



รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดสุขภาพช่องปากของ
ผู้สูงอายุ ชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2



ส่งศักดิ์ สุขสันต์

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

ปีการศึกษา 2564

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของ
ผู้สูงอายุ ชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของ
ผู้สูงอายุ ชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2"
ของ สังกัดดี สุขสันต์
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา-

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ สูดหนองบัว)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ดร.ภัทรพล มากมี)

อนุมัติ

.....
(ศาสตราจารย์ ดร.ไพศาล มณีสว่าง)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของ ผู้สูงอายุ ชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2
ผู้วิจัย	สงศ์ศักดิ์ สุขสันต์
สถานที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ สุดหนองบัว
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ด., มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2564
คำสำคัญ	พฤติกรรม, สุขภาพช่องปาก, ผู้สูงอายุชาวม้ง

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงผสมผสาน แบ่งขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเป็น 4 ระยะ โดยมีจุดมุ่งหมายดังนี้ ระยะที่ 1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการดูแลตัวเอง และพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ระยะที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง ด้วยวิธีการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ระยะที่ 3 เพื่อสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม และระยะที่ 4 เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบโดยใช้วิธีการวิจัยกึ่งทดลอง ผลการศึกษาพบว่าสถานการณ์พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง ส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 65.5 และยังมีความเชื่อที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเชิงลบ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากได้แก่ อายุ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก การใช้สมุนไพรเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก โรคประจำตัว ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคในช่องปาก และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยตัวแปรทั้ง 7 ตัว ร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง ได้ร้อยละ 50.2 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพช่องปากคือ ต้องมีการดำเนินการภายใต้ “FUNDEE” model ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ครอบครัวสุขภาพฟันดี ต้องเริ่มต้นที่ผู้นำ 2) กระตุ้นการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตัวเอง 3) เครือข่ายทันตสุขภาพในชุมชน 4) ทันตสุขภาพของคนในชุมชน สร้างโดยชุมชนเพื่อดูแลชุมชน 5) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคภายในช่องปากที่พบในผู้สูงอายุ 6) การแบ่งปันประสบการณ์ที่จะประสบความสำเร็จ และได้นำรูปแบบไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุชาวม้ง จ.เพชรบูรณ์ เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ พบว่าหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่อง

ปากของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ($t = -4.018$, $df = 29$, $p\text{-value} = <0.001^{**}$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($t = 3.126$ $df = 29$, $p\text{-value} = 0.0015^{*}$) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้งได้ ดังนั้น จึงควรนำรูปแบบไปใช้ในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุชาวม้ง ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสอดคล้องกับวิถีชุมชนและติดตามผลลัพธ์ในระยะยาวต่อไป



Title AN ORAL HEALTH BEHAVIOR CHANGE MODEL OF
HMONG ELDERLY PEOPLE IN THE HEALTH REGION 2

Author SONGSAK SUKSAN

Advisor Associate Professor Supaporn Sudnongbua, Ph.D.

Academic Paper Dr.P.H. Dissertation in Public Health Program - (Type 2.1),
Naresuan University, 2021

Keywords Behavior, Oral health, Hmong elderly

ABSTRACT

This study was Mixed Methods research with four phases. Objective were, phase one was to study the situation, problem, need to take care of yourself and oral health care behavior of the elderly Hmong by In-depth interview, phase two was to study the factors affecting the oral health care behavior of the elderly Hmong by cross-sectional study, phase three was to create a model for changing oral health care behaviors of the elderly Hmong. by focus group discussion and phase four was to Effectiveness evaluation model behavior modification by quasi-experimental. Outcome of this study showed that oral health care behavior of the elderly Hmong. Mostly at the moderate level 65.5 percent And still have faith that Resulting in negative behavior, factor effect of Oral health behavior change Including Age, perceptions of oral health care benefits, herb use in relation to oral health, congenital disease, knowledge, perception of risk of causing oral disease, and social support All 7 variables were able to predict oral health care behavior of 50.2% of the Hmong elderly at a statistically significant level of 0.05 from Behavior modification model It must be operated under the "FUN DEE" model consisting of 6 components: Teeth family Must start with the leader Stimulate oral health care by yourself Community Dental Health Network Dental health of people in the community. Created by the community to care for the community Education about intraoral diseases found in the elderly Sharing experiences that will be

successful caring end. The model was tested and applied to the elderly, Hmong, Phetchabun province to evaluate the effectiveness of the model. The results of the research in phase 4 were found that after the experiment Mean oral health care behavior of experimental group the mean was higher than before ($t = -4.018$, $df = 29$, $p\text{-value} = <0.001$ **) and higher than the comparison group ($t = 3.126$ $df = 29$, $p\text{-value} = 0.0015$ *). It showed that the program could modify the oral health care behavior of the Hmong elderly. After experimental showed that experimental group have higher behavior modification and caring and higher that control group. Recommendation so, should take implement An Oral health behavior change model of Hmong elderly people for improve quality of life according with lifestyle and follow outcome in the future.



ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของรองศาสตราจารย์ ดร. สุภาภรณ์ สุตหนองบัว ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้อุทิศสละเวลาอันมีค่า มาเป็นที่ปรึกษาพร้อมทั้งให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการวิทยานิพนธ์อันประกอบไปด้วย รองศาสตราจารย์ ดร.สุธรรม นันทมวงคชชัย ประธานคณะกรรมการรองศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทพญ.ดร. สุภาพร แสงอ่วม และ ดร.ภัทรพล มากมี กรรมการที่ได้กรุณาให้คำแนะนำตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์และทรงคุณค่า

กราบขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข็กน้อย อำเภอ เขา คือ จังหวัดเพชรบูรณ์, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลบ้านร่มเกล้า อำเภอชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลก, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงคู อำเภอศรีสัชชนาลัย จังหวัดสุโขทัย, และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่มเกล้า 1 อำเภอพบพระ จังหวัดตาก ที่กรุณาอนุญาตให้ดำเนินการเป็นพื้นที่ในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณนักศึกษาชั้นปีที่ 4 กลุ่มที่ปรึกษาของผู้วิจัย ในปีการศึกษา 2562 และปีการศึกษา 2563 ภาควิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ที่ร่วมเป็นที่วิจัยในการลงเก็บข้อมูล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, เจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชาวบ้านในพื้นที่ซึ่งได้ให้การสนับสนุนข้อมูลต่างๆ ในการศึกษาครั้งนี้

ท้ายที่สุดแห่งความสำเร็จในการศึกษานี้ ขอขอบคุณพระคุณบุคคลในครอบครัวอันเป็นที่รัก ซึ่งเป็นบุคคลที่ทำให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา รวมไปถึงอาจารย์และผู้มีพระคุณที่ให้การสนับสนุนผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณด้วยความเคารพรักเป็นอย่างสูง คุณค่าที่พึงมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแด่ ผู้มีพระคุณทุกๆ ท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง และผู้สนใจบ้างไม่มากก็น้อย

ส่งศักดิ์ สุขสันต์

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
ประกาศคุณูปการ	ช
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
จุดมุ่งหมายของการวิจัย.....	6
การวิจัยในอนาคต.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
เอกสารที่เกี่ยวข้อง (Literature Review).....	12
ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง (Related Theories).....	45
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Related Research).....	62
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	79
ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความจำเป็น ในการดูแลสุขภาพช่องปากและแนวทาง ในการประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง	81
ระยะที่ 2 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวม้ง.....	83

ระยะที่ 3 เพื่อสร้างรูปแบบการประเมินและดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง	89
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	94
การเก็บรวบรวมข้อมูล	97
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	97
การคืนข้อมูลสู่ชุมชน.....	98
การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล	98
การสร้างที่น่าเชื่อถือในงานวิจัย (Establishing Research Trustworthiness).....	98
บทที่ 4 ผลการวิจัย	100
ผลการวิจัยระยะที่ 1 (เชิงคุณภาพ).....	100
ผลการวิจัยระยะที่ 2 (เชิงปริมาณ).....	123
ผลการวิจัยระยะที่ 3 (เชิงคุณภาพ).....	152
ผลการวิจัยระยะที่ 4 (เชิงปริมาณ).....	174
บทที่ 5 บทสรุป	180
สรุปผลการวิจัย.....	181
อภิปรายผลการวิจัย	183
จุดแข็ง และข้อจำกัดงานวิจัย.....	204
ข้อเสนอแนะการวิจัย	204
บรรณานุกรม	206
ภาคผนวก.....	216
ประวัติผู้วิจัย	264

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงสัดส่วนตัวอย่างต่อประชากรในแต่ละจังหวัด	85
ตาราง 2 แสดงแบบแผนการทดลองของการวิจัยระยะที่ 4	92
ตาราง 4 แสดงการสกัดรหัสข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (ตัวอย่างบางส่วนจาก การวิเคราะห์)	101
ตาราง 5 แสดงการสร้างรหัสข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก(ตัวอย่างบางส่วนจาก การวิเคราะห์)	105
ตาราง 6 แสดงการวิเคราะห์ประเด็นจากบทสัมภาษณ์.....	113
ตาราง 7 แสดงการสรุปประเด็นจากการถอดบทสัมภาษณ์	120
ตาราง 8 แสดงจำนวนและร้อยละ ตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 (n = 400 คน)	126
ตาราง 9 แสดงร้อยละ ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก รายชื่อ (n=400)	128
ตาราง 10 แสดงจำนวนและร้อยละ ระดับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของ ผู้สูงอายุชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 (n=400)	128
ตาราง 11 แสดงจำนวนและร้อยละ ทศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของ ผู้สูงอายุชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 รายชื่อ (n=400)	130
ตาราง 12 แสดงจำนวนและร้อยละ ระดับทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของ ผู้สูงอายุชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 (n=400)	131
ตาราง 13 แสดงจำนวนและร้อยละ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปากของ ผู้สูงอายุชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 รายชื่อ (n=400)	132
ตาราง 14 แสดงจำนวนและร้อยละ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคในช่องปากของ ผู้สูงอายุชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 รายชื่อ (n=400)	133
ตาราง 15 แสดงจำนวนและร้อยละ ระดับปัจจัยนำ รายด้านและภาพรวม (n=400)	135
ตาราง 16 แสดงจำนวนและร้อยละ ปัจจัยเอื้อต่อการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม รายชื่อ (n= 400)	135

ตาราง 17 แสดงจำนวนและร้อยละ ปัจจัยเอื้อต่อการได้รับข้อมูลข่าวสารด้าน ทันตสุขภาพ ราย ชื่อ (n=400)	136
ตาราง 18 แสดงจำนวนและร้อยละ ระดับปัจจัยเอื้อ รายด้านและภาพรวม (n=400)	137
ตาราง 19 แสดงจำนวนและร้อยละ ปัจจัยเสริมด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจาก ครอบครัว รายชื่อ (n=400)	137
ตาราง 20 แสดงจำนวนและร้อยละ ปัจจัยเสริมด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน รายชื่อ (n=400)	139
ตาราง 21 แสดงจำนวนและร้อยละ ปัจจัยเสริมด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากร ด้านทันตสาธารณสุข รายชื่อ (n=400)	140
ตาราง 22 แสดงจำนวนและร้อยละ ระดับปัจจัยเสริม รายด้านและภาพรวม (n=400)	141
ตาราง 23 แสดงจำนวนและร้อยละ ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (ด้านการเงิน, ด้านการช่วยเหลือ, ด้านสิ่งของ, ด้านอารมณ์) รายชื่อ (n=400)	142
ตาราง 24 แสดงจำนวนและร้อยละ แรงสนับสนุนทางสังคม รายด้านและภาพรวม (n=400) ...	145
ตาราง 25 แสดงจำนวนและร้อยละ ด้านสมมุติฐานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวม้ง รายชื่อ (n=400)	147
ตาราง 26 แสดงจำนวนและร้อยละ ปัจจัยด้านสมมุติฐาน แต่ละระดับและภาพรวม (n=400)	148
ตาราง 27 แสดงจำนวนและร้อยละ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง เขต สุขภาพที่ 2 รายชื่อ (n=400)	148
ตาราง 28 แสดงจำนวนและร้อยละ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง เขต สุขภาพที่ 2 แต่ละระดับและภาพรวม (n=400)	149
ตาราง 29 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้วิเคราะห์ (n=400)	150
ตาราง 30 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง ด้วยการ วิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ (n=400)	151
ตาราง 31 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง ด้วยการ วิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ (n=400)	154
ตาราง 32 แสดงสรุปความคิดเห็น กิจกรรม และภาคเครือข่ายผู้รับผิดชอบรูปแบบฯ จำแนกตัวแปร ตามผลการวิจัยระยะที่ 2	155
ตาราง 33 แสดงสรุปองค์ประกอบ จุดเน้นย้ำ และกิจกรรม ของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง: “FUNDEE model”	163

