

ปัจจัยของผู้ดูแลและผู้ป่วยติดเชื้อที่ส่งผลต่อสถานะทันตสุขภาพของผู้ป่วย
ติดเชื้อ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

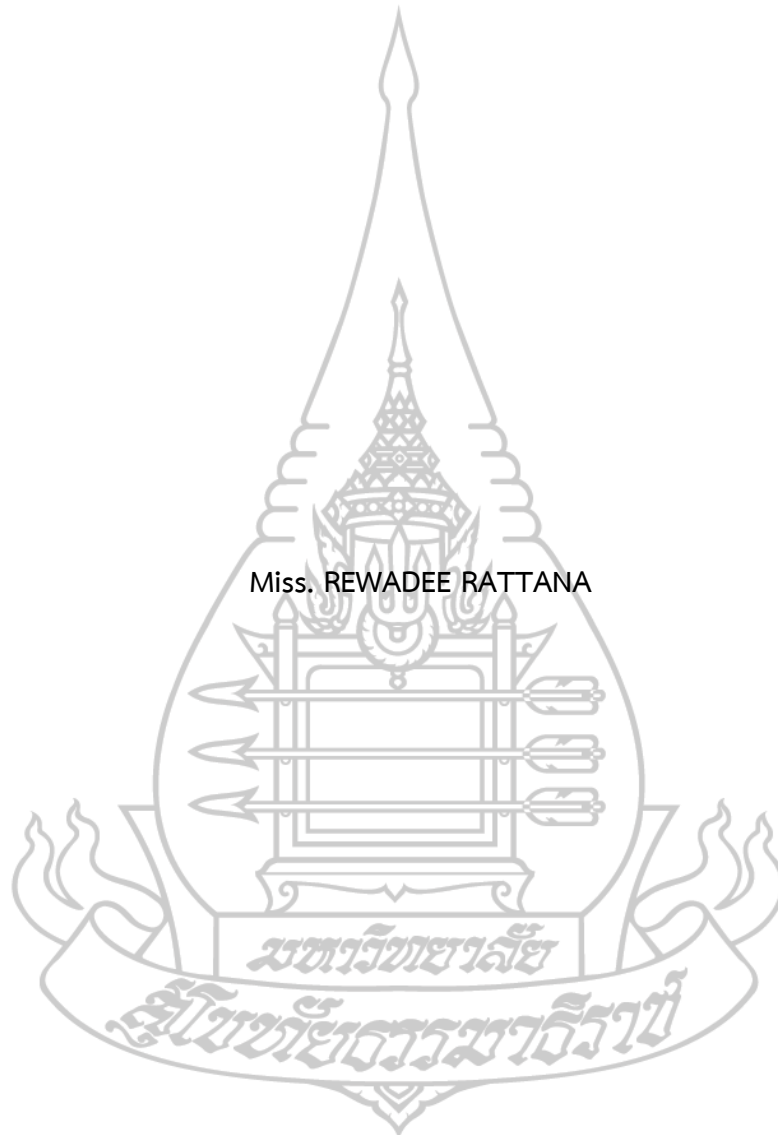


นางสาวเรวดี รัตนะ

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2566

Factors of Caregivers and Bedridden Patients Affecting the Dental
Health Status of Bedridden Patients in Hat Yai District,
Songkhla Province



Miss. REWADEE RATTANA

An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Public Health
School of Health Science Sukhothai Thammathirat Open University

2023

หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ	ปัจจัยของผู้ดูแลและผู้ป่วยติดเตียงที่ส่งผลต่อสภาวะทันตสุขภาพ ของผู้ป่วยติดเตียง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
ชื่อและนามสกุล	นางสาวเรวดี รัตนะ
แขนงวิชา / วิชาเอก	กลุ่มวิชาบริหารสาธารณสุข
สาขาวิชา	วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์สัตวแพทย์หญิง ดร.มยุรินทร์ เหล่ารุจิสวัสดิ์

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 25 มกราคม 2567

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ



(รองศาสตราจารย์ ดร.นราธิป ศรีราม)

รักษาการแทนรองอธิการบดีฝ่ายการศึกษา สนับสนุนการเรียนรู้ และวิจัย
รักษาการแทนประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ชื่อการศึกษา คั่นคว่ำอิสระ ปัจจัยของผู้ดูแลและผู้ป่วยติดเตียงที่ส่งผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของ
ผู้ป่วยติดเตียง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

ผู้ศึกษา นางสาวเรวดี รัตนะ รหัสนักศึกษา 2645000437

ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์สัตวแพทย์หญิง ดร.มยุรินทร์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ ปีการศึกษา 2566

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ระดับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และ
สภาวะทันตสุขภาพ และ (2) ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่ส่งผลต่อสภาวะ
ทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง ประชากรสำหรับการวิจัยใน
ครั้งนี้คือ ผู้ป่วยติดเตียงและผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ทั้งหมดจำนวน
418 คน (เก็บทุกหน่วยประชากร) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่มีค่าความตรงเท่ากับ
1 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98 และค่าความยากง่ายในเรื่องความรู้เท่ากับ 0.53 เก็บข้อมูลผ่าน
แบบสอบถามออนไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ
การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05

ผลการศึกษาพบว่า (1) ระดับปัจจัยนำ อยู่ในระดับมาก ระดับปัจจัยเอื้อ อยู่ในระดับต่ำ
ระดับปัจจัยเสริม อยู่ในระดับต่ำ และสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยติดเตียงอยู่ในระดับดีและ
(2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง มี 7 ปัจจัย คือ เพศของผู้ป่วยติดเตียง
อายุของผู้ป่วยติดเตียง คะแนนการวัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยติดเตียง
โรคประจำตัวของผู้ป่วยติดเตียง 3 โรคขึ้นไป รายได้ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมากกว่า 15,000 บาท
การศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงระดับมัธยมปลาย และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก
ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ได้ร้อยละ 24.2 ($R^2=0.242$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ ผู้ดูแล ผู้ป่วยติดเตียง สภาวะทันตสุขภาพ

Independent Study title: “Factors of Caregivers and Bedridden Patients Affecting the Dental Health Status of Bedridden Patients in Hat Yai District, Songkhla Province”

Author: “Miss. REWADEE RATTANA”; ID: “2645000437”;

Degree: Master of Public Health

Independent Study Advisor: Dr.Mayurin Laorujisawat; Academic year: 2023

Abstract

This study aims to study (1) determine the levels of predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors, and dental health status and (2) explore personal factors as well as predisposing, enabling and reinforcing factors that affect dental health status of bedridden patients in Hat Yai district, Songkhla province.

This cross-sectional analytical research involved all bedridden patients and their caregivers, totaling 418 individuals, in Hat Yai district, Songkhla Province. Data were collected through an online questionnaire or interview form with a validity value of 1, reliability value of 0.98, and knowledge difficulty value of 0.53. Collected data were then analyzed using such statistics as percentage, mean, and standard deviation and stepwise multiple regression analysis at the confidence level of 0.05.

The results showed that: (1) the levels of predisposing, enabling and reinforcing factors were high, low and low, respectively; and the patients' oral health status was at a good level; and (2) there were seven factors significantly affecting the dental health status of bedridden patients: patient's gender, age, activities of daily living score, and three or more underlying diseases, and each caregiver's monthly income of over 15,000 baht, high school completion and knowledge about oral health care (24.2%; $R^2=0.242$) at $P = 0.05$.

Keywords : Caregivers, Bedridden patients, Dental health condition

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาเรื่อง ปัจจัยของผู้ดูแลและผู้ป่วยติดเตียงที่ส่งผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาและสนับสนุนเป็นอย่างดีจาก ของ อาจารย์ สพ.ญ.ดร.มยุรินทร์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล กรรมการสอบ และผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน คือ ทพ.วศิน มหาศรานนท์ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหาดใหญ่ ดร.สุคนธ์ ชัยชนะ ผู้อำนวยการสถานือนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ.พะตง และ นายวิระศักดิ์ เดชอรัญญ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (ผู้รับผิดชอบงานวิชาการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหาดใหญ่) ที่ช่วยให้คำแนะนำจนทำให้การศึกษาค้นคว้าอิสระเสร็จสมบูรณ์ ผู้ศึกษาจึงขอขอบคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณ นายรัตนันริศ สุวรรณรัตน์ สาธารณสุขอำเภอหาดใหญ่ นายเคียรย์ เบญจาวิริยะวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหาดใหญ่ ทีมจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ประจำ รพ.สต. และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบล ในอำเภอหาดใหญ่ ที่สนับสนุนเรื่องเครื่องมือและการเก็บข้อมูลการวิจัย ขอขอบคุณ เครือข่ายสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนภูมิ และเจ้าพนักงานสาธารณสุข ในรพ.สต.ของอำเภอรัตนภูมิ ที่เป็นสถานที่ทดลองใช้เครื่องมือ

ขอขอบคุณผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงทุกท่านที่เสียสละเวลาให้ข้อมูล ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกคนที่อำนวยความสะดวกและช่วยเหลือในการศึกษาครั้งนี้ สุดท้ายนี้ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยฉบับนี้คงเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้ที่สนใจศึกษาต่อไป



นางสาวเวटी รัตน์ะ

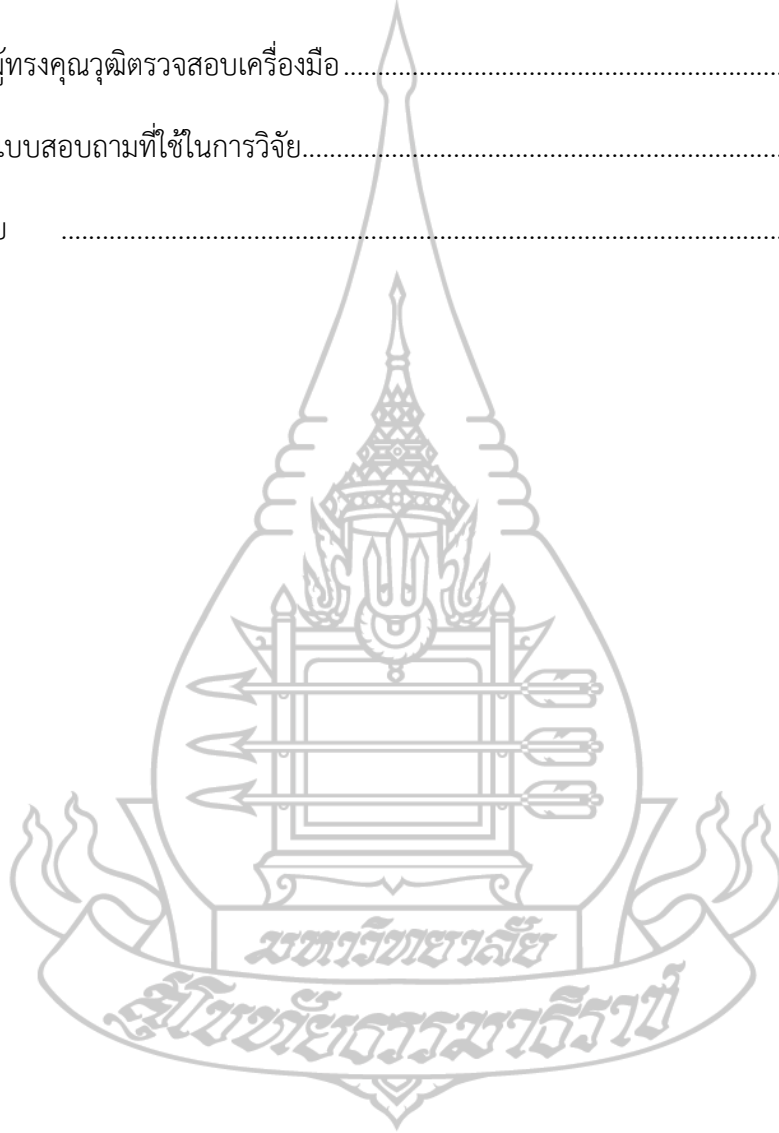
สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง (ถ้ามี).....	ญ
สารบัญรูปภาพ (ถ้ามี).....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
2. วัตถุประสงค์ในการศึกษา	4
3. กรอบแนวคิด	4
4. สมมติฐานในการศึกษา.....	5
5. ขอบเขตของการวิจัย	6
6. นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	11
1. สุขภาพช่องปาก	11
1.1. ความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก	12
1.2. สถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ.....	12
1.3. แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ.....	14
1.4. การตรวจสุขภาพช่องปาก.....	21

1.5. ปัจจัยที่มีผลต่อความผิดปกติในช่องปากผู้สูงอายุ.....	22
2. ผู้สูงอายุ	25
3. ผู้ป่วยติดเตียง.....	30
4. ผู้มีภาวะฟังกฟัง	32
5. ผู้ดูแล	33
6. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE Framework).....	36
7. แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model).....	39
8. วิจัยที่เกี่ยวข้อง	43
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา.....	53
1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	53
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	54
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	64
4. การวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	65
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ปัจจัยส่วนบุคคล).....	66
ตอนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม	69
ตอนที่ 3 สภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง.....	79
ตอนที่ 4 ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่ส่งผลกระทบต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง.....	81
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	83
1. สรุปการวิจัย	84
2. อภิปรายผล.....	89

3. ข้อเสนอแนะ.....	93
บรรณานุกรม	96
ภาคผนวก	96
ก ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	104
ข แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย.....	106
ประวัติผู้วิจัย	117



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 3.1 จำนวนประชากร จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ของผู้ป่วยติดเตียงและผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง	
จำแนกราย รพ.สต.	46
ตารางที่ 3.2 ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม	52
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยติดเตียง	58
ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง	59
ตารางที่ 4.3 ระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง	61
ตารางที่ 4.4 ระดับทัศนคติ และระดับการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ของผู้ดูแลผู้ป่วย ติดเตียง	62
ตารางที่ 4.5 ระดับการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม และการได้รับข้อมูลข่าวสาร	62
ตารางที่ 4.6 ระดับได้รับสนับสนุนจากเครือข่าย	63
ตารางที่ 4.7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในรายด้าน	64
ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง	70
ตารางที่ 4.9 ระดับสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง	71
ตารางที่ 4.10 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยของผู้ดูแลและผู้ป่วยติดเตียงที่ส่งผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของ ผู้ป่วยติดเตียง	72
ตารางที่ 5.1 สรุปการศึกษาตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย	75

สารบัญรูปภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
ภาพที่ 2.1 ระดับความรุนแรง.....	21



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) หรือสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเท่ากับ หรือมากกว่า ร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 7 หากสังคมใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเท่ากับ หรือมากกว่าร้อยละ 20 หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปเท่ากับ หรือมากกว่าร้อยละ 14 ก็จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) และสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged Society) คือ สังคม หรือประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28 (พีระศักดิ์ เลิศตระกูลรัตน์, 2561) ในภูมิภาคอาเซียนพบว่า มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 11 และ 7 ประเทศได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยสิงคโปร์เป็นประเทศแรกที่เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอดเช่นเดียวกับญี่ปุ่นที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 28 ในปี 2574 (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2564) ภาวะสูงวัยนั้นจะมาพร้อมกับความเปราะบางทั้งทางด้านกายภาพ จิตใจ และสังคม ผู้สูงวัยจึงต้องพึ่งพาคนอื่นมากขึ้นในหลายด้าน การที่ครอบครัว คนรอบข้าง สังคม รวมไปถึงรัฐต้องเข้ามาประคับประคองผู้สูงวัยจำเป็นต้องใช้เวลา เงินทอง และทรัพยากรต่าง ๆ มากตามจำนวนผู้สูงวัย ถ้ายิ่งมากก็อาจจะกระทบต่อทั้งด้านส่วนตัวและองค์รวมทางเศรษฐกิจ สังคม และระบบโครงสร้างต่าง ๆ จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับเมื่อภาครัฐจำเป็นต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุขการแพทย์ บริการสังคมแก่ผู้สูงอายุมากขึ้น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2564) วิธีรับมือกับสังคมผู้สูงอายุจัดการแผนค่ารักษาพยาบาลหลังเกษียณ ให้มีแผนสวัสดิการสุขภาพตลอดชีวิต (Long Term Health Plan) โดยการโอนไปให้ประกันสุขภาพให้ครอบคลุม ต้องลงทุนเงินเพื่อให้มูลค่าเพียงพอให้การจ่ายเบี้ยประกันในอนาคต (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2564) กล่าวว่ากองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC) จัดขึ้นสำหรับผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านติดเตียง) คะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน ได้รับการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ที่เชื่อมโยงกับบริการทางสังคม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในระยะแรกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีความเข้มแข็งในการบริหารจัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดย อปท.จะเป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารจัดการให้เกิดบริการดูแลระยะยาวฯ เชิงรุกที่บ้านหรือที่ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ ภายใต้การสนับสนุนของหน่วยบริการในพื้นที่ จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำในพื้นที่ที่เข้าร่วมดำเนินการบูรณาการการดูแลระยะยาวฯ ในชุมชนและบริการสุขภาพชุมชน (พีระศักดิ์ เลิศตระการนทร์, 2561)

จากการสำรวจสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 (2560) พบว่า กลุ่มวัยสูงอายุ 60 - 74 ปี มีผู้มีฟันถาวรใช้งานได้น้อย 20 ซี่ ร้อยละ 56.1 ผู้มีฟันถาวรใช้งาน 20 ซี่และมีฟันหลัง 4 คู่สบ ร้อยละ 39.4 มีปัญหาการสูญเสียฟันทั้งปากร้อยละ 8.7 มีความจำเป็นในการใส่ฟันเทียม บางส่วน ร้อยละ 42.6 ความจำเป็นในการใส่ฟันเทียมทั้งปากร้อยละ 2.7 ผู้ที่มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 52.6 และมีรากฟันผุร้อยละ 16.5 (อาณัติ มาตระกูลและคณะ, 2560) โดยเก็บข้อมูลผ่านกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของผู้สูงอายุแยกเป็นเขตเมือง และเขตชนบท โดยที่ไม่ได้ระบุว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจนั้นมีระดับการพึ่งพิงเป็นอย่างไร (ติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง) โดยลักษณะการตรวจเป็นการนัดหมายผู้สูงอายุมายังจุดตรวจที่จัดไว้ ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ที่ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุที่สามารถเดินทางมาได้ด้วยตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นไม่พบว่ามีข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปากที่ชัดเจน ซึ่งสภาวะสุขภาพช่องปากอาจจะปัญหาแตกต่างจากผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ เนื่องจากภาวะทุพพลภาพ อาจมีข้อจำกัดในการดูแลความสะอาดช่องปากได้ (อาณัติ มาตระกูลและคณะ, 2560) พบว่าผู้สูงอายุติดเตียงมีปัญหาสุขภาพช่องปากหลายประการ เช่น การมีโรคฟันผุ ฟันสึก การมีอนามัยช่องปากที่ไม่ดี มีคราบจุลินทรีย์และคราบหินปูนสูง อันเนื่องมาจากการขาดการดูแลความสะอาดของช่องปากโดยผู้ดูแล

HDC (2566) พบว่าการคัดกรองผู้สูงอายุ ในอำเภอหาดใหญ่ พบการดำเนินงานคัดกรองผู้สูงอายุบูรณาการ 10 เรื่องซึ่งประกอบด้วย 1) คัดกรอง เบาหวาน 2) ความดันโลหิตสูง 3) คัดกรอง CVD 4) คัดกรองสุขภาพช่องปาก 5) คัดกรองสมองเสื่อม AMT 6) คัดกรองซึมเศร้า 2Q 7) คัดกรองข้อเข่า 8) คัดกรองภาวะหกล้ม 9) คัดกรอง ADL และ 10) คัดกรอง BMI จากค่าน้ำหนักส่วนสูง พบว่า

ผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจคือผู้สูงอายุที่สามารถเข้ารับการคัดกรอง ณ จุดที่คัดกรองเท่านั้น แต่ยังคงขาดการประเมินสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดเตียงและผู้มีภาวะพึ่งพิง อำเภอหาดใหญ่มีทั้งหมด 16 รพ.สต. มีทันตภิบาลประจำแค่ 13 คนเท่านั้น ซึ่งมีผลต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังในกลุ่มนี้ รวมถึงภารกิจที่ทันตภิบาลรับผิดชอบนอกจากงานทันตสาธารณสุขแล้วยังมีภาระหน้าที่ด้านอื่นๆ อาทิเช่น การเป็นนักสุขภาพครอบครัว (นสค.) (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2558) ซึ่งจะทำหน้าที่ดูแลประชากรในหมู่ที่รับผิดชอบอย่างครอบคลุม ทั้งคัดกรองความดันโลหิต คัดกรองเบาหวาน ติดตามวัคซีน ติดตามพัฒนาการ การลงพื้นที่ติดตามกลุ่มเป้าหมายให้ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ฯลฯ หรือรับงานนักวิชาการสาธารณสุข เพื่อให้ได้รับค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้น ด้วยภาระหน้าที่ของทันตภิบาลจึงทำให้ทันตภิบาลทำงานเฉพาะที่เป็นตัวชี้วัดและไม่ครอบคลุมไปยังกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงและผู้มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มักมีปัญหาอนามัยช่องปากที่ไม่ดี (อาณัติ มาตระกูลและคณะ, 2560) การดำเนินงานทันตสุขภาพ มีทั้งบริการเชิงรับและเชิงรุก เช่น ตรวจฟัน ให้คำแนะนำ สอนแปรงฟัน และเห็นถึงความสำคัญในกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงต่อการขาดการดูแลสุขภาพช่องปากมากที่สุดคือ กลุ่มผู้ป่วยติดเตียงและผู้มีภาวะพึ่งพิง และจากพื้นที่อำเภอหาดใหญ่เป็นพื้นที่ที่มีประชากรมากที่สุดในจังหวัดสงขลา (HDC, 2567) นอกจากประชากรในพื้นที่แล้วยังมีประชากรแฝงเพราะมีโรงงานอุตสาหกรรมจำนวนมาก ทำให้ประชาชนเข้ามาอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น และจากข้อมูลในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ หรือ Bluebook Application พบว่า จากผู้สูงอายุติดเตียงทั่วประเทศ มีจำนวน 1,427 คน เมื่อสำรวจผู้ป่วยติดเตียงในอำเภอหาดใหญ่ พบผู้ป่วยติดเตียง 209 คน คิดเป็นร้อยละ 14.65 ของผู้ป่วยติดเตียงทั่วประเทศ (สมุดผู้สูงอายุ, 2567) จากการดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ต.พะตง แม้มีการให้คำแนะนำเรื่องสุขภาพช่องปากแล้วยังพบหนองในช่องปากของผู้ป่วยติดเตียงจำนวน 1 รายในปี 2566 แม้พบผู้ป่วยจำนวนแค่ 1 รายแต่ก่อผลกระทบในหลายด้าน อาทิเช่น การส่งตัวผู้ป่วยไปโรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องนอนในรถเฉพาะรถส่งต่อเท่านั้น การเข้าห้องผ่าตัดเพื่อผ่าตัดเอาหนองออก และต้องนอนโรงพยาบาลสังเกตอาการต่ออีกหลายวัน ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยของผู้ดูแลและผู้ป่วยติดเตียงที่ส่งผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลาขึ้น ซึ่งเชื่อว่าการศึกษาปัจจัยของผู้ดูแลและผู้ป่วยติดเตียงที่ส่งผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง จะเป็นผลดีต่อการดำเนินงานทันตสุขภาพและระบบการดำเนินงานตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้

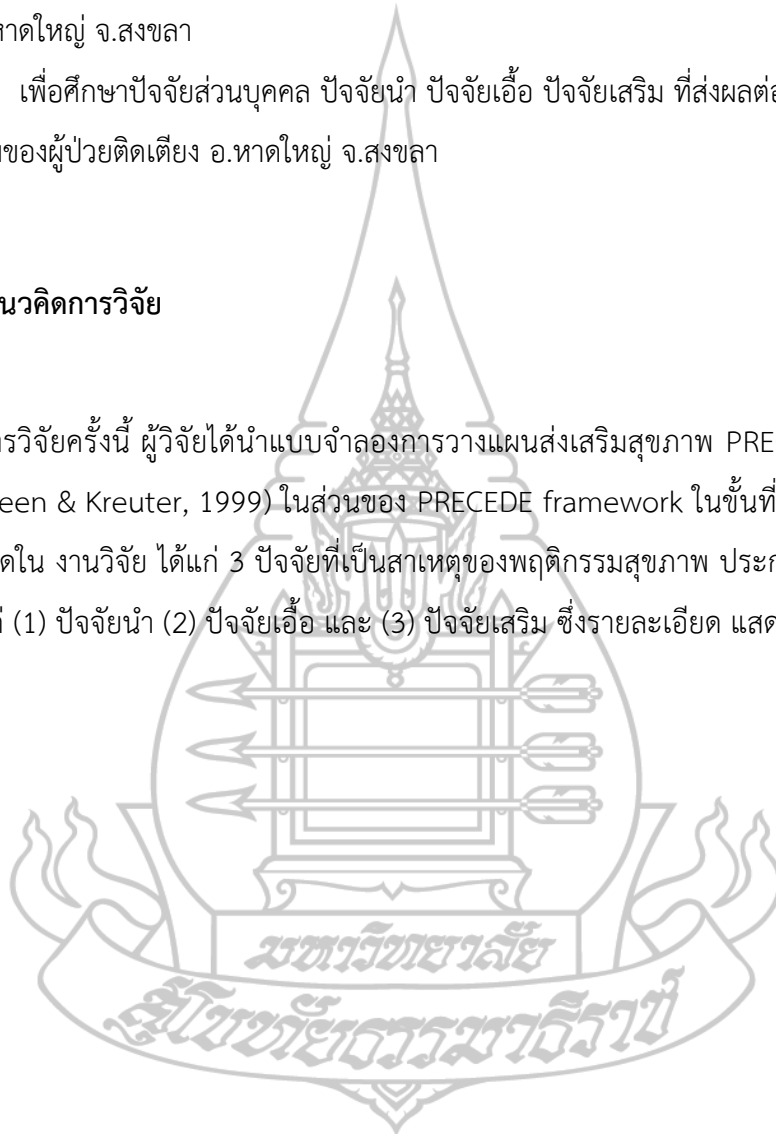
2. วัตถุประสงค์ในการศึกษา

2.1 เพื่อศึกษาระดับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วย
ติดเตียง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

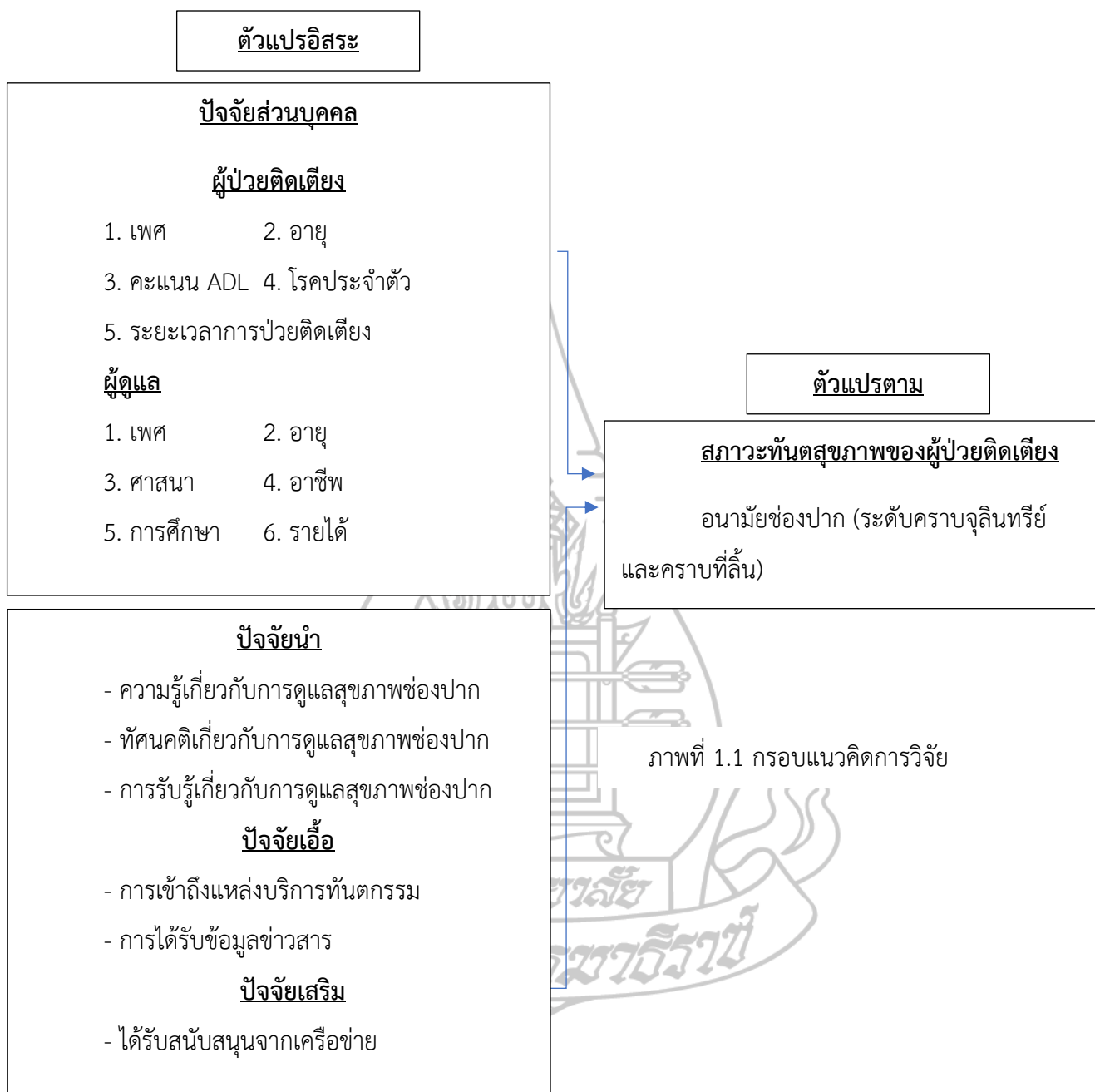
2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่ส่งผลต่อสภาวะ
ทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ PRECEDE-PROCEED Model (Green & Kreuter, 1999) ในส่วนของ PRECEDE framework ในขั้นที่ 3 และ 4 มาเป็นกรอบแนวคิดใน งานวิจัย ได้แก่ 3 ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย ปัจจัย 3 ปัจจัย ได้แก่ (1) ปัจจัยนำ (2) ปัจจัยเอื้อ และ (3) ปัจจัยเสริม ซึ่งรายละเอียด แสดงดังกรอบแนวคิดการวิจัย



กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. สมมติฐานในการศึกษา

4.1 ระดับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และสถานะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียงในระดับ

มาก

4.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (คะแนน ADL ของผู้ป่วย และเพศ รายได้ของผู้ดูแล) ปัจจัยนำ (ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก และการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแล) ปัจจัยเอื้อ (การได้รับข้อมูลข่าวสาร) ปัจจัยเสริม (การได้รับสนับสนุนจากเครือข่าย) มีผลต่อสถานะทันตสุขภาพของ ผู้ป่วยติดเตียง

5. ขอบเขตของการวิจัย

5.1 ประชากรสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยติดเตียงและผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ใน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

5.2 กลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยติดเตียงและผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ใน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ทั้งหมดจำนวน 259 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 259 คน (ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง 1 คน/ผู้ป่วย 1 คน) รวมเป็น 518 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับกลุ่มประชากร (เก็บทุกหน่วยตัวอย่าง)

5.2.1 เกณฑ์ในการคัดเลือก ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยติดเตียง มีค่า ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน (ประชาชนทุกกลุ่มวัย)
- 2) มีผู้ดูแลหลัก 1 คน (ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง/ผู้ป่วยติดเตียง 1 คน)

5.2.2 เกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยติดเตียง ที่ผู้ดูแลไม่สมัครเข้าร่วมวิจัย
- 2) ผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพจิตไม่สามารถให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองหรือด้วยผู้ดูแล

3) ผู้ป่วยติดเตียงที่เสียชีวิตระหว่างการวิจัย

5.3 ตัวแปร ตัวแปรที่ใช้ได้แก่

5.3.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1) ปัจจัยส่วนบุคคล

(1) ผู้ป่วย เพศ อายุ คะแนน ADL โรคประจำตัว และระยะเวลาการป่วยติดเตียง

(2) ผู้ดูแล เพศ อายุ ศาสนา อาชีพ การศึกษา รายได้

2) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก

3) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม และการได้รับข้อมูลข่าวสาร

4) ปัจจัยเสริม ได้แก่ ได้รับสนับสนุนจากเครือข่าย

5.3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่

1) สุขภาพช่องปากของผู้ป่วยติดเตียง ระดับคราบจุลินทรีย์และคราบที่ลิ้น

5.4 ระยะเวลาในการวิจัย เมษายน 2566- ธันวาคม 2566

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ คะแนน ADL ระยะเวลาการป่วยติดเตียง สาเหตุการติดเตียง การให้ความร่วมมือ และโรคประจำตัว ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วยติดเตียง ศาสนา อาชีพ การศึกษา รายได้วัดโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

6.1.1 เพศ หมายถึง ผู้ดูแลและผู้ป่วยติดเตียงที่เป็น เพศหญิง หรือเพศชาย

6.1.2 อายุ หมายถึง ระยะเวลา (ปี) นับตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบันของผู้ดูแลและผู้ป่วยติดเตียง กรณีเป็นเศษอายุที่เกิน 6 เดือน ให้คิดเป็น 1 ปี

6.1.3 คะแนน ADL หมายถึง การวัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันที่แสดงถึงสามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยติดเตียง

6.1.4 โรคประจำตัว หมายถึง โรคที่ติดตัวผู้ป่วย ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาและอยู่ในความดูแลและควบคุมของแพทย์อย่างต่อเนื่อง

6.1.5 ระยะเวลาการป่วยติดเตียง หมายถึง ระยะเวลา (ปี) นับตั้งแต่นอนป่วยติดเตียงจนถึงปัจจุบันของผู้ป่วยติดเตียง คะแนน ADL อยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน กรณีเป็นเศษอายุที่เกิน 6 เดือน ให้คิดเป็น 1 ปี

6.1.6 ศาสนา หมายถึง ลัทธิความเชื่อของมนุษย์ เกี่ยวกับการกำเนิดความเป็นไป และ สิ้นสุดของโลก หลักศีลธรรม หลักธรรมคำสอน ตลอดจนลัทธิพิธีที่กระทำตามความเชื่อนั้น ๆ ของ ผู้ดูแล

