J Gerontol Geriatr Med. 2019; 18(90-101)

ผลของการส่งเสริมทันตสุขภาพในคนพิการโดยการเยี่ยมบ้านโดยทันตบุคลากร และไม่ใช่ทันตบุคลากร ของอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

The Effects of dental health promotion among disabled persons through home visits by dental and non-dental personnel in Bang Rakam District, Phitsanulok Province

Received: 24 July 2019
Revised: 30 August 2019
Accepted: 31 August 2019

อัญชลี กิติวิริยกุล[1] นิตยา เพ็ญศิรินภา[2] ธีระวุธ ธรรมกุล[2]

Unchalee Kitiviriyakul[1], Nittaya pensirinapa[2], Theerawut Thammakul[2]

[1]นักศึกษา, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

[2]สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

[1]Master degree student, Master of Public Health in Hospital Administration, academic year 2016, Department of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

[2]Department of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ และสภาวะทันตสุขภาพของคนพิการก่อนและหลังการส่งเสริมทันตสุขภาพโดยการเยี่ยมบ้านด้วยทันตบุคลากรและไม่ใช่ทันตบุคลากร ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศึกษาความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ต่อการส่งเสริมทันตสุขภาพคนพิการ โดยการเยี่ยมบ้านในอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางกาย อาศัยในอำเภอบางระกำ จำนวน 84 คน ได้จากการสุ่มพื้นที่ตามขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีทันตบุคลากรกับไม่มีทันตบุคลากร แล้วจึงเลือกคนพิการตามเกณฑ์ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามและแบบบันทึกผลการตรวจประเมินสภาวะทันตสุขภาพ ที่มีค่าความตรง 0.67 และความเที่ยง 0.77 และเครื่องมือในการทดลองคือโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพคนพิการโดยการเยี่ยมบ้าน ซึ่งกลุ่มทดลองดำเนินการด้วยทันตบุคลากร ส่วนกลุ่มควบคุมดำเนินการด้วยเจ้าหน้าที่ที่ไม่ใช่ทันตบุคลากร เก็บข้อมูลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพ 4 สัปดาห์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบที ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพและสภาวะทันตสุขภาพคนพิการในการควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์ หลังการส่งเสริมทันตสุขภาพโดยการเยี่ยมบ้านทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดีกว่าก่อนการเยี่ยมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และด้านความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ต่อการส่งเสริมทันตสุขภาพคนพิการโดยการเยี่ยมบ้าน ทั้งทันตบุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่ไม่ใช่ทันตบุคลากรระบุว่าการให้ความรู้เป็นสิ่งสำคัญในการให้ทันตสุขศึกษาคนพิการ และควรมีการให้บริการเชิงรุกเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพในคนพิการ โดยสรุปภายหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพทำให้สภาวะทันตสุขภาพดีขึ้น โดยเฉพาะในด้านผลรวมของค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ทั้งสองกลุ่มที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

คำสำคัญ : คนพิการ, ความเชื่อในความสามารถ, พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ, สภาวะทันตสุขภาพ

ผู้รับผิดชอบบทความ
ทญ.อัญชลี กิติวิริยกุล
โรงพยาบาลบางระกำ อ.บางระกำ จ.พิษณุโลก 65140
Tel: (66)5-537-1170 Fax: 665-537-1176
อีเมล : aye_dear@hotmail.com

Corresponding author
Unchalee Kitiviriyakul
Bangrakam Hospital Bamgrakam district Phitsanulok province
Tel: (66)5-537-1170 Fax: 665-537-1176
Email: aye_dear@hotmail.com

Abstract

This quasi-experimental study aimed to compare dental health behaviours and dental health status of disabled persons before and after implementing a dental health promotion programme through home visits by dental and non-dental personnel of sub-district health promoting hospital and study the opinions of personnel on dental health promotion for disabled persons through home visits, in Bang Rakam district, Phitsanulok province. The study was conducted on a sample of 84 persons with physical or mobility impairments living in Bang Rakam district, randomly selected according to the area sizes of sub-district health promoting hospitals with and without dental personnel, then choose the disabled according to the criteria in the experimental group and control group. The tools used to collect data are questionnaires and records of dental health status, the validity of 0.67 and reliability 0.77 and the experimental instrument is the dental health promotion program for the disabled by home visits. Which the experimental group operated with dental personnel, the control group operated with non dental personnel. Data collection before and after 4 weeks of receiving dental health promotion program was analyzed using descriptive statistics and t test. The results of the study showed that dental health behavior and dental health status of disabled persons in bacterial plaque control after dental health promotion by home visits in both groups better than before ($p<0.001$) and the opinions of the staff on dental health promotion for the disabled by home visits, It was found that the personnel indicated that education was important in providing dental health education for disabled and should increase access to health services in disabled. In conclusion the dental health status were improved after receiving the dental health promotion program, especially in the plaque index score in both groups with different statistical significance at the level of .001

Keywords: disabled, self-efficacy, dental health behaviours, dental health status

