด้านบุคลิกภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและการเสียชีวิต โดยสามารถป้องกันได้จากการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับกรอบแนวคิดฟรีซด์ ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ปัจจัยนำเป็นปัจจัยที่เกิดภายในตัวบุคคลที่ทำให้เกิดแรงจูงใจหรือความพอใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ได้แก่ ความรู้ การรับรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทศนคติ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยนำที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็น ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคใน

ช่องปาก การรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก การรับรู้ประโยชน์ของการดูแล
สุขภาพช่องปาก การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเมื่อดูแลสุขภาพช่องปาก มีบางการศึกษาที่
ศึกษาด้าน ความรู้ ทักษะ การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม ความตระหนักถึง
ความสำคัญต่อการเข้ารับบริการ ผู้วิจัยเลือกกรอบแนวคิดด้านปัจจัยนำเข้า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของ
การเกิดโรคในช่องปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคในช่องปาก และการรับรู้ประโยชน์ของการ
ดูแลทันตสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาใน
ชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมาก่อน ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุในเขตเมือง

ปัจจัยเอื้อเป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคลที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม ได้แก่ การหา
ได้ง่าย แหล่งทรัพยากร ความสามารถในการเข้าถึง และแหล่งบริการด้านสุขภาพ จากการทบทวน
วรรณกรรมพบว่า ปัจจัยเอื้อส่วนใหญ่เป็นการเข้าถึงแหล่งบริการ ยังไม่มีการศึกษาถึงการเข้าถึง
อุปกรณ์การดูแลทันตสุขภาพ ผู้วิจัยจึงเลือกกรอบแนวคิดด้านปัจจัยนำเข้า การเข้าถึงอุปกรณ์การ
ดูแลทันตสุขภาพ และการเข้าถึงแหล่งบริการ เพื่อให้เกิดความครอบคลุม

ปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยภายนอกที่เกิดจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคล
นั้น จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยเสริมส่วนใหญ่เป็นการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว
เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ ผู้วิจัยจึงเลือกกรอบแนวคิดด้านปัจจัยเสริมเป็น การได้รับการ
สนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลทันตสุขภาพจากชมรม
ผู้สูงอายุ ซึ่งมีความครอบคลุมทั้งหมดของบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งครอบครัว เพื่อนสมาชิกชมรม
ด้วยกัน และบุคลากรสาธารณสุข

ด้านปัจจัยร่วม เป็นปัจจัยด้านประชากรที่สามารถนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมของ
บุคคลในด้านต่างๆ ที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้
จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยร่วม ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ อาชีพ
การมีฟันเหลือในช่องปาก การใส่ฟันปลอม การมีโรคประจำตัว สิทธิการรักษา ผู้วิจัยเลือกกรอบ
แนวคิดด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลเป็น อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ อาชีพ เพื่อเป็น
ปัจจัยร่วมที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร ซึ่งมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 865 คน (โรงพยาบาลสิรินธร, 2562) ที่มีการขึ้นทะเบียนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 - พ.ศ. 2563 กับชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่มาเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อยหนึ่งครั้งในปี พ.ศ. 2562 (มกราคม-ธันวาคม) คำนวณขนาดตัวอย่างครั้งนี้ (ละเอียด ศิลา น้อย, 2558)

สูตรการคำนวณ

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2} \sigma^2}{NE^2 + Z^2_{\alpha/2} \sigma^2}$$

n คือ จำนวนอาสาสมัครที่ต้องการ

N คือ ประชากรสูงอายุที่เข้าเกณฑ์

σ คือ ค่าความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก จากการ
ศึกษาของ อุดมพร ทรัพย์บัว (2562) พบว่า ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
= 0.327

E คือ ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

$Z_{\alpha/2}$ คือ ค่า Z จากตาราง ที่ระดับความเชื่อมั่นที่กำหนด

เมื่อ $\alpha = 0.05$ หรือมีระดับความเชื่อมั่น 95% มีค่า $Z_{\alpha/2} = 1.96$

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{865 \times 1.96^2 \times 0.327^2}{865 \times 0.05^2 + 1.96^2 \times 0.327^2}$$

$$= 138$$

จากค่าที่ได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกประมาณ 10% ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ 150 คน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลาก

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
- 2) เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ที่มาร่วมกิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้งในปี พ.ศ. 2562
- 3) เป็นผู้เข้าร่วมใน โครงการการศึกษาวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ
- 4) เป็นผู้ที่สามารถพูด อ่านเขียน และเข้าใจภาษาไทย รู้สึกตัวดี มีสติสัมปชัญญะปกติ
- 5) ผู้สูงอายุที่ยังคงมีฟันเหลือในช่องปาก

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุที่ปฏิเสธการให้ข้อมูลหรือให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามทั้งหมด โดยเครื่องมือที่ใช้แบ่งเป็น 5 ตอน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ

2.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำ แบ่งเป็น 3 ส่วน จำนวน 22 ข้อ

ส่วนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในช่องปาก จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคในช่องปาก จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ

2.3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 1 การเข้าถึงอุปกรณ์การดูแลทันตสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม จำนวน 4 ข้อ

2.4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม แบ่งเป็น 2 ส่วน จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 1 การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลทันตสุขภาพจากชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 3 ข้อ

2.5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 2 ส่วน จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 1 พฤติกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพด้วยตนเอง จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการรับบริการตรวจฟันจากสถานบริการ จำนวน 3 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถามตอนที่ 2 3 4 เป็นการตอบคำถามปลายปิด มีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ให้เลือกคำตอบในลักษณะมาตราแบบส่วนประมาณค่า (Rating scale) ชนิด 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์ให้เลือกตอบและมีคะแนน ดังนี้

ระดับมากที่สุด หมายถึง ท่านมีการรับรู้ดังข้อความในประโยคที่ให้มา อยู่ในระดับมากที่สุด

ระดับมาก หมายถึง ท่านมีการรับรู้ดังข้อความในประโยคที่ให้มา อยู่ในระดับมาก

ระดับปานกลาง หมายถึง ท่านมีการรับรู้ดังข้อความในประโยคที่ให้มา อยู่ในระดับปานกลาง

ระดับน้อย หมายถึง ท่านมีการรับรู้ดังข้อความในประโยคที่ให้มา อยู่ในระดับน้อย

ระดับน้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีการรับรู้ดังข้อความในประโยคที่ให้มา อยู่ในระดับน้อยที่สุด

การให้คะแนน กำหนดการให้คะแนน ดังนี้

คำตอบ	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ระดับมากที่สุด	5	1
ระดับมาก	4	2
ระดับปานกลาง	3	3
ระดับน้อย	2	4
ระดับน้อยที่สุด	1	5

เกณฑ์การแปลผลของคะแนน นำมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ได้ ให้ความหมายคะแนนเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์ในการคำนวณ ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนนเฉลี่ย} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5 - 1}{3} \\ &= 1.33 \end{aligned}$$

คะแนนเฉลี่ย	ปัจจัยนำ	ปัจจัยเอื้อ	ปัจจัยเสริม
ระดับสูง	3.68-5.00		
ระดับปานกลาง	2.34-3.67		
ระดับต่ำ	1.00-2.33		

ลักษณะแบบสอบถามตอนที่ 5 เป็นการตอบคำถามปลายปิดเชิงบวก ให้เลือกคำตอบ ในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ชนิด 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและให้ คะแนน ดังนี้

ทำเป็นส่วนใหญ่	หมายถึง ท่านปฏิบัติตามประโยชน์ที่ให้มาเป็นส่วนใหญ่
ทำบ้างไม่ทำบ้าง	หมายถึง ท่านปฏิบัติบ้างไม่ปฏิบัติบ้างตามข้อความในประโยชน์ที่ให้มา
ทำเป็นส่วนน้อย	หมายถึง ท่านปฏิบัติเป็นส่วนน้อยตามข้อความในประโยชน์ที่ให้มา
ไม่ทำเลย	หมายถึง ท่านไม่ปฏิบัติตามข้อความในประโยชน์ที่ให้มา

การให้คะแนน กำหนดการให้คะแนน ดังนี้

คำตอบ	ข้อความเชิงบวก
ทำเป็นส่วนใหญ่	3
ทำบ้างไม่ทำบ้าง	2
ทำเป็นส่วนน้อย	1
ไม่ทำเลย	0

เกณฑ์การแปลผลของคะแนน นำมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ได้ ให้ความหมายคะแนนเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์ในการคำนวณ ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนนเฉลี่ย} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{3 - 0}{3} \\ &= 1.00 \end{aligned}$$

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ

ระดับสูง	2.01 - 3.00
ระดับปานกลาง	1.01 - 2.00
ระดับต่ำ	0.00 - 1.00

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยดังนี้

3.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นมา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการบริหารงานและรักษาด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและด้านทันตกรรม จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรง ความถูกต้อง และความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และเกณฑ์การให้คะแนน และความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิได้พิจารณาแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาปรับปรุงและแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปทดลองใช้ ได้ค่า IOC เฉลี่ยทั้งหมดเท่ากับ 0.986

3.2 การตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (Reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ได้มาปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลลาดกระบัง จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะประชากรคล้ายกับประชากรที่ศึกษา จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม จำนวน 4 ตอน ได้ค่าความเที่ยงรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.904

3.2.1 ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำ ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.817

ส่วนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในช่องปาก มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.869

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคในช่องปาก มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.906

ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.409

3.2.2 ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.637

ส่วนที่ 1 การเข้าถึงอุปกรณ์การดูแลทันตสุขภาพ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.673

ส่วนที่ 2 การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.300

3.2.3 ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.933

ส่วนที่ 1 การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.948

ส่วนที่ 2 การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลทันตสุขภาพจากชมรมผู้สูงอายุ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.782

3.2.4 ตอนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ มีความเที่ยงเท่ากับ 0.682

ส่วนที่ 1 พฤติกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพด้วยตนเอง มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.600

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมมารับบริการตรวจฟันจากสถานบริการ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.526

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตทำวิจัย และขอเอกสารรับรอง โครงการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้รับเอกสารรับรอง เลขที่โครงการ IRB-SHS 2020/1004/71

4.2 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตทำวิจัย และขอเอกสารรับรอง โครงการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร ได้รับเอกสารรับรอง เลขที่โครงการ U016h/63_EXP

4.3 ภายหลังจากผู้อำนวยการอนุญาตให้ทำการทดลองและรวบรวมข้อมูล จากนั้นเรียนหัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธรให้ทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์

4.4 ซึ่งแจ้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง ให้ทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย บทบาทหน้าที่ของผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ลักษณะการเก็บข้อมูล ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการเก็บข้อมูล มีการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และใช้แบบสอบถามกับอาสาสมัคร จำนวน 150 คน

4.5 การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัครที่ใช้ในการเก็บข้อมูลตามหลักจริยธรรมไม่เปิดเผยข้อมูลอาสาสมัคร อธิบายเรื่องการเก็บข้อมูลเป็นความลับ ให้อาสาสมัครลงชื่อยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย ระหว่างการวิจัยสามารถซักถามและขอคำอธิบายเพิ่มเติม และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลต่อสิทธิหรือการรักษาพยาบาลแต่ประการใด

4.6 เก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำมา นำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบแต่ละข้อในแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามจำนวน 150 ชุด มาตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.1 ข้อมูลปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมกรรมการดูแลทันตสุขภาพ ด้วยการทดสอบไค-สแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของ ฮินเคิล วิลเลียม และสตีเฟน (Hinckle, William & Stephen, 1998)

ค่า r	มีความสัมพันธ์
0.90-1.00	ระดับสูงมาก
0.70-0.90	ระดับสูง
0.50-0.70	ระดับปานกลาง

0.30-0.50 ระดับต่ำ

0.00-0.30 ระดับต่ำมาก

5.3 วิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม
ต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร กรุงเทพมหานคร การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 150 คน ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และจากผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563 เก็บแบบสอบถามได้ครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน 150 ชุด ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งนำเสนอผลการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 5 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร

ตอนที่ 2 แสดงผลข้อมูลปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร

ตอนที่ 3 แสดงผลข้อมูลความสัมพันธ์ของคุณลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร

ตอนที่ 4 แสดงผลข้อมูลความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร

ตอนที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์อิทธิพลของคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร

1. ตอนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร

ผู้วิจัยได้กำหนดตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ อาชีพ โดยใช้สถิติเชิงพรรณานำเสนอในรูปแบบ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด รายละเอียด ดังต่อไปนี้ นำเสนอตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร จำแนกตามปัจจัย
คุณลักษณะส่วนบุคคล (n=150)

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	28	18.67
หญิง	122	81.33
อายุ		
ผู้สูงอายุตอนต้น (60-70 ปี)	87	58.00
ผู้สูงอายุวัยกลาง (มากกว่า 70-80 ปี)	54	36.00
ผู้สูงอายุตอนปลาย (มากกว่า 80 ปี ขึ้นไป)	9	6.00
อายุเฉลี่ย \bar{X} = 70.40 ปี SD 6.31 Min 60ปี Max 93 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	15	10.00
สมรส	73	48.67
หย่า	14	9.33
หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)	45	30.00
แยกกันอยู่	3	2.00
การศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	4	2.67
ประถมศึกษา	47	31.33
มัธยมศึกษา/ปวช.	36	24.00
อนุปริญญา/ปวส.	14	9.33
ปริญญาตรีขึ้นไป	49	32.67
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	63	42.00
5,000 - 10,000 บาท	22	14.67
10,001 - 15,000 บาท	21	14.00
มากกว่า 15,000 บาท	44	29.33

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพหลัก		
ไม่ได้ทำงาน	87	58.00
ข้าราชการบำนาญ	44	29.33
เกษตรกร	2	1.33
รับจ้างทั่วไป	6	4.00
ค้าขาย	6	4.00
อื่นๆ ระบุ (อาจารย์พิเศษ ตัวแทนประกัน, ธุรกิจส่วนตัวตัดเย็บเสื้อผ้า)	5	3.33

