

ผลของการส่งเสริมทัศนสุขภาพในคนพิการโดยการเยี่ยมบ้าน  
โดยทันตบุคลากร และไม่ใช่ทันตบุคลากร  
ของอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

นางสาวอัญชลี กิติวิริยกุล



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
วิชาเอกบริหารโรงพยาบาล สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2561

**The Effects of Dental Health Promotion among Disabled Persons  
through Home Visits by Dental and Non-Dental Personnel  
in Bang Rakam District, Phitsanulok Province**

**Miss Unchalee Kitiviriyakul**



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

School of Health Science

Sukhothai Thammathirat Open University

2018

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการส่งเสริมทัศนสุขภาพในคนพิการ โดยการเยี่ยมบ้าน โดยทัศนบุคลากร  
และไม่ใช้ทัศนบุคลากร ของอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

ชื่อและนามสกุล นางสาวอัญชลี กิติวิริยกุล

วิชาเอก บริหารโรงพยาบาล

สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา เพ็ญศิริินภา  
2. อาจารย์ ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล

วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2561

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์)



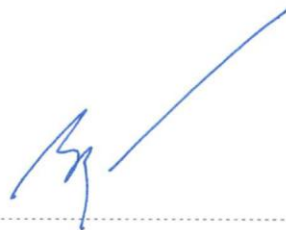
กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา เพ็ญศิริินภา)



กรรมการ

(อาจารย์ ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล)



ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร.กฤษณา รุ่งโรจน์วิชย์)

**ชื่อวิทยานิพนธ์** ผลของการส่งเสริมทันตสุขภาพในคนพิการโดยการเยี่ยมบ้านโดยทันตบุคลากร และไม่ใช่

ทันตบุคลากร ของอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

**ผู้วิจัย** นางสาวอัญชลี กิติวิริยกุล รหัสนักศึกษา 2595000049 **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

**อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา เพ็ญศิริรักษา (2) อาจารย์ ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล

**ปีการศึกษา** 2561

### บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพและสถานะทันตสุขภาพของคนพิการก่อนและหลังการส่งเสริมทันตสุขภาพโดยการเยี่ยมบ้านด้วยทันตบุคลากรและไม่ใช่ทันตบุคลากร (2) เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพและสถานะทันตสุขภาพคนพิการหลังการส่งเสริมทันตสุขภาพโดยการเยี่ยมบ้านระหว่างกลุ่มที่ดำเนินการด้วยทันตบุคลากรและไม่ใช่ทันตบุคลากร และ (3) ศึกษาความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ต่อการส่งเสริมทันตสุขภาพคนพิการ โดยการเยี่ยมบ้านในอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

ประชากรที่ศึกษา คือ คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางกาย อาศัยในอำเภอบางระกำ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 คน ได้จากการสุ่มพื้นที่ตามขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีทันตบุคลากร กับไม่มีทันตบุคลากร แล้วจึงเลือกคนพิการตามเกณฑ์ที่สมัครใจ เป็นกลุ่มทดลอง 44 คน กลุ่มควบคุม 40 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามและแบบบันทึกผลการตรวจประเมินสถานะทันตสุขภาพ ที่มีค่าความตรง 0.67 และความเที่ยง 0.77 เครื่องมือในการทดลองคือ โปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพคนพิการโดยการเยี่ยมบ้าน ซึ่งกลุ่มทดลองดำเนินการด้วยทันตบุคลากร ส่วนกลุ่มควบคุมดำเนินการด้วยเจ้าหน้าที่ที่ไม่ใช่ทันตบุคลากร เก็บข้อมูลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพ 4 สัปดาห์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบที

ผลการศึกษาพบว่า (1) พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ และสถานะทันตสุขภาพคนพิการด้านคราบจุลินทรีย์ หลังการส่งเสริมทันตสุขภาพโดยการเยี่ยมบ้านทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดีกว่าก่อนการเยี่ยมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (2) พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพและสถานะทันตสุขภาพคนพิการหลังการส่งเสริมทันตสุขภาพโดยการเยี่ยมบ้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน และ (3) ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ต่อการส่งเสริมทันตสุขภาพคนพิการ โดยการเยี่ยมบ้าน พบว่าทั้งทันตบุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่ไม่ใช่ทันตบุคลากรระบุว่าทำให้ความรู้เป็นสิ่งสำคัญในการให้ทันตสุขภาพคนพิการ และควรมีการให้บริการเชิงรุกเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพในคนพิการ ข้อเสนอแนะจากการวิจัยนี้คือหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่มีทันตบุคลากรสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพคนพิการโดยการเยี่ยมบ้านไปใช้ เพื่อให้เกิดการดูแลทันตสุขภาพคนพิการอย่างทั่วถึงในทุกพื้นที่ ส่งผลคนพิการมีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น

**คำสำคัญ** คนพิการ โปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน พฤติกรรมทันตสุขภาพ สถานะทันตสุขภาพ

**Thesis title:** The Effects of Dental Health Promotion among Disabled Persons through Home Visits by Dental and Non-Dental Personnel in Bang Rakam District, Phitsanulok Province

**Researcher:** Miss Unchalee Kitiviriyakul; **ID:** 2595000049;

**Degree:** Master of Public Health; **Thesis advisors:** (1) Dr.Nittaya Pensirinapa, Associate Professor; (2) Dr.Theerawut Thammakul; **Academic year:** 2018

### Abstract

This quasi-experimental study aimed: (1) to compare dental health behaviours and dental health status of disabled persons before and after implementing a dental health promotion programme through home visits by dental and non-dental personnel; (2) to compare dental health behaviours and dental health status of disabled persons after implementing a dental health promotion programme through home visits by dental and non-dental personnel; and (3) to study the opinions of personnel on dental health promotion for disabled persons through home visits, in Bang Rakam district, Phitsanulok province.

The study was conducted in a sample of 84 persons with physical or mobility impairments living in Bang Rakam district, randomly selected according to the area sizes of sub-district health promoting hospitals with and without dental personnel. Of all participants, 44 and 40 were assigned to experimental and control groups respectively. The dental health promotion programme through home visits was implemented on the experimental group by dental personnel, while for the control group it was carried out by non-dental personnel. Data were collected, using a questionnaire and a dental health status record form with the validity and reliability values of 0.67 and 0.77 respectively, before the intervention and 4 weeks afterwards. Descriptive data analyses as well as t-test were undertaken.

The results showed that: (1) dental health behaviours and dental health status of disabled persons in both experimental and control groups, in terms of dental plaque, after implementing the dental health promotion programme through home visits, were significantly better than those before the home visits ( $p < 0.001$ ); (2) dental health behaviours and dental health status of disabled persons in both groups after implementing the dental health promotion programme through home visits were not different; and (3) as per dental and non-dental personnel's opinions on the dental health promotion programme for disabled persons through home visits, giving dental health education is important for disabled persons; and a proactive approach should be used to increase access to dental health services for such people. Therefore, it is recommended that primary care units without any dental personnel should use the dental health promotion programme for disabled persons through home visits. This is to ensure a thorough coverage of dental health care for better oral health status of such people.

**Keywords:** Disabled person, Dental health promotion programme, Home visit, Dental health behaviours, Dental health status

## กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยได้รับความอนุเคราะห์อย่างยิ่ง จากท่านประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.นิศยา เพ็ญศิริรักษา และ อาจารย์ ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล ที่ได้ให้แนวคิด คำแนะนำ และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์มากมายในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ ตลอดจนได้ช่วยพิจารณาแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ตลอดการทำวิจัย อีกทั้งยังให้การสนับสนุน ให้กำลังใจ และยังคงติดตามการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้อย่างใกล้ชิดตลอดมานับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งเสร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ รวมถึงคณาจารย์ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้แก่ผู้วิจัย จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านที่ได้ให้คำแนะนำและตรวจสอบแบบสอบถามที่เป็นเครื่องมือในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์แก่การวิจัยและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี รวมถึงเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบางระจัน จังหวัดพิษณุโลก ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการอำนวยความสะดวกและให้ความอนุเคราะห์แก่ผู้วิจัยในการเก็บข้อมูลจนเสร็จสิ้น

อัญชลี กิติวิริยกุล

ธันวาคม 2561

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ฅ
สารบัญภาพ .....	ญ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	3
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	3
สมมติฐานการวิจัย .....	4
ขอบเขตของการวิจัย .....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	5
ประโยชน์ที่ได้รับ .....	6
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง .....	8
แนวคิดเกี่ยวกับคนพิการ .....	9
แนวคิดเกี่ยวกับการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพในคนพิการ .....	15
ทฤษฎีความเชื่อความสามารถแห่งตน (Self- efficacy Theory) .....	13
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม .....	23
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	27
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	35
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	35
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	38
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	42
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	42

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	43
ปัจจัยส่วนบุคคล .....	43
ความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพ .....	47
พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ .....	49
สภาวะทันตสุขภาพ .....	51
ความคิดเห็นของบุคลากร .....	55
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	56
สรุปการวิจัย .....	56
อภิปรายผล .....	61
ข้อเสนอแนะ .....	68
บรรณานุกรม .....	70
ภาคผนวก .....	77
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย .....	78
ข เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลเรื่อง ผลของการส่งเสริมทันตสุขภาพในคนพิการ โดยการเยี่ยมบ้านด้วยทันตบุคลากร และไม่ใช้ทันตบุคลากร ของอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก .....	80
ค ผลการประเมินความสอดคล้องเชิงเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ (IOC) .....	89
ง ผลการประเมินความสอดคล้องเชิงเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ (IOC) .....	95
ประวัติผู้วิจัย .....	102



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=84) ..... 44
ตารางที่ 4.2	ระดับความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพจำแนกตามกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ..... 47
ตารางที่ 4.3	ระดับความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ..... 48
ตารางที่ 4.4	ความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงในกลุ่ม ก่อนและหลัง การทดลอง ..... 49
ตารางที่ 4.5	ระดับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ..... 50
ตารางที่ 4.6	ระดับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อน และหลังการทดลอง ..... 51
ตารางที่ 4.7	ดัชนีคราบจุลินทรีย์ภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง... 52
ตารางที่ 4.8	ดัชนีคราบจุลินทรีย์ที่เปลี่ยนแปลงในกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง ..... 53
ตารางที่ 4.9	ความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปากภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อน และหลังการทดลอง ..... 53
ตารางที่ 4.10	สภาพเหงือกและอวัยวะปริทันต์ภายใน และระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลัง การทดลอง ..... 54
ตารางที่ 4.11	สภาวะฟันผุภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ..... 54

ญ

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิด.....	4
ภาพที่ 2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผล ที่จะเกิดขึ้น (Bandura 1997).....	22
ภาพที่ 2.2 เครื่อง่ายบริการทันตสุขภาพ อำเภอบางระกำ.....	36



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คนพิการเป็นผู้ที่มีข้อจำกัดความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและศักยภาพในการทำงานลดลง พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 มาตรา 4 ได้ให้ความหมายของคำว่า “คนพิการ” หมายถึง บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่างๆ และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

องค์การอนามัยโลกพบว่ามีคนพิการทั่วโลกกว่าหนึ่งพันล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากรทั่วโลก และมีแนวโน้มการเพิ่มอัตราความพิการสูงขึ้นจากการเพิ่มจำนวนประชากรสูงอายุและการเกิดโรคเรื้อรังที่เพิ่มสูงขึ้น (WHO 2018) ข้อมูลคนพิการในประเทศไทยปี 2555 พบว่ามีจำนวนคนพิการถึง 1.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 2.2 ของประชากรในประเทศไทย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2555) โดยพบว่าปัญหาของคนพิการทั่วโลก คือ คนพิการมีโอกาสเข้าถึงบริการด้านสุขภาพน้อยและไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านบริการสุขภาพ จากอุปสรรคในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ เช่น จากค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่าใช้จ่ายในการรับบริการสุขภาพ อุปสรรคทางกายภาพ การไม่มีห้องน้ำสำหรับคนพิการ ไม่มีทางลาดสำหรับคนพิการ ทักษะและความรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรที่ไม่เพียงพอในการดูแลรักษาคนพิการ (WHO 2018) ในประเทศไทยพบว่าคนพิการเป็นประชากรที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมจากปัญหาสุขภาพ ถึง 1.4 ล้านคน หรือร้อยละ 93.33 ของคนพิการซึ่งมีปัญหาด้านสุขภาพ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2555) ซึ่งคนพิการที่พบนั้นส่วนใหญ่เป็นความพิการทางกายทำให้เกิดการลดความสามารถในการดูแลช่วยเหลือตนเองเบื้องต้นพบว่าในคนพิการทางกายส่วนใหญ่มักมีปัญหาสุขภาพในช่องปากจากการขาดความใส่ใจในการดูแลสุขภาพ คิดว่าตนเองไม่สามารถทำการทำความสะอาดช่องปากได้ การขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากและทักษะในการทำความสะอาดช่องปาก การเลือกรับประทานอาหาร เศรษฐฐานะและ

ตั้งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ความลำบากในการเดินทางไปรับบริการ (ภัทรกิติ โภภลลิต 2554) รวมถึงการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพ (โกเมศ วิชชาวุธ และคณะ 2552)

ปัจจุบันคนพิการในอำเภอบางระกำมีจำนวน 3,353 ราย จากประชากรทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียน 93,216 ราย (กลุ่มงานยุทธศาสตร์ 2560) ซึ่งพบว่ามีจำนวนคนพิการถึงร้อยละ 3.59 และพบว่ามีคนพิการทางการเคลื่อนไหว 2,044 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.19 (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ 2560) โดยพบคนพิการทั้งหมดมากกว่าค่าเฉลี่ยประเทศไทยปี 2555 อย่างไรก็ตามการป้องกันปัญหาสุขภาพช่องปากสามารถทำได้ด้วยการแปรงฟันและการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอโดยทันตบุคลากร แต่ปัญหาด้านทันตบุคลากรของอำเภอบางระกำ ซึ่งเป็นพื้นที่อำเภอขนาดใหญ่ มีศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 21 แห่ง แต่มีทันตบุคลากรประจำเพียง 7 แห่ง และมีทันตบุคลากรหมุนเวียน 4 แห่งเท่านั้น จึงทำให้คนพิการส่วนใหญ่เข้าถึงบริการทันตสุขภาพได้ยาก อย่างไรก็ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนของแบนดูรา (Bandura 1997) ที่เป็นทฤษฎีที่มุ่งเน้นในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล โดยแบนดูราได้ให้ความหมายของการรับรู้ความสามารถแห่งตนว่า เป็นความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความมั่นใจในความสามารถของตนที่จะปฏิบัติกิจกรรมหรือจัดการกับสถานการณ์ให้เกิดความสำเร็จตามเป้าหมาย โดยต้องอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 ประการ คือ จากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การเรียนรู้โดยการสังเกตบุคคลต้นแบบที่คล้ายกับตัวเองประสบความสำเร็จ การใช้คำพูดชักจูงร่วมกับสร้างความเชื่อในความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไปและให้เกิดความสำเร็จตามลำดับ และการประเมินสถานะทางสรีรวิทยาและอารมณ์ ซึ่งมุ่งเน้นการลดทอนพฤติกรรมความเครียด เปลี่ยนแปลงอารมณ์เชิงลบ และให้มองในเชิงบวก ทั้งนี้การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งนั้น ขึ้นอยู่กับความเชื่อในความสามารถแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น หากความเชื่อในความสามารถแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นมีสูง บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมแน่นอน แต่หากความเชื่อในความสามารถแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่ำ บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะไม่ทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน ซึ่งพบว่าคนพิการที่มีข้อจำกัดทางกายมักมีความเชื่อในความสามารถต่ำ ดังนั้นในการส่งเสริมทันตสุขภาพ ต้องมีการพัฒนาความเชื่อในความสามารถ และการปฏิบัติตนในการดูแลทันตสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลดีกับทันตสุขภาพของคนพิการเพื่อลดการเกิดโรคในช่องปาก ลดการสูญเสียฟัน เพื่อให้คนพิการมีฟันในช่องปากเพียงพอแก่การใช้งานในการบดเคี้ยวอาหาร มีสุขภาพร่างกายและสุขภาพช่องปากที่ดี และเนื่องจากความขาดแคลนของทันตบุคลากรในพื้นที่ส่วนใหญ่ในประเทศไทย (โกเมศ วิชชาวุธ และ คณะ 2552) แต่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่ใช่ทันตบุคลากรเป็นกลุ่มที่มีความสามารถในการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพเป็นอย่างดี จึงมีแนวคิดในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการส่งเสริมทันตสุขภาพ

และพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเองของคนพิการมาทดแทนในพื้นที่ที่ไม่มีทันตบุคลากร รวมถึงโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพ เป็นโปรแกรมที่ใช้เพื่อให้เกิดการพัฒนาความรู้เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง และเพิ่มความเชื่อในความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง

ดังนั้นในการศึกษานี้จึงทดลองเปรียบเทียบผลการส่งเสริมทันตสุขภาพโดยการเยี่ยมบ้านระหว่างกลุ่มที่ดำเนินการด้วยทันตบุคลากรและไม่ใช้ทันตบุคลากร เพื่อให้คนพิการได้รับบริการส่งเสริมทันตสุขภาพอย่างครอบคลุมในทุกพื้นที่

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ และสภาวะทันตสุขภาพคนพิการก่อนและหลังการส่งเสริมทันตสุขภาพโดยการเยี่ยมบ้านด้วยทันตบุคลากรและไม่ใช้ทันตบุคลากรของอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

2.2 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ และสภาวะทันตสุขภาพคนพิการหลังการส่งเสริมทันตสุขภาพโดยการเยี่ยมบ้านระหว่างกลุ่มที่ดำเนินการด้วยทันตบุคลากรและไม่ใช้ทันตบุคลากรของอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

2.3 เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุข ทั้งที่เป็นทันตบุคลากร และไม่ใช้ทันตบุคลากร ต่อการส่งเสริมทันตสุขภาพคนพิการโดยการเยี่ยมบ้าน ในอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

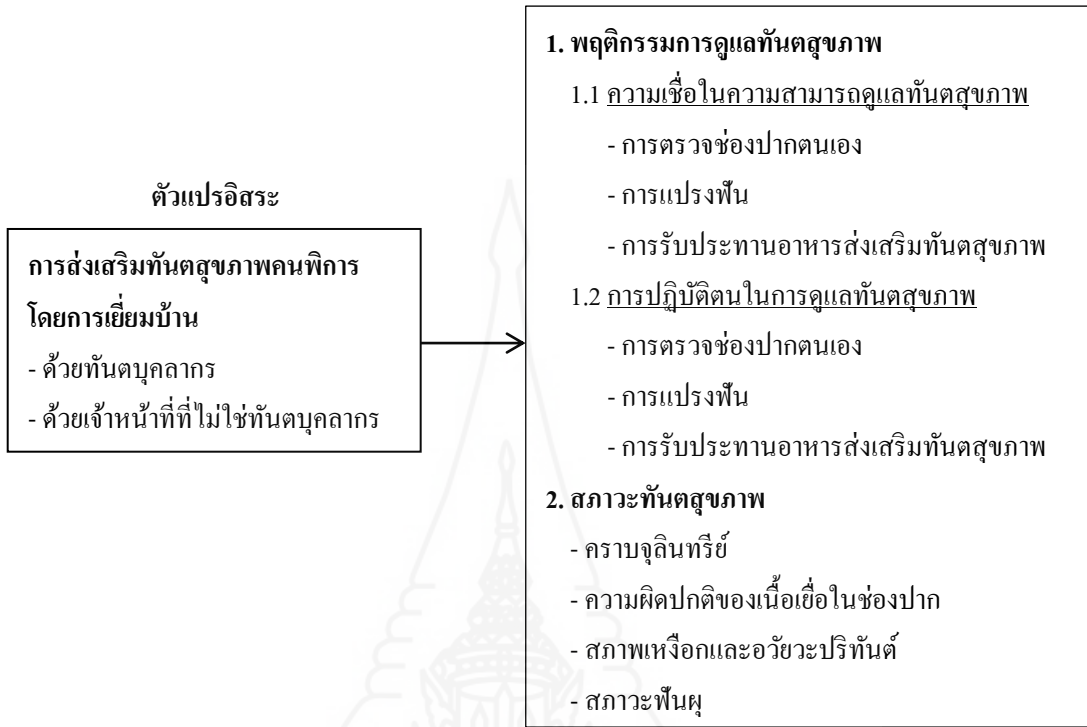
## 3. กรอบแนวคิดการวิจัย

3.1 ตัวแปรต้น ได้แก่ การส่งเสริมทันตสุขภาพคนพิการด้วยการเยี่ยมบ้านโดยทันตบุคลากร และไม่ใช้ทันตบุคลากร

3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่

3.2.1 พฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพ ได้แก่ ความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพ และการปฏิบัติตนในการดูแลทันตสุขภาพ

3.2.2 สภาวะทันตสุขภาพ ได้แก่ คราบจุลินทรีย์ ความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปาก สภาพเหงือกและอวัยวะปริทันต์ และสภาวะฟันผุของคนพิการ



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิด

#### 4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ และสภาวะทันตสุขภาพของคนพิการที่ได้รับการส่งเสริมทันตสุขภาพโดยการเยี่ยมบ้าน ด้วยทันตบุคลากรและไม่ใช่ทันตบุคลากร ไม่มีความแตกต่างกัน

4.2 พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ และสภาวะทันตสุขภาพของคนพิการหลังการส่งเสริมทันตสุขภาพคนพิการโดยการเยี่ยมบ้านด้วยทันตบุคลากรดีกว่าก่อนการเยี่ยมบ้าน

4.3 พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ และสภาวะทันตสุขภาพของคนพิการหลังการส่งเสริมทันตสุขภาพคนพิการโดยการเยี่ยมบ้านด้วยไม่ใช่ทันตบุคลากรดีกว่าก่อนการเยี่ยมบ้าน

## 5. ขอบเขตของการวิจัย

5.1 ศึกษาแบบกึ่งทดลองกับคนพิการที่อาศัยอยู่ในอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

5.2 ตัวแปรที่ศึกษา

5.2.1 *ตัวแปรต้น* คือ การส่งเสริมทัศนสุขภาพคนพิการโดยการเยี่ยมบ้านด้วยทัศนบุคลากรและไม่ใช่ทัศนบุคลากร

5.2.2 *ตัวแปรตาม* คือ 1) พฤติกรรมการดูแลทัศนสุขภาพ ได้แก่ ความเชื่อในความสามารถดูแลทัศนสุขภาพ และการปฏิบัติตนในการดูแลทัศนสุขภาพ และ 2) สภาวะทัศนสุขภาพของคนพิการ

5.3 ระยะเวลาศึกษา เดือนมกราคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ.2561

## 6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 *คนพิการ* หมายถึง คนพิการทางกายที่สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เพียงบางส่วน โดยยังสามารถแต่งตัวและหิวผมเองได้ อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

6.2 *ทัศนบุคลากร* หมายถึง เจ้าหน้าที่ทัศนสาธารณสุข หรือนักวิชาการทัศนสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

6.3 *ไม่ใช่ทัศนบุคลากร* หมายถึง พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข หรือเจ้าพนักงานสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

6.4 *การส่งเสริมทัศนสุขภาพคนพิการโดยการเยี่ยมบ้าน* หมายถึง การดำเนินงานเชิงรุกของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไปให้บริการที่บ้านคนพิการ โดยมีการประเมินสุขภาพช่องปากคนพิการและการให้ทัศนสุขภาพโดยเน้นด้านการสร้างความเชื่อในความสามารถดูแลทัศนสุขภาพ การฝึกทักษะการแปรงฟันและการเลือกใช้ยาสีฟัน และแนะนำการบริโภคอาหารที่ส่งเสริมทัศนสุขภาพ ซึ่งดำเนินการด้วยทัศนบุคลากรและไม่ใช่ทัศนบุคลากร

6.5 *พฤติกรรมการดูแลทัศนสุขภาพ* หมายถึง ความเชื่อในความสามารถและการปฏิบัติตนในการดูแลทัศนสุขภาพของคนพิการ



**6.5.1 ความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพ** หมายถึง การรับรู้ความสามารถตนเองของคนพิการในเรื่องการตรวจช่องปากด้วยตนเองเพื่อค้นหาความผิดปกติของเหงือกและฟัน การแปรงฟันและการเลือกใช้ยาสีฟัน และการรับประทานอาหารส่งเสริมสุขภาพ

**6.5.2 การปฏิบัติตนในการดูแลทันตสุขภาพ** หมายถึง การกระทำของคนพิการในเรื่องการตรวจช่องปากด้วยตนเองเพื่อค้นหาความผิดปกติของเหงือกและฟัน การแปรงฟันและการเลือกใช้ยาสีฟัน และการรับประทานอาหารส่งเสริมสุขภาพ

**6.6 สภาวะทันตสุขภาพ** หมายถึง สภาวะสุขภาพช่องปากของคนพิการจากการวัดคราบจุลินทรีย์ ผลตรวจความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปากบริเวณริมฝีปาก ลิ้น และกระพุ้งแก้ม ผลการตรวจสภาพเหงือกและอวัยวะปริทันต์ และผลการตรวจสภาวะฟันผุ

**6.6.1 การวัดคราบจุลินทรีย์ หรือจากคราบสีฟันที่ตรวจพบบนผิวฟัน** ซึ่งจะเห็นเป็นแนวสีแดงที่ชัดเจนชิดกับขอบเหงือก วัด Plaque Index (PI) ปรับปรุงมาจาก Silness and Loe (Silness and Loe 1964) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ไม่มีคราบจุลินทรีย์ มีคราบจุลินทรีย์เห็นได้เล็กน้อย โดยอาจเห็นติดสีย้อมเป็นจุดๆ บริเวณคอฟัน มีคราบจุลินทรีย์เป็นแถบบริเวณคอฟัน โดยมีปริมาณไม่เกิน 1/3 ของตัวฟันทางคลินิก และมีคราบจุลินทรีย์เป็นแถบปกคลุมมากกว่า 1/3 ของตัวฟันทางคลินิก

**6.6.2 ผลตรวจความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปากบริเวณริมฝีปาก ลิ้น และกระพุ้งแก้ม** แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ไม่มีความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปาก และมีความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปาก

**6.6.3 ผลการตรวจสภาพเหงือกและอวัยวะปริทันต์** แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ไม่มีสภาวะเหงือกอักเสบหรือปริทันต์อักเสบ และมีสภาวะเหงือกอักเสบหรือปริทันต์อักเสบ

**6.6.4 ผลการตรวจสภาวะฟันผุ** แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ไม่มีสภาวะฟันผุ และมีสภาวะฟันผุ

## 7. ประโยชน์ที่ได้รับ

7.1 ทราบประสิทธิผลของการส่งเสริมทันตสุขภาพคนพิการโดยการเยี่ยมบ้านด้วยทันตบุคลากร และที่ไม่ใช่ทันตบุคลากร เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการจัดบริการส่งเสริมทันตสุขภาพแก่คนพิการ



7.2 ทราบความคิดเห็นและพฤติกรรมของบุคลากรสาธารณสุขต่อการบริการส่งเสริม  
ทันตสุขภาพ

7.3 ใช้เพื่อพัฒนารูปแบบบริการส่งเสริมทันตสุขภาพคนพิการ และเป็นแนวทางในการ  
ดำเนินการในพื้นที่อื่นๆ



## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้วยการเยี่ยมบ้านที่ส่งผลต่อพฤติกรรม ความเชื่อ การปฏิบัติตนในการดูแลทันตสุขภาพ และสภาวะทันตสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสนับสนุนและประกอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับคนพิการ
  - 1.1 ความหมายของคนพิการ
  - 1.2 การจำแนกประเภทคนพิการ
  - 1.3 กฎหมายเกี่ยวกับคนพิการ
  - 1.4 ปัญหาทันตสุขภาพของคนพิการ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพในคนพิการ
3. ทฤษฎีความเชื่อความสามารถแห่งตน (Self- efficacy Theory)
4. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม
  - 4.1 ความหมายของพฤติกรรม
  - 4.2 พฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลทันตสุขภาพ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
  - 5.1 งานวิจัยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพช่องปาก
  - 5.2 งานวิจัยเกี่ยวกับคนพิการ
  - 5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ
  - 5.4 งานวิจัยเกี่ยวกับความเชื่อในความสามารถ
  - 5.5 งานวิจัยเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้าน

## 1. แนวคิดเกี่ยวกับคนพิการ

องค์การอนามัยโลก (WHO 2018) พบว่ามีคนพิการทั่วโลกกว่าหนึ่งพันล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากรทั่วโลก ซึ่งพบว่าคนพิการมีโอกาสเข้าถึงบริการด้านสุขภาพน้อยและไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านบริการสุขภาพ จากอุปสรรคในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ เช่น จากค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่าใช้จ่ายในการรับบริการสุขภาพ อุปสรรคทางกายภาพ การไม่มีห้องน้ำสำหรับคนพิการ ไม่มีทางลาดสำหรับคนพิการ ทักษะและความรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรที่ไม่เพียงพอในการดูแลรักษาคนพิการ ในขณะที่ปัจจุบันพบว่าอัตราความพิการเพิ่มขึ้นเนื่องจากการเพิ่มจำนวนประชากรสูงอายุและการเกิดโรคเรื้อรังที่เพิ่มสูงขึ้น อย่างไรก็ตามคนพิการทุกคนมีความต้องการด้านการดูแลสุขภาพทั่วไปเช่นเดียวกับคนทั่วไป ดังนั้นจึงควรส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพในกลุ่มคนพิการเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในสังคม และลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคแทรกซ้อนต่างๆ ในคนพิการ เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ซึ่งมีเป้าหมายหลักคือเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

