



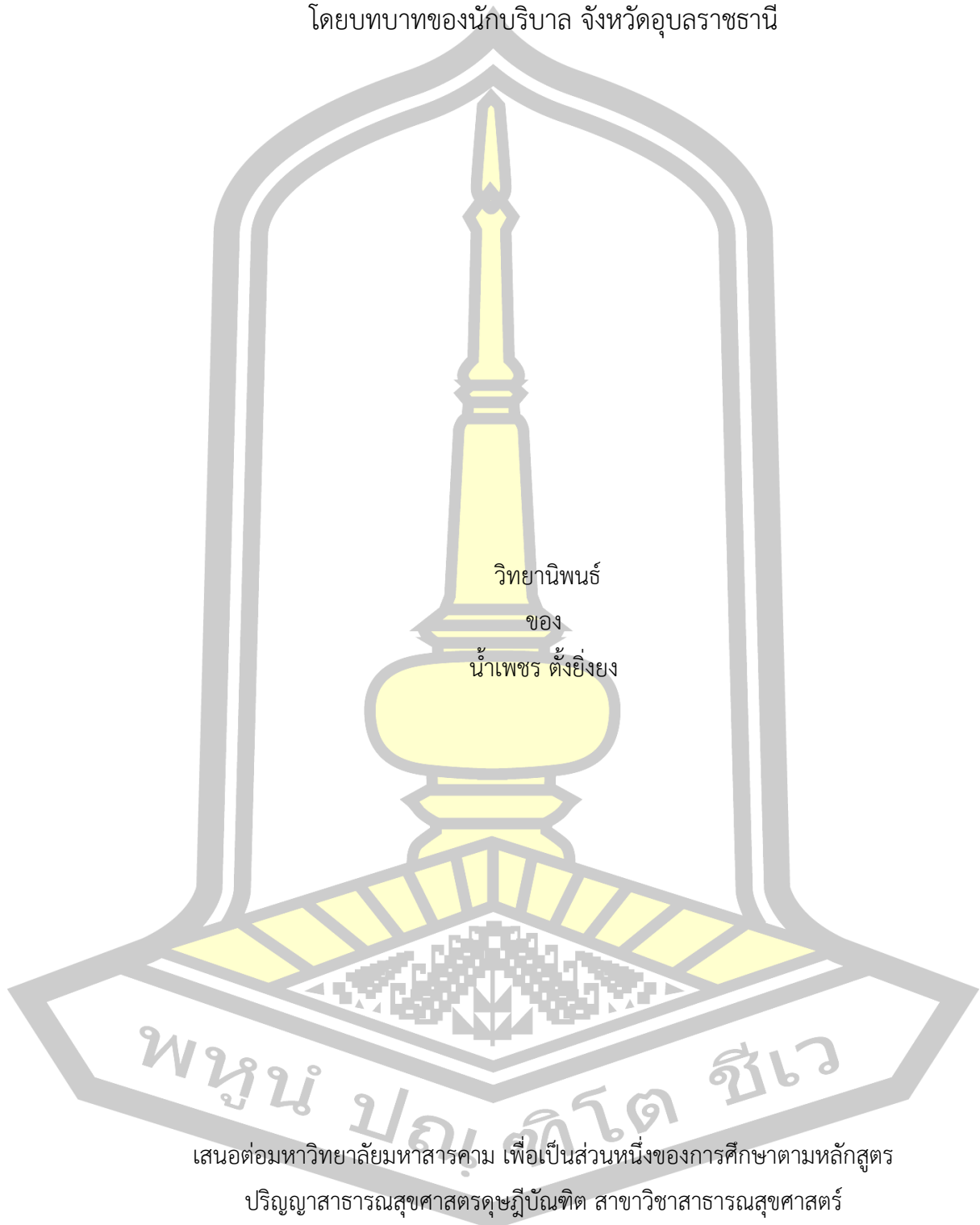
รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน  
โดยบทบาทของนักบริบาล จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยานิพนธ์  
ของ  
น้ำเพชร ตั้งยิ่งยง

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์  
พฤศจิกายน 2561

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

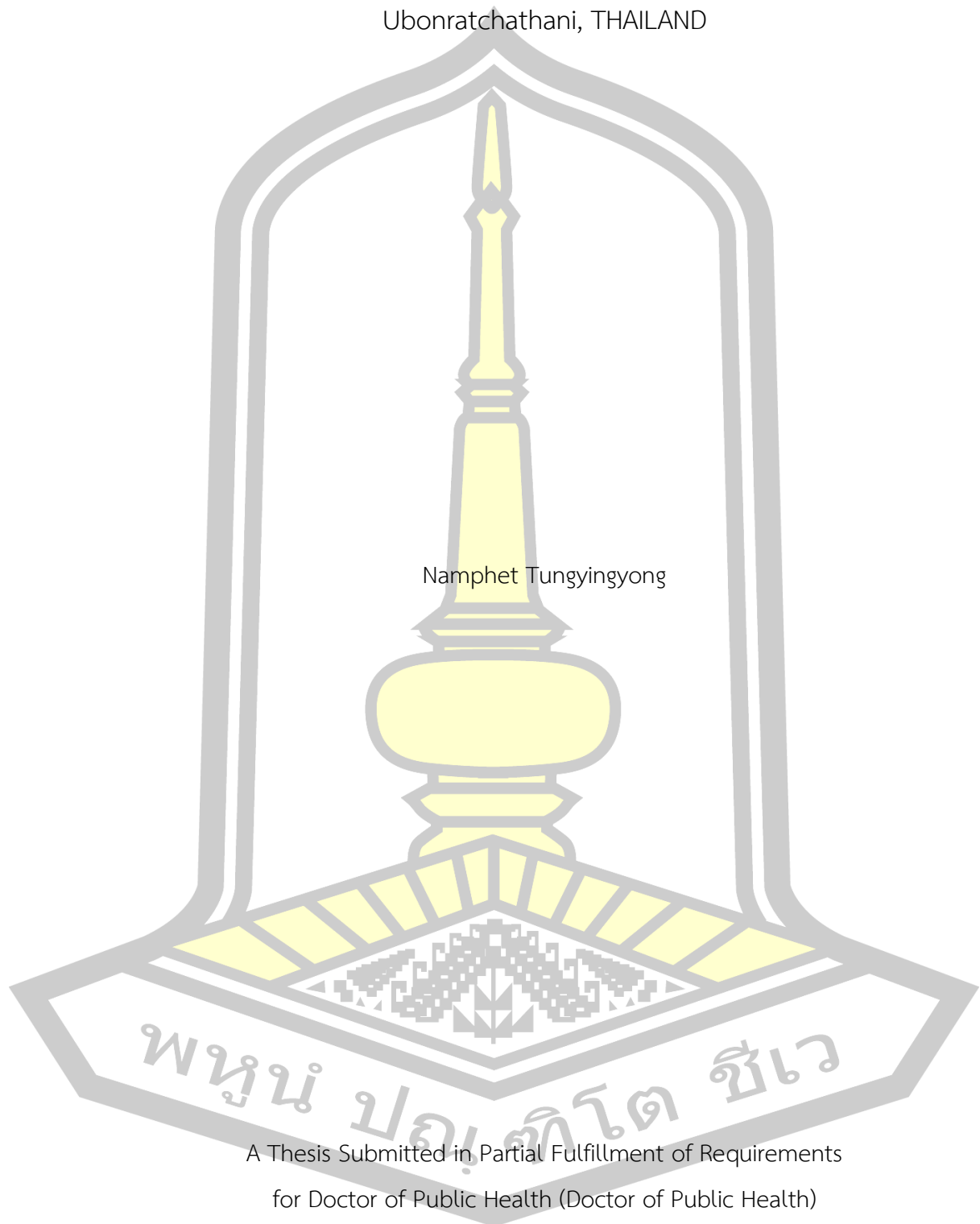
รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน  
โดยบทบาทของนักบริบาล จังหวัดอุบลราชธานี



วิทยานิพนธ์  
ของ  
น้ำเพชร ตั้งยิ่งยง

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์  
พฤศจิกายน 2561  
สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Dental Health Care Model for the Elderly Diabetics Patient by Caregiver in  
Ubonratchathani, THAILAND



Namphet Tungyingyong

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements  
for Doctor of Public Health (Doctor of Public Health)

November 2018

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางน้ำเพชร ตั้งยั้งยง แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. ประจักษ์ บัวผัน )

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. นิรุวรรณ เทิร์นโบล )

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(นพ. เรืองศิลป์ เกื่อนนาดี )

.....กรรมการ

(รศ. ดร. สงครามชัย สีทองดี )

.....กรรมการ

(ผศ. ดร. วิรติ ปานศิลา )

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(รศ. ดร. วิทยา อยู่สุข)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

(ผศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล )

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วัน.....เดือน.....ปี.....

ชื่อเรื่อง	รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยบทบาทของนักบริบาล จังหวัดอุบลราชธานี		
ผู้วิจัย	น้ำเพชร ตั้งยิ่งยง		
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิรุวรรณ เทิรินโบล นายแพทย์ เรื่องศิลป์ เกื่อนนาดี		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรดุษฎี บัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีการศึกษา	2561

#### บทคัดย่อ

ผู้สูงอายুর่างกายอยู่ในสภาพเสื่อมถอยต้องการการดูแลสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น โรคเบาหวาน ซึ่งมีผลต่อการหายช้าของแผลในร่างกายรวมถึงแผลในช่องปาก การวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยบทบาทของนักบริบาล จังหวัดอุบลราชธานี ศึกษาจากผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานจังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาริบทจำนวน 403 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 245 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองซึ่งมีนักบริบาลดูแล จำนวน 141 คน และกลุ่มควบคุมซึ่งไม่มีนักบริบาลดูแล จำนวน 104 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ค่าความเชื่อมั่น 0.8 ใช้สถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent sample t-test และ Paired sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ใช้กระบวนการพัฒนา 9 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) แต่งตั้งทีมวิจัยและคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย 2) ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 3) นำข้อมูลจากการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานนำเข้าไปใช้ในการกำหนดรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 4) ประชุมเชิงปฏิบัติการในการจัดทำแผนการดำเนินงาน 5) คณะทำงานนำรูปแบบที่ได้ไปทดลองใช้ในพื้นที่และจัดทำบทเรียน 6) พัฒนาระบบการจัดทำข้อมูลและนำเข้าข้อมูลจากการถอดบทเรียน 7) ขยายการฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากเฉพาะด้าน 8) ส่งต่อผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและมีปัญหาสุขภาพช่องปากให้ได้รับการรักษาครบทุกราย และ 9) การกำกับติดตาม เพื่อเสริมพลังของคณะทำงาน กระบวนการพัฒนาดังกล่าวทำให้ได้รูปแบบใหม่ในการดูแล

สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานจังหวัดอุบลราชธานี ชื่อว่า “DDS CG UBONRATCHATHANEE DENTAL HEALTH CARE” ซึ่งเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน คือ การมีข้อมูลและสถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่เป็นปัจจุบัน (Data of Dental Problems) การปรับระบบบริการด้านทันตสาธารณสุขให้เข้าถึงได้ง่ายขึ้น (Dental Service Reorient) การเพิ่มช่องทางการรับรู้ข้อมูลจากหลายภาคส่วน (Social of Information) การพัฒนาศักยภาพและทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุและญาติ (Support for Potential Skills) อบรมให้ความรู้ฝึกทักษะให้กับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานให้สามารถดูแลตนเองได้ (Self Care Management Training) และการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง (Strong Empowerment Follow-up) โดยมีนักบริบาล (Caregiver: CG) ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดที่บ้าน ซึ่งผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานส่งผลให้ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและนักบริบาลต่อการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง

ผลจากการศึกษาที่ค้นพบ สามารถนำประเด็นที่ค้นพบไปปรับใช้ให้มีความสม่าเสมอเป็นปัจจุบันทั้งข้อมูล ระบบบริการที่เข้าถึงได้ง่าย การพัฒนาศักยภาพและทักษะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและตัวผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเองตลอดจนการติดตามเยี่ยมเสริมพลังที่มีความต่อเนื่องและเป็นทีม

คำสำคัญ : นักบริบาล, ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน, สุขภาพช่องปาก, ผู้สูงอายุ

พจนัน ปณฺ ทิโต ชีเว

**TITLE** Dental Health Care Model for the Elderly Diabetics Patient by  
Caregiver in Ubonratchathani, THAILAND

**AUTHOR** Namphet Tungyingyong

**ADVISORS** Assistant Professor Niruwan Turnbull , Ph.D.  
Ruengsin Thennadee , M.D.

**DEGREE** Doctor of Public Health      **MAJOR** Doctor of Public Health

**UNIVERSITY** Maharakham      **YEAR** 2018  
University

### ABSTRACT

The elderly experience degenerative changes which require more care, especially in elderly with diabetes. Diabetes slows down the healing process to the body and oral cavity ulcers. The aim of this research and development was to study the oral care among elderly patients with diabetes from caregivers in Ubon Ratchathani province. The participants of this study were elderly patients with diabetes in Ubon Ratchathani province. Proportional to the estimation of the population, the sample size was 403 patients for contextual study. There were 245 patients who received jointed development oral care. They were separated into an experimental group of 141 patients with caregivers and a control group of 104 patients without caregivers. Data was collected using questionnaires with a reliability of 0.8, and analysis was conducted using statistical tools, number, percent, mean, standard deviation, Independent sample t-test and Paired sample t-test.

The research shown that the development of the oral care model of the elderly was based on a 9-step development process, consisting of: 1) Appointing a research team and selecting the participants; 2) Observing the situation of oral care provided to the elderly with diabetes. 3) The use of information from the study to set oral care for elderly patients with diabetes. 4) The establishment of a workshop on implementing an action plan. 5) The team worked on the oral care model for testing in the area and prepared the lesson. 6) Development of data processing and importing

data from the lesson. 7) Extension for specialized oral care skills. 8) Refer all elderly patients with diabetes and oral health problems for treatment. And 10) Monitor for support while strengthen the working group.

This development process had made new oral care for the elderly with diabetes in Ubon Ratchathani province which name is “DDS CG UBONRATCHATHANEE DENTAL HEALTH CARE”. This was the factor for processing succession: information and situation of oral health problems for the elderly (Data of Dental Problems), adjustment of the dental health service system for easier access (Dental Service Reorient), increase the channels of information recognition from many sectors (Social of Information), the development of potential skills in oral care among the elderly and their relatives (Support for Potential Skills), education training for elderly people with diabetes can be self-care (Self Care Management Training), and Follow-up visits for strong empowerment (Strong Empowerment Follow-up) by using caregivers to closely monitor the elderly at their home. The results of the development of the oral care model of elderly patients with diabetes have shown that the average knowledge, attitude, and behavior scores of the elderly in the experimental group was significantly higher than that of the control group at the statistical significance level of  $p < 0.05$ . The satisfaction among elderly patients with diabetes and caregivers on the development of the oral care model for elderly patients with diabetes was in the high level.

The results from the study can be applied for consistency of information from current such as the service was easy to access, the development of the potential and skills of the elderly patients with diabetes and their involved, as well as follow-up for strength and teamwork.

Keyword : Caregiver, Elderly patients with diabetes, Oral health, Elderly



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วย ความอนุเคราะห์และความกรุณาอย่างสูงยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และนายแพทย์เรืองศิลป์เถื่อนนาดี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ท่านกรุณาทุ่มเทร่างกาย แรงใจ อบรมให้ความรู้ให้คำแนะนำในการวิจัย รวมทั้งตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ จนสำเร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ นางศุทธิณี วัฒนกุล วิทยากรชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดอุบลราชธานี ดร.สุภาพร บุญศิริลักษณ์ เกสัชกรชำนาญการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ดร.ปณิตา ครองยุทธ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ดร.อรุณ บุญสร้าง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ทันตแพทย์หญิงญาณี ใจแก้ว ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลม่วงสามสิบจังหวัดอุบลราชธานี ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย

ขอขอบพระคุณ คณะนักบริบาล (Caregiver) ญาติผู้สูงอายุและผู้สูงอายุ จังหวัดอุบลราชธานี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ บิดา มารดา บุพการี ที่กรุณาให้การอบรมเลี้ยงดู ให้โอกาส ส่งเสริมสนับสนุนสิ่งดีงามให้กับผู้วิจัยในทุกด้าน

สุดท้าย ขอขอบพระคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง แต่ไม่ได้เอ่ยนามทุกท่านที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จด้วยดี

น้ำเพชร ตั้งยิ่งยง

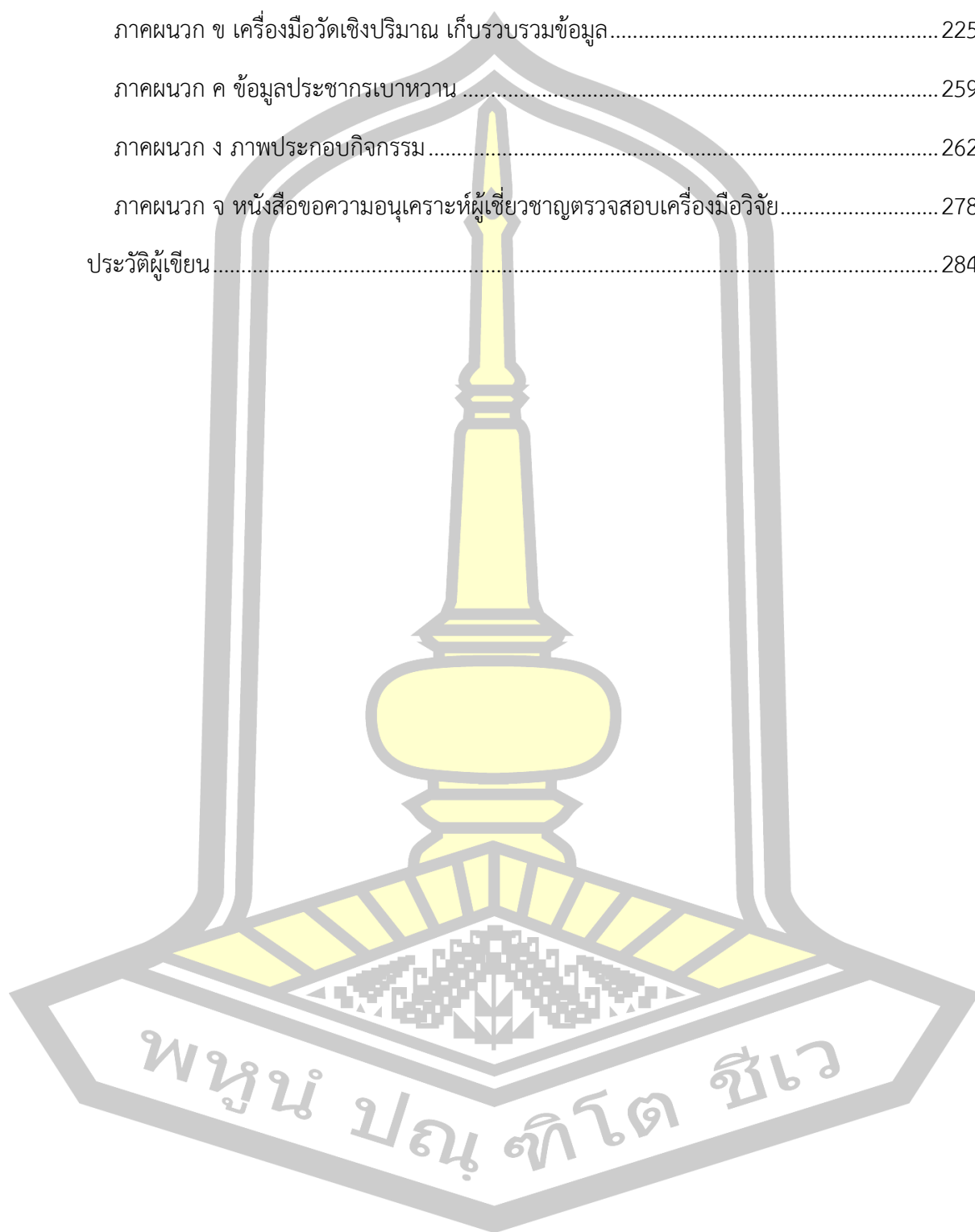
พนุน ปณ ทิโต ชีเว

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ณ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพประกอบ.....	ณ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ภูมิหลัง.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	5
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
1.4 ขอบเขตของการวิจัย.....	6
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
บทที่ 2 ปริทัศน์เอกสารข้อมูล.....	8
2.1 สถานการณ์ และแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ.....	8
2.2 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียมส์ และการสนับสนุนทางสังคม (Social Support).....	17
2.3 นักบริบาล (Caregiver).....	26
2.4 โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน.....	29
2.5 การดูแลสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ.....	32
2.6 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research).....	49
2.7 งานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	52
2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	58

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	60
3.1 รูปแบบการวิจัย .....	60
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	60
3.3 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย .....	64
3.4 เครื่องมือและตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย .....	67
3.5 การสร้างและการพัฒนาคุณภาพเครื่องมือวิจัย .....	73
3.6 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล .....	74
3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล .....	74
3.8 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัย .....	74
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	76
4.1 บริบทการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน .....	76
4.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดย บทบาทของนักบริบาล (Caregiver) จังหวัดอุบลราชธานี .....	107
4.3 การเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ พฤติกรรม ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานต่อการดูแล สุขภาพช่องปากของตนเอง จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ .....	149
4.4 การเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ของนักบริบาลต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ 167	
4.5 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุและนักบริบาลต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยบทบาทของนักบริบาล (Caregiver) จังหวัดอุบลราชธานี .....	188
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	192
5.1 สรุปผล .....	192
5.2 อภิปรายผล .....	199
5.3 ข้อเสนอแนะ .....	206
บรรณานุกรม .....	208
ภาคผนวก .....	217

ภาคผนวก ก เครื่องมือวัดเชิงคุณภาพ ใช้ในการประชุมเชิงปฏิบัติการของคณะทำงานวิจัย.....	218
ภาคผนวก ข เครื่องมือวัดเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมข้อมูล.....	225
ภาคผนวก ค ข้อมูลประชากรเบ้าหวาน.....	259
ภาคผนวก ง ภาพประกอบกิจกรรม.....	262
ภาคผนวก จ หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย.....	278
ประวัติผู้เขียน.....	284



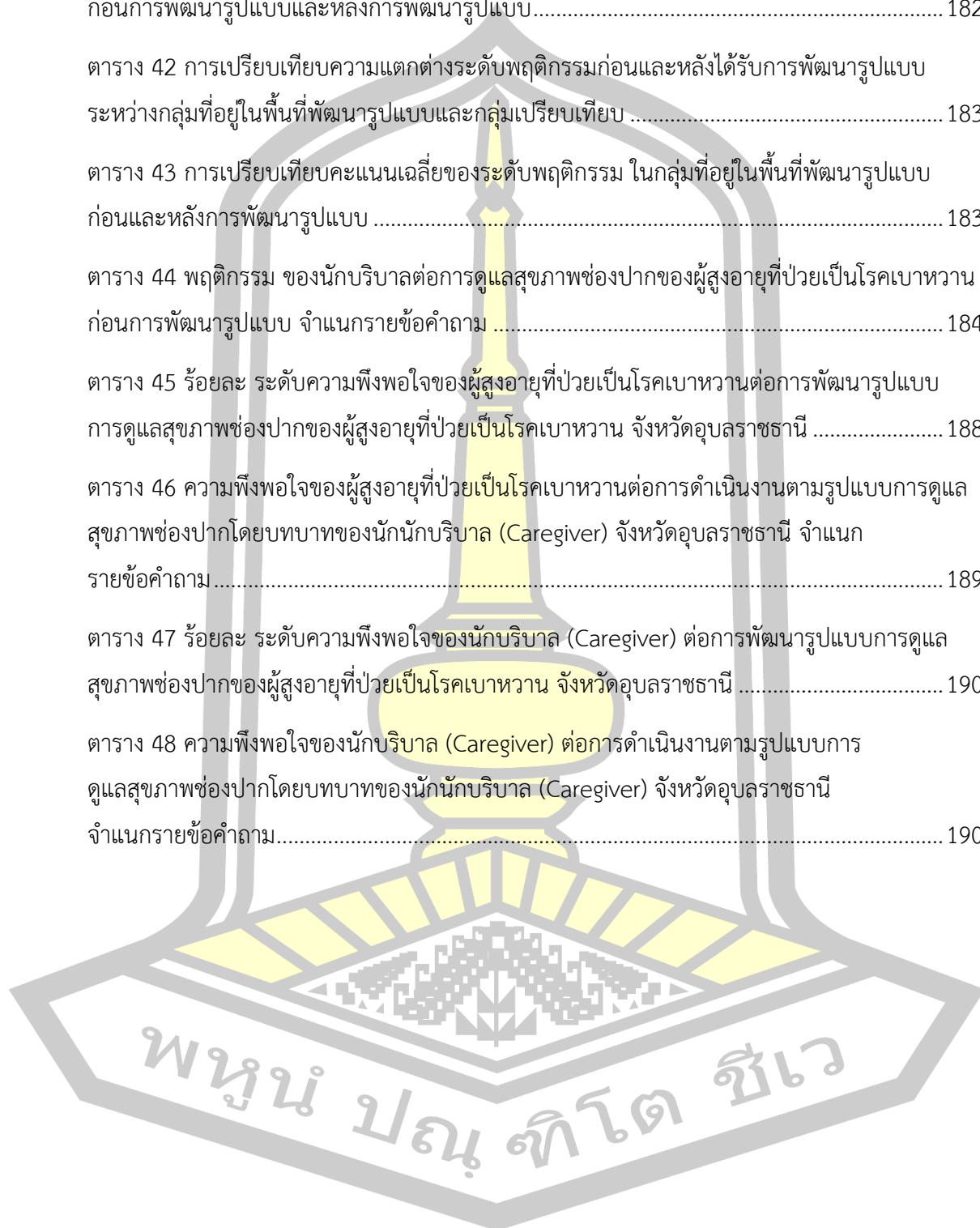
สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 แสดงหลักสูตรอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข .....	27
ตาราง 2 แสดงจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานแยกตามสัดส่วนรายคำณวนที่สู่มได้.....	62
ตาราง 3 กลยุทธ์ในการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพช่องปาก วิธี Approach .....	77
ตาราง 4 เป้าหมายการดำเนินงานของงานบริการสุขภาพช่องปาก .....	78
ตาราง 5 การจัดบริการส่งเสริมป้องกันทางทันตสุขภาพ .....	81
ตาราง 6 ข้อมูล ลักษณะทางประชากรของผู้เข้าร่วมวิจัย.....	87
ตาราง 7 ข้อมูล ความต้องการการดูแลโดยบทบาทของนักบริบาล (Caregiver) ในเขตบริการสุขภาพ จังหวัดอุบลราชธานี.....	89
ตาราง 8 คะแนนเฉลี่ยระดับผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน แยกเป็นรายด้าน.....	92
ตาราง 9 คะแนนเฉลี่ยระดับผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน จำแนกรายข้อคำถาม.....	93
ตาราง 10 ระดับความรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง .....	95
ตาราง 11 ความรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง จำแนกรายข้อคำถาม.....	96
ตาราง 12 คะแนนเฉลี่ยระดับทัศนคติของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองแยกเป็นรายด้าน.....	98
ตาราง 13 คะแนนเฉลี่ยทัศนคติของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง จำแนกรายข้อคำถาม.....	99
ตาราง 14 คะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองแยกเป็นรายด้าน.....	101
ตาราง 15 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง จำแนกรายข้อคำถาม.....	102

ตาราง 16 การเปรียบเทียบผลกระทบสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มที่ไม่มีนักบริบาลดูแลกับกลุ่มที่มีนักบริบาลดูแล .....	104
ตาราง 17 แผนปฏิบัติการการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี.....	129
ตาราง 18 เป้าประสงค์ กลยุทธ์ กิจกรรมการดำเนินงานเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มเป้าหมาย .....	136
ตาราง 19 จำนวนร้อยละของลักษณะประชากรจำแนกตามกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและนอกพื้นที่พัฒนารูปแบบ .....	150
ตาราง 20 ระดับความรู้ระหว่างกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการพัฒนา รูปแบบและหลังการพัฒนา รูปแบบ.....	152
ตาราง 21 การเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความรู้ก่อนและหลังได้รับการพัฒนารูปแบบ ระหว่างกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบ .....	153
ตาราง 22 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้ ในกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบ ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบ .....	153
ตาราง 23 ความรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง จำแนกรายข้อคำถาม ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบ .....	154
ตาราง 24 ระดับทัศนคติระหว่างกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการพัฒนา รูปแบบและหลังการพัฒนา รูปแบบ .....	156
ตาราง 25 การเปรียบเทียบความแตกต่างระดับทัศนคติก่อนและหลังได้รับการพัฒนารูปแบบ ระหว่างกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบ .....	157
ตาราง 26 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับทัศนคติในกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบก่อน	157
ตาราง 27 คะแนนเฉลี่ยทัศนคติของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง รายข้อคำถามก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบ.....	158
ตาราง 28 ระดับพฤติกรรมระหว่างกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการพัฒนา รูปแบบและหลังการพัฒนา รูปแบบ .....	160

ตาราง 29 การเปรียบเทียบความแตกต่างระดับพฤติกรรมก่อนและหลังได้รับการพัฒนารูปแบบ ระหว่างกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบ .....	161
ตาราง 30 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับพฤติกรรม ในกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนา รูปแบบก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ .....	162
ตาราง 31 พฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง จำแนกรายข้อคำถามก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ .....	163
ตาราง 32 ลักษณะทางประชากรของนักบริบาล เกี่ยวกับการสำรวจความรู้ ทักษะ พฤติกรรมของ บริบาลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จังหวัด อุบลราชธานี.....	167
ตาราง 33 ระดับความรู้ของนักบริบาลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น โรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบ .....	170
ตาราง 34 การเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความรู้ก่อนและหลังได้รับการพัฒนารูปแบบ ระหว่างนักบริบาลกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบ .....	170
ตาราง 35 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้ ในกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบก่อนและ หลังการพัฒนารูปแบบ .....	171
ตาราง 36 ความรู้ของนักบริบาลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบ.....	172
ตาราง 37 ระดับทัศนคติของนักบริบาลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุนระหว่างกลุ่ม นักบริบาลที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการพัฒนารูปแบบและ หลังการพัฒนารูปแบบ .....	175
ตาราง 38 การเปรียบเทียบความแตกต่างระดับทัศนคติก่อนและหลังได้รับการพัฒนารูปแบบ ระหว่างกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบ .....	176
ตาราง 39 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับทัศนคติ ในกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ .....	177
ตาราง 40 ทัศนคติของนักบริบาลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบ จำแนกรายข้อคำถาม .....	178

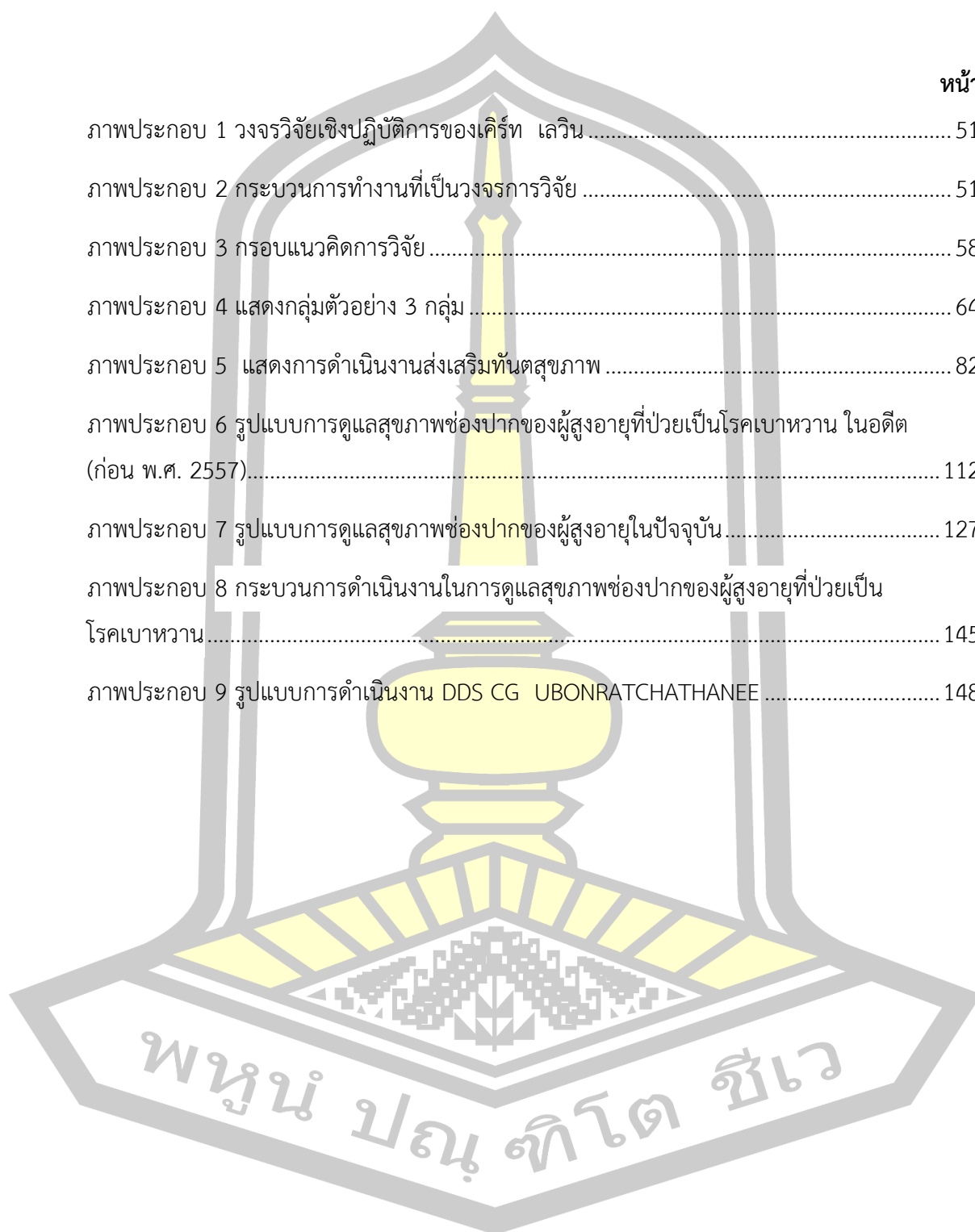
ตาราง 41 ระดับพฤติกรรมระหว่างกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการพัฒนารูปแบบและหลังการพัฒนารูปแบบ.....	182
ตาราง 42 การเปรียบเทียบความแตกต่างระดับพฤติกรรมก่อนและหลังได้รับการพัฒนารูปแบบ ระหว่างกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบ .....	183
ตาราง 43 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับพฤติกรรม ในกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ .....	183
ตาราง 44 พฤติกรรม ของนักบริบาลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ก่อนการพัฒนารูปแบบ จำแนกรายข้อคำถาม .....	184
ตาราง 45 ร้อยละ ระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานต่อการพัฒนารูปแบบ การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี .....	188
ตาราง 46 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานต่อการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแล สุขภาพช่องปากโดยบทบาทของนักนักบริบาล (Caregiver) จังหวัดอุบลราชธานี จำแนก รายข้อคำถาม.....	189
ตาราง 47 ร้อยละ ระดับความพึงพอใจของนักบริบาล (Caregiver) ต่อการพัฒนารูปแบบการดูแล สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี .....	190
ตาราง 48 ความพึงพอใจของนักบริบาล (Caregiver) ต่อการดำเนินงานตามรูปแบบการ ดูแลสุขภาพช่องปากโดยบทบาทของนักนักบริบาล (Caregiver) จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกรายข้อคำถาม.....	190





## สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคิร์ท เลวิน .....	51
ภาพประกอบ 2 กระบวนการทำงานที่เป็นวงจรการวิจัย .....	51
ภาพประกอบ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	58
ภาพประกอบ 4 แสดงกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม .....	64
ภาพประกอบ 5 แสดงการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพ .....	82
ภาพประกอบ 6 รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ในอดีต (ก่อน พ.ศ. 2557).....	112
ภาพประกอบ 7 รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในปัจจุบัน .....	127
ภาพประกอบ 8 กระบวนการดำเนินงานในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน .....	145
ภาพประกอบ 9 รูปแบบการดำเนินงาน DDS CG UBONRATCHATHANEE .....	148



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ภูมิหลัง

ประชากรผู้สูงอายุของโลกในปัจจุบันโลกมีประมาณ 542 ล้านคน แบ่งเป็นผู้สูงอายุ เพศหญิงประมาณ 300 ล้านคน และผู้สูงอายุเพศชายประมาณ 242 ล้านคน ในอนาคตคาดว่าจำนวนผู้สูงอายุในโลกโดยรวมจะเพิ่มจำนวนสูงขึ้น (“Population Reference Bureau,” 2012) และในปี ค.ศ. 2050 สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเมื่อเทียบกับประชากรโลกทุกวัย พบว่าอัตราร้อยละของผู้สูงอายุเพศหญิงทั่วโลกจะเพิ่มเป็นร้อยละ 21.4 และเพศชายเป็นร้อยละ 18.6 โดยประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ประเทศสมาชิกในยุโรป อเมริกาเหนือ ได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แล้ว ในขณะที่บางประเทศในเอเชีย เช่น ประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีผู้สูงอายุจำนวนมากเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) ร่องลงมาเป็นประเทศเกาหลีที่เป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (ประมอทย์ปราสาทกุล, 2556) แนวโน้มในรูปแบบนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรที่เกิดขึ้นในเกือบทุกประเทศ

สำหรับประเทศไทยมีการเพิ่มของประชากรสูงอายุอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว ผลจากประชากรมีอายุยืนยาว และอายุขัยเฉลี่ยของประชากรเพิ่มสูงขึ้น ในปี พ.ศ. 2553 มีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 7.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11.4 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2568 ตามโครงสร้างประชากรวัยสูงอายุของประเทศไทย คาดว่าจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 2 เท่า ประมาณ 14 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ทำให้สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุในประเทศเป็น 1 ใน 4 ของประชากรทั้งหมด (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 : 2555-2559) ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 กล่าวว่า จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นจะมาพร้อมกับภาระและรายจ่ายด้านสวัสดิการสังคมและสุขภาพ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่พบในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หัวใจ ภาวะสมองเสื่อม โรคกระดูกและข้อ รวมทั้งสภาวะในช่องปาก ซึ่งต้องการการดูแลที่ถูกต้อง

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายอันเป็นผลมาจากความเสื่อมและความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา เช่นการระบบกล้ามเนื้อ และโครงกระดูก พบว่ากล้ามเนื้อ กระดูกมีความแข็งแรงลดลง เนื่องจากการสูญเสียมวลกระดูก ทำให้กระดูกเปราะและหักง่าย บางคนอาจมีหลังโก่งทำให้การเคลื่อนไหว เชื่องช้า ไม่กระฉับกระเฉง การทรงตัวไม่ดี และทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงของระบบ

ประสาทสัมผัสพบว่า ความสามารถในการมองเห็นและการได้ยินลดลง ทำให้มีความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร ยิ่งไปกว่านั้นการรับรู้กลิ่นและรสลดลง เมื่อร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร ที่มีการย่อยและการดูดซึมไม่ดีเกิดอาการท้องอืด แน่นท้องและอาจจะรู้สึกเบื่ออาหาร ทำให้แบบแผนการรับประทานอาหารเสียไป เกิดการบริโภคที่ไม่ถูกต้องส่วน เกิดภาวะบริโภคเกินหรือขาดสารอาหารได้ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายผู้สูงอายุจึงมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ สุขภาพช่องปากถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบย่อยอาหาร ถ้าสูญเสียหน้าที่ไม่ว่าการเกิดภาวะโรคหรือแผลในปาก ส่งผลกระทบต่อระบบการย่อยอาหารโดยตรงกับผู้สูงอายุ ทำให้ช่องปากมีความสัมพันธ์กับการสุขภาพโดยรวมในผู้สูงอายุสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ เป็นภาวะโรคที่สะสมมาตั้งแต่วัยเด็ก และทวีความรุนแรงขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งลักษณะที่เป็นปัญหาต่างๆ พบได้ตั้งแต่การสูญเสียฟัน 1 ซี่ขึ้นไป และโรคปริทันต์ พร้อมทั้งสุขอนามัยในช่องปากไม่สะอาด และร้ายแรงจนถึงขึ้นเป็นมะเร็งช่องปาก ซึ่งอาการต่างๆ เหล่านี้สามารถรักษาให้หายได้วันเสียแต่ถ้ามีความผิดปกติของร่างกายด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ทำให้เกิดการดูแลที่ยากขึ้น และกระทบต่อการหายของโรคทำให้เกิดการดูแลยากขึ้น ตามมาภายหลัง โรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุได้แก่โรคเบาหวาน ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงต่อสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ เพราะจะทำให้โรคทางช่องปากหายช้า ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานก็มีความสัมพันธ์ในเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเหล่านี้ ดังนั้น หากสุขภาพช่องปากไม่ดี ย่อมจะก่อให้เกิดความง่ายต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือมีภาวะเสี่ยงจะเกิดความรุนแรงของอาการต่างๆ ดังนั้นคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานย่อมมีโอกาสที่จะไม่ดีมากขึ้น ซึ่งมีความจำเป็นที่จะต้องหาวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ เพื่อให้ช่วงชีวิตที่ดำเนินอยู่เป็นช่วงชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Laiteerapong, et al, 2011) ถึงแม้ว่าโรคเบาหวานจะเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดแต่สามารถควบคุมได้ โดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาหรือฉีดยา การติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องและปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัดตามคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีความสำคัญเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น (Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2005) หากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ภาวะเฉียบพลันที่พบได้แก่ ภาวะกรดคั่งในเลือด หมดสติจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ส่วนภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ได้แก่ การเสื่อมของหลอดเลือดแดงเล็กและใหญ่ (Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2005) ทำให้เมื่อเป็นแผลจะเกิดการหายช้า หรือรักษายากขึ้นกว่าเดิม สิ่งต่างๆ เหล่านี้กระทบต่อการดูแลสุขภาพช่องปากทั้งในกรณีที่เกิดความผิดปกติและยังไม่เกิดความผิดปกติในช่องปาก จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลจากผู้ที่มีความรู้เรื่องกลไกการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ และทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ถูกต้องเหมาะสม

จังหวัดอุบลราชธานี เริ่มก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 และมีจำนวนสูงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทุกปี ในปีพ.ศ. 2558 อุบลราชธานีมีผู้สูงอายุทั้งหมด 205,698 คน คิดเป็นร้อยละ 11.1 เป็น

ผู้สูงอายุตอนต้น ร้อยละ 56.2, ผู้สูงอายุตอนกลาง ร้อยละ 30.4 และผู้สูงอายุตอนปลาย ร้อยละ 13.3 โดยจากการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุด้วยแบบประเมินศักยภาพความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living : ADL) แบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (ติดสังคม) ร้อยละ 93.1 ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 (ติดบ้าน) ร้อยละ 5.02 และผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 (ติดเตียง) ร้อยละ 1.86 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประสบปัญหาการเป็นโรคเรื้อรัง พบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 188,961 คน คิดเป็นร้อยละ 91.8 และเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 162,205 คน คิดเป็นร้อยละ 78.8 จากการประเมินปัญหาสุขภาพช่องปากในกลุ่มดังกล่าว พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องเหงือกและปริทันต์ อักเสบมีการสูญเสียฟันจากฟันผุและปริทันต์ ทำให้มีจำนวนฟันที่เหลืออยู่น้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 52.7 มีฟันคู่สบฟันหลังเป็นฟันแท้กับฟันแท้ หรือฟันแท้กับฟันเทียม หรือฟันเทียมกับฟันเทียม 4 คู่สบขึ้นไป เพียงร้อยละ 55.8 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2558 ข) ส่งผลต่อประสิทธิภาพการบดเคี้ยวอาหาร ส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 2.1 มีปัญหาภาวะโภชนาการด้วย

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงานในปีพ.ศ. 2558 ให้มีความสำคัญกับผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จึงได้กำหนดกลวิธีให้เน้นการเพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่และผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (Long Term Care) โดยการอบรมพยาบาลให้มีทักษะในการจัดการรายกรณี (Care Manager) จำนวน 38 คน และอบรมนักบริบาล (Caregiver) จำนวน 245 คน โดยใช้หลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข นักบริบาลผู้สูงอายุนอกจากจะเป็นผู้ที่เข้าใจบริบทชุมชน ใกล้ชิดครอบครัวผู้สูงอายุและผู้ป่วยแล้ว เมื่อผ่านการอบรมจึงนับว่าเป็นบุคคลที่มีองค์ความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ประกอบด้วย การช่วยเหลือในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การดูแลกรณีใช้อุปกรณ์เครื่องช่วย (สายสวนต่างๆ การให้อาหารทางสายยาง การใช้เครื่องช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ) การดูแลแผลกดทับ การทำกายภาพบำบัดเบื้องต้นการดูแลระยะสุดท้าย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) การอบรมตามหลักสูตรซึ่งประกอบไปด้วยเนื้อหาโรคทางระบบที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ การคัดกรอง การสังเกตพฤติกรรม เพื่อให้ทันบริบาลสุขภาพสามารถให้การดูแล แนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้ง 3 กลุ่ม รวมไปถึงการมีทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากเบื้องต้นได้ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

ผู้ดูแลหรือนักบริบาล (Caregiver) จัดเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยลดผลกระทบจากปัญหาสุขภาพ ได้แก่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ ช่วยตอบสนองการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ (Bower, 1987) และการช่วยเหลือในการปรับตัว เป็นสื่อกลางในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุกับแพทย์หรือพยาบาล (วิลลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537) เพราะผู้สูงอายุเป็นวัยพึ่งพา และเป็นวัยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง จำเป็นต้องพึ่งพาคนใกล้ชิดหรือบุคคลอื่นในการดูแล ดังนั้นการตัดสินใจและการดูแลผู้สูงอายุจึงไม่ได้ขึ้นอยู่กับผู้สูงอายุเท่านั้น บุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุต้องมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในทุกๆ ด้าน (Andersen & Newman,

1973) ซึ่งการดูแลลักษณะเช่นนี้ถือว่ามีความซับซ้อนในการดูแลต้องอาศัยผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจถึงกลไกการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุร่วมกับการเป็นโรคเรื้อรัง เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพที่แยลง ถ้าดูแลไม่ถูกวิธี เช่น การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งเริ่มต้นจากการเป็นเหงือกอักเสบธรรมดา แต่ลุกลามเป็นแผลหายช้า หรือเป็นรุนแรงกว่าเดิม การให้ความรู้ผู้ดูแล เพื่อเพิ่มความเชื่ออำนาจภายในตนเอง รวมไปถึงการปรับทัศนคติ และการลดภาวะเครียดในผู้ดูแล ผู้สูงอายุจะเป็นการช่วยให้พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุในผู้ดูแลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (วชิราพรณเทพิน, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาภาระหลักและการประเมินโดยนักบริบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและครอบครัวเป็นหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่ภาวะอ่อนแอ พบว่าผู้ดูแลจำเป็นต้องผ่านการอบรมให้มีความรู้เพียงพอต่อการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุและดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ และการศึกษาภาระและความต้องการการดูแลจากผู้ดูแล พบว่าการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคต่าง ๆ นั้นควรมีผู้ดูแลหรือนักบริบาลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ครอบครัว ดังนั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็นมากในการดูแลผู้สูงอายุ ถ้ามีการรับรู้ที่ดี ไม่ว่าจะเป็นเรื่องภาระ และการสนับสนุนทางสังคม ถ้าสอดคล้องกันจะทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเข้าใจในการดูแล และลดภาระที่เป็นอยู่ได้ เพราะฉะนั้นการให้ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุในเรื่องที่จำเป็น ไม่ว่าจะเป็นการดูแลกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา การรับประทานอาหาร หรือ รวมไปถึงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างอื่น ๆ จะช่วยลดภาระ และเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ได้อย่างหนึ่งสำหรับการทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

จากสถานการณ์สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุไทย พบว่าเป็นปัญหาหลักเมื่อมองในแง่ของผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งในเชิงกายภาพ เช่น การบดเคี้ยวอาหาร และในเชิงสังคม เช่น ภาพลักษณ์ ความสวยงาม การพูดคุย การเข้าสังคม จะพบว่าปัญหาหลักมาจากการสูญเสียฟัน ผู้สูงอายุไทยที่ไม่มีฟันเหลืออยู่ในช่องปากเลย มีร้อยละ 8.2 หรือประมาณ 5 แสนคน ที่สูญเสียฟันในตำแหน่งที่มีผลกระทบต่อการเคี้ยวอาหาร สาเหตุสำคัญเกิดจากสภาวะโรคปริทันต์และฟันผุ โดยเฉพาะการที่มีฟันผุที่รากฟัน สำหรับผู้สูงอายุที่มีฟันผุ พบร้อยละ 61.6 ที่มีร่องลึกปริทันต์ ร้อยละ 25.7 มีร่องลึกปริทันต์มากกว่า 6 มิลลิเมตร มีสภาวะปริทันต์ปกติเพียงร้อยละ 1.2 แต่เกือบทั้งหมดมีสภาวะเหงือกอักเสบ และมีการกระจายของโรคค่อนข้างเหมือนกันในทุกภาค แต่ภาคใต้จะมีความชุกและรุนแรงกว่าภาคอื่นๆ นอกจากนี้ยังพบผู้สูงอายุไทยร้อยละ 95.6 เคยมีประสบการณ์ฟันผุ มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 14.4 ซี่/คน ร้อยละ 56.3 มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา และในจำนวนนี้ร้อยละ 56.0 จำเป็นต้องการการรักษาด้วยการถอนฟัน ลักษณะการผุที่พบเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุคือการผุที่รากฟัน ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาจะมีโอกาสเกิดฟันหักเหลือแต่รากฟัน สูญเสียการใช้งาน ส่วนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่เหมาะสม บางรายไม่ได้ทำความสะอาดฟันและช่องปาก 2 ครั้งต่อวันและไม่สะดวกในการเข้ารับการตรวจและบริการทันตกรรม เมื่อมีอาการผิดปกติในช่องปาก เช่น เป็นแผลร้อนในเรื้อรัง มีตุ่มหนอง ฟองในปาก แต่ไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม อาศัยการดูแลตามประสบการณ์ของตนเอง ทำให้โรคในช่องปากเป็นรุนแรง และไม่รักษาได้ยากมากขึ้น และสืบเนื่องจากการที่ผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ที่มีผลต่อการหายช้าของแผลในร่างกาย ประกอบกับผู้สูงอายุบางรายไม่มีญาติดูแล และไม่มีความรู้เพียงพอในการดูแลสุขภาพตนเอง จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีบุคคลที่ใกล้ชิดผู้สูงอายุ หรือนักบริบาลที่อยู่

ใกล้ชิดช่วยดูแลให้ความรู้ และแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะจังหวัดอุบลราชธานีได้มีการจัดอบรมนักบริบาล (Caregiver) โดยใช้หลักสูตรของกรมอนามัย 70 ชั่วโมงมีการอบรมทั้งภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ นักบริบาล (Caregiver) จะมีความรู้ และทักษะการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุด้วย อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติ การดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว และโดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในกลุ่มติดบ้าน และติดเตียง อาจจะมีปัญหาและความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนที่จะนำข้อมูลในแต่ละรายที่มีจะได้เจอและแก้ไขปัญหาที่แตกต่างกันนำไปสู่การดูแลอย่างมีคุณภาพที่ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างแท้จริง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจอย่างยิ่งในการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยนักบริบาล (Caregiver) จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่เหมาะสม เพื่อลดปัญหาความรุนแรงของสุขภาพช่องปาก เพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ และสามารถนำไปใช้ในทุกพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## 1.2 คำถามการวิจัย

1.2.1 บริบทการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โดยบทบาทของนักบริบาล (Caregiver) ในเขตบริการสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี เป็นอย่างไร

1.2.2 กระบวนการในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยบทบาทของนักบริบาล (Caregiver) จังหวัดอุบลราชธานี ควรเป็นอย่างไร

1.2.3 ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยบทบาทของนักบริบาล (Caregiver) เป็นอย่างไร

## 1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไปเพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยบทบาทของนักบริบาล (Caregiver) จังหวัดอุบลราชธานี

### 1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาบริบทการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โดยบทบาทของนักบริบาล (Caregiver) ในเขตบริการสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยบทบาทของนักบริบาล (Caregiver) จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2.3 เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ ทักษะ พฤติกรรม ของผู้สูงอายุต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

1.3.2.4 เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ ทักษะ พฤติกรรมของนักบริบาล (Caregiver) ต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบ

1.3.2.5 เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุและนักบริบาล (Caregiver) ต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี

#### 1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยบทบาทของนักบริบาล (Caregiver) เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) มีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน แบ่งเป็นกลุ่มเพื่อการศึกษาบริบทในการนำเข้าสู่ข้อมูลก่อนกระบวนการพัฒนารูปแบบ จำนวน 403 คน และ กลุ่มที่ใช้ในกระบวนการพัฒนารูปแบบโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 141 คน กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 104 คน และกลุ่มนักบริบาล (Caregiver) ที่ผ่านการอบรม ปี 2558 หลักสูตรนักบริบาลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง (Caregiver) โดยกรมอนามัยจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 245 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2558) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 141 คน กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 104 คน มีการเก็บข้อมูลดำเนินการพัฒนารูปแบบ มีใช้หลักการวิจัยตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ขั้นที่ 1 วางแผน (Planning) ขั้นที่ 2 ปฏิบัติ (Action) ขั้นที่ 3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observe) ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) ดำเนินการวิจัยระหว่าง เดือนมกราคม 2559 ถึง กุมภาพันธ์ 2561

#### 1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยบทบาทของ นักบริบาล (Caregiver) หมายถึง วิธีการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องและเหมาะสม ตามมาตรฐานการอบรมหลักสูตรนักบริบาลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง โดยกรมอนามัย

1.5.2 สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ หมายถึง สภาวะฟันและเหงือก การมีฟันเทียม รากเทียมของผู้สูงอายุ

1.5.3 ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง โดยนับตามปีปฏิทินที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี

1.5.4 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หมายถึง การตอบสนองความจำเป็นในการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อให้มีระดับมาตรฐานความมีชีวิตที่ดีในด้านสุขภาพช่องปาก

1.5.5 นักบริบาล (Caregiver) หมายถึง ผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรนักบริบาลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง โดยกรมอนามัยในปี 2558 ในจังหวัดอุบลราชธานี ทำหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ด้านใดด้านหนึ่งหรือทุกด้านอย่างใกล้ชิด

1.5.6 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยบทบาทของนักบริบาล (Caregiver) หมายถึง การเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะฟุ้งฟิง โดยบทบาทของนักบริบาล (Caregiver) ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ทักษะการปฏิบัติ

1.5.7 ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในประเด็นการทำความสะอาดช่องปาก ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก การประเมินภาวะสุขภาพช่องปาก ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในด้านการแปรงฟัน ด้านการรับประทานอาหาร/บุหรื/หมาก ด้านการตรวจสุขภาพช่องปาก และการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง เกี่ยวกับการดูแลรักษาความสะอาด การประเมินสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมหรือการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก

1.5.8 ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตนของนักบริบาล (Caregiver) หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน คือ ความรู้เกี่ยวกับการทำความสะอาดช่องปาก ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก และการประเมินสุขภาพช่องปาก ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ทักษะเกี่ยวกับการแปรงฟัน การรับประทานอาหาร/บุหรื/หมาก และการตรวจสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมหรือการปฏิบัติตนของนักบริบาลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ด้านการดูแลรักษาความสะอาด ด้านการประเมินสุขภาพช่องปาก ด้านภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก

1.5.9 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน หมายถึง ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี

1.5.10 ความพึงพอใจของนักบริบาล (Caregiver) หมายถึง ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี





## บทที่ 2

### ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยบทบาทนักบริบาล จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการทบทวนเอกสารและวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

- 2.1 สถานการณ์ และแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
- 2.2 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมส์ และการสนับสนุนทางสังคม (Social Support)
- 2.3 นักบริบาล (caregiver)
- 2.4 โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน
- 2.5 การดูแลสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
- 2.6 การวิจัยปฏิบัติการ (Action Research)
- 2.7 รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.8 กรอบแนวคิดงานวิจัย

#### 2.1 สถานการณ์ และแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ภาวะสูงวัยของประชากรได้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสังคมชัดเจนมากขึ้นเรื่อยๆ สวนทางกับจำนวนการเกิดของเด็กที่ลดลง ยิ่งไปกว่านั้นประชากรไทยมีอายุที่ยาวขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรในระดับประเทศ จากการคาดการณ์ด้วยทางประชากรศาสตร์ได้แสดงให้เห็นแนวโน้มที่ชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีจำนวนที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งเป็นประเด็นที่มีผลกระทบต่อพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศอย่างมาก โดยสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุในระดับโลกมีร้อยละ 11.5 ในขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่าคือ ร้อยละ 22.5 และประเทศที่กำลังพัฒนา ร้อยละ 9.1 สำหรับประเทศไทยมีผู้สูงอายุ ร้อยละ 13.9 (United Nations Children's Fund, 2012) ซึ่งมีจำนวนสูงกว่าประเทศในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา เพราะฉะนั้นนโยบายระดับประเทศจึงต้องมุ่งเน้นเพื่อรับมือกับการดูแลประชากรกลุ่มผู้สูงอายุและปัญหาภาวะสุขภาพในคนกลุ่มวัยนี้ซึ่งในประเด็นนี้จะขอก้าวถึงรายละเอียดตามหัวข้อดังต่อไปนี้

##### 2.1.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุ : อดีต ปัจจุบัน และอนาคต

ในอดีตเมื่อ 50 ปีก่อน สำนะโนประชากรปี 2513 แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยขณะนั้นเป็นสังคมเยาว์วัยที่มีประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีมากถึงร้อยละ 45 และมีประชากร อายุ

60 ปีขึ้นไปเพียงร้อยละ 5 ของประชากรทั้งหมดเท่านั้นในช่วงเวลา 40 ปีที่ผ่านมา ผู้หญิงไทยมีลูกกันน้อยลงอย่างมาก อัตราเจริญพันธุ์รวม หรือ จำนวนบุตรเฉลี่ยที่ผู้หญิงคนหนึ่งจะมีตลอดวัยของการมีบุตรของตน ได้ลดลงจากบุตรเฉลี่ยมากกว่า 5 คน เมื่อ 40 ปีก่อนเหลือเพียง 1.6 คน ในปัจจุบันอัตราเกิดซึ่งเคยสูงกว่า 40 ต่อประชากร 1,000 คน ลดลงเหลือ เพียงประมาณ 12 ในปี 2556 นี้ ในขณะที่อายุของคนไทยได้ยืนยาวขึ้นอย่างมาก จากที่เคยมีอายุคาดเฉลี่ย ตั้งแต่แรกเกิดไม่ถึง 60 ปี เมื่อ 40 ปีก่อนก็ยืนยาวขึ้นถึง 75 ปีในปัจจุบัน อัตราเกิดที่ลดต่ำลงอย่างรวดเร็วและอายุของคนไทยที่ยืนยาวขึ้น ส่งผลให้โครงสร้างอายุของประชากรเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็วเช่นกัน ประชากรไทยมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็วมากจนในปี 2556 นี้ ประเทศไทย มีประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีอยู่เพียงร้อยละ 19 และมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมด 64.5 ล้านคน ประเด็นสำคัญ คือ ความเร็วของการสูงวัยของประชากรไทย ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัย เมื่อสัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงขึ้นถึงร้อยละ 10 เมื่อปี 2558 จากนั้นอีกเพียง 8 ปีจนถึงปี 2556 สัดส่วนของประชากรสูงอายุได้เพิ่มสูงถึงร้อยละ 20 เมื่อดูแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากรไทยในอนาคตอันใกล้จะเห็นชัดเจนว่าประชากรที่ เกิดภายหลังสงครามโลกครึ่งสอง โดยเฉพาะรุ่นที่เกิดระหว่างปี 2506-2526 ที่มีจำนวนมากกว่าหนึ่งล้านคน ต่อปี กำลังทยอยกลายเป็นผู้สูงอายุในเวลาอีกประมาณ 10 ปีข้างหน้า ดังนั้นจึงคาดการณ์ได้อย่างชัดเจนว่า นับจากนี้เป็นต้นไป ประชากรไทยจะมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็วมาก (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550)

สถานการณ์การสูงวัยของประชากรในศตวรรษนี้การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ทุกวันนี้ประชากร เกือบทุกประเทศในโลกกำลังมีอายุสูงขึ้น อันเป็นผลมาจากการที่อัตราเกิดของประเทศต่างๆ ได้ลดต่ำลง ในขณะที่ผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น ในปี 2556 นี้ ในจำนวนประชากรโลกทั้งหมด 7,100 ล้านคน เป็นประชากรที่ มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 11.5 ซึ่งเรียกได้ว่า โลกของเราได้กลายเป็นสังคมสูงวัยแล้ว อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาการสูงวัยตามระดับการพัฒนา ประเทศพัฒนาแล้วจะมีสัดส่วน ประชากรสูงอายุสูงถึงร้อยละ 22.5 ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนามีประชากรสูงอายุอยู่ที่ร้อยละ 9.1 และประเทศด้อยพัฒนาจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 5.4 เท่านั้น (United Nations Children's Fund, 2012)

ประชากรไทยมีอายุสูงขึ้นมาก ระดับการสูงอายุ (เมื่อวัดโดย อัตราส่วนร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ต่อประชากรทั้งหมด) ของประชากรไทย (ร้อยละ 14) สูงกว่า ค่าเฉลี่ยของประชากรทั่วโลก (ร้อยละ 12) สูงกว่าของประเทศกำลังพัฒนา (ร้อยละ 9) มาก และกำลังจะมีอายุสูงขึ้นใกล้จะทันกับประเทศพัฒนาแล้ว (ร้อยละ 22.5) ในรอบครึ่งศตวรรษที่ผ่านมา ประชากรไทยมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว การเกิดที่ลดต่ำลงอย่างรวดเร็ว และอายุของคนไทยที่ยืนยาวขึ้นทำให้โครงสร้างอายุของประชากรไทยได้เปลี่ยนผ่านจากที่เคยเป็น ประชากรเยาว์วัยกลายเป็นประชากรสูงวัย

จากการคาดประมาณประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้แสดงให้เห็นว่าอีก 10 ปีข้างหน้า ในปี 2566 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ในประเทศไทยจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 14.1 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21 ของประชากรทั้งหมด เท่ากับว่าประเทศไทยจะ กลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” และนับจากวันนี้ไปอีกเพียง 20 ปี ในปี 2576 ประเทศไทยจะมี ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากถึง 18.7 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 29 ของประชากรทั้งหมด ในขณะที่เวลานั้น สัดส่วนประชากรวัยเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีก็จะลดลงเรื่อยๆ จากที่มีอยู่ร้อยละ 19 ในปี 2556 จะลดลงเหลือเพียงร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด ในปี 2576 จึงกล่าวได้ว่าในเวลาอีกเพียงไม่ถึง 20 ปีข้างหน้า ประเทศไทยก็จะกลายเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” แล้วเมื่อมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มากถึงหนึ่งในสี่ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550)

โครงสร้างอายุของประชากรที่เปลี่ยนไปในลักษณะที่มีอายุสูงขึ้นเช่นนี้ เท่ากับเป็นการเปลี่ยน โครงสร้างของสังคมไทยโดยรวม ขณะนี้สภาพสังคมไทยกำลังสูงวัยขึ้นอย่างต่อเนื่อง การสูงวัยของประชากร ย่อมมีผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศ ทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ค่าใช้จ่ายทั้งของรัฐและครอบครัว ใน เรื่องสวัสดิการ และสุขภาพอนามัย จะเพิ่มสูงขึ้นอย่างมหาศาล เนื่องจากการสูงวัยของประชากรไทยเป็นไป อย่างรวดเร็วมากดังที่ได้กล่าวมาแล้ว เรื่องการสูงวัยของประชากร จึงเป็นประเด็นเร่งด่วนที่รัฐจะต้องกำหนดนโยบายให้ชัดเจนเพื่อ รองรับสังคมที่มีระดับการสูงวัยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มิฉะนั้น สังคมไทยในอนาคตจะกลายเป็นสังคมที่มีแต่ความ ทุกข์ยาก ขัดแย้ง แย่งชิงทรัพยากร และอยู่กันอย่างไม่มีความสุข

### 2.1.2 แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

แนวคิดที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพนักพฤติกรรมศาสตร์และสุขภาพได้พยายามที่จะหาเหตุผลมาอธิบายว่าพฤติกรรมของคนนั้นเกิดขึ้นได้อย่างไรและจะแก้ไขปรับปรุงพฤติกรรมได้อย่างไรซึ่งในการดูแลสุขภาพของบุคคลแต่ละบุคคลนั้น มีความแตกต่างกันการเกิดพฤติกรรมนั้นเป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อนมากมีปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพหลายอย่างซึ่งมีผู้กล่าวถึงแนวคิดที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของบุคคลว่าแบ่งออกได้เป็น 2 แนวคิดใหม่ คือ (ประภาเพ็ญสุวรรณ, 2532; ศุภรัตน์ บุญนาค, 2543)

2.1.2.1 แนวคิดที่ 1 ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intra individual causal summation) มีรากฐานของแนวความคิดมาจาก สมมติฐานเบื้องต้นว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม มาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคลได้แก่ องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา คือ ความเชื่อ ความรู้ ทัศนคติ ค่านิยม แรงจูงใจ ความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมองค์ประกอบนี้อยู่ในบุคคลทุกคนแต่แตกต่างกันไปตามความมากน้อย เหล่านี้มีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมของบุคคล ทั้งใน

ภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยจากแนวความคิดข้างต้น นักพฤติกรรมในกลุ่มนี้สนใจศึกษา และสร้าง ทฤษฎีเกี่ยวกับ

- 1) ทฤษฎีความรู้
- 2) ทฤษฎีทัศนคติ และการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ
- 3) ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม
- 4) ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

2.1.2.2 แนวคิดที่ 2 ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (Extra individual causal assumption) มีรากฐานแนวความคิดมาจาก สมมติฐานที่ว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจาก ภายนอกตัวบุคคล เช่น ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม และระบบโครงสร้างทางสังคม ระบบการเมือง เศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา องค์กรประกอบทางด้านประชากร และลักษณะทางภูมิศาสตร์ ว่ามีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมของมนุษย์อย่างไร เหล่านี้เรียนว่าองค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อ พฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ การพัฒนาความคิดความเชื่อการปฏิบัติ ทางด้านสุขภาพของบุคคล ว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์อย่างไร ทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้จะ เกี่ยวข้องกับ ทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ จิตวิทยาสังคม ประชากรศาสตร์ และเศรษฐศาสตร์ เป็นต้น

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อเป็นการ ส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวข้องกับการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรคและพื้นฐานการฟื้นฟู สุขภาพของบุคคลทุกกลุ่มอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ปราศจากความเจ็บป่วย และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข ซึ่งต้องอาศัยปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ความรู้ ความคิด ความเชื่อการตัดสินใจการรับรู้ แรงจูงใจ ทัศนคติ ทางด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม (สมจิตต์ หนูเจริญกุล, 2533) ประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ดังต่อไปนี้ คือ

- 1) มีความชำนาญ ความรู้ ความคิด และความรับผิดชอบในตนเอง
  - 2) มีความตั้งใจและมีแรงจูงใจที่จะกระทำและมีความพยายามอย่าง ต่อเนื่องจนได้รับผลสำเร็จ
  - 3) ให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพที่ดี
  - 4) รับรู้ว่าการดูแลสุขภาพตนเอง ช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้
  - 5) ทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอจนบรรลุผลสำเร็จความต้องการ
  - 6) มีการตัดสินใจ มีความเชื่อ ความรู้สึก เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง
- ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีความเข้าใจ ทางด้านสุขภาพ เพื่อ รักษาสุขภาพของตนเองและผู้อื่นให้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง บรรลุเป้าหมายในชีวิต สมปรารถนา ของบุคคลปราศจากความเจ็บป่วย และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

### 2.1.3 ข้อเปรียบเทียบระบบการดูแลจากงานวิจัย

ผลงานวิจัยที่เคยมีมาในอดีต ช่องว่างการวิจัยและประเด็นสำคัญของการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ด้านผู้สูงอายุและสังคมสูงอายุที่เป็นที่ต้องการของประเทศ ในอดีต ก่อนที่การสูงวัยของประชากรจะกลายเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องมีการวิจัย ผู้สูงอายุจะ เข้าไปเกี่ยวข้องกับกรวิจัยในฐานะเป็นประชากรกลุ่มวัยหนึ่ง โดยทั่วไปงานวิจัยทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และ สุขภาพจะจำแนกประชากรออกตามกลุ่มอายุและกลุ่มอายุสูงๆ ก็มีถูกจัดรวมไว้ด้วยกันเป็นกลุ่มอายุที่ถัดจาก กลุ่มวัยแรงงาน เมื่อมองว่าผู้สูงอายุเป็นเพียงประชากรกลุ่มวัยหนึ่ง บางครั้งทำให้งานวิจัยขาดความสนใจที่จะวิเคราะห์ประชากรสูงอายุในรายละเอียด งานวิจัยส่วนมากจะเหมารวมว่า ประชากรที่มีชีวิตอยู่เกินระยะเวลา หนึ่ง เช่น 60 ปี หรือ 65 ปี เป็นประชากรสูงอายุกลุ่มเดียวกันทั้งหมด ทั้งๆ ที่ในความเป็นจริง ในกลุ่มประชากรสูงอายุด้วยกัน ก็มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มอายุที่ต่างกัน ดังนั้น ในการวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะด้านเศรษฐกิจ สังคม หรือสุขภาพ จึงควรนำอายุมาเป็นตัวแปรสำคัญด้วย

การวิจัยเกี่ยวกับสถานการณ์และผลกระทบของการสูงวัยของประชากรในประเทศไทย อาจ กล่าวได้ว่าเริ่มจาก “การสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย” ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจนี้ ได้ทำครั้งแรกเมื่อปี 2537 จากนั้น ได้มีการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทยทุกๆ 5 ปี การสำรวจครั้งสุดท้าย ดำเนินการเมื่อปี 2554 การสำรวจนี้เป็นการสำรวจระดับชาติโดยมีตัวอย่างเป็นประชากรอายุ 55 ปีขึ้นไป จากการสุ่มครัวเรือนตัวอย่างประมาณ 80,000 ครัวเรือน จากทุกภาคของประเทศ ผลของการสำรวจได้พิมพ์เป็นรายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ซึ่งทำให้ทราบสถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพของผู้สูงอายุไทย การสำรวจชุดนี้เป็นแหล่งข้อมูลสำคัญแหล่งหนึ่งที่ช่วยทำให้เราทราบสถานการณ์ ปัจจุบันและแนวโน้มของสังคมสูงวัยในประเทศไทย อย่างไรก็ตามการสำรวจระดับชาติที่มีตัวอย่างขนาดใหญ่ ก็รวบรวมได้เฉพาะข้อมูลพื้นฐานทั่วๆ ไป จึงขาดข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์เรื่องผู้สูงอายุในรายละเอียด (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

ผลงานวิจัยในเรื่องสุขภาพอนามัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในประเทศไทยมีอยู่หลากหลาย ตั้งแต่งานวิจัยเกี่ยวกับพิษสุมุไพร วิธีการทางวิทยาศาสตร์ชีวภาพ และพฤติกรรมการใช้ชีวิตเพื่อชะลอความ ชรา ภาวะโรคอันเนื่องมาจากการสูงวัยของประชากร ตลอดไปถึงการวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันและรักษาโรค การเจ็บป่วย และสาเหตุการตายของประชากรวัยสูงอายุ ประชากรสูงอายุอาจได้รับความสนใจเป็นพิเศษใน การวิจัยทางด้านสาธารณสุขและชีวการแพทย์ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการเป็น โรคต่างๆ สูง ในระยะหลังเมื่อสถานการณ์สูงวัยของประชากรไปยังเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาโรคต่างๆ จึง มีความสำคัญมากขึ้น ผลการวิจัยเป็นที่แน่ชัดว่า เมื่อประชากรของประเทศไทยสูงวัยขึ้น ผู้สูงอายุมีจำนวน เพิ่มขึ้นอย่างมากและรวดเร็ว ค่าใช้จ่ายของรัฐในการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะกับผู้สูงอายุ จะเพิ่มขึ้นอย่าง

มากมายมหาศาล เมื่อรวมค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกับค่าใช้จ่ายสำหรับสวัสดิการด้านอื่นๆ ที่จะต้องจัดสรรให้แก่ผู้สูงอายุแล้ว รัฐจะต้องมีภาระทางการเงินที่หนักมาก ถ้าไม่เตรียมแผนหรือมาตรการที่จะช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอนามัย และสวัสดิการของผู้สูงอายุ แผนหรือมาตรการที่มีประสิทธิภาพเหล่านี้ควรต้องอาศัยผลจากการวิจัยที่ตรงประเด็น ในอนาคต ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอีกเป็นจำนวนมาก ซึ่งผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิง คือ ผู้ที่ช่วยตัวเองไม่ได้ในการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่ว่าจะเนื่องมาจากสาเหตุแห่งความชรา หรือการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุเหล่านี้ต้องการผู้ดูแลระยะยาว การวิจัยในเรื่องเกี่ยวกับรูปแบบและระบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุ ทั้งที่เป็นทางการโดยบุคลากรด้านสุขภาพและสังคม และไม่ใช่วางการโดยครอบครัว เพื่อนบ้านหรือชุมชนได้มีการสังเคราะห์ไว้แล้วใน “รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย” (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2553)

นอกจากนี้แล้ว ยังมีหลายหน่วยงานที่มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ เช่น สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย มีการศึกษาเพื่อหารูปแบบการดำเนินงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มีงานวิจัยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย “แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550-2559” สภาวะสุขภาพและแนวโน้มของ ประชากรสูงอายุ กรมสุขภาพจิต มีงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข มีการศึกษาวิเคราะห์ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ ในอีก 2 ทศวรรษหน้า สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล มีการศึกษาวิจัยเรื่องโภชนาการกับสุขภาพของผู้สูงอายุสำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (มส.พส.) มีการศึกษางานผู้สูงอายุในประเทศไทยอยู่หลายด้านที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ เช่น ศึกษาวิจัยเรื่องรูปแบบการดำเนินงานผู้สูงอายุที่เหมาะสม แผนงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โครงการศึกษาสถานการณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และศึกษาวิจัยเรื่องความต้องการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมของผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น

นอกจากนี้สำนักงานสถิติแห่งชาติยังมีการศึกษาเพื่อทบทวนสถานการณ์ทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ในขณะที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้มีการศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ได้มีโครงการวิจัยการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย และมีการศึกษาเรื่องปัญหาสุขภาพและการปฏิบัติตนสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงการดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุต่างๆ และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในส่วนของสถาบันวิจัยประชากรและสังคมได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุอยู่เป็นจำนวนมาก เช่น โครงการเรื่องความเป็นธรรมและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพและ สวัสดิการสาธารณสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรังในเขต

ภาคกลางและกรุงเทพมหานคร โครงการเรื่องสุขภาพ และการเกื้อหนุนทางสังคมในผู้สูงอายุในพื้นที่  
 ใฝ่ประวัติกาญจนบุรี โครงการวิจัยและพัฒนาเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการหารูปแบบที่  
 เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี ธุรกิจให้บริการสุขภาพและดูแลสุขภาพ  
 ผู้สูงอายุในประเทศไทย เป็นต้น

ในสังคมสูงวัย และจะสูงวัยมากยิ่งขึ้นไปในอนาคต สถิติข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์  
 การสูงวัยของประชากรจะเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมาก เราจำเป็นต้องมีข้อมูลตัวเลขที่เชื่อถือได้ และ  
 ทันเวลาเพื่อใช้ในการวางแผนและนโยบายสำหรับสังคมสูงวัย เทคนิควิธีการทางประชากรศาสตร์อาจ  
 ช่วยได้มากในเรื่องการคาดประมาณประชากรสูงวัย และความยืนยาวในชีวิตของประชากรที่เป็น  
 ปัจจุบัน และคาดประมาณดัชนี เหล่านี้ต่อไปในอนาคต ตัวอย่างของดัชนีเกี่ยวกับการสูงวัย และความ  
 ยืนยาวของชีวิตประชากร อาทิ คาดประมาณประชากรสูงวัยในอนาคตคาดประมาณประชากร  
 สูงวัยที่ต้องการการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาพช่วยตัวเองไม่ได้ด้วยสาเหตุสำคัญ ตารางชีพ อายุคาด  
 เฉลี่ย (Life -Expectancy) อายุคาดเฉลี่ยที่ปลอดทุพพลภาพ (Disability-Free Life Expectancy)  
 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อไม่รวมสาเหตุการตายสำคัญ สถิติข้อมูลเกี่ยวกับการสูงวัย และความยืนยาวของชีวิต  
 ประชากรเป็นสิ่งจำเป็น นอกจากจะนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนนโยบายหรือประมาณค่าใช้จ่าย  
 ในเรื่องบริการสุขภาพอนามัยและสวัสดิการต่างๆ แล้ว สถิติข้อมูลเหล่านี้ยังเป็นเครื่องแสดงว่า  
 ประเทศไทยมีความพร้อมและทันสมัยในการเผชิญกับความท้าทายของสังคมสูงวัยในการดำเนิน  
 ยุทธศาสตร์การวิจัยเรื่องสังคมสูงวัย สถิติข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้และเป็นเอกภาพ เกี่ยวกับประชากรสูงวัย  
 และความยืนยาวของชีวิตประชากรไทยเป็นสิ่งจำเป็น ตัวเลขเกี่ยวกับประชากรสูงวัย จะช่วยแสดง  
 สถานการณ์การสูงวัยของประชากรที่ชัดเจน และจะช่วยทำให้เราเห็นทิศทางและแนวโน้มการสูงวัย  
 ของประชากรในอนาคต ตัวเลขสถิติต่างๆ เหล่านี้ได้มาจากการศึกษาวิเคราะห์อย่างละเอียดรอบคอบ  
 ซึ่งจะ เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อการศึกษาวิเคราะห์เรื่องการสูงวัยของประชากรในขั้นต่อไป (สำนักงาน  
 คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556)

จากการวิเคราะห์บริบทของสังคม เศรษฐกิจ การเมืองที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุจะ  
 พบว่ามี ทั้งสิ่งที่เป็นจุดแข็งและจุดอ่อนอยู่หลายประการ ซึ่งสามารถประมวลและวิเคราะห์ออกมาได้  
 ดังนี้ (วิชญ์ ธรรมลิขิตกุล, 2555)

1) จุดแข็ง : ประเทศไทยมีแนวโน้มการขาดแคลนแรงงานด้านปริมาณ การขาด  
 แคลนแรงงานเป็นผล เนื่องจากอัตราการตายมีแนวโน้มลดลง การวางแผนครอบครัว อัตราการเกิดที่  
 ลดลงของประชากรในประเทศ ซึ่งทำให้ขนาดประชากรไม่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในอดีต และจนไม่  
 สามารถสร้างแรงงานทดแทนแรงงาน เดิมที่สูงอายุมากขึ้นในระยะยาวได้ ขนาดประชากรช่วงอายุ  
 15-59 ปี จะมีจำนวนน้อยกว่าประมาณการความต้องการแรงงานในช่วงอายุนี้นี้ โดยลดลงจาก ร้อยละ  
 67.3 ปี 2551 เป็นร้อยละ 62.8 ปี 2570 ประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี 2570

ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าจะเกิดภาวะขาดแคลนแรงงานขึ้นในประเทศแล้ว ปัจจุบันสังคมโลกรวมทั้งสังคมไทยมีงานส่วนใหญ่ที่ต้องการความรู้และทักษะขั้นสูงหรือ เฉพาะ เพื่อขับเคลื่อนกิจการต่างๆ ในสังคม โดยมีปัญหาการขาดแคลนแรงงานประเภทนี้ในสังคมน้อย ทั้งนี้ มองในบริบทของไทยทั้งในเชิงทรัพยากรบุคคล งาน การจัดการงานและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม จะพบว่าที่ผ่านมา ประเทศไทยได้ลงทุนด้านการศึกษาจำนวนมาก สร้างบุคลากรที่มีความรู้และทักษะขั้นสูงหรือเฉพาะด้าน และเมื่อบุคคลกลุ่มนี้ย่างก้าวเข้าสู่ผู้สูงวัย แต่ความสามารถยังคงอยู่ในตัวผู้สูงวัยนี้ จึงอาจเรียกได้ว่าสิ่งที่อยู่ภายในนี้เป็นสิ่งที่ปรารถนาของสังคมไทย ทั้งนี้เพราะทรัพยากรบุคคลภายในประเทศมีความพร้อมทางด้านสติปัญญา และวุฒิภาวะที่จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เอื้อให้เกิดการพัฒนาในด้านต่างๆ อย่างรวดเร็ว จึงเป็นศักยภาพของประเทศประการสำคัญเพื่อการแข่งขันในยุคเศรษฐกิจฐานความรู้อยู่ในระดับสูง จึงกล่าวได้ว่า เป็นจุดแข็งของประเทศที่จะหาทางส่งเสริมให้ยังอยู่ในระบบเศรษฐกิจของประเทศต่อไป

2) จุดอ่อน : ที่ผ่านมามีหน่วยงาน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ได้เล็งเห็นถึงปัญหาของ สังคมผู้สูงอายุที่กำลังจะเข้ามามีผลกระทบกับประเทศไทย จึงเกิดหน่วยงานและสถาบันทางวิชาการที่ ศึกษาวิจัยค้นคว้าเกี่ยวกับประเด็นปัญหานี้กันมากพอสมควรแล้ว จากการวิเคราะห์แนวโน้มข้างต้นจะพบว่า ประชากรไทยในอนาคตเพิ่มช้าลงไปเรื่อยๆ อีกไม่เกิน 20 ปีข้างหน้า อัตราการเพิ่มของประชากรไทยจะ โกล้เคียงกับศูนย์ และอาจเป็นไปได้ว่าอัตราการเพิ่มประชากรลดลงไปจนต่ำกว่าศูนย์หรือติดลบ จำนวน ประชากรไทยใกล้จะถึงจุดคงตัวแล้ว เมื่ออัตราการเพิ่มประชากรใกล้เคียงกับศูนย์ ประชากรก็จะมีจำนวนคงตัว ที่ประมาณ 65 ล้านคน ในแต่ละปี ประชากรไทยจะไม่เพิ่มหรือลดไปจากจำนวนนี้มากนัก ประชากรไทยมี จำนวนคงตัวในระยะเวลากว่าเพียงประมาณ 15 ปีเท่านั้น ในขณะที่จำนวนประชากรไทย กำลังเพิ่มช้าลงนั้น ได้ เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุของประชากรอย่างใหญ่หลวง เมื่ออัตราการเกิดลดต่ำลงอย่างมากและผู้คน มีอายุยืนยาวขึ้น สังคมไทยจึงกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ในปี 2558 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด แต่ในอีก 30 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ 25 ของประชากรทั้งหมด หรือมีจำนวนมากถึง 16 ล้านคน เมื่อถึงเวลานั้น ประชากรสูงอายุจะมีจำนวนมากกว่า ประชากรวัยเด็กเสียอีก สัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วส่งผลให้ลักษณะการพึ่งพิงทางเศรษฐกิจระหว่าง ประชากรวัยต่างๆ เปลี่ยนไป เดิมมีประชากรวัยเด็กที่ต้องพึ่งพิงประชากรวัยแรงงานมากกว่าผู้สูงอายุ แต่ในอนาคตอันใกล้ นี้ จะมีผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงประชากรวัยแรงงานมากกว่าเด็ก อัตราส่วนระหว่างประชากรวัยแรงงานต่อผู้สูงอายุจะลดลงจนเหลือเพียง 2 ต่อผู้สูงอายุ 1 คน ในอีก 30 ปีข้างหน้า ซึ่งการเปลี่ยนแปลงประชากรไทยในอนาคตได้ก่อให้เกิดนัยยะเชิงนโยบายหลายประการนับได้ว่าเป็นจุดอ่อนของประเทศ สามารถจำแนกเป็นประเด็นต่างๆ ดังนี้



(1) การที่เด็กเกิดใหม่แต่ละปีมีแนวโน้มลดน้อยลงในอนาคตจะทำให้รัฐไม่ต้องกังวลเรื่องปริมาณและสามารถมุ่งเน้นที่คุณภาพของเด็กเกิดใหม่ โดยเฉพาะงานอนามัยแม่และเด็กได้มากยิ่งขึ้น

(2) เช่นเดียวกับประชากรเด็ก ประชากรในวัยศึกษาเล่าเรียนมีแนวโน้มลดลง รัฐจะสามารถเน้นคุณภาพของ การศึกษาได้ดีขึ้น

(3) แม้จำนวนประชากรวัยแรงงานมีแนวโน้มที่จะไม่เปลี่ยนแปลงมากนักในอนาคต แต่ความต้องการแรงงานในระบบเศรษฐกิจของประเทศอาจมีเพิ่มขึ้น “การนำเข้า” แรงงานจากต่างประเทศอาจเป็นสิ่งจำเป็น ดังนั้นการจัดการแรงงานข้ามชาติให้เป็นระบบที่ดีจึงเป็นเรื่องที่ควรได้รับความสนใจเป็นอย่างยิ่ง

(4) ประชากรยังมีอายุมากยิ่งขึ้นเร็ว สังคมไทยกำลังกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ มาตรการและโครงการที่จะเป็นสวัสดิการให้ประชากรสูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องชีวิตความเป็นอยู่ทั่วไป หรือเรื่องสุขภาพอนามัย ควรที่จะได้เริ่มกันตั้งแต่วันนี้ และจะต้องพัฒนาไปให้ทันกับการเพิ่มอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุในอนาคต

สรุปสถานการณ์ผู้สูงอายุและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและกำลังจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี 2570 เพราะสถิติการเกิดของประชากรลดลงโดยผู้หญิงไทยมีลูกกันน้อยลงอย่างมาก ได้ลดลงจากบุตรเฉลี่ยมากกว่า 5 คน เมื่อ 40 ปี ก่อน เหลือเพียง 1.6 คน ในปัจจุบัน และประชากรไทยมีอายุยืนยาวเพิ่มมากขึ้นจากเฉลี่ยอายุประมาณ 60 ปี เพิ่มขึ้นเป็นเฉลี่ยอายุ 75 ปี ในปัจจุบัน อัตราเกิดลดลงแต่อายุยืนยาวเพิ่มมากขึ้น และในจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ก็จะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือมีโรคเรื้อรังเป็นโรคประจำตัวเช่นกัน บริษัทโดยรวมผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองตามวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของตนเอง และมีนักบริบาล (Caregiver) ในการดูแลสุขภาพโดยรวมมีการบูรณาการดูแลทางร่างกายจิตใจและสิ่งแวดล้อม ด้วยจำนวนผู้สูงอายุที่มากและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลมีข้อจำกัดเกี่ยวกับระบบการทำงาน จำนวนบุคลากร และจำนวนนักบริบาล (Caregiver) ยังไม่เพียงพอสำหรับการรองรับจำนวนผู้สูงอายุที่มี สภาพปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานยังไม่ได้รับการดูแลหรือแก้ไขเชิงระบบ ดังนั้นจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ประเทศไทยหรือพื้นที่ที่เกี่ยวข้องจะต้องวางแผนเตรียมรับมือกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปโดยมีรูปแบบหรือแนวทางในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โดยให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ ญาติสามารถดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานได้ หรือมีอาสาสมัครในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน หรือมีนักบริบาล (Caregiver) เพิ่มมากขึ้น โดยได้รับการพัฒนาศักยภาพ ฝึกทักษะ ตลอดจนสุขภาพโดยทั่วไปของผู้สูงอายุให้เหมาะสม

## 2.2 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มส์ และการสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

### 2.2.1 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มส์

เป็นแนวคิดที่สร้างขึ้นหรือค้นพบจากความเป็นจริงเกี่ยวกับการพยาบาลมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยาย อธิบาย ทำนาย หรือ กำหนดวิธีการพยาบาล เป็นทฤษฎีทางการพยาบาลที่รู้จักแพร่หลายในวิชาชีพพยาบาล และมีการนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นพื้นฐานของการสร้างหลักสูตรในโรงพยาบาลบางแห่ง และเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยทางการพยาบาล โอเร็มส์ อธิบายมโนทัศน์ของการดูแลไว้ว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดี” การสร้างทฤษฎีการดูแลตนเอง โอเร็มส์ ใช้พื้นฐานความเชื่อที่นำมาอธิบายมโนทัศน์หลักของทฤษฎีได้แก่

- 1) บุคคล เป็นผู้มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง
- 2) บุคคลเป็นผู้ที่มีความสามารถและเต็มใจที่จะดูแลตนเองหรือผู้ที่อยู่ในความปกครองของตนเอง
- 3) การดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นความจำเป็นในชีวิตของบุคคลเพื่อดำรงรักษาสุขภาพชีวิตการพัฒนากาย และความเป็นปกติสุขของชีวิต (Wellbeing)
- 4) การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่เรียนรู้และจดจำไว้ได้จากสังคม สิ่งแวดล้อมและการติดต่อสื่อสารที่ซ้ากันและกัน
- 5) การศึกษาและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อบุคคล
- 6) การดูแลตนเองหรือการดูแลผู้อยู่ในความปกครองหรือผู้อื่นเป็นสิ่งที่มีความควรแก่การยกย่องส่งเสริม
- 7) ผู้ป่วย คนชรา คนพิการ หรือทารกต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลจากบุคคลอื่นเพื่อสามารถที่จะกลับมารับผิดชอบดูแลตนเองได้ ตามความสามารถที่มีอยู่ขณะนั้น