จากตารางที่ 4.1 พบว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.33 และเพศชาย ร้อยละ 18.67 ช่วงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-70 ปี) ร้อยละ 58 รองลงมาคือผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุมากกว่า 70 -80 ปี) ร้อยละ 36.0 มีอายุเฉลี่ย 70.40 ปี อายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 93 ปี ส่วนใหญ่จบปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 32.67 และประถมศึกษา ร้อยละ 31.33 ส่วนใหญ่ น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 42.00 รองลงมา รายได้มากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 29.33 อาชีพหลักส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 58.00 รองลงมาเป็นข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 29.33

2. ตอนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร

2.1 ปัจจัยนำ ผู้วิจัยได้กำหนดตัวแปรด้านปัจจัยนำ ซึ่งมี 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในช่องปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคในช่องปาก และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพ นำเสนอในตารางที่ 4.2-4.3

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร จำแนกตามระดับ การรับรู้ด้านสุขภาพ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล จำแนกรายด้าน และโดยรวมของปัจจัยนำ (n=150)

ปัจจัยนำ	ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ			ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
	n (%)	n (%)	n (%)			
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิด โรคลิ้นช่องปาก	11 (7.33)	50 (33.33)	89 (59.33)	3.73	0.84	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของโรคลิ้น ช่องปาก	7 (4.67)	42 (28.00)	101 (67.33)	3.96	0.76	สูง
การรับรู้ประโยชน์ของการดูแล ทันตสุขภาพ	0 (0.00)	36 (24.00)	114 (76.00)	4.19	0.64	สูง
ปัจจัยนำรวม	3 (2.00)	40 (26.67)	107 (71.33)	3.97	0.60	สูง

จากตารางที่ 4.2 พบว่าระดับคะแนนปัจจัยนำรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 71.33 ระดับปานกลาง ร้อยละ 26.67 ระดับต่ำ ร้อยละ 2.00 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิด โรคลิ้นช่องปากอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 59.33 ระดับปานกลาง ร้อยละ 33.33 ระดับต่ำ ร้อยละ 7.33 การรับรู้ความรุนแรงของโรคลิ้นช่องปากอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 67.33 ระดับปานกลาง ร้อยละ 28.00 ระดับต่ำ ร้อยละ 4.67 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 76.00 ระดับปานกลาง ร้อยละ 24.00

หากพิจารณาจากค่าเฉลี่ยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยปัจจัยนำรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.97$, $SD = 0.60$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับสูง โดยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการดูแล ทันตสุขภาพมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X} = 4.19$, $SD = 0.64$) รองลงมาคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคลิ้น ช่องปาก ($\bar{X} = 3.96$, $SD = 0.76$) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคลิ้นช่องปาก ($\bar{X} = 3.73$, $SD = 0.84$)

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร
จำแนกตามปัจจัยนำ รายชื่อ (n=150)

ปัจจัยนำ	\bar{x}	SD	แปลผล
1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในช่องปาก			
1. ผู้สูงอายุที่มีฟันผุที่รากฟัน	3.59	1.19	ปานกลาง
2. ผู้สูงอายุมักทำความสะอาดช่องปากได้ไม่สะอาด	3.63	1.01	ปานกลาง
3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำลายแห้งเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุได้ง่าย	3.40	1.15	ปานกลาง
4. ผู้สูงอายุที่มีฟันสึก เปราะ และแตกหักได้ง่าย	3.93	1.16	สูง
5. ผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารที่มีแป้งและน้ำตาลสูง เหนียวติดฟัน เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ	3.99	1.09	สูง
6. ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวทำให้มีผลกับโรคในช่องปาก เช่น น้ำลายแห้ง ฟันผุ เหงือกอักเสบ เชื้อรา	3.73	1.20	สูง
7. ผู้สูงอายุไม่ไปหาหมอฟัน จะไม่ทราบสภาวะช่องปากตนเอง เช่น ฟันผุ บริเวณซอกฟัน	3.91	1.10	สูง
2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคในช่องปาก			
1. ผู้สูงอายุที่มีฟันผุ หากลุกลามจะนำไปสู่การสูญเสียฟัน	4.27	0.94	สูง
2. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาปริทันต์อักเสบ จะทำให้ฟันโยกและฟันหลุดในที่สุด	4.10	1.03	สูง
3. ผู้สูงอายุที่มีแผลเรื้อรังในช่องปากไม่ได้รับการรักษา จะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง	3.82	1.20	สูง
4. ผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันจะส่งผลให้มีภาวะขาดสารอาหารได้	3.95	1.12	สูง
5. ผู้สูงอายุเป็นโรคปริทันต์อักเสบ หากล่าช้าก็เข้าไปในปอด จะทำให้เกิดปอดบวม ถึงแก่ชีวิตได้	3.60	1.22	ปานกลาง
6. เชื้อจากโรคปริทันต์อักเสบ เมื่อเข้าสู่กระแสเลือดทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และโรคหลอดเลือดสมองตีบได้	3.35	1.22	ปานกลาง
7. ผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันจะทำให้ขาดความมั่นใจในบุคลิกภาพตนเอง	4.23	0.92	สูง
8. ผู้สูงอายุที่มีโรคในช่องปากแล้วไม่รีบหาหมอฟัน เมื่อลุกลามจะนำไปสู่การสูญเสียฟัน	4.41	0.84	สูง
3) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพ			
1. การแปรงฟันตอนเช้าและก่อนนอนช่วยป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ	4.49	0.72	สูง
2. การใช้ยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์ในการแปรงฟัน ช่วยป้องกันฟันผุได้	4.23	0.86	สูง
3. การใช้ไหมขัดฟันหรือแปรงซอกฟัน ช่วยทำความสะอาดให้ซอกฟันสะอาด	4.27	0.93	สูง
4. การรับประทานอาหารที่มีเส้นใย เช่น ผัก ผลไม้ ช่วยในการทำความสะอาดฟัน	3.95	1.06	สูง

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ปัจจัยนำ	\bar{x}	SD	แปลผล
5. การหลีกเลี่ยงการกินอาหารหวาน มีน้ำตาลสูง เหนียวติดฟัน ช่วยลดโอกาสเกิดฟันผุได้	4.30	0.83	สูง
6. การดูแลสุขภาพช่องปากได้ดี ลดโอกาสติดเชื้อที่สมอง ปอด และหัวใจ	3.91	1.11	สูง
7. ผู้สูงอายุที่ไปพบหมอฟันทุก 6 เดือน จะได้รับการป้องกันและรักษาโรคฟันผุ และเหงือกอักเสบในระยะเริ่มแรก	4.15	1.00	สูง

จากตารางที่ 4.3 ปัจจัยนำด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในช่องปากส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารที่มีแป้งและน้ำตาลสูง เหนียวติดฟัน เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ ($\bar{x} = 3.99$, SD = 1.09) รองลงมา ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีฟันสึกเปราะ และแตกหักได้ง่าย ($\bar{x} = 3.93$, SD = 1.16) และคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำลายแห้งเสี่ยง ต่อการเกิดโรคฟันผุได้ง่าย ($\bar{x} = 3.40$, SD = 1.15)

ปัจจัยนำด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคในช่องปากส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีโรคในช่องปากแล้วไม่รีบหาหมอฟัน เมื่อลูกถามจะนำไปสู่การสูญเสียฟัน ($\bar{x} = 4.41$, SD = 0.84) รองลงมา ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีฟันผุ หากลูกถามจะนำไปสู่การสูญเสียฟัน ($\bar{x} = 4.27$, SD = 0.94) และคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ เชื่อจากโรคปริทันต์อักเสบเมื่อเข้าสู่กระแสเลือดทำให้ เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และโรคหลอดเลือดสมองตีบได้ ($\bar{x} = 3.35$, SD = 1.22)

และปัจจัยนำด้านการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูงทั้งหมด คะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การแปรงฟันตอนเช้าและก่อนนอนช่วยป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ ($\bar{x} = 4.49$, SD = 0.72) รองลงมา ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการกินอาหารหวาน มีน้ำตาลสูง เหนียวติดฟัน ช่วยลดโอกาสเกิดฟันผุได้ ($\bar{x} = 4.30$, SD = 0.83) และคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การดูแลสุขภาพช่องปากได้ดี ลดโอกาสติดเชื้อที่สมอง ปอด และหัวใจ ($\bar{x} = 3.91$, SD = 1.11)

2.2 ปัจจัยเอื้อ ผู้วิจัยได้กำหนดตัวแปรด้านปัจจัยเอื้อ ซึ่งมี 2 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ การเข้าถึงอุปกรณ์การดูแลสุขภาพ และการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม นำเสนอ ดังตารางที่ 4.4-4.5

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร จำแนกตามระดับการเข้าถึง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล จำแนกรายด้านและโดยรวมของปัจจัยเอื้อ (n=150)

ปัจจัยเอื้อ	ระดับการเข้าถึง			ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล
	ต่ำ n (%)	ปานกลาง n (%)	สูง n (%)			
การเข้าถึงอุปกรณ์การดูแลทันตสุขภาพ	3 (2.00)	56 (37.33)	91 (60.67)	3.82	0.72	สูง
การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม	26 (17.33)	101 (67.33)	23 (15.33)	2.98	0.67	ปานกลาง
ปัจจัยเอื้อรวม	3 (2.00)	99 (66.00)	48 (32.00)	3.40	0.58	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.4 พบว่าปัจจัยเอื้อรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.00 ระดับสูง ร้อยละ 32.00 ระดับต่ำ ร้อยละ 2.00 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การเข้าถึงอุปกรณ์การดูแลทันตสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60.67 ระดับปานกลาง ร้อยละ 37.33 ระดับต่ำ ร้อยละ 2.00 การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.33 ระดับสูง ร้อยละ 15.33 ระดับต่ำ ร้อยละ 17.33

หากพิจารณาจากค่าเฉลี่ยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยปัจจัยเอื้อรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.40$, $SD = 0.58$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการเข้าถึงอุปกรณ์การดูแลทันตสุขภาพมีค่าเฉลี่ยสูง ที่สุด ($\bar{X} = 3.82$, $SD = 0.72$) รองลงมาคือ การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม ($\bar{X} = 2.98$, $SD = 0.67$)

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร จำแนกตามปัจจัยเอื้อ รายข้อ (n=150)

ปัจจัยเอื้อ	\bar{X}	SD	แปลผล
การเข้าถึงอุปกรณ์การดูแลทันตสุขภาพ			
1. ท่านมีแปรงสีฟันที่มีด้ามจับถนัดมือ	4.39	0.80	สูง
2. ท่านมีอุปกรณ์ทำความสะอาดซอกฟัน ได้แก่ ไหมขัดฟัน หรือแปรงซอกฟัน	3.89	1.13	สูง

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ปัจจัยเอื้อ	\bar{x}	SD	แปลผล
3. ท่านเลือกใช้จ่ายเงินที่ผสมฟลูออไรด์	4.24	0.85	สูง
4. ท่านได้รับการสนับสนุนแปรงสีฟัน หรืออุปกรณ์ทำความสะอาด ชอกฟันจากโครงการของหน่วยงานรัฐบาลหรือเอกชน	2.75	1.44	ปานกลาง
การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม			
1. ท่านสามารถไปรับบริการตรวจหรือรักษาฟันได้โดยสะดวก	3.60	1.22	ปานกลาง
2. ท่านมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการตรวจหรือรักษาฟัน	2.69	1.37	ปานกลาง
3. การไปรับบริการตรวจหรือรักษาฟันต้องใช้เวลารอคิวนาน	2.37	1.28	ปานกลาง
4. ท่านได้รับการช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ระบบนัด ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป หรือช่องทางด่วนสำหรับผู้ที่มี มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป	3.25	1.41	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.5 ปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงอุปกรณ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ท่านมีแปรงสีฟันที่มีด้ามจับถนัดมือ ($\bar{x} = 4.39$, $SD = 0.80$) รองลงมา ได้แก่ ท่านเลือกใช้จ่ายเงินที่ผสมฟลูออไรด์ ($\bar{x} = 4.24$, $SD = 0.85$) และคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ท่านได้รับการสนับสนุนแปรงสีฟัน หรืออุปกรณ์ทำความสะอาดชอกฟันจากโครงการของหน่วยงานรัฐบาลหรือเอกชน ($\bar{x} = 2.75$, $SD = 1.44$)

ปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรมทั้งหมดอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ท่านสามารถไปรับบริการตรวจหรือรักษาฟันได้โดยสะดวก ($\bar{x} = 3.60$, $SD = 1.22$) รองลงมา ได้แก่ ท่านได้รับการช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ระบบนัดผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป หรือช่องทางด่วนสำหรับผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปี ขึ้นไป ($\bar{x} = 3.25$, $SD = 1.41$) และคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การไปรับบริการตรวจหรือรักษาฟันต้องใช้เวลารอคิวนาน ($\bar{x} = 2.37$, $SD = 1.28$)

2.3 ปัจจัยเสริม ผู้วิจัยได้กำหนดตัวแปรด้านปัจจัยเสริม ซึ่งมี 2 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพช่องปากจากชมรมผู้สูงอายุ นำเสนอดังตารางที่ 4.6-4.7

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร จำแนกตามระดับการได้รับการสนับสนุน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล จำแนกรายด้านและโดยรวมของปัจจัยเสริม (n = 150)

ปัจจัยเสริม	ระดับการได้รับการสนับสนุน			ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล
	ต่ำ n (%)	ปานกลาง n (%)	สูง n (%)			
การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว	26 (17.33)	51 (34.00)	73 (48.67)	3.41	1.18	ปานกลาง
การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลทันตสุขภาพจากชมรมผู้สูงอายุ	27 (18.00)	62 (41.33)	61 (40.67)	3.36	1.18	ปานกลาง
ปัจจัยเสริมรวม	24 (16.00)	59 (39.33)	67 (44.67)	3.39	1.04	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.6 พบว่าปัจจัยเสริมรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 44.67 ระดับปานกลาง ร้อยละ 39.33 ระดับต่ำ ร้อยละ 16.00 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 48.67 ระดับปานกลาง ร้อยละ 34.00 ระดับต่ำ ร้อยละ 17.33 การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลทันตสุขภาพจากชมรมผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 40.67 ระดับปานกลาง ร้อยละ 41.33 ระดับต่ำ ร้อยละ 18.00