### 1.1 ความหมายของคนพิการ

นิตยสารตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ 2550) ได้กำหนดความหมายคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ ดังนี้

**1.1.1 คนพิการ** หมายความว่า บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่างๆ และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใดเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป ทั้งนี้ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศกำหนด

นิตยสารตาม International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2555) ได้ให้ความหมายของความพิการที่เกิดขึ้นในระดับของการทำงานหรือโครงสร้างของร่างกาย เรียกว่า ความบกพร่อง (Impairments) ถ้าเกิดขึ้นในภาพรวมของการทำงานต่างๆ เรียกว่า ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม (Activity limitations) และถ้าเกิดขึ้นในระดับบทบาทของบุคคลนั้นในสังคม เรียกว่า อุปสรรคในการมีส่วนร่วม (Participation restrictions) และได้มีการขยายความในคำจำกัดความ ความพิการ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2550) ดังนี้

**1.1.2 ความบกพร่อง (Impairment)** หมายถึง การสูญเสียหรือความผิดปกติของ โครงสร้างของร่างกายหรือการใช้งานของร่างกาย (รวมถึงการทำงานด้านจิตใจ) ที่สังเกตหรือเห็นได้ชัด ดังนั้นความบกพร่องจะพิจารณาที่ “อวัยวะ” หรือ “ระบบการทำงาน” ของส่วนต่างๆ ของมนุษย์ เช่น ตาบอด หูหนวก เป็นใบ้ อัมพาต ออทิสติก เป็นต้น

ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม (Activity limitation) หมายถึง ความยากลำบาก ในการกระทำกิจกรรมของแต่ละบุคคลเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลทั่วไปที่ไม่มีปัญหาทางสุขภาพจะพึงทำได้ อาจมีความยากลำบากได้ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงระดับมาก ดังนั้นข้อจำกัดในการทำกิจกรรม จะพิจารณาที่ “ความสามารถ” ของบุคคลโดยรวมว่า สามารถทำกิจกรรมหนึ่งๆ จนเสร็จสิ้นได้หรือไม่ ถ้าได้จะต้องทำด้วยความลำบากหรือไม่ โดยไม่สนใจว่าบุคคลนั้นมีความบกพร่องอะไรบ้าง

**1.1.3 ข้อจำกัดในการมีส่วนร่วม (Participation restriction)** หมายถึง ปัญหาที่บุคคล ประสบเมื่ออยู่ในสถานการณ์หนึ่งของชีวิต โดยเปรียบเทียบกับสิ่งที่บุคคลนั้นทำได้กับสิ่งที่คาดหวังว่า บุคคลที่ไม่มีความพิการสามารถทำได้ในสังคมหรือวัฒนธรรมเดียวกัน เช่น การประกอบอาชีพ การเดินทาง การดูแลบุตร การทำงานบ้าน และการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เป็นต้น

## 1.2 การจำแนกประเภทคนพิการ

ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภท และหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 (ราชกิจจานุเบกษา 2555) ได้มีการกำหนดประเภท ของผู้พิการเป็น 7 ประเภท ได้แก่

- 1.2.1 ความพิการทางการเห็น
- 1.2.2 ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
- 1.2.3 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
- 1.2.4 ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
- 1.2.5 ความพิการทางสติปัญญา
- 1.2.6 ความพิการทางการเรียนรู้
- 1.2.7 ความพิการทางออทิสติก

โดยมีหลักเกณฑ์กำหนดลักษณะความพิการแต่ละประเภท ดังนี้

### 1.2.1 ความพิการทางการเห็น

ความพิการทางการเห็นครอบคลุม 2 ลักษณะ คือ

1) *ตาเห็นเลือนราง* หมายถึง การมีสายตาข้างที่ดีที่สุดเมื่อใช้แว่นตาธรรมดา แล้วอยู่ในระดับตั้งแต่ 3 ส่วน 60 เมตร (3/60) หรือ 20 ส่วน 400 ฟุต (20/400) ไปจนถึงต่ำกว่า 6

ส่วน 18 เมตร (6/18) หรือ 20 ส่วน 70 ฟุต (20/70) หรือมีลานสายตาแคบกว่า 30 องศา ลงไป จนถึง 10 องศา

2) *ตาบอด* หมายถึง การมีสายตาข้างที่ดีที่สุดเมื่อใช้แว่นตาธรรมดาแล้วอยู่ในระดับต่ำกว่า 3 ส่วน 60 เมตร (3/60) หรือ 20 ส่วน 400 ฟุต (20/400) ลงมาจนกระทั่งมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง หรือมีลานสายตาแคบกว่า 10 องศา

### 1.2.2 ความพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย

1) *หูหนวก* หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีข้อบกพร่องในการได้ยินจนไม่สามารถรับข้อมูลผ่านทาง การได้ยิน เมื่อตรวจการได้ยินโดยใช้คลื่นความถี่ที่ 500 เฮิรตซ์ 1,000 เฮิรตซ์ และ 2,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียง 90 เดซิเบลขึ้นไป

2) *หูตึง* หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีข้อบกพร่องในการได้ยินจนไม่สามารถรับข้อมูลผ่านทาง การได้ยิน เมื่อตรวจการได้ยินโดยใช้คลื่นความถี่ที่ 500 เฮิรตซ์ 1,000 เฮิรตซ์ และ 2,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียงน้อยกว่า 90 เดซิเบล ลงมาจนถึง 40 เดซิเบล

3) *ความพิการทางการสื่อความหมาย* หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีข้อบกพร่องทางการสื่อความหมาย เช่น พูดไม่ได้ พูดหรือฟังแล้วผู้อื่นไม่เข้าใจ เป็นต้น

### 1.2.3 ความพิการทางการเคลื่อนไหว หรือทางร่างกาย

1) *ความพิการทางการเคลื่อนไหว* หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือในการเข้าไปร่วมในกิจกรรมในสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุอัมพาต แขนขาอ่อนแรง แขนขาขาด หรือจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงานของมือ เท้า แขน หรือขา

2) *ความพิการทางกาย* หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือในการเข้าไปร่วมในกิจกรรมในสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัว และภาพลักษณ์ภายนอกของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน เช่น กระจกสันหลัง โกงงอ แขนขาพิการ หรือการไม่มีแขน เป็นต้น

#### 1.2.4 ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องหรือผิดปกติทางจิตใจหรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์ หรือความคิด

#### 1.2.5 ความพิการทางสติปัญญา

ความพิการทางสติปัญญา หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีพัฒนาการช้ากว่าปกติ หรือมีระดับเขาว์ปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป โดยความผิดปกตินั้นแสดงก่อนอายุ 18 ปี

#### 1.2.6 ความพิการทางการเรียนรู้

ความพิการทางการเรียนรู้ หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม โดยเฉพาะด้านการเรียนรู้ในห้องเรียนปกติ แตกต่างจากนักเรียนอื่น ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องหรือความผิดปกติทางสมอง ทำให้ขาดความสามารถในด้านการอ่าน การเขียนสะกดคำ และ/หรือ การคิดคำนวณเลข หรือทำได้แต่มีความสามารถต่ำกว่าเด็กอื่นที่อายุเท่ากัน 2 ชั้นเรียน ทั้งที่มีระดับสติปัญญาปกติ

#### 1.2.7 ความพิการออทิสติก

ความพิการออทิสติก หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องทางพัฒนาการด้านสังคม ภาษาและการสื่อความหมาย พฤติกรรมและอารมณ์ โดยมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของสมอง และความผิดปกติที่แสดงก่อนอายุ 2 ปีครึ่ง ทั้งนี้ให้รวมถึงการวินิจฉัยกลุ่มออทิสติกสเปกตรัมอื่นๆ เช่น แอสเพอร์เกอร์ (Asperger)

งานวิจัยนี้เน้นการศึกษาเกี่ยวกับคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางกายในอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก แต่ยังสามารถในการหีบจับแปรงสีฟันเองได้ เพื่อให้ยังมีความสามารถในการดูแลทันตสุขภาพของตนเอง เนื่องจากเป็นกลุ่มคนพิการที่มีจำนวนมากที่สุดในอำเภอบางระกำ อีกทั้งเป็นกลุ่มที่สามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ เพื่อให้คนพิการสามารถมีสุขภาพที่ดี

### 1.3 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ

สำหรับคนพิการในฐานะประชาชนของประเทศ ได้มีกระบวนการพิทักษ์สิทธิและส่งเสริมการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จริง นับตั้งแต่มีการประกาศวันคนพิการสากลแห่งสหประชาชาติตั้งแต่ 3 ธันวาคม 2524 และตามมาด้วยแผนปฏิบัติการ โลกเพื่อสร้างโอกาสที่เท่าเทียมในการมีส่วนร่วม



ในสังคมของคนพิการ รวมทั้งมีมติสมัชชาสหประชาชาติว่าด้วยกฎมาตรฐาน 22 ข้อ เพื่อช่วยให้บรรลุเป้าหมายแผนดังกล่าวเมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2537 ในมติดังกล่าวระบุถึงเงื่อนไขสำคัญที่ต้องทำให้เกิดขึ้นเพื่อนำไปสู่การมีโอกาสที่เท่าเทียมกันได้จริง คือ การสร้างความตระหนักในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสิทธิของคนพิการ การมีบริการทางการแพทย์และการฟื้นฟูสมรรถภาพ มี บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการและการบริการทางสังคม รวมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จริงในสังคม นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเกี่ยวพันผ่านกระบวนการทางกฎหมายทั้งระดับชาติและนานาชาติโดยมีจุดมุ่งเน้นเดียวกันคือ การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ดังนี้

**1.3.1 อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (Convention on the Rights of Persons with Disabilities: CRPD) (องค์การอนามัยโลก 2010)** สากลให้การยอมรับถึงการมีโอกาสได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เท่าเทียมกับคนทั่วไปของคนพิการ และการไม่ถูกเลือกปฏิบัติ ว่าเป็นเรื่องสิทธิมนุษยชนซึ่งนำมาสู่การประกาศอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (Convention on the Rights of Persons with Disabilities: CRPD) เมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2550 นับเป็นกฎหมายระหว่างประเทศที่คุ้มครองสิทธิมนุษยชนของคนพิการอย่างเป็นรูปธรรม กำหนดแนวคิดหลักในการทำงานของภาครัฐต่อคนพิการโดยเปลี่ยนจากหลักเมตตาธรรมและการสงเคราะห์ เป็นหลักสิทธิเสรีภาพและการคุ้มครองสิทธิซึ่งประเทศไทยได้เข้าเป็นภาคีและให้สัตยาบัน เมื่อ 29 กรกฎาคม 2551 และอนุสัญญามีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2551

**1.3.2 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 (ราชกิจจานุเบกษา 2550 และราชกิจจานุเบกษา 2560) และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560** ได้กำหนดให้รัฐกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพึงตนเองและตัดสินใจในกิจการของท้องถิ่นได้เอง ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดำเนินการตามแผนนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ และเป็นหน่วยงานหลักในการจัดทำบริการสาธารณะ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาในพื้นที่ นอกจากนี้ได้กล่าวถึงการคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความเสมอภาคของบุคคล รวมถึงการห้ามเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมเพราะเหตุแห่งความพิการ (รธน. ปี 2550 มาตรา 30, รธน ปี 2560 มาตรา 27) คุ้มครองสิทธิบุคคลพิการหรือทุพพลภาพในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกและความช่วยเหลือจากรัฐ (รธน. ปี 2550 มาตรา 54) การสงเคราะห์และจัดสวัสดิการแก่คนพิการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งพาตนเองได้ (รธน. ปี 2550 มาตรา 80, รธน. ปี 2560 มาตรา 71) และการให้รัฐต้องปฏิบัติตามสนธิสัญญาด้านสิทธิมนุษยชนที่ประเทศไทยเป็นภาคี (รธน. ปี 2550 มาตรา 82) บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่โดยทั่วไปในการดูแลและจัดทำบริการสาธารณะ เพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น ซึ่งจะเห็นได้ว่าทิศทางของระบบสาธารณสุข

จะต้องมุ่งเน้นไปในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็เป็นหน่วยงานหลักที่จะเป็นผู้จัดบริการสาธารณะในท้องถิ่นอันรวมถึงภารกิจในการสร้างเสริมสุขภาพด้วย

**1.3.3 พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 และ พ.ศ. 2556 (ราชกิจจานุเบกษา 2550 และราชกิจจานุเบกษา 2556)** ได้ระบุว่า คนพิการ หมายถึงบุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการมีส่วนร่วม ทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องและมีอุปสรรคด้านต่างๆ และเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพ ชีวิตคนพิการ ให้ราชการส่วนท้องถิ่นออกข้อบัญญัติ เทศบัญญัติ ข้อกำหนด ระเบียบหรือประกาศ โดยมีสาระสำคัญประกอบด้วย ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการจัดสวัสดิการสังคมให้แก่คนพิการทั้งบุคคลและกลุ่ม ในด้านต่างๆ อันประกอบด้วย การจัดหาสวัสดิการเบี่ยงความพิการ การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การส่งเสริมกิจกรรมเพื่อให้เกิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงการเข้าถึงการศึกษา การฝึกอาชีพ การส่งเสริม สนับสนุนให้คนพิการได้เข้ามามีส่วนร่วมทางสังคม เช่น การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การส่งเสริมให้คนพิการได้เข้าถึงสิทธิการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่ประสานงานหน่วยงานภาครัฐที่ทำหน้าที่ให้บริการในเรื่องต่างๆ เป็นต้น

จากการทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้องพบว่าให้ความสำคัญกับการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยเฉพาะรัฐธรรมนูญราชอาณาจักรไทย ซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศไทย และพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ซึ่งให้เห็นถึงทิศทางการของระบบสาธารณสุขว่าจะต้องมุ่งเน้นไปในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อจุดมุ่งหมายที่สำคัญที่สุดคือการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ การวิจัยในครั้งนี้จึงมีการมุ่งเน้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากของคนพิการซึ่งมีผลต่อสุขภาพทางร่างกายและคุณภาพชีวิตของคนพิการด้วย

#### 1.4 ปัญหาทันตสุขภาพของคนพิการ

ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สำนักสถิติแห่งชาติ 2555) พบว่า ปัญหาของคนพิการคือ เป็นประชากรที่มีความลำบากหรือปัญหาสุขภาพที่เป็นข้อจำกัดในการทำกิจกรรมถึง 1.4 ล้านคน จากจำนวนคนพิการในประเทศไทย 1.5 ล้านคน และจำนวนประชากร 72,500,000 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 2.1 ของประชากรในประเทศไทยหรือร้อยละ 93.3 ของคนพิการ ซึ่งมีปัญหาด้านสุขภาพ และพบประชากรที่มีความลำบากในการดูแลตนเอง ทำกิจวัตรส่วนตัว ประมาณ 362,500 ราย ร้อยละ 0.5 ของประชากรประเทศไทย หรือคิดเป็นร้อยละ 24.2 ของคนพิการและในจำนวนนี้ คนพิการมีความลำบากในการดูแลตนเองด้านการล้างหน้าแปรงฟัน สูงถึงร้อยละ 61.4 การรับบริการของผู้พิการพบว่ารับบริการเฉลี่ย 2.58 ครั้งต่อปี และแต่ละครั้งของการรับบริการยังได้รับบริการเฉลี่ย 1.05 บริการ โดยมีอัตราการรับบริการนอกพื้นที่ เพียงร้อยละ 1.10 ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพ ในการ



บริหารจัดการระบบสุขภาพของประเทศไทย (เพชร เหล่าพิลัย และมานพ คณะ โศ 2559) จากการวิจัยนี้ คนพิการในการวิจัย คือ คนที่มีความพิการทางการเคลื่อนไหว หรือทางร่างกาย เนื่องจากเป็นกลุ่มคนพิการที่พบมากที่สุด ในอำเภอบางระกำถึงร้อยละ 61.0 ของคนพิการทุกประเภท รวมถึงเป็นกลุ่มคนพิการที่สามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ โดยไม่จำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแล เพื่อให้คนพิการมีสุขภาพที่ดี เนื่องจากสุขภาพที่ดีเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการ ขณะที่คนพิการคือ ผู้ที่มีรูปร่างหรือการทำหน้าที่ของร่างกายผิดไปจากปกติ ผลพวงของความพิการทำให้เกิดข้อจำกัด หรือสูญเสียสมรรถภาพที่จะทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง ที่ควรจะได้หรือเคยทำได้ในชีวิตประจำวัน แล้วกลับกลายเป็นทำไม่ได้ โดยเฉพาะความพิการที่มีปัญหาสุขภาพร่วมด้วยจะทำให้เกิดปัญหาเพิ่มมากขึ้น (ยศพล เหลือง โสมนา และคณะ 2554) พบว่าในคนพิการทางกายส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพในช่องปากจากการขาดความใส่ใจในการดูแลสุขภาพ คิดว่าตนเองไม่สามารถทำการทำความสะอาดช่องปากได้ การขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากและทักษะในการทำความสะอาดช่องปาก การเลือกรับประทานอาหาร ความยากลำบากในการเดินทางไปรับบริการ รวมถึงการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพ เศรษฐฐานะและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก (ภัทรกิติ โกมลกิติ 2554) อย่างไรก็ตามการป้องกันปัญหาสุขภาพช่องปากสามารถทำได้ด้วยการแปรงฟันซึ่งคนพิการทางกายส่วนใหญ่ยังสามารถปฏิบัติเองได้และการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอโดยทันตบุคลากร แต่พบว่าพื้นที่อำเภอบางระกำเป็นพื้นที่ใหญ่มีประชากรกว่า 93,216 ราย มีศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 21 แห่ง แต่มีทันตบุคลากรประจำเพียง 7 แห่ง และมีทันตบุคลากรหมุนเวียน 4 แห่งเท่านั้น จึงทำให้คนพิการในบางพื้นที่เข้าถึงบริการทันตสุขภาพได้ยาก ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนาการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มคนพิการทางกายจึงควรส่งเสริมทันตสุขภาพในคนพิการเพื่อให้คนพิการมีพฤติกรรมในการดูแลทันตสุขภาพและมีสภาวะทันตสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะจัดเป็นบริการเชิงรุกด้วยการเยี่ยมบ้านคนพิการ เพื่อให้คนพิการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพในคนพิการ

### 2.1 นิยามที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ

ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ได้กำหนดความหมายคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ ดังนี้

**2.1.1 การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ** หมายความว่า การเสริมสร้างสมรรถภาพหรือความสามารถของคนพิการให้มีสภาพที่ดีขึ้น หรือดำรงสมรรถภาพหรือความสามารถที่มีอยู่เดิมไว้

โดยอาศัยกระบวนการทางการแพทย์ การศาสนา การศึกษา สังคม อาชีพ หรือกระบวนการอื่นใด เพื่อให้คนพิการได้มีโอกาสทำงานหรือดำรงชีวิตในสังคมอย่างเต็มศักยภาพ

**2.1.2 การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ** หมายความว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ การจัดสวัสดิการ การส่งเสริมและการพิทักษ์สิทธิ การสนับสนุนให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอิสระ มีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์และเสมอภาคกับบุคคลทั่วไป มีส่วนร่วมทางสังคมอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ ภายใต้สภาพแวดล้อมที่คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้

## 2.2 กลยุทธ์/กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

กฎบัตรออกตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (the Ottawa charter for Health Promotion) ปี ค.ศ. 1986 (องค์การอนามัยโลก 2010) ระบุว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มการควบคุมและพัฒนาสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพเน้นที่การจัดการกับปัจจัยทางด้านสุขภาพที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น รูปแบบการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้น รายได้ สถานะทางสังคม การศึกษา การจ้างงานและสภาพการทำงาน การเข้าถึงบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสม การส่งเสริมสุขภาพไม่จำเป็นต้องใช้ยารักษาหรือพึ่งพาเทคโนโลยี แต่เป็นการดำเนินการเชิงสังคมซึ่งเป็นระดับพื้นฐานที่สุด ซึ่งต้องการการลงทุนส่วนบุคคลในด้านเวลาและพลังงาน เช่น การรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพ ศักยภาพทางสุขภาพของคนพิการมักถูกมองข้าม ดังนั้นคนพิการจึงมักถูกแยกออกจากกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างๆ กฎบัตรออกตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพได้กำหนดกรอบในการดำเนินงาน ซึ่งช่วยการสร้างกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพ และการนำกลยุทธ์ดังกล่าวไปปฏิบัติ มี 5 ด้าน ได้แก่

**2.2.1 สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ พัฒนากฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องสุขภาพของชุมชนร่วมกับทุกภาคส่วนในชุมชน** โดยให้มีสินค้าและบริการที่ปลอดภัยและดีต่อสุขภาพมากขึ้น มีบริการสาธารณะที่สะอาดและส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งมีสิ่งแวดล้อมที่สร้างสุข

**2.2.2 ออกแบบสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อให้สภาพการดำรงชีวิตและการทำงานมีความปลอดภัย สร้างความกระตือรือร้น นำพึงพอใจ และรื่นรมย์**

**2.2.3 เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน** ใช้กระบวนการทางสังคมในการจัดการปัญหาสุขภาพที่มีองค์ประกอบจากสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจสังคมและการเมืองมาเกี่ยวข้องอย่างชัดเจน เสริมพลังของชุมชนให้สามารถจัดลำดับความสำคัญ ตัดสินใจ วางแผน กลยุทธ์ และนำกลยุทธ์ไปใช้ เพื่อให้บรรลุการมีสุขภาพที่ดีกว่า

**2.2.4 สร้างทักษะส่วนบุคคล** ให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพเพื่อสร้างทักษะของประชาชนให้ลงมือควบคุมสุขภาพและสภาพแวดล้อมของตนเองมากขึ้น รวมทั้งสร้างทางเลือกที่ดีกว่าในการปรับปรุงสภาวะสุขภาพของพวกเขาให้ดียิ่งขึ้น

**2.2.5 ปรับบริการด้านสุขภาพ** นอกเหนือจากความรับผิดชอบในการจัดการบริการทางคลินิกและการรักษาพยาบาล หน่วยงานด้านสุขภาพต้องเดินทางไปสู่การส่งเสริมสุขภาพด้วย สำหรับการส่งเสริมทันตสุขภาพในคนพิการโดยการเยี่ยมบ้าน เป็นการใช้กลยุทธ์ในด้านการสร้างทักษะส่วนบุคคล และการปรับบริการด้านสุขภาพ โดยการสร้างทักษะส่วนบุคคลเป็นการให้ข้อมูลและความรู้ด้านทันตสุขภาพ รวมทั้งสร้างทางเลือกที่ดีกว่าในการปรับปรุงสภาวะทันตสุขภาพของคนพิการ โดยการใช้โปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพ ร่วมกับการประเมินสภาวะทันตสุขภาพที่คนพิการสามารถเห็นได้อย่างชัดเจนด้วยการข้อมสีฟัน ส่วนการปรับบริการด้านสุขภาพได้เน้นการให้บริการส่งเสริมสุขภาพในเชิงรุกโดยการเยี่ยมบ้านคนพิการ และปรับปรุงเชื่อมโยงระบบการส่งต่อคนพิการในการส่งต่อเพื่อไปรับบริการที่โรงพยาบาล

### 2.3 สิทธิด้านสุขภาพของคนพิการ

สิทธิด้านสุขภาพโดยไม่มีการแบ่งแยก ถูกระบุไว้ในตราสารต่างๆ ในระดับนานาชาติ ดังบทบัญญัติขององค์การอนามัยโลกที่กล่าวไว้ว่า “การมีสุขภาพตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยไม่มีการแบ่งแยกเชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อทางการเมือง สภาวะทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นหนึ่งในสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน” อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities; CRPD) ได้กล่าวถึงสิทธิด้านสุขภาพของคนพิการไว้ในข้อที่ 25 เรียกร้องให้ประเทศสมาชิก “ยอมรับว่าคนพิการมีสิทธิที่จะมีสุขภาพตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยไม่มีการแบ่งแยกถึงความพิการ” รวมถึงข้อที่ 20 การเข้าถึง (accessibility) และข้อที่ 26 การส่งเสริมสมรรถภาพและการฟื้นฟู สมรรถภาพ (habilitation and rehabilitation) ได้กำหนดมาตรการต่างๆ ที่ประเทศสมาชิกควรปฏิบัติเพื่อให้แน่ใจว่าคนพิการสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่คำนึงถึงความละเอียดอ่อนเชิงเพศ รวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตามหลักฐานทางวิชาการแสดงให้เห็นว่าคนพิการมักมีระดับสุขภาพที่ต่ำกว่าประชากรทั่วไป และประสบปัญหามากมายในการมีสิทธิด้านสุขภาพ สิทธิด้านสุขภาพไม่ได้หมายถึงการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพเท่านั้น แต่รวมถึงประเด็นอื่นๆ ที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ เช่น การมีน้ำดื่มที่สะอาด การมีบ้านและการสุขภาพที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังหมายถึงความอิสระ และการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ ความอิสระหมายถึงการมีสิทธิที่จะไม่ได้รับการรักษาทางการแพทย์หากไม่ยินยอม เช่น ในการทดลองและการวิจัย สิทธิที่จะไม่ได้รับการรักษาที่ทารุณ ก่อให้เกิดความทรมาน หรือ ทำให้เกิดความอับอาย ส่วนสิทธิประโยชน์ ได้แก่ สิทธิด้านการป้องกันโรคและการรักษา สิทธิด้านการควบคุมโรค การเข้าถึงยาที่จำเป็น และการมี

ส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (Community-based rehabilitation; CBR) ช่วยสนับสนุนให้คนพิการมีสถานะสุขภาพในระดับสูงสุดเท่าที่เป็นไปได้ โดยมุ่งเน้นการทำงานใน 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ การส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพและการให้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

## 2.4 อุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ

คนพิการมักมีระดับสุขภาพต่ำกว่าคนทั่วไป (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2555) เนื่องจากต้องประสบกับอุปสรรคหลายอย่างในการพัฒนาสุขภาพตนเอง เช่น การขาดความรู้ในการดูแลรักษาสุขภาพที่ถูกต้องและถูกวิธี มีภาวะโภชนาการที่ส่งผลให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง ขาดสารอาหาร ไม่สามารถออกกำลังกายหรือไม่ได้รับคำแนะนำในการออกกำลังกายที่ถูกวิธี เป็นผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนหรือเกิดการเสื่อมสภาพของอวัยวะ นอกจากนี้ หน่วยบริการขั้นต้นที่ให้บริการด้านสาธารณสุข อาทิ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชน ยังขาดแคลนเอกสารเพื่อเผยแพร่ข่าวสารด้านสุขภาพแก่คนพิการ ขาดแคลนอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่จะให้บริการอย่างเหมาะสมและทั่วถึง

อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ จากปัญหาความยากลำบากในการเข้าถึงบริการต่างๆ อาทิ อุปสรรคด้านเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพ ทั้งในเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล และการรอรับการรักษาที่ต้องใช้เวลานาน ประกอบกับความยากจนของคนพิการและครอบครัว ทำให้คนพิการถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับการปฏิบัติที่เหมาะสม ไม่สามารถเข้าถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพ และมักถูกละเมิดสิทธิขั้นพื้นฐาน

อุปสรรคด้านกายภาพและภูมิศาสตร์ ปัญหาด้านคมนาคม ตลอดจนอาคารสถานที่ อุปกรณ์การแพทย์ หรือสื่อที่ไม่เอื้อต่อการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ของคนพิการ และระยะทางที่ห่างไกลในการมาใช้บริการในเมืองใหญ่

อุปสรรคด้านข้อมูลและการสื่อสาร ความยากลำบากในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ เช่น คนหูหนวก อาจมีความยากลำบากในการสื่อสาร บอกอาการของตนเองแก่แพทย์ และข้อมูลด้านสุขภาพมักไม่มีอยู่ในรูปแบบที่เข้าถึงได้ง่ายสำหรับคนพิการ เช่น ข้อมูลในรูปแบบภาพสำหรับผู้มีความบกพร่องด้านสติปัญญา

อุปสรรคด้านบุคลากรทางการแพทย์ การขาดความรู้เกี่ยวกับคนพิการของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ทักษะที่ไม่เหมาะสม มีอคติ เพิกเฉย ขาดความตระหนักและมักขาดความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการจัดการปัญหาสุขภาพในคนพิการ การศึกษาของเพชรี เหล่าพิลัย (เพชรี เหล่าพิลัย และมานพ คณะ โศ 2559) พบว่าคนพิการที่จดทะเบียนที่เข้ารับบริการสุขภาพเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ มีทั้งสิ้นเพียงร้อยละ 44.00 ของคนพิการที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด ยังคงมีคนพิการที่ไม่ได้เข้ารับบริการ