ตาราง 34 แสดงสรุปแนวทางการดำเนินการของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแล สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 ภายใต้ “FUNDEE” model	165
ตาราง 35 แสดงการเปรียบเทียบผลคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนเอง และความคาดหวัง ในผลลัพธ์ของการการปฏิบัติ ต่อโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ช่องปากของผู้สูงอายุม้ง ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง	172
ตาราง 36 แสดงจำนวน ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูล ทั่วไป (n=30)	175
ตาราง 37 แสดงการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ของผู้สูงอายุม้งระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง (n= 30)	176
ตาราง 38 แสดงการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ของผู้สูงอายุม้งระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง.....	177
ตาราง 39 แสดงการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ของผู้สูงอายุม้ง ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง.....	177
ตาราง 40 แสดงความแตกต่างของผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่อง ปากของผู้สูงอายุม้ง ก่อนและหลังในกลุ่มเปรียบเทียบ.....	178

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ทั้ง 4 ลักษณะ.....	35
ภาพ 2 แสดงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM).....	46
ภาพ 3 แสดงโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสามองค์ประกอบ	52
ภาพ 4 แสดงการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์	53
ภาพ 5 แสดงความสัมพันธ์การรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์	54
ภาพ 6 แสดงThe Precede-Proceed Model of health promotion	56
ภาพ 7 แสดง The Precede-Proceed Model	61
ภาพ 8 แสดงกรอบแนวคิดกระบวนการวิจัย	77
ภาพ 9 แสดงขั้นตอนการวิจัย	78
ภาพ 10 แสดงความสัมพันธ์ในการดำเนินการวิจัยในแต่ละระยะ	80
ภาพ 11 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 2.....	88
ภาพ 12 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 4.....	96
ภาพ 13 แสดง Initial Thematic Map.....	107
ภาพ 14 แสดง Developed Thematic Map.....	108
ภาพ 15 แสดง Final Thematic Map.....	109
ภาพ 16 แสดงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวม้ง	110
ภาพ 17 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย (ระยะที่ 2)	124
ภาพ 18 แสดงการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis).....	162
ภาพ 19 แสดงสังเคราะห์รูปแบบกิจกรรมโดยใช้ทฤษฎีต่างๆ	164
ภาพ 20 แสดงรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (FUNDEE model).....	173
ภาพ 21 แสดงกรอบแนวคิด (การวิจัยในระยะที่ 4)	174
ภาพ 22 แสดงออกแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	191

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

ประชากรโลกจำนวนทั้งหมด 6,605 ล้านคน เป็นประชาชนผู้สูงอายุ จำนวน 440 ล้านคน และประมาณการว่า ในปี พ.ศ. 2568 จะมีประชากรโลกทั้งสิ้น 8,200 ล้านคน และประชากรในจำนวนนี้ จะเป็นประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 1,100 ล้านคน ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากเช่นเดียวกับทั่วโลก โดยในระดับอาเซียนประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 16 พบว่า มากเป็นอันดับที่ 2 รองจากประเทศสิงคโปร์ที่มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 18 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) จากผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยเริ่มเพิ่มอย่างเห็นได้ชัดตั้งแต่ปี 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ และเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 9.4 ร้อยละ 10.7 ร้อยละ 12.2 ในปี 2545 2550 2554 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) และจากแนวโน้มประชากรสูงอายุระดับประเทศ พ.ศ.2503-2573 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2556) และมีการคำนวณประชากรแยกตามอายุดังนี้ วัยผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีจำนวนร้อยละ 10.6 ของประชากรทั้งหมด และโครงสร้างประชากรวัยสูงอายุของประเทศไทย แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (2560-2564) โดยพบว่า โครงสร้างประชากรไทยจะเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสูงวัยมากขึ้นตามลำดับและจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 โดยที่สัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19.8 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ในขณะที่จำนวน ประชากรวัยแรงงานได้เริ่มลดลงมาตั้งแต่ปี 2558 เป็นต้นมา และในปี พ.ศ. 2568 คาดว่าจะมีประชากรผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ประกอบด้วยผู้ชาย 4.5 ล้านคน และผู้หญิง 5.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และในปี 2563 มีจำนวน 12 ล้านคน คิดเป็น 18 เปอร์เซ็นต์ เพิ่มขึ้นเป็น 20.42 ล้านคน คิดเป็น 31.28 เปอร์เซ็นต์ เมื่อคาดการณ์แล้ว ในปี 2583 ขณะที่ประชากรวัยแรงงาน (15-59 ปี) มีแนวโน้มลดลงจาก 43.26 ล้านคน หรือ 65 เปอร์เซ็นต์ ในปี 2563 เป็น 36.5 ล้านคน หรือ 56 เปอร์เซ็นต์ ในปี 2583 โดยอัตราส่วนของวัยแรงงานต่อผู้สูงอายุก็ลดลงอย่างต่อเนื่องเช่นกัน ในปี 2563 มีวัยแรงงาน 3.6 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คน ลดลงเหลือวัยแรงงาน 1.8 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คนในปี 2583 ส่งผลให้อัตราส่วนพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อวัยแรงงานเพิ่มขึ้นจาก 27.7 ต่อวัยแรงงาน 100 คนในปี 2563 เป็น 56.2 ต่อวัยแรงงาน 100 คนในปี 2583 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) จากสถิติดังกล่าวเป็นข้อมูลสนับสนุนได้ว่า โครงสร้าง

ของสังคมไทยเคลื่อนเข้าสู่ ระยะเวลาที่เรียกว่าสังคมไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องการ การดูแลที่เพิ่มขึ้นและต้องการคุณภาพชีวิตที่ดีในวัยผู้สูงอายุ

กระทรวงสาธารณสุขเตรียมการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ (สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ, 2558) โดยมีนโยบายเร่งดำเนินการผลิตผู้ดูแล (Caregiver) 1 คน ต่อผู้สูงอายุติด บ้าน 5-7 คน และเป็นผู้ดูแล (Caregiver) ในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมี ประสิทธิภาพ มีความปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสอดคล้องประสานกับการดูแลผู้สูงอายุโดย กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีรายงานการติดตามประเมินผลการดำเนินงานแผน ผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2564 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 และผลการประเมิน การดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติระยะที่ 2 พ.ศ. 2550-2554 โดยวิทยาลัย ประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้จัดตั้งและพัฒนาบริการทางสุขภาพและทางสังคม รวมถึงระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวของชุมชน ที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุมากที่สุดได้ บทบาท ของผู้ดูแลจึงมีผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม กระทั่งต่อการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันส่วนตัวของผู้ดูแล รวมถึงความขัดแย้งในการแบ่งเวลาทำหน้าที่หลายอย่างพร้อมกันและ จากการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า บริบทการดูแล สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ และเป็นการดูแลผู้สูงอายุแบบรายบุคคล เพราะแต่ละคนมีความต้องการหรือบริบทที่แตกต่างกัน (สุมาลี เขียมสมัย, รัตนา เหมือนสิทธิ์, และจรรยาพร ทองมาก, 2555) ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพดีส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ของผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลจะมีบทบาทดูแลผู้สูงอายุในทุกด้าน ประสบการณ์การปฏิบัติของผู้ดูแลแต่ละ คนนั้นมีความแตกต่างกัน

ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้สูงอายุมากถึง 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด และมีการประมาณ การว่าจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปีพุทธศักราช 2568 ประชากรวัยสูงอายุมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องถึง 10 ล้านคน ประกอบด้วยผู้ชาย 4.5 ล้านคน และ ผู้หญิง 5.7 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) ซึ่งผู้สูงอายุมักจะมาพร้อมกับการมีปัญหาด้านสุขภาพ และ ปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นปัญหาหนึ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพร่างกายโดยรวม ซึ่งผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมโดยมีโอกาเสี่ยงในการป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และการ ได้รับความบาดเจ็บจากการหกล้ม ทั้งนี้หากผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การ รับประทานอาหารที่มีรสหวาน เค็ม การเคลื่อนไหวออกแรงที่น้อย ความเครียด ประกอบกับความ เสื่อมของร่างกายเกี่ยวกับการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ความบกพร่องของการ มองเห็น ภาวะซึมเศร้า และการรับประทานยามากกว่า 4 ชนิดขึ้นไป ซึ่งอาจจะมีผลข้างเคียงจาก

ยา เช่น คลื่นไส้ เวียนหัว กัดประสาท เป็นต้น จะส่งผลต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยนี้ นำไปสู่ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ เห็นได้ว่าพฤติกรรมเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพสำคัญ สอดคล้องกับ งานวิจัยแสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นตัวกำหนดสำคัญของการป่วยเป็นโรค ร้อยละ 45 และร้อยละ 60 ของการเสียชีวิตมาจากพฤติกรรมส่วนบุคคล (Zhen, & Huo, 2008) และหาก ผู้สูงอายุไม่สามารถรับประทานอาหารได้เนื่องจากการสูญเสียฟัน ซึ่งจากการสำรวจสภาวะทันต สุขภาพของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 พบว่า ผู้สูงอายุ 60 – 74 ปี มีการสูญเสียฟันมากถึงร้อยละ 98.6 เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าไม่ถึงบริการทางทันตกรรม ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีฟันสำหรับใช้ เคี้ยวบดอาหาร หรือมีอาการเจ็บปวดจากการมีรอยโรคภายในช่องปาก เช่น ฟันผุทะลุโพรง ประสาทฟัน โรคปริทันต์อักเสบ มีแผลเรื้อรัง รอยแดง รอยขาวที่รบกวนกิจวัตรประจำวัน รอยโรค ระยะเริ่มแรกก่อนเป็นมะเร็ง เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้มวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของ กล้ามเนื้อทั่วร่างกายลดลง (Sarcopenia) ผู้สูงอายุจึงเสี่ยงต่อภาวะหกล้มง่าย เพิ่มความเสี่ยงของ ภาวะกระดูกเปราะบาง เห็นอย่างง่ายจนจำกัดความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน ประสิทธิภาพ การทำงานของกล้ามเนื้อลดลง กล้ามเนื้อหดรูดที่กระเพาะอาหารลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะกลืนลำบาก เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อที่ปอด ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและเพิ่ม ความเสี่ยงของการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ในกลุ่มผู้สูงอายุ

ประชากรไทยประกอบด้วยบุคคลที่มีภูมิลำเนาหลากหลายชาติพันธุ์ คนไทยแทบทั้งหมด มาจากหลายเลือดเนื้อหลายเชื้อชาติ จึงกลายเป็น "ชาติเชื้อ" ไทย คนในกลุ่มชาติพันธุ์เหล่านี้มี บทบาทหน้าที่ และมีส่วนสำคัญในการทำประโยชน์ให้ประเทศมากมาย คนไทยจึงมีบรรพบุรุษที่ หลากหลายอย่างไม่น่าเชื่อ แม้แต่ชาวไทยในหมู่บ้าน หรือตำบลที่ดูเป็น "ชนบท" ที่จริงแล้วก็แทบ จะไม่มี "ไทยแท้" หรือ "ไทยบริสุทธิ์" คนไทยแทบทุกคนมาจากหลายเลือดเนื้อ หลายชาติพันธุ์จาก ตระกูลเดิมที่เป็นขุนนาง ลงมาที่คนชั้นสูง ชั้นกลาง และสามัญชน แล้วกลมกลืน หรือกลืนกลายกัน เป็นชาติเชื้อ และสัญชาติ "ไทย" ซึ่งความภูมิใจ และได้ใช้ประโยชน์จากภูมิหลังอันหลากหลาย เหล่านี้ (ชวตี โกศล, 2561) ประกอบกับประเทศไทยเป็นประเทศที่มีความอิสระและเสรีในการอยู่ ร่วมกัน ทำให้มีกลุ่มชาติพันธุ์อาศัยอยู่ร่วมกันอย่างหลากหลาย โดยกลุ่มชาติพันธุ์มีประชากร ทั้งหมดประมาณ 6,100,000 คน หรือร้อยละ 9.68 ของจำนวนประชากรในประเทศไทย จากข้อมูล ของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการปี 2561 ได้จำแนกกลุ่มชนตามลักษณะการตั้งถิ่นฐานได้ 4 ลักษณะคือ 1) กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงหรือ "ชนชาวเขา" 2) กลุ่มชาติพันธุ์ตั้งถิ่นฐานในพื้นที่ ราบ 3) กลุ่มชาติพันธุ์ที่ตั้งถิ่นฐานในทะเลหรือ "ชาวเล" 4) กลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่ในป่า โดยกลุ่ม ชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงถือว่ามีจำนวนมากที่สุดในประเทศไทยเรียงลำดับตามจำนวน ได้แก่ กะเหรี่ยง

มั่ง เย้า (เมี่ยน) ลีซุ (ลีซอ) ลานู (มุเซอ) อาซ่า (อีก้อ) ลีวะ ถิ่น หมุ่ จีนฮ่อ ตองซุ คะฉิ่น และปะหล่อง (ดาลาอั้ง) โดยสภาพสังคมตามจารีตประเพณี จะถูกปรับให้เข้ากับทรัพยากรธรรมชาติและสภาพภูมิสังคมโดยรอบที่ตั้งถิ่นฐานอยู่ (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, 2561)