6.1.7 อาชีพ หมายถึง รูปแบบการดำรงชีพของผู้ดูแล ผู้ดูแลประกอบอาชีพเพื่อได้มา ซึ่งค่าตอบแทน หรือ รายได้ เพื่อใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและดำรงชีพ

6.1.8 การศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ดูแล

6.1.9 รายได้ หมายถึง รายรับหรือเงินที่ผู้ดูแลได้รับ

6.2 ปัจจัยนำ (Predisposing Factor) เป็นปัจจัยที่เกิดจากภายในตัวบุคคลที่ก่อให้เกิด แรงจูงใจในการสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล รวมถึงข้อมูลด้านคุณลักษณะ ของบุคคล ประกอบด้วย

6.2.1 ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก หมายถึง ความสามารถในการจดจำ เกี่ยวกับโรคในช่องปากที่มีผลต่อสุขภาพช่องปาก การดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง ได้แก่ การทำ ความสะอาดช่องปาก และการไปรับบริการทันตกรรม วัดโดยใช้แบบสอบถามความรู้เรื่องการดูแล สุขภาพช่องปาก

6.2.2 ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก หมายถึง ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรค ในช่องปากที่มีผลต่อสุขภาพช่องปาก การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ได้แก่ การทำความสะอาด ช่องปาก การบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากและการไปรับบริการทันตกรรม วัดโดยใช้ แบบสอบถามทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก

6.2.3 การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการ เกิดโรคในช่องปาก (โรคเหงือกอักเสบ โรคปริทันต์ และโรคฟันผุ โรคใดโรคหนึ่งถือว่าเป็นโรคในช่อง ปาก) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในช่องปาก การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

1) **การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก** หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้ป่วย ติดเตียงเชื่อว่าผู้ป่วยติดเตียงมีโอกาสรู้เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก หากมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ช่องปากที่ไม่ถูกต้อง

2) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในช่องปาก หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้ป่วย ตัดเดียงเชื่อว่าเมื่อมีโรคในช่องปากเรื้อรังอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในช่องปากของผู้สูงอายุที่ รุนแรงและเป็นอันตรายกับตนเองได้

3) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้ป่วย ตัดเดียงเชื่อว่าการทำความสะอาดช่องปาก และการไปรับบริการทันตกรรม เป็นการกระทำที่ดีในการ ป้องกันการเกิดโรคในช่องปาก

4) การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพช่องปาก หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้ป่วย ตัดเดียงเชื่อว่าการปฏิบัติในการทำความสะอาดช่องปาก การตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง การไม่ บริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก และการไปรับบริการทันตกรรม เป็นการกระทำที่ ยุ่งยากเสียเวลา

6.3 ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factor) หมายถึง ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลที่สนับสนุนการ เกิดพฤติกรรม ซึ่งเป็นการหาได้ง่าย (Available) ของแหล่งทรัพยากร (Resource) ความสามารถในการ เข้าถึง (Accessibility) บริการด้านสุขภาพ (Health service) รวมทั้งทักษะที่ช่วยให้บุคคลสามารถ แสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ประกอบด้วย

6.3.1 การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม หมายถึง การไปรับบริการทันตกรรมในสถาน บริการสาธารณสุข ได้แก่ รพ.สต./สถานีอนามัยใกล้บ้าน โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน

6.3.2 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก หมายถึง การได้รับ ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ดังนี้

1) การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากแหล่งต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์/วารสาร หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ทันตบุคลากร

2) การได้รับเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น การแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟัน การใช้ไม้จิ้มฟัน การใช้แปรงซอกฟัน โรคในช่องปาก ประกอบด้วยโรคฟันผุ โรค เหงือกอักเสบ โรคปริทันต์

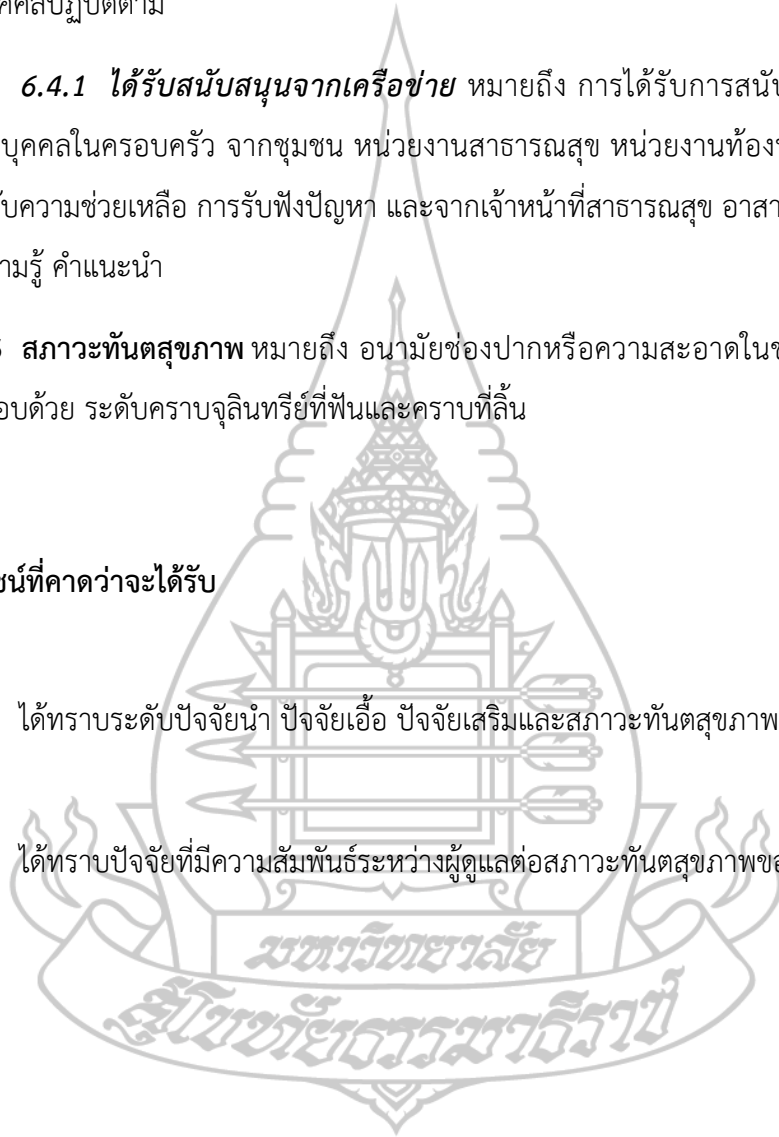
6.4 ปัจจัยเสริม หมายถึง ปัจจัยภายนอกที่เกิดจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้นกระตุ้นให้กระทำพฤติกรรม เช่น พ่อ แม่ เพื่อนสนิทญาติ ครู อาจารย์ แพทย์ที่ให้การผู้บังคับบัญชา เป็นต้น หรืออาจจะเป็น กฎหมาย กฎระเบียบ วัฒนธรรม บรรทัดฐานสังคมที่กำหนดให้บุคคลปฏิบัติตาม

6.4.1 ได้รับสนับสนุนจากเครือข่าย หมายถึง การได้รับการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพจากบุคคลในครอบครัว จากชุมชน หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานท้องถิ่นและภาคเอกชนด้านการได้รับความช่วยเหลือ การรับฟังปัญหา และจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขในการให้ความรู้ คำแนะนำ

6.5 สถานะทันตสุขภาพ หมายถึง อนามัยช่องปากหรือความสะอาดในช่องปากผู้ป่วยติดเตียง ประกอบด้วย ระดับคราบจุลินทรีย์ที่ฟันและคราบที่ลิ้น

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 7.1 ได้ทราบระดับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและสถานะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง
- 7.2 ได้ทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลต่อสถานะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และสภาวะ
ทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียงและศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่ส่งผลต่อ
สภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา ดังนั้นผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา
บทความ และหนังสือ รวมถึงงานวิจัยต่าง ๆ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. สุขภาพช่องปาก
2. ผู้สูงอายุ
3. ผู้ป่วยติดเตียง
4. ผู้มีภาวะพึ่งพิง
5. ผู้ดูแล
6. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE Framework)
7. แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
8. วิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. สุขภาพช่องปาก

องค์กรสหพันธ์ทันตกรรมโลก (FDI World Dental Federation) ได้ให้นิยามใหม่ของคำว่า
“สุขภาพช่องปาก” โดยกำหนดให้เป็นส่วนสำคัญของสุขภาพโดยทั่วไปทั้งทางร่างกายและจิตใจการมี
สุขภาพช่องปากที่ดี อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมย่อมส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน
ทุกกลุ่มวัย ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคในช่องปาก เช่น การบริโภคน้ำตาลเกิน ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงร่วม

(Common risk factors) ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable diseases: NCDs) ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอีกด้วย การติดตามข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมและ ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพช่องปาก และการรับบริการสุขภาพช่องปาก ซึ่งมีความแตกต่างกันตามกลุ่มวัย (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561)

1.1 ความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก

ปากคือประตูสู่สุขภาพ ช่องปากเป็นด่านแรกของระบบทางเดินอาหาร หน้าที่สำคัญ คือ การเคี้ยว กัด และกลืนอาหารจึงส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ รวมไปถึงการได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย นอกจากนี้แล้ว อวัยวะในช่องปากซึ่งได้แก่ ฟัน เหงือก เพดาน ลิ้น กระพุ้งแก้มและริมฝีปากยังช่วยทำหน้าที่ในการพูด และทำให้ใบหน้าดูสวยงามอีกด้วย สุขภาพช่องปากส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

ผลกระทบโดยตรงที่ชัดเจน ได้แก่

1. การปวดฟันหรือเสียวฟันมีผลต่อการกินอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ และการทำงาน
2. การไม่มีฟันหรือมีจำนวนฟันไม่เพียงพอมีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน รวมถึงการกัด การเคี้ยว และการกลืนอาหาร

ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะเคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียด อาหารไม่ย่อย ท้องอืด กินอาหารได้น้อยลง และมักเลือกอาหารที่นิ่ม เคี้ยวง่ายจำพวกแป้งและน้ำตาลซึ่งมีไขมันและคอเลสเตอรอลสูง แต่มีคุณค่าทางโภชนาการไม่เพียงพอ จึงขาดสารอาหาร และทำให้สุขภาพไม่แข็งแรง หากเจ็บป่วยก็มักหายช้า สุขภาพช่องปากส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น ผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันบางส่วนหรือทั้งปาก มักรู้สึกอายและขาดความมั่นใจในการเข้าสังคม คนที่ปวดฟันมักหงุดหงิด โมโหง่าย นอกจากนี้ เชื่อโรคหรือการติดเชื้อต่างๆ จากในช่องปากยังสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ เช่น ปอด หัวใจ ตา เป็นต้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มักจะสำลักได้ง่าย หากสำลักเศษอาหารหรือเชื้อโรคจากในช่องปากก็อาจเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจและทำให้ปอดอักเสบได้ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

1.2 สถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

จากการสำรวจสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 (2560) พบว่า กลุ่มวัยสูงอายุ 60-74 ปี และ 80-85 ปี ผู้สูงอายุ 60-74 ปี ร้อยละ 56.1 มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ เฉลี่ย 18.6 ซี่/

คน ร้อยละ 40.2 มีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ และลดลงในผู้สูงอายุตอนปลายอายุ 80-85 ปี มีเพียงร้อยละ 22.4 ที่มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ เฉลี่ย 10 ซี่/คน และมีฟันหลังสบกัน 4 คู่สบ เพียงร้อยละ 12.1 ทำให้ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวลดลงชัดเจน แม้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น จำนวนมากกว่าครึ่ง มีฟันถาวรใช้งานได้ 20 ซี่ แต่ฟันถาวรที่เหลืออยู่นี้ ยังมี ปัญหาโรคและ ความผิดปกติในช่องปากที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสม (อรุณวรรณ หล้าอุบล, 2565) เพื่อป้องกันการลุกลาม ที่นำไปสู่ความเจ็บปวดและการสูญเสียฟัน ซึ่งปัญหาสำคัญ ได้แก่ การสูญเสียฟัน โดยเฉพาะการสูญเสียฟันทั้งปาก ในผู้สูงอายุ 60-74 ปี พบร้อยละ 8.7 แต่เมื่ออายุ 80-85 ปี เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 31.0 ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านการบดเคี้ยวอย่างมาก นอกจากนี้ยังพบฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 52.6 รากฟันผุที่สัมพันธ์กับเหงือกเรื้อรังในผู้สูงอายुर้อยละ 16.5 โรคปริทันต์อักเสบที่มีการทำลายของเนื้อเยื่อและกระดูกรองรับรากฟันร้อยละ 36.3 โดยร้อยละ 12.2 เป็นโรคปริทันต์อักเสบที่อยู่ในระดับรุนแรงมาก (มีร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ 6 มม. ขึ้นไป) ซึ่งนอกจากจะเสี่ยงต่อการอักเสบ ปวดบวม ติดเชื้อ และสูญเสียฟันแล้ว ยังสัมพันธ์กับความรุนแรงของเบาหวานด้วย ปัญหาดังกล่าวสามารถป้องกันได้จากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม ทั้งในเรื่องการทำ ความสะอาดช่องปาก ที่พบว่ามีผู้สูงอายุแปรงฟันก่อนนอน โดยไม่รับประทานอาหารใดๆ อีกร้อยละ 53.7 มีการใช้อุปกรณ์เสริมการแปรงฟัน ได้แก่ ไหมขัดฟัน แปรงซอกฟัน เพียงร้อยละ 4.1 และ 1.9 ตามลำดับ และมีการไปรับบริการ ทันตกรรมในปีที่ผ่านมาร้อยละ 38.6 ในจำนวนนี้เหตุผลที่ไปรับบริการสูงสุดร้อยละ 12.3 คือรู้สึกมีอาการปวดหรือเสียวฟัน การรักษาโดยการเก็บรักษาฟันไว้ จึงมีความยุ่งยากซับซ้อน หลายขั้นตอน ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถมารับบริการต่อเนื่องได้จนถูกถอนฟันไป ในที่สุด ดังนั้นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ (สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล et al., 2564) นอกจากการสื่อสารความรู้ให้เข้าใจ และตระหนักในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองที่ถูกต้อง ซึ่งช่องทางหลักที่กลุ่มผู้สูงอายุเข้าถึงและได้รับข้อมูลสูงสุดคือ การสื่อสารผ่านบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 54.7 และผ่านสื่อโทรทัศน์ร้อยละ 36.2 รวมทั้งการสนับสนุนให้เข้ารับการตรวจสุขภาพช่องปากประจำปี ซึ่งจากการสำรวจครั้งนี้ มีร้อยละ 8.4 และเข้ารับบริการรักษาตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม เพื่อลดความเสี่ยงในการสูญเสียฟัน พร้อมกับการใส่ฟันเทียมบางส่วนและทั้งปากเพื่อทดแทนฟันถาวรที่สูญเสียไป โดยสรุป สภาวะสุขภาพช่องปากของคนไทย ยังคงใกล้เคียงกับเมื่อ 5 ปี ที่ผ่านมา การพัฒนากิจกรรมในการเพิ่มประสิทธิภาพของการลดปัญหาสุขภาพช่องปากในแต่ละกลุ่มวัยมีความจำเป็นนอกจากนั้นการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคก็มีความสำคัญ ซึ่งการสนับสนุนให้เกิดมาตรการทั้งการส่งเสริม ป้องกันควบคุมโรค รักษา และฟื้นฟู อย่างต่อเนื่องเป็นเรื่องจำเป็นที่ต้องทำ

พร้อมๆ กันไปโดยให้น้ำหนักตามข้อมูลทางระบาดวิทยา ทั้งนี้เพื่อประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดช่วงชีวิต (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2560)

กรณีพบหนองในช่องปากของผู้ป่วยติดเชื้อในจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวนมาก พบว่าจากการตรวจสอบผู้ป่วยรายนี้อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ทั้งนี้ พบได้ต่อเนื่องในผู้ป่วยติดเชื้อ เวลานอนหลับมักอ้าปากไม่รู้สีกตัว ทำให้แมลงวันอาจจยงจหัวเข้าไประบายไข่ได้ โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยที่เคยป่วยเป็นรำมะนาด หรือ มีปัญหาเหงือกอักเสบ เป็นหนอง ซึ่งเป็นอาหารของหนองแมลงวันอย่างดี เมื่อหนองเริ่มเติบโตในช่องปาก ก็จะสืบคลานไปหาอาหารในบริเวณที่เป็นหนอง หรือเนื้อเยื่อที่ตายแล้วในช่องปาก หากซ่อนไข่ไปถึงส่วนของจมูก ก็มีโอกาสดับรับอันตรายสูง เพราะมีโอกาสที่หนองจะเข้าไปถึงสมองได้ ดังนั้นจึงเป็นสาเหตุที่ต้องมีทันตภิบาล เข้ามาดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดเชื้อที่ไม่รู้สีกตัว และสอนคนใกล้ชิด ดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยด้วย อย่างไรก็ตามกรณีมีหนองในช่องปากนั้นอาจไม่สามารถสังเกตเห็นด้วยตาเปล่า แต่หากพบหนองในช่องปากอย่างนี้จนใจให้รีบมาพบทันตแพทย์ โอกาสการพบหนองแมลงวันเติบโตในช่องปากในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียงนั้นพบได้น้อย หากมีการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยอย่างดี หรือผู้สูงอายุผู้ป่วยเหล่านี้ยังมีความรู้สึกหรือเคลื่อนไหวช่วงคอได้ดี ขอย้ำว่าการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ ติดเตียงถือเป็นเรื่องสำคัญมาก ถ้ายังมีฟันหลงเหลือในช่องปากก็จะทำให้การบดเคี้ยวทำได้สะดวก และสุขภาพก็ดีกว่าคนที่ไม่มีฟันแน่นอน ส่วนการรักษาหรือทางแก้ไขในกรณีพบหนองแมลงวันในเหงือก ต้องมีการเปิดเหงือก ฝัดตัดเอาหนอง และหนองออกจนหมด ปล่อยให้แห้ง และเย็บเหงือกปิด เพียงไม่กี่สัปดาห์คนไข้ก็จะมีอาการดีขึ้น (อรุณพร ลิ้มปัญญาเลิศ, 2563)

1.3 แนวทางการส่งเสริมสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ

1.3.1 การดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุควรมีพื้นที่ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี หรือ 4 คู่สบฟันหลัง รวมถึงไม่มีแผลหรือการอักเสบเรื้อรังในช่องปากเพื่อให้บดเคี้ยวอาหารได้ดี และส่งผลให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง ทั้งนี้ ผู้สูงอายุควรดูแลสุขภาพช่องปาก โดยเน้น 3 ประเด็นหลักดังนี้

1) การทำความสะอาดช่องปาก

(1) กรณีที่มีฟันแท้ รวมถึงฟันเทียมติดแน่น เช่น ครอบฟัน สะพานฟัน

ก. ควรแปรงฟันเพื่อกำจัดเศษอาหารและเชื้อโรคอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน การแปรงฟันก่อนนอนและเข้านอนโดยไม่รับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มอีก (ยกเว้น

น้ำเปล่า) มีความสำคัญ เพราะระหว่างนอนหลับเชื้อโรคจะทำอันตรายฟันและอวัยวะต่างๆ ในช่องปากได้มากและรุนแรง

ข. ควรแปรงฟันด้วยแปรงสีฟันขนนุ่มที่มีด้ามจับถนัดมือ ร่วมกับยาสีฟัน ผสมฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุ การแปรงฟันให้สะอาดทั่วถึงทุกซี่และทุกด้าน สามารถทำได้ดังนี้

ค. ควรเน้นการทำความสะอาดบริเวณคอฟัน (บริเวณที่ติดกับขอบเหงือก) และซอกฟัน (ช่องระหว่างซี่ฟัน) เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีเหงือกกรนในบริเวณดังกล่าว ซึ่งมักเป็นที่สะสมของเศษอาหารและเชื้อโรค (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

2) การทำความสะอาดบริเวณซอกฟัน

(1) การใช้ไหมขัดฟัน ใช้ในบริเวณที่ซอกฟันชิดกัน โดยควรเลือกชนิดที่เคลือบซีผึ้ง เพื่อให้เคลื่อนผ่านซอกฟันได้สะดวก

(2) แปรงซอกฟัน ใช้ในบริเวณที่ซอกฟันห่าง โดยควรเลือกขนาดที่เหมาะสมกับช่องว่างของซอกฟัน

(3) ไม้จิ้มฟัน ใช้เช็ดเศษอาหารบริเวณซอกฟัน หรือทำความสะอาดคอฟัน โดยควรทำให้ปลายแตกเป็นฟู่ก่อน แล้วค่อยๆ ครอบบริเวณคอฟัน ทั้งนี้ ไม้จิ้มฟันที่เลือกใช้ควรมีปลายเรียวบาง มนกลม และไม่มีเสี้ยน (อรุณวรรณ หล้าอุบล, 2565)

3) การทำความสะอาดสะพานฟัน

กรณีใส่สะพานฟัน ควรทำความสะอาดบริเวณใต้สะพานฟันด้วย โดยใช้หวงร้อยไหมขัดฟันเป็นตัวนำไหมขัดฟันเข้าไปทำความสะอาดใต้สะพานฟัน หรือใช้ Super floss แทนก็ได้

(1) กรณีใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ ควรถอดฟันเทียมชนิดถอดได้ออกทำความสะอาดหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ รวมถึงก่อนเข้านอนทุกครั้ง (ทั้งกลางวันและกลางคืน) แล้วแช่น้ำสะอาดทิ้งไว้

ก. การทำความสะอาดฟันเทียมชนิดถอดได้

ข. ใช้แปรงสีฟันขนนุ่มชุบน้ำสบู่ น้ำยาล้างจาน หรือยาสีฟัน ชนิดครีม แปรงฟันเทียมให้ทั่วทุกด้าน แล้วล้างออกด้วยน้ำสะอาด

ค. ห้ามใช้ยาสีฟันที่เป็นผงหรือชนิดครีมที่ผสมผงขัดหยาบ

ง. อาจใช้เม็ดฟู่สำหรับแช่ฟันเทียมทำความสะอาดได้ ในกรณี ที่ฟันเทียมติดสี น้ำตาล/ดำ มีคราบบูหรี หรือคราบอาหารที่ล้างและแปรงด้วยน้ำสบู่/น้ำยาล้างจาน/ยาสีฟันไม่ออก (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

2) การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมบางอย่างจะทำอันตรายฟัน เหงือก และเนื้อเยื่อในช่องปาก ซึ่งผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น

(1) การสูบบุหรี่ ยาเส้น ยานัตถ์

(2) การเคี้ยวหมาก หรือหมากผสมยาเส้น

(3) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ

(4) การละเลยไม่ดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น ปล่อยให้มึนรากฟัน หรือฟันผุที่ติดงอกอยู่ในช่องปาก, ปล่อยให้มึนวัสดุอุดฟันที่แตก/บิ่น และคมในช่องปาก, มีฟันเทียมที่หลวม ขยับไปมาเวลาเคี้ยวอาหาร กดบริเวณข้างแก้มจนเจ็บ/เป็นแผล หรือแตก/หัก/ชำรุด คมบาดแก้มและลิ้น และมีแผลในช่องปากเรื้อรังจากการกัดข้างแก้ม/ลิ้น

3) พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม (อรุณวรรณ หล้าอุบล, 2565)

(1) ควรรับประทานอาหารให้เป็นมื้อ ไม่ทานจุบจิบ โดยเว้นการรับประทานอาหารว่างหลังการแปรงฟันอย่างน้อย 2 ชั่วโมง และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหลังการแปรงฟันก่อนนอน

(2) ถ้างดอาหารว่างไม่ได้ ควรเลือกรับประทานผลไม้สดหรือโปรตีน เช่น ถั่วต้ม แทนอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล ไม่ควรรับประทานอาหารที่หวานหรือติดฟันได้ง่าย

(3) ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่เหนียวหรือแข็ง ซึ่งอาจทำให้ฟัน/วัสดุอุดฟันบิ่นหรือแตกหัก

(4) ควรหลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มรสหวาน และน้ำอัดลม

4) การรับบริการตรวจช่องปากเพื่อป้องกันและรักษาโรคจากทันตบุคลากร ผู้สูงอายุทุกคน (ทั้งที่มีฟันแท้/ใส่ฟันเทียม/ไม่มีฟัน) ควรสังเกตอาการผิดปกติและตรวจช่องปากด้วยตัวเองอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งควรได้รับการตรวจช่องปากโดยทันตบุคลากรอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อ

(1) รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม

(2) รับบริการส่งเสริมป้องกันก่อนเกิดโรค

(3) รับการรักษาโรคในช่องปาก ซึ่งการรักษาตั้งแต่เนิ่นๆ จะเพิ่มโอกาสการเก็บรักษาฟันไว้ได้ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

1.3.2 การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง พบว่า ข้อมูลจากมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยสอดคล้องกับสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ซึ่งกล่าวว่าการดูแลช่องปากให้สะอาด อยู่เสมอ จะทำให้

- 1) ปากสะอาด ลมหายใจไม่มีกลิ่นเหม็น ผู้สูงอายุรู้สึกสบายรู้สึกปากสะอาด
- 2) ช่วยให้อยากอาหาร กลืนอาหารได้สะดวกขึ้น
- 3) ป้องกันการอักเสบ ติดเชื้อ เป็นแผลในปาก ซึ่งเป็นสาเหตุของความเจ็บปวด การติดเชื้อในกระแสเลือด นอนไม่หลับ ซึมเศร้า
- 4) ลดการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก โดยเฉพาะในผู้สูงอายุติดเตียง ผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม ควรให้การดูแลการทำความสะอาดช่องปาก ดังนี้
- 5) กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง ไม่มีภาวะสับสน คือ
 - (1) ควรให้ผู้สูงอายุแปรงฟันเองเพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกกว่าตนเอง มีความสามารถ มีอิสระในการดูแลสุขภาพช่องปากได้ด้วยตนเอง
 - (2) ควรเลือกแปรงสีฟันขนนุ่มปรับแปรงสีฟันให้มีด้ามจับเหมาะสมมือ เพื่อช่วยให้สามารถแปรงฟันด้วยตนเองได้สะดวกหรือใช้แปรงสีฟันไฟฟ้าก็ได้ การดัดแปลงแปรงสีฟันเพื่อให้จับได้ถนัดมือ เช่น
 - (3) เพิ่มขนาดด้ามแปรงให้ใหญ่ขึ้นโดยหุ้มด้ามแปรงด้วยวัสดุต่างๆ เช่น ฟองน้ำ หลอดด้าย ด้ามจับรถจักรยาน แผ่นยางรัด ผ้าขนหนู เป็นต้น
 - (4) ดัดด้ามแปรงให้โค้งงอ เพื่อยึดจับให้ถนัดมือ
 - (5) ใช้แผ่นยางขนาดใหญ่ ช่วยรัดยึด ด้ามแปรงให้ติดแน่นกับมือ
 - (6) เพิ่มความยาวของด้ามแปรงด้วยไม้ตะเกียบ ด้ามพลาสติก เพื่อผู้สูงอายุที่ข้อศอกงอพับไม่ปกติสามารถนำแปรงเข้าปาก และแปรงฟันด้วยตัวเองได้

6) กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะลำบาก ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ มักลืมวิธีการแปรงฟัน ผู้ดูแลควรแปรงให้ สิ่งสำคัญคือผู้ดูแลต้องบอกผู้สูงอายุทุกครั้งว่า กำลังจะทำอะไรในขั้นตอนไหน เช่น กำลังสอดแปรงเข้าในช่องปาก กำลังแปรงฟันหรืออื่นๆ แล้วจึงลงมือทำ ในการแปรงฟัน อาจจะมีสิ่งของผู้สูงอายุชอบ เช่น ตู๊กตา หมอนหรืออื่นๆ ให้จับ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ ยินยอมให้ผู้ดูแลแปรงฟันให้

ข้อแนะนำ : ควรแปรงฟันพร้อมไปกับช่วงเวลาการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เพื่อจะได้ไม่ลืม เช่น หลังอาหารเช้าหรือเย็น หลังอาบน้ำ เป็นต้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564)

7) กลุ่มที่ 3 กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ติดเตียง สิ่งสำคัญ คือ

(1) การแปรงฟัน ให้ยืดหยุ่น อาจจะไม่ต้องแปรงตอนเช้า หรือเย็นเสมอไป แต่อย่างน้อยวันละครั้ง ด้วยยาสีฟันผสม ฟลูออไรด์

(2) ผู้ดูแลแปรงฟันให้พร้อมไปกับช่วงทำกิจวัตรประจำวัน เช่น หลังกินข้าว หลังเช็ดตัว หลังเปลี่ยนผ้าอ้อม เป็นต้น ขึ้นอยู่กับสภาวะอารมณ์ความยินยอม ของผู้สูงอายุ

(3) แนะนำให้ใช้ยาสีฟันที่ไม่มีฟอง หรือมีฟองน้อย ที่ไม่ใส่สารที่ทำให้เกิดฟอง อุปกรณ์ในการแปรงฟัน ประกอบด้วย แปรงสีฟัน 1-2 ค้าม ยาสีฟัน น้ำสะอาด-แก้วนํ้า ผ้าขนหนูผืนเล็ก ขามรูปไตหรือกระโถน ลูกยาง (สำหรับดูดน้ำ)

8) ขั้นตอนการแปรงฟัน

(1) บอกผู้สูงอายุก่อนว่ากำลังจะทำอะไร ก่อนลงมือปฏิบัติและต้องสื่อสารกับญาติ

(2) ปรับตำแหน่งผู้สูงอายุให้พร้อมสำหรับการแปรงฟัน โดย

ก. ท่าครึ่งนั่งครึ่งนอน อาจใช้หมอนหนุนบนเตียง หรือไขเตียงให้ศีรษะสูงจากพื้นเตียงประมาณ 1 ฟุต จะเป็นท่าที่ปลอดภัย และไม่เกิดอาการสำลักหรือ ในคนที่ศีรษะไม่อยู่นิ่ง ควรให้ผู้สูงอายุนั่ง และผู้ดูแลอยู่ด้านหลัง ใช้แขนข้างหนึ่งโอบศีรษะ และอีกข้างหนึ่งถือแปรงเข้าปาก

ข. ทำนอน ให้เลื่อนตัวผู้สูงอายุชนิดริมเตียงข้างที่ผู้ดูแลอยู่ จัดให้นอนตะแคง วางผ้ากันเปื้อนที่หน้าอก ป้องกันไม่ให้น้ำหกเลอะที่นอน เสื้อผ้าวางขามรูปไตด้านเว้าแนบกับแก้ม ผู้สูงอายุให้สนิท (ถ้าไม่มีก็ใช้ภาชนะอื่น แต่ต้องรองผ้าขนหนู กันเปื้อน บริเวณใต้คอ)

(3) ตำแหน่งที่เหมาะสมสำหรับการแปรงฟันของผู้ดูแล

ก. ผู้ดูแลอาจจะอยู่ทางด้านข้าง หรืออยู่ด้านหลัง หรือให้ผู้สูงอายุหนุนคอก

(สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561)

(4) ถ้าผู้สูงอายุ บ้วนน้ำได้ อ้าปากได้

ก. เริ่มด้วย อมน้ำจากแก้ว หรือหลอดดูดเล็กน้อย เพื่อให้ช่องปากมีความชื้น

ข. อ้าปาก ผู้ดูแลแปรงฟันให้โดยใช้แปรงสีฟันขนอ่อน และยาสีฟันผสม ฟลูออไรด์เล็กน้อย

ค. ควรระวัง อย่าใช้แปรงขนาดใหญ่ หรือใช้แปรงสอดเข้าไปในลำคอลึกเกินไป เพราะอาจทำให้อาเจียนได้ แปรงให้ทั่วทุกซีกทุกด้านจนสะอาด รวมทั้งกระพุ้งแก้มและเพดานปากด้วย

ง. หยุดพัก ให้บ้วนน้ำลาย หรืออมน้ำเล็กน้อย บ้วนลงในชามอ่างใบเล็ก ก่อนแปรงต่อสลับการหยุดพัก 2-3 ครั้ง

(5) ถ้าผู้สูงอายุ บ้วนน้ำไม่ได้ อ้าปากลำบาก กลืนลำบาก

ก. จัดทำให้ผู้สูงอายุนอนตะแคง หันหน้าไปด้านใดด้านหนึ่งเพื่อป้องกันการสำลัก

ข. บอกให้ผู้สูงอายุรู้ตัวก่อนว่า กำลังจะแปรงฟัน โดยใช้แปรงสีฟันแตะบริเวณริมฝีปากเล็กน้อยเพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกตัว

ค. ใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำสะอาด พันนิ้วมือกวาดเศษอาหารก้อนใหญ่ข้างกระพุ้งแก้มออกก่อน

ง. เริ่มแปรงจากด้านนอก หรือ ด้านกระพุ้งแก้ม โดยใช้แปรงสีฟัน 2 อัน เลือกด้ามแปรงที่มีขนาดใหญ่ใช้ช่วยรั้งช่องปาก อาจปรับรูปร่างทำให้ด้ามแปรงงอเป็นมุมเหมือนกระจกส่องปาก ส่วนอีกอันหนึ่งใช้สำหรับแปรงฟัน

จ. แปรงด้านใน โดยใช้ด้ามแปรงสีฟันที่มีขนาดใหญ่ หรือใช้ไม้กดลิ้น ช่วยทำให้ผู้สูงอายุอ้าปาก หรือใช้ไม้กดลิ้นพันผ้าก๊อชหนาๆ ให้แน่น หรือใช้ด้ามซ้อนพันผ้าก๊อชหนาๆ ให้ผู้สูงอายุกัด

ฉ. ระหว่างแปรง ใช้น้ำใส่กระบอกฉีดยา ค่อยๆ ฉีดน้ำที่ละน้อยสลับใช้ลูกยางแดงดูดน้ำในช่องปากออก หรือใช้ที่ดูดน้ำลายที่บ้านดูดน้ำ และคราบยาสีฟันออกจากปาก แต่ถ้าผู้สูงอายุสำลักง่ายไม่ควรใช้น้ำ ให้ชุบแปรงให้ชื้นเป็นระยะ แล้วแปรงโดยไม่ใช้น้ำหลังแปรงแล้วเช็ดปากให้แห้ง ถ้าริมฝีปากแห้ง มุมปากแห้งแตก ให้ใช้ลีสฟันทละลายไม้ชุปกาลีเซอรินโบแรกซ์หรือเจลหล่อลื่นสูตรน้ำ หรือลิปมันทาริมฝีปากด้วย