หากพิจารณาจากค่าเฉลี่ยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยปัจจัยเสริมรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.39$, $SD = 1.04$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X} = 3.41$, $SD = 1.18$) รองลงมาคือ การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลทันตสุขภาพจากชมรมผู้สูงอายุ ($\bar{X} = 3.36$, $SD = 1.18$)

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร จำแนกตามปัจจัยเสริม รายข้อ (n = 150)

ปัจจัยเสริม	\bar{X}	SD	แปลผล
การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว			
1. บุคคลในครอบครัวกระตุ้นเตือนให้ท่านแปรงฟัน	3.23	1.44	ปานกลาง
2. บุคคลในครอบครัวกระตุ้นเตือนให้ท่านทำความสะอาดซอกฟัน	3.19	1.45	ปานกลาง

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ปัจจัยเสริม	\bar{x}	SD	แปลผล
การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว (ต่อ)			
3. บุคคลในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านรับประทานผักและผลไม้แทนอาหารหวาน มีน้ำตาลสูง เหนียวติดฟัน	3.69	1.32	สูง
4. บุคคลในครอบครัวท่านช่วยในการจัดหาอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก เช่น แปรงสีฟัน ไหมขัดฟัน แปรงซอกฟัน	3.35	1.37	ปานกลาง
5. บุคคลในครอบครัวสนับสนุนท่านในการพามาพบหมอฟัน เช่น ในการเดินทางมารับบริการ ค่าใช้จ่าย	3.58	1.32	ปานกลาง
การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลทันตสุขภาพจากชมรมผู้สูงอายุ			
1. ได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพช่องปากจากชมรมผู้สูงอายุ	3.57	1.24	ปานกลาง
2. ท่านได้รับข้อมูลจากบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการมาพบหมอฟันทุก 6 เดือน	3.31	1.38	ปานกลาง
3. ท่านได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากระหว่างสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	3.22	1.32	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.7 ปัจจัยเสริมด้านการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ บุคคลในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านรับประทานผักและผลไม้แทนอาหารหวาน มีน้ำตาลสูง เหนียวติดฟัน ($\bar{x} = 3.69$, SD = 1.32) รองลงมา ได้แก่ บุคคลในครอบครัวสนับสนุนท่านในการพามาพบหมอฟัน เช่น ในการเดินทางมารับบริการ ค่าใช้จ่าย ($\bar{x} = 3.58$, SD = 1.32) และคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ บุคคลในครอบครัวกระตุ้นเตือนให้ท่านทำความสะอาดซอกฟัน ($\bar{x} = 3.19$, SD = 1.45)

ปัจจัยเสริมด้านได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพช่องปากจากชมรมผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด คะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลทันตสุขภาพจากชมรมผู้สูงอายุ ($\bar{x} = 3.57$, SD = 1.24) รองลงมา ได้แก่ ท่านได้รับข้อมูลจากบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการมาพบหมอฟันทุก 6 เดือน ($\bar{x} = 3.31$, SD = 1.38) และคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ท่านได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากระหว่างสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ($\bar{x} = 3.22$, SD = 1.32)

2.4 พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ ผู้วิจัยได้กำหนดตัวแปรด้านพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ ซึ่งมี 2 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ พฤติกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพด้วยตนเอง พฤติกรรมการรับบริการตรวจฟันจากสถานบริการ นำเสนอ ดังตารางที่ 4.8-4.9

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร จำแนกตามระดับ
พฤติกรรม ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล จำแนกรายด้านและโดยรวม
ของพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ (n = 150)

พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ	ระดับพฤติกรรม			ค่าเฉลี่ย	SD	การแปลผล
	ต่ำ n (%)	ปานกลาง n (%)	สูง n (%)			
พฤติกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพด้วยตนเอง	1 (0.67)	34 (22.67)	115 (76.67)	2.35	0.42	สูง
พฤติกรรมมารับบริการตรวจฟันจาก สถานบริการ	16 (10.67)	61 (40.67)	73 (48.67)	2.17	0.75	สูง
พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพรวม	1 (0.67)	43 (28.67)	106 (70.67)	2.30	0.44	สูง

จากตารางที่ 4.8 พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ มีคะแนนเป็นไปได้ระหว่าง 0-3 พบว่า พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.67 ระดับปานกลาง ร้อยละ 28.67 ระดับต่ำ ร้อยละ 0.67 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพด้วยตนเอง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 76.67 ระดับปานกลาง ร้อยละ 22.67 ระดับต่ำ ร้อยละ 0.67 พฤติกรรมมารับบริการตรวจฟัน จากสถานบริการอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 48.67 ระดับปานกลาง ร้อยละ 40.67 ระดับต่ำ ร้อยละ 10.67

หากพิจารณาจากค่าเฉลี่ยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพรวม รวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.30$, $SD = 0.44$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านพฤติกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพด้วยตนเองมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X} = 2.35$, $SD = 0.42$) รองลงมาคือ พฤติกรรมมารับบริการตรวจฟันจากสถานบริการ ($\bar{X} = 2.17$, $SD = 0.75$)

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร
จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ รายข้อ (n = 150)

พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ	\bar{x}	SD	แปลผล
พฤติกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพด้วยตนเอง			
1. ท่านแปรงฟัน ตอนเช้าและก่อนนอน	2.85	0.39	สูง
2. ท่านแปรงฟันเป็นเวลาอย่างน้อย 2 นาที ต่อครั้ง	2.62	0.63	สูง
3. ท่านแปรงฟันโดยวางขนแปรงเอียงเข้าหาคอฟัน ขยับสั้นๆ แล้วบิด	2.50	0.69	สูง
4. ท่านไม่รับประทานอาหารหลังแปรงฟันอย่างน้อย 2 ชั่วโมง	2.05	0.87	สูง
5. ท่านใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในการแปรงฟัน	2.49	0.73	สูง
6. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหวาน มีน้ำตาลสูง เหนียวติดฟัน	2.45	0.74	สูง
7. ท่านใช้ไหมขัดฟัน หรือแปรงซอกฟัน อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง	1.93	1.02	ปานกลาง
8. เมื่อท่านจะรับประทานอาหารหวานหรือของท่านเล่น ท่านจะ รับประทานในมืออาหารหลัก	1.96	0.90	ปานกลาง
พฤติกรรมการรับบริการตรวจฟันจากสถานบริการ			
1. ท่านไปพบหมอฟันเพื่อตรวจฟันทุก 6 เดือน	1.80	1.12	มาก
2. เมื่อท่านเห็นว่ามีคามผิดปกติในช่องปาก ท่านรีบไปพบหมอฟัน เพื่อรักษาแต่เริ่มแรก	2.35	0.82	มาก
3. เมื่อได้รับคำแนะนำจากหมอฟันให้รับการรักษาโรคในช่องปาก ท่านไปรับบริการต่อเนื่องเพื่อป้องกันการลุกลาม	2.37	0.79	มาก

จากตารางที่ 4.9 พฤติกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพด้วยตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ท่านแปรงฟัน ตอนเช้าและก่อนนอน ($\bar{x} = 2.85$, SD = 0.39) รองลงมา
ได้แก่ ท่านแปรงฟันเป็นเวลาอย่างน้อย 2 นาที ต่อครั้ง ($\bar{x} = 2.62$, SD = 0.63) และคะแนนเฉลี่ย
ต่ำสุด ได้แก่ ท่านใช้ไหมขัดฟัน หรือแปรงซอกฟัน อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ($\bar{x} = 1.93$, SD = 1.02)

พฤติกรรมพฤติกรรมรับบริการตรวจฟันจากสถานบริการส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ เมื่อได้รับคำแนะนำจากหมอฟันให้รับการรักษาโรคในช่องปาก ท่านไป
รับบริการต่อเนื่องเพื่อป้องกันการลุกลาม ($\bar{x} = 2.37$, SD = 0.79) รองลงมา ได้แก่ เมื่อท่านเห็นว่ามี
ความผิดปกติในช่องปาก ท่านรีบไปพบหมอฟันเพื่อรักษาแต่เริ่มแรก ($\bar{x} = 2.35$, SD = 0.82) และ
คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดได้แก่ ท่านไปพบหมอฟันเพื่อตรวจฟันทุก 6 เดือน ($\bar{x} = 1.80$, SD = 1.12)

3. ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพด้วยการทดสอบไค-สแควร์ ได้มีการจัดกลุ่มพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเป็นกลุ่มที่มีระดับต่ำและปานกลาง กับกลุ่มที่มีระดับสูง และจัดกลุ่มสถานภาพสมรส การศึกษาสูงสุด และอาชีพ เพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลงทางสถิติของการทดสอบไค-สแควร์ ที่ค่าคาดหวังน้อยกว่า 5 ได้ไม่เกิน 20% ของจำนวนเซลล์ ดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร (n = 150)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ		χ^2	df	p-value
	ต่ำและปานกลาง	สูง			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ					
ชาย	11(39.29)	17(60.71)	1.645	1	0.200
หญิง	33(27.00)	89(73.00)			
อายุ					
60-70 ปี	22(25.29)	65(74.71)	1.649	2	0.439
71-80 ปี	19(35.19)	35(64.81)			
มากกว่า 80 ปี ขึ้นไป	3(33.33)	6(66.66)			
สถานภาพสมรส					
โสด	3(20.00)	12(80.00)	1.182	2	0.554
สมรส	24(32.88)	49(67.12)			
หย่า, หม้าย, แยกกันอยู่	17(27.42)	45(72.58)			
การศึกษาสูงสุด					
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	16(31.37)	35(68.63)	0.939	3	0.816
มัธยมศึกษา/ปวช.	12(33.33)	24(66.67)			
อนุปริญญา/ปวส.	4(28.57)	10(71.43)			
ปริญญาตรีขึ้นไป	12(24.48)	37(75.51)			

ตารางที่ 4.10 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ		χ^2	df	p-value
	ต่ำและปานกลาง	สูง			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
รายได้ต่อเดือน					
ต่ำกว่า 5,000 บาท	25(39.68)	38(60.32)	10.640	3	0.013
5,000 - 10,000 บาท	8(36.36)	14(63.64)			
10,001 - 15,000 บาท	6(28.57)	15(71.43)			
มากกว่า 15,000 บาท	5(11.36)	39(88.64)			
อาชีพหลัก					
ไม่ได้ทำงาน	29(33.33)	58(66.67)	2.391	2	0.321
ข้าราชการบำนาญ	9(20.45)	35(79.55)			
เกษตรกร/รับจ้างทั่วไป/ค้าขาย	6(31.58)	13(68.42)			
อื่นๆ ระบุ (อาจารย์พิเศษ ตัวแทนประกัน, ธุรกิจส่วนตัว ตัดเย็บเสื้อผ้า)					

จากตารางที่ 4.10 พบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
การดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยพบว่า
ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน มีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพอยู่ในระดับสูง
ร้อยละ 88.64 รองลงมา เมื่อมีรายได้ 10,001-15,000 บาทต่อเดือน มีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ
ในระดับสูง ร้อยละ 71.43 และเมื่อมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ
ในระดับสูง ร้อยละ 60.32 ส่วนปัจจัยด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ และอาชีพ
ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

4. ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสิรินธร

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้นำข้อมูลเชิงปริมาณ ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร มาทดสอบหาความสัมพันธ์ทางสถิติโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยถือว่ามีความสำคัญทางสถิติเมื่อ p-value น้อยกว่า 0.05

ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร ในภาพรวมและรายด้าน (n = 150)

ปัจจัยที่มีผลต่อการพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ	พฤติกรรม	พฤติกรรมการรับ	พฤติกรรมการ
	ส่งเสริม ทันตสุขภาพ ด้วยตนเอง	บริการตรวจฟัน จากสถานบริการ	ดูแลทันตสุขภาพ ของสมาชิกชมรม ผู้สูงอายุ
	r	r	r
ปัจจัยนำ	0.244**	0.357***	0.338***
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในช่องปาก	0.133	0.225**	0.199*
การรับรู้ความรุนแรงของโรคในช่องปาก	0.158	0.319***	0.260***
การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพ	0.330***	0.319***	0.380***
ปัจจัยเอื้อ	0.327***	0.290***	0.365***
การเข้าถึงอุปกรณ์การดูแลทันตสุขภาพ	0.410***	0.267***	0.412***
การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม	0.126	0.215**	0.189*
ปัจจัยเสริม	0.343***	0.278***	0.370***
การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว	0.261***	0.202*	0.278***
การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลทันตสุขภาพจาก ชมรมผู้สูงอายุ	0.375***	0.319***	0.412***

หมายเหตุ: * ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ≤ 0.05 , ** ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ≤ 0.01 ,

*** ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ≤ 0.001

จากตารางที่ 4.11 พบว่าปัจจัยนำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในภาพรวมและรายด้าน ทั้งพฤติกรรมการส่งเสริมทันตสุขภาพด้วยตนเอง

และพฤติกรรมการรับบริการตรวจฟันจากสถานบริการ ($r=0.338, 0.244, 0.357$ ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาปัจจัยนำรายด้านพบว่า ความสัมพันธ์ที่สูงที่สุดคือ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในภาพรวมและรายด้าน ทั้งพฤติกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพด้วยตนเองและพฤติกรรมการรับบริการตรวจฟันจากสถานบริการ ($r = 0.380, 0.330, 0.319$) ความสัมพันธ์รองลงมาคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคในช่องปากกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในภาพรวม และด้านการรับบริการตรวจฟันจากสถานบริการ ($r = 0.260, 0.319$) โดยไม่ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพด้วยตนเอง และความสัมพันธ์ต่ำสุดคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในช่องปากกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในภาพรวม และด้านการรับบริการตรวจฟันจากสถานบริการ ($r = 0.199, 0.225$) โดยไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพด้วยตนเอง

ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในภาพรวมและรายด้าน ทั้งพฤติกรรมการส่งเสริมทันตสุขภาพด้วยตนเองและพฤติกรรมการรับบริการตรวจฟันจากสถานบริการ ($r = 0.365, 0.327, 0.290$ ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาปัจจัยเอื้อรายด้านพบว่า ความสัมพันธ์ที่สูงที่สุดคือ การเข้าถึงอุปกรณ์การดูแลทันตสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในภาพรวมและรายด้าน ทั้งพฤติกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพด้วยตนเองและพฤติกรรมการรับบริการตรวจฟันจากสถานบริการ ($r = 0.412, 0.410, 0.267$ ตามลำดับ) ความสัมพันธ์รองลงมาคือ การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรมกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในภาพรวม และด้านการรับบริการตรวจฟันจากสถานบริการ ($r = 0.189, 0.215$) โดยไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพด้วยตนเอง

ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในภาพรวม และรายด้านทั้งพฤติกรรมการส่งเสริมทันตสุขภาพด้วยตนเองและพฤติกรรมการรับบริการตรวจฟันจากสถานบริการ ($r = 0.370, 0.343, 0.278$ ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาปัจจัยเสริมรายด้านพบว่า ความสัมพันธ์ที่สูงที่สุดคือ การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลทันตสุขภาพจากชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในภาพรวมและรายด้าน ทั้งพฤติกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพด้วยตนเองและพฤติกรรมการรับบริการตรวจฟันจากสถานบริการ ($r = 0.412, 0.375, 0.319$) ความสัมพันธ์รองลงมาคือ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในภาพรวมและรายด้าน ทั้งพฤติกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพด้วยตนเอง และพฤติกรรมการรับบริการตรวจฟันจากสถานบริการ ($r = 0.278, 0.261, 0.202$)

5. ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร

โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ก่อนทำการวิเคราะห์ได้ตรวจสอบตัวแปรว่าเป็นไปตามข้อตกลงของการใช้สถิติโดยพิจารณา ดังนี้

5.1 ตัวแปรทั้งหมดเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ (Quantitative variable) ที่ระดับ Interval ที่มีการแจกแจงปกติในระดับที่ยอมรับได้ (มีค่าความเบ้ไม่เกิน ± 3 , ค่าความโด่งไม่เกิน ± 10)

5.2 ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติและเป็นอิสระต่อกัน ไม่เกิด Auto correlation ซึ่งทดสอบจากค่า Durbin-Watson ได้ 1.675 (ค่าต้องอยู่ระหว่าง 1.5-2.5)

5.3 ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (multicollinearity) ทดสอบโดยการวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างตัวแปรอิสระได้ค่าไม่เกิน 0.85 และพิจารณาจากค่าความแปรปรวนของค่าประมาณของสัมประสิทธิ์ของพารามิเตอร์ (Variation inflation Factor) พบว่าค่าไม่เกิน 10 และค่า Tolerance อยู่ในช่วง 0.5-1.0

5.4 ค่าความคลาดเคลื่อนไม่แตกต่างกัน (homoscedasticity) ซึ่งทดสอบโดยใช้พิจารณาจากกราฟ scatter plots

ตารางที่ 4.12 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพในภาพรวม ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร

ตัวแปรพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโดยรวม (Y)	B	SE	Beta	t	p-value
Constant	0.87			3.81	0.001
การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพ (X1)	0.15	0.053	0.225	2.90	0.004
การเข้าถึงอุปกรณ์การดูแลทันตสุขภาพ (X2)	0.13	0.052	0.215	2.54	0.012
การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลทันตสุขภาพจากชมรมผู้สูงอายุ (X3)	0.08	0.031	0.226	2.69	0.0028

$R = 0.517$, $R^2 = 0.267$, $\text{Adjusted } R^2 = 0.252$
 ค่า $F = 17.734$, $\text{Sig } F = 0.001$

จากตารางที่ 4.12 พบว่า ตัวแปรปัจจัยนำด้านการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพ ตัวแปรปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงอุปกรณ์การดูแลทันตสุขภาพ และตัวแปรปัจจัยเสริมด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลทันตสุขภาพจากชมรมผู้สูงอายุ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และเขียนสมการทำนายพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในภาพรวมโรงพยาบาลสิรินธร ดังต่อไปนี้

1) สมการคะแนนดิบ ประกอบด้วยค่าคงที่ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพ การเข้าถึงอุปกรณ์การดูแลทันตสุขภาพ และการได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลทันตสุขภาพ จากชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งทั้ง 3 ตัวแปรนี้ร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 26.7 ($R^2 = 0.267$)

$$Y = 0.87 + 0.15X_1 + 0.13X_2 + 0.08X_3$$

Y แทน พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรม

ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร

X₁ แทน การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพ

X₂ แทน การเข้าถึงอุปกรณ์การดูแลทันตสุขภาพ

X₃ แทน การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลทันตสุขภาพจากชมรมผู้สูงอายุ

จากสมการอธิบายได้ว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โดยมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกทั้ง 3 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ 0.15 หมายความว่า ถ้าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพเพิ่ม 1 คะแนน โดยที่ตัวแปรอื่นมีคะแนนคงที่ จะส่งผลให้ พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 0.15 คะแนน

การเข้าถึงอุปกรณ์การดูแลทันตสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ 0.13 หมายความว่า ถ้าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีคะแนนการเข้าถึงอุปกรณ์การดูแลทันตสุขภาพเพิ่ม 1 คะแนน โดยที่ตัวแปรอื่นมีคะแนนคงที่ จะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 0.13 คะแนน

การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลทันตสุขภาพจากชมรมผู้สูงอายุมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย เท่ากับ 0.08 หมายความว่า ถ้าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีคะแนนการได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแล ทันตสุขภาพจากชมรมผู้สูงอายุเพิ่ม 1 คะแนน โดยที่ตัวแปรอื่นมีคะแนนคงที่ จะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 0.08 คะแนน

2) สมการคะแนนมาตรฐาน สามารถเขียนรูปสมการได้ดังนี้

$$Z_y = 0.225X_1 + 0.215X_2 + 0.226X_3$$

เมื่อปรับคะแนนตัวแปรในสมการให้เป็นคะแนนมาตรฐานทั้งหมด พบว่าอิทธิพลของตัวแปรต้นต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเชิงเปรียบเทียบ ที่ดูจากค่า Beta จะพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลทันตสุขภาพจากชมรมผู้สูงอายุมีอิทธิพลมากที่สุด รองลงมาคือ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพและการเข้าถึงอุปกรณ์การดูแลทันตสุขภาพตามลำดับ โดยตัวแปรทั้ง 3 สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร ได้ร้อยละ 26.7 ($R^2 = 0.267$)



บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีสรุปการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะดังกล่าวต่อไปนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรได้แก่ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป และมาร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุอย่างน้อยหนึ่งครั้งในปี พ.ศ. 2562 จำนวน 865 คน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน ได้จากการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่มีค่าความตรงทั้งฉบับเท่ากับ 0.986 ค่าความเที่ยงอยู่ในช่วง 0.637-0.933 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา การทดสอบไค-สแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน

2. ผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.33 เพศชาย ร้อยละ 18.67 อายุช่วง 60-70 ปี มีมากที่สุดคือ ร้อยละ 58.00 รองลงมาคือ อายุมากกว่า 70-80 ปี ร้อยละ 36.00 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 48.67 รองลงมา คือ หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต) ร้อยละ 30.00 การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 32.67

ประถมศึกษา ร้อยละ 31.33 รองลงมาคือ มัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 24.00 รายได้ส่วนใหญ่ ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 42.00 รองลงมาคือ รายได้มากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 29.33 อาชีพหลักส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 58.00 รองลงมาเป็นข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 29.33

2.1 พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.30$, $SD = 0.44$) รายด้านพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพด้วยตนเอง และพฤติกรรมการรับบริการตรวจฟันจากสถานบริการมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.35$, $SD = 0.42$ และ $\bar{X} = 2.17$, $SD = 0.75$ ตามลำดับ)

2.2 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ

2.2.1 ปัจจัยนำ ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.97$, $SD = 0.60$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า อยู่ในระดับสูงทั้งหมด เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย คือ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก ($\bar{X} = 4.19$, $SD = 0.64$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคในช่องปาก ($\bar{X} = 3.96$, $SD = 0.76$) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในช่องปาก ($\bar{X} = 3.73$, $SD = 0.84$)

2.2.2 ปัจจัยเอื้อ ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.40$, $SD = 0.58$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า อยู่ในระดับสูงและปานกลาง เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย คือ การเข้าถึงอุปกรณ์การดูแลทันตสุขภาพ ($\bar{X} = 3.82$, $SD = 0.72$) และการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม ($\bar{X} = 2.98$, $SD = 0.67$)

2.2.3 ปัจจัยเสริม ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ ($\bar{X} = 3.39$, $SD = 1.04$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยคือ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ($\bar{X} = 3.41$, $SD = 1.18$) และการได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลทันตสุขภาพจากชมรมผู้สูงอายุ ($\bar{X} = 3.36$, $SD = 1.18$)

2.3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร พบว่า ด้านรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพในภาพรวมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 โดยผู้ที่มีรายได้มากมีส่วนของพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพในระดับที่สูงกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ส่วน เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษาสูงสุด อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแล ทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร

2.4.1 ปัจจัยนำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพรวมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ศึกษางบวกรในระดับต่ำ ($r = 0.338$, $p\text{-value} = 0.001$) โดยสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพด้วยตนเอง ศึกษางบวกรในระดับต่ำมาก ($r = 0.244$, $p\text{-value} = 0.01$) และสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับบริการตรวจฟันจากสถานบริการศึกษางบวกรในระดับต่ำ ($r = 0.357$, $p\text{-value} = 0.001$)

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพรวมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ศึกษางบวกรในระดับต่ำ ($r = 0.380$, $p\text{-value} = 0.001$) โดยสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพด้วยตนเอง ศึกษางบวกรในระดับต่ำ ($r = 0.330$, $p\text{-value} = 0.001$) และสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับบริการตรวจฟันจากสถานบริการศึกษางบวกรในระดับต่ำ ($r = 0.319$, $p\text{-value} = 0.001$)

ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคในช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพรวมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ศึกษางบวกรในระดับต่ำมาก ($r = 0.260$, $p\text{-value} = 0.001$) และสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับบริการตรวจฟันจากสถานบริการศึกษางบวกรในระดับต่ำ ($r = 0.319$, $p\text{-value} = 0.001$) โดยไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพด้วยตนเอง

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในช่องปาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพรวมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ศึกษางบวกรในระดับต่ำมาก ($r = 0.199$, $p\text{-value} = 0.05$) และสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับบริการตรวจฟันจากสถานบริการศึกษางบวกรในระดับต่ำมาก ($r = 0.225$, $p\text{-value} = 0.01$) โดยไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพด้วยตนเอง

2.4.2 ปัจจัยเอื้อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพรวมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ศึกษางบวกรในระดับต่ำ ($r = 0.365$, $p\text{-value} = 0.001$) โดยสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพด้วยตนเอง ศึกษางบวกรในระดับต่ำ ($r = 0.327$, $p\text{-value} = 0.001$) และสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับบริการตรวจฟันจากสถานบริการศึกษางบวกรในระดับต่ำมาก ($r = 0.290$, $p\text{-value} = 0.001$)

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การเข้าถึงอุปกรณ์การดูแลทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพรวมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ศึกษางบวกรในระดับต่ำ ($r = 0.412$, $p\text{-value} = 0.001$) โดยสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพด้วยตนเอง ศึกษางบวกรในระดับต่ำ ($r = 0.410$, $p\text{-value} = 0.001$) และสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับบริการตรวจฟันจากสถานบริการศึกษางบวกรในระดับต่ำมาก ($r = 0.267$, $p\text{-value} = 0.001$)

ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพรวมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ศึกษางบวกรในระดับต่ำมาก ($r = 0.189$, $p\text{-value} = 0.05$)

โดยสัมพันธ์ กับพฤติกรรมมารับบริการตรวจฟันจากสถานบริการทันตสุขภาพในระดัต่ำมาก ($r = 0.215$, $p\text{-value} = 0.001$) โดยไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพด้วยตนเอง

2.4.3 ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพรวมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ทันตสุขภาพในระดัต่ำ ($r = 0.370$, $p\text{-value} = 0.001$) โดยสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพด้วยตนเองทันตสุขภาพในระดัต่ำ ($r = 0.343$, $p\text{-value} = 0.001$) และสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจฟันจากสถานบริการทันตสุขภาพในระดัต่ำมาก ($r = 0.278$, $p\text{-value} = 0.001$)

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพจากชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพรวมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ทันตสุขภาพในระดัต่ำ ($r = 0.412$, $p\text{-value} = 0.001$) โดยสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพด้วยตนเองทันตสุขภาพในระดัต่ำ ($r = 0.375$, $p\text{-value} = 0.001$) และสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจฟันจาก สถานบริการทันตสุขภาพในระดัต่ำมาก ($r = 0.319$, $p\text{-value} = 0.001$)

ด้านการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพรวมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุทันตสุขภาพในระดัต่ำมาก ($r = 0.278$, $p\text{-value} = 0.05$) โดยสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพด้วยตนเองทันตสุขภาพในระดัต่ำมาก ($r = 0.261$, $p\text{-value} = 0.001$) และสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจฟันจากสถานบริการทันตสุขภาพในระดัต่ำมาก ($r = 0.202$, $p\text{-value} = 0.05$)

2.5 อิทธิพลของคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จากการวิเคราะห์พบตัวแปรที่มีอิทธิพล 3 ตัวแปร โดยเรียงลำดับอิทธิพลจากมากไปน้อยดังนี้ การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพจากชมรมผู้สูงอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ และการเข้าถึงอุปกรณ์การดูแลสุขภาพ ซึ่งทั้ง 3 ตัวแปรนี้ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธรได้ ร้อยละ 26.7 ($R^2 = 0.267$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

3. การอภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร ผู้วิจัยขออภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

3.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร

คะแนนรวมอยู่ในระดัสูง (ค่าเฉลี่ย 2.30) อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-70 ปี) ยังมีความพร้อมในด้านร่างกายและจิตใจ