กลุ่มชาติพันธุ์ เป็นกลุ่มคนที่มีวัฒนธรรม ชนบทรรมนิยมประเพณีเดียวกัน ชนบทรรมนิยมประเพณีแล้ว มีวิถีการดำเนินชีวิต ภาษา ความเชื่อและการสืบเชื้อสายมาจากบรรพบุรุษสายเลือดเดียวกัน ซึ่งผู้ที่อยู่ในกลุ่ม ชาติพันธุ์เดียวกันจะมีความรู้สึกผูกพัน สัมผัสคึกลมเกลี้ยว เป็นหนึ่งเดียว พร้อมที่จะช่วยกันเสริมสร้างอัตลักษณ์ของชาติพันธุ์นั้นๆ ซึ่งในกลุ่มชาติพันธุ์จะแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ไช้ (ไทดำ-ไทซิ่ง) มั่ง และไทยญวน โดยแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์มีความเชื่อ วัฒนธรรมที่มีการนับถือวิญญาณบรรพบุรุษ สิ่งศักดิ์สิทธิ์เกี่ยวกับธรรมชาติสิ่งแวดล้อมที่อยู่บนฟ้า ในลำนํ้า ประจำต้นไม้ ภูเขา ไร่นา ฯลฯ มีการเช่นสังเวยสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่างๆ มีการประกอบพิธีไสยศาสตร์ที่จะช่วยให้การวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องและทำการรักษาได้ผล ทำให้เมื่อกลุ่มชาติพันธุ์เหล่านี้เมื่อมีปัญหาสุขภาพ จะทำการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ ตามความเชื่อ ประกอบกับกลุ่มชาติพันธุ์ไม่ได้ขึ้นขึ้นทะเบียน ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงการให้บริการต่างๆ ทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยได้

จากรายงานในปี พ.ศ.2559 พบว่า กลุ่มชาติพันธุ์มั่ง มีจำนวนประชากรมากเป็นอันดับ 2 ของประเทศไทย ซึ่งมีทั้งหมด 207,097 คน คิดเป็นร้อยละ 18.04 ของกลุ่มชาติพันธุ์ทั้งหมด ซึ่งจากการศึกษา พบว่า ในเขตสุขภาพที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์มั่ง มีการกระจายตัวเป็นอันดับ 1 ของกลุ่มชาติพันธุ์ทั้งหมด โดยมีการกระจายตัว 4 จังหวัด คือ ตาก เพชรบูรณ์ พิษณุโลก และสุโขทัย ซึ่งถือว่าการกระจายตัวมากกว่ากลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่มีการกระจายตัวเพียง 2 จังหวัด คือ ตาก และเพชรบูรณ์ (ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ, และแรงงานข้ามชาติ กรมอนามัย, 2559ก) โดยในอดีตเมื่อประมาณปี พ.ศ. 2465 มีชาวมั่งจำนวนหนึ่งได้ย้ายถิ่นฐานจากจังหวัดน่านเข้ามาบุกเบิกตั้งถิ่นฐานอยู่ในพื้นที่บริเวณเทือกเขารอยต่อสามจังหวัดภาคเหนือตอนล่าง จังหวัดเพชรบูรณ์ พิษณุโลก และเลย เนื่องจากมีสภาพอากาศเย็นเหมาะแก่การทำเกษตรและอยู่อาศัย โดยกระจายการตั้งถิ่นฐานตามพื้นที่ต่างๆ ในเขตจังหวัดเพชรบูรณ์เป็นส่วนใหญ่ และในจังหวัดเพชรบูรณ์ยังมีจำนวนประชากรกลุ่มชาติพันธุ์มั่งมากเป็นอันดับ 1 ของกลุ่มชาติพันธุ์ทั้งหมด และจากการศึกษาจำนวนประชากรของกลุ่มชาติพันธุ์มั่งในจังหวัดเพชรบูรณ์มีจำนวนทั้งหมด 20,872 คน และส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลเข็กน้อย อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 14,049 คน คิดเป็นร้อยละ 67.21 (ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ, และแรงงานข้ามชาติ กรมอนามัย, 2559ก)

จากการศึกษาในอดีต พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์มีส่วนใหญ่ในชุมชนไม่สามารถพูดคุยกับคนไทยพื้นราบด้วยภาษากลางได้ ต่างจากในกลุ่มวัยอื่นๆ ที่มีเพียงสำเนียงและคำบางคำเท่านั้นที่ไม่สามารถออกเสียงให้ชัดเจนได้ (พัชรินทร์ สิริสุนทร, 2550) จากการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่าการขาดแหล่งของข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ข้อมูลข่าวสารอย่างไม่ทั่วถึงหรือการขาดความรู้ที่ถูกต้อง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่มีแนวโน้มแย่ลง และมากไปกว่านั้นการศึกษาในอดีต ยังพบว่า กลุ่มชาติพันธุ์ชาวอาข่าในประเทศไทยมีความยากลำบากในการเข้ารับบริการทางสาธารณสุขเนื่องด้วยความห่างไกลของพื้นที่อยู่อาศัย (มณฑุเชษฐ์ มະโนธรรม และคณะ, 2561) ซึ่งปัญหาดังกล่าวมีความเป็นไปได้ว่าจะเกิดในลักษณะเดียวกันกับกลุ่มชาติพันธุ์ม้งโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากมีการตั้งถิ่นฐานอยู่ตามแนวเทือกเขาบนพื้นที่สูง ซึ่งจากการศึกษาข้อมูลพบว่า ตำบลเข็กน้อย อำเภอเขาค้อ อยู่ห่างจาก โรงพยาบาลเขาค้อ ซึ่งเป็นลักษณะเป็นเทือกเขาถนนลับกันระหว่างภูกระดึงและภูผายาง เป็นระยะทาง 40 กิโลเมตร ใช้เวลาในการเดินทางประมาณ 1 ชั่วโมง (สมาคมการสำรวจและการแผนที่แห่งประเทศไทย, 2562) จึงอาจจะกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งมีความยากลำบากมากกว่าคนทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในอดีตในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีการเข้ารับบริการทางสาธารณสุขในสัดส่วนที่น้อยกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง (กรกมล นิยมศิลป์, และชนิษฐา ระโรฐาน, 2560) และสอดคล้องกับการศึกษาในอดีตอื่นๆ ว่าความไม่เท่าเทียมในการเข้ารับบริการทางสาธารณสุขมีแนวโน้มที่จะสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มมากขึ้น ระดับการศึกษาที่ต่ำลง และอาศัยอยู่ในเขตชนบททางภาคเหนือของประเทศไทย (ธวัชชัย อภิเดชกุล, พิลาดิณี วงษ์นุช, และฐาปกรณ์ เรือนใจ, 2559)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการสำรวจสถานการณ์ ปัญหา วัฒนธรรม ความเชื่อและความจำเป็นในการดูแลสุขภาพช่องปาก ของกลุ่มผู้สูงอายุในกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นชาวม้ง ที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 2 ร่วมกับศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก สภาวะสุขภาพช่องปาก ซึ่งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในการศึกษานี้ หมายถึงการประเมินพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก เช่น การแปรงฟัน การใช้น้ำสีย้อมผสมฟลูออไรด์ทุกวัน การทำความสะอาดซอกฟันของกลุ่มผู้สูงอายุชาวม้ง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในการศึกษานี้ ครอบคลุมทั้งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง และการดูแลสุขภาพช่องปากที่พึงพาระบบบริการสุขภาพจากสถานพยาบาล จากครอบครัว หรือจากแหล่งอื่นๆ เพื่อนำข้อมูลเหล่านี้ ไปใช้เป็นข้อมูลนำเข้าไปในการสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายจริง เพื่อให้ผู้สูงอายุชาวม้งมีสุขภาพช่องปากที่ดี ลดปัญหาต่างๆ ด้านสุขภาพร่างกายที่จะเกิดขึ้นต่อไป

คำถามการวิจัย

1. สถานการณ์ ปัญหา ความต้องการดูแลตัวเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง มีองค์ประกอบอะไรบ้าง และเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง
3. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง เป็นอย่างไร
4. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง มีประสิทธิผลหรือไม่ อย่างไร

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการดูแลตัวเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง
3. เพื่อสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง
4. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง

ความสำคัญของการวิจัย

1. ระดับนโยบาย (Policy)

- 1.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่างๆ นำผลการวิจัยที่ได้ไปกำหนดนโยบายสาธารณสุขเกี่ยวกับการส่งเสริมทันตสุขภาพในชาวม้ง ของเขตสุขภาพ
- 1.2 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 2 นำผลการวิจัยไปใช้กำหนดนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุชาวม้ง ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น มีหน่วยบริการเพิ่มมากขึ้น ให้เดินทางไปรับการรักษาได้สะดวก เป็นต้น
- 1.3 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 2 นำผลการวิจัยไปกำหนดนโยบายด้านการวางแผนทรัพยากรอย่างเหมาะสมและเท่าเทียมในผู้สูงอายุชาวม้ง สามารถเข้าถึงทันตกรรมได้
- 1.4 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 2 นำผลการวิจัยไปใช้กำหนดนโยบายด้านพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มีความรู้เรื่องทันตสาธารณสุขของชาวม้งเพิ่มขึ้น
- 1.5 กระทรวงสาธารณสุข นำไปใช้ในการกำหนดนโยบายด้านจัดสรรงบประมาณเพื่อพัฒนางานทันตสาธารณสุขในกลุ่มผู้สูงอายุชาวม้งให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ระดับปฏิบัติการ (Practice)

- 2.1 หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 2 นำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากชาวม้ง ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของตนเองได้
- 2.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่างๆ นำไปใช้พัฒนาเป็นนวัตกรรมในการส่งเสริมทันตสุขภาพชาวม้ง ของเขตสุขภาพที่ 2
- 2.3 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 2 นำผลวิจัยไปใช้ในการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุชาวม้ง ระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน
- 2.4 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น นำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการปฏิบัติงานด้านทันตสาธารณสุขในชุมชนตนเอง
- 2.5 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขนำรูปแบบไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาต่อยอดด้านอื่น เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชาวม้ง ให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

3. ด้านวิชาการ (Academics)

- 3.1 นักวิชาการ ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมในประเด็นเกี่ยวกับทันตสุขภาพของผู้สูงอายุชาวม้งสำหรับผู้สนใจ
- 3.2 หน่วยงานทางด้านทันตสาธารณสุข นำไปใช้เป็นแหล่งอ้างอิงในเชิงวิชาการ
- 3.3 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร มหาวิทยาลัยนเรศวร ฯลฯ นำไปใช้ในการเรียนการสอนในสถาบันการศึกษาต่างๆ
- 3.4 นักวิชาการทั่วไป ใช้เป็นแหล่งหลักฐานเชิงประจักษ์ในการอ้างอิงเชิงวิชาการ
- 3.5 ผู้วิจัยและนักวิชาการทั่วไป นำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลไปใช้ศึกษาวิจัยในอนาคตต่อไป

การวิจัยในอนาคต

1. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชน (community empowerment) ที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง
2. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยการพัฒนาโปรแกรม/กิจกรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง
3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะยาว (long term outcome) จากการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก ได้แก่ คุณภาพชีวิต สุขภาพช่องปากที่ดี อัตราการเกิดโรครุนแรงที่มีภาวะแทรกซ้อนมาจากโรคในช่องปาก

4. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (Oral Health Literacy) ของการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง

5. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง ในพื้นที่อื่นที่มีความแตกต่างกันในบริบทและวิถีชีวิต

นิยามศัพท์เฉพาะ

เขตสุขภาพที่ 2 หมายถึง เขตบริการสุขภาพ ที่มีกลุ่มจังหวัดภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทยประกอบด้วย 5 จังหวัด คือ พิษณุโลก, เพชรบูรณ์, อุตรดิตถ์, ตาก และ สุโขทัย

ชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 หมายถึง กลุ่มชาติพันธุ์ ที่เป็นอิสระชน อพยพลงมาจากตอนใต้ของจีน และเขตอินโดจีน ในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 และตอนเหนือของประเทศไทย ประมาณ พ.ศ. 2400 ที่ปัจจุบันอาศัยอยู่ใน จังหวัดพิษณุโลก, เพชรบูรณ์, อุตรดิตถ์, ตาก และ สุโขทัย

ปัจจัย หมายถึง เหตุอันเป็นทางให้เกิดผล ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยที่ได้จากระยะที่ 1 ของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง คุณลักษณะส่วนตัวของกลุ่มผู้สูงอายุชาวม้ง ประกอบด้วย เพศ, อายุ, อาชีพ, ลักษณะครอบครัว, สถานภาพสมรส, รายได้, การศึกษา และโรคประจำตัว

ปัจจัยนำ หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของผู้สูงอายุชาวม้ง หรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจ ของผู้สูงอายุซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ ความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของปัจจัยนำในงานวิจัย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมทันตสุขภาพ ทักษะคติเกี่ยวกับพฤติกรรมทันตสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคในช่องปาก ของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง

ปัจจัยเอื้อ หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลรวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่างๆ ได้แก่ การเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านทันตสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง

ปัจจัยเสริม หมายถึง ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติหรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด ลักษณะและแหล่งของปัจจัยเสริมจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัญหา

ในแต่ละเรื่อง ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจาก ครอบครัว เพื่อน บุคลากรด้านทันต
 สาธารณสุข ของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง

ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ผู้สูงอายุชาวม้งได้รับแรงสนับสนุนทาง
 สังคมในด้านความช่วยเหลือทางการเงิน ด้านการช่วยเหลือ ด้านสิ่งของ และด้านอารมณ์ จาก
 ผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้สูงอายุชาวม้งได้ปฏิบัติหรือ
 แสดงออกทางพฤติกรรมทางทันตสุขภาพที่ดี

ปัจจัยด้านการใช้สมุนไพร หมายถึง พฤติกรรมการใช้สมุนไพรเพื่อรักษาโรคในช่อง
 ปาก หรือบรรเทาอาการต่างๆ ที่เกิดจากสภาวะของสุขภาพช่องปากที่ไม่ดีของผู้สูงอายุชาวม้ง

ความต้องการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมด ที่บุคคลควรจ
 จะทำภายในระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งจะประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care Requisites)
 ความต้องการให้บุคคลหรือหน่วยงานภายนอกช่วยสนับสนุน เพื่อช่วยกระตุ้นให้การดูแลสุขภาพ
 ช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้งดีขึ้น ซึ่งจะได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในการศึกษาระยะที่ 1 คือ
 การแพทย์ทางเลือก ได้แก่ การใช้สมุนไพรบรรเทาอาการปวดฟัน

กลุ่มชาติพันธุ์ม้ง หมายถึง กลุ่มชนที่มีวัฒนธรรมประเพณีของตนเอง โดยเป็นกลุ่มชนที่
 ประชากรมีพันธะเกี่ยวข้องกันและมีลักษณะทางเชื้อชาติวัฒนธรรมประเพณีและภาษาพูดเดียวกัน
 รวมตัวเป็นหน่วยวัฒนธรรมที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 2

สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ หมายถึง สภาวะสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ โดยดูจาก
 โรคฟันผุและเหงือกอักเสบหรือปริทันต์อักเสบมีสาเหตุจากคราบจุลินทรีย์ (plaque) คราบจุลินทรีย์
 คือแผ่นคราบนิ่มๆ สีขาวที่มีเชื้อแบคทีเรีย

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง หมายถึง พฤติกรรมกา
 แปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟัน พฤติกรรมการดูแลฟันปลอม พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่
 ก่อให้เกิดฟันผุ พฤติกรรมกาไปพบทันตบุคลากร และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสภาวะโรคในช่องปาก
 ของผู้สูงอายุชาวม้ง

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หมายถึง รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกา
 ดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 ที่ได้จากการวิเคราะห์แก่นสาระ
 (Thematic Analysis) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การสร้างประสบการณ์ที่ประสบ
 ความสำเร็จ (Mastery experience) ประกอบด้วย 3 กิจกรรม การใช้ตัวแบบ (Modeling) ในการ
 แลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Vicarious experience) ประกอบด้วย 3 กิจกรรม การใช้คำพูดชักจูง
 (Verbal persuasion) ประกอบด้วย 3 กิจกรรม การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal)

ประกอบด้วย 1 กิจกรรม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility)
ประกอบด้วย 1 กิจกรรม การรับรู้ถึงประโยชน์การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived benefits of behaviors)
ประกอบด้วย 1 กิจกรรม โดยกิจกรรมทั้งหมดดำเนินการภายใต้การเชื่อมต่อข้อมูล และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (Integrate community participation and information linkage)



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยมีประเด็น ดังต่อไปนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้อง (Literature Review)

1.1 การดำเนินงานทันตสาธารณสุข

1.1.1 ความหมายของการปฏิบัติดูแลสุขภาพช่องปาก

1.1.2 แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของสำนักทันตสาธารณสุข

1.1.3 เป้าหมายการดำเนินงานทันตสาธารณสุข

1.2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.2.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

1.2.2 ปัญหาทันตสุขภาพในผู้สูงอายุ

1.2.3 ความต้องการดูแลตนเอง

1.2.4 พฤติกรรมทันตสุขภาพในผู้สูงอายุ

1.3 ความหมายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติและพฤติกรรม (KAP)

1.3.1 ความหมายของความรู้

1.3.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ และทัศนคติ

1.3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติและพฤติกรรม (KAP)

1.4 ข้อมูลกลุ่มชาติพันธุ์และกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง

1.5 การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research)

2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง (Related Theories)

2.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)

2.2 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมในระบบบริการสาธารณสุข (Social Support Theory)

2.3 ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory)

2.4 PRECEDE FRAMEWORK PRECEDE-PROCEED model

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Related Research)

เอกสารที่เกี่ยวข้อง (Literature Review)

1. การดำเนินงานทันตสาธารณสุข

1.1 ความหมายของการปฏิบัติดูแลสุขภาพช่องปาก

การฝึกและปฏิบัติ ความหมาย คำว่า “ฝึก” ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พุทธศักราช 2542 หมายถึง ทำ (เช่น บอก แสดง หรือปฏิบัติ เป็นต้น) เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจจนเป็นหรือมีความชำนาญ ส่วนคำว่า “ปฏิบัติ” หมายถึง ดำเนินการตามระเบียบแบบแผน และคำว่า “ปฏิบัติการ” หมายถึง ฝึกงานเพื่อให้เกิดความชำนาญ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546)

การดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ หมายถึง การทำความสะอาดฟันทุกครั้งที่รับประทานอาหาร และก่อนนอน ในการทำความสะอาดฟัน ควรใช้แปรงสีฟันขนนิ่มร่วมกับยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง คือ เช้าและก่อนนอน ควรเลือกแปรงที่มีด้ามจับถนัดมือ หรือดัดแปลงด้ามจับให้มีขนาดเหมาะสมกับมือผู้สูงอายุ พยายามแปรงฟันทุกซี่ ทุกด้าน เพื่อกำจัดคราบอาหารและคราบจุลินทรีย์ ใช้แปรงที่มีหัวแปรงขนาดเล็ก แปรงฟันที่อยู่โดดๆ ใช้ไหมขัดฟัน (dental floss) เช็ดทำความสะอาดบริเวณซอกฟัน เพราะขนแปรงสีฟันทั่วไปไม่สามารถเข้าถึงบริเวณนี้ หรืออาจเลือกใช้แปรงซอกฟัน (proxabrush) ที่มีขนาดเหมาะสมกับซอกฟันตามคำแนะนำของทันตแพทย์ และใช้ผ้าก๊อชพับเป็นแถบขนาดเล็กโอบเช็ดฟันด้านที่ติดกับช่องว่างที่ถอนฟันไปโดยเช็ดให้ชิดกับขอบเหงือก (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

1.2 แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของสำนักทันตสาธารณสุข

“อายุคาดเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีจะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้เฉลี่ย ในชาย 20.1 ปี ในหญิง 23.4 ปี (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2553) ช่วงอายุที่เหลือนกว่า 20 ปี เป็นช่วงเวลาเสื่อมถอย ผู้สูงอายุนั้น จำนวนกว่า 10 ล้านคน ยังจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริม/ป้องกัน/ดูแลด้านสุขภาพ เพื่อชะลอความเจ็บป่วย/ความพิการ หรืออย่างน้อยเพื่อคงสภาพ ซึ่งบริการเหล่านี้ควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเห็นความจำเป็น และเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น เพื่อลดความจำเป็นของการรักษาและฟื้นฟูซึ่งในผู้สูงอายุมักเป็นบริการ ที่ ซับซ้อน ค่าใช้จ่ายสูง ใช้เวลามาก และต้องใช้นุเคราะห์เฉพาะ การดำเนินงานจะขยายสู่กลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปีด้านสาธารณสุข กำหนดเป้าหมายให้คนไทย ควรมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health-Adjusted Life expectancy: HALE) ไม่น้อยกว่า 75 ปี คือมีสุขภาพแข็งแรงช่วยเหลือตนเองได้ไม่เพียงแต่มีอายุยืนเท่านั้น ซึ่งปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์

กับ Life span คือ การมีพื้นที่วัยอาหารได้ และ จากแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ พ.ศ.2560-2564 กรมอนามัย ให้ความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ผู้สูงอายุสุขภาพดี ดูแลตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีตัวชี้วัด 1) อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) เพิ่มขึ้น และ 2) ผู้สูงอายุ มีพื้นที่อย่างน้อย 20 ชี หรือ 4 คู่สบ

รัฐบาลมีนโยบายแผนงาน ยุทธศาสตร์ และแนวทางการดำเนินงาน ที่เป็นรูปธรรมด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่

1. ยุทธศาสตร์ 3S: Social Participation, Social Security, Strong (Health) เพื่อมุ่งสู่ Active Aging โดยมีแผนบูรณาการความร่วมมือของ 4 กระทรวงหลัก (พม. มหาดไทย ศึกษาธิการ สาธารณสุข) โดยมีมาตรการสำคัญ คือ Social Participation ส่งเสริม/พัฒนาชุมชนให้มีส่วนร่วมดูแลตนเอง เตรียมความพร้อมระบบสนับสนุน สู้ สังคมสูงอายุ Social Security เน้นการพัฒนาระบบบริหารจัดการสุขภาพและสิ่งแวดล้อม สร้างเมืองให้เป็นมิตร กับผู้สูงอายุทุกด้าน Strong (Health) เน้นการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพ คุณภาพ/การเข้าถึง โดยเฉพาะใน ระดับชุมชน

2. นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) มีการบูรณาการเกณฑ์ข้อ 5 มีบริการส่งเสริม ป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล มีการบูรณาการเนื้อหาในการอบรม Care giver ร่วมด้วย

มีแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ. 2558-2565 ที่คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบใน หลักการ และมีการจัดทำงบประมาณภายใต้บูรณาการสร้างความเสมอภาคเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ โดยมี เป้าประสงค์

1. ผู้สูงอายุทั้งกลุ่มติดสังคม ติดบ้านติดเตียงได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากต่อเนื่องมีคุณภาพ
2. ชุมชน ท้องถิ่นมีขีดความสามารถในการดูแลส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

1.3 เป้าหมายการดำเนินงานทันตสาธารณสุข

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากดีมีพื้นที่ใช้งานอย่างเหมาะสม (อย่างน้อย 20 ชีหรือ 4 คู่สบ)
2. มีนวัตกรรมเพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากที่ส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดำเนินการภายใต้ 4 ยุทธศาสตร์หลักได้แก่

ยุทธศาสตร์ 1 การพัฒนารูปแบบระบบคุณภาพบริการด้านทันตสุขภาพ โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นสวนราชการหลัก ซึ่งมีแนวทางการดำเนินงานสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ 3S นโยบาย LTC PCC

ยุทธศาสตร์ 2 การศึกษาวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเพื่อสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ โดยมูลนิธิทันตนวัตกรรม ศูนย์ทันตฯ ระหว่างประเทศ ผลิदनวัตกรรมผลิตภัณฑ์ สนับสนุนการนำไปพัฒนาคุณภาพบริการในระบบ 28

ยุทธศาสตร์ 3 การพัฒนาบุคลากรและหลักสูตรด้านทันตกรรมผู้สูงอายุโดย 8 มหาวิทยาลัย สบช. กรมการแพทย์

ยุทธศาสตร์ 4 การบริหารจัดการและการพัฒนาระบบฐานข้อมูล การติดตามประเมินผล เป้าหมาย ปี 2561 ผู้สูงอายุทั่วประเทศ ร้อยละ 35 (3.5 ล้านคน) ได้รับการดูแลสุขภาพช่องปาก โดย

1. ได้รับการใส่ฟันเทียม 40,000 ราย
2. ได้รับการสร้างเสริมป้องกัน จากหน่วยบริการปฐมภูมิ 5,000 แห่ง
3. ได้รับความรู้ในการดูแลอนามัยช่องปากตนเองผ่านการมีส่วนร่วมของชมรม ชุมชน และท้องถิ่น 3,000 ชมรม

เป้าหมายการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2563

เป้าประสงค์ (Goal)

1. ผู้สูงอายุทุกกลุ่ม (ทั้งกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง) ได้รับการดูแลสุขภาพช่องปาก ต่อเนื่อง มีคุณภาพ
2. มีระบบการดูแลตนเองโดยภาคประชาชน ชมชน เชื่อมโยงกับระบบบริการ (ทั้งปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ) แบบครบวงจร ในประเด็นปัญหาสำคัญที่มีความชุกและความรุนแรงสูง
3. มีการพัฒนา/นำเทคโนโลยีนวัตกรรมมาใช้ เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเอง และเพิ่มการเข้าถึงบริการตามจำเป็น

เป้าหมายผลผลิต (Output)