ช. ข้อควรระวัง ไม่ใช้วาสลีน หรือลิปมันในผู้สูงอายุที่ได้รับออกซิเจนหรือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย (frail) เพราะมีความเสี่ยงต่อการอุดตันและติดเชื้อทางเดินหายใจ และปอดได้

(6) ถ้าผู้สูงอายุไม่อ้าปาก

ก. ใช้มือลูบแก้มทั้ง 2 ข้าง ใช้นิ้วลูบริมฝีปากให้รู้สึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ แล้วค่อยๆ เอานิ้วล้วงไปข้างแก้ม และกดเหงือก ด้านในสุดของฟันซี่สุดท้ายเพื่อให้อ้าปาก

ข. สอดด้ามแปรงขนาดใหญ่ หรือไม้ที่พันผ้าก๊อช เพื่อให้ผู้สูงอายุอ้าปากไว้เพื่อแปรงฟันต่อ

9) กลุ่มที่ 4 กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต สิ่งสำคัญ คือ

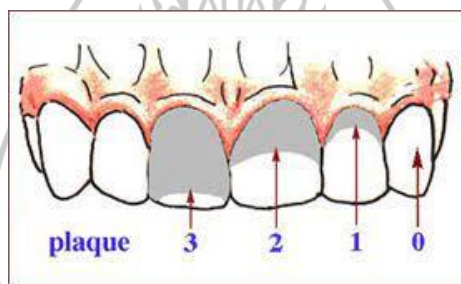
(1) ต้องเช็ดช่องปาก โดยใช้ปากคีบ คีบผ้าก๊อช สำลีเช็ดฟัน ลิ้น เหงือก กระจกแก้มให้ทั่วหรือใช้น้ำพ่นฝ้านุ่มชุบน้ำหมาด หรือ คลอเฮกดิน 0.12% หรือ 0.2 % หมาดๆ หลังการเช็ดตัวหรืออาบน้ำทุกครั้ง

(2) ใช้ไม้กดลิ้น เปิดช่องปาก หรือใช้เครื่องถ่างปาก หรือด้ามแปรงขณะทำ ความสะอาดภายในปาก เพราะขากรรไกรอาจจะปิดลงบนนิ้วมือได้

(3) ควรใช้ไฟฉายช่วยในการมอง (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561)

1.4 การตรวจสุขภาพช่องปาก

1.4.1 การตรวจวัดค่าจุลินทรีย์ Simplified Oral Hygiene Index (OHI-S) คราบจุลินทรีย์ คือ คราบขาวออกเหลืองหรือสีครีมที่เกาะที่ฟันหรือที่เรียกว่าซึ่ฟัน ต่อมาเมื่อเช็ดแบคทีเรียมาอาศัยและสร้างกรดมาทำลายฟัน หากทิ้งไว้นานคราบเหล่านั้นจะเกาะติดแน่น ไม่สามารถเอาออกโดยการแปรงฟันตามปกติ ดัชนีการวัดค่าจุลินทรีย์ของ (Green Vermillion, 1964) โดยใช้เครื่องมือชุดตรวจ Explorer รากด้านที่ตรวจของฟัน 6 ซี่ ได้แก่ฟันหน้า 2 ซี่ คือฟันซี่ 11 และ 31 ฟันหลังบน 2 ซี่ คือฟันซี่ 16 และ 26 และฟันหลังล่าง 2 ซี่คือฟันซี่ 36 และ 46 ซึ่งเป็นตัวแทนของฟันทั้งช่องปาก ในฟันหน้าพิจารณาด้านริมฝีปาก labial ฟันหลังบนใช้ด้านใกล้แก้ม buccal และฟันหลังล่างใช้ด้านใกล้ลิ้น lingual ในการบันทึกภาพจุลินทรีย์ หากฟันที่ใช้ในการตรวจวัดค่าจุลินทรีย์หาย Missing Tooth หรือถูกถอนไป extracted tooth ให้พิจารณาคราบจุลินทรีย์ของฟันชนิดเดียวกันในตำแหน่งถัดไปทางด้านใกล้กลาง distal ของฟันซี่ที่หายไปหรือถูกถอนไป ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีฟันเหลือน้อย คือ 1 ซี่ต่อ sextant จะพิจารณาการตรวจทุกซี่และทุกด้าน



ภาพที่ 2.1 แสดงระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์

แสดงดัชนีการตรวจวัดค่าจุลินทรีย์ ของ Green และ Vermillion

- 0 หมายถึง ไม่พบแผ่นจุลินทรีย์หรือคราบสีบนด้านที่ตรวจ
- 1 หมายถึง พบแผ่นภาพจุลินทรีย์ไม่เกิน 1 ใน 3 ของผิวฟันด้านที่ตรวจ
- 2 หมายถึง พบแผ่นภาพจุลินทรีย์มากกว่า 1 ใน 3 ของฟันด้านที่ตรวจ
- 3 หมายถึง พบแผ่นภาพจุลินทรีย์มากกว่า 2 ใน 3 ของผิวฟันด้านที่ตรวจ

เกณฑ์คะแนน DI-S กับการแปลผลระดับความสะอาดในช่องปาก

0-0.6 คะแนน แสดงถึง ระดับดี (good)

0.7-1.8 คะแนน แสดงถึง ระดับปานกลาง (fair)

1.9-3.0 คะแนน แสดงถึง ระดับต่ำ (poor)

1.4.2 การตรวจวัดคราบบนลิ้น ใช้ดัชนี Winkel tongue coating index ด้วยการดูด้วยตาเปล่าแสดงดัชนีการตรวจวัดคราบบนลิ้นของ Winkel tongue coating index

0	หมายถึง	ไม่พบคราบบนลิ้น
1	หมายถึง	มีคราบบาง
2	หมายถึง	มีคราบหนา (Seema Roodmal Yadav et al., 2015)

1.5 ปัจจัยที่มีผลต่อความผิดปกติในช่องปากผู้สูงอายุ มีหลายประการที่สำคัญได้แก่ สภาวะอนามัยช่องปาก อาหาร การเป็นโรคทางระบบ การรักษาและการใช้ยา รวมทั้งภาวะทุโภชนาการ และพฤติกรรมเสี่ยง

1.5.1 ปัจจัยจากสภาวะอนามัยช่องปาก ผู้สูงอายุที่มีอนามัยช่องปากไม่ดีจะเกิดความผิดปกติในช่องปากได้ง่าย เนื่องจากมีการสะสมของคราบจุลินทรีย์ (Plaque) ทั้งที่อยู่เหนือขอบเหงือก ในร่องเหงือก และที่ผิวฟัน ทำให้เกิดโรคฟันผุที่ตัวฟัน รากฟัน และทำให้เกิดโรคปริทันต์ ซึ่งพบบ่อยและเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียฟันในผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ผู้สูงอายุมักมีสภาพในช่องปากที่เอื้อต่อการเกาะติดของคราบจุลินทรีย์ เช่น มีฟันล้มเอียง ฟันยื่น มีร่องลึกบริเวณขอบเหงือก เหงือกกรัน รากฟันมีผิวขรุขระไม่เรียบ หรือมีฟันผุบริเวณคอฟัน รากฟันมีหินน้ำลายเกาะ และใส่ฟันปลอม หรือมีโรคประจำตัวบางอย่าง เช่น โรคทางสายตา ข้ออักเสบรูมาตอยด์ ตลอดจนปัญหาภาวะจิตใจซึมเศร้า สมองเสื่อม ต่างๆ เหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุขาดความใส่ใจ และความสามารถในการทำความสะอาดช่องปากลดลง

1.5.2 ปัจจัยจากอาหาร การรับประทานอาหารหวานระหว่างมื้อบ่อยๆ ส่งผลต่อการเกิดโรคฟันผุเพิ่มขึ้น ประกอบกับผู้สูงอายุน้ำลายน้อยจึงทำให้เกิดฟันผุได้ง่าย

1.5.3 ปัจจัยจากโรคทางระบบ การรักษา และการใช้ยา ที่มีผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงในช่องปากโดยตรง มีดังนี้

1) โรคทางระบบ ได้แก่

(1) โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อย มีผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากชัดเจน ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้ควบคุมระดับน้ำตาลจะพบภาวะแทรกซ้อน เช่น ปากแห้ง ปวดแสบปวด

ร้อนในช่องปาก ต่อม้ำลายโต ฟันผุง่าย เกิดโรคปริทันต์ง่ายและรุนแรง การเกิดโรคปริทันต์ในผู้ป่วยเบาหวานทำให้ประสิทธิภาพของยารักษาโรคเบาหวานลดลง ติดเชื้อง่าย โดยเฉพาะการติดเชื้อรา ยิ่งถ้าผู้ป่วยสูบบุหรี่และอนามัยช่องปากไม่ดี จะทำให้ติดเชื้อราง่าย และรุนแรง เมื่อเกิดแผลในปากหายช้า

(2) *วัณโรคปอดในผู้สูงอายุ* อาจพบเป็นแผลที่มีลักษณะของวัณโรคในช่องปากได้ โดยแผลมีลักษณะสีแดง ไม่เจ็บ แผลจะคงอยู่นาน ไม่หาย

(3) *โรคไต* ภาวะไตเรื้อรังทำให้มีของเสียสะสมในร่างกายเกิดภาวะยูรีเมีย ซึ่งอาจพบอาการแสดงทางช่องปากได้ เช่น มีเลือดออกในชั้นใต้เยื่อช่องปาก และบริเวณด้านข้างของลิ้น (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2555)

2) การรักษาและการใช้ยา ได้แก่

(1) การบำบัดทางรังสี และการใช้เคมีรักษาเพื่อต้านเซลล์มะเร็ง ทำให้ต่อมน้ำลายมีการเปลี่ยนแปลง น้ำลายไหลน้อย ปากและลิ้นแห้งเป็นฝ้า ฟันผุง่าย ควรแนะนำให้ดื่มน้ำบ่อยๆ เพื่อให้ช่องปากชุ่มชื้น และแนะนำให้ผู้ป่วยให้รักษาทางทันตกรรมให้เรียบร้อยก่อนไปฉายรังสีรักษา

(2) การใช้ยารักษาโรคทางระบบที่เรื้อรังบางชนิด ได้แก่ ยารักษาโรคภูมิแพ้ เช่น Chlorpheniramine Atarax และยากลุ่มลดความเครียด เช่น Amitriptyline ถ้าใช้นานๆจะทำให้ปริมาณของน้ำลายลดลง ความสามารถในการต้านเชื้อจุลินทรีย์ลดลง น้ำลายมีความเป็นกรดเพิ่มขึ้น เกิดภาวะปากแห้ง เนื้อเยื่อในช่องปากระคายเคือง อักเสบ และเกิดฟันผุง่าย ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง เช่น Methyl dopa ยารักษาโรคเบาหวาน เช่น Chlorpropamide ยารักษาโรคข้ออักเสบ เช่น Phenylbutazone และ Indomethacin ยารักษาโรคตับ เช่น Penicillamine อาจกระตุ้นให้เกิดรอยโรคไลเคนพลาเนียส ยารักษาโรคหอบหืดที่พ่นในช่องปากกลุ่มสเตียรอยด์ ถ้าใช้เป็นประจำจะทำให้ติดเชื้อราในช่องปากง่ายขึ้น

1.5.4 ภาวะทุโภชนาการ อาจเป็นผลกระทบจากภาวะจิตใจซึมเศร้า หรือไม่มีฟันบดเคี้ยวอาหาร หรือการดูดซึมอาหารบกพร่อง การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในผู้สูงอายุหญิงอาจทำให้มีอาการปากแห้ง เนื้อเยื่อในช่องปากปวดแสบปวดร้อน การรับรสชาติไม่ดี สาเหตุเหล่านี้ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ที่พบบ่อย ได้แก่ การขาดวิตามิน บี 1 2 5 6 ทำให้ลิ้นเปลี่ยนเป็นมัน มีสีแดงจัดเนื้อเยื่อในปากเป็นแผลง่าย มีแผลที่มุมปากที่เรียกปากนกกระจอก การขาดธาตุเหล็ก วิตามินบี 12 และกรดโฟลิกเป็นเวลานานหลายปีทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง เนื้อเยื่อในช่องปากติดเชื้อ

ง่าย ลื่นลิ้น รับประทานได้ไม่ดี ปากแห้ง รวมถึงเป็นสาเหตุของการเกิดแผลปากนกกระจอกด้วย นอกจากนี้แผลปากนกกระจอกอาจเป็นผลจากการสึกของฟัน หรือมีการสูญเสียฟันกราม ทำให้ระยะห่างขากรรไกรบนและล่างสั้นลง มุมปากยื่นเป็นร่อง ทำให้น้ำลายเปียกขึ้นตลอดเวลา จึงเกิดการคายเคือง และง่ายต่อการติดเชื้อ (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2555)

1.5.5 ปัจจัยจากพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ได้แก่

1) การสูบบุหรี่ การเคี้ยวยาเส้น ยานัตถุ สารประกอบในบุหรี่ โดยเฉพาะสารนิโคติน และน้ำมันดิบ ที่เกิดจากการเผาไหม้ เมื่อผ่านปอดไปตามกระแสเลือดจะกระตุ้นต่อมหมวกไตให้หลั่งฮอร์โมน Epineprine ทำให้หลอดเลือดหดตัว เพิ่มการยึดติดของเกร็ดเลือดทำให้หลอดเลือดตีบ ความดันโลหิตสูง เสี่ยงต่อหลอดเลือดอุดตัน ความร้อนและสารประกอบต่างๆ ที่เหลือตกค้างจากการเผาไหม้ในช่องปากทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อ เกิดรอยโรคเป็นขึ้นสีขาว สีแดงที่อาจนำไปสู่การเป็นมะเร็ง การสูบบุหรี่ที่มีผลทำให้โรคปริทันต์รุนแรงขึ้น และลดประสิทธิผลของการรักษาทางทันตกรรมด้วย

2) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้น้ำยาบ้วนปากที่ผสมแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก โดยผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 4 แก้วต่อวัน ร่วมกับการสูบบุหรี่ 2 ซองหรือมากกว่า จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งบริเวณช่องปากและลำคอมากกว่าปกติ 35 เท่า ส่วนการใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์มากกว่าร้อยละ 25 เป็นเวลานาน อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในช่องปากได้

3) การเคี้ยวหมาก ทำให้เกิดการระคายเคืองอย่างเรื้อรังต่อเนื้อเยื่อช่องปาก อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็ง

4) การใส่ฟันปลอมชนิดถอดได้ที่ไม่พอดี เช่น ฟันเทียมที่ใส่มาเป็นเวลานาน จนหลวมขยับไปมาได้ ฟันเทียมที่แตกหักชำรุด ฟันเทียมที่ใส่ได้ไม่พอดี จะระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อช่องปากเป็นผลเรื้อรังซึ่งอาจเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งได้ ส่วนฟันเทียมที่มีเศษอาหาร คราบจุลินทรีย์ และหินปูนเกาะติดไม่ได้ทำความสะอาด จะเป็นที่สะสมของเชื้อโรค ทำให้มีกลิ่นเหม็น เป็นสาเหตุของการติดเชื้อโดยเฉพาะเชื้อรา และเกิดรอยโรคอื่นๆ บนเนื้อเยื่ออ่อน (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2555)

2. ผู้สูงอายุ

2.1 การประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) แบบประเมิน ADL การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL)

คำจำกัดความ

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ประยุกต์จาก เกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด หรือ ทูพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวม คะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

2.2 TAI (Typology of Aged with Illustration) คือ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสภาวะผู้สูงอายุหรือเป็นเครื่องมือในการวัดความสามารถในการทำกิจกรรมฟังก์ชันของผู้สูงอายุ แบ่งความสามารถของผู้สูงอายุเพื่อการดูแลเป็น 4 ด้าน mobility, mental status, eating และ Toilet แต่รายด้านแบ่งสเกลเป็น 6 ระดับ Level ตามความสามารถในการทำฟังก์ชันนั้น โดยศูนย์เป็นระดับที่มีฟังก์ชันนั้นได้น้อยที่สุด 5 เป็นระดับที่ทำฟังก์ชันนั้นได้มากที่สุด แล้วนำข้อมูลทั้ง 4 ฟังก์ชันนั้นมาพิจารณาร่วมกันเพื่อแบ่งผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่ม ในการประเมินสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำการประเมินสภาวะร่างกายและจิตใจ การเคลื่อนไหว การกิน การใช้ห้องน้ำ การตัดสินใจ ตามแบบฟอร์มความสามารถทั้ง 4 ด้านแล้วแบ่งแยกเป็น 3 กลุ่มใหญ่

2.2.1 กลุ่ม B Border group กลุ่มที่เป็นปกติ มีความเสี่ยง คือกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้ดี หรือต้องการความช่วยเหลือบ้าง และมีอาการ confused น้อย ผู้สูงอายุรับรู้บุคคล เวลา สถานที่ และไม่มีปัญหาพฤติกรรมผิดปกติ อาจมีเพียงการสูญเสียความจำหรือการตัดสินใจบ้าง แบ่งเป็นกลุ่มย่อย 3 กลุ่มคือ

- 1) B3 คือ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในเรื่องการกินและขับถ่ายมาก
- 2) B4 คือ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในเรื่องการกินและการขับถ่ายปานกลาง
- 3) B5 คือ ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาหรือมีปัญหาน้อยในเรื่องการกินและการ

ขับถ่าย

2.2.2 กลุ่ม C confused Group กลุ่มที่มีความสับสน คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากมากไปน้อยดังนี้ ผู้สูงอายุที่ไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า หรือไม่รับรู้ บุคคลเวลาสถานที่หรือมีปัญหาพฤติกรรมซึ่งสร้างความรำคาญหรือความเดือดร้อนต่อผู้ดูแลหรือมีปัญหาในด้านการตัดสินใจหรือความจำโดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม

- 1) C2 คือผู้สูงอายุที่มีอาการ confuse มาก ร่วมกับมีปัญหาด้านการกินอาหารและการขับถ่ายมาก
- 2) C3 คือผู้สูงอายุที่มีอาการ confuse มากร่วมกับมีปัญหาด้านการกินและการขับถ่ายปานกลาง
- 3) C4 คือกลุ่มที่มีอาการ confuse มาก ร่วมกับมีปัญหาด้านการกินอาหารและการขับถ่ายน้อย

2.2.3 กลุ่ม I Immobile Group กลุ่มที่มีการเคลื่อนไหวเองไม่ได้แบ่งเป็น กลุ่มย่อย 3 กลุ่มคือ

- 1) I1 คือ ผู้สูงอายุที่มีการเคลื่อนไหวได้น้อย (ติดเตียง) และมีปัญหาด้านการกินอาหารมาก
- 2) I2 คือ ผู้สูงอายุที่มีการเคลื่อนไหวได้น้อย (ติดเตียง) และมีปัญหาด้านการกินอาหารปานกลาง
- 3) I3 คือ ผู้สูงอายุที่มีการเคลื่อนไหวได้น้อย (ติดเตียง) และมีปัญหาด้านการกินอาหารเล็กน้อย (นพัตธร พฤษพานันตกาล, 2563)

2.3 ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

การดูแลระยะยาว (Long-term care) หมายถึง การให้บริการที่หลากหลาย ครอบคลุมการให้บริการด้านสุขภาพและบริการดูแลที่เกี่ยวกับการแพทย์แก่ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือผู้พิการที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้เป็นระยะเวลาอันยาวนาน การดูแลระยะยาวจะเน้นให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการการดูแลของแต่ละคนซึ่งอาจแตกต่างกัน บนพื้นฐานของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด เป้าหมายสำคัญของการดูแลระยะยาวอยู่ที่การพยายามธำรงสถานะทางกายของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับเดิมให้มากที่สุด และส่งเสริมให้มีการปรับปรุงมาตรการทางสังคมเพื่อเอื้อต่อการใช้ชีวิตของประชากรกลุ่มที่ร่างกายเสื่อมสมรรถนะลง ซึ่งต่างจากเป้าหมายของการดูแลระยะเฉียบพลันและระยะกลางที่พยายามทำให้สมรรถนะของผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาวะปกติ กล่าวสั้นๆ คือ การดูแลระยะยาวเน้นที่ “การดูแล” (care) ไม่ใช่ “การรักษา” (treatment) ซึ่งเป็นเป้าหมายของการดูแลระยะเฉียบพลัน (acute care) และไม่ใช่การเน้นการฟื้นฟู (rehabilitation) ซึ่งเป็นเป้าหมายของการดูแลระยะกลาง (intermediate care) การดูแลระยะยาวเป็นที่พูดถึงกันมากในสังคมปัจจุบัน เนื่องจากปัจจุบันประชากรสูงอายุทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้น หลายประเทศให้ความสำคัญกับการออกแบบการดูแลระยะยาวเพื่อให้ตอบสนองความต้องการของประชาชนตนเอง สำหรับประเทศไทยการดูแลระยะยาวเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพอย่างเป็นทางการในปี 2559 เมื่อสำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดตั้งกองทุนบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งต่อมากองทุนนี้ได้ขยายการให้บริการครอบคลุมประชากรทุกวัยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง คือไม่สามารถดูแลตัวเองได้ระยะยาว (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2559)

สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (2563) กล่าวว่า รูปแบบการให้บริการ LTC โดยทั่วไปสามารถแบ่งได้ 2 รูปแบบกว้างๆ ได้แก่ การดูแลที่บ้าน/ชุมชน (home/community based care) และการดูแลในระดับสถาบัน (institutional care) การดูแลแต่ละระดับต้องการกำลังคนและการบริหารจัดการกำลังคนที่แตกต่างกัน การดูแลที่บ้าน/ชุมชน เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีครอบครัวหรือ คนใกล้ชิดให้การดูแล และเป็น การดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการกำลังใจจากคนในครอบครัวมากเป็นพิเศษ บริการส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยหรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงต้องการคือการดูแลกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activities of Daily Living: ADLs) ได้แก่ การอาบน้ำ รับประทานอาหาร แต่งตัว จัดการระบบขับถ่าย การเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น การลุกจากเตียงไปห้องน้ำ เดินไปมาเพื่อทำกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น นอกเหนือจากสมาชิกในครอบครัวแล้ว กำลังคนสำคัญของการดูแลระดับนี้ คือ สมาชิกในชุมชน ที่จะให้การสนับสนุน เช่น การเป็นไม้เท้าให้

สมาชิกในครอบครัวในกรณีมีฐานะ การช่วยดูแลจัดซื้อหรือเตรียมอาหาร การอยู่เป็นเพื่อนคุยหรือการสนับสนุนการเดินทาง เช่น การพาไปรับบริการในสถานบริการ รวมถึงการมีเครือข่ายสังคมเพื่อแบ่งปันสิ่งของที่จำเป็น เพื่อแบ่งเบาภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ป่วย เนื่องจากการดูแลระยะยาวต้องใช้ค่าใช้จ่ายมาก การดูแลระดับสถาบัน สำหรับรองรับผู้ป่วยหรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ไม่มีครอบครัวหรือชุมชนดูแล หรือผู้ที่ต้องการบริการทางการแพทย์ที่ไม่สามารถจัดให้บริการที่บ้านได้ สถานบริการที่ให้การดูแลระยะยาวมีหลายรูปแบบตามระดับความต้องการของผู้ป่วย เช่น สถานพยาบาลเพื่อการดูแลระยะยาว (LTC hospital) สำหรับผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องการบริการทางการแพทย์มากต้องใช้เครื่องมือที่ซับซ้อนต้องการบุคลากรระดับวิชาชีพเป็นผู้ให้บริการ nursing home หรือสถานบริบาลสำหรับคนที่ต้องการบริการด้านการพยาบาล หรืออาจเป็น residential care เช่น บ้านพักคนชราที่ต้องมีบริการทั้งด้านสังคมและสุขภาพหรืออาจเป็นสถานบริการในลักษณะ day care คือ รับผู้ป่วยแบบเข้าไปเย็นกลับ เป็นต้น

กำลังคนและการบริหารจัดการกำลังคนในระบบการดูแลระยะยาวกำลังคนที่ระบบการดูแลระยะยาว สามารถแบ่งได้ 3 กลุ่ม คือ

2.3.1 สหวิชาชีพ ทำหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพและบริการทางการแพทย์ การดูแลระยะยาวต้องการกำลังคนจากวิชาชีพด้านสุขภาพหลายสาขา เพราะผู้ที่มีภาวะติดบ้านติดเตียงต้องการการดูแลที่หลากหลาย วิชาชีพที่สำคัญที่ขาดไม่ได้เลย คือ แพทย์เวชกิจครอบครัว (Fam Med) ที่เน้นแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และวางแผนการเยี่ยมบ้านที่เชื่อมประสานวิชาชีพต่างๆ เข้าด้วยกัน ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นมากสำหรับการดูแลระยะยาว จากการศึกษาของสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) พบว่าพื้นที่ที่มีแพทย์เวชกิจครอบครัว จะเป็นพื้นที่มีระบบงานปฐมภูมิเข้มแข็งเป็นพิเศษ และเป็นพื้นที่ที่ระบบงาน LTC เข้มแข็ง เพราะสามารถนำไปเป็นกิจกรรมใหม่ต่อยอดจากฐานงานปฐมภูมิเดิมที่เข้มแข็งอยู่แล้ว (สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, 2563)

2.3.1 ผู้จัดการเคส (care manager: CM) การดูแลระยะยาวเป็นการดูแลที่ต้องออกแบบให้เหมาะสมกับความต้องการด้านสุขภาพและสังคมของผู้ป่วยรายบุคคล จึงต้องมีคนรับผิดชอบผู้ป่วยทุกเคสเรียกว่าผู้จัดการเคส หรือ CM ทำหน้าที่วางแผนการให้การดูแลด้านสุขภาพ (care plan) ของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อเป็นกรอบในการดูแลและเป็นแนวทางในการทำงานสำหรับนักบริบาล/ ผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) ผู้ที่จะมาทำหน้าที่ CM สามารถเป็นบุคคลที่อยู่ในวิชาชีพใดก็ได้ ไม่จำเป็นต้องเป็นเฉพาะวิชาชีพในระบบสุขภาพ เพราะทักษะที่จำเป็นคือทักษะด้านการบริหารจัดการ

และการวางแผน ส่วนการทำ care plan ต้องทำโดยปรึกษากับทีมสหวิชาชีพอยู่แล้ว ประเทศญี่ปุ่นให้นักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่นี้เป็นส่วนใหญ่ ในประเทศไทยพบว่า CM จะเป็นบุคลากรในสายงานสาธารณสุขทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้ที่จะเป็น CM ได้ต้องเข้ารับการอบรมหลักสูตร CM ของกรมอนามัยก่อน และการทำ care plan ต้องนำเสนอกรมอนามัยทุกครั้ง

งาน LTC เป็นบริการใหม่ที่เพิ่มเติมเข้ามาในระบบบริการสุขภาพ โดยไม่มีการผลิตบุคลากรเพื่อทำหน้าที่ CM เป็นการเฉพาะ สถานการณ์ปัจจุบันจึงกลายเป็นการเพิ่มหน้างานให้บุคลากรในระบบ ทำให้เกิดปัญหาภาระงานที่หนักขึ้น โดยทั่วไปพบว่าภาระงานของ CM จะแบ่งการรับผิดชอบตามเขตพื้นที่ของสถานบริการปฐมภูมิ คือ สถานบริการ 1 แห่ง จะมี CM อย่างน้อย 1 คน รับผิดชอบประชากรที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตให้บริการ หลายครั้งเมื่อมีการย้ายพื้นที่ทำงานและกรมอนามัยยังไม่ได้เปิดการอบรม CM ใหม่ ทำให้บางพื้นที่ไม่มี CM (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

2.3.1 ผู้ช่วยเหลือดูแล/ นักบริบาล (caregiver: CG) CG เป็นกำลังคนกลุ่มใหม่ที่เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพทำหน้าที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะติดบ้านติดเตียง เป็นกำลังสำคัญของงาน community care ในระบบกองทุน LTC สำหรับในประเทศไทยบุคลากรที่เข้ามาทำหน้าที่ CG ส่วนใหญ่เป็น อสม. เนื่องจากประเทศไทยสนับสนุนการใช้แนวคิดจิตอาสาในการทำงาน ผู้ที่จะเป็น CG ของกองทุน LTC ต้องผ่านการอบรมหลักสูตร CG ของกรมอนามัย โดยมี กศน. สนับสนุนการจัดอบรมร่วมกับสถานบริการในพื้นที่ หลักสูตร CG ในปัจจุบันมี 2 หลักสูตร คือ หลักสูตร 70 ชั่วโมง และหลักสูตร 420 ชั่วโมง ผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 420 ชั่วโมง สามารถนำไปประกาศนียบัตรไปรับจ้างทำงานกับเอกชนได้ (สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, 2563)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดตั้งกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กองทุน LTC) ในปี 2559 เพื่อพร้อมรับมือกับการเป็นสังคมสูงอายุของประเทศไทย ทำให้ประเทศไทยมีการดูแลระยะยาวอย่างเป็นระบบในครั้งแรกกองทุน LTC ครอบคลุมเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป และดูแลเฉพาะผู้ที่อยู่ในกองทุนหลักประกันสุขภาพเท่านั้น ก่อนจะขยายกลุ่มประชากรให้ครอบคลุมทุกช่วงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคือไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และดูแลประชากรในทุกสิทธิ คือ ทั้งผู้ที่อยู่ในกองทุนหลักประกันสุขภาพ ทั้งประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการ สปสช.วางแนวคิดหลักของกองทุน LTC ไว้ว่าให้เป็นกองทุนที่สนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนเป็นกำลังหลัก ในการดูแลสมาชิกที่มีภาวะพึ่งพิงมากกว่าการดูแลในสถาบัน โดยมองว่าบริการดูแลระยะยาวส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับการดูแล

กิจวัตรประจำวันอาจไม่ต้องการความช่วยเหลือเฉพาะทาง (สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, 2564)

3. ผู้ป่วยติดเตียง

ในทางการแพทย์ หมายถึง ผู้ป่วยที่ร่างกายเสื่อมโทรมจนต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ซึ่งอาจขยับตัวได้บ้างแต่ก็ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในเรื่องอื่น ๆ ได้เลย โดยสาเหตุของการเป็นผู้ป่วยติดเตียงนั้นอาจมีได้มากมายไม่ว่าจะเป็นการประสบอุบัติเหตุ การผ่าตัดใหญ่ ไปจนถึงโรคประจำตัวก็ได้เช่นกัน และผลข้างเคียงสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการนอนติดเตียงนั้นก็มากมาย ในบางกรณีอาจร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ ซึ่งอาการที่พบได้บ่อยก็คือ เกิดแผลกดทับ มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น เนื่องจากผู้ป่วยติดเตียงนั้นไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการฟื้นฟูร่างกายได้มากนัก จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดอยู่เสมอ การดูแลผู้ป่วยติดเตียงอย่างถูกวิธี ในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยติดเตียงนั้นมีข้อควรระวังและต้องใส่ใจอยู่เยอะมาก เพราะตัวผู้ป่วยนั้นแทบจะช่วยเหลืออะไรตัวเองไม่ได้เลย ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องหมั่นตรวจสอบสิ่งต่าง ๆ ดังนี้ (อายุวัฒน์เนอร์สซิงโฮม, 2563)

3.1 แผลกดทับ สาเหตุของแผลกดทับมักจะมาจากการที่ผู้ป่วยนอนนาน ๆ ทำให้บริเวณที่เป็นปุ่มกระดูกต่าง ๆ ขาดเลือดมาเลี้ยงที่บริเวณผิวหนัง จึงทำให้เกิดแผลที่ผิวหนัง ในระยะแรกอาจมีแค่อาการลอกที่ผิวหนังอย่างเดียว แต่หากปล่อยไว้ก็อาจลุกลามไปถึงชั้นกล้ามเนื้อและกระดูกได้ และเมื่อไม่มีผิวหนังปกคลุมแล้วโอกาสเกิดการติดเชื้อก็จะมากขึ้นไปด้วย โดยการหลีกเลี่ยงหรือป้องกันแผลกดทับนั้นก็สามารถทำได้ง่าย ๆ โดยผู้ดูแลต้องหมั่นพลิกตัวผู้ป่วยทุก ๆ 2 ชั่วโมง และเปลี่ยนท่านอนของผู้ป่วยด้วย เช่น นอนหงาย นอนตะแคงสลับกันไปมา นอกจากนี้อาจซื้อเตียงสำหรับผู้ป่วยติดเตียงโดยเฉพาะมาใช้ร่วมด้วยก็ได้เช่นกัน (อรรถ นิติพน, 2566)

3.2 ความสะอาด การรักษาความสะอาดเป็นสิ่งที่ไม่อาจละเลยได้สำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะเข้าไปในร่างกาย เพราะเป็นการเพิ่มโอกาสติดเชื้อได้ง่ายขึ้น ผู้ดูแลจึงควรเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะเป็นประจำ อย่างน้อยทุก 2-4 สัปดาห์ และทำความสะอาดด้วยน้ำสบู่อ่อน ๆ ทุกครั้งเพื่อให้มั่นใจในความสะอาด และหากพบว่าผู้ป่วยมีปัสสาวะสีขุ่น หรือมีอาการปัสสาวะไม่ออก ควรรีบพาไปส่งโรงพยาบาลใกล้บ้านทันที ในกรณีผู้ป่วยที่

สวมใส่แอมเพิร์ส ผู้ดูแลก็ต้องหมั่นตรวจเช็คและเปลี่ยนแอมเพิร์สให้ผู้ป่วยอยู่เสมอ เพราะหากปล่อยให้ผู้ป่วยนอนจนกองอุจจาระหรือปัสสาวะไปเรื่อย ๆ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับเชื้อต่าง ๆ เข้าสู่ร่างกาย นอกจากนี้ การดูแลสุขภาพช่องปากให้ดีอยู่เสมอก็เป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้าม เพราะจะช่วยลดการสะสมของแบคทีเรียในช่องปาก ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักได้อีกด้วย (อรุณ นิติน, 2566)