การพยาบาลเป็นการบริการเพื่อมนุษย์ ซึ่งกระทำโดยมีเจตนาที่จะช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลที่มีความต้องการที่ดำรงความมีสุขภาพดีในช่วงระยะเวลาหนึ่งทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มส์ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่สำคัญ ได้แก่

#### 2.2.1.1 ทฤษฎีดูแลตัวเอง (Self – care Theory)

เป็นแนวคิดที่อธิบายการดูแลตนเองของบุคคล และการดูแลบุคคลที่พึ่งพอกกล่าวคือ บุคคลที่มีวุฒิภาวะเป็นผู้ใหญ่และกำลังเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ มีการเรียนรู้ในการกระทำและผลของการกระทำเพื่อสนองตอบความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อหน้าที่หรือพัฒนาการของบุคคลเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก การกระทำดังกล่าวรวมไปถึง

การกระทำเพื่อบุคคลที่ต้องพึ่งพาซึ่งสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอื่น แนวคิดของโอเร็ม การดูแลตนเองเป็นรูปแบบหนึ่งของการกระทำอย่างจงใจและมี เป้าหมาย ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการ ประกอบด้วย 2 ระยะสัมพันธ์กัน คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการประเมินและตัดสินใจ ในระยะนี้บุคคลจะต้องหาความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และสะท้อนความคิด ความเข้าใจในสถานการณ์ และพิจารณาว่าสถานการณ์นั้นจะสามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ อย่างไร มีทางเลือกอะไรบ้าง ผลที่ได้รับแต่ละทางเลือกเป็นอย่างไร แล้วจึงตัดสินใจที่จะกระทำ

ระยะที่ 2 ระยะของการกระทำและประเมินผลของการกระทำ ซึ่งในระยะนี้จะมีการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ซึ่งเป้าหมายมีความสำคัญเพราะจะช่วยกำหนดทางเลือก กิจกรรมที่ต้องกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรม

วัตถุประสงค์หรือเหตุผลของการกระทำดูแลตนเองนั้น โอเร็ม เรียกว่า การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) ซึ่งเป็นความตั้งใจหรือเป็นผลที่เกิดขึ้นที่หลังการกระทำ การดูแลตนเองที่จำเป็นมี 3 อย่าง คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ตามระยะพัฒนาการ และเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Orem, 2001) ดังนี้

1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล และการดูแลตนเอง เหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

(1) คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

(1.1) บริโภคอาหาร น้ำ อากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ผิดปกติ และคอย ปรับตัวตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก

(1.2) รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

(1.3) หาคความเพลิดเพลินจากการหายใจ การดื่ม และการรับประทาน อาหาร โดยไม่ทำให้เกิดโทษ

(2) คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

(2.1) จัดการให้มีการขับถ่ายตามปกติทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม

(2.2) จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่ายซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้าง และหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติและการระบายสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่าย

(2.3) ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

- (2.4) ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ
- (3) คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
- (3.1) เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกายการตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญา และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม
- (3.2) รับรู้และสนใจถึงความต้องการการพักผ่อนและการออกกำลังกายของตนเอง
- (3.3) ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์จากขนบธรรมเนียม ประเพณีเป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง
- (4) คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- (4.1) คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึ่งของตนเอง และสร้างสัมพันธภาพ กับบุคคลอื่นเพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้ อย่างมีประสิทธิภาพรู้จักติดต่อของความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น
- (4.2) ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน
- (4.3) ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเอง และการเป็นสมาชิกในกลุ่ม
- (5) ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ
- (5.1) สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น
- (5.2) จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจจะเป็นอันตราย
- (5.3) หลีกเสี่ยงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่าง ๆ
- (5.4) ควบคุมหรือจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ
- (6) ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of normalcy)
- (6.1) พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง
- (6.2) ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง
- (6.3) ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล (Health promotion & preventions)
- (6.4) ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้าง และหน้าที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง (Early detection)

2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ ารคลอดบุตร การเจริญเติบโต เข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็น

อุปสรรค ต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้อง เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

(1) พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ดีที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในระหว่างที่

(1.2) อยู่ในครรภ์มารดา และการคลอด

(1.3) ในวัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยชรา และในระยะตั้งครรรภ์

(2) ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์ เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจาก

(2.1) การขาดการศึกษา

(2.2) ปัญหาการปรับตัวทางสังคม

(2.3) การสูญเสียญาติมิตร

(2.4) ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ

(2.5) การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต

(2.6) ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการที่จะต้องตาย

3) การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเปี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัย และการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มี 6 อย่างคือ

(1) แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

(2) รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

(3) ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

(4) รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

(5) ดัดแปลงอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความจำเป็นที่ตนเองต้องการความช่วยเหลือเฉพาะจากระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาคู่คนอื่น การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง

(6) เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของการวินิจฉัย และการรักษาในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิต ที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ได้

ที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงซึ่งจะเห็นว่าการสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองในประเด็นนี้ จะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการตนเองในประเด็นอื่นๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลที่จะช่วยป้องกัน อุปสรรคหรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัย และการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นมิติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของมนุษย์ ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพดังกล่าวจะสร้าง หรือพัฒนาการดูแลตนเองได้ โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ (Orem, 2001: 258-265)

- 1) ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations)
- 2) พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power components: enabling capabilities for self-care)
- 3) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition)

4) ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) (Orem, 2001: 258-260) เป็นความสามารถที่จำเป็น และจะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

(1) การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

(2) การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถควร และจะกระทำเพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น

(3) การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น

2.2.1.2 พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power components: enabling capabilities for self-care) (Orem, 2001: 264-265) โอเรียม มองพลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้ ในลักษณะของตัวกลาง ซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถ 10 ประการนี้ได้แก่

1) ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมใน-ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

3) ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่ม หรือปฏิบัติดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์ และต่อเนื่อง

4) ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง

5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ

6) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

7) มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

8) มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติดูแลตนเอง

9) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

10) มีความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

2.2.1.3 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) (Orem, 2001: 264-265) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) โดยทั่วไป ซึ่งแบ่งออกเป็น

1) ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) (ทางสรีระและจิตวิทยาแบ่งเป็นการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ ความจำ และการวางแผนให้เหมาะสม เป็นต้น)

2) คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย

(1) ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียนนับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผล

(2) หน้าที่ของประสาทรับรู้ความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส

(3) การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

(4) การเห็นคุณค่าในตนเอง

(5) นิสัยประจำตัว

- (6) ความตั้งใจ
- (7) ความเข้าใจในตนเอง
- (8) ความหวังใยในตนเอง
- (9) การยอมรับตนเอง
- (10) ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ
- (11) ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง เป็นต้นจะเห็นว่าหากบุคคลขาด

ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเหล่านี้ เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ย่อมขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จริงจัง และมีเป้าหมายโดยทั่วไป และไม่สามารถจะพัฒนาความสามารถเพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองได้ นั่นคือขาดทั้งพลังความสามารถเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองได้ นั่นคือขาดทั้งพลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง โดยประเมินว่าบุคคลสามารถจะกระทำการดูแลตนเอง เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในแต่ละข้อที่ใช้ແจกแจงไวนอกจากโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลยังต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานซึ่งมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

#### 2.2.2 ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นอีกตัวแปรที่มีผลต่อจิตใจและพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพในภาวะการเจ็บป่วย เพราะแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ลดภาวะเครียด และส่งผลต่อการปรับตัวอย่างถูกวิธี ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งแรงสนับสนุนดังกล่าวเกิดขึ้นได้จากหลายบุคคล เช่น พ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน เป็นต้น ซึ่งมีผู้ศึกษาได้ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ ดังนี้

เฮ้าส์ (House, 1985) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางด้านสังคม ว่าเป็นสิ่งที่ผู้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมไม่ว่าจะเป็นในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของหรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน เป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดีแรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

แคพแพลน (Caplan, 1976: 39 - 42) ได้ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่คุณค่าได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงานหรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ

พิลิสุก (Pilisuk, 1982: 20) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุประสงค์ ความมั่นคง ทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย



ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม (Babara A. Israel, 1985) แบ่งเป็น 4 ประเภท คือ

1) Emotional Support คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย

2) Appraisal Support คือ การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติหรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดี ที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

3) Information Support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่างๆ

4) Instrumental Support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม (Pilisuk, 1982: 20) ประกอบด้วย

1) ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น จะต้องประกอบด้วย

2) ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีใจใส่ และมีความรัก ความหวังดีในสังคมอย่างจริงใจ

3) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ ทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม

4) ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมนักพฤติกรรมศาสตร์ชื่อกอทต์ลิบ (Gottlieb, 1985) ได้แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

(1) ระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจและการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่างๆ ในสังคม ชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ อาทิ กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มต้านภัยเอดส์ กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น

(2) ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้าง และหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติ ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ ความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง

(3) ระดับแคบ หรือระดับเล็ก (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อกันว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์มากในเชิงปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่าย ในการสนับสนุนในระดับนี้ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ การสนับสนุนทางจิตใจ และแสดงความรักและห่วงใย (Affective Support)

ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ มีรายงานการศึกษาวิจัยมากมายที่บ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อสุขภาพอนามัย พอสรุปได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่คือ

### 1) ผลต่อสุขภาพกาย แบ่งออกเป็น

(1) ผลโดยตรง จากรายงานผลการศึกษาของ เบอร์กแมน และไซม์ (Berkman, and Syme, 1979) ซึ่งติดตามผลในวัยผู้ใหญ่ จำนวน 700 คน ที่อาศัยอยู่ในเมือง อามิตา รัฐแคลิฟอร์เนีย เป็นเวลานาน 9 ปี โดยรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับความเป็นอยู่ทั่วไปของสุขภาพอนามัย และสถิติชีพที่สำคัญ รวมทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยมีอัตราป่วยและตายมากกว่าผู้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากถึง 2.5 เท่า ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในทุกเพศ ทุกเชื้อชาติ และทุกระดับ เศรษฐกิจการศึกษาของ คอบบ์ (Cobb, 1976) พบว่าผู้ป่วยเป็นวัณโรค ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมหรือถูกตัดขาดจากเครือข่ายแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้การศึกษาทางระบาดวิทยาสังคมยังพบว่า คนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม จะเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะของการติดโรคได้ง่าย เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงระบบต่อมไร้ท่อ และมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดลงอีกด้วย

(2) ผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล (Compliance to Regimens) มีรายงานผลการศึกษาเป็นจำนวนมากที่บ่งบอกถึงผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำของคนไข้ ซึ่งเบอร์เกอร์ (Burgler, 1980: 94 อ้างถึงใน Pilisuk, 1982) พบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีครอบครัวคอยให้การสนับสนุนในการควบคุมพฤติกรรม และผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก จะเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

(3) ผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคคอบบ์ (Cobb, 1976) และแลงกลี (Langa et al, 2001) ได้รายงานผลการศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพร่างกายประจำ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

(4) ผลต่อสุขภาพจิตผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพจิต มีลักษณะเช่นเดียวกับสุขภาพกาย พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคลช่วยลดความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียดและช่วยลดความเครียด ซึ่งจะมีผลต่อการเพิ่มความต้านทานโรคของบุคคลได้อีกด้วย กอร์ (Minkler, 1981 city in Gore, 1977) ศึกษาในผู้ขายว่างงาน จำนวน 110 คน พบว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงมีปัญหาทางด้านร่างกาย และจิตใจน้อยกว่าผู้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ และแคพแลน (Caplan, 1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางอารมณ์เป็นสิ่งที่ช่วยลดผลของความเครียดที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจในผู้ที่ทำงาน ซึ่งพบว่ามีความเครียดมาก และยังพบ

อีกว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

จากข้อมูลการศึกษาดังกล่าวทำให้เห็นว่า การที่คนเรามีภาวะการเจ็บป่วยเกิดขึ้น การปรับตัวต่อการดูแลสุขภาพส่วนหนึ่งมาจากการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น พ่อแม่ คนในครอบครัว หรือ เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการปรับตัว เปลี่ยนแปลงต่อโรคที่เป็น หรือภาวะสุขภาพที่ผิดปกติในขณะนั้น เพราะฉะนั้น การมีแรงผลักดัน สนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจึงเป็นสิ่งจำเป็น และสำคัญเพื่อการปรับตัวต่อการหายของโรค

## 2.3 นักบริบาล (Caregiver)

ความหมายของผู้ดูแลผู้สูงอายุ คำว่า “ญาติผู้ดูแลที่บ้าน” หรือศัพท์ภาษาอังกฤษ ที่ใช้ในการเขียนบทความหรืองานวิจัยของต่างประเทศ คือ “caregiver” หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน สรุปลักษณะสำคัญของผู้ดูแลมีดังนี้ (Zarit, 1998) เป็นจิตอาสาหรือบุคคลสำคัญในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย อาจเป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง ผู้รับการดูแล (care receiver) ที่ได้รับการอบรมตามหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง เพื่อมาดูแลบุคคลที่มีภาวะการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรคความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งอารมณ์และสติปัญญา การรู้คิดตัดสินใจต่างๆ ที่มี ผลทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการการดูแลและบำบัดรักษาที่เฉพาะ โดยความต้องการดังกล่าวต้องได้รับการตอบสนองหรือ ดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือ ตลอดไป มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความช่วยเหลือโดยไม่รับการตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล และมีสถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแล เกิดขึ้นที่บ้านหรือชุมชนแหล่งอาศัย

นอกจากนี้ ความหมายของญาติผู้ดูแลที่บ้านยังจำแนกตามระดับของความรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแล กล่าวคือ Primary caregiver หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย โดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่นมักเป็นสมาชิกในครอบครัว เป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางกฎหมายหรือทางสายเลือด ในขณะที่ Secondary caregiver จะเป็นบุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแลเท่านั้น อาจจะช่วยทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง (Bakas, et al., 2002)

### 2.3.1 หลักสูตรอบรมนักบริบาลผู้สูงอายุในครอบครัว

ประชากรผู้สูงอายุมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาตนเอง รัฐไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ครอบคลุม ชุมชน และสังคมจำเป็นที่

จะต้องให้การดูแล ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

### 2.3.1.1 วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุ และปฏิบัติต่อผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### 2.3.1.2 กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ญาติ หรืออาสาสมัครในชุมชน

### 2.3.1.3 คุณสมบัติผู้ดูแลผู้สูงอายุ

- 1) ระดับการศึกษา (อ่านออกเขียนได้)
- 2) ไม่จำกัดอายุและเพศ
- 3) สมครใจที่จะเข้าอบรม
- 4) ชอบช่วยเหลือผู้อื่น
- 5) สามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการเผยแพร่และปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ

ตาราง 1 แสดงหลักสูตรอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ลำดับที่	เนื้อหาวิชา	หลักสูตร 420 ชั่วโมง (12 สัปดาห์)		หลักสูตร 70 ชั่วโมง (2 สัปดาห์)	
		ทฤษฎี	ปฏิบัติ	ทฤษฎี	ปฏิบัติ
1.	ความจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุ	4	-	1	-
2.	แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	4	-	1	-
3.	โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ	7	7	2	1
4.	ภาวะวิกฤตกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น	8	14	2	2
5.	การช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น	10	14	3	2
6.	การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เนื่องจากความชราภาพ ที่มีปัญหา	4	7	1	2
	ระบบทางเดินอาหาร	4	7	1	2
	ระบบทางเดินหายใจ	4	7	1	2
	ระบบขับถ่าย	4	5	1	1
	ระบบอวัยวะสืบพันธุ์				

ตาราง 1 (ต่อ)

ลำดับที่	เนื้อหาวิชา	หลักสูตร 420		หลักสูตร 70	
		ชั่วโมง		ชั่วโมง	
		(12 สัปดาห์)		(2 สัปดาห์)	
		ทฤษฎี	ปฏิบัติ	ทฤษฎี	ปฏิบัติ
7.	การใช้จ่ายในวัยสูงอายุ	7	-	2	-
8.	การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ				
	การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	4	3	2	1
	อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ	4	3	2	1
	การดูแลสุขภาพช่องปาก	4	3	2	1
9.	สุขภาพจิตกับผู้สูงอายุ/การดูแลตนเองเพื่อคลายเครียด	7	14	3	2
10.	การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม	4	-	1	-
11.	ภูมิปัญญาชาวบ้านกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	6	14	1	1
12.	สิทธิผู้สูงอายุตามรัฐธรรมนูญ/กฎหมายแรงงานที่ควรรู้	8	-	1	-
13.	บทบาทและจริยธรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	4	3	1	-
14.	การจัดกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ	4	7	1	1
15.	เสริมทักษะด้านภาษาอังกฤษ	4	5	-	-
16.	เสริมทักษะด้านคอมพิวเตอร์	5	5	-	-
17.	การฝึกปฏิบัติงาน				
	- ในสถานบริการ	-	90	-	10
	- ในชุมชน	-	90	-	10
18.	การวัดและประเมินผล	4	7	1	1
	รวม	115	305	30	40

พหุบัณฑิตวิทยาลัย

## 2.4 โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มคนที่มาพร้อมกับความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินการของโรคในผู้สูงอายุ โดยโรคที่มาพร้อมกับการเสื่อมของวัยผู้สูงอายุโดยส่วนมากเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมที่สะสมมานาน เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคเข่าเสื่อม ภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น ซึ่งโรคเรื้อรังดังกล่าวบางโรคมีความสัมพันธ์กับการเหลืออยู่ของอวัยวะบางส่วนที่เหลืออยู่ เช่น ฟัน เส้นเลือด เป็นต้น ถ้าผู้สูงอายุมีการควบคุมโรคเรื้อรังให้อยู่ในภาวะปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนไปกระทบต่ออวัยวะส่วนอื่นๆ จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถมีชีวิตที่ยืนยาวได้

### 2.4.1 โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ

โรคเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง (โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหอบหืด) โรคต่างๆ ดังกล่าว มักมีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงร่วมหนึ่งปัจจัยหรือมากกว่าได้แก่ การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมตามหลักโภชนาการ การขาดการออกกำลังกาย และความเครียด ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคเรื้อรังแบ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (non-modifiable risk factors) เช่น อายุ เพศ และพันธุกรรม และปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ (modifiable risk factors) เช่น การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย และการดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยเหล่านี้ ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งนำไปสู่การเกิดโรคต่างๆ

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 6.9 ทั้งนี้ พบว่าหนึ่งในสามของผู้ที่เป็นเบาหวานไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานมาก่อน และมีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานแต่ไม่ได้รับการรักษาคิดเป็นร้อยละ 3.3 ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ได้มีประมาณร้อยละ 40 อัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2541-2551 โดยพบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 175.7 เป็น 675.7 ต่อแสนประชากร และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2552 ประมาณ 7,019 คน หรือประมาณวันละ 19 คน โดยมีรายงานการพบภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

ในปี พ.ศ. 2551 ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง หัวใจ และมะเร็ง สูญเสียค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 25,225 ล้านบาทต่อปี ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคมและ

สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว หากคนไทยป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค รวม 18.2 ล้านคนต่อปีมารับบริการที่สถานพยาบาล จะต้องเสียค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้นประมาณ 335,359 ล้านบาทต่อปี คิดเป็นร้อยละ 2.9 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 (The 11<sup>th</sup> national health development plan under the national economic social development plan 2012-2016) มีวิสัยทัศน์ให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี ร่วมสร้างระบบสุขภาพพอเพียง เป็นธรรม นำสู่สังคม สุขภาวะ โดยมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

#### 2.4.1.1 โรคเบาหวาน

เป็นความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอ อันส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงเกิน โรคนี้มีความรุนแรงสืบเนื่องมาจากการที่ร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้อย่างเหมาะสม โดยปกติน้ำตาลจะเข้าสู่เซลล์ร่างกายเพื่อใช้เป็นพลังงานภายใต้การควบคุมของฮอร์โมนอินซูลิน ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานจะไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลที่เกิดขึ้นทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ในระยะยาวจะมีผลในการทำลายหลอดเลือด ถ้าหากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1) โรคเบาหวานชนิดที่ 1 เกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายทำลายเซลล์ที่สร้างอินซูลินในตับอ่อน ทำให้ร่างกายหยุดการสร้างอินซูลิน ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 จึงจำเป็นต้องฉีดอินซูลิน เพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือดระยะยาว

2) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบชัดเจน แต่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพันธุกรรมนอกจากนี้ ยังมีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักตัวมาก การขาดการออกกำลังกาย และวัยที่เพิ่มขึ้น เซลล์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ยังคงมีการสร้างอินซูลิน แต่ทำงานไม่เป็นปกติเนื่องจากมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน ทำให้เซลล์ที่สร้างอินซูลินค่อยๆ ถูกทำลายไป บางคนเริ่มมีภาวะแทรกซ้อนโดยไม่รู้ตัว และต้องการยาในการรับประทาน และบางรายต้องใช้อินซูลินชนิดฉีด เพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือด

#### 2.4.1.2 อาการ

- 1) ปัสสาวะมากขึ้นและบ่อยครั้งขึ้น
- 2) ปัสสาวะกลางคืนบ่อยขึ้น (ระหว่างช่วงเวลาที่เข้านอนแล้วจนถึงเวลาตื่นนอน)
- 3) หิวน้ำบ่อยและดื่มน้ำในปริมาณที่มากมาย
- 4) เหนื่อยง่ายไม่มีเรี่ยวแรง
- 5) น้ำหนักตัวลดโดยไม่ทราบสาเหตุ โดยเฉพาะถ้าหากน้ำหนักเคยมากมาก่อน
- 6) ตืดเชื้อบ่อยกว่าปกติ เช่น ตืดเชื้อทางผิวหนังและกระเพาะอาหาร
- 7) สายตาร่วมองเห็นไม่ชัดเจน

## 8) เป็นแผลหายช้า

### 2.4.1.3 การดูแลป้องกันโรคเบาหวานและอาการแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนทางสายตา (Diabetic retinopathy) เกิดจากการที่น้ำตาลเข้าไปใน Endothelium ของ หลอดเลือดเล็กๆ ในลูกตา ทำให้หลอดเลือดเหล่านี้มีการสร้างไกลโคโปรตีนซึ่งจะถูกขนย้ายออกมาเป็น Basement membrane มากขึ้น ทำให้ Basement membrane แตกเปราะ หลอดเลือดเหล่านี้จะฉีกขาดได้ง่าย เลือดและสารบางอย่างที่อยู่ในเลือดจะรั่วออกมา และมีส่วนทำให้ Macula บวม ซึ่งจะทำให้เกิด Blurred vision หลอดเลือดที่ฉีกขาดจะสร้างแขนงของหลอดเลือดใหม่ออกมามากมายจนบดบังแสงที่มามากกระทบยัง Retina ทำให้การมองเห็นของผู้ป่วยแยกลง

ภาวะแทรกซ้อนทางไต (Diabetic nephropathy) พยาธิสภาพของหลอดเลือดเล็กๆ ที่ Glomeruli จะทำให้ Nephron ยอมให้ Albumin รั่วออกไปกับ Filtrate ได้ Proximal tubule จึงต้องรับภาระในการดูดกลับสารมากขึ้น ซึ่งถ้าเป็นนานๆ ก็จะทำให้เกิด Renal failure ได้ ซึ่งผู้ป่วยมักจะเสียชีวิตภายใน 3 ปี นับจากแรกเริ่มมีอาการ

ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท (Diabetic neuropathy) หากหลอดเลือดเล็กๆ ที่มาเลี้ยงเส้นประสาทบริเวณปลายมือปลายเท้าเกิดพยาธิสภาพ ก็จะทำให้เส้นประสาทนั้นไม่สามารถนำความรู้สึกต่อไปได้ เมื่อผู้ป่วยมีแผล ผู้ป่วยก็จะไม่รู้ตัว และไม่ดูแลแผลดังกล่าว ประกอบกับเลือดผู้ป่วยมีน้ำตาลสูง จึงเป็นอาหารอย่างดีให้กับเหล่าเชื้อโรค และแล้วแผลก็จะเน่าและนำไปสู่ Amputation ในที่สุด

### 2.4.1.4 การดูแลป้องกันโรคเบาหวาน

ควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ การรักษาจำเป็นจะต้องทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วย แพทย์ผู้ให้คำแนะนำเรื่องโรคเบาหวานโภชนาการ และยา การรักษานี้จะช่วยให้เกิดความสมดุลทั้งในด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการใช้ยา รักษา ควรเจาะระดับน้ำตาลในเลือดสม่ำเสมอ ให้ปรึกษาแพทย์ว่าควรเจาะช่วงใด และบ่อยแค่ไหนถึงจะดีที่สุด ยาบางชนิดหรือยาสมุนไพรอาจมีผลต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือด จะต้องตรวจสอบกับแพทย์และเภสัชกรก่อนเลือกผลิตภัณฑ์ยาเหล่านี้

### 2.4.1.5 การรักษา

การรักษาโรคเบาหวานในผู้สูงอายุมีเป้าหมาย คือควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมตลอดชีวิต คือประมาณ 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ซึ่งเป็นระดับที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงน้อยต่อการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ป้องกันหรือชะลอโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น (สมองใจ ไต ตา) เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย คือให้มีชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพ



ดังนั้นการรักษาโรคเบาหวานจะต้องอาศัยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา ซึ่งทั้งนี้ต้องการกำลังใจของผู้สูงอายุและความร่วมมือจากญาติพี่น้องหรือผู้ดูแล การใช้ยารักษาจะเริ่มเมื่อผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้บรรลุเป้าหมายด้วยการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย การใช้ยาจึงมีความสำคัญมากต่อชีวิตผู้ป่วยเบาหวานในปัจจุบันซึ่งมีวิถีชีวิตที่แตกต่างจากในอดีตโดยทั่วไปแพทย์จะให้ยาที่เหมาะสมคือออกฤทธิ์ไม่แรงและหมดฤทธิ์เร็ว เริ่มจากขนาดยาต่ำๆ ก่อน มีวิธีการใช้ยาที่ง่ายและเกิดผลข้างเคียงน้อยที่สุด อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่ใช้ยาจะต้องควบคุมอาหารและออกกำลังกายร่วมด้วยเสมอ ผู้จะต้องใช้ยาตลอดชีวิตเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลและอาการของโรคเบาหวานตามเป้าหมายที่กำหนด ปัญหาจึงอยู่ที่ว่าจะทำอย่างไรผู้ป่วยสูงอายุจึงจะอยู่กับโรคเบาหวานและการใช้ยาอย่างมีความสุข

## 2.5 การดูแลสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

### 2.5.1 การดูแลสุขภาพช่องปาก

สุขภาพในช่องปากที่เป็นปัญหาสำคัญ คือ โรคฟันผุ และโรคปริทันต์ จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7 แสดงให้เห็นผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแยกผลตามกลุ่มอายุ ได้แก่ เด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3 ปี และ 5 ปี, เด็กวัยเรียนและเยาวชนอายุ 12 ปี และ 15 ปี, กลุ่มวัยทำงานอายุ 35-44 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุ 60-74 ปี และ 80 ปี โดยมีผลการสำรวจกลุ่มผู้สูงอายุ 60-74 ปี และ 80 ปี ดังต่อไปนี้

ผลสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ กลุ่มผู้สูงอายุ 60-74 ปี และ 80 ปี พบว่า ปัญหาหลักในผู้สูงอายุยังคงเป็นการสูญเสียฟัน ผู้สูงอายุ 60-74 ปี ร้อยละ 88.3 มีการสูญเสียฟันบางส่วนและร้อยละ 7.2 สูญเสียฟันทั้งปาก และการสูญเสียฟันยังคงเพิ่มขึ้นต่อเนื่องตามอายุจนเมื่ออายุ 80-89 ปี พบสูญเสียฟันทั้งปาก สูงถึงร้อยละ 32.2 ความต้องการใส่ฟันเทียมทั้งปากในผู้สูงอายุ 60-74 ปี ลดลงจากร้อยละ 4.1 ในการสำรวจครั้งที่ 6 เป็นร้อยละ 2.5 ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากมีการรณรงค์ใส่ฟันทั้งปากเพื่อการเคี้ยวอาหารอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2548 จนถึงปัจจุบัน ผู้สูงอายุ 60-74 ปี ร้อยละ 57.8 มีฟันแท้ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ เฉลี่ย 18.8 ซี่ต่อคน ร้อยละ 43.3 มีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ ส่วนในกลุ่มอายุ 80-89 ปี มีเพียงร้อยละ 23.5 ที่มีฟันแท้ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ และมีฟันหลังที่สบดีเคี้ยวสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ เพียงร้อยละ 15.6 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพการบดเคี้ยวที่ลดลงชัดเจน แม้จำนวนฟันแท้ใช้งานในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากการสำรวจครั้งก่อนๆ แต่ฟันแท้ที่เหลืออยู่นี้ยังมีปัญหาโรคและความผิดปกติในช่องปากที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสม เพื่อป้องกันและชะลอความเจ็บปวดและการสูญเสียฟันที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ 1) โรคปริทันต์อักเสบที่มีการทำลายของ

กระดูกรองรับรากฟันร่วมด้วย พบร้อยละ 32.1 โดยร้อยละ 11.4 เป็นโรคปริทันต์อักเสบที่อยู่ในระดับรุนแรงมาก (มีร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ 6 มม.ขึ้นไป) ซึ่งเสี่ยงต่อการอักเสบ ปวดบวม ฟันโยก และการสูญเสียฟัน 2) ฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 48.3 3) รากฟันผุ เป็นปัญหาที่สัมพันธ์กับเหงือกอักเสบ ซึ่งจะพบมากสุดในวัยสูงอายุ ร้อยละ 17.2 ซึ่งปัญหาดังกล่าวนอกจากจะเป็นผลจากพฤติกรรมสุขภาพทั้งในเรื่องของการทำความสะอาดช่องปาก ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีการแปรงก่อนนอน ร้อยละ 65.5 มีการใช้อุปกรณ์เสริมการแปรงฟัน ได้แก่ ไหมขัดฟัน แปรงซอกฟัน เพียงร้อยละ 2.7 และ 1.1 ตามลำดับ และการไปรับบริการในปีที่ผ่านมา ร้อยละ 34.2 ซึ่งเหตุผลที่ไปสูงสุด ร้อยละ 44.4 คือ รู้สึกว่ามีอาการปวดหรือเสียวฟันเกิดขึ้นแล้ว การรักษาจึงเป็นการถอนฟันหรือการเก็บรักษาฟันมีความยุ่งยากซับซ้อนหลายขั้นตอน ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถมารับบริการต่อเนื่องได้ ทำให้เกิดการสูญเสียฟันในที่สุด

ดังนั้นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ นอกจาก การสื่อสารความรู้ ให้เข้าใจ และตระหนักในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองที่ถูกต้อง ซึ่งช่องทางหลักที่ทั้งสองกลุ่มได้รับข้อมูลสูงสุด คือการสื่อสารผ่านบุคลากรสาธารณสุข และผ่านทางสื่อโทรทัศน์แล้ว การสนับสนุนให้มีการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับบริการรักษาตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม จึงเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นในการลดการสูญเสียฟัน พร้อมกับการใส่ฟันบางส่วนและทั้งปากเพื่อทดแทนฟันที่สูญเสียไปโดยสรุป แม้สภาวะสุขภาพช่องปากของคนไทย มีแนวโน้มที่ดีขึ้นในทุกกลุ่มอายุ มีอัตราการคงอยู่ของฟันแท้เพิ่มขึ้น แต่ในแต่ละกลุ่มอายุยังคงมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการสูญเสียฟันที่สำคัญอยู่ ซึ่งการสนับสนุนให้เกิดมาตรการ ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน ควบคุม รักษาและฟื้นฟูเป็นเรื่องจำเป็นที่ต้องทำควบคู่กันไป โดยให้นำหนักตามข้อมูลทางระบาดวิทยา ทั้งนี้เพื่อให้ทุกกลุ่มวัยมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดี อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุให้อยู่ในสภาพที่ดี เพื่อลดการสูญเสียฟัน ลดความเจ็บปวด และลดความเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติต่างๆ เป็นสิ่งจำเป็น แต่เนื่องจากผู้สูงอายุมีศักยภาพในการพึ่งพาตนเองไม่เท่ากัน ข้อเสนอแนะในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ จึงแบ่งเป็น

- 1) ข้อเสนอแนะในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้
- 2) ข้อเสนอแนะในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

2.5.1.1 ข้อเสนอแนะในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ในผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ หรือพอจะช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ในการทำกิจวัตรประจำวัน อาจมีหรือไม่มีโรคประจำตัว สามารถดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง อย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดความผิดปกติ หรือรอยโรค ที่จะเกิดใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำ ได้ดังนี้

1) การทำความสะอาด การดูแลความสะอาดช่องปากให้เหมาะสม มีจุดมุ่งหมายเพื่อกำจัดคราบจุลินทรีย์ ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคส่วนใหญ่ในช่องปากออก การทำความสะอาดช่องปากนี้ นอกจากเหงือกและฟันแล้ว ยังรวมไปถึงการทำความสะอาดลิ้น และฟันปลอมด้วย ซึ่งวิธีทำความสะอาดช่องปาก สามารถทำได้ทั้งทางเชิงกล เช่น การขัด ถู ชูต และการใช้สารเคมี

2) การทำความสะอาดเหงือกและฟัน วิธีทำได้ด้วยตนเองที่สะดวก และคุ้นเคยที่สุด คือ การแปรงฟัน แต่ในผู้สูงอายุที่มีสภาพเหงือก และฟันที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งความสามารถในการใช้มือและสายตาที่เปลี่ยนแปลงไป ควรมียุทธวิธี และการเลือกใช้อุปกรณ์เสริมอื่นๆ ที่เหมาะสมร่วมด้วย อุปกรณ์ทำความสะอาดที่แนะนำ ได้แก่

3) แปรงสีฟัน การแปรงฟันที่ถูกวิธีมีหลักสำคัญ คือ

(1) ควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน

(2) ควรแปรงฟันให้ทั่วถึง ทุกซี่ ทุกด้าน โดยเฉพาะคอฟัน และซอกฟัน

(3) ควรแปรงฟันร่วมกับการใช้ยาสีฟันชนิดครีมผสมฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุ

(4) ควรใช้เวลาแปรงฟันแต่ละครั้ง ประมาณ 2 นาที

(5) การเลือกใช้แปรงสีฟันควรเลือกใช้แปรงสีฟันที่มีด้ามจับได้ถนัดมือ

(6) ตัวแปรงไม่เล็ก หรือใหญ่เกินไป เมื่อเทียบกับขนาดของช่องปาก

(7) ขนแปรงนิ่ม ปลายขนแปรงมน

(8) ควรเปลี่ยนแปรงสีฟัน เมื่อขนแปรงบาน หรือมีอายุการใช้งาน 2-3 เดือน

กรณีผู้สูงอายุที่มีปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแอ หรือไม่สามารถควบคุมการใช้มือ ในการแปรงฟันแบบธรรมดาได้ดี อาจแก้ไขได้โดยเลือกใช้แปรงสีฟันไฟฟ้า เพื่ออ่อนแรง ปรับปรุงขนาดของด้ามแปรงสีฟันทั่วไปให้จับได้เหมาะสมมือ เช่น ถ้านิ้วมือกำไม่ได้ อยู่ในลักษณะกำมือแน่นตลอดเวลา ให้สอดด้ามแปรงเข้าไปในฝ่ามือที่กำแน่น หรือถ้ามือไม่สามารถกำให้แน่นเท่าปกติ ควรปรับปรุงของด้ามแปรง ให้เหมาะสมกับการกำด้ามแปรง เช่น ใช้ยางที่เป็นมือจับของจักรยาน สวมทับด้ามแปรงสีฟัน ยึดด้วยกาว หรือดินน้ำมัน หรืออาจเพิ่มสายรัดยึดแปรงไว้กับมือ โดยใช้วัสดุที่หาง่าย น้ำหนักเบา ไม่ดูดซับน้ำ เช่น หลอดพลาสติก หรือสายน้ำเกลือ ผูกติดกับด้ามแปรง โดยปลายหนึ่งผูกไว้ทางด้านขนแปรง และอีกปลายผูกที่ปลายด้ามแปรงการทำงานจะใช้มือ สอดเข้าไปในระหว่างช่องด้ามแปรง และสายรัด โดยให้สายรัดรัดหลังมือไว้กับด้ามแปรง เมื่อขยับมือก็จะสามารถแปรงฟันได้

ไหมขัดฟันลักษณะ เป็นเส้นแบบ มีทั้งขนาดเล็กและใหญ่ ให้เลือกใช้ตามขนาดความกว้างของซอกฟัน การใช้ไหมขัดฟัน

1) ใช้ช่วยทำความสะอาดซอกฟัน โดยใช้ควบคู่กับการแปรงฟัน อย่างน้อย วันละ 1 ครั้งก่อนนอน

2) ดึงไหมขัดฟันออกมายาวประมาณ 10-12 นิ้ว ใช้นิ้วกลางฟันแต่ละปลายไว้ หรือผูกเส้นไหมเป็นวงกลมขนาดข้อมือ ใช้นิ้วหัวแม่มือ และนิ้วชี้ จับเส้นไหมห่างประมาณ 1 นิ้ว

3) นำไหมขัดฟันค่อยๆ ผ่านลงในซอกฟัน พยายามอย่าให้บาดเหงือก

4) กวาดถูไหมขัดฟันขึ้นลงในแนวตั้ง เพื่อขจัดเอาคราบจุลินทรีย์ออก  
ถ้ารู้สึกไหมขัดฟันติด ให้ปล่อยปลายข้างหนึ่ง แล้วค่อยๆ ดึงออกด้านข้าง

การทำความสะอาดเยื่อช่องปากและลิ้น เพื่อขจัดคราบอาหาร และ  
คราบจุลินทรีย์ ที่ตกค้างอยู่บริเวณเยื่อช่องปาก กระพุ้งแก้ม เพดานปาก ด้านบนของลิ้น โดยควรทำ  
ความสะอาดทุกครั้งหลังอาหาร โดยวางแปรงสีฟัน หรืออาจใช้ไม้กวาดลิ้น วางลงบนผิวลิ้น กวาดจาก  
โคนลิ้นออกมาด้านปลายลิ้น ทำซ้ำ 4-5 ครั้ง ส่วนเยื่อช่องปาก กระพุ้งแก้ม เพดานปาก อาจใช้แปรง  
สีฟันขนนุ่ม หรือใช้นิ้วมือกวาดเบาๆ

5) การทำความสะอาดฟันปลอม ฟันปลอมมี 2 ชนิด คือ ชนิดถอดได้  
และชนิดติดแน่น

ฟันปลอมชนิดถอดได้ : อาจมีส่วนของตะขอใช้ยึดกับฟันข้างเคียง และ  
มีฐานพลาสติก หรือโลหะ วางบนเหงือก หรือเพดานปาก เพื่อรับแรงบดเคี้ยว ซึ่งบริเวณที่เป็นตะขอ  
หรือส่วนฐานนี้จะมีเศษอาหารมาติด หรือตกค้างได้ จึงควรถอดฟันปลอมออก ทำความสะอาดทุกครั้ง  
หลังรับประทานอาหาร พร้อมกับทำความสะอาดฟันแท้ในปาก เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดฟันผุ และกลิ่น  
ปาก นอกจากนี้ ควรถอดฟันปลอมออกก่อนนอนทุกครั้ง ทั้งกลางวัน และกลางคืน เพื่อให้เหงือกได้  
พักผ่อน และฟันปลอมที่ถอดออกต้องล้างให้สะอาด และแช่น้ำไว้ทุกครั้ง เพื่อไม่ให้ฐานพลาสติกของ  
ฟันปลอมแห้ง ซึ่งจะทำให้แตกชำรุดได้

การทำความสะอาดฟันปลอมใช้แปรงสีฟันและน้ำยาล้างจาน หรือสบู่  
ขัดถูฟันปลอมให้สะอาดครั้งหนึ่งก่อน แล้วล้างออกด้วยน้ำสะอาดให้หมด จากนั้นใช้แปรงสีฟันกับ  
ยาสีฟัน ขัดถูฟันปลอมให้สะอาด ล้างด้วยน้ำสะอาดอีกครั้ง การล้างควรมีภาชนะคอยรองรับ เพื่อกันฟัน  
ปลอมตกแตก

กรณีมีคราบหินปูน คราบบุหรี่ปะเกดติดฟันปลอม สามารถใช้น้ำยาเคมี  
หรือยาเม็ดสำหรับแช่ทำความสะอาดฟันปลอมได้ น้ำยาบางชนิด เช่น alkaline hypochlorite แม้ว่า  
จะมีคุณสมบัติทำลายเชื้อรา และเชื้อแบคทีเรีย แต่ไม่เหมาะกับฟันปลอมที่มีโลหะ เนื่องจากกัดกร่อน  
และยังทำให้สีฐานพลาสติกจางลง หรือน้ำยาพวก Chlorhexidine 2% เมื่อแช่ฟันปลอม จะสามารถ  
ยับยั้งการเจริญของเชื้อแบคทีเรีย และเชื้อรา candida พร้อมลดการยัดเกาะ ทำให้จำนวนเชื้อโรค  
เกาะฟันปลอมน้อยลง แต่หลังจากแช่แล้ว ต้องล้างทำความสะอาด และแช่ในน้ำสะอาดก่อนนำมาใส่  
การเลือกรับประทานอาหาร

ปกติคนเรามีความต้องการพลังงานเปลี่ยนไปตามอายุ เมื่ออายุมากขึ้น  
ความต้องการพลังงานจะลดลง เนื่องจากมีกิจกรรมต่างๆ ลดลง การเผาผลาญพลังงานลดลง  
ความต้องการอาหารควรต้องลดลงด้วย ตามอัตโนมติ แม้ว่าผู้สูงอายุจะต้องการพลังงานปริมาณ

น้อยลง แต่ความต้องการชนิดของสารอาหาร ทั้งโปรตีน วิตามิน แร่ธาตุ ไม่ได้ลดน้อยลงตามอายุที่มากขึ้น ในวัยสูงอายุ การเลือกรับประทานอาหาร นอกจากจะต้องคำนึงถึงคุณค่าอาหาร ให้ครบถ้วนพอเพียงกับความต้องการของร่างกาย ในแต่ละวันแล้ว ชนิด ลักษณะ ความแข็ง นุ่ม และความถี่ในการบริโภคอาหารก็มีความสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาโรคในช่องปาก มีการสูญเสียฟัน บางคนมีฟันโยก ใส่ฟันปลอม ซึ่งทำให้ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวลดลง ความสามารถในการทำความสะอาดก็ลดลง เกิดการตกค้างของอาหาร โดยเฉพาะพวกคาร์โบไฮเดรต น้ำตาล ซึ่งนำไปสู่ฟันผุได้

สำหรับการรับประทานอาหาร เพื่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี ควรปฏิบัติควรรับประทานอาหารให้เป็นมื้อ ไม่ควรกินจุบจิบระหว่างมื้อ โดยเฉพาะช่วงก่อนนอน เพื่อลดการตกค้างของเศษอาหาร แต่ถ้าเลียงไม่ได้ ยังขอรับประทานอาหารว่างเพิ่มเติมจากมื้อปกติ ควรเลือกอาหารพวกโปรตีน และผลไม้ โดยเฉพาะผลไม้ที่มีลักษณะเป็นเส้นใย รสไม่หวานจัด เช่น ฝรั่ง พุทรา ชมพู่มันแกว ถั่ว อาหารธัญพืช เป็นต้น ซึ่งนอกจากจะดีต่อช่องปากแล้ว ยังมีวิตามินและเกลือแร่ต่างๆ และมีเส้นใยที่ช่วยให้ลำไส้ทำงานได้อย่างปกติ ป้องกันอาการท้องผูกในผู้สูงอายุได้

ควรลดอาหารพวกรสหวานจัด พวกแป้ง น้ำตาลที่นํ้าม ละเอียดมากๆ หรือเหนียวติดฟันให้น้อยลง เนื่องจากตกค้างในซอกฟันได้สูง ทำความสะอาดยาก เกิดฟันผุง่าย

ควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่ม เช่น ชา กาแฟ ซึ่งมีสารพวกคาเฟอีนที่เป็นอันตรายต่อระบบการทำงานของหัวใจ และความดันโลหิต และน้ำอัดลม ที่มีน้ำตาล และความเป็นกรดสูง ส่งผลต่อการเกิดฟันผุ การสึกกร่อนของฟันโดยตรง ควรปรับเปลี่ยนเป็นนมสด หรือน้ำผลไม้ จะให้ประโยชน์ต่อสุขภาพร่างกายมากกว่าสำหรับผู้ใส่ฟันปลอม ควรระมัดระวังเป็นพิเศษในการรับประทานอาหารเหนียว และแข็งการเสริมสร้างความแข็งแรงของช่องปากการเสริมสร้างความแข็งแรงของตัวฟัน ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุที่ตัวฟันและรากฟัน ควรเสริมสร้างความแข็งแรงของฟัน ร่วมไปกับการทำความสะอาด การใช้ฟลูออไรด์เฉพาะที่ เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันฟันผุ โดยฟลูออไรด์ จะลดการละลายตัวของผิวฟัน (solubility) ยับยั้งการสูญเสียแร่ธาตุในโครงสร้างฟัน (Demineralization) และส่งเสริมการคืนกลับของแร่ธาตุไปยังผิวฟัน (Remineralization) ทำให้ฟันผุเกิดขึ้น และลุกลาม เป็นรูซ้าลง

6) รูปแบบการใช้ฟลูออไรด์ มี 2 ลักษณะ แบบใช้ตัวเองทั่วไป : ผู้สูงอายุสามารถหาซื้อมาใช้ได้เองเป็นประจำ อยู่ในรูปของยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ น้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ หลายยี่ห้อแบบที่ทันตบุคลากรเป็นผู้ให้บริการ : เช่น การเคลือบฟลูออไรด์ในรูปของเจลการทาฟลูออไรด์วานิช ซึ่งจะช่วยเพิ่มความเข้มข้นของฟลูออไรด์ในปาก เฉพาะที่ ในช่วงเวลาหนึ่ง

7) การเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อใบหน้าและลิ้น เมื่ออายุมากขึ้น การทำงานของกล้ามเนื้อบริเวณรอบๆ ปาก หรือหน้า จะซ้าลง ทำให้บางครั้งเคี้ยวอาหารไม่ถนัด มีอาหารค้างอยู่ในช่องปาก กระพุ้งแก้ม การบริหารใบหน้าและลิ้น จะช่วยกระตุ้นเส้นประสาท

กล้ามเนื้อใบหน้า เช่น แก้ม ปาก และลิ้น ทำให้การทำงานที่เคยเคลื่อนไหวช้าลง ให้กลับเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น คล่องขึ้น

#### 2.5.1.2 ข้อเสนอแนะในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

ในผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ ต้องนอน หรือนั่งอยู่กับที่ หรือมีภาวะป่วยทางจิต ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ จำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือ ดูแลสุขภาพช่องปากให้ ซึ่งการดูแลสุขภาพช่องปากสามารถทำได้ใน 2 ลักษณะ คือ การดูแลเพื่อการคงสุขภาพช่องปากที่ดี และป้องกันโรคโดยการแปรงฟัน การทำความสะอาดช่องปาก มีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกช่องปากสะอาดสดชื่น ทำให้รู้สึกอยากรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น ป้องกันการเกิดแผล และลดการติดเชื้อในช่องปาก เช่น เชื้อรา ซึ่งอาจมีผลต่อความรุนแรงของโรคทางร่างกายลดความเสี่ยงต่อการเกิดรอยโรค เช่น ฟันผุ ปริทันต์ลดความเจ็บปวด หรือความรู้สึกไม่สบาย เพราะการเจ็บปวด ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม จะส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานของร่างกาย ความวิตกกังวล ซึมเศร้า และรู้สึกโดดเดี่ยวทางจิตใจการดูแลเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพช่องปาก โดยการช่วยบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า ลิ้น และต่อมน้ำลาย เพื่อช่วยฟื้นฟูประสิทธิภาพการกลืน การพูด การแสดงความรู้สึกทางใบหน้า รวมถึงกระตุ้นการผลิตน้ำลายการดูแลเพื่อการคงสุขภาพช่องปากที่ดี และป้องกันโรคกรณีผู้สูงอายุสามารถจับแปรง และเคลื่อนไหวมือได้ ควรให้ผู้สูงอายุแปรงฟันเอง หรือช่วยจับมือ เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่า ตนเองมีความสามารถ มีอิสระอยู่ แต่อาจช่วยหาอุปกรณ์ที่ทำให้จับตามแปรงได้ถนัดมือยิ่งขึ้น หรือใช้แปรงสีฟันไฟฟ้า (รายละเอียด ในบทการดูแลสุขภาพช่องปากทั่วไป)

กรณีผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือ เคลื่อนไหวตัวเองได้ แต่ยังรับรู้ได้ จะช่วยดูแลช่องปากได้ดังนี้

การช่วยแปรงฟัน ต้องยกศีรษะผู้สูงอายุขึ้น เพื่อป้องกันการสำลัก โดยให้ผู้สูงอายุอยู่ในท่าครึ่งนั่งครึ่งนอน โดยอาจใช้หมอนหนุนบนเตียง หรือถ้าผู้สูงอายุศีรษะไม่นิ่ง ควรให้ผู้สูงอายุนั่งให้ศีรษะพิงผู้ดูแล ซึ่งยืนอยู่ด้านหลังก็ได้

วิธีช่วยแปรงฟันเริ่มด้วยการให้ผู้สูงอายุจิบน้ำเล็กน้อย เพื่อให้ช่องปากมีความชื้น ใช้แปรงสีฟันขนอ่อน และยาสีฟันผสมฟลูออไรด์เล็กน้อยแปรงฟัน และเหงือกโดยจับมือผู้สูงอายุแปรงหรือแปรงให้ ให้ครบทุกซี่ แต่ควรระวังอย่าใช้แปรงขนาดใหญ่ หรือสอดเข้าไปในด้านลำคอลึกเกินไป เพราะอาจทำให้อาเจียน หยุดพักให้ผู้สูงอายุน้ำลาย หรืออมน้ำเล็กน้อย บ้วนลงในซามอ่างใบเล็ก ก่อนแปรงต่อ สลับการหยุดพัก 2-3 ครั้ง อาจใช้น้ำยาบ้วนปากชนิดผสมฟลูออไรด์ อมบ้วนปากกรณีที่มีฟันเหลืออยู่ในปาก เพื่อป้องกันฟันผุ สำหรับน้ำยาบ้วนปากผสมคลอเฮกซิดีน หรือแบบฆ่าเชื้อโรค ก่อนใช้ควรปรึกษาทันตบุคลากรการดูแลริมฝีปาก ควรดูแลริมฝีปาก โดยเฉพาะมุมปากไม่ให้แห้ง มีรอยแตกเป็นแผล โดยการทาวาสลินหลังแปรงฟัน หลังรับประทานอาหารดูแลภายในช่องปากให้ชุ่มชื้น ถ้าช่องปากแห้ง ควรให้จิบน้ำอุ่น กรณีใส่ฟันปลอม ควรมีการถอดออกทำความสะอาดทั้งฟัน

ปลอม และช่องปากของผู้สูงอายุทุกครั้ง หลังรับประทานอาหาร กรณีผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และไม่รู้ สามารถช่วยทำความสะอาดช่องปากได้ โดยใช้ไม้กดลิ้นเปิดช่องปากผู้สูงอายุ ใช้ปากคีบ คีบผ้าก๊อซ สำลี ที่ชุบน้ำหมาดๆ เช็ดฟัน ลิ้น เหงือก กระพุ้งแก้ม ใต้ลิ้น หรือใช้นิ้วพันผ้านุ่มชุบน้ำหมาด เช็ดในปากให้ทั่วก็ได้ นอกจากนี้ ผู้ดูแลควรระวังสังเกตความผิดปกติอื่นๆ ในช่องปากผู้สูงอายุ ขณะทำความสะอาดด้วย โดยดูว่า ฟันปลอมของผู้สูงอายุที่ใส่อยู่หลวม หรือเสื่อมสภาพแตกหักไปบางส่วน บาดเนื้อเยื่อในช่องปากเป็นแผลหรือไม่ มีการอักเสบบริเวณใต้ฟันปลอมหรือไม่ ตรวจสอบดูในปากว่า มีรอยโรคลักษณะอื่นๆ เช่น ฝ้าขาว แผล เนื้องอกเป็นก้อนที่ผิดปกติ เชื้อราหรือไม่ ถ้าสงสัยให้ปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือทันตบุคลากร เพื่อทำการรักษาต่อไป

กรมอนามัย ให้ความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยพึงประสงค์ไว้ ดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ
- 2) มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่
- 3) มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- 4) สามารถช่วยเหลือตนเอง และผู้อื่นได้ตามอัตภาพ

มาตรการการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ เริ่มตั้งแต่ขั้นพื้นฐาน คือ การให้ความรู้ เรื่อง ทันตสุขภาพ การฝึกปฏิบัติดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง จนถึงการใช้สารทางชีวเคมี หรือวัสดุในการช่วยปรับเปลี่ยนสภาวะในช่องปาก เพื่อยับยั้งกระบวนการเกิดโรค ซึ่งการเลือกวิธีการต่างๆ เพื่อนำไปใช้ในผู้สูงอายุให้ประสบผลสำเร็จได้ ต้องมีทักษะในการเลือกใช้ โดยพิจารณาความเหมาะสมของสภาพช่องปาก สภาพร่างกาย ความรู้ วัฒนธรรมประเพณี และยังคงอาศัยความร่วมมือจากทางครอบครัว คู่สมรส บุตรหลาน หรือผู้ดูแล ในการที่จะสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ดี รวมถึงความเหมาะสมของสภาพเศรษฐกิจ สังคม ของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ได้ผลคุ้มค่าสูงสุดด้วย

กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งหมดนี้มีส่วนร่วมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ โดยชี้แนะทางสุขภาพโดยเน้นการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ลดการบริโภคน้ำตาล เพราะนอกจากจะเป็นผลดีต่อสุขภาพ ลดการเกิดโรคที่เป็นอันตรายแล้ว ยังสามารถลดการเกิดโรคในช่องปากได้ด้วย เพิ่มสมรรถนะให้ทุกคนมีสุขภาพดี โดยส่งเสริมชุมชนให้มีสุขนิสัยที่ดี ลดพฤติกรรมที่มีผลเสีย เช่น การสูบบุหรี่ อันจะส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงด้วยประสานกิจกรรมทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยการใช้บริการทันตกรรมที่เหมาะสม ควบคู่ไปกับการให้บริการสุขภาพอื่นๆ เพื่อผสมผสานการแก้ไขปัญหาไปได้พร้อมๆ กัน สิ่งที่สำคัญที่สุดในกระบวนการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุนี้ ก็คือ ตัวผู้สูงอายุเอง ต้องมีความตระหนัก เข้าใจ และมีพฤติกรรมดูแลรักษาสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง สม่าเสมอ ก็จะช่วยส่งเสริมให้เกิดสุขภาพช่องปากที่ดีได้ตลอดไป

## 2.5.2 ปัจจัยเกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก

2.5.2.1 พฤติกรรมส่วนบุคคล พฤติกรรมเอื้อต่อสุขภาพช่องปาก ได้แก่ การแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ การบริโภคผักผลไม้ และการได้รับบริการสุขภาพช่องปาก ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ การบริโภคลูกอม ขนมกรุบกรอบเครื่องดื่มรสหวาน น้ำอัดลมจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2552 กลุ่มอายุ 6-14 ปี มีความถี่ของการบริโภคขนมกรุบกรอบสูงกว่าวัยอื่นและบริโภคเครื่องดื่มรสหวานเพิ่มขึ้น 1.8 เท่า จาก พ.ศ. 2547-2550 ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากครั้งล่าสุด เด็กอายุ 12 ปี ร้อยละ 28.2 และ 11.6 บริโภคขนมกรุบกรอบและดื่มน้ำอัดลมทุกวัน ตามลำดับ สำหรับวัยทำงาน ร้อยละ 21.0 ยังคงสูบบุหรี่ เฉลี่ย 10.4 มวนต่อวันมากกว่ากลุ่มวัยสูงอายุ (ร้อยละ 17.9 เฉลี่ย 7.5 มวนต่อวัน) และยังพบการเคี้ยวหมากทั้งในเขตเมืองและชนบทรวมร้อยละ 5.4 ในกลุ่มวัยทำงาน และ 16.7 ในกลุ่มสูงอายุ

2.5.2.2 การควบคุมโรคในช่องปากและปัจจัยเสี่ยง เมื่อเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (พ.ศ. 2544) ในระยะแรกยังเน้นการบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการรักษาพื้นฐาน กระทั่งมีการทบทวนมาตรการป้องกันโรคในช่องปากเพื่อการเก็บรักษาฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่งซึ่งมีอัตราการผุและถูกถอนมากที่สุดในคนไทยเมื่อเทียบกับซี่อื่นการเคลือบหลุมร่องฟัน (pit-fissure sealant) เป็นบริการที่มีประสิทธิผลสูงสุด เพราะจะส่งผลต่อผู้สูงอายุเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น โอกาสเสี่ยงที่จะมีฟันไม่ครบ 20 ซี่ 4 คู่สบเพื่อใช้บดเคี้ยวอาหาร

## 2.5.3 ปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยเบาหวาน

โรคเบาหวานนอกจากจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบสมอง ไตเสื่อม และจอประสาทตาเสื่อมแล้วยังทำให้เกิดปัญหาในช่องปาก โดยเฉพาะเหงือกและฟัน ซึ่งหากละเลยจะทำให้เกิดปัญหาในอนาคต ผู้ที่คุมน้ำตาลไม่ได้จะมีความเสี่ยงของโรคในช่องปากเพิ่มขึ้น การดูแลช่องปากตั้งแต่เริ่มแรกจะป้องกันปัญหาในช่องปาก ทำให้สุขภาพในช่องปากดี โรคเบาหวานจะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคเหงือก ขณะเดียวกันหากเกิดโรคเหงือกขึ้นก็จะทำให้โรคเบาหวานคุมยากขึ้น ผู้ที่เป็นเบาหวานมักจะมีปัญหาในช่องปาก ผู้ที่คุมน้ำตาลไม่ดี สูบบุหรี่ หรือดูแลสุขอนามัยไม่ดีจะเกิดปัญหาในช่องปากได้บ่อย ควรจะดูแลสุขอนามัยในช่องปากให้ดี โดยการแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง และใช้ไหมขัดฟัน ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจะเสี่ยงการเกิดโรคในช่องปากเนื่องจากปากแห้งโดยเฉพาะผู้ที่คุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีจะมีน้ำตาลไหลลดลงทำให้ปากแห้ง ซึ่งจะทำให้เกิดอาการเจ็บคอ เกิดแผลในปาก การติดเชื้อ และฟันผุ อาจจะแก้ไขโดยการดื่มน้ำมากขึ้น หรือเคี้ยวหมากฝรั่งที่ไม่มีน้ำตาล หรือลูกอมที่ไม่มีน้ำตาล การติดเชื้อในช่องปากซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัส เชื้อรา และเชื้อแบคทีเรีย โรคเหงือกอักเสบจะพบได้บ่อย เนื่องจากเบาหวานจะทำให้หลอดเลือดตีบเลือดไปเลี้ยงอวัยวะน้อยลง และนำของเสียไปกำจัดน้อยลงรวมกับการทำงานของเม็ดเลือดขาวน้อยลง ทำให้เกิดการอักเสบของเหงือกง่ายได้ แผลหายช้าเนื่องจากโรคเบาหวาน การติดเชื้อราในช่องปากเนื่องจากผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมักจะได้รับยาปฏิชีวนะบ่อย



#### 2.5.4 การดูแลช่องปากในผู้ป่วยเบาหวาน

คนปกติจะมีคราบจุลินทรีย์ซึ่งมีเชื้อโรคอยู่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงซึ่งช่วยให้เชื้อเจริญเติบโตได้ดี เมื่อแปรงฟันอาจจะทำให้เกิดเหงือกอักเสบ ท่านที่เป็นโรคเบาหวาน ควรจะได้ตรวจช่องปากทุกวันเพื่อหาความผิดปกติ การดูแลสุขภาพและควบคุมเบาหวานให้ดี เนื่องจากเบาหวานที่ควบคุมไม่ดีอาจเป็นสาเหตุของเหงือกอักเสบ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องคุมเบาหวานให้ดี ดังนี้

ให้พบทันตแพทย์ทุก 6 เดือน แปรงฟันวันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ทั้งด้านหน้า และด้านหลัง รวมทั้งด้านบนควรแปรงฟันหลังจากรับประทานอาหารหรืออาหารว่าง

- 1) เปลี่ยนแปรงสีฟันทุก 3 เดือน
- 2) แปรงด้านบนของลิ้นเพื่อขจัดคราบสกปรก
- 3) ใช้ใยสังเคราะห์ [dental floss] วันละครั้งเพื่อขจัดเชื้อ bacteria
- 4) สำหรับท่านที่ใช้ฟันปลอมก็ถอดและนำไปทำความสะอาด
- 5) หากน้ำตาลยังไม่ดีให้เลื่อนการผ่าตัดที่รอได้ จนกระทั่งคุมน้ำตาลได้ดี
- 6) ให้หยุดสูบบุหรี่ และควรพบทันตแพทย์เมื่อมีอาการดังต่อไปนี้
  - (1) เลือดออกจากเหงือกหรือฟันเวลาแปรงฟันหรือใช้ไหมขัดฟัน
  - (2) เหงือกแดงและบวม และเจ็บ
  - (3) เหงือกแยกจากฟันหรือเหงือกร่น
  - (4) มีหนองออกจากเหงือกหรือฟัน
  - (5) ฟันสบกันไม่ดีเวลาเคี้ยว
  - (6) มีกลิ่นปากตลอดเวลา

##### 2.5.4.1 สรุปปัญหาสุขภาพในช่องปากที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่

- 1) ปากแห้ง
- 2) คราบหินปูน
- 3) เหงือกร่น
- 4) เหงือกอักเสบ
- 5) ฟันผุ
- 6) เชื้อราในช่องปาก

ผลกระทบจากโรคเบาหวานต่อการเปลี่ยนแปลงในช่องปาก นอกจากการเปลี่ยนแปลงที่อวัยวะอื่นๆ ของร่างกายแล้ว ผู้ป่วยโรคเบาหวานยังมีการเปลี่ยนแปลงในช่องปากหลายประการ ดังนี้

(1) ภาวะปากแห้ง (Xerostomia) เกิดจากต่อมน้ำลายหน้าหู (parotid gland) โต และลดการหลั่งของน้ำลาย มีผลทำให้มีอาการแสบร้อนในช่องปาก และการรับรสเปลี่ยนไป บางครั้งอาจมีอาการปวดลิ้น (glossodynia) ซึ่งเป็นอาการเริ่มต้นของโรคเบาหวานที่จะสังเกตได้

(2) อุบัติการณ์การเกิดโรคฟันผุและโรคปริทันต์เพิ่มและรุนแรงขึ้น เนื่องจากมีการเพิ่มระดับน้ำตาลกลูโคสในน้ำลายและน้ำในร่องเหงือก (crevicular fluid) เพิ่มขึ้น ทำให้มีอิทธิพลต่อเชื้อแบคทีเรียในช่องปากให้เจริญได้ดี ร่วมกับผลจากภาวะปากแห้ง มีการหลั่งของน้ำลายน้อย

(3) เสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infection) ในช่องปากได้ง่าย เช่น เชื้อรา แบคทีเรีย และไวรัส และมีการหายของแผลซ้ำลง

(4) กระดูกเข้าฟันละลาย (alveolar bone resorption) เนื่องจากมีปริมาณแร่ธาตุในกระดูกลดลง มักพบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มักพบภาวะไตวาย (nephropathy) จึงมีความบกพร่องในการสร้างกระดูก (renal osteodystrophy) หรือกระตุ้นให้มีฮอร์โมนพาราไทรอยด์ (parathyroid hormone) เพิ่มขึ้น จึงเกิดภาวะ secondary hyperparathyroidism ส่งผลให้มีการสลายกระดูกเพิ่มขึ้น

#### 2.5.5 ผลกระทบจากโรคเบาหวานต่อการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อใน (Dental pulp)

มีข้อมูลถึงผลกระทบจากโรคเบาหวานต่อการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อในน้อยมาก โดยการศึกษาที่ได้รับรวบรวมส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในสัตว์ทดลองโดยใช้การเหนี่ยวนำให้สัตว์ทดลองเป็นเบาหวานด้วยวิธีต่างๆ ส่วนการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานมีเพียงเล็กน้อยเท่านั้น เนื่องจากมีข้อจำกัดในการศึกษาหลายประการเช่น ขาดการเก็บข้อมูลเชื่อมโยงเกี่ยวกับประวัติโรคประจำตัวและการวินิจฉัยโรคของเนื้อเยื่อใน และ ขาดการศึกษาถึงลักษณะพยาธิวิทยาของเนื้อเยื่อในของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งจากการรายงานของ Bender และ Bender พบการศึกษาลักษณะพยาธิวิทยาของเนื้อเยื่อในของผู้ป่วยเบาหวานเพียง 2 การศึกษาเท่านั้น การศึกษาส่วนมากรายงานถึงเนื้อเยื่อในของผู้ป่วยเบาหวานหรือ สัตว์ทดลองที่ถูกเหนี่ยวนำให้เป็นเบาหวาน มีความแตกต่างจากคนปกติ ซึ่งสามารถรวบรวมผลการเปลี่ยนแปลงได้ดังนี้

2.5.5.1 การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดและการไหลของเลือดที่เลี้ยงเนื้อเยื่อใน (pulpal blood flow) จากการศึกษาลักษณะทางพยาธิของฟันมนุษย์ที่เป็นเบาหวานมาเป็นเวลาเฉลี่ย 18 ปี พบผนังหลอดเลือดในเนื้อเยื่อในมีการหนาตัว โดยพบการเปลี่ยนแปลงมากบริเวณส่วนกลางของเนื้อเยื่อใน (pulpal core) และพบแคลเซียมพอกพูน (calcification) มากกว่าคนปกติ ซึ่งมักพบลักษณะพิเศษคือมีรูปร่าง sickle-shaped โดยมักเกิดล้อมรอบหลอดเลือดในเนื้อเยื่อใน สันนิษฐานว่าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดและการไหลเวียนของเลือดในเนื้อเยื่อใน ซึ่งพบคล้ายกับการเปลี่ยนแปลงในบริเวณเยื่อปริทันต์ (periodontal membrane) แต่เนื่องจากจำนวนตัวอย่างในการศึกษานี้มีข้อจำกัด จึงไม่อาจสรุปลักษณะของ calcification ที่เกิดขึ้นนี้ได้อย่างแน่ชัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ilguy และคณะ ที่พบนิ่วในฟัน (pulp stone) ในภาพรังสีฟันกรามของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ได้มากกว่าคนปกติ แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงทางภาพรังสี ในด้านขนาดของโพรงเนื้อเยื่อในส่วนตัวฟัน (pulp chamber) ทั้งแนวตั้งและแนวนอน จากการศึกษาในสัตว์ทดลองโดยใช้

ดอปเปลอร์โฟเน็ทเตอร์ (laser doppler phometer) พบปริมาณการไหลของเลือดที่เลี้ยงเนื้อเยื่อในของหนูที่ถูกเหนี่ยวนำให้เป็นเบาหวานด้วยการฉีดสเตรปโตโซโตซิน (streptozotocin) เป็นเวลา 12 และ 24 สัปดาห์ มีค่าลดลงเมื่อเทียบกับหนูควบคุม สันนิษฐานว่า อาจเป็นผลจากการทำลายเซลล์ด้วยอนุมูลอิสระ (oxidative stress) ที่เกิดขึ้นในขณะที่เป็นโรคเบาหวาน มีผลทำให้รบกวนการไหลของเลือดที่เลี้ยงเนื้อเยื่อใน แต่ยังไม่ทราบกลไกการเกิดที่ชัดเจน

2.5.5.2 เชื้อแบคทีเรียในคลองรากฟัน คลองรากฟัน (root canal) ที่ทำให้ติดเชื้อแบคทีเรียในช่องปากของหนูทดลองที่เหนี่ยวนำให้เกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการให้สารละลายน้ำตาลความเข้มข้นร้อยละ 30 (200 มล/กก/วัน) มีเชื้อแบคทีเรียที่ไม่ชอบออกซิเจนชนิดแกรมลบ (gram negative obligate anaerobic bacteria) เจริญได้ดีมากกว่าหนูควบคุม 18 ซึ่งจากการศึกษาในมนุษย์ถึงความสัมพันธ์ระหว่างโรคเบาหวานกับเชื้อแบคทีเรียชนิดต่างๆ ในคลองรากฟันที่ติดเชื้อ ด้วยวิธี PCR –base identification ของ Fouad และคณะ พบมีความสัมพันธ์ของเชื้อ P.endodontalis และ P.gingivalis ซึ่งเป็นแบคทีเรียชนิด obligated anaerobe เพิ่มขึ้นในคลองรากฟันที่ติดเชื้อของผู้ป่วยเบาหวาน

2.5.5.3 การทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงทำให้ยับยั้งการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันในการต้านต่อเชื้อแบคทีเรีย โดยจากการศึกษาของ Iwama และคณะ ซึ่งศึกษาเนื้อเยื่อในของฟันกรามที่ทำให้ติดเชื้อแบคทีเรียในช่องปากของหนูทดลองที่เหนี่ยวนำให้เกิดเบาหวานชนิดที่ 2 โดยให้สารละลายน้ำตาลความเข้มข้นร้อยละ 30 พบว่ามีปริมาณเม็ดเลือดขาวลดลง และการเคลื่อนที่ของเม็ดเลือดขาวชนิดหลายนิวเคลียส (Polymorphonuclear : PMN) ไปยังบริเวณที่ติดเชื้อน้อยลง ดังนั้นจึงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ลดการซ่อมแซมของเนื้อเยื่อในและมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการตายของเนื้อเยื่อในได้

2.5.5.4 การเปลี่ยนแปลงของกระบวนการเมตาบอลิซึมในโพรงฟัน โรคเบาหวานทำให้มีการแสดงออกของสารสื่ออักเสบ (inflammatory mediator) และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในส่วนประกอบของเนื้อเยื่อใน ดังการศึกษาของ Catanzaro และคณะที่พบลักษณะการอักเสบในโพรงฟันของหนูทดลองที่ถูกเหนี่ยวนำให้เป็นเบาหวานเป็นเวลา 30 วัน ด้วยการฉีดสเตรปโตโซโตซิน ซึ่งพบการเพิ่มขึ้นของสารเคมี (chemical mediator) ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการอักเสบ เช่น ไนไตรท์ (nitrite) แคลลิกรีน (kallikrien) ไมอีโลเพอร์ออกซิเดส (myeloperoxidase : MPO) และอัลคาไลน์ ฟอสฟาเตส (alkaline phosphatase) นอกจากนี้ยังพบปริมาณคอลลาเจน (collagen) ลดลง ซึ่งเป็นการแสดงถึงการทำงานของนิวโทรฟิล และมาโครฟาจในระยะเริ่มแรกของกระบวนการอักเสบ และการสร้าง AGEs ซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของความคงทนของคอลลาเจน นอกจากนี้ยังพบปริมาณสารเคมีเพิ่มมากขึ้นเมื่อโรคเบาหวานดำเนินไปเป็นระยะเวลานานขึ้น (90 วัน) สันนิษฐานว่าเกิดการ

อักเสบแบบผันกลับไม่ได้ของเนื้อเยื่อใน (Irreversible pulpitis) มากขึ้น และมีแนวโน้มทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อใน (pulp necrosis) ตามมา เป็นที่ทราบดีกว่าการมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจะทำให้มีการสร้างสารอนุมูลอิสระในปริมาณที่มาก ซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง และการเสื่อมสภาพของการทำงานของอวัยวะในร่างกาย กระบวนการธรรมชาติของร่างกายในการกำจัดสารอนุมูลอิสระนี้ อาศัยการคุ้มครองจากสารต้านอนุมูลอิสระ (antioxidant defense) ซึ่งแบ่งตามลักษณะโครงสร้างและหน้าที่เป็น 2 ประเภท คือ ประเภทที่เป็นเอนไซม์ (enzymatic) ได้แก่ ซูเปอร์ออกไซด์ ดิสมิวเทส (superoxide dismutase) คาตาเลส (catalase) กลูตาไทโอน (glutathione) และ เพอรอกซิเดส (peroxidase) และ ประเภทที่ไม่ใช่เอนไซม์ (non-enzymatic) ได้แก่ สารอาหาร เช่น วิตามินซี วิตามินอี และ แคโรทีน (carotene) ในเนื้อเยื่อในของหนูทดลองที่ถูกเหนี่ยวนำให้เป็นเบาหวานด้วยการฉีดสเตรปโตโซโตซิน มีการเปลี่ยนแปลงของสารต้านอนุมูลอิสระ โดยพบเอนไซม์คาตาเลสเพิ่มขึ้น และมีเซียลิก แอซิด (sialic acid) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับหนูควบคุม สันนิษฐานว่าเนื้อเยื่อในของผู้ที่มีสภาวะเบาหวานมีการตอบสนองที่ต่ำ ซึ่งมีความสำคัญอย่างมากในการพิจารณาวางแผนการรักษาทางทันตกรรมชนิดที่ต้องขึ้นอยู่กับการตอบสนองของเนื้อเยื่อใน เช่น การปิดแผลเนื้อเยื่อในโดยตรง (direct pulp capping), การบูรณะฟันที่สูญเสีย และการฟอกสีฟัน ให้ผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Garber และคณะที่ศึกษาการตอบสนองของเนื้อเยื่อในต่อการปิดแผลเนื้อเยื่อในโดยตรงด้วยมินิเอร์อลไตรออกไซด์ แอกรีเกต (mineral trioxide aggregate : MTA) ในฟันกรามบนของหนูที่ถูกเหนี่ยวนำให้เป็นเบาหวานด้วยการฉีดสเตรปโตโซโตซิน ซึ่งพบการอักเสบมากในเนื้อเยื่อในของหนูเบาหวาน และมีการสร้างเนื้อฟันปิดส่วนที่ทะลุโพรงเนื้อเยื่อใน (dentin bridge) น้อยกว่าหนูควบคุม ซึ่งแสดงถึงภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมีผลต่อการตอบสนองต่อการหายของเนื้อเยื่อใน นอกจากนี้พยาธิสภาพของเนื้อเยื่อในจะมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาของการดำเนินโรคเบาหวาน ดังการศึกษาของ Catanzaro และคณะแล้ว ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างโรคเบาหวานที่ไม่ได้รับการควบคุมกับอาการปวดฟัน (odontalgia) โดยมีรายงานผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีอาการปวดฟันโดยไม่มีฟันผุ โรคปริทันต์ รอยร้าวที่ฟัน หรือสาเหตุอื่นใด แต่พบมีการดำเนินโรคของเนื้อเยื่อในและเนื้อเยื่อรอบรากฟันอย่างรุนแรงและรวดเร็วภายใน 6 สัปดาห์ โดยผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนมีโรคเบาหวานมาก่อน ดังนั้นทันตแพทย์อาจเป็นผู้ตรวจพบโรคเบาหวานที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย จากการตรวจพบการปวดฟันที่ไม่ทราบสาเหตุได้ ผลกระทบจากโรคเบาหวานต่อการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อรอบรากฟัน เป็นที่ทราบดีว่ากระบวนการเกิดโรคของเนื้อเยื่อรอบรากฟันเป็นผลตามจากการติดเชื้อแบคทีเรียในคลองรากฟัน ซึ่งเหนี่ยวนำการตอบสนองของภูมิคุ้มกันของร่างกายทำให้เกิดการอักเสบและพยาธิสภาพในเนื้อเยื่อรอบรากฟัน ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาโดยการกระตุ้นให้เกิดการติดเชื้อในเนื้อเยื่อในของหนูทดลองที่ถูกเหนี่ยวนำให้เกิดเบาหวานด้วยวิธีใด เช่น การฉีดสเตรปโตโซโตซิน หรือการให้กินสารละลายน้ำตาลความเข้มข้นร้อยละ 30 ก็พบว่าในหนูทดลองที่ถูกเหนี่ยวนำให้เกิด

เบาหวาน มีเอ็นยึดปริทันต์ (periodontal ligament) บริเวณปลายรากฟันอักเสบ รากฟันละลาย (root resorption) และกระดูกขาฟัน (alveolar bone) ละลายมากกว่าหนูควบคุมในทุกช่วงเวลาที่ทำการศึกษา แต่จากการศึกษาของ Fouad และคณะที่ศึกษาในหนูทดลองที่เป็นเบาหวานตามธรรมชาติ (nonobese diabetic : NOD mice) หนูชนิดนี้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 ซึ่งเป็นชนิดที่ร่างกายมีความผิดปกติในระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายที่ทำลายเนื้อเยื่อของร่างกายเอง โดยทำลายเบต้า เซลล์ของตับอ่อน จนเกิดเป็นเบาหวานเมื่ออายุประมาณ 4-6 สัปดาห์ พบว่าขนาดของรอยโรครอบปลายราก (periapical lesion) และปริมาณอินเตอร์ลิวคิน ซิกส์ (IL-6) ของหนูทดลองที่รอดชีวิตเปรียบเทียบกับหนูควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่อย่างไรก็ตามหนูทดลองจากการศึกษานี้มีอัตราการตายสูงถึง 83% โดยมีการตายภายใน 2-5 วันภายหลังทำให้เกิดการติดเชื้อแบคทีเรียในคลองรากฟัน เนื่องจากมีการแพร่กระจายของการติดเชื้ออย่างรวดเร็ว อาจเป็นไปได้ว่าหนูทดลองในการศึกษานี้ตายก่อนที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อรอบรากฟัน จึงทำให้ผลการศึกษาดูแตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ ผลสำเร็จและล้มเหลวในการรักษาคลองรากฟัน เนื่องจากโรคเบาหวานมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในร่างกายมาก โดยเฉพาะในด้านการตอบสนองของภูมิคุ้มกันของร่างกาย มีผลทำให้ติดเชื้อง่ายและแผลหายช้า เนื่องจากข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการทางพยาธิสรีระวิทยา (pathophysiology) และการลุกลามของโรคของเนื้อเยื่อรอบรากฟัน หรือการพยากรณ์โรคหลังการรักษาคลองรากฟันยังมีจำกัด แต่จากการศึกษาโดยการรวบรวมข้อมูลย้อนหลังของชาวอินเดียแดง ในประเทศอเมริกา ที่มีประวัติรักษาคลองรากฟันในปี ค.ศ. 1991 ถึง 2000 พบว่าโรคเบาหวานมีผลให้มีอัตราการรอด (survival rate) ของฟันที่รักษาคลองรากฟันลดลง และเพิ่มอัตราการรักษาคลองรากฟันซ้ำ (retreatment) เนื่องจากพบการเกิดเนื้อเยื่อรอบรากฟันอักเสบ (apical periodontitis) ภายหลังรักษาคลองรากฟันในผู้ป่วยเบาหวานได้มาก Fouad และคณะ พบอัตราการเกิดความสำเร็จในการรักษาคลองรากฟันลดลง โดยเฉพาะในฟันที่รักษาคลองรากฟันซ้ำ รวมทั้งพบอัตราการเกิดอาการกำเริบขึ้นมาในช่วงของการนัดรักษาคลองรากฟัน (endodontic flare-ups) ในผู้ป่วยเบาหวานได้เป็น 2 เท่าของคนปกติ และมีแนวโน้มการเกิดโรคปริทันต์เพิ่มขึ้นด้วย แต่ไม่พบความแตกต่างของอัตราการเกิดรูเปิดทางหนองไหล (sinus tracts) บวม หรือขนาดของการทำลายเนื้อเยื่อรอบรากฟัน ระหว่างผู้ป่วยเบาหวานและคนปกติ อีกทั้งในฟันที่มีรอยโรคของเนื้อเยื่อรอบรากฟันก่อนรักษาคลองรากฟัน จะมีการหายของรอยโรครอบรากฟันช้ากว่าคนปกติ โดยต้องใช้ระยะเวลาในการติดตามผลมากกว่า 2 ปีจึงจะเห็นการหายของรอยโรครอบรากฟันเกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์ การศึกษาล่าสุดโดย Wang และคณะ พบว่า ฟันที่ได้รับการรักษาคลองรากฟันในผู้ป่วยเบาหวาน เมื่อติดตามผลในระยะยาวจะมีโอกาสที่ฟันซี่นั้นจะต้องถูกถอนมากกว่าคนปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0001$ ; OR = 1.8) นอกจากนี้การหายของโรคเนื้อเยื่อรอบรากฟัน ยังมีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคเบาหวาน โดยมีรายงานผู้ป่วย (case report) พบว่ารอยโรคของเนื้อเยื่อรอบรากฟัน

จะไม่หายถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการควบคุมโรคเบาหวาน และอาจมีขนาดของรอยโรคเพิ่มขึ้นถึงแม้จะได้รับการรักษาคลอกรากฟัน รวมถึงมีรายงานผู้ป่วยที่แสดงถึงผลของการควบคุมการอักเสบโดยการรักษาคลอกรากฟันมีส่วนลดระดับน้ำตาลในเลือด และลดปริมาณความต้องการฮอร์โมนอินซูลินของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีได้ โดยสันนิษฐานว่า ผลของการรักษาคลอกรากฟันสามารถลดระดับชีวพิษภายในกระแสเลือด (circulating endotoxin) ซึ่งส่งผลต่อการลดการหลั่งไซโตไคน์ (cytokine) เช่น อินเตอร์ลิวคิน-วัน อินเตอร์ลิวคิน-ซิกส์ และทูเมอร์เนโครซิส แฟคเตอร์-อัลฟา และเป็นผลให้ระดับของความต้านทานอินซูลินของเนื้อเยื่อเป้าหมายลดลงแต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาในเชิงทดลองทางคลินิกที่ยืนยันถึงผลของการรายงานผู้ป่วยนี้ ถึงแม้จะมีข้อมูลการศึกษาที่จำกัด และยังต้องการข้อมูลจากการศึกษาในเชิงทดลองทางคลินิกเพื่อยืนยันผลการรายงานผู้ป่วยในอนาคต แต่จากการทบทวนข้อมูลทั้งหมดทำให้เห็นถึงแนวโน้มของโรคเบาหวานที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อในและเนื้อเยื่อรอบรากฟันอย่างมากมาย ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มการเกิดพยาธิสภาพของเนื้อเยื่อในและเนื้อเยื่อรอบรากฟันเพิ่มขึ้น ตามระยะเวลาของการเป็นเบาหวาน รวมถึงโรคเบาหวานยังมีผลลดอัตราการหายของฟันภายหลังรักษาคลอกรากฟัน ซึ่งข้อมูลเหล่านี้สามารถใช้พิจารณาในการรักษาทางทันตกรรมให้กับผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้การรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย ข้อพิจารณาในการรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากในการรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยเบาหวานอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemic episode) ได้บ่อย ซึ่งจะเกิดเมื่อระดับฮอร์โมนอินซูลิน หรือยารักษาโรคเบาหวานที่ได้รับ เกินระดับที่ร่างกายต้องการ เช่น ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานอาหารเข้าแต่รับประทานยาปกติ ซึ่งจะมีอาการอย่างเฉียบพลัน โดยมีอารมณ์เปลี่ยนแปลง, ลดการตอบสนอง, หิว และอ่อนแรง ตามด้วยมีเหงื่อออก, พุดจาไม่รู้เรื่อง, ซึพจรเต้นเร็ว, ความดันต่ำ และอาจหมดสติไป ดังนั้นเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดกรณีฉุกเฉินในขณะที่รักษา ควรพิจารณาข้อกำหนดเหล่านี้ก่อนให้การักษาทางทันตกรรม

#### 1) ซักประวัติการตรวจร่างกาย

(1) ประวัติเกี่ยวกับระดับน้ำตาลในเลือดในปัจจุบัน, ความถี่ในการเกิดระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia), ประวัติการรักษาโรคเบาหวาน, ปริมาณและเวลาของการรับประทานยาโรคเบาหวาน เนื่องจาก ยาที่เราจะให้อาจไปมีผลเปลี่ยนแปลงการควบคุมระดับน้ำตาลโดยขัดขวางต่อฮอร์โมนอินซูลิน หรือกระบวนการสันดาปคาร์โบไฮเดรต (carbohydrate metabolism) เช่น ยาที่ทำให้เกิดผลลดระดับน้ำตาลในเลือด (hypoglycemic action) ได้แก่ salicylates, dicumerol, B-adrenergic blocker, monoamine oxidase inhibitors, sulfonamides และ angiotensin converting enzyme inhibitors

(2) ประวัติการใช้อยาที่ทำให้เกิดผลเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด (hyperglycemic action) ได้แก่ epinephrine, corticosteroids, thiazides, oral contraceptives, phenytoin, thyroid product และ calcium channel-blocking

2) ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการควบคุมระดับน้ำตาลอย่างดี สามารถให้การรักษาคลองรากฟันได้ตามปกติ แต่ควรคำนึงถึงการมีโอกาสการติดเชื้อได้ง่ายและแผลหายช้า ดังนั้นควรประเมินอย่างระมัดระวัง และรักษาโดยใช้หลักการกำจัดเชื้อในคลองรากฟันอย่างมีประสิทธิภาพ, ระวังเครื่องมือรักษาคลองรากฟันเกินปลายรากฟัน (over instrumentation) โดยเฉพาะในกรณีที่มีรอยโรครอบรากฟันก่อนการรักษา, ติดตามผลการรักษานานกว่าผู้ป่วยปกติ โดยทั่วไปควรมากกว่า 2 ปี และหลีกเลี่ยงการใช้ยาแอสไพริน (aspirin) และ สเตียรอยด์ (steroid) ร่วมในการรักษา

(1) ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้รับการควบคุมระดับน้ำตาล หรือมีโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น โรคหัวใจ, โรคไต อาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการวางแผนรักษาทางทันตกรรม ควรให้การรักษาเฉพาะที่จำเป็น (palliative treatment) และควรปรึกษาแพทย์ประจำตัวผู้ป่วยร่วมด้วย

(2) ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาโดยการศัลยกรรมปลายราก (endodontic surgery) อาจปรึกษาแพทย์ประจำตัวผู้ป่วย เนื่องจากอาจต้องได้รับการปรับขนาดของฮอร์โมนอินซูลิน หรือยารักษาโรคเบาหวานชนิดกิน รวมทั้งผู้ป่วยเบาหวานมักเสี่ยงต่อการติดเชื้อเฉียบพลัน (acute infection) จึงควรพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะร่วมทั้งก่อนและหลังการรักษา

(3) เมื่อมีอาการแทรกซ้อนเกิดขึ้นขณะให้การักษาทางทันตกรรม ควรให้ผู้ป่วยรับประทานน้ำตาล หรือน้ำหวานทันที ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถกลืนหรือหมดสติ ควรส่งพบแพทย์

(4) ช่วงเวลาในการรักษาทางทันตกรรมควรนัดรักษาในช่วงเช้า เนื่องจากเป็นช่วงที่มีระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) สูง ซึ่งฮอร์โมนคอร์ติซอลเป็นตัวเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือดลดโอกาสเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่รับการรักษาเบาหวานโดยการฉีดอินซูลินไม่ควรนัดเวลาที่ฮอร์โมนอินซูลินในร่างกายมีระดับสูง เนื่องจากจะทำให้มีโอกาเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

### 3) อาหาร

(1) ควรมั่นใจว่าผู้ป่วยรับประทานอาหารเช้าและยารักษาโรคเบาหวานมาปกติ เพราะถ้าไม่ได้รับประทานอาหารเช้าแต่ยังคงรับประทานยาควบคุมเบาหวานปกติ จะมีโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ง่าย 18

(2) การรักษาโดยศัลยกรรมปลายราก (endodontic surgery) อาจมีผลต่อการรับประทานอาหารเช้าของผู้ป่วย ดังนั้นควรมีการปรับขนาดของฮอร์โมนอินซูลินหรือยารักษาเบาหวาน โดยปรึกษาแพทย์ประจำตัวผู้ป่วยร่วมด้วย

โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลายประการ อีกทั้งยังมีอันตรายถึงชีวิตถ้าไม่ได้รับการควบคุมที่ดี การรักษาคอลงรากฟันนับเป็นการควบคุมการอักเสบ ซึ่งมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความต้องการฮอร์โมนอินซูลินของผู้ป่วยเบาหวานได้ ดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นทันตแพทย์จึงมีบทบาทสำคัญในการตรวจพบอาการและอาการแสดงทางช่องปากของโรคเบาหวานที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยในผู้ป่วย และดูแลควบคุมโรคในช่องปากร่วมกับทีมแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

#### 2.5.6 คุณภาพชีวิต Quality of life

คุณภาพชีวิตหรือ ย่อในภาษาอังกฤษว่า QOL/คิวโอแอล โดยทั่วไป หมายถึงภาวะความเป็นอยู่ที่ดี (Wellbeing) ทั้งของตนเอง (ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ) และของสังคม ทั้งนี้ครอบคลุมไปถึง ความปลอดภัย สิทธิ และเสรีภาพ ในทางการแพทย์ คุณภาพชีวิต หมายถึง สภาพร่างกาย และจิตใจที่มั่นคงแข็งแรง มีความพอใจ สุขใจ สุขกาย และมีความสุข ทั้งนี้คุณภาพชีวิตจะถูกคุกคามด้วยโรคและภาวะผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย

ปัจจุบัน เป้าหมายในการรักษาโรคและภาวะผิดปกติต่างๆ จะต้องประกอบด้วยทั้งการรักษาเพื่อการหายขาดจากโรคและเพื่อการคงคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ควบคู่ไปด้วยกันเสมอ อย่างไรก็ตามคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่ตรวจวัดได้ยาก ทั้งนี้ตัวตรวจวัดคุณภาพชีวิตมักเป็นเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับด้านจิตเวชและสังคม ซึ่งมีหลากหลายระบบ ขึ้นกับผู้ให้การประเมินจะพิจารณาว่า ระบบใด เหมาะสมกับเรื่องที่คุณจะศึกษา หรือประเมิน (พงทอง ไกรพิบูลย์, 2545)

ประเทศไทยมีเป้าหมายทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่สำคัญประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การมีอายุยืนยาวและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การที่ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงในทุกช่วงวัยทำให้มีอายุยืนยาวเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ซึ่งการมีอายุยืนยาวไม่เจ็บป่วยเป็นโรค เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากคุณภาพชีวิตประกอบด้วยสุขภาพในหลายด้านรวมกัน ได้แก่ สุขภาพด้านกายภาพ (physical health) สุขภาพด้านจิตใจ (mental health) สุขภาพด้านสังคม (social health) และภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (general health) โดยองค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามของ “สุขภาพ” ว่าไม่ใช่แต่เพียงการปราศจากโรค แต่หมายถึงการมีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งจะสอดคล้องกับนิยามของคุณภาพชีวิตที่กล่าวว่า “คุณภาพชีวิต” เป็นการรับรู้ความพึงพอใจและสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (The WHOQOL group, 1994 อ้างถึงใน วรรณภา กุมารจันทร์, 2543) โดยทั่วไปแล้วบุคคลที่มีสุขภาพที่สมบูรณ์ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ



2.5.6.1 สุขภาพทางกาย (Physical Health) คือ มีสภาพร่างกายที่ดี ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และมีการพัฒนาที่เหมาะสมกับวัย สังเกตได้จากการที่บุคคลนั้นมีความสมบูรณ์แข็งแรง ระบบและอวัยวะทุกส่วนทำงานได้ดีมีประสิทธิภาพ ร่างกายมีสมรรถภาพสูง สามารถทำงานได้นานๆ โดยไม่เหน็ดเหนื่อย การนอนและการพักผ่อนเป็นไปตามปกติ ผิวพรรณผุดผ่อง รูปร่างทรวดทรงสมส่วน เป็นต้น

2.5.6.2 สุขภาพทางจิต (Mental Health) คือ มีสภาพจิตปกติ สามารถปรับตัวให้เข้ากับบรรยากาศของสังคมได้ทุกระดับชั้น สามารถควบคุมอารมณ์ได้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งผู้มีสุขภาพจิตดี ย่อมมีผลมาจากสุขภาพกายที่ดีด้วย หรือคำกล่าวที่ว่า “จิตใจที่แจ่มใส ย่อมอยู่ในร่างกายที่สมบูรณ์”

2.5.6.3 สุขภาพทางสังคม (Social Health) คือ การมีสภาพของความเป็นอยู่หรือการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่ทำให้ผู้อื่นหรือสังคมเดือดร้อน สามารถเข้ากับบุคคลและชุมชนได้ทุกสถานะอาชีพ ไม่เป็นคนถือตัว ไม่เป็นคนเอาเปรียบบุคคลอื่น เป็นที่เคารพรักและเป็นที่ยอมรับของคนทั่วไป ส่วนคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นประกอบด้วย 4 ด้านคือ

1) ด้านร่างกาย ได้แก่ โครงสร้างทางร่างกายและสุขภาพร่างกายรวมถึงด้านบุคลิกภาพ

2) ด้านจิตใจ ได้แก่ สภาพจิตใจและสุขภาพจิต รวมถึงด้านคุณธรรมและจริยธรรม

3) ด้านสังคม ได้แก่ สถานะทางสังคม ยศ ตำแหน่ง เกียรติยศชื่อเสียงการยอมรับนับถือ รวมถึงการมีมนุษยสัมพันธ์กับผู้อื่นด้วย

4) ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ สถานะทางเศรษฐกิจการเงินและรายได้ที่มั่นคง จากองค์ประกอบของชีวิตเหล่านี้ ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามลักษณะกฎของธรรมชาติ คือ มีการเกิด มีแก่ มีเจ็บ และมีการตายจากไป จึงทำให้มนุษย์เกิดความต้องการด้านต่างๆ ที่จะเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อมุ่งความสำเร็จให้แก่ตนเองสืบต่อไป เมื่อนำเรื่องสุขภาพมาพิจารณาประกอบกับเรื่ององค์ประกอบของคุณภาพชีวิตแล้วจะพบว่า องค์ประกอบของการมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ดังนั้น การพัฒนาตนเองเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงควรพัฒนาสุขภาพในด้านร่างกาย ได้แก่ การให้ความสำคัญกับสุขภาพ การบริโภคอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ การพักผ่อนให้เพียงพอ การออกกำลังกายเป็นประจำ เพื่อสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ การพัฒนาทางด้านอารมณ์ ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดี รู้จักควบคุมอารมณ์ การทำงานอดิเรกที่ชื่นชอบ การเข้าร่วมกิจกรรมสันทนาการ การฝึกสมาธิ การพัฒนาทางด้านสังคม อันได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนๆ หรือจากหน่วยงานต่างๆ ที่จัดขึ้น การใช้เวลาว่างบำเพ็ญประโยชน์เพื่อชุมชน การปฏิบัติตนโดยยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม และการพัฒนาทางด้านสติปัญญา ได้แก่ การเพิ่มทักษะทางด้านความรู้ให้กับตนเอง การเข้ารับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในด้านต่างๆ การศึกษาข้อมูลด้วยตนเองจากสื่อสารสนเทศ รวมไปถึงการหัดสังเกตและติดตามการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม (อรรธวรรณ น้อยวัฒน์, 2555)

## 2.6 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

### 2.6.1 ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

องอาจ นัยวัฒน์ (2548) ได้สรุปความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ว่า คือ การวิจัยที่ทำโดยนักวิจัยและคณะบุคคลที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน องค์กรหรือชุมชน โดยมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อนำผลการศึกษาวิจัยที่ค้นพบหรือสรรค์สร้างขึ้นไปใช้ปรับปรุงแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานได้อย่างทันต่อเหตุการณ์ สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ต้องการแก้ไข รวมทั้งกลมกลืนกับโครงสร้างการบริหารงาน ตลอดจนบริบททางด้านสังคมและวัฒนธรรม และด้านอื่นๆ ที่สิ่งแวดล้อมหรือเกิดขึ้นในสถานที่เหล่านั้น

กิตติพร ปัญญาภิบาล (2549) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึงการศึกษา ค้นคว้าอย่างมีระบบถึงการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานเอง เพื่อเข้าใจดีขึ้น หรือแก้ปัญหาเกี่ยวกับงานที่ทำอยู่ มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ซึ่งได้จากการรวบรวมการร่วมมือ การสะท้อนตนเองและการใช้วิจารณ์ญาณประกอบภายใต้กรอบจรรยาบรรณที่ยอมรับกัน

สมนึก ปฏิพานนท์ (2550) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการวิจัยที่มุ่งจะนำหลักการของวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้เพื่อแก้ปัญหาในสภาพการณ์เฉพาะ เน้นการวิจัยที่ง่ายไม่สลับซับซ้อน และนำไปใช้ในการแก้ปัญหาในการทำงานจริงๆ

Lewin (1946 อ้างถึงใน ยาใจ พงษ์บริบูรณ์, 2537) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การวิจัยที่ใช้กระบวนการศึกษาในลักษณะกลุ่มรวมกันทำงานและตัดสินใจ อย่างมีพันธะต่อกัน เพื่อมุ่งมันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และใช้การปฏิบัติการ 3 ขั้นตอน คือการวางแผน การปฏิบัติการ และการสะท้อนผลการปฏิบัติ

Dick, B. (2000 อ้างถึงใน สุวิมล ว่องวานิช, 2551) กล่าวว่า การวิจัยปฏิบัติการประกอบด้วยวิธีวิทยาการการวิจัยที่ทำให้เกิดผลของการปฏิบัติ และผลของการวิจัย ในเวลาเดียวกัน โดยมีขั้นตอนการวิจัยที่เป็นวงจรต่อเนื่อง ประกอบด้วยผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการ ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นข้อความที่เป็นภาษามากกว่าตัวเลข นอกจากนี้ยังมีการสะท้อนผลซึ่งครอบคลุมทั้งส่วนที่เป็นกระบวนการและผลลัพธ์ การวิจัยปฏิบัติการจึงเป็นกระบวนการที่มีความยืดหยุ่น ตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ ทั้งนี้ Dick มีความเห็นว่าการวิจัยปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่มีการสร้างสมมติฐานการวิจัยจากข้อมูลที่รวบรวมได้ระหว่างการทำวิจัย และสามารถใช้กระบวนการดังกล่าวเป็นเครื่องมือสำหรับการวิจัยนำร่อง การนำไปใช้เป็นเครื่องมือวินิจฉัยจุดบกพร่องต่างๆ หรือใช้เพื่อการประเมินผล

ผู้วิจัยขอสรุปว่า ความหมายของ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การหาวิธีการแก้ปัญหา อย่างมีระบบ เพื่อแก้ปัญหาในสถานการณ์เฉพาะ รวมถึงการหาวิธีปฏิบัติงานที่ดีขึ้น โดยมีขั้นตอนการทำงานเป็นวงจรต่อเนื่อง 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การวางแผนกลยุทธ์ (2) นำแผนไปปฏิบัติ (3) การสังเกต (โดยมีการประเมินตนเอง) และ (4) การสะท้อนผลเชิงวิพากษ์จากตนเองและเพื่อนร่วมงาน และนำผลที่ได้ไปปรับแผนเข้าสู่วงจรใหม่จนกว่าจะได้ข้อสรุปที่แก้ไขปัญหาได้จริง หรือพัฒนาสภาพการณ์ของสิ่งที่ศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ จุดประสงค์สำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ เพื่อการปรับปรุง เปลี่ยนแปลง แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ในการปฏิบัติงาน เพื่อเสาะแสวงหาแนวทาง และวิธีการที่เหมาะสมกับสภาพการณ์ และเปลี่ยนแปลงแนวคิดในเชิงทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติจริง

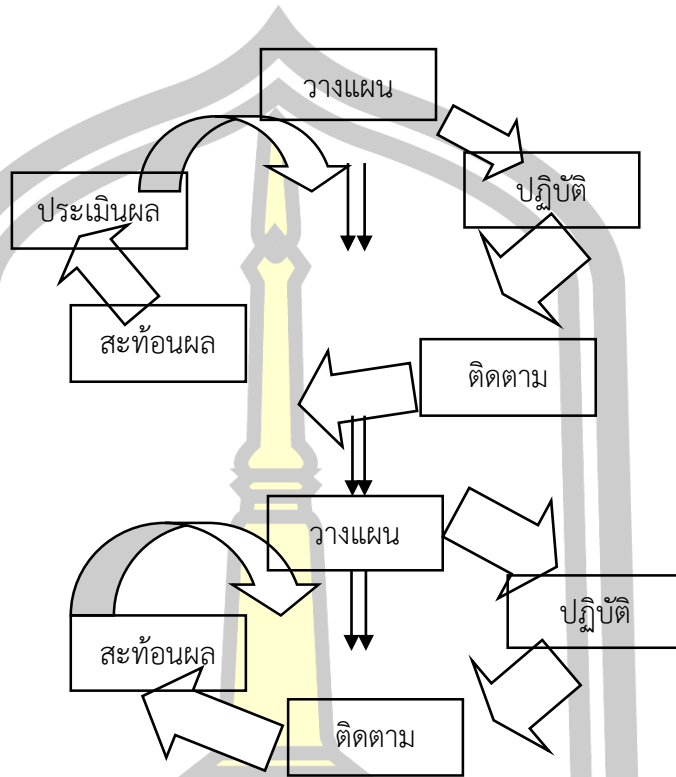
### 2.6.2 กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการหรือขั้นตอนของการดำเนินการเชิงปฏิบัติการ มีผู้เสนอความเห็นไว้หลากหลาย ซึ่งโดยส่วนใหญ่จะเป็นกระบวนการที่เป็นระบบและต่อเนื่องดัง เช่น (ประวิต เอราวรรณ์, 2542) ได้อธิบายกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน คือ 1. การสำรวจสภาพ การปฏิบัติงาน (Reconnaissance) 2. การวางแผน (Planning) 3. การลงมือปฏิบัติ (Action) 4. การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

เลวิน (Lewin, 1946) นักจิตวิทยาสังคม ได้อธิบายว่า วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ วางแผน (Plan) ปฏิบัติ (Action) สังเกต (Observe) และสะท้อนผล (Reflect) ซึ่งวงจรนี้มีลักษณะเหมือนขดลวด (Spiral circler) (Kemmis, 1996) ดังมีรายละเอียดดังนี้

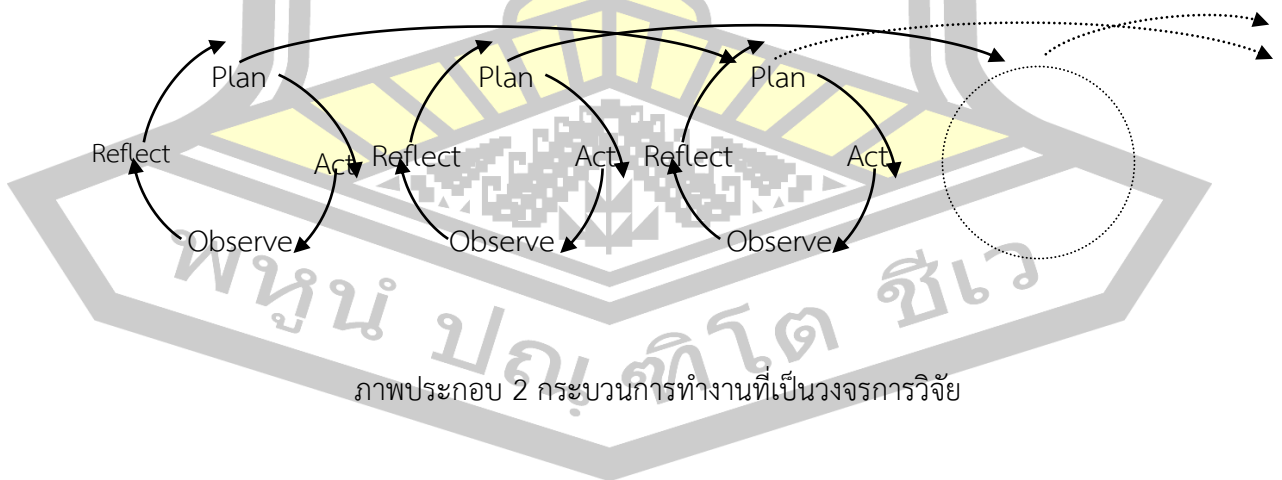
1. การวางแผน เป็นการมองไปข้างหน้า การทำนายหรือคาดการณ์ข้างหน้าว่าจะทำอะไรบ้าง กิจกรรมที่เลือกมากำหนดเป็นแผนจะได้รับคัดเลือกแล้วว่ามีความเหมาะสม
2. การปฏิบัติ เป็นการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ การควบคุมดำเนินงานเป็นอย่างดี เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดในทางปฏิบัติ
3. การสังเกต เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกต มีการบันทึกปฏิบัติงานไว้เป็นหลักฐาน ผู้สังเกตจะต้องมีคุณสมบัติพิเศษในการรับรู้นอกเหนือจากการปฏิบัติ ข้อมูลที่ได้จากสังเกตจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ดังนั้น การสังเกตเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ใช้ควบคู่กับการปฏิบัติจริง
4. การสะท้อนผล เป็นขั้นตอนสุดท้าย ที่นำผลจากการปฏิบัติและการสังเกตมา รวบรวมวิเคราะห์ผลดี ผลเสีย สรุปผล สะท้อนข้อมูลย้อนกลับไปสู่การวางแผนดำเนินการครั้งถัดไป ซึ่งวนกลับไปสู่วงจรการปฏิบัติอีกครั้งหนึ่ง (ดังภาพประกอบในแผนภูมิที่ 3 วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคิร์ตเลวิน (Kurt Lewinus action research cycle))

วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคิร์ท เลวิน (Kurt Lewinus action research cycle)



ที่มา: Kemmis (1996)

ภาพประกอบ 1 วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคิร์ท เลวิน



ภาพประกอบ 2 กระบวนการทำงานที่เป็นวงจรวิจัย

จากภาพประกอบ 2 การวิจัยมีกระบวนการทำงานที่เป็นวงจรการวิจัยแบบขดลวดตามแนวคิดดั้งเดิมที่เสนอโดย (Kemmis, 1988) ดังปรากฏในภาพประกอบ 1 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการมี 4 ขั้นตอน คือ

1. การวางแผนหลังจากที่วิเคราะห์และกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข (Plan)
2. การปฏิบัติตามแผนที่กำหนด (Act)
3. การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน (Observe) และ
4. การสะท้อนผลหลังจากการปฏิบัติงานให้ผู้ที่มีส่วนร่วมได้วิพากษ์วิจารณ์ ซึ่งนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานต่อไป (Reflect)

วงจรการวิจัยปฏิบัติการนี้เรียกละเอียดว่า วงจร PAOR จากแนวคิดในข้างต้น ผู้วิจัยขอสรุปว่า กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นวางแผน (plan) ขั้นปฏิบัติ (action) ขั้นสังเกต (observe) และขั้นสะท้อนผล (reflect) ซึ่งมีความต่อเนื่องเป็นวงจรหมุนวนไปจนกว่าจะบรรลุเป้าหมาย โดยมีขั้นสะท้อนผล (reflect) เป็นจุดตัดสินใจในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ แนวคิดของ Kemmis เพื่อเป็นรูปแบบที่มีกระบวนการเคลื่อนไหวหมุนไม่หยุดนิ่งในลักษณะของเกลียวสว่านของ 4 จุดสำคัญคือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล เพื่อนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เพื่อการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

## 2.7 งานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยในประเด็นผู้สูงอายุและบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวมีนักวิจัยหลายคนให้ความสนใจและได้ศึกษาไว้ที่สามารถสืบค้นได้ดังนี้

กนกวรรณ นิสกุลธร (2550) รายงานการศึกษาที่ได้มีการติดตามและเฝ้าสังเกตสนับสนุนว่าโรคปริทันต์อักเสบรุนแรง จะเพิ่มความเสี่ยงให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัดจากการศึกษาทางคลินิกถึงผลการรักษาโรคปริทันต์อักเสบและผลของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องดังกล่าวเพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน และปริทันต์อักเสบต่อไป

วิษชุดา เนตตกุล (2551) รายงานการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ว่าผู้ป่วยเบาหวานทุกคนมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และแนวทางการดูแลตนเอง เพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติ โดยปัจจัยที่ทุกคนมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และแนวทางการดูแลตนเอง เพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ขึ้นอยู่กับการสนับสนุนจากครอบครัว หรือคนใกล้ชิด ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รู้เรื่องโรคในช่องปาก และความสัมพันธ์ระหว่างโรคเบาหวาน กับการเป็นโรคปริทันต์ จึงควรจัดกิจกรรมส่งเสริม

ทันตสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่องจริงจัง ให้ผู้ป่วยเบาหวานได้เรียนรู้ และตระหนักถึง การดูแลสุขภาพช่องปากตนเองที่ถูกต้องต่อไป

ชญาณิศ เขียวสด และคณะ (2553) มีผลการศึกษาที่พบปัจจัยสู่ความสำเร็จของงานวิจัย นี้เกิดจากการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาของผู้แทน ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องของพื้นที่ ดำเนินการวิจัยทั้ง 8 ตำบล ผลลัพธ์ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ เกิดมีนวัตกรรมการดำเนินงานส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่เขตการสาธารณสุขที่ 10 และ 12 ซึ่งสามารถใช้เป็นแหล่งศึกษาแลกเปลี่ยน เรียนรู้เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีสภาพการณ์ผู้สูงอายุ วิถีชีวิต และบริบทของพื้นที่ที่ใกล้เคียง กันได้ต่อไป ดังนี้

1. เกณฑ์มาตรฐานการพัฒนาตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว
2. ตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ด้วยการบูรณาการความ

ร่วมมือของชุมชน

วชิราพรรณ เทพิน (2553) รายงานการศึกษาที่เชื่อมโยงของการดูแลช่องปากกับการ เป็นโรคเบาหวาน เพื่อวางแนวทางการดูแลและรักษา ลดอาการเสี่ยง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่อาจ เกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยเบาหวานจากการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่ถูกต้อง พบว่ามีเกิดช่องว่างที่สำคัญใน เรื่องความรู้ของการเชื่อมโยงระหว่างโรคในช่องปากและการป่วยเป็นเบาหวาน นั้นแสดงให้เห็นว่ามี ความจำเป็นต้องเพิ่มความรู้ให้กับผู้ที่ต้องไปดูแลสุขภาพช่องปากกลุ่มคนที่เป็นโรคเบาหวาน ไม่ว่าจะ เป็นระดับ แพทย์ผู้รักษา ไปจนถึงผู้ดูแลที่บ้าน เพื่อช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

สุธา เจียรณณีโชติชัย และคณะ (2553) ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการทันตสุขภาพใน กลุ่มผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ควรกำหนดบริการทันตสุขภาพผู้สูงอายุโดยบูรณาการใน นโยบายสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งสนับสนุนให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแล อนามัยช่องปากตนเอง การกระจายทันตบุคลากรให้ครอบคลุมหน่วยบริการระดับตำบล และสร้าง ระบบส่งต่อจากบริการโดยภาคประชาชนไปยังภาครัฐ เพื่อการบริการทั้งระบบอย่างครบวงจร ตลอดจนพัฒนาระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เพื่อประกอบการพิจารณากำหนดนโยบายเพื่อการดูแล ทันตสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

ขจร กังสตาลพิภพ (2555) รายงานผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 81.7 ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นโรคปริทันต์อักเสบ และจัดอยู่ในระดับรุนแรงร้อยละ 10.5 พบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 17.1 จากการวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่า โรคปริทันต์อักเสบมีความสัมพันธ์กับค่าระดับน้ำตาล ในเลือดที่สูงกว่ามาตรฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มที่ มีโรคปริทันต์อักเสบ สูงกว่ากลุ่มไม่เป็นโรคปริทันต์อักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ไม่พบ ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือกระหว่างแต่ละระดับความ รุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบ นอกจากนี้ เมื่อวิเคราะห์ในกลุ่มไม่เป็นโรคเบาหวาน พบว่า โรคปริทันต์

อีกเสบรุนแรง มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า ไม่เป็นโรคปริทันต์อีกเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) จากการวิเคราะห์สรุปได้ว่า โรคปริทันต์อีกเสบรุนแรง และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดมีแนวโน้มสูงขึ้น ตามความรุนแรงของโรคปริทันต์อีกเสบ ทั้งนี้ ควรมีการศึกษาไปข้างหน้าในระยะยาวต่อไป ถึงความสัมพันธ์ลักษณะสองทาง ของโรคปริทันต์อีกเสบ และโรคเบาหวาน

ธิดา รัคนวิไลศักดิ์ (2555) ได้ศึกษาสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งเป็นหนึ่งในกลุ่มเป้าหมายของการจัดบริการสุขภาพช่องปากของไทยในปัจจุบัน จากแนวโน้มผู้ป่วยเบาหวานที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้ป่วยเบาหวานอำเภอเมืองบุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 558 คนมีอายุระหว่าง 26-93 ปี อายุเฉลี่ย  $59.0 + 10.7$  ปี ในรอบปีที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างมีการไปใช้บริการ ด้านทันตสุขภาพ ร้อยละ 30.1 ใช้บริการชุดหินน้ำลาย ร้อยละ 12.6 ผู้ที่ตลอดช่วงชีวิตไม่เคยชุดหินน้ำลาย มีร้อยละ 58.7 วิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติก พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ปัจจัยเชิงบวก ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ระดับที่อยู่ได้สบาย ( $OR=4.2, 95\%CI=1.4-12.3$ ) ระดับพ่อยุได้ ( $OR=3.4, 95\%CI=1.2-9.04$ ) การมีทันตแพทย์ที่รักษา/ให้คำปรึกษาประจำ ( $OR=2.4, 95\%CI=1.6-3.7$ ) และการมีความเจ็บปวดไม่สบายในช่องปาก ( $OR= 1.7, 95\% CI=1.1-2.4$ ) ปัจจัยเชิงลบ ได้แก่ การมีโรคประจำตัว/โรคแทรกซ้อน ( $OR=0.5, 95\% CI= 0.3-0.8$ ) นอกจากนี้การศึกษาเชิงคุณภาพพบปัจจัยอื่นที่สัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรม ได้แก่ การให้ความสำคัญ และตระหนักถึงความจำเป็น ไม่รอการไปรับบริการเมื่อปวดฟันหรือฟันโยกมากจนทนไม่ไหวเท่านั้น ความกลัว การรับรู้อุปสรรค และข้อจำกัดในการรักษาผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

พรทิพย์ สวงนพันธุ์, ฐิติพร ศิริบุรานนท์ (2556) นำเสนอรายงานการวิจัย ที่พบว่าโรงพยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้านทันตสุขภาพได้ และควรส่งเสริมให้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยด้านทันตสุขภาพเพิ่มขึ้น อีกทั้งควรนำผลการศึกษาที่ได้มากำหนดยุทธศาสตร์ นโยบาย แผนพัฒนางาน แนวทางปฏิบัติโครงการ และแบบแผนการดำเนินงานสุขศึกษา เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมทันตสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานให้มีสุขภาพช่องปากดีและดำเนินการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ยุพมาศ บุรณ์ชวาล (2556) ได้ศึกษาถึงระบบการฟื้นฟูระบบการบดเคี้ยว การพูด-การออกเสียง ความสวยงาม และความมั่นใจในการเข้าสังคม ที่มีผลกระทบและสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัจนกร ธรรมวณิชย์ และคณะ (2556) ได้ศึกษาความรู้ด้านทันตสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ทางด้านทันตสุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวานเพียงอย่างเดียวอาจจะไม่ส่งผลถึงสภาวะความพร้อมของผู้ป่วยเบาหวานที่จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีสุขภาพช่องปากที่ดี

ได้ จึงควรให้ความสำคัญกับการสร้างความตระหนักให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและเห็นความสำคัญของการดูแลทันตสุขภาพควบคู่ไปด้วย

วังนักร ธรรมวณิชย์ และคณะ (2556) ได้มีการศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ มีผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวานเพียงอย่างเดียว อาจจะไม่ส่งผลถึงสภาวะความพร้อมของผู้ป่วยเบาหวานที่จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีสุขภาพช่องปากที่ดีได้ จึงควรให้ความสำคัญกับการสร้างความตระหนักให้เกิดทัศนคติที่ดี ความเข้าใจที่ถูกต้อง และเห็นความสำคัญของการดูแลทันตสุขภาพควบคู่ไปด้วย

สิทธิเดช สุขแสง และคณะ (2556) ศึกษาเรื่องปัญหาสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (Quality of life) อย่างชัดเจน หากสุขภาพช่องปากดี และการมีปัญหาแล้วได้รับการแก้ไข ผู้สูงอายุก็จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่เหลืออยู่

อนงค์ ผุดผ่อง (2556) รายงานการจัดกลวิธีส่งเสริม ป้องกันด้านทันตสุขภาพ และการแก้ไขปัญหาการสูญเสียฟันของผู้สูงอายุ ที่ช่วยลดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ดีถึงดีมาก ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากสภาวะในช่องปากไม่รุนแรงมากนัก ซึ่งผลกระทบนี้มีความสัมพันธ์กับจำนวนความถี่ ในการทำความสะอาดช่องปาก จำนวนฟัน ที่มีในปาก และจำนวนฟัน คู่สบในฟันหลัง

จากการศึกษาของ Ira, B. Lamster et al (2014) ได้สรุปความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตได้อย่างครบถ้วน สามารถใช้เป็นตัวชี้วัดควบคู่ไปกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพโดยนักบริหารสุขภาพ Caregiver

Wändell (2015) ได้ศึกษารายงานการวิจัยเป็น systematic review งานวิจัยในประเทศสวีเดนและฟินแลนด์ โดยเฉพาะด้านความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและผู้ป่วยเบาหวานในระดับปฐมภูมิ สามารถสรุปถึงผลกระทบของผู้ป่วยเบาหวานว่าคุณภาพชีวิตมีความเกี่ยวข้องกับประเด็นสุขภาพทุกระบบทั้งหมด

Gift & Redford (1992) รายงานเรื่องการรักษาเบื้องต้นจะเป็นแนวทางป้องกันที่ดีที่สุดที่จะช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาช่องปาก มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้บอกเพียงแค่ว่าสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กัน ต้องทำการศึกษาระยะยาว ต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบถึงแนวทางการดูแล และการส่งเสริมสุขภาพให้คนเข้าใจสภาวะช่องปากตนเอง

Langa et al (2001) การศึกษาการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานอย่างเดียวและมีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย โดยผู้ดูแลหรือนักบริหารสุขภาพ เพื่อศึกษาในการดูแลทั้งเรื่องค่าใช้จ่ายเวลาที่ต้องใช้ในการดูแล รวมไปถึงรายจ่ายที่ต้องจ่ายให้กับกร้างผู้ดูแลเป็นรายชั่วโมง ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องมีผู้ดูแลในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันเพื่อให้มีสุขภาพชีวิตที่ดี โดยการดูแลผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานผู้ดูแลต้องใช้เวลา ประมาณ 6 ชั่วโมง/สัปดาห์ในการดูแล แต่ถ้ามีภาวะแทรกซ้อนต้องใช้เวลา 10 ชั่วโมง/ สัปดาห์ มากไปกว่านั้นถ้ามีความจำเป็นจำเป็นต้องรักษาด้วยยาฉีดอินซูลินต้องใช้เวลาในการดูแลถึง 14 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ผู้ป่วยเบาหวานทั้งที่มีภาวะแทรกซ้อนและ



ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำเป็นต้องพึ่งพิงผู้ดูแลเพื่อช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นหมายรวมไปถึงสุขภาพช่องปากทั่วไปที่ต้องได้รับการประเมิน และให้คำแนะนำ

Kenneth M. Langa (2002) ได้ทำการศึกษาวิจัยในสหรัฐอเมริกาเรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ที่มีการใช้เวลาทำงาน 10.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ในขณะที่ดูแลผู้สูงอายุทั่วไปใช้เวลาทำงานเฉลี่ย 6.1 ชั่วโมง แสดงให้เห็นว่านักบริบาลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว โดยเฉพาะโรคเบาหวานจะมีภาระงานที่มากกว่า ซึ่งอาจจะแตกต่างกันที่คุณภาพและรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ซึ่งก็จะส่งผลกระทบต่อถึงคุณภาพชีวิต (Quality of life) ที่แตกต่างกัน

Laiteerapong et al (2011) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประเด็นผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมีความสัมพันธ์ในเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้น หากสุขภาพช่องปากไม่ดี ย่อมจะก่อให้เกิดความง่ายต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือมีภาวะเสี่ยงจะเกิดความรุนแรงของอาการต่าง ๆ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานย่อมมีโอกาสที่จะไม่ดีขึ้น ซึ่งมีความจำเป็น ที่จะต้องหาวิธีการดูแล เพื่อให้ช่วงชีวิตที่ดำเนินอยู่เป็นช่วงชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือนักบริบาลสุขภาพ (caregiver) จึงน่าจะเป็นทางเลือกในการดูแล สุขภาพ การติดตาม ประเมิน สุขภาพ และให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้สูงอายุ มีสุขภาพช่องปากที่ดี ไม่รุนแรง หรือสูญเสียฟันเพิ่มขึ้น

Deborab et al (Wändell, 2015 cited in Deborab et al, 2013) ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต (Quality of life) และสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลงานวิจัยสนับสนุนว่าถ้าผู้ป่วยมีอนามัยในช่องปากไม่ดี (poor oral hygiene) และถ้าดูแลสุขภาพช่องปากไม่ดีมีผลที่สัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีมาก ๆ จึงเสนอกลวิธีที่จะให้มีระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยนักบริบาลผู้สูงอายุเพื่อให้ช่วงชีวิตที่ดำเนินอยู่เป็นช่วงชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

Eve Wittenberg & Lisa A. Prosser (2013) รายงานการทบทวนวรรณกรรมที่มีคนเคยศึกษา ในปี 2012 เกี่ยวกับเรื่องของการข้อเสียของการเจ็บป่วยสำหรับผู้ดูแลและครอบครัว พบว่ามี 15 การศึกษาที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ และการเจ็บป่วยที่มีผลกระทบต่อคนในครอบครัว คือ ความผิดปกติในวัยเด็ก โรคของผู้สูงอายุ โรคที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกายลำบาก เช่น ข้อเสื่อม รวมไปถึงการเป็นโรครุนแรงในระยะสุดท้าย เช่น มะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง และการดูแลผู้สูงอายุ ตาย ในครอบครัว แต่ไม่สามารถประเมินได้ถึงผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจ สังคม หรือการะอย่างอื่น ๆ ได้ เนื่องจากข้อจำกัดของงานวิจัยที่มีการใช้เครื่องมือที่ต่างกันจึงทำให้ไม่สามารถประเมินผลกระทบเปรียบเทียบได้ การมีคนในครอบครัวป่วย ไม่ว่าจะเป็นเด็กที่มีความผิดปกติ หรือผู้สูงอายุที่มีโรค มีความยากลำบากในการเคลื่อนไหว หรือแม้กระทั่งอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ล้วนแล้วแต่มีผลกระทบต่อคนที่เป็นผู้ดูแล หรือคนในครอบครัวทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็น กระทั่งทางการเงิน เวลา และการดำเนินชีวิต เพราะฉะนั้นการบริหารจัดการที่ดี ผู้ดูแลที่มีความรู้เพียงพอ สามารถที่จะรับมือและ

จัดการกับปัญหาของโรคที่เกิดขึ้นกับคนในครอบครัวได้ จะเป็นการช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งต่อตนเองและส่วนรวมได้

Parsons (2013) รายงานการศึกษาที่ทดลอง ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 13 ราย โดยประเมินความรู้ก่อนหลังการให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า การดูแลสุขภาพช่องปากจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแล และการช่วงเหลือเบื้องต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ทั้งร่างกาย และจิตใจ ไม่เกิดความวิตกกังวลในเรื่องสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ คนที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุทุกคนจำเป็นต้องมีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก

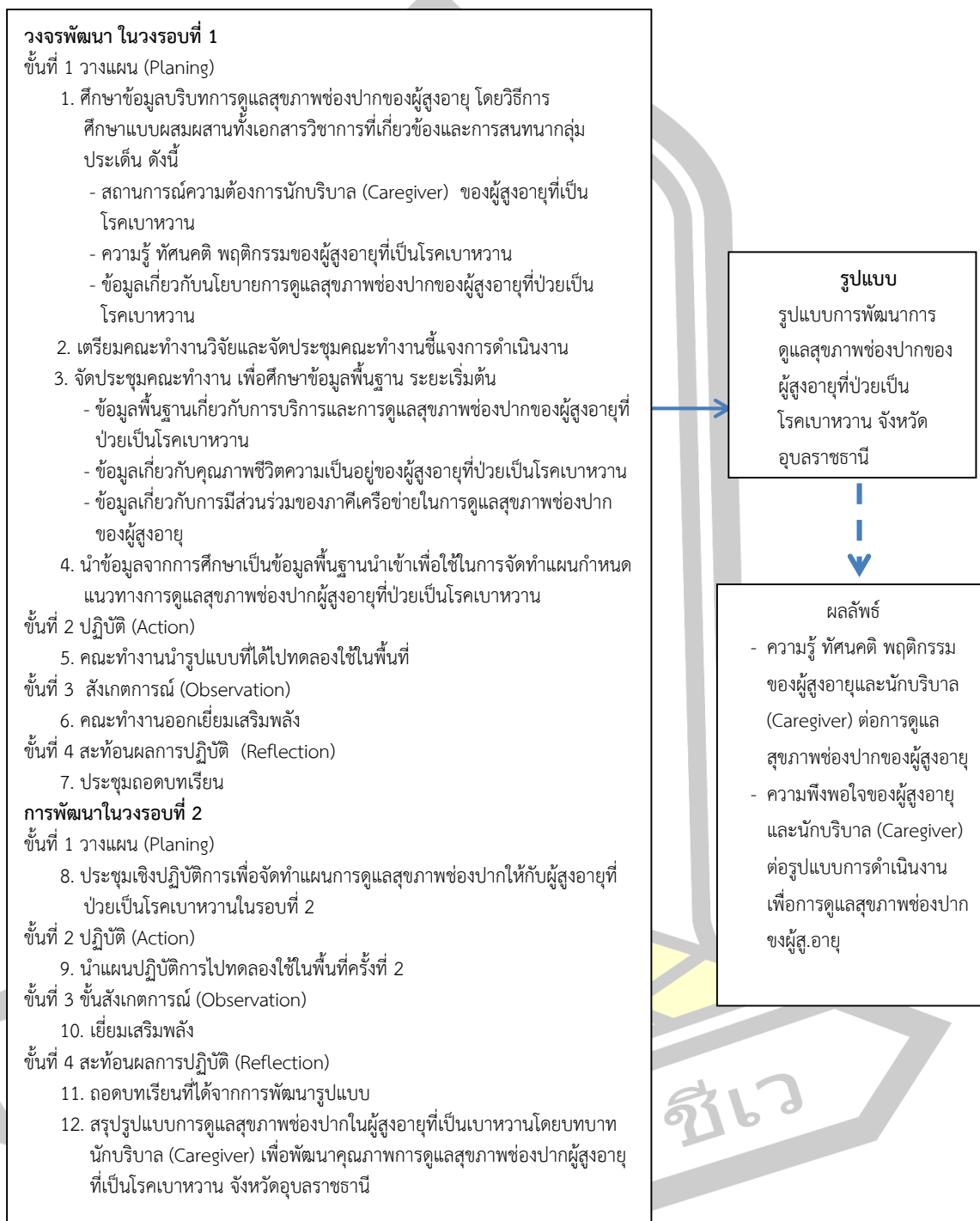
Turk et al (2013) ได้ศึกษาและรายงานวิจัยในประเทศสโลวีเนียถึงผลกระทบของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ควรได้รับคำแนะนำในด้านการดูแลตนเองให้เหมาะสม

Matthew & Ehizele (2015) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยทางชีวสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเรื่องพฤติกรรมดูแลสุขภาพ พบว่า ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อยและความเครียด ความรู้ ทักษะคิด รวมไปถึงความเชื่ออำนาจภายในตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของผู้ดูแล การให้ความรู้ผู้ดูแลสุขภาพ เพื่อเพิ่มความเชื่ออำนาจภายในตนเอง รวมไปถึงการปรับทัศนคติ และการลดภาวะเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุจะเป็นการช่วยให้พฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในผู้ดูแลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

Muoz et al (2015) มีการศึกษาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลในประเด็นสถานะและการสนับสนุนทางสังคม เพื่อประเมินการรับรู้ถึงความเข้าใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยศึกษาภาคตัวขวางในผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 50 คิดว่าการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นภาระ ซึ่งผู้ดูแลที่คิดว่าผู้สูงอายุเป็นภาระคิดว่าเป็นภาระมากถึงร้อยละ 30 มีเพียงร้อยละ 20 คิดว่าเป็นภาระเล็กน้อย ส่วนการรับรู้เรื่องการสนับสนุนทางสังคมพบว่า อยู่ในระดับต่ำ สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุรับรู้ว่าการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นภาระมาก แต่การสนับสนุนทางสังคมต่ำ การรับรู้ของผู้ดูแลเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็นมากในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ถ้ามีการรับรู้ที่ดี ไม่ว่าจะเป็นเรื่องภาระ และการสนับสนุนทางสังคม ถ้าสอดคล้องกันจะทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเข้าใจในการดูแล และลดภาระที่เป็นอยู่ได้ เพราะฉะนั้นการให้ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุในเรื่องที่จำเป็น ไม่ว่าจะเป็นการดูแลกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา การรับประทานอาหาร หรือ รวมไปถึงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างอื่น ๆ จะช่วยลดภาระและเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ดีอย่างหนึ่งสำหรับการทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

Shiue & Sand (2016) ได้ทำการสำรวจสุขภาพของ Welsh Health Survey ปี 2013 ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและไม่มีโรคเรื้อรัง โดยสัมภาษณ์การดำเนินชีวิตการดูแลสุขภาพ รวมไปถึงคุณภาพชีวิตพบว่า ผู้ดูแลที่ผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่ม มีข้อจำกัดในเรื่องประสบการณ์ของการดูแลทางร่างกาย การดูแลเรื่องความปวด รวมไปถึงปัญหาทางอารมณ์ การเพิ่มความรู้และฝึกประสบการณ์ในการดูแลเป็นเรื่องที่จำเป็นและสำคัญในการทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

## 2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยบทบาทนักบริบาล (Caregiver) ส่วนทฤษฎีเบื้องต้นที่ผู้วิจัยใช้เพื่อทำความเข้าใจบริบททางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน คือทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self care) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการดูแลที่เฉพาะเจาะจงตามปัญหาที่ผู้สูงอายุต้องการ โดยเริ่มจากคนในครอบครัว เพราะแรงสนับสนุนทางสังคมจากคนในครอบครัวช่วยให้ลดภาวะเครียด และส่งผลต่อการปรับตัวอย่างถูกวิธี ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยแรงสนับสนุนดังกล่าวเกิดขึ้นได้จากหลายบุคคล เช่น พ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน เป็นต้น (House, 1985) เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ถ้ามีแนวทางและผู้ดูแลคอยสอน ให้คำแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ซึ่งกรอบแนวคิดอธิบายถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผู้ดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ได้แก่ ความต้องการในการดูแล ความรู้ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ รวมไปถึงบุคคลในครอบครัวที่สนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการดังกล่าวพัฒนาขึ้นภายใต้ รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยบทบาทนักบริบาล (Caregiver) เป็นกรอบในการวิจัยในครั้งนี้



## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### 3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยบทบาทนักบริบาล (Caregiver) จังหวัดอุบลราชธานี

#### 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

##### 3.2.1 กลุ่มตัวอย่างในกระบวนการวิจัย ประชุมเชิงปฏิบัติการ

พื้นที่พัฒนารูปแบบการวิจัยใน 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอน้ำยืน สิรินคร โขงเจียม และเซียงใน ประกอบด้วยตัวแทนผู้สูงอายุ 4 อำเภอ ๆ ละ 4 คน รวม 16 คน นักบริบาล (Caregiver) อำเภอ ๆ ละ 4 คน รวม 16 คน ญาติผู้สูงอายุ 4 อำเภอ ๆ ละ 4 คน รวม 16 คน บุคลากรทันตสาธารณสุขในพื้นที่จาก 4 อำเภอ ๆ ละ 1 คน รวม 4 คน ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4 อำเภอ ๆ ละ 4 คน รวม 16 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 68 คน

##### 3.2.2 กลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม

3.2.2.1 นักบริบาล (Caregiver) ที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี คัดเลือกโดยการคัดเลือกมาทั้งหมด แบ่งกลุ่มเพื่อการศึกษาเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 นักบริบาล (Caregiver) ที่ไม่อยู่ในพื้นที่ที่ทดลองใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก ใน 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอศรีเมืองใหม่ บุณฑริก และน้ำขุ่น จำนวน 104 คน

กลุ่มที่ 2 นักบริบาล (Caregiver) ที่อยู่ในพื้นที่ที่ทดลองใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก ใน 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอน้ำยืน สิรินคร โขงเจียม และเซียงใน จำนวน 141 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1) เป็นนักบริบาล (Caregiver) ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย ในปี 2558 ของกระทรวงสาธารณสุข

2) เป็นนักบริบาล (Caregiver) ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี

3) เป็นนักบริบาล (Caregiver) ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง คือ นักบริบาล (Caregiver) ที่ไม่สามารถเข้าร่วมการพัฒนารูปแบบในการวิจัย

3.2.2.2 ผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานทุกชนิด ในจังหวัดอุบลราชธานี แบ่งกลุ่มเพื่อการศึกษาเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุ ในพื้นที่ที่ไม่ได้มีการจัดกิจกรรมนักบริบาล (Caregiver) แต่ได้รับความรู้และการบริการ การดูแลรักษาตามระบบในงานสาธารณสุข จำนวน 18 อำเภอ มีผู้สูงอายุ 164,689 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2558)

ขนาดตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรของ (บุญชม ศรีสะอาด, 2535)

$$\text{สูตร } n = \frac{P(1-P)}{\frac{e^2 + P(1-P)}{Z^2 N}}$$

$n$  = จำนวนตัวอย่าง

$N$  = จำนวนประชากร คือ 164,689 คน

$P$  = สัดส่วนของประชากรที่ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา = 0.50 (มัลลิกา สมพร, 2551)

$e$  = ค่าความคาดเคลื่อนที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % ดังนั้น  $e = 0.05$

$$\text{แทนค่าในสูตร } n = \frac{0.5 (1-0.5)}{\frac{0.05^2 + 0.5 (1-0.5)}{1.96^2 \cdot 164,689}}$$

$$n = 383.26 = 384 \text{ คน}$$

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างจากการประมาณค่าเท่ากับ 384 คน นำมาบวกเพิ่มอีก 5% เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อน (Acceptable Error = 0.05) ของแบบสัมภาษณ์ ดังนั้นต้องเก็บกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 403 คน

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการแบบสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดโซนเขตสาธารณสุขเป็น 4 โซน โดยอิงลักษณะทางภูมิศาสตร์ ในพื้นที่ 18 อำเภอ

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเลือกอำเภอเป็นพื้นที่ตัวอย่าง โซนละ 2 แห่ง โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ดังนี้

- 1) โซนที่ 1 สุ่มได้อำเภอคอนมดแดง และอำเภอม่วงสามสิบ
- 2) โซนที่ 2 สุ่มได้อำเภอโพธิ์ไทร และอำเภอกุดข้าวปุ้น
- 3) โซนที่ 3 สุ่มได้อำเภอพิบูลมังสาหาร และอำเภอวารินชำราบ
- 4) โซนที่ 4 สุ่มได้อำเภอทุ่งศรีอุดม และอำเภอเดชอุดม

ได้อำเภอที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 อำเภอ

ขั้นตอนที่ 3 หาขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอยู่ในแต่ละอำเภอ ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานแยกตามสัดส่วนรายค่านวนที่สุ่มได้

โซน/อำเภอ	ประชากร (คน)	ร้อยละ	ตัวอย่าง (คน)
โซนที่ 1			
อำเภอม่วงสามสิบ	10,800	19.8	80
อำเภอคอนมดแดง	2,934	5.4	22
โซนที่ 2			
อำเภอกุดข้าวปุ้น	2,539	4.6	19
อำเภอโพธิ์ไทร	2,344	4.3	17
โซนที่ 3			
อำเภอวารินชำราบ	10,742	19.6	79
อำเภอพิบูลมังสาหาร	10,494	19.2	77
โซนที่ 4			
อำเภอเดชอุดม	12,988	23.8	96
อำเภอทุ่งศรีอุดม	1,812	3.3	13
รวม	54,653		403

ขั้นตอนที่ 4 สุ่มเลือกตำบลเป็นพื้นที่ตัวอย่าง อำเภอละ 2 ตำบล ได้ตำบลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 16 ตำบล

ขั้นตอนที่ 5 สุ่มเลือกหมู่บ้านเป็นพื้นที่ตัวอย่าง ตำบลละ 2 หมู่บ้าน ได้หมู่บ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 32 หมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 6 แต่ละอำเภอนำรายชื่อผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ใน 4 หมู่บ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มาเรียงกัน ดำเนินการสุ่มโดยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) คำนวณหาช่วงการสุ่มจากสูตรดังนี้ (ธวัชชัย วรพงศธร, 2538)

$$I = \frac{N_d}{N_a}$$

I = ช่วงการสุ่ม

Nd = จำนวนผู้สูงอายุใน 4 หมู่บ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

Na = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ในอำเภอที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

โดยสุ่มตามสัดส่วนเท่าๆ กัน ลำดับหมายเลข 1-10 เลือกขึ้นมา 1 หมายเลข ได้คนที่เท่าไร คนต่อไปก็ให้บวก 10 เข้าเลขที่ของคนแรก และทำอย่างนี้ไปเรื่อยๆ อย่างเป็นระบบ เช่น จากคนที่ 1-10 สุ่มได้คนที่ 7 คนต่อไปจะเป็นคนที่ 17, 37, 47,... เป็นต้น

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุ ในพื้นที่ที่มีการจัดกิจกรรมนักรับบาล (Caregiver) และไม่อยู่ในพื้นที่ที่ทดลองใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอศรีเมืองใหม่ บุนนทริก และน้ำขุ่น มีผู้สูงอายุ 15,719 คน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุทุกคนที่ได้รับการบริบาลจากนักรับบาล จำนวน 104 คน

กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุ ในพื้นที่ที่มีการจัดกิจกรรมนักรับบาล (Caregiver) และอยู่ในพื้นที่ที่ทดลองใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอน้ำยืน สิรินคร โขงเจียม และเขื่องใน มีผู้สูงอายุ 27,735 คน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุทุกคนที่ได้รับการบริบาลจากนักรับบาลผู้สูงอายุ จำนวน 141 คน

โดยสรุปกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีนักรับบาลดูแลอยู่ในเขตพื้นที่ 8 อำเภอ อำเภอวังสามสิบ อำเภอดอนมดแดง อำเภอกุศขาวปูน อำเภอโพธิ์ไทร อำเภอพิบูลมังสาหาร อำเภอวารินชำราบ อำเภอเดชอุดม และอำเภอทุ่งศรีอุดม เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีนักรับบาลดูแลแต่ได้รับความรู้ ได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากตามปกติในระบบงานสาธารณสุข 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีนักรับบาลดูแลแต่ไม่เป็นพื้นที่ทดลองวิจัย อยู่ในเขตพื้นที่ จำนวน 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอศรีเมืองใหม่ บุนนทริก และน้ำขุ่น 3) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีนักรับบาลดูแลและเป็นพื้นที่ทดลองวิจัย อยู่ในพื้นที่ 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอน้ำยืน สิรินคร โขงเจียม และเขื่องใน ซึ่งแสดงดังภาพประกอบ 4



กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุ ในพื้นที่ที่ไม่ได้มีการจัดกิจกรรมนักรับบาลผู้สูงอายุ แต่ได้รับความรู้ ได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากตามปกติ ในระบบงานสาธารณสุข

O<sub>1</sub> ————— O<sub>2</sub>

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุ ในพื้นที่ที่มีการจัดกิจกรรมนักรับบาลผู้สูงอายุ (Caregiver) แต่ไม่อยู่ในพื้นที่ที่ทดลองใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก

O<sub>1</sub> ————— O<sub>2</sub>

X<sub>1</sub> = กิจกรรมนักรับบาลผู้สูงอายุ

กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุ ในพื้นที่ที่มีการจัดกิจกรรมนักรับบาลผู้สูงอายุ (Caregiver) และอยู่ในพื้นที่ที่ทดลองใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก

O<sub>1</sub> ————— O<sub>2</sub> ————— O<sub>3</sub>

X<sub>1</sub> = กิจกรรมตามรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก ในวงจรพัฒนางรอบที่ 1      X<sub>2</sub> = กิจกรรมตามรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก ในวงจรพัฒนางรอบที่ 2

ภาพประกอบ 4 แสดงกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม

ผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มหากมีการพบความผิดปกติของช่องปากหรือพบความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก ผู้วิจัยจะมีกระบวนการเพื่อการดูแลในระบบงานสาธารณสุข โดยให้การรักษาตามความเหมาะสม เช่น อุดฟัน ขูดหินปูน ตลอดจนการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง

### 3.3 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้วงจร PAOR 4 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) โดยสรุปตามขั้นตอนดังนี้

### 3.3.1 วงรอบการพัฒนาที่ 1

#### 3.3.1.1 ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

##### 1) ศึกษาข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับบริบทการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

(1) ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จากเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง โดยวิธีการศึกษาจากเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง และจากสถานการณ์การดำเนินงานในพื้นที่

(2) เกี่ยวกับสถานการณ์ความต้องการนักรับบาล (Caregiver) ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โดยวิธีการใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากคู่มือการดำเนินงาน ทันตสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข

(3) เกี่ยวกับผลกระทบจากสุขภาพช่องปากต่อชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

2) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม สอบถามความรู้ ทักษะ พฤติกรรมของผู้สูงอายุและนักรับบาลกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการพัฒนารูปแบบการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง สำหรับตอบแบบสอบถามเชิงปริมาณ

3) เตรียมคณะทำงานวิจัยและจัดประชุมคณะทำงาน ชี้แจงการดำเนินงาน ใช้เวลา 1 วัน ซึ่งประกอบด้วย ตัวแทนผู้สูงอายุ 4 อำเภอ ๆ ละ 4 คน รวม 16 คน นักรับบาล (Caregiver) อำเภอ ๆ ละ 4 คน รวม 16 คน ญาติผู้สูงอายุ 4 อำเภอ ๆ ละ 4 คน รวม 16 คน บุคลากรทันตสาธารณสุขในพื้นที่จาก 4 อำเภอ ๆ ละ 1 คน รวม 4 คน ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4 อำเภอ ๆ ละ 4 คน รวม 16 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 68 คน

4) จัดประชุมคณะทำงาน จำนวน 68 คน เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ระยะเวลาเริ่มต้น (Preliminary Phase) ใช้เวลา 3 วัน เพื่อ

(1) ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ “ย้อนถึงอดีต คิดถึงปัจจุบัน ฝันถึงอนาคต”

(2) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการบริการและการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

(3) ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน คือ สุขภาพกาย สุขภาพจิต พฤติกรรมทางสังคม และเศรษฐกิจ วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม สวัสดิการคุ้มครอง

(4) ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของนักรับบาล (Caregiver) การมีส่วนร่วมของชุมชน การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การมีส่วนร่วมของบุคลากรทันตสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

5) นำข้อมูลจากการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานนำเข้าเพื่อใช้ในการกำหนดรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

### 3.3.1.2 ขั้นปฏิบัติการ (Action)

คณะทำงานนำรูปแบบที่ได้ไปทดลองใช้ในพื้นที่ ซึ่งอยู่ในพื้นที่วิจัย คือ 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอน้ำยืน สิรินคร โขงเจียม และเขื่องในเป็นเวลา 1 เดือน

- 1) จัดทำหลักสูตรการอบรมการดูแลสุขภาพช่องปากให้กับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและนักบริบาล (Caregiver)
- 2) จัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน
- 3) ขยายการอบรมหลักสูตรการดูแลสุขภาพช่องปากให้กับญาติผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

### 3.3.1.3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observation)

คณะทำงานออกเยี่ยมเสริมพลังในพื้นที่ โดยออกเยี่ยมกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในชุมชนให้ถึงบ้านเรือน เพื่อติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน พบปะพูดคุยให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด

### 3.3.1.4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

ประชุมถอดบทเรียนของคณะทำงาน เพื่อสรุปข้อดี ข้อด้อย ข้อที่ต้องต่อยอดหรือพัฒนา ข้อที่ต้องปรับปรุงแก้ไขเพื่อจะได้เป็นข้อมูลนำเข้าในการจัดทำแผนการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในวงรอบการพัฒนาที่ 2 ต่อไป

## 3.3.2 วงรอบการพัฒนาที่ 2

### 3.3.2.1 ขั้นวางแผน (Planning)

- 1) ประชุมระดมสมองคณะทำงาน จำนวน 68 คน เพื่อทบทวนกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากและปรับปรุงรูปแบบหลังจากได้นำไปทดลองใช้จากวงรอบการพัฒนาที่ 1 ใช้เวลา 1 วัน

- 2) ประชุมระดมสมองคณะทำงานวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานใช้เครื่องมือ SWOT ANALYSIS และจัดทำแผนการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ใช้เวลา 1 วัน

### 3.3.2.2 ขั้นปฏิบัติการ (Action)

- 1) นำแผนปฏิบัติการการดูแลสุขภาพช่องปากไปปฏิบัติในพื้นที่ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน
- 2) ขยายการฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากเฉพาะด้าน

3) พัฒนาระบบการจัดทำข้อมูลให้เป็นปัจจุบันคืนข้อมูลให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานรับทราบข้อมูลส่วนตัว

4) ส่งต่อผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและมีปัญหาสุขภาพช่องปากให้ได้รับการรักษาครบทุกราย

### 3.3.2.3 ชั้นสังเกตการณ์ (Observation)

1) คณะทำงานออกเยี่ยมเสริมพลังในพื้นที่โดยออกไปถึงบ้านเรือนผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเป็นการติดตามเยี่ยมอย่างใกล้ชิด

2) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม สอบถามความรู้ ทักษะ พฤติกรรมของผู้สูงอายุและนักบริบาลกลุ่มตัวอย่าง หลังการพัฒนารูปแบบการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างสำหรับตอบแบบสอบถามเชิงปริมาณ

### 3.3.2.4 ชั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

1) ประชุมถอดบทเรียนประเมินผลที่ได้จากการพัฒนารูปแบบ สรุปลสิ่งที่ได้จากการดำเนินงาน สรุปลข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน

2) สรุปลรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานโดยบทบาทนักบริบาล (Caregiver) เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี

## 3.4 เครื่องมือและตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

3.4.1 เครื่องมือวัดเชิงคุณภาพ ใช้ในการประชุมเชิงปฏิบัติการของคณะทำงานวิจัย

3.4.1.1 แบบสอบถามการประชุมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับสถานการณ์และความต้องการในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน เกี่ยวกับประเด็น ย้อนอดีต คิดถึง ปัจจุบัน ฝันถึงอนาคต จำนวน 3 ข้อ

3.4.1.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 7 ข้อ

3.4.1.3 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม จำนวน 4 ข้อ

3.4.1.4 แบบสอบถามการประชุมเชิงปฏิบัติการ สอบถามบริบทของนักบริบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 4 ข้อ

3.4.1.5 สอบถามการประชุมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 4 ข้อ

3.4.1.6 แบบวิเคราะห์ปัจจัยภายในและภายนอกที่เกี่ยวข้อง โดยหลัก SWOT ANALYSIS ใช้ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ

### 3.4.2 เครื่องมือวัดเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมข้อมูล

#### 3.4.2.1 เครื่องมือวิจัยสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ

1) แบบสอบถามสถานการณ์ความต้องการนักรับบาลผู้สูงอายุในครอบครัว มีจำนวน 14 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากหลักการแนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านบทบาทของนักรับบาล 2) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ 3) ด้านการป้องกันโรค 4) ด้านการดูแลรักษา เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ต้องการกับไม่ต้องการ และสรุปผลความต้องการเป็นร้อยละ

2) แบบวัดผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน (OIDP) Index ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากหลักการการดูแลสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 8 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ด้านกายภาพ ด้านจิตวิทยา ด้านสังคม ประเมิน 3 ระดับ คือ ไม่มี มีบ้าง และมีเป็นประจำ ผู้วิจัยได้แบ่งตามระดับการประเมินที่มีความหมายดังนี้

ไม่มี	ให้คะแนน	1 คะแนน
มีบ้าง	ให้คะแนน	2 คะแนน
มีเป็นประจำ	ให้คะแนน	3 คะแนน

นำผลคะแนนมาประมาณค่าระดับทัศนคติ 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับมาก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) โดยคำนวณหาช่วงของการวัดของ Best (1977) คำนวณหาค่าเฉลี่ยของคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อชีวิตประจำวัน
1.00-1.66	มีผลกระทบอยู่ในระดับน้อย
1.67-2.33	มีผลกระทบอยู่ในระดับปานกลาง
2.34-3.00	มีผลกระทบอยู่ในระดับมาก

3) แบบวัดความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน มีจำนวน 18 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีและหลักการแนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ด้าน 1) ด้านการทำความสะอาด 2) ด้านภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก 3) ด้านการประเมินสภาวะสุขภาพช่องปาก เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ระหว่างคำตอบ ใช่ กับ ไม่ใช่ มีทั้งหมด 18 ข้อ ๆ ละ 1 คะแนน รวมทั้งหมด 18 คะแนน

ตอบใช่ ให้คะแนน 1 คะแนน

ตอบไม่ใช่ ให้คะแนน 0 คะแนน

นำผลคะแนนมาประมาณค่าระดับความรู้ 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับ มากโดยใช้ แบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับความรู้
ระดับต่ำ (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60)	คะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน
ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-79)	คะแนนอยู่ระหว่าง 11-15 คะแนน
ระดับสูง (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)	คะแนนอยู่ระหว่าง 16-18 คะแนน

4) แบบวัดทัศนคติของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก มีจำนวน 10 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีและหลักการแนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งออกเป็น 3 ด้านได้แก่ 1) ด้านการแปรงฟัน 2) ด้านการรับประทานอาหาร/สูบบุหรี่/เคี้ยวหมาก 3) ด้านการตรวจสุขภาพช่องปากประเมินผล 3ระดับไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจและเห็นด้วย

ผู้วิจัยได้แบ่งตามระดับการประเมินที่มีความหมายดังนี้

ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 1 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน 2 คะแนน
เห็นด้วย	ให้คะแนน 3 คะแนน

นำผลคะแนนมาประมาณค่าระดับทัศนคติ 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับมาก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) โดยคำนวณหาช่วงของกรวัดของ Best (1977) คำนวณหาค่าเฉลี่ยของคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก
1.00-1.66	มีทัศนคติที่ถูกต้องอยู่ในระดับน้อย
1.67-2.33	มีทัศนคติที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง
2.34-3.00	มีทัศนคติที่ถูกต้องอยู่ในระดับมาก

5) แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน มีจำนวน 16 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีและหลักการแนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งออกเป็น 3 ด้านได้แก่ 1) ด้านการดูแลรักษาความสะอาด 2) ด้านการประเมินสุขภาพช่องปาก 3) ด้านภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคช่องปาก ประเมินผล 3 ระดับ ไม่เคย บางครั้ง และเป็นประจำ

คำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 1 ข้อ 5 ข้อ 11 ข้อ 12 ข้อ 13 ข้อ 14 และ ข้อ 15  
คำถามเชิงลบได้แก่ ข้อ 2 ข้อ 3 ข้อ 4 ข้อ 6 ข้อ 7 ข้อ 8 ข้อ 9 และ ข้อ 10

ผู้วิจัยได้แบ่งตามระดับการประเมินที่มีความหมายดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก	
ไม่เคย	ให้คะแนน 1 คะแนน
เป็นบางครั้ง	ให้คะแนน 2 คะแนน

เป็นประจำ ให้คะแนน 3 คะแนน

ข้อคำถามเชิงลบ

ไม่เคย ให้คะแนน 3 คะแนน

เป็นบางครั้ง ให้คะแนน 2 คะแนน

เป็นประจำ ให้คะแนน 1 คะแนน

นำผลคะแนนมาประมาณค่าระดับพฤติกรรม 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับมาก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) โดยคำนวณหาช่วงของการวัดของ Best (1977) คำนวณหาค่าเฉลี่ยของคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก
1.00-1.66	มีพฤติกรรมที่ต้องอยู่ในระดับน้อย
1.67-2.33	มีพฤติกรรมที่ต้องอยู่ในระดับปานกลาง
2.34-3.00	มีพฤติกรรมที่ต้องอยู่ในระดับมาก

6) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดำเนินงานของนักบริบาลผู้สูงอายุ มีจำนวน 10 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากหลักการแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุ โดยบทบาทนักบริบาล (Long term care) จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน ด้านความรู้ของนักบริบาล และด้านทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากของนักบริบาล ประเมิน 3 ระดับ น้อย ปานกลาง และ มาก

ผู้วิจัยได้แบ่งตามระดับการประเมินที่มีความหมายดังนี้

น้อย ให้คะแนน 1 คะแนน

ปานกลาง ให้คะแนน 2 คะแนน

มาก ให้คะแนน 3 คะแนน

นำผลคะแนนมาประมาณค่าระดับความพึงพอใจ 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับมาก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) โดยคำนวณหาช่วงของการวัดของ Best (1977) คำนวณหาค่าเฉลี่ยของคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับความพึงพอใจ
1.00-1.66	มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย
1.67-2.33	มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง
2.34-3.00	มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

#### 3.4.2.2 เครื่องมือวิจัยสำหรับกลุ่มนักบริบาล (Caregiver)

1) แบบวัดความรู้ของนักบริบาลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุมี 18 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีและหลักการแนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ด้าน

- 1) ด้านการทำความสะอาด
- 2) ด้านภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก
- 3) ด้านประเมินสภาวะ

สุขภาพช่องปาก เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ระหว่างคำตอบ ใช่กับไม่ใช่ มีทั้งหมด 18 ข้อ ๆ ละ 1 คะแนน รวม 18 คะแนน

ตอบใช่ ให้คะแนน 1 คะแนน

ตอบไม่ใช่ ให้คะแนน 0 คะแนน

นำผลคะแนนมาประมาณค่าระดับความรู้ 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับมากโดยใช้ แบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับความรู้
ระดับต่ำ (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60)	คะแนน อยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน
ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-79)	คะแนน อยู่ระหว่าง 11-15 คะแนน
ระดับสูง (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)	คะแนน อยู่ระหว่าง 16-18 คะแนน

2) แบบวัดด้านทัศนคติของนักบริหารต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ มีจำนวน 10 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีและหลักการแนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งออกเป็น 3 ด้านได้แก่ 1) ด้านการแปรงฟัน 2) ด้านการรับประทานอาหาร/สูบบุหรี่/เคี้ยวหมาก 3) ด้านการตรวจสุขภาพช่องปาก ประเมินผล 3 ระดับ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และเห็นด้วย ผู้วิจัยได้แบ่งตามระดับการประเมินที่มีความหมายดังนี้

ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน 1 คะแนน

ไม่แน่ใจ ให้คะแนน 2 คะแนน

เห็นด้วย ให้คะแนน 3 คะแนน

นำผลคะแนนมาประมาณค่าระดับทัศนคติ 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับมาก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) โดยคำนวณหาช่วงของการวัดของ Best (Best, 1977) คำนวณหาค่าเฉลี่ยของคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก
1.00-1.66	มีทัศนคติที่ต้องอยู่ในระดับน้อย
1.67-2.33	มีทัศนคติที่ต้องอยู่ในระดับปานกลาง
2.34-3.00	มีทัศนคติที่ต้องอยู่ในระดับมาก

3) แบบวัดพฤติกรรมของนักบริหารต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ มีจำนวน 14 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีและหลักการแนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งออกเป็น 3 ด้านได้แก่ 1) ด้านการดูแลรักษาความสะอาด 2) ด้านการประเมินสุขภาพช่องปาก 3) ด้านภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคช่องปาก ประเมินผล 3 ระดับ ไม่เคย บางครั้ง และเป็นประจำ ผู้วิจัยได้แบ่งตามระดับการประเมินที่มีความหมายดังนี้



ไม่เคย ให้คะแนน 1 คะแนน

เป็นบางครั้ง ให้คะแนน 2 คะแนน

เป็นประจำ ให้คะแนน 3 คะแนน

นำผลคะแนนมาประมาณค่าระดับพฤติกรรม 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับมาก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) โดยคำนวณหาช่วงของการวัดของ Best (1977) คำนวณหาค่าเฉลี่ยของคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก
1.00-1.66	มีพฤติกรรมที่ถูกต้องอยู่ในระดับน้อย
1.67-2.33	มีพฤติกรรมที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง
2.34-3.00	มีพฤติกรรมที่ถูกต้องอยู่ในระดับมาก

4) แบบประเมินความพึงพอใจของนักบริหารต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน มีจำนวน 13 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากหลักการแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุ โดยบทบาทนักบริหาร (Long term care) แบ่งเป็น 3 ด้าน 1) ทักษะการทำงานของนักบริหาร 2) ด้านความรู้ 3) ด้านพฤติกรรมการดูแล ประเมิน 3 ระดับ น้อย ปานกลาง และมาก ผู้วิจัยได้แบ่งตามระดับการประเมินที่มีความหมายดังนี้

น้อย ให้คะแนน 1 คะแนน

ปานกลาง ให้คะแนน 2 คะแนน

มาก ให้คะแนน 3 คะแนน

นำผลคะแนนมาประมาณค่าระดับความพึงพอใจ 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับมาก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) โดยคำนวณหาช่วงของการวัดของ Best (1977) คำนวณหาค่าเฉลี่ยของคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับความพึงพอใจ
1.00-1.66	มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย
1.67-2.33	มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง
2.34-3.00	มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

พจนานุกรมศัพท์โต ชีเว

### 3.5 การสร้างและการพัฒนาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การสร้างและการพัฒนาคุณภาพเครื่องมือวิจัย ดำเนินการดังนี้

3.5.1 ผู้วิจัยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พร้อมร่างแบบสอบถามต่าง ๆ

3.5.2 การวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดไปให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและนำมาปรับปรุงแก้ไข จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย

นางศุทธิณี วัฒนกุล ตำแหน่ง วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

ดร.สุภาพร บุญศิริลักษณ์ ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

ดร.ปณิตา ครองยุทธ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

ดร.อรุณ บุญสร้าง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ทันตแพทย์หญิงญานี ใจแก้ว ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

3.5.3 การวิเคราะห์ค่าความเที่ยง ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลอง (Try out) โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานในจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 50 คน และนักบริบาลผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 50 คน แบบสอบถามที่ต้องวิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น แบบวัดความรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง = 0.80 แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับทัศนคติของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองมีค่าความเชื่อมั่น = 0.91 แบบวัดพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองมีค่าความเชื่อมั่น = 0.81 แบบวัดความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดำเนินงานของนักบริบาลผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่น = 0.80 แบบวัดผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (OIDP) สำหรับผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่น = 0.81 แบบวัดความรู้ของนักบริบาลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ = 0.80 แบบวัดทัศนคติของนักบริบาลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่น = 0.82 แบบวัดพฤติกรรมของนักบริบาลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่น = 0.80 แบบวัดความพึงพอใจของนักบริบาลต่อการดำเนินงานในรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากมีค่าความเชื่อมั่น = 0.82

### 3.6 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.6.1 ขอนหนังสือแนะนำตัวจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ไปถึงสาธารณสุขอำเภอที่เกี่ยวข้องเป็นพื้นที่ทดลองวิจัย 4 อำเภอ เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.6.2 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและคณะผู้ช่วยวิจัย ออกสอบถามตามบ้านเรือนตามเนื้อหาของแบบสอบถาม

3.6.3 นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

### 3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วย

3.7.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลที่ได้จากการสรุปมาวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

3.7.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดำเนินงานของนักบริบาล ข้อมูลความรู้ ทักษะคติ พฤติกรรมของนักบริบาลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ความพึงพอใจต่อการดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ด้วยการหาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ Paired Sample t-test ภายในกลุ่ม และสถิติ Independent t-test ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

### 3.8 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัย

การทำวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการปฏิบัติบนพื้นฐานของจริยธรรมการวิจัย 3 ด้าน คือ เคารพในบุคคลที่ให้ข้อมูล ประโยชน์ที่ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับ และความยุติธรรมในการปฏิบัติกับผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยก่อนการสัมภาษณ์ข้อมูล ผู้วิจัยขอคำยินยอมในการให้ข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษรจากกลุ่มตัวอย่างโดยมีการชี้แจงคนละเอียดยึดตามแบบชี้แจงอาสาสมัคร และมีการปกป้องข้อมูลแต่ละบุคคลเป็นความลับ โดยในแบบสอบถามไม่มีการลงชื่อหรือสิ่งใดที่ระบุได้ว่าใครเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม จึงไม่กระทบกระเทือนหรือก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่

กลุ่มตัวอย่าง ถ้ามีการเผยแพร่ข้อมูลก็จะเผยแพร่ข้อมูลเป็นภาพรวม ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยบทบาทนักบริบาลผู้สูงอายุในครอบครัว จังหวัดอุบลราชธานี ผู้ถูกสัมภาษณ์มีสิทธิเท่าเทียมกันในการตอบแบบสอบถาม ผู้ถูกสัมภาษณ์จะได้รับการปฏิบัติในการขอข้อมูลเหมือนกันทุกคน การศึกษาในครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 เลขที่ PH002/2560 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

#### 4.1 บริบทการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

##### 4.1.1 นโยบายการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก

4.1.1.1 นโยบายการดำเนินงานเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก (Oral health service plan) กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2556-2560)

##### 1) วัตถุประสงค์

(1) เพื่อลดโรคทางทันตกรรม เน้นป้องกันไม่ให้เกิดโรคฟันผุในกลุ่มเด็กปฐมวัย โดยเพิ่มจุดสำหรับการให้บริการสุขภาพช่องปากทั้งในเขตเมืองและชนบท เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้ารับบริการส่งเสริมทันตสุขภาพ ทันตกรรมป้องกัน การรักษาและฟื้นฟูสภาพทางทันตกรรม

(2) เพื่อลดระยะเวลาการรอคอยในการรับบริการทันตกรรมที่ไม่ซับซ้อน โดยพัฒนาบริการสุขภาพช่องปากในเขตเมือง เพื่อลดความแออัดของการบริการในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ด้วยการขยายบริการสุขภาพช่องปากในศูนย์สุขภาพเขตเมืองอย่างทั่วถึง มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ด้วยการขยายศักยภาพในการจัดบริการทันตกรรมในด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูระดับมีทันตแพทย์ให้บริการประจำ และบริการส่งเสริมป้องกันที่ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายสำคัญ

(3) เพื่อเพิ่มอัตราเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชน เน้นบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพ เพื่อควบคุมปัญหาโรคในช่องปาก โดยขยายบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิในรพ.สต. ให้ทั่วถึง สามารถครอบคลุมตำบลที่มีประชากรตั้งแต่ 5,000 คนขึ้นไป

(4) เพื่อจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก (สาขาทันตกรรม) ให้สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพ มีหลักเกณฑ์การพัฒนางานสุขภาพช่องปากทั้งด้านโครงสร้าง บุคลากร และการบริการ เพื่อพัฒนา ขยาย และคงสภาพ สถานบริการสุขภาพให้รองรับความต้องการ และสภาพปัญหาทางสุขภาพช่องปากได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด

##### 2) เป้าหมายการดำเนินงานและสิ่งที่ประชาชนได้รับ

ตาราง 3 กลยุทธ์ในการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพช่องปาก วิธี Approach

วิธี Approach		
ระดับบริการที่ 1,2,3 (หากมี) หรือระดับ A,S,M1,M2, F1-F3 P2	Main Activity ที่สำคัญ / จุด Attack  1. เพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและทันตกรรมป้องกัน ในหน่วยบริการปฐมภูมิ	โรคที่สำคัญ (หรือประเด็นสำคัญ การพัฒนา)  โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย 0-3 ปี (เพื่อลดอัตราป่วย)
ระดับบริการที่ 1,2,3 (หากมี) หรือระดับ A,S,M1,M2, F1-F3 A, S, M1, M2, P1	Main Activity ที่สำคัญ / จุด Attack  2. เพิ่มการเข้าถึงบริการรักษาทันตกรรม โดยเฉพาะเขตเมือง	โรคที่สำคัญ (หรือประเด็นสำคัญ การพัฒนา)  ลดระยะเวลาารอคอยในการรับบริการทันตกรรมที่ไม่ซับซ้อน
A, S, M1, M2, F1, F2, F3, P1, P2	3. กำหนดศักยภาพของสถานบริการสาธารณสุขให้มีการกระจายอย่างเหมาะสม  (สมดุระหว่างการเข้าถึงบริการของประชาชน และการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า) พัฒนาหรือคงสภาพ ศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ และจัดระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมให้มีประสิทธิภาพ	เพิ่มอัตราเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชน

พจนัน ปณุกิจโต ชิวเว

ตาราง 4 เป้าหมายการดำเนินงานของงานบริการสุขภาพช่องปาก

Service สาขา	Accessibility	Best Service			More Efficiency
		Faster	Safer	คุณภาพ อื่นๆ	
สุขภาพ ช่องปาก (ทันตกรรม)	1. มีบริการสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะงานบริการส่งเสริม สุขภาพช่องปาก และทันตฯ ป้องกัน ใน รพ.สต. ร้อยละ 60	-ผู้สูงอายุ รอคิวทำ ฟันเทียม ไม่เกิน 6 เดือน	- เด็กอายุ 3 ปี มีฟัน น้ำนมผุ ไม่เกิน ร้อยละ 50	-การเข้าถึง บริการ ส่งเสริม, ป้องกัน, รักษา และ ฟื้นฟูฯ ทาง สุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ 20	เกิดระบบ บริการร่วม ภายใน เครือข่าย ให้ใช้ ทรัพยากรที่ มีอยู่ร่วมกัน
	2. มีบริการสุขภาพช่องปาก โดยมีทันตแพทย์และ ทันตภิบาลประจำ ใน ศสม. ทุกแห่ง				
	3. ทุกสถานบริการ สาธารณสุข สามารถ จัดบริการสุขภาพช่องปากได้ ตามเกณฑ์ และจัดระบบ บริการให้มีประสิทธิภาพ ภายในปี 2560				

#### 4.1.1.2 นโยบายการดำเนินงานเกี่ยวกับงานทันตสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี

1) กองทุนทันตกรรมกับการจัดบริการสุขภาพช่องปากการพัฒนากระบวนการบริการทันตกรรมตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดนโยบายส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก ในรูปแบบการบริหารจัดการงบประมาณ โดย “กองทุนทันตกรรม” ให้เกิดการจัดบริการส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปากตามสภาพปัญหาและความจำเป็นของประชาชนในกลุ่มเป้าหมายหลักของพื้นที่ และผู้มีสิทธิทุกสิทธิสามารถได้รับบริการทันตกรรมได้อย่างครอบคลุม ทัวถึง และมีประสิทธิภาพ โดยสนับสนุนงบประมาณพัฒนาระบบการบริหารจัดการระดับพื้นที่ให้เกิดการดำเนินงานทันตสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มประสิทธิภาพการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและรักษาทางทันตกรรมในทุกกลุ่มเป้าหมาย พัฒนาระบบข้อมูลทันตสาธารณสุข และจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพ/การผลิต/กระจายทันตบุคลากร ในหน่วยบริการทุกระดับให้เพียงพอและครอบคลุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มทันตบุคลากรในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง

2) การจัดการบริการสุขภาพช่องปากในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ปัจจุบัน จังหวัดอุบลราชธานี มี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งหมดรวม 317 แห่ง 219 ตำบล 25 อำเภอ จากนโยบายผลิตเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขเพิ่มเป็นพิเศษ ในหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์ (ทันตสาธารณสุข) ระยะเวลาศึกษา 2 ปี จำนวน 2 รุ่น ในปี การศึกษา 2555-2556 เพื่อเร่งให้เกิดการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพช่องปากที่มีประสิทธิภาพให้มี จำนวนบุคลากรเพียงพอที่จะปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วจังหวัดอุบลราชธานี ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก สามารถแบ่ง การบริการสุขภาพช่องปากในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ ดังนี้

#### (1) การบริหารจัดการ

(1.1) การวางแผน เป็นกิจกรรมสำคัญที่ผู้ปฏิบัติงานต้องกำหนดวิธีการทำงาน ว่างล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติให้บรรลุผลตามเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ ที่วางไว้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยนำเอาข้อมูลต่างๆ ที่มีอยู่ มาวิเคราะห์และกำหนดทางเลือกที่จะ ปฏิบัติต่อกลุ่มเป้าหมายสำคัญ ทรัพยากรที่ต้องใช้ รวมทั้งให้เป็นไปตามกรอบแนวทางการดำเนินงาน และตัวชี้วัดของจังหวัดและตามสภาพปัญหาโรคในช่องปากของชุมชนเขตพื้นที่รับผิดชอบ

(1.2) การประสานงานกับหน่วยงานต้องประสานกับทีมงานในหน่วยบริการ ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงานแม่และเด็ก งานอนามัยโรงเรียน งานโรคไม่ติดต่อ เพื่อบูรณาการใน กลุ่มเป้าหมายเดียวกัน รวมทั้งหน่วยงานภายนอกได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เครือข่ายชมรมสร้างสุขภาพต่างๆ

#### (1.3) การบริหารงานพัสดุทันตกรรมและการบำรุงรักษาครุภัณฑ์ทันตกรรม

(1.3.1) จัดทำข้อมูลประมาณการ/ชนิด/ปริมาณวัสดุและเวชภัณฑ์ทันต กรรม ที่จำเป็นต้องใช้ในการจัดบริการส่งเสริมป้องกัน สุขภาพช่องปาก และบริการทันตกรรมให้ เพียงพอและพร้อมใช้งาน เสนอ CUP BOARD

##### (1.3.2) จัดทำบัญชีควบคุม วัสดุทันตกรรม

##### (1.3.3) ดำเนินการบำรุงรักษาครุภัณฑ์ทันตกรรม ตามมาตรฐานวิชาชีพ

##### (1.3.4) จัดทำทะเบียน บันทึกข้อมูลการซ่อมบำรุงครุภัณฑ์ทันตกรรม

(1.3.5) จัดทำข้อมูลขอครุภัณฑ์ทันตกรรมใหม่หรือทดแทนในกรณี ครุภัณฑ์มีอายุการใช้งานนาน ซ่อมบ่อย โดยผ่านหัวหน้า PCU เพื่อนำเสนอ CUP BOARD พิจารณา จัดสรรงบประมาณ หรือการสนับสนุนจาก CUP BOARD โดยตรง

(1.3.6) การควบคุมป้องกันการติดเชื้อทางทันตกรรมดำเนินการจัดเตรียม ครุภัณฑ์และเครื่องมือทันตกรรมให้ปราศจากเชื้อ พร้อมใช้งาน รวมทั้ง ตะหนักในการป้องกันตนเอง



โดยใส่อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อตามข้อกำหนดอย่างเคร่งครัดตามแนวทางการควบคุมป้องกันการติดเชื้อของจังหวัด

(1.3.7) การจัดระบบข้อมูลข่าวสารทันตสาธารณสุข

(1.3.7.1) จัดทำบันทึกผลและจัดเก็บข้อมูลการบริการส่งเสริมทันตสุขภาพและบริการทันตกรรมและรวบรวมส่งรายงานตามกำหนด

(1.3.7.2) จัดเก็บข้อมูลปริมาณสารฟลูออไรด์ในน้ำบริโภคในโรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การจำหน่ายขนม เครื่องดื่ม ในร้านค้าชุมชน โรงเรียน

(1.3.7.3) รวบรวมข้อมูลสถานะทันตสุขภาพ กลุ่มเป้าหมายสำคัญต่างๆ ทั้งในส่วนที่จัดเก็บได้ด้วยตนเองและข้อมูลข้างเคียงจากจังหวัด ประเทศ หรือเอกสารทางวิชาการ

(1.3.7.4) วิเคราะห์ เชื่อมโยงให้ชุมชนเห็นปัญหาและระดมความคิดเห็น เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา

(1.3.7.5) ข้อมูลไปใช้เพื่อการประเมินผล โดย วิเคราะห์เปรียบเทียบ ทุก 3, 5, 10 ปี เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของดำเนินงานในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย เพื่อนำเสนอให้ผู้บังคับบัญชา ชุมชน โรงเรียน เห็นประโยชน์และผลสำเร็จของการดำเนินงานโครงการ กิจกรรมต่างๆ

(2) งานส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก มุ่งเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมกรทำความสะอาดช่องปาก การบริโภคอาหารทันตสุขภาพ และการเข้ารับบริการตรวจรักษาให้ทันเวลา โดยการบูรณาการร่วมกับงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเป้าหมายสำคัญทั้งเชิงรับที่หน่วยบริการและเชิงรุกในชุมชน ดังนี้

การจัดบริการส่งเสริมป้องกันทางทันตสุขภาพนอกจากดำเนินการในหน่วยบริการที่คลินิก ANC WBC คลินิกโรคเบาหวาน ความดัน คลินิกวัยทอง ในโรงเรียน แล้วยังสามารถดำเนินการเชิงรุกในชุมชนโดยบูรณาการกับงานเยี่ยมบ้านได้ดังนี้

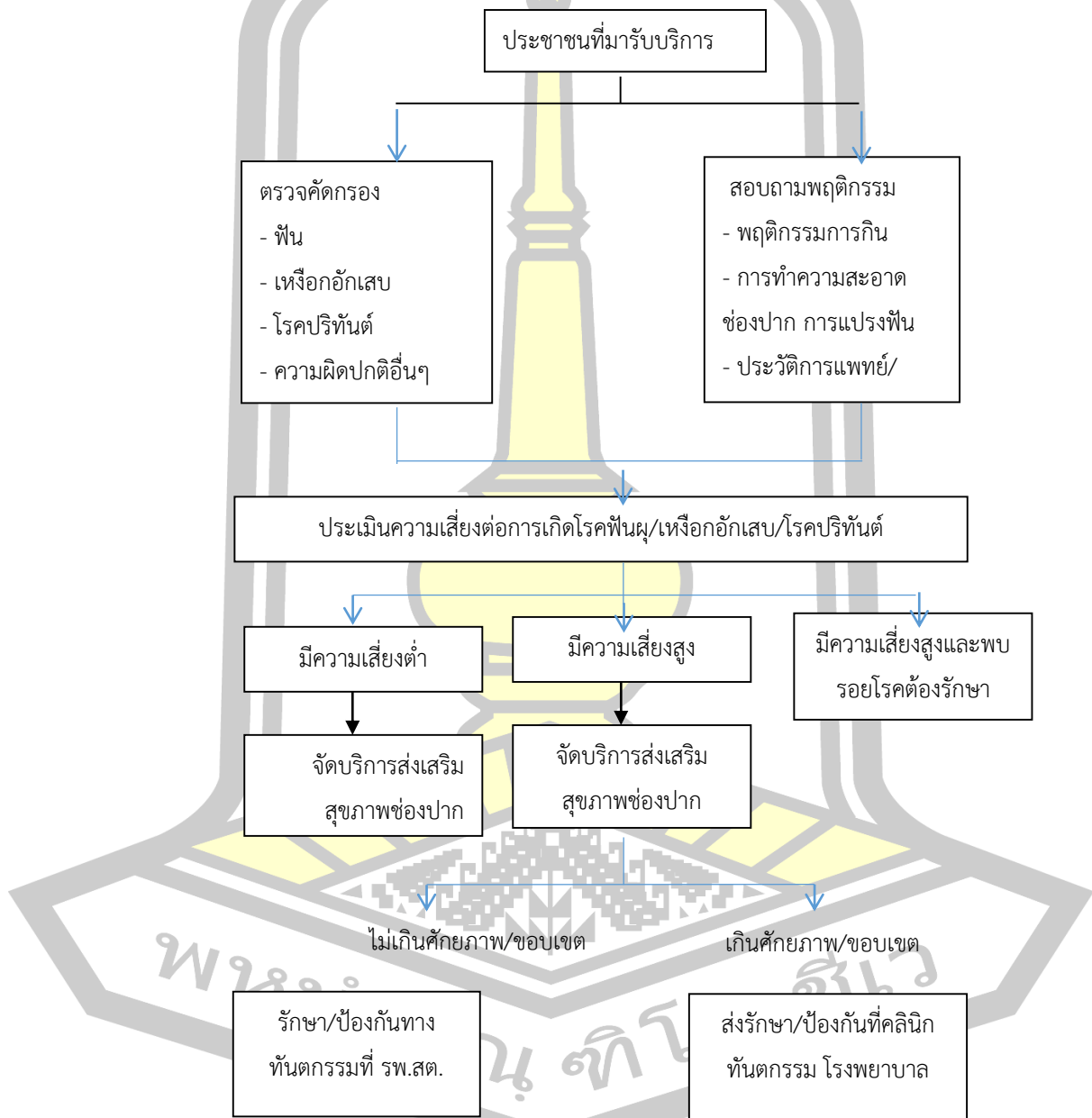
พูน ปรณ ทัต ชีเว

ตาราง 5 การจัดบริการส่งเสริมป้องกันทางทันตสุขภาพ

กลุ่มวัย	กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก	ลักษณะกิจกรรม
หญิงตั้งครรภ์	- ติดตามเยี่ยมบ้านหลังคลอด - การดูแลสุขภาพช่องปาก	ผสมผสานไปกับโครงการ “สายใยรักแห่งครอบครัว”
กลุ่มเด็ก 0-2 ปี	1.ติดตามเยี่ยมบ้านหลังคลอด	ผสมผสานไปกับโครงการ
กลุ่มเด็ก 0-2 ปี	2.การเก็บข้อมูลการบริโภคนม ขนม เครื่องดื่ม และ พฤติกรรมการทำความสะอาด สะอาดช่องปากในเด็ก 3.นำเสนอข้อมูล/ปัญหาต่อกลุ่ม มารดา/ผู้เลี้ยงดูเด็ก 4.หาทางแก้โดยกลุ่มมารดา/ ผู้เลี้ยงดู และผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ 5.ให้บริการทาฟลูออไรด์วานิชกลุ่มเสี่ยง	“สายใยรักแห่งครอบครัว” เช่น “กิจกรรมแม่อาสา” การประชุมกลุ่มแม่ที่เลี้ยง ผสมผสานไปกับโครงการ “สายใยรักแห่งครอบครัว” เช่น “กิจกรรมแม่อาสา” การประชุมกลุ่มแม่ที่เลี้ยงลูกด้วย นมแม่” เป็นต้น
กลุ่มผู้ป่วย เรื้อรัง และผู้พิการ	1.บูรณาการตรวจสุขภาพช่องปาก ฝึกทักษะการแปรงฟัน 2.จัดระบบรองรับการบริการทันตกรรม	บูรณาการกับงานเยี่ยมบ้าน ของทีม Home Health Care
กลุ่มวัยทำงาน	1.ตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก 2.แนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก ชี้แจงชุดสิทธิประโยชน์ 3.จัดระบบรองรับการบริการทันตกรรม	บูรณาการกับงานNCD ตรวจคัดกรองสุขภาพผู้ประกันตน ในพื้นที่ ที่มีสถานประกอบการ ประสาน/บูรณาการ กับกิจกรรมเครือข่าย
กลุ่มผู้สูงอายุ	1.ตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก 2.ฝึกทักษะการแปรงฟัน/ทันตสุขศึกษา 3.จัดบริการชุดหินน้ำลาย, ทาฟลูออไรด์ วานิช ป้องกันฟันผุ	ชมรมผู้สูงอายุ
กลุ่มพระสงฆ์	1.ตรวจคัดกรอง 2.ถวายความรู้ 3.จัดบริการรักษาตามความจำเป็น	ผสมผสานกับงาน วัดส่งเสริมสุขภาพ