1. จำนวนกลุ่มเป้าหมาย ที่เข้าถึงและได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากแบบผสมผสาน ใน 3ประเด็นปัญหาสำคัญ
2. จำนวนเครือข่ายภาคประชาชน ชมรม ที่มีกิจกรรม/นวัตกรรม เพื่อการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง

เป้าหมายผลลัพธ์(Outcome)

มีระบบการดูแลสุขภาพช่องปาก ที่มีการเชื่อมโยงตั้งแต่ระดับครอบครัว เครื่องข่ายประชาชน กับระบบบริการ ร่วมกับการใช้นวัตกรรม ใน 3 ประเด็น คือ ลดการสูญเสียฟัน มะเร็งช่องปาก และประเด็นปัญหาภาวะน้ำลายแห้งและการกลืน ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่มีความชุกและความรุนแรงสูง

กรอบการดำเนินงานปีงบประมาณ 2563

มีการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ใน 3 ประเด็นปัญหาสำคัญ คือ ลดการสูญเสียฟัน มะเร็งช่องปาก และประเด็นปัญหาภาวะน้ำลายแห้งและการกลืนโดยจะพัฒนาระบบการดูแลโดยภาคประชาชน (self-care) เชื่อมต่อ กับระบบบริการ(Professional care) แต่ละระดับ ให้มีการดูแล ส่งต่อ รักษา และส่งกลับชุมชน ให้ดูแลเพื่อคงสภาพที่ดีต่อเนื่อง ให้ครบวงจร โดยจะใช้เทคโนโลยี นวัตกรรมที่ช่วยเพิ่มการสื่อสาร การเข้าถึง ข้อมูล/บริการ การประเมินติดตามที่ง่ายและสะดวกขึ้นมาใช้ รวมทั้งการนำเทคโนโลยีทางวิชาการ/ นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ที่ผลิตในประเทศ ที่จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่มีคุณภาพ มาใช้ในระบบ

ตัวชี้วัด ปีงบประมาณ 2563

1. จำนวนกลุ่มเป้าหมาย ที่เข้าถึงและได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากแบบผสมผสาน ใน 3 ประเด็นปัญหาสำคัญได้แก่ การสูญเสียฟัน มะเร็งช่องปาก และภาวะน้ำลายแห้ง (ในกลุ่มติดบ้านติดเตียง กลุ่มโรคเรื้อรัง) จำนวน 400,000 คน
2. จำนวนเครือข่ายภาคประชาชน ชมรม ที่มีกิจกรรม/นวัตกรรม เพื่อการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง 7,000 ชมรม

มาตรการการดำเนินงาน ประกอบด้วย 3 โครงการ ได้แก่

1. โครงการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในชุมชน แบบไว้รอยต่อ
2. โครงการพัฒนาช่องทางการสื่อสารข้อมูลการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุออนไลน์
3. โครงการพัฒนากลไกการสนับสนุนระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ (สำนักงานทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2562, น. 39-45)

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย (กระทรวงการพัฒนาศังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2547)

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้มีอายุ 60 ปี และ มากกว่า 60 ปีขึ้นไป องค์การอนามัยโลก ได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้ 1) ผู้สูงอายุตอนต้น (elderly) มีอายุ ระหว่าง 60 –74 ปี 2) คนชรา (old) มีอายุระหว่าง 75 –90 ปี 3) คนชรามาก (very old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป (World Health Organization, 2000 อ้างอิงใน เฉลิมพล แจ่มจันทร์, 2555)

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง การแบ่งกลุ่มและช่วงอายุของผู้สูงอายุไทย ตามความหมายของสำนักนายกรัฐมนตรปี 2541 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุตอนต้น หมายถึง บุคคล ที่มีอายุ 60-69 ปีและผู้สูงอายุตอนปลาย หมายถึง บุคคลที่มี อายุ 70 ปีขึ้นไป (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555)

2.2 ปัญหาทันตสุขภาพในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ มีอายุที่มากขึ้น เป็นสาเหตุที่ให้ความสามารถในการดูแลช่องปากให้มีประสิทธิภาพนั้นลดลง ส่งผลให้เป็นปัจจัยเสี่ยงโดยตรงต่อการเกิดโรคในช่องปาก ซึ่งปัญหาทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่พบบ่อยได้แก่

1. โรคฟันผุ (Dental caries)

ปัญหาฟันผุที่พบในผู้สูงอายุคือ การผุบริเวณคอฟัน (cervical caries) การเกิดฟันผุบริเวณใต้วัสดุอุด (recurrent caries) และการผุบริเวณรากฟัน (root caries) โดยพบว่า การผุบริเวณรากฟัน สัมพันธ์กับภาวะเหงือกกร่น (gingival recession) การผุบริเวณรากฟันนั้น มีการศึกษาของ Peterse, & Yamamoto, 2005 อ้างอิงใน วราฤทธิ์ สฤษฐวานิช, และจรัญญา หุ่นศรีสกุล (2556) พบว่า จะมีการเพิ่มขึ้นประมาณ 0.47 ด้านต่อปี เนื่องจากฟันของผู้สูงอายุมักมีการล้มเอียง ยื่นยาวของฟัน มีภาวะเหงือกกร่นจนเห็นราก ดังนั้น จึงเกิดการสะสมของเชื้อโรค และอาหาร ในบริเวณดังกล่าวได้ง่าย เกิดฟันผุได้ง่าย โดยเฉพาะการผุบริเวณรากฟัน จะลุกลามเร็วกว่าตัวฟัน

การเกิดฟันผุมีปัจจัยร่วมหลายปัจจัย ได้แก่ สภาพของฟัน อาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล เชื้อโรคในช่องปาก และพฤติกรรมกรทำความสะอาดช่องปากที่ไม่เหมาะสม ทำให้มีเศษอาหารตกค้างอยู่เวลายาวนาน สำหรับผู้สูงอายุมักมีภาวะน้ำลายน้อยร่วมด้วย ทำให้เกิดการปรับสภาวะความเป็น กรดในช่องปากไปสู่สภาวะเป็นกลางนั้นทำได้ช้า จึงเกิดการผุได้ง่าย

นอกจากนี้ปัญหาในผู้สูงอายุ คือ ฟันจะเสี่ยงต่อการเกิดฟันสึกจากการบดเคี้ยว (attrition) ฟันสึกจากการขัดถู (abrasion) และการสึกกร่อนจากกรด (erosion) ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมต่างๆ จึงทำให้ฟันมีความเสี่ยงที่จะแตกหักมากขึ้น เนื้อเยื่อในช่องมกก็มีสภาพบางกว่าเดิม แห้ง และเสี่ยงต่อการเกิดภัยอันตราย นอกจากนี้ความสามารถในการรักษาตัวของเนื้อเยื่อก็ จะลดลงตามอายุที่มากขึ้นด้วย (Lehl, 2005 อ้างอิงใน วราฤทธิ์ สุฤษฏ์วานิช, และจรัญญา หุ่นศรีสกุล, 2556)

สาเหตุของโรคฟันผุ

โรคฟันผุมีสาเหตุที่พบบ่อยจากคราบแบคทีเรีย ที่ติดอยู่กับฟันภายหลังกินอาหาร แบคทีเรียจะย่อยสลายเศษอาหาร โดยเฉพาะแป้งและน้ำตาล ก่อให้เกิดกรดซึ่งทำลายเคลือบฟันและเนื้อเยื่อชั้นต่างๆ ของฟัน ทำให้เกิดรูหรือโพรงในฟัน และมักมีการติดเชื้อเรื้อรังในฟันร่วมด้วย เมื่อไม่ได้รับการรักษา แบคทีเรียจะกินลึกลงถึงเนื้อเยื่อในโพรงฟัน รากฟัน และหรือทำให้ฟันเป็นหนอง ไม่สามารถรักษาฟันด้วยการอุดหรือรักษารากฟันได้ จึงจำเป็นต้องถอนฟัน หรือบางครั้งฟันผุมากจนฟันหักหลุดเอง (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2556)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ ปัจจัยเสี่ยง สำคัญต่อการเกิดโรคฟันผุ ได้แก่

1. การดูแลสุขภาพและการรักษาความสะอาดช่องปากและฟันยังไม่ดี พอทำให้หลงเหลือคราบพลาคมาก

2. กินอาหารจุบจิบ โดยเฉพาะอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล

3. กินอาหารเหนียวติดฟัน ที่บ้วนแปรงหรือแปรงฟันออกได้ยาก

4. น้ำลายแห้ง จากโรคปากแห้ง คอแห้ง หรือจากสาเหตุต่างๆ ได้แก่

โรคเบาหวาน ยาบางชนิด หรือการถ่ายรังสีโรคมะเร็งช่องปาก ปากจึงมีภาวะเป็นกรด เคลือบฟันจึงถูกทำลายได้ง่าย ร่วมกับเศษอาหารติดฟันง่ายและติดแน่นขึ้นจากภาวะปากแห้ง นอกจากนี้ยังขาดสารต้านแบคทีเรียในน้ำลาย ฟันจึงผุได้ง่าย

5. โรคกรดไหลย้อนที่รุนแรงจนย้อนขึ้นถึงช่องปาก เมื่อช่องปากเป็น กรดเคลือบฟันจึงถูกทำลายได้ง่าย ทั้งยังเพิ่มเศษอาหาร จึงเพิ่มการเกิดคราบพลาคด้วย

แนวทางการรักษาโรคฟันผุ

การรักษาโรคฟันผุมีหลายวิธี ขึ้นกับความรุนแรงของฟันผุ ได้แก่ อุดฟันครอบ ฟัน รักษาราก และถอนฟัน ซึ่งทั้งนี้ขึ้นกับดุลพินิจของทันตแพทย์

การป้องกันโรคฟันผุ

โรคฟันผุเป็นโรคป้องกันได้ โดยการดูแลสุขภาพและรักษาความสะอาดช่องปากและฟัน ด้วยการแปรงฟันที่ถูกต้อง ร่วมกับการใช้ไหมขัดฟัน การเลือกซื้อแปรงสีฟัน ยาสีฟัน และไหมขัดฟัน เพื่อลดโอกาสเกิดคราบพลาค

2. โรคปริทันต์ (Periodontal disease)

Peterse, & Yamamoto, 2005 อ้างอิงใน วราฤทธิ์ สฤกษ์วานิช, และจรัญญา หุ่นศรีสกุล (2556) ได้ให้ความหมายของโรคปริทันต์ว่า เป็นโรคที่เกิดขึ้นกับเนื้อเยื่อหรืออวัยวะรอบตัวฟัน ได้แก่ เหงือก เนื้อเยื่อปริทันต์ กระดูกหุ้ม และรองรับรากฟัน ลักษณะโรคมักเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป ในระยะแรกไม่มีอาการใดๆ แต่ถ้าทิ้งไว้ จะมีการทำลายอวัยวะเหล่านี้เพิ่มขึ้น ทำให้เหงือกอักเสบ มีเลือดออก กระดูกหุ้มรากฟันละลาย เหงือกถ่น รากฟันโผล่ ปากมีกลิ่น อาจมีอาการปวดบวม มีหนอง ฟันโยกจนหลุด หรือต้องถอนทิ้งไป

Hunt et al., 1988 อ้างอิงใน วราฤทธิ์ สฤกษ์วานิช, และจรัญญา หุ่นศรีสกุล (2556) กล่าวว่า สาเหตุหลักของการเกิดโรคปริทันต์มาจากคราบจุลินทรีย์ ซึ่งเป็นคราบเชื้อโรคที่ติดบริเวณคอฟัน เชื้อโรคเหล่านี้จะปล่อยสารพิษ ทำให้เกิดการระคายเคือง เกิดการอักเสบของเหงือก สุดท้ายทำให้ฟันโยกได้ นอกจากนี้ พฤติกรรมเสี่ยงบางอย่างเช่น การสูบบุหรี่ ภาวะโรคเบาหวานที่ไม่ได้ควบคุม จะทำให้อาการของโรคปริทันต์อักเสบรุนแรงขึ้น

ทั้งโรคฟันผุ และโรคปริทันต์ ล้วนแล้วแต่เป็นสาเหตุสำคัญในการสูญเสียฟันในผู้สูงอายุ โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีจำนวนฟันที่ผุบริเวณตัวฟัน และจำนวนฟันที่มีการผุหรือหลุดแล้วที่ รากฟัน จะสัมพันธ์กับการเกิดการสูญเสียฟันมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การไม่มีฟันในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาสำคัญที่พบกันได้ทั่วไปในโลก ซึ่งการสูญเสียฟันนั้นส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการบดเคี้ยว การพูดไม่ชัด ขาดความมั่นใจในการเข้าสังคม และการใช้ชีวิตประจำวัน

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคปริทันต์ ได้แก่

1. เป็นโรคเหงือกอักเสบจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ที่ไม่ได้รับการรักษา
2. ดูแลสุขภาพและรักษาความสะอาดช่องปากไม่ดีพอ
3. สูบบุหรี่
4. ดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
5. เป็นโรคเบาหวาน
6. ขาดอาหาร
7. ใส่ฟันปลอมที่ไม่เหมาะสมและดูแลความสะอาดฟันปลอมไม่ดีพอ
8. มีภูมิคุ้มกันโรคต่ำกว่าทุกสาเหตุ