3.3 การรับประทานอาหาร อาหารการกินของผู้ป่วยติดเตียงนั้นต้องให้ความสำคัญมากเช่นกัน เพราะสิ่งที่พบบ่อยก็คือ “ภาวะกลืนลำบาก” ที่เสี่ยงต่อการสำลักในขณะรับประทานอาหาร ซึ่งอาจทำให้ปอดเกิดการอักเสบหรือติดเชื้อเนื่องจากมีเศษอาหารหลุดเข้าไปที่หลอดลม ที่อาจอันตรายถึงชีวิตได้เลย ดังนั้น จึงไม่ควรให้ผู้ป่วยทานอาหารในท่านอน ผู้ดูแลควรจัดให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรงระหว่างรับประทานอาหาร และเมื่อทานเสร็จแล้วก็ควรปล่อยให้นั่งตรงต่อไปก่อนสักพักเพื่อรออาหารย่อย จึงค่อยพาผู้ป่วยนอน นอกจากการปรับท่าทางการทานอาหารแล้ว ก็ควรปรับประเภทของอาหารให้เหมาะกับอาการของผู้ป่วยด้วย (อายุวัฒน์เนอร์สซิงโฮม, 2563)

3.3.1 การให้อาหารทางสายยางจะแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ตามตำแหน่งที่เข้าสู่ร่างกาย คือ ใส่สายยางทางจมูกและใส่สายยางทางหน้าท้อง การให้อาหารทางสายยาง จะให้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้เองทางปาก แต่ระบบย่อยอาหารและการดูดซึมอาหารยังสามารถทำงานได้ โดยเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สึกรับรส ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการกลืน โดยผู้ดูแลหรือญาติ จะต้องเรียนรู้วิธีการจัดเตรียมและให้อาหารทางสายยางเพื่อการได้รับอาหารที่ถูกต้องและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะให้อาหาร (โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท, 2561)

3.4 สุขภาพจิตของผู้ป่วย นอกจากปัญหาด้านร่างกายแล้ว ด้านสภาพจิตใจของผู้ป่วยนั้นก็เป็นเรื่องที่ผู้ดูแลห้ามละเลยโดยเด็ดขาด และแม้ว่าสาเหตุของการเป็นผู้ป่วยติดเตียงอาจต่างกันไปตามแต่ละคน แต่สิ่งที่ผู้ป่วยติดเตียงมักมีเหมือน ๆ กันก็คือ “ความเบื่อหน่ายและความท้อแท้” ที่ไม่สามารถช่วยเหลือหรือทำอะไรเองได้เหมือนเดิม ดังนั้น ผู้ดูแลจึงควรมหากิจกรรมต่าง ๆ มาทำร่วมกับผู้ป่วย เพื่อช่วยลดความเครียดและความเบื่อหน่ายของผู้ป่วย (อายุวัฒน์เนอร์สซิงโฮม, 2563)

3.5 สภาพแวดล้อม สภาพแวดล้อมเองสำคัญต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย จึงควรจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมต่อการใช้งาน โดยต้องหมั่นทำความสะอาดอยู่เสมอและควรเปิดหน้าต่าง

ให้อาภาศถ่ายเทได้สะดวก นอกจากนี้ ควรจัดสถานที่ให้ง่ายต่อการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหากเกิดเหตุฉุกเฉินขึ้นด้วย (อายุวัฒน์เนอร์สซิงโฮม, 2563)

4. ผู้มีภาวะพึ่งพิง

เป็นกลุ่มผู้ด้อยโอกาส และมีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ขณะเดียวกันก็มีปัญหาในการดำรงชีวิตเป็นอย่างมาก ทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบบริการในการดูแลสุขภาพต่อเนื่องในระยะยาว อาจแบ่งผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงตามภาวะพึ่งพิง หรือความรุนแรงของโรคโดยการคัดกรองของแผนกผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยในของโรงพยาบาล และตามข้อตกลงของทีมสหวิชาชีพ เป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่ม 1 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้แต่ได้รับการแนะนำให้ติดตาม เช่น ผู้ป่วยหลังคลอด มีการดูแลต่อเนื่องไม่เกิน ๖ สัปดาห์ หลังจากออกจากโรงพยาบาล

กลุ่ม 2 ผู้ป่วยติดบ้าน คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรค ทำให้มีข้อจำกัด ช่วยเหลือตนเองได้ไม่เต็มที่ ต้องการผู้ดูแล หรือคนช่วยเหลือในการทำกิจกรรมบางส่วน มีการดูแลต่อเนื่องหลังจากออกจากโรงพยาบาล (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2563)

กลุ่ม 3 ผู้ป่วยติดเตียง คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้ป่วยที่มี ADL Barthel Index น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง หรือผู้สูงอายุที่ทำให้เกิดความพิการ และจำกัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง หรือมีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัวกลับบ้าน จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน มีการดูแลต่อเนื่องระยะยาวของช่วงชีวิต

กลุ่ม P ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (Palliative care) เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่ไม่นาน หรือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยพิจารณาจากผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 4 หรือผู้ป่วยที่มี Palliative Performance Score (PPS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 การเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มที่ 3 มีความยากลำบาก เนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลสุขภาพและมีความยุ่งยากในการเคลื่อนย้าย มีต้นทุนสูงในการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในเขตชนบทที่ไม่มียานพาหนะของตนเอง มีข้อมูลว่า แม้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตอำเภอเมือง ซึ่งมีนักกายภาพบำบัดให้บริการในโรงพยาบาลมานานแล้ว แต่เข้าถึงบริการได้น้อยมาก

การดูแลผู้ป่วยระยะยาวจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากครอบครัวหรือญาติในการดูแลและให้บริการ รวมถึงการปรับสภาพแวดล้อม และที่อยู่อาศัยให้เอื้อต่อการดูแลด้วย เช่น ที่นอน พื้นบ้าน สถานที่ซบถ่าย ฯลฯ เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพ ทีมสุขภาพจึงจำเป็นต้องออกไปประเมินและให้คำแนะนำในการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแล และต้องมีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลด้านสังคมอีกด้วย (เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพล, 2561)

4.1 ผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง คือ ผู้ป่วยติดบ้าน/ติดเตียง ซึ่งต้องการดูแลเป็นพิเศษ มีทั้งที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ส่วนผู้ป่วยติดบ้านนั้น คือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถออกนอกบ้านเพียงลำพังได้ แต่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ภายในบ้าน เช่น การเข้าห้องน้ำ อาบน้ำ แต่งตัว เป็นต้น การบริหารผู้ป่วยที่ต้องการกายภาพบำบัดและการฟื้นฟู โดยต้องเรียนรู้ด้วยตนเองหรือมีเจ้าหน้าที่ไปบริการในกรณีต้องอาศัยที่บ้านของผู้ป่วย แต่ในบริบทของพื้นที่ห่างไกล ทำให้การเข้าถึงของผู้ป่วยที่ต้องการกายภาพบำบัดนั้นจากนักกายภาพนั้นเป็นไปได้ยาก จึงได้ริเริ่มการจัดตั้งหน่วยบริการชุมชนขึ้น โดยเมื่อพบผู้ป่วยรายใหม่จะได้รับการดูแลและวางแผนระยะยาวก่อนออกจากโรงพยาบาลและส่งต่อทีมชุมชนและส่งต่อทีมครอบครัวเพื่อดูแล จากนั้นทีมบริการจะต้องตรวจเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและประเมินสภาพร่างกาย (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2563)

5. ผู้ดูแล

Ross & Mackenzie กล่าวว่า ผู้ดูแล คือ “ผู้ให้การดูแลในกิจกรรมลักษณะต่างๆ ที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทน เป็นการดูแลที่มีพื้นฐานมาจากจริยธรรม อารมณ์ โดยมีความผูกพันทางเครือญาติ”

Carers UK กล่าวว่า ผู้ดูแล คือ “ใครบางคนที่ให้การดูแลญาติหรือเพื่อนที่เจ็บป่วยทุพพลภาพ หรือจากการสูงอายุ โดยไม่สามารถดูแลจัดการตนเองที่บ้านได้โดยปราศจากการช่วยเหลือ ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการจะไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแล”

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม กล่าวว่า ผู้ดูแล คือ “ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีความสัมพันธ์กันแบบญาติ ให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทน การดูแลเกิดขึ้นที่บ้านหรือชุมชน แหล่งที่อยู่อาศัย

สรุป “ผู้ดูแล” คือ สมาชิกในครอบครัวที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแลสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเจ็บป่วย พิกการ หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ไม่สามารถดูแลจัดการตนเองได้ โดยผู้ดูแลจะมีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ และให้การดูแลโดยไม่ได้มุ่งหวังค่าตอบแทน

การดูแล มีผู้ให้ความหมายไว้หลายลักษณะ เช่น

Kane & Kane กล่าวว่า การดูแล (caregiving) หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะพร่องความสามารถทางร่างกาย และ จิตใจตามความต้องการของผู้รับการดูแล โดยครอบคลุมทุกด้านไม่ว่าด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม ซึ่งผู้ดูแลต้องใช้กลวิธี เทคนิคต่างๆ ตามลักษณะของงานดูแลที่แตกต่างกันไปแต่ระดับความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น

George กล่าวว่า การดูแล (caregiving) หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะพร่องความสามารถทางร่างกายและจิตใจตามความต้องการของผู้รับการดูแลกระบวนการช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะพร่องความสามารถทางร่างกายและจิตใจตามความต้องการของผู้รับการดูแล ซึ่งต้องได้รับการตอบสนองหรือช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร กล่าวว่า การดูแล (caregiving) หมายถึง คือ การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ ที่ไม่สามารถไปใช้บริการที่จัดขึ้นในหน่วยบริการต่างๆ ได้

สรุป “การดูแล” คือ การช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะพร่องความสามารถทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ของสมาชิกในครอบครัว ในการตอบสนองความต้องการภาวะพร่องความสามารถดังกล่าว โดยการช่วยเหลือเป็นกิจกรรมที่กระทำอย่างต่อเนื่อง

ในกลุ่มของผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการอาจมีผู้ดูแลผู้ป่วยร่วมกันหลายคน Parker ได้อธิบายความแตกต่างของกลุ่มผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ ตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและปริมาณการช่วยเหลือที่ให้ ดังนี้

5.1 แบ่งตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

5.1.1 ผู้ดูแลที่เป็นญาติ หรือญาติผู้ดูแล (Family caregiver/carers) คือ ผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ซึ่งเป็นผู้ดูแลไม่เป็นทางการที่พบบ่อยในสังคมไทย ทั้งนี้ในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นญาตินี้ อาจประกอบไปด้วยผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง เช่น สมาชิกบางคนดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน บางคนดูแลเรื่องค่าใช้จ่าย บางคนดูแลเรื่องการพาไปพบแพทย์ ซึ่งขึ้นอยู่กับความสะดวกหรือความคล่องตัวในการติดต่อประสานงาน เป็นต้น

5.1.2 ผู้ให้การช่วยเหลือไม่เป็นทางการ (Informal helper) คือ ผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มาจากเครือญาติอื่นๆ เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน ที่ให้การช่วยเหลืองานบ้านหรือกิจวัตรประจำวันโดยไม่คิดค่าตอบแทน การช่วยเหลือมาจากความรัก ความผูกพัน หรือการตอบแทนคุณความดีที่ผู้ป่วยเคยมีให้แก่ผู้ดูแล ประเภทนี้มาก่อนในอดีต

5.2 แบ่งตามปริมาณการช่วยเหลือที่ให้ มีดังนี้

5.2.1 ผู้ดูแลหลัก (main carers/major/primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น บุคคลที่ได้รับการระบุว่าเป็นผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลในระยะเวลาเจ็บป่วย หรืออาจเป็นผู้ดูแลที่คิดเป็นชั่วโมงดูแลต่อวันสูงสุด หรือผู้ที่อาจยอมรับว่าตนเองเป็นผู้ดูแล (self-identified) ทำหน้าที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ดูแลกิจวัตรประจำวัน ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ดูแลเรื่องการกินยา การทำแผล เป็นต้น โดยให้เวลาของการดูแลสม่ำเสมอมากกว่าผู้อื่น ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ที่เผชิญกับความเครียดสูงสุดและผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคหรือปัญหาสุขภาพต่างกันจะมีระดับของความเครียดต่างกัน (เฮลท์ แอท โฮม, 2562)

5.2.2 ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver/carers) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแลเท่านั้น อาจมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง หรือมีระยะเวลาของการดูแลคิดเป็นชั่วโมงน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก เช่น ให้การดูแลผู้ป่วยแทน เป็นครั้งคราวเมื่อมีความจำเป็น เป็นธุระพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ พาผู้ป่วยไปปฏิบัติธรรม หรือเป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลหลัก ในการดูแลเท่านั้น (เกรียงศักดิ์ เกรียง ฤทธิอา, 2550)

6. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE Framework)

PRECEDE Framework (Green & Kreuter, 1999) เป็นกระบวนการวิเคราะห์ปัจจัยภายในตัวบุคคล และภายนอกตัวบุคคล PRECEDE Framework เป็นคำย่อมาจาก Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation เป็นกระบวนการวิเคราะห์เพื่อการวางแผนการดำเนินงานสุขศึกษา มีแนวคิดที่ว่าพฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ดังนั้นจะต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไปกระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE Framework เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับโดยเริ่มจากผลผลิตที่ต้องการหรืออีกนัยหนึ่งคือคุณภาพชีวิตของบุคคลที่พึงประสงค์แล้วพิจารณาถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเฉพาะขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ทางการศึกษาเฉพาะปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ซึ่งการวิเคราะห์ใน PRECEDE Framework ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ 7 ขั้นตอน ซึ่งคำว่า PRECEDE ย่อมาจาก Predisposing, Reinforcing, and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation หมายถึง กระบวนการใช้ปัจจัยหลักหรือปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมในการวินิจฉัยและประเมินผลการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (กองสุขศึกษา, 2542)

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ทางสังคม (Social Diagnosis) เป็นการพิจารณาและวิเคราะห์ “คุณภาพชีวิต” ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนแรกของการวิเคราะห์โดยการประเมินสิ่งที่เกี่ยวข้อง หรือตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เช่น ผู้ป่วย นักเรียน กลุ่มคนวัยทำงานผู้ใช้แรงงานหรือผู้บริโภคสิ่งๆที่ประเมินได้ จะเป็นเครื่องชี้วัดและเป็นตัวกำหนดระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มเป้าหมายนั้น (พัชรี วงศ์พันธ์, 2560)

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา (Epidemiological Diagnosis) เป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัญหาสุขภาพที่สำคัญอะไรบ้างซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้จะเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสังคมหรือได้รับผลกระทบจากปัญหาสังคมในขณะเดียวกันปัญหาสุขภาพก็มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเช่นกันข้อมูลทางระบาดวิทยาจะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วยการเกิดโรคและภาวะสุขภาพตลอดจนปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเกิดการกระจายของโรคการวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาจะช่วยให้

สามารถจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานสุขศึกษาได้อย่างเหมาะสมต่อไป (พัชรี วงศ์พันธ์, 2560)

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ทางพฤติกรรม (Behavioral Diagnosis) จากปัจจัยปัญหาด้านสุขภาพอนามัย ที่ได้ในขั้นตอนที่ 1-2 จะนำมาวิเคราะห์ต่อเพื่อหาสาเหตุที่เกี่ยวข้องโดยแบ่งเป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลและสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเช่นสาเหตุจากพันธุกรรมหรือสภาวะเศรษฐกิจเป็นต้น โดยกระบวนการสุขศึกษาจะให้ความสนใจประเด็นที่เป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลเป็นสำคัญ (พัชรี วงศ์พันธ์, 2560)

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ทางการศึกษา (Educational Diagnosis) ในขั้นตอนนี้เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคลเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนสุขศึกษา โดยขั้นตอนนี้จะแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม (พัชรี วงศ์พันธ์, 2560)

6.1 ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลหรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะมีความพอใจ (Preference) ของบุคคลซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Education Experience) ความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นองค์ประกอบของปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยมการรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมถึง สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ (Socio-Economic Status) และอายุ เพศ ระดับการศึกษา ขนาดของครอบครัว (บุญยง เกี่ยวการค้า, 2566) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อการวางแผนโครงการทางสุขภาพความรู้เป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมแต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป ถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ (พัชรี วงศ์พันธ์, 2560) จะต้องมีปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย

6.1.1 ความรู้ หมายถึง ความสามารถในการจดจำเกี่ยวกับโรคในช่องปากที่มีผลต่อสุขภาพช่องปาก การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ได้แก่ การทำความสะอาดช่องปาก การบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากและการไปรับบริการทันตกรรม วัดโดยใช้แบบสอบถามความรู้ เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก (สุภาพร ผุดผ่อง, 2563)

6.1.2 การรับรู้ หมายถึง การที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ผ่านมาจากประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่งแล้วตอบสนองเอาสิ่งเร้านั้นออกมาเป็นลักษณะของจิตที่เกิดขึ้นจากการผสมกันระหว่างพวกประสาทสัมผัสชนิดต่างๆ และความคิดร่วมกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ การรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่เชื่อว่ามีผลกระตุ้นต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

6.1.3 ความเชื่อ หมายถึง ความมั่นใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นปรากฏการณ์หรือวัตถุว่าสิ่งนั้นๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้องเป็นจริงให้ความไว้วางใจ เช่น แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker ซึ่งเน้นว่าพฤติกรรมสุขภาพจะขึ้นอยู่กับความเชื่อใน 3 ด้านคือ ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหรือได้รับเชื้อโรคความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและความเชื่อเกี่ยวกับผลตอบแทนที่จะได้จากการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง

6.1.4 ค่านิยม หมายถึง การให้ความสำคัญให้ความพอใจในสิ่งต่างๆซึ่งบางครั้งค่านิยมของบุคคลก็ขัดแย้งกันเอง เช่น ผู้ที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพแต่ขณะเดียวกันเขาก็พอใจในการสูบบุหรี่ด้วยซึ่งความขัดแย้งของค่านิยมเหล่านี้ก็เป็นสิ่งที่จะวางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยเจตคติต่อการดูแลสุขภาพหมายถึงการที่นักเรียน มีความตระหนักเรื่องการดูแลสุขภาพว่ามีประโยชน์หรือมีโทษจึงรู้สึกชอบหรือไม่ชอบที่จะดูแลสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพดีในอนาคตประกอบด้วย พฤติกรรมสุขภาพที่ดี 5 ด้าน คือการบริโภคอาหารการออกกำลังกายการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดและปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพการพักผ่อนและนันทนาการ (พีชรี วงศ์พันธ์, 2560)

6.1.5 ทศนคติ หมายถึง ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคในช่องปากที่มีผลต่อสุขภาพช่องปาก การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ได้แก่ การทำความสะอาดช่องปาก การบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากและการไปรับบริการทันตกรรม วัดโดยใช้แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก (สุภาพร ผุดผ่อง, 2563)

6.2 ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง เป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคลที่สนับสนุนการเกิดพฤติกรรม ซึ่งเป็นการหาได้ง่าย (Available) ของแหล่งทรัพยากร (Resource) ความสามารถในการเข้าถึง (Accessibility) บริการด้านสุขภาพ (Health service) รวมทั้งทักษะที่ช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ (บุญยง เกี่ยวการค้า, 2566) สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลชุมชนรวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งนี้ปัจจัยเอื้อ หมายถึงรวมถึงสิ่งอำนวยความสะดวก

สะดวก ซึ่งสามารถทำให้บุคคลสามารถใช้บริการสิ่งของและสถานที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพได้ ดังนั้นปัจจัยเอื้อจึงเป็นสิ่งช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้นๆ เป็นไปได้ง่ายยิ่งขึ้น (พัชรี วงศ์พันธ์, 2560)

6.3 ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง ปัจจัยภายนอกที่เกิดจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้นกระตุ้นให้กระทำพฤติกรรม เช่น พ่อ แม่ เพื่อนสนิท ญาติ ครู อาจารย์ แพทย์ที่ให้การผู้บังคับบัญชา เป็นต้น หรืออาจจะเป็น กฎหมาย กฎระเบียบ วัฒนธรรม บรรทัดฐานสังคมที่กำหนดให้บุคคลปฏิบัติตาม นอกจากนี้ยังรวมถึงรางวัลหรือการลงโทษ ภายหลังจากการแสดงพฤติกรรมสุขภาพออกมา (บุญยง เกี่ยวการค้า, 2566) ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติหรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด ลักษณะและแหล่งของปัจจัยเสริมจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัญหาในแต่ละเรื่อง เช่น การดำเนินงานสุขศึกษาในโรงเรียนหรือสถานศึกษา ในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นนักเรียน ปัจจัยเสริมที่สำคัญ ได้แก่ เพื่อน นักเรียน ครูอาจารย์หรือบุคคลในครอบครัว เป็นต้น ปัจจัยเสริมอาจเป็นการกระตุ้นเตือนการให้รางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การเอาเป็นแบบอย่าง การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้น ๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้น ๆ ปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเองและอิทธิพลของบุคคลต่าง ๆ ก็จะไม่แตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์ โดยอาจช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ก็ได้ (พัชรี วงศ์พันธ์, 2560)

ขั้นตอนที่ 5 การเลือกกลยุทธ์ทางการศึกษา (Selection of Educational Strategies) เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมได้แล้วขั้นต่อไปจะเป็นการเลือกกลยุทธ์และเทคนิคในการดำเนินงานด้านสุขศึกษามาใช้ ทั้งนี้โดยพิจารณาถึงความเหมาะสมและสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทั้ง 3 ด้านข้างต้นด้วยเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในที่สุด นอกจากนี้การกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานจะต้องคำนึงถึงการผสมผสานเทคนิคกลวิธีด้านสุขศึกษาที่หลากหลายเข้าด้วยกันเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด (พัชรี วงศ์พันธ์, 2560)

7. แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

kanlayawee Anonjarn (2559) กล่าวว่าแนวคิดของทฤษฎีนี้เริ่มแรกสร้างขึ้นจากทฤษฎีเกี่ยวกับ “อวกาศของชีวิต” (Life Space) ซึ่งได้คิดขึ้นครั้งแรกโดยนักจิตวิทยา Kurt Lewin ซึ่งมีสมมติฐานว่าบุคคลจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวกและขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยง

จากพื้นที่ที่มีค่านิยมเชิงลบ อธิบายได้ว่า บุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพทราบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความคุ้มค่ามากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น จากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวบุคคลจะต้องมีความรู้สึกกลัวต่อโรคหรือรู้สึกกลัวว่าโรคคุกคามตน และจะต้องมีความรู้สึกที่ตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวิง สุวรรณ, 2536)

7.1 แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ เป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมเพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค (preventive health behavior) ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมกรรมการเจ็บป่วย (illness behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (sick – role behavior) พัฒนาการของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพเกิดขึ้นเมื่อนักวิชาการได้หันมาสนใจพฤติกรรมของมนุษย์กันมากขึ้น เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เป็นสิ่งที่สามารถศึกษาทำความเข้าใจ และทำการควบคุมได้โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ ได้รับความสนใจศึกษากันมากในตอนต้นของช่วงปี ค.ศ 1950-1960 ซึ่งถือว่าเป็นช่วงเริ่มแรกของการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากในระยะนั้นการจัดบริการด้านสาธารณสุข ที่เน้นกิจกรรมด้านการป้องกันโรคมกกว่ากิจกรรมด้านการรักษาพยาบาล ไม่ได้ได้รับความสนใจจากประชาชน คือ ประสบปัญหาประชาชนมารับบริการการป้องกันโรคน้อยลง (อาภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ, 2554 : 35)

รายละเอียดดังนี้

7.1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่น เมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้นๆ อีกจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก (Heinze, 1962; Elling et al.,1960)

7.1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่างๆ ของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่ หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ซึ่งจากผลการวิจัยจำนวนมากพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค เช่น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

7.1.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ตีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งทีก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย (อภาพร เฒ่าวัฒนา และคณะ, 2554 : 35)

7.1.4 การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้ (อภาพร เฒ่าวัฒนา และคณะ, 2554 : 35)

7.1.5 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งทีมากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker, Maiman (1975) ได้กล่าวว่าเพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือ การเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น (อภาพร เฒ่าวัฒนา และคณะ, 2554 : 35)

7.1.6 ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ปัจจัยร่วม เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่

- 1) ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น
- 2) ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน
- 3) ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวิง สุวรรณ, 2536)

7.2 การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ กล่าวว่าการปฏิบัติของบุคคลในการป้องกันโรคหรือการให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคนั้น ขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมที่ชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ดังนั้น พยาบาลที่ต้องชักนำให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนจึงจำเป็นต้อง

7.2.1 ศึกษาปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของคนในชุมชนและค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยพิจารณาจากปัญหาสุขภาพ ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่มีอยู่แล้ว

7.2.2 เมื่อได้พฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการปรับเปลี่ยนแล้ว ขั้นต่อไป คือการสำรวจหรือตรวจสอบความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอยู่เดิมของบุคคลก่อน ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์และค่าใช้จ่าย หรืออุปสรรคของการปฏิบัติด้านสุขภาพในเรื่องนั้น ตลอดจนปัจจัยอื่นๆ ที่มีส่วนกระตุ้นการปฏิบัติของคนในชุมชน

7.2.3 หลังจากนั้น จึงจัดโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่มีเนื้อหาและกระบวนการที่มุ่งส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยง (อาภาพร เฒ่าวัฒนา และคณะ, 2554 : 40)

- 1) มีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค โดยการวิเคราะห์ ยกตัวอย่างหรือชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่จริง กับโอกาสในการเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพมีความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค โดยเน้นให้เห็นถึงผลที่ตามมาจากพฤติกรรมเสี่ยงนั้นๆ อาจใช้ตัวอย่างจริงของบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ผู้ที่ถูกตัดกล่องเสียงจากการสูบบุหรี่ เป็นต้น

2) มีความเชื่อต่อประโยชน์ที่จะได้รับการปฏิบัติตามคำแนะนำ โดยให้รายละเอียดของการปฏิบัติที่ถูกต้อง และเน้นถึงการเกิดผลดีของการปฏิบัติในด้านของการป้องกันโรค การหายจากโรค การเป็นแบบอย่างที่ดีและอื่นๆ

3) ลดความเชื่อต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ โดยการสร้างความมั่นใจต่อการปฏิบัติ ให้ข้อมูลที่ถูกต้องหรือปรับปรุงรูปแบบการบริหารจัดการ เพื่อให้การปฏิบัติมีความสะดวก ลดขั้นตอนที่ยุ่งยากหรือลดค่าใช้จ่ายที่มากเกินไป

7.2.4 วางแผนจัดสิ่งชักนำที่เหมาะสมที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น เช่น แรงสนับสนุนจากครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงาน การนัด การส่งไปรษณียบัตรเตือน เป็นต้น (อาภาพร เฝ้าวัฒนา และคณะ, 2554 : 41)

8. วิจัยที่เกี่ยวข้อง

8.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

8.1.1 ผู้ดูแล

1) เพศ เป็นลักษณะที่แสดงถึงความแตกต่างกันทางสรีรวิทยาที่แตกต่างกันระหว่างเพศหญิงและเพศชาย จากการศึกษาของ สุภาพร ผุดผ่อง (2563) และพิรารวรรณ เนื้อทอง (2564) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่าความแตกต่างของเพศมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมแตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงมีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าเพศชาย พิรารวรรณ เนื้อทอง (2564) และจากการศึกษาของ มิ่งสมร กิตติธีรนนท์ (2564) ณัชศพา หลงผาสุขและคณะ (2561) พบว่า สวนใหญ่ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง

2) อายุ ระยะเวลา นับตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบันของผู้ดูแลและผู้ป่วยติดเตียง จากการศึกษาของ กัญชรีย์ พัฒนาและคณะ (2564) พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า เมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะมีผลทำให้ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะที่เสื่อมถอยลง ทำให้ประสิทธิภาพหรือสมรรถภาพของอวัยวะและการทำกิจกรรมต่าง ๆ

ลดลงด้วยแต่ แตกต่างจากการศึกษาของ รัชณี เจริญเจียงชัย และคณะ (2564) อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

3) *ศาสนา* ลัทธิความเชื่อของมนุษย์ เกี่ยวกับการกำเนิดความเป็นไป และสิ้นสุดของโลก หลักศีลธรรม หลักธรรมคำสอน ตลอดจนลัทธิพิธีที่กระทำตามความเชื่อนั้น ๆ ของผู้ดูแลจากการศึกษาของ นูรออาซานี วาจิและอัญฮียะห์ อฮัมมัดมุซา (2563) พบว่า หลังการได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษาที่บูรณาการกับบทบัญญัติอิสลาม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับบทบัญญัติอิสลามที่เกี่ยวข้องกับทันตสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มทดลองมีปริมาณคราบจุลินทรีย์น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4) *อาชีพ* รูปแบบการดำรงชีพของผู้ดูแล ผู้ดูแลประกอบอาชีพเพื่อได้มาซึ่งค่าตอบแทน หรือ รายได้ เพื่อใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและดำรงชีพ จากการศึกษาของ ศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์ (2559) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 64.1 แตกต่างจากการศึกษาของ รัชณี เจริญเจียงชัย และคณะ (2564) อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

5) *การศึกษา* ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ดูแล จากการศึกษาของ ศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์ (2559) พบว่า ผู้ป่วยจบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 81.0 แตกต่างจากการศึกษาของ รัชณี เจริญเจียงชัย และคณะ (2564) การศึกษารายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

6) *รายได้* รายรับหรือเงินที่ผู้ดูแลได้รับ จากการศึกษาของ สุภาพร ผุดผ่อง (2563) กัญชรีย์ พัฒนาและคณะ (2564) พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก นอกจากนี้ยังมีการศึกษาว่า เพศ ระดับรายได้ และ ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ อรนิษฐ์ แสงทองสุข (2562) รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ แตกต่างจากการศึกษาของ รัชณี เจริญเจียงชัย และคณะ (2564) รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

8.1.1 ผู้ป่วยติดเตียง

1) การประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) การวัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันที่แสดงถึงสามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยติดเตียง จากการศึกษาของ มิ่งสมร กิตติธรรนันท (2564) มีค่าความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ในระดับ 3-4 แต่แตกต่างจากการศึกษาของ อาณัติ มาตรฐานและคณะ (2560) ที่พบว่าผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่มีค่า การประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ในระดับ 0

2) โรคประจำตัว โรคที่ติดตัวผู้ป่วย ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือ โรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาและอยู่ในความดูแลและควบคุมของแพทย์อย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาของ มิ่งสมร กิตติธรรนันท (2564) อาณัติ มาตรฐานและคณะ (2560) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็น โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง (51.6%) จากการศึกษาของ มิ่งสมร กิตติธรรนันท (2564) พิวรรณ นี้อทอง (2564) พบว่า โรคประจำตัวเช่น โรคกล้ามเนื้อกระดูกและโรคอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุติดเตียง

3) ระยะเวลาการป่วยติดเตียง ระยะเวลา นับตั้งแต่นอนป่วยติดเตียงจนถึงปัจจุบันของผู้ป่วยติดเตียง คะแนน ADL อยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน จากการศึกษาของ กัญชรีย์ พัฒนา และคณะ (2564) พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อธิบายได้ว่า หากผู้สูงอายุมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยนานขึ้น จะมีผลทำให้ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง

8.2 ปัจจัยนำ จากการศึกษาของ สุภาพร ผุดผ่อง (2563) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก คือ ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก และความเชื่อด้านสุขภาพ แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้ ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก มีทัศนคติที่ดีในการดูแลสุขภาพช่องปากและมีความเชื่อด้านสุขภาพช่องปากที่ดี มีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่เพิ่มขึ้น ซึ่งอธิบายได้ตามแนวคิดของเพนเดอร์และคณะ ที่ว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ ที่จะได้รับภายหลังปฏิบัติพฤติกรรม นอกจากนี้หากบุคคลเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยง ที่จะเกิดโรคและเชื่อว่าการปฏิบัติจะเกิดผลดีช่วยลดภาวะคุกคามของการเกิดโรค จะส่งผลให้บุคคลมีการแสดงพฤติกรรมสอดคล้องกับ อาณัติ มาตรฐานและคณะ (2560) ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นโรคในช่องปากของผู้สูงอายุ อีกทั้งยังขาดความรู้และทัศนคติในประเด็นที่สะท้อนต่อการ

ให้ความสำคัญในการทำความสะอาดช่องปากอาทิ การหลุดของฟันเป็นเรื่องตามธรรมชาติ ไม่ได้เกิดจากการดูแลความสะอาด และฟันที่ห่าง หรือเป็นต่อ ไม่ต้องทำความสะอาดก็ได้ อีกทั้งยัง ขาดความมั่นใจว่าตนเองสามารถทำความสะอาดช่องปากให้ผู้สูงอายุได้อย่างสะอาด รวมถึง ภายหลังจากให้ความรู้ ผู้สูงอายุมีควาราบูจลินทรีย์บนฟันเทียมลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ดังนั้น ผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียงที่ถูกต้อง โดยการให้คำแนะนำ ดังกล่าวควรเป็นการช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการทำความสะอาด และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทำความสะอาดที่เหมาะสมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุต่อไป สอดคล้องกับ วุฒิพงศ์ ธนะขว้าง และทัศไนย วงศ์ปิ่นตา (2564) จากผลการศึกษาพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงส่งผลต่อความรู้ ทัศนคติ ทักษะการดูแลสุขภาพช่องปาก และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลที่สูงขึ้น สามารถส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง และเหมาะสม สอดคล้องกับ พิรารวรรณ เนื้อทอง (2564) ผู้สูงอายุที่รับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น การเห็นประโยชน์ของการแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์แล้วจะลดการเกิดฟันผุ การแปรงฟันก่อนนอนทุกวันจะช่วยลดการเกิดโรคในช่องปาก การไปพบทันตบุคลากรเพื่อค้นหาโรคในช่องปากและได้รับการส่งเสริมป้องกันการเกิดโรคในช่องปาก ผู้สูงอายุก็จะมีพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งตรงกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) การที่บุคคลใดก็ตามจะมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค จะต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์หรือคุณค่าของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชณี เจริญเจียงชัย และคณะ (2564) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพ จะช่วยให้มีพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพดีขึ้น การไปรับบริการทางทันตกรรม พบว่า ผู้สูงอายุที่พึงพาตนเองได้ไปรับบริการทางทันตกรรม มีผลทางบวกต่อพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่ได้ไปรับบริการทางทันตกรรม จะรับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในช่องปากของตนเอง

8.2.1 ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก จากการศึกษาของ สุภาพร ผุดผ่อง (2563) อาณัติ มาตระกุลและคณะ (2560) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทันตสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องทันตสุขภาพก็จะมีพฤติกรรมปฏิบัติตามแนวทางที่ถูกต้อง