บทนำ

ปัจจุบันพบว่าอัตราความพิการเพิ่มขึ้นเนื่องจากการเพิ่มจำนวนประชากรสูงอายุและการเกิดโรคเรื้อรังที่เพิ่มสูงขึ้น โดยองค์การอนามัยโลกพบว่ามีคนพิการทั่วโลกกว่าหนึ่งพันล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากรทั่วโลก[1] ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีประชากรที่พิการสูงกว่าวัยอื่น ปัญหาของคนพิการคือ เป็นประชากรที่มีความลำบากหรือปัญหาสุขภาพที่เป็นข้อจำกัดในการทำกิจกรรมถึง 1.4 ล้านคน จากจำนวนคนพิการในประเทศไทย 1.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 2.1 ของประชากรในประเทศไทยหรือร้อยละ 93.33 ของคนพิการซึ่งมีปัญหาด้านสุขภาพ และพบประชากรที่มีความลำบากในการดูแลตนเอง ทำกิจวัตรส่วนตัวร้อยละ 0.5 ของประชากรประเทศไทย หรือ คิดเป็นร้อยละ 24.17 ของคนพิการ และในจำนวนนี้มีคนพิการที่มีความยากลำบากในด้านการล้างหน้า แปรงฟันสูงถึงร้อยละ 61.4[2] ซึ่งพบว่าคนพิการมีโอกาสเข้าถึงบริการด้านสุขภาพน้อยและไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านบริการสุขภาพ โดยเฉลี่ยผู้พิการรับบริการ 2.58 ครั้งต่อปี และแต่ละครั้งของการรับบริการยังได้รับบริการเฉลี่ย 1.05 บริการโดยมีอัตราการรับบริการนอกพื้นที่ เพียงร้อยละ 1.10[3] จากอุปสรรคในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ อาทิ อุปสรรคด้านเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพ ทั้งในเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล และการรอรับการรักษาที่ต้องใช้เวลานาน อุปสรรคด้านกายภาพและภูมิศาสตร์ ปัญหาด้านคมนาคม ตลอดจนอาคารสถานที่ อุปกรณ์การแพทย์ หรือสื่อที่ไม่เอื้อต่อการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ของคนพิการ และระยะทางที่ห่างไกลในการมาใช้บริการในเมืองใหญ่ อุปสรรคด้านข้อมูลและการสื่อสาร ความยากลำบากในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ เช่น คนหูหนวก อาจมีความยากลำบากในการสื่อสาร บอกอาการของตนแก่แพทย์ และข้อมูลด้านสุขภาพมักไม่มีอยู่ในรูปแบบที่เข้าถึงได้ง่ายสำหรับคนพิการ เช่น ข้อมูลในรูปแบบภาพสำหรับผู้มีความบกพร่องด้านสติปัญญา การขาดความรู้เกี่ยวกับคนพิการของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ บุคลากรทางการแพทย์อาจมีทัศนคติที่ไม่เหมาะสม มีอคติ เพิกเฉย ขาดความตระหนักและมักขาดความรู้

ความเข้าใจและทักษะในการจัดการปัญหาสุขภาพในคนพิการ [4]

พื้นที่อำเภอบางระกำจังหวัดพิษณุโลกเป็นพื้นที่ใหญ่ มีประชากรกว่า 93,216 ราย มีศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 21 แห่ง แต่มีทันตบุคลากรประจำเพียง 7 แห่ง และมีทันตบุคลากรหมุนเวียน 4 แห่ง เท่านั้น[5] จึงทำให้คนพิการในบางพื้นที่เข้าถึงบริการทันตสุขภาพได้ยาก เฉพาะคนพิการที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในอำเภอบางระกำพบว่ามีจำนวนคนพิการถึงร้อยละ 3.59 และพบว่ามีคนพิการทางการเคลื่อนไหว คิดเป็นร้อยละ 2.19[6] โดยพบคนพิการมากกว่าค่าเฉลี่ยประเทศไทยปี 2555 ที่พบคนพิการทั้งประเทศร้อยละ 2.2[2] ผลพวงของความพิการทำให้เกิดข้อจำกัด หรือสูญเสียสมรรถภาพที่จะทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งที่ควรจะทำได้ หรือเคยทำได้ในชีวิตประจำวันแล้วกลับกลายเป็นทำไม่ได้โดยเฉพาะความพิการที่มีปัญหาสุขภาพร่วมด้วย จะทำให้เกิดปัญหาเพิ่มมากขึ้น[7] พบว่าในคนพิการทางกายส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพในช่องปากจากการขาดความใส่ใจในการดูแลสุขภาพ คิดว่าตนเองไม่สามารถทำการทำความสะอาดช่องปากได้ การขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากและทักษะในการทำความสะอาดช่องปาก การเลือกรับประทานอาหาร ความยากลำบากในการเดินทางไปรับบริการ[8] รวมถึงการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพ เศรษฐสถานะและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างไรก็ตามการป้องกันปัญหาสุขภาพช่องปากสามารถทำได้ด้วยการแปรงฟัน ซึ่งคนพิการทางกายส่วนใหญ่ยังสามารถปฏิบัติเองได้และการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอโดยทันตบุคลากร

จากปัญหาการขาดบุคลากรที่เพียงพอต่อการให้บริการทันตสาธารณสุขจากความขาดแคลนของทันตบุคลากร ในพื้นที่ส่วนใหญ่ในประเทศไทย[9] จึงควรมีการพัฒนาบุคลากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพในด้านการทำงานส่งเสริมและป้องกันโรคในการส่งเสริมทันตสุขภาพ เพื่อให้คนพิการได้รับบริการทันตสุขภาพอย่างครอบคลุม รวมถึงปัญหาด้านสุขภาพช่องปากของคนพิการดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเชื่อในความสามารถแห่งตน ของแบนดูรา[10] ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มุ่งเน้นในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล โดยแบนดูราได้ให้ความหมายของการรับรู้ความสามารถแห่งตนว่า เป็นความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความมั่นใจในความสามารถของตนที่จะปฏิบัติกิจกรรม หรือจัดการกับสถานการณ์ให้เกิดความสำเร็จตามเป้าหมาย โดยต้องอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 ประการ คือ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (performance accomplishments) การเรียนรู้โดยการสังเกต (vicarious learning) การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuation) และการประเมินสภาวะทางสรีรวิทยาและอารมณ์ (physiological Information) ทั้งนี้การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งนั้น ขึ้นอยู่กับความเชื่อในความสามารถแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น หากความเชื่อในความสามารถแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นมีสูง บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมแน่นอน แต่หากความเชื่อในความสามารถแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่ำ บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะไม่ทำพฤติกรรมนั้น สำหรับการส่งเสริมทันตสุขภาพในคนพิการโดยการเยี่ยมบ้าน เป็นการใช้กลยุทธ์ในกฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพด้านการสร้างทักษะส่วนบุคคลและการปรับบริการด้านสุขภาพ[1] การสร้างทักษะส่วนบุคคลเป็นการให้ข้อมูลและความรู้ด้านทันตสุขภาพ รวมทั้งสร้างทางเลือกที่ดีกว่าในการปรับปรุงสภาวะทันตสุขภาพของคนพิการ โดยการใช้โปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพ ร่วมกับการประเมินสภาวะทันตสุขภาพ ส่วนการปรับบริการด้านสุขภาพ ได้เน้นการให้บริการส่งเสริมสุขภาพในเชิงรุกโดยการเยี่ยมบ้านคนพิการ และปรับปรุงเชื่อมโยงระบบการส่งต่อคนพิการในการส่งต่อเพื่อไปรับบริการที่โรงพยาบาล จากแนวคิดของแบนดูราที่มีแนวคิดว่าคนจะมีพฤติกรรมสุขภาพปัจจัยสำคัญต้องมีความเชื่อในความสามารถ[10] ดังนั้นในการส่งเสริมทันตสุขภาพต้องมีการพัฒนาความเชื่อ และการปฏิบัติตนในการดูแลทันตสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลดีกับสภาวะทันตสุขภาพของคนพิการ เพื่อลดการเกิดโรคในช่องปาก ลดการสูญเสียฟัน เพื่อให้คนพิการมีฟันในช่องปากเพียงพอในการบดเคี้ยวอาหาร มีสุขภาพร่างกายและสุขภาพช่องปากที่ดี โดยการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพและสภาวะทันตสุขภาพคนพิการ ก่อนและหลังการส่งเสริมทันตสุขภาพโดยการเยี่ยมบ้านด้วยทันตบุคลากรและไม่ใช่ทันตบุคลากร ของอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก และศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุข ทั้งที่เป็นทันตบุคลากร และ

ไม่ใช่ทันตบุคลากร ต่อการส่งเสริมทันตสุขภาพคนพิการโดยการเยี่ยมบ้าน ในอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) ประชากรคือคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางกาย อาศัยในอำเภอบางระกำ ทำการสุ่มอย่างง่าย โดยมีวิธีดังนี้ คือ ขั้นตอนแรกสุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีทันตบุคลากรกับไม่มีทันตบุคลากร โดยคำนึงถึงขนาดที่เท่ากัน คือ สุ่มขนาด M อย่างละ 1 แห่งและขนาด S อย่างละ 1 แห่ง แล้วจึงเลือกคนพิการตามเกณฑ์ ที่ยินดีเข้าร่วมศึกษา ตำบลละ 20 คน เกณฑ์การแบ่งขนาดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแบ่งเป็น 3 ขนาด และใช้จำนวนประชากรในการแบ่ง โดยจำนวนประชากรน้อยกว่า 3,000 คน เป็นขนาดเล็ก หรือ S จำนวนประชากร 3,000-8,000 คน เป็นขนาดกลาง หรือ M และจำนวนประชากรมากกว่า 8,000 คน เป็นขนาดใหญ่ หรือ L[11] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของอำเภอบางระกำที่มีทันตบุคลากรทั้งหมด 7 แห่ง อยู่ใน ขนาด M 5 แห่ง และอยู่ในขนาด S 2 แห่ง และเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่มีทันตบุคลากร จำนวน 13 แห่ง เป็นขนาด M 6 แห่ง และขนาด S 7 แห่ง ทำการสุ่มตัวอย่างแล้วคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ สรุปได้คนพิการในกลุ่มพื้นที่ที่มีทันตบุคลากรเป็นกลุ่มทดลอง และไม่มีทันตบุคลากรเป็นกลุ่มควบคุม แห่งละ 40 คน รวมตัวอย่างทั้งหมด 80 คน แต่ในกลุ่มทดลองมีคนพิการสมัครใจเข้าร่วมการทดลองมากขึ้นจำนวน 4 คน จึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 84 คน เกณฑ์เข้าร่วมการวิจัยคือ ผู้มีความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางกายอายุตั้งแต่ 15 ปี และมีความสามารถด้านกิจกรรมการแต่งตัว สามารถตัดสินใจ และมีฟันตั้งแต่ 2 ซี่ในแต่ละควอดรันต์ (quadrant) เกณฑ์ไม่รับเข้าร่วมการวิจัยคือ คนพิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และ/หรือไม่สามารถสื่อสารได้ เกณฑ์ให้ออกจากการศึกษาคือ ผู้ต้องการขอออกจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ โปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพ โดยการพัฒนาความรู้เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง และเพิ่มความเชื่อในความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้ และความมั่นใจในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง โดยการใช้เครื่องมือ 2 แบบ ได้แก่