มากกว่าครึ่งหนึ่งซึ่งจะเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสุขภาพของคนพิการและมีผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เพื่อเป็นการป้องกันโรคที่อาจส่งผลถึงความพิการจึงเป็นมาตรการที่สำคัญ

การศึกษาของ โชษิตา ภาวสุทธิไพสิฐ และคณะ (2561) พบว่าจำนวนเด็กพิการที่มีการขึ้นทะเบียนในฐานข้อมูลในการดำเนินงานของระบบสุขภาพไทยที่ปรากฏตามฐานข้อมูลของ 3 หน่วยงานรัฐที่ดูแลบริการด้านสังคม สุขภาพและการศึกษา คือ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพคนพิการแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกระทรวงศึกษาธิการ นอกจากนี้จะมีความแตกต่างกันแล้ว ยังพบว่ามีจำนวนน้อยกว่าตัวเลขประมาณการที่ได้จากการสำรวจในพื้นที่จริงของ 9 ตำบลถึง 10.6 เท่า 24.6 เท่า และ 27.3 เท่า เมื่อเทียบกับฐานข้อมูลของกระทรวงศึกษาธิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพคนพิการแห่งชาติ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามลำดับ ความแตกต่างดังกล่าวทำให้อนุมานได้ว่า เด็กพิการที่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐ (ได้รับการขึ้นทะเบียน) มีจำนวนน้อยกว่าเด็กพิการที่มีอยู่จริงในพื้นที่เป็นจำนวนมาก (โชษิตา ภาวสุทธิไพสิฐ และคณะ 2561)

จากการศึกษาต่างๆ จะพบว่า คนพิการสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้น้อยจากอุปสรรคของคนพิการในแต่ละด้าน ดังนั้นเพื่อให้เกิดการส่งเสริมทันตสุขภาพในคนพิการซึ่งมีอุปสรรคและข้อจำกัดมากมาย ในการวิจัยครั้งนี้จึงได้จัดบริการเยี่ยมบ้านคนพิการเพื่อลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ จากอุปสรรคด้านเศรษฐกิจและอุปสรรคด้านกายภาพและภูมิศาสตร์ เพื่อให้คนพิการสามารถได้รับบริการส่งเสริมทันตสุขภาพได้อย่างสะดวกมากยิ่งขึ้น

### 3. ทฤษฎีความเชื่อความสามารถแห่งตน (Self- efficacy Theory)

ความเชื่อความสามารถแห่งตน (Bandura 1994) เกี่ยวข้องกับความเชื่อของผู้คนในความสามารถในการควบคุมการทำงานของตนเองและเหตุการณ์ที่ส่งผลต่อชีวิตของพวกเขา ความเชื่อในการรับรู้ความสามารถแห่งตนมีผลต่อการเลือกใช้ชีวิต ระดับของแรงจูงใจ คุณภาพการทำงาน ความยืดหยุ่นต่อความทุกข์ยาก ความเครียด และความกดดัน ความเชื่อของประชาชนในการรับรู้ความสามารถของตนได้รับการพัฒนาโดยสี่แหล่งอิทธิพลหลัก ได้แก่ ประสบการณ์การเรียนรู้การได้เห็นคนที่คล้ายคลึงกับตัวเองในการจัดการได้สำเร็จ แบบจำลองทางสังคม การจูงใจทางสังคมที่มีความสามารถในการประสบความสำเร็จในกิจกรรมที่กำหนด การรับรู้บ่งบอกถึงจุดแข็งและจุดอ่อนของบุคคล ความเป็นจริงเป็นเรื่องที่เต็มไปด้วยอุปสรรค ความทุกข์ยาก ความพ่ายแพ้ ความกดดันและความไม่เสมอภาค ดังนั้นผู้คนจึงต้องมีประสิทธิภาพในการรับมือกับความพยายามที่อดทนต่อความสำเร็จ ช่วงเวลาที่ประสบความสำเร็จในชีวิตแสดงถึงการพัฒนาสมรรถนะด้านประสิทธิภาพส่วนบุคคลเพื่อให้การทำงาน



ประสบความสำเร็จ ลักษณะและขอบเขตของการรับรู้ความสามารถของตนเองได้รับการเปลี่ยนแปลงตลอดอายุการใช้งาน

### 3.1 แหล่งที่มาของความเชื่อความสามารถแห่งตน

แบนดูราเสนอว่ามีอยู่ด้วยกัน 4 วิธี (Bandura 1977, 1986, 1997) คือ

**3.1.1 ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Performance accomplishments)** เป็นวิธีการที่มีประสิทธิผลมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรงทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาสามารถทำได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถแห่งตนนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกมีการทักษะอย่างเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้

**3.3.2 การเรียนรู้โดยการสังเกต (vicarious learning)** การที่ได้สังเกตบุคคลต้นแบบที่คล้ายกับตัวเองประสบความสำเร็จ จากความพยายามอย่างต่อเนื่องและได้รับผลเป็นที่น่าพึงพอใจ จะทำให้ผู้สังเกตการณ์มีความเชื่อมั่นว่าตนก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้เช่นเดียวกับบุคคลต้นแบบ

**3.3.3 การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion)** วิธีการดังกล่าวนี้ค่อนข้างง่ายและใช้กันทั่วไปซึ่ง ถ้าจะให้ได้ดีผล ควรจะเข้าร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อยๆ สร้างความเชื่อในความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไปและให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถแห่งตน

**3.3.4 การประเมินสถานะทางสรีรวิทยาและอารมณ์ (Physiological Information)** พบว่าสถานะทางจิตใจและอารมณ์ส่งผลต่อความเชื่อในความสามารถแห่งตนในสภาพที่มีความวิตกกังวล ความกดดันและความเครียด เนื่องจากความตึงเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ทำให้ร่างกายขาดประสิทธิภาพในการรับรู้ความสามารถ พบว่าคนที่ไม่เครียดสามารถประสบความสำเร็จมากขึ้น จึงมุ่งเน้นการลดปฏิกิริยาความเครียด เปลี่ยนแปลงอารมณ์เชิงลบ และการตีความผิดๆ เกี่ยวกับสถานะทางกายภาพของตน และให้มองในเชิงบวก

### 3.2 กระบวนการสร้างความเชื่อความสามารถแห่งตน

งานวิจัยจำนวนมากพบว่าความเชื่อในความสามารถของตนเองส่งผลต่อการทำงานของมนุษย์ (Bandura 1994)

#### 3.2.1 กระบวนการคิด (Cognitive process)

ความเชื่อความสามารถแห่งตนมีผลต่อกระบวนการคิดที่สามารถสนับสนุนหรือบั่นทอนความพยายามที่จะปฏิบัติภารกิจ จากการประเมินและคาดการณ์ต่อสถานการณ์ในอนาคต ตามระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในคนที่มีความเชื่อความสามารถของตนเองมากก็จะมี

เป้าหมายที่ท้าทายสูงขึ้น มองเห็นภาพความสำเร็จที่ให้แนวทางเชิงบวกและสนับสนุนการปฏิบัติงาน ขณะที่คนที่มีความเชื่อความสามารถของตนเองต่ำจะตีความว่าสถานการณ์มีความเสี่ยง มีแนวโน้มความล้มเหลว ซึ่งเป็นการยากที่จะประสบความสำเร็จในขณะที่ต่อสู้กับความกังวล หน้าที่หลักของกระบวนการคิดคือช่วยให้ผู้คนที่สามารถทำนายเหตุการณ์และพัฒนาวิธีการควบคุมความคิดที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของพวกเขา เนื่องจากการกำหนดเป้าหมายจะได้รับอิทธิพลจากการประเมินความสามารถของตนเองและการรับรู้ความสามารถของตน จึงควรมีการให้คำแนะนำในเชิงบวกและการพัฒนาประสิทธิภาพเพื่อเพิ่มความเชื่อในความสามารถ

### 3.2.2 กระบวนการสร้างแรงบันดาลใจ (Motivation process)

ความเชื่อความสามารถแห่งตนมีบทบาทสำคัญในการควบคุมแรงจูงใจของตนเอง แรงจูงใจคือการสร้างความรู้ ความเข้าใจในการกระทำ สร้างความเชื่อมั่นเกี่ยวกับสิ่งที่พวกเขาสามารถทำได้ คาดการณ์ถึงแนวโน้มของการกระทำในอนาคต สร้างเป้าหมายและวางแผนการกระทำ

### 3.2.3 กระบวนการด้านอารมณ์ (Affective process)

ระดับความเชื่อความสามารถแห่งตนที่แตกต่างกันส่งผลต่อสภาวะทางอารมณ์ต่างกัน เมื่อต้องเผชิญกับงานที่มีความยากและซับซ้อน คือ หากบุคคลที่มีระดับความเชื่อในความสามารถของตนเองต่ำ จะเกิดความเครียด วิตกกังวล กลัว และสับสน ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลมีระดับความเชื่อในความสามารถของตนเองสูง จะไม่เกิดความเครียด ไม่วิตกกังวล ไม่กลัว และไม่สับสน นอกจากนี้ยังชอบงานที่มีความยาก ท้าทาย ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อความสำเร็จของภารกิจต่างๆ ความเชื่อในความสามารถในการจัดการความคิดและรับมือกับปัญหาจะควบคุมความเครียดและหลีกเลี่ยงความวิตกกังวล ซึ่งประสิทธิภาพในการควบคุมกระบวนการคิดเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมความเครียดที่เกิดจากความคิดและความกดดัน

### 3.2.4 กระบวนการคัดเลือก (Selection process)

การสร้างสภาพแวดล้อมที่เป็นประโยชน์และการกำกับติดตามจะมีผลต่อความเชื่อในความสามารถ เนื่องจากคนส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากสภาพแวดล้อมของพวกเขา ดังนั้นความเชื่อในความสามารถส่วนบุคคลทำให้เห็นถึงการดำเนินชีวิตที่มีอิทธิพลจากการกระทำและสิ่งแวดล้อม พบว่าบุคคลมักหลีกเลี่ยงกิจกรรมและสถานการณ์ที่พวกเขาเชื่อว่าเกินขีดความสามารถในการเผชิญปัญหา ในขณะที่พร้อมทำกิจกรรมที่ท้าทายและเลือกสถานการณ์ที่พวกเขาตัดสินใจสามารถจัดการได้

การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันมาก โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรม

ของบุคคล ซึ่งจะเห็นได้จากภาพความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นดังกล่าวแน่นอน แต่ถ้ามีเพียงด้านใดสูงหรือต่ำ บุคคลนั้นมีแนวโน้มจะไม่แสดงพฤติกรรม

**ความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น**

		สูง	ต่ำ
การรับรู้ ความสามารถ ของตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำ แน่นอน	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำแน่นอน

ภาพที่ 2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง  
และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (Bandura 1997)

พบว่าคนพิการมีปัญหาการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำ ในขณะที่การรับรู้ความสามารถมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการส่งเสริมทัศนสุขภาพ โดยเน้นด้านการเพิ่มความเชื่อความสามารถและการปฏิบัติตนในการดูแลทัศนสุขภาพ เนื่องจากปัจจุบันคนพิการในอำเภอบางระกำพบมากถึง 3,353 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.59 และพบว่ามีคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางกายสูงที่สุดจำนวน 2,044 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.19 ซึ่งความพิการที่พบนั้นทำให้ลดความสามารถในการดูแลช่วยเหลือตนเองเบื้องต้น แต่กลุ่มคนพิการเป็นกลุ่มที่สามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ และพบว่าคนพิการส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพช่องปาก ซึ่งเกิดจากขาดความใส่ใจในการดูแลสุขภาพ คิดว่าตนเองไม่สามารถทำความสะอาดช่องปากได้ การขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากและทักษะในการทำความสะอาดช่องปาก การเลือกรับประทานอาหาร รวมถึงการเข้าถึงบริการทัศนสุขภาพ อย่างไรก็ตามทฤษฎีความเชื่อความสามารถแห่งตนให้ความสำคัญว่าคนจะมีพฤติกรรมสุขภาพปัจจัยสำคัญต้องมีความเชื่อในความสามารถ ดังนั้นในการ



ส่งเสริมทันตสุขภาพ ต้องมีการพัฒนาความเชื่อในความสามารถ โดยมีการส่งเสริมให้มีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ร่วมกับการใช้คำพูดชักจูงภายใต้สภาพแวดล้อมเชิงบวกที่ไม่มีแรงกดดัน และโน้มน้าวให้มีการปฏิบัติตนในการดูแลทันตสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลดีกับทันตสุขภาพของคนที่การลดการเกิดโรคในช่องปาก ลดการสูญเสียฟัน ส่งผลให้คนพิการมีฟันในช่องปากเพียงพอในการบดเคี้ยวอาหาร มีสุขภาพร่างกายและสุขภาพช่องปากที่ดี

#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม

##### 4.1 ความหมายของพฤติกรรม

พฤติกรรม หมายถึง (สำนักงานราชบัณฑิตยสภา 2550) การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด และความรู้สึกเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า เช่น สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ โดย พฤติกรรมเน้นที่การกระทำของมนุษย์หรือสัตว์

พฤติกรรม หมายถึงการกระทำหรือการแสดงออกของสิ่งมีชีวิตทั้งที่ปรากฏออกมาให้เห็นหรือสัมผัสได้ และไม่สามารถเห็นหรือสัมผัสได้ เป็นสิ่งที่สิ่งมีชีวิตกระทำหรือปฏิบัติต่างๆ ซึ่งแสดงออกทั้งภายในและภายนอก ทั้งนี้พฤติกรรมสามารถสังเกตได้และสังเกตไม่ได้หรือสัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัสทั้ง 5 หรือสามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือ

##### 4.2 พฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลทันตสุขภาพ

พฤติกรรมทันตสุขภาพ (เจนจิรา แซ่ลิ้ม 2548) เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของช่องปาก ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลรักษาอนามัยในช่องปาก พฤติกรรมการแปรงฟัน พฤติกรรมการบริโภคตามชนิดรูปแบบและแบบแผนที่มีประโยชน์ต่อทันตสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคที่หลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นโทษต่อสุขภาพ พฤติกรรมการใช้ฟันอย่างถูกต้อง พฤติกรรมการตรวจและเฝ้าระวังช่องปากของตนเอง รวมทั้งพฤติกรรมการให้บริการและรับบริการด้านทันตสุขภาพ เป็นต้น

พฤติกรรมทันตสุขภาพที่สำคัญเป็นเรื่องของการปฏิบัติในกิจวัตรประจำวันซึ่งจะต้องสร้างและปลูกฝังตั้งแต่วัยเด็กเพื่อให้ปฏิบัติจนเกิดความเคยชินและเป็นนิสัยถาวรเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ พฤติกรรมทันตสุขภาพที่สำคัญนี้ คือ พฤติกรรมการแปรงฟันและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

##### 4.2.1 พฤติกรรมการแปรงฟันกับการเกิดโรคฟันผุ และโรคปริทันต์

โรคฟันผุและโรคปริทันต์โรคที่พบบ่อยที่สุดในช่องปากและเป็นสาเหตุของการสูญเสียฟัน โดยพบว่ามีสาเหตุที่สำคัญมาจากคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก คราบจุลินทรีย์แบ่งเป็นสองชนิด คือ คราบจุลินทรีย์ที่อยู่ตำแหน่งเหนือเหงือกและคราบจุลินทรีย์ที่อยู่ใต้เหงือก การเกิดของ

คราบจุลินทรีย์จากการมีเชื้อจุลินทรีย์เริ่มเกาะที่บริเวณเหนือเหงือกก่อน โดยจะนำเอาอาหารจำพวก น้ำตาลทำให้เกิดเป็นสารยึดเกาะบนผิวฟัน สารนี้ไม่ละลายน้ำ มีคุณสมบัติติดแน่นไม่สามารถกำจัด โดยการบ้วนปาก และยังทำให้เกิดการสะสมคราบจุลินทรีย์อายุมากขึ้น คราบจุลินทรีย์ระยะเริ่มแรก จะประกอบด้วยเชื้อจุลินทรีย์ปกติในช่องปาก แต่เมื่อเชื้อจุลินทรีย์มากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงชนิด และจำนวนของเชื้อจุลินทรีย์เป็นเชื้อที่รุนแรงมากขึ้น ก่อให้เกิดการอักเสบบริเวณขอบเหงือก ทำให้เกิดการแยกตัวของขอบเหงือก และร่องเหงือกลึกมากขึ้นเมื่อเกิดคราบจุลินทรีย์ใต้เหงือก คราบจุลินทรีย์นี้ จะมีส่วนประกอบของเชื้อจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิด โรคปริทันต์ ซึ่งโรคปริทันต์เป็นโรคที่มีการทำลาย อวัยวะรอบรากฟัน ทำให้เกิดอาการเหงือกอักเสบและปริทันต์อักเสบ โดยระยะเหงือกอักเสบ จะมี ลักษณะบวม แดง เป็นมัน คอจุ มักพบมีเลือดออกบริเวณคอฟัน การรักษาโรคในระยะเหงือกอักเสบ สามารถรักษาได้ด้วยการขูดหินปูนหรือการขูดหินน้ำลาย ในบางคนโรคจะหยุดยั้งอยู่ในระดับการ อักเสบนี้แต่บางคนโรคจะลุกลามมากขึ้น มีการทำลายของกระดูกรองรับรากฟันต่อไป เข้าสู่ระยะ โรคปริทันต์อักเสบ ในระยะปริทันต์อักเสบ พบว่าเริ่มมีการทำลายกระดูกรองรับรากฟัน ถ้าไม่ได้รับการ รักษาด้วยการขูดหินปูน หรือเกลารากฟัน จะทำให้การทำลายลุกลาม เกิดการอักเสบมากขึ้น และ เมื่อถึงปลายรากฟัน จะทำให้เกิด ฝีปลายราก มีอาการปวดบวม เป็นหนองร่วมด้วย จำเป็นต้องรับ ถอนฟันหรือการรักษาที่ยุ่งยากมากขึ้น

นอกจากนี้เชื้อจุลินทรีย์บางชนิดยังสามารถสร้างกรดจากน้ำตาลซึ่งจะมีผล ในการละลายส่วนประกอบของฟันทำให้เกิดโรคฟันผุ ซึ่งการผุของฟันเริ่มที่ผิวเคลือบฟัน โดยเห็น เป็นจุดดำเล็กๆ หากปล่อยทิ้งไว้จะลุกลามไปถึงชั้นเนื้อฟัน มีอาการเสียวฟันเมื่อเคี้ยวอาหาร หรือเมื่อ กระแทบของเขี้ยว บางครั้งมีอาการปวดได้และหากยังไม่ทำการรักษา จะลุกลามไปถึงชั้นโพรงประสาทฟัน ส่งผลให้เกิดการปวดรุนแรง เป็นหนอง และบวมบริเวณใบหน้าได้การรักษาจะยุ่งยากขึ้น โดยต้อง รักษาคลองรากฟัน หรืออาจต้องสูญเสียฟันไป การผุบริเวณรากฟัน ต่างจากการผุที่ตัวฟัน เนื่องจาก ส่วนประกอบบริเวณรากฟัน ทำให้เวลาฟันผุ จะผุเร็ว และการผุมักเป็นบริเวณกว้างแต่ไม่ลึก การผุ ระยะเริ่มต้นสามารถรักษาได้ด้วยการใช้ฟลูออไรด์ ส่วนฟันที่ผุลึกสามารถรักษาได้ด้วยการอุดฟัน

การแปรงฟันที่ถูกวิธีเป็นวิธีการในการกำจัดและควบคุมคราบจุลินทรีย์ที่มี ประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป (สำนักทันตสาธารณสุข 2554)

นอกจาก โรคฟันผุ และ โรคปริทันต์แล้ว รอยโรคในช่องปาก เป็นลักษณะ ที่สำคัญที่มีการตรวจประเมินในรายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 เนื่องจากประเทศไทยมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งบริเวณใบหน้าและช่องปากค่อนข้างมาก ซึ่งโรค ที่สำคัญและเป็นปัญหาของประเทศไทยที่ได้รับการตรวจประเมินได้แก่ สถานะฟัน และความต้องการ

การรักษา ประกอบด้วยโรคฟันผุ รากฟันผุ และสภาวะฟันตกรกระ สภาวะปริทันต์ การสบฟัน การใส่ฟัน และความต้องการใส่ฟัน ฟันสึก และรอยโรคในช่องปาก (สำนักทันตสาธารณสุข 2561)

วัตถุประสงค์ของการแปรงฟันนอกจากเพื่อทำความสะอาดช่องปากขจัดเศษอาหารแล้วยังมุ่งเน้นในเรื่องการกำจัดคราบจุลินทรีย์ที่เกาะบริเวณผิวฟัน วิธีแปรงฟันที่ให้ประสิทธิผลที่ดีควรมุ่งเน้นที่การทำความสะอาดบริเวณคอฟัน เนื่องจากคราบจุลินทรีย์ในบริเวณดังกล่าวเป็นผลให้เกิดเหงือกอักเสบ นอกจากนี้วิธีแปรงฟันที่ดีควรจะต้องปลอดภัยไม่ทำอันตรายต่อเหงือกและฟัน ระยะเวลาที่ใช้ในการแปรงฟันแต่ละครั้งมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการขจัดคราบจุลินทรีย์และความสะอาดของช่องปาก ข้อเสนอแนะทั่วไปสำหรับการแปรงฟันคือควรแปรงให้สม่ำเสมออย่างน้อยวันละสองครั้ง แปรงฟันอย่างน้อยเป็นเวลา 2 นาที และไม่รับประทานอาหารหลังจากการแปรงฟัน 2 ชั่วโมง การเลือกใช้แปรงสีฟัน นอกเหนือจากการเลือกสียี่ห้อ ขนาดแล้ว ควรพิจารณาเพิ่มเติม ดังนี้ (กรมอนามัย 2559)

- 1) *ขนแปรง* เป็นขนแปรงที่อ่อน มีสปริง หน้าตัดขนแปรงเรียบ ปลายมน ทำด้วยไนลอน เพราะจะ ไม่ทำอันตรายต่อเหงือกและฟัน และรักษาความสะอาดง่าย
- 2) *ขนาดแปรง* มีความกว้าง-ยาว เหมาะกับขนาดของปาก ไม่เกะกะเวลาเข้าทำความสะอาดฟัน
- 3) *ด้ามแปรง* ยาวพอเหมาะ จับได้ถนัดมือ หลังใช้แปรงสีฟันแล้ว ล้างน้ำให้สะอาด ผึ่งแห้งไว้ในที่อากาศถ่ายเท การเลือกใช้ยาสีฟัน ควรเลือกชนิดครีม มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ เลือกลิ้นรส ยี่ห้อได้ตามต้องการ ถ้าไม่เกิดการแพ้

มาตรฐานกรมอนามัย เรื่อง มาตรฐานวิชาการแปรงสีฟัน พ.ศ. 2559

คุณลักษณะที่ต้องการของแปรงสีฟัน

1. ขนาดของแปรงสีฟัน กำหนดความยาวของแปรงสีฟันเพื่อให้มีความยาวเพียงพอให้จับได้ถนัดมือ กำหนดขนาดของหัวแปรงทั้งความกว้าง ความยาว และความหนา เพื่อให้หัวแปรงมีขนาดเหมาะสมกับช่องปากของผู้ใช้แต่ละช่วงอายุ โดยสำหรับขนาดแปรงสีฟันผู้ใหญ่ ความยาวทั้งหมดของแปรงสีฟันไม่น้อยกว่า 150 มิลลิเมตร ความยาวของหัวแปรงไม่เกิน 34 มิลลิเมตร ความกว้างของหัวแปรง ไม่เกิน 15 มิลลิเมตร และความหนาของหัวแปรง ไม่เกิน 7 มิลลิเมตร
2. ชนิดของขนแปรงสีฟันแบ่งตามความอ่อนแข็งของขนแปรงเป็นสองชนิด ดังนี้ คือชนิดปานกลาง และชนิดนุ่มและนุ่มพิเศษ
3. วัสดุที่ใช้ทำขนแปรงต้องทำจากไนลอน (nylon) หรือ พีบีที (PBT: polybutylene terephthalate) กรณีที่ใช้วัสดุอื่นให้มีหลักฐานแสดงคุณสมบัติของวัสดุชนิดนั้นว่ามีคุณสมบัติเทียบเท่าไนลอนหรือพีบีที

4. ลักษณะขนแปรงต้องมีผิวเรียบไม่มีขอบคมขรุขระ หรือปลายขนแปรงเรียวแหลมต้องเป็นขนแปรงชนิดนุ่มเท่านั้น โดยขนแปรงต้องมีผิวเรียบไม่แหลมคมขรุขระ ปลายขนแปรงตรงไม่โค้ง หักงอ หรือปลายขนแปรงเรียวแหลมผสมปลายตัดต้องเป็นขนแปรงชนิดนุ่มเท่านั้น โดยปลายเรียวแหลมต้องมีผิวเรียบไม่แหลมคมขรุขระ ปลายขนแปรงตรงไม่โค้ง หักงอ และปลายตัดต้องไม่มีขอบคมหรือขรุขระ ถ้าขนแปรงที่มีลักษณะเป็นอย่างอื่นต้องแสดงหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่เชื่อถือได้ว่าขนแปรงดังกล่าวไม่ทำอันตรายต่อเหงือกและฟันของผู้ใช้

5. การติดแน่นของขนแปรง ขนแปรงแต่ละกระจุกต้องติดแน่นกับหัวแปรงโดยทนต่อแรงดันไม่น้อยกว่า 15 นิวตัน

6. คุณลักษณะอื่นที่จำเป็น หัวแปรงต้องไม่มีส่วนที่มีความคมหรือเป็นมุมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ใช้งาน ด้ามแปรงต้องแข็งแรง ไม่เปราะหรือแตกหักง่าย และต้องมีตราเครื่องหมายของผู้ผลิตหรือผู้จัดจำหน่ายบนด้ามแปรงสีฟัน

การเลือกใช้ยาสีฟันควรเลือกใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์เพื่อป้องกันการเกิดฟันผุ และลักษณะผงขัดเนื้อครีมไม่เป็นเม็ดหยาบ เนื่องจากผงขัดที่หยาบจะทำให้ฟันสึกเพิ่มมากขึ้น (สำนักทันตสาธารณสุข 2558)

**4.2.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร** การรับประทานอาหารเพื่อทำไม่ช่องปากที่ดีมีข้อเสนอแนะดังนี้ (สำนักทันตสาธารณสุข 2558)

ข้อปฏิบัติกรกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีหรือ โภชนบัญญัติ 9 ประการปฏิบัติโดย

1. กินอาหารครบ 5 หมู่แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และหมั่นดื่มน้ำหนักตัว  
2. กินข้าวเป็นอาหารหลัก สลับอาหารประเภทแป้ง เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน เส้นหมี่ วุ้นเส้น ควรกินข้าวกล้อง หรือข้าวซ้อมมือ เพราะมีสารอาหารโปรตีน ไขมัน โยอาหาร และวิตามินสูง

3. กินผักให้มาก และกินผลไม้เป็นประจำ  
4. กินปลา เน้นสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ลั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ ช่วยซ่อมแซมเนื้อเยื่อ

5. ดื่มนมพร่องมันเนย วันละ 1 แก้ว ร่วมกับการออกกำลังกาย ทำให้กระดูกแข็งแรง

6. กินอาหารที่มีไขมันพอควรเพื่อให้พลังงานและความอบอุ่น ไม่ควรกินอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง ตับ ปลาหมึก หอยนางรม กินอาหารทอด ผัด แกงกะทิ แต่พอควร

7. หลีกเลียงอาหารรสหวานจัด และเค็มจัด เลี่ยงการกินขนมหวาน น้ำหวาน อาหารหมักดอง เช่น ไข่เค็ม ปลาาร้า เต้าเจี้ยว ขนมขบเคี้ยว ขนมอบกรอบ อบฟู
8. กินอาหารที่สะอาด ปราศจากสิ่งปนเปื้อน เช่น สารกันรา ฟอร์มาลิน
9. งด หรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้เป็นการส่งเสริมทันตสุขภาพ เรื่อง ผลของการส่งเสริมทันตสุขภาพ ในคนพิการ โดยการเยี่ยมบ้าน ด้วยทันตบุคลากร และไม่ใช่ทันตบุคลากร ของอำเภอบางระกำ จังหวัด พิษณุโลก โดยเน้นการพัฒนาความเชื่อความสามารถแห่งตน ร่วมกับการให้ทันตสุขภาพศึกษา เพื่อให้ คนพิการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และมีสภาวะทันตสุขภาพที่ดี

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 5.1 งานวิจัยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพช่องปาก