(2.1) การส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก กลุ่มอายุ 19 - 59 ปี ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยเรื้อรัง มีการตรวจสุขภาพช่องปาก จัดอบรมให้ความรู้ทางทันตสุขภาพแก่แกนนำ ผู้สูงอายุ

(2.2) การดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในประชาชนทั่วไปผู้สูงอายุ ภาพแสดงการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในประชาชนทั่วไป



ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (2558)

ภาพประกอบ 5 แสดงการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพ

## (3) งานบริการทันตกรรม

## (3.1) ด้านทันตกรรมป้องกัน

(3.1.1) ใช้สารฟลูออไรด์เพื่อป้องกัน โรคฟันผุ

(3.1.2) ใช้สารเคลือบหลุมร่องฟัน เพื่อป้องกันโรคฟันผุ

(3.1.3) ชูดหินน้ำลายและทำความสะอาดฟัน เพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบ

## (3.2) ด้านทันตกรรมบำบัดฉุกเฉิน

(3.2.1) บำบัดฉุกเฉินด้านทันตกรรมเบื้องต้น เพื่อลดความเจ็บปวด

(3.2.2) ช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นก่อนระหว่างและหลังการรักษา

(3.2.3) คัดแยกโรคและส่งต่อผู้ป่วยด้านทันตกรรม เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบ

## (3.3) ด้านทันตกรรมบำบัด

(3.3.1) ตรวจวินิจฉัยและคัดแยกโรคภายในช่องปาก

(3.3.2) อุดฟันชนิดไม่ซับซ้อนด้วยวัสดุอุดฟัน

(3.3.3) ถอนฟันที่ขึ้นปกติที่ไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้และไม่มีภาวะแทรกซ้อน

## (3.4) รักษาโรคเหงือกอักเสบโดยการชูดหินน้ำลาย

โดยการให้บริการต้องผ่านกระบวนการตรวจสอบสุขภาพช่องปากวิเคราะห์วางแผนการให้บริการตามขีดความสามารถ นัดหมายผู้ป่วยให้กลับมาใช้บริการต่อเนื่อง รวมทั้งให้คำแนะนำการเข้ารับการรักษาที่เกินขีดความสามารถ และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย

## (3.5) ขั้นตอนการให้บริการทันตกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

## 4.1.2 หน่วยงานที่มีบทบาทต่อการดำเนินงานทันตสาธารณสุข

## 4.1.2.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศูนย์สุขภาพชุมชน

1) สนับสนุนการดำเนินงานทันตสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ โดยประสาน CUP BOARD จัดทำงบลงทุนด้านครุภัณฑ์ทันตกรรม จัดเตรียมงบดำเนินการด้วยเงินบำรุง หรือจาก CUP BOARD หรือท้องถิ่นตามความเหมาะสม เพื่อจัดเตรียมห้องทันตกรรมซึ่งประกอบด้วย ตู้เก็บเครื่องมือ วัสดุ และเอกสาร โต๊ะทำงาน ตู้เคลื่อนที่สำหรับวางวัสดุ เครื่องดูดอากาศ ตู้เย็นเพื่อเก็บวัสดุทันตกรรม เครื่องปรับอากาศ (เพื่อการควบคุมป้องกันการติดเชื้อ)

2) ให้คำปรึกษา ชี้แนะวิธีการทำงานบูรณาการกับงาน กับผู้ร่วมงานในหน่วยงาน และการประสานงานกับหน่วยงานภายนอก ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ นายกเทศมนตรี นายก อบต. ปลัด อบต. หัวหน้าส่วนการศึกษา ผู้บริหารโรงเรียน เจ้าอาวาส ผู้ดูแลเด็กและผู้นำชุมชนอื่นๆ

3) การควบคุมกำกับ ติดตามดูแลการดำเนินงานตามแผน ให้บรรลุเป้าหมาย และตัวชี้วัดให้ทันเวลา รวมทั้งการจัดเก็บข้อมูล และการรายงานผลการปฏิบัติงาน

4) สร้างขวัญและกำลังใจ แก่ ทันตภิบาล โดยพิจารณาสนับสนุนให้ทันตภิบาล ได้รับการพัฒนาศักยภาพ อบรมและศึกษาต่อเนื่อง และความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน

#### 4.1.2.2 บทบาทของโรงพยาบาลแม่ข่าย (CUP BOARD)

1) มอบหมายให้ทันตแพทย์หรือทันตภิบาลอาวุโสทำหน้าที่ดูแล สนับสนุนให้ คำปรึกษาติดตามควบคุมกำกับการดำเนินงานของทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2) ให้คำปรึกษาทันตภิบาลในการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลทันตสุขภาพผลการดำเนินงาน ข้อเสนอเพื่อการพัฒนางานบริการส่งเสริมทันตสุขภาพ เพื่อนำเสนอต่อ CUP BOARD ผู้บริหารท้องถิ่น ผู้บริหารโรงเรียน เจ้าอาวาส ผู้นำชุมชน ประธานอสม. ให้ทราบข้อมูล และนำข้อมูล ไปใช้ในการกำหนดนโยบายการส่งเสริมทันตสุขภาพต่อไป

3) สนับสนุนงบประมาณรายหัวประชากร ให้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในการจัดจ้าง ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ในกรณีเงินบำรุงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่เพียงพอ

4) ทำแผนสนับสนุนวัสดุ เครื่องมือ เวชภัณฑ์ทันตกรรมให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างเพียงพอ

5) จัดสัมมนาเครือข่ายทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อจัดทำแผน สรุปลงงานร่วมกัน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้

6) จัดระบบรองรับการส่งต่อทางทันตกรรม หรือส่งทันตแพทย์ออกไปจัดบริการที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

7) ให้คำปรึกษาในการจัดทำเอกสารวิชาการเพื่อความก้าวหน้าของทันตภิบาล

8) ร่วมกับสาธารณสุขอำเภอติดตามให้ความช่วยเหลือแก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่อง (ควรทุก 3, 6, 12 เดือน)

9) ประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่าย

#### 4.1.2.3 บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

1) นำนโยบายส่วนกลาง ข้อมูลปัญหาทันตสุขภาพในจังหวัดอุบลราชธานีและ ทรัพยากรมาวิเคราะห์กำหนดเป็นกรอบแนวทางการดำเนินงาน และกำหนดตัวชี้วัด

2) ส่งมอบกรอบแนวทางการดำเนินงาน และตัวชี้วัดให้แก่ โรงพยาบาลและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดทำแผน

3) วิเคราะห์แผนของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสนอ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีอนุมัติ

4) สนับสนุนการดำเนินงานของ โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้วยสื่อ/สิ่งพิมพ์/เอกสารวิชาการ วัสดุเพื่อการสาธิต/การฝึกทักษะ

5) พัฒนาองค์ความรู้แก่ ทันตภิบาล

## 6) ติดตามนิเทศ วิเคราะห์ผล นำเสนอผู้บริหาร

### 4.1.3 บทบาทนักบริหาร (Caregiver) ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตบริการสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี

ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ (Trained Care Giver) หมายถึงผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขแก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่โดยเป็นผู้ผ่านการอบรมและมีประสบการณ์ในการดูแล ผู้สูงอายุ ทั้งนี้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการนี้อาจพัฒนาขึ้นมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขหรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุมารับการอบรมและได้รับค่าตอบแทนอย่างเป็นทางการ เนื่องจากบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขนั้นเป็นบริการที่จำเป็นต้องมีการจัดอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ไม่เหมาะสำหรับการจัดในลักษณะอาสาสมัครเพราะอิงกับความ สะดวกของผู้อาสา บทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุนั้นประกอบด้วย การช่วยเหลือในการ ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การดูแลกรณีใช้อุปกรณ์เครื่องช่วย (สายสวนต่างๆ การให้อาหารทางสาย การใช้เครื่องช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ) การดูแลแผลกดทับ การทำกายภาพบำบัด เบื้องต้น การดูแลระยะสุดท้าย ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ 1 คน จะดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 5-10 ราย คละระดับของการมีภาวะพึ่งพิง

สรุปการดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแลของนักบริหาร (Caregiver) ที่ได้รับมอบหมาย ได้แก่

- 1) ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้าย การขับถ่าย ให้ถูกสุขลักษณะปลอดภัยเหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ
- 2) สังเกตพฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้สูงอายุ รวมทั้งเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ และต้องรายงานให้ญาติของผู้สูงอายุทราบ
- 3) ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านตลอดจนดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยถูกสุขลักษณะเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
- 4) เขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด
- 5) กรณีที่มีการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุต้องดำเนินการเตรียมปรุง ประกอบอาหาร พร้อมทั้งดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ในการปรุง ประกอบอาหารให้สะอาด และถูกสุขลักษณะในทุกขั้นตอนและล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอ
- 6) จัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย ที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง โดยทิ้งลงในภาชนะรองรับที่ถูกหลักสุขาภิบาล และระวังป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อนกับอาหารและเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค หรือก่อให้เกิดเหตุรำคาญต่อบ้านเรือนใกล้เคียง
- 7) ส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่มีพบว่ามีเหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตามระบบการส่งต่อและวิธีการอย่างถูกต้อง

8) จัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน เพื่อรายงานต่อผู้จัดการระบบฯ

4.1.4 สถานการณ์ความต้องการการดูแลจากนักบริบาล (Caregiver) ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและผลกระทบจากสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (OIDP) Oral Index Daily Performance

4.1.4.1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามในประเด็นความต้องการนักบริบาล (Caregiver) ผลกระทบจากสุขภาพช่องปากต่อชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน แบ่งเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีนักบริบาลดูแล จำนวน 403 คน และผู้สูงอายุที่มีนักบริบาลดูแล จำนวน 245 คน เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการสื่อความหมายผู้วิจัยได้กำหนดความหมายของสัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

Mean	แทนค่า	เฉลี่ย
N	แทนค่า	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
S.D	แทนค่า	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
Min	แทนค่า	ค่าต่ำสุดของข้อมูล (Minimum)
Max	แทนค่า	ค่าสูงสุดของข้อมูล (Maximum)

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ตาราง 6 ข้อมูล ลักษณะทางประชากรของผู้เข้าร่วมวิจัย

ลักษณะทางประชากร	มี Caregiver		ไม่มี Caregiver	
	จำนวน (n=245)	ร้อยละ	จำนวน (n=403)	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	78	31.8	139	33.7
หญิง	167	68.2	264	65.5
2. อายุ				
60 - 69 ปี	176	72.1	275	68.2
70 - 79 ปี	53	21.7	99	24.7
80 ปีขึ้นไป	15	6.1	29	7.1
	Mean=65.12		Mean=64.72	
	S.D=6.53		S.D=5.71	
	Max=88		Max=85	
	Min=60		Min=60	
3. สถานภาพสมรส				
โสด	11	4.5	20	5.0
คู่	191	78.0	310	76.9
หม้าย/อย่า/แยก	42	17.1	73	17.9
4. ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	218	89.7	353	88.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	13	5.3	28	7.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2	0.3	3	0.7
อนุปริญญา/หรือเทียบเท่า	3	1.2	4	1.0
ปริญญาตรี	6	2.5	11	2.7
ปริญญาโท	1	0.4	4	0.9
5. อาชีพ				
รับจ้าง	8	3.3	15	3.7
ทำนา/ทำสวน/ทำไร่	194	79.8	318	79.3



ตาราง 6 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	มี Caregiver		ไม่มี Caregiver	
	จำนวน (n=245)	ร้อยละ	จำนวน (n=403)	ร้อยละ
ค้าขาย	13	5.3	18	4.5
ข้าราชการ	1	0.4	4	0.9
อื่นๆ	27	11.1	48	12.0
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				
น้อยกว่า 17,000 บาท	235	95.9	378	93.8
17,000 – 34,000 บาท	6	2.4	18	4.5
34,001 – 51,000บาท	4	1.6	7	1.7
	Mean=4335.92		Mean=4,854.84	
	S.D.=6495		S.D.=7,033.44	
	Max=50,000		Max=50,000	
	Min=600		Min=500	
7. ประสบการณ์ได้รับการดูแลจาก นักบริบาล (Caregiver)				
1 ปี	131	53.5	0	0.0
2 ปี	114	46.5	0	0.0
8. เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแล ผู้สูงอายุโดยนักบริบาล				
ไม่เคย	82	33.9	167	41.9
เคย	160	66.1	236	58.5
จากแหล่งใด				
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	154	63.3	218	54.1
- อสม.	115	46.9	159	39.5
- วิทยุ	13	5.3	17	4.2

จากตาราง 6 พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มทั้งที่มีนักบริบาลดูแลและไม่มีนักบริบาลดูแล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.2 และ 66.3 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 72.1 และ 68.2 มีสถานภาพสมรสคู่เหมือนกัน ร้อยละ 78.0 และ 78.0 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 89.7 และ 88.0 มีอาชีพทำนา / ทำสวน / ทำไร่ ร้อยละ 79.8 และ 79.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 17,000 บาท ร้อยละ 95.9 และ 95.8 มีรายได้เฉลี่ย 4,335.92 บาท และ 4,854.84 บาท มีประสบการณ์การดูแลจากนักบริบาล 1 ปี เคยได้รับข้อมูลข่าวสารจาก

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 63.3 และ 58.5 มีประสบการณ์การเป็นโรคเบาหวานเป็นเวลา น้อยกว่า 21 ปี ร้อยละ 95.9 และ 95.8 ปัจจุบันไม่ใส่ฟันเทียม ร้อยละ 81.6 และ 80.9 เป็นผู้สูงอายุติดสังคม ร้อยละ 78.4 และ 81.1

4.1.4.2 ผลการประเมินความต้องการการดูแลจากนักบริบาลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง โดยใช้แบบสอบถามเลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งระหว่างต้องการกับไม่ต้องการ มีรายละเอียดตามตาราง 7

ตาราง 7 ข้อมูล ความต้องการการดูแลโดยบทบาทของนักบริบาล (Caregiver) ในเขตบริการสุขภาพ จังหวัดอุบลราชธานี

ลักษณะทางประชากร	มี Caregiver		ไม่มี Caregiver	
	จำนวน (n=245)	ร้อยละ	จำนวน (n=403)	ร้อยละ
<b>ด้านบทบาทของนักบริบาล</b>				
1. ท่านมีความต้องการให้นักบริบาลตรวจประเมินสุขภาพช่องปาก ให้กับท่านหรือไม่				
ไม่ต้องการ	43	17.6	75	18.6
ต้องการ	202	82.4	328	81.4
2. ท่านมีความต้องการให้นักบริบาลจัดทำข้อมูลสุขภาพช่องปากของท่านหรือไม่				
ไม่ต้องการ	89	36.3	155	38.5
ต้องการ	156	63.7	248	61.5
3. ท่านมีความต้องการให้นักบริบาลดูแลสุขภาพช่องปากให้แก่ท่านหรือไม่				
ไม่ต้องการ	18	7.3	35	8.7
ต้องการ	227	92.7	368	91.3
4. ท่านมีความต้องการรับความรู้ด้านการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพช่องปากที่ดีจากนักบริบาลหรือไม่				
ไม่ต้องการ	4	1.6	10	2.5
ต้องการ	241	98.4	393	97.5

ตาราง 7 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	มี CG		ไม่มี CG	
	จำนวน (n=245)	ร้อยละ	จำนวน (n=406)	ร้อยละ
5. ท่านมีความต้องการให้นักบริหาร สอนวิธีการทำความสะอาดฟันเทียม ให้แก่ท่าน หรือไม่				
ไม่ต้องการ	60	24.5	89	22.1
ต้องการ	185	75.5	314	77.9
6. ท่านมีความต้องการให้นักบริหาร สอนวิธีการแปรงฟันที่ถูกต้องให้กับท่าน หรือไม่				
ไม่ต้องการ	55	22.4	91	22.6
ต้องการ	190	77.6	312	77.4
7. ท่านมีความต้องการให้นักบริหาร สอนวิธีการใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อทำ ความสะอาดฟัน หรือไม่				
ไม่ต้องการ	76	31.0	124	30.8
ต้องการ	196	69.0	279	69.2
<b>ด้านการป้องกัน</b>				
8. ท่านมีความต้องการให้นักบริหาร ฝึกการตรวจสุขภาพช่องปากให้แก่ ท่านหรือไม่				
ไม่ต้องการ	13	5.3	28	6.9
ต้องการ	232	94.7	375	93.1
9. ท่านมีความต้องการให้นักบริหาร ฝึกการปรุงประกอบอาหารเพื่อ สุขภาพช่องปากให้แก่ท่าน หรือไม่				
ไม่ต้องการ	70	28.6	110	27.3
ต้องการ	175	71.4	293	72.7

ตาราง 7 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	มี CG		ไม่มี CG	
	จำนวน (n=245)	ร้อยละ	จำนวน (n=403)	ร้อยละ
10. ท่านมีความต้องการให้นักบริบาล สอนวิธีการรักษาความสะอาดช่อง ปากให้แก่ท่าน หรือไม่				
ไม่ต้องการ	9	3.7	18	4.5
ต้องการ	236	96.3	385	95.5
<b>ด้านการดูแลรักษา</b>				
11. ท่านมีความต้องการที่จะใส่ฟัน เทียมทดแทนฟันแท้เพื่อสุขภาพช่อง ปาก หรือไม่				
ไม่ต้องการ	130	53.1	208	51.6
ต้องการ	115	46.9	195	48.4
12. ท่านมีความต้องการที่จะขูดหิน น้ำลาย หรือไม่				
ไม่ต้องการ	96	39.2	169	41.9
ต้องการ	149	60.8	234	58.1
13. ท่านมีความต้องการที่จะ ถอนฟัน หรือไม่				
ไม่ต้องการ	157	64.1	249	61.8
ต้องการ	88	35.9	154	38.2
14. ท่านมีความต้องการที่จะ อุดฟัน หรือไม่				
ไม่ต้องการ	151	61.6	230	57.1
ต้องการ	94	38.4	173	42.9

จากตาราง 7 พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีและไม่มีนักบริบาลดูแลมีความต้องการให้นักบริบาลตรวจประเมินสุขภาพช่องปากให้กับตนเอง ร้อยละ 82.4 และ 81.4 ตามลำดับ มีความต้องการให้นักบริบาลจัดทำข้อมูลสุขภาพช่องปากให้กับตนเอง ร้อยละ 63.7 และ 61.5 มีความต้องการให้นักบริบาลดูแลสุขภาพช่องปากให้กับตนเอง ร้อยละ 92.7 และ 91.3 ต้องการความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 98.4 และ 97.5 ต้องการให้นักบริบาลสอนวิธีการรักษาความสะอาดฟัน

เทียม ร้อยละ 75.5 และ 77.9 มีความต้องการให้นักบริบาลสอนวิธีการแปรงฟันที่ถูกต้องให้กับตนเอง ร้อยละ 76.6 และ 77.4 มีความต้องการให้นักบริบาลสอนวิธีการใช้อุปเสริมในการดูแลสุขภาพช่องปากให้กับตนเอง ร้อยละ 69.0 และ 69.2 มีความต้องการให้นักบริบาลฝึกการตรวจสอบสุขภาพช่องปากให้กับตนเอง ร้อยละ 94.7 และ 93.1 มีความต้องการให้นักบริบาลฝึกการปรุงประกอบอาหารให้กับตนเอง ร้อยละ 71.4 และ 72.7 มีความต้องการให้นักบริบาลสอนวิธีการรักษาความสะอาดช่องปากให้กับตนเอง ร้อยละ 96.3 และ 95.5 มีความต้องการใส่ฟันเทียมทดแทนฟันแท้ ร้อยละ 46.9 และ 48.4 มีความต้องการชูดหินน้ำลาย ร้อยละ 60.8 และ 58.1 มีความต้องการที่จะถอนฟัน ร้อยละ 35.9 และ 38.2 มีความต้องการที่จะอุดฟัน ร้อยละ 38.4 และ 42.9

4.1.4.3 ผลการประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพในชีวิตประจำวัน (OIDP) Index โดยใช้แบบสอบถาม แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) มี 3 ระดับมีรายละเอียดตามตาราง 8

ตาราง 8 คะแนนเฉลี่ยระดับผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน แยกเป็นรายด้าน

ความรู้แยกเป็นรายด้าน	ผู้สูงอายุที่ไม่มีนักบริบาลดูแล จำนวน(n=403)			ผู้สูงอายุที่มีนักบริบาลดูแล จำนวน(n=245)		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับผลกระทบ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับผลกระทบ
ด้านกายภาพ (4 ข้อ)	2.10	0.43	ปานกลาง	1.16	0.28	น้อย
ด้านจิตวิทยา (3 ข้อ)	2.05	0.48	ปานกลาง	1.15	0.32	น้อย
ด้านสังคม (1 ข้อ)	1.88	0.67	ปานกลาง	1.12	0.35	น้อย
โดยรวม	2.05	0.40	ปานกลาง	1.15	0.28	น้อย

จากตาราง 8 พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน แยกรายด้าน ดังนี้

ผู้สูงอายุที่ไม่มีนักบริบาลดูแล โดยรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.05$ , S.D. = 0.40) ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าด้านอื่น เล็กน้อยคือด้านกายภาพ ( $\bar{x} = 2.10$ , S.D. = 0.43) คือ พบผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก การทำความสะอาดช่องปากการแปรงฟัน อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่น คือ ด้านสังคม ( $\bar{x} = 1.88$ , S.D. = 0.67) คือ รู้สึกไม่สนุกสนาน ไม่อยากออกไปพบปะผู้คนอยู่ในระดับน้อย จากการสอบถามบางรายรู้สึกเงินอายุเวลายิ้มบ้างเล็กน้อยเนื่องจากไม่มีฟัน ผู้สูงอายุที่มีนักบริบาลดูแล โดยรวมมีค่าเฉลี่ยคะแนน

อยู่ในระดับน้อย ( $\bar{x} = 1.15$ , S.D. = 0.28) และข้อความแต่ละด้านทั้งทางด้านกายภาพ ด้านจิตวิทยา และด้านสังคมโดยรวมมีค่าเฉลี่ยคะแนนไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีนักบริบาลดูแลและกลุ่มผู้สูงอายุที่มีนักบริบาลดูแล มีข้อสังเกตได้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีนักบริบาลดูแลจะมีผลกระทบจากสุขภาพช่องปากต่อชีวิตประจำวันสูงกว่า ( $\bar{x} = 2.05$ , S.D. = 0.40) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีนักบริบาลดูแล ( $\bar{x} = 1.15$ , S.D. = 0.28) ดังนั้นจึงเป็นประเด็นให้ผู้วิจัยวางแผนกิจกรรมการดำเนินงานในพื้นที่เพื่อสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ต่อไป

ตาราง 9 คะแนนเฉลี่ยผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน จำแนกรายข้อความ

ประเด็นคำถาม	ผู้สูงอายุที่ไม่มีนักบริบาลดูแล จำนวน(n=403)			ผู้สูงอายุที่มีนักบริบาลดูแล จำนวน(n=245)		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับผลกระทบ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับผลกระทบ
<b>ด้านกายภาพ</b>						
1. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาถึงปัจจุบันท่านพบปัญหาสุขภาพช่องปาก ฟันหรือฟันปลอมกระทบต่อการกินอาหารหรือไม่	2.13	0.58	ปานกลาง	1.27	0.49	น้อย
2. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาถึงปัจจุบันท่านพบปัญหาการพูดออกเสียงไม่ชัดเจน เพราะปัญหาจากช่องปาก ฟันหรือฟันปลอมหรือไม่	2.09	0.70	ปานกลาง	1.13	0.33	น้อย
3. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาถึงปัจจุบันท่านพบปัญหาการทำความสะอาดช่องปากหรือการแปรงฟันหรือไม่	2.22	0.56	ปานกลาง	1.63	0.39	น้อย
4. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน ท่านพบปัญหาการทำงาน การทำความสะอาดบ้านเรือน การทำอาหารหรือไม่	1.95	0.64	ปานกลาง	1.11	0.34	น้อย
<b>ด้านจิตวิทยา</b>						
5. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน ท่านเกิดปัญหาการพักผ่อนหรือนอนไม่หลับเพราะปัญหาจากช่องปาก ฟันหรือฟันปลอม หรือไม่	1.91	0.62	ปานกลาง	1.17	0.39	น้อย

ตาราง 9 (ต่อ)

ประเด็นคำถาม	ผู้สูงอายุที่ไม่มี นักบริบาลดูแล จำนวน(n=403)			ผู้สูงอายุที่มี นักบริบาลดูแล จำนวน(n=245)		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
	ผลกระทบ			ผลกระทบ		
6. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน ท่านมีความรู้สึกไม่สบาย ยิ้มแย้มหรือหัวเราะ เพราะรู้สึกไม่มั่นใจในสุขภาพช่องปากหรือฟันหรือไม่	2.07	0.55	ปานกลาง	1.14	0.37	น้อย
7. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน ท่านพบปัญหาด้านอารมณ์ จิตใจ และรู้สึกหงุดหงิดรำคาญง่าย เพราะปัญหาจากช่องปาก ฟันหรือฟันปลอมหรือไม่	2.16	0.69	ปานกลาง	1.14	0.38	น้อย
<b>ด้านสังคม</b>						
8. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน ท่านมีความรู้สึกไม่สนุกสนาน ไม่อยากออกไปพบปะผู้คน ไม่อยากออกไปพบปะญาติสนิทมิตรสหาย เพราะปัญหาจากช่องปาก ฟันหรือฟันปลอมหรือไม่	1.88	0.67	ปานกลาง	1.12	0.35	น้อย

จากตาราง 9 พบว่า คะแนนเฉลี่ยผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน จำแนกตามข้อคำถาม ดังนี้

กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีนักบริบาลดูแล พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าข้ออื่น คือ ข้อ 3 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาถึงปัจจุบันพบปัญหาการทำความสะอาดช่องปากหรือการแปรงฟันอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.22$ , S.D. = 0.56) เนื่องจากผู้สูงอายุมีฟันโยกทำให้แปรงฟันไม่สะดวก ผู้สูงอายุบางรายมีแผลในช่องปาก ส่วนข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนรองลงมาคือ ข้อ 7 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาถึงปัจจุบันพบปัญหาด้านอารมณ์ จิตใจและรู้สึกหงุดหงิดรำคาญง่ายมีสาเหตุมาจากปัญหาสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.16$ , S.D. = 0.69) จากการสอบถาม พบว่าส่วนใหญ่บอกว่ามีฟันโยก และบางรายไม่มีฟันเคี้ยวอาหาร เคี้ยวอาหารไม่สะดวก และข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนน้อยกว่าข้อคำถามอื่น ๆ คือ ข้อ 8 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน มีความรู้สึกไม่สนุกสนาน ไม่อยากออกไปพบปะผู้คน หรือมิตรสหาย มีสาเหตุมาจากปวดฟัน ฟันโยกอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 1.88$ , S.D. = 0.67)

กลุ่มผู้สูงอายุที่มีนักบริบาลดูแล พบว่า ข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าเฉลี่ยของคะแนนแต่ละข้ออยู่ในระดับน้อยทั้งทางด้านกายภาพ ด้านจิตวิทยาและด้านสังคม

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีนักบริบาลดูแลและกลุ่มผู้สูงอายุที่มีนักบริบาลดูแล พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีนักบริบาลดูแลมีผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวันสูงกว่า ( $\bar{x} = 2.05$ , S.D. = 0.40) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีนักบริบาลดูแล ( $\bar{x} = 1.15$ , S.D. = 0.28)

4.1.5 ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองก่อนการพัฒนาารูปแบบ

4.1.5.1 ความรู้ ของผู้สูงอายุต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองก่อนการพัฒนาารูปแบบระหว่างผู้สูงอายุที่ไม่มีนักบริบาลดูแลกับผู้สูงอายุที่มีนักบริบาลดูแลมีรายละเอียดตามตาราง 10

ตาราง 10 ระดับความรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง

ระดับความรู้	ผู้สูงอายุที่ไม่มีนักบริบาลดูแล จำนวน(n=403)		ผู้สูงอายุที่มีนักบริบาลดูแล จำนวน(n=245)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0-10 คะแนน)	152	37.72	27	11.02
ระดับปานกลาง (11-15 คะแนน)	176	43.67	164	66.94
ระดับสูง (16-18 คะแนน)	75	18.61	54	22.04

จากตาราง 10 พบว่า การศึกษาระดับความรู้ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานไม่มีนักบริบาลดูแลและผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีนักบริบาลดูแลส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าคะแนน 11-15 คะแนน) ร้อยละ 43.67 และ ร้อยละ 66.94 ตามลำดับ ซึ่งพบว่ากลุ่มที่ไม่มีนักบริบาลดูแลมีความรู้อยู่ในระดับต่ำไปถึงปานกลาง ขณะที่กลุ่มที่มีนักบริบาลดูแลมีความรู้อยู่ในระดับปานกลางไปที่ระดับสูงอาจเป็นไปได้ว่าการที่นักบริบาลให้ความดูแลใกล้ชิดให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน มีผลทำให้ผู้สูงอายุอายุที่ได้รับการดูแลมีความรู้ที่ถูกต้องดีกว่ากลุ่มที่ไม่มีนักบริบาลดูแล



ตาราง 11 ความรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง จำแนกราย  
ข้อคำถาม

ประเด็นคำถาม	ผู้สูงอายุที่ไม่มี นักบริหารดูแล จำนวน(n=403)		ผู้สูงอายุที่มี นักบริหารดูแล จำนวน(n=245)	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
<b>ด้านการทำความสะอาด</b>				
1. การแปรงฟันที่ถูกวิธี คือ ใช้แปรงถูไป-มา แรงๆ ตามแนวนอนของฟัน	378	93.80	137	55.92
2. แปรงสีฟันที่ดีต้องมีลักษณะ ด้ามแปรง ตรงขนแปรงไม่นุ่มหรือแข็งเกินไป	328	81.39	112	45.71
3. ในการแปรงฟันทุกครั้งไม่จำเป็นต้องแปรงลิ้น	135	33.49	131	53.47
4. ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ช่วย ป้องกันฟันผุ	226	56.08	171	69.80
5. การใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดซอกฟัน ช่วยให้ฟันสะอาด	130	32.25	171	69.80
6. ผู้สูงอายุที่มีฟันเทียมทั้งปากควรบ้วนปาก ทำความสะอาดตอนตื่นนอนตอนเช้าหลัง รับประทานอาหารและก่อนนอน	295	73.20	156	63.67
7. ผู้สูงอายุที่มีฟันเทียมทั้งปากควรถอดฟัน เทียมแช่น้ำตอนกลางคืน	198	49.13	174	71.02
<b>ด้านการทำความสะอาด</b>				
8. ผู้สูงอายุที่มีฟันแท้อย่างเดียวควรแปรงฟัน ทำความสะอาดช่องปากในตอนเช้า หลังอาหารกลางวันและก่อนนอน	274	67.99	192	78.37
<b>ด้านภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก</b>				
9. การสูบบุหรี่ทำให้มีกลิ่นปากมีโอกาสเกิด โรคเหงือกอักเสบได้ง่ายกว่าคนไม่สูบบุหรี่	343	85.11	204	83.27
10. อาหารที่มีลักษณะเหนียว ติดฟันจะทำให้ ให้เกิดโรคฟันผุ เช่น ลูกอม หมากฝรั่ง	322	79.90	193	78.78
11. การรับประทานอาหารระหว่างมือ การกินจุบจิบ ก่อให้เกิดฟันผุได้ง่าย	305	75.68	192	78.37
12. หินปูนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเหงือกอักเสบ	249	61.79	184	75.10
13. ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดแผลใน ช่องปากได้มากกว่าคนทั่วไป	249	61.79	189	77.14

ตาราง 11 (ต่อ)

ประเด็นคำถาม	ผู้สูงอายุที่ไม่มี นักบริบาลดูแล จำนวน(n=403)		ผู้สูงอายุที่มี นักบริบาลดูแล จำนวน(n=245)	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
14. ผู้ป่วยเบาหวานต้องตรวจระดับน้ำตาล ในเลือดก่อนทำการถอนฟัน	322	79.90	186	75.92
<b>ด้านการประเมินสภาวะสุขภาพช่องปาก</b>				
15. เมื่อพบว่าเหงือกของเราบวมแดงหรือมี เลือดออก สามารถรักษาเองได้ ไม่ จำเป็นต้องไปพบทันตแพทย์	305	75.68	195	79.59
16. ควรไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจฟัน อย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง	249	61.79	158	64.49
17. การตรวจสุขภาพฟันด้วยตัวเองสามารถ ป้องกันโรคฟันผุได้	249	61.79	151	61.63
18. เมื่อพบว่าฟันผุและมีอาการปวด ควรไปพบทันตแพทย์เพื่อทำการ ถอนฟันทันที	305	75.68	167	68.16

จากตาราง 11 พบว่า ระดับความรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง จำแนกรายข้อคำถาม ดังนี้

กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีนักบริบาลดูแล ส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่องการสูบบุหรี่ทำให้มีกลิ่นปากมีโอกาสเกิดโรคเหงือกอักเสบได้ง่ายกว่าคนไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 85.11 รองลงมาที่มีความรู้ในเรื่องแปรงสีฟันที่ดีต้องมีลักษณะด้ามแปรงตรงขนแปรงไม่นุ่มหรือแข็งเกินไป ร้อยละ 81.39 และพบว่ามีข้อคำถามที่มีการตอบคำถามไม่ถูกต้องมาก คือ การใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดซอกฟันช่วยให้ฟันสะอาด คิดเป็นร้อยละ 32.25

กลุ่มผู้สูงอายุที่มีนักบริบาลดูแล ส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่อง การสูบบุหรี่ทำให้มีกลิ่นปากมีโอกาสเกิดโรคเหงือกอักเสบได้ง่ายกว่าคนไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 83.27 รองลงมาที่มีความรู้ในเรื่องเมื่อพบว่าเหงือกของเราบวมแดงหรือมี เลือดออก สามารถรักษาเองได้ ไม่จำเป็นต้องไปพบทันตแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 79.59 และพบว่ามีข้อคำถามที่มีการตอบถูกน้อยกว่าข้ออื่น ๆ คือ ในการแปรงฟันทุกครั้งไม่จำเป็นต้องแปรงลิ้น คิดเป็นร้อยละ 53.47

จากผลการวัดความรู้ของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม จะเป็นประเด็นให้ผู้วิจัยนำผลการวัดความรู้ไปวางแผนการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ ต่อไป

4.1.5.2 ทักษะของ ผู้สูงอายุต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองก่อนการพัฒนาารูปแบบระหว่างผู้สูงอายุที่ไม่มีนักบริบาลดูแลกับผู้สูงอายุที่มีนักบริบาลดูแลมีรายละเอียดตามตาราง 12

ตาราง 12 คะแนนเฉลี่ยระดับทัศนคติของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองแยกเป็นรายด้าน

ทัศนคติแยกเป็นรายด้าน	ผู้สูงอายุที่ไม่มี นักบริบาลดูแล จำนวน(n=403)			ผู้สูงอายุที่มี นักบริบาลดูแล จำนวน(n=245)		
	Mean	S.D.	ระดับ ทัศนคติ	Mean	S.D.	ระดับ ทัศนคติ
ด้านการแปรงฟัน	1.61	0.43	ปานกลาง	1.79	0.52	ปานกลาง
ด้านการรับประทานอาหาร/บุหรื/หมาก	1.86	0.60	ปานกลาง	1.96	0.59	ปานกลาง
ด้านการตรวจสุขภาพช่องปาก	1.72	0.59	ปานกลาง	1.74	0.71	ปานกลาง
โดยรวม	1.73	0.36	ปานกลาง	1.83	0.48	ปานกลาง

จากตาราง 12 พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับทัศนคติของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองแยกเป็นรายด้าน ดังนี้

การศึกษาระดับทัศนคติของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง แยกเป็นรายด้าน พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานไม่มีนักบริบาลดูแลและผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีนักบริบาลดูแลมีทัศนคติที่เหมาะสม โดยรวมมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 1.73$  S.D. = 0.36) ( $\bar{x} = 1.83$  และ S.D. = 0.48) ตามลำดับ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติสูงกว่าด้านอื่น คือ ด้านการรับประทานอาหาร/บุหรื/หมาก โดยมีทัศนคติที่ถูกต้อง เช่น เห็นด้วยว่าทานข้าวแล้วควรแปรงฟัน บุหรื หมาก อันตรายต่อเหงือก ( $\bar{x} = 1.86$  S.D. = 0.66) ( $\bar{x} = 1.96$  S.D. = 0.59) ตามลำดับ

ตาราง 13 คะแนนเฉลี่ยทัศนคติของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง จำแนกรายข้อคำถาม

ประเด็นคำถาม	ผู้สูงอายุที่ไม่มี นักบริหารดูแล จำนวน(n=403)			ผู้สูงอายุที่มี นักบริหารดูแล จำนวน(n=245)		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ ทัศนคติ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ ทัศนคติ
ด้านการแปรงฟัน						
1. ท่านเชื่อว่าการแปรงฟันแรงๆ จะสะอาดมากกว่าแปรงเบาๆ	1.69	0.74	ปานกลาง	1.66	0.80	น้อย
2. ท่านเชื่อว่าการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ช่วยป้องกันโรคเหงือกอักเสบ	1.72	0.87	ปานกลาง	1.58	0.67	ปานกลาง
3. ท่านเชื่อว่าแปรงสีฟันที่มีขนแปรงแข็ง จะสามารถทำความสะอาดฟันได้สะอาดขึ้น	1.77	0.75	ปานกลาง	1.72	0.61	ปานกลาง
4. ท่านเชื่อว่าหากแปรงฟันมากกว่าวันละ 2 ครั้งทำให้เกิดฟันสึกได้	2.00	0.81	ปานกลาง	1.79	0.70	ปานกลาง
ด้านการรับประทานอาหาร/บุหรี่ยุ่่มาก						
5. ท่านเชื่อว่าการรับประทานอาหารประเภทแป้ง และน้ำตาล เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคเหงือกอักเสบ	2.19	0.96	ปานกลาง	1.66	0.82	ปานกลาง
6. ท่านเชื่อว่าการเคี้ยวหมากทำให้ฟันแข็งแรงขึ้น	2.02	0.80	ปานกลาง	1.83	0.93	ปานกลาง
7. ท่านเชื่อว่าการกินอาหารระหว่างมือ กินจุบจิบ ทำให้เกิดฟันผุได้ง่าย	2.01	0.88	ปานกลาง	1.93	0.68	ปานกลาง
8. ท่านเชื่อว่าการสูบบุหรี่ทำให้เกิดคราบหินปูนด้านการตรวจสุขภาพช่องปาก	1.62	0.83	ปานกลาง	1.87	0.83	ปานกลาง
9. ท่านเชื่อว่าการตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตแพทย์ทุก 6 เดือน จะทำให้สุขภาพช่องปากดีขึ้นได้	1.65	0.88	ปานกลาง	1.67	0.84	ปานกลาง
10. ท่านเชื่อว่าการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเองจะทำให้มีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นได้	1.83	0.86	ปานกลาง	2.04	0.59	ปานกลาง

จากตาราง 13 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง จำแนกรายข้อคำถาม ดังนี้

กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีนักบริบาลดูแล พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าข้ออื่น ๆ คือ ข้อ 5 เชื่อว่าการรับประทานอาหารประเภทแป้ง และน้ำตาลเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคเหงือกอักเสบ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.19$ , S.D. = 0.96) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนรองลงมาคือ ข้อ 7 เชื่อว่าการกินอาหารระหว่างมื้อ กินจุบจิบ ทำให้เกิดฟันผุได้ง่าย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.01$ , S.D. = 0.88) และข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยกว่าข้ออื่น คือ เชื่อว่าการสูบบุหรี่ทำให้เกิดคราบหินปูน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{x} = 1.62$ , S.D. = 0.83)

กลุ่มผู้สูงอายุที่มีนักบริบาลดูแล พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าข้ออื่น ๆ คือ ข้อ 10 เชื่อว่าการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเองจะทำให้มีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นได้ มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 1.62$ , S.D. = 0.83) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนรองลงมาคือข้อ ข้อ 7 เชื่อว่าการกินอาหารระหว่างมื้อ กินจุบจิบ ทำให้เกิดฟันผุได้ง่าย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 1.93$ , S.D. = 0.68) และข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยกว่าข้ออื่น คือ เชื่อว่าการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ช่วยป้องกันโรคเหงือกอักเสบ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{x} = 1.58$ , S.D. = 0.67)

จากผลการวัดทัศนคติของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มจะพบว่า ผู้สูงอายุยังมีทัศนคติที่ถูกต้องอยู่ในระดับที่น้อย เช่น ผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่มีนักบริบาลดูแลเชื่อว่าการสูบบุหรี่ทำให้เกิดคราบหินปูน สำหรับผู้สูงอายุที่มีนักบริบาลดูแล เชื่อว่าการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งช่วยป้องกันโรคเหงือกอักเสบอยู่ในระดับน้อย ซึ่งนับว่าเป็นประเด็นสำคัญที่ผู้วิจัยจะนำข้อมูลไปประกอบการพิจารณา ทบทวนเชิงระบบ ว่ากิจกรรมการดำเนินงานของนักบริบาลในพื้นที่เป็นอย่างไร ขณะมีกิจกรรมเยี่ยมบ้านมีการให้ความรู้ด้านใดบ้างกับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน หรือจะต้องมีแนวทางการดำเนินงานอย่างไรบ้างเพื่อปรับทัศนคติของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

4.1.5.3 พฤติกรรมของผู้สูงอายุต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองก่อนการพัฒนา รูปแบบระหว่างผู้สูงอายุที่ไม่มีนักบริบาลดูแลกับผู้สูงอายุที่มีนักบริบาลดูแลมีรายละเอียดตามตาราง 14

พหุ ประถมศึกษา

ตาราง 14 คะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพช่องปาก  
ของตนเองแยกเป็นรายด้าน

พฤติกรรมแยกเป็นรายด้าน	ผู้สูงอายุที่ไม่มี นักบริบาลดูแล จำนวน(n=403)			ผู้สูงอายุที่มี นักบริบาลดูแล จำนวน(n=245)		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ พฤติกรรม	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ พฤติกรรม
ด้านการดูแลรักษาความสะอาด	1.88	0.30	ปานกลาง	2.18	0.64	ปานกลาง
ด้านการประเมินสุขภาพช่องปาก	2.07	0.54	ปานกลาง	2.40	0.78	ปานกลาง
ด้านภาวะเสี่ยงต่อ การเกิดโรคในช่องปาก	2.35	0.33	ปานกลาง	2.43	0.45	ปานกลาง
โดยรวม	2.10	0.67	ปานกลาง	2.33	0.46	ปานกลาง

จากตาราง 14 พบว่าคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง รายด้าน ดังนี้

การศึกษาระดับพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองแยกเป็นรายด้าน พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานไม่มีนักบริบาลดูแลและผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีนักบริบาลดูแล มีค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.10$  S.D.=0.67), ( $\bar{x} = 2.33$  S.D. =0.46) ตามลำดับ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าด้านอื่นคือด้านภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก ( $\bar{x} = 2.35$  และ S.D. =0.33) ( $\bar{x} = 2.43$  และ S.D. =0.45) ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานไม่มีนักบริบาลดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีนักบริบาลดูแลทุกด้าน

จากการวัดระดับพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานทั้งสองกลุ่ม พบว่ามีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางทั้งสองกลุ่ม และด้านที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าด้านอื่น ๆ คือด้านภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากเหมือนกันทั้งสองกลุ่ม ซึ่งด้านนี้เป็นด้านที่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงส่วนบุคคลที่มีพฤติกรรมไม่ถูกต้อง เพราะมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการดื่มน้ำอัดลม การรับประทานอาหารจุกจิก ดังนั้น จึงเป็นประเด็นให้ผู้วิจัยวางแผนการทำงานเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ต่อไป

ตาราง 15 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพช่องปาก  
ของตนเอง จำแนกรายข้อคำถาม

ประเด็นคำถาม	ผู้สูงอายุที่ไม่มีนักบริบาลดูแล จำนวน(n=403)			ผู้สูงอายุที่มีนักบริบาลดูแล จำนวน(n=245)		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ ทัศนคติ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ ทัศนคติ
<b>ด้านการดูแลรักษาความสะอาด</b>						
1. ท่านใช้ไม้จิ้มฟันทำความสะอาด ซอกฟัน	2.74	0.82	มาก	2.32	0.57	ปานกลาง
2. ท่านแปรงฟัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	2.16	2.58	ปานกลาง	1.67	0.74	ปานกลาง
3. ท่านใช้เวลาแปรงฟันอย่างน้อย 2-3 นาที	2.07	0.76	ปานกลาง	1.70	0.69	ปานกลาง
4. ท่านใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาด ซอกฟันหลังแปรงฟัน	1.90	0.54	ปานกลาง	1.89	0.62	ปานกลาง
5. ท่านแปรงฟันแรงๆ เพื่อให้ฟันสะอาด	2.23	0.80	ปานกลาง	2.08	0.53	ปานกลาง
6. ท่านใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสม ของฟลูออไรด์	1.83	0.88	ปานกลาง	1.68	0.73	ปานกลาง
7. ท่านแปรงลิ้นทุกครั้งหลังแปรงฟัน	2.31	0.83	ปานกลาง	2.03	0.52	ปานกลาง
<b>ด้านการประเมินสุขภาพช่องปาก</b>						
8. ท่านมีการตรวจสุขภาพทั่วไป ภายในช่องปากด้วยตนเอง	2.41	0.67	มาก	2.03	0.55	ปานกลาง
9. ท่านมีการตรวจสุขภาพฟัน ด้วยตนเอง	2.30	0.71	ปานกลาง	2.04	0.59	ปานกลาง
10. ท่านมีการตรวจสุขภาพเหงือก ด้วยตนเอง	2.28	0.57	ปานกลาง	2.15	0.63	ปานกลาง
11. ท่านสูบบุหรี่	1.61	0.65	น้อย	1.45	0.92	น้อย
<b>ด้านภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคช่องปาก</b>						
12. ท่านเคี้ยวหมาก	1.93	0.79	ปานกลาง	2.29	0.64	ปานกลาง

ตาราง 15 (ต่อ)

ประเด็นคำถาม	ผู้สูงอายุที่ไม่มี นักบริบาลดูแล			ผู้สูงอายุที่มี นักบริบาลดูแล		
	จำนวน(n=403)			จำนวน(n=245)		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ ทัศนคติ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ ทัศนคติ
13. ท่านดื่มกาแฟ	2.26	0.66	ปานกลาง	2.42	0.55	มาก
14. ท่านชอบกินจุบจิบ	2.72	0.53	มาก	2.37	0.56	มาก
15. ท่านมักดื่มน้ำหวานหรือน้ำอัดลมอยู่เสมอ	2.63	0.55	มาก	2.32	0.62	ปานกลาง
16. ท่านเลือกรับประทานผลไม้แทนขนมหวาน	2.06	0.71	ปานกลาง	1.83	0.79	ปานกลาง

จากตาราง 15 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง จำแนกรายข้อคำถาม ดังนี้

กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีนักบริบาลดูแล พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าข้ออื่น ๆ คือ ข้อ 1 ใช้ไม้จิ้มฟันทำความสะอาดซอกฟัน มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 2.74$ , S.D. = 0.82) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนรองลงมาคือ ข้อ 7 ชอบกินจุบจิบ มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 2.72$ , S.D. = 0.53) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับน้อยกว่าข้ออื่น คือ ข้อ 12 การสูบบุหรี่ มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{x} = 1.61$ , S.D. = 0.65)

กลุ่มผู้สูงอายุที่มีนักบริบาลดูแล พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าข้ออื่น ๆ คือ ข้อ 13 การชอบดื่มกาแฟ มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 2.42$ , S.D. = 0.55) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนรองลงมาคือ ข้อ 14 การกินจุบจิบ มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 2.37$ , S.D. = 0.56) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยที่สุด คือ การสูบบุหรี่

เมื่อวัดผลพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม พบว่าค่าคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีบางข้อที่มีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับสูง เช่น ผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่มีนักบริบาลดูแลจะมีพฤติกรรมการใช้ไม้จิ้มฟันทำความสะอาดซอกฟันและมีพฤติกรรมการกินจุบจิบ มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับมาก ส่วนผู้สูงอายุที่มีนักบริบาลดูแลก็



มีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการชอบดื่มกาแฟ และการกินจุบจิบ ดังนั้นจึงเป็นประเด็นให้ผู้วิจัยวางแผนการดำเนินงานเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ต่อไป

4.1.5.4 เปรียบเทียบผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระหว่างผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเบาหวานไม่มีนักบริบาลดูแลกับผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเบาหวานมีนักบริบาลดูแล พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีนักบริบาลดูแลมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ไม่มีนักบริบาลดูแล ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยพบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 8.11 คะแนน (95% CI=7.69-8.52) มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีนักบริบาลดูแลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 0.58 คะแนน (95% CI=0.03-1.13) มีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีนักบริบาลดูแล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยพบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 1.12 คะแนน (95% CI=0.42-1.83 และมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีนักบริบาลดูแล มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 0.72 คะแนน (95% CI=0.13-1.58)

ตาราง 16 การเปรียบเทียบผลกระทบสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มที่ไม่มีนักบริบาลดูแลกับกลุ่มที่มีนักบริบาลดูแล

ประเด็น	ไม่มีนักบริบาลดูแล จำนวน (n=403)		มีนักบริบาลดูแล จำนวน (n=245)		Mean Diff.	p-value	95% CI
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ผลกระทบ	17.06	3.14	8.95	1.34	8.11	<0.001	7.69-8.52
ความรู้	11.90	0.19	12.48	2.46	-0.58	0.03	-1.13-0.03
ทัศนคติ	18.52	4.86	19.65	3.66	-1.12	<0.001	-1.83-0.42
พฤติกรรม	36.99	6.02	37.71	4.15	-0.72	0.09	0.13-1.58

จากตาราง 16 พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีนักบริบาลดูแลมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ไม่มีนักบริบาลดูแล ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยพบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 8.11 คะแนน (95% CI=7.69-8.52) มีความรู้ด้านการดูแล

สุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีนักรับบาลดูแลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 0.58 คะแนน (95% CI=0.03-1.13) มีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีนักรับบาลดูแล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยพบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 1.12 คะแนน (95% CI=0.42-1.83) และมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีนักรับบาลดูแล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 0.72 คะแนน (95% CI=0.13-1.58)

สรุปผลการศึกษาในวงรอบการพัฒนาที่ 1 มีการศึกษานโยบายในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานซึ่งมีนโยบายที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ระดับกระทรวงสาธารณสุข ระดับจังหวัดที่เน้นนโยบายชัดเจนเกี่ยวกับการผลิตและกระจายบุคลากรทันตสาธารณสุขสู่พื้นที่ให้เพียงพอต่อการให้บริการกับประชาชนโดยมีทันตแพทย์ประจำที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป มีทันตภิบาลประจำที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการสนับสนุนงบประมาณให้พื้นที่ได้ทำงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ส่วนบริบทการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในพื้นที่ตำบลมีการคัดกรองสุขภาพช่องปากมีการตรวจสุขภาพประจำปีแยกประเภทผู้ป่วยออกเป็นประเภทที่มีภาวะปัญหาสุขภาพช่องปากไม่รุนแรงทำการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้และผู้ที่มีความรุนแรงต้องส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย และมีนักรับบาล (Caregiver) เป็นบุคลากรผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ป่วยด้วย โดยบทบาทในการดูแล มีการดูแลร่างกาย จิตใจ อาหาร ตลอดจนสิ่งแวดล้อมความปลอดภัย โดยมีการจัดตารางเยี่ยมบ้านเพื่อให้การดูแลถึงที่บ้าน และในวงรอบการพัฒนาที่ 1 นี้ มีการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน มีการศึกษาผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน มีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มที่มีนักรับบาลดูแลและกลุ่มที่ไม่มีนักรับบาลดูแล จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานทั้งสองกลุ่มต่างก็มีความต้องการที่จะได้รับการดูแลจากนักรับบาลโดยมีความต้องการมากที่สุดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากโดยต้องการความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาความสะอาดช่องปาก ต้องการความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การใช้อุปกรณ์เสริมต่าง ๆ ในการดูแลช่องปาก ส่วนผลการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน (OIDP: Oral Index daily Performance) พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานไม่มีนักรับบาลดูแลมีผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวันมากกว่ากลุ่มที่มีนักรับบาลดูแล เช่น มีภาวะปวดฟัน ภาวะการฉีกฟันบดเคี้ยวอาหารได้ไม่ดี ภาวะรู้สึกอายนเพราะฟันหรือ ภาวะปัญหาเกี่ยวกับการทำความสะอาดช่องปากหรือการแปรงฟัน เป็นต้น เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีนักรับบาลดูแลมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ไม่มีนักรับบาลดูแล ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมี

ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 8.11 คะแนน (95% CI=7.69-8.52) จากผลการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มที่มีนักรับบาลดูแลกับกลุ่มที่ไม่มีนักรับบาลดูแล พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีนักรับบาลดูแลมีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีนักรับบาลดูแลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 0.58 คะแนน (95% CI=0.03-1.13) มีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีนักรับบาลดูแล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยพบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 1.12 คะแนน (95% CI=0.42-1.83) และมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีนักรับบาลดูแล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 0.72 คะแนน (95% CI=0.13-1.58)

จากการศึกษานโยบาย บริบท ความต้องการของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน พบว่า มีกระบวนการทำงานที่ทำงานตอบสนองนโยบายโดยมีทันตบุคลากรเป็นหลักและมีนักรับบาล (Caregiver) เป็นผู้ช่วยแต่ยังไม่มีกระบวนการทำงานเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานอย่างมีแบบแผนขั้นตอน ขาดภาคีเครือข่ายเข้ามามีบทบาท บุคลากรที่เกี่ยวข้องยังไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพที่เพียงพอ ยังขาดการติดตามอย่างต่อเนื่อง ระบบข้อมูลมีแต่ยังไม่ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน และผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานยังไม่สามารถเข้าถึงบริการอย่างครอบคลุม ดังนั้นจึงเป็นความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาการดำเนินงานเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุต่อไปในวงรอบการพัฒนาที่ 2 โดยต้องอาศัยกระบวนการทำงานอย่างมีแบบแผนขั้นตอน โดยใช้วงจรการพัฒนาการวิจัยของ เคิร์ท เลวิน ต่อไป

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว

## 4.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดย บทบาทของนักบริบาล (Caregiver) จังหวัดอุบลราชธานี

### 4.2.1 ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

4.2.1.1 กิจกรรมที่ 1 แต่งตั้งทีมวิจัยและคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยโดยเชิญและจัดประชุมชี้แจงคณะทำงาน เป็นการดำเนินงานเพื่อให้ทีมวิจัยร่วมกันดำเนินงานในพื้นที่และเพื่อให้คณะทำงานเข้าใจวัตถุประสงค์พร้อมทั้งแนวทางการดำเนินการวิจัยร่วมกัน ซึ่งคณะทำงานประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ญาติผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน นักบริบาล (Caregiver) ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ อปท. เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข

ผลพบว่า ผู้วิจัยได้แต่งตั้งคณะทำงานจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน จำนวน 68 คน

สิ่งที่ได้เรียนรู้คือ คณะทำงานยังขาดความรู้ ในเรื่องวิจัยเชิงปฏิบัติการ จึงต้องอธิบายให้ความรู้ในกระบวนการวิจัยทั้ง 4 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติการ ขั้นสังเกตการณ์ และขั้นสะท้อนผล พร้อมทั้งมีการอธิบายบรรยายให้ความรู้ ทำความเข้าใจในทุกกิจกรรมก่อนลงมือปฏิบัติในกิจกรรมนั้น ๆ

4.2.1.2 กิจกรรมที่ 2 ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม กลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน กลุ่มญาติผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน กลุ่มนักบริบาล กลุ่มบุคลากรทันตสาธารณสุข

1) สถานการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในอดีตเริ่มจากก่อน ปี พ.ศ. 2557 พบว่า การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ในอดีตยังไม่มีแนวทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน แต่มีแนวทางดูแลผู้สูงอายุโดยรวม คือ มีแนวทางการดูแลกลุ่มผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ ให้คนไทยเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ได้รับการคุ้มครองสิทธิการรักษาพยาบาลจากรัฐบาล โดยสิทธิการรักษาพยาบาล มี 3 ระบบใหญ่ คือ สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สิทธิประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท ซึ่งรัฐบาลให้การดูแลค่าใช้จ่ายแตกต่างกัน สิทธิเกี่ยวกับทันตกรรมที่ได้รับจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านบริการทันตกรรม ได้แก่ อุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม การเคลือบหลุมร่องฟัน และการทำฟันปลอมฐานพลาสติก และมีแนวทางการดูแลตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีจะเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ถ่ายทอดนโยบาย กำกับ ดูแล หน่วยบริการสาธารณสุขใน

พื้นที่ โดยมีกลุ่มงานทันตสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีบทบาทหน้าที่ในการกำกับ ดูแล โดยรวม ดังนี้

(1) งานพัฒนากลยุทธ์ด้านทันตสาธารณสุข

(1.1) กำหนดทิศทางงาน/แผนยุทธศาสตร์ด้านทันตสาธารณสุขระดับจังหวัด

(1.1.1) กำหนดเป้าหมาย แผนกลยุทธ์และแผนยุทธศาสตร์ของงานทันตสาธารณสุขระดับจังหวัดที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์และบริบทของการพัฒนาจังหวัดให้สอดคล้องกับนโยบายรัฐบาลนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ภารกิจด้านการส่งเสริมทันตสุขภาพ และภารกิจด้านบริการสุขภาพแก่ประชาชน

(1.1.2) กำหนดแผนกำลังคนด้านทันตสาธารณสุขให้ได้สัดส่วนพอดีกับประชากรระบบ GISและสภาพพื้นที่ของจังหวัด

(1.2) ประเมินทรัพยากรเพื่อการจัดการด้านทันตสาธารณสุข

(1.2.1) ประสานงานให้เกิดการใช้ทรัพยากรในระดับจังหวัดให้เหมาะสมในการพัฒนางานทันตสาธารณสุขและการบริการทันตกรรมในพื้นที่ ทั้งในแง่งบประมาณ ทรัพยากร เทคโนโลยีและบุคลากร

(1.2.2) การจัดการบริหารงบประมาณทั้งในและนอกระบบประกันสุขภาพของจังหวัดแบบสมดุล และบูรณาการอย่างเหมาะสมในการแก้ปัญหาสุขภาพแบบองค์รวม

(1.2.3) ส่งเสริมให้มีการจัดสรรและใช้งบประมาณด้านทันตสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ

(1.3) ประเมินผลงานด้านทันตสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ

(1.3.1) ติดตามประเมินผลการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในระดับจังหวัด วิเคราะห์ปัญหาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ ในการทำงานส่งเสริมสุขภาพและงานบริการทันตกรรมของจังหวัด

(1.4) ศึกษา/สำรวจสถานะทันตสุขภาพประชาชนเพื่อประเมินสภาพปัญหาทันตสาธารณสุข

(1.4.1) จัดการสำรวจสถานะทันตสุขภาพของประชาชนเป็นระยะๆ เพื่อติดตามสถานการณ์สุขภาพช่องปากตามเป้าหมายของงานทันตสุขภาพและเพื่อประเมินผลการดำเนินงานโครงการทันตสุขภาพ

## (1.5) จัดทำและพัฒนาระบบฐานข้อมูลข่าวสารทันตสาธารณสุข

(1.5.1) จัดทำข้อมูลสารสนเทศและให้บริการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับ นักวิชาการและผู้บริหารระดับจังหวัดและส่วนกลาง

(1.5.2) รวบรวมข้อมูลข่าวสาร การศึกษาวิจัย ตรวจสอบความถูกต้องของ สถิติข้อมูลทางทันตสุขภาพของประชาชนในเขตรับผิดชอบ

## (2) งานพัฒนาระบบทันตสุขภาพ

(2.1) นิเทศติดตาม/กำกับประเมินการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของสถาน บริการและเครือข่ายระดับปฐมภูมิ

(2.1.1) นิเทศติดตาม/กำกับประเมินการดำเนินงานทันตสาธารณสุขให้ เป็นไปตามแผนงาน/โครงการแผนกลยุทธ์ที่กำหนด

## (2.2) ส่งเสริมการพัฒนามาตรฐานและการจัดบริการทันตสุขภาพ

(2.2.1) พัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพของเครือข่ายบริการและทันต บุคลากรเพื่อให้เกิดการ ดำเนินงานสร้างเสริมทันตสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

(2.2.2) ประสานให้เกิดการจัดสรรและใช้งบประมาณทั้งในและนอกระบบ ประกันสุขภาพ เพื่อบูรณาการงานให้สอดคล้องกับการแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพของหน่วยบริการ

(2.3) ประสานงานในการแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนที่เกี่ยวกับการบริการ ทันตกรรม

(2.3.1) ปฏิบัติงานในฐานะเจ้าพนักงานเจ้าหน้าที่ใน พ.ร.บ. สถานบริการ ปี 2541

(2.3.2) เป็นผู้ประสานงานกับตัวแทนวิชาชีพในคณะกรรมการควบคุม คุณภาพและมาตรฐาน บริการสาธารณสุขระดับจังหวัด

## (2.4) ประเมินสถานบริการหน่วยคู่สัญญาระดับปฐมภูมิตามเกณฑ์มาตรฐาน

## (2.5) บริหารจัดการโครงการทันตสุขภาพตามกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ

## (3) งานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพตามกลุ่มอายุ

## (3.1) ดำเนินการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ ตามกลุ่มอายุ ได้แก่

(3.1.1) กลุ่มหญิงมีครรภ์และเด็กปฐมวัย

(3.1.2) กลุ่มเด็กประถมศึกษา

(3.1.3) กลุ่มเยาวชน

(3.1.4) กลุ่มวัยทำงาน

(3.1.5) กลุ่มผู้สูงอายุ

## (3.2) รณรงค์และเผยแพร่ทันตสาธารณสุข

(3.2.1) จัดกิจกรรมรณรงค์ด้านทันตสุขภาพแก่ประชาชนในกลุ่มอายุต่างๆ ผ่านโครงการส่งเสริมสุขภาพโดยกองทุนทันตกรรม

สรุปการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในอดีต

การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ด้านการรักษาส่วนใหญ่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับช่องปาก เช่น ปวดฟัน ต้องการถอนฟัน ต้องการขูดหินปูน ต้องการคำปรึกษาเกี่ยวกับช่องปาก ก็จะไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน แต่ก็มีบางกรณีที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่งต่อไปทำการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย เพราะไม่สามารถให้การรักษาได้ เช่น การใส่ฟันเทียม การถอนฟันในผู้ป่วยบางรายที่ต้องอาศัยเครื่องมือที่ทันสมัยและต้องทำการรักษาโดยทันตแพทย์ซึ่งมีความเชี่ยวชาญมากกว่าบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สำหรับการดูแลสุขภาพช่องปากและการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ยังไม่มีการเยี่ยมบ้านเฉพาะเจาะจงเรื่องสุขภาพช่องปาก ยังไม่มีนักบริบาล (Caregiver) ดูแลผู้สูงอายุโดยตรง แต่ก็มี การดำเนินงานเยี่ยมบ้านโดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการเยี่ยมบ้านตามแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยแผนงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ซึ่งมีการเยี่ยมบ้านมีไม่บ่อยประมาณ 1 ครั้งในสองเดือนหรือสามเดือน ลักษณะการเยี่ยมบ้านจะเป็นการเยี่ยมเยียนถามข่าวเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไปชีวิตความเป็นอยู่และจากการสอบถามผู้สูงอายุบางราย พบว่ามีการเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม. จะออกพื้นที่ตามภารกิจที่ได้รับมอบหมาย เช่น เยี่ยมผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพมาก ๆ ผู้ด้อยโอกาส ผู้ป่วยที่ไร้ญาติ หรือออกเยี่ยมบ้านตามฤดูกาล เช่น การรณรงค์แจกทรายอะเบทป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกให้กับทุกหลังคาเรือนในชุมชน การส่งหนังสือราชการส่งข่าวสารจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ให้ไปตรวจสุขภาพ หรือแจ้งข่าวสารสุขภาพอื่น ๆ ซึ่งยังไม่พบการเยี่ยมเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานโดยตรง

ปัญหาอุปสรรคและสิ่งที่ต้องการเกี่ยวกับการดำเนินงานดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในอดีต

ในมุมมองของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุยังขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง ในหลาย ๆ อย่าง เช่น การดูแลช่องปากโดยใช้อุปกรณ์เสริม อุปกรณ์เสริมที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากมีอะไรบ้าง การแปรงฟันที่เหมาะสมและถูกวิธีเป็นอย่างไร อาหารชนิดไหนที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน และผู้สูงอายุบางรายต้องการจะใส่ฟันเทียมแทนฟันแท้ และมีอุปสรรคอื่น ๆ ที่ต้องการความช่วยเหลือจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง คือ ต้องการการอำนวยความสะดวกในด้านต่าง ๆ เช่น ภายอุปกรณ์อื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากแต่เป็นอุปกรณ์ไม้เท้าพุงการเดิน รถเข็น เป็นต้น

ในมุมมองของญาติผู้สูงอายุ คือ มีมุมมองที่ไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุ ยังขาดความรู้เฉพาะในการดูแลสุขภาพช่องปาก ต้องการได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและต้องการกายอุปกรณ์เพื่อดูแลผู้สูงอายุ

ตั้งคำถามที่ว่า

“ขาดความรู้ในการดูแลช่องปากโดยใช้อุปกรณ์เสริม อุปกรณ์เสริมที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากมีอะไรบ้าง”

(ผู้สูงอายุ ก, 8 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“การแปร่งฟันที่เหมาะสมและถูกวิธีเป็นอย่างไร ต้องการความรู้ในการแปร่งฟันที่  
ถูกวิธี”

(ผู้สูงอายุ ข, 8 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“แปร่งชนิดไหนเหมาะสำหรับสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ต้องการความรู้เพื่อจะสามารถดูแลได้ถูกวิธี”

(ผู้สูงอายุ ค, 8 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“อาหารชนิดไหนที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับป่วยเบาหวาน ต้องการให้มีผู้มาบอกวิธีการปรุงอาหารที่ถูกต้อง”

(ผู้สูงอายุ ง, 8 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“ต้องการจะใส่ฟันเทียมแทนฟันแท้ เพราะเคี้ยวอะไรก็ลำบาก กินช้า กินไม่  
อร่อย”

(ญาติผู้สูงอายุ ก, 8 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“ต้องการให้แม่ใส่ฟันเทียมแทนฟันแท้ เพราะมีปัญหาในการเคี้ยวอาหารไม่  
ละเอียด ทานอาหารไม่ได้ เช่นเคี้ยวเนื้อไก่ไม่ได้”

(ญาติผู้สูงอายุ ข, 8 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องฟันโยก ไม่ค่อยมีอาการปวดฟัน และจะไปรับบริการที่  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแหม เคยมีหมอเถื่อนจะมาใส่ฟันปลอมให้ถึงบ้านแต่ตนเองไม่ยอมให้  
ผู้สูงอายุใส่”

(ญาติผู้สูงอายุ ค, 8 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)



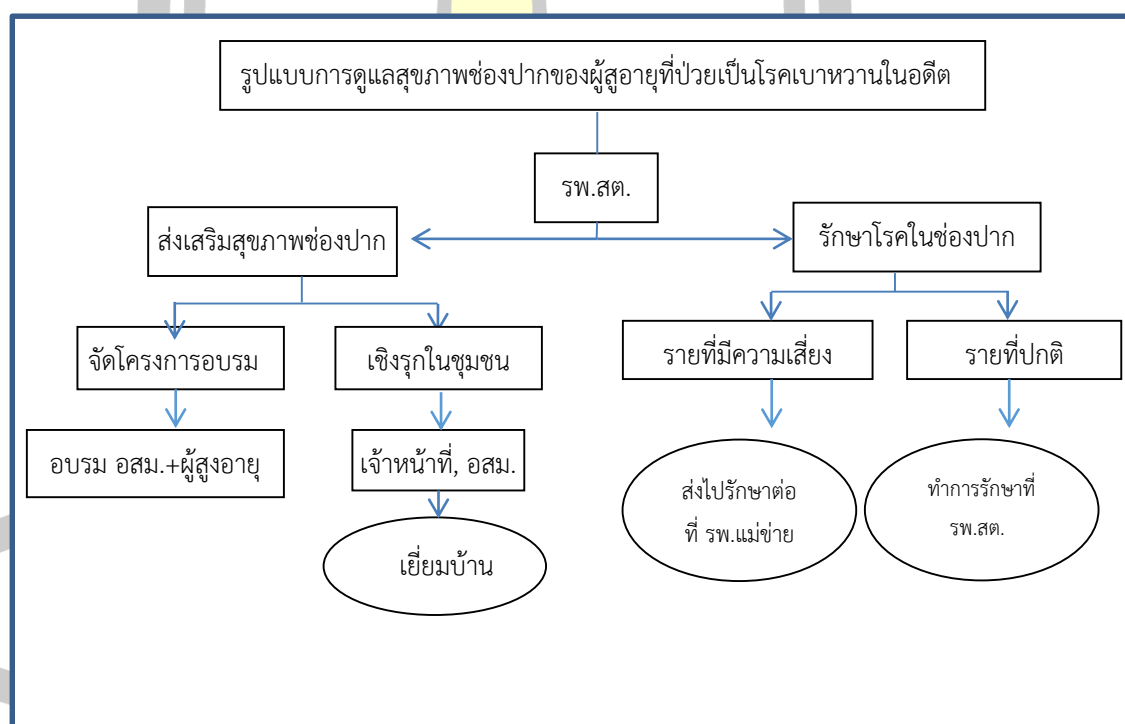
“ให้เจ้าหน้าที่แนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่เคี้ยวหมาก เนื่องจากเคี้ยวหมากปากและเหงือกเป็นแผล ซึ่งหมอเคยแนะนำให้เลิกเคี้ยวหมาก ผู้สูงอายุก็เลิกได้แค่ 2 วัน”

(ญาติผู้สูงอายุ ง, 8 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“ให้เจ้าหน้าที่แนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ แนะนำการแปรงฟัน เนื่องจากผู้สูงอายุแปรงฟันไม่ค่อยสะอาด และอยากให้เจ้าหน้าที่ออกตรวจสุขภาพช่องปากถึงบ้านบ่อยๆ”

(ญาติผู้สูงอายุ จ, 8 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

สิ่งที่ได้เรียนรู้ คือรูปแบบการดำเนินดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ในอดีต สรุปได้ดังนี้



ภาพประกอบ 6 รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ในอดีต (ก่อน พ.ศ. 2557)

สรุปได้ว่า การดำเนินงานดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จะมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยงานหลักในการดูแลในพื้นที่ ทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพจะมีกิจกรรมจัดโครงการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะให้กับ อสม. ให้สามารถปฏิบัติงานในชุมชนได้ ดูแลประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้ตามความเหมาะสม และมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายเพื่อเพิ่มความรู้ให้สามารถดูแลตนเองได้

สำหรับการรักษาพยาบาล เมื่อผู้ป่วยมารับบริการที่ รพ.สต. จะเข้ารับบริการทันตกรรมตามขั้นตอน คือมีการแจ้งชื่อ-สกุล แจ้งความประสงค์ขอรับการรักษา ชักประวัติ ตรวจวัดความดันโลหิต และเจ้าหน้าที่ทันตภิบาลจะวินิจฉัยการรักษา หากผู้ป่วยรายไหนมีความปกติก็จะรับการรักษาที่ รพ.สต. หากรายไหนมีความเสี่ยงหรือพบความผิดปกติก็จะส่งไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลแม่ข่าย

## 2) สถานการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในปัจจุบัน (พ.ศ. 2558-2559)

พบว่า ยังไม่มีแนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานโดยตรงแต่จะมีการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุโดยทั่วไปตามประเภทกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องดูแล คือ กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง โดยมีเครื่องมือในการทำงาน คือใช้แบบประเมินผู้สูงอายุกลุ่มต่าง ๆ โดยรวมจะมีการดูแลเหมือนกับในอดีตแต่มีแนวทางการดูแลเพิ่มเติมอีกคือ การดูแลโดยรูปแบบหมอครอบครัว และมีนักบริบาลผู้สูงอายุ (Caregiver) มีส่วนร่วมในการดูแล ดังนี้

### (1) การดูแลผู้สูงอายุโดยหมอครอบครัว

#### (1.1) การดำเนินการนโยบายทีมหมอครอบครัว จังหวัดอุบลราชธานี

เป้าหมาย (Goal) ประชาชนและชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเครือข่ายบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ และได้รับความไว้วางใจจากประชาชน

Goal FCT ระยะ 6 เดือนแรก (ธ.ค. 57-พ.ค. 58) การรับรู้ของประชาชนว่า มีทีมหมอครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพ โดยระยะแรกมีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care)

Goal FCT ระยะ 6 เดือนหลัง (มิ.ย.-พ.ค. 58) คนไทยมีทีมหมอครอบครัวประจำทุกครัวเรือน มีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง คนพิการที่ต้องได้รับการดูแล และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

#### (1.1.1) องค์ประกอบของทีมหมอครอบครัว

(1.1.1.1) ทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ หมายถึง ทีมที่มีแพทย์เป็นหัวหน้าทีม เพื่อเป็นพี่เลี้ยง ดูแลทีมระดับตำบล และทีมชุมชน ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ

จากโรงพยาบาลและทีมจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเท่าที่จะจัดทีมให้เหมาะสม โดยมีแพทย์เป็นหัวหน้าทีม โดยส่วนใหญ่แพทย์ 1 คน จะรับผิดชอบ ประมาณ 2-3 ทีม (แพทย์อาจเป็นหัวหน้าทีมหลายทีมได้)

(1.1.1.2) ทีมหมอครอบครัวระดับตำบล หมายถึง ทีมที่มีบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน ศสม./PCU/รพ.สต. ทำงานร่วมกันในการดูแลประชาชน ประกอบด้วยหลายวิชาชีพ เช่น พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข ทันตภิบาล นักการแพทย์แผนไทย เป็นต้น (จำนวนเท่ากับหน่วยบริการ ศสม./PCU/รพ.สต.)

(1.1.1.3) ทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน หมายถึง ทีมที่มีเจ้าหน้าที่ ศสม./PCU/รพ.สต. เป็นหัวหน้าทีม มีการแบ่งพื้นที่การดูแล รับผิดชอบประชาชน ทำงานร่วมกับท้องถิ่น อสม. อปท. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จิตอาสา และชุมชน (ส่วนใหญ่จำนวนทีมชุมชนจะเท่ากับจำนวนเจ้าหน้าที่ รพ.สต.)

#### (1.1.2) กลุ่มเป้าหมาย

ได้แก่ ประชาชน ทุกกลุ่มวัยและทุกครัวเรือนแต่ในระยะเริ่มแรก ปีงบประมาณ 2558 ได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายหลักที่ต้องได้รับการดูแลโดยทีมหมอครอบครัว 3 กลุ่ม ผู้สูงอายุติดเตียง คนพิการที่ต้องได้รับการดูแล และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care)

(1.1.2.1) ผู้สูงอายุติดเตียง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ป่วย/ไม่ป่วย และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องนอนอยู่บนเตียงเป็นบางครั้งหรือตลอดเวลา

(1.1.2.2) ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล หมายถึง ผู้ที่มีความบกพร่องประเภทใดประเภทหนึ่ง หรือมากกว่า ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน จนทำให้ต้องมีผู้ดูแลกิจวัตรประจำวันบางส่วนหรือทั้งหมด

(1.1.2.3) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) หมายถึง ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะคุกคามชีวิต คือ ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน หรือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

#### (1.2) แนวทางการดำเนินการดำเนินงานในระดับอำเภอ

(1.2.1) เป็นหน่วยประสานงานนโยบายจากผู้บริหารระดับเขต/จังหวัดสู่ระดับปฏิบัติการ

(1.2.1.1) กำหนดโครงสร้างทีมหมอครอบครัวทั้งในหน่วยบริการปฐมภูมิและทีมในโรงพยาบาล ให้มีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

(1.2.1.2) บริหารจัดการในรูปแบบระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมระหว่างภาคีเครือข่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

(1.2.1.3) ติดตามรวบรวมข้อมูลการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัวรวมทั้งการนำเสนอปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติงานจริงให้ผู้บริหารแต่ละระดับทราบ

(1.2.1.4) จัดระบบการให้คำปรึกษาระหว่างทีมหมอครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งการจัดระบบส่งต่อ กรณีที่ผู้ป่วยต้องการดูแลในระดับโรงพยาบาล

(1.2.1.5) การจัดระบบสารสนเทศ เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างทีมสหวิชาชีพกับทีมหมอครอบครัว และระหว่างหน่วยบริการ

(1.2.1.6) ส่งเสริม สนับสนุน ให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (CBL/KM) ในระดับอำเภอ

(1.2.1.7) จัดทำ Clip VDO FCT (ไม่เกิน10นาที) อำเภอละ 1 เรื่อง เพื่อสื่อสารสร้างความเข้าใจในแต่ละพื้นที่และใช้ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

(1.2.1.8) ดำเนินการสื่อสารให้ประชาชนมีความเข้าใจ เกี่ยวกับทีมหมอครอบครัว และจัดให้มีช่องทางในการติดต่อสื่อสารระหว่างประชาชนและทีมหมอครอบครัว อย่างเป็นรูปธรรม

#### (1.2.2) เป้าหมายระยะแรก

Output: ชาวบ้านรู้ว่ามียุทธศาสตร์ทีมหมอครอบครัว และสามารถเข้าถึง เช่น สามารถติดต่อสื่อสารได้ทุกเวลา

Coverage: พื้นที่ที่มีข้อมูลชัดเจนทั้งจำนวนทีมหมอครอบครัว (ระดับอำเภอ/ตำบล/ชุมชน) รวมถึงข้อมูลของกลุ่มเป้าหมาย (ผู้สูงอายุติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care))

Process: สื่อสารนโยบายในระดับ กรม เขต จังหวัด ลงสู่ระดับ อำเภอและพื้นที่ เพื่อให้เจ้าหน้าที่เขาใจถึงการดำเนินการทีมหมอครอบครัวและเป็นที่พึ่งของประชาชน

ผลลัพธ์ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative Care) ดังนี้

1. ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในด้านต่างๆ ได้แก่ จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม

2. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว มีสุขภาพดีขึ้น ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลน้อยลง

3. ผู้ดูแลผู้ป่วยมีทุกข์น้อยลง มีเวลาไปทำงานประกอบอาชีพ เพื่อเลี้ยงดูครอบครัว

4. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ต้องทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้ทีมหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยระบบให้คำปรึกษา รวมทั้งจัดระบบส่งต่อที่มีคุณภาพ สร้างความ มั่นใจ ประชาชน ไม่กังวลว่าต้องไปพบใครเมื่อต้องไปรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่

(2) การดูแลผู้สูงอายุโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ

นักบริบาลผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะกรรมการ LTC หรือคณะกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. เห็นชอบ

บทบาทหน้าที่ของ CG ดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแลที่ได้รับมอบหมาย ได้แก่

1. ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้าย การขับถ่าย ให้ถูกสุขลักษณะปลอดภัยเหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ
2. สังเกตพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้สูงอายุ รวมทั้งเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ และต้องรายงานให้ ญาติของผู้สูงอายุทราบ
3. ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านตลอดจนดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยถูกสุขลักษณะเอื้อต่อ การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
4. เขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด
5. กรณีที่มีการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุต้องดำเนินการเตรียม ปรง ประกอบอาหาร พร้อมทั้งดูแลเครื่องมือ เครื่องใช้ในการปรุง ประกอบอาหารให้สะอาด และถูกสุขลักษณะในทุกขั้นตอนและล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอ
6. จัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย ที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง โดยทิ้งลงในภาชนะรองรับที่ถูกหลัก สุขาภิบาล และระวังป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อนกับอาหารและเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค หรือก่อ ให้เกิดเกิดเหตุรำคาญต่อบ้านเรือนใกล้เคียง
7. ส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตามระบบการส่งต่อ และวิธีการอย่างถูกต้อง
8. จัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน เพื่อรายงานต่อผู้จัดการระบบฯ

(3) การดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

พบว่า ผู้สูงอายุแต่ละรายมีการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองที่แตกต่างกัน บางรายมีการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง บางรายมีการดูแลสุขภาพช่องปากตามความถนัดหรือความเชื่อของตนเอง ดังคำกล่าวที่ว่า

“แปรงฟันตอนเช้าหลังตื่นนอน บางวันก็แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง ตามความสะดวก แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้แปรงวันละ 2 ครั้ง เพราะลืมและไม่สะดวก”

(ญาติผู้สูงอายุ ข, 8 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“ไม่มีฟันในช่องปากทำความสะอาดโดยบ้วนน้ำเกลือ ไปตรวจฟันหมอ รพ.สต. แนะนำให้ใส่ฟันปลอมแต่ไม่ใส่ คิดว่าใส่ฟันปลอมแล้วจะรำคาญและเคือง เลยไม่คิดอยากใส่ฟันปลอม”

(ญาติผู้สูงอายุ ค, 8 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“แปรงฟันยาสีฟันรุ่งอรุณ (ยาสีฟันผง) คิดว่าจะทำให้สุขภาพฟันไม่โยกไม่คลอน”

(ผู้สูงอายุ ฉ, 8 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“มีฟันบนถอนออกโดยหลุดเอง 6 ซี่ แปรงฟันตอนเช้าครั้งเดียว ยายกินหมากไม่เคยไปตรวจสุขภาพช่องปาก”

(ญาติผู้สูงอายุ ก, 16 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“ใช้วิธีการอมเกลือร่วมกับการใช้ยาสีฟันหมอลูกจันทน์ บางครั้งจะใช้ยาสีฟันผงพิเศษ และจะแปรงฟันเฉพาะตอนเช้า ตอนเย็นจะไม่แปรง เวลาที่แปรงฟันก็จะแปรงแบบถูไปถูมา แปรงลวก ๆ ผู้สูงอายุเคี้ยวหมาก ซึ่งเวลาเคี้ยวหมากจะใช้ผงพิเศษคู่กับยาเส้นนำไปที่ตัวฟัน”

(ผู้สูงอายุ ก, 16 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“ใช้วิธีการอมเกลือร่วมกับการใช้ยาสีฟันหมอลูกจันทน์ หรือถ้ายังหาซื้อยาสีฟันหมอลูกจันทน์ไม่ได้ก็จะใช้ยาสีฟันยี่ห้ออื่น ๆ ที่หาซื้อได้ในตอนนั้น”

(ผู้สูงอายุ ข, 16 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“เวลาที่ผู้สูงอายุมีอาการปวดฟันจะไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน”

(ญาติผู้สูงอายุ ค, 16 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“แปรงฟันวันละ 1 ครั้ง เฉพาะตอนเช้า แปรงแบบถูไปถูมา ใช้ยาสีฟันเนื้อครีม”

(ผู้สูงอายุ ค, 16 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“แปรงฟันเช้า เย็น ใช้แปรงสีฟันขนนุ่ม แปรงแบบถูไปถูมา”

(ผู้สูงอายุ ง, 16 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“แปรงฟันวันละ 1 ครั้ง เฉพาะตอนเช้า แปรงแบบถูไปถูมา ส่วนเวลาเคี้ยวหมาก จะใช้ผงวิเศษในการขัดฟัน”

(ผู้สูงอายุ จ, 16 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“ยายเคี้ยวหมากเป็นประจำ แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง คือ เช้า – เย็น (ผู้ป่วยแปรงด้วยตนเอง) มีอาการฟันโยก เหงือกอักเสบ ฟันมักจะหลุดออกเองโดยไม่ได้ไปหาหมอ”

(ผู้สูงอายุ ฉ, 16 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“ลูกจะเป็นคนดูแลจัดการซื้ออุปกรณ์แปรงฟันมาให้ เนื่องจากแม่แก่แล้วทำเองลำบาก และเวลาที่ปวดฟันมักจะใช้ผงวิเศษในการอุดฟัน เพื่อบรรเทาอาการปวด”

(ผู้สูงอายุ ช, 16 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“แปรงฟันทุกเช้าและก่อนนอน ยาสีฟันใช้ยาสีฟันเนื้อครีม เปลี่ยนแปรงสีฟันทุก ๆ 3 เดือน”

(ผู้สูงอายุ ซ, 16 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“ตื่นเช้ามาผู้สูงอายุจะแปรงฟัน ซึ่งปกติผู้สูงอายุจะเคี้ยวหมาก เมื่อแปรงฟันเสร็จมักจะเคี้ยวหมากเป็นประจำทุกวัน และจะแปรงฟันก่อนนอนด้วย”

(ผู้สูงอายุ ฌ, 16 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“ส่วนมากผู้สูงอายุมักจะไปโรงพยาบาลหรือสาธารณสุขใกล้บ้าน บางครั้งก็จะซื้อยามาทานเอง”

(ผู้สูงอายุ ญ, 16 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“การรับประทานอาหารส่วนใหญ่จะทานปลา ผัก เพราะไม่มีฟันเคี้ยว”

(ผู้สูงอายุ ฎ, 16 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“การรับประทานอาหาร รับประทานอาหารร่วมกับคนในครอบครัว ลูกหลานพากินอะไรก็กิน เคี้ยวได้บ้างไม่ได้บ้างก็กิน”

(ผู้สูงอายุ ๗, 16 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

สรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันในแต่ละราย บางรายก็มีการดูแลที่ถูกต้องบางรายก็มีการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองตามความถนัดของตนเอง ซึ่งปัญหาสุขภาพช่องปากก็มีปัญหาแตกต่างกันบางรายก็มีปัญหาต้องการฟันเทียมบางรายก็มีฟันที่หลุดแต่ก็ไม่ใช่ปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร บางรายก็แปรงฟันวันละ 1 ครั้ง บางรายก็แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง บางรายต้องการใส่ฟันเทียมแต่ยังตัดสินใจไม่ได้เพราะยังกลัว ซึ่งจะเป็นประเด็นให้ผู้ทวิวิจัยวางแผนการดำเนินงานเพื่อเพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลตนเองให้กับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานต่อไป

(4) สถานการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โดยบทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และนักบริบาล มีการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุโดยรวมทุกด้านตามบทบาทหน้าที่ ของตนเอง ดังคำกล่าวของนักบริบาลที่ได้กล่าวในการประชุมระดมความคิดเห็น ดังนี้

“ผู้สูงอายุดูแลตัวเอง ถ้าต้องการอะไรตนเองจะเป็นคนไปซื้อมาให้เช่น ยาสีฟันหมด และทุก 2-3 เดือนก็จะเปลี่ยนแปลงสีฟันให้ผู้สูงอายุ”

(ญาติผู้สูงอายุ ก, 16 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“ส่วนใหญ่ อสม.จะทำตามแผนของเจ้าหน้าที่ว่าจะต้องออกไปทำอะไรในชุมชน 1 ครั้ง/เดือน”

(ญาติผู้สูงอายุ ข, 16 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“ไม่เคยมีใครเข้าไปดูแลถึงที่บ้าน มีแต่เจ้าหน้าที่ออกมาให้บริการที่ศาลากลางบ้าน ซึ่งตนเองอยากให้เจ้าหน้าที่หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าไปดูแลถึงที่บ้านอย่างน้อย 2 สัปดาห์/1 ครั้ง”

(ญาติผู้สูงอายุ ค, 16 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)



“เจ้าหน้าที่จะออกมาตรวจสุขภาพช่องปากตามศาลากลางบ้าน ถ้าพบว่ามีปัญหา เจ้าหน้าที่จะแนะนำให้รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแซมหรือโรงพยาบาลเชิงใน ส่วนของโรคเบาหวานที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่นั้นได้รับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแซม ไปตามนัดไม่เคยขาดและทานยาสม่ำเสมอ”

(นักบริบาลผู้สูงอายุ ก, 16 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“ไม่มีใครเข้ามาดูแล นอกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. นักบริบาลออกไป ศาลากลางบ้าน บางครั้งก็ไปเยี่ยมที่บ้าน นาน ๆ ไปครั้ง”

(ญาติผู้สูงอายุ ค, 16 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“ตรวจสุขภาพช่องปากประจำปี โดยทันตภิบาลใน รพ.สต.”