เป็นผู้สูงอายุที่ติดสังคม และมาร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ โดยมีกิจกรรมต่อเนื่อง ทุกสัปดาห์ จึงมีพฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริรัตน์ รอดแสวง (2559) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในเขตตำบลทุ่งทอง อำเภอหนองบัว จังหวัดนครสวรรค์ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 2.54) และงานวิจัยของ ชนินทร์ สุทธิโต (2560) ที่พบว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรังมีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 2.89) แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ดวงพร กัตัญญตานนท์ และคณะ (2562) ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลวัดศรีวารีน้อย ตำบลศิระชะระเข้ใหญ่ อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ มีพฤติกรรมการดูแลช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.93)

3.2 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม

3.2.1 ปัจจัยนำ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ราชด้านพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 4.19 อาจเนื่องมาจากการได้รับความรู้ด้านประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพจากการมาร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุซึ่งมีการจัดกิจกรรมทุกปี และจากสื่อประชาสัมพันธ์ด้านการดูแลสุขภาพที่พบได้ทั่วไปตามสื่อสังคมต่างๆ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในช่องปากมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 3.73 อาจเนื่องมาจากการจัดกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ ไม่ได้เน้นถึงเนื้อหาเชิงลึกถึงโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคจากปัญหาทันตสุขภาพ ส่วนใหญ่จะเป็นการสอนทำความสะอาดช่องปากมากกว่าในด้านของความรู้ด้านความเสี่ยงและด้านความรุนแรงของโรคในช่องปาก

3.2.2 ปัจจัยเอื้อ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ราชด้านพบว่า การเข้าถึงอุปกรณ์ดูแลทันตสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 3.82 ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงอุปกรณ์ดูแลทันตสุขภาพในระดับสูง อาจเนื่องมาจากอุปกรณ์ดูแลสุขภาพช่องปากสามารถหาซื้อได้ทั่วไปในร้านสะดวกซื้อ และมีความหลากหลาย ให้เลือกใช้ในราคาที่ไม่สูงมาก แต่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐหรือเอกชนน้อย รองลงมาคือการเข้าถึงบริการทันตกรรม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.98 ซึ่งคะแนนค่อนข้างต่ำ อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านการเดินทางที่อาจมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ หรือไม่มีคนพามาบริการ และการรับบริการทันตกรรมหลายอย่างเป็นการบริการที่ไม่อยู่ในสิทธิขั้นพื้นฐาน ซึ่งต้องชำระเงินเองเช่น การรักษาคลองรากฟัน การครอบฟัน หรือการรักษาบางอย่างที่อยู่ในสิทธิ แต่ต้องรอคิวนาน เช่น การทำฟันปลอม การตัดปุ่มกระดูก การรักษาโรคปริทันต์ และผู้สูงอายุมักไม่ทราบว่า มีช่องทางพิเศษสำหรับการนัดทำฟันขั้นพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากขาดการประชาสัมพันธ์ไปยังชมรมผู้สูงอายุ

3.2.3 ปัจจัยเสริม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง หมายความว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 3.41 ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนปานกลางจากบุคคลในครอบครัวในด้านการกระตุ้นเตือนและการจัดหาอุปกรณ์ดูแลทันตสุขภาพ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุยังมีสุขภาพแข็งแรงช่วยเหลือตนเองได้ดีจึงไม่ต้องกระตุ้นเตือนมาก หรือผู้สูงอายุเป็นผู้ให้การสนับสนุนบุคคลในครอบครัวมากกว่า เนื่องจากมีประสบการณ์สูงและมีบทบาทในการดูแลครอบครัวมาก่อน และสภาพสังคมที่เป็นสังคมเดี่ยว บางที่ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง จึงได้รับการกระตุ้นเตือนและสนับสนุนน้อยลง รองลงมาคือการได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลทันตสุขภาพจากชมรมผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.36 ได้รับการสนับสนุนในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมชมรม แต่ยังไม่ได้รับข้อมูลการดูแลสุขภาพช่องปากบ่อยครั้ง ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมทั่วไปและยังไม่มีการทำกิจกรรมกลุ่มในรูปแบบแกนนำ ไม่มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลทันตสุขภาพร่วมกัน

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร

3.2.1 เพศ ผลการวิจัยพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เมื่อจำแนกเพศพบว่าเพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน อาจเป็นเพราะสมาชิกทั้งเพศชายและเพศหญิงเข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอมีการได้รับความรู้จากชมรมผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชนินทร์ สุทธิโต (2560) ที่พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

3.2.2 อายุ ผลการวิจัยพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เมื่อจำแนกกลุ่มอายุพบว่าแต่ละช่วงอายุมีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมชมรมสุขภาพยังแข็งแรงมีความสามารถในการดูแลทันตสุขภาพตนเองได้ดีไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริรัตน์ รอดแสวง (2559) ที่พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ มีเพียงรายได้ ปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์ แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชนินทร์ สุทธิโต (2560) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

3.2.3 สถานภาพสมรส ผลการวิจัยพบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เมื่อจำแนกสถานภาพสมรสพบว่าแต่ละสถานภาพสมรสมีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน อาจเป็นเพราะเมื่ออายุมากขึ้น ผู้สูงอายุยังต้องดูแลตนเองให้ดีขึ้นด้วยตนเอง ไม่ว่าจะในสถานภาพสมรสแบบใด สอดคล้อง

กับการศึกษาของ ดวงพร กัตัญญุตานนท์ และคณะ (2562) ที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน

3.2.4 การศึกษา ผลการวิจัยพบว่าการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เมื่อจำแนกการศึกษาสูงสุดพบว่า แต่ละระดับการศึกษามีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุได้รับความรู้ด้านทันตสุขภาพไม่แตกต่างกันในแต่ละระดับการศึกษา สอดคล้องกับงานวิจัย ชนินทร์ สุทธิโต (2560), ศิริรัตน์ รอดแสง (2559) , ดวงพร กัตัญญุตานนท์ และคณะ (2562) ที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

3.2.5 รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 เมื่อจำแนกรายได้พบว่าเมื่อมีรายได้สูงขึ้น ผู้สูงอายุมี พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพในระดับสูงเพิ่มขึ้น อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุมีรายได้สูงมีความสามารถในการเข้าถึงอุปกรณ์การดูแลทันตสุขภาพ และบริการดูแลทันตสุขภาพได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริรัตน์ รอดแสง (2559) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชนินทร์ สุทธิโต (2560) ที่พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพช่องปากของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

3.2.6 อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร เมื่อจำแนกอาชีพพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานหรือเป็นข้าราชการบำนาญ ทำให้สามารถเข้าร่วมกิจกรรมชมรมสม่ำเสมอ และมีเวลาในการดูแลทันตสุขภาพไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริรัตน์ รอดแสง (2558) ที่พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ มีเพียงรายได้ปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์ แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ นิตยา เจริญกุล (2556) ที่พบว่า อาชีพที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพที่แตกต่างกัน

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร

จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยนำซึ่งมีค่าเฉลี่ยในระดับสูง ปัจจัยเอื้อซึ่งมีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง และปัจจัยเสริมซึ่งมีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์ทิศทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพในภาพรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r = 0.338$, 0.365 , 0.370) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1

3.3.1 ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในช่องปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคในช่องปาก และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพ

มีความสัมพันธ์ทิศทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของผู้สูงอายุในภาพรวม จากการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในช่องปากและการรับรู้ความรุนแรงของโรคในช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับบริการตรวจฟันจากสถานบริการโดยไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพด้วยตนเอง ในขณะที่การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพสัมพันธ์ทั้งพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพด้วยตนเองและพฤติกรรมมารับบริการตรวจฟันจากสถานบริการ อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคในช่องปากและประเมินตนเองเกี่ยวกับความรุนแรงเมื่อป่วยเป็นโรคในช่องปากว่ามีผลกระทบเพียงใด ทำให้เกิดการรับรู้ภาวะคุกคาม ส่งผลให้มีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค แต่ผู้สูงอายุนี้ถึงพฤติกรรมด้านการรักษา มากกว่าพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพด้วยตนเองเพื่อเป็นการป้องกันโรคเมื่อเกิดการรับรู้ต่อภาวะคุกคาม จึงมุ่งเน้นไปที่พฤติกรรมมารับบริการตรวจฟันจากสถานบริการ ส่วนในด้านารรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพ ผู้สูงอายุเชื่อว่าการดูแลทันตสุขภาพเป็นการกระทำที่มีประโยชน์เกิดผลดี เมื่อปฏิบัติทำให้เกิดแรงจูงใจในการการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพทั้งในพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพด้วยตนเองและพฤติกรรมมารับบริการตรวจฟันจากสถานบริการ ซึ่งสอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) ที่พบว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคต่อเมื่อมีความเชื่อหรือการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และโรคนั้นเป็นแล้วจะมีความรุนแรงเพียงใด รวมทั้งการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมีผลดีเพียงใด ซึ่งเป็นปัจจัยนำที่เกิดจากภายในตัวบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการสนับสนุนหรือยับยั้งพฤติกรรมของแต่ละบุคคล และสอดคล้องกับแนวคิดของ เพนเดอร์ และคณะ (Pendur et al., 2006) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นความเชื่อส่วนบุคคล โดยคาดหวังประโยชน์ที่ได้รับภายหลังปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแรงเสริมให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชนินทร์ สุทธิโต (2560) , ศิริรัตน์ รอดแสวง (2558) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปากและการรับรู้ความเสี่ยงของโรคในช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ตวงพร กตัญญูตานนท์ และคณะ (2562) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในช่องปาก การรับรู้ความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพ และอุปสรรคจากการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน

3.3.2 ปัจจัยอื่น ได้แก่ การเข้าถึงอุปกรณ์การดูแลทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์ทิศทางบวกระดับต่ำ และการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรมมีความสัมพันธ์ทิศทางบวกระดับต่ำมาก กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของผู้สูงอายุในภาพรวม จากการศึกษาพบว่า การเข้าถึงอุปกรณ์การดูแลทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์ทั้งพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพด้วยตนเองและพฤติกรรม

การรับบริการตรวจฟันจาก สถานบริการ ส่วนการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรมมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการรับบริการตรวจฟันจากสถานบริการ โดยไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพ ด้วยตนเอง อาจเป็นเพราะการมีอุปการณ์ดูแลทันตสุขภาพที่ดีและเหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุมีความพร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ ส่วนใน ด้านการเข้าถึงสถานบริการมีความสัมพันธ์โดยตรงกับสถานบริการ หากผู้สูงอายุได้รับความสะดวก ในการเข้ารับบริการทั้งด้านค่าใช้จ่ายและการรอคิว รวมถึงช่องทางด่วนบริการผู้สูงอายุจะช่วยส่งเสริม พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพที่ดี โดยสอดคล้องกับ กรอบแนวคิดพีซีของ กรีน และครูเทอ์ (Green & Kreuter , 2005) ที่พบว่า ปัจจัยเอื้อเป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคลที่สนับสนุนการเกิดพฤติกรรม ซึ่งอาจจะเป็นการหาได้ง่ายของแหล่งทรัพยากร ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ รวมทั้งทักษะที่ช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนิตา ผาติเสนะ (2561) , ชรินทร์ สุทธิโต (2560) และ ศิริรัตน์ รอดแสง (2559) ที่พบว่า การเข้าถึงสถาน บริการดูแลสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ กรรณิกา เรืองเดช, ปฏิภัทร เคลือบคล้าย, และลีละชาติ ประเสริฐ (2561) ที่พบว่า การเข้าถึงสถานบริการทันตกรรม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ช่องปากของผู้สูงอายุในโครงการฟันเทียมพระราชทาน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ อุดมพร ทรัพย์บัว (2561) ที่พบว่า สถานบริการที่เข้าถึงได้มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของ ผู้สูงอายุ

3.3.3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทิศทางบวกระดับต่ำมาก และการได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลทันตสุขภาพจากชมรม ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทิศทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพในภาพรวม จาก การศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและการได้รับข้อมูลข่าวสารการ ดูแลทันตสุขภาพจากชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทั้งพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพด้วยตนเองและ พฤติกรรมการรับบริการตรวจฟันจากสถานบริการ อาจเป็นเพราะการได้รับการกระตุ้นเตือนหรือ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ทำให้เกิดแรงจูงใจส่งเสริมในการปฏิบัติพฤติกรรมทันตสุขภาพ การได้รับแรง สนับสนุนที่ดีจากบุคคลในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข และระหว่างสมาชิกชมรม ในการกระตุ้น เตือน ขอมรับ ยกย่องชมเชย คำหิหรือลงโทษ มีอิทธิพลต่อบุคคลในการยอมรับหรือไม่ยอมรับ พฤติกรรมสุขภาพนั้นซึ่งสอดคล้องกับ กรอบแนวคิดพีซีของ กรีน และครูเทอ์ (Green and Kreuter, 2005) ที่พบว่า ปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยภายนอกที่เกิดจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคล นั้น กระตุ้นให้กระทำพฤติกรรม เช่น พ่อแม่ ญาติ พี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ ผู้บังคับบัญชาเป็นต้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริรัตน์ รอดแสง (2558) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว

จากเพื่อน จากบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ กิ่งกาญจน์ สิทธิชันแก้ว และ รุ่งระวี นาวิเจริญ (2557) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาด้วยยาฉีดอินซูลินร่วมกับยารับประทาน

3.4 อิทธิพลของคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพจากชมรมผู้สูงอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ การเข้าถึงอุปกรณ์การดูแลสุขภาพ ปัจจัยที่มีผลมากอันดับแรกคือการได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพจากชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคม อาจเป็นเพราะการที่ผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมในชมรมทำให้ได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นข้อมูล ส่งเสริมทัศนสุขภาพที่ดี และได้รับความรู้จากบุคลากรสาธารณสุขรวมทั้งได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสุขภาพนำไปสู่พฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ ประภัสสร ลือโสภา (2557) ที่พบว่า การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุโดยใช้กลุ่มเพื่อนในการช่วยแก้ปัญหา ร่วมกันใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองร่วมกับการดูแลจากกลุ่มเพื่อนในชมรมผู้สูงอายุโดยมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกและการใช้สื่อร่วมกับการนำเสนอที่ทำให้เห็นภาพจริงและเข้าใจง่ายตามวิถีชุมชน ส่งผลให้มีการพัฒนางานด้านทันตสาธารณสุขในกลุ่มผู้สูงอายุได้ดีขึ้นและยั่งยืน ปัจจัยที่มีผลรองลงมาได้แก่การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยนำที่เกิดจากภายในตัวบุคคลทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพ เพราะเห็นถึงประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติ อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ และมีความมุ่งหวังที่จะมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี จึงมองเห็นประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดี และปัจจัยการเข้าถึงอุปกรณ์การดูแลสุขภาพ เป็นปัจจัยเอื้อต่อการเข้าถึงทรัพยากร ทำให้ผู้สูงอายุมีความพร้อมในการที่จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี โดยทั้งสามปัจจัยมีความสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน และสามารถดำเนินงานภายในชมรมผู้สูงอายุได้

4. ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

4.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลคือ รายได้ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพ การเข้าถึงอุปกรณ์การดูแลทันตสุขภาพ และการได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลทันตสุขภาพจากชมรมผู้สูงอายุ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ดังนั้นเพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพที่ดีขึ้น บุคลากรทางการแพทย์ควรส่งเสริมพฤติกรรมในด้านปัจจัยต่างๆ ดังนี้

4.1.1 ข้อเสนอแนะด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

1) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพ ถึงแม้ในภาพรวมจะมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง แต่ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่นคือ การดูแลสุขภาพช่องปากได้ดี จะช่วยลดโอกาสติดเชื้อที่สมอง ปอด และ หัวใจ ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพ ที่ช่วยลดโอกาสติดเชื้อที่อวัยวะส่วนอื่นที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตได้ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังไม่รับรู้ในเรื่องนี้

2) การเข้าถึงอุปกรณ์การดูแลทันตสุขภาพ ถึงแม้ในภาพรวมจะมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงแต่ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่นคือ ท่านได้รับการสนับสนุนแปรงสีฟันหรืออุปกรณ์ทำความสะอาดซอกฟันจากโครงการของหน่วยงานรัฐบาลหรือเอกชน ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุข ควรประสานกับหน่วยงานภาครัฐหรือเอกชนในการสนับสนุนอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก รวมทั้ง สอนการทำความสะอาดช่องปากอย่างถูกวิธี ทำให้ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจและมีกำลังใจในการมีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพที่ดี ควรเน้นการจัดหาอุปกรณ์ทำความสะอาดซอกฟันราคาถูกมาจำหน่าย ส่วนผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยอาจต้องจัดสนับสนุน เนื่องจากพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพที่ดี และสอนวิธีการอุปกรณ์ทำความสะอาดซอกฟัน ได้แก่ ใหมขัดฟัน และแปรงซอกฟัน

3) การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลทันตสุขภาพจากชมรมผู้สูงอายุ ถึงแม้ในภาพรวมจะมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางแต่ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่นคือ ท่านได้รับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากระหว่างสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ดังนั้น

บุคลากรสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพจากที่จัดเพียงปีละ 1 ครั้ง ควรเพิ่มความถี่ในการจัดกิจกรรมให้มีความถี่มากขึ้น เน้นเนื้อหาของข้อมูลข่าวสารการดูแลทันตสุขภาพ ซึ่งให้เห็นประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มเติมที่ดี โดยอาจมีการจัดตั้งแกนนำผู้สูงอายุส่งเสริมทันตสุขภาพ เพื่อให้มีการกระจายข้อมูลข่าวสารและติดตามผลการดำเนินงานได้ง่าย ให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของการมีพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพที่ดี โดยให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการดูแล มีกิจกรรมกลุ่มให้ได้เล่าประสบการณ์แลกเปลี่ยนดี ๆ และมีการเยี่ยมประเมิน โดยทันตบุคลากรหรือบุคลากรสาธารณสุขจึง จะเกิดความยั่งยืนของการดูแลทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ

4.1.2 ข้อเสนอแนะปัจจัยด้านอื่นๆที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

1) *ด้านรายได้* ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพในระดับสูง มากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขควรเน้นการส่งเสริมการให้ความรู้และให้การสนับสนุนในกลุ่มที่มีรายได้ต่ำ เพื่อเพิ่มโอกาสแก่ผู้ที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ให้เห็นความสำคัญของการมีพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพที่ดี และสนับสนุนอุปกรณ์การดูแลทันตสุขภาพให้มีราคาถูก หรือสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐหรือเอกชน

2) *การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในช่องปาก* ถึงแม้ในภาพรวมจะมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง แต่ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่น คือผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุได้ง่าย ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขควรให้ความรู้ในเรื่องความเสี่ยงของการมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การกระตุ้นต่อมน้ำลาย การมีโรคประจำตัวและทานยารักษาโรคทางระบบที่มีผลกับการหลั่งน้ำลาย

3) *การรับรู้ความรุนแรงของโรคในช่องปาก* ถึงแม้ในภาพรวมจะมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง แต่ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่นคือ เชื้อจากโรคปริทันต์อักเสบ เมื่อเข้าสู่กระแสเลือดทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และโรคหลอดเลือดสมองตีบได้ ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุข ควรให้ความรู้ในเรื่องความรุนแรงของเชื้อจากโรคปริทันต์อักเสบที่มีผลต่อเส้นเลือดหัวใจและสมอง ตีบ เป็นภัยแฝงที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตได้ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังไม่รับรู้ความรุนแรงในเรื่องนี้

4) *การเข้าถึงบริการทันตกรรม* ถึงแม้ในภาพรวมจะมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง แต่ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่นคือ การไปรับบริการตรวจหรือรักษาฟันต้องใช้เวลารอคิวนาน การจัดบริการให้เข้าถึงง่ายเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุข ควรจัดช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป และช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุที่

อายุตั้งแต่ 80 ปี ขึ้นไป เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมารับบริการจากสถานบริการมากขึ้น ไม่ต้องมารอนานเพราะอาจไม่มีความพร้อมทางด้านร่างกายและต้องพึ่งพาญาติหลานมาส่ง โดยต้องมีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ผ่านชมรมผู้สูงอายุให้ทราบถึงช่องทางพิเศษในการมารับบริการ ผู้สูงอายุที่มีการเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพดี มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น การใช้บริการทันตกรรมมีความสำคัญในการควบคุมป้องกันโรคในช่องปากและลดอัตราการสูญเสียฟัน ผู้สูงอายุที่มีความถี่ในการไปใช้บริการสูงจะมีปัญหาโรคในช่องปากน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีความถี่ในการไปใช้บริการทันตกรรมต่ำ

5) การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ถึงแม้ในภาพรวมจะมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง แต่ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่นคือ บุคคลในครอบครัวกระตุ้นเตือนให้ท่านทำความสะอาดซอกฟัน ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขควรให้ความรู้แก่บุคคลในครอบครัวด้วย ซึ่งนอกจากสอนการแปรงฟันควรสอนการทำความสะอาดซอกฟันด้วย และส่งเสริมให้บุคคลใน ครอบครัวสนับสนุนช่วยกระตุ้นเตือน ยอมรับและยกย่องชมเชยในการทำทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุ

5. ข้อจำกัดในการวิจัย

5.1 ในการศึกษาไม่ได้ศึกษาผู้สูงอายุที่ใส่ฟันปลอม เนื่องจากผู้สูงอายุที่ใส่ฟันปลอมมีจำนวนน้อย จากการคาดการณ์ของการมารับบริการทันตกรรมซึ่งมีระยะรอคิวนาน และผู้สูงอายุมีค่าใช้จ่ายที่ไม่พอเพียงที่จะรับบริการจากเอกชน

6. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

6.1 หลังจากทราบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลของการ โปรแกรมการส่งเสริมทันตสุขภาพสำหรับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โดยเน้นการให้ข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพผ่านชมรมผู้สูงอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก และการส่งเสริมการเข้าถึงอุปกรณ์และบริการทันตสุขภาพในกลุ่มสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

6.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระหว่างผู้ที่เป็สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

6.3 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมที่นอกจากปัจจัยตามกรอบแนวคิดฟรีซด์แล้ว ยังมีปัจจัยอื่นที่น่าสนใจ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลทันตสุขภาพ และการตระหนักถึงปัญหาสุขภาพช่องปาก เป็นต้น



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กนกอร โพธิ์ศรี, และจิรานันท์ วิทยาไพโรจน์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุ 60-74 ปี ในอำเภอเมือง จังหวัดน่าน. *วารสารทันตภิบาล*, 29(2), 84-97.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2561). *มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติเรื่องสังคมผู้สูงอายุ ฉบับปรับปรุง*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- กรรณิกา เรืองเดช, ปฎิภัทร เคลือบคล้าย, และสีละชาติ ประเสริฐ. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในโครงการฟันเทียมพระราชทานของโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง. *วารสาร เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(3), 152-168.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2558). *สถานการณ์และแนวโน้มสังคมผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556-2573*. กรุงเทพฯ: ศูนย์เทคโนโลยีและการสื่อสาร.
- กึ่งกาญจน์ สิทธิชันแก้ว, รุ่งระวี นาวิเจริญ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน ร่วมกับมารับประทาน. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(1), 102-112.
- ขวัญเรือน ชัยนันท์, สุริย์ จันทรมณี, ประภาเพ็ญ สุวรรณ, และมยุนา ศรีสุภนันต์. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเรื้อรัง เทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(1), 91-107.
- จารุวรรณ ก้านศรี และคณะ. (2562). ความรู้เหวอในผู้สูงอายุ บทบาทของพยาบาล. *พุทธชินราชวารสาร*, 36(2), 254-264.
- จิราภรณ์ การะเกตุ. (2562). *ประเทศไทยกับสังคมผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก <http://il.mahidol.ac.th/th/i-Learning-Clinic/general-articles>.
- ฉัฐพร โยเหลา. (2560). สังคมผู้สูงอายุและโอกาสทางธุรกิจในประเทศไทย. *วารสารอุตสาหกรรมสาร*, 59(3), 5-7.
- ชนินทร์ สุทธิโต (2560). *พฤติกรรมทันตสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง*. (วิทยานิพนธ์

- ปริญญาสาธาณสุขศาสตรบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). วิทยาลัยการสาธาณสุขสิรินธร
จังหวัดตรัง สถาบันสมทบมหาวิทยาลัยบูรพา, ตรัง.
- ชวลีพร เผ่านิ่มมงคล. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการเข้ารับบริการทันตกรรมของ
ผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารพจนาน
วิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 17(1), 10-19.
- ดวงพร กตัญญูदानนท์, และคณะ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ต.วัดศรีวารีน้อย ต.ศิระชะ
ชะเอวใหญ่ อ.บางเสาธง จ.สมุทรปราการ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(5), 793-801.
- ธนยศ สุมาลัยโรจน์, และชานามูอิบบะตุคคีน นอจิ สุขใสว. (2558). ผู้สูงอายุในโลกแห่งการทำงาน:
มุมมองเชิงทฤษฎีทางกายจิตสังคม. *วารสารปัญญาภิวัฒน์*. 7(1), 242-254.
- ชนิดา ผาติเสนะ, วิภาวรรณ มุ่งยุทธกลาง, อรชร กอหนุ่อกกลาง, และเสฏฐวุฒิ ไพสีสาน. (2561).
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ.
วารสารพจนานวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 17(1-2), 20-30.
- นฤมล สี่ประโค. (2550). *ความสัมพันธ์ของความรู้ ความเชื่อในประสิทธิภาพแห่งตน การบริโภค
อาหารเพื่ออนามัยช่องปากของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนศรีวิชัยวิทยา
อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต ไม่ได้
ตีพิมพ์). คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม, นครปฐม.*
- นิตยา เจริญกุล. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพของผู้รับบริการทันตกรรม
: กรณีศึกษา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยราชภัฏ
สวนดุสิต*, 7(3), 17-30.
- นිරภา คงกันกง. (ม.ป.ป). *โรคปริทันต์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางระบบ. สืบค้นจาก
<https://www.dentistry.kku.ac.th>.*
- บุญยง เกี่ยวการคำ. (2561). *ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ. ใน เอกสารการสอนชุดวิชา สุขศึกษาและ
การส่งเสริมสุขภาพ (หน่วยที่ 3) . (น. 1-69). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.*
- ประภัสสร ลือโสภา, บั๊วรุณ ศรีชัยกุล, และสุริยา รัตนปริญญา. (2557). ผลของโปรแกรมประยุกต์
การเฝ้าระวังตนเองทางทันตสุขภาพร่วมกับการดูแลโดยกลุ่มเพื่อนต่อการเปลี่ยน
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในตำบลสระบัว อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัด
ร้อยเอ็ด. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 33(1), 46-54.
- พิสชา ธรรมพันธ์. (2561). *ภาวะปากแห้งเหตุหน้าลายน้อย. สืบค้นจาก [http://www.info.dental.nu.ac.th/
dentalHospital/index.php/2012-09-18-18-57-27/1-oral-diagnosis-clinic-/97-xerostomia](http://www.info.dental.nu.ac.th/dentalHospital/index.php/2012-09-18-18-57-27/1-oral-diagnosis-clinic-/97-xerostomia).*

- ไพโรจน์ วงศ์วุฒิวัฒน์. (2556). *เราจะรับมืออย่างไร..สังคมผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก http://www.maticchon.co.th/news_detail.php?newsid=1235709146&catid=04.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และสถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. (2562). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2561*. กรุงเทพฯ: פריןเทอร์.
- รัชณี โตอาจ. (2557). *สังคมผู้สูงอายุนัยต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ*. สืบค้นจาก <https://www.stou.ac.th/stouonline/lom/data/sec/Lom12/05-01.html>.
- รัตนา สิทธิปรีชาชาญ. (2560). การเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ. *พุทธชินราชเวชสาร*, 34(2), 199-210. สืบค้นจาก <https://www.stou.ac.th/stouonline/lom/data/sec/Lom12/05-01.html>.
- รวีวรรณ สุรเศรษฐ์วงศ์. (2561). สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*, 14(1), 87-100.
- โรงพยาบาลสิรินธร. (2562). *รายงานประจำปีผลการดำเนินงานโรงพยาบาลสิรินธร 2562*. สืบค้นจาก [http://www.sirindhornhosp.go.th/userfile/file/annual_report/annual_report_2562\(2\).pdf](http://www.sirindhornhosp.go.th/userfile/file/annual_report/annual_report_2562(2).pdf).
- ละเอียด ศิลาณ้อย. (2558). *วิธีวิทยาการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิจัยเชิงปริมาณ (เชิงสำรวจ และเชิงทดลอง)*. กรุงเทพฯ: บางกอกบลูพรินต์.
- วรมน อัครสุด. (2561). การใช้บริการทันตกรรมในกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุไทย จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2556 และ พ.ศ. 2558. *วารสารทันตสาธารณสุข*, 23(1), 26-37.
- วัชรารักษ์ ชิว โศภิชฐ์. (2562). *สังคมผู้สูงอายุ: ปัจจัยการตลาดที่เปลี่ยนแปลงไป*. *วารสารมหานาคทรรศน์*, 6(1), 38-54.
- วิกิพีเดียสารานุกรมเสรี. (2563). *ประชากรศาสตร์ไทย*. สืบค้นจาก <https://th.wikipedia.org/wiki/ประชากรศาสตร์ไทย>.
- วิกุล วิศาลเสสถ์, และนนทินี ตั้งเจริญดี. *คู่มือฟันสะอาดเหงือกแข็งแรง*. (2560). สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. สืบค้นจาก http://dental2.anamai.moph.go.th/ewt_dl.go.th/ewt_dl_link.php?nid=1798&filename=dental_health_media.
- ศิริพร จันทรนิมิ. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างโรคปริทันต์อักเสบกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลเพชรบูรณ์. *วารสารวิชาการแพทย์*, 33(3), 485-494.
- ศิริรัตน์ รอดแสวง. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลทุ่งทอง อำเภอหนองบัว จังหวัดนครสวรรค์. *นเรศวรวิจัย ครั้งที่ 12: วิจัยและนวัตกรรมกับการพัฒนาประเทศ*. สืบค้นจาก conference.nu.ac.th>nrc12> downloadPro.

- สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย 2562: *สื่อสังคม สื่อสองคม สุขภาวะคนไทยในโลกโซเชียล*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สมพงษ์ จารุวิจิตรรัตน. (2561). *แผนงานทันตสุขภาพสำหรับสังคมผู้สูงอายุประเทศไทย*. (วิทยานิพนธ์หลักสูตรป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 60). วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร, กรุงเทพฯ.
- สุดา วงศ์สวัสดิ์. (2559). พัฒนาผู้สูงอายุสู่ภาวะ “พหุพลัง”. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 24(3), 202-207.
- สุวิทย์ คุณาวิศรุต. (2559). การเห็นคุณค่าตนเองที่มีผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารทันตภิบาล*, 27(2), 97-109.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2561). *เกิดขึ้นแล้ว แต่อยู่นาน จุดแรกเริ่ม “สังคมผู้สูงวัย”*. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/45855>.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *รื่องนำรู้ สุขภาพช่องปากผู้สูงวัย*. (พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเล่ม 5 เพื่อรอยยิ้มผู้สูงวัย ร่วมใส่ใจสุขภาพช่องปาก*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *การสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ประตูลู่สุขภาพดีในช่วงวัยของชีวิต*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักสถิติแห่งชาติ. (2554). *ทั่วราชอาณาจักร สามะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553*. สืบค้นจาก http://www.nso.go.th/sites/2014en/Documents/popeng/2010/report/WholeKingdom_T.pdf.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ.2560*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพฯ).
- สำนักวิชาการสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2561). *ผู้สูงอายุกับการขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทย*. สืบค้นจาก https://library2.parliament.go.th/ejournal/content_af/2561/jul2561-1.pdf.
- โสภิตา ถิ่นหัวเตย, กรรณิการ์ แก้วลอย, กวินทรปนิชฌน์ เจนนฤมิตร, อัสยา ต่วนรอปี, และกนกพร ปางสมบูรณ์. (2559). *ปัจจัยที่ส่งเสริมการกลับเป็นซ้ำของรอยโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียม*. สืบค้นจาก <https://www.dent.psu.ac.th/unit/dentlib/images/resource/Junior/2559/12.pdf>.

- องค์การอนามัยโลก. (1965). อ้างถึงใน อัญชลี ดุษฎีพรรณ. (2528). *การให้ทันตสุขศึกษา*.
 เชียงใหม่: ภาควิชาทันตกรรมชุมชน, คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุดมพร ทรัพย์บัว. (2561). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตตำบลนครชัยศรี
 อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 37(4), 306-317.
- _____. (2562). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตนครชัยศรี
 อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 38(4), 244-255.
- Adolph, M. et al. (2017). Oral health in relation to all-cause mortality: the IPC cohort study. *Sci Rep*,
 7, 44604. Retrieved from <http://doi: 10.1038/srep44604>.
- Allen, P. F., Mata, C. D., Hayes, M. (2019). Minimal intervention dentistry for partially dentate
 older Adults. *Gerodontology*, 36(2). Retrieved from <https://doi.org/10.1111/ger.12389>.
- Becker, M. H. et al. (1974). The Health Belief Model and sick role behavior. *Health Education
 Monograph*, 2(4), 409-429.
- Best, W. J. (1977). *Research in education*. New Jersey: Prentice hall.
- Bui, F. et al. (2019). Association between periodontal pathogens and systemic disease.
Biomedical Journal, 42(1), 27-35.
- Erikson, E. (1985). *Childhood and Society*. New York: WW Norton.
- Escobar, A., Aitken-Saavedra, J. (2018). *Xerostomia: An update of Causes and Treatments*.
 Retrieved from doi:10.5772/intechopen.72307.
- Gil-Montoya, J. A., Mello, A. L., Barriers, R., Gonzalez-Moles, M. A., & Bravo, M. (2015).
 Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a non systemic
 review. *Clin interv Aging*, 11(10), 461-467.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health Program planning: an education ecological
 approach*. (4nd ed.). Mc Graw-Hill.
- Hinkle, D. E., William, W., & Stephen, G. J. (1998). *Applied Statistics for the behavior Science*.
 (4nd ed). New York: Houghton Mifflin.
- Kim, J. K., Baker, L. A., Davarian, S., & Crimmins, E. (2013). Oral health problems and
 mortality. *Journal of dental sciences*. Retrieved from
<https://doi.org/10.1016/j.jds.2012.12.011>.
- Kossionil, A. E., Maggi, S., Muller, F., & Petrovic, M. (2017). Oral health in older people: time
 for action. *European Geriatric Medicine*, 9, 3-4.

- Park, J., Han, K., Park, Y., & Ko, Y. (2016). Association between socioeconomic status and oral health behaviors: The 2008-2010 Korea national health and nutrition examination survey. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 12, 2657-2664.
- Peck, R. (1968). Psychological developments in the second half of life. In: Neogarta, B., (Ed.), *Middle Age and Aging*. Chicago: University of Chicago.
- Pender, N. J., Merdagh, C. L., & Pason, M. N. (2006). *Health promotion and Nursing Practice*. (5nd ed.). New Jersey: Pearson.
- Rajaraman, V., Ariga, P., Dhanraj, M., & Jain, A. (2018). Effect of edentulism on general health and quality of life. *Drug Invention Today*, 10, 549-553.
- Razak, P. A., Richard, K. M., Thankachan, R. P., Hafiz, K. A., Kumar, K. N., & Sameer, K. M. (2014). Geriatric oral health: a review article. *Journal of international oral health*, 6(6), 110–116.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs Winter*, 2(4), 327-335.
- Rutgers University. (2018). Tooth loss can indicate malnutrition, study finds: Older adults who have 10 to 19 teeth are at higher risk for malnutrition. *Science Daily*. Retrieved from [http:// www.sciencedaily.com/releases/2018/10/181025141018.htm](http://www.sciencedaily.com/releases/2018/10/181025141018.htm).
- Smith, D. (2010). *Denture Stomatitis*. Retrieved from <https://dermnetnz.org/topics/denture-stomatitis/>.
- Tafere, Y., Chanie, S., Dessie, T., & Gedamu, H. (2018). Assessment of prevalence of dental caries and the associated factors among patients attending dental clinic in Debre Tabor general hospital: a hospital-based cross-sectional study. *BMC oral health*, 18(1), 119. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12903-018-0581-8>.
- United Nation. (2015). *World population ageing 2015*. New York: Author.
- World Health Organization. (2017). *10 facts on aging and health*. Retrieved from <https://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/>.
- Wyatt, C. C., Wang, D., & Aleksejuniene, J. (2014). Incidence of dental caries among susceptible community-dwelling older adults using fluoride toothpaste:2-year follow-up study. *J Can Dent Assoc*, 80, e44.

Zelig, R. et al. (2018). Dentition and Malnutrition risk in community dwelling older adult.

Journal Aging Res Clin Practice, 7, 107-114, Retrieve from <http://dx.doi.org/10.14283/jarup.2018.19>.

Zhu, Y., & Hollis, J. H., (2014). Tooth loss and its association with dietary intake and diet quality

In American adults. *J dent*, 42(11), 1428-1435.





ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สภามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. ทพญ.พจนา พงษ์พานิช

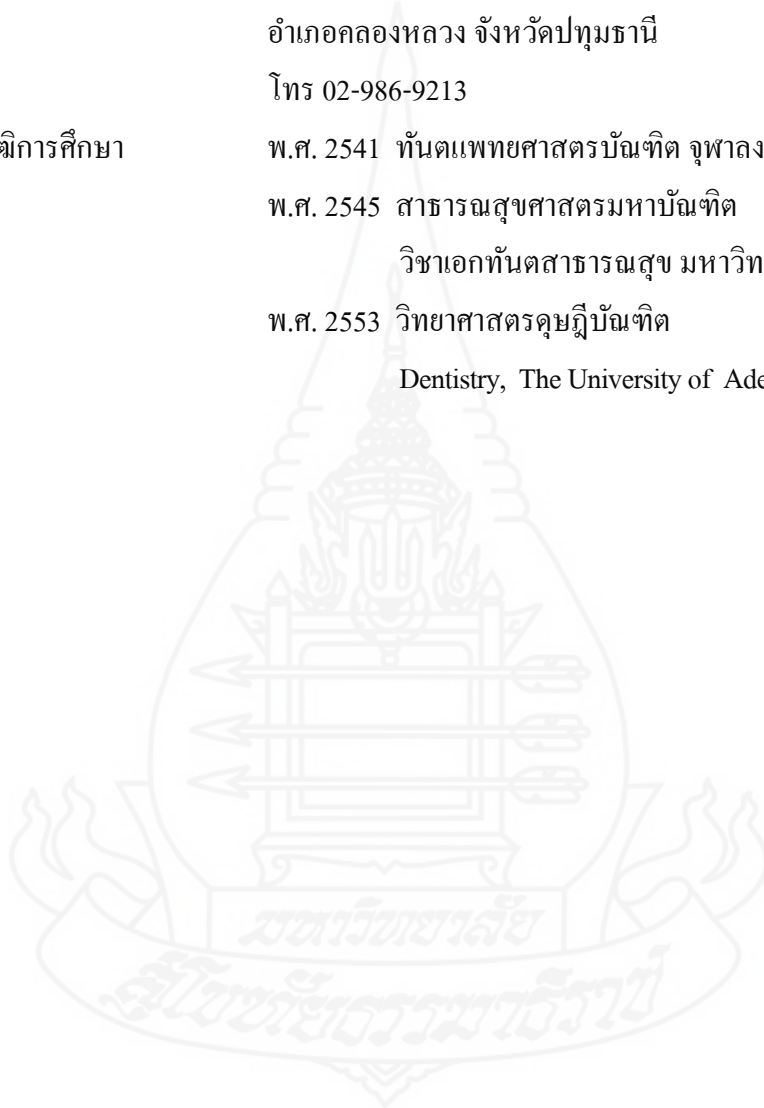
ตำแหน่งทางวิชาการ	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
ตำแหน่งทางบริหาร	คณะกรรมการบริหารงานคุณภาพ
ที่ทำงาน	โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จังหวัดเชียงราย ฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร 263 ม.3 ตำบลเวียงชัย อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย โทร 053-603-121
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2540 ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2548 สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. อ.ทพญ. ดร. นิภาพร เอื้อวิณะโชติมา

ตำแหน่งทางวิชาการ	อาจารย์ทันตแพทย์ประจำภาควิชาทันตกรรมชุมชน
ที่ทำงาน	ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนอังรีดูนังต์ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ โทร 02-218-8545
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2541 ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2548 Master of Education Health education and health promotion University of Texas at Austin ,USA พ.ศ. 2562 วิทยาศาสตร์ดุขุฎิบัณฑิต วิชาเอกการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ แผนกการสร้างเสริมสุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธี สุขสุเดช

ตำแหน่งทางวิชาการ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ด้านทันตกรรมชุมชน
ตำแหน่งทางบริหาร	รองคณบดีฝ่ายกิจการนักศึกษา คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ที่ทำงาน	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี โทร 02-986-9213
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2541 ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2545 สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกทันตสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2553 วิทยาศาสตร์ดุขฎีบัณฑิต Dentistry, The University of Adelaide, SA, Australia





ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (แบบสอบถาม)

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลสิรินธร กรุงเทพมหานคร

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ในระดับปริญญาโท หลักสูตร
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช โดยมี
วัตถุประสงค์ที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลสิรินธร กรุงเทพฯ ซึ่งผลการวิจัยนี้จะนำเสนอในภาพรวม และจะเป็นประโยชน์ในการ
พัฒนาการส่งเสริมทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน กรุณา
ตอบแบบสอบถามตามความคิดเห็นของท่าน

แบบสอบถามนี้ แบ่งออกเป็น 5 ตอน มีจำนวน 7 หน้า

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 22 ข้อ

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงอุปกรณ์ และการเข้าถึงสถานบริการ
จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว
และการได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพช่องปากจากจากชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 5 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพด้วยตนเอง และการรับบริการ
ตรวจฟันจากสถานบริการ จำนวน 11 ข้อ

ตอนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง ให้ผู้สูงอายุเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ตรงกับความเป็นจริงของผู้สูงอายุมากที่สุด

1. เพศ

() 1. ชาย () 2. หญิง

2. ท่านอายุ.....ปี (ปีเต็ม)

3. สถานภาพสมรส

() 1. โสด () 2. สมรส () 3. หย่า () 4. หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

() 5. แยกกันอยู่

4. การศึกษาสูงสุด

() 1. ไม่ได้เรียน () 2. ประถมศึกษา () 3. มัธยมศึกษา/ปวช.