กณิกนันต์ สุกใส (2552) ศึกษาปัญหาสุขภาพช่องปากและการเผชิญปัญหาการมารับ บริการทันตกรรมของเด็กนักเรียนประถมศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาคือนักเรียนชั้นประถมศึกษา ปีที่ 1-6 ในเขตตำบลสบสาย อำเภอสว่างเม่น จังหวัดแพร่ จำนวน 5 โรงเรียน ผลการศึกษาพบว่า นักเรียน ส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพช่องปากและการเผชิญปัญหาการมารับบริการทันตกรรมอยู่ในระดับปานกลาง พบว่า สภาพครอบครัวมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมาพร เกษเทศ (2549) ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาและรายได้ กับปัจจัยด้านการรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก และปัจจัยด้านการเผชิญปัญหาในการรับบริการทางทันตกรรม และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก และการเผชิญปัญหาในการรับบริการทางทันตกรรม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่มารับบริการทางทันตกรรมในสถานบริการของรัฐ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 370 คน ผลการศึกษาพบว่า เพศ สถานภาพครอบครัวและระดับการศึกษา มีการรับรู้ด้านปัญหาสุขภาพช่องปาก และเผชิญปัญหาในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมแตกต่างกัน และ อายุ และรายได้ มีการรับรู้ด้าน ปัญหาสุขภาพช่องปากแตกต่างกัน แต่การเผชิญปัญหาในการเข้ารับบริการทันตกรรมไม่แตกต่างกัน การรับรู้ด้านปัญหาสุขภาพช่องปากกับการเผชิญปัญหาการเข้ารับบริการทางทันตกรรมมีความสัมพันธ์ ไปในทิศทางเดียวกัน



ศรุตฯ แสงทิพย์วร (2554) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการทางทันตกรรมของผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุและคลินิกทั่วไปศูนย์บริการสาธารณสุข 54 กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 335 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุร้อยละ 48.9 ใช้บริการทันตกรรมในปีที่ผ่านมาร้อยละ 48.1 ใช้บริการทันตกรรมที่ศูนย์บริการ 54 ร้อยละ 48.8 ไปเพื่อรับบริการถอนฟัน ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 88.5 ใช้บริการทันตกรรมเมื่อมีอาการปวด บวม หรือเสียวฟัน และมีผู้ป่วยสูงอายุเพียงร้อยละ 9 ที่ตรวจสุขภาพฟันเป็นประจำ สาเหตุหลักที่ผู้ป่วยสูงอายุไม่ได้ไปใช้บริการทันตกรรมคือไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว การมีผู้ดูแลมารับบริการ การรักษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 54 ค่ารักษาทันตกรรม ชนิดการรักษาที่ได้รับครั้งสุดท้าย การใช้บัตรประกันสุขภาพในการรักษาทันตกรรม สถานที่ที่ใช้บริการทันตกรรม การตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำ ทักษะการดูแลสุขภาพทางทันตกรรม และสภาวะสุขภาพช่องปาก

พิสมัย นาทัน (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 338 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป และรับการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่โรงพยาบาลขอนแก่น ศูนย์แพทย์ชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพบ โรคฟันผุที่ตัวฟันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 คือ การไม่เคยรับบริการทันตกรรมหรือรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปและการไม่มารับบริการทันตกรรม เนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติในช่องปาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพบ โรคฟันผุที่รากฟันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ การได้รับการตรวจสุขภาพช่อง ปากครั้งสุดท้ายมากกว่า 3 ปีขึ้นไป หรือไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพบ โรคปริทันต์อักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ การมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ระยะเวลา การเป็นโรคเบาหวานตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป การสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพช่องปากอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปหรือไม่เคยมารับบริการ

## 5.2 งานวิจัยเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของคนพิการ

อนุชา นิลประพันธ์ (2548) ศึกษารูปแบบการพัฒนาสุขภาพคนพิการในชนบท จังหวัดขอนแก่นจากกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม จำนวนทั้งสิ้น 728 คน กลุ่มที่ 1 คนพิการ 290 คน กลุ่มที่ 2 ญาติคนพิการ 290 คน กลุ่มที่ 3 ผู้ที่เกี่ยวข้อง 207 คน ผลการศึกษาพบว่า คนพิการส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21 -45 ปี ร้อยละ 58.62 มีความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ร้อยละ 38.97 พิการทางการ

มองเห็น ปัญหาของคนพิการส่วนใหญ่คือ ปัญหาความยากจน ไม่มีรายได้ ไม่มีอาชีพรองรับลงมาคือ ขาดแคลนเครื่องอุปโภค บริโภค ขาดแคลนอุปกรณ์เครื่องช่วยเหลือความพิการ ความต้องการของคนพิการเรียงลำดับจากมากไปน้อยคือ เงิน บัณฑิต มีอาชีพ ได้รับการศึกษา

อับดุล คาริมู (Abdul 2018) ศึกษาความต้องการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัย การเจริญพันธุ์ของคนพิการ พบว่าได้รับความสนใจน้อยจากรัฐบาลกานาในอดีต ซึ่งมีสาเหตุจากนโยบาย เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ไม่มีการบูรณาการด้านความพิการและการเข้าถึงบริการที่เข้าถึงได้ยาก สำหรับคนพิการ ในการรับทราบถึงนโยบายด้านอาชีวอนามัยในระดับชาติและระดับนานาชาติ กรอบและเครื่องมือทางกฎหมายที่เน้นการรวมคนพิการเข้าในกลุ่ม นโยบายด้านสุขภาพวัยรุ่นฉบับ ปี 2016 ระบุว่าต้องให้ความสนใจกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นและคนพิการ อย่างไรก็ตามยังไม่มีการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อวัยรุ่นที่มีความพิการ

### 5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ

สุริยัน นันทา (2558) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยทำการศึกษาประชากร กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 61 คน ประกอบด้วย คนพิการ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และบุคลากรภาครัฐ จำนวน 36 คน ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการ พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ โดยการมีส่วนร่วมทำให้ คนพิการได้รับคำแนะนำปรึกษา/ ความรู้เรื่องบทบาทหน้าที่ครอบครัวในการดูแลคนพิการเพิ่มขึ้นมาก ร้อยละ 24.59 ได้รับการปรับ สภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการอยู่อาศัยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 22.95 ได้รับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสิทธิ ผลประโยชน์คนพิการ และได้รับการยอมรับให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการเมืองเพิ่มขึ้น ร้อยละ 16.39 และทำให้เกิดแนวทางที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการในชุมชน

นิตยา บัวสาย (2551) ศึกษาการพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ที่บ้านใช้กรณีศึกษาในชุมชนแห่งหนึ่งเขตอำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ กรณีศึกษาคือ ชุมชนแห่งหนึ่ง ของอำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ ด้วยวิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนา กลุ่ม เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ข้อเสนอกระบวนการทำงานจากการถอดบทเรียนการทำงานร่วมกันของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ผู้ดูแล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนและนักกายภาพบำบัดเป็นข้อความรู้ว่าการทำงาน ต้องเริ่มจากการแสวงหาคนที่มีความสนใจร่วมกันมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับพัฒนาการดูแล สุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยใช้การเล่าสู่กันฟังเพื่อสร้างแรงบันดาลใจในการทำงาน วางแผน การทำงานร่วมกันในการไปเรียนรู้สถานการณ์จริงในพื้นที่

สุรพงษ์ ฝ่ายเคนา (2556) ศึกษาพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่



อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง 69 คน ประกอบด้วย คนพิการทางการเคลื่อนไหว 21 คน ผู้ดูแลหลักของคนพิการ 21 คน เจ้าหน้าที่ภาครัฐ 8 คน และผู้นำชุมชน 19 คน มีวิธีดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การศึกษาบริบทชุมชน การพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ และผลลัพธ์ของการพัฒนา โดยการพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นแรกการวางแผนด้วยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 2 ขั้นตอน คือ การค้นหาความจริง และการ สะท้อนความคิดวิเคราะห์ พร้อมทั้งกำหนดกิจกรรมและผู้รับผิดชอบ ขั้นที่สองการปฏิบัติและสังเกตด้วยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ขั้นที่สาม คือ การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ สังเกตการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา และการสะท้อนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว และขั้นที่สี่ คือการสังเคราะห์กระบวนการ และผลการปฏิบัติ ผลการศึกษาจะเน้นเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคนพิการ คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของคนพิการและคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติช่วยเหลือคนพิการของผู้ดูแลหลักสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการมีส่วนร่วมของประชาชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก

บุญสืบ โส โสสม และคณะ (2555) เป็นการศึกษาพัฒนาชุมชนเข้มแข็งเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการ ศึกษาเทศบาลตำบลพูก่อง อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี กระบวนการพัฒนาประกอบด้วย การสาธิตโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะของบุคคลในช่วงวัยต่างๆ แบ่งเป็นสามกลุ่ม คือกลุ่มก่อนวัยเรียน (3-6 ปี) ใช้แนวคิดอัตลักษณ์ของหญิงชายส่งเสริมสุขภาพเด็กหญิงและเด็กชายที่มีทั้งต่างและเหมือนกัน และแนวคิดความเสมอภาคหญิงชายส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มวัยทองใช้แนวคิดคำนึงถึงการตอบสนองอัตลักษณ์ของหญิงชาย การแบ่งงานกันทำของหญิงชายและบทบาทหญิงชาย คำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาของหญิงวัยทอง การสนับสนุนให้ผู้หญิงเป็นผู้ป้องกันความเจ็บป่วยของคนในครอบครัว และวัยสูงอายุ การสนับสนุนให้ผู้หญิงเป็นผู้ป้องกันความเจ็บป่วยของคนในครอบครัว คำนึงถึงความเหมาะสมกับความ เป็นหญิงผู้สูงวัย และการให้ผู้ชายแบ่งเบาภาระของหญิง ข้อค้นพบจากประสบการณ์ของนักศึกษา มีดังนี้ การมีส่วนร่วมจากเครือข่ายบริการสุขภาพที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ และเพิ่มจำนวนคนใจดีให้เพียงพอ และพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เพื่อดูแลคนพิการอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ของการพัฒนาชี้ให้เห็นว่าอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เพื่อดูแลคนพิการสามารถให้บริการแบบเป็นเจ้าของใจ (case management) เชื่อมต่อการดูแลสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้คนพิการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างแท้จริง

บอลลาร์ด มาร์ติน (Bollard 2017) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ ในกลุ่มตัวอย่างเพศชายที่มีความพิการทางสติปัญญาระดับปานกลางถึงปานกลางจำนวน 11 คน มีวิธีการศึกษาโดยการสัมภาษณ์ด้วยการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว ผู้เข้าร่วมสามารถทำความเข้าใจ

สุขภาพของตนเอง รวมถึงแสดงความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพที่ไม่แข็งแรงจากการเป็นโรค ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ศึกษา และรู้สึกมีคุณค่าโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อแพทย์ทั่วไปได้จัดทำคำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ที่มีความพิการทางสติปัญญาขึ้น โดยเฉพาะ การวิจัยเกี่ยวกับเรื่องเพศเพิ่มเติมที่รวมถึงมุมมองของประชากรเพศชายนี้เป็นสิ่งจำเป็นและการศึกษายืนยันความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพของผู้ชายและผู้หญิงที่มีความพิการทางสติปัญญา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจสุขภาพของตนเอง จากการได้รับคำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพ

#### 5.4 งานวิจัยที่เกี่ยวกับความเชื่อในความสามารถ

หัทธา ยาลังสี (2552) ศึกษาผลการเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการเลี้ยงทารกในโรงพยาบาลไพศาลี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาคือหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลไพศาลี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มกลุ่มละ 20 คน กลุ่มแรกใช้แนวทางการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลแบบปกติ ผลการวิจัยพบว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการเตรียมความพร้อม มีการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการเลี้ยงทารกถูกต้องมากกว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ยศวรวิร์ กิรติภควัต (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลของมารดา ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบในบุตรปฐมวัย กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาที่มีบุตรปฐมวัยป่วยด้วยโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตำรวจ แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมดังนี้ คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ และเตรียมความพร้อมของมารดา 2) การให้ความรู้ 3) การกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม 4) การให้มารดาฝึกปฏิบัติทักษะที่จำเป็น 5) กิจกรรมการติดตามเยี่ยมมารดา ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมดูแลของมารดาในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบในบุตรปฐมวัย ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการพาลูกไปฉีดวัคซีนตามกำหนด และพฤติกรรมมารดาที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บุศรินทร์ รัตนาลิทธิ (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถและความเครียดจากความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ป่วยครั้งแรกและเข้ารับการรักษาที่สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพฯ เลือกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 25 ราย กลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนและให้ความรู้จำนวน 4 ครั้ง ภายในเวลา 8 วัน ด้วยการผ่อนคลายความเครียดด้วยการฝึกหายใจก่อนให้ความรู้ สนับสนุน

ญาติผู้ดูแลในการปรับบทบาทการเป็นผู้ดูแล การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยด้านการฟื้นฟูสภาพ และป้องกันภาวะแทรกซ้อน โภชนาการและการให้ยา ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยและการรับรู้ความสามารถตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และพบว่าความเครียดของญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองลดลงกว่า ก่อนการทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ 0.011 ตามลำดับ ผลการวิจัยเสนอแนะว่าโปรแกรมนี้สามารถนำมาใช้ในการเตรียมความพร้อมของญาติ ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีความรู้ ความสามารถพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง

จุฑาวดี กมลพรมงคล, พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ (2555) ศึกษา ผลของการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และทักษะการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของนักเรียนประถมศึกษาชาย กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มนักเรียนประถมศึกษาชายที่เข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มนักเรียนประถมศึกษาชายที่ไม่ได้เข้าร่วม โปรแกรมกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนซึ่งพัฒนาขึ้น ตามแนวคิด ของเบนคูรา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและประยุกต์มาจากการศึกษาที่ผ่านมาโดยมีกิจกรรม ที่ส่งเสริมให้บุคคลมีสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นจากการเรียนรู้ผ่านแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง คือ การเรียนรู้ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การได้เห็น ตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่นในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้คำพูดชักจูง เพื่อให้บุคคลเชื่อว่าตนเองจะสามารถประสบความสำเร็จในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้ และการส่งเสริมสถานะด้านร่างกายและอารมณ์ให้มีความพร้อมในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของ ตนเองต่อการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิเสธการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และทักษะการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ

น้ำค้าง ว่องเกษญา (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูญเสีย แขนขา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการตัดแขนและ/หรือขา และมาติดตามการรักษาที่หน่วยกาย อนุรักษ์ที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 120 ราย ระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนตุลาคม 2540 ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูญเสียแขนขาส่วนใหญ่มีการรับรู้ ความสามารถของตนเอง โดยทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยเฉพาะ โดยรวม การรับรู้ภาวะสุขภาพและวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูญเสียแขนขาโดยรวม ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้

การรับรู้ความสามารถของตนเองโดยทั่วไป การรับรู้ความสามารถของตนเองโดยเฉพาะ การรับรู้ภาวะสุขภาพ

นุชนาถ สะกะมะณี (2541) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาครั้งแรกของมารดาหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่มาคลอดที่โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี และโรงพยาบาลสิงห์บุรี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำและการสอนตามปกติร่วมกับการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้และการฝึกทักษะพฤติกรรมบทบาทมารดาในระยะหลังคลอดวันที่ 1-3 ขณะอยู่โรงพยาบาลและได้รับการกระตุ้นเตือนเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านในระยะ 2 สัปดาห์แรกโดยการติดตามเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำและการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำการ ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาครั้งแรกของมารดาหลังคลอดที่ได้ใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับมาก ความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาครั้งแรกของมารดาหลังคลอดที่ได้ใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ามารดาหลังคลอดที่ได้รับคำแนะนำและการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### 5.5 งานวิจัยเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้าน

บริคเฮาส์ และคณะ (Brickhouse et al. 2013) ศึกษาเปรียบเทียบผลของของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านในการส่งเสริมสุขภาพเด็กและครอบครัว คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากฐานข้อมูล Medicaid ทั่วมลรัฐ โดยใช้อัลกอริทึมการจับคู่เพื่อให้ตรงกับกลุ่มควบคุม ตัวแปรร่วมเหล่านี้รวมถึงปัจจัยเสี่ยงคะแนนความชอบโดยประมาณ อายุ เชื้อชาติ เพศและวันที่มีสิทธิ์ในการใช้ประกัน พบว่าเด็กที่อยู่ในโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ มีแนวโน้มที่จะเข้ารับการตรวจฟันอย่างน้อย 1 ครั้ง และมีจำนวนการจ่ายเงินค่ารักษาทันตกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ฮอฟไมสเตอร์ และคณะ (Hofmeister et al. 2018) ศึกษาข้อสรุปผลของคุณภาพและการวัดผลสำคัญภายใต้การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการใช้ฐานข้อมูลจาก PubMed, Embase, CINAHL, Web of Science, Cochrane Library, EconLit, PsycINFO, ศูนย์ความคิดเห็นและเผยแพร่, ฐานข้อมูลการศึกษาผลกระทบ, และฐานข้อมูลการประเมินผลเศรษฐกิจบริการสุขภาพของประเทศ โดยมี 3 เงื่อนไข คือ การดูแลในบ้านของผู้ป่วย ตามที่กำหนดโดยการศึกษาผลที่มีการรายงาน และรายงานข้อมูลเดิม ผลการศึกษาจากข้อมูลที่คัดเลือกจำนวน 53 ชุด พบว่า จำแนกออกเป็น 5 ชุดรูปแบบ ได้แก่ การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนผู้ดูแล การดูแลโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การดูแลแบบสหสาขา และการพัฒนาคุณภาพ แต่ผลลัพธ์ด้านการใช้ทรัพยากร ภาระจาก

ความเจ็บป่วย คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจ ความกดดันของผู้ดูแล สถานที่ของการเสียชีวิต การวิเคราะห์ต้นทุนหรือการบรรยายประสบการณ์ ส่วนใหญ่ของการศึกษามีคุณภาพปานกลางหรือไม่ชัดเจน

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าคนพิการส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพรวมถึงทันตสุขภาพ แต่เข้าถึงบริการสุขภาพได้น้อย เนื่องจากการมีจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ รวมถึงอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นอุปสรรคด้านเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพ การรอรับการรักษาที่ต้องใช้เวลานาน อุปสรรคด้านกายภาพและภูมิศาสตร์ ปัญหาด้านคมนาคม ตลอดจนอาคารสถานที่ อุปกรณ์การแพทย์ หรือสื่อที่ไม่เอื้อต่อการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ของคนพิการ และพบว่าคนพิการมีปัญหาการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำ จากขาดความใส่ใจในการดูแลสุขภาพ คิดว่าตนเองไม่สามารถทำความสะอาดช่องปากได้ การขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก และทักษะในการทำความสะอาดช่องปาก การเลือกรับประทานอาหาร ในขณะที่การรับรู้ความสามารถมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ ซึ่งทฤษฎีความเชื่อความสามารถแห่งตนให้ความสำคัญว่าคนจะมีพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยสำคัญต้องมีความเชื่อในความสามารถ

ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการส่งเสริมทันตสุขภาพ โดยเน้นด้านการเพิ่มความเชื่อความสามารถและการปฏิบัติตนในการดูแลทันตสุขภาพ ในด้านประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ร่วมกับการใช้คำพูดชักจูงภายใต้สภาพแวดล้อมเชิงบวกที่ไม่มีแรงกดดัน และการปฏิบัติตนในการดูแลทันตสุขภาพ โดยการเยี่ยมบ้านคนพิการ เพื่อลดข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และทำให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถเข้าถึงและรับทราบปัญหาของคนพิการได้อย่างแท้จริง อีกทั้งจากปัญหาการขาดแคลนทันตบุคลากรในพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศไทย การส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ไม่ใช่ทันตบุคลากรสามารถทำงานส่งเสริมทันตสุขภาพให้กับคนพิการในพื้นที่ได้ จะทำให้เกิดความครอบคลุมในการดูแลคนพิการมากยิ่งขึ้น ซึ่งส่งผลให้คนพิการมีสุขภาพช่องปาก และสุขภาพร่างกายที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น



# บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องผลของการส่งเสริมทันตสุขภาพในคนพิการโดยการเยี่ยมบ้านด้วยทันตบุคลากร และไม่ใช่ทันตบุคลากร ของอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลกครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองซึ่งใช้โปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพโดยทันตบุคลากรในการเยี่ยมบ้าน และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมซึ่งใช้โปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพโดยไม่ใช่ทันตบุคลากรในการเยี่ยมบ้าน มีการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และศึกษาพฤติกรรมและภาวะทันตสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

### 1. ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

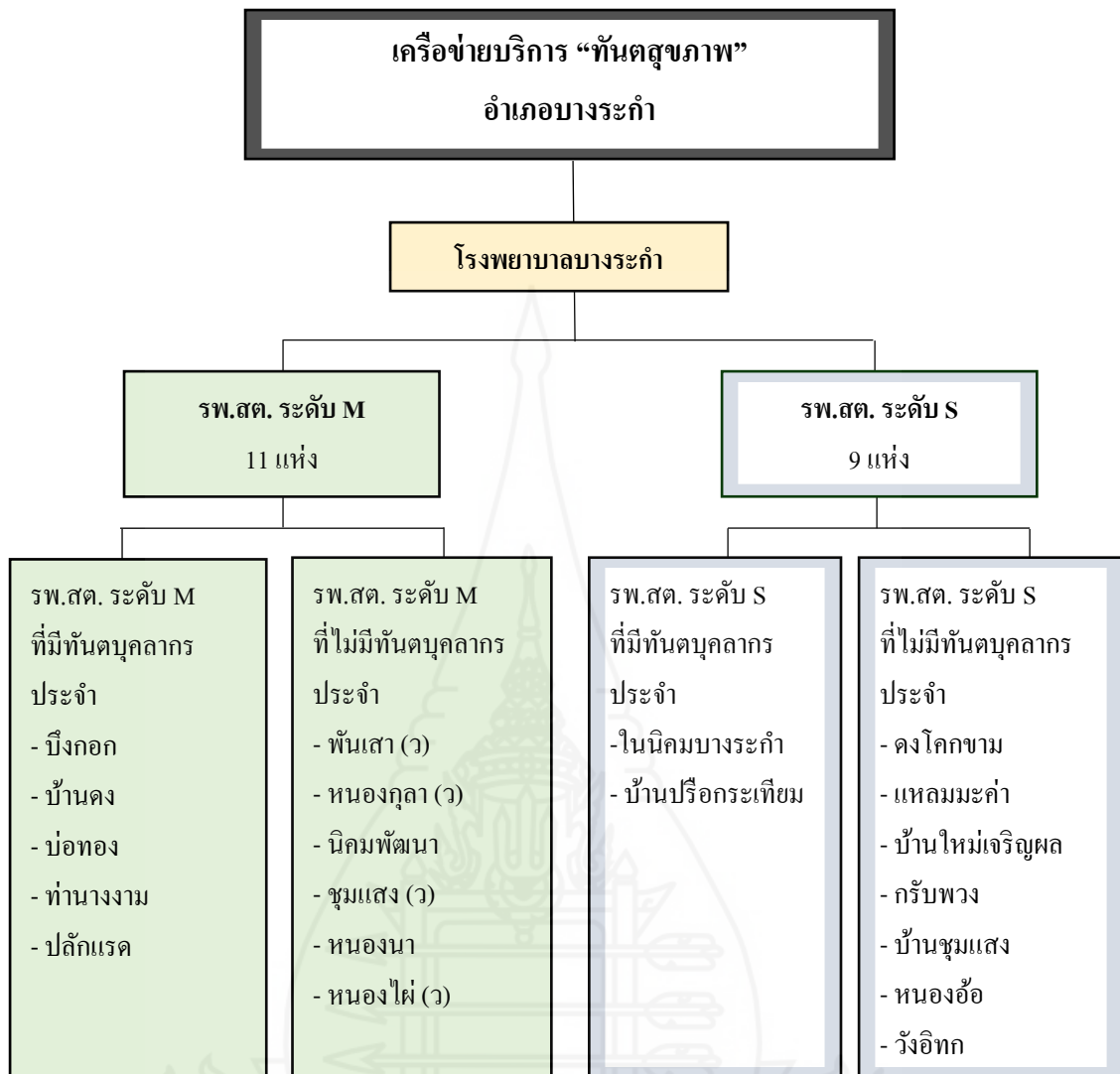
1.1 ประชากร คือ คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางกาย อาศัยในอำเภอบางระกำ จำนวน 2,044 รายจากจำนวนคนพิการทั้งหมด 3,353 ราย โดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกคนพิการกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ

- 1.1.1 เป็นผู้พิการทางร่างกาย และมีความสามารถด้านกิจกรรมการแต่งตัว
- 1.1.2 เป็นผู้พิการที่ยินดีตอบแบบสอบถาม และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย
- 1.1.3 มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีความสามารถในการตัดสินใจได้
- 1.1.4 มีพื้นที่เป็นตัวแทนมากกว่า 1 ไร่ ในแต่ละ quadrant

### 1.2 กลุ่มตัวอย่าง

เนื่องการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาการจัดบริการที่ยึดตามพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีทั้งทันตบุคลากร และไม่ใช่ทันตบุคลากร จึงกำหนดตำบลที่มีคนพิการอย่างน้อย 20 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นเกณฑ์คัดเลือก ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์ ขนาด M และขนาด S ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกัน





ภาพที่ 3.1 เครือข่ายบริการทันตสุขภาพ อำเภอบางระกำ

หมายเหตุ (ว) หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีทันตบุคลากรออกหมุนเวียนประจำ

อำเภอบางระกำมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัด 20 แห่ง โดยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาด M (ปชก.3000 – 8,000) จำนวน 11 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาด S (ปชก. < 3,000 คน) จำนวน 9 แห่ง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีทันตบุคลากรทั้งหมด 7 แห่ง อยู่ในขนาด M 5 แห่ง และอยู่ในขนาด S 2 แห่ง และเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่มีทันตบุคลากรจำนวน 13 แห่ง เป็นขนาด M 6 แห่ง และขนาด S 7 แห่ง

### วิธีการสุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ โดยมีวิธีการสุ่มตัวอย่างตามลำดับ ดังนี้ คือ ขั้นตอนแรกสุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีทันตบุคลากร กับไม่มีทันตบุคลากร โดยคำนึงถึงขนาดที่เท่ากัน คือสุ่มขนาด M อย่างละ 1 แห่งและขนาด S อย่างละ 1 แห่ง แล้วจึงเลือกคนพิการตามเกณฑ์ที่ยินดีเข้าร่วมศึกษา ตำบลละ 20 คน สรุปลงได้ตัวอย่างคนพิการในกลุ่มทันตบุคลากร 40 คน ไม่ใช่ทันตบุคลากร 40 คน รวมตัวอย่างทั้งหมด 80 คน แต่ในกลุ่มทดลองมีคนพิการสมัครใจเข้าร่วมการทดลองมากขึ้นจำนวน 4 คน จึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 84 คน

### การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน จำนวน 2 กลุ่ม โดยนำมาเปรียบเทียบกับสูตรที่ใช้ คือ

$$n = (Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \times 2\sigma^2 / \delta^2$$

โดยที่  $n$  = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$\sigma$  = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรผลลัพธ์หลัก

$\delta$  = ขนาดความแตกต่างที่มีความสำคัญทางคลินิก

$$Z_{\alpha/2} = 1.65$$

$$Z_{\beta} = 0.84$$

แทนค่าในสูตรจากงานวิจัยที่รวบรวมการศึกษาจำนวนมากจะได้คำตอบว่า

$$n = (1.65 + 0.84)^2 \times 2 (2.14)^2 / 1.30^2$$

$$n = 6.20 \times 2(4.58) / 1.69$$

$$n = 34 \text{ คน}$$

ดังนั้นใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 34 คน แต่เนื่องจากอาจเกิดการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวิจัย จึงมีการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 40-44 คน

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### 2.1 โปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพโดยการเยี่ยมบ้าน

โดยการพัฒนาความรู้เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง และเพิ่มความเชื่อในความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้และความมั่นใจในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง โดยการใช้เครื่องมือ 2 แบบ ได้แก่

**2.1.1 คู่มือคืนความสุข คืนรอยยิ้ม คนพิการ** ซึ่งเป็นคู่มือที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจช่องปากด้วยตนเอง โรคในช่องปาก สาเหตุของการเกิดโรค การป้องกันโรค การดูแลสุขภาพช่องปาก การเลือกใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก และการเลือกรับประทานอาหาร เป็นแนวทางในการให้บุคลากรพูดคุยกับคนพิการ รวมถึงมีเอกสารเพื่อให้คนพิการสามารถอ่านได้

**2.1.2 คู่มือกระบวนการเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมทันตสุขภาพคนพิการ** เป็นแนวทางการประเมินกลุ่มตัวอย่าง และการสร้างความเชื่อในความสามารถแก่กลุ่มตัวอย่าง

โดยมีการใช้โปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และมีการดำเนินงานดังนี้

1. การดำเนินการก่อนการเยี่ยมบ้าน ศึกษาข้อมูลของคนพิการ เพื่อทำความเข้าใจและรับทราบข้อจำกัดของคนพิการ และเตรียมจัดกิจกรรมการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติกับคนพิการในด้านทันตสุขภาพ รวมทั้งประสานงานกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อกำหนดวันเวลาในการเยี่ยมบ้าน