(ญาติผู้สูงอายุ ง, 16 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“นักบริบาลร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไปเยี่ยมบ้าน เน้นผู้สูงอายุติดเตียง ช่วยเหลือในเรื่องการ อาบน้ำ เช็ดตัว ดูแลสุขภาพช่องปาก ป้อนอาหาร เปลี่ยนเสื้อผ้า”

(นักบริบาล ข, 16 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“มี อสม. มาวัดความดันให้ มาในเรื่องลูกน้ำยุบลง”

(ญาติผู้สูงอายุ จ, 16 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“ยังไม่ทราบบทบาทของนักบริบาลที่ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดูแลอย่างไร แต่เห็นนักบริบาลดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่ติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพช่องปากตนเองไม่ได้ก็จะใช้ผ้าก๊อชพันนิ้วแล้วล้วงเข้าไปทำความสะอาดช่องปากให้”

(ญาติผู้สูงอายุ ง, 16 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“นักบริบาลมาออกมาเยี่ยมบ้านกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาสอนความรู้ให้ คำแนะนำในด้านการดูแลสุขภาพและมาเก็บข้อมูลสุขภาพ”

(ญาติผู้สูงอายุ ง, 16 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“อสม.เข้าไปเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำเบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก  
เวลานี้นัดตรวจโรคเบาหวานทางเจ้าหน้าที่จะตรวจสุขภาพของปากพร้อมทั้งให้คำแนะนำ”

(ญาติผู้สูงอายุ ฉ, 16 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“อสม.ไปเยี่ยมบ้าน ตามไถ่อาคาร วัดความดันโลหิต เดือนละ 1 ครั้ง และมีการ  
แนะนำให้ออกกำลังกายเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรง”

(ญาติผู้สูงอายุ ฉ, 16 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“อสม.ไปเยี่ยมบ้านแนะนำให้ดูแลเสื้อผ้าและร่างกายให้สะอาด ให้ออกกำลังกาย  
อย่างน้อย 30 นาที / วัน”

(ญาติผู้สูงอายุ ช, 16 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“มี อสม. และเจ้าหน้าที่อนามัยออกเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำอยู่เป็นระยะ อีกทั้งยัง  
มีการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงและแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วยให้กับญาติอีกด้วย”

(ญาติผู้สูงอายุ ช, 16 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“นักบริบาลออกเยี่ยมบ้านและให้การดูแลเบื้องต้นในเรื่องการสอนแปรงฟัน  
การตรวจสุขภาพช่องปาก”

(ญาติผู้สูงอายุ ฉ, 16 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“มีนักบริบาล มาแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วยว่าต้องทำอะไร ไปเยี่ยมบ้านเดือนละ 1  
ครั้ง”

(ญาติผู้สูงอายุ ฉ, 16 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“มีเจ้าหน้าที่เข้ามาดูแลถึงบ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน บางครั้งก็นัดไปที่ศาลา  
กลางบ้าน มาตรวจวัดความดันโลหิต ตรวจเบาหวานบ้าง ตรวจฟัน ตรวจอาการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ  
หากรักษาได้ เจ้าหน้าที่จะรักษาให้ทันที”

(ญาติผู้สูงอายุ ฉ, 16 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“มี อสม. มาแนะนำเวลาแปรงฟันสำหรับผู้ป่วยเบาหวานให้ใช้แปรงสีฟันที่มีขนนุ่ม แต่ยังไม่มียาหมอฟันเข้าไปเยี่ยม”

(ญาติผู้สูงอายุ ษ, 16 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

สรุปได้ว่า จากการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่า การดูแลสุขภาพโดยรวมจะเป็นการดูแลสุขภาพทั่วไปไม่เฉพาะเจาะจงเฉพาะเกี่ยวกับช่องปากโดยตรงและลักษณะการดูแลจะเป็นการออกเยี่ยมผู้ป่วยตามแผนการดูแลสุขภาพเชิงรุกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมกับ อสม.และนักบริบาล บางพื้นที่จะเป็นการออกตรวจสุขภาพประจำปี บางพื้นที่จะเป็นการออกเยี่ยมประจำเดือน บางพื้นที่จะเป็นการบูรณาการร่วมกับการรณรงค์โรคไข้เลือดออกตามฤดูกาล ซึ่งยังไม่มีรูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพช่องปากที่เป็นรูปแบบชัดเจน ซึ่งนับว่าเป็นประเด็นสำคัญที่ผู้วิจัยจะวางแผนการดำเนินงานเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากให้กับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ต่อไป

(5) ปัญหาอุปสรรคในปัจจุบันและสิ่งที่ต้องการเกี่ยวกับการดำเนินงานดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในอนาคต

พบว่า ปัญหาอุปสรรคและสิ่งที่ต้องการเกี่ยวกับการดำเนินงานดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในอนาคต มีการกล่าวในการประชุมระดมความคิดเห็น ดังนี้

“หมอฟันก็จะเป็นหมอฟันเถื่อนที่เข้าไปให้บริการตามบ้าน และได้รับความนิยมนจากผู้สูงอายุเพราะมีความสะดวกและไม่เคยเห็นคนอื่นได้รับอันตรายจากที่ใส่ฟันปลอมจากหมอฟันเถื่อน”

(นักบริบาล ก, 20 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“คนสมัยก่อนมักจะทำตามเพื่อนบ้าน ใช้บริการฟันเถื่อน เพราะมีเหตุผลว่าคนอื่นใช้ก็ไม่เห็นมีอันตรายใด ๆ”

(นักบริบาล ข, 20 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“ในอดีตการรักษาจะเป็นการรักษาตามพื้นบ้าน อมเกลือ หรือไม่ก็หาอะไรมาอุดที่รูฟันผุ หรืออมเปลือกต้นแคในกรณีที่ปากเป็นแผล ส่วนจะมีประโยชน์หรือโทษนั้นไม่ทราบได้”

(นักบริบาล ค, 20 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“ผู้สูงอายุมักจะอยากทานยาตามที่ได้ยินคนอื่นพูดว่ายาดังนี้ดี ส่วนใหญ่ถ้าผู้สูงอายุจะทานสมุนไพร ตนเองจะเป็นคนค้นหาข้อมูลและสรรพคุณของสมุนไพรจากอินเทอร์เน็ตแล้วนำมาป่นให้ดื่มเอง”

(นักบริหาร ง, 20 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“ในปัจจุบันมีการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่บ้าง มีการเยี่ยมจาก อสม.และนักบริหารบ้าง แต่ไม่สม่ำเสมอ”

(ญาติผู้สูงอายุ ก, 20 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“ร่างกายเริ่มมีความเสื่อมถอย พุงตัวเองไม่ค่อยจะได้ เดินเซ”

(ผู้สูงอายุ ก, 20 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“มีการปวดฟัน ฟันเริ่มหลุด ต้องการใส่ฟันเทียมแต่มีความกังวลว่าจะไม่ดีเหมือนเดิม”

(ผู้สูงอายุ ข, 20 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“ต้องการใส่ฟันเทียมแต่มีความกังวลว่าจะหลุดลงคอ กลัวอันตราย”

(ผู้สูงอายุ ค, 20 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“ต้องการใส่ฟันเทียมแต่ไม่ได้รับความสะดวก หมอนัดบ่อยมาก นัดแล้วนัดอีก น่าจะนัดไม่เกิน 2 ครั้ง เพราะการเดินทางลำบากบ้านห่างจากโรงพยาบาล 30 กิโลเมตร ไม่มีรถยนต์”

(ญาติผู้สูงอายุ ข, 20 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“ต้องการใส่ฟันเทียมแต่ไม่ได้รับความสะดวก หมอนัดบ่อยมาก ร่างกายไม่อำนวย เดินเซ ไม่คล่องตัว”

(ญาติผู้สูงอายุ ค, 20 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“การลงชุมชนเพื่อเยี่ยมบ้านในปัจจุบันยังขาดอุปกรณ์ เช่นไฟฉายส่องช่องปาก เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด”

(นักบริหาร ข, 20 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“ในอดีตการรักษาจะเป็นการรักษาตามพื้นบ้าน อมเกลือ หรือไม่ก็หาอะไรมา  
อุดที่รูฟันผุ หรืออมเปลือกต้นแคในกรณีที่ปากเป็นแผล ส่วนจะมีประโยชน์หรือโทษนั้นไม่ทราบได้”

(นักบริบาล ค, 20 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“คาดหวังว่าถ้าไปรับบริการขอให้เจอกับเจ้าหน้าที่ และไม่ต้องรอรับบริการ  
นาน ไม่มีข้อเสนอแนะอะไร เพราะเจ้าหน้าที่ให้บริการดีอยู่แล้ว”

(ญาติผู้สูงอายุ ง, 20 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“คาดหวังว่าถ้าไปรับบริการขอให้เจอเจ้าหน้าที่ และไม่ต้องรอรับบริการนาน  
แต่ถ้าไปแล้วไม่พบเจ้าหน้าที่ก็จะได้รับคำแนะนำที่ดี และให้ไปรับบริการที่โรงพยาบาลเชียงใหม่”

(ญาติผู้สูงอายุ จ, 20 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“อยากให้ อสม. หรือนักบริบาลพาผู้สูงอายุออกกำลังกาย และอยากให้ผู้ที่มี  
ส่วนเกี่ยวข้องจัดหาเครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องเจาะน้ำตาล เครื่องวัดความดัน อย่างน้อยหมู่บ้านละ 2-3  
ชุด”

(นักบริบาล ง, 20 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“ให้เจ้าหน้าที่แนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่เคี้ยวหมาก  
เนื่องจากเคี้ยวหมากปากและเหงือกเป็นแผล ซึ่งหมอเคยแนะนำให้เลิกเคี้ยวหมาก ผู้สูงอายุก็เลิกได้แค่  
2 วัน”

(ญาติผู้สูงอายุ ฉ, 20 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“ให้เจ้าหน้าที่แนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ แนะนำการแปรงฟัน  
เนื่องจากผู้สูงอายุแปรงฟันไม่ค่อยสะอาด และอยากให้เจ้าหน้าที่ออกตรวจสุขภาพช่องปากถึงบ้าน  
บ่อยๆ”

(ญาติผู้สูงอายุ ช, 20 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“อยากให้เจ้าหน้าที่ออกมาดูแลถึงบ้านอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง”

(ญาติผู้สูงอายุ ซ, 20 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“อยากให้เจ้าหน้าที่เข้ามาให้บริการเกี่ยวกับช่องปากหรือใส่ฟันปลอมให้ถึงบ้าน เพราะหมอเดือนยังมาไม่ถึง หมอที่ไม่เดือนก็น่าจะปรับวิธีการทำงานมาได้”

(ผู้สูงอายุ ง, 20 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“อยากให้หมอฟันออกมาตรวจฟันให้ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงถึงบ้าน”

(นักบริบาล จ, 20 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“อยากให้เจ้าหน้าที่ทันตภิบาลออกเยี่ยมบ้านให้มากขึ้น และมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก”

(นักบริบาล จ, 20 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“อยากให้มิงงบประมาณในการจัดหน่วยบริการเคลื่อนที่ ไปให้บริการถึงที่บ้าน เพื่อความสะดวกของผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุบางรายไม่มีลูกหลาน ต้องอาศัยเพื่อนบ้าน หรือต้องอาศัยผู้นำชุมชน”

(นักบริบาล จ, 20 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“อยากให้จัดสรรงบประมาณจัดซื้อรถกู้ชีพ”

(นักบริบาล ฉ, 20 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“อยากให้มีสถานที่ออกกำลังกาย ผู้สูงอายุสามารถมารวมกลุ่มทำกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพร่วมกันได้ เช่น รำไม้พอง ซึ่งจะเกิดกิจกรรมนี้ได้ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต้องพาทำพาเริ่ม เช่น เจ้าหน้าที่ อบต.,เจ้าหน้าที่สาธารณสุข”

(นักบริบาล ฉ, 20 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“อยากให้ อสม. หรือ นักบริบาลมาดูแลสุขภาพช่องปาก ตรวจฟัน สอนการแปรงฟันที่ถูกต้อง การใช้ไหมขัดฟัน การรับประทานอาหารและรักษาเวลามีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก”

(ญาติผู้สูงอายุ ช, 20 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“อยากให้ อบต. จัดสรรงบประมาณด้านการดูแลช่องปาก”

(นักบริบาล ช, 20 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“จัดให้มีการอบรมผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเรื่องการดูแลสุขภาพ และการดูแลสุขภาพช่องปาก”

(นักบริบาล ฅ, 20 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“ให้เจ้าหน้าที่ออกไปเยี่ยมบ้านเพื่อสอนแปรงฟันอย่างถูกวิธี และการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอเพื่อความสะอาดของผู้สูงอายุที่อยู่ห่างไกล”

(นักบริบาล ญ, 20 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“อยากให้เจ้าหน้าที่ไปให้คำแนะนำผู้สูงอายุ เนื่องจากถ้าเจ้าหน้าที่เป็นคนแนะนำผู้สูงอายุจะฟัง”

(ญาติผู้สูงอายุ ฅ, 20 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“อยากให้ อบต. มีโครงการออกกำลังกาย และมีโครงการตรวจสุขภาพ”

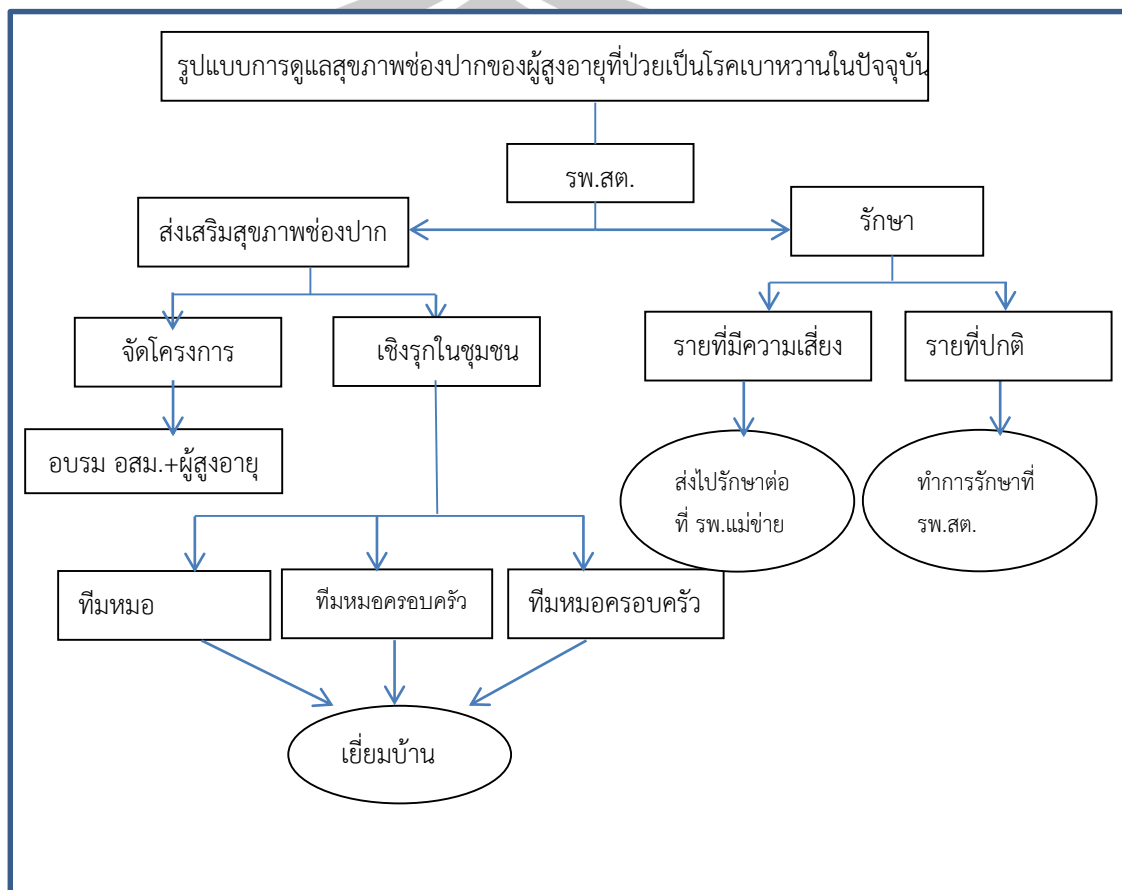
(นักบริบาล ฅ, 20 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

“อยากให้ อบต. จัดหาเครื่องออกกำลังกาย เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก และอยากให้สร้างหรือจัดหาสถานที่ที่เป็นศูนย์ อสม. เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน”

(นักบริบาล ฅ, 20 กุมภาพันธ์ 2560: สนทนากลุ่ม)

สรุปปัญหาอุปสรรคในปัจจุบันและสิ่งที่ต้องการในอนาคต จากการประชุมกลุ่มจะพบว่า ผู้สูงอายุแต่ละรายมีปัญหาและความต้องการแตกต่างกัน บางรายไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ได้รับการเยี่ยมเยียนจากเจ้าหน้าที่เป็นอย่างดี ได้รับการเยี่ยมเยียนจาก อสม. หรือนักบริบาลตามแผนปฏิบัติการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บางรายได้รับการเยี่ยมเยียนที่ศาลากลางบ้านในวันสิ้นเดือน เพราะไปรับเงินเดือนผู้สูงอายุที่ศาลากลางบ้าน และวันนั้นจะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกให้ความรู้ เยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุบางรายก็ต้องการได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก บางคนต้องกายภาพอุปกรณ์ทางการแพทย์เนื่องจากร่างกายไม่แข็งแรง ต้องการได้รับการเยี่ยมเยียนอย่างสม่ำเสมอจากเจ้าหน้าที่ หรือ อสม. หรือนักบริบาลเพื่อเป็นการพูดคุย ถามไถ่ เรื่องราวต่าง ๆ และต้องการได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ บางรายต้องการที่ออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รวมกลุ่มทำกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งเป็นประเด็นที่สำคัญอย่างยิ่งที่ผู้วิจัยจะวางแผนการดำเนินงานเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุให้มีความต่อเนื่องและครอบคลุมพื้นที่เป้าหมาย ต่อไป

สิ่งที่ได้เรียนรู้ คือรูปแบบการดำเนินดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในปัจจุบัน สรุปลงได้ดังนี้



ภาพประกอบ 7 รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในปัจจุบัน

สรุปรูปแบบการดำเนินงานเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในปัจจุบันพบว่า การดูแลมีการดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแตกต่างจากในอดีต ที่อดีตมีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับ อสม. เท่านั้น แต่ปัจจุบันมีการดูแลโดยทีมหมอครอบครัวและมีนักบริบาลมาร่วมดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ด้วย โดยการดำเนินงานภายใต้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่เป็นหน่วยงานหลักที่ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในพื้นที่ โดยแบ่งเป็นประเภทการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพในด้านการรักษาพยาบาลเมื่อผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะมีการซักประวัติตรวจวัดความดัน ตรวจวินิจฉัยโดยเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข หากรายไหนมีความผิดปกติหรือมีความเสี่ยงจะส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย สำหรับด้านการส่งเสริม



สุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะส่งเสริมสุขภาพ ด้วย 2 ระบบ คือ 1) การจัดอบรมให้ความรู้แก่กลุ่มผู้สูงอายุเป้าหมาย การจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ใกล้ชิดผู้สูงอายุ การจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ และ 2) การเยี่ยมบ้านเชิงรุกโดยทีมสหวิชาชีพ การเยี่ยมบ้านโดย อสม. และการเยี่ยมบ้านโดยนักรับบาลครอบครัว

เนื่องจากรูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในปัจจุบันพบว่า ยังไม่มีรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ชัดเจน ข้อมูลและสถานการณ์สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุมเป็นปัจจุบันเท่าที่ควร ยังขาดการพัฒนาศักยภาพหรือทักษะของผู้ที่ควรจะเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน การเข้าถึงการบริการยังไม่สะดวก ตลอดจนช่องทางการรับรู้ยังมีไม่มากและผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย เช่น ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพแวดล้อม กระบวนการทำงานของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปาก และความเสื่อมถอยของร่างกายของผู้สูงอายุนั้น ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการด้านต่าง ๆ เพื่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพช่องปากของตนเอง ดังนั้นจึงเป็นประเด็นให้ผู้วิจัยต้องหาแนวทางการดำเนินงานโดยการจัดทำแผนปฏิบัติงานสำหรับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในพื้นที่ต่อไป

#### 4.2.2 ชั้นปฏิบัติการ (Action)

4.2.2.1 กิจกรรมที่ 3 นำข้อมูลจากการศึกษาจากชั้นวางแผนเป็นข้อมูลพื้นฐานนำเข้าไปใช้ในการกำหนดรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จากการศึกษาความรู้ ทักษะ พฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน พบว่า ยังขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง เช่น วิธีการแปรงฟัน การทำความสะอาดลิ้น การป้องกันการเกิดแผลในช่องปาก มีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเช่น เชื่อว่าการแปรงฟันแรงๆ จะสะอาดกว่าแปรงเบาๆ เชื่อว่าการเลือกใช้แปรงขนดี ซึ่งทัศนคติเหล่านี้จะเสี่ยงต่อการเกิดแผลในช่องปาก และยังมีพฤติกรรมการแปรงฟันตามทัศนคติของตนเอง ส่วนด้านความต้องการพบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีความต้องการการดูแลจากนักรับบาลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 2.54$ , S.D. = 0.41) คือ ต้องการให้นักรับบาลมีบทบาทในการประเมินสุขภาพช่องปากให้กับตนเองและนำข้อมูลจากการประเมินสุขภาพช่องปากมาจัดทำข้อมูลส่วนบุคคลให้กับตนเองและมาติดตามดูแลอย่างสม่ำเสมอ ส่วนผลการศึกษามลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อชีวิตประจำวัน พบว่า กระทบมากที่สุดทางด้านกายภาพ ด้านกายภาพ ( $\bar{x} = 2.10$ , S.D. = 0.43) คือ กระทบต่อการกินอาหาร การทำความสะอาดช่องปาก การแปรงฟัน เพราะฟันโยก ปวดฟัน ฟันไม่ครบ จากสถานการณ์ปัญหาที่ค้นพบข้างต้น คณะกรรมการพัฒนารูปแบบดำเนินงานการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี จึงประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผน

4.2.2.2 กิจกรรมที่ 4 ประชุมเชิงปฏิบัติการในการจัดทำแผนการดำเนินงาน โดยให้คณะทำงานร่วมกัน จากการวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานใช้ SWOT ANALYSIS วิเคราะห์และครอบคลุมประเด็นปัญหา แบ่งกลุ่มระดับความคิดตามกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาเป็น 4 กลุ่ม แต่ละกลุ่มร่วมกันวิเคราะห์ประเมินสถานการณ์ตามบริบทของตน มีกิจกรรมกระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นด้วยบรรยากาศที่เป็นมิตร ส่งผลให้เก็บประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องได้อย่างครอบคลุม และมีการกำหนดแผนปฏิบัติการการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

ตาราง 17 แผนปฏิบัติการการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี

เป้าประสงค์	กลยุทธ์	กิจกรรมสำคัญ
สร้างองค์ความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากให้กับผู้สูงอายุและผู้สูงอายุและนักบริบาลผู้สูงอายุ (Caregiver)	1. จัดทำหลักสูตรการอบรมการดูแลสุขภาพช่องปากให้กับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและนักบริบาลผู้สูงอายุ (Caregiver)	1.หลักสูตรการอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ ในประเด็น 1.1 โรคในช่องปาก - โรคฟันผุ - โรคเหงือกอักเสบ 1.2 ความสำคัญของการส่งเสริมทันตสุขภาพ 1.3 ภาวะจากโรคในช่องปาก 1.4 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก 1.5 การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคในช่องปาก
	2. จัดทำคู่มือการดูแลช่องปากผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน	2. คู่มือการดูแลช่องปาก 2.1. สำหรับเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 2.2.1 โรคเบาหวาน 2.2.2 สุขภาพช่องปากในผู้ป่วยเบาหวาน 2.2.3 การตรวจสภาวะปริทันต์ในผู้ป่วยเบาหวาน

ตาราง 17 (ต่อ)

เป้าประสงค์	กลยุทธ์	กิจกรรมสำคัญ
สร้างองค์ความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับญาติผู้สูงอายุ	3. ขยายการอบรมหลักสูตรการดูแลสุขภาพช่องปากให้กับญาติผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน	2.2 แนวทางการรักษาทางปริทันต์บำบัดในผู้ป่วยเบาหวาน
		2.3 แนวทางการรักษาทางปริทันต์ในผู้ป่วยเบาหวาน
		2.4 การส่งเสริมป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์อักเสบ
		2.5 แนวทางการตรวจและรักษาทันตกรรมผู้ป่วยเบาหวาน
		1. หลักสูตรการอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติในประเด็น
		1.1 โรคในช่องปาก
		- โรคฟันผุ
		- โรคเหงือกอักเสบ
		1.2 ความสำคัญของการส่งเสริมทันตสุขภาพ
		1.3 ภาวะจากโรคในช่องปาก
		1.4 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก
		1.5 การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคในช่องปาก

4.2.2.3 กิจกรรมที่ 5 คณะทำงานนำรูปแบบที่ได้ไปทดลองใช้ในพื้นที่ ซึ่งอยู่ในพื้นที่วิจัยคือ 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอน้ำยืน สิรินคร โขงเจียม และเขื่องในเป็นเวลา 1 เดือน

1) การจัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระหว่างวันที่ 14-15 มิถุนายน 2560 โดยประชุมคณะทำงาน จัดทำเนื้อหาคู่มือตามประเด็นที่ผ่านการทบทวนจากคณะกรรมการ คือเนื้อหาเกี่ยวกับโรคเบาหวาน สุขภาพช่องปาก ในผู้ป่วยเบาหวาน การตรวจสภาวะปริทันต์ในผู้ป่วยเบาหวาน แนวทางการรักษาทางปริทันต์บำบัดในผู้ป่วยเบาหวาน แนวทางการรักษาทางปริทันต์ในผู้ป่วยเบาหวาน การส่งเสริมป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์อักเสบ แนวทางการตรวจและรักษาทันตกรรมผู้ป่วยเบาหวาน

ผลการจัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน พบว่า คณะทำงานมีความสนใจให้ความสำคัญกับการจัดทำเนื้อหาทำให้ได้คู่มือที่มาจากความร่วมมือของทีมงานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคน คือ จากเจ้าหน้าที่ จากญาติผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และจากผู้สูงอายุ

2) การอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติแก่ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ดำเนินการระหว่างวันที่ 28-29 มิถุนายน 2560 ตามเนื้อหาหลักสูตร มีกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้สูงอายุทั้งสิ้น 141 คน

ผลจากการอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติแก่ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน พบว่า ผู้สูงอายุสนุกสนาน ที่ได้มาพบปะกับเพื่อนได้สนทนาถามไถ่ความเป็นอยู่และได้รับความรู้ได้ฝึกปฏิบัติและได้รับแปรงสีฟันยาสีฟันกลับบ้าน กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้ารับการอบรมให้ความร่วมมือกับทีมผู้จัดการอบรมเป็นอย่างดีมีการซักถามตามประเด็นที่สนใจ และมีการตอบคำถามอย่างสนุกสนานเพื่อชิงรางวัล

3) การอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติแก่นักบริบาล (Caregiver) ดำเนินการในวันที่ 5-6 กรกฎาคม 2560 จำนวนทั้งสิ้น 141 คน

ผลจากการอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติแก่นักบริบาล (Caregiver) พบว่า กลุ่มผู้เข้ารับการอบรมมีความสนใจและให้ความร่วมมือแก่ผู้จัดการอบรมเป็นอย่างดี จากการซักถามตามประเด็นคำถาม พบว่านักบริบาล (Caregiver) มีการตอบคำถามได้ถูกต้องตามองค์ความรู้ที่ได้รับซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นผลมาจากเป็นผู้ที่เคยผ่านการอบรมตามหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุมาก่อน และมีการดูแลผู้สูงอายุตามแผนปฏิบัติงานของตนเอง การอบรมครั้งนี้จึงเป็นการฟื้นฟูองค์ความรู้และเป็นการกระตุ้นให้นักบริบาล (Caregiver) ตื่นตัวในการทำงานด้วย และการอบรมในครั้งนี้มีการแจกตัวอย่างแปรงสีฟันและยาสีฟันที่ถูกต้องให้แก่ผู้เข้ารับการอบรมกลับบ้านด้วย

4) การอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติแก่ญาติผู้สูงอายุ ดำเนินการระหว่างวันที่ 12-13 กรกฎาคม 2560 จำนวนทั้งสิ้น 141 คน

ผลจากการอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติแก่ญาติผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มญาติให้ความสนใจในเนื้อหาเป็นพิเศษซึ่งจะเห็นได้จากประเด็นการซักถามที่ถามในแต่ละหัวข้อการบรรยาย เช่น การใส่ฟันเทียม การลดระยะเวลาการใส่ฟันเทียมให้เร็วขึ้น การปรุงประกอบอาหารสำหรับผู้สูงอายุ การดูแลรักษาฟันให้ทัน การดูแลผู้สูงอายุโดยองค์รวม เป็นต้น เพราะผู้สูงอายุภายใต้ความดูแลเป็นพ่อแม่ พี่น้อง ดังนั้นจึงให้ความสนใจในองค์ความรู้ต่าง ๆ ตั้งใจในการรับองค์ความรู้ต่าง ๆ เป็นอย่างมาก ซึ่งก่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวตามหลักการดูแล และการอบรมในครั้งนี้มีการแจกตัวอย่างแปรงสีฟันและยาสีฟันที่ถูกต้องให้แก่ผู้เข้ารับการอบรมกลับบ้านด้วย

4.2.3 **ขั้นสังเกตการณ์ (Observation)** เป็นการตรวจสอบกิจกรรมการดำเนินงานพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานจังหวัดอุบลราชธานี ตาม ประเด็นแผนงานที่ได้ปฏิบัติการ คือ คณะทำงานนำรูปแบบที่ได้ไปทดลองใช้ในพื้นที่ เช่น จัดทำคู่มือ การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน อบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติแก่ผู้สูงอายุ ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน อบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติแก่ญาติผู้สูงอายุและอบรมให้ความรู้และฝึก ปฏิบัติแก่นักบริบาลผู้สูงอายุเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของนักบริบาล (Caregiver) ให้สะดวก รวดเร็วและแม่นยำขึ้น เพื่อเป็นการตรวจสอบติดตามการดำเนินงานกิจกรรมจึงได้แต่งตั้งคณะทำงาน ติดตามการดำเนินงานเสริมพลังประกอบด้วยเจ้าหน้าที่จากฝ่ายทันตสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี ทันตแพทย์ในพื้นที่และทันตภิบาลในพื้นที่ ตัวแทนนักบริบาล (caregiver) ใน พื้นที่ ตัวแทนผู้สูงอายุในพื้นที่และตัวแทนญาติผู้สูงอายุในพื้นที่ เป็นการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วน เกี่ยวข้องในการดำเนินงานซึ่งเป็นผู้ได้รับผลประโยชน์ทางตรงจากการดำเนินงาน รูปแบบการติดตาม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เยี่ยมเสริมพลัง ซึ่งกันและกัน สังเกตการณ์ ให้คำแนะนำให้กำลังใจ ประเมินผล ในเดือน กันยายน 2560

สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง ทำให้รับทราบผลการทำงานและสามารถ ประเมินผลการทำงานที่ผ่านมาทั้งหมดได้ว่าผลเป็นอย่างไร และควรดำเนินการต่อไปในทิศทางไหน

จากการติดตามเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ ป่วยเป็นโรคเบาหวาน พบว่า ทั้งผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและญาติมีพฤติกรรมสะท้อนกลับดี นอกจากจะคืนข้อมูลทางสุขภาพช่องปากยังคืนข้อมูลด้านสภาพแวดล้อมชีวิตความเป็นอยู่ด้านจิตใจ มีการพูดคุยเป็นกันเองและมีกำลังใจจากการเยี่ยมของทีมงานเยี่ยมเสริมพลัง และขณะเดียวกันมี การวัดข้อมูลเชิงปริมาณสนับสนุนโดยสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมโดยใช้ แบบสอบถามในการสอบถามพบว่าการอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะประสบผลสำเร็จในการ ดำเนินงาน ผู้สูงอายุโดยรวมมีความรู้เพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการก่อนการอบรม จากคะแนนเฉลี่ย 11.51 เป็น 13.70 มีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเพิ่มขึ้นจาก 19.65 เป็น 20.22 และมีพฤติกรรมดีขึ้น มีค่าเฉลี่ย คะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 33.76 เป็น 36.11 ซึ่งทั้งความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมเมื่อทดสอบ ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

#### 4.2.4 **ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)**

4.2.4.1 **สะท้อนผลการปฏิบัติจากการถอดบทเรียน** เป็นการสรุปผลการดำเนินงานถอด บทเรียนทั้งหมดที่ได้จากการดำเนินการวิจัย เป็นการประเมินผลการดำเนินงานทั้งหมดในทุกขั้นตอน ของการวิจัย ซึ่งได้ประชุมถอดบทเรียนในวันที่ 27 กันยายน 2560

ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มออกเป็น 4 กลุ่ม ร่วมกันพิจารณาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการถอด บทเรียนคือประเด็นที่ได้ร่วมกันดำเนินการ ประเด็นผลลัพธ์จากการดำเนินการ สิ่งที่ได้ดี สิ่งที่ต้อง

ปรับปรุง ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินการ ซึ่งที่ผ่านมามีตลอดกระบวนการวิจัยผู้วิจัยได้นำหลักการของวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษากระบวนการที่เกิดขึ้นและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พัฒนา รูปแบบการดำเนินงานเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี

สรุปผลการถอดบทเรียนได้รับรูปแบบการดำเนินงานเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ดังนี้

สิ่งที่ได้ร่วมกันดำเนินการคือ 1) แต่งตั้งทีมวิจัยและคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยโดยเชิญ และจัดประชุมชี้แจงคณะทำงาน 2) ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 3) นำข้อมูลจากการศึกษาจากชั้นวางแผนเป็นข้อมูลพื้นฐานนำเข้าไปใช้ในการกำหนดรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ 4) ประชุมเชิงปฏิบัติการในการจัดทำแผนการดำเนินงาน 5) คณะทำงานนำรูปแบบที่ได้ไปทดลองใช้ในพื้นที่ เช่น จัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน การอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติแก่ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน การอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติแก่ญาติผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและการอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติแก่นักบริบาล (Caregiver) 6) ออกติดตามเยี่ยมเสริมพลังและ 7) ถอดบทเรียน

#### 1) ผลลัพธ์จากการดำเนินการ

##### (1) สิ่งที่ได้ดี

(1.1) เกิดการพัฒนาศักยภาพของทีมงานคณะกรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

(1.2) ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานได้รับข้อมูลข่าวสารเพิ่มมากขึ้น

(1.3) ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมากขึ้น

(1.4) เครือข่ายสุขภาพในการดูแลงานทันตสุขภาพมีการติดต่อสื่อสารประสานงานกันรับทราบการดำเนินงานร่วมกันเพิ่มมากขึ้น ทั้งในระดับจังหวัด ระดับอำเภอและระดับตำบลด้วยตนเอง

(1.5) เกิดการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพโดยมีแผนปฏิบัติการที่มีเป้าประสงค์ กลยุทธ์ และกิจกรรมที่ชัดเจน

(1.6) มีแผนงานโครงการที่มาจากความต้องการของตัวผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและญาติผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่คืนข้อมูลความต้องการมา

(1.7) เกิดนวัตกรรมคือคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากที่ทันสมัยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่สอดคล้องกับยุค 4.0

(1.8) เกิดการดูแลที่ใกล้ชิดจากญาติผู้ใกล้ชิด ซึ่งเป็นข้อดีของการดูแล เพราะความใกล้ชิดจากบุตรหลานในครอบครัว เป็นการดูแลที่ไม่ใช่เพียงเพราะหน้าที่เป็นอย่างเดียว แต่เป็นความรัก ความเอาใจใส่พิเศษจากคนในครอบครัว

(1.9) เกิดความตื่นตัวในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเพราะการอบรม ฝึกทักษะ การจัดทำคู่มือนี้ว่าเป็นการสร้างกระแสซึ่งเป็นวิธีการที่ดีอีกทางหนึ่ง

(1.10) เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งดีๆ ระหว่างการเข้ารับการอบรม ฝึกทักษะ ซึ่งการอบรมฝึกทักษะนี้เป็นการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้เข้าหาประชาชนในชุมชนเพื่อ ส่งต่อสิ่งดีๆ ให้ชุมชน ผลดีที่เกิดตามมาคือ ความใกล้ชิด สัมพันธภาพที่ดีระหว่างประชาชนในชุมชน และเจ้าหน้าที่ ทำให้ประชาชนในชุมชนเกิดความกล้า กล้าที่จะซักถาม ปรีกษา ซึ่งนับว่าเป็นการ เข้าถึงการบริการที่ดีอีกทางหนึ่ง

(1.11) การอบรมฝึกทักษะทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสนุกสนานได้พบปะ เพื่อน เพราะวัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่ไม่มีภารกิจนอกจากพักผ่อนอยู่บ้าน ดังนั้น การได้มาร่วมกิจกรรม อบรมฝึกทักษะกับเพื่อนๆ ทำให้ผลพลอยได้คือ สุขภาพจิตดีตามมา

## (2) สิ่งที่ควรปรับปรุง

(2.1) การอบรมฝึกทักษะเป็นการช่วยให้ผู้ได้รับการฝึกอบรมมีความรู้ และเกิดทักษะแต่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพฟันอยู่ก่อนแล้วยังไม่ได้รับการรักษา

(2.2) จากการเยี่ยมเสริมพลัง พบว่า บางรายยังมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลรักษาฟัน แปรงฟัน การดูแลฟันปลอมถูกบ้างแต่ยังไม่ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

(2.3) หลักสูตรมีทั้งการอบรมให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติในรอบเดียว ยังไม่เพียงพอ เพราะการรับรู้ การซึมซับ ของแต่ละคนต่างกัน ดังนั้นการฝึกปฏิบัติควรมีการฝึกปฏิบัติ ซ้ำอีกครั้งโดยทิ้งระยะห่างไว้ และนัดประชุมฝึกทักษะซ้ำเพื่อเป็นการซักซ้อมทบทวนทักษะ

(2.4) การอบรมฝึกทักษะรอบเดียวยังไม่เพียงพอเพราะเมื่อกลุ่มเป้าหมาย นำไปปฏิบัติในพื้นที่แล้วต่างคนต่างดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานตามภารกิจ ทำให้ไม่ทราบว่ หลังจากการอบรมไปแล้วนำไปปฏิบัติในพื้นที่ผู้ปฏิบัติงาน ทั้งญาติและนักบริบาลเจอประเด็นปัญหา อะไรบ้าง ดังนั้นควรทิ้งระยะห่างแล้วนัดหมาย พบปะ ฝึกทักษะกันอีกเป็นรอบๆ

(2.5) ยังไม่ครบวงจรเกี่ยวกับการดูแลช่องปากอย่างแท้จริงเพราะผู้ที่มี ปัญหาช่องปากจะทราบปัญหาเมื่อเกิดความทุกข์จากปัญหาสุขภาพช่องปาก จึงไปพบแพทย์ตามระบบ แต่ ยังไม่มีระบบคัดกรองสุขภาพช่องปากหรือยังไม่มีช่องทางพิเศษในการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพได้ง่ายขึ้น สำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานซึ่งเป็นกลุ่มพิเศษที่จะต้องดูแลแต่ยังไม่มีช่องทางพิเศษ แยกต่างจากผู้สูงอายุโดยทั่วไป

(3) สิ่งที่ต้องดำเนินการในวงรอบที่ 2 เพื่อเพิ่มเติมการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานให้ได้ผลเกิดประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนี้

(3.1) ขยายกิจกรรมฝึกทักษะเฉพาะด้าน ด้านการแปรงฟัน การใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อดูแลช่องปาก การดูแลฟันปลอม

(3.2) พัฒนาระบบการจัดทำข้อมูลให้เป็นปัจจุบันคืนข้อมูลให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานรับทราบข้อมูลส่วนตัวเป็นประจำทุกเดือน โดยสมุดบันทึกประจำตัวส่วนบุคคล

(3.3) ส่งต่อผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและมีปัญหาสุขภาพช่องปากให้ได้รับการรักษาครบทุกราย

(3.4) การเยี่ยมเสริมพลังของคณะทำงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

(3.5) การถอดบทเรียนและวัดความรู้ ทักษะ ทักษะ ทักษะ และความพึงพอใจ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

#### 4.2.2 วงรอบการพัฒนาที่ 2

4.2.2.1 ชั้นวางแผน (Planning) ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนการดูแลสุขภาพช่องปากให้กับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในรอบที่ 2





ตาราง 18 เป้าประสงค์ กลยุทธ์ กิจกรรมการดำเนินงานเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มเป้าหมาย

เป้าประสงค์	กลยุทธ์	กิจกรรมสำคัญ
ฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน	ขยายการฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากเฉพาะด้าน	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ฝึกทักษะการแปรงฟัน</li> <li>2. ฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปากด้วยอุปกรณ์เสริม</li> <li>3. ฝึกทักษะการดูแลฟันปลอม</li> </ol>
เพื่อความเป็นปัจจุบันของข้อมูล เป็นประโยชน์ในเรื่องการเข้าถึงบริการได้รวดเร็ว	พัฒนาระบบการจัดทำข้อมูล ให้เป็นปัจจุบันคืนข้อมูลให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานรับทราบข้อมูลส่วนตัว	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดทำแบบบันทึกข้อมูล</li> <li>2. มอบแบบบันทึกข้อมูลให้กับนักบริบาลผู้สูงอายุเพื่อรวบรวมข้อมูลประเมินสุขภาพ</li> <li>3. คืนข้อมูลให้แก่ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน</li> </ol>
ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ได้รับการดูแลรักษาครอบคลุมทุกคน	ส่งต่อผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและมีปัญหาสุขภาพช่องปากให้ได้รับการรักษาครบทุกราย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. นักบริบาลสุขภาพแจ้งปัญหาสุขภาพช่องปากให้กับเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข</li> <li>2. เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขตรวจสุขภาพช่องปากและทำการรักษาตามขั้นตอน</li> <li>3. หลังการทำการรักษาเสร็จแล้วเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขให้คำแนะนำในการดูแลและการปฏิบัติตนให้ถูกต้องหลังการรักษาเพื่อรักษาสุขภาพช่องปากให้มีสุขภาพดียาวนาน</li> <li>4. นักบริบาลสุขภาพมีการตรวจสอบสุขภาพช่องปากหลังจากการรักษาเป็นระยะและจัดทำข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน</li> </ol>

ตาราง 18 (ต่อ)

เป้าประสงค์	กลยุทธ์	กิจกรรมสำคัญ
เจ้าหน้าที่เข้าถึงคนไข้ คนไข้ เข้าถึงการบริการ เป็นประโยชน์ สำหรับการดูแลสุขภาพช่องปากเป็นการดูแลใกล้บ้านใกล้ใจ	การเยี่ยมเสริมพลังของ คณะทำงานพัฒนารูปแบบ การดูแลสุขภาพช่องปากของ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น โรคเบาหวาน	1. จัดทำแผนการออกเยี่ยม กลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น โรคเบาหวานในชุมชน ออกเยี่ยมตามแผนฯ
ทำให้ได้ข้อมูลนำเข้าทั้งข้อดี ข้อ ที่ควรปรับปรุงเพื่อการพัฒนา ต่อยอดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น โรคเบาหวาน	การถอดบทเรียน	1. จัดประชุมถอดบทเรียนที่ได้ จากการพัฒนารูปแบบการ ดูแลสุขภาพช่องปากของ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 2. ถอดบทเรียนจากการสอบถาม ความรู้ พฤติกรรม ทักษะคติ ของผู้สูงอายุและนักบริบาลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของ ผู้สูงอายุ เปรียบเทียบก่อนและ หลังการพัฒนารูปแบบ

#### 4.2.2.2 ชั้นปฏิบัติการ (Action)

1) กิจกรรมฝึกทักษะเฉพาะด้าน ด้านการแปร่งฟัน การใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อดูแลช่องปาก การดูแลฟันปลอม จากการอบรมฝึกทักษะในการพัฒนารูปแบบวงรอบที่ 1 เป็นการให้ความรู้ และฝึกทักษะลักษณะกว้าง รอบด้าน ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้ แต่จากการเยี่ยมเสริมพลัง ครั้งที่ 1 พบว่า ด้านการปฏิบัติที่ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่แต่ยังมีการนำไปปฏิบัติที่ไม่สม่ำเสมอ ดังนั้น คณะทำงานวิจัยจึงมีมติในการฝึกทักษะเฉพาะด้านเพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญด้านนั้น ๆ และนำไปปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอ การจัดกิจกรรมฝึกทักษะเฉพาะด้านได้จัดทำขึ้นในวันที่ 7-9 พฤศจิกายน 2560

(1) ขั้นตอนการแปร่งฟันที่ถูกวิธีโดยใช้โมเดลสอนแปร่งฟันใช้ไหมขัดฟันใช้เวลา 2 วัน โดยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีบทบาทในการแสดง ให้ทุกคนได้มีบทบาทในการสอนแปร่งฟันและใช้ไหมขัดฟันให้เพื่อน ๆ ได้ดู นำเสนอหน้าชั้นเรียนโดย จะมีการวางแปร่งสีฟัน และยาสีฟันต่างชนิดกัน

ให้ผู้สาธิตเลือกหยิบเพื่อสาธิต ในขณะที่เดียวกันนอกจากจะสาธิตการแปรงฟันใช้ไหมขัดฟันโดยใช้โมเดลแล้ว ต้องบอกถึงผลดี ผลเสียของการปฏิบัติตามเทคนิคต่าง ๆ ในการแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟันด้วย บอกถึงข้อจำกัดหากไม่ปฏิบัติจะเกิดผลกระทบอย่างไร เป็นต้น ส่วนการรักษาฟันปลอมมีการเก็บในน้ำและใช้ฝาปิดเพื่อป้องกันสัตว์แมลงลงไปใ้ในน้ำที่แช่ฟันปลอม ซึ่งทุกคนจะได้ออกหน้าชั้นเพื่อบรรยายและสาธิตให้เพื่อนได้ฟัง

ผลจากการจัดกิจกรรมฝึกทักษะให้แก่ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมครบ จำนวน 141 คน พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมประชุมมีการสาธิตการแปรงฟันที่ถูกต้อง มีการบรรยายได้ถูกต้องตามเทคนิคการฝึกกับโมเดล รู้ประโยชน์รู้ถึงผลกระทบหากปฏิบัติไม่ถูกต้อง เช่น วิธีรักษาความสะอาดของช่องปากที่สำคัญและไม่ควรละเลย เพราะหากไม่แปรงฟันให้สะอาดอย่างสม่ำเสมอ หรือแปรงฟันผิดวิธี อาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพช่องปาก เช่น ฟันผุ เกิดคราบหินปูน หรือในกรณีที่ร้ายแรงอาจถึงขั้นสูญเสียฟันได้ การแปรงฟัน ช่วยกำจัดเศษอาหารและคราบสิ่งสกปรกตามฟัน ซึ่งเกิดขึ้นจากการรวมตัวของเชื้อแบคทีเรียภายในช่องปาก โดยน้ำตาลหรือคาร์โบไฮเดรตที่รับประทานเข้าไปจะกลายเป็นอาหารให้กับเชื้อแบคทีเรียดังกล่าว หากไม่ทำความสะอาด เชื้อแบคทีเรียเหล่านี้จะปล่อยกรดออกมาทำลายเคลือบฟัน เมื่อนานเข้าก็ส่งผลให้เคลือบฟันเสียหายจนเกิดปัญหาฟันผุตามมา หรือหากแปรงฟันไม่สะอาด คราบแบคทีเรียที่หลงเหลืออยู่อาจเกาะแน่นจนกลายเป็นคราบหินปูนในที่สุด การแปรงฟันทุกวันอย่างถูกวิธีจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการรักษาสุขภาพปากและฟัน การใช้ไหมขัดฟันหลังแปรงฟันเป็นสิ่งสำคัญที่ควรทำ เนื่องจากเป็นวิธีช่วยกำจัดเศษอาหารออกจากบริเวณซอกฟันที่แปรงสีฟันเข้าไม่ถึง ป้องกันปัญหาฟันผุที่อาจเกิดขึ้นตามมา โดยควรใช้ไหมขัดฟันอย่างน้อยวันละครั้ง ก่อนหรือหลังจากแปรงฟัน การใช้ในช่วงแรกอาจทำให้รู้สึกเจ็บหรือมีเลือดออกได้ แต่ไม่ต้องกังวล เพราะเหงือกจะคุ้นชินและแข็งแรงขึ้นเอง หากทำเป็นประจำ ส่วนการใช้น้ำยาบ้วนปากนั้นช่วยป้องกันฟันผุได้จริง แต่ไม่ควรใช้หลังจากแปรงฟัน เพราะน้ำยาบ้วนปากอาจชะล้างฟลูออไรด์จากยาสีฟันที่มาช่วยเคลือบฟันได้ ควรใช้น้ำยาบ้วนปากในเวลาอื่น ๆ แทน เช่น หลังจากอาหารมื้อเที่ยง หรือหลังรับประทานอาหารของหวาน เป็นต้น นอกจากนี้ หลังจากใช้น้ำยาบ้วนปาก ควรหลีกเลี่ยงการดื่มหรือรับประทานอาหารอย่างน้อย 30 นาที เพื่อให้สารฟลูออไรด์ติดคงทนกับเคลือบฟันยิ่งขึ้น ส่วนเกี่ยวกับการดูแลฟันปลอม ผู้นำเสนอหน้าชั้นมีการสาธิตร่วมกับการบรรยายโดยบอกว่า ไม่ปล่อยให้ฟันปลอมแห้งเด็ดขาด ตอนที่ไม่ได้ใส่ฟันปลอม ให้แช่ฟันปลอมในน้ำยาล้างฟันปลอมหรือน้ำเปล่า ห้ามใช้น้ำร้อนเด็ดขาดเพราะอาจทำให้ฟันปลอมบิดงอ ต้องแปรงฟันปลอมเป็นประจำทุกวันเพื่อขจัดเศษอาหารและคราบจุลินทรีย์บนฟัน และป้องกันไม่ให้เกิดคราบบนฟันปลอม หากฟันปลอมแตก หัก บิ่น หรือหลวม ให้ไปพบทันตแพทย์ อย่าปรับฟันปลอมเอง เพราะอาจทำให้ฟันปลอมเสียหายจนซ่อมไม่ได้

(2) พัฒนาระบบการจัดทำข้อมูลให้เป็นปัจจุบันคืนข้อมูลให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานรับทราบข้อมูลส่วนตัวเป็นประจำทุกเดือน โดยสมุดบันทึกประจำตัวส่วนบุคคล โดยนักบริบาลสุขภาพจะบันทึกสถานภาพสุขภาพช่องปากให้เป็นปัจจุบันในแต่ละเดือนและจะคืนข้อมูลสุขภาพช่องปากให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานหรือญาติผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานได้ทราบสถานการณ์ของตนเอง เพราะการทราบสถานการณ์สุขภาพของตนเองนั้นจะเป็นส่วนสำคัญยิ่งในการตระหนักถึงสุขภาพของตนเองเป็นส่วนเสริมให้แต่ละบุคคลสามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ว่า ควรจะดูแลตนเองอย่างไร ควรจะได้รับการรักษาจากทันตแพทย์หรือไม่ ซึ่งจากงานวิจัยพัฒนาครั้งแรกนั้น นักบริบาลจะมีการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากจริงแต่ยังไม่มีการคืนข้อมูลอย่างชัดเจน จากการพัฒนากระบวนการจัดการข้อมูล พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและญาติให้ความสนใจในสุขภาพช่องปากของตนเองมากขึ้นโดยสังเกตจากการเยี่ยมเสริมพลังที่พบว่ามี การโต้ตอบแสดงความคิดเห็นให้ความสนใจในการสนทนาเพิ่มมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับ การเยี่ยมเสริมพลังในครั้งที่ผ่านๆ มา อีกทั้งเป็นประโยชน์ต่อการเชื่อมต่อการส่งตัวไปรับการรักษาตามขั้นตอนการรักษาสุขภาพช่องปากช่องทางพิเศษของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และจากการประเมินสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเพื่อให้ผู้สูงอายุทราบถึงภาวะเสี่ยงของสุขภาพช่องปาก จากจำนวน 141 ราย พบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยวการกลืน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.3 ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาได้รับการตรวจรักษาจากเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.6 มีความต้องการในการรักษาทันตกรรม 94 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.6 ดังนั้นการพัฒนาระบบการจัดการข้อมูลพื้นฐานและการคืนข้อมูลให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานจึงเป็นประโยชน์อย่างยิ่งช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานสนใจให้ความสำคัญเกิดการตื่นตัวและเป็นประโยชน์ต่อการส่งตัวไปรักษาตามช่องทางพิเศษ ต่อไป

(3) ส่งต่อผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและมีปัญหาสุขภาพช่องปากให้ได้รับการรักษาครบทุกราย จากที่ผ่านมาในวงรอบการพัฒนาวิจัยรอบที่ 1 จะทราบข้อมูลสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน มีการระบุนการเยี่ยมเสริมพลังให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวและแนะนำแนวทางการรักษาแต่ยังไม่เกิดการส่งต่ออย่างเป็นรูปธรรม โดยเก็บสถิติผู้ที่มีปัญหาผู้ที่ได้รับการรักษาอย่างชัดเจน ดังนั้นในวงรอบการพัฒนาที่ 2 นี้ จึงมีการพัฒนาระบบข้อมูลคืนข้อมูลและทำการส่งต่อไปรับการรักษาตามระบบในกรณีที่พบปัญหาสุขภาพช่องปาก จากการสำรวจภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 141 คน พบว่า มีปัญหา เหงือกและอวัยวะปริทันต์ บริเวณเหงือกมี เลือดออก มีฟันผุ ฟันโยก 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.5 ฟันผุ เป็นรู เสียว ฟัน หักหรือแตก 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.1 ฟันหลุดและต้องใส่ฟันปลอมเฉพาะซี่ 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.3 และผู้สูงอายุที่ต้องใส่ฟันปลอมทั้งปาก 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.2 ไม่พบเนื้อเยื่อในช่องปาก บริเวณริมฝีปาก แก้ม ลิ้น มี ปุ่ม/ก้อนเนื้อ/มีแผลเรื้อรัง โดยขั้นตอนการส่งต่อตามช่องทางพิเศษ

คือ นักบริบาลผู้สูงอายุจัดทำข้อมูลสุขภาพช่องปากส่งต่อให้ทันตสาธารณสุขในพื้นที่แล้วทันตสาธารณสุขจะมีการลงชุมชนเยี่ยมผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเพื่อตรวจสุขภาพช่องปากเป็นการยืนยันสภาพปัญหาช่องปากเป็นรายกรณีตามข้อมูลที่ได้รับจากนักบริบาล หากพบว่ารายไหนมีปัญหาสุขภาพช่องปากจริงทันตสาธารณสุขในพื้นที่จะทำการรักษาหากอยู่ในศักยภาพที่สามารถทำการรักษาเองได้ ในกรณีที่ไม่สามารถทำการรักษาเองได้จะมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายในพื้นที่

#### 4.2.2.3 ชั้นสังเกตการณ์ (Observation)

การเยี่ยมชมพลังของคณะทำงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน การเยี่ยมชมพลังคณะกรรมการทีมพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุจะมีการจัดทำแผนเยี่ยมชมพลังตามรูปแบบที่เคยปฏิบัติมา โดยพื้นที่ที่ทำการศึกษาวิจัย จะอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอไทรน้อย ลีรินธร โขงเจียม และเขื่องใน แต่ละอำเภอจะมีทีมเยี่ยมชมพลังของตนเอง ลักษณะการเยี่ยมชมจะเป็นการติดตามถามข่าวสารสุขภาพวิถีชีวิตความเป็นอยู่ สิ่งที่ขาดเหลือหรือความต้องการของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และการเยี่ยมชมพลังนี้เกิดผลดีทั้งระบบเพราะทีมคณะกรรมการซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ที่ออกเยี่ยมจะเข้าไปสร้างความเข้าใจเห็นสภาพชีวิตความเป็นอยู่จริงของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานแต่ละราย เห็นบริบทชีวิตความเป็นอยู่ที่กว้าง เข้าถึงบ้านเรือนเป็นการบริการที่ใกล้บ้านใกล้ใจเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน เจ้าหน้าที่สามารถเข้าถึงชุมชนได้ทำให้ผู้ที่ได้รับการเยี่ยมรู้สึกสบายใจไว้วางใจและเกิดความมั่นใจในทีมที่เยี่ยมที่ สามารถเกื้อกูลและเอื้อหนุนให้พื้นที่ได้รับการพัฒนาเกิดการเรียนรู้ได้รับการพัฒนาและก้าวหน้าต่อไปได้ด้วยตนเองและพื้นที่เป็นสำคัญ โดยในที่นี้ใช้คำว่า “เยี่ยมชมพลัง” อันจะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดขวัญ กำลังใจ รู้สึกภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในตนเองต่อการทำงานด้วย

#### 4.2.2.4 ชั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

การถอดบทเรียนผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มย่อยเป็น 4 กลุ่ม และกำหนดประเด็นคำถามในการถอดบทเรียนการดำเนินงาน ดังนี้

##### 1) ประสพการณ์จากการปฏิบัติงานจริงของคณะทำงาน

จากการถอดประสพการณ์พบว่า คณะทำงานมีการทำงานตามแผนที่วางไว้ตามกรอบอย่างเป็นระบบและปฏิบัติการอย่างพร้อมเพรียง ตั้งแต่กิจกรรมการสอนกลุ่มผู้สูงอายุและญาติผู้สูงอายุ การจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุและคืนข้อมูลให้กับผู้สูงอายุโดยบทบาทของนักบริบาล (Caregiver) ทุกคนมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างชัดเจนและให้ความร่วมมือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ส่งผลให้การดำเนินงานราบรื่น

## 2) วิธีการปฏิบัติงานที่กำหนดในแผนปฏิบัติงาน

มีวิธีการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ตั้งแต่การอบรมหลักสูตรฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากเฉพาะด้านให้กับผู้สูงอายุและญาติ จำนวน 3 วัน คือ วันที่ 7-9 พฤศจิกายน 2560 การจัดทำข้อมูล การคืนข้อมูลและการส่งต่อข้อมูลเพื่อดูแลให้ครบวงจร โดยมีการปฏิบัติงานอย่างมีแบบแผน ขั้นตอน คือ กำหนดกิจกรรม กำหนดวัน เวลา สถานที่ กำหนดกลุ่มเป้าหมาย ประสานงานกลุ่มเป้าหมาย ประสานวิทยากรในการบรรยาย ซึ่งสิ่งที่ได้ปฏิบัติตามแบบแผนทั้งหมดนี้มุ่งหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้อย่างเหมาะสม มีการคืนข้อมูลสุขภาพช่องปากให้กับผู้สูงอายุ และในรายที่มีปัญหาจะต้องทำแผนการดูแลส่งต่อเพื่อการรักษาตามระบบ

## 3) สิ่งที่ได้ดีจากการปฏิบัติงาน

กระบวนการฝึกทักษะเฉพาะด้านเกี่ยวกับการดูแลช่องปากทำให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีความรู้ มีทักษะมากขึ้นมีความมั่นใจในทักษะของตนเองสามารถปฏิบัติดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอซึ่งวัดได้จากการเยี่ยมเสริมพลังและจากการวัดพฤติกรรมตามแบบสอบถาม พฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และจากการเยี่ยมเสริมพลังทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเกิดความเป็นกันเอง เกิดความไว้วางใจ เกิดความสบายใจทั้งผู้ให้และผู้รับ และจากการคืนข้อมูลส่วนบุคคลทำให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานรับรู้ถึงสถานะภาพสุขภาพของตนเองเข้าใจในการรักษาหรือปฏิบัติตนทั้งทางด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก และการยอมรับการรักษาให้ความสำคัญกับการรักษาตามกระบวนการของงานทันตกรรมเกิดความเชื่อมโยงกับการทำงานของเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขในพื้นที่ซึ่งการมีข้อมูลที่เป็นปัจจุบันจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการทำงานให้บริการทันตสุขภาพทั้งการป้องกันและรักษาของเจ้าหน้าที่ทันตกรรมในพื้นที่ ทำให้รายที่มีปัญหาได้รับการดูแลครอบคลุมทุกคน จำนวน 94 ราย ซึ่งเกิดขึ้นได้เพราะใช้กระบวนการเชิงรุก ทั้งการอบรมให้ความรู้ การฝึกทักษะ การจัดทำคู่มือดูแลสุขภาพช่องปากให้ทุกคน การคืนข้อมูลสุขภาพช่องปากให้แต่ละบุคคลตลอดจนการเยี่ยมบ้านเสริมพลังที่บ้านเป็นการดูแลใกล้บ้านใกล้ใจ

4) สิ่งที่ได้ไม่ดีหรือการพัฒนาต่อยอด จะพบว่า การจัดทำข้อมูลยังใช้สมุดบันทึกสุขภาพ และขั้นต่อไปคือนำมากรอกข้อมูลในแบบสรุป แล้วจึงนำรายงานไปส่งให้กับเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขต่อตามระบบ ทำให้มีหลายขั้นตอนยังไม่เกิดความสะดวกเท่าที่ควรกับยุคเมืองไทย 4.0 และนักบริบาลบางรายมีลายมือที่อ่านยากไม่เป็นระเบียบ ทำให้ไม่สวยงามไม่เป็นระเบียบเท่าที่ควร อีกทั้งการปรึกษาเป็นรายกรณีเมื่อนักบริบาลไปเยี่ยมตรวจประเมินสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่บ้านในรายที่มีปัญหาต้องการสอบถามสนทนาก็สามารถโทรศัพท์ปรึกษาสนทนาส่งรูปภาพผ่าน Line Application ได้ แต่ยังไม่สามารถเก็บสถิติกรณีตัวอย่างได้

ไม่สามารถดึงข้อมูลเข้าระบบประมวลผลในรอบเดียวเพื่อจะนำข้อมูลมาวิเคราะห์เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำแผนหรือวางแผนแนวทางในการดูแลทันตสุขภาพตามประเด็นปัญหาที่มีมากได้

#### 5) ข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานต่อไปให้ดีขึ้น

จากการลงมือปฏิบัติงานประสบความสำเร็จเป็นรูปธรรมมากขึ้น คณะทำงานมีข้อเสนอแนะในการพัฒนางานให้ดีขึ้น โดยต้องมีการทบทวนกิจกรรม ทบทวนแผนการปฏิบัติงาน โดยให้กำกับ ติดตามประเมินผลการทำงานในทุกกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ทราบทิศทางความก้าวหน้าและปรับแผนปฏิบัติการ ปรับกิจกรรมให้เหมาะสมตามสถานการณ์

#### 6) ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการปฏิบัติงาน

รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โดยบทบาทของนักบริบาล (Caregiver) ในเขตบริการสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี มีดังนี้

(1) การมีข้อมูลและสถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ (Information and Situation) หมายถึง การมีการสำรวจข้อมูลสถานการณ์ที่เป็นปัจจุบันมากที่สุด โดยดำเนินการสำรวจข้อมูลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ คัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก การสรุปสถานการณ์ ปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ รวมถึงการศึกษานโยบายการดูแลช่องปากผู้สูงอายุที่มีการดำเนินการอยู่ และปรับกิจกรรมบริการให้สอดคล้องกับนโยบายเพื่อนำสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น

(2) การพัฒนาศักยภาพและทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุและญาติ (Potential and Skill) หมายถึง การพัฒนาองค์ความรู้และทักษะการดูแลช่องปากให้กับผู้สูงอายุโดยกระบวนการอบรมให้ความรู้ เสริมพลังในการเพิ่มศักยภาพในการดูแลช่องปากของผู้สูงอายุและญาติ

(3) การพัฒนานักบริบาลเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยการบูรณาการกับการบริบาลอย่างอื่น หมายถึง การสร้างและพัฒนานักบริบาลในพื้นที่เพื่อการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่แต่เพิ่มเติมขีดความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุให้มากขึ้น และเน้นการดูแลที่ถูกต้อง ต่อเนื่อง และครอบคลุมในพื้นที่บริการ

(4) การปรับระบบบริการด้านทันตสาธารณสุขให้เข้าถึงได้ง่ายขึ้น (Reorient Dental Health Services) หมายถึง การปรับระบบบริการด้านทันตสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าถึงบริการทันตสาธารณสุข โดยการขยายพื้นที่การให้บริการทันตสาธารณสุขให้ครอบคลุมพื้นที่ โดยการขยายบริการทันตสาธารณสุขเบื้องต้นให้ครอบคลุมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานทุกแห่งในพื้นที่

(5) เพิ่มช่องทางการรับรู้ข้อมูลเพื่อเพิ่มความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองของผู้สูงอายุ (Information) หมายถึง การเพิ่มช่องทางให้ผู้สูงอายุรับรู้ข้อมูลสุขภาพ

ช่องปากของตัวเอง รวมถึงการรับรู้แนวทางการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจากสื่อต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการพัฒนา ศักยภาพของตัวเองให้รู้เท่าทัน และนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลช่องปาก

(6) การติดตามเยี่ยมเสริมพลัง (Empowerment) หมายถึง การตั้งทีมเพื่อ การติดตามเยี่ยมการทำงานของญาติ และนักรบิบาล รวมถึงการดูแลตนเองด้านทันตสุขภาพของ ผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่อนิเทศ ติดตาม เสนอแนะและให้กำลังใจการปฏิบัติงานเพื่อการดำเนินงานที่ ราบรื่น และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมเมื่อเกิดปัญหาในการดำเนินงาน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไป ด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ

4.2.3 สรุปกระบวนการดำเนินงานที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงานวิจัยเพื่อการดูแลสุขภาพ ช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

จากการดำเนินงานมาทั้งหมดสามารถสรุปกระบวนการที่เกิดขึ้นในการดูแลสุขภาพช่อง ปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานได้ว่า เริ่มแรกมีการศึกษาบริบทการดูแลสุขภาพช่องปากของ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โดยการสำรวจข้อมูลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น โรคเบาหวาน การคัดกรองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ตลอดจนนโยบายการดูแลสุขภาพช่องปาก แล้วนำสู่การสรุปสถานการณ์ ปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จากการศึกษา ทำให้ทราบถึงสภาพปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ จึงต้องมีแนวทางการในการดำเนินงานเพื่อการดูแล สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานโดยวิธีการที่เหมาะสม และมีแบบแผนขั้นตอน ตามกระบวนการวิจัยและพัฒนาโดยใช้วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการตามหลักการของเคิร์ท เลวิน (Kurt Lewinus action research cycle) มีการดำเนินงานตามหลักการวิจัยและพัฒนา 2 วงรอบการ พัฒนา ประกอบด้วยขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติ ขั้นสังเกตการณ์ และขั้นสะท้อนผล สามารถสรุปสิ่งที่ได้ตาม ขั้นตอนประมวลผลโดยรวมแต่ละขั้นตอน ได้ดังนี้

4.2.3.1 กระบวนการวางแผนการปฏิบัติงาน (Planning) ซึ่งประกอบด้วยการประชุม สภาปัญหาช่องปาก การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการโดยการสนทนากลุ่มและร่วมทำแผนปฏิบัติการ เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพิ่มศักยภาพของสถานบริการปฐมภูมิ การคงสภาพของหน่วยบริการและจัดระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมให้มีประสิทธิภาพ

4.2.3.2 การปฏิบัติการ (Action) ซึ่งประกอบด้วย การตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก จัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและญาติและนักรบิบาลและมีการจัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปาก ให้กับนักรบิบาลเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน มีการ กำหนดให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดบริการทันตกรรมให้ได้ร้อยละ 60 มีบริการสุขภาพ ช่องปากโดยมีทันตแพทย์ให้บริการในโรงพยาบาลทุกแห่งและมีทันตภิบาลประจำในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่ง โดยผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีนักรบิบาล ดูแลครบทุกคน การดูแลฟันตนเองแบบคุ่มบัดดีของญาติและนักรบิบาลและการสร้างเครือข่ายใน



พื้นที่ช่วยดูแล เพิ่มช่องทางการรับรู้ข้อมูล เช่น ผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน นักบริบาล สุขภาพ การสร้าง Line Application เพิ่มความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองให้กับ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

4.2.3.3 การสังเกตการณ์ (Observation) ประกอบด้วย การนิเทศ ติดตามการ ดำเนินงานโดยการเยี่ยมบ้านซึ่งมีทีมงานในการออกติดตาม ซึ่งการออกติดตามการดำเนินงานนี้มี กิจกรรมการให้ความรู้ เพิ่มทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากให้กับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน เฉพาะรายด้วยพร้อมทั้งสนับสนุนให้คำปรึกษาให้คำแนะนำตามแผนที่วางไว้มีกระบวนการเยี่ยมเสริมพลังการทำงานอย่างใกล้ชิด

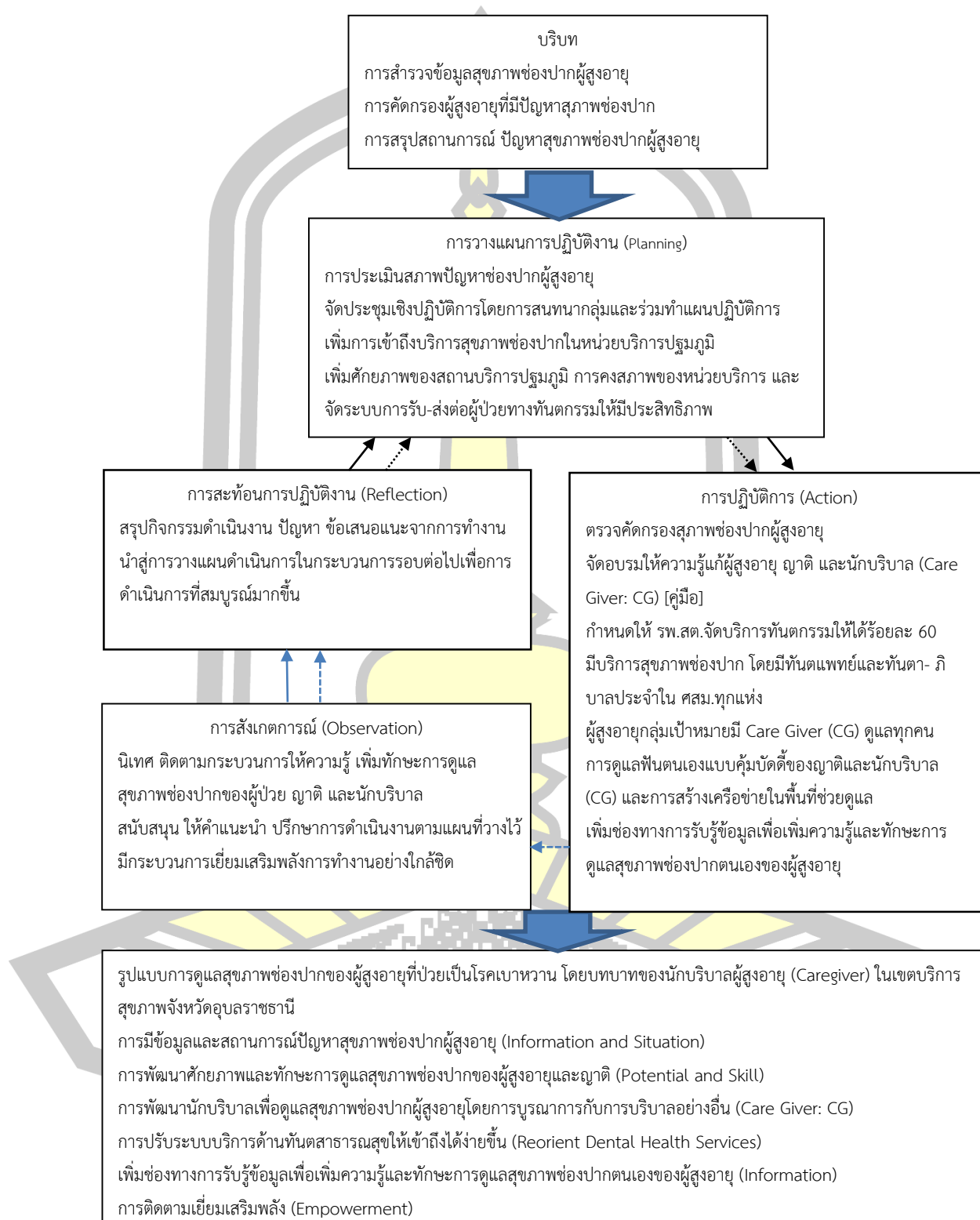
4.2.3.4 การสะท้อนการปฏิบัติงาน (Reflection) โดยมีการสรุปกิจกรรมดำเนินงาน ปัญหา ข้อเสนอแนะจากการทำงาน นำสู่การวางแผนดำเนินการในกระบวนการรอบต่อไปเพื่อการ ดำเนินการที่สมบูรณ์มากขึ้น

จากการดำเนินงาน 2 วงรอบการพัฒนา 4 ขั้นตอน ทำให้สามารถถอดบทเรียนพบ ปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โดย บทบาทของนักบริบาล (Caregiver) ในเขตบริการสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

- (1) การมีข้อมูลและสถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ (Information and Situation)
- (2) การพัฒนาศักยภาพและทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุและญาติ (Potential and Skill)
- (3) การพัฒนานักบริบาลเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยการ บูรณาการกับการบริบาลอย่างอื่น (Caregiver)
- (4) การปรับระบบบริการด้านทันตสาธารณสุขให้เข้าถึงได้ง่ายขึ้น (Reorient Dental Health Services)
- (5) เพิ่มช่องทางการรับรู้ข้อมูลเพื่อเพิ่มความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองของผู้สูงอายุ (Information)
- (6) การติดตามเยี่ยมเสริมพลัง (Empowerment)

จากการดำเนินงานทั้งหมดเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น โรคเบาหวานสามารถสรุปเป็นกระบวนการดำเนินงานที่เกิดขึ้นเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปากของ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ได้ตามแผนภาพ 8 ดังนี้

## กระบวนการดำเนินงานในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน



ภาพประกอบ 8 กระบวนการดำเนินงานในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

#### 4.2.4 รูปแบบใหม่ของการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

จากการดำเนินงานทั้งหมดสามารถสรุปรูปแบบใหม่ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานจากกระบวนการดำเนินงานที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินกิจกรรมการวิจัยในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน พบว่ามีปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากที่สุดที่ค้นพบจากกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยจึงสรุปรูปแบบใหม่ของการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานจากปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้เป็นโมเดลการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานโดยบทบาทของนักบริหาร ชื่อว่า “DDS CG UBONRATCHATHANEE DENTAL HEALTH CARE” มีกระบวนการพัฒนา 9 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) แต่งตั้งทีมวิจัยและคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย 2) ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 3) นำข้อมูลจากการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานนำเข้าไปใช้ในการกำหนดรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 4) ประชุมเชิงปฏิบัติการในการจัดทำแผนการดำเนินงาน 5) คณะทำงานนำรูปแบบที่ได้ไปทดลองใช้ในพื้นที่และจัดทำบทเรียน 6) พัฒนาระบบการจัดทำข้อมูลและนำเข้าข้อมูลจากการถอดบทเรียน 7) ขยายการฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากเฉพาะด้าน 8) ส่งต่อผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและมีปัญหาสุขภาพช่องปากให้ได้รับการรักษาครบทุกรายและ 9) การกำกับติดตาม เพื่อเสริมพลังของคณะทำงานซึ่งมีเหตุผลของที่มาจากปัจจัยแห่งความสำเร็จ ดังนี้

4.2.4.1 Data หมายถึง การมีข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์และปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเบาหวานที่เป็นปัจจุบัน ครอบคลุม ครอบคลุม ครอบคลุม เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน เช่น ญาติ นักบริหาร เป็นต้น ซึ่ง “Data” นี้มีความเชื่อมโยงมาจากปัจจัยแห่งความสำเร็จข้อที่ 1 คือการมีข้อมูลและสถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ (Information and Situation)

4.2.4.2 Dental Service Reorient หมายถึง การปรับระบบบริการทันตสาธารณสุขทุกระดับทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป โดยมีการอำนวยความสะดวก ทำงานเป็นระบบเพื่อเพิ่มถึงการเข้ารับบริการของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นกลุ่มพิเศษที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการจัดทำข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน ครอบคลุม ครอบคลุม และจัดกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน เป็นกลุ่มปกติ กลุ่มที่มีปัญหาระดับปานกลาง และกลุ่มที่มีปัญหาพิเศษ โดยกลุ่มปกติจะมีการส่งเสริมสุขภาพให้สามารถดูแลตนเองได้ (Self Care) กลุ่มที่มีปัญหาระดับปานกลาง จะต้องทำการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนกลุ่มที่มีปัญหาพิเศษที่เกิดศักยภาพของทันตภิบาลในพื้นที่จะต้องส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย คือ

โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลทั่วไป ซึ่ง “Dental Service Reorient” นี้มีความเชื่อมโยงมาจากปัจจัยแห่งความสำเร็จ ข้อที่ 4 การปรับระบบบริการด้านทันตสาธารณสุขให้เข้าถึงได้ง่ายขึ้น (Reorient Dental Health Services)

4.2.4.3 Social 4.0 หมายถึง การมีช่องทางการสื่อสาร การเรียนรู้ที่สะดวกและทันสมัย โดยการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีการสร้าง Line Application เพื่อใช้ในการส่งข้อมูลข่าวสารแจ้งพิกัดแผนการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำงานได้เป็นอย่างดี ลดการสิ้นเปลืองเกี่ยวกับวัสดุใช้สอยเพิ่มความรวดเร็วและมีความแม่นยำในการปฏิบัติงานของคณะทำงาน ซึ่ง “Social 4.0” นี้ มีความเชื่อมโยงมาจากปัจจัยแห่งความสำเร็จ ข้อ 5 เพิ่มช่องทางการรับรู้ข้อมูลเพื่อเพิ่มความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองของผู้สูงอายุ (Information)

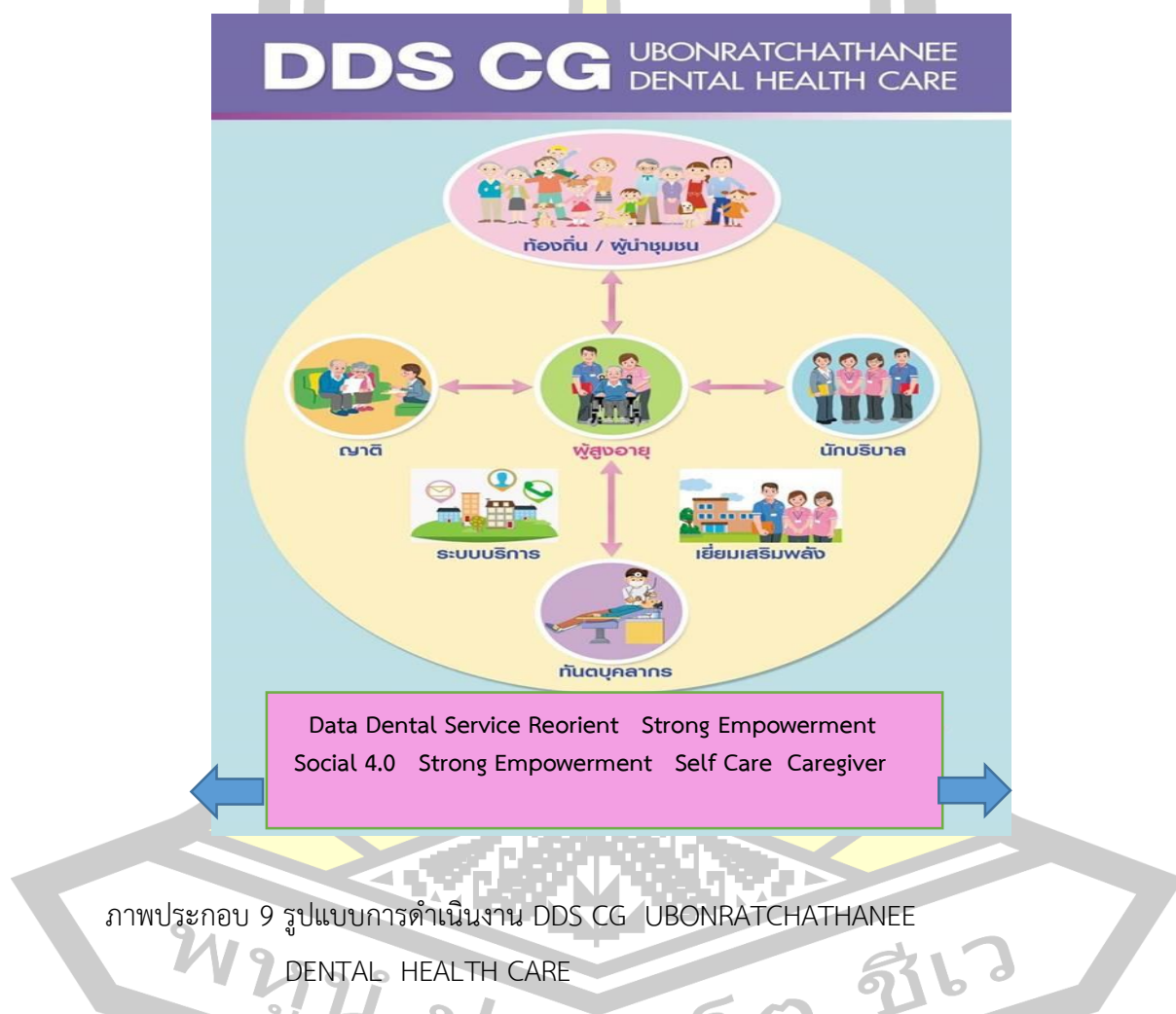
4.2.4.4 Strong Empowerment หมายถึง การเยี่ยมเสริมพลัง คณะทำงานมีการเยี่ยมผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานถึงที่บ้าน โดยรูปแบบเป็นการเยี่ยมเสริมพลังเพื่อติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน พร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างใกล้ชิด ฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากให้กับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉพาะรายอย่างใกล้ชิด ซึ่ง “Strong Empowerment” นี้ มีความเชื่อมโยงมาจากปัจจัยแห่งความสำเร็จข้อ 2 การพัฒนาศักยภาพและทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุและญาติ (Potential and Skill และ ข้อ 6 การเยี่ยมเสริมพลัง (Empowerment)

4.2.4.5 Self Care หมายถึง การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โดยมีความสามารถที่จะดูแลตนเองได้เพราะมีความรู้ มีทักษะที่ถูกต้องซึ่งได้รับการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะจากการจัดอบรมอย่างมีแบบแผนซึ่งมีที่มาจากการศึกษาสถานการณ์และความต้องการของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานก่อนที่จะมีการจัดกิจกรรมการอบรม ดังนั้นกิจกรรมการอบรมจึงเป็นลักษณะการเติมเต็มในส่วนขาด จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานสามารถดูแลตนเองได้ (Self Care) อย่างเหมาะสมและตรงตามสภาพปัญหาและความต้องการของตนเอง “Self Care” นี้ มีความเชื่อมโยงมาจากปัจจัยแห่งความสำเร็จ ข้อ 2 การพัฒนาศักยภาพและทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุและญาติ (Potential and Skill)

4.2.4.6 การพัฒนาศักยภาพและทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุและญาติ (Support for Potential Skills) เพื่อทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุเอง โดยการบูรณาการกับการบริบาลอย่างอื่น (Caregiver) หมายถึง การมีนักบริบาลดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและนักบริบาลนั้นก็ได้รับองค์ความรู้พร้อมทั้งการฝึกทักษะเฉพาะด้านให้มีความเชี่ยวชาญสามารถดูแลสุขภาพช่องปากให้กับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานอย่างมากเพราะนักบริบาลเป็น

บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกโดยผ่านเกณฑ์การพิจารณาว่ามีความเหมาะสม มีความสามารถ สมควร ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านต่าง ๆ ซึ่งเริ่มแรกได้ผ่านการอบรมหลักสูตรของกรมอนามัยแล้ว และจากการดำเนินกระบวนการวิจัย จึงได้พัฒนาศักยภาพของนักบริบาลเพิ่มเติมให้ตรงตามสภาพปัญหา การวิจัย ตรงตามบริบทสถานการณ์สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในพื้นที่ ให้นักบริบาลมีความเชี่ยวชาญเพิ่มมากขึ้น สามารถดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม “Caregiver” ตรงกับปัจจัยแห่งความสำเร็จข้อที่ 6 (Caregiver: CG)

สามารถสรุปรูปแบบใหม่การดำเนินงาน ได้ดังแผนภาพ 9 ดังนี้



จากการดำเนินงานเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน สรุปได้ว่าเป็นการปฏิบัติการวิจัยในพื้นที่เพื่อแก้ไขปัญหาและหาแนวทางในการดำเนินงานเพื่อที่จะได้รูปแบบใหม่ของการดำเนินงานดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วย 2 วงรอบการพัฒนา แต่ละวงรอบการพัฒนาได้ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ เคิร์ทเลวินในการปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ (1) วางแผนการดำเนินงาน (2) ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ

(3) สังเกตการณ์ (4) สะท้อนผลการปฏิบัติการ ประกอบด้วย 9 กิจกรรม ดังนี้ ประกอบด้วย (1) แต่งตั้งทีมวิจัยและคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (2) ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (3) นำข้อมูลจากการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานนำเข้าไปใช้ในการกำหนดรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (4) ประชุมเชิงปฏิบัติการในการจัดทำแผนการดำเนินงาน (5) คณะทำงานนำรูปแบบที่ได้ไปทดลองใช้ในพื้นที่และจัดทำบทเรียน (6) พัฒนาระบบการจัดทำข้อมูลและนำเข้าข้อมูลจากการถอดบทเรียน (7) ขยายการฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากเฉพาะด้าน (8) ส่งต่อผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและมีปัญหาสุขภาพช่องปากให้ได้รับการรักษาครบทุกรายและ (9) การกำกับติดตาม เพื่อเสริมพลังของคณะทำงาน การพัฒนาดังกล่าวทำให้ได้รูปแบบใหม่ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานจังหวัดอุบลราชธานี ชื่อว่า “DDS CG UBONRATCHATHANEE DENTAL HEALTH CARE” ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ประกอบด้วยภาคีเครือข่าย คือ ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ญาติผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน นักบริบาล (Caregiver) และทันตบุคลากร ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทำงานร่วมกันแบบมีส่วนร่วม ทำงานเชิงระบบมีแบบแผนขั้นตอน มีข้อมูล (Data) สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ที่เป็นปัจจุบัน ครอบคลุม ครบถ้วน มีการปรับระบบบริการในทุกกระดับ (Dental Service Reorient) มีระบบการส่งต่อจากนักบริบาล (Caregiver) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน เพิ่มช่องทางของการส่งข้อมูลข่าวสาร (Social 4.0) คือมี Line Application มีการพัฒนาศักยภาพและทักษะ (Skill and Potential) ให้แก่ญาติและผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานให้สามารถดูแลตนเองได้ (Self Care) มีการเยี่ยมเสริมพลัง (Strong Empowerment) ซึ่งกลุ่มผู้นำชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะเป็นฐานของชุมชนที่มีบทบาทในการเสริมการทำงานให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

#### 4.3 การเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ พฤติกรรม ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบ

ตาราง 19 จำนวนร้อยละของลักษณะประชากรจำแนกตามกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและนอกพื้นที่พัฒนารูปแบบ

กลุ่มเปรียบเทียบ	ผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบ (n=141)		ผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบ (n=104)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	32	22.7	13	12.5
หญิง	109	77.3	91	87.5
อายุ				
60-69	106	75.2	60	57.6
70-79	27	19.1	31	22.0
80-89	8	5.7	13	9.2
	ผู้สูงอายุนอกพื้นที่พัฒนารูปแบบ	Median 64.38 S.D. 5.04	Min 61	Max 83
	ผู้สูงอายุในพื้นที่พัฒนารูปแบบ	Median 65.68 S.D. 6.75	Min 60	Max 88
สถานภาพ				
โสด	3	2.1	3	2.9
คู่	111	78.7	79	76.0
หม้าย/อย่า/แยก	27	19.1	22	21.2
การศึกษา				
ประถมศึกษา	135	95.7	96	92.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	2.8	4	3.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2	1.4	3	2.9
อนุปริญญา/หรือเทียบเท่า	-	-	1	1.0
อาชีพหลัก				
รับจ้าง	1	0.7	3	2.9
ทำนา/ทำสวน/ทำไร่	125	88.7	97	93.26
ค้าขาย	15	10.6	4	3.8
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				
≤ 1,000	15	10.6	34	32.7
1,000-5,000	72	51.1	55	52.9
5,001-10,000	51	36.2	13	12.5
10,001-15,000	3	2.1	2	1.9
	ผู้สูงอายุในพื้นที่พัฒนารูปแบบ	Median 3,400.00 S.D. 3,032.80	Min 600	Max 15,000
	ผู้สูงอายุนอกพื้นที่พัฒนารูปแบบ	Median 3,700.00 S.D. 3,601.10	Min 600	Max 12,000

ตาราง 19 (ต่อ)