1. คู่มือคืนความสุข คืนรอยยิ้ม คนพิการ ซึ่งเป็นคู่มือที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจช่องปากด้วยตนเอง โรคในช่องปาก สาเหตุของการเกิดโรค การป้องกันโรค การดูแลสุขภาพช่องปาก การเลือกใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก และการเลือกรับประทานอาหาร เป็นแนวทางในการให้บุคลากรพูดคุยกับคนพิการ รวมถึงมีเอกสารเพื่อให้คนพิการสามารถอ่านได้

2. คู่มือกระบวนการเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมทันตสุขภาพคนพิการเป็นแนวทางการประเมินกลุ่มตัวอย่าง และการสร้างความเชื่อในความสามารถแก่กลุ่มตัวอย่าง

โดยมีการใช้โปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และมีการดำเนินงานดังนี้

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

2. การดำเนินการในวันเยี่ยมบ้าน ดำเนินกิจกรรมตามลำดับดังนี้

2.1 การแนะนำตัวพูดคุยเพื่อสร้างความสัมพันธ์ และตรวจสอบข้อมูลทั่วไปของคนพิการจากการพูดคุยกับข้อมูลเดิมที่มีการบันทึกในเวชระเบียน เพื่อค้นหาการเปลี่ยนแปลงข้อมูลของคนพิการ รวมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อขอความยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

2.2 ประเมินความเชื่อในความสามารถและพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพก่อนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพสำหรับคนพิการโดยการสัมภาษณ์

2.3 การตรวจประเมินสุขภาพช่องปากโดยใช้การวัด plaque index (PI) ตรวจความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปาก ตรวจสภาพเหงือกและอวัยวะปริทันต์และตรวจสภาวะฟันผุ

2.4 การจัดกิจกรรมเรียนรู้และฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพสำหรับคนพิการประกอบด้วย

- แจ้งผลการตรวจสุขภาพช่องปากและเชื่อมโยงพฤติกรรมการแปรงฟัน และพฤติกรรมการรับประทานอาหารกับปัญหาสุขภาพช่องปาก รวมทั้งโยงผลกระทบที่เกิดจากปัญหาสุขภาพช่องปาก โดยให้คนพิการได้มีส่วนร่วมในการสะท้อนปัญหาสุขภาพช่องปากและปัญหาของการทำพฤติกรรมนั้น จากนั้นเสริมความรู้โรคฟันผุและเหงือกอักเสบตลอดจนพฤติกรรมที่จำเป็นเพื่อป้องกันปัญหาทันตสุขภาพและเสริมให้คนพิการเห็นศักยภาพของตนในการดูแลทันตสุขภาพด้วยการใช้บุคคลต้นแบบที่เป็นคนพิการที่มีทันตสุขภาพที่ดี

2.5 ร่วมคิด ร่วมทำ ให้มีฟันดี

- การฝึกทักษะการแปรงฟัน ด้วยการตรวจฟันเบื้องต้น และใช้สีย้อม จากนั้นให้ฝึกแปรงในส่วนที่ไม่สามารถทำความสะอาดได้

- ให้คนพิการและผู้ดูแลร่วมตั้งเป้าหมายและวางแผนที่จะดูแลทันตสุขภาพของตนเองในเรื่องการรับประทานอาหารและการแปรงฟัน

- เจ้าหน้าที่ให้กำลังใจและแสดงถึงความเชื่อมั่นว่าคนพิการและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตนในการดูแลทันตสุขภาพได้ พร้อมทั้งนัดหมายการติดตามและประเมินผลหลังการจัดกิจกรรมเรียนรู้และฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพ

3. หลังการจัดกิจกรรมเรียนรู้และฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพสำหรับคนพิการ 1 เดือน

3.1 ประเมินความเชื่อในความสามารถและพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพ หลังการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพสำหรับคนพิการโดยการสัมภาษณ์

3.2 การตรวจประเมินสุขภาพช่องปากโดยใช้การวัด plaque index (PI) ตรวจความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปาก ตรวจสภาพเหงือกและอวัยวะปริทันต์และตรวจสภาวะฟันผุ หลังการจัดกิจกรรมเรียนรู้และฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพสำหรับคนพิการ 1 เดือน

3.3 สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการเกิดพฤติกรรมที่ดีด้านทันตสุขภาพ

เครื่องมือรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเฉพาะวิจัยนี้ และแบบบันทึกผลการตรวจคราบจุลินทรีย์

แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1) ข้อมูลทั่วไปของคนพิการ (เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สภาวะความพิการ จำนวนปีที่มีความพิการ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และการมีผู้ดูแล) 2) ความสามารถในการดูแลทันตสุขภาพ (การตรวจช่องปากตนเอง การแปรงฟัน การเลือกยาสีฟัน การเลือกอาหาร และรับประทานอาหารเอง) รวม 8 ข้อ มีคำตอบเป็นมาตราส่วน (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ทำได้แน่นอน ทำได้บ้าง อาจทำได้ ไม่น่าจะทำได้ และทำไม่ได้แน่นอน และ 3) พฤติกรรมทันตสุขภาพ (การตรวจช่องปากตนเอง การแปรงฟัน และการรับประทานอาหาร) มี 7 ข้อมีคำตอบเป็นมาตราส่วน (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ทำทุกวันทำ 5-6 วันต่อสัปดาห์ ทำ 3-4 วันต่อสัปดาห์ ทำ 1-2 วันต่อสัปดาห์ และไม่ทำเลย

ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เป็นการหาความสอดคล้องของวัตถุประสงค์และเครื่องมือที่ใช้วัด มีค่าดัชนีความสอดคล้องสัมพันธ์ (index of concurrence: IOC) รายข้ออยู่ระหว่าง 0.33-1 และดัชนีความสอดคล้องสัมพันธ์ภาพรวมของแบบสอบถาม IOC เท่ากับ 0.77 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันจำนวน 20 ราย นำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือ เป็นการหาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้การหาค่าวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.77 ทำการตรวจโดยใช้ผู้วิจัยเพียงคนเดียวที่มีการปรับมาตรฐานการตรวจภายในผู้ตรวจคนเดียวโดยตรวจเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลบางระกำ จำนวน 5 คน ได้ค่าความสอดคล้องของดัชนีคราบจุลินทรีย์ 0.92 มีค่าสัมประสิทธิ์แคปปาเท่ากับ 0.96

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับอนุมัติการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เพื่อพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เลขที่รับรอง 013/2561 ให้การรับรองวันที่ 23 สิงหาคม 2561 และให้การรับรองถึงวันที่ 22 สิงหาคม 2562 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบบันทึกผลการตรวจสภาวะทันตสุขภาพในเดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561

เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ทันตแพทย์สัมภาษณ์คนพิการด้วยแบบสอบถามและบันทึกผล โดยให้คนพิการแปรงฟันและทันตแพทย์ตรวจคราบจุลินทรีย์หลังการย้อมสีฟัน

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการนำแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ โดยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามเพื่อทำการวิเคราะห์ด้วยค่าความเชื่อมั่นในระดับร้อยละ 95 และมีความคลาดเคลื่อนร้อยละ 0.05 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมานโดยใช้การทดสอบที (t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 การเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยตัวแปรภายในกลุ่มใช้สถิติ paired sample t-test ส่วนการเปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่มใช้สถิติ independent sample t-test

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะใกล้เคียงกันทั้งในด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ สภาวะความพิการความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และการมีผู้ดูแล ยกเว้นด้านรายได้ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยรายได้ต่อเดือนที่น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		*p*-value
	จำนวน (n=44)	ร้อยละ	จำนวน (n=40)	ร้อยละ	
1. เพศ					
ชาย	28	63.6	25	62.5	
หญิง	16	36.4	15	37.5	0.92
2. อายุ					
ต่ำกว่า 40 ปี	9	20.5	6	15.0	
41-50 ปี	15	34.1	4	10.0	
51-60 ปี	8	18.2	12	30.0	
61-70 ปี	10	22.7	10	25.0	
71 ขึ้นไป	2	4.5	8	20.0	
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ค่าสูงสุด, ค่าต่ำสุด	51.84 ± 13.49, 77, 22		57.20 ± 17.00, 79, 16		0.02
3. สถานภาพสมรส					
โสด	11	25.0	7	17.5	
สมรส	23	52.3	28	70.0	0.84
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	10	22.7	5	12.5	
4. ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียนหนังสือ	8	18.2	3	7.5	
ระดับประถมศึกษา	28	63.6	30	75.0	0.93
ระดับมัธยมศึกษา	8	18.2	7	17.5	

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		*p*-value
	จำนวน (n=44)	ร้อยละ	จำนวน (n=40)	ร้อยละ	
5. อาชีพ					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	27	61.4	23	57.5	
เกษตรกรรม	6	13.6	3	7.5	
รับจ้าง	7	15.9	8	20.0	0.42
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	4	9.1	5	12.5	
ข้าราชการบำนาญ	-	-	1	2.5	
6. รายได้ต่อเดือน					
0 - 1,000 บาท	14	31.8	9	22.5	
1,001 - 2,000 บาท	18	40.9	15	37.5	
2,001 - 3,000 บาท	6	13.6	1	2.5	
3,001 - 4,000 บาท	2	4.5	4	10.0	
4,001 บาท ขึ้นไป	4	9.1	11	27.5	
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ค่าสูงสุด, ค่าต่ำสุด, ค่ามัธยฐาน	1865.91 ± 1311.48, 6000, 800, 1400		3243.75 ± 3065.46, 12000, 800, 1500		0.01
7. สภาวะความพิการ					
พิการแต่กำเนิด	13	29.5	9	22.5	
พิการภายหลัง	31	70.5	31	77.5	0.47
8. จำนวนปีที่มีความพิการ					
น้อยกว่า 6 ปี	10	22.7	11	27.5	
6-10 ปี	9	20.5	9	22.5	
11-15 ปี	5	11.4	7	17.5	
16-20 ปี	2	4.5	3	7.5	
21 ปีขึ้นไป	18	40.9	10	25.0	
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ค่าสูงสุด, ค่าต่ำสุด	22.11 ± 19.23, 61, 1		19.48 ± 21.24, 78, 2		0.55
9. การช่วยเหลือตนเอง					
ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด	35	79.5	31	77.5	
ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน	9	20.5	9	22.5	0.82
10. การมีผู้ดูแล					
มีผู้ดูแลทุกวัน	36	81.8	37	92.5	
มีผู้ดูแลบางวัน	5	11.4	3	7.5	0.08
ไม่มีผู้ดูแล	3	6.8	-	-	