2. การดำเนินการในวันเยี่ยมบ้าน ดำเนินกิจกรรมตามลำดับดังนี้

2.1 การแนะนำตัวพูดคุยเพื่อ สร้างความสัมพันธ์ และตรวจสอบข้อมูลทั่วไปของคนพิการ จากการพูดคุยกับข้อมูลเดิมที่มีการบันทึกในเวชระเบียน เพื่อค้นหาการเปลี่ยนแปลงข้อมูลของคนพิการ รวมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อขอความยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

2.2 ประเมินความเชื่อในความสามารถและพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพ ก่อนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพสำหรับคนพิการ โดยการสัมภาษณ์

2.3 การตรวจประเมินสุขภาพช่องปาก โดยใช้การวัด plaque index (PI) ตรวจความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปาก ตรวจสภาพเหงือกและอวัยวะปริทันต์ และตรวจสภาวะฟันผุ

2.4 การจัดกิจกรรมเรียนรู้และฝึกปฏิบัติตาม โปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพ สำหรับคนพิการ ประกอบด้วย

2.4.1 แจกผลการตรวจสุขภาพช่องปาก และเชื่อมโยงพฤติกรรมและการแปรงฟัน และพฤติกรรมมารับประทานอาหารกับปัญหาสุขภาพช่องปาก รวมทั้งโยงผลกระทบที่เกิดจากปัญหา

สุขภาพช่องปากโดยให้คนพิการได้มีส่วนร่วมในการสะท้อนปัญหาสุขภาพช่องปากและปัญหาของ การทำพฤติกรรมนั้น จากนั้นเสริมความรู้โรคฟันผุและเหงือกอักเสบตลอดจนพฤติกรรมที่จำเป็น เพื่อป้องกันปัญหาทันตสุขภาพและเสริมให้คนพิการเห็นศักยภาพของตนในการดูแลทันตสุขภาพ ด้วยการ ใช้บุคคลต้นแบบที่เป็นคนพิการที่มีทันตสุขภาพที่ดี

## 2.5 ร่วมคิด ร่วมทำ ให้มีฟันดี

2.5.1 การฝึกทักษะการแปรงฟัน ด้วยการตรวจฟันเบื้องต้น และใช้สีย้อม จากนั้นให้ฝึกแปรงในส่วนที่ไม่สามารถทำความสะอาดได้

2.5.2 ให้คนพิการและผู้ดูแลร่วมตั้งเป้าหมายและวางแผนที่จะดูแล ทันตสุขภาพของตนเองในเรื่องการรับประทานอาหารและการแปรงฟัน

2.5.3 เจ้าหน้าที่ให้กำลังใจและแสดงถึงความเชื่อมั่นว่าคนพิการและผู้ดูแล สามารถปฏิบัติตนในการดูแลทันตสุขภาพได้ พร้อมทั้งนัดหมายการติดตามและประเมินผลหลังการ จัดกิจกรรมเรียนรู้และฝึกปฏิบัติตาม โปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพ

3. หลังการจัดกิจกรรมเรียนรู้และฝึกปฏิบัติตาม โปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพ สำหรับคนพิการ 1 เดือน

3.1 ประเมินความเชื่อในความสามารถและพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพ หลังการจัด กิจกรรมตาม โปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพสำหรับคนพิการ โดยการสัมภาษณ์

3.2 การตรวจประเมินสุขภาพช่องปาก โดยใช้การวัด plaque index (PI) ตรวจ ความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปาก ตรวจสภาพเหงือกและอวัยวะปริทันต์ และตรวจสภาวะฟันผุ หลังการจัดกิจกรรมเรียนรู้หลังการจัดกิจกรรมเรียนรู้และฝึกปฏิบัติตาม โปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพ สำหรับคนพิการ 1 เดือน

3.3 สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการเกิดพฤติกรรมที่ดีด้านทันตสุขภาพ

## 2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ประเภท คือ

2.2.1 **อุปกรณ์** อุปกรณ์การตรวจสภาพช่องปาก ประกอบด้วย กระจกส่องปาก อุปกรณ์ที่ใช้ในการอบรมชี้แจงเจ้าหน้าที่ ได้แก่ คู่มือคืนความสุข คืนรอยยิ้มคนพิการ

### 2.2.2 **แบบสัมภาษณ์**

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป** เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยมีคำถามลักษณะปลายปิด (Closed-ended response Question) เป็นคำถาม เกี่ยวกับปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้ตอบ จำนวน 10 ข้อ

**ส่วนที่ 2 ความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพ** แบ่งออกเป็น 3 เรื่อง ได้แก่ ความเชื่อในการตรวจช่องปากของตนเอง ความเชื่อในความสามารถแปรงฟันและเลือกใช้ยา

สีฟันได้ด้วยตนเอง และความเชื่อในการเลือกและรับประทานอาหารด้วยตนเอง โดยมีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ มีลักษณะการวัดแบบมาตราส่วน (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ทำได้แน่นอน ทำได้บ้าง อาจทำได้ ไม่น่าจะทำได้ และทำไม่ได้แน่นอน จำนวน 8 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ทำได้แน่นอน	กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5
ได้บ้าง	กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 4
อาจทำได้	กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 3
ไม่น่าจะทำได้	กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 2
ทำไม่ได้แน่นอน	กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 1

**ส่วนที่ 3 พฤติกรรมด้านทันตสุขภาพของคนพิการ** แบ่งออกเป็น 3 เรื่อง ได้แก่ พฤติกรรมการตรวจสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการแปรงฟัน และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยมีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติทุกวัน	กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5
ปฏิบัติ 5-6 วันต่อสัปดาห์	กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 4
ปฏิบัติ 3-4 วันต่อสัปดาห์	กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 3
ปฏิบัติ 1-2 วันต่อสัปดาห์	กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 2
ไม่ปฏิบัติเลย	กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 1

### 2.2.3 แบบบันทึกผลการตรวจประเมินสถานะทันตสุขภาพ

ได้จากการตรวจประเมินสถานะทันตสุขภาพ แบ่งออกเป็น 4 เรื่อง ได้แก่ คัชนีคราบจุลินทรีย์ ความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปาก บริเวณริมฝีปาก ลิ้นและกระพุ้งแก้ม สภาพเหงือก และอวัยวะปริทันต์ และสถานะฟันผุ

โดยมีการประเมินดังนี้

#### 1) คัชนีคราบจุลินทรีย์

การย้อมสีฟัน วัด Plaque Index (PI) = คัชนีคราบจุลินทรีย์

ตรวจคราบจุลินทรีย์ที่ตรวจพบบนผิวฟันซึ่งจะเห็นเป็นแนวสีแดงที่ชัดเจน ซีดกับขอบเหงือก โดย บันทึก 4 ตำแหน่ง คือ ด้านแก้ม ด้านลิ้น ด้านใกล้กลาง และด้านไกลกลางของ เฉพาะกลุ่มฟันตัวแทน 6 ซี่ คือ ซี่ 16, 21, 26, 36, 41, 46 ในกรณีที่ฟันตัวแทนเป็น ฟันที่ทำฟันเทียม หรือฟันที่หลือแต่รากจะไม่บันทึกคราบจุลินทรีย์ แต่ให้พิจารณบันทึกฟันข้างเคียงแทน

การประเมินปริมาณคราบจุลินทรีย์ของด้านใกล้กลางและด้านไกลกลาง ให้ประเมินจากทั้งด้านแก้ม และด้านลิ้นแล้วบันทึกค่าที่สูงกว่า เช่น ถ้าด้านไกลกลางด้านแก้มอ่านค่าได้ 2 และด้านไกลกลางด้านลิ้นอ่านค่าได้ 3 ให้บันทึกปริมาณคราบจุลินทรีย์ของด้านไกลกลางเท่ากับ 3

Plaque Index (PI) = ผลรวมของค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์/ จำนวนตำแหน่งที่ตรวจ (หรือ= 24\*)

\*หมายเหตุ ตรวจฟันตัวแทน 6 ซี่ ซี่ละ 4 ตำแหน่ง ดังนั้นจำนวนตำแหน่งที่ตรวจ = 24

ดัชนีคราบจุลินทรีย์ที่นำมาใช้ปรับปรุงมาจาก ซิลเนสและลู (Silness and Loe 1964) เนื่องจากเป็นดัชนีที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายมากที่สุดในการใช้งานในชุมชน (Joshi Mahasweta, Jayakumar, Joshi Nikhil 2012) โดยมีเกณฑ์ของ ดัชนีดังนี้

- 0 = ไม่มีคราบจุลินทรีย์
  - 1 = มีคราบจุลินทรีย์เห็นได้เล็กน้อย โดยอาจเห็นติดสีข้อมเป็นจุดๆ บริเวณคอฟัน
  - 2 = มีคราบจุลินทรีย์เป็นแถบบริเวณคอฟัน โดยมีปริมาณไม่เกิน 1/3 ของตัวฟันทางคลินิก
  - 3 = มีคราบจุลินทรีย์เป็นแถบปกคลุมมากกว่า 1/3 ของตัวฟันทางคลินิก
- 2) ความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปากบริเวณริมฝีปาก ลิ้น และกระพุ้งแก้ม
- 0 = ไม่มีความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปาก
  - 1 = มีความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปาก
- 3) สภาพเหงือกและอวัยวะปริทันต์
- 0 = ไม่มีสภาวะเหงือกอักเสบหรือปริทันต์อักเสบ
  - 1 = มีสภาวะเหงือกอักเสบหรือปริทันต์อักเสบ
- 4) สภาวะฟันผุ
- 0 = ไม่มีสภาวะฟันผุ
  - 1 = มีสภาวะฟันผุ



### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลรวบรวมมีการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยมีการขอจริยธรรมการวิจัย เสนอคณะกรรมการพิทักษ์สิทธิ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เลขที่รับรอง 013/2561 วันที่รับรอง 23 สิงหาคม 2561 ถึงวันที่ 22 สิงหาคม 2561 กลุ่มตัวอย่างได้รับคำอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาและการศึกษาครั้งนี้ต้องได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองซึ่งใช้โปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพโดยทันตบุคลากรในการเยี่ยมบ้าน และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมซึ่งใช้โปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพโดยไม่ใช้ทันตบุคลากรในการเยี่ยมบ้าน ทำการรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม และตรวจสอบภาพช่องปากคนพิการโดยผู้วิจัย ก่อนและหลังการเยี่ยมบ้าน 4 สัปดาห์ นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์และแบบสอบถามมาสรุปเป็นหมวดหมู่โดยวิเคราะห์แบบอุปนัย จำแนกข้อมูล และเปรียบเทียบข้อมูล

### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยการนำแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาทั้งหมด มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ โดยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามเพื่อทำการวิเคราะห์ด้วยค่าความเชื่อมั่น ในระดับร้อยละ 95 และมีความคลาดเคลื่อนร้อยละ 0.05

**4.1 ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)** ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ วิเคราะห์แบบสอบถาม ในส่วนข้อมูลทั่วไปของคนพิการ โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) และค่าร้อยละ (Percentage) และประเมินความเบี่ยงเบนของการแจกแจงข้อมูล

**4.2 ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)** ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ และสถานะทันตสุขภาพ ภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ paired t – test และวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ และสถานะทันตสุขภาพ ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ independent t-test

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่องผลของการส่งเสริมทัศนสุขภาพในคนพิการ โดยการเยี่ยมบ้านด้วยทัศนบุคลากร และไม่ใช่ทัศนบุคลากร ของอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลกในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยจากแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การศึกษาพฤติกรรม และการตรวจสถานะทัศนสุขภาพของคนพิการที่มีความพิการทางกายในอำเภอบางระกำ จำนวน 84 ราย โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการประยุกต์และทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการวิจัยครั้งนี้ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 และข้อมูลที่ได้นั้น ผู้วิจัยได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งนำเสนอข้อมูลผลการศึกษาวิจัย ดังนี้

- ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล
- ตอนที่ 2 ความเชื่อในความสามารถดูแลทัศนสุขภาพ
- ตอนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลทัศนสุขภาพ
- ตอนที่ 4 สถานะทัศนสุขภาพ
- ตอนที่ 5 ความคิดเห็นของบุคลากร

#### ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน แหล่งรายได้ สถานะความพิการ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง การมีผู้ดูแล แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลอง ได้แก่ ทัศนบุคลากร และกลุ่มควบคุม ได้แก่ ไม่ใช่ทัศนบุคลากร ทำการทดลองโดยการให้ทัศนสุขภาพเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงด้วยค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ซึ่งแสดงรายละเอียดดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=84)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน (n=44)	ร้อยละ	จำนวน (n=40)	ร้อยละ	
<b>1. เพศ</b>					
ชาย	28	63.6	25	62.5	0.92
หญิง	16	36.4	15	37.5	
<b>2. อายุ</b>					
ต่ำกว่า 40 ปี	9	20.5	6	15.0	0.02
41-50 ปี	15	34.1	4	10.0	
51-60 ปี	8	18.2	12	30.0	
61-70 ปี	10	22.7	10	25.0	
71 ขึ้นไป	2	4.5	8	20.0	
$\bar{X} \pm S.D., \text{Max.}, \text{Min.}$	51.84 $\pm$ 13.49, 77, 22		57.20 $\pm$ 17.00, 79, 16		
<b>3. สถานภาพสมรส</b>					
โสด	11	25.0	7	17.5	0.84
สมรส	23	52.3	28	70.0	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	10	22.7	5	12.5	
<b>4. ระดับการศึกษา</b>					
ไม่ได้เรียนหนังสือ	8	18.2	3	7.5	0.93
ระดับประถมศึกษา	28	63.6	30	75.0	
ระดับมัธยมศึกษา	8	18.2	7	17.5	
<b>5. อาชีพ</b>					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	27	61.4	23	57.5	0.42
เกษตรกรกรรม	6	13.6	3	7.5	
รับจ้าง	7	15.9	8	20.0	
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	4	9.1	5	12.5	
ข้าราชการบำนาญ	-	-	1	2.5	

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน (n=44)	ร้อยละ	จำนวน (n=40)	ร้อยละ	
<b>6. รายได้ต่อเดือน</b>					
0-1,000 บาท	14	31.8	9	22.5	
1,001 - 2,000 บาท	18	40.9	15	37.5	
2,001 - 3,000 บาท	6	13.6	1	2.5	
3,001 - 4,000 บาท	2	4.5	4	10.0	
4,001 บาท ขึ้นไป	4	9.1	11	27.5	
$\bar{X} \pm S.D.$ ,	1865.91 $\pm$ 1311.48,		3243.75 $\pm$ 3065.46,		0.01
Max., Min., Median	6000, 800, 1400		12000, 800, 1500		
<b>7. สถานะความพิการ</b>					
พิการแต่กำเนิด	13	29.5	9	22.5	
พิการภายหลัง	31	70.5	31	77.5	0.47
<b>8. จำนวนปีที่มีความพิการ</b>					
น้อยกว่า 6 ปี	10	22.7	11	27.5	
6-10 ปี	9	20.5	9	22.5	
11-15 ปี	5	11.4	7	17.5	
16-20 ปี	2	4.5	3	7.5	
21 ปีขึ้นไป	18	40.9	10	25.0	
$\bar{X} \pm S.D.$ , Max., Min.	22.11 $\pm$ 19.23, 61, 1		19.48 $\pm$ 21.24, 78, 2		0.55
<b>9. การช่วยเหลือตนเอง</b>					
ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด	35	79.5	31	77.5	
ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน	9	20.5	9	22.5	0.82
<b>10. การมีผู้ดูแล</b>					
มีผู้ดูแลทุกวัน	36	81.8	37	92.5	
มีผู้ดูแลบางวัน	5	11.4	3	7.5	0.08
ไม่มีผู้ดูแล	3	6.8	-	-	

จากตารางที่ 4.1 แสดงลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 44 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายร้อยละ 63.6 และ 62.5 ตามลำดับ ช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มทดลองพบช่วงอายุ 41 – 50 ปีมากที่สุด ร้อยละ 34.1 รองลงมาจะอยู่ในช่วง 61 – 70 ปี ร้อยละ 22.7 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 51.8 ปี และมีอายุน้อยที่สุด คือ 22 ปี และอายุมากที่สุด คือ 77 ปี ส่วนกลุ่มควบคุมพบช่วงอายุ 51 – 60 ปีมากที่สุด ร้อยละ 30.0 รองลงมาจะอยู่ในช่วง 61 – 70 ปี ร้อยละ 25.0 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 57.2 ปี พบอายุน้อยที่สุด คือ 16 ปี และอายุมากที่สุด คือ 79 ปี ด้านสถานภาพการสมรส กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรสทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยพบ ร้อยละ 52.3 และ 70.0 ตามลำดับ ด้านการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คือ ร้อยละ 63.6 และ 75.0 ตามลำดับ ด้านอาชีพพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพโดยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็น ร้อยละ 61.4 และร้อยละ 57.5 ตามลำดับ ด้านรายได้นั้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 2,000 บาท โดยกลุ่มทดลองมีรายได้น้อยที่สุด 800 บาท และรายได้สูงที่สุด 6,000 บาท ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีรายได้น้อยที่สุด 800 บาท และรายได้มากที่สุด 12,000 บาท สภาวะความพิการส่วนใหญ่พบว่าเป็นภายหลังจากกำเนิด ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็น ร้อยละ 70.5 และ 77.5 ตามลำดับ พบช่วงจำนวนปีที่มีความพิการของกลุ่มทดลองมากที่สุดคือ มากกว่า 21 ปี ร้อยละ 40.9 ส่วนกลุ่มควบคุมพบช่วงจำนวนปีที่มีความพิการมากที่สุด คือ น้อยกว่า 6 ปี ร้อยละ 27.5 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ทั้งหมดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็น ร้อยละ 79.5 และ 77.5 ตามลำดับ ด้านผู้ดูแลพบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ดูแลทุกวัน โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน เป็นร้อยละ 81.8 และ 92.5 ตามลำดับ

เมื่อทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ และการทดสอบแบบทีสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ ไม่พบความสัมพันธ์หรือความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ยกเว้นประเด็นค่าเฉลี่ยอายุและรายได้ จึงสรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะใกล้เคียงกันทั้งในด้าน เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ สภาวะความพิการ จำนวนปีที่มีความพิการ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และการมีผู้ดูแล ยกเว้นด้านอายุ และรายได้ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอายุน้อยกว่า และรายได้ต่อเดือนที่น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

## ตอนที่ 2 ความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพ

ปัจจัยด้านความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพ แบ่งเป็นสามข้อ ได้แก่ การตรวจช่องปากของตนเอง การแปรงฟันและการเลือกใช้ยาสีฟัน และการเลือกและการรับประทานอาหาร ทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงด้วยค่า ความถี่ ร้อยละ และสถิติเชิงเปรียบเทียบ แสดงด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความเชื่อในรายด้าน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ดี พอใช้ และไม่ใช้ ซึ่งแสดงรายละเอียดดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ระดับความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับของความเชื่อ ในความสามารถ	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน (n=44)	ร้อยละ	จำนวน (n=44)	ร้อยละ	จำนวน (n=40)	ร้อยละ	จำนวน (n=40)	ร้อยละ
ดี	29	65.9	34	77.3	17	42.5	31	77.5
พอใช้	14	31.8	10	22.7	18	45.0	8	20.0
ไม่ดี	1	2.3	-	-	5	12.5	1	2.5

จากตารางที่ 4.2 ความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเดียวกัน ในกลุ่มทดลองพบว่าความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยมีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้นหลังการทดลอง จากร้อยละ 65.9 เป็นร้อยละ 77.3 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมพบว่าความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพก่อนการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 45.0 ในขณะที่หลังการทดลอง พบว่าความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี โดยมีสัดส่วนของระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.5 เป็นร้อยละ 77.5

การเปรียบเทียบความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพระหว่างกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองระดับความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีร้อยละ 65.9 ในขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 45.0 แต่เมื่อเปรียบเทียบความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพหลังการทดลอง พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและ



กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี และมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน เป็นร้อยละ 77.3 และร้อยละ 77.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.3 ระดับความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่ม ที่ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	คะแนนเฉลี่ย±S.D.		ผลต่างคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม	p-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
กลุ่มทดลอง	33.27±4.05	34.77±3.92	-0.14	0.08
กลุ่มควบคุม	30.77±5.92	34.77±3.94	-0.45	0.000
ผลต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม	2.49	-0.002	-2.50	
p-value	0.03	0.998	0.005	

จากตารางที่ 4.3 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเดียวกัน ของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 33.27 (SD= 4.05) และหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 34.77 (SD= 3.92) เมื่อทดสอบแล้วไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มควบคุมก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 30.77 (SD= 5.92) และหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 34.77 (SD= 3.94) เมื่อทดสอบแล้วพบว่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มก่อนการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม 2.49 คะแนน ส่วนคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มหลังการทดลอง พบว่าคะแนนความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพระหว่างสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 4.3 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองจึงใช้คะแนนก่อนและหลังการทดลอง

หาค่าเฉลี่ย จึงใช้ตารางค่าเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงในกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงในกลุ่ม ก่อนและหลัง การทดลอง

ความเชื่อใน ความสามารถ	Mean Difference	S.D.	t	p -value
กลุ่มทดลอง	1.50	3.39	-2.85	0.005
กลุ่มควบคุม	4.00	4.60		

จากตารางที่ 4.4 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงในกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โดยกลุ่มทดลองมีความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพที่ต่างกันก่อนและหลังการทดลอง 1.5 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพที่ต่างกันก่อนและหลังการทดลอง 4.0 คะแนน

### ตอนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ

ปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ แบ่งเป็นสามข้อ ได้แก่ การตรวจช่องปากของตนเอง การแปรงฟันและการเลือกใช้ยาสีฟัน และการเลือกและการรับประทานอาหาร ทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงด้วยความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงเปรียบเทียบ แสดงด้วยค่าเฉลี่ยเชิงเปรียบเทียบ แสดงด้วย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพในรายด้าน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ดี พอใช้ และไม่ดี ซึ่งแสดงรายละเอียดดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ระดับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน (n=44)	ร้อยละ	จำนวน (n=44)	ร้อยละ	จำนวน (n=40)	ร้อยละ	จำนวน (n=40)	ร้อยละ
ดี	2	4.5	8	8.2	-	-	4	10.0
พอใช้	32	72.7	31	70.5	26	65.0	30	75.0
ไม่ดี	10	22.7	5	11.4	14	35.0	6	15.0

จากตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเดียวกัน พบว่า พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 72.7 และร้อยละ 70.5 ตามลำดับ โดยมีการเพิ่มของพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพระดับดีเพิ่มสูงขึ้น จากร้อยละ 4.5 เป็นร้อยละ 8.2 และพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง โดยพบก่อนและหลังการทดลองเป็นร้อยละ 65.0 และร้อยละ 75.0 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้และมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 72.7 และร้อยละ 65.0 ตามลำดับ ในขณะที่หลังการทดลองระดับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มยังอยู่ในระดับพอใช้เช่นเดิม โดยในกลุ่มทดลองลดลงเป็นร้อยละ 70.5 และกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 75.0 แต่มีสัดส่วนการเพิ่มของพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพในระดับดีเพิ่มสูงขึ้นทั้งสองกลุ่ม โดยในกลุ่มทดลองเพิ่มจากก่อนทดลองร้อยละ 4.5 เป็นร้อยละ 8.2 และกลุ่มควบคุมมีระดับดีเพิ่มจากร้อยละ 0 เป็นร้อยละ 10.0

ตารางที่ 4.6 ระดับพฤติกรรมกรดแลคติกในช่องปากในก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	คะแนนเฉลี่ย±S.D.		ผลต่างคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม	p-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
กลุ่มทดลอง	27.09±4.92	29.34±3.93	-0.25	0.000
กลุ่มควบคุม	25.70±5.42	28.23±4.07	-0.30	0.000
ผลต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม	1.39	1.12	0.45	
p-value	0.22	0.21	0.69	

จากตารางที่ 4.6 เปรียบเทียบพฤติกรรมกรดแลคติกในช่องปากในก่อนและหลังการทดลอง พบว่าพฤติกรรมกรดแลคติกของก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรดแลคติก 27.09 (SD= 4.92) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 29.34 (SD= 3.93) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรดแลคติก 25.70 (SD= 5.42) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 28.23 (SD= 4.07) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรดแลคติกระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง ผลต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### ตอนที่ 4 สภาวะทันตสุขภาพ

ผลการตรวจสภาวะทันตสุขภาพ โดยมีการตรวจประเมินความสามารถในการทำความสะอาดช่องปากจากการย้อมสีฟันด้วยการวัด Plaque Index (PI) หรือดัชนีคราบจุลินทรีย์ การตรวจความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปากบริเวณริมฝีปาก ลิ้น กระพุ้งแก้ม การตรวจสภาพเหงือกและอวัยวะปริทันต์ และการตรวจสภาวะฟันผุ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงเปรียบเทียบ แสดงด้วย ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ดัชนีคราบจุลินทรีย์ภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย±S.D.		ผลต่างค่าเฉลี่ย ภายในกลุ่ม	p -value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
กลุ่มทดลอง	2.03±0.39	1.27 ±0.49	0.76	0.000
กลุ่มควบคุม	2.34±0.49	1.26±0.59	1.09	0.000
ผลต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม	-0.31	0.009	0.32	
p -value	0.002	0.94	0.008	

จากตารางที่ 4.7 เปรียบเทียบดัชนีคราบจุลินทรีย์ภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง พบว่าดัชนีของคราบจุลินทรีย์ของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย 2.03 (SD= 0.39) และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 1.27 (SD= 0.49) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์ 2.34 (SD= 0.49) และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 1.26 (SD= 0.59) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 พบว่าค่าเฉลี่ยดัชนีของคราบจุลินทรีย์ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองของทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ลดลง 0.76 และ 1.09 คะแนนตามลำดับ โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อเปรียบเทียบดัชนีคราบจุลินทรีย์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มก่อนการทดลอง พบว่าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีผลรวมของค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ และผลต่างค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์ระหว่างกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มหลังการทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 4.7 พบว่าค่าเฉลี่ยของดัชนีคราบจุลินทรีย์มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองจึงใช้ค่าก่อนและหลังการทดลองหาค่าเฉลี่ย จึงใช้ตารางค่าเฉลี่ยคะแนนที่เปลี่ยนแปลงในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ดัชนีคราบจุลินทรีย์ที่เปลี่ยนแปลงในกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง

ดัชนีคราบจุลินทรีย์	Mean Difference	S.D.	t	p-value
กลุ่มทดลอง	-0.76	0.47	2.73	0.008
กลุ่มควบคุม	-1.09	0.61		

จากตารางที่ 4.8 พบว่าค่าเฉลี่ยของดัชนีคราบจุลินทรีย์ที่เปลี่ยนแปลงในกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของดัชนีคราบจุลินทรีย์ที่ต่างกันก่อนและหลังการทดลอง 0.76 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยผลรวมของดัชนีคราบจุลินทรีย์ที่ต่างกันก่อนและหลังการทดลอง 1.09

ตารางที่ 4.9 ความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปากภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย±S.D.		ผลต่างค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม	P-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
กลุ่มทดลอง	0.02±0.15	0.00 ±0.00	0.02	0.32
กลุ่มควบคุม	0.05±0.22	0.05±0.22	N/A	N/A
ผลต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม	-0.027	0.05	-0.08	
P-value	0.51	0.14	0.28	

จากตารางที่ 4.9 เปรียบเทียบความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปาก ภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยของผลการตรวจความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปากก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในกลุ่มควบคุมไม่สามารถเปรียบเทียบได้เนื่องจากมีค่าเฉลี่ยคงเดิม และเมื่อเปรียบเทียบความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปากระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



ตารางที่ 4.10 สภาพเหงือกและอวัยวะปริทันต์ภายใน และระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย±S.D.		ผลต่างค่าเฉลี่ย ภายในกลุ่ม	P-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
กลุ่มทดลอง	0.95±0.21	0.95 ±0.21	N/A	N/A
กลุ่มควบคุม	0.95±0.22	0.95±0.22	N/A	N/A
ผลต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม	0.005	0.005	N/A	
P-value	0.92	0.92	N/A	

จากตารางที่ 4.10 เปรียบเทียบสภาพเหงือกและอวัยวะปริทันต์ ภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยสภาพเหงือกและอวัยวะปริทันต์ ก่อนและหลังการทดลองของทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน จึงไม่สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติได้ และเมื่อเปรียบเทียบสภาพเหงือกและอวัยวะปริทันต์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.11 สภาวะฟันผุภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย±S.D.		ผลต่างค่าเฉลี่ย ภายในกลุ่ม	P-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
กลุ่มทดลอง	0.91±0.29	0.84±0.37	0.07	0.08
กลุ่มควบคุม	0.83±0.39	0.83±0.39	N/A	N/A
ผลต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม	0.08	0.02	-0.07	
P-value	0.26	0.85	0.095	