กลุ่มเปรียบเทียบ	ผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ พัฒนารูปแบบ (n=141)		ผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบ (n=104)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์ที่ได้รับการดูแลจากนัก บริหาร				
1-2 ปี	141	100.0	104	100.0
การรับข้อมูลข่าวสาร				
มี	141	100.0	104	100.0
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	87	61.7	71	50.4
อสม.	69	48.9	58	41.1
นักบริหาร	141	100.0	104	100.0
การใส่ฟันเทียม				
ใส่	28	19.9	21	14.9
ไม่ใส่	113	80.1	83	79.8
ผู้สูงอายุที่ดูแลเป็นผู้สูงอายุ				
ติดสังคม	121	85.8	80	76.9
ติดบ้าน	13	9.2	22	15.6
ติดเตียง	7	5.0	2	1.4

จากตาราง 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุอยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.3 มีอายุระหว่าง 60-69 ร้อยละ 75.2 มีอายุเฉลี่ย 65.68 ปี (S.D.=6.75) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78.7 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 95.7 มีอาชีพหลัก ทำนา ทำสวน ทำไร่ ร้อยละ 88.7 รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,000-5,000 บาท ร้อยละ 51.1 มีประสบการณ์ที่ได้รับการดูแลจากนักบริหาร ร้อยละ 100.0 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารจากนักบริหาร ร้อยละ 100 ไม่ใส่ฟันเทียม ร้อยละ 80.1 เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 85.8

ผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.5 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 68.8 มีอายุเฉลี่ย 64.3 ปี (S.D.= 5.04) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.0 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 92.3 มีอาชีพหลักคือ ทำนา ทำสวน ทำไร่ ร้อยละ 93.2 มีรายได้ระหว่าง 1,000-5,000 บาท ร้อยละ 52.9 มีประสบการณ์ได้รับการดูแลจากนักบริหารเป็นระยะเวลา 1-2 ปี ร้อยละ 100.0 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารจากนักบริหาร ร้อยละ 100.0 ไม่ใส่ฟันเทียม ร้อยละ 85.1 และเป็นผู้สูงอายุจัดอยู่ในกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 83.0



#### 4.3.2 ความรู้ ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและมีนักบริบาลดูแลระหว่างกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตาราง 20 ระดับความรู้ระหว่างกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการพัฒนา รูปแบบและหลังการพัฒนา รูปแบบ

ตัวแปร	ผู้สูงอายุในพื้นที่พัฒนารูปแบบ		ผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน (n=141)	ร้อยละ	จำนวน(n=104)	ร้อยละ
ก่อนพัฒนา				
รูปแบบ				
สูง	4	2.8	8	7.7
ปานกลาง	87	61.7	56	53.8
ต่ำ	50	35.5	40	38.5
หลังพัฒนารูปแบบ				
สูง	36	25.6	5	4.8
ปานกลาง	102	72.3	54	51.9
ต่ำ	3	2.1	45	43.3

จากตาราง 20 พบว่า ระดับความรู้ของผู้สูงอายุในพื้นที่พัฒนารูปแบบก่อนการพัฒนา รูปแบบส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลางและต่ำ ร้อยละ 61.7 และ 35.5 หลังการพัฒนา รูปแบบมีความรู้อยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง ร้อยละ 72.3 และ 25.6 ผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการพัฒนา รูปแบบส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ ร้อยละ 53.8 และ 38.5 หลังการพัฒนา รูปแบบมีความรู้อยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ ร้อยละ 51.9 และ 43.3

พหุ ประถมศึกษา

ตาราง 21 การเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความรู้ก่อนและหลังได้รับการพัฒนารูปแบบ  
ระหว่างกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง	N	$\bar{x}$	S.D.	Mean Diff	95%CI		p-value
					Upper	Lower	
ก่อนพัฒนารูปแบบ							
กลุ่มที่ได้รับการพัฒนารูปแบบ	141	11.51	2.41	0.29	.714	-.654	0.93
กลุ่มเปรียบเทียบ	104	11.48	2.86				
หลังพัฒนารูปแบบ							
กลุ่มที่ได้รับการพัฒนารูปแบบ	141	13.70	2.07	2.52	2.88	1.57	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	104	11.18	2.70				

จากตาราง 21 พบว่า ระดับความรู้ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการพัฒนารูปแบบ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยความรู้แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p=0.93$  โดยพบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 0.29 คะแนน (95% CI=0.65-0.71) ภายหลังจากการพัฒนารูปแบบแล้วนั้น ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยพบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 0.52 คะแนน (95% CI=1.57-2.88)

ตาราง 22 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้ ในกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบ  
ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

กลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการ พัฒนารูปแบบ	N	$\bar{x}$	S.D.	Mean diff	95%CI		p-value
					Upper	Lower	
ก่อนพัฒนารูปแบบ	141	11.51	2.41	2.10	-1.67	-2.72	<0.001
หลังพัฒนารูปแบบ	141	13.70	2.07				

จากตาราง 22 พบว่าระดับความรู้ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยคะแนนเฉลี่ยภายหลังการพัฒนารูปแบบสูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบ โดยพบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 2.1 คะแนน (95% CI=1.67-2.72)

ตาราง 23 ความรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง จำแนกราย  
ข้อคำถาม ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

ประเด็นคำถาม	ก่อนการพัฒนาแบบ				หลังการพัฒนาแบบ			
	ผู้สูงอายุที่ อยู่ในพื้นที่ พัฒนา รูปแบบ (n=141)		ผู้สูงอายุ กลุ่ม เปรียบเทียบ (n=104)		ผู้สูงอายุที่ อยู่ในพื้นที่ พัฒนา รูปแบบ (n=141)		ผู้สูงอายุ กลุ่ม เปรียบเทียบ (n=104)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ด้านการทำความสะอาด</b>								
1. การแปรงฟันที่ถูวิธี คือ ใช้แปรงถูไป-มา แรงๆ ตามแนวนอนของฟัน	49	34.8	36	34.5	61	43.3	51	54.8
2. แปรงสีฟันที่ดีต้องมีลักษณะ ด้ามแปรง ตรงขนแปรงไม่นุ่มหรือแข็งเกินไป	82	58.2	65	62.5	92	65.2	53	50.9
3. ในการแปรงฟันทุกครั้งไม่จำเป็นต้องแปรงลิ้น	92	65.2	53	50.9	111	78.7	63	60.5
4. ยาสีฟันมีส่วนผสมของฟลูออไรด์ช่วยป้องกัน ฟันผุ	106	75.2	63	60.0	126	89.4	75	72.1
5. การใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดซอกฟัน ช่วยให้ฟันสะอาด	103	73.0	69	63.3	119	84.4	69	66.3
6. ผู้สูงอายุที่มีฟันเทียมทั้งปากควรบ้วนปาก ทำความสะอาดตอนตื่นนอนตอนเช้าหลัง รับประทานอาหารและก่อนนอน	88	62.4	61	58.6	117	83.0	71	68.2
7. ผู้สูงอายุที่มีฟันเทียมทั้งปากควรถอดฟัน เทียมแช่น้ำตอนกลางคืน	70	49.6	42	40.3	92	65.2	62	59.6
8. ผู้สูงอายุที่มีฟันแท้อย่างเดียวควร แปรงฟันทำความสะอาดช่องปากในตอน เช้าหลังอาหารกลางวันและก่อนนอน	88	62.4	63	60.5	118	83.7	74	71.1
<b>ด้านภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก</b>								
9. การสูบบุหรี่ทำให้มีกลิ่นปากมีโอกาสเกิด โรคเหงือกอักเสบได้ง่ายกว่าคนไม่สูบบุหรี่	100	70.9	88	84.6	113	94.3	80	76.9
10. อาหารที่มีลักษณะเหนียว ติดฟันจะทำ ให้เกิดโรคฟันผุ เช่น ลูกอม กาละแม หมากฝรั่ง	89	63.1	67	64.4	125	88.7	96	92.3
11. การรับประทานอาหารระหว่างมือ การกินจุบจิบ ก่อให้เกิดฟันผุได้ง่าย	88	62.4	84	80.8	140	99.3	88	84.6

ตาราง 23 (ต่อ)

ประเด็นคำถาม	ก่อนการพัฒนารูปแบบ				หลังการพัฒนาแบบ			
	ผู้สูงอายุที่ อยู่ในพื้นที่ พัฒนา รูปแบบ (n=141)		ผู้สูงอายุ กลุ่ม เปรียบเทียบ (n=104)		ผู้สูงอายุที่ อยู่ในพื้นที่ พัฒนา รูปแบบ (n=141)		ผู้สูงอายุ กลุ่ม เปรียบเทียบ (n=104)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
12. หินปูนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเหงือก อักเสบ	80	56.7	69	63.3	136	96.5	101	97.1
13. ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดแผลใน ช่องปากได้มากกว่าคนทั่วไป	85	60.3	73	70.1	116	82.3	94	90.4
14. ผู้ป่วยเบาหวานต้องตรวจระดับน้ำตาล ในเลือดก่อนทำการถอนฟัน	91	64.5	95	91.3	129	91.5	101	97.1
<b>ด้านการประเมินสถานะสุขภาพช่องปาก</b>								
15. เมื่อพบว่าเหงือกของเราบวมแดงหรือมี เลือดออก สามารถรักษาเองได้ ไม่ จำเป็นต้องไปพบทันตแพทย์	111	78.7	84	80.0	132	93.6	89	85.6
16. ควรไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจฟัน อย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง	97	68.8	61	58.7	129	91.5	83	79.8
17. การตรวจสุขภาพฟันด้วยตัวเองสามารถ ป้องกันโรคฟันผุได้	105	74.5	46	44.2	114	80.9	78	75.0
18. เมื่อพบว่าฟันผุและมีอาการปวด ควรไปพบ ทันตแพทย์เพื่อทำการ ถอนฟันทันที	97	68.8	70	67.3	123	87.2	92	88.5

จากตาราง 23 พบว่า ความรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ในพื้นที่พัฒนาแบบ ก่อนการพัฒนาแบบ ส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่อง เมื่อพบว่าเหงือกบวมแดงหรือมีเลือดออกไม่สามารถรักษาเองได้จำเป็นต้องไปพบทันตแพทย์ ร้อยละ 78.7 รองลงมาคือการเลือกใช้อายาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ช่วยป้องกันฟันผุ ร้อยละ 75.2 และข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือ การแปรงฟันที่ถูกวิธีคือการถูไป-มาแรง ๆ ร้อยละ 34.8 ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่อง ผู้ป่วยเบาหวานต้องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนทำการถอนฟัน ร้อยละ 91.3 รองลงมา คือการสูบบุหรี่ทำให้มีกลิ่นปากมีโอกาสเกิดโรคเหงือกอักเสบได้ง่ายกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 84.6 และข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือ การแปรงฟันที่ถูกวิธีคือการถูไป-มาแรง ๆ ร้อยละ 34.5

ส่วนหลังการพัฒนาแบบ พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่พัฒนาแบบมีความรู้ในเรื่องการใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ ร้อยละ 89.4 การใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดซอกฟันทำให้ฟันสะอาด ร้อยละ 84.4 และตอบถูกน้อยที่สุดคือ การแปรงฟันที่ถูกวิธีคือการถูไป-มาแรง ๆ ร้อยละ 43.3 ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่องการสูบบุหรี่ทำให้มีกลิ่นปากมีโอกาสเกิดโรคเหงือกอักเสบได้ง่ายกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 80.8 รองลงมาคือ การใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ช่วยป้องกันฟันผุ ร้อยละ 72.1 และข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือ การตรวจสุขภาพฟันด้วยตนเองสามารถป้องกันโรคฟันผุได้ ร้อยละ 44.2

4.3.3 ทักษะของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและมินกับริบาดูแลระหว่างกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนาแบบและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตาราง 24 ระดับทัศนคติระหว่างกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนาแบบและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการพัฒนาแบบและหลังการพัฒนาแบบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน(n=141)	ร้อยละ	จำนวน(n=104)	ร้อยละ
ก่อนพัฒนาแบบ				
สูง	11	7.8	33	31.7
ปานกลาง	109	77.3	54	51.9
ต่ำ	21	14.9	17	16.3
หลังพัฒนาแบบ				
สูง	40	28.4	11	10.5
ปานกลาง	111	71.6	81	89.4
ต่ำ	-	-	12	11.5

จากตาราง 24 พบว่า ระดับทัศนคติของผู้สูงอายุในพื้นที่พัฒนาแบบก่อนการพัฒนาแบบส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลางและต่ำ ร้อยละ 77.3 และ 14.9 หลังการพัฒนาแบบมีความรู้ในระดับปานกลางและระดับสูง ร้อยละ 71.6 และ 28.4 ผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการพัฒนาแบบส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลางและระดับสูง ร้อยละ 51.9 และ 31.7 หลังการพัฒนาแบบมีความรู้ในระดับปานกลางและระดับต่ำ ร้อยละ 89.4 และ 11.5

ตาราง 25 การเปรียบเทียบความแตกต่างระดับทัศนคติก่อนและหลังได้รับการพัฒนารูปแบบ  
ระหว่างกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง	N	$\bar{x}$	S.D.	Mean Diff	95%CI		p-value
					upper	Lower	
ก่อนพัฒนารูปแบบ							
กลุ่มที่ได้รับการพัฒนารูปแบบ	141	19.65	3.12	0.52	1.51	-.469	0.27
กลุ่มเปรียบเทียบ	104	19.13	4.38				
หลังพัฒนารูปแบบ							
กลุ่มที่ได้รับการพัฒนารูปแบบ	141	22.20	3.20	2.26	3.06	1.45	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	104	19.94	3.11				

จากตาราง 25 พบว่า ระดับทัศนคติของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการพัฒนารูปแบบ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p=0.27$  โดยพบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 0.52 คะแนน (95% CI=0.46-1.51) ภายหลังจากการพัฒนารูปแบบแล้วนั้น ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยพบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 2.26 คะแนน (95% CI=1.45-3.06)

ตาราง 26 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับทัศนคติในกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบก่อน  
และหลังการพัฒนารูปแบบ

กลุ่มที่ได้รับการจัดการ พัฒนารูปแบบ	N	$\bar{x}$	S.D.	Mean diff	95%CI		p-value
					Upper	Lower	
ก่อนพัฒนารูปแบบ	141	19.65	3.12	2.54	-1.80	3.28	<0.001
หลังพัฒนารูปแบบ	141	22.20	3.20				

จากตาราง 26 พบว่า ระดับทัศนคติของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยคะแนนเฉลี่ยภายหลังการพัฒนารูปแบบสูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบ พบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 2.54 คะแนน (95% CI=1.80-3.28)

ตาราง 27 คะแนนเฉลี่ยทัศนคติของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองรายชื่อคำถามก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

ประเด็นคำถาม	ก่อนการพัฒนาในรูปแบบ			หลังการพัฒนาในรูปแบบ		
	ผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบ (n=141)	ผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่เปรียบเทียบ (n=104)	ระดับทัศนคติ	ผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบ (n=141)	ผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่เปรียบเทียบ (n=104)	ระดับทัศนคติ
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับทัศนคติ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับทัศนคติ
<b>ด้านการปรับปรุงฟัน</b>						
1. ท่านเชื่อว่าการแปรงฟันแรงๆ จะสะอาดมากกว่าแปรงเบาๆ	2.02	0.73	ปานกลาง	1.76	0.81	ปานกลาง
2. ท่านเชื่อว่าการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง จะช่วยป้องกันโรคเหงือกอักเสบ	2.09	0.78	ปานกลาง	1.90	0.83	ปานกลาง
3. ท่านเชื่อว่าการใช้ไหมขัดฟันเป็นประจำจะสามารรถทำความสะอาดฟันได้สะอาดขึ้น	2.08	0.77	ปานกลาง	1.96	0.77	ปานกลาง
4. ท่านเชื่อว่าการแปรงฟันมากกว่าวันละ 2 ครั้งทำให้เกิดฟันสึกได้	1.73	0.81	ปานกลาง	1.92	0.85	ปานกลาง
<b>ด้านการรับประทานอาหาร/บุหรื/หมาก</b>						
5. ท่านเชื่อว่าการรับประทานอาหารประเภทแป้ง และน้ำตาล เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคเหงือกอักเสบ	1.97	0.82	ปานกลาง	1.91	0.86	ปานกลาง
				2.34	0.77	มาก
				1.75	0.54	ปานกลาง
				2.14	0.71	ปานกลาง

ตาราง 27 (ต่อ)

ประเด็นคำถาม	ก่อนการพัฒนารูปแบบ		หลังการพัฒนารูปแบบ	
	ผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่พัฒนาแบบ (n=141)	ผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบบ (n=104)	ผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่พัฒนาแบบ (n=141)	ผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบบ (n=104)
6. ท่านเชื่อว่าการเคียวหมากทำให้ฟันแข็งแรงขึ้น	1.80	0.74 ปานกลาง	1.95	0.84 ปานกลาง
7. ท่านเชื่อว่าการกินอาหารระหว่างมื้อกินจุบจิบ ทำให้เกิดฟันผุได้ง่าย	2.08	0.56 ปานกลาง	1.85	0.61 ปานกลาง
8. ท่านเชื่อว่าการสูบบุหรี่ทำให้เกิดคราบหินปูน	1.90	0.69 ปานกลาง	1.87	0.71 ปานกลาง
<b>ด้านการตรวจสุขภาพช่องปาก</b>				
9. ท่านเชื่อว่าการตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตแพทย์ทุก 6 เดือน จะทำให้สุขภาพช่องปากดีขึ้นได้	2.02	0.69 ปานกลาง	1.94	0.68 ปานกลาง
10. ท่านเชื่อว่าการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเองจะทำให้มีสุขภาพช่องปากดีขึ้นได้	1.91	0.88 ปานกลาง	2.03	0.84 ปานกลาง



จากตาราง 27 พบว่า ทศคนคือผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบ ก่อนการพัฒนารูปแบบ มีทศคนคืออยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าข้ออื่น ๆ เล็กน้อย คือ เชื่อว่าการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งจะช่วยป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ( $\bar{x} = 2.09$ , S.D. = 0.78) ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบมีทศคนคืออยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ และมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าข้ออื่น ๆ เล็กน้อยคือ เชื่อว่าการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเองจะทำให้มีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น ( $\bar{x} = 2.03$ , S.D. = 0.84)

ส่วนหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า ทศคนคือผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบ มีทศคนคืออยู่ในระดับมากและระดับปานกลาง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าข้ออื่น คือ เชื่อว่าการกินอาหารระหว่างมื้อกินจุบจิบ ทำให้เกิดฟันผุได้ง่าย ( $\bar{x} = 2.40$ , S.D. = 0.72) รองลงมาคือเชื่อว่าการรับประทานอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคเหงือกอักเสบและเชื่อว่าการสูบบุหรี่ทำให้เกิดคราบหินปูน ( $\bar{x} = 2.34$ , S.D. = 0.72) ส่วนข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าข้ออื่น ๆ เล็กน้อยคือ เชื่อว่าแปรงสีฟันที่มีขนแปรงแข็งจะสามารถทำความสะอาดฟันได้สะอาดมากขึ้น ( $\bar{x} = 1.75$ , S.D. = 0.52) ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบมีทศคนคืออยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ และมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าข้ออื่น ๆ เล็กน้อยคือ เชื่อว่าการสูบบุหรี่ทำให้เกิดคราบหินปูน ( $\bar{x} = 2.21$ , S.D. = 0.64) และข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าข้ออื่นเล็กน้อยคือ เชื่อว่าการแปรงฟันมากกว่าวันละ 2 ครั้งจะทำให้ฟันสึกได้ ( $\bar{x} = 1.751$ , S.D. = 0.54)

4.3.4 พฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและมีนักบริบาลดูแลระหว่างกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตาราง 28 ระดับพฤติกรรมระหว่างกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการพัฒนารูปแบบและหลังการพัฒนารูปแบบ

ตัวแปร	ผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบ		ผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน (n=141)	ร้อยละ	จำนวน (n=104)	ร้อยละ
ก่อนพัฒนารูปแบบ				
สูง	24	17.0	14	3.8
ปานกลาง	113	80.1	86	82.7
ต่ำ	4	2.8	4	13.5

ตาราง 28 (ต่อ)

ตัวแปร	ผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบ		ผู้สูงอายุ กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน (n=141)	ร้อยละ	จำนวน (n=104)	ร้อยละ
หลังพัฒนารูปแบบ				
สูง	53	37.6	13	12.5
ปานกลาง	86	61.0	87	83.7
ต่ำ	2	1.4	4	3.8

จากตาราง 28 พบว่า ระดับพฤติกรรมของผู้สูงอายุในพื้นที่พัฒนารูปแบบก่อนการพัฒนา  
รูปแบบส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง ร้อยละ 80.1 และ 17.0 หลังการพัฒนา  
รูปแบบมีความรู้อยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง ร้อยละ 61.0 และ 37.6 ผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบ  
ก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ ร้อยละ 82.7 และ 13.5  
หลังการพัฒนาส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง ร้อยละ 83.7 และ 12.5

ตาราง 29 การเปรียบเทียบความแตกต่างระดับพฤติกรรมก่อนและหลังได้รับการพัฒนารูปแบบ  
ระหว่างกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง	N	$\bar{x}$	S.D.	Mean Diff	95%CI		p-value
					Upper	Lower	
ก่อนพัฒนารูปแบบ							
กลุ่มที่ได้รับการพัฒนารูปแบบ	141	33.76	4.10	0.53	1.64	-0.56	0.33
กลุ่มเปรียบเทียบ	104	33.23	4.49				
หลังพัฒนารูปแบบ							
กลุ่มที่ได้รับการพัฒนารูปแบบ	141	36.11	4.15	3.07	4.14	2.00	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	104	33.03	4.24				

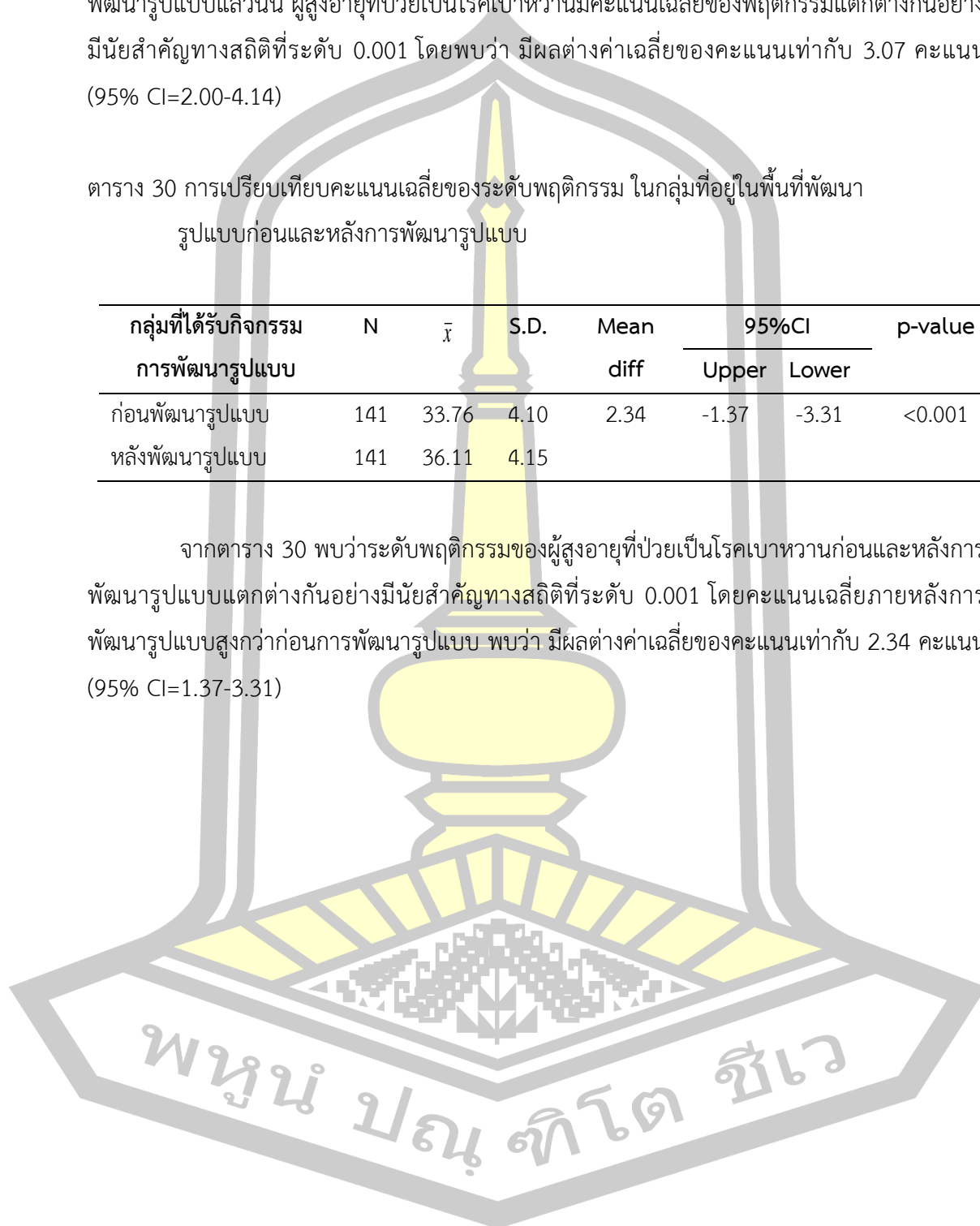
จากตาราง 29 พบว่า ระดับพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มที่  
อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการพัฒนา รูปแบบ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น  
โรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p=0.33$

โดยพบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 0.53 คะแนน (95% CI=0.56-1.64) ภายหลังจากการพัฒนา  
 พัฒนารูปแบบแล้วนั้น ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมแตกต่างกันอย่าง  
 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยพบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 3.07 คะแนน  
 (95% CI=2.00-4.14)

ตาราง 30 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับพฤติกรรม ในกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนา  
 รูปแบบก่อนและหลังการพัฒนา

กลุ่มที่ได้รับกิจกรรม การพัฒนา	N	$\bar{x}$	S.D.	Mean diff	95%CI		p-value
					Upper	Lower	
ก่อนพัฒนารูปแบบ	141	33.76	4.10	2.34	-1.37	-3.31	<0.001
หลังพัฒนารูปแบบ	141	36.11	4.15				

จากตาราง 30 พบว่าระดับพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานก่อนและหลังการ  
 พัฒนารูปแบบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยคะแนนเฉลี่ยภายหลังการ  
 พัฒนารูปแบบสูงกว่าก่อนการพัฒนา พบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 2.34 คะแนน  
 (95% CI=1.37-3.31)



ตาราง 31 พฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองจำแนกรายข้อคำถามก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

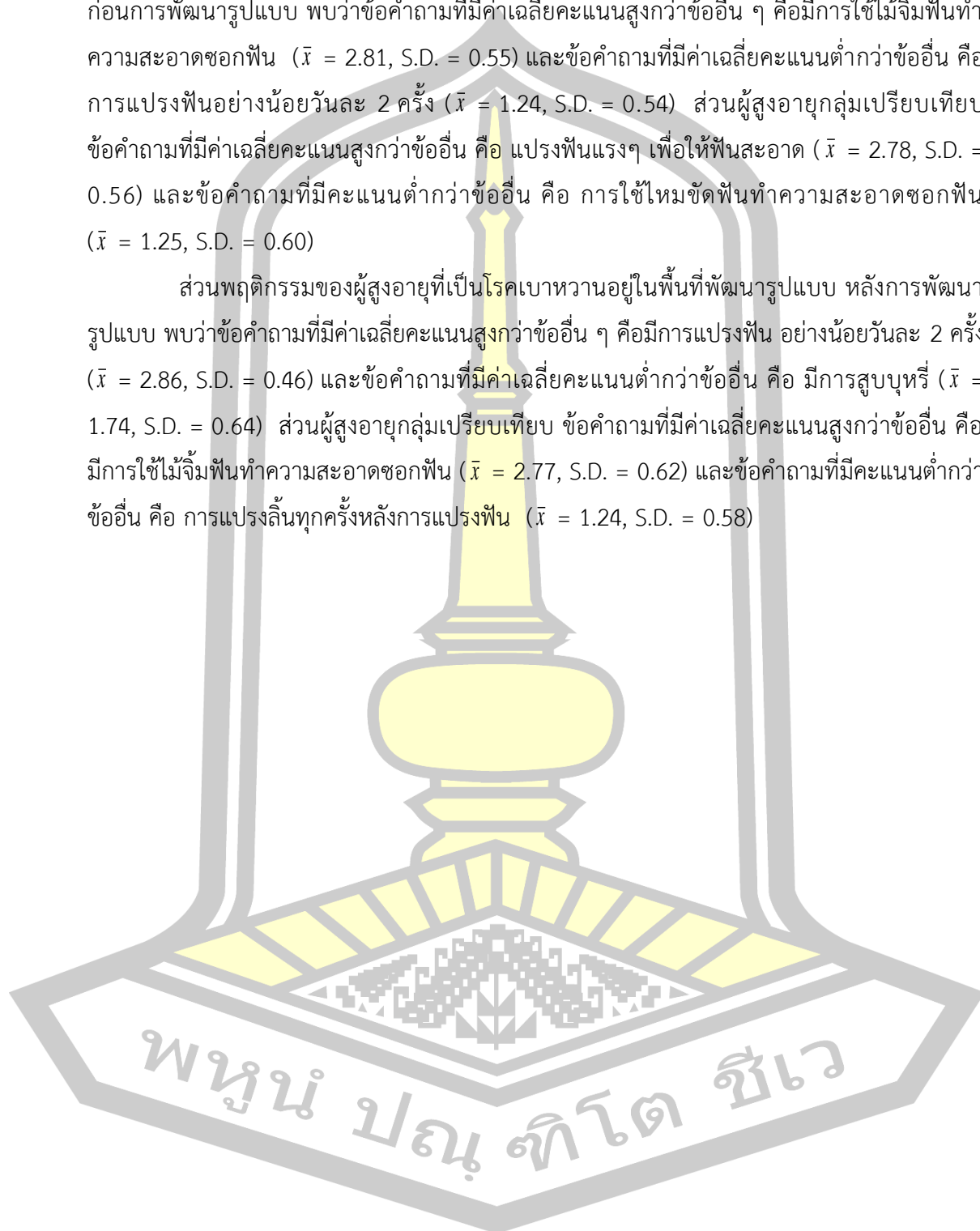
ประเด็นคำถาม	ก่อนการพัฒนารูปแบบ				หลังการพัฒนารูปแบบ							
	ผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบ (n=141)		ผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบ (n=104)		ผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่พัฒนา (n=141)		ผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบ (n=104)					
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม	$\bar{x}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม	$\bar{x}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม			
<b>ด้านการดูแลสุขภาพสะอาด</b>												
1. ท่านใช้ไหมจิ้มฟันทำความสะอาดซอกฟัน	2.81	0.55	สูง	1.91	0.73	ปานกลาง	1.95	0.64	ปานกลาง	2.77	0.62	สูง
2. ท่านแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	1.24	0.54	ต่ำ	1.34	0.58	ต่ำ	2.86	0.46	สูง	1.34	0.58	ต่ำ
3. ท่านใช้เวลาแปรงฟันอย่างน้อย 2-3 นาที	1.75	0.71	ปานกลาง	1.64	0.73	ปานกลาง	2.55	0.79	สูง	1.64	0.73	ต่ำ
4. ท่านใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดซอกฟันหลังแปรงฟัน	2.04	0.80	ปานกลาง	1.25	0.60	ต่ำ	2.80	0.46	สูง	2.10	0.81	ปานกลาง
5. ท่านแปรงฟันแรงๆ เพื่อให้ฟันสะอาด	2.79	0.50	สูง	2.78	0.56	สูง	2.12	0.77	ปานกลาง	2.69	0.68	สูง
6. ท่านใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์	1.49	0.60	ต่ำ	2.77	0.62	สูง	2.63	0.63	สูง	1.98	0.82	ต่ำ
7. ท่านแปรงลิ้นทุกครั้งหลังแปรงฟัน	2.05	0.78	ปานกลาง	1.99	0.83	ปานกลาง	2.55	0.56	สูง	1.24	0.58	ปานกลาง





จากตาราง 31 พบว่า พฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบ ก่อนการพัฒนารูปแบบ พบว่าข้อความที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าข้ออื่น ๆ คือมีการใช้ไม้จิ้มฟันทำความสะอาดซอกฟัน ( $\bar{x} = 2.81$ , S.D. = 0.55) และข้อความที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำกว่าข้ออื่น คือ การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ( $\bar{x} = 1.24$ , S.D. = 0.54) ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบ ข้อความที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าข้ออื่น คือ แปรงฟันแรงๆ เพื่อให้ฟันสะอาด ( $\bar{x} = 2.78$ , S.D. = 0.56) และข้อความที่มีคะแนนต่ำกว่าข้ออื่น คือ การใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดซอกฟัน ( $\bar{x} = 1.25$ , S.D. = 0.60)

ส่วนพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบ หลังการพัฒนารูปแบบ พบว่าข้อความที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าข้ออื่น ๆ คือมีการแปรงฟัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ( $\bar{x} = 2.86$ , S.D. = 0.46) และข้อความที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำกว่าข้ออื่น คือ มีการสูบบุหรี่ ( $\bar{x} = 1.74$ , S.D. = 0.64) ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบ ข้อความที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าข้ออื่น คือ มีการใช้ไม้จิ้มฟันทำความสะอาดซอกฟัน ( $\bar{x} = 2.77$ , S.D. = 0.62) และข้อความที่มีคะแนนต่ำกว่าข้ออื่น คือ การแปรงลิ้นทุกครั้งหลังการแปรงฟัน ( $\bar{x} = 1.24$ , S.D. = 0.58)



#### 4.4 การเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ของนักบริหารต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

4.4.1 จำนวน ร้อยละของลักษณะประชากร จำแนกตามกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนาารูปแบบ  
และกลุ่มเปรียบเทียบ

ตาราง 32 ลักษณะทางประชากรของนักบริหาร เกี่ยวกับการสำรวจความรู้ ทักษะ พฤติกรรมของ  
บริหารต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จังหวัด  
อุบลราชธานี

คุณลักษณะทางประชากร	นักบริหาร อยู่ในพื้นที่พัฒนาารูปแบบ (n=141)		นักบริหาร กลุ่มเปรียบเทียบ (n=104)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	29	20.60	21	20.20
หญิง	112	79.40	83	79.80
อายุ				
20-30	19	13.50	19	18.27
31-40	118	83.70	71	68.27
41-50	4	2.80	14	13.46
นักบริหารที่ไม่อยู่ในพื้นที่พัฒนาารูปแบบ	Median 40.16	S.D. 8.83	Min 23	Max= 52
นักบริหารที่อยู่ในพื้นที่พัฒนาารูปแบบ	Median 38.92	S.D. 7.77	Min 24	Max= 54
สถานภาพสมรส				
โสด	13	9.22	8	7.70
คู่	113	80.14	90	86.50
หม้าย/หย่า/แยก	15	10.64	6	5.80
การศึกษา				
ประถมศึกษา	37	36.88	38	36.54
มัธยมศึกษาตอนต้น	39	27.66	33	31.73
มัธยมศึกษาตอนปลาย	52	26.24	25	24.04
อนุปริญญา/เทียบเท่าปริญญาตรี	8	5.67	4	3.85



ตาราง 32 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	นักบริหาร อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบ (n=141)		นักบริหาร กลุ่มเปรียบเทียบ (n=104)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพหลัก				
รับจ้าง	21	17.73	9	8.65
ทำนา/ทำสวน/ทำไร่	97	68.79	86	82.70
ค้าขาย	19	13.48	9	8.65
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				
≤ 1,000	4	2.84	19	18.27
1,000-5,000	67	26.24	14	13.46
5,001-10,000	37	47.52	45	43.27
10,000-15,000	30	21.28	18	17.31
สูงกว่า 15,000	3	2.13	8	7.69
นักบริหารที่ไม่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบ Median=5,000.00,S.D.= 4,930.43, Min= 2000, Max=10,000 87				
นักบริหารกลุ่มเปรียบเทียบ Median=5,000.00, S.D.= 5,326.03, Min= 600, Max=30,000 87				
ประสบการณ์ในการเป็นนักบริหาร	141	100.0	104	100.0
1-2 ปี				
การรับข้อมูลข่าวสาร				
ไม่มี	10	7.09	17	16.35
มี	131	92.91	87	83.65
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	125	88.65	65	62.50
อสม.	64	45.39	29	27.88
วิทยุโทรทัศน์	7	4.96	4	3.80
สื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ	21	14.89	28	26.92

ตาราง 32 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	นักบริบาล อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบ (n=141)		นักบริบาล กลุ่มเปรียบเทียบ (n=104)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	ผู้สูงอายุที่ดูแลเป็นผู้สูงอายุจัดอยู่ในกลุ่ม			
ติดสังคม	114	80.85	91	87.50
ติดบ้าน	23	16.31	11	10.5
ติดเตียง	4	2.84	2	1.92

จากตาราง 32 ลักษณะทางประชากรของนักบริบาลเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ ทักษะ พฤติกรรมของนักบริบาลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า นักบริบาลที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.40 มีอายุ ระหว่าง 31-40 ปี มีอายุเฉลี่ย 38.92 ปี (S.D.=7.77) ร้อยละ 83.70 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.14 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 36.88 ประกอบอาชีพทำนา/ทำสวน/ทำไร่ ร้อยละ 68.79 รายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 47.52 มีรายได้เฉลี่ย 5,000 บาท (S.D.=4,930.43) ประสบการณ์ทำงานเป็นนักบริบาลอยู่ระหว่าง 1-2 ปี ร้อยละ 100.0 ได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 88.65 ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 80.85

นักบริบาลกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.80 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 68.27 อายุเฉลี่ย 40.16 ปี (S.D.=8.83) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 86.50 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 36.54 มีอาชีพ ทำนา/ทำสวน/ทำไร่ ร้อยละ 82.70 มีรายได้ต่อเดือน ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 43.27 มีรายได้เฉลี่ย 5,000 บาท (S.D.=5,326.43) มีประสบการณ์ในการเป็นนักบริบาล อยู่ระหว่าง 1-2 ปี ร้อยละ 100.0 มีการรับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 62.50 และดูแลผู้สูงอายุติดสังคมเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 87.50

4.4.2 ความรู้ของนักบริบาลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตาราง 33 ระดับความรู้ของนักบริหารต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	นักบริหารที่ไม่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบ (n=141)		นักบริหารกลุ่มเปรียบเทียบ (n=104)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนพัฒนารูปแบบ				
สูง	75	53.2	59	56.7
ปานกลาง	66	46.8	44	42.3
ต่ำ	-	-	1	1.0
หลังพัฒนารูปแบบ				
สูง	108	76.6	61	58.7
ปานกลาง	33	23.4	42	41.3
ต่ำ	-	-	1	1

จากตาราง 33 พบว่า ระดับความรู้ของนักบริหารในพื้นที่พัฒนารูปแบบก่อนการพัฒนา รูปแบบส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูงและระดับปานกลาง ร้อยละ 53.2 และ 46.9 หลังการพัฒนา รูปแบบมีความรู้อยู่ในระดับสูงและระดับปานกลาง ร้อยละ 76.6 และ 23.4 ผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการพัฒนา รูปแบบส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูงและระดับปานกลาง ร้อยละ 56.7 และ 42.3 หลังการพัฒนา รูปแบบมีความรู้อยู่ในระดับสูงและระดับปานกลาง ร้อยละ 58.7 และ 41.3

ตาราง 34 การเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความรู้ก่อนและหลังได้รับการพัฒนารูปแบบ ระหว่างนักบริหารกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง	N	$\bar{x}$	S.D.	Mean	95%CI		p-value
					Diff	Upper Lower	
ก่อนพัฒนารูปแบบ							
กลุ่มที่ได้รับการพัฒนารูปแบบ	141	15.37	1.77	0.05	0.41	-0.52	0.81
กลุ่มเปรียบเทียบ	104	15.43	1.96				
หลังพัฒนารูปแบบ							
กลุ่มที่ได้รับการพัฒนารูปแบบ	141	16.21	1.19	0.63	1.02	0.24	0.01
กลุ่มเปรียบเทียบ	104	15.57	1.87				

จากตาราง 34 พบว่า ระดับความรู้ของนักบริบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มนักบริบาลที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบโดยก่อนการพัฒนารูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p=0.81$  โดยพบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 0.05 คะแนน (95% CI=0.41-0.52) ภายหลังจากการพัฒนารูปแบบแล้วนั้น มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยพบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 0.63 คะแนน (95% CI=0.24-1.02)

ตาราง 35 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้ ในกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

กลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพัฒนารูปแบบ	N	$\bar{x}$	S.D.	Mean diff	95%CI		p-value
					Upper	Lower	
ก่อนพัฒนารูปแบบ	141	15.37	1.77	0.83	-0.48	-1.19	<0.001
หลังพัฒนารูปแบบ	141	16.21	1.19				

จากตาราง 35 พบว่าระดับความรู้ของนักบริบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยคะแนนเฉลี่ยภายหลังจากการพัฒนารูปแบบสูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบ โดยพบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 0.83 คะแนน (95% CI=0.48-1.19)

พหุ ประถมศึกษา

ตาราง 36 ความรู้ของนักบริบาลต่อการศึกษาและสุขภาพของปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบ

ประเด็นคำถาม	ก่อนการพัฒนารูปแบบ				หลังการพัฒนารูปแบบ			
	นักบริบาลที่อยู่ในพื้นที่พัฒนาแบบ		นักบริบาลที่เปรียบเทียบกับพื้นที่พัฒนาแบบ		นักบริบาลที่อยู่ในพื้นที่พัฒนาแบบ		นักบริบาลที่เปรียบเทียบกับพื้นที่พัฒนาแบบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(n=141)	(n=104)	(n=141)	(n=104)	(n=141)	(n=104)	(n=141)	(n=104)
<b>ด้านการทำความเข้าใจ</b>								
1. การแปรผันที่กฎวิธี คือ ใช้แปรผันไป-มาแรงๆ ตามแนวโน้มของฟัน	114	80.9	82	78.8	117	83.0	82	78.8
2. แปรสัณฐานที่ตัดต้องมีลักษณะ ตัดแบบตรงตรงชนแปรงไม่มุมหรือเฉียงเกินไป	122	86.5	94	90.4	126	89.4	94	90.0
3. ในกาแปรผันฟันทุกครั้งไม่จำเป็นต้องแปรงเสร็จ	113	80.1	91	87.5	123	87.2	91	87.5
4. ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ช่วยป้องกันฟันผุ	117	80.3	94	90.4	124	89.7	94	90.4
5. การใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดช่องฟันช่วยเฝ้าฟันสะอาด	132	93.6	102	98.1	136	96.5	102	98.1
6. ผู้สูงอายุที่ฟันเทียมทั้งปากควรบ้วนปากทำความสะอาดตอนตื่นนอนตอนเช้าหลังรับประทานอาหารและก่อนนอน	129	91.5	89	85.6	131	92.9	90	86.5

ตาราง 36 (ต่อ)

ประเด็นคำถาม	ก่อนการพัฒนาารูปแบบ				หลังการพัฒนาารูปแบบ			
	นักบริบาลที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบ		นักบริบาลกลุ่มเปรียบเทียบ		นักบริบาลที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบ		นักบริบาลกลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(n=141)	(n=104)	(n=141)	(n=104)				
7. ผู้สูงอายุที่มีฟันเทียมทั้งปากควรถอดฟันเทียมแช่น้ำตอนกลางคืน	121	85.8	89	85.6	125	88.7	91	87.5
8. ผู้สูงอายุที่มีฟันเทียมอย่างเดียวควรแปรงฟันทำความสะอาดช่องปากในตอนเช้าหลังอาหารเช้ากลางวันและก่อนนอน	118	83.7	89	85.6	127	90.1	91	87.5
<b>ด้านภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก</b>								
9. การสูบบุหรี่ทำให้มีกลิ่นปากมีโอกาสเกิดโรคเหงือกอักเสบได้ง่ายกว่าคนไม่สูบบุหรี่	78	75.0	132	93.6	113	94.3	80	76.9
10. อาหารที่มีลักษณะเหนียว ดัดฟันจะทำให้เกิดโรคฟันผุ เช่น ลูกอม กากและนม หมากฝรั่ง	95	91.3	121	85.8	125	88.7	96	92.3
11. การรับประทานอาหารระหว่างมื้อการกินจุบจิบก่อให้เกิดฟันผุได้ง่าย	83	79.8	130	92.2	140	99.3	88	84.6

ตาราง 36 (ต่อ)

ประเด็นคำถาม	ก่อนการพัฒนารูปแบบ				หลังการพัฒนารูปแบบ			
	นักบริบาลที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบ		นักบริบาลที่อยู่นอกพื้นที่พัฒนารูปแบบ		นักบริบาลที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบ		นักบริบาลที่อยู่นอกพื้นที่พัฒนารูปแบบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
12. ทินปุ่นเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเหงือกอักเสบ	100	96.2	131	92.9	136	96.5	101	97.1
13. ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดแผลในช่องปากได้มากกว่าคนทั่วไป	93	89.4	112	79.4	116	82.3	94	90.4
14. ผู้ป่วยเบาหวานต้องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนนอนทุกวัน	125	88.7	102	98.1	129	91.5	101	97.1
<b>ด้านการประเมินสถานะสุขภาพช่องปาก</b>								
15. เมื่อพบว่าเหงือกของเราบวมแดงหรือมีเลือดออกสามารถรักษาเองได้ไม่จำเป็นต้องไปพบทันตแพทย์	115	81.6	83	79.8	132	93.6	89	85.6
16. ควรไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจฟันอย่างน้อยปีละ2 ครั้ง	105	74.5	77	74.0	129	91.5	83	79.8
17. การตรวจสุขภาพฟันด้วยตัวเองสามารถป้องกันโรคฟันผุได้	122	86.5	75	72.1	114	80.9	78	75.0
18. เมื่อพบว่าฟันผุและมีการปวด ควรไปพบทันตแพทย์เพื่อทำการถอนฟันทันที	109	77.3	89	85.6	123	87.2	92	88.5

จากตาราง 36 พบว่า ความรู้ของนักบริบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบก่อนการพัฒนารูปแบบ พบว่าข้อคำถามที่มีคะแนนสูงกว่าข้ออื่น ๆ การใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดซอกฟันทำให้ฟันสะอาดร้อยละ 93.6 และข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำกว่าข้ออื่น คือ การควรไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจฟันอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ร้อยละ 74.5 ส่วนนักบริบาลกลุ่มเปรียบเทียบ ข้อคำถามที่มีคะแนนสูงกว่าข้ออื่น คือ การใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดซอกฟันช่วยให้ฟันสะอาดและผู้ป่วยเบาหวานต้องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนทำการถอนฟัน ร้อยละ 98.1 และข้อคำถามที่มีการตอบถูกน้อยกว่าข้ออื่นคือ การตรวจสุขภาพฟันด้วยตนเองสามารถป้องกันฟันผุได้ร้อยละ 72.1

ส่วนความรู้ของนักบริบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบหลังการพัฒนารูปแบบ กลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบ พบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนนสูงกว่าข้ออื่น คือ การรับประทานอาหารจืดจางทำให้เกิดฟันผุได้ง่าย ร้อยละ 99.3 และข้อคำถามที่มีคะแนนน้อยกว่าข้ออื่น คือ การตรวจสุขภาพฟันด้วยตนเองสามารถป้องกันโรคฟันผุได้ ร้อยละ 80.9 ส่วนนักบริบาลกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าข้ออื่น ๆ คือ การใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดซอกฟันช่วยป้องกันฟันผุได้ ร้อยละ 98.1 และข้อคำถามที่มีคะแนนน้อยกว่าข้ออื่น คือ การตรวจสุขภาพฟันด้วยตนเองสามารถป้องกันโรคฟันผุได้ ร้อยละ 75.0

4.4.3 ทศนคติของนักบริบาลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตาราง 37 ระดับทัศนคติของนักบริบาลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุนระหว่างกลุ่ม

นักบริบาลที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการพัฒนารูปแบบและหลังการพัฒนารูปแบบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน (n=141)	ร้อยละ	จำนวน (n=104)	ร้อยละ
ก่อนพัฒนารูปแบบ				
สูง	10	7.1	2	1.92
ปานกลาง	105	74.5	102	72.3
ต่ำ	26	18.4	37	26.2
หลังพัฒนารูปแบบ				
สูง	24	16.9	-	-
ปานกลาง	100	70.4	85	81.7
ต่ำ	18	12.7	19	18.2



จากตาราง 37 พบว่า ระดับทัศนคติของนักบริบาลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานของกลุ่มนักบริบาลในพื้นที่พัฒนารูปแบบก่อนการพัฒนาแบบส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูงและระดับต่ำ ร้อยละ 74.5 และ 18.4 หลังการพัฒนาแบบมีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง ร้อยละ 70.4 และ 16.9 ผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการพัฒนาแบบส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ ร้อยละ 72.3 และ 26.2 หลังการพัฒนาแบบมีความรู้อยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ ร้อยละ 81.7 และ 18.2

ตาราง 38 การเปรียบเทียบความแตกต่างระดับทัศนคติก่อนและหลังได้รับการพัฒนารูปแบบระหว่างกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบ

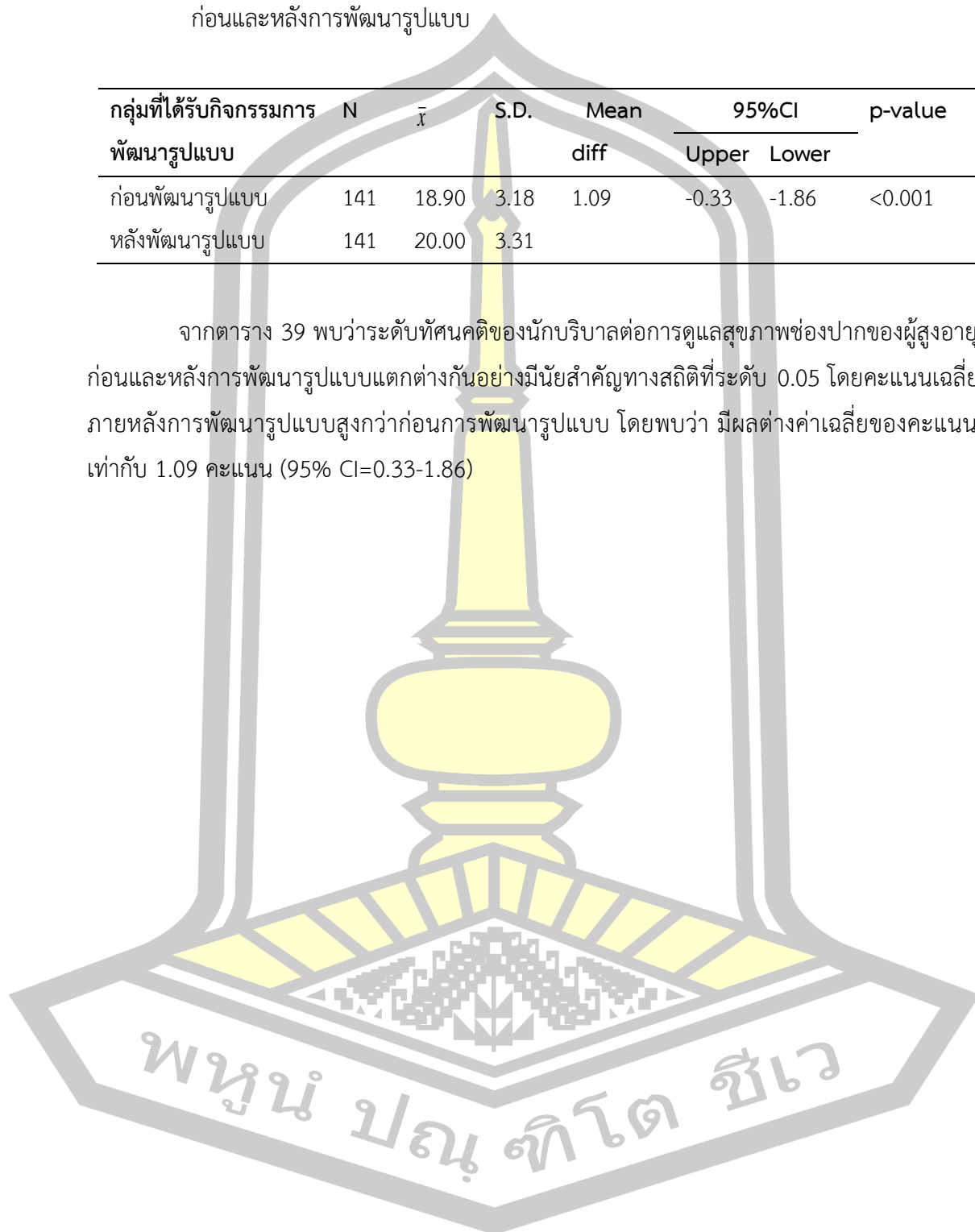
กลุ่มตัวอย่าง	N	$\bar{x}$	S.D.	Mean Diff	95%CI		p-value
					Upper	Lower	
ก่อนพัฒนารูปแบบ							
กลุ่มที่ได้รับการพัฒนารูปแบบ	141	18.90	3.18	0.66	1.47	-1.38	0.10
กลุ่มเปรียบเทียบ	104	18.24	3.66				
หลังพัฒนารูปแบบ							
กลุ่มที่ได้รับการพัฒนารูปแบบ	141	21.14	2.68	2.62	3.38	1.87	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	104	18.51	3.15				

จากตาราง 38 พบว่า ระดับทัศนคติของนักบริบาลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานระหว่างนักบริบาลกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการพัฒนาแบบมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p=0.10$  โดยพบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 0.66 คะแนน (95% CI=1.38-1.47) ภายหลังจากการพัฒนาแบบแล้วนั้น มีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยพบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 2.62 คะแนน (95% CI=1.87-3.38)

ตาราง 39 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับทัศนคติ ในกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบ  
ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

กลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการ พัฒนารูปแบบ	N	$\bar{x}$	S.D.	Mean diff	95%CI		p-value
					Upper	Lower	
ก่อนพัฒนารูปแบบ	141	18.90	3.18	1.09	-0.33	-1.86	<0.001
หลังพัฒนารูปแบบ	141	20.00	3.31				

จากตาราง 39 พบว่าระดับทัศนคติของนักบริบาลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ย ภายหลังการพัฒนารูปแบบสูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบ โดยพบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน เท่ากับ 1.09 คะแนน (95% CI=0.33-1.86)





ตาราง 40 (ต่อ)

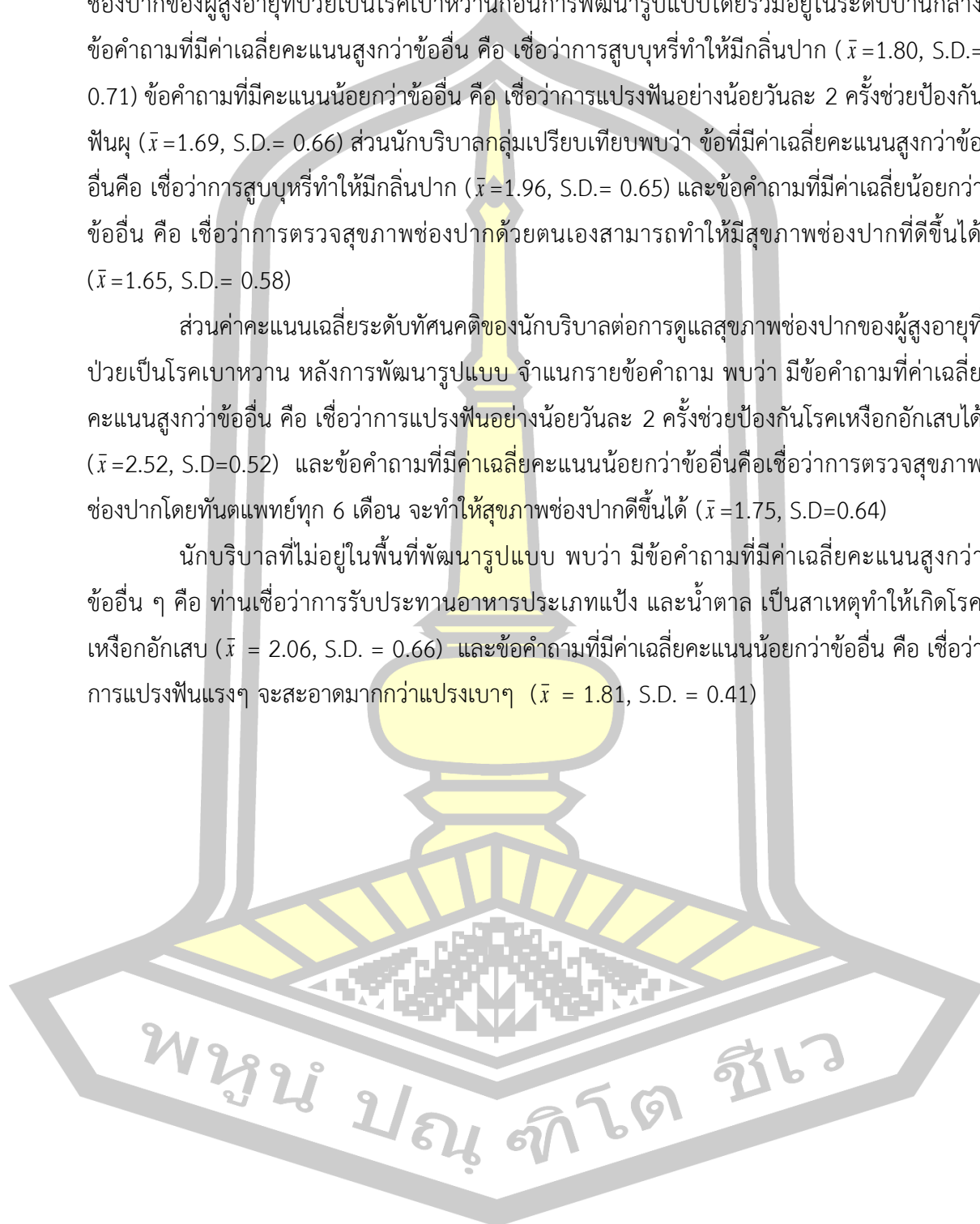
ประเด็นคำถาม	ก่อนการพัฒนาารูปแบบ				หลังการพัฒนาารูปแบบ				
	นักบริบาล		นักบริบาลที่ อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบ		นักบริบาล		นักบริบาลที่ อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบ		
	จำนวน (n=104)	ระดับ ทัศนคติ	จำนวน (n=141)	ระดับ ทัศนคติ	จำนวน (n=104)	ระดับ ทัศนคติ	จำนวน (n=141)	ระดับ ทัศนคติ	
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	
<b>ด้านการรับประทานอาหาร/บุหรี/หมาก</b>									
5. ท่านเชื่อว่าการรับประทานอาหาร ประเภทแป้ง และน้ำตาล เป็นสาเหตุทำ ให้เกิดโรคเหงือกอักเสบ	2.11	0.68	ปานกลาง	1.90	0.64	ปานกลาง	2.16	0.71	ปานกลาง
6. ท่านเชื่อว่าการเคี้ยวหมากทำให้ฟัน แข็งแรงขึ้น	1.88	0.98	ปานกลาง	1.83	0.50	ปานกลาง	1.95	0.73	ปานกลาง
7. ท่านเชื่อว่าการกินอาหารระหว่างมือ กินจุบจิบ ทำให้เกิดฟันผุได้ง่าย	1.80	0.71	ปานกลาง	1.87	0.37	ปานกลาง	2.16	0.70	ปานกลาง
8. ท่านเชื่อว่าการสูบบุหรี่ทำให้มีกลิ่นปาก	2.18	0.59	ปานกลาง	1.96	0.65	ปานกลาง	2.19	0.58	ปานกลาง



จากตาราง 40 พบว่า นักบริบาลที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบมีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานก่อนการพัฒนารูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าข้ออื่น คือ เชื่อว่าการสูบบุหรี่ทำให้มีกลิ่นปาก ( $\bar{x}=1.80$ , S.D.= 0.71) ข้อคำถามที่มีคะแนนน้อยกว่าข้ออื่น คือ เชื่อว่าการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งช่วยป้องกันฟันผุ ( $\bar{x}=1.69$ , S.D.= 0.66) ส่วนนักบริบาลกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าข้ออื่นคือ เชื่อว่าการสูบบุหรี่ทำให้มีกลิ่นปาก ( $\bar{x}=1.96$ , S.D.= 0.65) และข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าข้ออื่น คือ เชื่อว่าการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเองสามารถทำให้มีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นได้ ( $\bar{x}=1.65$ , S.D.= 0.58)

ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยระดับทัศนคติของนักบริบาลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน หลังการพัฒนารูปแบบ จำแนกรายข้อคำถาม พบว่า มีข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าข้ออื่น คือ เชื่อว่าการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งช่วยป้องกันโรคเหงือกอักเสบได้ ( $\bar{x}=2.52$ , S.D.=0.52) และข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยกว่าข้ออื่นคือเชื่อว่าการตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตแพทย์ทุก 6 เดือน จะทำให้สุขภาพช่องปากดีขึ้นได้ ( $\bar{x}=1.75$ , S.D.=0.64)

นักบริบาลที่ไม่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบ พบว่า มีข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าข้ออื่น ๆ คือ ท่านเชื่อว่าการรับประทานอาหารประเภทแป้ง และน้ำตาล เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคเหงือกอักเสบ ( $\bar{x} = 2.06$ , S.D. = 0.66) และข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยกว่าข้ออื่น คือ เชื่อว่าการแปรงฟันแรงๆ จะสะอาดมากกว่าแปรงเบาๆ ( $\bar{x} = 1.81$ , S.D. = 0.41)



4.4.4 พฤติกรรมของนักบริบาลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตาราง 41 ระดับพฤติกรรมระหว่างกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการพัฒนารูปแบบและหลังการพัฒนารูปแบบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน (n=141)	ร้อยละ	จำนวน (n=104)	ร้อยละ
ก่อนพัฒนารูปแบบ				
สูง	3	2.1	-	-
ปานกลาง	54	38.3	35	33.7
ต่ำ	84	59.6	69	66.3
หลังพัฒนารูปแบบ				
สูง	17	12.1	2	1.92
ปานกลาง	105	74.5	35	33.7
ต่ำ	19	13.5	67	64.42

จากตาราง 41 พบว่าระดับพฤติกรรมของนักบริบาลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในพื้นที่พัฒนารูปแบบก่อนการพัฒนารูปแบบส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำและปานกลาง ร้อยละ 59.6 และ 38.3 หลังการพัฒนารูปแบบมีความรู้อยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ ร้อยละ 74.5 และ 13.5 นักบริบาลกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการพัฒนารูปแบบส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำและปานกลาง ร้อยละ 63.3 และ 33.7 หลังการพัฒนารูปแบบมีความรู้อยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ ร้อยละ 64.2 และ 33.7

พหุ ประถมศึกษา

ตาราง 42 การเปรียบเทียบความแตกต่างระดับพฤติกรรมก่อนและหลังได้รับการพัฒนารูปแบบ  
ระหว่างกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง	N	$\bar{x}$	S.D.	Mean Diff	95%CI		p- value
					Upper	Lower	
ก่อนพัฒนารูปแบบ							
กลุ่มที่ได้รับการพัฒนารูปแบบ	141	22.04	4.60	0.69	1.80	-0.40	0.22
กลุ่มเปรียบเทียบ	104	21.34	4.13				
หลังพัฒนารูปแบบ							
กลุ่มที่ได้รับการพัฒนารูปแบบ	141	28.39	4.47	7.05	8.15	5.94	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	104	21.34					

จากตาราง 42 พบว่า ระดับพฤติกรรมของนักบริหารต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุระหว่างนักบริหารกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการพัฒนารูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p=0.22$  โดยพบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 0.69 คะแนน (95% CI=0.40-1.80) ภายหลังจากการพัฒนารูปแบบแล้วนั้น มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยพบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 7.05 คะแนน (95% CI=5.94-8.15)

ตาราง 43 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับพฤติกรรม ในกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบ  
ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

กลุ่มที่รับกิจกรรมการ พัฒนารูปแบบ	N	$\bar{x}$	S.D.	Mean diff	95%CI		p-value
					Lower	Lower	
ก่อนพัฒนารูปแบบ	141	22.04	4.60	6.35	-5.28	-7.41	<0.001
หลังพัฒนารูปแบบ	141	28.39	4.47				

จากตาราง 43 พบว่าระดับพฤติกรรมของนักบริหารต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยคะแนนเฉลี่ยภายหลังการพัฒนารูปแบบสูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบ พบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 6.35 คะแนน (95% CI=5.28-7.41)



ตาราง 44 พฤติกรรม ของนักบริบาลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ก่อนการพัฒนารูปแบบ จำนวนรายข้อความ

ประเด็นคำถาม	ก่อนการพัฒนารูปแบบ			หลังการพัฒนารูปแบบ		
	นักบริบาลที่ อยู่ในพื้นที่พัฒนา รูปแบบ จำนวน(n=141)	นักบริบาล กลุ่มเปรียบเทียบกับ จำนวน (n=104)	นักบริบาลที่ อยู่ในพื้นที่พัฒนา รูปแบบ จำนวน (n=141)	นักบริบาล กลุ่มเปรียบเทียบกับ จำนวน(n=104)	นักบริบาล กลุ่มเปรียบเทียบกับ จำนวน(n=104)	ระดับ พฤติกรรม
	$\bar{x}$ S.D.	$\bar{x}$ S.D.	$\bar{x}$ S.D.	$\bar{x}$ S.D.	$\bar{x}$ S.D.	ระดับ
<b>ด้านการดูแลรักษาความสะอาด</b>						
1. ท่านได้แนะนำให้ผู้สูงอายุแปรงฟัน ตอนตื่นนอนตอนเช้าหลัง รับประทานอาหารและ ก่อนนอน	1.36 0.51	1.48 0.50	2.26 0.63	1.40 0.50	1.39 0.49	ปาน กลาง
2. ท่านได้แนะนำให้ผู้สูงอายุแปรงฟัน ใช้ เวลามากอย่างน้อย 2-3 นาที	1.48 0.56	1.39 0.49	2.20 0.60	1.39 0.49	1.48	ปาน กลาง
3. ท่านได้แนะนำให้ผู้สูงอายุใช้ไหมขัด ฟันทำความสะอาดซอกฟันหลัง แปรงฟัน	1.34 0.50	1.27 0.56	2.36 0.57	1.27 0.56	1.34	ปาน กลาง

ตาราง 44 (ต่อ)

ประเด็นคำถาม	ก่อนการพัฒนาารูปแบบ				หลังการพัฒนาารูปแบบ				
	นักบริบาลที่ อยู่ในพื้นที่พัฒนา รูปแบบ		นักบริบาล กลุ่มเปรียบเทียบ		นักบริบาลที่ อยู่ในพื้นที่พัฒนาารูปแบบ		นักบริบาล กลุ่มเปรียบเทียบ		
	จำนวน (n=141)	ระดับ พหุคูณ	จำนวน (n=104)	ระดับ พหุคูณ	จำนวน (n=141)	ระดับ พหุคูณ	จำนวน (n=104)	ระดับ พหุคูณ	
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	
4. ท่านได้แนะนำให้ผู้สูงอายุแปร่งลิ้น ทุกครั้งหลังการแปร่งฟัน	1.43	0.53	ต่ำ	1.58	0.51	ต่ำ	2.37	0.67	ปานกลาง
5. ท่านได้แนะนำให้ผู้สูงอายุใช้ยาสีฟัน ที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์	1.83	0.59	ต่ำ	1.52	0.50	ต่ำ	1.95	0.70	ปานกลาง
<b>ด้านการประเมินสุขภาพช่องปาก</b>									
6. ท่านมีการตรวจสุขภาพทั่วไป ภายในช่องปาก ให้กับผู้สูงอายุ	1.73	0.55	ปานกลาง	1.59	0.58	ต่ำ	2.24	0.74	ปานกลาง
7. ท่านมีการตรวจสุขภาพฟันให้กับ ผู้สูงอายุ	1.78	0.57	ปานกลาง	1.45	0.57	ต่ำ	2.02	0.69	ปานกลาง

ตาราง 44 (ต่อ)

ประเด็นคำถาม	ก่อนการพัฒนาารูปแบบ				หลังการพัฒนาารูปแบบ			
	นักบริบาลที่ อยู่ในพื้นที่พัฒนาารูปแบบ จำนวน (n=141)		นักบริบาล กลุ่มเปรียบเทียบกับ จำนวน(n=104)		นักบริบาลที่ อยู่ในพื้นที่พัฒนาารูปแบบ จำนวน (n=141)		นักบริบาล กลุ่มเปรียบเทียบกับ จำนวน(n=104)	
	$\bar{x}$ S.D.	ระดับ พฤติกรรม	$\bar{x}$ S.D.	ระดับ พฤติกรรม	$\bar{x}$ S.D.	ระดับ พฤติกรรม	$\bar{x}$ S.D.	ระดับ พฤติกรรม
8. ท่านมีการตรวจสุขภาพเหงือก ให้กับผู้สูงอายุ	1.74 0.60	ปานกลาง	1.55 0.57	ต่ำ	2.28 0.73	ปานกลาง	1.55 0.57	ระดับ พฤติกรรม
9. ท่านได้ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุในเรื่อง โทษของบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพช่องปาก	1.55 0.61	ต่ำ	1.54 0.50	ต่ำ	1.84 0.65	ปานกลาง	1.54 0.50	1.55
10. ท่านได้ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุใน เรื่องโทษของเคี้ยวหมาก	1.62 0.57	ต่ำ	1.60 0.56	ต่ำ	1.81 0.56	ปานกลาง	1.60 0.56	1.62
11. ท่านได้ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุใน เรื่องโทษของ ดื่มกาแฟ	1.65 0.53	ต่ำ	1.63 0.57	ต่ำ	1.86 0.57	ปานกลาง	1.63 0.57	1.65
12. ท่านได้ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุใน เรื่องโทษของ การกินจุบ กินจิบ	1.63 0.56	ต่ำ	1.59 0.53	ต่ำ	1.67 0.55	ปานกลาง	1.59 0.53	1.63

ตาราง 44 (ต่อ)

ประเด็นคำถาม	ก่อนการพัฒนาารูปแบบ		หลังการพัฒนาารูปแบบ	
	นักบริบาลที่ อยู่ในพื้นที่พัฒนา รูปแบบจำ นวน (n=141)	นักบริบาล กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน(n=104)	นักบริบาลที่ อยู่ในพื้นที่พัฒนาารูปแบบ จำนวน (n=141)	นักบริบาล กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน(n=104)
	ระดับ S.D. พหุติกรรม $\bar{x}$	ระดับ S.D. พหุติกรรม $\bar{x}$	ระดับ S.D. พหุติกรรม $\bar{x}$	ระดับ S.D. พหุติกรรม $\bar{x}$
13. ท่านได้ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุใน เรื่องโทษของการดื่มสุราหรือ น้ำอัดลม	1.38 0.50	1.50 0.50	1.72 0.58	1.50 0.50
14. ท่านได้ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุใน เรื่องการรับประทานผลไม้แทน ขนมหวาน	1.46 0.51	1.58 0.49	1.74 0.46	1.58 0.49

จากตาราง 44 พบว่า พฤติกรรมของนักบริบาลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในพื้นที่พัฒนารูปแบบ ก่อนการพัฒนาารูปแบบ โดยรวมอยู่ในระดับต่ำแต่มีข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าข้ออื่น ๆ เล็กน้อยคือ การแนะนำให้ผู้สูงอายุใช้ยาสีฟัน ที่มีสวนผสมของฟลูออไรด์ ( $\bar{x} = 1.83$ , S.D. = 0.59) และข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยกว่าข้ออื่นคือ การแนะนำให้ผู้สูงอายุใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดซอกฟันหลังแปรงฟัน ( $\bar{x} = 1.34$ , S.D. = 0.50) ส่วนนักบริบาลกลุ่มเปรียบเทียบ โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ แต่มีข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าข้ออื่นเล็กน้อยคือ การแนะนำให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานรู้ถึงโทษของการดื่มกาแฟ ( $\bar{x} = 1.60$ , S.D. = 0.56) และมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำกว่าข้ออื่นคือ การแนะนำให้ผู้สูงอายุใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดซอกฟันหลังแปรงฟัน ( $\bar{x} = 1.27$ , S.D. = 0.56)

ส่วนพฤติกรรมของนักบริบาลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในพื้นที่พัฒนารูปแบบ หลังการพัฒนาารูปแบบ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางแต่มีข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าข้ออื่น ๆ เล็กน้อยคือ การแนะนำให้ผู้สูงอายุแปรงลิ้นทุกครั้งหลังการแปรงฟัน ( $\bar{x} = 2.37$ , S.D. = 0.67) และข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยกว่าข้ออื่นคือ การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุในเรื่องโทษของการกินจุบกินจิบ ( $\bar{x} = 1.67$ , S.D. = 0.55)

ส่วนนักบริบาลกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ แต่มีข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าข้ออื่นเล็กน้อยคือ การแนะนำให้ผู้สูงอายุรู้โทษของการดื่มกาแฟ ( $\bar{x} = 1.63$ , S.D. = 0.57) และมีข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำกว่าข้ออื่นเล็กน้อย คือ การแนะนำให้ผู้สูงอายุใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดซอกฟันหลังแปรงฟัน ( $\bar{x} = 1.27$ , S.D. = 0.56)

#### 4.5 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุและนักบริบาลต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยบทบาทของนักบริบาล (Caregiver) จังหวัดอุบลราชธานี

ตาราง 45 ร้อยละ ระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานต่อการพัฒนารูปแบบ การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน (n=141)	
	จำนวน	ร้อยละ
มาก	115	81.6
ปานกลาง	26	18.4

จากตาราง 45 พบว่า ร้อยละระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จะมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 81.6 และระดับปานกลาง ร้อยละ 18.4

ตาราง 46 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานต่อการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากโดยบทบาทของนักรักษาพยาบาล (Caregiver) จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกรายข้อคำถาม

ประเด็นคำถาม	จำนวน (n=141)		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1.ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานีเมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบเดิม	2.39	0.48	มาก
2.ความรู้สึกพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน	2.52	0.50	มาก
3.ความพึงพอใจต่อการมีอิสระในการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน	2.75	0.43	มาก
4.รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้นทำให้เกิดความมั่นใจและคล่องตัวในปฏิบัติตนเพื่อดูแลช่องปาก	2.57	0.49	มาก
5.รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเหมาะสมดีทำให้ประหยัดเวลา	2.69	0.46	มาก
6.รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้นเป็นไปด้วยดี	2.56	0.49	มาก
7. ระยะเวลาที่ใช้ในการทดลองใช้รูปแบบฯมีความเหมาะสม	2.55	0.49	มาก
8. โดยรวมแล้ว ท่านยอมรับรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน	2.42	0.49	มาก

จากตาราง 46 พบว่า คะแนนความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับมาก

เมื่อพิจารณารายข้อคำถามพบว่าข้อที่มีค่าคะแนนสูงกว่าข้ออื่น ๆ คือ ฟังพอใจต่อการมีอิสระในการใช้รูปแบบการดูแล สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ( $\bar{x}=2.75$ , S.D= 0.43) รองลงมาคือ ฟังพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเหมาะสมดีทำให้ประหยัดเวลา ( $\bar{x}=2.69$ , S.D= 0.46) สอดคล้องกับการสนทนากลุ่มที่ผู้สูงอายุบอกว่าคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากที่แจกให้กับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานทำให้ตัวผู้สูงอายุเองสามารถหยิบมาเปิดอ่านได้สะดวก

ตาราง 47 ร้อยละ ระดับความพึงพอใจของนักบริบาล (Caregiver) ต่อการพัฒนารูปแบบการดูแล สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน (n=141)	
	จำนวน	ร้อยละ
มาก	127	90.1
ปานกลาง	14	9.9

จากตาราง 47 พบว่า ร้อยละระดับความพึงพอใจของนักบริบาล (Caregiver) ต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จะมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 91.1 และระดับปานกลาง ร้อยละ 9.9

ตาราง 48 ความพึงพอใจของนักบริบาล (Caregiver) ต่อการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากโดยบทบาทของนักบริบาล (Caregiver) จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกรายข้อคำถาม

ประเด็นคำถาม	จำนวน (n=141)		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม
1.ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานีเมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบเดิม	2.35	0.48	มาก
2.ความรู้สึกพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน	2.79	0.40	มาก

ตาราง 48 (ต่อ)

ประเด็นคำถาม	จำนวน (n=141)		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ พฤติกรรม
3.ความพึงพอใจต่อการมีอิสระในการใช้รูปแบบการดูแล สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน	2.69	0.46	มาก
4.รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วย เป็นโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้นทำให้เกิดความมั่นใจและ คล่องตัวในปฏิบัติตนเพื่อดูแลช่องปาก	2.72	0.44	มาก
5.รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วย เป็นโรคเบาหวานเหมาะสมดีทำให้ประหยัดเวลา	2.59	0.49	มาก
6.รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วย เป็นโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้นเป็นไปด้วยดี	2.73	0.44	มาก
7.ระยะเวลาที่ใช้ในการทดลองใช้รูปแบบที่มีความเหมาะสม	2.75	0.43	มาก
8. โดยรวมแล้วท่านรู้สึกพึงพอใจยอมรับรูปแบบการดูแล สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน	2.78	0.41	มาก

จากตาราง 48 พบว่า คะแนนความพึงพอใจของนักบริบาล (Caregiver) ต่อการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อคำถามพบว่าข้อที่มีค่าคะแนนสูงกว่าข้ออื่น ๆ คือ พึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ( $\bar{x}=2.79$ , S.D.=0.40) รองลงมาคือ รู้สึกพึงพอใจยอมรับรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ( $\bar{x}=2.78$ , S.D.=0.41)

พหุ ประถมศึกษา



## บทที่ 5

### สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานีครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาบริบทการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โดยบทบาทของนักบริบาล (Caregiver) จังหวัดอุบลราชธานี 2) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยบทบาทของนักบริบาล (Caregiver) จังหวัดอุบลราชธานี 3) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ พฤติกรรม ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ 4) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ของนักบริบาลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ 5) เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุและนักบริบาลต่อการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยบทบาทของนักบริบาล (Caregiver) จังหวัดอุบลราชธานีสรุปได้ดังนี้

- 5.1 สรุปผล
- 5.2 อภิปรายผล
- 5.3 ข้อเสนอแนะ

#### 5.1 สรุปผล

ผู้วิจัยได้สรุปการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

5.1.1 การศึกษาบริบทการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โดยบทบาทของนักบริบาล (Caregiver) จังหวัดอุบลราชธานี

5.1.1.1 บริบทด้านนโยบายการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้วิจัยได้ศึกษานโยบายตั้งแต่ระดับกระทรวงถึงระดับพื้นที่ สรุปผลได้ดังนี้

1) ระดับกระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนินเพื่อลดโรคทางทันตกรรมโดยกระจายหน่วยบริการทันตทั้งในเขตเมืองและเขตชุมชน คือโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ลดระยะเวลารอคอยในการรับบริการทันตกรรม โดยพัฒนาบริการสุขภาพช่องปากในเขตเมือง ลดความแออัดของการบริการในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ด้วยการขยายบริการสุขภาพช่องปากในศูนย์สุขภาพเขตเมืองอย่างทั่วถึง ขยายศักยภาพในการ

จัดบริการทันตกรรมในด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูระดับมีทันตแพทย์ให้บริการประจำ และบริการส่งเสริมป้องกันที่ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย เพิ่มอัตราเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชน เน้นบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพ เพื่อควบคุมปัญหาโรคในช่องปาก โดยขยายบริการสุขภาพช่องปากระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ทั่วถึง สามารถครอบคลุมตำบลที่มีประชากรตั้งแต่ 5,000 คนขึ้นไป และจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสุขภาพช่องปาก (สาขาทันตกรรม) ให้สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพ พัฒนาด้านโครงสร้าง บุคลากร และการบริการ

2) ระดับจังหวัดอุบลราชธานี มีการจัดกองทุนทันตกรรมกับการจัดบริการสุขภาพช่องปาก พัฒนาระบบบริการทันตกรรมตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นมา เพื่อให้เกิดการจัดบริการส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปากตามสภาพปัญหา และความจำเป็นของประชาชนในกลุ่มเป้าหมายหลักของพื้นที่ และผู้มีสิทธิทุกสิทธิสามารถได้รับบริการทันตกรรมได้อย่างครอบคลุม ทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ โดยสนับสนุนงบประมาณพัฒนาระบบการบริหารจัดการระดับพื้นที่ให้เกิดการดำเนินงานทันตสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มประสิทธิภาพการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและรักษาทางทันตกรรมในทุกกลุ่มเป้าหมาย พัฒนาระบบข้อมูลทันตสาธารณสุข และจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพ/การผลิต/กระจายทันตบุคลากร ในหน่วยบริการทุกระดับให้เพียงพอและครอบคลุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มทันตบุคลากรในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งเร่งผลิตบุคลากรให้มีจำนวนเพียงพอที่จะปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วจังหวัดอุบลราชธานี 317 แห่ง ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก

3) ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการจัดบริการให้สอดคล้องกับนโยบายของจังหวัดโดยและงานบริการทันตสาธารณสุขสามารถสรุปได้ คือ เมื่อมีประชาชนเข้ามาใช้บริการจะคัดกรองพื้นฐาน คือ ฟัน เหงือกอักเสบ ปริทันต์ และโรคทาช่องปากอื่น ๆ สอบถามประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ/เหงือกอักเสบ/โรคปริทันต์ กรณีมีความเสี่ยงต่ำและมีความเสี่ยงสูงจะจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก กรณีมีความเสี่ยงสูงและพบรอยโรค หากไม่เกินศักยภาพจะทำการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหากเกินศักยภาพจะส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย

4) บทบาทของนักบริบาล (Caregiver) ต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ บทบาทนักบริบาล (Caregiver) ในเขตบริการสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี นักบริบาลจะมีการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานตามแผนปฏิบัติการที่ได้ร่วมกันจัดทำกับครูปูเลี้ยง (Caremanager) ที่จะต้องมีแผนการเยี่ยมในแต่ละเดือน เช่นมี ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้าย การขับถ่าย ให้ถูกสุขลักษณะปลอดภัยเหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุมีการสังเกตพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้สูงอายุ รวมทั้งเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ และต้องรายงานให้ญาติของผู้สูงอายุทราบ มีการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้าน

ตลอดจนดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยถูกสุขลักษณะเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีการเขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด รวมทั้งจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย ที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง ส่งต่อกรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บเกิดตามระบบการส่งต่อและจัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน เพื่อรายงานต่อผู้จัดการระบบฯ

5.1.1.2 บริบทด้านสถานการณ์ความต้องการนักรับการ (Caregiver) ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและผลกระทบจากสุขภาพช่องปากต่อชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (OIDP) Index

1) สถานการณ์ความต้องการนักรับการผู้สูงอายุของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน พบว่าพบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มทั้งกลุ่มที่ไม่มีนักรับการดูแลและกลุ่มที่มีนักรับการดูแลต่างก็มีระดับความต้องการการดูแลจากนักรับการ (Caregiver) อยู่ในระดับสูง กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีนักรับการดูแล มีคะแนนเฉลี่ยความต้องการการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.44 , S.D. = 0.35) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความต้องการมากที่สุด (Mean = 2.54, S.D. = 0.41) ในด้านบทบาทของนักรับการ เนื่องจาก ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานต้องการให้นักรับการมีบทบาทในการประเมินสุขภาพช่องปากให้กับตนเอง และนำข้อมูลจากการประเมินสุขภาพช่องปากมาจัดทำข้อมูลส่วนบุคคลให้กับตนเองและมาติดตามดูแลอย่างสม่ำเสมอ

กลุ่มผู้สูงอายุที่มีนักรับการดูแล มีคะแนนเฉลี่ยความต้องการการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.44 , S.D. = 0.19) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความต้องการมากที่สุด (Mean = 2.64, S.D. = 0.31) ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุต้องการให้นักรับการสอนวิธีการต่าง ๆ ในการดูแลช่องปากทั้งในเรื่องของอาหาร การดูแลฟันเทียม และการทำความสะอาดช่องปาก การใช้อุปกรณ์เสริม ซึ่งสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยความต้องการโดยรวมเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

2) ด้านผลกระทบจากสุขภาพช่องปากต่อชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (OIDP) Oral Index Daily Performance พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีนักรับการดูแล โดยรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.05, S.D. = 0.40) ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าด้านอื่น เล็กน้อยคือด้านกายภาพ (Mean = 2.10, S.D. = 0.43) คือ พบผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก การทำความสะอาดช่องปาก การแปรงฟัน อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่น คือ ด้านสังคม (Mean = 1.88, S.D. = 0.67) คือ รู้สึกไม่สนุกสนาน ไม่อยากออกไปพบปะผู้คนอยู่ในระดับน้อย จากการสอบถามบางรายรู้สึกเงินอายุเวลายาวขึ้นบ้างเล็กน้อยเนื่องจากไม่มีฟัน ผู้สูงอายุที่มีนักรับการดูแล โดยรวมมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับน้อย (Mean = 1.15, S.D. = 0.28) และข้อคำถามแต่ละด้านทั้งทางด้านกายภาพ ด้านจิตวิทยา และด้านสังคมโดยรวมมีค่าเฉลี่ยคะแนนไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีนักรับการดูแลและกลุ่มผู้สูงอายุที่มี

นักบริบาลดูแล มีข้อสังเกตได้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีนักบริบาลดูแลจะมีผลกระทบจากสุขภาพช่องปากต่อชีวิตประจำวันสูงกว่า (Mean = 2.05, S.D. = 0.40) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีนักบริบาลดูแล (Mean = 1.15, S.D. = 0.28)

เมื่อเปรียบเทียบผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวันพบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีนักบริบาลดูแลมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ไม่มีนักบริบาลดูแล ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยพบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 8.11 คะแนน (95% CI=7.69-8.52)

5.1.1.3 ด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีนักบริบาลดูแลมีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีนักบริบาลดูแลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 0.58 คะแนน (95% CI=0.03-1.13) มีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีนักบริบาลดูแล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยพบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 1.12 คะแนน (95% CI=0.42-1.83) และมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีนักบริบาลดูแล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 0.72 คะแนน (95% CI=0.13-1.58)

5.1.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยบทบาทของนักบริบาล (Caregiver) จังหวัดอุบลราชธานี

กระบวนการพัฒนารูปแบบดำเนินตามกิจกรรม 2 วงรอบ 9 กิจกรรม ดังนี้ วงรอบที่ 1 คือ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 แต่งตั้งทีมวิจัยและคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยโดยเชิญและจัดประชุมชี้แจงคณะทำงาน เป็นการดำเนินงานเพื่อให้ทีมวิจัยร่วมกันดำเนินงานในพื้นที่และเพื่อให้คณะทำงานเข้าใจวัตถุประสงค์พร้อมทั้งแนวทางการดำเนินการวิจัยร่วมกัน กิจกรรมที่ 2 ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม กิจกรรมที่ 3 นำข้อมูลจากการศึกษาจากขั้นวางแผนเป็นข้อมูลพื้นฐานนำเข้าไปใช้ในการกำหนดรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) กิจกรรมที่ 4 ประชุมเชิงปฏิบัติการในการจัดทำแผนการดำเนินงาน กิจกรรมที่ 5 คณะทำงานนำรูปแบบที่ได้ไปทดลองใช้ในพื้นที่ กิจกรรมที่ 6 พัฒนาระบบการจัดทำข้อมูลและนำเข้าข้อมูลจากการถอดบทเรียน กิจกรรมที่ 7 ขยายการฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากเฉพาะด้าน กิจกรรมที่ 8 ส่งต่อผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและมีปัญหาสุขภาพช่องปากให้ได้รับการรักษาครบทุกราย ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) และขั้นตอนที่ 4

ขั้นสะท้อนผล (Reflection) กิจกรรมที่ 9 การกำกับติดตาม เพื่อเสริมพลังของคณะทำงานและถอดบทเรียน จากการถอดบทเรียนพบปัจจัยแห่งความสำเร็จ ดังนี้

5.1.2.1 การมีข้อมูลและสถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ (Information and Situation)

5.1.2.2 การพัฒนาศักยภาพและทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุและญาติ (Skill and Potential )

5.1.2.3 การพัฒนานักบริบาลเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยการ บูรณาการกับการบริบาลอย่างอื่น (Caregiver)

5.1.2.4 การปรับระบบบริการด้านทันตสาธารณสุขให้เข้าถึงได้ง่ายขึ้น (Reorient Dental Health Services)

5.1.2.5 เพิ่มช่องทางการรับรู้ข้อมูลเพื่อเพิ่มความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองของผู้สูงอายุ (Information)

5.1.2.6 การติดตามเยี่ยมเสริมพลัง (Empowerment)