8.2.2 ทักษะคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคในช่องปากที่มีผลต่อสุขภาพช่องปาก การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ได้แก่ การทำความสะอาดช่องปาก การบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากและการไปรับบริการทันตกรรม วัดโดยใช้แบบสอบถามทักษะคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก จากการศึกษาของ สุภาพร ผุดผ่อง (2563) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก คือ ทักษะคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีทักษะคติที่ดีในการดูแลสุขภาพช่องปาก มีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่เพิ่มขึ้น แต่จากการศึกษาของ อาณัติ มาตระกุลและคณะ (2560) ที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และทักษะคติในการทำความสะอาดช่องปาก

8.2.3 การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก (โรคเหงือกอักเสบ โรคปริทันต์ และโรคฟันผุ โรคใดโรคหนึ่งถือว่าเป็นโรคในช่องปาก) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในช่องปาก การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ สุภาพร ผุดผ่อง (2563) อาณัติ มาตระกุลและคณะ (2560) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก คือ ความเชื่อด้านสุขภาพ แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีความเชื่อด้านสุขภาพช่องปากที่ดี มีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่เพิ่มขึ้น และผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นโรคในช่องปากของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิวรรณ เนื้อทอง (2564) รัชณี เจริญเจียงชัย และคณะ (2564) ผู้สูงอายุที่รับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุก็จะมีพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งตรงกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

8.3 ปัจจัยเอื้อ จากการศึกษาของ สุภาพร ผุดผ่อง (2563) พบว่า ปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก คือ การมีอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก การเข้ารับบริการทันตกรรม จำนวนผู้ดูแล ประสบการณ์การดูแล การได้รับข้อมูลข่าวสาร แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอุปกรณ์ในการทำความสะอาดช่องปากที่เพียงพอ มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้น ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับรายได้เฉลี่ยต่อเดือน โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่มาก สามารถเลือกซื้ออุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากได้ดีกว่า จึงมีแนวโน้มที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี นอกจากนี้เข้ารับบริการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งส่วนใหญ่จะเข้ารับบริการดูแลสุขภาพช่องปากในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลมากที่สุด เนื่องจากมีความสะดวกง่ายต่อการเดินทาง ซึ่งอยู่ใกล้บ้าน รองลงมาคือ โรงพยาบาลของรัฐ เนื่องจากการรับบริการดูแลสุขภาพช่องปากใน

ผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อน ต้องได้รับบริการที่มากขึ้นจำเป็นต้องเข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐ เช่น ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องได้รับการประเมินสภาพร่างกายก่อนรับบริการ ทันตกรรม ผู้สูงอายุรับบริการใส่ฟันปลอม เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาหลายๆ การศึกษา พบว่าการเข้าถึงการบริการการดูแลสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก นันทวัฒน์ พันธุ์เดชและ พิชราวรรณ ศรีศิลป์นันทน์ (2563) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้าน กลุ่มตัวอย่างมีอุปสรรคในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร้อยละ 71.1 ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านขาดความรู้ ความเข้าใจในการตรวจประเมินช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 72 รองลงมาทันตบุคลากรไม่เพียงพอ ร้อยละ 61.9 และขาดทักษะการให้คำแนะนำและการสอนแปรงฟันในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 34.7 ซึ่งหากมีการให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก การสร้างความเชื่อมั่นในทักษะการปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปากและพัฒนารูปแบบแผนการดูแลที่เน้นให้มีการดูแลทำความสะอาดช่องปากทุกวันจะทำให้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุดีขึ้น จึงต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของเจ้าหน้าที่ ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดการดูแลที่เหมาะสมเพื่อให้ส่งเสริมและลดอุปสรรคต่อการทำงานของผู้ดูแล ด้านการเข้าถึงแหล่งการบริการทางทันตกรรม จากการศึกษาของ ชีวานันท์ บุญอยู่ (2560) พบว่า ในปีที่ผ่านมาผู้พิการไม่เคยเข้ารับบริการทันตกรรมถึงร้อยละ 76.3 ส่วนสาเหตุที่ไม่เข้ารับบริการทันตกรรมเนื่องจาก ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ร้อยละ 53.5 และไม่มีใครพาไป ร้อยละ 17.5 ที่ผ่านมาผู้พิการส่วนใหญ่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน/อำเภอ/จังหวัดร้อยละ 45.6 รองลงมาคือ รพ.สต.(สถานีอนามัย) ร้อยละ 31.6 ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้พิการส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 71.1 โดยแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ผู้พิการได้รับเป็นประจํามากที่สุดคือ โทรทัศน์ รองลงมาคือ วิทยุ ร้อยละ 14 และ 7 ตามลำดับ จากการศึกษาของ มิ่งสมร กิตติธีรพันธ์ (2564) ณัชศหา หลงผาสุขและคณะ (2561) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลหลักเป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือดมักเกี่ยวข้องกับบุตรหลาน ประสบการณ์การได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากมีผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของช่อทิพย์ จันทร์ (2560) พบว่าการที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ดูแล มีประสบการณ์ตรงในการดูแลและสามารถแก้ปัญหา จากการได้รับข้อมูลข่าวสาร และการให้คำแนะนำด้านสุขภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ดูแลเองที่แสวงหา ข้อมูล กำหนดแนวทางแก้ปัญหา และมีการปรับตัว ทำให้ คำนึงเกี่ยวกับกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย โดยอาจมีครอบครัว/ญาติพี่น้องมารวมมือช่วยเหลือสนับสนุน

8.4 ปัจจัยเสริม จากการศึกษาของ สุภาพร ผุดผ่อง (2563) พบว่า ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก คือ การสนับสนุนจากบุคคล การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพช่องปากจากแหล่งต่างๆ และเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว แรงสนับสนุนจากเพื่อน แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น ซึ่งอธิบายได้ว่า ปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลป้อนกลับ จากบุคคลอื่น ภายหลังจากที่บุคคลได้แสดงพฤติกรรมสุขภาพ ลักษณะของปัจจัยเสริม จะเป็นทั้งการสนับสนุนและขัดขวางพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว ปัจจัยสนับสนุน ส่วนใหญ่เป็นลักษณะการกระตุ้นเตือน การยอมรับ การยกย่องชมเชย การตำหนิ ตีเตือน การลงโทษ ดังนั้น จึงอาจมีอิทธิพลต่อบุคคลในการยอมรับหรือไม่ยอมรับพฤติกรรมสุขภาพนั้น สอดคล้องกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากร ทางกายภาพบำบัด การฝึกปฏิบัติดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง การตรวจสุขภาพ ช่องปากผู้สูงอายุ การออกเยี่ยมผู้สูงอายุติดเตียงในพื้นที่ ระหว่างดำเนินการมีการสังเกตผลการปฏิบัติควบคู่กันไป จากการศึกษาของ อาณัติ มาตระกูล และคณะ (2561) พิรารวรรณ เนื้อทอง (2564) รัชณี เจริญเจียงชัย และคณะ (2564) พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ มีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จะมีความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ นันทรัตน์ พันธุ์เดชและพัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันท์ (2563) ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้าน กลุ่มตัวอย่างมีอุปสรรคในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงร้อยละ 71.1 ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านขาดความรู้ ความเข้าใจในการตรวจประเมินช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ร้อยละ 72 รองลงมาทันตบุคลากรไม่เพียงพอ ร้อยละ 61.9 และขาดทักษะการให้คำแนะนำและการสอนแปรงฟันในผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ร้อยละ 34.7 จากการศึกษาของ มิ่งสมร กิตติธีรนันท์ (2564) อาณัติ มาตระกูลและคณะ (2560) พบว่า การดูแลสุขภาพช่องปากและทัศนคติของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปาก กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุติดเตียง ดังนั้นการให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญ จากการศึกษาของ มิ่งสมร กิตติธีรนันท์ (2564) พบว่า ประสบการณ์การได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากมีผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย สายใจ จารุจิตร์และราตรี อร่ามศิลป์ (2562) พบว่า ผู้ดูแลมีปัญหาในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านหลายประการต้องการการสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ เช่น รถรับ-ส่งผู้ป่วย

เพื่อรับการรักษาหรือติดตามอาการ อุปกรณ์ทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย ช่องทางในการให้คำปรึกษาชี้แนะการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ย ปัญหาด้านทีมเยี่ยมบ้านในระดับปานกลาง ผู้ดูแลมีความต้องการให้มีบุคลากรทางสุขภาพและเจ้าหน้าที่ เข้าไปเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นอย่างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญตา บุญวาศ, ธิดารัตน์ และคณะ (2560) พบว่า ผู้ดูแลต้องการให้หน่วยงานในท้องถิ่นอำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้พิการมารับบริการที่จำเป็น สอดคล้องกับการศึกษาของช่อทิพย์ จันทรา (2560) ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีความเหนื่อยล้า เครียด และท้อแท้ ขาดการติดตามจากเจ้าหน้าที่ ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ย ปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในระดับปานกลาง การที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ดูแล มีประสบการณ์ตรงในการดูแลและสามารถแก้ปัญหา จากการได้รับข้อมูลข่าวสาร และการให้คำแนะนำด้านสุขภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ดูแลเองที่แสวงหาข้อมูลกำหนดแนวทางแก้ปัญหา และมีการปรับตัว ทำให้คุ้นเคยกับกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโดยอาจมีครอบครัว/ญาติพี่น้องมาร่วมมือช่วยเหลือสนับสนุน

8.4.1 สภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง จากการศึกษาของ มิ่งสมร กิตติธรีนันท์ (2564) อาณัติ มาตระกุลและคณะ (2560) พบว่า มีค่าเฉลี่ยจำนวนฟันที่เหลือในช่องปากเท่ากับ 17.2 ซี่ มีจำนวนฟันน้อยกว่า 20 ซี่ (48.4%) และไม่พบการใส่ฟันเทียมในกลุ่มตัวอย่าง และพบผู้สูงอายุติดเตียงมีปัญหาสุขภาพช่องปากหลายประการ เช่น การมีโรคฟันผุ ฟันสึก การมีอนามัยช่องปากที่ไม่ดี มีคราบจุลินทรีย์และคราบหินปูนสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Seema Roodmal et.al (2015) คะแนนคราบจุลินทรีย์และคราบที่ลิ้น หลังการใช้น้ำยาบ้วนปากทั้งสองชนิดไม่แตกต่างกัน เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของการติดสีของคราบจุลินทรีย์กับการเกิดฟันผุ สอดคล้องกับงานวิจัยของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย (2564) พบว่า การไม่ติดสีของคราบจุลินทรีย์มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเหงือกอักเสบและฟันผุ สอดคล้องกับงานวิจัยของปิ่นอนงค์ ศรีสุวรรณ และคณะ (2564) พบว่า ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุดาตวง กฤษฎาพงษ์ (2560) พบว่า การแปรงฟันแต่ละวิธีมีประสิทธิภาพไม่แตกต่างกัน การแปรงฟันเพื่อรักษาสุขภาพเหงือกที่แนะนำประชาชนจึงควรเป็นวิธีที่ปฏิบัติได้ง่าย แปรงด้วยวิธีใดหรือขยับแปรงแบบใดก็ได้ แต่ต้องขจัดคราบจุลินทรีย์บริเวณคอฟันออก และแปรงเบา ๆ ให้ทั่วทุกซี่ ทั้งด้านนอกและด้านใน และควรตรวจสอบตนเองหลังแปรงว่าขจัดคราบจุลินทรีย์ออกหมดหรือไม่ สอดคล้องกับงานวิจัยของ JoAnn R Gurentian (2007) พบว่า สามารถลดและควบคุมคราบจุลินทรีย์ได้ด้วยการดูแลช่องปากทุกวัน รวมถึงการแปรงฟันและการทำความสะอาดซอกฟัน เป็นกุญแจสำคัญ

ในการควบคุมการสะสมของแผ่นคราบจุลินทรีย์ การใช้ยาบ้วนปากช่วยควบคุมคราบจุลินทรีย์ที่เข้าถึงไม่ได้โดยการแปรงฟันและใช้ไหมขัดฟัน จากงานวิจัยของ Shevaristh Lloclla-Saune et al.(2024) ในประเทศเปรู พบว่า การให้ความรู้ช่วยเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพช่องปากได้ และลดคราบจุลินทรีย์ในช่องปากในนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาได้เช่นกัน

8.4.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก จากการศึกษาของ มิ่งสมร กิตติธีรนันท์ (2564) พิวรรณ เนื้อทอง (2564) พบว่า ความเหมาะสมของการดูแลสุขภาพช่องปาก คือ การทำความสะอาดด้วยการเช็ดฟันด้วยผ้า หรือการทำความสะอาดเนื้อเยื่อในช่องปากอย่างใดอย่างหนึ่งก็ได้ และในกลุ่มที่ดูแลไม่เหมาะสมคือ การใช้วิธีบ้วนปากด้วยน้ำเปล่าและกลุ่มที่ไม่ได้ทำความสะอาดช่องปากให้ผู้สูงอายุเลย จากการศึกษาพบโรคประจำตัวเช่น โรคกล้ามเนื้อกระดูกและโรคอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุติดเตียง จากการศึกษาพบว่าคุณดูแลส่วนใหญ่เห็นว่าหากไม่มีฟันเหลือในช่องปากก็ไม่จำเป็นต้องทำความสะอาดช่องปากให้ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีแผลในช่องปากและมีฟันโยกจะได้รับ การดูแลที่ไม่เหมาะสม อาจเนื่องจากกลัวผู้สูงอายุเจ็บในการทำทำความสะอาดช่องปาก และในกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมก็ยังพบหินน้ำลายเนื่องจากหินน้ำลายที่เกิดขึ้นอาจเกิดก่อนที่ผู้ป่วยจะติดเตียง และไม่สามารถที่จะกำจัดได้โดยวิธีการแปรงฟันหรือเช็ดออกด้วยผ้าได้ในปัจจัยของผู้ดูแล พบความสัมพันธ์กับประสบการณ์การได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากและทัศนคติ ของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปาก กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุติดเตียง ดังนั้นการให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญ สอดคล้องกับอาณัติ มาตระกุลและคณะ (2560) ชีสา ตันทะกุล (2562) การดำเนินงานอย่างเป็นระบบของการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง บูรณาการระบบการดูแลสุขภาพช่องปากเข้ากับโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพิ่มศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ วางแผนการดำเนินงานระยะยาวโดยขอความสนับสนุนด้านงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล นำไปสู่การลดลงของระดับคราบจุลินทรีย์และคราบที่ลิ้น มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง แตกต่างจากรัชนี้ เจริญเจียงชัย และคณะ (2564) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสิรินธร สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับ วุฒิพงศ์ ธนะขวิงและทัศนัย วงศ์ปิ่นตา (2563) พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุกลุ่มติด

เพียงส่งผลต่อความรู้ ทักษะคติ ทักษะการดูแลสุขภาพช่องปาก และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลที่สูงขึ้น สามารถส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องและเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปปัจจัยได้ว่าปัจจัยของผู้ดูแลและผู้ป่วยติดเตียงที่ส่งผลต่อสถานะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง ประกอบด้วยปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก ความเชื่อ รายได้ การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) โรคประจำตัว ระยะเวลาการป่วยติดเตียงปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก การเข้ารับบริการทันตกรรม จำนวนผู้ดูแล ประสบการณ์การดูแลสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนจากบุคคล การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากจากแหล่งต่าง และเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การเยี่ยมบ้าน



บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional study) มีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ดำเนินการวิจัยในช่วงเดือน เมษายน-ธันวาคม 2566

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือผู้ป่วยติดเตียงและผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ใน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา โดยตัวผู้ป่วยติดเตียง

1.2 กลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยติดเตียงและผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ทั้งหมดจำนวน 518 คน (ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง 1 คน/ผู้ป่วย 1 คน) โดยมีกลุ่มตัวอย่างเดียวกับกลุ่มประชากร (เก็บทุกหน่วยตัวอย่าง)

1.2.1 เกณฑ์ในการคัดเลือก ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยติดเตียง มีค่า ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน (ประชาชนทุกกลุ่มวัย)
- 2) มีผู้ดูแลหลัก 1 คน (ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง/ผู้ป่วยติดเตียง 1 คน)

1.2.2 เกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยติดเตียง ที่ผู้ดูแลไม่สมัครเข้าร่วมวิจัย
- 2) ผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพจิตไม่สามารถให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองหรือด้วยผู้ดูแล
- 3) ผู้ป่วยติดเตียงที่เสียชีวิตระหว่างการวิจัย

ตาราง 3.1 จำนวนประชากร จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ของผู้ป่วยติดเตียงและผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง
จำแนกราย รพ.สต.

รพ.สต.	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (คน)		
	ผู้ป่วยติดเตียง	ผู้ดูแล	รวม
1. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯต.พะตง	23	23	46
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนลิ่ง	66	66	132
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูเต่า	7	7	14
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคองหงส์	10	10	20
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองแห	29	29	58
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองอู่ตะเภา	6	6	12
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฉลุง	6	6	12
8. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งใหญ่	6	6	12
9. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหุแระ	9	9	18
10. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหินผูด	6	6	12
11. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งตำเสา	7	7	14
12. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม	26	26	52
13. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำน้อย	14	14	28
14. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าจีน	24	24	48
15. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพรุ	10	10	20
16. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งปรือ	10	10	20
รวม	259	259	518

อ้างอิง จากข้อมูลพื้นฐานงานผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหาดใหญ่ (ข้อมูล ณ วันที่ 2 มิถุนายน)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

มีเครื่องมือ 2 ชุด ประกอบด้วย เครื่องมือชุดที่ 1 คือ แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเกี่ยวกับ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยติดเตียง และเครื่องมือชุดที่ 2 คือ แบบตรวจสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง ได้แก่ การตรวจวัดค่าจุลินทรีย์ การตรวจวัดคราบบนลิ้น

2.1 เครื่องมือชุดที่ 1 เครื่องมือการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้ศึกษาพัฒนาจากการทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยติดเตียงและข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมข้อความ (Open end)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ

2.1.1 แบบวัดความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก แบบวัดความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 ข้อ รวมคะแนนได้ระหว่าง 0-10 คะแนน โดยแบ่งคะแนนรวมมากที่สุดเป็น 3 กลุ่ม ตามเกณฑ์ของบลูม Bloom1971 (เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ, 2561) ดังนี้

ความรู้ระดับมาก ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้น (คะแนน 8 -10 คะแนน)

ความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.99 (คะแนน 6 -7 คะแนน)

ความรู้ระดับน้อย ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (คะแนน <6 คะแนน)

2.2.2 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบมาตราการวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยผู้ศึกษาประยุกต์มาใช้ 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้เลือกคำตอบเพียง 1 ตัวเลือก

5 หมายถึง ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความในประโยคนั้น 5 คะแนน

4 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้น 4 คะแนน

3 หมายถึง ท่านไม่แน่ใจกับข้อความในประโยคนั้น 3 คะแนน

2 หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้น 2 คะแนน

1 หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความในประโยคนั้น 1 คะแนน

เกณฑ์ในการพิจารณาระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยแบ่งเป็นช่วงคะแนนจากค่าเฉลี่ยแบบอิงกลุ่มตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1997)

$$\text{ช่วงคะแนนในชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} = \frac{5-1}{3} = 1.33$$

จำนวนกลุ่ม

3

1.00 – 2.33 หมายถึง ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากระดับต่ำ

2.34 – 3.67 หมายถึง ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง

3.68 – 5.00 หมายถึง ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากระดับมาก

2.2.3 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในช่องปาก การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบมาตราการวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยผู้ศึกษาประยุกต์มาใช้ 5 ระดับ

5 หมายถึง ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความในประโยคนั้น 5 คะแนน

4 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้น 4 คะแนน

3 หมายถึง ท่านไม่แน่ใจกับข้อความในประโยคนั้น 3 คะแนน

2 หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้น 2 คะแนน

1 หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความในประโยคนั้น 1 คะแนน

เกณฑ์ในการพิจารณาระดับการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยแบ่งเป็นช่วงคะแนนจากค่าเฉลี่ยแบบอิงกลุ่มตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1997)

ช่วงคะแนนในชั้น = $\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}}$ = $\frac{5-1}{3}$ = 1.33

จำนวนกลุ่ม 3

1.00 – 2.33 หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากระดับต่ำ

2.34 – 3.67 หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง

3.68 – 5.00 หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากระดับมาก

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย

2.2.4 แบบสอบถามการเข้ารับบริการทันตกรรม จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยสถานที่รับบริการ ผู้ให้บริการ การเดินทาง สิทธิการรักษา เป็นแบบมาตราการวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยผู้ศึกษาประยุกต์มาใช้ 5 ระดับ คือ

5 หมายถึง ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความในประโยคนั้น	5 คะแนน
4 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้น	4 คะแนน
3 หมายถึง ท่านไม่แน่ใจกับข้อความในประโยคนั้น	3 คะแนน
2 หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้น	2 คะแนน
1 หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความในประโยคนั้น	1 คะแนน

เกณฑ์ในการพิจารณาระดับการเข้ารับบริการทันตกรรม โดยแบ่งเป็นช่วงคะแนนจากค่าเฉลี่ยแบบอิงกลุ่มตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1997)

$$\text{ช่วงคะแนนในชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} = \frac{5-1}{3} = 1.33$$

1.00 – 2.33	หมายถึง การเข้ารับบริการทันตกรรมระดับต่ำ
2.34 – 3.67	หมายถึง การเข้ารับบริการทันตกรรมระดับปานกลาง
3.68 – 5.00	หมายถึง การเข้ารับบริการทันตกรรมระดับมาก

2.2.5 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ จำนวน 5 ข้อ มีหัวข้อย่อยเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลข่าวสารจำนวน 5 แหล่ง ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ทันตบุคลากรและโทรศัพท์ ภูเก็ตไลน์ เป็นแบบมาตราการวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยผู้ศึกษาประยุกต์มาใช้ 5 ระดับ คือ

5 หมายถึง ท่านปฏิบัติเป็นประจำ (มากที่สุด)	5 คะแนน
4 หมายถึง ท่านปฏิบัติบ่อยครั้ง (มาก)	4 คะแนน
3 หมายถึง ท่านปฏิบัติปานกลาง (บางครั้ง)	3 คะแนน

2 หมายถึง ท่านปฏิบัติมานานๆ ครั้ง (น้อย)	2 คะแนน
1 หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติ (น้อยที่สุด)	1 คะแนน

เกณฑ์ในการพิจารณาระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารโดยแบ่งเป็นช่วงคะแนนจากค่าเฉลี่ยแบบอิงกลุ่มตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1997)

$$\text{ช่วงคะแนนในชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} = \frac{5-1}{3} = 1.33$$

1.00 – 2.33 หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารระดับต่ำ
2.34 – 3.67 หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารระดับปานกลาง
3.68 – 5.00 หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารระดับมาก

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย

2.2.6 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนจากเครือข่าย

ข้อคำถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพช่องปากจากบุคคลในครอบครัว ชุมชน หน่วยงานท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุข และภาคเอกชน ด้านการให้ความช่วยเหลือ การรับฟังปัญหา และการให้ความรู้คำแนะนำ การดูแลสุขภาพช่องปากจำนวน 6 ข้อ เป็นแบบมาตราวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยผู้ศึกษาประยุกต์มาใช้ 5 ระดับ คือ

5 หมายถึง ท่านปฏิบัติเป็นประจำ (มากที่สุด)	5 คะแนน
4 หมายถึง ท่านปฏิบัติบ่อยครั้ง (มาก)	4 คะแนน
3 หมายถึง ท่านปฏิบัติปานกลาง (บางครั้ง)	3 คะแนน
2 หมายถึง ท่านปฏิบัติมานานๆ ครั้ง (น้อย)	2 คะแนน
1 หมายถึง ท่านปฏิบัติน้อยครั้ง (น้อยที่สุด)	1 คะแนน

เกณฑ์ในการพิจารณาระดับได้รับการสนับสนุนจากเครือข่าย โดยแบ่งเป็นช่วงคะแนนจากค่าเฉลี่ยแบบอิงกลุ่มตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1997)

$$\text{ช่วงคะแนนในชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} = \frac{5-1}{3} = 1.33$$

1.00 – 2.33 หมายถึง การได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายระดับต่ำ

2.34 – 3.67 หมายถึง การได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายระดับปานกลาง

3.68 – 5.00 หมายถึง การได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายระดับมาก

2.2.7 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การสร้างเครื่องมือที่ใช้วัดปัจจัยของผู้ดูแลและผู้ป่วยติดเตียงที่ส่งผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

- 1) ทำการศึกษาข้อมูลเบื้องต้น โดยศึกษารายละเอียดจากแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2) กำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหาของแบบสอบถามให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการวิจัย
- 3) สร้างข้อคำถามในแบบสอบถาม โดยพิจารณาจากนิยามศัพท์ และวัตถุประสงค์ของการวิจัย นำมากำหนดการให้คะแนนสำหรับคำตอบแต่ละข้อ
- 4) นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความถูกต้องของภาษา และปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำ
- 5) การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ และพิจารณาสำนวนภาษา ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข

โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาตามระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of Item – Objective Congruence) ได้แก่ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยเกณฑ์ในการพิจารณาให้คะแนน

แบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

ให้ + 1 = แนใจว่าสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ให้ 0 = ไม่แนใจว่าสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ให้ - 1 = แนใจว่าไม่สอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (IOC) จากสูตรของ Rovinelli & Hambleton (1977) ดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

IOC = ค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

$\sum R$ = ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

พบว่า ค่า IOC ของข้อคำถามในแบบสอบถามทุกข้อ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.6 - 1 ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ เกณฑ์การพิจารณาความเหมาะสมของค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามรายข้อ ให้มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป แต่ถ้าได้ค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ต้องพิจารณาแก้ไขปรับปรุง หรือตัดทิ้ง

6) การตรวจสอบความเชื่อถือได้ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ดูแลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นผู้ดูแลในอำเภอรัตถุมิ จังหวัดสงขลา จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อถือได้ (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สูตรประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยแต่ละส่วนของแบบสอบถาม มีความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง 0.79-0.81 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์การพิจารณาความเชื่อถือได้ ควรจะมากกว่า 0.70 (กัลยา วานิชย์บัญชา และฐิตา วินิชย์บัญชา, 2558)

7) การตรวจสอบความยากง่าย (Difficulty) ความยากง่ายของแบบทดสอบส่วนที่ 1 ข้อ 2.1 แบบวัดความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก พิจารณาจากผลการสอบของข้อสอบทั้งฉบับ โดยแบบทดสอบที่ดีจะต้องมีความยากง่ายที่พอเหมาะ ไม่ยากเกินไปหรือไม่ง่ายเกินไป การคำนวณดัชนีความยากของแบบทดสอบ เป็นการคำนวณจากสัดส่วน (Proportion) ของผู้ที่เลือกคำตอบที่ผิด ความยากง่ายมีค่าตั้งแต่ 0-1 สามารถคำนวณได้ดังนี้ $P \frac{R}{N}$

P = ค่าความยากง่ายของแบบทดสอบ

R = จำนวนผู้ทำแบบทดสอบที่ตอบข้อคำถามข้อนั้นถูกต้อง

N = จำนวนผู้ทำแบบทดสอบทั้งหมด

โดยในผู้วิจัยกำหนดใช้ความยากง่ายของแบบทดสอบมีค่าที่ยอมรับได้อยู่ระหว่าง 0.2 ถึง 0.8 (อารยา องค์เอี่ยมและพงศ์ธรา วิจิตเวชไพศาล, 2561)

เครื่องมือที่ใช้การเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ได้ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหาและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence :IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ทดสอบความเชื่อมั่น ประกอบด้วย 3 ตอน ตอนที่ 3 มี 3 ส่วน ดังตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	จำนวน	IOC*	Alpha / KR-21
ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป	11 ข้อ		-
ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ	35 ข้อ		
- ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก	10 ข้อ		KR-21= 0.848
ความรู้ระดับมาก (คะแนน 8 -10 คะแนน)			
ความรู้ระดับปานกลาง (คะแนน 6 -7 คะแนน)			
ความรู้ระดับน้อย (คะแนน <6 คะแนน)			
- ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก	5 ข้อ		Alpha = 0.876
เกณฑ์มาตรฐาน			
ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.68 – 5.00			
ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.67			
ระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33			
- การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก	20 ข้อ		Alpha = 0.919
เกณฑ์มาตรฐาน			
ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.68 – 5.00			
ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.67			
ระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33			

ตารางที่ 3.2 (ต่อ)

แบบสอบถาม	จำนวน	IOC*	Alpha / KR-21
ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ	10 ข้อ		
- การเข้ารับบริการทันตกรรม	5 ข้อ		Alpha = 0.942
เกณฑ์มาตรฐาน			
ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.68 – 5.00			
ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.67			
ระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33			
- การได้รับข้อมูลข่าวสาร	5 ข้อ		Alpha = 0.932
เกณฑ์มาตรฐาน			
ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.68 – 5.00			
ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.67			
ระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33			
ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม	6 ข้อ		
- การได้รับการสนับสนุนจากเครือข่าย	6 ข้อ		Alpha = 0.83
เกณฑ์มาตรฐาน			
ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.68 – 5.00			
ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.67			
ระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33			

2.2. เครื่องมือชุดที่ 2 แบบตรวจสอบสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง

2.2.1 การตรวจวัดค่าจุลินทรีย์ Simplified Oral Hygiene Index (OHI-S)

คราบจุลินทรีย์ คือ คราบขาวออกเหลืองหรือสีครีมที่เกาะที่ฟันหรือที่เรียกว่าขี้ฟัน ต่อมาเมื่อเชื้อแบคทีเรียมาอาศัยและสร้างกรดมาทำลายฟัน หากทิ้งไว้นานคราบเหล่านั้นจะเกาะติดแน่น ไม่สามารถเอาออกโดยการแปรงฟันตามปกติ ดังนั้นการวัดค่าจุลินทรีย์ของ (Green Vermillion, 1964) โดยใช้เครื่องมือชุดตรวจ Explorer รากด้านที่ตรวจของฟัน 6 ซี่ ได้แก่ ฟันหน้า 2 ซี่ คือ ฟันที่ 11 และ 31 ฟันหลังบน 2 ซี่ คือ ฟันซี่ 16 และ 26 และ ฟันหลังล่าง 2 ซี่ คือ ฟันซี่ 36 และ 46 ซึ่งเป็นตัวแทนของฟันทั้งช่องปาก ในฟันหน้าพิจารณาด้านริมฝีปาก labial ฟันหลังบนใช้ด้านใกล้แก้ม buccal และ ฟันหลังล่างใช้ด้านใกล้ลิ้น lingual ในการบันทึกภาพจุลินทรีย์ หากฟันที่ใช้ในการ

ตรวจวัดค่าจุลินทรีย์หาย Missing Tooth หรือถูกถอนไป extracted tooth ให้พิจารณาคราบจุลินทรีย์ของฟันชนิดเดียวกันในตำแหน่งถัดไปทางด้านไกลกลาง distal ของฟันซี่ที่หายไปหรือถูกถอนไป ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีฟันเหลือน้อย คือ 1 ซี่ต่อ sextant จะพิจารณาการตรวจทุกซี่และทุกด้าน

แสดงดัชนีการตรวจวัดค่าจุลินทรีย์ ของ Green และ Vermillion

- 0 หมายถึง ไม่พบแผ่นจุลินทรีย์หรือคราบสีบนด้านที่ตรวจ
- 1 หมายถึง พบแผ่นภาพจุลินทรีย์ไม่เกิน 1 ใน 3 ของผิวฟันด้านที่ตรวจ
- 2 หมายถึง พบแผ่นภาพจุลินทรีย์มากกว่า 1 ใน 3 ของฟันด้านที่ตรวจ
- 3 หมายถึง พบแผ่นภาพจุลินทรีย์มากกว่า 2 ใน 3 ของผิวฟันด้านที่ตรวจ

เกณฑ์คะแนน DI-S กับการแปลผลระดับความสะอาดในช่องปาก

0-0.6 คะแนน แสดงถึง ระดับดี (good)

0.7-1.8 คะแนน แสดงถึง ระดับปานกลาง (fair)

1.9-3.0 คะแนน แสดงถึง ระดับต่ำ (poor)

2.2.2 การตรวจวัดคราบบนลิ้นใช้ดัชนี Winkel tongue coating index ด้วยการดู

ด้วยตาเปล่าแสดงดัชนีการตรวจวัดคราบบนลิ้นของ Winkel tongue coating index

- 0 หมายถึง ไม่พบคราบบนลิ้น
- 1 หมายถึง มีคราบบาง
- 2 หมายถึง มีคราบหนา

การประเมินผลโดยนำค่าคราบจุลินทรีย์ที่ฟันและที่ลิ้นมารวมกันเป็นระดับความสะอาดในช่องปากหรือสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยติดเตียง เกณฑ์ในการพิจารณาระดับสภาวะทันตสุขภาพ โดยแบ่งเป็นช่วงคะแนนจากค่าเฉลี่ยแบบอิงกลุ่มตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1997)

$$\text{ช่วงคะแนนในชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} = \frac{5-0}{3} = 1.66$$

0.00 – 1.66 หมายถึง สภาวะทันตสุขภาพ ระดับดี

1.67 – 3.33 หมายถึง สภาวะทันตสุขภาพ ระดับปานกลาง

3.34 – 5.00 หมายถึง สภาวะทันตสุขภาพ ระดับต่ำ

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตทำวิจัย และขอเอกสารรับรองโครงการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (สสจ.สงขลา) ได้รับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา เลขที่ 48 ลงวันที่ 22 กันยายน 2566

3.2 ภายหลังจากการอนุญาตให้ทำการวิจัยและรวบรวมข้อมูล จากนั้นจัดประชุมผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง แจกจุดประสงค์ของการทำวิจัยให้กับผู้เข้าร่วมประชุมรับทราบ ทำการปรับมาตรฐาน การตรวจสุขภาพช่องปากของทันตสาธารณสุข ในอำเภอหาดใหญ่

3.3 ลงเก็บข้อมูล พร้อมกันใน 2 ภาคส่วน คือส่วนของการตรวจสุขภาพช่องปาก และเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์ ในส่วนของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยติดเตียง

3.4 เก็บรวบรวมข้อมูลและสรุปผล พร้อมประชุมกลุ่ม สรุปการดำเนินงานและคืน ข้อมูลให้กับผู้ร่วมกระบวนการ

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในรูปแบบความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ ปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาเรื่องปัจจัยของผู้ดูแลและผู้ป่วยติดเตียงที่ส่งผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยในครั้งนี้คือ ผู้ป่วยติดเตียงและผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ทั้งหมดจำนวน 518 คน (ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง 1 คน/ผู้ป่วย 1 คน) โดยมีกลุ่มตัวอย่างเดียวกับกลุ่มประชากร (เก็บทุกหน่วยตัวอย่าง) โดยมีเกณฑ์คัดออกซึ่งมีจำนวนแบบสัมภาษณ์ที่ได้รับคำตอบที่ครบสมบูรณ์สำหรับใช้เป็นข้อมูลการวิจัย รวมเป็น 418 คน (สาเหตุที่ไม่ได้ผู้ป่วยติดเตียงตามกลุ่มตัวอย่างเนื่องด้วย 1) ผู้ป่วยติดเตียงเสียชีวิต 47 คน 2) ผู้ป่วยติดเตียงที่มี ADL ดีขึ้นกลายเป็นผู้ป่วยติดบ้าน 5 คน 3) ผู้ป่วยติดเตียงที่ย้ายที่อยู่และไม่สะดวกให้ข้อมูล 2 คน และ 4) ประเมินหาผู้ป่วยติดเตียงมาทดแทน 3 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 9 ตุลาคม 2566 – 25 พฤศจิกายน 2566 ด้วยการสัมภาษณ์ผ่าน Google form วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 โดยผู้ศึกษานำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยติดเตียง และผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง)

ตอนที่ 2 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ของการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง

ตอนที่ 3 สภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง

ตอนที่ 4 ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่ส่งผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ปัจจัยส่วนบุคคล)

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยติดเตียง ได้แก่ เพศ อายุ คะแนน ADL โรคประจำตัว และระยะเวลาการป่วยติดเตียง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยติดเตียง (N=209 คน)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	82	39.2
หญิง	127	60.8
อายุ		
≤ 20 ปี	12	5.8
21 - 40 ปี	16	7.7
41 - 60 ปี	21	10.0
61 - 80 ปี	73	34.9
≥ 81 ปี	87	41.6
$\bar{X} = 70.44$, S.D. = 21.94, Min = 5, Max = 103		
คะแนน ADL		
0 คะแนน	96	45.9
1 คะแนน	19	9.1
2 คะแนน	25	12.0
3 คะแนน	19	9.1
4 คะแนน	50	23.9
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	3	1.4
1 โรค	113	54.1
2 โรค	68	32.5
3 โรคขึ้นไป	25	12.0

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการนอนติดเตียง		
น้อยกว่า 1 ปี	21	10.0
ระหว่าง 1- 5 ปี	132	63.2
ระหว่าง 6- 10 ปี	28	13.4
มากกว่า 10 ปี	28	13.4

จากตารางที่ 4.1 ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยติดเตียงจำนวน 209 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.8 เพศชาย ร้อยละ 39.2 มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 81 ปี ร้อยละ 41.6 มีอายุเฉลี่ย 70.44 ± 21.94 ปี อายุมากที่สุด 103 ปี อายุน้อยสุด 5 ปี มีคะแนน ADL มากที่สุดที่ 0 คะแนน ร้อยละ 45.9 รองลงมาคือมีคะแนน ADL 4 คะแนน ร้อยละ 23.9 มีโรคประจำตัว 1 โรค ร้อยละ 54.1 รองลงมาคือ มีโรคประจำตัว 2 โรค ร้อยละ 32.5 ส่วนระยะเวลาการนอนติดเตียงมากที่สุด ระหว่าง 1 – 5 ปี ร้อยละ 63.2 รองลงมาคือ ระหว่าง 6- 10 ปี และมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 13.4

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา อาชีพ การศึกษา รายได้ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง (N=209 คน)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	24	11.5
หญิง	185	88.5

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	≤ 15 ปี	2	1.0
	16 – 30 ปี	11	5.3
	31 – 45 ปี	50	23.9
	46 – 60 ปี	101	48.3
	≥ 61 ปี	45	21.5
	\bar{X} = 51.33 , S.D. = 12.39 , Min = 12, Max = 90		
ศาสนา	พุทธ	185	88.5
	คริสต์	1	0.5
	อิสลาม	23	11.0
อาชีพ	พ่อบ้าน/แม่บ้าน	67	32.0
	รับจ้างทั่วไป	61	29.1
	พนักงานเอกชน	10	4.8
	รับราชการ	5	2.4
	ค้าขาย	10	4.8
	ธุรกิจส่วนตัว	6	2.9
	เกษตรกรกรรม	48	23.0
	อื่นๆ	2	1.0
การศึกษา	ไม่ได้เข้าโรงเรียน	7	3.3
	ประถมศึกษา	48	23.0
	มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช.	90	43.1
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส.	33	15.7

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ปริญญาตรี	29	13.9
ปริญญาโท/สูงกว่าปริญญาโท	2	1.0
รายได้		
น้อยกว่า 5,000 บาท	101	48.3
ระหว่าง 5,000บาท-10,000 บาท	80	38.3
ระหว่าง 10,001บาท-15,000 บาท	19	9.1
มากกว่า 15,000 บาท	9	4.3

จากตารางที่ 4.2 ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจำนวน 209 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.5 เพศชาย ร้อยละ 11.5 มีอายุระหว่าง 46 – 60 ปี ร้อยละ 48.3 มีอายุเฉลี่ย 51.33 ± 12.39 ปี อายุมากที่สุด 90 ปี อายุน้อยสุด 12 ปี ส่วนใหญ่ นับถือศาสนา พุทธ ร้อยละ 88.5 รองลงมาคือ ศาสนาอิสลาม ร้อยละ 11.0 ผู้ดูแลประกอบอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน มากที่สุด ร้อยละ 32.0 รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 29.1 และมีอาชีพอื่นๆ อาทิ เช่น ข้าราชการ บำนาญ และนักเรียน ร้อยละ 1 ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช. ร้อยละ 43.1 รองลงมาคือ ประถมศึกษา ร้อยละ 23.0 มีรายได้น้อยกว่าน้อยกว่า 5,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 48.3 รองลงมาคือ มีรายได้ระหว่าง 5,000บาท-10,000 บาท ร้อยละ 38.3

ตอนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม

2.1 ระดับปัจจัยนำ

2.1.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับการทำความสะอาดช่องปาก การแปรงฟัน สาเหตุของฟันสึก พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพช่องปาก การใส่ฟันปลอม การป้องกันโรคปริทันต์อักเสบ การรักษาตามอาการที่เหมาะสม การปฏิบัติที่ถูกต้อง และการป้องกันแผลงวันให้กับผู้ป่วยติดเตียง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง (N=209 คน)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ระดับมาก (คะแนน 8 -10 คะแนน)	160	76.6
ความรู้ระดับปานกลาง (คะแนน 6 -7 คะแนน)	31	14.8
ความรู้ระดับน้อย (คะแนน <6 คะแนน)	18	8.6
\bar{X} = 8.44, S.D. = 2.05, Min = 1, Max = 10		

จากตารางที่ 4.3 ผลการศึกษาระดับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถตอบคำถามได้มากที่สุดอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 76.6 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 14.8 มีความรู้เฉลี่ย 8.44 ± 2.05 มีคะแนนมากที่สุด 10 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด 1 คะแนน

2.1.2 ความรู้และทัศนคติ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก

ตารางที่ 4.4 ระดับทัศนคติ และการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง (N=209 คน)

ระดับทัศนคติและระดับการรับรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับทัศนคติ		
ระดับมาก (3.68 – 5.00)	184	88.0
ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67)	24	11.5
ระดับต่ำ (1.00 – 2.33)	1	0.5
\bar{X} = 1.12, S.D. = 0.35, Min = 1, Max = 5.00		
ระดับการรับรู้		
ระดับมาก (3.68 – 5.00)	143	68.4
ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67)	66	31.6
ระดับต่ำ (1.00 – 2.33)	0	0.00
\bar{X} = 1.31, S.D. = 0.47, Min = 1, Max = 5.00		

จากตารางที่ 4.4 ผลการศึกษาระดับทัศนคติและการรับรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีทัศนคติมากที่สุดในระดับมาก ร้อยละ 88 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ

11.5 มีทัศนคติเฉลี่ย 1.12 ± 0.35 มีคะแนนมากที่สุด 5 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด 1 คะแนน ผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีการรับรู้มากสุดอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 68.4 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 31.6 มีการรับรู้เฉลี่ย 1.31 ± 0.47 มีคะแนนมากที่สุด 5 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด 1 คะแนน

2.2 ระดับปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม และการได้รับข้อมูลข่าวสาร

ตารางที่ 4.5 ระดับการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม และการได้รับข้อมูลข่าวสาร (N=209 คน)

ระดับการเข้าถึงแหล่งบริการ และระดับการได้รับข้อมูลข่าวสาร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการเข้าถึงแหล่งบริการ		
ระดับมาก (3.68 – 5.00)	32	15.3
ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67)	59	28.2
ระดับต่ำ (1.00 – 2.33)	118	56.4
$\bar{X} = 2.41, S.D. = 0.74, \text{Min} = 1, \text{Max} = 5.00$		

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ระดับการเข้าถึงแหล่งบริการ และระดับการได้รับข้อมูลข่าวสาร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการได้รับข้อมูลข่าวสาร		
ระดับมาก (3.68 – 5.00)	22	10.5
ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67)	69	33.0
ระดับต่ำ (1.00 – 2.33)	118	56.5
$\bar{X} = 2.45, S.D. = 0.68, \text{Min} = 1, \text{Max} = 5.00$		

จากตารางที่ 4.5 ผลการศึกษาระดับการเข้าถึงแหล่งบริการ และระดับการได้รับข้อมูลข่าวสาร พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีระดับการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรมมากสุดอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 56.4 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 28.2 มีการเข้าถึงแหล่งบริการเฉลี่ย 2.41 ± 0.74 มีคะแนนมากที่สุด 5 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด 1 คะแนน ผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีการได้รับข้อมูลข่าวสารมากสุดอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 56.5 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 33.0 มีการได้รับข้อมูลข่าวสารเฉลี่ย 2.45 ± 0.68 มีคะแนนมากที่สุด 5 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด 1 คะแนน

2.3 ระดับปัจจัยเสริม ประกอบด้วย ได้รับสนับสนุนจากเครือข่าย

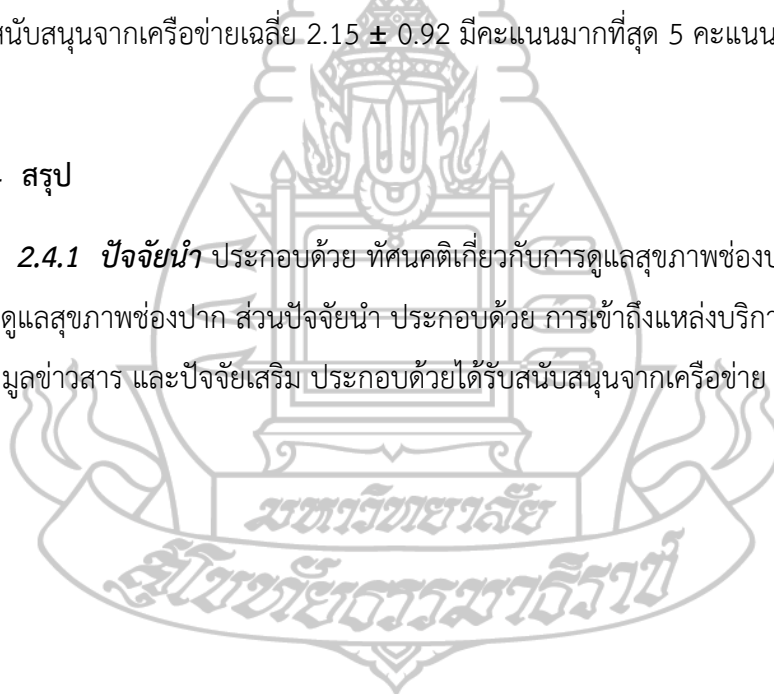
ตารางที่ 4.6 ระดับได้รับสนับสนุนจากเครือข่าย (N=209 คน)

ระดับได้รับสนับสนุนจากเครือข่าย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก (3.68 – 5.00)	75	35.9
ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67)	28	13.4
ระดับต่ำ (1.00 – 2.33)	106	50.7
$\bar{X} = 2.15$, S.D. = 0.92, Min = 1, Max = 5.00		

จากตารางที่ 4.6 ผลการศึกษาในระดับได้รับสนับสนุนจากเครือข่าย พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับสนับสนุนจากเครือข่ายมากที่สุดอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 50.7 รองลงมาคือ ระดับมาก ร้อยละ 35.9 ได้รับสนับสนุนจากเครือข่ายเฉลี่ย 2.15 ± 0.92 มีคะแนนมากที่สุด 5 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด 1 คะแนน

2.4 สรุป

2.4.1 ปัจจัยนำ ประกอบด้วย ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก และการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ส่วนปัจจัยนำ ประกอบด้วย การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม และการได้รับข้อมูลข่าวสาร และปัจจัยเสริม ประกอบด้วยได้รับสนับสนุนจากเครือข่าย ดังตารางที่ 4.7



ตารางที่ 4.7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง
ในรายด้าน

ปัจจัยนำ	ปัจจัยเอื้อ	ปัจจัยเสริม	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับ ทัศนคติ
ปัจจัยนำ					
ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก					
1. ควรแปรงฟันร่วมกับการใช้ยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุ			4.30	0.49	มาก
2. โรคฟันผุสามารถหลีกเลี่ยงได้			4.39	0.79	มาก
ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก					
3. หนอนสามารถเข้าไปในช่องปากผู้ป่วยติดเตียงได้			4.12	0.83	มาก
4. เมื่อไม่มีฟันก็จำเป็นต้องทำความสะอาดช่องปากให้ผู้ป่วยติดเตียง			4.10	0.92	มาก
5. ควรตรวจช่องปากและทำความสะอาดสุขภาพช่องปากให้ผู้ป่วยติดเตียงอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง			4.26	0.65	มาก
การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก					
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก					
1. ผู้ป่วยติดเตียงมีโอกาสเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบได้มากกว่าคนวัยอื่น ๆ			4.45	0.62	มาก
2. การไม่ปิดปากให้ผู้ป่วยติดเตียงมีโอกาสที่แมลงวันจะเข้าไปในช่องปากได้			4.21	0.62	มาก
3. หากไม่แปรงฟันให้ผู้ป่วยติดเตียงทำให้เกิดฟันผุได้			4.41	0.57	มาก

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับ ทัศนคติ
4. หากผู้ป่วยติดเชื้อไม่ถอดฟันปลอมออกทำให้เกิดโรคมะเร็งในช่องปากได้	4.07	0.76	มาก
5. แมลงวันอาจฉวยจังหวะเข้าไปวางไข่ในช่องปากในผู้ป่วยติดเชื้อโดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยที่เคยป่วยเป็นร้ำมะนาด	4.18	0.72	มาก
- การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในช่องปาก			
1. การมีปัญหาลักษณะช่องปากอาจทำให้เกิดการติดเชื้อในอวัยวะอื่น ๆ ได้	4.33	0.62	มาก
2. หากแมลงวันเข้าไปวางไข่ในช่องปากผู้ป่วยติดเชื้อ หากหนอนซอนเข้าไปถึงส่วนของจมูก ก็มีโอกาสดูรับอันตรายสูง เพราะมีโอกาสที่หนอนจะเข้าไปถึงสมองได้	4.13	0.68	มาก
3. การสูญเสียฟันทำให้เกิดปัญหาต่อการบดเคี้ยวอาหารที่ไม่ดีอาจส่งผลให้ขาดสารอาหารได้	4.31	0.68	มาก
4. ผู้ป่วยติดเชื้อที่เป็นเบาหวานมีเหงือกอักเสบรุนแรงจะทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้	4.13	0.76	มาก
5. ผู้ป่วยติดเชื้อที่เป็นแผลในช่องปาก ควรได้รับการตรวจอย่างทันที่ เนื่องจากแผลเรื้อรังในช่องปากอาจเป็นอาการแสดงของมะเร็งช่องปากได้	4.17	0.63	มาก
- การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก			
1. การแปรงฟันให้ผู้ป่วยติดเชื้อสามารถช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพช่องปากได้	4.41	0.57	มาก
2. การแปรงฟันให้ผู้ป่วยติดเชื้อด้วยยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์ จะช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพช่องปากได้	4.35	0.54	มาก
3. การทำความสะอาดช่องปากให้ผู้ป่วยติดเชื้อช่วยลดการสะสมของคราบจุลินทรีย์ (ชีฟัน) ได้	4.31	0.55	มาก

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับ ทัศนคติ
4. การแปร่งฟันให้ผู้ป่วยติดเตียง โดยทำครั้งนั่งครั้งนอน อาจใช้หมอนหนุนบนเตียง หรือไขเตียงให้ศีรษะสูงจากพื้นเตียงประมาณ 1 ฟุต จะเป็นท่าที่ปลอดภัย และไม่เกิดอาการสำลัก	4.23	5.68	มาก
5. การใช้มุ้งหรือหน้ากากอนามัยปิดปากให้ผู้ป่วยติดเตียง ช่วยป้องกันแมลงวันไม่ให้ไขในช่องปากได้	4.29	0.58	มาก
- การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพช่องปาก			
1. การแปร่งฟันให้ผู้ป่วยติดเตียง เป็นเรื่องที่ยากและทำให้เสียเวลา	2.65	1.51	ปานกลาง
2. ท่านคิดว่า การพาผู้ป่วยติดเตียงไปพบทันตบุคลากรทุก 6 เดือนหรือ 1 ปี ทำให้เสียเวลาและเสียค่าใช้จ่าย	2.72	1.23	ปานกลาง
3. กรณีผู้ป่วยติดเตียงต่อต้านการทำความสะอาดต้องใช้ เวลาในการทำที่นานและเหนื่อย	2.78	1.38	ปานกลาง
4. การใช้ไหมขัดฟันในการทำความสะอาดฟันให้ผู้ป่วยติดเตียงเป็นเรื่องยาก เสียเวลา	2.88	1.38	ปานกลาง
5. การเช็ดลิ้นหรืออวัยวะในช่องปากให้ผู้ป่วยติดเตียงในกรณีไม่มีฟันทำให้เสียเวลา	2.72	1.36	ปานกลาง
ปัจจัยเอื้อ			
- การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม			
1. สถานบริการของรัฐที่ใกล้บ้านท่าน เปิดบริการทันตกรรมเฉพาะวันจันทร์ถึงศุกร์ ทำให้ไม่สะดวกสำหรับนำผู้ป่วยติดเตียงไปรับบริการ	2.18	1.35	น้อย

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับ ทัศนคติ
2. การรับบริการตรวจรักษาทางทันตกรรมของสถาน บริการเอกชนค่อนข้างมีราคาสูง ทำให้ไม่สามารถนำ ผู้ป่วยติดเตียงไปรับบริการได้	2.11	1.30	น้อย
3. มีสถานบริการด้านทันตกรรมที่โรงพยาบาล หรือ รพ.สต. หรือคลินิกที่ท่านสามารถนำผู้ป่วยติดเตียงเข้ารับ บริการได้สะดวก	2.18	1.28	น้อย
4. ท่านสามารถใช้สิทธิ เช่น บัตรทอง ประกันสังคม หรือ สิทธิข้าราชการ ในการรักษาทางทันตกรรมของรัฐให้แก่ ผู้ป่วยติดเตียงของท่าน	2.30	1.33	น้อย
5. ท่านสามารถจ่ายค่ารักษาได้ หากจำเป็นต้องจ่ายเงิน เพื่อรักษา เพิ่มเติมนอกเหนือจากสิทธิที่เบิกได้ให้แก่ผู้ป่วย ติดเตียงของท่าน	2.24	1.29	น้อย
- การได้รับข้อมูลข่าวสาร			
ใน 1 ปีที่ผ่านมา ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการ ดูแลทันตสุขภาพจากแหล่งใด			
1. ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือทันตบุคลากร	2.22	1.34	น้อย
2. ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพจาก อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน	2.47	1.28	ปานกลาง
3. ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพจาก หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน	1.97	1.20	น้อย
4. ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพจาก โทรทัศน์	2.05	1.19	น้อย

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับ ทัศนคติ
5. ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพจาก โทรศัพท์มือถือ กลุ่มไลน์ กูเกิล เพชบุ๊ก	2.09	1.27	น้อย
ปัจจัยเสริม			
1. คนในครอบครัวกระตุ้นเตือนให้ผู้ดูแลทำความสะอาด ช่องปากให้ผู้ป่วยติดเตียง	2.62	1.75	ปานกลาง
3. ผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ให้กำลังใจผู้ดูแล และผู้ป่วยติดเตียง	1.89	1.49	น้อย
4. เจ้าหน้าที่ และ อสม.ลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและผู้ดูแล	2.83	1.77	ปานกลาง
5. มีกองสวัสดิการ ช่วยเหลือเรื่องสิทธิผู้ป่วย เช่น การทำ บัตรผู้พิการ	3.44	1.49	ปานกลาง
6. บริษัทสนับสนุน อุปกรณ์ เช่น แพนเพิร์ต ผ้าอ้อม ข้าวสาร	2.59	1.70	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.7 เมื่อพิจารณาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง
รายข้อในแต่ละด้าน พบรายละเอียด ดังนี้

1) *ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก* เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ทุกข้ออยู่ใน
ระดับมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ โรคฟันผุสามารถหลีกเลี่ยงได้ (\bar{X} = 4.39, S.D. = 0.79)
รองลงมาคือ ควรแปรงฟันร่วมกับการใช้ยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุได้ (\bar{X} = 4.30, S.D.
= 0.49) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ เมื่อไม่มีฟันก็จำเป็นต้องทำความสะอาดช่องปากให้ผู้ป่วยติด
เตียง (\bar{X} = 4.10, S.D. = 0.92)

2) การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก

(1) *การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก* เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ทุกข้อ
อยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้ป่วยติดเตียงมีโอกาสเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ

ได้มากกว่าคนวัยอื่น ๆ (\bar{X} = 4.45, S.D. = 0.62) รองลงมาคือ หากไม่แปรงฟันให้ผู้ป่วยติดเตียงทำให้เกิดฟันผุได้ (\bar{X} = 4.41, S.D. = 0.57) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ หากผู้ป่วยติดเตียงไม่ถอดฟันปลอมออกทำให้เกิดโรคเมร็งในช่องปากได้ (\bar{X} = 4.07, S.D. = 0.76)

(2) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในช่องปาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ทุกข้ออยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การมีปัญหาลักษณะของช่องปากอาจทำให้เกิดการติดเชื้อในอวัยวะอื่น ๆ ได้ (\bar{X} = 4.33, S.D. = 0.62) รองลงมาคือ การสูญเสียฟันทำให้เกิดปัญหาต่อการบริโภคอาหารที่ไม่ดีอาจส่งผลให้ขาดสารอาหารได้ (\bar{X} = 4.31, S.D. = 0.68) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ หากแมลงวันเข้าไปวางไข่ในช่องปากผู้ป่วยติดเตียง หากนอนนอนไขไปถึงส่วนของจมูก ก็มีโอกาสดำรับอันตรายสูงเพราะมีโอกาสที่นอนจะเข้าไปถึงสมองได้ (\bar{X} = 4.13, S.D. = 0.68) และผู้ป่วยติดเตียงที่เป็นเบาหวานมีเหงือกอักเสบรุนแรงจะทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (\bar{X} = 4.13, S.D. = 0.76)

(3) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ทุกข้ออยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การแปรงฟันให้ผู้ป่วยติดเตียงสามารถช่วยป้องกันปัญหาลักษณะของช่องปากได้ (\bar{X} = 4.41, S.D. = 0.57) รองลงมาคือ การแปรงฟันให้ผู้ป่วยติดเตียงด้วยยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์จะช่วยป้องกันปัญหาลักษณะของช่องปากได้ (\bar{X} = 4.35, S.D. = 0.54) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การแปรงฟันให้ผู้ป่วยติดเตียง โดยทำครึ่งนั่งครึ่งนอน อาจใช้หมอนหนุนบนเตียง หรือไขเตียงให้ศีรษะสูงจากพื้นเตียงประมาณ 1 ฟุต จะเป็นท่าที่ปลอดภัย และไม่เกิดอาการสำลัก (\bar{X} = 4.23, S.D. = 0.68)

(4) การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพช่องปาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ทุกข้ออยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การใช้ไหมขัดฟันในการทำความสะอาดฟันให้ผู้ป่วยติดเตียงเป็นเรื่องยาก เสียเวลา (\bar{X} = 2.88, S.D. = 1.38) รองลงมาคือ กรณีผู้ป่วยติดเตียงต่อต้านการทำความสะอาดต้องใช้เวลาในการทำที่นานและเหนื่อย (\bar{X} = 2.78, S.D. = 1.38) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การแปรงฟันให้ผู้ป่วยติดเตียง เป็นเรื่องที่ยากและทำให้เสียเวลา (\bar{X} = 2.65, S.D. = 1.51)

2.4.2 ปัจจัยเอื้อ

1) การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ทุกข้ออยู่ในระดับน้อย โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านสามารถใช้สิทธิ เช่น บัตรทอง ประกันสังคม หรือสิทธิข้าราชการ ในการรักษาทางทันตกรรมของรัฐให้แก่ผู้ป่วยติดเตียงของท่าน (\bar{X} = 2.30, S.D. = 1.33) รองลงมาคือ ท่านสามารถจ่ายค่ารักษาได้ หากจำเป็นต้องจ่ายเงินเพื่อรักษา เพิ่มเติมนอกเหนือจากสิทธิที่เบิกได้ให้แก่ผู้ป่วยติดเตียงของท่าน (\bar{X} = 2.24, S.D. = 1.29) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การรับบริการตรวจรักษาทางทันตกรรมของสถานบริการเอกชนค่อนข้างมีราคาสูง ทำให้ไม่สามารถนำผู้ป่วยติดเตียงไปรับบริการได้ (\bar{X} = 2.11, S.D. = 1.30)

2) การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทันตสุขภาพจากอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (\bar{X} = 2.47, S.D. = 1.28) รองลงมาคือ ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทันตสุขภาพจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือทันตบุคลากร (\bar{X} = 2.22, S.D. = 1.34) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทันตสุขภาพจาก หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน (\bar{X} = 1.97, S.D. = 1.20)

2.4.3 ปัจจัยเสริม

1) การได้รับการสนับสนุนจากเครือข่าย เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ มีกองสวัสดิการ ช่วยเหลือเรื่องสิทธิผู้ป่วย เช่น การทำบัตรผู้พิการ (\bar{X} = 3.44, S.D. = 1.49) รองลงมาคือ มีรถรับ-ส่ง ผู้ป่วยติดเตียงไปโรงพยาบาล เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน (\bar{X} = 3.08, S.D. = 1.51) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ผู้นำชุมชน เช่น กำนันผู้ใหญ่บ้าน ให้กำลังใจผู้ดูแลและผู้ป่วยติดเตียง (\bar{X} = 1.89, S.D. = 1.49)

ตอนที่ 3 สภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง

สภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง ประกอบด้วย ระดับคราบจุลินทรีย์และคราบที่ลิ้น ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง (N=209 คน)

สภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง		จำนวน	ร้อยละ
ระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์			
ไม่มีคราบจุลินทรีย์เพราะไม่มีฟัน		90	43.1
ระดับดี (good)		16	7.7
ระดับปานกลาง (fair)		54	25.8
ระดับต่ำ (poor)		49	23.4
คราบที่ลิ้น			
ไม่มีคราบ		66	31.6
มีคราบบางๆ		131	62.7
มีคราบหนามาก		12	5.7

จากตารางที่ 4.8 เมื่อพิจารณาสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง รายชื่อในแต่ละด้าน พบรายละเอียด ดังนี้

3.1 ผลการศึกษาสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 209 คน พบว่า ไม่มีคราบจุลินทรีย์ที่ฟันเพราะไม่มีฟัน ร้อยละ 43.1 รองลงมา คือ มีคราบจุลินทรีย์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 25.8 ส่วนใหญ่มีคราบบางๆที่ลิ้น ร้อยละ 62.7 รองลงมาคือ ไม่มีคราบที่ลิ้น ร้อยละ 31.6

ตารางที่ 4.9 ระดับสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง (N=209 คน)

ระดับสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (0.00 – 1.66)	112	53.6
ระดับปานกลาง (1.67 – 3.33)	85	40.7
ระดับต่ำ (3.34 – 5.00)	12	5.7

\bar{X} = 1.52 S.D. = 0.60, Min = 0, Max = 5.00

จากตารางที่ 4.9 ผลการศึกษาระดับสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยติดเตียง มีสภาวะทันตสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 53.6 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ

40.7 มีสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียงเฉลี่ย 1.52 ± 0.60 มีคะแนนมากที่สุด 5 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน

ตอนที่ 4 ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่ส่งผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง

4.1 ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis)

ตัวแปรตามเป็นตัวแปรสุ่มเชิงปริมาณจากประชากร Normal distribution ตรวจสอบจากกราฟ Normal P-P plot of regression standardized residual พบว่ากราฟเป็นเส้นตรง ตัวแปรทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันตามข้อตกลงโดยค่า VIF ไม่เกิน 10

ตารางที่ 4.10 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยของผู้ดูแลและผู้ป่วยติดเตียงที่ส่งผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

ตัวแปรพยากรณ์	B	SE	Beta	t	P-value
(Constant)	1.695	0.278		6.087	0.000**
ผู้ป่วยติดเตียงเพศชาย	0.764	0.157	0.314	4.866	0.000**
อายุของผู้ป่วยติดเตียง	-0.010	0.004	-0.182	-2.811	0.001*
คะแนน ADL ของผู้ป่วยติดเตียง	-0.599	0.255	-0.145	-2.346	0.001*
โรคประจำตัวของผู้ป่วยติดเตียง 3 โรคขึ้นไป	0.455	0.227	0.124	2.004	0.005*
รายได้ของผู้ดูแลมากกว่า 15,000 บาท	-1.387	0.418	-0.237	-3.314	0.020*
ระดับการศึกษาของผู้ดูแล ระดับมัธยมปลาย/ปวส.	0.548	0.246	0.124	2.004	0.027*
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแล	-0.677	0.210	-0.203	-3.220	0.046*

$R^2 = 0.245$ Adjust $R^2 = 0.219$ $f = 9.343$ sig $f < 0.001$ * $P < 0.05$ ** $P < 0.001$

สรุปสมการทำนายสุดท้ายที่ได้

สภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง = $1.695 + 0.764$ (ผู้ป่วยติดเตียงเพศชาย) - 0.010 (อายุของผู้ป่วยติดเตียง) - 0.599 (คะแนน ADL ของผู้ป่วยติดเตียง) + 0.455 (โรคประจำตัวของผู้ป่วยติดเตียง 3 โรคขึ้นไป) - 1.387 (รายได้ของผู้ดูแลมากกว่า 15,000 บาท) + 0.548 (ระดับการศึกษาของผู้ดูแล ระดับมัธยมปลาย/ปวส.) - 0.677 (ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแล)

ตัวแปรที่ไม่เข้าสมการ คือ โรคประจำตัว ระยะเวลาการนอนติดเตียง ของผู้ป่วยติดเตียง และ ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา ทักษะคนดี การรับรู้ การเข้าถึงบริการทันตกรรม การรับรู้ การได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายของผู้ดูแล

จากตารางที่ 4.10 จากการพยากรณ์สภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียงด้วยวิธีวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (stepwise) โดยตัวแปรอิสระที่นำเข้าสู่สมการเพื่อพยากรณ์ มีทั้งหมด 17 ตัวแปร คือ เพศ อายุ ADL โรคประจำตัว ระยะเวลาการนอนติดเตียงของผู้ป่วยติดเตียง และ เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ ความรู้ ทักษะคนดี การรับรู้ การเข้าถึงบริการ การได้รับข่าวสาร การได้รับสนับสนุนจากเครือข่ายของผู้ดูแล พบว่า มีตัวแปรที่สามารถพยากรณ์สภาวะทันตสุขภาพได้ มี 7 ตัว คือ เพศของผู้ป่วยติดเตียง อายุของผู้ป่วยติดเตียง คะแนนการวัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยติดเตียง โรคประจำตัวของผู้ป่วยติดเตียง 3 โรคขึ้นไป รายได้ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมากกว่า 15,000 บาท การศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงระดับมัธยมปลาย และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ได้ร้อยละ 24.2 ($R^2=0.242$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



บทที่ 5

สรุปการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-sectional study) เรื่องปัจจัยของผู้ดูแลและผู้ป่วยติดเตียงที่ส่งผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เพื่อศึกษาระดับสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง และเพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยนำปัจจัยเสริม ที่ส่งผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยในครั้งนี้คือ ผู้ป่วยติดเตียงและผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ทั้งหมดจำนวน 259 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 259 คน (ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง 1 คน/ผู้ป่วย 1 คน) รวมเป็น 518 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับกลุ่มประชากร (เก็บทุกหน่วยตัวอย่าง) โดยมีเกณฑ์คัดออก ซึ่งมีจำนวนแบบสัมภาษณ์ที่ได้รับคำตอบที่ครบสมบูรณ์สำหรับใช้เป็นข้อมูลการวิจัย รวมทั้งสิ้น 418 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 209 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 209 คน (สาเหตุที่ไม่ได้ผู้ป่วยติดเตียงตามกลุ่มตัวอย่างเนื่องด้วย 1) ผู้ป่วยติดเตียงเสียชีวิต 47 คน 2) ผู้ป่วยติดเตียงที่มี ADL ดีขึ้นกลายเป็นผู้ป่วยติดบ้าน 5 คน 3) ผู้ป่วยติดเตียงที่ย้ายที่อยู่และไม่สะดวกให้ข้อมูล 2 คน และ 4) ประเมินหาผู้ป่วยติดเตียงมาทดแทน 3 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลและแบบตรวจสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง ด้วยการสัมภาษณ์ผ่าน Google form วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ศึกษาได้สรุปการศึกษา อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