จากตารางที่ 4.11 เปรียบเทียบสภาวะฟันผุภายในกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าสภาวะฟันผุก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในกลุ่มควบคุมสภาวะฟันผุก่อนและหลังการทดลองมีค่าไม่เปลี่ยนแปลง จึงไม่สามารถเปรียบเทียบทางสถิติได้ ในขณะที่สภาวะฟันผุเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## ตอนที่ 5 ความคิดเห็นของบุคลากร

จากการเก็บข้อมูลความคิดเห็นของบุคลากรด้วยการสัมภาษณ์ หลังการให้โปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพ โดยการเยี่ยมบ้านคนพิการ พบว่าความคิดเห็นของบุคลากรผู้ใช้โปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพ เป็นดังนี้

ทันตบุคลากร ให้ความเห็นที่เห็นว่า ตนสามารถให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากและให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากคนพิการได้ดี เนื่องจากคนพิการส่วนใหญ่มีปัญหาในช่องปากแต่ไม่สามารถมารับบริการได้ และการไปเยี่ยมบ้านทำให้สามารถเข้าถึงคนพิการได้ ทำให้ได้ไปเจอคนพิการถึงบ้านและได้รับทราบว่าคุณภาพการเข้าถึงบริการสุขภาพแบบไหน อย่างไรบ้าง

เจ้าหน้าที่ที่ไม่ใช่ทันตบุคลากร ให้ความเห็นที่เห็นว่า ตนยังไม่ค่อยมีความเชี่ยวชาญ และมีข้อบกพร่องในการให้สุขศึกษา เนื่องจากไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพโดยตรง หากคนพิการถามจะไม่สามารถให้ข้อมูลได้ถูกต้องครบถ้วน ด้านเอกสารคู่มือโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพ เจ้าหน้าที่ มีความเห็นว่า เนื้อหาในคู่มือใช้ได้แล้วแต่ตนยังไม่มั่นใจในการให้ความรู้ และคิดว่าภาพรวมการส่งเสริมทันตสุขภาพคนพิการ โดยการเยี่ยมบ้านดีแล้วแต่ควรทำให้ครอบคลุม เนื่องจากคนพิการไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ ดังนั้นการให้บริการเชิงรุกจะดีกว่า และจำนวนคนพิการที่เก็บข้อมูลเพียง 20 ราย แต่คนพิการมีจำนวนมากกว่านั้นมาก จึงควรมีการพัฒนาให้เกิดความครอบคลุมต่อคนพิการในพื้นที่อื่นๆ

## บทที่ 5

### สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) เรื่องผลของการส่งเสริมทันตสุขภาพในคนพิการ โดยการเยี่ยมบ้านด้วยทันตบุคลากร และไม่ใช่ทันตบุคลากรของอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก สามารถสรุปผลการวิจัยอภิปรายผล และมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

#### 1. สรุปการวิจัย

##### 1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อ (1) เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพและสภาวะทันตสุขภาพของคนพิการก่อนและหลังการส่งเสริมทันตสุขภาพ โดยการเยี่ยมบ้านด้วยทันตบุคลากรและไม่ใช่ทันตบุคลากร (2) เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพและสภาวะทันตสุขภาพคนพิการหลังการส่งเสริมทันตสุขภาพ โดยการเยี่ยมบ้านระหว่างกลุ่มที่ดำเนินการด้วยทันตบุคลากรและไม่ใช่ทันตบุคลากร และ (3) ศึกษาความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ต่อการส่งเสริมทันตสุขภาพคนพิการ โดยการเยี่ยมบ้านในอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

##### 1.2 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ คนพิการทางกาย อาศัยในอำเภอบางระกำ จำนวน 2,044 ราย คำนวณตัวอย่างได้จำนวน 68 คน แต่เนื่องจากในการวิจัยส่วนใหญ่จะมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้จนเสร็จสิ้นการวิจัย จึงมีการเตรียมกลุ่มตัวอย่างเพิ่ม รวมเป็น 84 คน สุ่มตัวอย่างโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ โดยมีวิธีการสุ่มตัวอย่างตามลำดับ คือ สุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีทันตบุคลากร กับไม่มีทันตบุคลากร โดยคำนึงถึงขนาดที่เท่ากัน คือ สุ่มขนาด M อย่างละ 1 แห่ง และขนาด S อย่างละ 1 แห่ง แล้วจึงเลือกคนพิการตามเกณฑ์ ที่ยินดีเข้าร่วมศึกษา โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการเยี่ยมบ้าน โดยการใช้เครื่องมือ 2 แบบ ได้แก่ คู่มือกินความสุข กินรอยยิ้ม คนพิการ ซึ่งเป็นคู่มือที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจช่องปากด้วยตนเอง โรคในช่องปาก สาเหตุของการเกิดโรค การป้องกันโรค การดูแลสุขภาพช่องปาก การเลือกใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก และการเลือกรับประทานอาหาร เป็นแนวทางในการให้บุคลากร

พูดคุยกับคนพิการ รวมถึงมีเอกสารเพื่อให้คนพิการสามารถอ่านได้ คู่มือกระบวนการเยี่ยมบ้าน เพื่อส่งเสริมทัศนศึกษาคนพิการเป็นแนวทางการประเมินกลุ่มตัวอย่าง และการสร้างความเชื่อใจ ในความสามารถแก่กลุ่มตัวอย่าง และ แบบสอบถามสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านผู้ป่วย ส่วนที่ 2 ความเชื่อในความสามารถดูแลทัศนศึกษา ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลทัศนศึกษา และส่วนที่ 4 สภาวะทัศนศึกษา ซึ่งผ่านการตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการ ทำงานกับคนพิการและผู้สูงอายุ 2 ท่าน และทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเครื่องมือและวัสดุ 1 ท่าน จากการคำนวณคะแนนของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน พบว่า แบบสอบถามและแบบบันทึก ผลการตรวจสภาพช่องปาก มีค่าดัชนีความสอดคล้องสัมพันธ์ (Index of concurrence : IOC) รายข้อ อยู่ระหว่าง 0.33-1 และดัชนีความสอดคล้องสัมพันธ์ภาพรวมของแบบสอบถาม IOC เท่ากับ 0.77 โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสามท่าน มาทดลองใช้ (Try out) กับ คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน นำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลปัจจัย ด้านผู้ป่วย ความเชื่อในความสามารถดูแลทัศนศึกษา พฤติกรรมการดูแลทัศนศึกษา และแบบบันทึก ผลการตรวจประเมินสุขภาพช่องปาก โดยใช้การหาค่าวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.77

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เลขที่รับรอง 013/2561 ให้การ รับรองวันที่ 23 สิงหาคม 2561 และให้การรับรองถึงวันที่ 22 สิงหาคม 2562 กลุ่มตัวอย่างได้รับคำอธิบาย วัตถุประสงค์ของการศึกษา และการศึกษาครั้งนี้ต้องได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ทั้งแบบ ลายลักษณ์อักษร และความยินยอมทางวาจาในรายที่ไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูล โดยใช้รหัสแทนชื่อ-สกุล ข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และนำมาใช้เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามและแบบบันทึกผลการตรวจสภาวะ ทัศนศึกษา ในเดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561 จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ใช้สถิติเชิงอนุมาน โดยใช้การทดสอบที (t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

### 1.3 ผลการวิจัย

จากการศึกษาสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

#### 1.3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ในส่วนของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 44 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน ในกลุ่มทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 63.6 โดยพบช่วงอายุ 41 – 50 ปีมากที่สุด ร้อยละ 34.1 รองลงมาจะอยู่ในช่วง 61 – 70 ปี ร้อยละ 22.7 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 51.8 ปี และกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยที่สุด คือ 22 ปี และอายุมากที่สุด คือ 77 ปี ด้านสถานภาพการสมรส กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส ร้อยละ 52.3 ด้านการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด คือ ร้อยละ 63.6 ด้านอาชีพพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 61.4 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 15.9 ด้านรายได้นั้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 2,000 บาท โดยมีรายได้น้อยที่สุด 800 บาท และรายได้สูงที่สุด 6,000 บาท สถานะความพิการส่วนใหญ่พบว่าเป็นภายหลังจากกำเนิด ร้อยละ 70.5 และพบช่วงจำนวนปีที่มีความพิการของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดคือ มากกว่า 21 ปี ร้อยละ 40.9 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ทั้งหมด ร้อยละ 79.5 และส่วนใหญ่มีผู้ดูแลทุกวัน ร้อยละ 81.8

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 62.5 โดยพบช่วงอายุ 51 – 60 ปีมากที่สุด ร้อยละ 30.0 รองลงมาจะอยู่ในช่วง 61 – 70 ปี ร้อยละ 25.0 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 57.2 ปี และกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยที่สุด คือ 16 ปี และอายุมากที่สุด คือ 79 ปี ด้านสถานภาพการสมรส กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส ร้อยละ 70.0 ด้านการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด คือ ร้อยละ 75.0 ด้านอาชีพพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 57.5 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 20.0 ด้านรายได้นั้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 2,000 บาท โดยมีรายได้น้อยที่สุด 800 บาท และรายได้สูงที่สุด 12,000 บาท สถานะความพิการส่วนใหญ่พบว่าเป็นภายหลังจากกำเนิด ร้อยละ 77.5 และพบช่วงจำนวนปีที่มีความพิการของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดคือ น้อยกว่า 6 ปี ร้อยละ 27.5 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ทั้งหมด ร้อยละ 77.5 และส่วนใหญ่มีผู้ดูแลทุกวัน ร้อยละ 92.5

#### 1.3.2 ความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพ

ในส่วนข้อมูลด้านความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเดียวกัน ในกลุ่มทดลองพบว่าความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยมีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้นหลังการ

ทดลอง จากร้อยละ 65.9 เป็นร้อยละ 77.3 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมพบว่าความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพก่อนการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 45.0 ในขณะที่หลังการทดลอง พบว่าความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี โดยมีสัดส่วนของระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.5 เป็นร้อยละ 77.5 ในขณะที่ความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองระดับความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีร้อยละ 65.9 ในขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 45.0 แต่เมื่อเปรียบเทียบความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพหลังการทดลองพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี และมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน เป็นร้อยละ 77.3 และร้อยละ 77.5 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์คะแนนความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเดียวกัน ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มก่อนการทดลอง และผลต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม หลังการทดลอง พบว่าคะแนนความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพระหว่างสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงในกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### 1.3.3 พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ

พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มเดียวกัน พบว่า พฤติกรรมทันตสุขภาพของกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 72.7 และร้อยละ 70.5 ตามลำดับ โดยมีการเพิ่มของพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพระดับดีเพิ่มสูงขึ้น จากร้อยละ 4.5 เป็นร้อยละ 8.2 และพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้กับกลุ่มทดลอง โดยพบก่อนและหลังการทดลองเป็นร้อยละ 65.0 และร้อยละ 75.0 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของกลุ่มทดลอง



และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้และมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 72.7 และร้อยละ 65.0 ตามลำดับ ในขณะที่หลังการทดลองระดับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มยังอยู่ในระดับพอใช้เช่นเดิม โดยในกลุ่มทดลองลดลงเป็นร้อยละ 70.5 และกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 75.0 แต่มีสัดส่วนการเพิ่มของพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพในระดับดีเพิ่มสูงขึ้นทั้งสองกลุ่ม โดยในกลุ่มทดลองเพิ่มจากก่อนทดลองร้อยละ 4.5 เป็นร้อยละ 8.2 และกลุ่มควบคุมมีระดับดีเพิ่มจากร้อยละ 0 เป็นร้อยละ 10.0

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง และผลต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### 1.3.4 สภาวะทันตสุขภาพ

ในส่วนข้อมูลการสภาวะทันตสุขภาพ แบ่งออกเป็น 4 เรื่อง ได้แก่ ดัชนีคราบจุลินทรีย์ ความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปาก สภาพเหงือกและอวัยวะปริทันต์ และสภาวะฟันผุ

1) *ดัชนีคราบจุลินทรีย์* เปรียบเทียบดัชนีคราบจุลินทรีย์ภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยของดัชนีคราบจุลินทรีย์ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อเปรียบเทียบดัชนีคราบจุลินทรีย์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีดัชนีคราบจุลินทรีย์ และผลต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่เมื่อเปรียบเทียบดัชนีคราบจุลินทรีย์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มหลังการทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าค่าเฉลี่ยของดัชนีคราบจุลินทรีย์ที่เปลี่ยนแปลงในกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) *ความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปาก* เปรียบเทียบความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปาก ภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง พบว่าผลการตรวจความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปากก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในกลุ่มควบคุมไม่สามารถเปรียบเทียบได้เนื่องจากมีค่าคงเดิม และเมื่อเปรียบเทียบผลการตรวจความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปาก ระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3) *สภาพเหงือกและอวัยวะปริทันต์* เปรียบเทียบสภาพเหงือกและอวัยวะปริทันต์ ภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยสภาพเหงือกและอวัยวะปริทันต์ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีการเปลี่ยนแปลง จึงไม่สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติได้ และเมื่อเปรียบเทียบสภาพเหงือกและอวัยวะปริทันต์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4) *สภาวะฟันผุ* เปรียบเทียบสภาวะฟันผุภายในกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าสภาวะฟันผุก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในกลุ่มควบคุมสภาวะฟันผุก่อนและหลังการทดลองมีค่าคงเดิม จึงไม่สามารถเปรียบเทียบทางสถิติได้ ในขณะที่สภาวะฟันผุเปรียบเทียบภายในกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## 2. อภิปรายผล

### 2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ในส่วนของคุณสมบัติทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ช่วงอายุ 41-60 ปี และอยู่ในสถานภาพสมรส สอดคล้องกับหลายการศึกษา เช่น การศึกษาของ สมณรักษ์ สุวรรณทรัพย์ และคณะ (2559) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.0 เป็นเพศชาย กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 41-60 ปี และอยู่ในสถานภาพสมรสร้อยละ 50.5 และการศึกษาของธัญลักษณ์ หมือ้ม และคณะ (2554) ที่พบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.8 โดยช่วงอายุที่พบส่วนมากอยู่ในระหว่างช่วงอายุ 41 – 60 ปี

ด้านการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด ด้านอาชีพพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และ ด้านรายได้ส่วนใหญ่พบว่า มีรายได้จากการที่รัฐสนับสนุนเท่านั้น ได้แก่ จากเบี้ยความพิการ และเบี้ยผู้สูงอายุในรายได้ที่มีอายุมากกว่า 60ปี สอดคล้องกับหลายการศึกษา เช่น การศึกษาของธัญลักษณ์ หมือ้ม และคณะ (2554) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.9 การศึกษาของยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ (2554) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.0 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 58.8 และการศึกษาของ สมณรักษ์ สุวรรณทรัพย์ และคณะ (2559) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.2 และการศึกษาของอนุชา นิลประพันธ์ (2548) ซึ่งพบว่าปัญหาของคนพิการส่วนใหญ่คือปัญหาความยากจน ไม่มีรายได้ ไม่มีอาชีพ

สภาวะความพิการส่วนใหญ่พบว่า เป็นภายหลังจากกำเนิด สอดคล้องกับการศึกษาของยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ (2554) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นความพิการภายหลังคิดเป็นร้อยละ 60.0 ซึ่งสาเหตุความพิการที่พบส่วนใหญ่เกิดจากผลของ โรคเรื้อรังไม่ติดต่อ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน และพบช่วงจำนวนปีที่มีความพิการของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดคือมากกว่า 21 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ (2554) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่พิการมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 67.5 ร้อยละ 33.33 แต่แตกต่างจากการศึกษาของ สมรินทร์ สุวรรณทรัพย์ และคณะ (2559) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระยะเวลาที่พิการน้อยกว่า 10 ปี

## 2.2 ความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพ

จากการศึกษาความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพทั้งสามข้อ ได้แก่ การตรวจช่องปากของตนเอง การแปรงฟันและการเลือกใช้ยาสีฟัน และการเลือกและการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมทันตสุขภาพ พบว่า ความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มก่อนการทดลอง ระดับความเชื่อของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับดี แต่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ โดยในกลุ่มควบคุมสอดคล้องกับการศึกษาของน้ำค้าง ว่องเกษญา (2541) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง แต่ความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มหลังการทดลอง พบว่าทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับดี

เมื่อเปรียบเทียบความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่า ความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมี  $\bar{x} = 33.27$ , S.D. = 4.05 และหลังการทดลองมี  $\bar{x} = 34.77$ , S.D. = 3.92 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองมี  $\bar{x} = 30.77$ , S.D. = 5.92 และหลังการทดลองมี  $\bar{x} = 34.77$ , S.D. = 3.94 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษาของยศวรวิร์ กิรติภักวัต (2557) ซึ่งมีกิจกรรมที่คล้ายคลึงกับการใช้โปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพ พบว่าเมื่อกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมดังนี้ คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ และเตรียมความพร้อม 2) การให้ความรู้ 3) การกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม 4) การฝึกปฏิบัติทักษะที่จำเป็น 5) กิจกรรมการติดตามเยี่ยม ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ในสมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมมารดาที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

และความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมีความแตกต่างกัน โดยในกลุ่มทดลองมี  $\bar{x} = 33.27$ , S.D. = 4.05

และกลุ่มควบคุมมี  $\bar{x} = 30.77$ , S.D. = 5.92 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองมี  $\bar{x} = 34.77$ , S.D.= 3.92 และในกลุ่มควบคุมมี  $\bar{x} = 34.77$ , S.D. = 3.94 ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความแตกต่างของคะแนนความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพของแต่ละกลุ่มพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนต่างกันก่อนและหลังการทดลอง 1.5 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนต่างกันก่อนและหลังการทดลอง 4.00 คะแนน

ซึ่งจะเห็นว่าความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 แต่ภายหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพแล้ว คะแนนความเชื่อในความสามารถของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีคะแนนต่างกันก่อนและหลังการทดลอง 1.5 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนต่างกันก่อนและหลังการทดลอง 4.00 คะแนน แสดงให้เห็นว่า ความเชื่อในกลุ่มทันตบุคลากรก่อนการทดลองดีกว่า แต่เมื่อได้รับโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพแล้ว หลังการทดลองพบว่า ไม่ใช่ทันตบุคลากรเท่านั้นที่สร้างความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพได้ดีกว่า และจากการถดถอยของคะแนน เนื่องจากในกลุ่มทดลองมีคะแนนก่อนการทดลองที่สูงอยู่แล้ว หลังการทดลองคะแนนจึงเพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของวิลเลียม และคณะ (Williams B. et al. 2017) ที่ศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อในความสามารถแห่งตนระหว่างนักศึกษาระดับปริญญาตรีด้านสุขภาพในมหาวิทยาลัย จากสาขาสาธารณสุข สังคมสงเคราะห์ และการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ กับบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าความเชื่อในความสามารถแห่งตนของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

### 2.3 พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ

จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพทั้งสามข้อ ได้แก่ การตรวจช่องปากของตนเอง การแปรงฟันและการเลือกใช้ยาสีฟัน และการเลือกและการรับประทานอาหาร ระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มก่อนการทดลอง พบว่าพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ในขณะที่หลังการทดลองระดับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มยังอยู่ในระดับพอใช้ แต่มีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพในระดับดีเพิ่มสูงขึ้นทั้งสองกลุ่ม สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ อังกะสิทธิ์ (2548) ที่มีพฤติกรรมสุขภาพเมื่อยังไม่พิการของคนพิการ และพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเริ่มเจ็บป่วยด้วยอุบัติเหตุของคนพิการอยู่ในระดับค่อนข้างดี

เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลอง มี  $\bar{x} = 27.09$ , S.D. = 4.92 และหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

มี  $\bar{x} = 29.34$ , S.D.= 3.93 ส่วนกลุ่มควบคุมพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพก่อนการทดลองมี  $\bar{x} = 25.70$ , S.D. = 5.42 และหลังการทดลองมี  $\bar{x} = 28.23$ , S.D. = 4.07 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษาของสูวิภา อนันต์ชนสวัสดิ์ (2538) และการศึกษาของ ญาดา อุ่ณสุข (2543) ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการปฏิบัติด้านทันตสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการศึกษาของไซจาลาและคณะ (Syrjala AM. et al. 1999) ที่ทำการศึกษผลของความเชื่อในความสามารถทางทันตสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพและสภาวะทันตสุขภาพ พบว่าความเชื่อในความสามารถด้านการแปร่งฟันและการประเมินการทำความสะอาดช่องปากของตนเองมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทันตสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.0005$ ) และการศึกษาของ มิซุทานิและคณะ (Mizutani S. et al., 2012) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อในความสามารถแห่งตนกับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก พบว่าความเชื่อในความสามารถแห่งตนที่เพิ่มสูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น

และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมทันตการดูแลทันตสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ซึ่งเห็นได้ว่าการได้รับ โปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพที่ดีขึ้นในทั้งสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

#### 2.4 สภาวะทันตสุขภาพ

จากการศึกษาข้อมูลสภาวะทันตสุขภาพ แบ่งออกเป็น 4 เรื่อง ได้แก่ ดัชนีคราบจุลินทรีย์ ความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปาก และสภาพเหงือกและอวัยวะปริทันต์ และสภาวะฟันผุ ผลการศึกษาเปรียบเทียบดัชนีคราบจุลินทรีย์ภายในกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมี  $\bar{x} = 2.03$ , S.D. = 0.39 และหลังการทดลองมี  $\bar{x} = 1.27$ , S.D. = 0.49 และดัชนีคราบจุลินทรีย์ก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมมี  $\bar{x} = 2.34$ , S.D.=0.49 และหลังการทดลองมี  $\bar{x} = 1.26$ , S.D. = 0.59 ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของมาสคาเรนาส (Mascarenhas AK. 1998) ที่พบว่ามีค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์  $1.00 \pm 0.48$  และบีสบร็อก และคณะ (Biesbrock AR. et al. 2002) พบว่ามีค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์ 1.770-1.897 ดัชนีคราบจุลินทรีย์เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษาของ ญาดา อุ่ณสุข (2543) ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยของปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงได้นำไปหาค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ที่แตกต่างก่อนและหลังการทดลองแล้วนำมาทดสอบ พบกลุ่มทดลองมีค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ที่ต่างกันก่อนและ



หลังการทดลอง -0.76 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์ที่ต่างกันก่อนและหลังการทดลอง -1.09 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งการศึกษาของไซจาลาและคณะ (Syrjala AM. et al. 1999) พบว่าความเชื่อในความสามารถด้านการแปรงฟันและการประเมินการทำ ความสะอาดช่องปากของตนเองทำให้คราบจุลินทรีย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.0005$ ) และการศึกษา ของมิซุทานิและคณะ (Mizutani S. et al. 2012) พบว่าความเชื่อในความสามารถแห่งตนเองมีผลต่อ พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่ดีทำให้ลดคราบจุลินทรีย์ได้

พบว่าค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 แต่ภายหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพแล้วดัชนีคราบ จุลินทรีย์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลอง มีดัชนีคราบจุลินทรีย์ที่แตกต่างกันก่อนและหลังการทดลอง -0.76 ส่วนกลุ่มควบคุมต่างกันก่อนและ ภายหลังการทดลอง -1.09 แสดงให้เห็นว่าค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ในกลุ่มทันตบุคลากรก่อนการทดลอง ดีกว่าแต่เมื่อได้รับโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพแล้ว ภายหลังการทดลองพบว่า ไม่ใช่ทันตบุคลากรเท่านั้น ที่สามารถควบคุมดัชนีคราบจุลินทรีย์ได้ดีกว่า และจากการถดถอยของคะแนน เนื่องจากในกลุ่มทดลอง มีผลรวมดัชนีคราบจุลินทรีย์ก่อนการทดลองที่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอยู่แล้ว ภายหลังการทดลองผลรวมของ ดัชนีคราบจุลินทรีย์จึงลดลงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ในขณะที่ความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปากเปรียบเทียบภายในกลุ่มก่อนและหลัง การทดลอง พบว่าก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองมี  $\bar{x} = 0.02$ , S.D. = 0.15 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มี  $\bar{x} = 0.00$ , S.D. = 0.00 และความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปากก่อนการทดลองในกลุ่มควบคุม มี  $\bar{x} = 0.05$ , S.D. = 0.22 และหลังการทดลองมี  $\bar{x} = 0.05$ , S.D. = 0.22 ซึ่งผลก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สภาพเหงือกและอวัยวะปริทันต์เปรียบเทียบภายในกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง โดยก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองมี  $\bar{x} = 0.95$ , S.D. = 0.21 ภายหลังการทดลองมี  $\bar{x} = 0.95$ , S.D. = 0.21 และในกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองสภาพเหงือกและอวัยวะปริทันต์ มี  $\bar{x} = 0.95$ , S.D. = 0.22 และหลัง การทดลองมี  $\bar{x} = 0.95$ , S.D. = 0.22 ซึ่งสภาพเหงือกและอวัยวะปริทันต์ภายในกลุ่มก่อนและหลัง การทดลองไม่สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติได้ เนื่องจากมีค่าคงที่ และสภาพเหงือก และอวัยวะปริทันต์ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ โดยจากผลตรวจสภาพเหงือกและอวัยวะปริทันต์ที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงนั้น เนื่องจากหากมีการ สูญเสียอวัยวะปริทันต์แล้วจะไม่สามารถคืนกลับได้ ดังนั้นการใช้โปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพ ควรทำในคนพิการที่เกิดความพิการในช่วงแรกเพื่อป้องกัน โรคเหงือกและปริทันต์ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็น ก่อนจะเกิดการสูญเสียอวัยวะปริทันต์



และสภาวะฟันผุ เปรียบเทียบภายในกลุ่ม ก่อนและการทดลองพบว่าก่อนการทดลอง สภาวะฟันผุในกลุ่มทดลองมี  $\bar{x} = 0.91$ , S.D. = 0.29 หลังการทดลองมี  $\bar{x} = 0.83$ , S.D. = 0.39 และสภาวะฟันผุก่อนการทดลองในกลุ่มควบคุมมี  $\bar{x} = 0.83$ , S.D. = 0.39 หลังการทดลองมี  $\bar{x} = 0.83$ , S.D. = 0.39 ซึ่งสภาวะฟันผุเปรียบเทียบภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และในกลุ่มควบคุมสภาวะฟันผุมีค่าคงที่ จึงไม่สามารถเปรียบเทียบทางสถิติได้ ในขณะที่สภาวะฟันผุเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการทดลองจึงสรุปได้ว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพ ทำให้สภาวะทันตสุขภาพดีขึ้น โดยเฉพาะในด้านดัชนีคราบจุลินทรีย์ทั้งสองกลุ่มที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่ด้านความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปาก และสภาวะฟันผุในกลุ่มทดลองดีขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากทันตบุคลากรสามารถนัดหมายกลุ่มตัวอย่างให้ไปทำการรักษาได้เลย ดังนั้นจึงมีการลดของสภาวะ โรคในบางกลุ่มที่สามารถคืนกลับได้ แต่พบว่าผลของโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพเหงือกและอวัยวะปริทันต์ เนื่องจากโรคเหงือกเมื่อลุกลามเป็นโรคปริทันต์จนมีการสูญเสียอวัยวะปริทันต์แล้วจะไม่สามารถเกิดการคืนกลับได้ ดังนั้นการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจึงควรมีการใช้ในระยะก่อนที่จะเกิดโรคปริทันต์ หรือเริ่มใช้ตั้งแต่มีความพิการในระยะเริ่มต้น หรือในช่วงกลุ่มวัยก่อนการเกิดโรค

#### ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ และสภาวะทันตสุขภาพของคนพิการหลังการส่งเสริมทันตสุขภาพคนพิการด้วยการเยี่ยมบ้าน โดยทันตบุคลากรดีกว่าก่อนการเยี่ยมบ้าน

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ และสภาวะทันตสุขภาพ ด้านดัชนีคราบจุลินทรีย์ หลังการส่งเสริมทันตสุขภาพคนพิการด้วยการเยี่ยมบ้าน โดยทันตบุคลากรดีกว่าก่อนการเยี่ยมบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

โดยสรุป สภาวะทันตสุขภาพ ด้านความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปาก สภาพเหงือกและอวัยวะปริทันต์ และสภาวะฟันผุ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงยอมรับสมมติฐานบางส่วน

สมมติฐานที่ 2 พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ และสภาวะทันตสุขภาพของคนพิการหลังการเยี่ยมบ้านโดยไม่ใช้ทันตบุคลากรดีกว่าก่อนการเยี่ยมบ้าน

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ และสภาวะทันตสุขภาพ ด้านดัชนีคราบจุลินทรีย์ หลังการส่งเสริมทันตสุขภาพคนพิการด้วยการเยี่ยมบ้าน โดยไม่ใช่ทันตบุคลากรดีกว่าก่อนการเยี่ยมบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

โดยสรุป สภาวะทันตสุขภาพ ด้านความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปาก สภาพเหงือกและอวัยวะปริทันต์ และสภาวะฟันผุ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงยอมรับสมมติฐานบางส่วน

สมมติฐานที่ 3 พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ และสภาวะทันตสุขภาพของคนพิการในพื้นที่ที่มีการดำเนินการส่งเสริมทันตสุขภาพโดยทันตบุคลากรและไม่ใช่ทันตบุคลากร ไม่มีความแตกต่างกัน