จากปัจจัยแห่งความสำเร็จทำให้สามารถเชื่อมโยงสู่การสรุปรูปแบบการดำเนินงานได้ รูปแบบการดำเนินงานใหม่ คือ **DDS CG UBONRATCHATHANEE DENTAL HEALTH CARE** ซึ่งมีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานประกอบด้วยภาคีเครือข่ายประกอบด้วย ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ญาติผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน นักบริบาล (Caregiver) และ ทันตบุคลากร ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทำงานร่วมกันแบบมีส่วนร่วม ทำงานเชิงระบบมีแบบแผนขั้นตอน โดยสิ่งแรกคือการมี D (Data) หมายถึงข้อมูลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ที่เป็นปัจจุบัน ครอบคลุม ครบถ้วน เป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการดำเนินงาน สำหรับทันตบุคลากรมีส่วนในการดำเนินงานโดยการปรับระบบบริการในระดับ D (Dental Service Reorient) ให้มีความเชื่อมโยงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกและครอบคลุม คือมีระบบการส่งต่อจากนักบริบาล (Caregiver) สู่ทันตบุคลากรในพื้นที่ จากทันตบุคลากรในพื้นที่สู่ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป อย่างเป็นขั้นตอนและรวดเร็วเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และส่วนหนึ่งได้อาศัยความทันสมัยของเทคโนโลยีเพื่ออำนวยความสะดวกในการประสานงานเพิ่มมากขึ้น คือเพิ่มช่องทางของการส่งข้อมูลข่าวสาร S (Social 4.0) คือมี Line Application ส่วนญาติของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานได้รับการพัฒนาศักยภาพและทักษะ (Skill) เพื่อให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานได้ สำหรับผู้นำชุมชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีส่วนช่วยในการศึกษาบริบท ศึกษาปัญหา วางแผนการดำเนินงาน ตลอดจนการเยี่ยมเสริมพลัง S (Strong Empowerment) ซึ่งกลุ่มผู้นำชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

นับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะเป็นฐานของชุมชนที่มีบทบาทในการเสริมการทำงานให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ในส่วนของตัวผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานก็ได้รับการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้ S (Self Care) สำหรับนักบริบาล CG (Caregiver) เป็นบุคคลที่มีส่วนช่วยในการดำเนินงานโดยเป็นหลักในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน เป็นทั้งผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในชุมชนและทันตบุคลากรในพื้นที่ ได้รับการพัฒนาทักษะให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ตลอดจนจัดบันทึกข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลและส่งต่อข้อมูลให้กับทันตบุคลากรในพื้นที่

ดังนั้นจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานร่วมกันอย่างมีแบบแผนขั้นตอน นี้ จึงสรุปรูปแบบใหม่ในการดำเนินงานเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ได้ชื่อว่า DDS CG UBONRATCHATHANEE DENTAL HEALTH CARE ซึ่งรูปแบบใหม่ที่เกิดขึ้นนี้มีที่มาจากบทบาทหน้าที่การมีส่วนร่วมความเชื่อมโยงในการดำเนินงานร่วมกันและปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน นั่นเอง

5.1.3 การเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ พฤติกรรม ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ

ระดับความรู้ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการพัฒนาารูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p=0.93$  ภายหลังจากการพัฒนาารูปแบบแล้วนั้น มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $0.001$  ส่วนระดับความรู้ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $0.001$  โดยคะแนนเฉลี่ยภายหลังจากพัฒนาารูปแบบสูงกว่าก่อนการพัฒนาารูปแบบ

ระดับทัศนคติของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการพัฒนาารูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p=0.27$  ภายหลังจากการพัฒนาารูปแบบแล้วนั้น มีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $0.001$  ส่วนระดับทัศนคติของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่พัฒนารูปแบบก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $0.001$  โดยคะแนนเฉลี่ยภายหลังจากพัฒนาารูปแบบสูงกว่าก่อนการพัฒนาารูปแบบ



5.1.5 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุและนักบริบาลต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากโดยบทบาทของนักบริบาล (Caregiver) จังหวัดอุบลราชธานี

คะแนนความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อคำถามพบว่าข้อที่มีค่าคะแนนสูงกว่าข้ออื่น ๆ คือ พึงพอใจต่อการมีอิสระในการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (Mean=2.75, S.D= 0.43) รองลงมาคือ พึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเหมาะสมดีทำให้ประหยัดเวลา (Mean=2.69, S.D= 0.46) สอดคล้องกับการสนทนากลุ่มที่ผู้สูงอายุบอกว่าคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากที่แจกให้กับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานทำให้ตัวผู้สูงอายุเองสามารถหยิบมาเปิดอ่านได้สะดวก

คะแนนความพึงพอใจของนักบริบาล (Caregiver) ต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อคำถามพบว่าข้อที่มีค่าคะแนนสูงกว่าข้ออื่น ๆ คือ พึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (Mean=2.79, S.D= 0.40) รองลงมาคือ รู้สึกพึงพอใจยอมรับรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (Mean=2.78, S.D= 0.41)

## 5.2 อภิปรายผล

5.2.1 การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน มีบริบทของการดูแลในลักษณะการมีส่วนร่วมตั้งแต่ระดับกระทรวงสาธารณสุข ระดับจังหวัดโดยหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ระดับอำเภอคือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลแม่ข่าย และระดับพื้นที่ตำบลเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งบริบทของแต่ละระดับเป็นบริบทเฉพาะแต่ละหน่วยแตกต่างกัน เช่น การบริหารในระดับกระทรวงระดับจังหวัดหรือระดับอำเภอ การบริการจะอยู่ในระดับพื้นที่อำเภอหรือพื้นที่ตำบลซึ่งแต่ละระดับมีการทำงานเชื่อมโยงกันอย่างไร้รอยต่อมีการดำเนินงานอย่างกลมกลืน มีเป้าหมายเดียวกันคือ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานได้รับบริการทันตกรรมที่มีคุณภาพ มีสุขภาพช่องปากที่ดี ซึ่งการดำเนินงานเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานตามรูปแบบการพัฒนา DDS CG UBONRATCHATHANEE DENTAL HEALTH CARE เป็นรูปแบบใหม่ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่เกิดขึ้น มีที่มาจากบทบาทหน้าที่การมีส่วนร่วมของทีมงานภาคีเครือข่าย ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทันตบุคลากร ญาติของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และนักบริบาล (Caregiver) ที่



ร่วมกันมีบทบาททำงานภายใต้การมีข้อมูล (Data) ที่ถูกต้อง ครบถ้วน มีความเป็นปัจจุบัน มีสื่อที่ทันสมัยในการติดต่อสื่อสาร (Social4.0) มีการพัฒนาระบบให้ง่ายต่อการเข้าถึงบริการ (Dental Service Reorient) มีการพัฒนาศักยภาพทักษะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพและพัฒนาความรู้ทักษะของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ (Skill and Potential) ที่ทำงานโดยมีความเชื่อมโยงในการดำเนินงานร่วมกันตั้งแต่ร่วมศึกษานโยบาย ศึกษาบริบท ร่วมวางแผนร่วมปฏิบัติงานตลอดจนร่วมติดตามเยี่ยมเสริมพลัง (Strong Empowerment) ถอดบทเรียนร่วมกันทำให้ได้ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ในการดำเนินงานทุกหน่วยงานภาคีเครือข่ายมีความสำคัญตลอดจนนักบริหารสุขภาพ (Caregiver) ในพื้นที่ จะขาดหน่วยใดหน่วยหนึ่งไปไม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของชญาณิศ เขียวสด และคณะ (2553) มีผลการศึกษาที่พบปัจจัยสู่ความสำเร็จของงานวิจัยนี้เกิดจากการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาของผู้แทน ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องของพื้นที่ทำให้เกิดมีนวัตกรรมดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่เขตการสาธารณสุขที่ 10 และ 12 ซึ่งสามารถใช้เป็นแหล่งศึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้บริบทของพื้นที่ สุธา เจริมณิโชติชัย (2553) ได้ศึกษาการพัฒนาระบบบริการทันตสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น พบว่า ควรกำหนดบริการทันตสุขภาพผู้สูงอายุโดยบูรณาการในนโยบายสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งสนับสนุนให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลอนามัยช่องปากตนเอง การกระจายทันตบุคลากรให้ครอบคลุมหน่วยบริการระดับตำบล และสร้างระบบส่งต่อจากบริการโดยภาคประชาชนไปยังภาครัฐ เพื่อการบริการทั้งระบบอย่างครบวงจร ตลอดจนพัฒนาระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เพื่อประกอบการพิจารณา กำหนดนโยบายเพื่อการดูแลทันตสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป พรทิพย์ สวงนพันธ์ุ และฐิติพร ศิริบุรณนท์ (2556) นำเสนอรายงานการวิจัย พบว่า พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้านทันตสุขภาพได้ และควรส่งเสริมให้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยด้านทันตสุขภาพเพิ่มขึ้น Eve Wittenberg and Lisa A. Prosser, 2013 รายงานการทบทวนวรรณกรรมที่มีคนเคยศึกษา ในปี 2012 เกี่ยวกับเรื่องของการข้อเสียของการเจ็บป่วยสำหรับผู้ดูแลและครอบครัว พบว่า ความรุนแรงหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแล้วแต่มีผลกระทบต่อคนที่เป็นผู้ดูแล หรือคนในครอบครัวทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็น กระบวนการเงิน เวลา และการดำเนินชีวิต เพราะฉะนั้นการบริหารจัดการที่ดี ผู้ดูแลที่มีความรู้เพียงพอสามารถที่จะรับมือและจัดการกับปัญหาของโรคที่เกิดขึ้นกับคนในครอบครัวได้ จะเป็นการช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งต่อตนเองและส่วนรวมได้ ดังนั้นการมีส่วนร่วมในการดูแล การบริหารจัดการจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะขาดหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งหรือใครคนใดคนหนึ่งไปไม่ได้

5.2.2 ความต้องการการดูแลจากนักบริหารสุขภาพผู้สูงอายุ (Caregiver) ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน พบว่าผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มทั้งกลุ่มที่ไม่มีนักบริหารดูแลและกลุ่มที่มีนักบริหารดูแล มีระดับความต้องการการดูแลจากนักบริหารสุขภาพผู้สูงอายุ (Caregiver) อยู่ในระดับสูง คือ ต้องการให้นัก

บริบาลมีบทบาทในการประเมินสุขภาพช่องปากให้กับตนเอง และนำข้อมูลจากการประเมินสุขภาพช่องปากมาจัดทำข้อมูลส่วนบุคคลให้กับตนเองและมาติดตามดูแลอย่างสม่ำเสมอเพราะเป็นส่วนหนึ่งในการเสริมสร้างให้สุขภาพช่องปากที่ดี สอดคล้องกับ Laiteerapong และคณะ (2011) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประเด็นผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมีความสัมพันธ์ในเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีความจำเป็นที่จะต้องหาวิธีการดูแลสุขภาพ การติดตาม ประเมินสุขภาพ และให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้สูงอายุ มีสุขภาพช่องปากที่ดี ไม่รุนแรง หรือสูญเสียฟันเพิ่มขึ้น Turk และคณะ (2013) ได้ศึกษาและรายงานวิจัยในประเทศสโลเวเนียถึงผลกระทบของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ควรได้รับคำแนะนำในด้านการดูแลตนเองให้เหมาะสม วิชชุตดา เนตตกุล (2551) รายงานการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ว่าผู้ป่วยเบาหวานทุกคนมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และแนวทางการดูแลตนเอง เพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติ แต่มีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง ขึ้นอยู่กับการสนับสนุนจากครอบครัว หรือคนใกล้ชิดหรือผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุด้วย ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รู้เรื่องโรคในช่องปาก และความสัมพันธ์ระหว่างโรคเบาหวาน กับการเป็นโรคปริทันต์ จึงควรจัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่องจริงจัง ให้ผู้ป่วยเบาหวานได้เรียนรู้ และตระหนักถึงการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ต้องการได้รับการดูแลจากนักบริบาล (Caregiver) อยู่ในระดับสูง

5.2.3 ผลกระทบจากสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (OIDP) Index พบว่า โดยรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เช่น ด้านกายภาพ คือ ผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก การทำความสะอาดช่องปาก การแปรงฟัน ไม่มีฟันเคี้ยวอาหาร เคี้ยวอาหารไม่สะดวก และด้านสังคม คือ รู้สึกไม่สนุกสนาน ไม่อยากออกไปพบปะผู้คน จากการสอบถามบางรายรู้สึกเขินอายเวลายิ้มบ้างเล็กน้อยเนื่องจากไม่มีฟัน Turk และคณะ (2013) ได้ศึกษาและรายงานวิจัยในประเทศสโลเวเนียถึงผลกระทบของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ควรได้รับคำแนะนำในด้านการดูแลตนเองให้เหมาะสม สิทธิเดช สุขแสง และคณะ (2556) ศึกษาเรื่องปัญหาสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (Quality of life) อย่างชัดเจน หากสุขภาพช่องปากดี และการมีปัญหาแล้วได้รับการแก้ไข ผู้สูงอายุก็จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ ยุพมาศ บุรณ์ชวาล (2556) ได้ศึกษาถึงระบบการฟื้นฟูระบบการบดเคี้ยว การพูด-การออกเสียง ความสวยงาม และความมั่นใจในการเข้าสังคม ที่มีผลกระทบและสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

5.2.4 ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานต่อการดูแล สุขภาพช่องปากของตนเอง พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีนักบริบาลดูแลความรู้ด้านการ ดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีนักบริบาลดูแลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 0.58 คะแนน มีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่อง ปากสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีนักบริบาลดูแล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยพบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 1.12 คะแนน และมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่อง ปากที่ถูกต้องมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีนักบริบาลดูแล มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 0.72 คะแนน สอดคล้องกับ วัจน์กร ธรรมวณิชย์ และคณะ (2556) ได้มีการศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ มีผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวานเพียงอย่างเดียว อาจจะไม่ส่งผลถึงสภาวะความ พริ้วของผู้ป่วยเบาหวานที่จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีสุขภาพช่องปากที่ดีได้ จึงควรให้ความสำคัญกับการ สร้างความตระหนักให้เกิดพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพควบคู่ไปด้วย วิชชุตา เนตตกุล (2551) รายงานการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ว่าผู้ป่วยเบาหวานทุกคนมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและแนว ทางการดูแลตนเอง เพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติ แต่มีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง ขึ้นอยู่กับการสนับสนุนจากครอบครัว หรือคนใกล้ชิด ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ช่องปาก ก่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากตนเองที่ถูกต้องต่อไป

5.2.5 กระบวนการพัฒนารูปแบบเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น โรคเบาหวานจังหวัดอุบลราชธานี มีกระบวนการพัฒนาทั้งหมด 2 วงรอบพัฒนา 9 กิจกรรม วงรอบที่ 1 คือ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 แต่งตั้งทีมวิจัยและคัดเลือก ผู้เข้าร่วมวิจัยโดยเชิญและจัดประชุมชี้แจงคณะทำงาน เป็นการดำเนินงานเพื่อให้ทีมวิจัยร่วมกัน ดำเนินงานในพื้นที่และเพื่อให้คณะทำงานเข้าใจวัตถุประสงค์พร้อมทั้งแนวทางการดำเนินการวิจัย ร่วมกัน กิจกรรมที่ 2 ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น โรคเบาหวาน โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม กิจกรรมที่ 3 นำข้อมูลจากการศึกษาจากชั้นวางแผน เป็นข้อมูลพื้นฐานนำเข้าไปใช้ในการกำหนดรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น โรคเบาหวาน ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) กิจกรรมที่ 4 ประชุมเชิงปฏิบัติการในการจัดทำ แผนการดำเนินงาน กิจกรรมที่ 5 คณะทำงานนำรูปแบบที่ได้ไปทดลองใช้ในพื้นที่ กิจกรรมที่ 6 พัฒนา ระบบการจัดทำข้อมูลและนำเข้าข้อมูลจากการถอดบทเรียน กิจกรรมที่ 7 ขยายการฝึกทักษะการดูแล สุขภาพช่องปากเฉพาะด้าน กิจกรรมที่ 8 ส่งต่อผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและมีปัญหาสุขภาพ ช่องปากให้ได้รับการรักษาครบทุกราย ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) และขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) กิจกรรมที่ 9 การกำกับติดตาม เพื่อเสริมพลังของคณะทำงานและถอด บทเรียน ซึ่ง 2 วงรอบการพัฒนา 9 กิจกรรมนี้เกิดขึ้นได้เพราะการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องใน

การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ สอดคล้องกับ ขวัญจิตร ชมพูวิเศษ, 2560 ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม สำหรับชมรมผู้สูงอายุ ตำบลเหล่าหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุสำหรับชมรมผู้สูงอายุตำบลเหล่าหลวง ประกอบด้วย คือ การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ การวางแผนปฏิบัติการร่วมกับทันตแพทย์ ทันตภิบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การปฏิบัติการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน การประเมินผลการปฏิบัติการ และการเรียนรู้จากการปฏิบัติแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พิชราวารณ ศรีศิลป์ นันทน์ (2557) ได้ทำโครงการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาทันตแพทย์และทีมทันตบุคลากรเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากของผู้พิการเกิดการพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพช่องปากต้นแบบและระบบส่งต่อผู้พิการแบบบูรณาการระหว่างชุมชน โรงพยาบาลชุมชนและคณะทันตแพทยศาสตร์ ให้บริการทางทันตกรรมสำหรับผู้พิการเน้นการวางแผนทางกายภาพที่ดีเพื่อช่วยให้การทำงานในคลินิกทันตกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้พิการสะดวกมากยิ่งขึ้น โดยกระบวนการเน้นการจัดทำแผนที่ชัดเจน เสริมพลังครอบครัว ผ่านการเยี่ยมบ้าน เอื้อให้เกิดการจัดการอำนาจเชิงความรู้ที่เหมาะสม มีการแลกเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากและสุขภาพโดยทั่วไป เน้นการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยมีการลงไปเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ เฉลี่ย 1-2 เดือน/ ครั้ง ทำให้สามารถดูแลได้อย่างต่อเนื่อง แผนการรักษาอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ได้มีการจัดการอย่างเหมาะสมค่อยเป็นไป นอกจากนี้ยังลดความรุนแรงของโรคที่จะเกิดขึ้นเพราะสามารถให้การรักษาได้อย่างทันทั่วที่มีจุดเชื่อมประสานวิชาชีพอื่น เพื่อการดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ และทำให้เกิดพัฒนาการในด้านการดูแลอย่างครอบคลุม ทั้งเรื่องสุขภาพช่องปาก กายภาพบำบัด และโรคประจำตัว ชญานิศ เขียวสด และคณะ (2553) พบว่า การดำเนินงานพัฒนาารูปแบบเป็นการมีส่วนร่วมของเครือข่ายต่าง ๆ มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ มีการดูแลผู้สูงอายุตามมาตรฐานโดยท้องถิ่นมีส่วนร่วม มีคู่มือการประเมินคุณภาพการดำเนินงานตามเกณฑ์ และมีการรายงานผลการดำเนินงาน เบญจพร สุธรรมชัย (2558) ศึกษาการสังเคราะห์รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ พบว่า การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นการจัดบริการที่เน้นเรื่องการดูแลที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยหรือการให้บริการดูแลเมื่อผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพหรือบุคลากรทางสาธารณสุข และ การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันปัญหาสุขภาพ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การส่งเสริมการถ่ายทอดภูมิปัญญา ศิลปวัฒนธรรม

5.2.6 ความรู้ ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและนักบริบาลสุขภาพ (Caregiver) ต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ พบว่าความรู้ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความรู้ของนักบริบาลสุขภาพ (Caregiver) หลังการพัฒนาารูปแบบมีคะแนนความรู้เพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาารูปแบบ โดยมีความแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับ ขวัญจิตร ชมพูวิเศษ (2560) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม สำหรับชมรมผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย มีผลต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) เช่นเดียวกับผลการวิจัยของ สุกัญญา ชาทิมนตรี และสมบุรณ์ ศิลาภุ (2555) ซึ่งพบว่า แกนนำผู้สูงอายุเห็นว่าตนเองมีความรู้ และใส่ใจในการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นเท่ากัน คือ ร้อยละ 90.0 และได้รับบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละ 86.0 สอดคล้องกับ ปิยมณฑท์ พฤกษชาติ และคณะ (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลกระทบของสุขภาพช่องปากสมรรถภาพในชีวิตประจำวันในผู้สูงอายุ พบว่า หลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุ โรคปริทันต์ การแปรงฟันที่ถูกต้อง การเลือกบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้อุปสรรคและการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุ โรคปริทันต์เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับ จูติพร ศิริบุรานนท์ (2554) ซึ่งพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริม การดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยผลกระทบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากน้อยกว่า และมีความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนต่อการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันเทียมมากกว่าก่อน การเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

5.2.7 ทักษะของ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและนักบริบาลสุขภาพ (Caregiver) ต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ ทักษะของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและทักษะของนักบริบาลผู้สูงอายุหลังการพัฒนารูปแบบมีคะแนนทักษะเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบ โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับ วันเพ็ญ สมหอม (2550) ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา พบว่า ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติทางทันต สุขภาพของเด็กนักเรียนประถมศึกษา และ ครอบครัวและชุมชนที่มีต่อการดูแลทันตสุขภาพ ของเด็กนักเรียนประถมศึกษา พบว่า ก่อนดำเนินโครงการ ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ ทางทันตสุขภาพของเด็กนักเรียนประถมศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.5, ร้อยละ 62.5 และร้อยละ 76.8) ภายหลังจากสิ้นสุด โครงการ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 66.0, ร้อยละ 66.0 และร้อยละ 58.0) ภาพรวม ระดับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ ทางทันตสุขภาพเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบก่อนดำเนิน โครงการ สอดคล้องกับ ธราทิพย์ ก้อนทอ (2557) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมประยุกต์การพัฒนาความสามารถในการดูแลช่องปากแบบใกล้ชิดต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของเด็กในปกครองของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็ก

เลือกผลการวิจัยพบว่า ทศนคติเกี่ยวกับเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ ของผู้ปกครองเด็กเล็ก หลังการทดลอง ผู้ปกครองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับเกี่ยวกับการดูแลทันต สุขภาพเด็กเล็ก มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p\text{-value}<0.001$ )

5.2.8 พฤติกรรม ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและนักบริบาลสุขภาพ (Caregiver) ต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและพฤติกรรมของนักบริบาลผู้สูงอายุหลังการพัฒนา รูปแบบมีคะแนนพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา รูปแบบ โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.001โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้น สอดคล้องกับ ขวัญเรือน ชัยนันท์ และคณะ (2561) ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรค เรื้อรัง เทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี พบว่า พฤติกรรม การเลือกบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพช่อง ปาก การดูแลสุขภาพช่องปาก และการรับรู้ ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก ดีกว่า ก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p< 0.05$ ) สอดคล้องกับ อุมพร ชมโฉม และคณะ (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ในนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้าน การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ระดับนัยสำคัญ ทางสถิติที่ 0.05 สอดคล้องกับ Bandura,1997 ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนที่กล่าวว่า ถ้าบุคคล สามารถรับรู้มีความเชื่อใน สมรรถนะตนเอง โดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้างเมื่อทำแล้วจะได้ผลตาม ที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะ ปฏิบัติตามด้วยความมั่นใจมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับ สิริลักษณ์ รสภิรมย์ (2556) ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองที่มีต่อ พฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐมพบว่า นักเรียนที่ได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองมีทักษะการ แปรรงฟันดีกว่านักเรียนที่ได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.2.9 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและนักบริบาล (Caregiver) ต่อ รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี สอดคล้อง กับ ขวัญจิตร ชมพูวิเศษ (2560) ศึกษาเรื่อง การพัฒนา รูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่อง ปากผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม สำหรับชมรมผู้สูงอายุ ตำบลเหล่าหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ภาย หลังการพัฒนา ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่อง ปากผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=3.80, SD.= 0.47) สอดคล้องกับ ณัฐวุฒิ พูลทอง (2559) ศึกษาเรื่องการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนบ้านโนน สง่า ตำบลชาง อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ พบว่า การวัดระดับความพึงพอใจในการดำเนินงานดูแล

สุขภาพผู้สูงอายุหลังการพัฒนาจำนวน 25 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับ จันทรเพ็ญ เกสรราช (2557) ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านเนินยง ตำบลเนินยง อำเภอเมืองสุรินทร์ พบว่า ครู ผู้ปกครองและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมและมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กในระดับสูง ผู้ปกครองมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) สอดคล้องกับ วสินเทียนกิ่งแก้ว (2554) ศึกษาเรื่องการประเมินผลโครงการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดกระบี่ พบว่า การประเมินผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ ของผู้สูงอายุในโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้ สูงอายุ พบว่าในภาพรวมผู้สูงอายุมีความพึงพอใจใน กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากที่จัดโดยชมรมฯอยู่ในระดับมาก

### 5.3 ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยเรื่องรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โดยบทบาทของนักบริบาล จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

#### 5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

5.3.1.1 การวิจัยครั้งนี้ พบว่า ได้รูปแบบใหม่ในการดำเนินงานคือ “DDS CG UBONRATCHATHANEE DENTAL HEALTH CARE” รูปแบบการดำเนินงานประกอบด้วย 2 วงรอบการพัฒนา 9 กิจกรรม คณะกรรมการดำเนินงานในอำเภอเป้าหมายที่ร่วมกระบวนการวิจัยสามารถนำรูปแบบการดำเนินงานไปใช้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในพื้นที่ของตนเองได้ส่งผลให้นักบริบาล (Caregiver) มีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายได้ เกิดการปรับระบบบริการในทุกระดับเชื่อมโยงกันตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่โรงพยาบาลแม่ข่าย ส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและส่งต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากไปรับการรักษาได้ครอบคลุม เกิดการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาร่วมขับเคลื่อนในทุกกระบวนการเป็นพลังของภาคีเครือข่ายมีการเยี่ยมเสริมพลังที่บ้านอย่างใกล้ชิดส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและมีความสามารถพึ่งตนเองได้ (Self Care) เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานได้รับการดูแลสุขภาพช่องปาก มีสุขภาพช่องปากที่ดีอย่างยั่งยืน ดังนั้นควรนำรูปแบบกิจกรรมนี้กำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติงานในระดับจังหวัดต่อไป

5.3.1.2 จากผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการเยี่ยมเสริมพลังเป็นกิจกรรมที่ดีมาก เพราะเป็นการเยี่ยมให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ฝึกทักษะ สอนการดูแลตนเองอย่างใกล้ชิดที่บ้านให้แก่ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ดังนั้นควรมีการปรับปรุงระบบการติดตาม ควบคุม กำกับ การ ปฏิบัติงานของนักบริบาล (Caregiver) โดยมีกิจกรรมรูปแบบการเยี่ยมเสริมพลังจากทีมภาคีเครือข่าย ร่วมด้วยกับรูปแบบเดิม เพื่อเป็นการติดตามการดำเนินงานของนักบริบาล (Caregiver) ร่วมกับเป็น การเยี่ยมกลุ่มเป้าหมายที่บ้านร่วมกับนักบริบาล (Caregiver) ร่วมด้วย

5.3.1.3 ในด้านระบบการดูแลควรมีการจัดทำข้อมูลให้เป็นปัจจุบันสม่ำเสมอ เพื่อให้ นักบริบาล (Caregiver) ใช้เป็นฐานข้อมูลในการดูแลกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุม ควรเพิ่มระบบการ ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานโดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของนักบริบาล (Caregiver) เกี่ยวกับด้านทันตกรรมเพิ่มมากขึ้นเพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพของนักบริบาล (Caregiver) ให้มีความรู้ความสามารถและทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

5.3.1.4 กิจกรรมต่าง ๆ ควรมีความต่อเนื่องโดยการจัดทำแผนควบคุม กำกับ และ ปฏิบัติตามอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น โรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง เช่น การติดตาม การเยี่ยมเสริมพลัง การนำพาจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ฝึกทักษะให้เป็นระยะ ๆ เป็นต้น

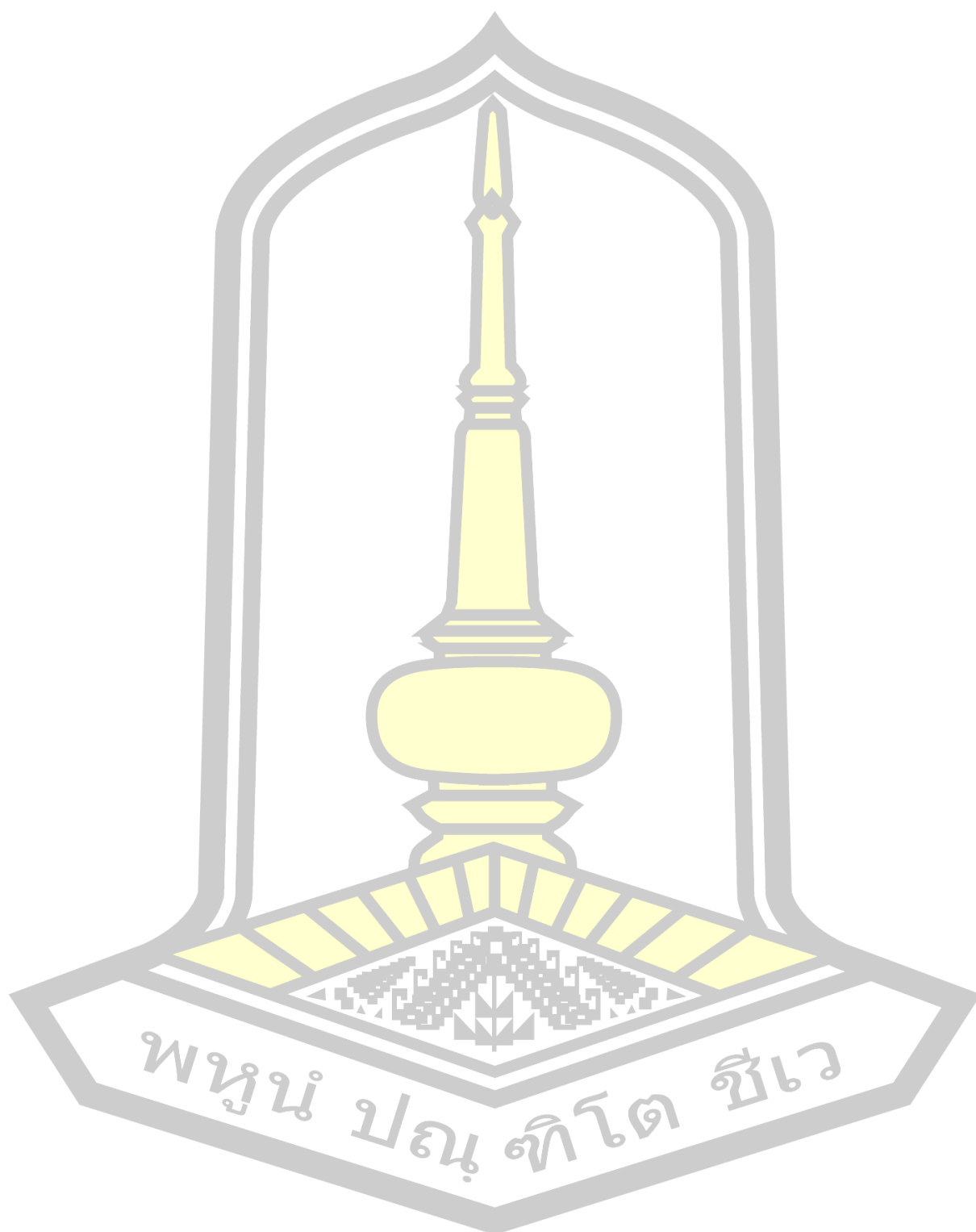
### 5.3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากแต่ละพื้นที่แต่ละแห่งมีจุดอ่อนจุดแข็งแตกต่างกัน มีจุดเด่นเป็นของตนเอง ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ดังนั้นควรมีการศึกษาจุดแข็งของแต่ละพื้นที่เพื่อนำไปสู่การเป็นศูนย์การ เรียนรู้หรือต้นแบบเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานต่อไป





บรรณานุกรม



## บรรณานุกรม

- กนกวรรณ นิสกกุลธร. (2550). โรคปริทันต์อักเสบ และการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. *วารสารปริทันต์วิทยา*, 4(1), 15–25.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กิตติพร ปัญญาภิบาล. (2549). *วิจัยเชิงปฏิบัติการ:แนวทางสำหรับครู*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ บริษัทนันทพันธ์พริ้นติ้งจำกัด.
- ขจร กังสดาลพิภพ. (2555). ระดับน้ำตาลในเลือด กับสถานะของโรคปริทันต์ ในพนักงานผู้สูงอายุ ของการ ไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย. *วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์*, 57(6), 110–120.
- ขวัญจิตร์ ชมพูวิเศษ. (2560). การพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วม สำหรับชมรมผู้สูงอายุ ตำบลเหล่าหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา*, 18(2), 58–62.
- ขวัญเรือน ชัยนันท์และคณะ. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 51(1), 58–69.
- จันทร์เพ็ญ เกสรราช. (2557). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ในเด็กก่อนวัยเรียนศูนย์พัฒนา เด็กเล็กวัดบ้านเจียง ตำบลเจียง อำเภอมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์. *วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*.
- ชญาณิช เขียวสด และคณะ. (2553). *การศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ด้วย การบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน*. กรุงเทพฯ: บทความวิจัยทันตสาธารณสุข กลุ่มผู้สูงอายุ สำนักงานทันต สาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- ฐิติพร ศิริบุรานนท์. (2554). *ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียม*. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ณัฐฉา พิลาทอง. (2559). *การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนบ้านโนนสง่า ตำบลซาง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบุรีรัมย์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ธวัชชัย วรพงษ์. (2538). *หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ธราทิพย์ ก้อนทอง. (2557). ผลของโปรแกรมประยุกต์การพัฒนาความสามารถในการ ดูแลช่องปากแบบ ใกล้ชิดต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพของเด็กในปกครองของผู้ปกครองเด็ก ก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านตะตอบ ตำบลตะตอบ อำเภอมือง จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารทันตภิบาล*, 25(1), 110–120.
- ธิดา รัคนิวไลศักดิ์. (2555). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้ป่วยเบาหวานอำเภอบุรีรัมย์. *บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์*.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2535). *หลักการวิจัยเบื้องต้น*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาสน์.
- เบญจพร สุธรรมชัย. (2558). การสังเคราะห์รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แบบบูรณาการ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 24(6), 35–45.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2532). *การสอนสุขศึกษา ทฤษฎีและการประยุกต์*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- ประมอทย์ ปราสาทกุล. (2556). *สถานการณ์ผู้สูงอายุ: แนวโน้มและผลกระทบจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน*. เอกสารประกอบการประชุมประชาคมอาเซียนกับสังคมผู้สูงอายุ ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น วันที่ 12 ธันวาคม 2556: กระทรวงสาธารณสุข.
- ประวิต เอราวรรณ์. (2542). *การวิจัยในชั้นเรียน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ยูแพค.
- ปิยมณฑล พลกษชาติ และคณะ. (2554). ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลกระทบของสุขภาพช่องปากสมรรถภาพในชีวิตประจำวันในผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข*, 16(1), 45–59.
- พรทิพย์ สวางนพันธ์, จูติพร ศิริบุรานนท์, ดร.ธัญธรรวาชูร ดิสมุสสดี และธีระ ศิริบุรานนท์. (2556). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม*. ในงานประชุมวิชาการทันตสาธารณสุขแห่งชาติครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2545). *คุณภาพชีวิต (Quality of life)*. [ออนไลน์] ได้จาก: from <http://haamor.com/about/> [สืบค้นเมื่อวันที่ 2 ตุลาคม 2561].
- พัชรารวรรณ ศรีศิลป์ประนันท์. (2557). *ผลของการใส่ฟันเทียม ต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต. บทความวิจัยทันตสาธารณสุขกลุ่มผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- มัลลิกา สมพร. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติตนด้านทันตสุขภาพของผู้ป่วย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- ยาใจ พงษ์บริบูรณ์. (2537). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. *วารสารศึกษาศาสตร์*, 14(2), 13–15.

- ยุพมาศ บุรณ์ชวาล. (2556). รายงานผู้ป่วย กรณีใช้ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ฐานโลหะแบบบานพับ-  
ลือคยัด. บทความวิจัยทันตสาธารณสุข กลุ่มผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วชิราพรรณ เทพิน. (2553). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ  
ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วรรณภา กุมารจันทร์. (2543). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วสิน เทียนกิ่งแก้ว. (2554). การประเมินผลโครงการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ จังหวัดกระบี่  
ปี 2554. กระบี่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่.
- วิจันทร ธรรมวณิชย์ และคณะ. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการดูแล  
ทันตสุขภาพกับสภาวะปริทันต์ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดบุรีรัมย์. ในการประชุม  
วิชาการทันตสาธารณสุข ครั้งที่ 2 ปี 2556 “มหกรรมตำบลพินดี.” กรุงเทพฯ: กระทรวง  
สาธารณสุข.
- วันเพ็ญ สมหอม. (2550). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการส่งเสริม  
ทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัด  
อุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย  
มหาสารคาม.
- วิชชุดา เนตตกุล. (2551). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน.  
วิทยาสารทันตสาธารณสุข, 13(2), 10-25.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช. (2537). การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล.  
วารสารพยาบาลศาสตร์, 12(4), 35-38.
- วิชญ์ ธรรมลิขิตกุล. (2555). ความสำคัญต่อระบบสุขภาพและแนวทางการควบคุมและป้องกัน.  
วารสาร วิจัยระบบสาธารณสุข, 6(13), 300-305.
- ศุภรัตน์ บุญนาค. (2543). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแลเด็ก  
อายุต่ำกว่า 1 ปี ในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศา  
ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สมจิตต์ หนูเจริญกุล. (2533). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล. กรุงเทพฯ:  
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมนึก ปฏิพานนท์. (2550). โรงเรียนสาธิตจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ฝ่ายมัธยม. วารสารพัฒนาการ  
เรียนการสอน, 1(2), 57 - 74.

- สร้งค์กภูมิ ดวงคำสวัสดิ์. (2539). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการใช้แรงงานสนับสนุนทางสังคมจากผู้นำชุมชนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงวัยเจริญพันธ์ อำเภอสระมิงาม จังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. (2553). *รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับ ประเทศไทย Synthesis of Long-term Care System for the Elderly in Thailand*. กรุงเทพฯ: ที คิว พี.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 = Population projections for Thailand 2010-2040*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2550). *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543-2573*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). *รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2558). *สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขประจำปี 2558*. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *รายงานสถานการณ์สถานะ สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สิทธิเดช สุขแสง และคณะ. (2556). *การประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยจัดฟันเพื่อการ ผ่าตัดกระดูกขากรรไกรที่คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาทันตแพทยศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.
- สิริลักษณ์ รสภิรมย์. (2556). *ประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถ ตนเองที่มีต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อำเภอมือง จังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ.

- สุกัญญา ขาติมนตรี และสมบุรณ์ ศิลากุล. (2555). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากใน  
 ชุมชน ผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุฟ้าประทาน ตำบลตาจางอำเภอละหานทราย จังหวัด  
 บุรีรัมย์. บุรีรัมย์: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาจาง อำเภอละหานทราย จังหวัด  
 บุรีรัมย์.
- สุธา เจียรณณีโชติชัย และคณะ. (2553). การพัฒนาการเรียนรู้ของนักเรียนประถมศึกษาด้านกระบวนการ  
 การวิจัยเรียนรู้วิจัย ตอนอาหารกับฟันผุ. วิทยาศาสตร์ทันตสาธารณสุข, 20(2), 52-61.
- สุวิมล ว่องวานิช. (2551). การวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์  
 มหาวิทยาลัย.
- องอาจ นัยพัฒน์. (2548). วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและ คุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์และ  
 สังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อนงค์ ผุดผ่อง. (2556). ผลกระทบของสภาวะช่องปากต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอำเภอคอนสาร  
 จังหวัด ชัยภูมิ. ในรวมบทความอผลงานวิชาการ(งานประชุมวิชาการทันตสาธารณสุข  
 แห่งชาติ ครั้งที่ 2 (p. 47). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- อรรรรณ น้อยวัฒน์. (2555). เครื่องมือที่ใช้ในการจัดการความรู้ออนไลน์. [ออนไลน์] ได้จาก:  
[http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/book55\\_4/km.html](http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/book55_4/km.html) [สืบค้นเมื่อ  
 วันที่ 2 ตุลาคม 2561].
- อุมาพร ชมโหมและคณะ. (2561). ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม  
 ป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์  
 ธานี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 14(1), 68-72.
- Andersen R.M. & Newman J.F. (1973). Societal and Individual Determinants of Medical  
 Care Utilization in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly-  
 Health and Society*, 51(1), 110.
- Babara A. Israel. (1985). Social Networks And Social Support: Implication for Natural  
 Helper and Community Level Interventions. *Health. Educ Bhav*, 12(1), 65-80.
- Bakas, T., Austin, J. K., Okonkwo, K. F., Lewis, R. R., & Chadwick, L. (2002). Needs,  
 Concerns, Strategies, and Advice of Stroke Caregivers the First 6 months  
 After Discharge. *Journal of Neuroscience Nursing*, 34(5), 242-252.
- Berkman, L.F. and Syme, S. (1979). Social Networks, Host Resistance and Mortality.  
*Am J Epidemiol*, 109(2), 186-204.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. 3rd ed. Englewood Cliffs New Jersey:  
 Prentice Hall. Inc.

- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: Academic Press.
- Bower, B. T. (1987). Intergenerational Caregiving : Adout Caregivings and Their Aging Parents. *Advanced in Nursing Science*, 9(2), 20–31.
- Caplan RD. (1976). *Adtering to Medical Regimens : Pilot Experimental in Patient Education and Social Support*. Ann Arbour: University of Macihigan.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psycho Med*, 21, 300–331.
- Eve Wittenberg and Lisa A. Prosser. (2013). Disutility of Illness for Caregivers and Families: a Systematic Review of the Literature. *Pharmacoeconomics*, 31(6), 489–500.
- Gift, H., & Redford, M. (1992). Oral Health and the Quality of Life. *Clinics in Geriatric Medicine*, 8(3), 673–683.
- Gottlieb, BH. (1985). *Social Support and Community Mental Health*. in Sheldon Cohen and S. Leonard Syme (eds.). New York: Academic Press.
- House, J. S. (1985). *Social Support and The Quality and Quantity of Life*. Ann Arbor: Univ. Mich.
- Ira, B. Lamster, et al. (2014). Periodontal Findings in Individuals with Newly Identified Pre- diabetes or Diabetes Mellitus. *Journal of Clinical Periodontology*, 45(8), 1055–1060.
- Kemmis, S. (1988). *Action Research in Retrospect and Prospect*. Deakin University Press, Geelong: Victoria.
- Kemmis, S. (1996). *Emancipatory Aspirations in a Postmodern Era*. London and Washington, D. C.: The Falmer Press.
- Kenneth M. Langa. (2002). Informal Caregiving Time and Costs for Urinary Incontinence in Older Individuals in the United States. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(4), 733–737.
- Laiterapong, N. Karter, A. J. Liu, J. Y. et al. (2011). Correlates of Quality of Life in Older Adults with Diabetes: the Diabetes & Aging Study. *Diabetes Care*, 34, 1749–1753.

- Langa, K., Vijan, S., Hayward, R. A., Chernew, M., Blaum, C. S., Kabeto, M., et al. (2001). Informal Caregiving for Diabetes and Diabetic Complications among Elderly Americans. *Michigan Retirement Research Center Research Paper No. WP*, 13(1), 110–119.
- Lewin, K. (1946). Action Research and Minority Problems. *Journal of Social Issues*, 2, 34–46.
- Matthew A Sede, & Ehizele, A. O. (2015). Oral Diseases and Diabetes: Nigerian Medical and Dental Caregivers' Perspective. *ORIGINAL ARTICLE*, 14(4), 193–199.
- Minkler, M. (1981). Research on the Health Effects of Retirement: An Uncertain Legacy. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(2), 117–130.
- Muoz, B. L., Postigo, M. S., Casado, V. I., & De Llanos, P. (2015). ELDERLY CAREGIVERS OF ELDERLY PEOPLE: BURDEN AND SOCIAL SUPPORT. *Revista de Enfermeria (Barcelona, Spain)*, 38(2), 52–58.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Parsons, S. (2013). Collaborative Oral Health Education for Caregivers in an Assisted-Living Facility. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(3), 44.
- Pilisuk, M. (1982). Delivery of Social Support: The Social Inoculation. *American Journal Orthopsychiatry.*, 5, 50.
- Population Reference Bureau. (2012). [Online]. from <https://assets.prb.org/pdf13/annual-report-2012.pdf> [Retrieved February 20, 2008].
- Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO]. (2005). *Assessment and management of foot ulcers for people with diabetes*. [Online]. from <http://mao.ca/bpg/guidelines> [Retrieved August 12, 2016].
- Shiue J, Sand M. (2016). Quality of Life in Caregivers with and Without Chronic Disease: Welsh Health Survey. *Journal of Public Health*, 38(1), 15–25.
- Turk, E. Rupel, V. P. Tapajner, A. et al. (2013). An Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life (ADDQOL) in Older Patients with Diabetes Mellitus Type 2 in Slovenia. *Value Health Reg.*, 2, 248 – 253.
- United Nations Children's Fund. (2012). *The State of the World's Children 2012: Children in an Urban World*. New York: UNICEF.

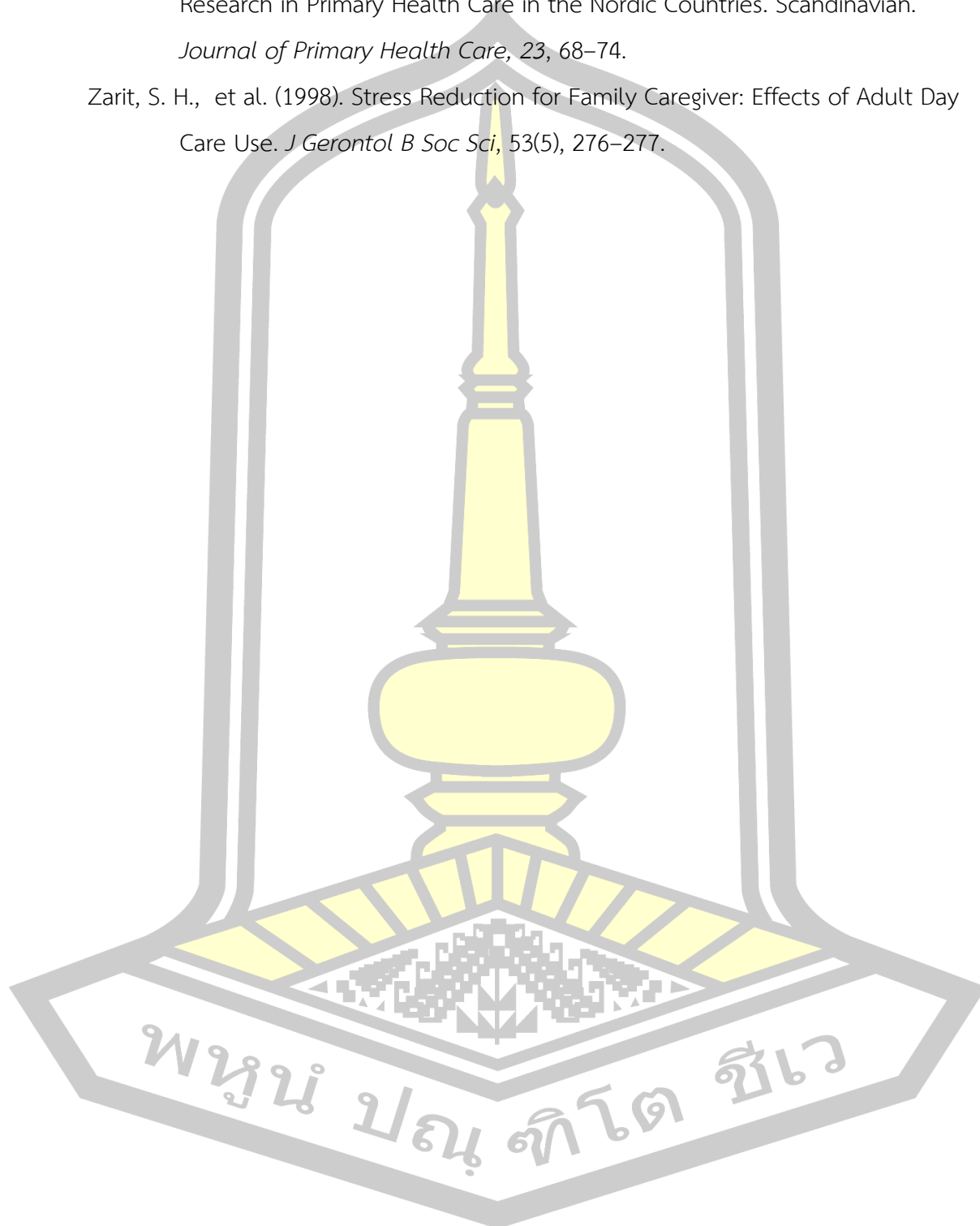


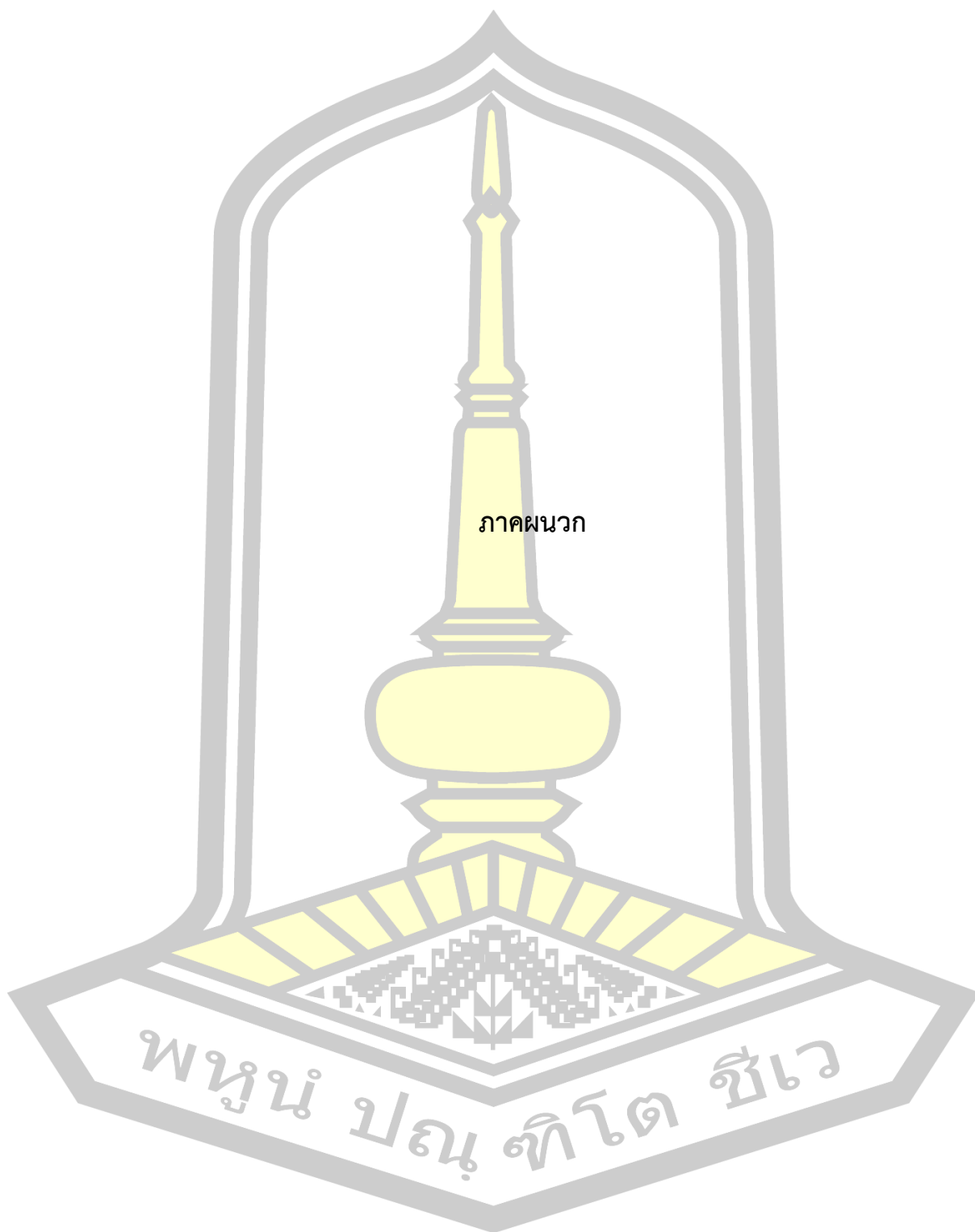
Wändell, P. E. (2015). Quality of Life of Patients with Diabetes Mellitus Anoverview of Research in Primary Health Care in the Nordic Countries. Scandinavian.

*Journal of Primary Health Care*, 23, 68–74.

Zarit, S. H., et al. (1998). Stress Reduction for Family Caregiver: Effects of Adult Day

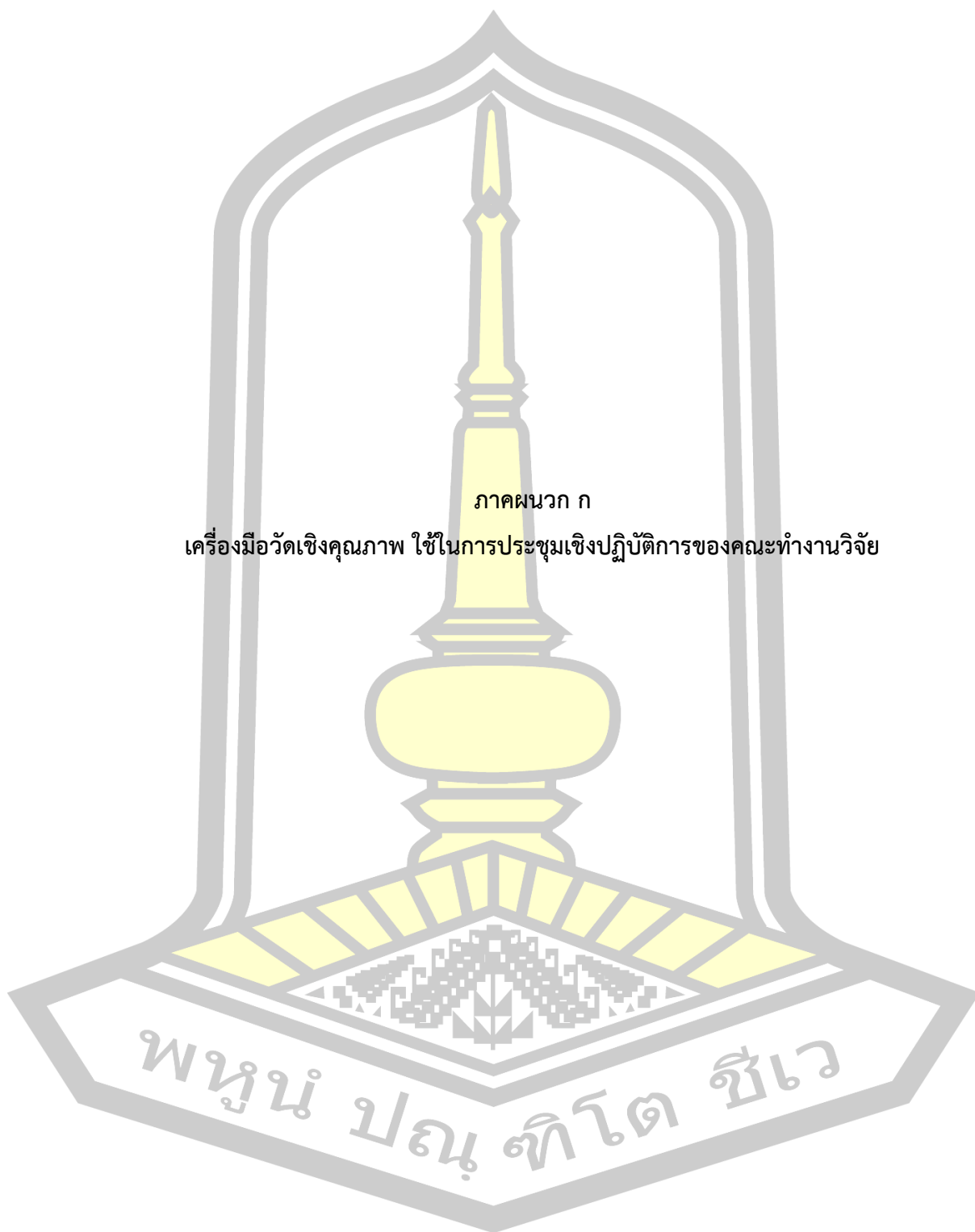
Care Use. *J Gerontol B Soc Sci*, 53(5), 276–277.





ภาคผนวก

พหุมนุ ปณ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ก

เครื่องมือวัดเชิงคุณภาพ ใช้ในการประชุมเชิงปฏิบัติการของคณะทำงานวิจัย

พหุจน์ ปณฺ ทิโต ชีเว

### แบบสอบถามชุดที่ 1 ประเด็นคำถามการประชุมเชิงปฏิบัติการ

**คำชี้แจง** เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน  
“ย้อนถึงอดีต คิดถึงปัจจุบัน ฝันถึงอนาคต”

1. ในอดีตที่ผ่านมาการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ในพื้นที่เป็นอย่างไร

ตอบ.....

.....

.....

.....

ปัญหาอุปสรรค.....

.....

.....

2. ในปัจจุบันการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ในพื้นที่เป็นอย่างไร

ตอบ.....

.....

.....

.....

ปัญหาอุปสรรค.....

.....

.....

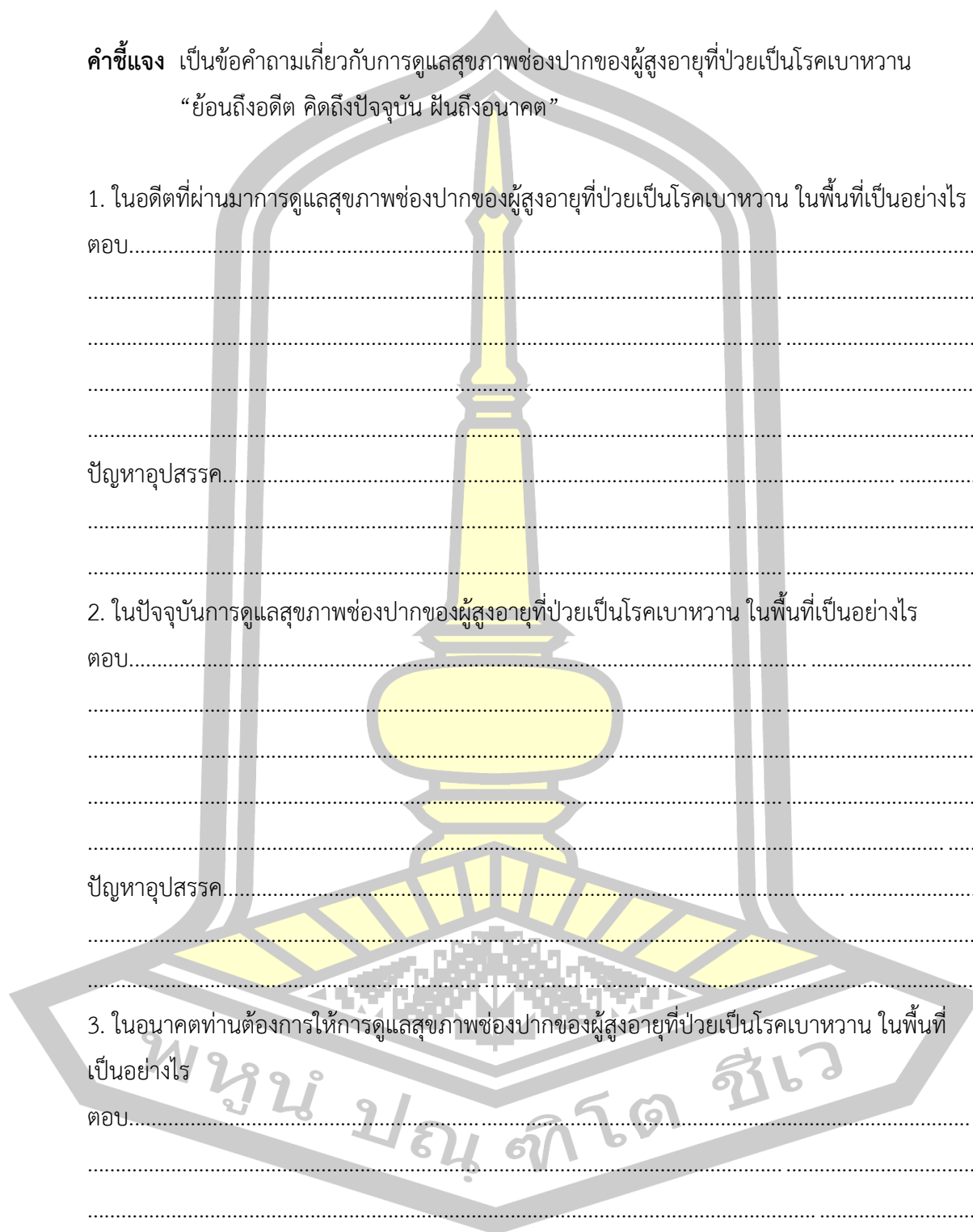
3. ในอนาคตท่านต้องการให้การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ในพื้นที่เป็นอย่างไร

ตอบ.....

.....

.....

.....



แบบสอบถามชุดที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของ  
ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

คำชี้แจง เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

1. ผู้สูงอายุมีวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากของตัวเองอย่างไรบ้าง

ตอบ.....  
.....  
.....

2. ใครมีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุบ้าง

ตอบ.....  
.....  
.....

3. ผู้สูงอายุได้รับการบริการเกี่ยวกับช่องปากจากที่ไหน อย่างไรบ้าง

ตอบ.....  
.....  
.....

4. นักบริบาล หรือ ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร

ตอบ.....  
.....  
.....

5. ผู้สูงอายุต้องการการดูแล ความช่วยเหลือ จากนักบริบาล หรือชุมชน หรือไม่ อย่างไร

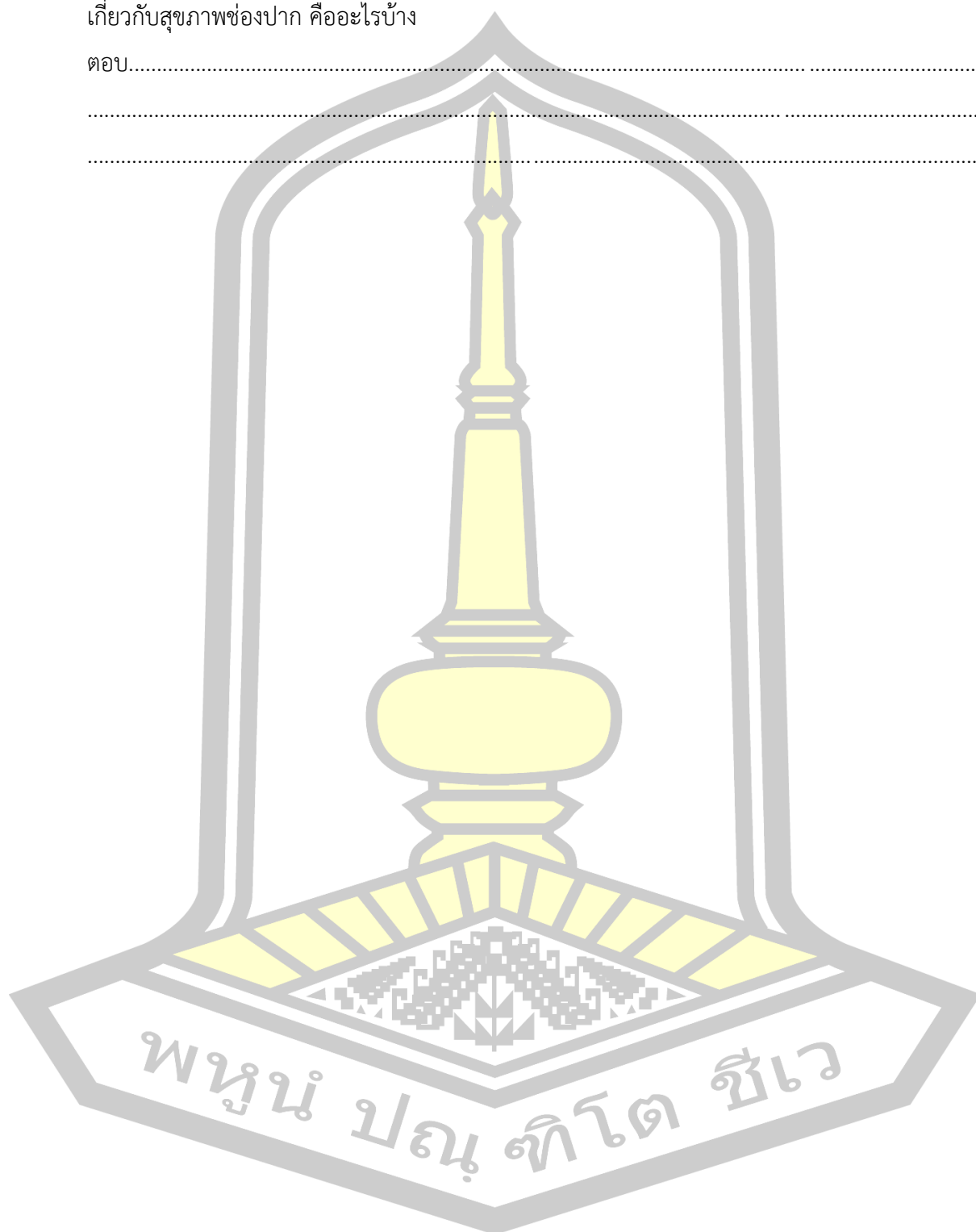
ตอบ.....  
.....  
.....

6. ผู้สูงอายุได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวต่างๆ จากเจ้าหน้าที่หรือไม่  
อย่างไรบ้าง

ตอบ.....  
.....  
.....

7. ความคาดหวังในการมารับบริการเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและข้อเสนอแนะในการมารับบริการเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก คืออะไรบ้าง

ตอบ.....  
.....  
.....



### แบบสอบถามชุดที่ 3 ประเด็นคำถามการประชุมเชิงปฏิบัติการ

**คำชี้แจง** เป็นข้อความเกี่ยวกับบริบทของนักบริหารในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

1. บทบาทหน้าที่ของนักบริหารในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยเบาหวาน มีอย่างไรบ้าง

ตอบ.....  
.....  
.....

2. การให้บริการหรือดูแลสุขภาพหรือสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน เป็นอย่างไรบ้าง

ตอบ.....  
.....  
.....

3. การให้บริการในการดูแลสุขภาพหรือสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ผ่านมา มีปัญหา หรืออุปสรรคหรือไม่ อย่างไร

ตอบ.....  
.....  
.....

4. แนวทางแก้ไขปัญหาและปรับปรุงเพื่อพัฒนาการจัดบริการสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยเบาหวาน มีแนวทางอย่างไรบ้าง

ตอบ.....  
.....  
.....

พญ. ปณ. ทิโต สีเว

### แบบสอบถามชุดที่ 4 ประเด็นคำถามการประชุมเชิงปฏิบัติการ

**คำชี้แจง** เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ของ นักบริหาร ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาล  
**ส่งเสริม**  
**สุขภาพตำบลในพื้นที่**

1. นักบริหารมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน อย่างไรบ้าง  
 ตอบ.....

.....

2. ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน อย่างไรบ้าง  
 ตอบ.....

.....

3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน อย่างไรบ้าง  
 ตอบ.....

.....

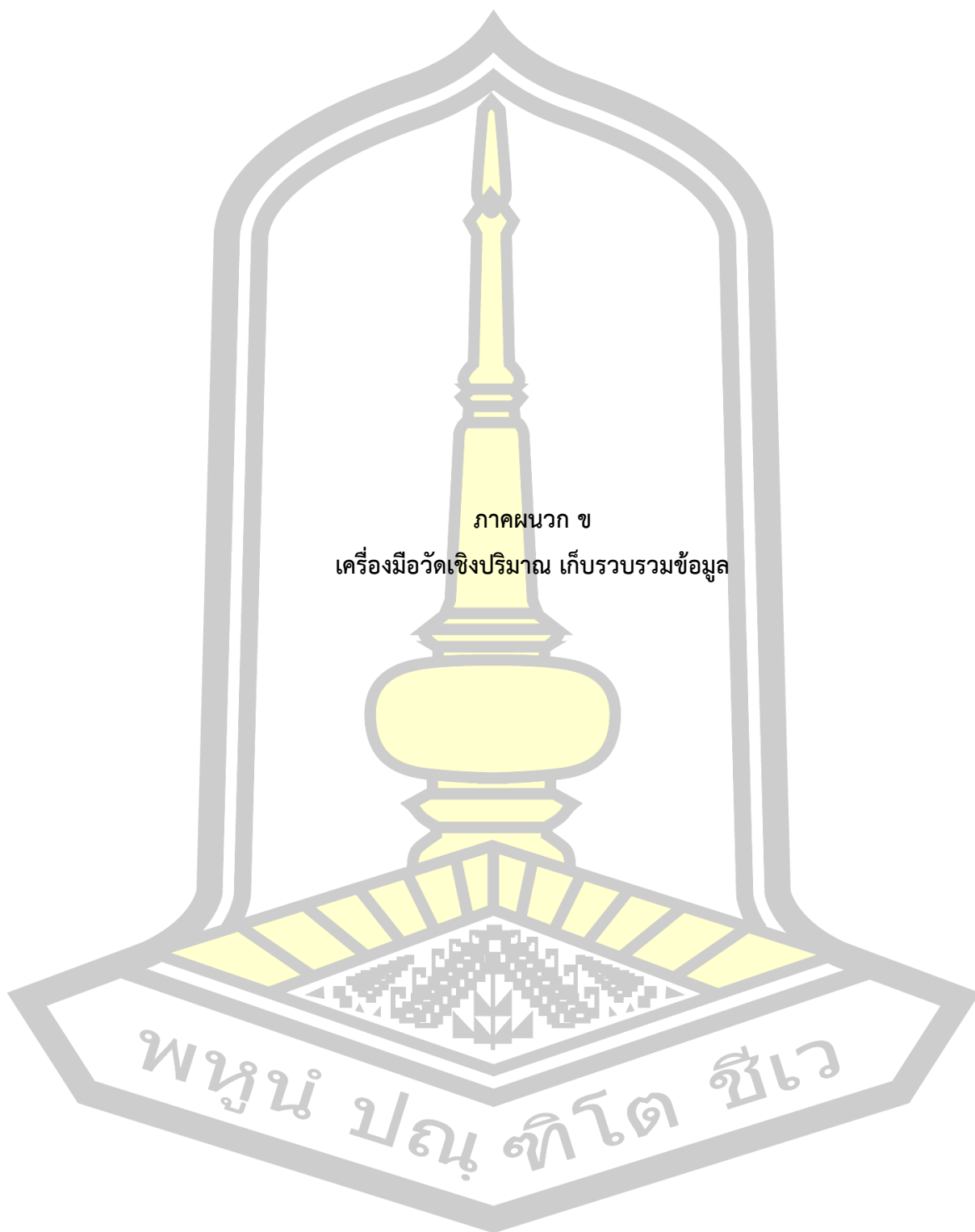
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน อย่างไรบ้าง  
 ตอบ.....

.....

พหุ ประเด็น ทิศ ชีวะ







ภาคผนวก ข  
เครื่องมือวัดเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมข้อมูล

พหุบัน ปณ ทิโต ชีเว

## แบบสอบถามชุดที่ 1

เรื่อง : แบบสอบถามความต้องการการดูแล โดยบทบาทของนักบริบาล (Caregiver) ของผู้สูงอายุ จังหวัดอุบลราชธานีและผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน (OIDP) Index คำชี้แจง

### 1. แบบสอบถามมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1.1 ศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยนักบริบาล (Caregiver) จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการวิจัยเรื่อง รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยบทบาทของนักบริบาล จังหวัดอุบลราชธานี

1.2 ศึกษาผลกระทบของสภาวะช่องปาก ฟันหรือฟันเทียมมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมา ว่ามีสภาวะช่องปาก ฟัน หรือฟันปลอม ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ บ่อยครั้งเพียงใดหรือปัญหาที่เกิดขึ้นรุนแรงเพียงใด

### 2. แบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้

2.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ

2.2 ส่วนที่ 2 ความต้องการการดูแลโดยบทบาทของนักบริบาล (Caregiver) ในเขตบริการสุขภาพ จังหวัดอุบลราชธานี แบ่งเป็น 4 ด้าน 14 ข้อ

1. ด้านบทบาทนักบริบาล
2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ
3. ด้านการป้องกัน
4. ด้านการดูแลรักษา

2.3 ส่วนที่ 3 ผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (OIDP) สำหรับผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ด้าน 8 ข้อ

1. ด้านกายภาพ
2. ด้านจิตวิทยา
3. ด้านสังคม

3. ในการสอบถามครั้งนี้ คำตอบของท่านจะถือเป็นความลับ ไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านแต่อย่างใด จึงขอให้ท่านตอบคำถามทุกข้อตามความเป็นจริง เพื่อจะเป็นประโยชน์ต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยบทบาทของนักบริบาล จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถาม ขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ทันตแพทย์หญิงน้ำเพชร ตั้งยิ่งยง

นิสิตปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วันที่เก็บข้อมูล.....

## แบบสอบถามส่วนที่ 1

ข้อมูล ลักษณะทางประชากรของผู้เข้าร่วมวิจัย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ( ) ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน พร้อมทั้งอธิบายเหตุผลลงในบรรทัดเส้น.....ด้วย

1. เพศของท่าน ( ) ชาย ( ) หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรสของท่าน ( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย/หย่า/แยก
4. ระดับการศึกษาของท่าน
  - ( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษาตอนต้น ( ) มัธยมศึกษาตอนปลาย
  - ( ) อนุปริญญา/หรือเทียบเท่า ( ) ปริญญาตรี ( ) ปริญญาโท ( ) ปริญญาเอก
5. อาชีพหลักของท่าน
  - ( ) รับจ้าง ( ) ทำนา/ทำสวน/ทำไร่ ( ) ค้าขาย
  - ( ) ข้าราชการ ( ) อื่น ๆ ระบุ.....
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนในครอบครัวของท่าน.....บาท
7. ประสบการณ์ได้รับการดูแลจากนักบริบาล (Caregiver) เป็นระยะเวลา.....ปี.....เดือน
8. ท่านเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโดยนักบริบาล หรือไม่
  - ( ) ไม่มี
  - ( ) มี
 จากแหล่งใด (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
  - ( ) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ( ) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ( ) วิทยุ
  - ( ) โทรทัศน์ ( ) สื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ( ) อื่น ๆ ระบุ.....
9. ปัจจุบันท่านใส่ฟันเทียมอยู่หรือไม่
  - ( ) ใช่
  - ( ) ไม่ใช่
10. ท่านเป็นผู้สูงอายุกลุ่มใด
  - ( ) ติดสังคมคือ สามารถออกไปข้างนอกบ้านเที่ยวเล่นกับเพื่อนบ้านได้
  - ( ) ติดบ้านคือ ช่วยเหลือตนเองได้ภายในบ้านแต่ไม่สามารถออกนอกบ้านไปเที่ยวเล่นกับเพื่อนบ้านได้
  - ( ) ติดเตียงคือ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

## แบบสอบถามส่วนที่ 2

.....  
 ข้อมูล ความต้องการการดูแลโดยบทบาทของนักบริบาล (Caregiver) ในเขตบริการสุขภาพ  
 จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 14 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) ตามความเป็นจริงมากที่สุด และอธิบายเหตุผลเพิ่มเติม  
 กรณีที่มีความต้องการ

### ด้านบทบาทของนักบริบาล

1. ท่านมีความต้องการให้นัก บริบาลตรวจประเมินสุขภาพช่องปาก ให้กับท่านหรือไม่

( ) ไม่ต้องการ

( ) ต้องการ

ต้องการอย่างไรบ้าง

.....  
 .....

2. ท่านมีความต้องการให้นักบริบาลจัดทำข้อมูลสุขภาพช่องปากของท่านหรือไม่

( ) ไม่ต้องการ

( ) ต้องการ

ต้องการอย่างไรบ้าง

.....  
 .....

3. ท่านมีความต้องการให้นักบริบาลดูแลสุขภาพช่องปากให้แก่ท่านหรือไม่

( ) ไม่ต้องการ

( ) ต้องการ

ต้องการอย่างไรบ้าง

.....  
 .....

พญนุ ฆนุ ทิโต สีเว

### ด้านการส่งเสริมสุขภาพ

4. ท่านมีความต้องการรับความรู้ด้านการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพช่องปากที่ดีจากนักบริบาลหรือไม่

( ) ไม่ต้องการ

( ) ต้องการ

ต้องการอย่างไรบ้าง

.....

.....

5. ท่านมีความต้องการให้นักบริบาลสอนวิธีการทำความสะอาดฟันเทียมให้แก่ท่าน หรือไม่

(หมายเหตุ: ข้อนี้เฉพาะผู้สูงอายุที่มีฟันเทียมเท่านั้น)

( ) ไม่ต้องการ

( ) ต้องการ

ต้องการอย่างไรบ้าง

.....

.....

6. ท่านมีความต้องการให้นักบริบาลสอนวิธีการแปรงฟันที่ถูกวิธีให้กับท่าน หรือไม่

( ) ไม่ต้องการ

( ) ต้องการ

ต้องการอย่างไรบ้าง

.....

.....

7. ท่านมีความต้องการให้นักบริบาลสอนวิธีการใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อทำความสะอาดฟัน หรือไม่

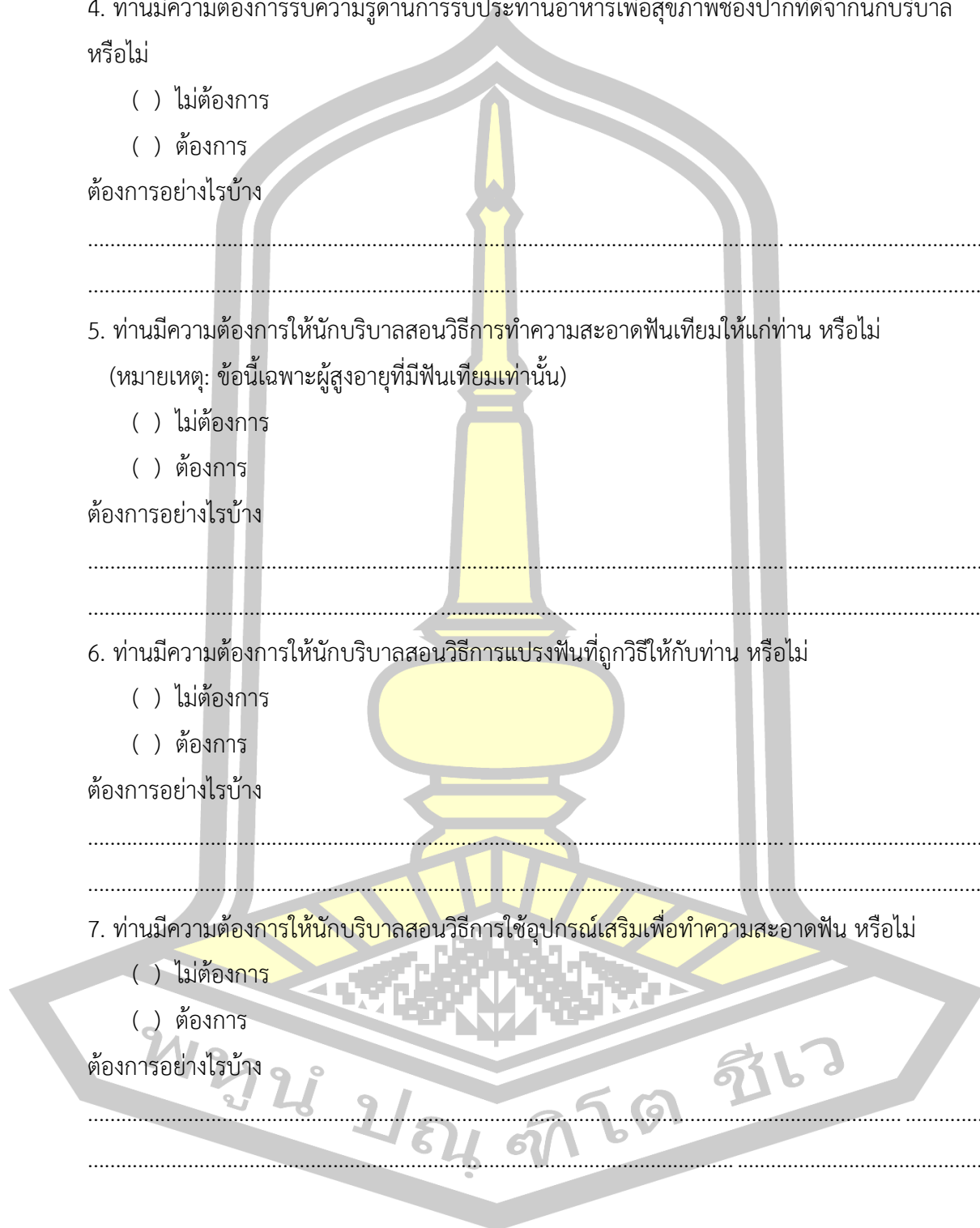
( ) ไม่ต้องการ

( ) ต้องการ

ต้องการอย่างไรบ้าง

.....

.....



### ด้านการป้องกัน

8. ท่านมีความต้องการให้นักบริบาลฝึกการตรวจสอบสุขภาพช่องปากให้แก่ท่านหรือไม่

( ) ไม่ต้องการ

( ) ต้องการ

ต้องการอย่างไรบ้าง

.....

.....

9. ท่านมีความต้องการให้นักบริบาลฝึกการปรุงประกอบอาหารเพื่อสุขภาพช่องปากให้แก่ท่าน หรือไม่

( ) ไม่ต้องการ

( ) ต้องการ

ต้องการอย่างไรบ้าง

.....

.....

10. ท่านมีความต้องการให้นักบริบาลสอนวิธีการรักษาความสะอาดช่องปากให้แก่ท่าน หรือไม่

( ) ไม่ต้องการ

( ) ต้องการ

ต้องการอย่างไรบ้าง

.....

.....

### ด้านการดูแลรักษา

11. ท่านมีความต้องการที่จะใส่ฟันเทียมทดแทนฟันแท้เพื่อสุขภาพช่องปาก หรือไม่

( ) ไม่ต้องการ

( ) ต้องการ

ต้องการอย่างไรบ้าง

.....

.....

พญ. ปณ. ศิโรต สุขเว

12. ท่านมีความต้องการที่จะชุดหินน้ำลาย หรือไม่

( ) ไม่ต้องการ

( ) ต้องการ

ต้องการอย่างไรบ้าง

.....

.....

13. ท่านมีความต้องการที่จะถอนฟัน หรือไม่

( ) ไม่ต้องการ

( ) ต้องการ

ต้องการอย่างไรบ้าง

.....

.....

14. ท่านมีความต้องการที่จะอุดฟัน หรือไม่

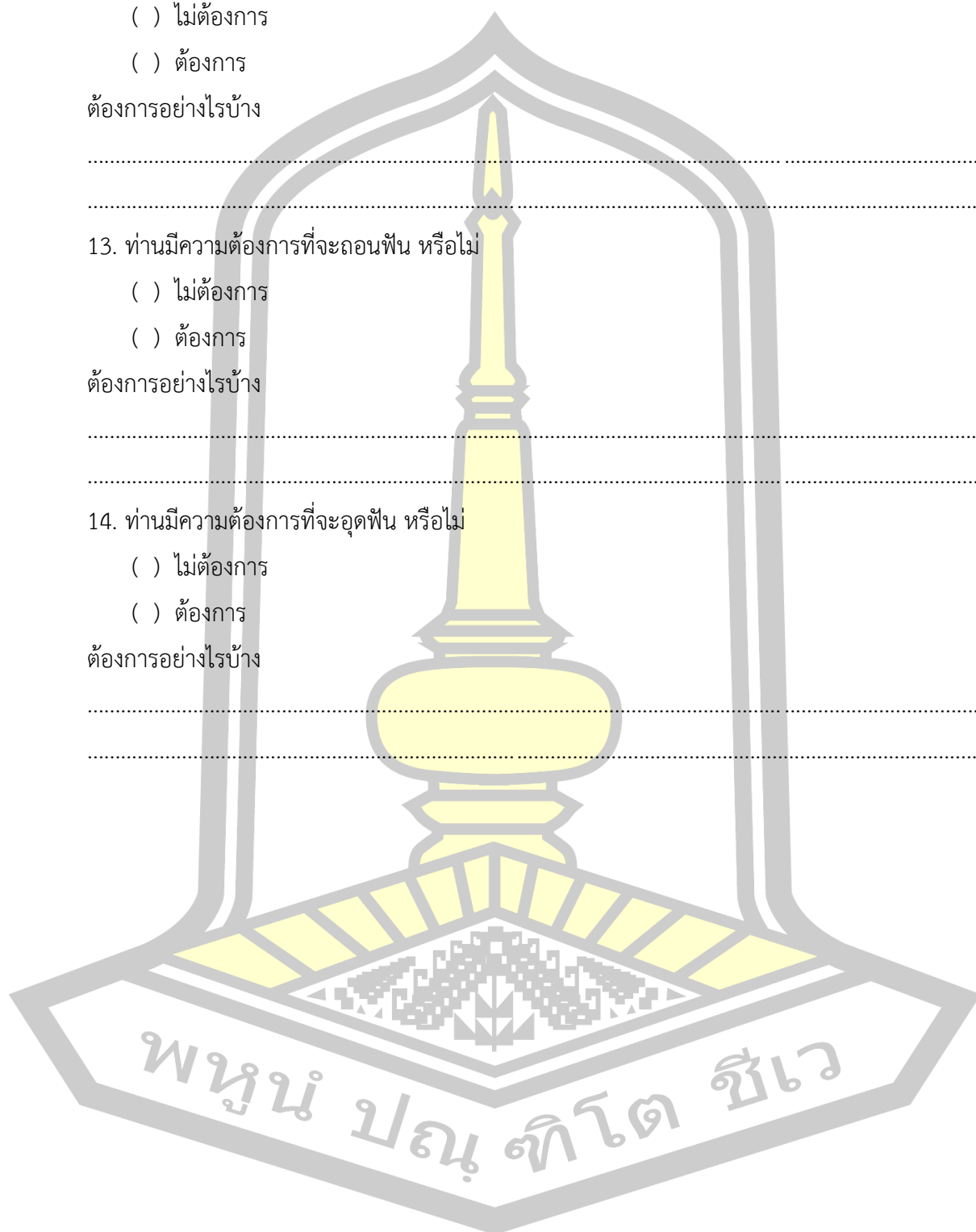
( ) ไม่ต้องการ

( ) ต้องการ

ต้องการอย่างไรบ้าง

.....

.....





### แบบสอบถามส่วนที่ 3

ข้อมูล เกี่ยวกับผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน (OIDP) Index  
สำหรับจังหวัดอุบลราชธานี

#### คำชี้แจง

สำหรับคำถามต่อไปนี้ อยากทราบว่าสภาวะช่องปาก ฟันหรือฟันปลอมของท่านมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของท่านในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมา อย่างไรบ้าง โดยอยากรู้ว่า ปัญหาเกี่ยวกับสภาวะช่องปาก ฟัน หรือฟันปลอม ทำให้ท่านไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ บ่อยครั้ง เพียงใดหรือท่านรู้สึกว่าเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นรุนแรงเพียงใด

กรุณาเติมค่าลงในช่องว่าง.....และทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) และ  ให้ตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด และอธิบายเหตุผลเพิ่มเติมกรณีที่พบปัญหาในแต่ละข้อ

#### ด้านกายภาพ

1. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาถึงปัจจุบันท่านพบปัญหาสุขภาพช่องปาก ฟันหรือฟันปลอมกระทบต่อการกินอาหารหรือไม่

- ( ) ไม่มี  
( ) มีบางครั้ง  
( ) มีเป็นประจำ

ถ้ามี มีสาเหตุมาจากอะไร

มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันอย่างไรบ้าง

2. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาถึงปัจจุบันท่านพบปัญหาการพูดออกเสียงไม่ชัดเจน เพราะปัญหาจากช่องปาก ฟันหรือฟันปลอมหรือไม่

- ( ) ไม่มี  
( ) มีบางครั้ง  
( ) มีเป็นประจำ

ถ้ามี มีสาเหตุมาจากอะไร

.....

.....

มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันอย่างไรบ้าง

.....

.....

3. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน ท่านพบปัญหาการทำความสะอาดช่องปากหรือการแปรงฟันหรือไม่

- ( ) ไม่มี
- ( ) มีบางครั้ง
- ( ) มีเป็นประจำ

ถ้ามี มีสาเหตุมาจากอะไร

.....

.....

มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันอย่างไรบ้าง

.....

.....

4. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน ท่านพบปัญหาการทำงาน การทำความสะอาดบ้านเรือน การทำอาหารหรือไม่

- ( ) ไม่มี
- ( ) มีบางครั้ง
- ( ) มีเป็นประจำ

ถ้ามี มีสาเหตุมาจากอะไร

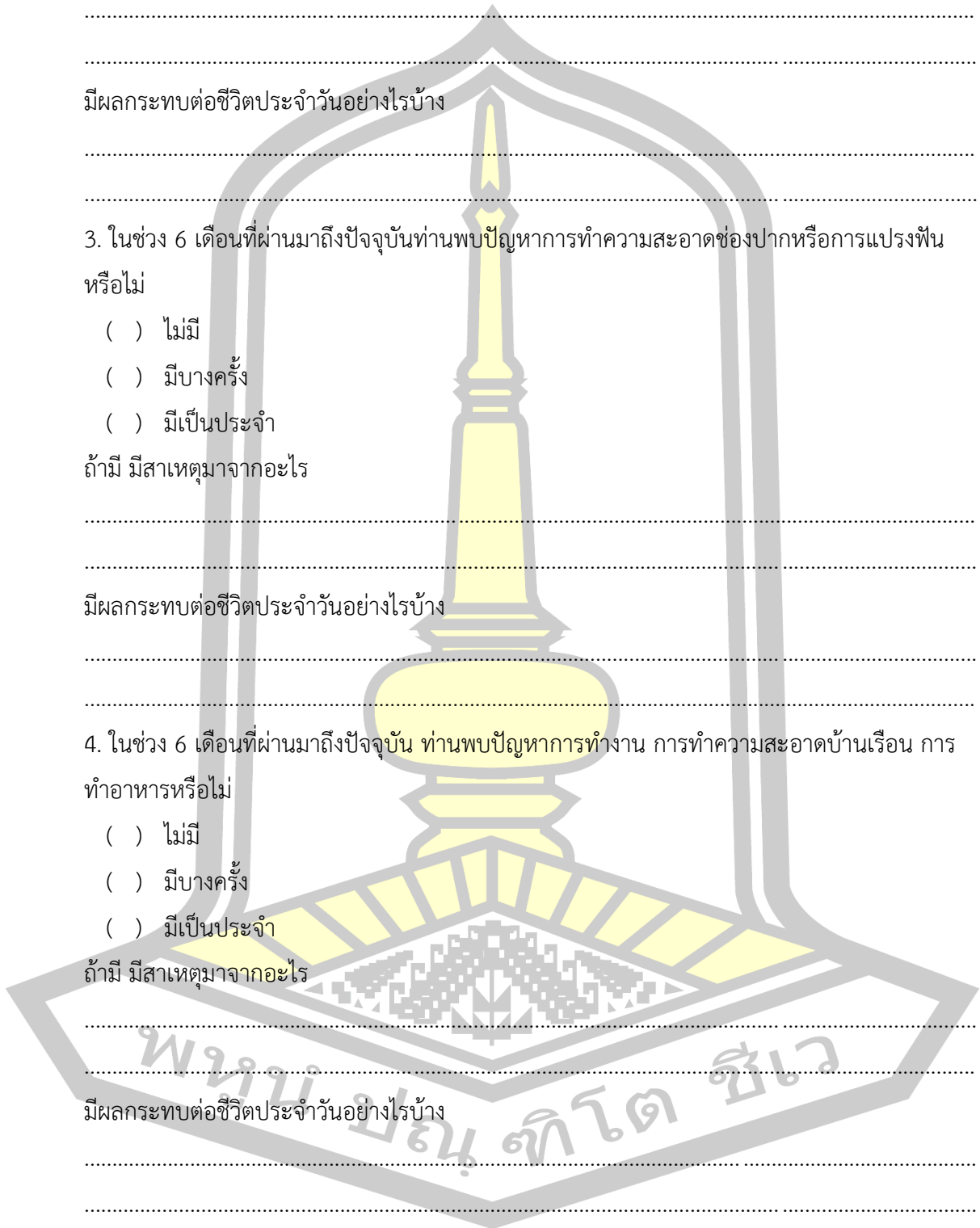
.....

.....

มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันอย่างไรบ้าง

.....

.....



### ด้านจิตวิทยา

5. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน ท่านเกิดปัญหาการพักผ่อนหรือนอนไม่หลับเพราะ ปัญหาจาก

ช่องปาก ฟันหรือฟันปลอม หรือไม่ ฟันหรือฟันปลอม หรือไม่

( ) ไม่มี

( ) มีบางครั้ง

( ) มีเป็นประจำ

ถ้ามี มีสาเหตุมาจากอะไร

.....

.....

มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันอย่างไรบ้าง

.....

.....

6. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน ท่านมีความรู้สึกไม่อยากยิ้มแย้มหรือหัวเราะ เพราะรู้สึกไม่

มั่นใจในสุขภาพช่องปากหรือฟันหรือไม่

( ) ไม่มี

( ) มีบางครั้ง

( ) มีเป็นประจำ

ถ้ามี มีสาเหตุมาจากอะไร

.....

.....

มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันอย่างไรบ้าง

.....

.....

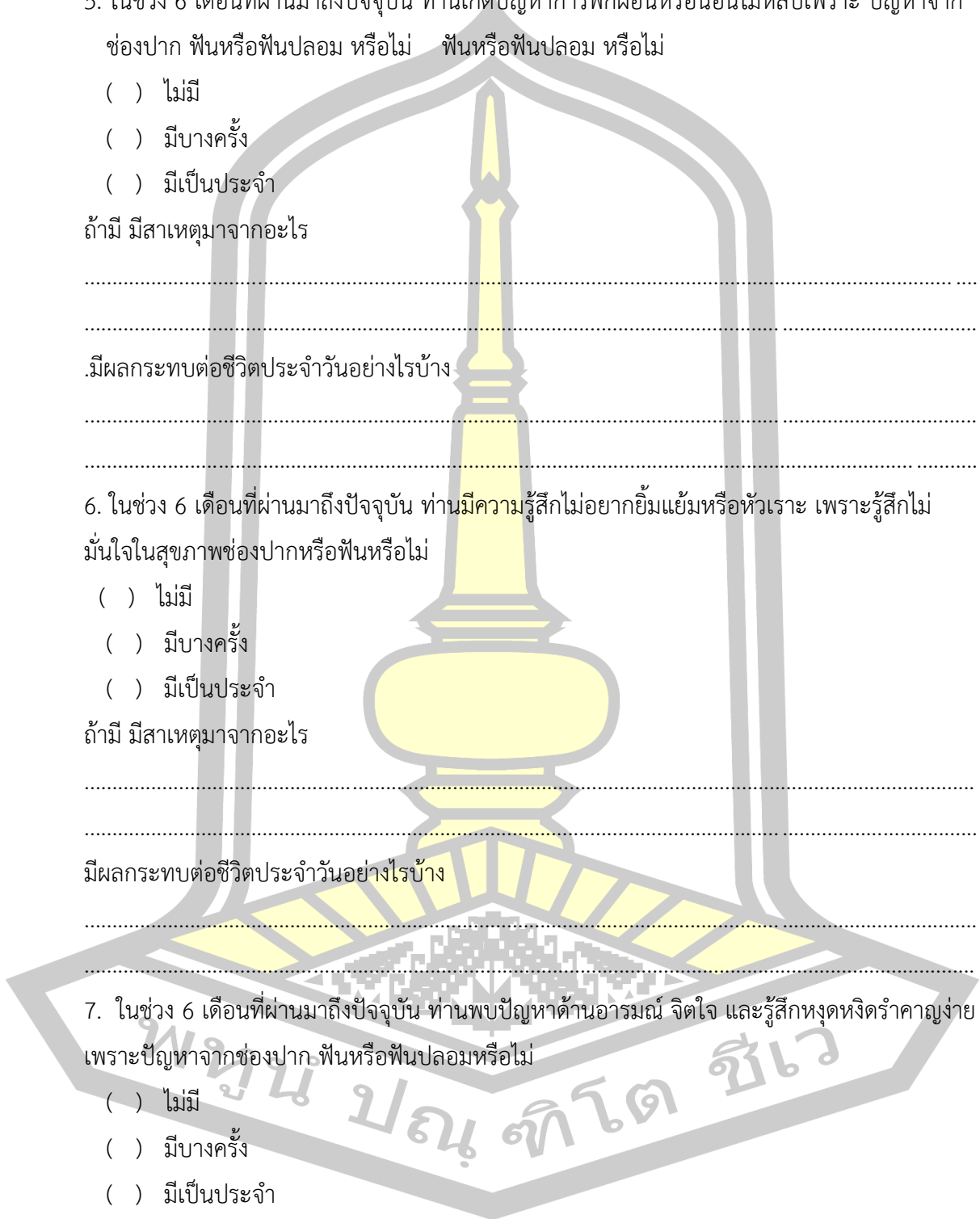
7. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน ท่านพบปัญหาด้านอารมณ์ จิตใจ และรู้สึกหงุดหงิดรำคาญง่าย

เพราะปัญหาจากช่องปาก ฟันหรือฟันปลอมหรือไม่

( ) ไม่มี

( ) มีบางครั้ง

( ) มีเป็นประจำ



ถ้ามี มีสาเหตุมาจากอะไร

.....

.....

มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันอย่างไรบ้าง

.....

.....

### ด้านสังคม

8. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน ท่านมีความรู้สึกไม่สนุกสนาน ไม่อยากออกไปพบปะผู้คน ไม่อยากออกไปพบปะญาติสนิทมิตรสหายเพราะปัญหาจากช่องปากฟันหรือฟันปลอมหรือไม่

- ( ) ไม่มี
- ( ) มีบางครั้ง
- ( ) มีเป็นประจำ

ถ้ามี มีสาเหตุมาจากอะไร

.....

.....

มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันอย่างไรบ้าง

.....

.....

ขอขอบพระคุณที่ให้ความกรุณาในการตอบแบบสอบถาม มา ณ โอกาสนี้

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว

## แบบสอบถามชุดที่ 2

เรื่อง : แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ การรับรู้ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของตนเอง และความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดำเนินงานในรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

### คำชี้แจง

1. แบบสอบถามมีวัตถุประสงค์เพื่อ
  - 1.1 ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง
  - 1.2 ศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง
  - 1.3 ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง
  - 1.4 ศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดำเนินงานในรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากโดยนักรับบริการ
2. แบบสอบถามมีทั้งหมด 6 ส่วน ดังนี้
  - 2.1 ส่วนที่ 1 ด้านข้อมูลทั่วไปทางประชากร 10 ข้อ
  - 2.2 ส่วนที่ 2 ด้านความรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง 18 ข้อ
  - 2.3 ส่วนที่ 3 ด้านทัศนคติของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง 10 ข้อ
  - 2.4 ส่วนที่ 4 ด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง 16 ข้อ
  - 2.5 ส่วนที่ 5 ด้านความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดำเนินงานในรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากโดยนักรับบริการ 8 ข้อ

3. ในการสอบถามครั้งนี้ คำตอบของท่านจะถือเป็นความลับ ไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านแต่อย่างใด จึงขอให้ท่านตอบคำถามทุกข้อตามความเป็นจริง เพื่อจะเป็นประโยชน์ต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถาม ขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ทันตแพทย์หญิงน้ำเพชร ตั้งยิ่งยง

นิสิตปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วันที่เก็บข้อมูล.....

## แบบสอบถามส่วนที่ 1

### ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้เข้าร่วมวิจัย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ( ) ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน พร้อมทั้งอธิบายเหตุผลลงในบรรทัดเส้น.....ด้วย

1. เพศของท่าน  
 ชาย     หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรสของท่าน  
 โสด     คู่     หม้าย/อย่า/แยก
4. ระดับการศึกษาของท่าน  
 ประถมศึกษา     มัธยมศึกษาตอนต้น     มัธยมศึกษาตอนปลาย  
 อนุปริญญา/เทียบเท่า     ปริญญาตรี     ปริญญาโท     ปริญญาเอก
5. อาชีพหลักของท่าน  
 รับจ้าง     ทำนา/ทำสวน/ทำไร่     ค้าขาย/อาชีพส่วนตัว  
 ข้าราชการ     อื่น ๆ ระบุ.....
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนในครอบครัวของท่าน.....บาท
7. ประสบการณ์ได้รับการดูแลจากนักบริบาล (Caregiver) เป็นระยะเวลา.....ปี.....เดือน
8. ท่านเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโดยนักบริบาล หรือไม่  
 ไม่มี  
 มี  
 จากแหล่งใด (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข     อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)     วิทยุ  
 โทรทัศน์     สื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ     อื่น ๆ ระบุ.....
9. ปัจจุบันท่านใส่ฟันเทียมอยู่หรือไม่  
 ใส่  
 ไม่ใส่
10. ท่านเป็นผู้สูงอายุกลุ่มใด  
 ดิดสังคม คือ สามารถออกไปข้างนอกบ้านเที่ยวเล่นกับเพื่อนบ้านได้  
 ดิดบ้าน คือ ช่วยเหลือตนเองได้ภายในบ้านแต่ไม่สามารถออกนอกบ้านไปเที่ยวเล่นกับเพื่อนบ้านได้  
 ดิดเตียง คือ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

## แบบสอบถามส่วนที่ 2

ข้อมูล ความรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง จำนวน 18 ข้อ  
คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตามความคิดเห็นของท่าน

หัวข้อ	ใช่	ไม่ใช่
<b>ด้านการทำความสะอาด</b>		
1. การแปรงฟันที่ถูกต้องคือ ใช้แปรงถูไป-มา แรงๆ ตามแนวนอนของฟัน		
2. แปรงสีฟันที่ดีต้องมีลักษณะ ด้ามแปรงตรง ขนแปรงไม่นุ่มหรือแข็งเกินไป		
3. ในการแปรงฟันทุกครั้งไม่จำเป็นต้องแปรงลิ้น		
4. ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ช่วยป้องกันฟันผุ		
5. การใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดซอกฟันช่วยให้ฟันสะอาด		
6. ผู้สูงอายุที่มีฟันเทียมทั้งปากควรบ้วนปากทำความสะอาดตอนตื่นนอน ตอนเช้าหลัง รับประทานอาหารและก่อนนอน		
7. ผู้สูงอายุที่มีฟันเทียมทั้งปากควรถอดฟันเทียมแช่น้ำตอนกลางคืน		
8. ผู้สูงอายุที่มีฟันแท้อย่างเดียวควรแปรงฟันทำความสะอาดช่องปากในตอนเช้า หลังอาหารกลางวันและก่อนนอน		
<b>ด้านภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก</b>		
9. การสูบบุหรี่ทำให้มีกลิ่นปากมีโอกาสเกิดโรคเหงือกอักเสบได้ง่ายกว่าคนไม่สูบบุหรี่		
10. อาหารที่มีลักษณะเหนียว ติดฟันจะทำให้เกิดโรคฟันผุ เช่น ลูกอม กาละแม่มากฝรั่ง		
11. การรับประทานอาหารระหว่างมือ การกินจุบจิบ ก่อให้เกิดฟันผุได้ง่าย		
12. หินปูนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเหงือกอักเสบ		
13. ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดแผลในช่องปากได้มากกว่าคนทั่วไป		
14. ผู้ป่วยเบาหวานต้องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนทำการถอนฟัน		
<b>ด้านการประเมินสภาวะสุขภาพช่องปาก</b>		
15. เมื่อพบว่าเหงือกของเราบวมแดงหรือมี เลือดออก สามารถรักษาเองได้ ไม่จำเป็นต้องไปพบทันตแพทย์		
16. ควรไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจฟันอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง		
17. การตรวจสุขภาพฟันด้วยตัวเองสามารถ ป้องกันโรคฟันผุได้		
18. เมื่อพบว่าฟันผุและมีอาการปวดควรไปพบ ทันตแพทย์ เพื่อทำการถอนฟันทันที		

### แบบสอบถามส่วนที่ 3

ข้อมูล ทศนคติของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 ข้อ  
คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) ตามความคิดเห็นของท่าน และอธิบายเหตุผลเพิ่มเติม

#### ด้านการแปรงฟัน

1. ท่านเชื่อว่าการแปรงฟันแรงๆ จะสะอาดมากกว่าแปรงเบาๆ

( ) ไม่เห็นด้วย ( ) ไม่แน่ใจ ( ) เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ

2. ท่านเชื่อว่าการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ช่วยป้องกันโรคเหงือกอักเสบ

( ) ไม่เห็นด้วย ( ) ไม่แน่ใจ ( ) เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ

3. ท่านเชื่อว่าแปรงสีฟันที่มีขนแปรงแข็งจะสามารถทำความสะอาดฟันได้สะอาดขึ้น

( ) ไม่เห็นด้วย ( ) ไม่แน่ใจ ( ) เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ

4. ท่านเชื่อว่าหากแปรงฟันมากกว่าวันละ 2 ครั้งทำให้เกิดฟันสึกได้

( ) ไม่เห็นด้วย ( ) ไม่แน่ใจ ( ) เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ

พญ. ปณ. ศิโรต สุขเว



### ด้านการรับประทานอาหาร/บุหรื/หมาก

5. ท่านเชื่อว่าการรับประทานอาหารประเภทแป้ง และน้ำตาล เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคเหงือกอักเสบ

( ) ไม่เห็นด้วย ( ) ไม่แน่ใจ ( ) เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ

.....

.....

6. ท่านเชื่อว่าการเคี้ยวหมากทำให้ฟันแข็งแรงขึ้น

( ) ไม่เห็นด้วย ( ) ไม่แน่ใจ ( ) เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ

.....

.....

7. ท่านเชื่อว่าการกินอาหารระหว่างมื้อ กินจุบจิบ ทำให้เกิดฟันผุได้ง่าย

( ) ไม่เห็นด้วย ( ) ไม่แน่ใจ ( ) เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ

.....

.....

8. ท่านเชื่อว่าการสูบบุหรี่ทำให้เกิดคราบหินปูน

( ) ไม่เห็นด้วย ( ) ไม่แน่ใจ ( ) เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ

.....

.....

### ด้านการตรวจสุขภาพช่องปาก

9. ท่านเชื่อว่าการตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตแพทย์ทุก 6 เดือน จะทำให้สุขภาพช่องปากดีขึ้นได้

( ) ไม่เห็นด้วย ( ) ไม่แน่ใจ ( ) เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ

.....

.....

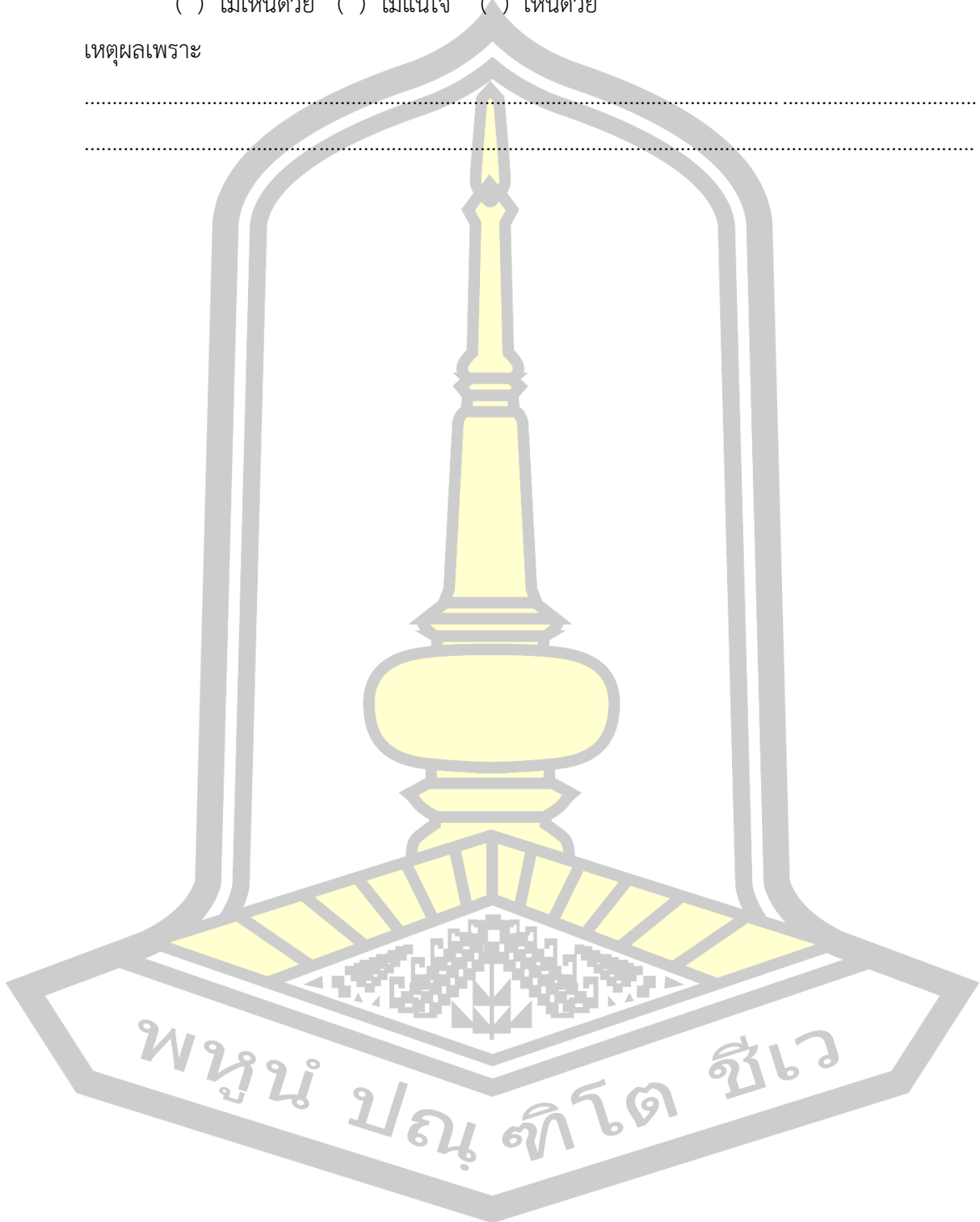
พูนุ มณู กิโต ชีเว

10. ท่านเชื่อว่าการตรวจสอบสุขภาพช่องปากด้วยตนเองจะทำให้มีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นได้

( ) ไม่เห็นด้วย ( ) ไม่แน่ใจ ( ) เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ

.....  
.....



### แบบสอบถามส่วนที่ 4

ส่วนที่ 4 ข้อมูลพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง  
จำนวน 16 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าถูกต้องและอธิบายเหตุผลเพิ่มเติม

เป็นประจำ หมายถึง วันเว้นวัน หรือ ทุกวัน

บางครั้ง หมายถึง นาน ๆ ครั้ง (1-3 วัน/สัปดาห์)

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย

#### ด้านการดูแลรักษาความสะอาด

1. ท่านใช้ไหมจิ้มฟันทำความสะอาดซอกฟัน

( ) เป็นประจำ ( ) บางครั้ง ( ) ไม่เคยปฏิบัติ

เพราะ

2. ท่านแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง

( ) ไม่เคยปฏิบัติ ( ) บางครั้ง ( ) เป็นประจำ

เพราะ

3. ท่านใช้เวลาแปรงฟันอย่างน้อย 2-3 นาที

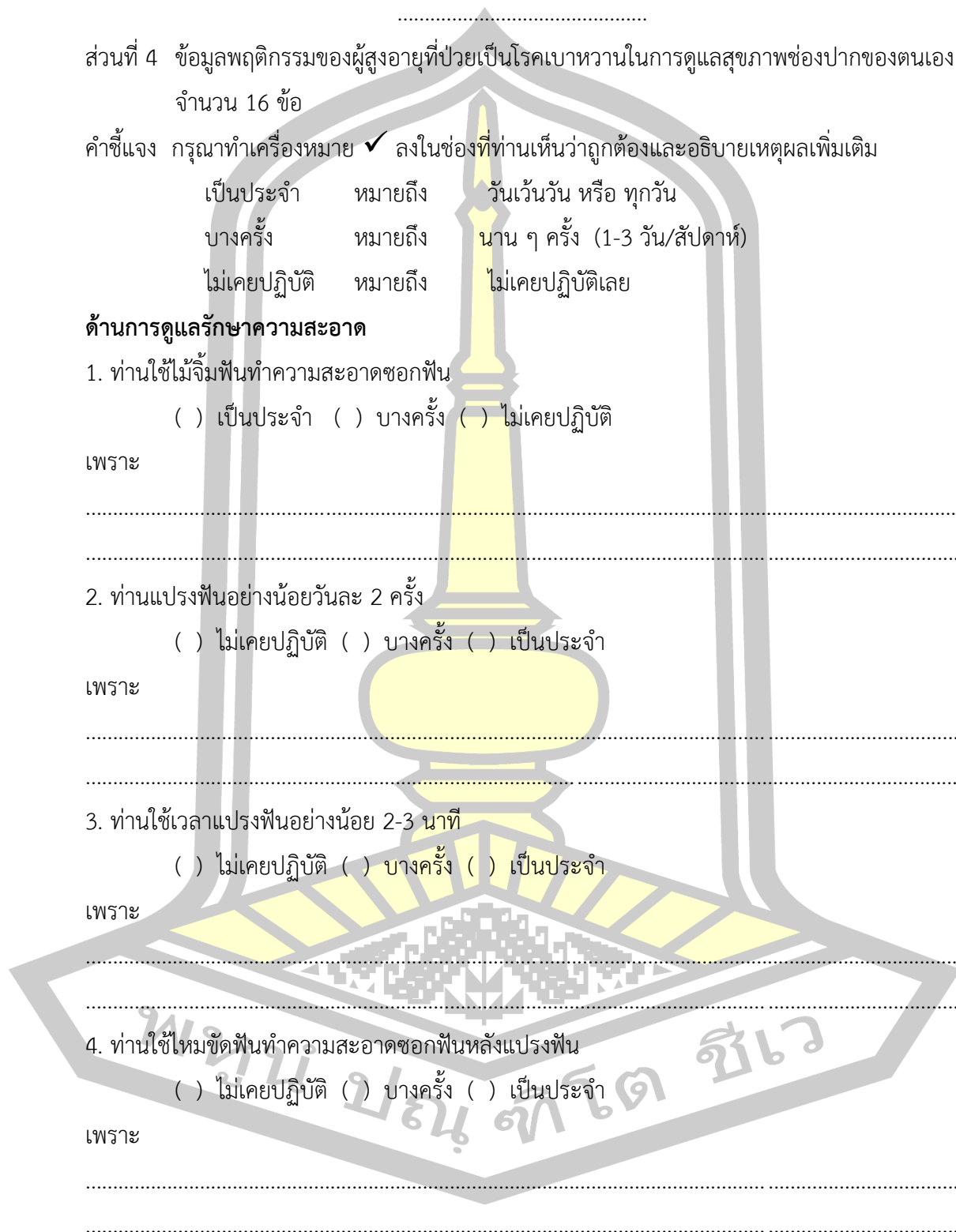
( ) ไม่เคยปฏิบัติ ( ) บางครั้ง ( ) เป็นประจำ

เพราะ

4. ท่านใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดซอกฟันหลังแปรงฟัน

( ) ไม่เคยปฏิบัติ ( ) บางครั้ง ( ) เป็นประจำ

เพราะ



5. ท่านแปรงฟันแรงๆ เพื่อให้ฟันสะอาด

เป็นประจำ  บางครั้ง  ไม่เคยปฏิบัติ

เพราะ

.....

.....

6. ท่านใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์

ไม่เคยปฏิบัติ  บางครั้ง  เป็นประจำ

เพราะ

.....

.....

7. ท่านแปรงลิ้นทุกครั้งหลังแปรงฟัน

ไม่เคยปฏิบัติ  บางครั้ง  เป็นประจำ

เพราะ

.....

.....

**ด้านการประเมินสุขภาพช่องปาก**

8. ท่านมีการตรวจสอบสุขภาพทั่วไปภายในช่องปากด้วยตนเอง

ไม่เคยปฏิบัติ  บางครั้ง  เป็นประจำ

เพราะ

.....

.....

9. ท่านมีการตรวจสอบสุขภาพฟันด้วยตนเอง

ไม่เคยปฏิบัติ  บางครั้ง  เป็นประจำ

เพราะ

.....

.....

พญ. ปณ. ศิโรต สุขเว

10. ท่านมีการตรวจสุขภาพเหงือกด้วยตนเอง

ไม่เคยปฏิบัติ  บางครั้ง  เป็นประจำ

เพราะ

.....

.....

**ด้านภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก**

11. ท่านสูบบุหรี่

เป็นประจำ  บางครั้ง  ไม่เคยปฏิบัติ

เพราะ

.....

.....

12. ท่านเคี้ยวหมาก

เป็นประจำ  บางครั้ง  ไม่เคยปฏิบัติ

เพราะ

.....

.....

13. ท่านดื่มกาแฟ

เป็นประจำ  บางครั้ง  ไม่เคยปฏิบัติ

เพราะ

.....

.....

14. ท่านชอบกินจุบจิบ

เป็นประจำ  บางครั้ง  ไม่เคยปฏิบัติ

เพราะ

.....

.....

พจนันท์ มณเฑียรกิจโต ชีวะ

15. ท่านมักดื่มน้ำหวานหรือน้ำอัดลมอยู่เสมอ

เป็นประจำ  บางครั้ง  ไม่เคยปฏิบัติ

เพราะ

.....

.....

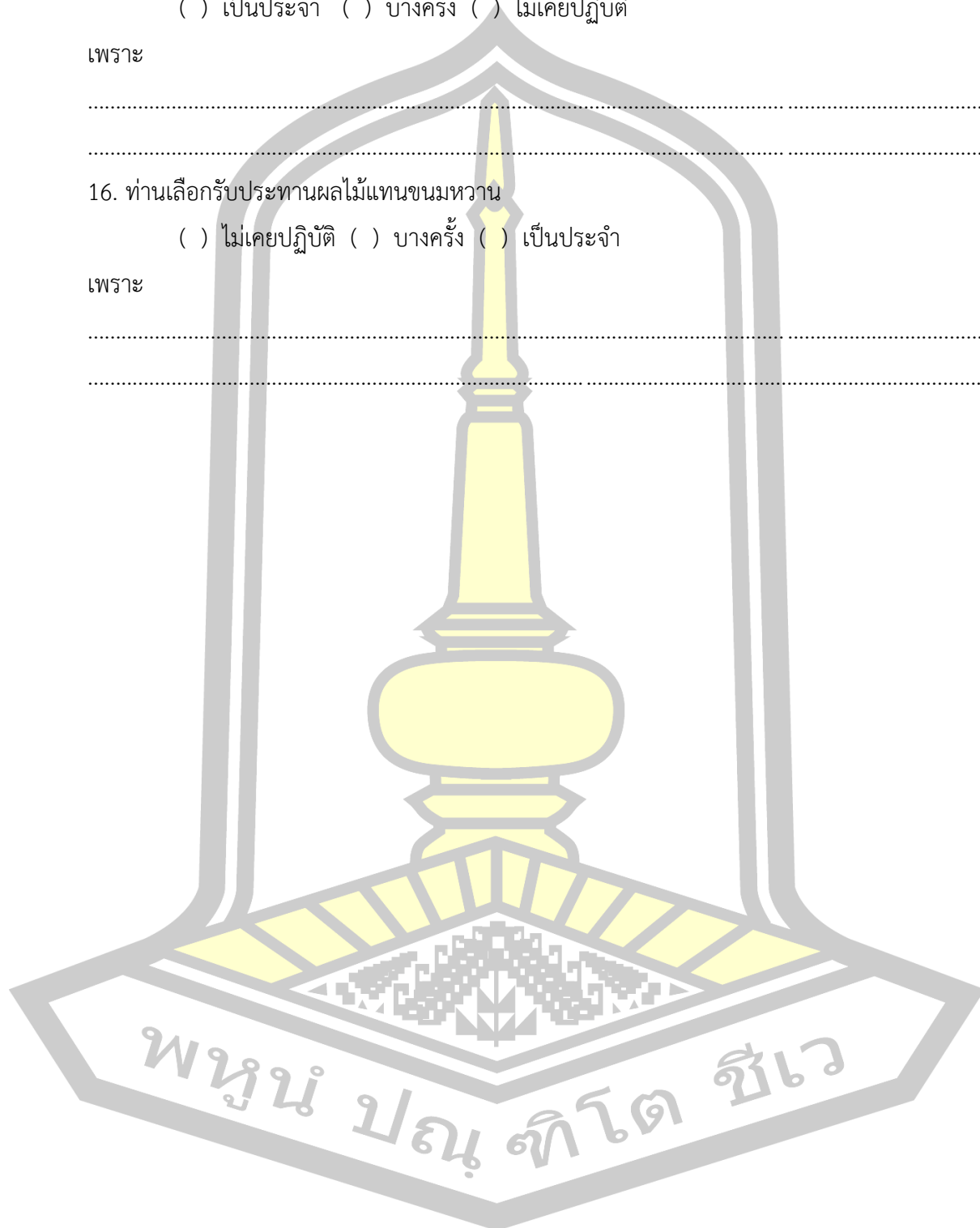
16. ท่านเลือกรับประทานผลไม้แทนขนมหวาน

ไม่เคยปฏิบัติ  บางครั้ง  เป็นประจำ

เพราะ

.....

.....



### แบบสอบส่วนที่ 5

ส่วนที่ 5 ด้านความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดำเนินงานในรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก  
โดยนักบริบาลจำนวน 8 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าถูกต้อง

มาก	หมายถึง	มีความพึงพอใจมาก
ปานกลาง	หมายถึง	มีความพึงพอใจปานกลาง
น้อย	หมายถึง	มีความพึงพอใจน้อย

1. ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานี เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบเดิม

( ) น้อย ( ) ปานกลาง ( ) มาก

เพราะ

2. ความรู้สึกพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

( ) น้อย ( ) ปานกลาง ( ) มาก

เพราะ

3. ความพึงพอใจต่อการมีอิสระในการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

( ) น้อย ( ) ปานกลาง ( ) มาก

เพราะ

พูนุ มณู ภิโต ชีเว

4. รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้นทำให้เกิดความมั่นใจและคล่องตัวในปฏิบัติตนเพื่อดูแลช่องปาก

( ) น้อย ( ) ปานกลาง ( ) มาก

เพราะ

.....

.....

5. รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเหมาะสมดีทำให้ประหยัดเวลา

( ) น้อย ( ) ปานกลาง ( ) มาก

เพราะ

.....

.....

6. รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้นเป็นไปด้วยดี

( ) น้อย ( ) ปานกลาง ( ) มาก

เพราะ

.....

.....

**ด้านทักษะและการดูแลสุขภาพช่องปาก**

7. ระยะเวลาที่ใช้ในการทดลองใช้รูปแบบฯ มีความเหมาะสม

( ) น้อย ( ) ปานกลาง ( ) มาก

เพราะ

.....

.....

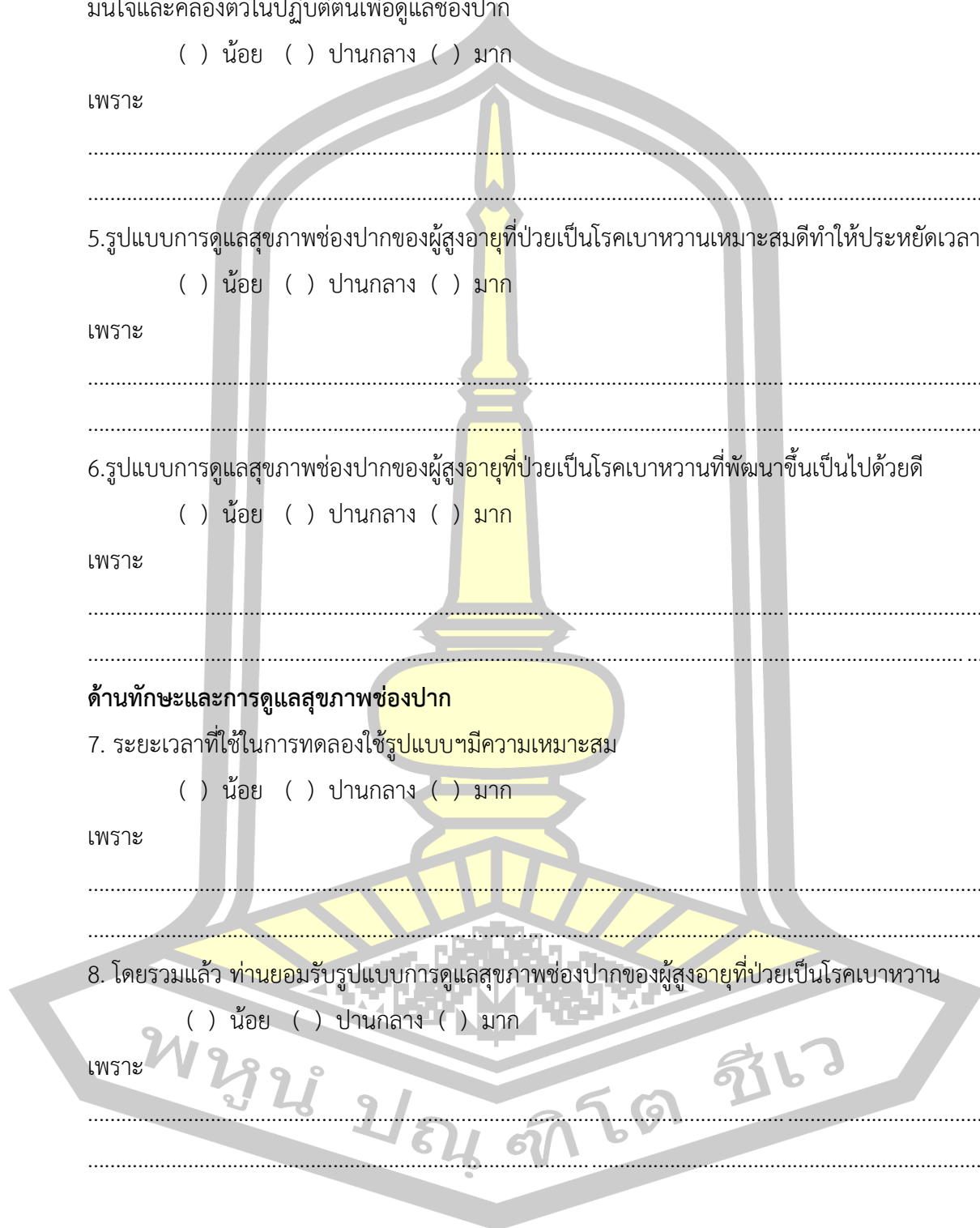
8. โดยรวมแล้ว ท่านยอมรับรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

( ) น้อย ( ) ปานกลาง ( ) มาก

เพราะ

.....

.....





### แบบสอบถาม ชุดที่ 3

เรื่อง : แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ ทักษะ พฤติกรรมของนักบริหารต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และความพึงพอใจของนักบริหารต่อการดำเนินงานในรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวาน

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามมีวัตถุประสงค์เพื่อ
  - 1.1 ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ของนักบริหารต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ
  - 1.2 เพื่อศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติของนักบริหารต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ
  - 1.3 เพื่อศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของนักบริหารต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ
  - 1.4 เพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักบริหารต่อการดำเนินงานในรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก
2. แบบสอบถามมีทั้งหมด 6 ส่วน ดังนี้
  - 2.1 ส่วนที่ 1 ด้านข้อมูลทั่วไปทางประชากร 10 ข้อ
  - 2.2 ส่วนที่ 2 ด้านความรู้ของนักบริหารต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ 18 ข้อ
  - 2.3 ส่วนที่ 3 ด้านทัศนคติของนักบริหารต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ 10 ข้อ
  - 2.4 ส่วนที่ 5 ด้านพฤติกรรมของนักบริหารต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ 14 ข้อ
  - 2.5 ส่วนที่ 6 ด้านความพึงพอใจของนักบริหารต่อการดำเนินงานในรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก 8 ข้อ
3. ในการสอบถามครั้งนี้ คำตอบของท่านจะถือเป็นความลับ ไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านแต่อย่างใด จึงขอให้ท่านตอบคำถามทุกข้อตามความเป็นจริง เพื่อจะเป็นประโยชน์ต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถาม

ขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ทันตแพทย์หญิงน้ำเพชร ตั้งยิ่งยง

นิสิตปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วันที่เก็บข้อมูล.....

## แบบสอบถามส่วนที่ 1

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้เข้าร่วมวิจัย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ( ) ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน พร้อมทั้งอธิบายเหตุผล

ลงในบรรทัดเส้น.....ด้วย

1. เพศของท่าน ( ) ชาย ( ) หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรสของท่าน ( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย/อย่า/แยก
4. ระดับการศึกษาของท่าน  
 ( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษาตอนต้น ( ) มัธยมศึกษาตอนปลาย  
 ( ) อนุปริญญา/หรือเทียบเท่า ( ) ปริญญาตรี ( ) ปริญญาโท ( ) ปริญญาเอก
5. อาชีพหลักของท่าน  
 ( ) รับจ้าง ( ) ทำนา/ทำสวน/ทำไร่ ( ) ค้าขาย  
 ( ) ข้าราชการ ( ) อื่น ๆ ระบุ.....
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนในครอบครัวของท่าน.....บาท
7. ประสบการณ์ในการเป็นนักบริหาร เป็นระยะเวลา.....ปี.....เดือน
8. ท่านเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโดยนักบริหาร หรือไม่  
 ( ) ไม่มี  
 ( ) มี  
 จากแหล่งใด (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 ( ) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ( ) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ( ) วิทยุ  
 ( ) โทรทัศน์ ( ) สื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ( ) อื่น ๆ ระบุ.....
9. ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลใส่ฟันเทียมหรือไม่  
 ( ) ใส่ ( ) ไม่ใส่
10. ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเป็นผู้สูงอายุจัดอยู่ในกลุ่มใด  
 ( ) ติดสังคม คือ สามารถออกไปข้างนอกบ้านเที่ยวเล่นกับเพื่อนบ้านได้  
 ( ) ติดบ้าน คือ ช่วยเหลือตนเองได้ภายในบ้านแต่ไม่สามารถออกนอกบ้านไปเที่ยวเล่นกับเพื่อนบ้านได้  
 ( ) ติดเตียง คือ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

## แบบสอบถามส่วนที่ 2

ส่วนที่ 2 ข้อมูล ความรู้ของนักบริหารต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จำนวน 18 ข้อ  
คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าถูกต้อง

หัวข้อ	ใช่	ไม่ใช่
<b>ด้านการทำความสะอาด</b>		
1. การแปรงฟันที่ถูกวิธี คือ ใช้แปรงถูไป-มา แรงๆ ตามแนวนอนของฟัน		
2. แปรงสีฟันที่ดีต้องมีลักษณะ ด้ามแปรงตรง ขนแปรงไม่นุ่มหรือแข็งเกินไป		
3. ในการแปรงฟันทุกครั้งจำเป็นต้องแปรงลิ้น		
4. ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ช่วยป้องกันฟันผุ		
5. การใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดซอกฟันช่วยให้ฟันสะอาด		
6. ผู้สูงอายุที่มีฟันเทียมทั้งปากควรบ้วนปากทำความสะอาดตอนตื่นนอน ตอนเช้าหลังรับประทานอาหารเช้าและก่อนนอน		
7. ผู้สูงอายุที่มีฟันเทียมทั้งปากควรถอดฟันเทียมแช่น้ำตอนกลางคืน		
8. ผู้สูงอายุที่มีฟันแท้อย่างเดียวควรแปรงฟันทำความสะอาดช่องปากในตอนเช้า หลังอาหารกลางวันและก่อนนอน		
<b>ด้านภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก</b>		
9. การสูบบุหรี่ทำให้มีกลิ่นปากมีโอกาสเกิดโรคเหงือกอักเสบได้ง่ายกว่าคนไม่สูบบุหรี่		
10. อาหารที่มีลักษณะเหนียว ติดฟันจะทำให้เกิดโรคฟันผุ เช่น ลูกอม กาละแม่มากฝรั่ง		
11. การรับประทานอาหารระหว่างมือ การกินจุบจิบ ก่อให้เกิดฟันผุได้ง่าย		
12. หินปูนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเหงือกอักเสบ		
13. ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดแผลในช่องปากได้มากกว่าคนทั่วไป		
14. ผู้ป่วยเบาหวานต้องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนทำการถอนฟัน		
<b>ด้านการประเมินสภาวะสุขภาพช่องปาก</b>		
15. เมื่อพบว่าเหงือกของเราบวมแดงหรือมีเลือดออก ต้องไปพบทันตแพทย์		
16. ควรไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจฟันอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง		
17. การตรวจสุขภาพฟันด้วยตัวเองสามารถป้องกันโรคฟันผุได้		
18. เมื่อพบว่าฟันผุและมีอาการปวด หากจะทำการถอนฟันควรให้หายปวดเสียก่อน		

### แบบสอบถามส่วนที่ 3

ส่วนที่ 3 ข้อมูล ทักษะคตินักบริหารต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ  
คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าถูกต้องและอธิบายเหตุผลเพิ่มเติม

#### ด้านการแปรงฟัน

1. ท่านเชื่อว่าการแปรงฟันแรงๆ จะสะอาดมากกว่าแปรงเบาๆ

( ) ไม่เห็นด้วย ( ) ไม่แน่ใจ ( ) เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ

2. ท่านเชื่อว่าการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ช่วยป้องกันโรคเหงือกอักเสบ

( ) ไม่เห็นด้วย ( ) ไม่แน่ใจ ( ) เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ

3. ท่านเชื่อว่าแปรงสีฟันที่มีขนแปรงแข็งจะสามารถทำความสะอาดฟันได้สะอาดขึ้น

( ) ไม่เห็นด้วย ( ) ไม่แน่ใจ ( ) เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ

4. ท่านเชื่อว่าหากแปรงฟันมากกว่าวันละ 2 ครั้ง ทำให้เกิดฟันสึกได้

( ) ไม่เห็นด้วย ( ) ไม่แน่ใจ ( ) เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ

พญ. ปณ. ศิปโต ชิว

### ด้านการรับประทานอาหาร/บุหรื/หมาก

5. ท่านเชื่อว่าการรับประทานอาหารประเภทแป้ง และน้ำตาล เป็นสาเหตุทำ ให้เกิดโรคเหงือก  
อักเสบ

( ) ไม่เห็นด้วย ( ) ไม่แน่ใจ ( ) เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ

6. ท่านเชื่อว่าการเคี้ยวหมากทำให้ฟันแข็งแรงขึ้น

( ) ไม่เห็นด้วย ( ) ไม่แน่ใจ ( ) เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ

7. ท่านเชื่อว่าการกินอาหารระหว่างมื้อกินจุบจิบ ทำให้เกิดฟันผุได้ง่าย

( ) ไม่เห็นด้วย ( ) ไม่แน่ใจ ( ) เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ

8. ท่านเชื่อว่าการสูบบุหรี่ทำให้มีกลิ่นปาก

( ) ไม่เห็นด้วย ( ) ไม่แน่ใจ ( ) เห็นด้วย

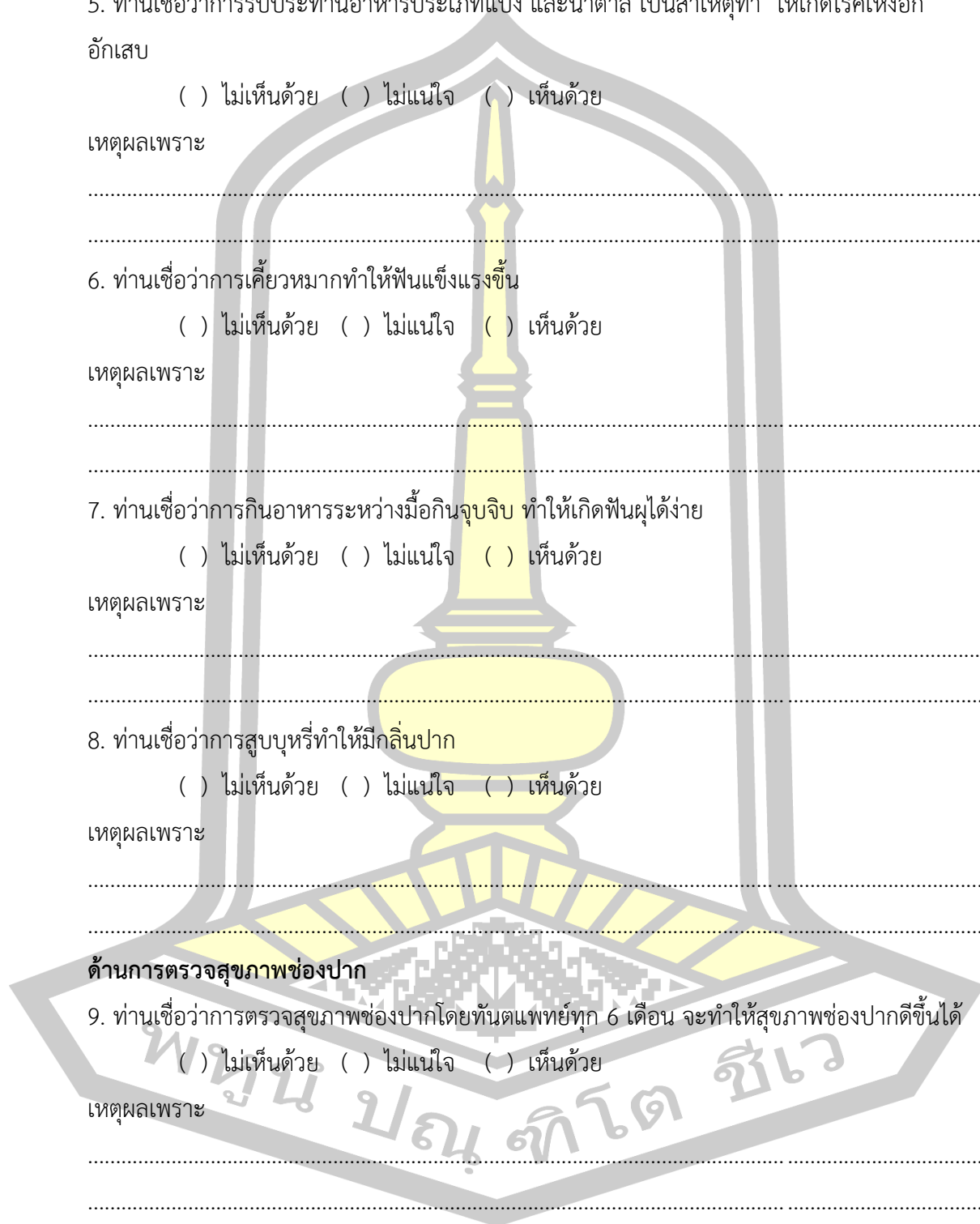
เหตุผลเพราะ

### ด้านการตรวจสุขภาพช่องปาก

9. ท่านเชื่อว่าการตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตแพทย์ทุก 6 เดือน จะทำให้สุขภาพช่องปากดีขึ้นได้

( ) ไม่เห็นด้วย ( ) ไม่แน่ใจ ( ) เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ



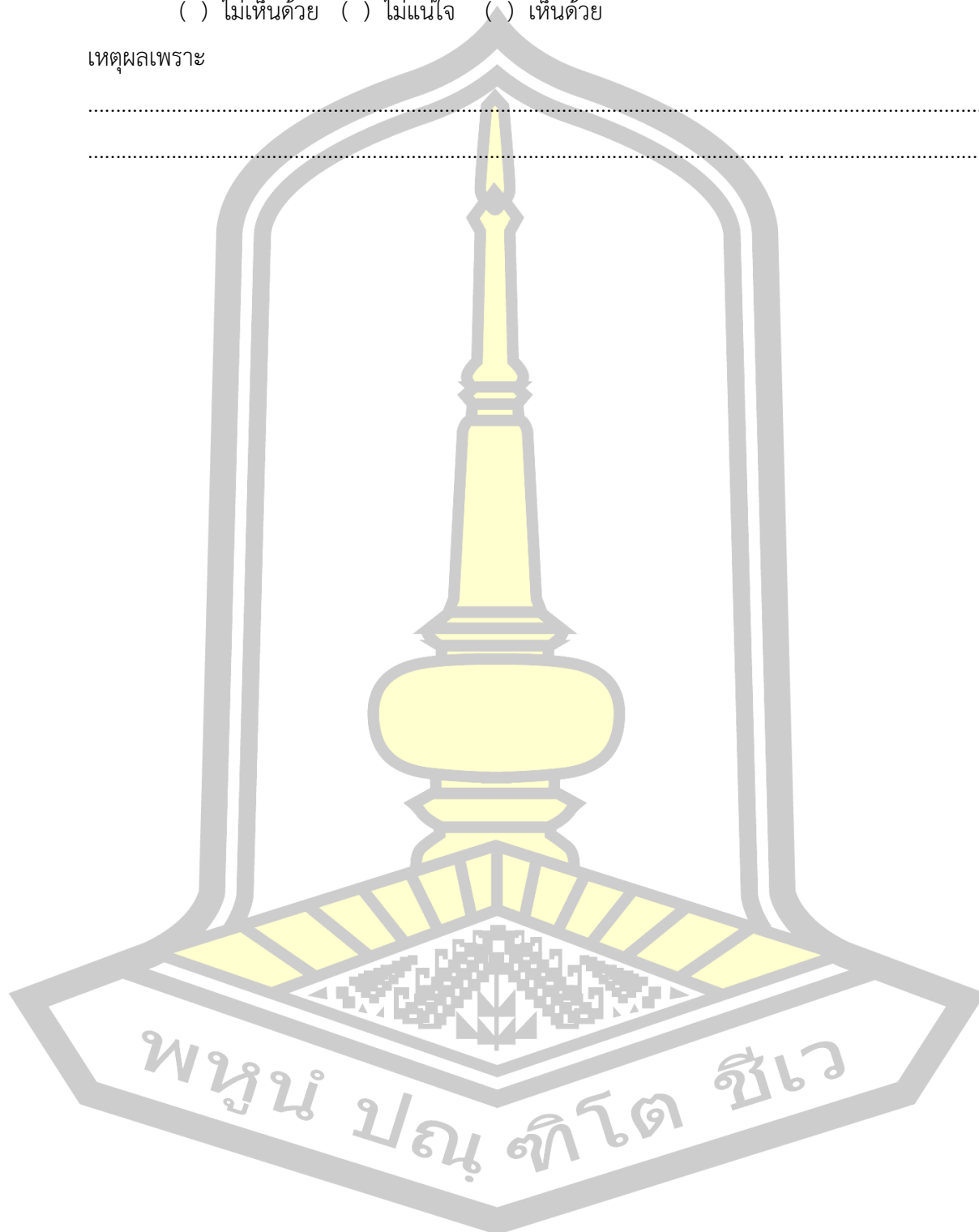
10. ท่านเชื่อว่าการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเองสามารถทำให้มีสุขภาพช่องปากที่ดี ขึ้นได้

( ) ไม่เห็นด้วย ( ) ไม่แน่ใจ ( ) เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ

.....

.....



### แบบสอบถามส่วนที่ 4

ส่วนที่ 4 ข้อมูล พฤติกรรมของนักบริบาลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จำนวน 14 ข้อ  
คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าถูกต้องและอธิบายเหตุผลเพิ่มเติม

เป็นประจำ	หมายถึง	วันเว้นวัน หรือ ทุกวัน
บางครั้ง	หมายถึง	นาน ๆ ครั้ง ( 1-3 วัน/สัปดาห์)
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติเลย

#### ด้านการดูแลรักษาความสะอาด

1. ท่านได้แนะนำให้ผู้สูงอายุแปรงฟันตอนตื่นนอนตอนเช้าหลังรับประทานอาหารและ ก่อนนอน

( ) ไม่เคยปฏิบัติ ( ) บางครั้ง ( ) เป็นประจำ

เพราะ

2. ท่านได้แนะนำให้ผู้สูงอายุแปรงฟัน ใช้เวลานานอย่างน้อย 2-3 นาที

( ) ไม่เคยปฏิบัติ ( ) บางครั้ง ( ) เป็นประจำ

เพราะ

3. ท่านได้แนะนำให้ผู้สูงอายุใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดซอกฟันหลังแปรงฟัน

( ) ไม่เคยปฏิบัติ ( ) บางครั้ง ( ) เป็นประจำ

เพราะ

4. ท่านได้แนะนำให้ผู้สูงอายุแปรงลิ้นทุกครั้งหลังการแปรงฟัน

( ) ไม่เคยปฏิบัติ ( ) บางครั้ง ( ) เป็นประจำ

เพราะ

5. ท่านได้แนะนำให้ผู้สูงอายุใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์

( ) ไม่เคยปฏิบัติ ( ) บางครั้ง ( ) เป็นประจำ

เพราะ

.....

.....

#### ด้านการประเมินสุขภาพช่องปาก

6. ท่านมีการตรวจสอบสภาพทั่วไปภายในช่องปากให้กับผู้สูงอายุ

( ) ไม่เคยปฏิบัติ ( ) บางครั้ง ( ) เป็นประจำ

เพราะ

.....

.....

7. ท่านมีการตรวจสอบสภาพฟันให้กับผู้สูงอายุ

( ) ไม่เคยปฏิบัติ ( ) บางครั้ง ( ) เป็นประจำ

เพราะ

.....

.....

8. ท่านมีการตรวจสอบสภาพเหงือกให้กับผู้สูงอายุ

( ) ไม่เคยปฏิบัติ ( ) บางครั้ง ( ) เป็นประจำ

เพราะ

.....

.....

#### ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก

9. ท่านได้ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุในเรื่องโทษของบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพช่องปาก

( ) ไม่เคยปฏิบัติ ( ) บางครั้ง ( ) เป็นประจำ

เพราะ

.....

.....

พูนุ ษณุ จิต ชีเว



10. ท่านได้ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุในเรื่องโทษของเคี้ยวหมาก

( ) ไม่เคยปฏิบัติ ( ) บางครั้ง ( ) เป็นประจำ

เพราะ

.....

.....

11. ท่านได้ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุในเรื่องโทษของดื่มกาแฟ

( ) ไม่เคยปฏิบัติ ( ) บางครั้ง ( ) เป็นประจำ

เพราะ

.....

.....

12. ท่านได้ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุในเรื่องโทษของการกินจุบ กินจิบ

( ) ไม่เคยปฏิบัติ ( ) บางครั้ง ( ) เป็นประจำ

เพราะ

.....

.....

13. ท่านได้ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุในเรื่องโทษของการดื่มน้ำหวานหรือน้ำอัดลม

( ) ไม่เคยปฏิบัติ ( ) บางครั้ง ( ) เป็นประจำ

เพราะ

.....

.....

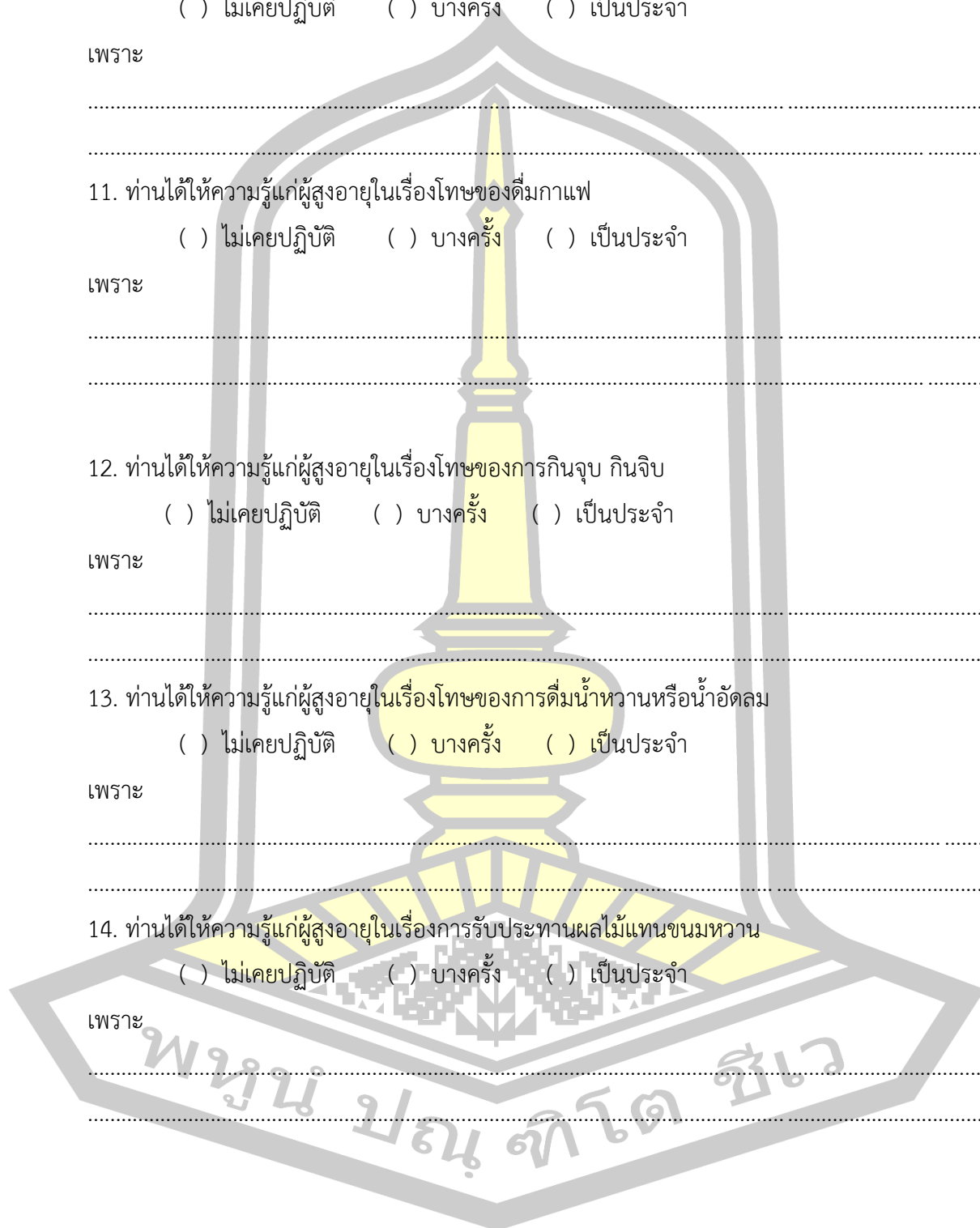
14. ท่านได้ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุในเรื่องการรับประทานผลไม้แทนขนมหวาน

( ) ไม่เคยปฏิบัติ ( ) บางครั้ง ( ) เป็นประจำ

เพราะ

.....

.....



### แบบสอบถามส่วนที่ 5

ส่วนที่ 5 ด้านความพึงพอใจของนักบริหารต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วย  
เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 13 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าถูกต้องและอธิบายเหตุผลเพิ่มเติม

มาก	หมายถึง	มีความพึงพอใจมาก
ปานกลาง	หมายถึง	มีความพึงพอใจปานกลาง
น้อย	หมายถึง	มีความพึงพอใจน้อย

1. ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานีเมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบเดิม อยู่ในระดับใด  
( ) น้อย ( ) ปานกลาง ( ) มาก

เพราะ

.....

.....

2. ความรู้สึกพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วย  
เป็นโรคเบาหวาน  
( ) น้อย ( ) ปานกลาง ( ) มาก

เพราะ

.....

.....

3. ความพึงพอใจต่อการมีอิสระในการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วย  
เป็นโรคเบาหวาน  
( ) น้อย ( ) ปานกลาง ( ) มาก

เพราะ

.....

.....

4.รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้นทำให้เกิดความ  
มั่นใจ

และคล่องตัวในปฏิบัติตนเพื่อดูแลช่องปาก

( ) น้อย ( ) ปานกลาง ( ) มาก

เพราะ

.....

.....

5.รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเหมาะสมดีทำให้ประหยัดเวลา  
อยู่ในระดับใด

( ) น้อย ( ) ปานกลาง ( ) มาก

เพราะ

.....

.....

6.รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้นเป็นไปด้วยดี

( ) น้อย ( ) ปานกลาง ( ) มาก

เพราะ

.....

.....

7. ระยะเวลาที่ใช้ในการทดลองใช้รูปแบบฯมีความเหมาะสม

( ) น้อย ( ) ปานกลาง ( ) มาก

เพราะ

.....

.....

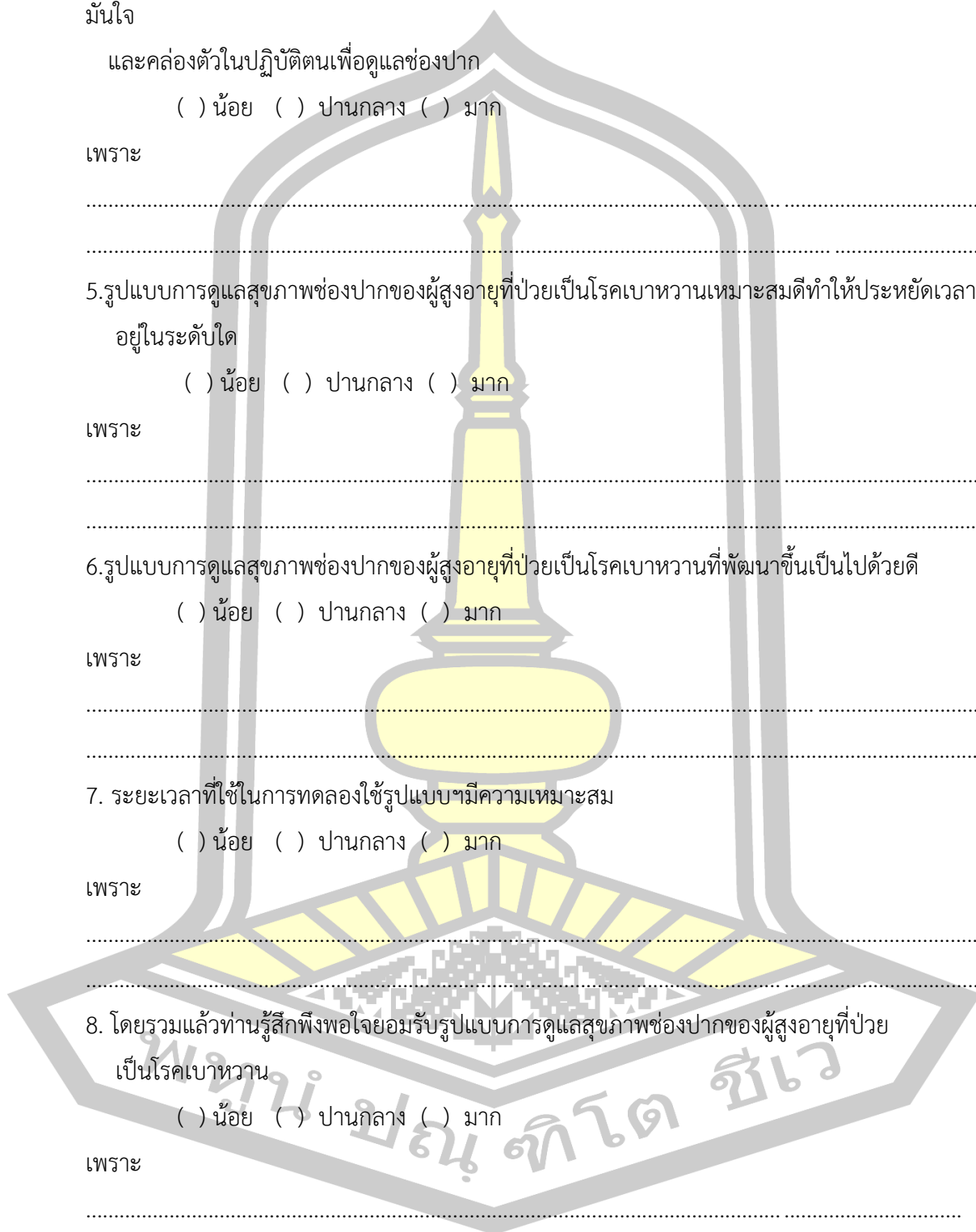
8. โดยรวมแล้วท่านรู้สึกพึงพอใจยอมรับรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วย  
เป็นโรคเบาหวาน

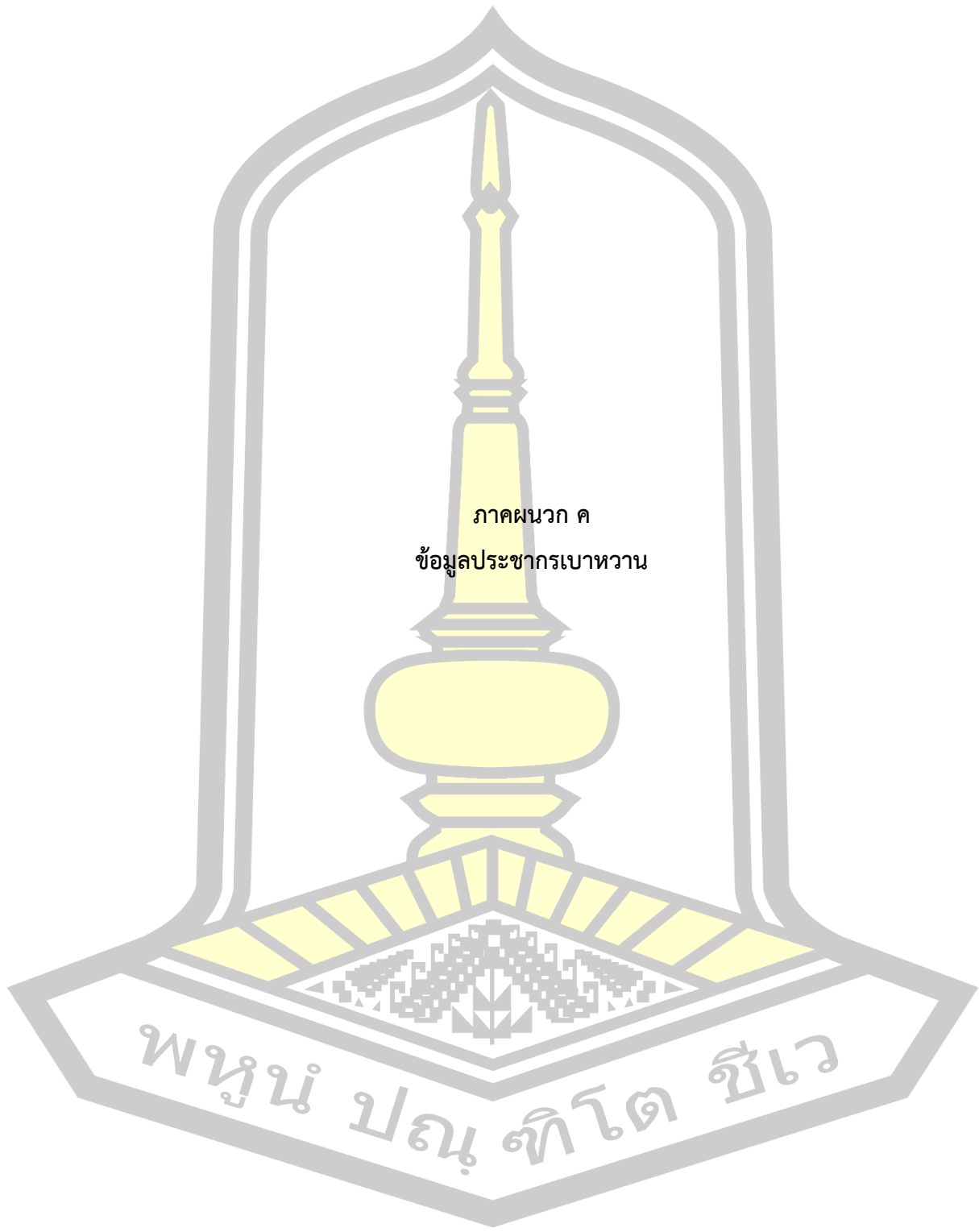
( ) น้อย ( ) ปานกลาง ( ) มาก

เพราะ

.....

.....





ภาคผนวก ค  
ข้อมูลประชากรเบ้าหวาน

พหุบัน ปณุ ทิโต ชีเว

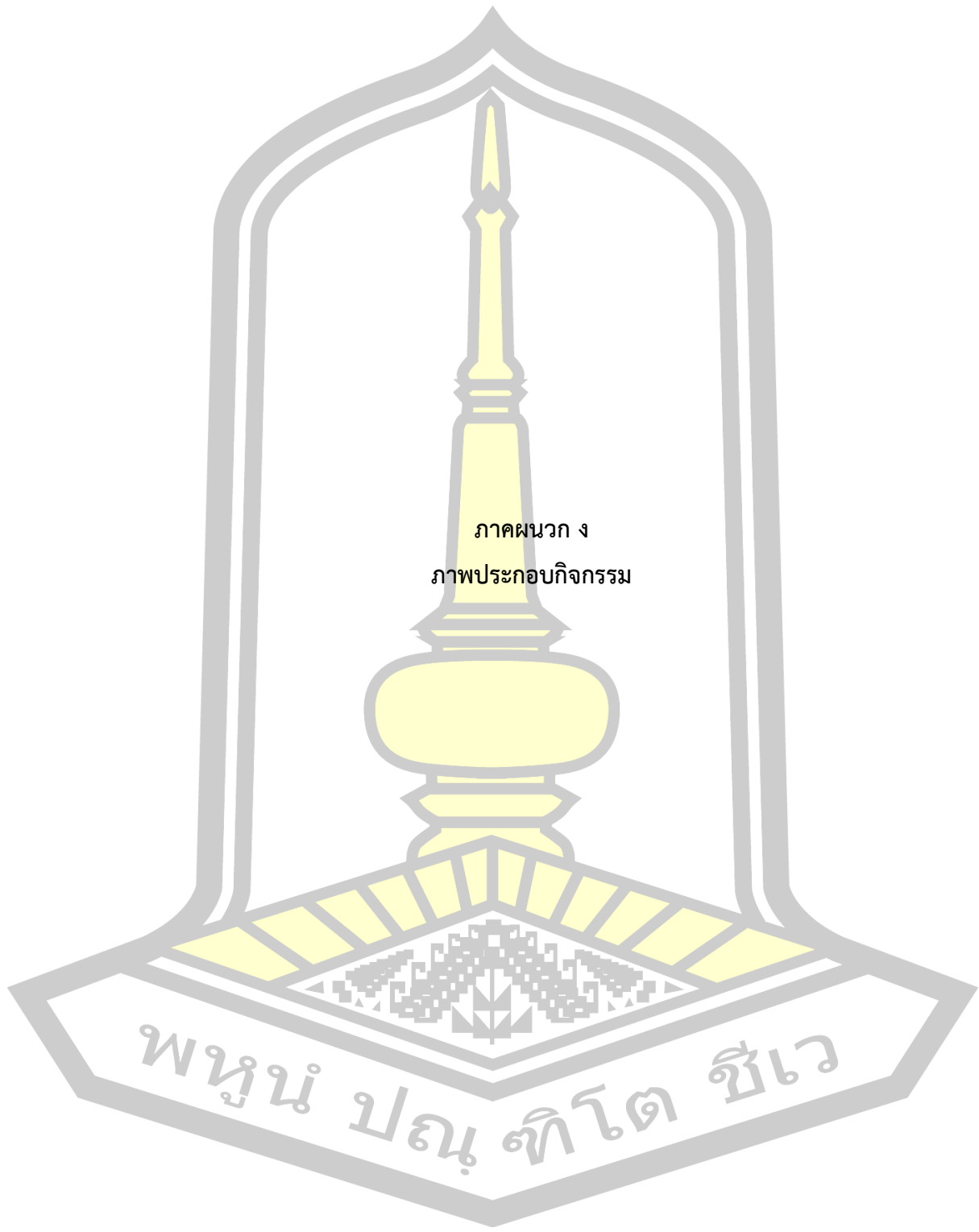
### 1. ข้อมูลการคัดกรองเบาหวานในประชากรกลุ่มเป้าหมาย (รวมผู้ป่วย)

ตารางข้อมูลความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวานในประชากรกลุ่มเป้าหมาย (รวมผู้ป่วย)

อำเภอ	ผู้สูงอายุทั้งหมด	จำนวนกลุ่มป่วยโรค DM		
		ชาย	หญิง	รวม
เมืองอุบลราชธานี	23,314	8,188	10,163	18,351
ศรีเมืองใหม่	6,856	2,065	2,586	4,651
โขงเจียม	3,925	1,768	1,910	3,678
เซียงใน	16,227	6,885	8,647	15,532
เขมรราษฎร์	9,472	3,083	3,668	6,751
เดชอุดม	19,129	5,965	7,023	12,988
นาจะหลวย	5,921	1,740	2,040	3,780
น้ำยืน	6,648	1,573	1,873	3,446
บุญศรี	9,847	3,881	4,353	8,234
ตระการพืชผล	16,260	6,147	7,651	13,798
กุดข้าวปุ้น	4,540	1,984	2,539	4,523
ม่วงสามสิบ	12,114	4,895	5,905	10,800
วารินชำราบ	19,456	4,787	5,955	10,742
พิบูลมังสาหาร	14,776	4,967	5,527	10,494
ตาลชุม	3,673	1,106	1,482	2,588
โพธิ์ไทร	5,298	2,026	2,344	4,370
สำโรง	6,616	1,707	2,282	3,989
ดอนมดแดง	2,975	1,236	1,698	2,934
สิรินธร	7,191	2,473	2,606	5,079
ทุ่งศรีอุดม	3,380	818	994	1,812
นาเขีย	2,661	1,230	1,373	2,603
นาตาล	4,578	1,926	2,282	4,208
เหล่าเสือโก้ก	3,466	1,487	1,822	3,309
สว่างวีระวงศ์	3,771	1,436	1,759	3,195
น้ำขุ่น	2,880	1,330	1,504	2,834
รวม	214,974	74,703	89,986	164,689

ตารางข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและจำนวนนักบริบาลสุขภาพที่ผ่านการอบรม  
ปี 2558 แยกรายอำเภอ

อำเภอ	ผู้สูงอายุทั้งหมด	จำนวนกลุ่มป่วยโรค DM			จำนวน CG (คน)
		ชาย	หญิง	รวม	
เมืองอุบลราชธานี	23,314	8,188	10,163	18,351	
ศรีเมืองใหม่	6,856	2,065	2,586	4,651	35
โขงเจียม	3,925	1,768	1,910	3,678	35
เซียงโน	16,227	6,885	8,647	15,532	35
เขมราฐ	9,472	3,083	3,668	6,751	
เดชอุดม	19,129	5,965	7,023	12,988	
นาจะหลวย	5,921	1,740	2,040	3,780	
น้ำยืน	6,648	1,573	1,873	3,446	35
บุญศรี	9,847	3,881	4,353	8,234	35
ตระการพืชผล	16,260	6,147	7,651	13,798	
กุดข้าวปุ้น	4,540	1,984	2,539	4,523	
ม่วงสามสี	12,114	4,895	5,905	10,800	
วารินชำราบ	19,456	4,787	5,955	10,742	
พิบูลมังสาหาร	14,776	4,967	5,527	10,494	
ตาลชุม	3,673	1,106	1,482	2,588	
โพธิ์ไทร	5,298	2,026	2,344	4,370	
สำโรง	6,616	1,707	2,282	3,989	
ดอนมดแดง	2,975	1,236	1,698	2,934	
สิรินธร	7,191	2,473	2,606	5,079	35
ทุ่งศรีอุดม	3,380	818	994	1,812	
นาเยีย	2,661	1,230	1,373	2,603	
นาตาล	4,578	1,926	2,282	4,208	
เหล่าเสือโก้ก	3,466	1,487	1,822	3,309	
สว่างวีระวงศ์	3,771	1,436	1,759	3,195	
น้ำขุ่น	2,880	1,330	1,504	2,834	35



ภาคผนวก ง  
ภาพประกอบกิจกรรม

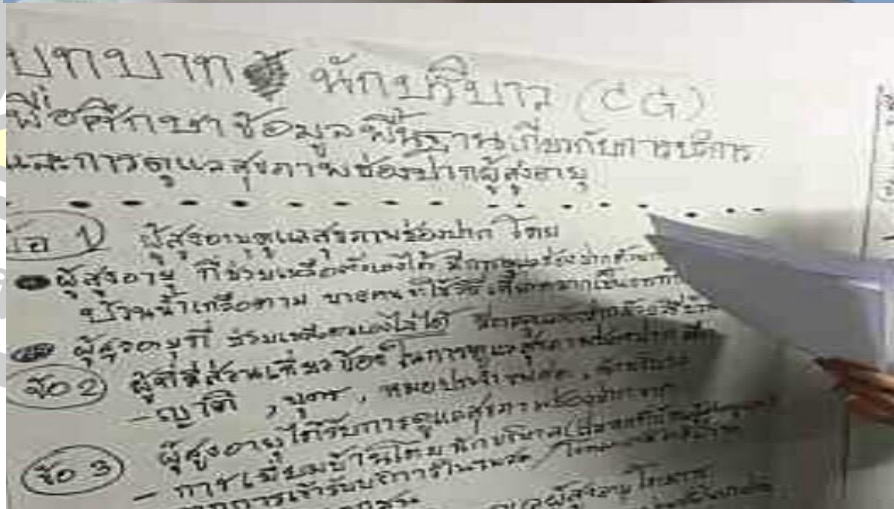
พหุมนั ปณุ ทิโต ชีเว

ประชุมผู้บริหารคณะกรรมการวิจัย





### ประชุมสนทนากลุ่มศึกษาบริบทพื้นฐาน



ประชุมสนทนากลุ่มศึกษาบริบทพื้นฐาน





ประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนการดำเนินงาน



การอบรมให้ความรู้ฝึกปฏิบัติแก่นักบริบาลผู้สูงอายุ (Caregiver) และ  
เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข



พหุ

การอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติแก่ญาติผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน



ประชุมชี้แจงกระบวนการทำงานระดับจังหวัด



อำเภอน้ำยืน



อำเภอลีรินธร

พูน ปณ ทิโต ข่ง



อำเภอโขงเจียม



อำเภอเชิงเนิน

พหุ ประเด็น ชีวะ



การอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติแก่ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน



พหุ

การอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติแก่ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน



พหุ

การอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติแก่ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน



เยี่ยมเสริมพลังและการฝึกทักษะเฉพาะด้าน

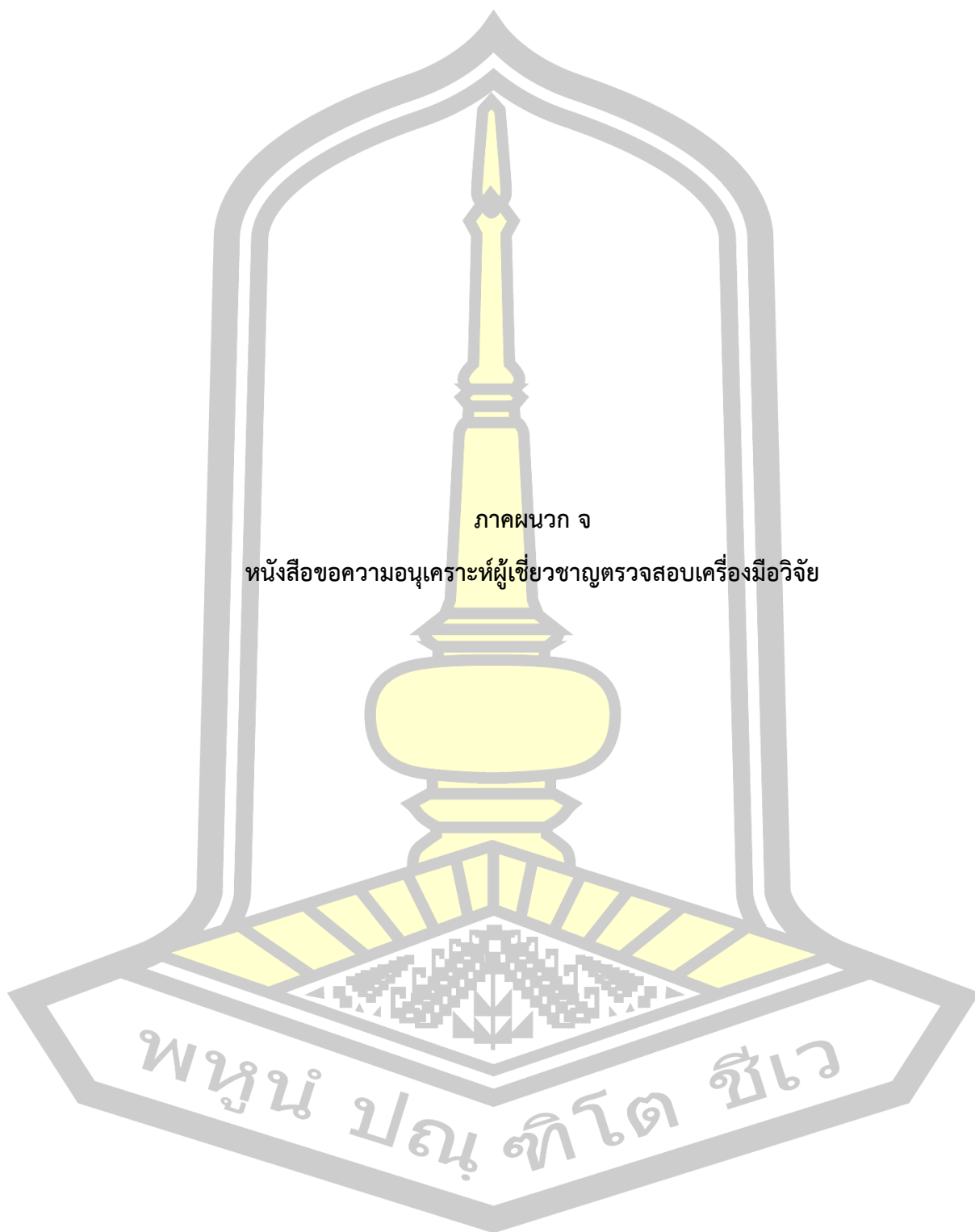


เยี่ยมเสริมพลังและการฝึกทักษะเฉพาะด้าน



เยี่ยมเสริมพลังและการฝึกทักษะเฉพาะด้าน





ภาคผนวก จ

หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

พหุบัน ปณ ทิโต ชีเว



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘/ ๖ ๒๐๒๐

คณะกรรมการสาธารณสุข  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
อำเภอกันทรวิชัย  
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๖ กันยายน ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เรียน ดร. ปณิตา ครองยุทธ

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. เอกสารเค้าโครงงานวิจัย	จำนวน ๑ ฉบับ
	๒. แบบประเมินสอบถามเพื่อการวิจัย	จำนวน ๓ ชุด
	๓. แบบแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อเครื่องมือวิจัย	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยทันตแพทย์หญิงน้ำเพชร ตั้งยิ่งยง นักศึกษาปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังทำวิจัยเรื่อง “รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยบทบาทของสมาชิกในครอบครัว จังหวัดอุบลราชธานี” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมี ผศ.ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และนายแพทย์เรืองศิลป์ เลื่อนนาคี เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

คณะกรรมการสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และคณะกรรมการสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณ มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล์)

รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา ปฏิบัติราชการแทน

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘/ ๖๒๐๕๐

คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
อำเภอกันทรวิชัย  
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๒ กันยายน ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เรียน ดร.อรุณ บุญสร้าง

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. เอกสารเค้าโครงการงานวิจัย	จำนวน ๑ ฉบับ
	๒. แบบประเมินสอบถามเพื่อการวิจัย	จำนวน ๓ ชุด
	๓. แบบแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อเครื่องมือวิจัย	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยทันตแพทย์หญิงน้ำเพชร ตั้งยั้งยง นักศึกษาปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังทำวิจัยเรื่อง “รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยบทบาทของสมาชิกในครอบครัว จังหวัดอุบลราชธานี” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมี ผศ.ดร.นิรุวรรณ เทรินโบลต์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และนายแพทย์เรืองศิลป์ เกื่อนนาดี เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

คณะกรรมการสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณ มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทรินโบลต์)  
รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา ปฏิบัติราชการแทน

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์  
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘/ ๖๒๐๕๐

คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
อำเภอกันทรวิชัย  
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๖ กันยายน ๒๕๕๙

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เรียน ทันตแพทย์หญิงญาณี ใจแก้ว

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. เอกสารเค้าโครงงานวิจัย	จำนวน ๑ ฉบับ
	๒. แบบประเมินสอบถามเพื่อการวิจัย	จำนวน ๓ ชุด
	๓. แบบแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อเครื่องมือวิจัย	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยทันตแพทย์หญิงน้ำเพชร ตั้งอึ้งยง นักศึกษาปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังทำวิจัยเรื่อง “รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยบทบาทของสมาชิกในครอบครัว จังหวัดอุบลราชธานี” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมี ผศ.ดร.นิรุวรรณ เทรินโบลต์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และนายแพทย์เรืองศิลป์ เกื่อนนาดี เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

คณะกรรมการสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตติจะได้ดำเนินการในขั้นต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณ มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทรินโบลต์)

รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา ปฏิบัติราชการแทน

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒

ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘/ ๖ ๒๐๕๐



คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
อำเภอกันทรวิชัย  
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๒ กันยายน ๒๕๕๙

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เรียน อาจารย์ศุทธิณี วัฒนกุลแก้ว

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. เอกสารเค้าโครงการงานวิจัย	จำนวน ๑ ฉบับ
	๒. แบบประเมินสอบถามเพื่อการวิจัย	จำนวน ๓ ชุด
	๓. แบบแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อเครื่องมือวิจัย	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยทันตแพทย์หญิงน้ำเพชร ตั้งยิ่งยง นักศึกษาปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังทำวิจัยเรื่อง “รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยบทบาทของสมาชิกในครอบครัว จังหวัดอุบลราชธานี” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมี ผศ.ดร.นิรุวรรณ เทรินโบลต์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และนายแพทย์เรืองศิลป์ เกื่อนนาดี เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

คณะกรรมการสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณ มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทรินโบลต์)

รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา ปฏิบัติราชการแทน

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์  
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๕๕๐๒



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘/ ๒ ๒๐๕๐

คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
อำเภอกันทรวิชัย  
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๒ กันยายน ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เรียน ดร. สุภาพร บุญศิริลักษณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. เอกสารเค้าโครงงานวิจัย	จำนวน ๑ ฉบับ
	๒. แบบประเมินสอบถามเพื่อการวิจัย	จำนวน ๓ ชุด
	๓. แบบแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อเครื่องมือวิจัย	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยทันตแพทย์หญิงน้ำเพชร ตั้งยิ่งยง นักศึกษาปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังทำวิจัยเรื่อง “รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยบทบาทของสมาชิกในครอบครัว จังหวัดอุบลราชธานี” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมี ผศ.ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และนายแพทย์เรืองศิลป์ เกื่อนนาคี เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

คณะกรรมการสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณ มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล์)  
รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์  
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางน้ำเพชร ตั้งยิ่งยง
วันเกิด	วันที่ 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2509
สถานที่เกิด	อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 321 ถนนอุปราชา ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34000
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34000
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2534 ปริญญาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต (ท.บ.) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. 2545 ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต (รป.ม.) สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (NIDA) พ.ศ. 2552 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี พ.ศ. 2561 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูน ปณ ทิโต ชีเว