1. สรุปผลการศึกษา

เพื่อความเข้าใจได้ง่ายขึ้น สามารถสรุปการศึกษา ตามวัตถุประสงค์ ดังตารางที่ 5.1

ตารางที่ 5.1 สรุปการศึกษาตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย

วัตถุประสงค์	สมมติฐานการวิจัย	ผลการศึกษา
1. เพื่อศึกษา ระดับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และสถานะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง	1. ระดับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และสถานะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียงในระดับมาก	- เป็นไปตามสมมติฐาน ระดับปัจจัยนำ และ สถานะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียงในระดับมาก - ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ระดับปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม อยู่ในระดับต่ำ
2. เพื่อศึกษา ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่ส่งผลต่อสถานะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง	2. ปัจจัยส่วนบุคคล (คะแนน ADL ของผู้ป่วย และเพศ รายได้ของผู้ดูแล) ปัจจัยนำ (ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก และการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแล) ปัจจัยเอื้อ (การได้รับข้อมูลข่าวสาร) ปัจจัยเสริม (การได้รับสนับสนุนจากเครือข่าย) มีผลต่อสถานะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง	- เป็นไปตามสมมติฐาน ปัจจัยส่วนบุคคล (คะแนน ADL ของผู้ป่วย ติดเตียง รายได้ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง) ปัจจัยนำ (ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก มีผลต่อสถานะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง) - ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง) ปัจจัยนำ (การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง) ปัจจัยเอื้อ (การได้รับข้อมูลข่าวสาร) ปัจจัยเสริม (การได้รับสนับสนุนจากเครือข่าย) ไม่มีผลต่อสถานะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง

จากตารางที่ 5.1 พบว่า วัตถุประสงค์ข้อที่ 1-2 เพื่อศึกษา ระดับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง และเพื่อศึกษา ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่ส่งผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง มีบางส่วนเป็นไปตาม สมมติฐาน จากข้อสรุปการศึกษาข้างต้น อธิบายรายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

1.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยติดเตียงในอำเภอกาตใหญ่ จังหวัดสงขลา

ผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.8 มีอายุเฉลี่ย 70.44 ปี มีอายุมากที่สุด 103 ปี มีอายุน้อยที่สุด 5 ปี มีคะแนน ADL มากที่สุดที่ 0 คะแนน ร้อยละ 45.9 มีโรคประจำตัว 1 โรค ร้อยละ 54.1 ส่วนระยะเวลาการนอนติดเตียงมากที่สุด ระหว่าง 1 – 5 ปี ร้อยละ 63.2

1.1.2 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในอำเภอกาตใหญ่ จังหวัดสงขลา

ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.5 มีอายุระหว่าง 46 – 60 ปี ร้อยละ 48.3 มีอายุมากที่สุด 90 ปี มีอายุน้อยที่สุด 12 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนา พุทธ ร้อยละ 88.5 ผู้ดูแลประกอบอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 32.1 มีอาชีพอื่นๆ อาทิ เช่น ข้าราชการ บำนาญ และนักเรียน ร้อยละ 1 ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช. ร้อยละ 43.1 มีรายได้น้อยกว่าน้อยกว่า 5,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 48.3

1.2 ปัจจัยนำของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง

ปัจจัยนำของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ส่งผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก และระดับการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีความรู้ ทักษะ และการรับรู้ อยู่ในระดับมาก เป็นไปตามสมมติฐานในการศึกษาข้อ 4.1 ระดับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม อยู่ในระดับมาก และสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียงในระดับดี โดยสรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

1.2.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่

มีความรู้ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 76.6 (\bar{X} = 8.44, S.D.=2.05) มีคะแนนมากที่สุด 10 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด 1 คะแนน เมื่อพิจารณารายชื่อซึ่งประกอบด้วย 10 ข้อ มีข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ พฤติกรรมใดไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพช่องปากและแปรงสีฟันที่ไม่เหมาะสมมีลักษณะอย่างไร (\bar{X} =

0.95, S.D.=0.21) รองลงมา คือ ข้อใดปฏิบัติได้เหมาะสม (\bar{X} = 0.90, S.D.=0.30) และมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อใดกล่าวผิดเกี่ยวกับการทำความสะอาดช่องปาก (\bar{X} = 0.71, S.D.=0.46)

1.2.2 ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่มีทัศนคติมากสุดอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 88 (\bar{X} = 1.12, S.D.= 0.35) มีคะแนนมากที่สุด 5 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด 1 คะแนน โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ โรคฟันผุสามารถหลีกเลี่ยงได้ (\bar{X} = 4.39, S.D. = 0.79) รองลงมาคือ ควรแปรงฟันร่วมกับการใช้ยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุได้ (\bar{X} = 4.30, S.D. = 0.49) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ เมื่อไม่มีฟันก็จำเป็นต้องทำความสะอาดช่องปากให้ผู้ป่วย ติดเตียง (\bar{X} = 4.10, S.D. = 0.92)

1.2.3 การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 68.4 (\bar{X} = 1.31, S.D.= 0.47) การรับรู้มี 4 ด้านด้วยกันดังนี้

1) การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ทุกข้ออยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้ป่วยติดเตียงมีโอกาสเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบได้มากกว่าคนอื่น ๆ (\bar{X} = 4.45, S.D. = 0.62) รองลงมาคือ หากไม่แปรงฟันให้ผู้ป่วยติดเตียงทำให้เกิดฟันผุได้ (\bar{X} = 4.41, S.D. = 0.57) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ หากผู้ป่วยติดเตียงไม่ถอดฟันปลอมออกทำให้เกิดโรคเมะเร็งในช่องปากได้ (\bar{X} = 4.07, S.D. = 0.76)

2) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในช่องปาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ทุกข้ออยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การมีปัญหาสุขภาพช่องปากอาจทำให้เกิดการติดเชื้อในอวัยวะอื่น ๆ ได้ (\bar{X} = 4.33, S.D. = 0.62) รองลงมาคือ การสูญเสียฟันทำให้เกิดปัญหาต่อการบริโภคอาหารที่ไม่ดีอาจส่งผลให้ขาดสารอาหารได้ (\bar{X} = 4.31, S.D. = 0.68) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ หากแมลงวันเข้าไปวางไข่ในช่องปากผู้ป่วยติดเตียง หากนอนนอนไขไปถึงส่วนของจมูก ก็มีโอกาได้รับอันตรายสูงเพราะมีโอกาสที่หนอนจะเข้าไปถึงสมองได้ (\bar{X} = 4.13, S.D. = 0.68) และผู้ป่วยติดเตียงที่เป็นเบาหวานมีเหงือกอักเสบรุนแรงจะทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (\bar{X} = 4.13, S.D. = 0.76)

3) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ทุกข้ออยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การแปรงฟันให้ผู้ป่วยติดเตียงสามารถช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพช่องปากได้ (\bar{X} = 4.41, S.D. = 0.57) รองลงมาคือ การแปรงฟันให้ผู้ป่วยติดเตียงด้วย

ยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์จะช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพช่องปากได้ (\bar{X} = 4.35, S.D. = 0.54) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การแปรงฟันให้ผู้ป่วยติดเตียง โดยทำครั้งนั่งครึ่งนอน อาจใช้หมอนหนุนบนเตียง หรือไขเตียงให้ศีรษะสูงจากพื้นเตียงประมาณ 1 ฟุต จะเป็นท่าที่ปลอดภัย และไม่เกิดอาการสำลัก (\bar{X} = 4.23, S.D. = 5.68)

4) การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพช่องปาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ทุกข้ออยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การใช้ไหมขัดฟันในการทำความสะอาดฟันให้ผู้ป่วยติดเตียงเป็นเรื่องยาก เสียเวลา (\bar{X} = 2.88, S.D. = 1.38) รองลงมาคือ กรณีผู้ป่วยติดเตียงต่อต้านการทำความสะอาดต้องใช้เวลาในการทำที่นานและเหนื่อย (\bar{X} = 2.78, S.D. = 1.38) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การแปรงฟันให้ผู้ป่วยติดเตียง เป็นเรื่องที่ยากและทำให้เสียเวลา (\bar{X} = 2.65, S.D. = 1.51)

1.3 ปัจจัยเอื้อของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง

1.3.1 การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่ มีระดับการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 56.5 มีการเข้าถึงแหล่งบริการเฉลี่ย (\bar{X} = 2.41, S.D. = 0.74) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานในการศึกษาข้อ 4.1 ระดับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมอยู่ในระดับมาก และสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียงในระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ทุกข้ออยู่ในระดับน้อย โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านสามารถใช้สิทธิ เช่น บัตรทอง ประกันสังคม หรือสิทธิข้าราชการ ในการรักษาทางทันตกรรมของรัฐให้แก่ผู้ป่วยติดเตียงของท่าน (\bar{X} = 2.30, S.D. = 1.33) รองลงมาคือ ท่านสามารถจ่ายค่ารักษาได้ หากจำเป็นต้องจ่ายเงินเพื่อรักษา เพิ่มเติม นอกเหนือจากสิทธิที่เบิกได้ให้แก่ผู้ป่วยติดเตียงของท่าน (\bar{X} = 2.24, S.D. = 1.29) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การรับบริการตรวจรักษาทางทันตกรรมของสถานบริการเอกชนค่อนข้างมีราคาสูง ทำให้ไม่สามารถนำผู้ป่วยติดเตียงไปรับบริการได้ (\bar{X} = 2.11, S.D. = 1.30)

1.3.2 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่ มีการได้รับข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 56.5 ได้รับข้อมูลข่าวสารเฉลี่ย (\bar{X} = 2.45, S.D. = 0.68) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานในการศึกษาข้อ 4.1 ระดับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียงในระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพจากอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (\bar{X} = 2.47, S.D. = 1.28) รองลงมาคือ ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือทันตบุคลากร (\bar{X} = 2.22, S.D. = 1.34) โดยข้อที่มี

ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพจาก หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน (\bar{X} = 1.97, S.D. = 1.20)

1.4 ปัจจัยเสริมของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงต่อสถานะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง

1.4.1 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่ ได้รับสนับสนุนจากเครือข่ายอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 50.7 (\bar{X} = 2.15, S.D. = 0.92) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานในการศึกษาข้อ 4.1 ระดับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม อยู่ในระดับมาก และสถานะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียงในระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ มีกองสวัสดิการ ช่วยเหลือเรื่องสิทธิผู้ป่วย เช่น การทำบัตรผู้พิการ (\bar{X} = 3.44, S.D. = 1.49) รองลงมาคือ มีรถรับ-ส่ง ผู้ป่วยติดเตียงไปโรงพยาบาล เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน (\bar{X} = 3.08, S.D. = 1.51) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ให้กำลังใจผู้ดูแลและผู้ป่วยติดเตียง (\bar{X} = 1.89, S.D. = 1.49)

1.5 สถานะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง

สถานะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง ประกอบด้วย ระดับคราบจุลินทรีย์และคราบที่ลิ้น พบว่า ไม่มีแผ่นคราบจุลินทรีย์ที่ฟันเพราะไม่มีฟัน ร้อยละ 43.1 ส่วนใหญ่มีคราบบางๆที่ลิ้น ร้อยละ 62.7 ผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่มีสถานะทันตสุขภาพ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 53.6 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 40.7 มีสถานะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียงเฉลี่ย 1.52 ± 0.60 มีคะแนนมากที่สุด 5 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน

1.6 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อสถานะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง

1.6.1 ปัจจัยที่มีส่งผลต่อสถานะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง จากการพยากรณ์สถานะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียงด้วยวิธีวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (stepwise) โดยตัวแปรอิสระที่นำเข้าสู่สมการเพื่อพยากรณ์ มีทั้งหมด 17 ตัวแปร คือ เพศ อายุ ADL โรคประจำตัว ระยะเวลาการนอนติดเตียงของผู้ป่วยติดเตียง และ เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ ความรู้ทัศนคติ การรับรู้ การเข้าถึงบริการ การได้รับข่าวสาร การได้รับสนับสนุนจากเครือข่ายของผู้ดูแลพบว่า มีตัวแปรที่สามารถพยากรณ์สถานะทันตสุขภาพได้ มี 7 ตัว คือ เพศของผู้ป่วยติดเตียง อายุของผู้ป่วยติดเตียง คะแนนการวัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยติดเตียง โรคประจำตัวของผู้ป่วยติดเตียง 3 โรคขึ้นไป รายได้ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมากกว่า 15,000 บาท

การศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงระดับมัธยมปลาย และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ได้ร้อยละ 24.2 ($R^2=0.242$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กล่าวได้ว่า สามารถพยากรณ์สุขภาพช่องปากของผู้ป่วยติดเตียง ได้ร้อยละ 24.2 และสมการพยากรณ์สภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง เมื่อทราบเพศของผู้ป่วยติดเตียง อายุของผู้ป่วยติดเตียง คะแนนการวัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยติดเตียง โรคประจำตัวของผู้ป่วยติดเตียง 3 โรคขึ้นไป รายได้ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมากกว่า 15,000 บาท การศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงระดับมัธยมปลาย และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็น $Y = 1.695 + 0.764 (X1) - 0.010 (X2) - 0.599 (X3) + 0.455 (X4) - 1.387 (X5) + 0.548 (X6) - 0.677 (X7)$

เป็นไปตามสมมติฐานในการศึกษาข้อ 4.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (คะแนน ADL ของผู้ป่วย รายได้ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมากกว่า 15,000 บาท) ปัจจัยนำ (ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก) มีผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง และไม่เป็นไปตามสมมติฐานในการศึกษาข้อ 4.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศของผู้ดูแล) ปัจจัยนำ (การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแล) ปัจจัยเอื้อ (การได้รับข้อมูลข่าวสาร) ปัจจัยเสริม (การได้รับสนับสนุนจากเครือข่าย) ไม่มีผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง

2. อภิปรายผล

จากการสรุปผลการศึกษาเรื่องปัจจัยของผู้ดูแลและผู้ป่วยติดเตียงที่ส่งผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ และสมมติฐานการวิจัย โดยมีประเด็นที่สำคัญนำมาอภิปราย ดังนี้

ผลการศึกษาพบว่า เพศของผู้ป่วยติดเตียง ส่งผลทางบวกต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยติดเตียงเป็นเพศชาย จะมีสภาวะทันตสุขภาพหรืออนามัยช่องปากเพิ่มขึ้น (คราบจุลินทรีย์เพิ่มขึ้น) 0.764 ($B=0.764$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเพศหญิงมีการดูแลความสะอาดของสุขภาพช่องปากได้ดี ผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และจากความแตกต่างกันทางสรีรวิทยาที่แตกต่างกันระหว่างเพศหญิงและเพศชาย สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภาพร ผุดผ่อง (2563) และพิรารวรรณ เนื้อทอง (2564) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่าความแตกต่างของเพศ มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมแตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงมีระดับการ

ดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าเพศชาย พบว่า เพศส่งผลกระทบต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

อายุของผู้ป่วยติดเตียง มีผลทางลบต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยติดเตียงมีอายุมากขึ้น หรือมีอายุมากขึ้น 1 ปี จะมีสภาวะทันตสุขภาพหรืออนามัยช่องปากลดลง (คราบจุลินทรีย์ลดลง) 0.010 ($B=-0.010$) ทั้งนี้อาจเนื่องด้วยเมื่ออายุมากขึ้นก็เริ่มไม่มีฟัน การทำความสะอาดง่ายขึ้นทำให้ไม่มีคราบที่ฟัน และไม่มีคราบที่ลิ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของกัญชรีพัฒนาและคณะ (2564) พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า เมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะมีผลทำให้ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะที่เสื่อมถอยลง ทำให้ประสิทธิภาพหรือสมรรถภาพของอวัยวะและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงด้วย พบว่า อายุส่งผลกระทบต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คะแนน ADL (คะแนนการวัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยติดเตียง) มีผลทางลบต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยติดเตียงที่มี ADL เพิ่มขึ้นจะมีสภาวะทันตสุขภาพหรืออนามัยช่องปากลดลง (คราบจุลินทรีย์ลดลง) 0.599 ($B=-0.599$) ทั้งนี้อาจเนื่องด้วยเมื่อ ADL เพิ่มขึ้นสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของตนเองได้มากขึ้น รวมถึงสามารถทำความสะอาดสุขภาพช่องปากได้ดีขึ้นไม่ต้องอาศัยผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนน ADL มากที่สุดที่ 0 คะแนน สอดคล้องกับงานวิจัยของมิ่งสมร กิตติธีรพันธ์ (2564) ผู้ป่วยติดเตียงมีค่าความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ในระดับ 3-4 พบว่า คะแนน ADL ส่งผลกระทบต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

โรคประจำตัวของผู้ป่วยติดเตียง 3 โรคขึ้นไป มีผลทางบวกต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยติดเตียงที่มีโรคประจำตัว 3 โรคขึ้นไป จะมีสภาวะทันตสุขภาพหรืออนามัยช่องปากเพิ่มขึ้น (คราบจุลินทรีย์เพิ่มขึ้น) 0.455 ($B=0.455$) ผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือโรคหลอดเลือดสมองและความดันโลหิตสูง เนื่องจากโรคประจำตัวมีผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากชัดเจน เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้ควบคุมระดับน้ำตาลจะพบภาวะแทรกซ้อน เช่น ปากแห้ง ปวดแสบปวดร้อนในช่องปาก ต่อม้าน้ำลายโต ฟันผุง่าย เกิดโรคปริทันต์ง่ายและรุนแรง การเกิดโรคปริทันต์ในผู้ป่วยเบาหวานทำให้ประสิทธิภาพของยารักษาโรคเบาหวานลดลง ติดเชื้อง่าย โดยเฉพาะการติดเชื้อรา ยิ่งถ้าผู้ป่วยสูบบุหรี่และอนามัยช่องปากไม่ดี จะทำให้ติดเชื้อราง่าย และรุนแรง เมื่อเกิดแผลในปาก

หายช้า และยังมีโรคประจำตัวหลายโรคก็ยิ่งทวีความรุนแรงในช่องปากเพิ่มขึ้น โรคประจำตัวคือโรคที่ติดตัวผู้ป่วย ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือ โรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาและอยู่ในความดูแลและควบคุมของแพทย์อย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาของ มิ่งสมร กิตติธรรนันทน์ (2564) อาณัติ มาตระกูลและคณะ (2560) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็น โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง (51.6%) จากการศึกษาของ มิ่งสมร กิตติธรรนันทน์ (2564) พิราวรรณ เนื้อทอง (2564) พบว่า โรคประจำตัวเช่น โรคกล้ามเนื้อกระตุกและโรคอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุติดเตียง

รายได้ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมากกว่า 15,000 บาท มีผลทางลบต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง กล่าวคือ เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีรายได้มากกว่า 15,000 บาท จะมีสภาวะทันตสุขภาพหรืออนามัยช่องปากลดลง (คราบจุลินทรีย์ลดลง) 1.387 ($B=-1.387$) ทั้งนี้อาจเนื่องด้วยผู้ดูแลที่มีรายได้เพิ่มขึ้นสามารถดูแลเอาใจใส่สุขภาพช่องปากของผู้ป่วยติดเตียงดีขึ้นทำให้คราบจุลินทรีย์ลดลงสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภาพร ผุดผ่อง (2563) กัญชรีย์ พัฒนาและคณะ (2564) พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก นอกจากนี้ยังมีการศึกษาว่า เพศ ระดับรายได้ และ ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ อรนิษฐ์ แสงทองสุข (2562) รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า รายได้ของผู้ดูแลส่งผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงระดับมัธยมปลาย มีผลทางบวกต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง กล่าวคือ เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวส.จะมีสภาวะทันตสุขภาพหรืออนามัยช่องปากเพิ่มขึ้น (คราบจุลินทรีย์เพิ่มขึ้น) 0.548 ($B=0.548$) อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลมีระดับการศึกษาที่ดีทำให้สามารถเรียนรู้และจดจำได้มากกว่าผู้ดูแลที่จบมาจากระดับประถมศึกษา หรือมัธยมศึกษาตอนต้น ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ดูแล จากการศึกษาของ ศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์ (2559) พบว่า ผู้ป่วยจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 81.0 แตกต่างจากการศึกษาของ รัชณี เจริญเจียงชัย และคณะ (2564) การศึกษา และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ดูแลส่งผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยนำ มีผลทางลบต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง กล่าวคือ เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีสภาวะทันตสุขภาพหรือ

อนามัยช่องปากลดลง (คราบจุลินทรีย์ลดลง) 0.677(B=-0.677) ทั้งนี้อาจเนื่องด้วยเมื่อผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากแล้วนำมาดูแลผู้ป่วยติดเตียง สอดคล้องกับงานวิจัยของสุภาพร ผุดผ่อง (2563) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก คือ ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก และความเชื่อด้านสุขภาพ แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้ ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก มีทัศนคติที่ดีในการดูแลสุขภาพช่องปากและมีความเชื่อด้านสุขภาพช่องปากที่ดี มีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่เพิ่มขึ้น ซึ่งอธิบายได้ตามแนวคิดของเพนเดอร์และคณะ ที่ว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ ที่จะได้รับภายหลังปฏิบัติพฤติกรรม นอกจากนี้หากบุคคลเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยง ที่จะเกิดโรคและเชื่อว่าการปฏิบัติจะเกิดผลดีช่วยลดภาวะคุกคามของการเกิดโรค จะส่งผลให้บุคคลมีการแสดงพฤติกรรม สอดคล้องกับ อาณัติ มาตระกูลและคณะ (2560) ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นโรคในช่องปากของผู้สูงอายุ อีกทั้งยังขาดความรู้และทัศนคติในประเด็นที่สะท้อนต่อการให้ความสำคัญในการทำความสะอาดช่องปาก ภายหลังการให้ความรู้ ผู้สูงอายุมีคราบจุลินทรีย์บนฟันเทียมลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ดังนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียงที่ถูกต้อง โดยการให้คำแนะนำ ดังกล่าวควรเป็นการช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการทำความสะอาด และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทำความสะอาดที่เหมาะสมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุต่อไป สอดคล้องกับ วุฒิพงษ์ ณะขำ และทศไนย วงศ์ปินตา (2564) พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงส่งผลต่อความรู้ ทักษะคติ ทักษะการดูแลสุขภาพช่องปาก และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลที่สูงขึ้น สามารถส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องและเหมาะสม สอดคล้องกับ พิรารวรรณ เนื่อทอง (2564) ผู้สูงอายุที่รับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุก็จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพทันตสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งตรงกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) การที่บุคคลใดก็ตามจะมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค จะต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์หรือคุณค่าของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชณี เจริญเจียงชัย และคณะ (2564) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพ จะช่วยให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพทันตสุขภาพดีขึ้น การไปรับบริการทางทันตกรรม พบว่า ผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ไปรับบริการทางทันตกรรม มีผลทางบวกต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่ได้ไปรับบริการทางทันตกรรม จะรับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในช่องปากของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Seema

Roodmal et.al (2015) คะแนนคราบจุลินทรีย์และคราบที่ลิ้น หลังการใช้น้ำยาบ้วนปากทั้งสองชนิด ไม่แตกต่างกัน เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของการติดสีของคราบจุลินทรีย์กับการเกิดฟันผุ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย (2564) พบว่า การไม่ติดสีของคราบจุลินทรีย์มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเหงือกอักเสบและฟันผุ สอดคล้องกับงานวิจัยของปิ่นอนงค์ ศรีสุวรรณ และคณะ (2564) พบว่า ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุดาตวง กฤษฎาพงษ์ (2560) พบว่า การแปรงฟันแต่ละวิธีมีประสิทธิภาพไม่แตกต่างกัน การแปรงฟันเพื่อรักษาสุขภาพเหงือกที่แนะนำประชาชนจึงควรเป็นวิธีที่ปฏิบัติได้ง่าย แปรงด้วยวิธีใดหรือขยับแปรงแบบใดก็ได้ แต่ต้องขจัดคราบจุลินทรีย์บริเวณคอฟันออก และแปรงเบา ๆ ให้ทั่วทุกซี่ทั้งด้านนอกและด้านใน และควรตรวจสอบตนเองหลังแปรงว่าขจัดคราบจุลินทรีย์ออกหมดหรือไม่ สอดคล้องกับงานวิจัยของ JoAnn R Gurenlian (2007) พบว่า สามารถลดและควบคุมคราบจุลินทรีย์ได้ด้วยการดูแลช่องปากทุกวัน รวมถึงการแปรงฟันและการทำความสะอาดซอกฟัน เป็นกุญแจสำคัญในการควบคุมการสะสมของแผ่นคราบจุลินทรีย์ การใช้น้ำยาบ้วนปากช่วยควบคุมคราบจุลินทรีย์ที่เข้าถึงไม่ได้โดยการแปรงฟันและใช้ไหมขัดฟัน จากงานวิจัยของ Shevaristh Lloclla-Saune et al.(2024) ในประเทศเปรู พบว่า การให้ความรู้ช่วยเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพช่องปากได้ และลดคราบจุลินทรีย์ในช่องปากในนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาได้เช่นกัน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแล ส่งผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

3.1.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขลงให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก ปีละ 1 ครั้ง ต้องการ อสม.หรือเจ้าหน้าที่ลงมาดูแลแผลกดทับและเข้ามาเปลี่ยนสายอาหารให้เดือนละ 1 ครั้ง รวมถึงต้องการสนับสนุน เรื่องงบประมาณ เช่น ต้องการแพมเพิร์ด จำนวน 29 คน ต้องการแผ่นรอง จำนวน 3 คน ต้องการรถเข็น จำนวน 1 คน และต้องการนมและอาหารแห้ง จำนวน 2 คน ควรจะมีบูรณาการให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในพื้นที่แบบครอบคลุมขึ้น

3.1.2 จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยติดเตียงมีปัญหาสุขภาพช่องปาก อาทิ เช่น มีหินน้ำลาย หรือมีฟันโยก มีฟันผุ แต่ไม่สามารถเข้ารับการรักษาใน รพ.สต.ใกล้บ้านหรือ โรงพยาบาลได้ เนื่องด้วยการรับบริการของผู้ป่วยติดเตียงต้องมีความระวังและต้องใช้เครื่องมือจำนวนมาก เพราะผู้ป่วยติดเตียงไม่สามารถควบคุมการกลืนได้ การส่งต่อจึงทำได้เฉพาะในกรณีฉุกเฉินเท่านั้น เช่น การถอนฟัน ส่วนการลงพื้นที่เพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านค่อนข้างลำบากเนื่องด้วยเครื่องมือและการมองเห็นไม่เพียงพอ แต่การลงเยี่ยมบ้านเพื่อตรวจสุขภาพช่องปากให้ผู้ป่วยติดเตียงถือเป็นเรื่องจำเป็น เพื่อให้ทราบปัญหาของผู้ป่วยติดเตียง และได้ให้คำแนะนำตามความเหมาะสม

3.1.3 จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย การเข้าถึงบริการและการได้รับข่าวสาร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ เพราะผู้ป่วยติดเตียงหลายรายที่ไม่ได้รับการเยี่ยมและให้คำแนะนำ รวมถึงไม่สามารถนำผู้ป่วยติดเตียงไปรับบริการยังสถานบริการอื่นได้ การลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข และนักวิชาการสาธารณสุข(ทันตสาธารณสุข) ถือเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อเป็นการให้ความรู้ และให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงทราบปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยติดเตียงเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างเหมาะสมและไม่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น

3.1.4 จากปัจจัยเสริม เรื่องการได้รับสนับสนุนจากเครือข่าย พบว่า บางพื้นที่ไม่มีหน่วยงานเข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วยติดเตียง ในเรื่องสิทธิบัตรผู้พิการ และการช่วยเหลืออื่นๆ ดังนั้นเพื่อให้เกิดการช่วยเหลือและการได้รับสนับสนุนไปยังผู้ป่วย การลงเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงทำให้ทราบปัญหาและสามารถนำมาหาแหล่งงบประมาณช่วยเหลือต่อไปได้

3.1.5 จากข้อมูลการศึกษาผู้ดูแลทำความเข้าใจความสะอาดช่องปากของผู้ป่วยติดเตียง ด้วยวิธีการให้ผู้ป่วยติดเตียงบ้วนปากด้วยน้ำเปล่าเพียงอย่างเดียวจำนวนมาก ซึ่งถือเป็นการทำความสะอาดช่องปากที่ไม่เพียงพอ อาจก่อให้เกิดฝ้าขาวในช่องปาก กลิ่นปาก ฟันผุ หรือรอยโรคในช่องปากได้ ทันตบุคลากรหรือ อสม.ควรให้คำแนะนำเพิ่มเติมเรื่องวิธีการทำความสะอาดช่องปากตามความเหมาะสม เช่น เมื่อไม่มีฟัน ควรใช้ผ้าสะอาดเช็ดเหงือก ลิ้น กระจุกแก้ม หรือหากมีฟัน ควรใช้วิธีการแปรงฟันร่วมกับการใช้ไหมขัดฟัน

3.1.6 จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยติดเตียงไม่ให้ความร่วมมือ และต่อต้านในการทำทำความสะอาดช่องปาก เพราะด้วยความสามารถของผู้ป่วยติดเตียงบางรายไม่สามารถควบคุมการอ้าปากได้ ทำให้การทำทำความสะอาดอาจไม่ทั่วถึง หรือการทำ

ความสะอาดค่อนข้างยาก จึงควรมีอุปกรณ์ช่วยในการอำปากให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงใช้สำหรับแปรงฟันให้ผู้ป่วยติดเตียง

3.1.7 เนื่องด้วยจากการทำงานของทันตบุคลากรใน รพ.สต.หรือ สอน. มีเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพช่องปาก แค่ 1 ตำแหน่ง รวมถึงในหลาย รพ.สต.ให้ทันตบุคลากรรับผิดชอบงานอื่นเพิ่มขึ้น อาทิ งานอนามัยโรงเรียน งานคุ้มครองผู้บริโภค งานศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทำให้มีภาระงานที่เพิ่มขึ้น ควรพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ สามารถให้ตรวจช่องปากเบื้องต้น เมื่อพบปัญหาสามารถให้ข้อมูลและส่งต่อผู้ป่วยติดเตียงมายังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 นำผลวิจัยมาเปรียบเทียบผลการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยติดเตียงโดยผู้ดูแล ก่อน-หลัง ให้คำแนะนำโดยทันตบุคลากร

3.2.2 ควรศึกษาในเรื่องพฤติกรรมผลการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยติดเตียง

3.2.3 เนื่องด้วยการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยติดเตียงและผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ฉะนั้นวิจัยครั้งต่อไปอาจศึกษาในผู้ป่วยติดเตียงและผู้ดูแลในอำเภออื่นๆ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ได้อย่างเหมาะสมกับพื้นที่นั้นๆ ต่อไป

3.2.4 ควรมีการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน โดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดเตียง

3.2.5 ควรมีการศึกษารูปแบบโปรแกรมการให้ความรู้ เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ป่วยติดเตียง

บรรณานุกรม

- กรมอนามัย. (2560). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพของปากแห่งชาติครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. สืบค้นจาก <https://shorturl.asia/ubq5X>
- กรมอนามัย. (2563). คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีววัยยืนยาว(Health Promotion & Prevention Individual Wellness Plan) (สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข). 28-34. สืบค้นจาก <https://shorturl.asia/La6f9>
- กลุ่มเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่าย กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ. (2564). สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย. สืบค้นจาก <https://shorturl.asia/KySzP>
- กัญชรีย์ พัฒนา, อนงค์นุช สารจันทร์, เอกลักษณ์ พิทักษุข, นันทวัน สุวรรณรูป, ประภา ยุทธไตร, & อรพรรณ โตสิงห์. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่อาศัยในแฟลตเคหะชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(3), 488-497.
- กัญญาวิโรจน์ อนนท์จารย์. (2559). ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (health belief model). สืบค้นจาก <https://shorturl.asia/3dIXJ>
- เกรียงศักดิ์ เกรียง ฤทธิอา. (2550). Concept of family caregiving (Part I). *GotoKnow*. สืบค้นจาก <https://www.gotoknow.org/posts/121180>
- ขวัญตา บุญวาศ, ธีรรัตน์ สุภานันท์, อรุณี ชุนหบดี, & นิมิตฺตรา แว. (2560). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1). สืบค้นจาก <https://shorturl.asia/gFryw>
- เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพล. (2561). แนวทางการดูแลสุขภาพระยะยาว (Long Term Care: LTC). สืบค้นจาก <https://shorturl.asia/NSgr7>
- จุฬาริน วิทยวรรณกุล, อรรวรรณ นามมนตรี, & วรวัฒน์ แก่นจันทร์. (2562). สภาวะทันตสุขภาพและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของ นักเรียนประถมศึกษา อ าเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารทันตภิบาล*, 30(2).

ช่อทิพย์ จันทรา. (2560). การพัฒนารูปแบบการสอนเพื่อเสริมสร้างทักษะการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงสำหรับนักศึกษา. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*. สืบค้นจาก <https://shorturl.asia/dnW6B>

ชิสา ตัณฑะกุล. (2562). การพัฒนาการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงในชุมชนบ้านดอนแสลบ จังหวัดกาญจนบุรี. สืบค้นจาก <https://so04.tcithaijo.org/index.php/NRRU/article/view/254588>

ชิวานันท์ บุญอยู่. (2560). ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมทันตสุขภาพที่มีผลต่อโรคฟันผุ ของผู้พิการทางการมองเห็น อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา ปี 2560. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 30(13).

ณัชชฬา หลงผาสุข, สุปรีดา มั่นคง, & ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2561). ภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 33.

นพัตธร พกษานันตกาล. (2563). TAI (Typology of Aged with Illustration). สืบค้นจาก <https://shorturl.asia/MByK2>

นุรอาชานี วาจิ, & อัญฮียะห์ อฮัมมัดมุซา. (2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมทันตสุขศึกษาที่บูรณาการกับบทบัญญัติอิสลามของเด็กอายุ 10 – 12 ปี ในโรงเรียนตาติกา จังหวัดนราธิวาส. *วารสารทันตภิบาล*, 31(1).

นันทรัตน์ พันธุ์เดช, & พัชรารรณ ศรีศิลป์นันทน์. (2563). บทบาทการปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟิงฟิง. *J Gerontol Geriatr Med*, 19(3). สืบค้นจาก <http://it.nation.ac.th/research/ntu/files/611002259f.pdf>

เนตรนภา กาบมณี, สิริลักษณ์ อู่เจริญ, & ปานเพชร สกฤค. (2564). การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองไผ่ อ.เมือง จ.อุดรธานี. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 11(1), 28-39.