ปัจจัยด้านความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพ โดยใช้คะแนนความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพของแต่ละรายมาจัดลำดับ จากคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 เป็นไม่ดี คะแนนร้อยละ 61-80 เป็นพอใช้ และคะแนนร้อยละ 81 ขึ้นไป เป็นดี พบว่าความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเดียวกัน ในกลุ่มทดลองพบว่าความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยมีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้นหลังการทดลอง กลุ่มควบคุมพบว่าความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพก่อนการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ในขณะที่หลังการทดลอง พบว่าความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี การเปรียบเทียบความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพระหว่างกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลองพบว่าก่อนการทดลองระดับความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีร้อยละ 65.9 ในขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 45.0 แต่เมื่อเปรียบเทียบความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพหลังการทดลอง พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี และมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน เป็นร้อยละ 77.3 และร้อยละ 77.5 ตามลำดับ

คะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเดียวกัน ของกลุ่มทดลองก่อน และหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มก่อนการทดลอง และผลต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มภายหลังการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพ ภายในกลุ่ม ระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	คะแนนเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		ผลต่างคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม	P-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
กลุ่มทดลอง	33.27 ± 4.05	34.77±3.92	-0.14	0.080
กลุ่มควบคุม	30.77±5.92	34.77±3.94	-0.45	0.000
ผลต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม	2.49	-0.002	-2.50	
P-value	0.030	0.998	0.005	

เปรียบเทียบพฤติกรรมทันตสุขภาพโดยใช้คะแนนพฤติกรรมทันตสุขภาพของแต่ละรายมาจัดลำดับ จากคะแนน ต่ำกว่าร้อยละ 60 เป็นไม่ดี คะแนนร้อยละ 61-80 เป็นพอใช้ และคะแนนร้อยละ 81 ขึ้นไปเป็นดี ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเดียวกัน พบว่าพฤติกรรมทันตสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มทั้งก่อนและหลังการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ โดยมีการเพิ่มของพฤติกรรมทันตสุขภาพระดับดีมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมทันตสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าพฤติกรรมทันตสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ และมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ในขณะที่หลังการทดลองระดับพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ทั้งสองกลุ่มยังอยู่ในระดับพอใช้เช่นเดิม แต่มีสัดส่วนการเพิ่มของพฤติกรรมในระดับดีเพิ่มสูงขึ้นทั้งสองกลุ่ม เปรียบเทียบพฤติกรรมทันตสุขภาพภายใน

กลุ่มก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม ทันตสุขภาพของทั้งสองกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมทันตสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง ผลต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมทันตสุขภาพ ภายในกลุ่ม ระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

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

ผลการตรวจสภาวะทันตสุขภาพ โดยมีการตรวจประเมินความสามารถในการทำความสะอาดช่องปากจากการย้อมสีฟันด้วยการวัดผลรวมของค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ (Plaque Index: PI) โดยใช้เกณฑ์ที่ปรับปรุงมาจาก Silness and Löe[13] และแสดงผลรวมของค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยผลรวมของค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	คะแนนเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		ผลต่างคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม	p -value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
กลุ่มทดลอง	2.03 ± 0.39	1.27 ± 0.49	0.76	0.000
กลุ่มควบคุม	2.34 ± 0.49	1.26 ± 0.59	1.09	0.000
ผลต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม	-0.31	0.009	0.32	
p -value	0.002	0.94	0.008	

จากตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลรวมของค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยผลรวมดัชนีของคราบจุลินทรีย์ของทั้งสองกลุ่มก่อน และหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 พบว่าค่าเฉลี่ยผลรวมดัชนีของคราบจุลินทรีย์ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองของทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ลดลง 0.76 และ 1.09 คะแนนตามลำดับโดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อเปรียบเทียบผลรวมของค่าดัชนีจุลินทรีย์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มก่อนการทดลอง พบว่าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีผลรวมของค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ และผลต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนผลรวมค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มหลังการทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความคิดเห็นของบุคลากร

จากการเก็บข้อมูลความคิดเห็นของบุคลากรด้วยการสัมภาษณ์หลังการให้โปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพโดยการเยี่ยมบ้านคนพิการ พบว่าความคิดเห็นของบุคลากรผู้ใช้โปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพ เป็นดังนี้