() 4. อนุปริญญา/ปวส. () 5. ปริญญาตรีขึ้นไป

5. รายได้ต่อเดือน

() 1. ต่ำกว่า 5,000 บาท () 2. 5,000 - 10,000 บาท

() 3. 10,001 - 15,000 บาท () 4. มากกว่า 15,000 บาท

6. อาชีพหลัก

() 1. ไม่ได้ทำงาน () 2. ข้าราชการบำนาญ () 3. เกษตรกร () 4. รับจ้างทั่วไป

() 5. ค้าขาย () 6. อื่นๆ ระบุ.....

ตอนที่ 2 ปัจจัยนำ จำนวน 22 ข้อ

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ผู้สูงอายุเลือก

5 หมายถึง ท่านมีการรับรู้ถึงความในประโยชน์ที่ให้มาอยู่ในระดับมากที่สุด

4 หมายถึง ท่านมีการรับรู้ถึงความในประโยชน์ที่ให้มาอยู่ในระดับมาก

3 หมายถึง ท่านมีการรับรู้ถึงความในประโยชน์ที่ให้มาอยู่ในระดับปานกลาง

2 หมายถึง ท่านมีการรับรู้ถึงความในประโยชน์ที่ให้มาอยู่ในระดับน้อย

1 หมายถึง ท่านมีการรับรู้ถึงความในประโยชน์ที่ให้มาอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ข้อความ	ระดับการรับรู้ตาม ความเชื่อด้านสุขภาพ				
	5	4	3	2	1
การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคในช่องปาก					
1. ผู้สูงอายุที่มีฟันผุที่รากฟัน					
2. ผู้สูงอายุมักทำความสะอาดช่องปากได้ไม่สะอาด					
3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำลายแห้งเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุได้ง่าย					
4. ผู้สูงอายุที่มีฟันสึก เปราะ และแตกหักได้ง่าย					
5. ผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารที่มีแป้งและน้ำตาลสูง เหนียวติดฟัน เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ					
6. ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวทำให้มีผลกับโรคในช่องปาก เช่น น้ำลายแห้ง ฟันผุ เหงือกอักเสบ เชื้อรา					
7. ผู้สูงอายุไม่ไปหาหมอฟัน จะไม่ทราบสภาวะช่องปากตนเอง เช่น ฟันผุบริเวณซอกฟัน					

ข้อความ	ระดับการรับรู้ตาม ความเชื่อด้านสุขภาพ				
	5	4	3	2	1
การรับรู้ความรุนแรงของโรคในช่องปาก					
1. ผู้สูงอายุที่มีฟันผุ หากลูกหลานจะนำไปสู่การสูญเสียฟัน					
2. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาปริทันต์อักเสบ จะทำให้ฟันโยกและ ฟันหลุดในที่สุด					
3. ผู้สูงอายุที่มีแผลเรื้อรังในช่องปากไม่ได้รับการรักษา จะ เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง					
4. ผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันจะส่งผลให้มีภาวะขาดสารอาหารได้					
5. ผู้สูงอายุเป็นโรคปริทันต์อักเสบ หากสำลักเชื้อเข้าไปใน ปอด จะทำให้เกิดปอดบวม ถึงแก่ชีวิตได้					
6. เชื้อจากโรคปริทันต์อักเสบ เมื่อเข้าสู่กระแสเลือดทำให้เกิด โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และโรคหลอดเลือดสมองตีบได้					
7. ผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันจะทำให้ขาดความมั่นใจใน บุคลิกภาพตนเอง					
8. ผู้สูงอายุที่มีโรคในช่องปากแล้วไม่รีบหาหมอฟัน เมื่อ ลูกหลานหากจะเก็บฟันต้องเสียเวลาและค่ารักษามากขึ้น					
การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพ					
1. การแปรงฟันตอนเช้าและก่อนนอนช่วยป้องกันโรคฟันผุ และเหงือกอักเสบ					
2. การใช้ยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์ในการแปรงฟัน ช่วย ป้องกันฟันผุได้					
3. การใช้ไหมขัดฟันหรือแปรงซอกฟัน ช่วยทำความสะอาด ให้ซอกฟันสะอาด					
4. การรับประทานอาหารที่มีเส้นใย เช่น ผัก ผลไม้ ช่วยใน การทำความสะอาดฟัน					
5. การหลีกเลี่ยงการกินอาหารหวาน มีน้ำตาลสูง เหนียวติด ฟัน ช่วยลดโอกาสเกิดฟันผุได้					

ข้อความ	ระดับการรับรู้ตาม ความเชื่อด้านสุขภาพ				
	5	4	3	2	1
6. การดูแลสุขภาพช่องปากได้ดี ลดโอกาสติดเชื้อที่สมอง ปอด และหัวใจ					
7. ผู้สูงอายุที่ไปพบหมอฟันทุก 6 เดือน จะได้รับการป้องกัน และรักษาโรคฟันผุ และเหงือกอักเสบในระยะเริ่มแรก					

ตอนที่ 3 ปัจจัยอื่น จำนวน 8 ข้อ

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ผู้สูงอายุเลือก

- 5 หมายถึง ท่านมีการเข้าถึงดังข้อความในประ โยคที่ให้มาอยู่ในระดับมากที่สุด
- 4 หมายถึง ท่านมีการเข้าถึงดังข้อความในประ โยคที่ให้มาอยู่ในระดับมาก
- 3 หมายถึง ท่านมีการเข้าถึงดังข้อความในประ โยคที่ให้มาอยู่ในระดับปานกลาง
- 2 หมายถึง ท่านมีการเข้าถึงดังข้อความในประ โยคที่ให้มาอยู่ในระดับน้อย
- 1 หมายถึง ท่านมีการเข้าถึงดังข้อความในประ โยคที่ให้มาอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ข้อความ	ระดับการเข้าถึง				
	5	4	3	2	1
การเข้าถึงอุปกรณ์					
1. ท่านมีแปรงสีฟันที่มีด้ามจับถนัดมือ					
2. ท่านมีอุปกรณ์ทำความสะอาดซอกฟัน ได้แก่ ไหมขัดฟัน หรือแปรงซอกฟัน					
3. ท่านเลือกใช้ยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์					
4. ท่านได้รับการสนับสนุนแปรงสีฟัน หรืออุปกรณ์ทำความสะอาด ซอกซอกฟัน จากโครงการของหน่วยงานรัฐบาลหรือเอกชน					
การเข้าถึงสถานบริการ					
1. ท่านสามารถไปรับบริการตรวจหรือรักษาฟันได้โดยสะดวก					
2. ท่านมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการตรวจหรือ รักษาฟัน					
3. การไปรับบริการตรวจหรือรักษาฟันต้องใช้เวลารอคิวนาน					

ข้อความ	ระดับการเข้าถึง				
	5	4	3	2	1
4. ท่านได้รับการชองทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ระบบนัดผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป หรือชองทางด่วนสำหรับผู้สูงที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป					

ตอนที่ 4 ปัจจัยเสริม จำนวน 8 ข้อ

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ผู้สูงอายุเลือก

- 5 หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนดังข้อความในประโยคที่ให้มาอยู่ในระดับมากที่สุด
- 4 หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนดังข้อความในประโยคที่ให้มาอยู่ในระดับมาก
- 3 หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนดังข้อความในประโยคที่ให้มาอยู่ในระดับปานกลาง
- 2 หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนดังข้อความในประโยคที่ให้มาอยู่ในระดับน้อย
- 1 หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนดังข้อความในประโยคที่ให้มาอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ข้อความ	ระดับการสนับสนุน				
	5	4	3	2	1
การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว					
1. บุคคลในครอบครัวกระตุ้นเตือนให้ท่านแปรงฟัน					
2. บุคคลในครอบครัวกระตุ้นเตือนให้ท่านทำความสะอาดซอกฟัน					
3. บุคคลในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านรับประทานผักและผลไม้แทนอาหารหวาน มีน้ำตาลสูง เหนียวติดฟัน					
4. บุคคลในครอบครัวท่านช่วยในการจัดหาอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก เช่น แปรงสีฟัน ไหมขัดฟัน แปรงซอกฟัน					
5. บุคคลในครอบครัวสนับสนุนท่านในการพามาพบหมอฟัน เช่น ในการเดินทางมารับบริการ ค่าใช้จ่าย					
ได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพช่องปากจากชมรมผู้สูงอายุ					
1. ท่านได้รับการสอนทำความสะอาดช่องปากที่ถูกต้องโดยบุคลากรสาธารณสุข					

ข้อความ	ระดับการสนับสนุน				
	5	4	3	2	1
2. ท่านได้รับข้อมูลจากบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการมาพบหมอฟันทุก 6 เดือน					
3. ท่านได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากระหว่างสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ					

ตอนที่ 5 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดูแลทันตสุขภาพ จำนวน 11 ข้อ

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ผู้สูงอายุเลือก

- 3 หมายถึง ท่านปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ตามข้อความในประโยคที่ให้มา
 2 หมายถึง ท่านปฏิบัติบ้างไม่ปฏิบัติบ้างตามข้อความในประโยคที่ให้มา
 1 หมายถึง ท่านปฏิบัติเป็นส่วนน้อยตามข้อความในประโยคที่ให้มา
 0 หมายถึง ท่านไม่ปฏิบัติตามข้อความในประโยคที่ให้มา

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ			
	3	2	1	0
พฤติกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพด้วยตนเอง				
1. ท่านแปรงฟัน ตอนเช้าและก่อนนอน				
2. ท่านแปรงฟันเป็นเวลาอย่างน้อย 2 นาที ต่อครั้ง				
3. ท่านแปรงฟันโดยวางขนแปรงเอียงเข้าหาคอฟัน ขยับสั้นๆ แล้วบิด				
4. ท่านไม่รับประทานอาหารหลังแปรงฟันอย่างน้อย 2 ชั่วโมง				
5. ท่านใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในการแปรงฟัน				
6. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหวาน มีน้ำตาลสูง เหนียวติดฟัน				
7. ท่านใช้ไหมขัดฟัน หรือแปรงซอกฟัน อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง				
8. เมื่อท่านจะรับประทานอาหารหวานหรือของทานเล่น ท่านจะรับประทานในมื้ออาหารหลัก				
พฤติกรรมรับบริการตรวจฟันจากสถานบริการ				
1. ท่านไปพบหมอฟันเพื่อตรวจฟันทุก 6 เดือน				
2. เมื่อท่านเห็นว่ามีความผิดปกติในช่องปาก ท่านรีบไปพบหมอฟันเพื่อรักษาแต่เริ่มแรก				

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ			
	3	2	1	0
3. เมื่อได้รับคำแนะนำจากหมอฟันให้รับการรักษาโรคในช่องปาก ท่านไปรับบริการต่อเนื่องเพื่อป้องกันการลุกลาม				





ภาคผนวก ค

หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร
หนังสือรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, Belmont Report, CIOMS Guidelines และ ICH-GCP Guidelines

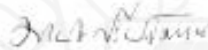
ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกาดูแลสุขภาพทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลสิรินธร กรุงเทพมหานคร

รหัสโครงการ : U016h/63_EXP

ผู้วิจัยหลัก : นางรัชณี เจริญเจียงชัย / มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เอกสารที่ได้รับการพิจารณา :

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 1. โครงร่างการวิจัย | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 9 พฤศจิกายน 2563 |
| 2. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 9 พฤศจิกายน 2563 |
| 3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 9 พฤศจิกายน 2563 |
| 4. ประวัติและผลงานผู้วิจัย | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 9 พฤศจิกายน 2563 |
| 5. แบบสอบถาม | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 9 พฤศจิกายน 2563 |
| 6. ใบเชิญชวนอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 9 พฤศจิกายน 2563 |


(ศาสตราจารย์พิเศษมานิต ศรีประโมทย์)

ประธานคณะกรรมการฯ



(นางวันพันธ์ วัฒนะ)

รองปลัดกรุงเทพมหานคร

หมายเลขหนังสือรับรอง..... 115

วันที่รับรอง วันที่ 26 พฤศจิกายน 2563

วันหมดอายุ วันที่ 25 พฤศจิกายน 2564

ประเภทของการรับรอง ครั้งแรก แก้ไขโครงร่างการวิจัย ต่ออายุ ครั้งที่.....

กำหนดการส่งรายงานความก้าวหน้าทุก 1 ปี 6 เดือน 3 เดือน

การรับรองนี้มีเงื่อนไขตามที่ระบุไว้ (ดูด้านหลังของหนังสือรับรองโครงการวิจัย)



สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120
 โทร. 02-5048039, 02-5033610 โทรสาร 02-5033570
 School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University,
 Bangpood, Pakkred, Nonthaburi 11120
 Tel. (662) 5048039 Fax : (662) 5033610

**เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
 สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช**

เลขที่ อว 0602.20/ 1113

ชื่อโครงการวิจัย บัญชีที่มีผลต่อพฤติกรรมกระตุ้นการดูแลสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ
 โรงพยาบาลสิรินธร กรุงเทพมหานคร
 เลขที่โครงการ/รหัส IRB-SHS 2020/1004/71
 ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางรัชณี เจริญเจียงชัย
 ที่อยู่ 471/121-2 ซอยสุทธิพร ถนนประชาสงเคราะห์ แขวงดินแดง เขตดินแดง
 กรุงเทพมหานคร 10400

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม
 การวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ตั้งแต่วันที่ 24 กรกฎาคม 2563
 ถึงวันที่ 23 กรกฎาคม 2564

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางรัชณี เจริญเจียงชัย
วัน เดือน ปีเกิด	30 พฤศจิกายน 2516
สถานที่เกิด	102 หมู่3 ตำบลชากบก อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง 21120
ประวัติการศึกษา	ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2540
สถานที่ทำงาน	กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสิรินธร เลขที่ 20 ซอยอ่อนนุช 90 แขวงประเวศ เขตประเวศ กรุงเทพฯ 10250 โทร 0 2328 6901
ตำแหน่ง	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