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ ในพื้นที่ที่มีการดำเนินการส่งเสริมทันตสุขภาพโดยทันตบุคลากรและไม่ใช่ทันตบุคลากร และสภาวะทันตสุขภาพ ด้านดัชนีคราบจุลินทรีย์ ความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปาก สภาพเหงือกและอวัยวะปริทันต์ และสภาวะฟันผุ หลังการทดลองไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จึงยอมรับสมมติฐาน

จากผลทดสอบสมมติฐานที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ และสภาวะทันตสุขภาพของคนพิการหลังการส่งเสริมทันตสุขภาพคนพิการด้วยการเยี่ยมบ้าน โดยทันตบุคลากรดีกว่าก่อนการเยี่ยมบ้าน พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ และสภาวะทันตสุขภาพของคนพิการหลังการเยี่ยมบ้าน โดยไม่ใช่ทันตบุคลากรดีกว่าก่อนการเยี่ยมบ้าน และพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ และสภาวะทันตสุขภาพของคนพิการในพื้นที่ที่มีการดำเนินการส่งเสริมทันตสุขภาพ โดยทันตบุคลากรและไม่ใช่ทันตบุคลากรไม่มีความแตกต่างกัน ทำให้สรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพมีประสิทธิภาพในการทำให้คนพิการมีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพและสภาวะทันตสุขภาพดีขึ้น และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ ที่ไม่จำเป็นต้องเป็นทันตบุคลากรสามารถใช้โปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพในการทำให้คนพิการมีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ และสภาวะทันตสุขภาพที่ดี ดังนั้นจึงเสนอแนะให้เจ้าหน้าที่บุคลากรสาธารณสุขนำโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพไปใช้เพื่อให้คนพิการในประเทศไทยได้รับความครอบคลุมในการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

### 3. ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาผลของการส่งเสริมทันตสุขภาพในคนพิการโดยการเยี่ยมบ้านด้วยทันตบุคลากร และไม่ใช่ทันตบุคลากร ของอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

#### 3.1 ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการศึกษาไปใช้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ ผู้วิจัยขอเสนอความคิดเห็น ดังต่อไปนี้

3.2.1 จากผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพและสภาวะทันตสุขภาพ ด้านดัชนีคราบจุลินทรีย์มีความแตกต่างกันภายหลังจากการได้รับโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพ ดังนั้นควรพัฒนาเจ้าหน้าที่ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการใช้โปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพ เพื่อให้คนพิการได้รับการพัฒนาความเชื่อในความสามารถ เกิดพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพและมีสภาวะทันตสุขภาพที่ดี

3.2.2 ในการศึกษาพบว่าคนพิการบางรายที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยทันตบุคลากร ในพื้นที่ที่มีทันตบุคลากรสามารถได้รับการรักษาได้เลยในกรณีปัญหาสุขภาพไม่ยุ่งยากซับซ้อน แต่ในพื้นที่ที่ไม่มีทันตบุคลากรจำเป็นต้องมีการส่งต่อคนพิการ ไปรับการรักษายังจังหว่มมีการพัฒนาระบบส่งต่อ เพื่อให้คนพิการที่ส่วนใหญ่จะมีข้อจำกัดในการเดินทางอยู่แล้วสามารถเข้าถึงบริการทันตกรรมได้โดยสะดวก

3.2.3 โปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพ เป็นโปรแกรมที่มีความเฉพาะเจาะจง และเหมาะสมในแต่ละบุคคลแตกต่างกันไป เนื่องจากคนพิการมีความพิการที่แตกต่างกันในแต่ละราย ดังนั้นควรมีการประยุกต์ใช้ให้เกิดความเหมาะสมในแต่ละบุคคล เช่น การพัฒนาแปรงสีฟันให้เหมาะสมกับสภาพความพิการ อีกทั้ง หากคนพิการรู้ปัญหาของตนเองแล้วจะทำให้ส่วนใหญ่เกิดความตระหนักและใส่ใจในการดูแลสุขภาพของตนมากขึ้น จึงควรเน้นให้คนพิการสังเกต และการตรวจดูสภาพช่องปากด้วยตนเองมากขึ้น

#### 3.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในครั้งถัดไป

3.2.1 การศึกษานี้เป็นการศึกษาโดยการเยี่ยมบ้าน ใช้วิธีการสุ่มเลือกพื้นที่ซึ่งคนพิการในแต่ละพื้นที่อาจมีความแตกต่างกัน จึงอาจมีการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเพิ่มมากขึ้น

3.2.2 การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในคนพิการ ซึ่งในบางรายต้องพึ่งพาผู้ดูแลด้านการจัดหาอาหาร สิ่งของเครื่องใช้ ทำให้ไม่สามารถเลือกและตัดสินใจเองได้ การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพให้ได้ผลดี จึงสมควรต้องมีผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนรู้ร่วมด้วย

3.2.3 การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในคนพิการ ซึ่งคนพิการบางรายไม่ได้เรียนหนังสือ จึงไม่สามารถอ่านฉลาก หรือเอกสารให้ความรู้ได้ จึงควรมีการพัฒนาสื่อการเรียนรู้ต่างๆ ให้อูเป็นตัวอย่าง เช่น การใช้รูปภาพประกอบ ในการประยุกต์เพื่อสื่อสารกับคนที่ไม่รู้หนังสือ

3.2.4 การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในคนพิการซึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้ไม่มีรายได้ จึงไม่สามารถเลือกชนิดของอาหารได้ แต่ควรมีการประสานเพื่อให้เกิดการดูแลคนพิการแบบองค์รวม เช่น การประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ท้องถิ่นอำเภอ พัฒนาการอำเภอ





บรรณานุกรม

## บรรณานุกรม

- กนกวรรณ อังกสิทธิ์. (2548). *พฤติกรรมสุขภาพและความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคนพิการ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- กณิกนันต์ สุกใส. (2552). *ปัญหาสุขภาพช่องปากและการเผชิญปัญหาการมารับบริการทันตกรรมของเด็กนักเรียนประถมศึกษาในเขตตำบลสบสาย อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่*. (วิทยานิพนธ์สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. (2560). *ฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการพิษณุโลก 2560*. พิษณุโลก: สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดพิษณุโลก.
- กรมอนามัย. (2559). *ประกาศกรมอนามัย เรื่องมาตรฐานวิชาการแปร่งสีฟัน พ.ศ. 2559*. สืบค้นจาก [http://dental2.anamai.moph.go.th/ewt\\_dl\\_link.php?nid=929](http://dental2.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=929)
- กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์. (2560). *แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลบางระกำ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560*. พิษณุโลก: โรงพยาบาลบางระกำ.
- โกเมศ วิชชาวุธ, สุณี ผลดีเยี่ยม, จารุวัฒน์ นุชราคัมรู่หะ และวารีย์ สุตกรบุทธิ์. (2552). การคาดประมาณกำลังคนด้านทันตสาธารณสุขระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2551-2560). *วิทยาสารทันตสาธารณสุข*, 14(2), 9-23.
- จุฑาวดี กมลพรมงคล, พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. (2555). ผลของการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของเด็กและทักษะการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของนักเรียนประถมศึกษาชาย. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 7(2), 84-99.
- เจนจิรา แซ่ลิ้ม. (2544). *ผลของโปรแกรมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดชลบุรี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, ลือชัย ศรีเงินยวง, ณรงค์ฤทธิ์ อัครวงศ์พิภพ, ชันวรุจน์ บุณสุขสกุล, วนิตา ชนินทุยทรวงศ์, วิมลวรรณ ปัญญาว่อง และคณะ. (2561). สถานการณ์ความพิการและการเข้าถึงบริการสุขภาพและบริการที่จำเป็นของรัฐสำหรับเด็กพิการในชุมชน. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(3), 469-479.



- ญาคา อุ่นสุข. (2543). *ประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขภาพ โดยการใช้ร่วมของโรงเรียน ในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก*. (วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ชัยลักษณ์ หมือ้ม, พัทธมภ์ มังมดี และสุกษา คำเขียน. (2554). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการ ทางกายจังหวัดพิษณุโลก*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- นิตยา บัวสาย. (2551). *การพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่บ้าน, กรณีศึกษา ชุมชนแห่งหนึ่งเขตอำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- นุชนาถ สะกะมะณี. (2541). *ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ต่อความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาครั้งแรกของมารดาหลังคลอด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- น้ำค้าง ว่องเกษญา. (2541). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูญเสียแขนขา*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- บุญสืบ โสโสม, สุจินตนา พันธุ์กล้า, ประมวล ทองตะนูนาม, สุมาลี เอี่ยมสมัย, วรวิทย์ ชัยพรเจริญศรี, วรธนา ชัยชนะรุ่งเรือง และคณะ (2555). *กระบวนการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งเพื่อการ สร้างเสริมสุขภาพสำหรับบุคคลที่มีความพิการ: กรณีศึกษาจากเครือข่ายภาคีสุขภาพ*. สระบุรี: สระบุรีการพิมพ์.
- บุศรินทร์ รัตนสิทธิ์. (2553). *ผลของ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถและความเครียดจากความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- “ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2)” พ.ศ. 2555 (2555, 26 กรกฎาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 129 ตอนพิเศษ 119ง. หน้า 22-23.

- “ประกาศคณะกรรมการว่าด้วยฉลาก ฉบับที่ 33 (พ.ศ. 2555) เรื่อง ให้แปรงสีฟันเป็นสินค้าที่ควบคุมฉลาก (ฉบับที่ 2)” (2555, 6 มิถุนายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 129 ตอนพิเศษ 89ง. หน้า 44.
- “พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550” (2550, 27 กันยายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 124 ตอนที่ 61 ก. หน้า 8-24.
- “พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2556 (ฉบับที่ 2)” (2556, 29 มีนาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 130 ตอนที่ 30 ก. หน้า 6-12.
- พิศมัย นาทัน. (2555). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- เพชร เหล่าพิลัย และมานพ คณะโต. (2559). การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของผู้พิการในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนของประเทศไทย. *วารสารการพัฒนาศาสนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 4(1), 95-112.
- ภัทรกิติ โกมลกิติ. (2554). ชีวิตและข้อจำกัดด้านการเดินทางของผู้พิการไทย. *วารสารวิชาการคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 1, 63-77.
- ยศพล เหลืองโสมนภา, สาคร พร้อมเพระ และสุกัญญา ชันวิเศษ. (2554). คุณภาพชีวิต ปัญหา และความต้องการ ของผู้พิการในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 28(2), 98-109.
- ยศรวีร์ กิรติภควัด. (2557). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลของมารดาในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบในบุตรปฐมวัย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- “รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย” พ.ศ.2550 (2550, 24 สิงหาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 124 ตอนที่ 47 ก. หน้า 1-127.
- “รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย” พ.ศ. 2560 (2560, 6 เมษายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 134 ตอนที่ 40 ก. หน้า 1-90.
- สมนรรักษ์ สุวรรณทรัพย์, ยุวดี ลีลัคณาวิระ และวรรณรัตน์ ลาวัง. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในจังหวัดปทุมธานี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 9(3), 20-35.

- ศรุตตา แสงทิพย์บวร. (2554). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการของผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุข54 กรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ติพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.*
- สมาพร เกษเทศ. (2549). *การรับรู้ปัญหาด้านสุขภาพช่องปากและการเผชิญปัญหาในการเข้ารับบริการทันตกรรมในเขตอำเภอเมืองพิษณุโลก. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.*
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2555). *สู่ความเป็นธรรมระบบบริการสุขภาพคนพิการ. ใน HSR Forum, 1(7), 3-6.*
- สุรพงษ์ ฝ่ายเคนา. (2556). *การพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ติพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, นครราชสีมา.*
- สุรียัน นันทา. (2558). *การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ติพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.*
- สุวิภา อนันต์ชนสวัสดิ์. (2538). *ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1. (วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.*
- สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. (2550). *พฤติกรรมกับพฤติกรรม. สืบค้นจาก <http://www.royin.go.th/?knowledges=%20พฤติกรรม-กับ-พฤติกรรม-๕>.*
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงมหาดไทย. (2550). *มาตรฐานคำจำกัดความ มาตรฐานทางสถิติ. สืบค้นจาก <http://statstd.nso.go.th/definition/projectdetail.aspx?periodId=90&defprodefId=1196>*
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2555). *การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.*
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *คู่มือมาตรฐานกลางประเมินความสามารถตามประเภทความพิการและให้รหัส ICF ฉบับปี 2012. สืบค้นจาก [http://thcc.or.th/ICF/BOOK\\_ICF.pdf](http://thcc.or.th/ICF/BOOK_ICF.pdf)*
- สำนักทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *คืนความสุข คืนรอยยิ้ม ผู้สูงวัย. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.*

- สำนักทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *ฟันสะอาด เหงือกแข็งแรง*. สมุทรปราการ: ชัมริง อีโบล.
- สำนักทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ).
- หัตยา ชาลิ่งสี. (2552). *ผลการเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมกาเลีย่งทารกในโรงพยาบาลไพศาลี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์. นครสวรรค์.
- องค์การอนามัยโลก. (2010). *การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชน : แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชน*. เข้าถึงได้จาก [https://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/ฟื้นฟู/CBR%20guideline\\_health\\_Thai-SNMRC.pdf](https://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/ฟื้นฟู/CBR%20guideline_health_Thai-SNMRC.pdf) สืบค้น 31 มกราคม 2561
- อนุชา นิลประพันธ์. (2548). *รูปแบบการพัฒนาสุขภาพคนพิการในชนบทจังหวัดขอนแก่น*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- Abdul Karimu ATF. (2018). *Disabled persons in Ghanaian health strategies: reflections on the 2016 adolescent reproductive health policy*. Retrieved October 31, 2018 from Pubmed.
- Bandura Albert. (1977). *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. *Journal of Advance in Behaviour Research and Therapy*, 1(4), 139-161.
- Bandura Albert. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Clinical and Social Psychology*, 4(3), 359-373.
- Bandura Albert. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (pp. 71-81). New York: Academic. Reprinted in H. Friedman (Ed.) *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic.
- Bandura Albert. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and company.
- Biesbrock AR., Walters PA., Bartizek RD. (2002). The relative effectiveness of six powered toothbrushes for dental plaque removal. *Journal of Clinical Dentistry*, 13(5), 198-202.
- Bollard Martin. (2017). Health promotion and intellectual disability: listening to men. *Journal of Health and Social Care in the Community*, 25(1), 185-193.
- Brickhouse TH., Haldiman RR., Evani B. (2013). The Impact of a Home Visiting Program on Children's Utilization of Dental Services. *Journal of Pediatrics*, 130(suppl 2), 147-152.

- Hofmeister M., Memedovich A., Dowsett LE., *et al.* (2018). *Palliative care in the home: a scoping review of study quality, primary outcomes, and thematic component analysis.*  
Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29514620>
- Joshi Mahasweta, Jayakumar, Joshi Nikhil. (2012). Comparative Evaluation for Assessing Oratest as a Diagnostic Tool for Evaluation of Plaque Levels & Gingivitis. *Journal of Dental & Allied Sciences*, 1(2), 52-56.
- Mascarenhas AK. (1998). Oral hygiene as a risk indicator of enamel and dentin caries. *Journal of Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 26(5), 331-339.
- Mizutani S., Ekuni D., Furuta M., Tomofuji T., Irie K., Azuma T., *et al.* (2012). Effects of self-efficacy on oral health behaviours and gingival health in university students aged 18- or 19-years-old. *Journal of Clinical Periodontology*, 39(9), 844-849.
- Ramseier A. Christoph, Suvan E. Jean. (2010). *Health Behavior Change in the Dental Practice.* Iowa: Wiley-Blackwell.
- Silness J., Loe H. (1964). Periodontal Disease in Pregnancy II. Correlation between Oral Hygiene and Periodontal Condition. *Acta Odontologica Scandinavica*, 22, 121-135.
- Syrjala AM., Knecht MC., Knuutila ML. (1999). Dental self-efficacy as a determinant to oral health behaviour, oral hygiene and HbA<sub>1c</sub> level among diabetic patients. *Journal of Clinical Periodontology*, 26(9), 616-621.
- Williams B., Beovich B., Ross L., Wright C., Ilic D. (2017). Self-efficacy perceptions of interprofessional education and practice in undergraduate healthcare students. *Journal of Interprofessional Care*, 31(3), 335-341.
- World Health Organization. (2018). *Disability and Health.* Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/>



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัย

ราชภัฏสกลนคร



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย



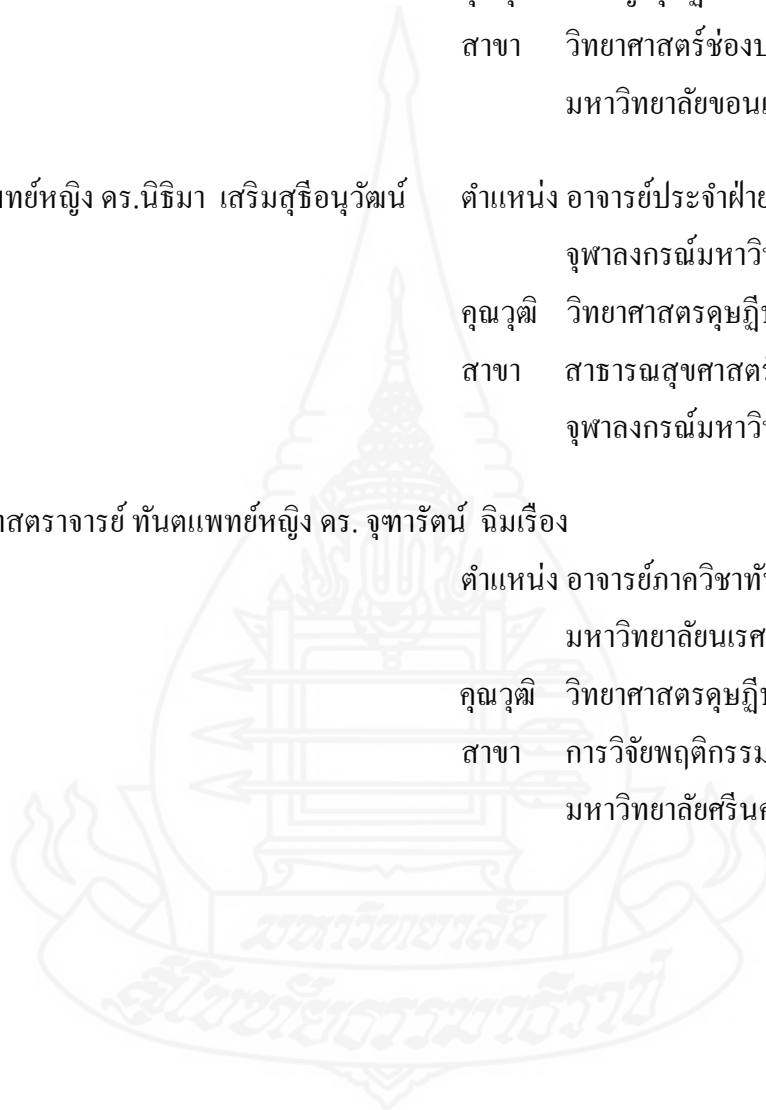
## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1. ทันตแพทย์หญิง ดร.ศรียุทธิพงษ์ ชาลีเครือ
 

	ตำแหน่ง	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
		ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
	คุณวุฒิ	ปรัชญาคุษฎีบัณฑิต
	สาขา	วิทยาศาสตร์ช่องปาก
		มหาวิทยาลัยขอนแก่น
  
2. ทันตแพทย์หญิง ดร.นิธิตา เสริมสุธีอนุวัฒน์
 

	ตำแหน่ง	อาจารย์ประจำฝ่ายวิชาการ
		จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
	คุณวุฒิ	วิทยาศาสตรคุษฎีบัณฑิต
	สาขา	สาธาณสุขศาสตร์ (นานาชาติ)
		จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
  
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร. จุฑารัตน์ ฉิมเรือง
 

	ตำแหน่ง	อาจารย์ภาควิชาทันตกรรมป้องกัน
		มหาวิทยาลัยนเรศวร
	คุณวุฒิ	วิทยาศาสตรคุษฎีบัณฑิต
	สาขา	การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
		มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ





ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล

เรื่อง ผลของการส่งเสริมทัศนสุขภาพในคนพิการ โดยการเยี่ยมบ้านด้วยทัศนบุคลากร  
และไม่ใช้ทัศนบุคลากร ของอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

## เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามข้อมูล ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสำรวจความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพ แบบสำรวจพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพของคนพิการ แบบสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ แบบประเมินสภาวะช่องปากคนพิการ และปัญหาและข้อเสนอแนะของผู้ให้บริการ ดังแสดงด้านล่าง

### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

1. เพศ  1. ชาย  2. หญิง
2. อายุ .....ปี
3. สถานภาพสมรส
  - 1. โสด  2. คู่/สมรส  3. หม้าย/หย่า/แยก
4. อาชีพ
  - 1. รับราชการ  2. เกษตรกรรม  3. รับจ้าง
  - 4. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว  5. พนักงานบริษัท  6. อื่นๆ (ระบุ).....
5. ระดับการศึกษา
  - 1. ไม่ได้ศึกษา  2. ประถมศึกษา  3. มัธยมศึกษา
  - 4. อนุปริญญา/ปวส.  5. ปริญญาตรี  6. สูงกว่าปริญญาตรี
6. ระดับรายได้ต่อเดือน ..... บาท
7. แหล่งรายได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
  - 1. จากการทำงาน  2. จากผู้ดูแล/ญาติ  3. เบี้ยผู้พิการ
  - 4. เบี้ยผู้สูงอายุ  5. อื่นๆ (ระบุ).....
8. สภาวะความพิการ
  - 1. พิการแต่กำเนิด
  - 2. กรณีพิการภายหลังกำเนิด พิการมาแล้ว.....ปี

**9. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (เตรียมอาหาร)**

- 1. ช่วยเหลือตัวเองได้/ไม่ต้องมีผู้ดูแล
- 2. ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ต้องมีผู้ดูแล
- 3. ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องอาศัยผู้ดูแล

**10. การมีผู้ดูแล**

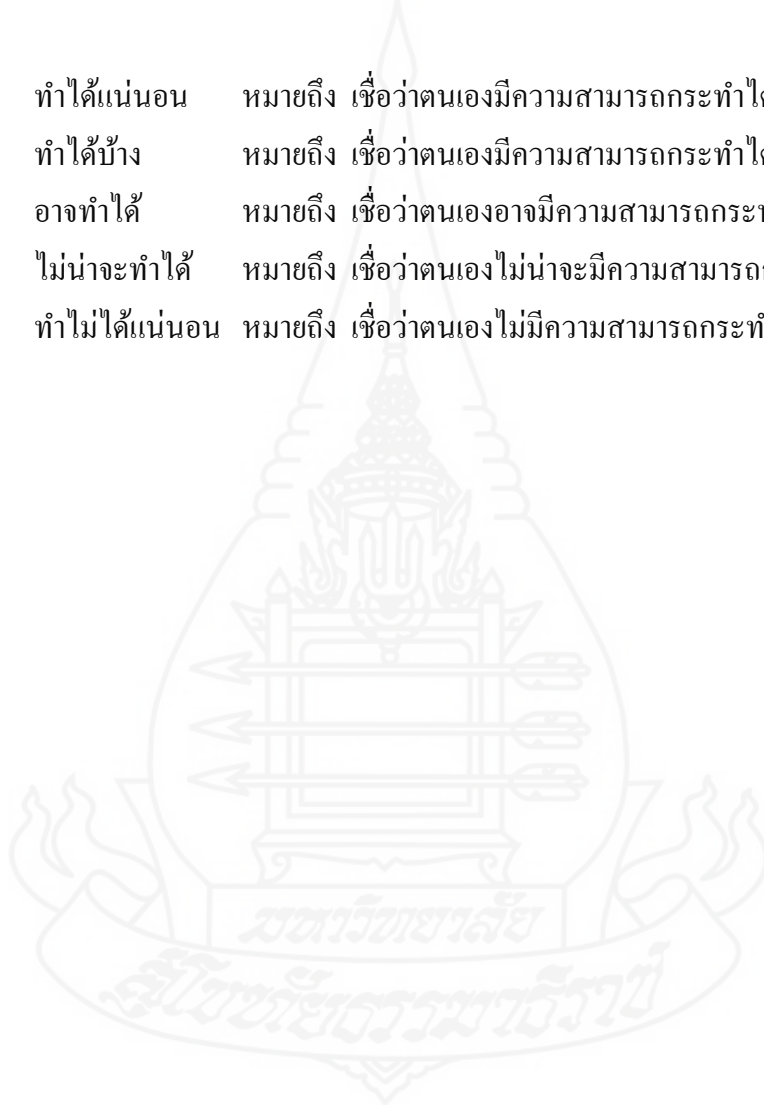
- 1. มีผู้ดูแลทุกวัน
- 2. มีผู้ดูแลบางวัน
- 3. ไม่มีผู้ดูแล



## ส่วนที่ 2 แบบสำรวจความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพ

แบ่งออกเป็น 3 เรื่อง ได้แก่ ความเชื่อในการตรวจช่องปากของตนเอง ความเชื่อในความสามารถแปรงฟันและเลือกใช้ยาสีฟันได้ด้วยตนเอง และความเชื่อในการเลือกและรับประทานอาหารด้วยตนเอง แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ทำได้แน่นอน	หมายถึง	เชื่อว่าตนเองมีความสามารถกระทำได้อย่างแน่นอน
ทำได้บ้าง	หมายถึง	เชื่อว่าตนเองมีความสามารถกระทำได้บ้าง
อาจทำได้	หมายถึง	เชื่อว่าตนเองอาจมีความสามารถกระทำได้
ไม่น่าจะทำได้	หมายถึง	เชื่อว่าตนเองไม่น่าจะมีความสามารถกระทำได้
ทำไม่ได้แน่นอน	หมายถึง	เชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถกระทำได้อย่างแน่นอน





## แบบสำรวจความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพ

ความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพ	ทำได้ แน่นอน	ทำได้บ้าง	อาจทำได้	ไม่น่า จะทำได้	ทำไม่ได้ แน่นอน
<b>การรับรู้ปัญหาในช่องปากตนเอง</b>					
ท่านสามารถทราบความผิดปกติภายในช่องปากตนเองได้					
<b>การแปรงฟันและการเลือกใช้ยาสีฟัน</b>					
ท่านสามารถแปรงฟันตอนเช้าทุกวัน					
ท่านสามารถแปรงฟันตอนเย็นหรือก่อนนอนทุกวัน					
ท่านสามารถแปรงฟันให้สะอาดทั่วถึงทั้งช่องปาก					
ท่านสามารถเลือกใช้ยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์ในการแปรงฟัน					
<b>การเลือกและการรับประทานอาหาร</b>					
ท่านสามารถรับประทานอาหารผัก/ผลไม้ได้ทุกวัน					
ท่านสามารถหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารหวาน/น้ำอัดลมได้					
ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจุกจิบระหว่างมื้ออาหารได้					

### ส่วนที่ 3 แบบสำรวจพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพของคนพิการ

แบ่งออกเป็น 3 เรื่อง ได้แก่ พฤติกรรมการตรวจช่องปาก พฤติกรรมการแปรงฟัน และ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และ แบ่งเป็นหัวข้อย่อย โดยมีการจัดทำแบบสำรวจ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติทุกวัน	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน
ปฏิบัติ 5-6 วัน	หมายถึง	ปฏิบัติ 5-6 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติ 3-4 วัน	หมายถึง	ปฏิบัติ 3-4 ต่อสัปดาห์
ปฏิบัติ 1-2 วัน	หมายถึง	ปฏิบัติ 1-2 ต่อสัปดาห์
ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง	ไม่ปฏิบัติเลยในแต่ละวัน

#### แบบสำรวจพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพของคนพิการ

พฤติกรรม	ปฏิบัติ ทุกวัน	ปฏิบัติ 5-6 วัน	ปฏิบัติ 3-4 วัน	ปฏิบัติ 1-2 วัน	ไม่ปฏิบัติ เลย
<b>การตรวจช่องปาก</b>					
สำรวจความผิดปกติในช่องปาก ของตนเอง					
<b>การแปรงฟัน</b>					
แปรงฟันตอนเช้า					
แปรงฟันตอนเย็นหรือก่อนนอน					
แปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์					
<b>การรับประทานอาหาร</b>					
รับประทานอาหารผักและผลไม้					
รับประทานอาหารหวาน/น้ำอัดลม					
การรับประทานอาหารจิบระหว่างมื้อ					

## ส่วนที่ 4 แบบสำรวจสถานะทันตสุขภาพ

แบบสำรวจสถานะทันตสุขภาพ มีการประเมินดังนี้

### 1. ค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์

วัด Plaque Index (PI) = ผลรวมของค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์