ทันตบุคลากร ด้านการให้ทันตสุขศึกษาสามารถให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากและให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากคนพิการ เนื่องจากคนพิการส่วนใหญ่มีปัญหาในช่องปากแต่ไม่สามารถมารับบริการได้ การไปเยี่ยมบ้านทำให้เราเข้าถึงคนพิการได้ ทำให้ได้ไปเจอคนพิการถึงบ้านและได้รับทราบว่าคนพิการเข้าถึงบริการสุขภาพแบบไหนอย่างไรบ้าง ไม่ใช่ทันตบุคลากร ด้านการให้ทันตสุขศึกษายังไม่ค่อยเชี่ยวชาญโดยตรง มีข้อบกพร่องในการให้สุขศึกษาเนื่องจากไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ หากคนพิการถามจะไม่สามารถให้ข้อมูลได้ถูกต้องครบถ้วน เนื้อหาใช้ได้แล้วแต่ยังไม่มั่นใจในการให้ความรู้ คิดว่าภาพรวมการออกเยี่ยมบ้านดีแล้วแต่ควรทำให้ครอบคลุม เนื่องจากคนพิการไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ ดังนั้นการให้บริการเชิงรุกจะดีกว่า และจำนวนคนพิการที่เก็บข้อมูลเพียง 20 ราย แต่คนพิการมีจำนวนมากกว่านั้นมากจึงควรมีการพัฒนาให้เกิดความครอบคลุมต่อคนพิการในพื้นที่อื่นๆ

บทวิจารณ์

ปัจจัยทั่วไปด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ สภาวะความพิการ พบว่ามีความสอดคล้องกับหลายการศึกษา[7, 14, 15, 16] แต่ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าคนพิการส่วนใหญ่ในประเทศไทยเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 70 ปี[2] ความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มก่อนการทดลอง ระดับความเชื่อของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับดี แต่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ โดยในกลุ่มควบคุมสอดคล้องกับการศึกษาของน้ำค้าง ว่องเกษฎา ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง[17] แต่ความเชื่อในความสามารถดูแลทันตสุขภาพ ระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มหลังการทดลอง พบว่าทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของยศรวีร์ กีรติภควัต ซึ่งมีกิจกรรมที่คล้ายคลึงกับการศึกษานี้ พบว่าเมื่อกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ในสมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05[18] พฤติกรรมทันตสุขภาพกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลองอยู่ในระดับพอใช้ สอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ อังกสิทธิ์ มีพฤติกรรมสุขภาพเมื่อยังไม่พิการของคนพิการ และพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเริ่มเจ็บป่วยด้วยอุบัติเหตุของคนพิการอยู่ในระดับค่อนข้างดี[19] แต่มีพฤติกรรมในระดับดีเพิ่มสูงขึ้นทั้งสองกลุ่ม เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมทันตสุขภาพภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับ การศึกษาของสุวิภา อนันต์ธนสวัสดิ์ และการศึกษาของ ญาดา อุ่นสุข ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการปฏิบัติด้านทันตสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[20, 21] ซึ่งการศึกษาของ Syrjala และคณะ ที่ศึกษาผลของความเชื่อในความสามารถทางทันตสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพและสภาวะทันตสุขภาพ พบว่าความเชื่อในความสามารถด้านการแปรงฟันและการประเมินการทำความสะอาดช่องปากของตนเองมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทันตสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.0005$)[22] และการศึกษาของ Mizutani S. และคณะ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อในความสามารถแห่งตนกับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก พบว่าความเชื่อในความสามารถแห่งตนที่เพิ่มสูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น[23] จึงสรุปได้ว่าการได้รับโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพทำให้เกิดพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ดีขึ้นในทั้งสองกลุ่ม

จากการศึกษาข้อมูลสภาวะทันตสุขภาพ พบว่าผลรวมค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ เปรียบเทียบภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย 2.03 ± 0.39 และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 1.27 ± 0.49 และผลรวมค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 2.34 ± 0.49 และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย1.26 ± 0.59 ซึ่งผลรวมค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์เปรียบก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษาของ Syrjala และคณะ พบว่าความเชื่อในความสามารถ

ด้านการแปรงฟันและการประเมินการทำความสะอาดช่องปากของตนเองทำให้คราบจุลินทรีย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.0005$)[22] และการศึกษาของ Mizutani S. และคณะ พบว่าความเชื่อในความสามารถแห่งตนเองมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่ดีทำให้ลดคราบจุลินทรีย์ได้[23] ด้านผลรวมของดัชนีคราบจุลินทรีย์ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 แต่ภายหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพแล้ว ผลรวมของดัชนีคราบจุลินทรีย์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีผลรวมของดัชนีคราบจุลินทรีย์ที่แตกต่างกันก่อนและหลังการทดลอง -0.76 ส่วนกลุ่มควบคุมต่างกันก่อนและหลังการทดลอง -1.09 แสดงให้เห็นว่า ไม่ใช่ทันตบุคลากรเท่านั้นที่สามารถควบคุมผลรวมของดัชนีคราบจุลินทรีย์ได้ดีกว่า จึงสรุปได้ว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพทำให้มีการลดลงของคราบจุลินทรีย์ในทั้งสองกลุ่ม

จากการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีอายุเฉลี่ย 51 ปีและ 57 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรก่อนวัยสูงอายุ อาจเนื่องจากเป็นการศึกษาในกลุ่มคนพิการทางกายเท่านั้นและจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยเกินไป แต่ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าคนพิการส่วนใหญ่ในประเทศไทยเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 70 ปี[2] จึงเป็นข้อเสนอแนะในการศึกษาต่อไปในการเพิ่มจำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่าง และศึกษาในกลุ่มคนพิการด้านอื่นๆ เพิ่มเติม

บทสรุป

จากการศึกษานี้สรุปได้ว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพทำให้สภาวะทันตสุขภาพดีขึ้น โดยเฉพาะในด้านการควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์ทั้งสองกลุ่มที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงให้เห็นว่าบุคลากรทางทันตสาธารณสุขอื่นๆ สามารถใช้โปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพทำให้คนพิการมีสภาวะทันตสุขภาพที่ดีขึ้นได้ไม่แตกต่างกับทันตบุคลากร

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผศ.ทญ.ดร. จุฑารัตน์ ฉิมเรือง อ.ทญ.ดร.นิธิมา เสริมสุธีอนุวัฒน์ และ ดร.ศริญทิพย์ ชาลีเครือ ผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ให้คำแนะนำและตรวจสอบแบบสอบถามที่เป็นเครื่องมือในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์แก่การวิจัยและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ขอขอบคุณนางธัญวรรณ ประเสริฐกุล เจ้าหน้าที่กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลบางระกำ รวมถึงเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการอำนวยความสะดวกและให้ความอนุเคราะห์แก่ผู้วิจัยในการเก็บข้อมูลจนเสร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Disability and Health. (Online). 16 Jan 2018 (cited 2018 oct 31); Available from : URL: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น; 2555. 1-313.
3. เพชรี เหล่าพิลัย, มานพ คณะโต. การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของผู้พิการในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนของประเทศไทย. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2559; 4(1): 95-112.
4. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สู่ความเป็นธรรมระบบบริการสุขภาพคนพิการ. ใน HSRI Forum. 2555; 1(7): 3-6.
5. กลุ่มงานยุทธศาสตร์. แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลบางระกำ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560. พิษณุโลก: โรงพยาบาลบางระกำ; 2560.
6. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. ฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการพิษณุโลก 2560. พิษณุโลก: สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดพิษณุโลก; 2560.
7. ยศพล เหลืองโสมนภา, สาคร พร้อมเพราะ, สุกัญญา ขันวิเศษ. คุณภาพชีวิต ปัญหา และความต้องการของผู้พิการในเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้างจังหวัดจันทบุรี. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2554; 28(2): 98-109.

8. ภัทรกิติ์ โกมลกิติ. ชีวิตและข้อจำกัดด้านการเดินทางของผู้พิการไทย. วารสารวิชาการคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2554; 1: 63-77.
9. โกเมศ วิชชาวุธ,สุณีผลดีเยี่ยม,จารุวัฒน์ บุษราคัมรุหะ, วารี สุดกรยุทธ์. การคาดประมาณกำลังคนด้านทันตสาธารณสุขระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2551-2560). วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 2552; 14(2): 9-23.
10. Bandura Albert. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Behav Res Ther. 1977; 1(4): 139-161.
11. สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ปี 2562. [ออนไลน์]8 พฤศจิกายน 2561 [อ้างเมื่อ 7 สิงหาคม 2562]. จาก http://cro.moph.go.th/cppho/download/969_26122018.pdf
12. สำนักทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. คืนความสุข คืนรอยยิ้ม ผู้สูงวัย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2554 .
13. Silness J, Loe H. Periodontal Disease in Pregnancy II. Correlation between Oral Hygiene and Periodontal Condition. Acta Odontol Scand. 1964; 22: 121-135.
14. ศมนรักษ์ สุวรรณทรัพย์, ยุวดี ลีลัคนาวีระ, วรรณรัตน์ ลาวัง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในจังหวัดปทุมธานี. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2559; 9(3): 20-35.
15. ธัญลักษณ์ หมีอิ่ม, พัชมณฑ์ มังมติ, สุภชา คำเขียน. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางกาย จังหวัดพิจิตร. [การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2552.
16. อนุชา นิลประพันธ์. รูปแบบการพัฒนาสุขภาพคนพิการในชนบทจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญา ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น; 2548.
17. น้ำค้าง ว่องเกษฎา. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูญเสียแขนขา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ; 2541.
18. ยศรวีร์ กีรติภควัต. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลของมารดาในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบในบุตรปฐมวัย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ; 2557.
19. กนกวรรณ อังกสิทธิ์. พฤติกรรมสุขภาพและความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคนพิการ. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่; 2548.
20. สุวิภา อนันต์ธนสวัสดิ์. ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพลศึกษา. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ; 2538
21. ญาดา อุ่นสุข. ประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษา โดยการมีส่วนร่วมของโรงเรียนในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ; 2543.
22. Syrjala AM, Kneckt MC, Knuuttila ML. Dental self-efficacy as a determinant to oral health behaviour, oral hygiene and HbA1c level among diabetic patients. J Clin Periodontol. 1999; 26(9): 616-621.
23. Mizutani S., Ekuni D., Furuta M., Tomofuji T., Irie K., Azuma T., et al. Effects of self-efficacy on oral health behaviours and gingival health in university students aged 18- or 19-years-old. J Clin Periodontol. 2012; 39(9): 844-9.