บุญยง เกี่ยวการค้า. (2566). หน่วยที่ 1 แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับสุขศึกษาการส่งเสริมสุขภาพ. *เรื่องที่ 2.1.2 ประเภทของทฤษฎีสำหรับงานสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ*, 10-65. สืบค้นจาก <https://www.stou.ac.th/schools/shs/DOCUMENTS/54126.pdf>

- ปิ่นอนงค์ ศรีสุวรรณ, ภัทรารักษ์ เต็งโรจน์ภาพร, & อโศก คชตั้ง. (2564). ผลของโปรแกรมสอน
แปรงฟันด้วยวิธีมอดิไฟด์แบบสแนลของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนบ้านโคก
ยาง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง. *การประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติครั้งที่*
13, 724-732. <https://shorturl.asia/UuofC>
- ปิยะสกล สกลสัตยาทร. (2559). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้าน
สาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สืบค้นจาก
<https://shorturl.asia/OadEz>
- พัชรี วงศ์ผืน. (2560). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ: การประยุกต์ใช้ทฤษฎี PRECEDE Framework. *ศาสตร์*
พระราชาราชบัณฑิตยสถานเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน: รวมบทความวิจัย บทความวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏ
เชียงใหม่, 2560, 345-357. สืบค้นจาก <https://shorturl.asia/AUTZn>
- พิรารวรรณ เนื้อทอง. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของผู้สูงอายุที่พึ่งพา
ตนเองได้ในอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์. สืบค้นจาก
<https://shorturl.asia/Bv6Lx>
- พีระศักดิ์ เลิศตระการนนท์. (2561). การดูแลระยะยาว(Long term care). สืบค้นจาก
<https://shorturl.asia/8nKMP>
- พุลพฤกษ์ ไสภาร์ตัน, พัชรวรรณ สุขุมาลินท์, วาสิณี เกียรติอดิสร, สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา, & มนูญญา
เรือจิตร. (2564). แนวทางการจัดบริการดูแลและป้องกันสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุสำหรับทันต
บุคลากร. สืบค้นจาก <https://shorturl.asia/sX1E8>
- มิ่งสมร กิตติธรรณ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียงโดย
ผู้ดูแลในอำเภอรวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(2).
สืบค้นจาก <https://shorturl.asia/L3ky9>
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). เปิดคู่มือดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้าน-ติด
เตียง. *มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย*. <https://thaitgri.org/?p=38950>

รัชณี เจริญเจียงชัย, นิตยา เพ็ญศิริรักษา, & ชีระวุธ ธรรมกุล. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. *วารสาร มฉก.วิชาการ*, 25(1).

โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท 2. (2561). ความรู้เรื่องการให้อาหารทางสายยาง. สืบค้นจาก <http://www.kluaynamthai2.com/Forum/forum-info.php?id=7>

วรางคณา เวชวิธ, นนทลีวีรัชชัย, นพวรรณ โปชนุกุล, พงศธร จินตกานนท์, & ธนรัชต์สกุล, น. (2559). การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง: คู่มือสำหรับครอบครัวและผู้ดูแล. *การส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ*, 9(1). <https://shorturl.asia/UAOEK>

วุฒิพงษ์ ณะขว้าง, & ทศไนย วงศ์ปิ่นตา. (2563). ประสิทธิภาพของการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 17(1). สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/article/view/247114>

ศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง.

สายใจ จารุจิตร, สายใจ จารุจิตร, & วรรณศิริ ประจันโน. (2562). รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 30 (1).

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2563). สุขตามสภาพ(แวดล้อม)แนวทางการปรับพื้นที่สำหรับผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง. *ThaiHealth Watch*. สืบค้นจาก <https://shorturl.asia/cS2LE>

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2564). การเผชิญหน้าสังคมผู้สูงอายุโจทย์ท้าทายภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น. *ThaiHealth Watch*. สืบค้นจาก <https://resourcecenter.thaihealth.or.th/article>

สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. (2564). อาชีพนักบริบาลในการดูแลระยะยาว(Long-term care : LTC). สืบค้นจาก <https://shorturl.asia/0ZjfH>

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2555). การสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก. สืบค้นจาก <https://shorturl.asia/ctwaC>

- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2561). มาตรการและแนวทางการสร้างเสริมความรอบรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากและการเลือกรับบริการทางทันตกรรม. สืบค้นจาก <https://shorturl.asia/DTgKu>
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณคราบจุลินทรีย์ สภาวะฟันผุและสภาวะเหงือกอักเสบของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอหนองฮีจังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2563. สืบค้นจาก <https://shorturl.asia/9TJ0a>
- สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล, สมจิตต์ สินธูชัย, ดวงดาว อุบลเยี่ยม, & (2564). ประสิทธิภาพของการสื่อสารเพื่อยกระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูง. 32(1).
- สุดาตวง กฤษฎาพงษ์. (2560). แปร่งฟันด้วยวิธีไดดี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 26(6), 1149-1153.
- สุภาพร ผุดผ่อง. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*, 4(1).
- อภิรักษ์ ชัยทิศานันต์, & ดร.รัชฎา ฉายจิต. (2565). การศึกษานำร่องความสอดคล้องของการประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษา ระดับชาติครั้งที่ 23*. สืบค้นจาก <https://shorturl.asia/ogLLB>
- อรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์, วิมล บ้านพวน, วีระพงศ์ เจริญเกตุ, เสกสรรค์ กัญยาสาย, อาทิตย์ วสุรัตน์, ศศิธร ไชยสิทธิพร, เพียงพร สันทัด, & เขาวภา สนิติกุล. (2559). คู่มือระบบการดูแลและพยาบาลด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long term care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2559. สืบค้นจาก <https://shorturl.asia/CU7Jd>
- อรนิษฐ์ แสงทองสุข. (2562). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานีและนนทบุรี. สืบค้นจาก <https://shorturl.asia/7SWy5>

- อรรถ นิติพน. (2566). แผลกดทับ ออย่าปล่อยให้ไวให้รุนแรง. *Bangkok hospital*. สืบค้นจาก <https://www.bangkokhospital.com/content/pressure-ulcers>
- อรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ. (2563). แฉงพบหนองในช่องปากในผู้ป่วยติดเตียง. *เดลินิวส์*. สืบค้นจาก <https://d.dailynews.co.th/politics/773136/>
- อรุณวรรณ หล้าอุบล. (2565). ปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ. *บทความสุขภาพ*. สืบค้นจาก <https://www.samitivejhospitals.com/th/article/detail/geriatric-oral-health>
- อานัติ มาตระกุล, ดร.จรัญญา หุ่นศรีสกุล, & อัจฉรา วัฒนาภา. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุติดเตียง โดยผู้ดูแล ในจังหวัดกระบี่. *การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษา ระดับชาติและนานาชาติ*. สืบค้นจาก <https://shorturl.asia/kV0BF>
- อายุวัฒน์เนออร์สซิงโฮม. (2563). แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงอย่างมีประสิทธิภาพ. *บทความสุขภาพ*. สืบค้นจาก <https://shorturl.asia/wQOeB>
- Greene, & Vermillion. (1964). Simplified Oral Hygiene Index. Retrieved from <https://shorturl.asia/zDUxK>
- JoAnn R Gurenlian. (2007). The Role of Dental Plaque Biofilm in Oral Health. *American Dental Hygienists' Association*, 81(5), 1-9. Retrieved from <https://shorturl.asia/nTZxy>
- Seema Roodmal Yadav, Vineet Vaman Kini, & Ashvini Padhye. (2015). Inhibition of Tongue Coat and Dental Plaque Formation by Stabilized Chlorine Dioxide Vs Chlorhexidine Mouthrinse: A Randomized, Triple Blinded Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 9(9), ZC69 - ZC74. Retrieved from <https://www.jcdr.net/ReadXMLFile.aspx?id=6510>
- Shevaristh Lloclla-Saune, J Multidiscip Healthc, Gissela Briceño-Vergel , Marysela Ladera-Castañeda, José Huamani-Echaccaya, Leysi Romero-Velásquez, Emily Hernández-Huamani, Rosa Aroste-Andía , Luis Cervantes-Ganoza, & César Cayo-Rojas (2024). Impact of an Educational Intervention on Oral Health Knowledge and Bacterial

Plaque Control in Male Secondary School Students in a Peruvian Province: A Quasi-Experimental Study. Retrieved from <https://doi.org/10.2147>

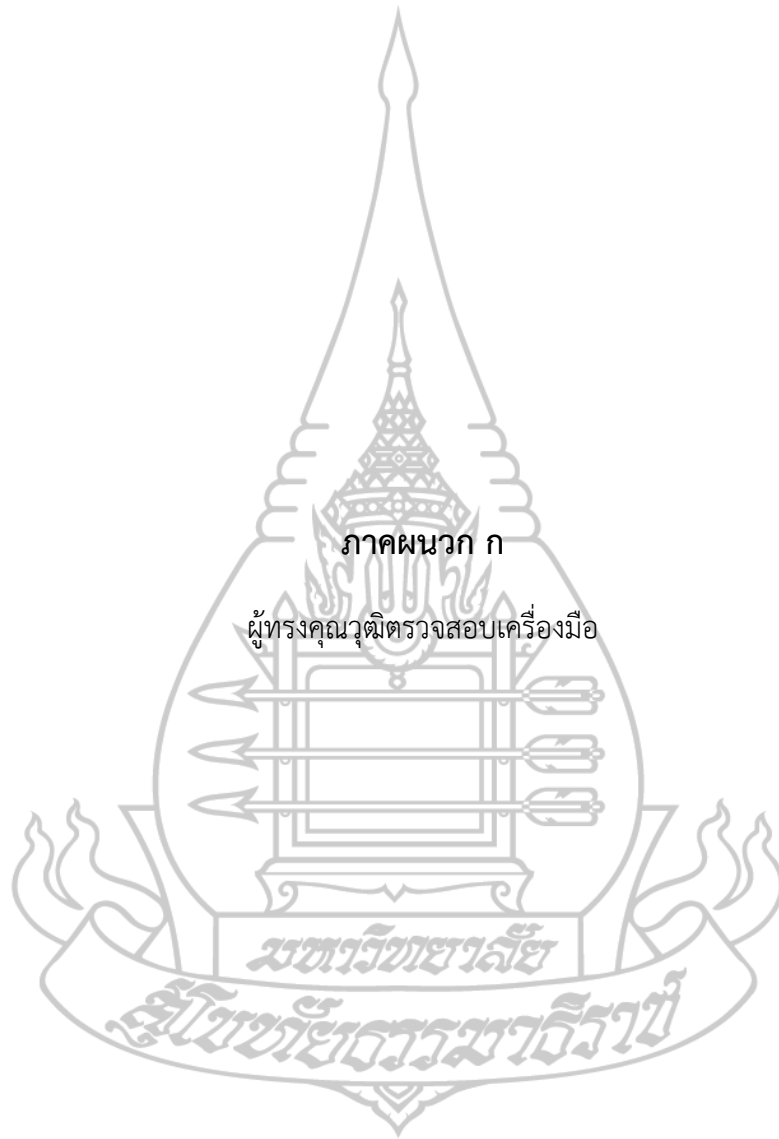




ภาคผนวก

มหาวิทยาลัย

สุโขทัยธรรมมาธิราช



ภาคผนวก ก

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

มหาวิทยาลัยสุรินทร์ราชภัฏ

สุรินทร์ราชภัฏ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. ทพ.วศิน มหาศรานนท์

ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่
ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปี 2543

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต วิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปี
2562

วุฒิปัตร์ ทันตสาธารณสุข ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย ปี 2564

2. ดร.สุคนธ์ ชัยชนะ

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ตำบลพะตง
อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

ประกาศนียบัตรการพยาบาลและผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ปี 2535

วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาสุศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ปี 2541

สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง 2 ปี) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปี 2542

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปี 2549

ดุขปฏิบัติการจัดการสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปี 2562

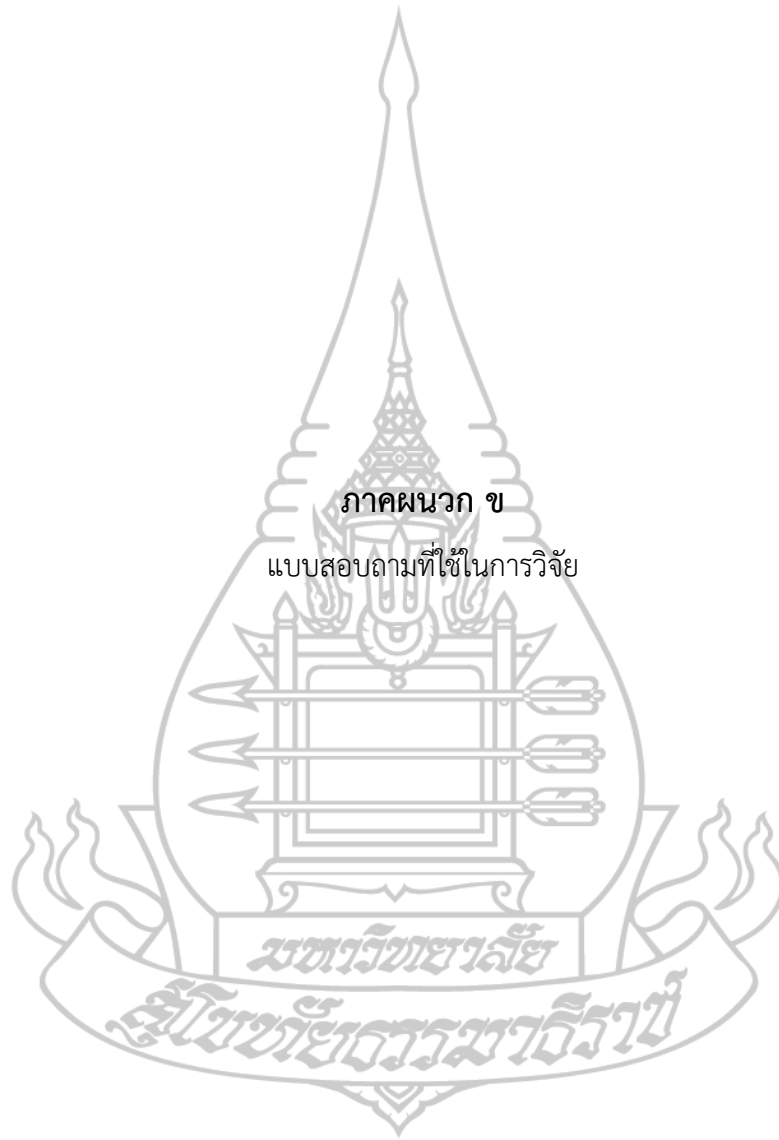
3. ว่าที่ร้อยเอกวีระศักดิ์ เดชอรัญ

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ หัวหน้ากลุ่มงานงานวิจัย นวัตกรรมสุขภาพ และ
สนับสนุนวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหาดใหญ่

วิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขชุมชน) มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ปี 2557

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต การจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปี 2563

ประกาศนียบัตร วิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ ปี 2566



ภาคผนวก ข
แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง ปัจจัยของผู้ดูแลและผู้ป่วยติดเตียงที่ส่งผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง

อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง และเพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่ส่งผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง ทั้งนี้ขอความกรุณาท่านตอบคำถามให้ครบทุกข้อ และตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด เพื่อจะได้นำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ต่อไป ผู้ศึกษาขอรับรองว่าข้อมูลที่ท่านตอบทั้งหมดจะเป็นความลับและจะนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะรวมเท่านั้น

แบบสอบถามฉบับนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยนำ

- ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 ข้อ
- ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 5 ข้อ
- การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 20 ข้อ
 1. การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก จำนวน 5 ข้อ
 2. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในช่องปาก จำนวน 5 ข้อ
 3. การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 5 ข้อ
 4. การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยเอื้อ

1. การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม จำนวน 5 ข้อ
2. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยเสริม

1. การได้รับการสนับสนุนจากเครือข่าย จำนวน 6 ข้อ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม มา ณ โอกาสนี้ด้วย

นางสาวเรวดี รัตนะ

นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารสาธารณสุข
สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สอบถาม (โทร) 096-4738586

ID

เครื่องมือชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เกี่ยวกับ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ
ปัจจัยเสริม ที่ส่งผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยติดเตียง

วันที่สัมภาษณ์...../...../.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลของผู้ป่วยติดเตียง

1. เพศของผู้ป่วยติดเตียง ¹ ชาย ² หญิง
2. อายุของผู้ป่วยติดเตียงปี (จำนวนเต็ม)
3. คะแนนประเมินกิจวัตรประจำวัน ADL
 ¹ 0 คะแนน ² 1 คะแนน ³ 2 คะแนน ⁴ 3 คะแนน ⁵ 4 คะแนน
4. โรคประจำตัวผู้ป่วยติดเตียง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 ¹ ไม่มีโรคประจำตัว ² โรคหัวใจและหลอดเลือด ³ โรคไขมันในเลือดสูง
 ⁴ โรคความดันโลหิตสูง ⁵ โรคกล้ามเนื้อ ข้อ และกระดูก ⁶ โรคเบาหวาน
 ⁷ โรคมะเร็ง..... ⁸ โรคตับ ⁹ โรคไต
 ¹⁰ โรคทางเดินหายใจ ¹¹ โรคความจำเสื่อม ¹² โรคจิตเวช
 ¹³ อื่นๆ.....
5. ระยะเวลาการป่วยติดเตียง
 ¹ น้อยกว่า 1 ปี ² ระหว่าง 1- 5 ปี ³ ระหว่าง 6- 10 ปี ⁴ >10 ปี

ข้อมูลของผู้ดูแล

1. เพศของท่าน ¹ ชาย ² หญิง
2. อายุของท่าน.....ปี (จำนวนเต็ม)
3. ศาสนาที่ท่านนับถือ
 ¹ พุทธ ² คริสต์ ³ อิสลาม ⁴ อื่นๆ.....
4. อาชีพของท่าน
 ¹ พ่อบ้าน/แม่บ้าน ² รับจ้างทั่วไป ³ พนักงานเอกชน
 ⁴ รับราชการ ⁵ ค้าขาย ⁶ ธุรกิจส่วนตัว
 ⁷ เกษตรกรรม ⁸ อื่นๆ.....

5. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน

- ⁰ ไม่ได้เข้าโรงเรียน ¹ ประถมศึกษา ² มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช.
³ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. ⁴ปริญญาตรี ⁵ปริญญาโท/สูงกว่าปริญญาโท

6. รายได้ของท่านต่อเดือน

- ¹ น้อยกว่า 5,000บาท ² ระหว่าง 5,000บาท-10,000 บาท
³ ระหว่าง 10,001บาท-15,000 บาท ⁴ มากกว่า 15,000 บาท

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม ปัจจัยนำที่มีผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง

2.1 ปัจจัยนำที่มีผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง (ความรู้)

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความ แล้วใส่เครื่องหมาย **X** ลงในช่องที่ต้องการตอบเท่านั้น

1. ข้อใดกล่าวผิดเกี่ยวกับการทำความสะอาดช่องปาก

- ก. เมื่อไม่มีฟันไม่ต้องทำความสะอาดช่องปาก ข. การแปรงฟันทำได้อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง
 ค. การใช้ยาสีฟันมีฟลูออไรด์ช่วยป้องกันฟันผุ ง. ถูกทุกข้อ

2. ข้อใดไม่ถูกต้อง

- ก. การตรวจฟันทำได้ด้วยตนเอง ข. การตรวจสุขภาพช่องปากทำได้ทั้งตอนที่มียาและไม่มียา
 ค. การตรวจสุขภาพช่องปากทำได้อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ง. การตรวจฟันไม่ใช่สิ่งที่จำเป็น

3. ฟันสึกเกิดจากอะไร

- ก. การแปรงฟันแรงๆ ข. การใช้แปรงสีฟันขนแข็ง
 ค. การบดเคี้ยวของแข็ง ง. ถูกทุกข้อ

4. พฤติกรรมใดไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพช่องปาก

- ก. นาย ก สูบบุหรี่ วันละ 10 มวน ข. นาง ข ดื่มน้ำเย็น วันละ 1 แก้ว
 ค. นาย ค ดื่มน้ำเปล่าวันละ 8 แก้ว ง. นางสาว ง เคี้ยวหมากเป็นประจำทุกวัน

5. ข้อใดถูกต้อง

- ก. การแปรงฟัน ควรแปรงวันละ 2 ครั้ง 2 นาที ข. การอมลูกอมในผู้ใหญ่ไม่ก่อให้เกิดฟันผุ
 ค. เมื่อไม่มีฟัน ไม่จำเป็นต้องใส่ฟันปลอม
 ง. การบ้วนปาก เป็นการทำความสะอาดช่องปากได้อย่างเพียงพอ

6. โรคเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์(รำมะนาด) ป้องกันได้อย่างไร

- ก. ป้องกันได้ โดยการขูดหินปูน ข. ป้องกันได้ ด้วยการแปรงฟันเพียงอย่างเดียว
 ค. ป้องกันไม่ได้ ต้องถอนฟัน ง. ป้องกันไม่ได้ ฟันจะโยกตามอายุ

แบบสอบถาม	ความคิดเห็น				
	1	2	3	4	5
ปัจจัยนำ					
- ทักษะคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก					
1. ควรแปรงฟันร่วมกับการใช้ยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุ					
2. โรคฟันผุสามารถหลีกเลี่ยงได้					
3. หนอนสามารถเข้าไปไขในช่องปากผู้ป่วยติดเตียงได้					
4. เมื่อไม่มีฟันก็จำเป็นต้องทำความสะอาดช่องปากให้ผู้ป่วยติดเตียง					
5. ควรตรวจช่องปากและทำความสะอาดสุขภาพช่องปากให้ผู้ป่วยติดเตียงอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง					
2.3 ปัจจัยนำที่มีผลต่อสถานะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง (การรับรู้)					
- การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก					
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก					
1. ผู้ป่วยติดเตียงมีโอกาสเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบได้มากกว่าคนวัยอื่น ๆ					
2. การไม่ปิดปากให้ผู้ป่วยติดเตียงมีโอกาสที่แมลงวันจะเข้าไปไขในช่องปากได้					
3. หากไม่แปรงฟันให้ผู้ป่วยติดเตียงทำให้เกิดฟันผุได้					
4. หากผู้ป่วยติดเตียงไม่ถอดฟันปลอมออกทำให้เกิดโรคกระเร็งในช่องปากได้					
5. แมลงวันอาจฉวยจังหวะเข้าไปวางไขในช่องปากในผู้ป่วยติดเตียงโดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยที่เคยป่วยเป็นรำมะนาด					
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในช่องปาก					
1. การมีปัญหาสุขภาพช่องปากอาจทำให้เกิดการติดเชื้อในอวัยวะอื่น ๆ ได้					
2. หากแมลงวันเข้าไปวางไขในช่องปากผู้ป่วยติดเตียง หากหนอนซอนเข้าไปถึงส่วนของจมูก ก็มีโอกาสดับอันตรายสูงเพราะมีโอกาสที่หนอนจะเข้าไปถึงสมองได้					
3. การสูญเสียฟันทำให้เกิดปัญหาต่อการบดเคี้ยวอาหารที่ไม่ดีอาจส่งผลให้ขาดสารอาหารได้					
4. ผู้ป่วยติดเตียงที่เป็นเบาหวานมีเหงือกอักเสบรุนแรงจะทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้					
5. ผู้ป่วยติดเตียงที่เป็นแผลในช่องปาก ควรได้รับการตรวจอย่างทันท่วงทีเนื่องจากแผลเรื้อรังในช่องปากอาจเป็นอาการแสดงของมะเร็งช่องปากได้					
การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก					

แบบสอบถาม	ความคิดเห็น				
	1	2	3	4	5
1. การแปรงฟันให้ผู้ป่วยติดเตียงสามารถช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพช่องปากได้					
2. การแปรงฟันให้ผู้ป่วยติดเตียงด้วยยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์จะช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพช่องปากได้					
3. การทำความสะอาดช่องปากให้ผู้ป่วยติดเตียงช่วยลดการสะสมของคราบจุลินทรีย์ (สีฟัน) ได้					
4. การแปรงฟันให้ผู้ป่วยติดเตียง โดยทำครั้งนึ่งครั้งนอน อาจใช้หมอนหนุนบนเตียง หรือไขเตียงให้ศีรษะสูงจากพื้นเตียงประมาณ 1 ฟุต จะเป็นท่าที่ปลอดภัยและไม่เกิดอาการสำลัก					
5. การใช้มุ้งหรือหน้ากากอนามัยปิดปากให้ผู้ป่วยติดเตียง ช่วยป้องกันแมลงวันไม่ให้ไชในช่องปากได้					
การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพช่องปาก					
1. การแปรงฟันให้ผู้ป่วยติดเตียง เป็นเรื่องที่ยากและทำให้เสียเวลา					
2. ท่านคิดว่าการพาผู้ป่วยติดเตียงไปพบทันตบุคลากรทุก 6 เดือนหรือ 1 ปี ทำให้เสียเวลาและเสียค่าใช้จ่าย					
3. กรณีผู้ป่วยติดเตียงต่อต้านการทำความสะอาดต้องใช้เวลาในการทำที่นานและเหนื่อย					
4. การใช้ไหมขัดฟันในการทำความสะอาดฟันให้ผู้ป่วยติดเตียงเป็นเรื่องยากเสียเวลา					
5. การเข็ดลิ้นหรืออวัยวะในช่องปากให้ผู้ป่วยติดเตียงในกรณีไม่มีฟันทำให้เสียเวลา					

ส่วนที่ 3 ปัจจัยอื่น ที่มีผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง

โปรดอ่านข้อความโดยละเอียด แล้วพิจารณาว่าท่านมีปัจจัยในการดูแลสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียงหรือไม่ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความจริงมากที่สุดตามการพิจารณาของท่านเพียงช่องเดียว

5 หมายถึง ท่านปฏิบัติเป็นประจำ (มากที่สุด)

4 หมายถึง ท่านปฏิบัติบ่อยครั้ง (มาก)

3 หมายถึง ท่านปฏิบัติปานกลาง (บางครั้ง)

2 หมายถึง ท่านปฏิบัติมานานๆ ครั้ง (น้อย)

1 หมายถึง ท่านปฏิบัติบ่อยครั้ง (น้อยที่สุด)

แบบสอบถาม	ความคิดเห็น				
	1	2	3	4	5
ปัจจัยเอื้อ					
การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม					
1. สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านท่าน มีจำนวนบุคลากรให้การรักษาไม่เพียงพอต่อการบริการทันตกรรม					
2. การรับบริการตรวจรักษาทางทันตกรรมของสถานบริการเอกชนค่อนข้างมีราคาสูง ทำให้ไม่สามารถนำผู้ป่วยติดเตียงไปรับบริการได้					
3. มีสถานบริการด้านทันตกรรมที่โรงพยาบาล หรือรพ.สต. หรือคลินิกที่ท่านสามารถนำผู้ป่วยติดเตียงเข้ารับบริการได้สะดวก					
4. ท่านสามารถใช้สิทธิ เช่น บัตรทอง ประกันสังคม หรือสิทธิข้าราชการ ในการรักษาทางทันตกรรมของรัฐให้แก่ผู้ป่วยติดเตียงของท่าน					
5. ท่านสามารถจ่ายค่ารักษาได้ หากจำเป็นต้องจ่ายเงินเพื่อรักษา เพิ่มเติม นอกเหนือจากสิทธิที่เบิกได้ให้แก่ผู้ป่วยติดเตียงของท่าน					
การได้รับข้อมูลข่าวสาร					
ใน 1 ปีที่ผ่านมา ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพจากแหล่งข้อมูลใดบ้าง					
1. ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพจาก <u>เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือทันตบุคลากร</u>					
2. ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพจาก <u>อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน</u>					
3. ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพจาก <u>หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน</u>					
4. ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพจาก <u>โทรทัศน์</u>					
5. ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพจาก <u>โทรศัพท์มือถือ</u> <u>กลุ่มไลน์</u> _____ <u>กูเกิล</u> <u>เฟซบุ๊ก</u>					

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริมที่มีผลต่อสถานะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความโดยละเอียด แล้วพิจารณาว่าท่านมีปัจจัยในการดูแลสถานะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียงหรือไม่ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความจริงมากที่สุดตามการพิจารณาของท่านเพียงช่องเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นดังนี้

- 5 หมายถึง ผู้ป่วยติดเตียงได้รับเป็นประจำ (มากที่สุด)
- 4 หมายถึง ผู้ป่วยติดเตียงได้รับบ่อยครั้ง (มาก)
- 3 หมายถึง ผู้ป่วยติดเตียงได้รับปานกลาง (บางครั้ง)
- 2 หมายถึง ผู้ป่วยติดเตียงได้รับนานๆ ครั้ง (น้อย)
- 1 หมายถึง ผู้ป่วยติดเตียงไม่เคยได้รับ (น้อยที่สุด)

แบบสอบถาม	ความคิดเห็น				
	1	2	3	4	5
ปัจจัยเสริม					
4.1 การได้รับการสนับสนุนจากเครือข่าย					
- การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว					
1. คนในครอบครัวกระตุ้นเตือนให้ผู้ดูแลทำความสะอาดช่องปากให้ผู้ป่วยติดเตียง					
- การได้รับการสนับสนุนจากชุมชน					
2. มีรถรับ-ส่ง ผู้ป่วยติดเตียงไปโรงพยาบาล เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน					
3. ผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ให้กำลังใจผู้ดูแลและผู้ป่วยติดเตียง					
- การได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุข					
4. เจ้าหน้าที่ และ อสม. ลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและผู้ดูแล					
- การได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานท้องถิ่น					
5. มีกองสวัสดิการ ช่วยเหลือเรื่องสิทธิผู้ป่วย เช่น การทำบัตรผู้พิการ					
- การได้รับการสนับสนุนจากภาคเอกชน					
6. มีบริษัทหรือภาคเอกชน ลงเยี่ยมบ้าน					

สิ่งที่ต้องการเพิ่มเติม.....

ข้อเสนอแนะ.....

.....

ID

เครื่องมือชุดที่ 2 แบบตรวจสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง

1. แบบบันทึกสภาวะทันตสุขภาพ

- 1 ไม่มีฟันธรรมชาติ และไม่ใส่ฟันปลอม
- 2 ไม่มีฟันธรรมชาติ และใส่ฟันปลอม
- 3 มีฟันธรรมชาติ และไม่ใส่ฟันปลอม
- 4 มีฟันธรรมชาติ และใส่ฟันปลอม

2. ผลการตรวจฟัน จำนวนฟันแท้.....ซี่ ฟันแท้ผุ.....ซี่ ฟันแท้ที่อุดแล้ว.....ซี่ จำนวนฟันแท้ที่ต้องอุด.....ซี่ จำนวนฟันแท้ที่ต้องถอน.....ซี่

3. จำนวนฟันคู่สบที่ใช้งานได้

- 1 ฟันแท้ สบกับ ฟันแท้.....คู่
- 2 ฟันแท้ สบกับ ฟันปลอม.....คู่
- 3 ฟันปลอม สบกับ ฟันปลอม.....คู่

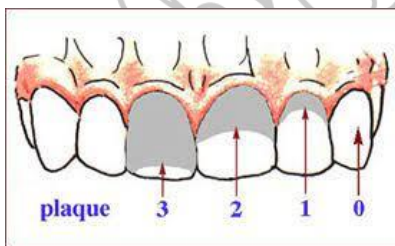
4. กรณีใส่ฟันปลอม

- 1 ใส่ฟันปลอมทั้งปาก 2 ฟันปลอมบางส่วน 3 อื่นๆ.....

5. สภาพฟันปลอม

- 1 สภาพดี 2 ชำรุด 3 อื่นๆ.....

6. ระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์ PI.....

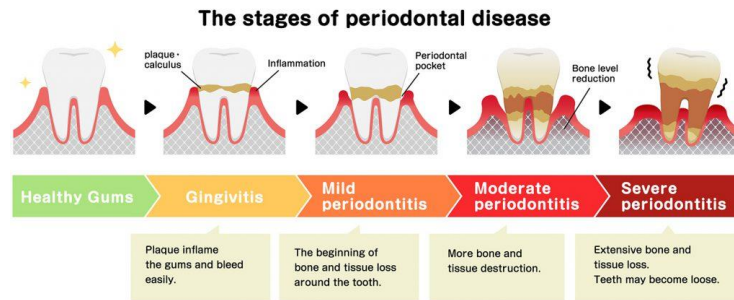


16(B)	11(Pa)	26(B)
46(B)	31(B)	36(B)

7. คราบที่ลิ้น

- 0 ไม่มีคราบ
- 1 มีคราบบางๆ
- 2 มีคราบมาก หนา

8. ระดับหินน้ำลาย



- ¹ Healthy ² gingivitis ³ Mild Periodontitis
⁴ Moderate Periodontitis ⁵ Severe Periodontitis

9. เนื้อเยื่อในช่องปาก

- ⁰ ปกติ
¹ ไม่ปกติ ¹ รอยโรคสีขาว
 ² รอยโรคสีแดง
 ³ แผล
 ⁴ ปุ่มก้อนเนื้อ
 ⁵ แผลที่มุมปาก
 ⁶ กรณีมีฟันปลอม มีแผลใต้ฐานฟันปลอม

10. ระดับการโยกของฟัน

- ⁰ ปกติ
¹ ฟันโยกน้อยกว่า 1 มิลลิเมตรในแนวแก้ม-ลิ้น
² ฟันโยกเท่ากับหรือมากกว่า 1 มิลลิเมตรในแนวแก้ม-ลิ้น
³ ฟันโยกเท่ากับหรือมากกว่า 1 มิลลิเมตร

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อสกุล	นางสาวเรวดี รัตนะ
วัน เดือน ปี เกิด	4 สิงหาคม 2534
สถานที่เกิด	อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช
ที่อยู่ปัจจุบัน	สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯต.พะตง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
ประวัติการศึกษา	- ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง(ทันตสาธารณสุข) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ปี 2555 - ปริญญาตรี วิทยาศาสตร์บัณฑิต(สาธารณสุขชุมชน) มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ปี 2558 - สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต(บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ปี 2566
ประวัติการทำงาน	- ปี 2555 ทำงาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง อ.ฉวาง จ.นครศรีธรรมราช - ปี 2557 ทำงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบลบ้านกะเปียด อ.ฉวาง จ.นครศรีธรรมราช - ปี 2558 ทำงานสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯต.พะตง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