ตรวจคราบจุลินทรีย์ที่ตรวจพบบนผิวฟันซึ่งจะเห็นเป็นแนวสีแดงที่ชัดเจนชิดกับขอบเหงือก โดย บันทึก 4 ตำแหน่ง คือ ด้านแก้ม ด้านลิ้น ด้านใกล้กลาง และด้านไกลกลางของเฉพาะกลุ่มฟันตัวแทน 6 ซี่ คือ ซี่ 16, 12, 24, 36, 32, 44 ในกรณีที่ฟันตัวแทนเป็น ฟันที่ทำฟันเทียมหรือฟันที่หลุดแต่รากจะไม่บันทึกคราบจุลินทรีย์ แต่ให้พิจารณานับที่ฟันข้างเคียงแทน

การประเมินปริมาณคราบจุลินทรีย์ของด้านใกล้กลางและด้าน ไกลกลาง ให้ประเมินจากทั้งด้านแก้ม และด้านลิ้นแล้วบันทึกค่าที่สูงกว่า เช่น ถ้าด้านไกลกลางด้านแก้มอ่านค่าได้ 2 และด้านไกลกลางด้านลิ้นอ่านค่าได้ 3 ให้บันทึกปริมาณคราบจุลินทรีย์ของด้านไกลกลางเท่ากับ 3

Plaque Index (PI) = ผลรวมของค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์/ตำแหน่งที่ตรวจ (หรือ= 24\*)

\*หมายเหตุ: ตรวจฟันตัวแทน 6 ซี่ ซี่ละ 4 ตำแหน่ง ดังนั้นจำนวนตำแหน่งที่ตรวจ = 24 ดัชนีคราบจุลินทรีย์ที่นำมาใช้ปรับปรุงมาจาก Silness and Løe, 1964 โดยมีเกณฑ์ของ ดัชนีดังนี้

0 = ไม่มีคราบจุลินทรีย์

1 = มีคราบจุลินทรีย์เห็นได้เล็กน้อย โดยอาจเห็นติดสีข้อมเป็นจุดๆ บริเวณคอฟัน

2 = มีคราบจุลินทรีย์เป็นแถบบริเวณคอฟัน โดยมีปริมาณไม่เกิน 1/3 ของตัวฟัน

ทางคลินิก

3 = มีคราบจุลินทรีย์เป็นแถบปกคลุมมากกว่า 1/3 ของตัวฟันทางคลินิก

ตารางบันทึกการวัด Plaque Index (PI)

Plaque score		0	1	2	3
ซี่ฟัน					
16	ด้านแก้ม				
	ด้านลิ้น				
	ด้านใกล้กลาง				
	ด้านไกลกลาง				
12	ด้านแก้ม				
	ด้านลิ้น				
	ด้านใกล้กลาง				
	ด้านไกลกลาง				
24	ด้านแก้ม				
	ด้านลิ้น				
	ด้านใกล้กลาง				
	ด้านไกลกลาง				
36	ด้านแก้ม				
	ด้านลิ้น				
	ด้านใกล้กลาง				
	ด้านไกลกลาง				
32	ด้านแก้ม				
	ด้านลิ้น				
	ด้านใกล้กลาง				
	ด้านไกลกลาง				
44	ด้านแก้ม				
	ด้านลิ้น				
	ด้านใกล้กลาง				
	ด้านไกลกลาง				
Plaque Index (PI)					

## 2. แบบประเมินสภาวะช่องปากคนพิการ

คำถาม	คะแนน		การติดตามผล	
	ปกติ	ผิดปกติ	ใช่	ไม่ใช่
เนื้อเยื่อในช่องปาก : บริเวณริมฝีปาก แก้ม ลิ้น มีปุ่ม/ก้อนเนื้อ/ มีแผลเรื้อรัง หรือไม่	0	1		
เหงือกและอวัยวะปริทันต์ : บริเวณเหงือก มีเลือดออก/ มีฝีหนอง/ฟันโยก หรือไม่	0	1		
ฟันผุ : มีฟันผุเป็นรู เสียฟัน ฟันหัก/ฟันแตกเหลือแต่ตอฟัน หรือไม่	0	1		

ส่วนที่ 6 ปัญหาและข้อเสนอแนะของผู้ให้บริการทั้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่เป็นทันตบุคลากร  
และไม่ใช่ทันตบุคลากร ของอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก



ภาคผนวก ค

ผลการประเมินความสอดคล้องเชิงเนื้อหากับวัตถุประสงค์ (IOC)





## ผลการประเมินความสอดคล้องเชิงเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ (IOC)

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามต่อไปนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความเชื่อและพฤติกรรมที่มีผลต่อสภาวะทันตสุขภาพ

ข้อที่	ประเด็นพิจารณา	อ.ทพญ.ดร.จุฑารัตน์ ภูมิเรือง	ทพญ.ดร.ศรัญทิพย์ ชชาติศรี	ทพญ.ดร.นิธิตา เสริมสุทธิอนุวัฒน์	IOC = $\sum R/N$	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
						สอดคล้อง	ไม่สอดคล้อง	
แบบสำรวจความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพ								
1.	ท่านสามารถสังเกตกระจกเพื่อตรวจดูความผิดปกติของเหงือกและฟันของตนเองได้	0	1	0	0.33		✓	การพบทันตบุคลากรจะเหมาะสมกว่าการตรวจด้วยตัวเอง
2.	ท่านสามารถแปรงฟันตอนเช้าทุกวัน	1	0	1	0.67	✓		
3.	ท่านสามารถแปรงฟันตอนเย็นหรือก่อนนอนทุกวัน	1	1	1	1	✓		
4.	ท่านสามารถแปรงฟันให้สะอาดทั่วถึงทั้งช่องปาก	0	1	1	0.67	✓		
5.	ท่านสามารถเลือกใช้ยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์ในการแปรงฟัน	0	1	1	0.67	✓		
6.	ท่านสามารถรับประทานอาหารพวกผัก/ผลไม้ได้ทุกวัน	0	1	1	0.67	✓		

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามต่อไปนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความเชื่อและพฤติกรรมที่มีผลต่อสภาวะ  
ทันตสุขภาพ (ต่อ)

ข้อที่	ประเด็นพิจารณา	อ.แพทย์.ดร.จุฑารัตน์ นิยมเรือง	ทพญ.ดร.ศรัญทิพย์ ชาติศรี	ทพญ.ดร.นิธิตา เสริมสุริยวัฒน์	IOC= $\sum R/N$	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
						สอดคล้อง	ไม่ สอดคล้อง	
แบบสำรวจความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพ								
7.	ท่านสามารถหลีกเลี่ยง รับประทานอาหารหวาน/ น้ำอัดลมได้	0	1	1	0.67	✓		ข้อความ ทางลบควร ปรับเป็นบวก ตาม Bandura
8.	ท่านสามารถหลีกเลี่ยง การรับประทานจุบจิบ ระหว่างมือได้	0	1	1	0.67	✓		ข้อความ ทางลบควร ปรับเป็นบวก ตาม Bandura



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามต่อไปนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจพฤติกรรมที่มีผลต่อภาวะทันตสุขภาพ

ข้อที่	ประเด็นพิจารณา	อ.ทพญ.ดร.จุฑารัตน์ ฅมเรือง	ทพญ.ดร.ศรัญทิพย์ ชาลีศรีเรือ	ทพญ.ดร.นิริมา เสริมสุขอนุวัฒน์	IOC = $\sum R/N$	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
						สอดคล้อง	ไม่ สอดคล้อง	
แบบสำรวจพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพของคนพิการ								
1.	ตรวจดูความผิดปกติของ เหงือกและฟันของตนเอง	0	1	0	0.33		✓	เป็นการรับรู้ถึง อาการผิดปกติ หากไม่มีการ รับรู้ต้องตีความ ว่าตรวจอย่างไร ใช้อะไรตรวจ และต้องระบุ ได้ว่าความ ผิดปกตินั้น คืออะไรบ้าง
2.	แปรงฟันตอนเช้า	0	1	1	0.67	✓		
3.	แปรงฟันตอนเย็น หรือก่อนนอน	0	1	1	0.67	✓		
4.	ตรวจความสะอาด ของฟันโดยใช้ลิ้นสัมผัส ผิวฟันภายหลังการ แปรงฟัน	0	1	1	0.67	✓		
5.	แปรงฟันด้วยยาสีฟัน ผสมฟลูออไรด์	0	1	1	0.67	✓		
6.	รับประทานอาหาร พวกผักและผลไม้	0	1	1	0.67	✓		
7.	รับประทานอาหาร หวาน/น้ำอัดลม	0	1	1	0.67	✓		
8.	การรับประทานจูบิบ ระหว่างมือ	0	1	1	0.67	✓		

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามต่อไปนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสภาวะสุขภาพทันตสุขภาพ

ข้อที่	ประเด็นพิจารณา	อ.ทพญ.ดร.จุฬารัตน์ ภูมิเรือง	ทพญ.ดร.ศิริกัญทิพย์ ชาติเสถียร	ทพญ.ดร.นิธินา เสริมสุริยวัฒน์	IOC = $\sum R/N$	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
						สอดคล้อง	ไม่ สอดคล้อง	
แบบสภาวะทันตสุขภาพ								
1.	ประเมินสุขภาพช่องปาก โดยมีการประเมิน ด้วยการข้อมสีฟัน	-1	1	1	0.33		✓	เป็นการบันทึก คราบจุลินทรีย์ อยู่แล้ว (ตัดออก)
2.	ตรวจคราบจุลินทรีย์ โดยบันทึก 4 ตำแหน่ง คือ ด้านแก้ม ด้านลิ้น ด้านใกล้กลาง และด้าน ไกลกลางของเฉพาะฟัน ตัวแทน 6 ซี่ คือ ซี่ 16, 21, 26, 36, 41, 46 ในกรณีที่มี ฟันตัวแทนเป็น ฟันที่ทำ ฟันเทียมหรือฟันที่หลือ แต่รากจะไม่บันทึกคราบ จุลินทรีย์ แต่ให้พิจารณา บันทึกฟันข้างเคียงแทน สรุปตรวจฟันตัวแทน 6 ซี่ ซี่ละ 4 ตำแหน่ง จำนวน ตำแหน่งที่ตรวจ = 24	0	1	1	0.67	✓		
3.	เนื้อเยื่อในช่องปาก : บริเวณริมฝีปาก แก้ม ลิ้น มีปุ่ม/ก้อนเนื้อ/มีแผล เรื้อรัง หรือไม่	0	1	1	0.67	✓		

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามต่อไปนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสถานะสุขภาพทันตสุขภาพ (ต่อ)

ข้อที่	ประเด็นพิจารณา	อ.ทพญ.ดร.จุฑารัตน์ นมเรือง	ทพญ.ดร.ศรัญทิพย์ ชาลีเครือ	ทพญ.ดร.นิธิตา เสริมสุขอนุวัฒน์	IOC = $\sum R/N$	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
						สอดคล้อง	ไม่ สอดคล้อง	
แบบสภาวะทันตสุขภาพ								
4.	เหงือกและอวัยวะปริ ทันต์ : บริเวณเหงือก มี เลือดออก/มีฝีหนอง/ฟัน โยก หรือไม่	0	1	1	0.67	✓		
5.	ฟันผุ : มีฟันผุเป็นรู เสียวฟัน ฟันหัก/ ฟันแตกเหลือแต่ตอฟัน หรือไม่	0	1	1	0.67	✓		





ภาคผนวก ง

ผลการวิเคราะห์รายชื่อ



ตารางที่ 1 แสดงร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถ  
ดูแลทันตสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ความเชื่อในความสามารถ ดูแลทันตสุขภาพ	ทำได้ แน่นอน n (%)	ทำได้บ้าง n (%)	อาจทำได้ n (%)	ไม่น่า จะทำได้ n (%)	ทำไม่ได้ แน่นอน n (%)	Mean (SD)	แปลผล
<b>การรับรู้ปัญหาในช่องปากตนเอง</b>							
ท่านสามารถทราบ ความคิดปกติภายในช่องปาก ตนเองได้	22(50) 19(43.2)	10(22.7) 6(13.6)	4(9.1) 16(36.4)	4(9.1) 2(4.5)	4(9.1) 1(2.3)	3.95(1.35) 3.91(1.10)	พอใช้ พอใช้
<b>การแปรงฟันและการเลือกใช้ยาสีฟัน</b>							
ท่านสามารถแปรงฟัน ตอนเช้าทุกวัน	41(93.2) 44(100)	2(4.5) -	1(2.3) -	- -	- -	4.91(0.36) 5.0 (0.00)	ดี ดี
ท่านสามารถแปรงฟัน ตอนเย็นหรือก่อนนอนทุกวัน	32(72.7) 38(86.4)	5(11.4) 1(2.3)	4(9.1) 1(2.3)	1(2.3) 1(2.3)	2(4.5) 3(6.8)	4.45(1.07) 4.59(1.13)	ดี ดี
ท่านสามารถแปรงฟัน ให้สะอาดทั่วถึงทั้งช่องปาก	25(56.8) 21(47.7)	5(11.4) 12(27.3)	4(9.1) 4(9.1)	10(22.7) 7(15.9)	- -	4.02(1.27) 4.07(1.11)	ดี ดี
ท่านสามารถเลือกใช้ยาสีฟัน ที่ผสมฟลูออไรด์ในการ แปรงฟัน	35(79.5) 43(97.7)	3(6.8) 1(2.3)	1(2.3) -	1(2.3) -	4(9.1) -	4.45(1.25) 4.98(0.15)	ดี ดี
<b>การเลือกและการรับประทานอาหาร</b>							
ท่านสามารถรับประทานอาหารผัก/ ผลไม้ได้ทุกวัน	37(84.1) 37(84.1)	2(4.5) 2(4.5)	2(4.5) 3(6.8)	1(2.3) -	2(4.5) 2(4.5)	4.61(1.02) 4.64(0.97)	ดี ดี
ท่านสามารถหลีกเลี่ยง รับประทานอาหารหวาน/ น้ำอัดลมได้	9(20.5) 15(34.1)	13(29.5) 14(31.8)	11(25.0) 9(20.5)	5(11.4) 1(2.3)	6(13.6) 5(11.4)	3.32(1.31) 3.75(1.28)	พอใช้ พอใช้
ท่านสามารถหลีกเลี่ยง การรับประทานอาหารจุกจิบ ระหว่างมื้ออาหารได้	13(29.5) 20(45.5)	12(27.3) 9(20.5)	10(22.7) 8(18.2)	4(9.1) 2(4.5)	5(11.4) 5(11.4)	3.55(1.30) 3.84(1.36)	พอใช้ พอใช้

ตารางที่ 2 แสดงร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถ  
ดูแลทันตสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

ความเชื่อในความสามารถ ดูแลทันตสุขภาพ	ทำได้ แน่นอน n (%)	ทำได้บ้าง n (%)	อาจทำได้ n (%)	ไม่น่า จะทำได้ n (%)	ทำไม่ได้ แน่นอน n (%)	Mean (SD)	แปลผล
<b>การรับรู้ปัญหาในช่องปากตนเอง</b>							
ท่านสามารถทราบความ ผิดปกติภายในช่องปาก ตนเองได้	17(42.5) 22(55.0)	11(27.5) 9(22.5)	7(17.5) 6(15.0)	2(5.0) 1(2.5)	3(7.5) 2(5.0)	3.93(1.23) 4.20(1.11)	พอใช้ ดี
<b>การแปรงฟันและการเลือกใช้ยาสีฟัน</b>							
ท่านสามารถแปรงฟัน ตอนเช้าทุกวัน	37(92.5) 39(97.5)	1(2.5) 1(2.5)	- -	- -	2(5.0) -	4.78(0.89) 4.98(0.16)	ดี ดี
ท่านสามารถแปรงฟัน ตอนเย็นหรือก่อนนอนทุกวัน	25(62.5) 35(87.5)	1(2.5) 1(2.5)	2(5.0) -	5(12.5) 1(2.5)	7(17.5) 3(7.5)	3.80(1.67) 4.60(1.15)	พอใช้ ดี
ท่านสามารถแปรงฟัน ให้สะอาดทั่วถึงทั้งช่องปาก	13(32.5) 12(30.0)	11(27.5) 8(20.0)	7(17.5) 15(37.5)	4(10.0) 4(10.0)	5(12.5) 1(2.5)	3.58(1.38) 3.65(1.10)	พอใช้ พอใช้
ท่านสามารถเลือกใช้ยาสีฟัน ที่ผสมฟลูออไรด์ในการ แปรงฟัน	20(50.0) 35(87.5)	- 1(2.5)	3(7.5) -	3(7.5) 1(2.5)	14(35.0) 3(7.5)	3.23(1.87) 4.60(1.15)	พอใช้ ดี
<b>การเลือกและการรับประทานอาหาร</b>							
ท่านสามารถรับประทานอาหารผัก/ ผลไม้ได้ทุกวัน	25(62.5) 34(85.0)	11(27.5) 1(2.5)	2(5.0) 3(7.5)	2(5.0) 2(5.0)	- -	4.48(0.82) 4.68(0.83)	ดี ดี
ท่านสามารถหลีกเลี่ยง รับประทานอาหารหวาน/ น้ำอัดลมได้	5(12.5) 9(22.5)	18(45.0) 19(47.5)	5(12.5) 5(12.5)	7(17.5) 6(15.0)	5(12.5) 1(2.5)	3.28(1.26) 3.73(1.06)	พอใช้ พอใช้
ท่านสามารถหลีกเลี่ยง การรับประทานอาหารจุกจิบ ระหว่างมื้ออาหารได้	13(32.5) 23(57.5)	15(37.5) 13(32.5)	4(10.0) -	4(10.0) 3(7.5)	4(10.0) 1(2.5)	3.73(1.30) 4.35(1.00)	พอใช้ ดี

ตารางที่ 3 แสดงร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถ  
ดูแลทันตสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม

ความเชื่อในความสามารถ ดูแลทันตสุขภาพ	ทำได้ แน่นอน n (%)	ทำได้ บ้าง n (%)	อาจทำ ได้ n (%)	ไม่น่า จะทำได้ n (%)	ทำไม่ได้ แน่นอน n (%)	Mean (SD)	แปลผล
<b>การรับรู้ปัญหาในช่องปากตนเอง</b>							
ท่านสามารถทราบความ ผิดปกติภายในช่องปาก ตนเองได้	39(46.4)	21(25.0)	11(13.1)	6(7.1)	7(8.3)	3.94(1.28)	พอใช้ ดี
<b>การแปรงฟันและการเลือกใช้ยาสีฟัน</b>							
ท่านสามารถแปรงฟัน ตอนเช้าทุกวัน	78(92.9)	3(3.6)	1(1.2)	-	2(2.4)	4.85(0.67)	ดี
ท่านสามารถแปรงฟัน ตอนเย็นหรือก่อนนอนทุกวัน	83(98.8)	1(1.2)	-	-	-	4.99(0.11)	ดี
ท่านสามารถแปรงฟัน ให้สะอาดทั่วถึงทั้งช่องปาก	57(67.9)	6(7.1)	6(7.1)	6(7.1)	9(10.7)	4.14(1.42)	ดี
ท่านสามารถเลือกใช้ยาสีฟัน ที่ผสมฟลูออไรด์ในการ แปรงฟัน	73(86.9)	2(2.4)	1(1.2)	2(2.4)	6(7.1)	4.60(1.13)	ดี
ท่านสามารถแปรงฟัน ให้สะอาดทั่วถึงทั้งช่องปาก	38(45.2)	16(19.0)	11(13.1)	14(16.7)	5(6.0)	3.81(1.33)	พอใช้
ท่านสามารถเลือกใช้ยาสีฟัน ที่ผสมฟลูออไรด์ในการ แปรงฟัน	33(39.3)	20(23.8)	19(22.6)	11(13.1)	1(1.2)	3.87(1.12)	พอใช้
ท่านสามารถเลือกใช้ยาสีฟัน ที่ผสมฟลูออไรด์ในการ แปรงฟัน	55(65.5)	3(3.6)	4(4.8)	4(4.8)	18(21.4)	3.87(1.69)	พอใช้
ท่านสามารถเลือกใช้ยาสีฟัน ที่ผสมฟลูออไรด์ในการ แปรงฟัน	78(92.9)	2(2.4)	-	1(1.2)	3(3.6)	4.80(0.82)	ดี
<b>การเลือกและการรับประทานอาหาร</b>							
ท่านสามารถรับประทานอาหาร ผลไม้ได้ทุกวัน	62(73.8)	13(15.5)	4(4.8)	3(3.6)	2(2.4)	4.55(0.92)	ดี
ท่านสามารถหลีกเลี่ยง รับประทานอาหารหวาน/ น้ำอัดลมได้	71(84.5)	3(3.6)	6(7.1)	2(2.4)	2(2.4)	4.65(0.90)	ดี
ท่านสามารถหลีกเลี่ยง รับประทานอาหารหวาน/ น้ำอัดลมได้	14(16.7)	31(36.9)	16(19.0)	12(14.3)	11(13.1)	3.30(1.28)	พอใช้
ท่านสามารถหลีกเลี่ยง การรับประทานอาหาร ระหว่างมื้ออาหารได้	24(28.6)	33(39.3)	14(16.7)	7(8.3)	6(7.1)	3.74(1.17)	พอใช้
ท่านสามารถหลีกเลี่ยง การรับประทานอาหาร ระหว่างมื้ออาหารได้	26(31.0)	27(32.1)	14(16.7)	8(9.5)	9(10.7)	3.63(1.31)	พอใช้
ท่านสามารถหลีกเลี่ยง การรับประทานอาหาร ระหว่างมื้ออาหารได้	43(51.2)	22(26.2)	8(9.5)	5(6.0)	6(7.1)	4.08(1.22)	ดี

ตารางที่ 4 แสดงร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านทัศนสุขภาพ  
ของคนพิการ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

พฤติกรรม	ปฏิบัติ ทุกวัน n (%)	ปฏิบัติ 5-6 วัน n (%)	ปฏิบัติ 3-4 วัน n (%)	ปฏิบัติ 1-2 วัน n (%)	ไม่ปฏิบัติ เลย n (%)	Mean (SD)	แปลผล
<b>การตรวจช่องปาก</b>							
สำรวจความผิดปกติ ในช่องปากของตนเอง	11(25.0) 8(18.2)	2(4.5) 10(22.7)	4(9.1) 11(25.0)	13(29.5) 6(13.6)	14(31.8) 9(20.5)	2.61(1.59) 3.05(1.40)	ไม่ดี พอใช้
<b>การแปรงฟัน</b>							
แปรงฟันตอนเช้า	40(90.9) 43(97.7)	1(2.3) -	1(2.3) -	1(2.3) -	1(2.3) 1(2.3)	4.77(0.80) 4.91(0.60)	ดี ดี
แปรงฟันตอนเย็นหรือ ก่อนนอน	31(70.5) 38(86.4)	2(4.5) 1(2.3)	1(2.3) -	- -	10(22.7) 5(11.4)	4.00(1.68) 4.52(1.29)	ดี ดี
แปรงฟันด้วยยาสีฟัน ผสมฟลูออไรด์	36(81.8) 41(93.2)	1(2.3) -	- -	2(4.5) 1(2.3)	5(11.4) 2(4.5)	4.39(1.39) 4.75(0.94)	ดี ดี
<b>การรับประทานอาหาร</b>							
รับประทานอาหารผักและผลไม้	37(84.1) 37(84.1)	2(4.5) 2(4.5)	2(4.5) 4(9.1)	1(2.3) -	2(4.5) 1(2.3)	4.61(1.02) 4.68(0.83)	ดี ดี
รับประทานอาหารหวาน/ น้ำอัดลม	7(15.9) 11(25.0)	14(31.8) 20(45.5)	14(31.8) 8(18.2)	3(6.8) 1(2.3)	6(13.6) 4(9.1)	3.30(1.23) 3.75(1.14)	พอใช้ พอใช้
การรับประทานอาหารจิบ ระหว่างมื้อ	12(27.3) 20(45.5)	9(20.5) 4(9.1)	13(29.5) 12(27.3)	5(11.4) 2(4.5)	5(11.4) 6(13.6)	3.41(1.32) 3.68(1.44)	พอใช้ พอใช้

ตารางที่ 5 แสดงร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านทัศนสุขภาพ  
ของคนพิการ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

พฤติกรรม	ปฏิบัติ ทุกวัน n (%)	ปฏิบัติ 5-6 วัน n (%)	ปฏิบัติ 3-4 วัน n (%)	ปฏิบัติ 1-2 วัน n (%)	ไม่ปฏิบัติ เลย n (%)	Mean (SD)	แปลผล
<b>การตรวจช่องปาก</b>							
สำรวจความผิดปกติ	8(20.0)	5(12.5)	4(10.0)	10(25.0)	13(32.5)	2.63(1.55)	ไม่ดี
ในช่องปากของตนเอง	7(17.5)	4(10.0)	4(10.0)	8(20.0)	17(42.5)	2.40(1.55)	ไม่ดี
<b>การแปรงฟัน</b>							
แปรงฟันตอนเช้า	36(90.0)	1(2.5)	-	1(2.5)	2(5.0)	4.70(0.99)	ดี
	39(97.5)	-	-	-	1(2.5)	4.90(0.63)	ดี
แปรงฟันตอนเย็นหรือ ก่อนนอน	21(52.5)	-	4(10.0)	4(10.0)	11(27.5)	3.40(1.80)	พอใช้
	34(85.0)	-	1(2.5)	-	5(12.5)	4.35(1.46)	ดี
แปรงฟันด้วยยาสีฟันผสม ฟลูออไรด์	21(52.5)	-	7(17.5)	2(5.0)	10(25.0)	3.50(1.73)	พอใช้
	33(82.5)	-	1(2.5)	-	6(15.0)	4.35(1.46)	ดี
<b>การรับประทานอาหาร</b>							
รับประทานอาหารผักและผลไม้	29(72.5)	7(17.5)	3(7.5)	1(2.5)	-	4.60(0.73)	ดี
	34(85.0)	1(2.5)	3(7.5)	2(5.0)	-	4.68(0.83)	ดี
รับประทานอาหารหวาน/ น้ำอัดลม	2(5.0)	21(52.5)	8(20.0)	3(7.5)	6(15.0)	3.25(1.17)	พอใช้
	6(15.0)	22(55.0)	3(7.5)	3(7.5)	6(15.0)	3.48(1.28)	พอใช้
การรับประทานอาหารจุกจิบ ระหว่างมื้อ	8(20.0)	20(50.0)	6(15.0)	1(2.5)	5(12.5)	3.63(1.21)	พอใช้
	19(47.5)	12(30.0)	3(7.5)	1(2.5)	5(12.5)	3.98(1.35)	พอใช้

ตารางที่ 6 แสดงร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านทัศนสุขภาพ  
ของคนพิการ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม

พฤติกรรม	ปฏิบัติ ทุกวัน n (%)	ปฏิบัติ 5-6 วัน n (%)	ปฏิบัติ 3-4 วัน n (%)	ปฏิบัติ 1-2 วัน n (%)	ไม่ปฏิบัติ เลย n (%)	Mean (SD)	แปลผล
<b>การตรวจช่องปาก</b>							
สำรวจความผิดปกติ ในช่องปากของตนเอง	19(22.6) 15(17.9)	7(8.3) 14(16.7)	8(9.5) 15(17.9)	23(27.4) 14(16.7)	27(32.1) 26(31.0)	2.62(1.56) 2.74(1.50)	ไม่ดี ไม่ดี
<b>การแปรงฟัน</b>							
แปรงฟันตอนเช้า	76(90.5) 82(97.6)	2(2.4) -	1(1.2) -	2(2.4) -	3(3.6) 2(2.4)	4.74(0.89) 4.90(0.61)	ดี ดี
แปรงฟันตอนเย็นหรือ ก่อนนอน	52(61.9) 72(85.7)	2(2.4) 1(1.2)	5(6.0) 1(1.2)	4(4.8) -	21(25.0) 10(11.9)	3.71(1.75) 4.49(1.31)	พอใช้ ดี
แปรงฟันด้วยยาสีฟัน ผสมฟลูออไรด์	57(67.9) 74(88.1)	1(1.2) -	7(8.3) 1(1.2)	4(4.8) 1(1.2)	15(17.9) 8(9.5)	3.96(1.61) 4.56(1.23)	พอใช้ ดี
<b>การรับประทานอาหาร</b>							
รับประทานอาหารผักและผลไม้	66(78.6) 71(84.5)	9(10.7) 3(3.6)	5(6.0) 7(8.3)	2(2.4) 2(2.4)	2(2.4) 1(1.2)	4.61(0.89) 4.68(0.82)	ดี ดี
รับประทานอาหารหวาน/ น้ำอัดลม	9(10.7) 17(20.2)	35(41.7) 42(50.0)	22(26.2) 11(13.1)	6(7.1) 4(4.8)	12(14.3) 10(11.9)	3.27(1.20) 3.62(1.21)	พอใช้ พอใช้
การรับประทานอาหารจุกจิบ ระหว่างมื้อ	20(23.8) 39(46.4)	29(34.5) 16(19.0)	19(22.6) 15(17.9)	6(7.1) 3(3.6)	10(11.9) 11(13.1)	3.51(1.27) 3.82(1.40)	พอใช้ พอใช้



## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวอัญชลี กิติวิริยกุล
วัน เดือน ปีเกิด	19 สิงหาคม 2525
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
ประวัติการศึกษา	ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ.2549 นิติศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ.2555
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก
ตำแหน่ง	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