9. ผู้สูงอายุ เนื่องจากการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี หรือใส่ฟันปลอม หรือมีโรคเรื้อรังประจำตัวต่างๆ อันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคปริทันต์

10. อาจเกิดจากพันธุกรรมที่ทำให้เหงือกอักเสบติดเชื้อมีได้ง่ายกว่าคนทั่วไป ทั้งนี้ เพราะพบว่า คนที่มีครอบครัวเป็นโรคนี้ มีโอกาสเกิดโรคนี้ได้สูงกว่าคนทั่วไป

แนวทางการรักษาโรคปริทันต์

วิธีการรักษาโรคปริทันต์อักเสบ ได้แก่ ดูแลสุขภาพและรักษาความสะอาดช่องปาก ใช้ยาปฏิชีวนะ หากพบว่า มีฟันผุต้องรีบดำเนินการอุดฟัน รักษาฟันเมื่อมีการอักเสบติด เชื้อของรากฟัน และในบางครั้งอาจมีการถอนฟัน และผ่าตัดปลูกถ่ายเนื้อเยื่อเหงือก และ/หรือ กระดูกกราม ในกรณีโรครุนแรง (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2556, น. 85)

การป้องกันการเกิดโรคปริทันต์ ได้แก่

1. ดูแลสุขภาพและรักษาความสะอาดช่องปาก
2. รักษาสุขอนามัยพื้นฐานเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง ลดโอกาสติดเชื้อ
3. เลิกบุหรี่ เลิกสุรา
4. เมื่อมีโรคเรื้อรังประจำตัว ต้องรักษาควบคุมให้ได้
5. ใส่ฟันปลอมที่ดี และรักษาความสะอาดฟันปลอมอย่างถูกวิธี
6. เมื่อมีเหงือกอักเสบต้องรีบรักษาให้หาย เพราะโรคปริทันต์อักเสบ เป็นโรคเรื้อรังต่อเนื่องจากเหงือกอักเสบติดเชื้อ
7. พบทันตแพทย์ตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อยทุก 6 เดือนถึง 1 ปี หรือตามที่ทันตแพทย์แนะนำ

ภาวะปากแห้ง

Peterse, & Yamamoto, 2005 อ้างอิงใน วราฤทธิ สฤฎฐวานิช , และจรัญญา นุ่นศรีสกุล (2556) ได้ทำการศึกษาปัญหาเรื่องภาวะปากแห้งเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งพบร้อยละ 30 ของผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จะเป็นปัญหานี้ ในผู้สูงอายุการทำงานของต่อมน้ำลายจะลดลง ขนาดของต่อมเล็กลง โดยเฉพาะต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกรล่าง ความชื้นในและองค์ประกอบใน น้ำลายเปลี่ยนแปลงไป ความสามารถในการต่อต้านเชื้อโรคลดลง ในผู้สูงอายุ บางราย อาจพบ การผ่อลิบ มีพังผืดมากขึ้น ทำให้น้ำลายถูกขับออกมาน้อยลง การมีภาวะปากแห้ง ส่งผลต่อการ เกิดฟันผุ การลดลงของน้ำลายนั้นมีความสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น และพบว่าเพศหญิงจะลดลง มากกว่าเพศชาย รวมทั้งยังสัมพันธ์กับการทานยาบางประเภทเช่น ยาแก้แพ้ ยาลดน้ำมูก ยาขับ ปัสสาวะ และยาลดความดันโลหิตสูง ยากลุ่มดังกล่าวจะมีผลให้เกิดการทำงาน

ของน้ำลาย ผิดปกติไป (salivary dysfunction) รวมถึงผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ หรือเิบจากก็เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะปากแห้งได้เช่นกัน

2.3 ความต้องการดูแลตนเอง

Orem (1991) กล่าวว่า ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care Demand) และความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care Agency) เป็นปัจจัยพื้นฐานบางส่วนของการดูแลตนเองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งหมายถึงกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมด ที่บุคคลควรจะทำภายในระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งจะประกอบด้วยการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care Requisites) 3 ด้านคือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป (Universal Self-care Requisites) เป็นการดูแลตนเอง เพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคลการดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็น สำหรับบุคคล ทุกคน ทุกวัยแต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป มีดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำอาหารที่เพียงพอ

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

1.3.1 เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกายการตอบสนองทางอารมณ์ทางสติปัญญาและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

1.3.2 รับรู้และสนใจถึงความต้องการการพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง

1.3.3 ใช้ความสามารถความสนใจค่านิยม และกฎเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียมประเพณีเป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง

1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1.4.1 คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนา ซึ่งเป็นที่พึงของตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพรู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

1.4.2 ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรักความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

- 1.4.3 ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม
- 1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ
 - 1.5.1 สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น
 - 1.5.2 จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย
 - 1.5.3 หลีกเลียงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่าง ๆ
 - 1.5.4 ควบคุมหรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ
- 1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระเบียบ
สังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of Normalcy)
 - 1.6.1 พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง
 - 1.6.2 ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง
 - 1.6.3 ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของ
บุคคล (Health Promotion & Preventions)
 - 1.6.4 ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้างและการทำหน้าที่
ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง (Early Detection)
2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาของชีวิตมนุษย์ในระยะเวลาต่างๆ เช่น การตั้งครรรภ์ การคลอดบุตรการเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสีย หรือ เป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ
 - 2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ดีช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่าง ๆ
 - 2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการสื่อเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตรความเจ็บป่วยการบาดเจ็บ และการพิการการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ใน ชีวิต
3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเมื่อมีความผิดปกติหรือมีความ

พิการของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคลเช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วยรวมทั้งผลกระทบจากการวินิจฉัยโรคและการรักษาของแพทย์การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มีดังนี้ คือ

3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่เชื่อถือได้เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

3.2 รับรู้สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษาการวินิจฉัยการฟื้นฟูและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษาโดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลในประเด็นนี้บุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาเบาบาง ผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัยและการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง ในแง่ของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้น บุคคลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการได้รับการตอบสนองและเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะต้องปฏิบัติกิจกรรม เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งเกิดจากภาวะเจ็บป่วยแต่ในขณะเดียวกันจะต้องดัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย เพื่อรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ปกติและเพื่อส่งเสริมการพัฒนาการและมีส่วนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

สรุปได้ว่า ความต้องการดูแลตนเอง เป็นปัจจัยพื้นฐานของการดูแลตนเอง เพื่อส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของตัวบุคคล การดูแลตนเองจึงจำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกเพศ และทุกวัย ซึ่งจะต้องปรับให้เหมาะสมกับการดูแลสุขภาพตนเองและใช้ในชีวิตประจำวันได้

2.4 พฤติกรรมทันตสุขภาพในผู้สูงอายุ

สุขภาพช่องปาก หมายถึง สุขภาพของฟันและโครงสร้างที่ยึดฟันซึ่งได้แก่ อวัยวะปริทันต์ นอกจากนี้ ยังรวมถึงสุขภาพของเนื้อเยื่ออื่นๆ ที่อยู่ในช่องปากด้วย

สุขภาพช่องปากที่ดี หมายถึง สภาวะของช่องปากและอวัยวะที่เกี่ยวข้อง สามารถทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ โดยทำให้บุคคลสามารถรับประทานอาหาร พุดและเข้าสังคมได้ โดยในช่องปากนั้นต้องปราศจากพยาธิสภาพใดๆ และช่วยส่งเสริมให้สุขภาพโดยทั่วไปดี (สิทธิชัย ขุนทองแก้ว, ประทีป พันธุมวณิช, ยุพิน ส่งไพศาล, และชลธิชา ห่านิวัติชัย, 2540)

ทันตสุขภาพ หมายถึง ประสิทธิภาพที่ดีในการทำงานของฟัน อวัยวะรอบตัวฟัน และอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการบดเคี้ยวรวมทั้งระบบของขากรรไกรและใบหน้า

พฤติกรรมทันตสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับทันตสุขภาพของบุคคล หรือชุมชน ทั้งในภาวะที่เป็นโรคและไม่เป็นโรค สังเกตเห็นได้ ได้แก่ วิธีและเวลาในการแปรงฟัน การซื้ออาหารบริโภค การเคี้ยวอาหาร การไปพบทันตแพทย์ หรือที่สังเกตเห็นไม่ได้ ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ (องค์การอนามัยโลก, 1965 อ้างอิงใน อัญชลี ดุษฎีพรธน์, 2528)

โรคในช่องปากทั้งหลายที่เกิดขึ้น เป็นผลมาจากพฤติกรรม การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสามารถบังคับและทำได้ด้วยตนเอง การมีพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ดีจะต้องได้รับการส่งเสริมอย่างต่อเนื่องจากการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยพฤติกรรมทันตสุขภาพ คือ พฤติกรรมที่แสดงออกมาเป็นการกระทำ หรือการปฏิบัติที่มุ่งเฉพาะในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพของ ปากและฟัน เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นปกติในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง ที่แสดงถึงการป้องกัน โรคหรือความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นกับปากและฟัน การดำรงรักษาซึ่งสุขภาพของปากและฟันที่ดี รวมทั้งฟื้นฟูและส่งเสริมให้สุขภาพของปากและฟันดีขึ้น (วิไล ตนะกุล, 2543)

องค์ประกอบของพฤติกรรมทันตสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก, 1994 อ้างอิงใน สมนึก ชาญด้วยกิจ, และศิริเพ็ญ อรุณ ประพันธ์ (2540) ได้ระบุองค์ประกอบของพฤติกรรมทันตสุขภาพว่า ประกอบไปด้วยกิจกรรมที่สำคัญ 4 ประการ

1. การดูแลรักษาความสะอาดช่องปาก หลักการแปรงฟันที่ถูกวิธี

1.1 จับแปรงให้ถนัดและถูกต้องโดยกำด้ามแปรงไว้ในอุ้งมือ ใช้นิ้วหัวแม่มือ วางไว้ที่ด้ามแปรงตรงระดับต่ำกว่าคอคอดของแปรงเล็กน้อยเพื่อจับแปรงให้คงที่

1.2 วางแปรงให้ด้านกว้างของแปรงแนบกับผิวฟัน ใช้น้ำหนักจากมือกดขนแปรงเบาๆ แล้วบิดข้อมือบิดขนแปรงลงในฟันบนและบิดขึ้นในฟันล่าง

1.3 พยายามวางขนแปรงที่บริเวณขอบเหงือก ทำมุม 45 องศาของด้านข้างของแปรง ต้องแปรงฟันให้ทั่วทุกซี่ และเอาใจใส่เป็นพิเศษในฟันกรามซี่ที่อยู่ด้านใน

1.4 แปรงด้านบดเคี้ยวทั้งฟันบนและฟันล่าง โดยจับแปรงให้ขนานกับแนวฟัน ฎุเข้าออกจากด้านในสุดออกมาด้านนอกของช่องปากและควรแปรงลิ้นด้วย โดยใช้แปรงสีฟันแปรงจากโคนลิ้นมาทางด้านปลายลิ้น

หลักสำคัญของการแปรงฟัน คือ การทำความสะอาดฟันได้ทุกซี่ ทุกซอกทุกมุม ดังนั้น จึงควรแปรงอย่างเป็นระบบให้ทั่วถึง โดยเลื่อนแปรงทีละซี่เป็นลำดับ ให้ครบทุกตำแหน่งทุกด้าน จากฟันกรามบนขวา ด้านข้างแก้ม จนถึงฟันกรามล่างด้านลิ้น เริ่มแปรงโดยวางขนแปรงบนผิวฟันด้านนอก แปรงทีละซี่จนทั่ว ต่อไปแปรงด้านในทีละซี่ จากนั้นแปรงด้านบดเคี้ยวทีละซี่

เวลาที่ควรแปรงฟัน (องค์การอนามัยโลก, 1994 อ้างอิงใน สมนึก ชาญด้วยกิจ, และศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์, 2540)

1. เวลาตื่นนอน และก่อนนอน วันละอย่างน้อย 2 ครั้ง ครั้งละ 2 นาที ด้วยยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์
2. การแปรงฟันทันทีหลังอาหารจะช่วยกำจัดเศษอาหารและเชื้อโรคในช่องปาก ให้หมดก่อนที่จะเกิดกรดมาทำลายฟัน จึงเป็นเวลาที่จะป้องกันฟันผุได้ดีที่สุด
3. ก่อนเข้านอนควรแปรงฟันก่อน เพราะขณะนอนหลับ อวัยวะในช่องปากไม่มีการเคลื่อนไหวทำให้น้ำลายไหลออกมาน้อย ไม่มีโอกาสได้ชะล้างเศษอาหาร อาหารจะตกค้างที่ฟันและเหงือกตลอดคืน กรดที่เกิดขึ้นจึงเข้มข้นเป็นอันตรายต่อฟันมากกว่าขณะตื่นนอน เพราะฉะนั้น การแปรงฟันที่ให้ผลในการป้องกันฟันผุได้มากที่สุดคือ การแปรงฟันหลังอาหารทุกมื้อ และก่อนนอน

สำหรับผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติในการบังคับกล้ามเนื้อ ควรปรับเปลี่ยนวิธีการโดยใช้แปรงสีฟันธรรมดา ดังนี้

1. ถ้านิ้วมืออยู่ในลักษณะกำแน่นตลอดเวลา ให้สอดด้ามแปรงสีฟันเข้าไปในฝ่ามือ ที่กำแน่นนั้น
2. ถ้าไม่สามารถกำมือได้แน่นเท่าปกติ ควรปรับปรุงขนาดของด้ามแปรงให้เหมาะ ในการกำด้ามแปรง เช่น ใช้ยางที่เป็นมือจับของรถจักรยาน โดยสวมด้ามแปรงสีฟันลงไปตรงกลางมือจับ ยึดด้วยกาว หรือดินน้ำมัน หรือใช้สายหนังพันรอบๆ ด้ามแปรงสีฟัน เพื่อให้จับด้ามแปรงสีฟันได้ถนัดขึ้น

3. ถ้ากำมือไม่ได้ ควรเพิ่มสายยึดแปรงไว้กับมือ โดยใช้วัสดุที่หาง่าย น้ำหนักเบา และไม่ดูดซับน้ำ เช่น หลอดพลาสติก หรือสายน้ำเกลือ ผูกยึดด้ามแปรงไว้ทางด้านขนแปรงจุดหนึ่ง แล้วโยงมาผูกที่ปลายด้ามแปรงอีกจุดหนึ่ง การใช้งานทำได้โดย สอดข้อมือเข้าไปในช่องระหว่างด้ามแปรง และหลอดพลาสติก โดยให้หลอดพลาสติกรัดฝ่ามือ ไว้กับด้ามแปรงสีฟัน เมื่อขยับมือก็จะสามารถแปรงฟันได้

2. การใช้ฟลูออไรด์ป้องกันฟันผุส่วนบุคคล (องค์การอนามัยโลก, 1994 อ้างอิงใน สมนึก ชาญด้วยกิจ, และศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์, 2540)

การใช้ฟลูออไรด์ป้องกันฟันผุคือ เมื่อฟันได้รับฟลูออไรด์จะทำให้เคลือบฟันเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของฟันมีฟลูออไรด์อยู่ ทำให้ฟันทนต่อการกัดของกรด จะทำให้ฟันผุยากขึ้นและยังช่วยยับยั้งการทำงานของเอนไซม์มีผลทำให้กรดน้อยลง การใช้ฟลูออไรด์ป้องกันฟันผุ มี 2 วิธีคือ

1. โดยการกิน ฟลูออไรด์จะผ่านกระแสโลหิตไปสะสมในกระดูกและฟัน ส่วนที่เกินจะถูกขับถ่ายออกจากร่างกายทางปัสสาวะเป็นส่วนใหญ่ การใช้ฟลูออไรด์วิธีนี้จะได้ผลในระยะที่ฟันกำลังสร้างตัวและมีการสะสมของแร่ธาตุบนตัวฟัน ทำให้ฟันแข็งแรงเหมาะสำหรับเด็กแรกเกิดถึง 14 ปี ในประเทศไทย ส่วนใหญ่ เป็นรูปของยาเม็ดหรือน้ำยาฟลูออไรด์ ถ้าได้รับมากเกินไปในช่วงสะสมแร่ธาตุนั้น อาจทำให้เกิดความผิดปกติที่เรียกว่า “ฟันตกกระ” คือเคลือบฟันจะมีจุดสีขาว ดังนั้นก่อนจะใช้ฟลูออไรด์ชนิดกิน ควรปรึกษาทันตแพทย์ หรือแพทย์ เพราะอาจได้รับฟลูออไรด์เกินความจำเป็น อาจเกิดอันตรายได้

2. การให้ฟลูออไรด์สัมผัสกับฟัน การใช้ฟลูออไรด์สัมผัสกับฟันนั้น เมื่อฟันขึ้นในช่องปากเรียบร้อยแล้ว ซึ่งอาจทำได้ด้วยตนเองหรือโดยทันตแพทย์ วิธีนี้นอกจากทำให้ฟันแข็งแรงแล้ว ยังช่วยลดการเจริญเติบโตของจุลินทรีย์ ลดปริมาณกรดที่มาทำลายฟัน เป็นการช่วยป้องกันฟันผุอีกด้านหนึ่ง แต่ประสิทธิภาพในการป้องกันฟันผุน้อยกว่าการใช้ฟลูออไรด์โดยการกิน การให้ฟลูออไรด์โดยสัมผัสกับฟัน มีดังนี้คือ

2.1 การแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในปริมาณที่เหมาะสม จะให้ผลในการป้องกันฟันผุดีกว่ายาสีฟันธรรมดา การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์แปรงฟันเป็นวิธีที่สะดวกและใช้ได้เองในชีวิตประจำวัน

2.2 การเคลือบฟันด้วยฟลูออไรด์ เป็นวิธีการที่ทำด้วยตนเองไม่ได้ จะต้องให้ทันตแพทย์หรือทันตบุคลากรเป็นผู้ทำ โดยให้ฟลูออไรด์เข้มข้นผสมทำเป็นน้ำยาใส่หรือลักษณะเป็นวุ้นทาที่ผิวเคลือบฟัน ภายหลังจากที่ทำความสะอาดและขัดฟันเรียบร้อยแล้ว

2.3 การอมน้ำยาบ้วนปากฟลูออไรด์ สามารถใช้ได้ด้วยตนเองในชีวิตประจำวันเช่นกัน จะอมมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความเข้มข้นที่ใช้ ดังนี้

2.3.1 น้ำยาฟลูออไรด์ 0.05 % อมบ้วนปากทุกวัน

2.3.2 น้ำยาฟลูออไรด์ 0.2 % อมบ้วนปากทุก 2 สัปดาห์

3. การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อทันตสุขภาพ

ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับอาหารให้ครบ 5 หมู่ เพื่อใช้อาหารเหล่านี้เป็นพลังงาน และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของอวัยวะในร่างกาย โดยอาหารจำพวกผักและผลไม้ ถือเป็นสิ่งจำเป็นต่อสุขภาพในช่องปาก เหงือกและฟัน เพราะมีเส้นกากใย ทำให้ไม่เกิดเป็นคราบอาหารจับติดผิวฟัน เป็นการช่วยลดสาเหตุของการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ (วิกุล วิศาลเสถียร, 2558) ซึ่งการเลือกรับประทานอาหาร มีดังนี้

1. ควรเลือกอาหารพวกโปรตีนย่อยง่าย ผัก ผลไม้ที่มีกากใยสูง
2. ควรลดอาหารที่หวานจัด นิ่มละเอียดมากๆ หรือเหนียวติดฟัน เพราะจะเกิดการตกค้างได้มาก ทำความสะอาดยาก เกิดฟันผุง่าย
3. ควรลดอาหารเปรี้ยวจัด เพราะมีกรด ทำให้ฟันสึกกร่อน
4. ควรรับประทานอาหารให้เป็นมื้อ ไม่ควรกินจุบจิบ โดยเฉพาะช่วงก่อนนอน เพื่อลดการตกค้างของเศษอาหาร
5. สำหรับผู้ใส่ฟันปลอม ควรระมัดระวังเป็นพิเศษในการรับประทาน โดยเฉพาะอาหารเหนียวและแข็ง

โภชนาการกับสุขภาพช่องปากว่า โภชนาการเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ และจำเป็นอย่างยิ่ง สำหรับผู้สูงอายุ เพื่อหล่อเลี้ยงอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย ให้อยู่ในสภาพที่สมบูรณ์ และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอให้กลับดีดังเดิม ผู้สูงอายุจึงควรมีความรู้ด้านโภชนาการมากเพียงพอ จนเห็นความสำคัญ และกระตือรือร้น ที่จะแสวงหาอาหารรับประทานให้เหมาะสม กับความต้องการ เกิดความสมดุลของสารอาหารต่างๆ ในร่างกายแต่ละวัน (ระวีวรรณ ปัญญางาม, ปรียา อรรถวานิช, และยุทธนา ปัญญางาม, 2557)

ต่อมรับรส และเส้นประสาทของการรับกลิ่นเสื่อมลง ทำให้ความไวในการรับรส และกลิ่นลดลง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียม ฐานของฟันเทียมที่คลุมเพดานปาก จะกีดขวางต่อมรับรสไม่ให้สัมผัสอาหาร ผู้สูงอายุจึงไม่รู้สึกรออร่อย จึงเกิดความไม่ยอมรับประทานอาหาร อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร ได้แก่ อวัยวะในช่องปาก การสึกกร่อน โยกลดลงของฟัน และการสูญเสียฟันธรรมชาติไปบางซี่ หรือหลายซี่ ซึ่งแม้จะใช้ฟันเทียม

ทดแทนพันธุกรรมชาติ ที่สูญเสียไป การใช้ฟันเทียมชนิดถอดได้ มักมีปัญหา เช่น หลวม หลุดง่าย เจ็บ และไม่สบายเวลาเคี้ยว ทำให้ไม่อยากเคี้ยวอาหาร

น้ำ มีความสำคัญ และจำเป็นต่อชีวิตอย่างมาก ผู้สูงอายุควรได้รับน้ำดื่มไม่น้อยกว่า 6-8 แก้วต่อวัน (ประมาณ 1,200-2,000 มิลลิลิตร) พบว่า ผู้สูงอายุไม่กระตือรือร้นที่จะดื่มน้ำ จึงปากแห้ง คอแห้ง เยื่อบุอวัยวะต่างๆ รวมทั้งผิวก็แห้งด้วย จากภาวะขาดน้ำ ดังนั้น ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำวันละมากๆ เพื่อให้ร่างกายได้รับน้ำอย่างพอเพียงแต่ละวัน ไม่น้อยกว่า 6-8 แก้ว โดยดื่มครั้งละจำนวนน้อย

ปัจจัยที่ทำให้อาหารแป้งและน้ำตาล มีผลเสียต่อฟันมากน้อยต่างกัน (สุดารัตน์ สุขเจริญ, 2549)

1. ลักษณะของอาหารชนิดเหนียวติดฟันนาน อาหารประเภทนี้จะใช้เวลานานมากที่น้ำลายจะชะล้างออกไปจากฟัน จึงทำให้ฟันได้สัมผัสกับกรดที่เกิดขึ้น
2. ความบ่อยครั้งของการรับประทาน มีผลร้ายยิ่งกว่าปริมาณของแป้งและน้ำตาล การรับประทานบ่อยครั้งจะทำให้กรดที่เกิดขึ้นมีความต่อเนื่องเป็นลูกโซ่ เพราะทุกครั้งที่มีการรับประทานอาหารจะมีการย่อยแป้งและน้ำตาล และเกิดกรดจากแผ่นคราบฟันประมาณ 20 นาทีต่อทุกครั้งที่มีการรับประทาน
3. การรับประทานอาหารในมืออาหาร แป้งและน้ำที่รับประทานจะเกิดผลเสียน้อยกว่าการรับประทานชนิดเดียวโดดนอกมืออาหาร เพราะในมืออาหารจะมีอาหารอื่นๆ คลุกเคล้าอยู่ด้วย

การเลือกรับประทานอาหารเพื่อทันต (สุดารัตน์ สุขเจริญ, 2549) ในปัจจุบันมีขนมประเภทแป้งกรอบสำเร็จรูปบรรจุถุง ซึ่งมีเพียงแป้งและน้ำตาล เมื่อรับประทานจะทำให้เกิดคราบอาหารติดฟันนาน ซึ่งจะทำให้เกิดโรคฟันผุ และทำให้อึดอัด ส่งผลให้ไม่สามารถรับประทานอาหารที่มีคุณค่าได้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ควรหลีกเลี่ยงให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารจำพวกนี้ การเลือกอาหารเพื่อทันตสุขภาพ มีดังนี้

1. แป้งและน้ำตาลควรรับประทานในมืออาหาร
2. รับประทานอาหารกลุ่มโปรตีนและผลไม้เป็นอาหารว่าง
3. ไม่รับประทานอาหารจุกจิกหรือบ่อยครั้งเกินไป
4. งดรับประทานหวาน เหนียวติดฟันนาน

การกินหมาก ไม่ได้ทำให้ฟันแข็งแรง เป็นความเชื่อที่ผิด เพราะหมากที่เกาะพอกบริเวณตัวฟัน จะทำให้เกิดความระคายเคืองต่อเหงือก เป็นจุดที่ทำให้เกิดการสะสม คราบ

จุลินทรีย์ง่าย เกิดเหงือกอักเสบ ทำความสะอาดยาก อาจทำให้โรคลุกลาม เกิดฟันโยก และสูญเสียฟันได้

4. การไปพบทันตแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข

ผู้สูงอายุควรไปหาหมอฟัน เพื่อตรวจเช็คทั้งฟันแท้ และฟันเทียมเป็นระยะ ทุก 6 เดือนการไปรับการตรวจฟันเป็นระยะๆ เพื่อให้หมอฟันช่วยแนะนำ และทำการรักษาบูรณะ ซ่อมแซมส่วนที่เกิดรอยโรค หรือมีความผิดปกติ ยิ่งถ้าใส่ฟันเทียมอยู่ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องไปตรวจเช็คสม่ำเสมอ เพื่อให้ทันตแพทย์ทำการแก้ไข ปัญหาที่อาจเกิดขึ้น เช่น สันเหงือกใต้ฟันเทียม ยุบ จะได้แก้ไขฟันฟันเทียมใหม่ ถ้ามีตะขอลวดอ้าแง จะได้ปรับตะขอใหม่ เป็นต้น (วารสาร เวช วิชา, 2558)

เหตุผลในการไปตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำทุก 6 เดือน

1. เพื่อได้รับการรักษาทันตกรรมที่ ซึ่งมีผลดีหลายด้านดังนี้
 - 1.1 ด้านเศรษฐกิจ ประหยัดเงินได้มากกว่าการรักษาเมื่อโรคนั้นรุนแรง และการรักษายุ่งยาก
 - 1.2 ด้านเวลา เสียเวลาเล็กน้อยแต่หายจากอาการต่างๆ ได้หมด
 - 1.3 ด้านสุขภาพ หากสุขภาพเหงือกและฟันปกติ มีผลทำให้สุขภาพทั่วไปของร่างกายดีขึ้น
2. เพื่อบรรเทาอาการ ทันตแพทย์สามารถช่วยบรรเทาอาการหรือบำบัดให้หายจากโรคในช่องปากได้ การรื้อหรือรักษาไม่ถูกต้องอาจทำให้อาการของโรคนั้นรุนแรง และเจ็บปวดทรมานยิ่งขึ้น
3. เพื่อปรึกษาขอคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีป้องกันโรค ตรวจดูพัฒนาการและความผิดปกติในช่องปาก ทำให้ทราบวิธีการปฏิบัติตนเองในการป้องกันโรคต่างๆ ภายในช่องปาก (ชุติมา ไตรรัตน์วรกุล, 2554)

3. ความหมายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติและพฤติกรรม (KAP)

3.1 ความหมายของความรู้

Bloom et a.l, 1968 อ้างอิงใน พิซิต ฤทธิจรรยา (2548) ได้ให้ความหมายของ ความรู้ว่าสิ่งที่เกี่ยวกับการระลึกถึงเฉพาะเรื่องหรือเรื่องทั่วไป ระลึกถึงวิธีและกระบวนการหรือสถานการณ์ต่างๆ โดยเน้นความจำ

Carter, 1973 อ้างอิงใน โนรีนา เบญญาปา (2550) ได้ให้ความหมายของ ความรู้ว่าเป็นมวลประสบการณ์ต่างๆ ที่บุคคลได้จากการศึกษาข้อเท็จจริงปรากฏการณ์และรายละเอียดต่างๆ โดยผ่านการรวบรวมและสะสมไว้เพื่อนำไปใช้ประโยชน์

3.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ และทัศนคติ

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึง ความเข้าใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยอาจได้จากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือจากประสบการณ์ที่เคยได้รับ

1. ระดับของความรู้

Bloom et al., 1968, p. 60 อ้างอิงใน พิเชิต ฤทธิจุฑา (2548, น. 203) ได้จำแนกระดับความรู้ 6 ระดับ คือ

1.1 ระดับที่ระลึกได้ (Recall) หมายถึง การเรียนรู้ในลักษณะที่จำเรื่องเฉพาะจำเหตุการณ์ประสบการณ์ที่เคยพบมาแล้ว ความสำเร็จในระดับนี้คือ ความสามารถในการดึงข้อมูลจากความจำได้

1.2 ระดับที่รวบรวมสาระสำคัญได้ (Comprehension) หมายถึง บุคคลสามารถจำบางสิ่งบางอย่างได้มากกว่าการจำเนื้อหาที่ได้รับ สามารถเขียนข้อความเหล่านั้นได้ด้วยถ้อยคำของตนเอง สามารถแสดงให้เห็นได้ด้วยภาพ ให้ความหมายแปลความและเปรียบเทียบความคิดอื่นๆ หรือคาดคะเนผลที่เกิดขึ้นต่อไปได้

1.3 ระดับการนำไปใช้ (Application) เป็นความสามารถในการจำสาระสำคัญต่างๆ ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ๆ หรือสถานการณ์จริงอย่างเป็นรูปธรรม

1.4 ระดับการวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการแยกแยะวัตถุหรือเนื้อหา ออกเป็นส่วนปลีกย่อยที่มีความสัมพันธ์กัน และการสืบเสาะหาความสัมพันธ์ต่างๆ เพื่อดูว่าประกอบเข้าด้วยกันอย่างไร

1.5 ระดับการสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการรวมส่วนประกอบย่อย หรือส่วนประกอบใหญ่ให้เป็นเรื่องเดียวกัน เพื่อสร้างรูปแบบหรือโครงสร้างที่ไม่ชัดเจนมาก่อนให้ชัดเจนขึ้น โดยการใช้ความคิดสร้างสรรค์ภายในขอบข่ายของงานหรือปัญหาที่กำหนด

1.6 ระดับการประเมินค่า (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับค่านิยม ความคิด ผลงาน คำตอบ วิธีการ และเนื้อหาสาระเพื่อวัตถุประสงค์บางอย่าง โดยการกำหนดเกณฑ์เป็นฐานในการพิจารณาตัดสิน การประเมินผลเป็นขั้นพัฒนาความคิดที่สูงสุดของพุทธิลักษณะ และเป็นความสามารถที่ต้องใช้ความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การ วิเคราะห์ และการสังเคราะห์ เข้ามาช่วยในการพิจารณาประเมิน

2. การวัดความรู้

เครื่องมือที่ใช้วัดความรู้มีหลายชนิด แต่ละชนิดจะเหมาะสมกับการวัดความรู้ตาม คุณลักษณะแตกต่างกันออกไป (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2535 อ้างอิงใน ปวีตรา ดวงจิต, 2554) กล่าวว่า ประเภทของแบบทดสอบมีลักษณะแตกต่างกันมากทั้งในด้านรูปแบบ การนำไปใช้ และ จุดมุ่งหมายในการสร้างประเภทของแบบทดสอบ จึงแบ่งได้แตกต่างกันตามเกณฑ์ที่ใช้ แบ่งตาม ลักษณะการตอบได้เป็น 3 ประเภท

2.1 แบบทดสอบการปฏิบัติ (Performance) เป็นการทดสอบความตระหนักรู้ มือทำจริง ๆ เช่น การแสดง การช่างฝีมือ การพิมพ์ดีด เป็นต้น

2.2 แบบทดสอบเขียนตอบ (Paper-Pencil Test) เป็นการทดสอบที่ใช้กันทั่วไป ซึ่งใช้กระดาษและดินสอ เป็นอุปกรณ์ช่วยตอบ ผู้ตอบต้องเขียนตอบทั้งหมด มีอยู่ 4 แบบ คือ แบบถูก-ผิด แบบเติมคำ แบบจับคู่ และแบบเลือกตอบ

2.3 แบบทดสอบปากเปล่า (Oral Test) เป็นการทดสอบที่ให้ผู้ตอบพูดแทนการเขียน มักจะเน้นการพูดคุยระหว่างผู้ถามกับผู้ตอบ เช่น การสอบสัมภาษณ์

ความรู้เป็นสิ่งสั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือประสบการณ์ รวมทั้ง ความสามารถเชิงปฏิบัติการ และทักษะความเข้าใจ หรือสารสนเทศที่ได้รับมาจากประสบการณ์ สิ่งที่ได้รับมาจากการได้ยิน ได้ฟัง ความคิด หรือการปฏิบัติของวิชาในแต่ละสาขา แต่ความรู้ อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ จะต้องมีการออกแบบ และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ของแบบสอบถาม ซึ่งทฤษฎีความรู้ได้ใช้ทฤษฎีของบลูม (Bloom et al., 1968, p. 60 อ้างอิงใน พิชิต ฤทธิ์จรูญ, 2548)

3. ความหมายของทัศนคติ

ทัศนคติ (Attitude) หมายความว่า สภาพทางจิตของบุคคลที่เกิดจากการเรียนรู้ในการที่จะตอบสนองต่อบุคคล สิ่งของ หรือเหตุการณ์เฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่งในการทำงาน ชอบหรือไม่ชอบ ตามปกติแล้วบุคคลจะต้องมีทัศนคติต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน เสมอ ซึ่งได้มี นักจิตวิทยาหรือกลุ่มผู้ที่ทำการศึกษาเรื่อง ทัศนคติ ให้ความหมายไว้หลายความหมายดังต่อไปนี้

ฉัตรชัย ปันชาติ (2545) ให้ความหมายไว้ว่า ทัศนคติเป็นความรู้และความรู้สึกต่อสิ่งใด หนึ่งสิ่งใดในด้านที่ดีและไม่ดี อาจเป็นลักษณะบวกหรือลบ ฟังพอใจหรือไม่ฟังพอใจ จากความหมายที่กล่าวมา พอสรุปได้ว่า ทัศนคติ หมายถึง สภาพทางจิตของบุคคลที่เกิด

จากการเรียนรู้และประสบการณ์จากสิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิดพฤติกรรมในการที่จะตอบสนองต่อบุคคล สิ่งของ หรือเหตุการณ์เฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่งในทำนองว่าชอบหรือไม่ชอบ

นิวคัม (Newcomb, 1954 อ้างอิงใน อุทุมพร ไพลิน, 2540) ให้ความหมายของทัศนคติว่า เป็นความรู้สึกเอนเอียงของ จิตใจที่มีต่อประสบการณ์ที่มนุษย์เราได้รับ อาจจะมีมากหรือน้อยก็ได้ และทัศนคตินี้จะแสดงออกได้ ทางด้านพฤติกรรมสองลักษณะคือ การแสดงออกในลักษณะของความพึงพอใจ เห็นด้วยหรือชอบ ทัศนคติเช่นนี้ทำให้คนอยากปฏิบัติ อยากได้ อยากเข้าใกล้สิ่งนั้น ลักษณะเช่นนี้เราเรียกว่า ทัศนคติทางบวก (Positive Attitude) อีกลักษณะหนึ่ง คือ ทัศนคติทางลบ (Negative Attitude) คนจะแสดงออกทำนองไม่พึงพอใจ ไม่ชอบหรือไม่เห็นด้วย ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ซิงซัง อยากหนี อยากอยู่ให้ห่างจากสิ่งนั้น ส่วนทัศนคติอีกแบบหนึ่ง คือ ความรู้สึกเฉยๆ ไม่ชอบ ไม่เกลียด เป็นทัศนคติแบบกลางๆ

อัลพอร์ต (Allport, 1935, น. 810 อ้างอิงใน อุทุมพร ไพลิน, 2540) ให้ความหมายไว้ว่า ทัศนคติหมายถึงสภาวะความพร้อมทางจิต และประสาทซึ่งเกิดขึ้นจากประสบการณ์ สภาวะความพร้อมนี้จะเป็แรงที่กำหนดทิศทางของ ปฏิกริยาของบุคคลที่จะมีต่อบุคคล สิ่งของ หรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

4. การวัดทัศนคติ

เนื่องจากทัศนคติเป็นพฤติกรรมภายใน มีลักษณะเป็นนามธรรมซึ่งเจ้าตัวเท่านั้นที่ทราบ การวัดทัศนคติโดยตรงจึงทำไม่ได้ แต่โดยที่ทัศนคติมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการดังกล่าวมา ข้างต้น ดังนั้น การวัดทัศนคติจึงต้องวัดทั้ง 3 องค์ประกอบของทัศนคติและต้องวัดเป็นภาพรวมๆ โดยพิจารณาจากกริยาท่าทีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าในหลายด้านหลายประการรวมกัน มิใช่วัดจากการกระทำหรือพฤติกรรมเพียงอย่างใดอย่างหนึ่งของบุคคล (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2549ข)

เชดส์คี้ โฆวาสินธุ์ (2545) กล่าวว่า ข้อตกลงเบื้องต้นในการวัดทัศนคตินี้ มักจะมีข้อตกลง (Assumption) ดังนี้

1. การศึกษาทัศนคติเป็นการศึกษาความคิดเห็น ความรู้สึกของบุคคลที่มีลักษณะคงเส้นคงวา หรือเป็นความคิดเห็นหรือความรู้สึกที่ไม่เปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาหนึ่ง
2. ทัศนคติเป็นสิ่งที่ไม่สามารถวัดได้หรือสังเกตได้โดยตรง ฉะนั้นการวัดทัศนคติจึงเป็นการวัดทางอ้อมจากแนวโน้มที่บุคคลจะแสดงออกหรือประพฤติปฏิบัติอย่างมีระเบียบแบบแผนคงที่ ไม่ใช่พฤติกรรมโดยตรงของมนุษย์

3. การศึกษาทัศนคติของบุคคลนั้นไม่ใช่เป็นการศึกษาแต่เฉพาะทิศทางทัศนคติของบุคคลเท่านั้น ต้องศึกษาถึงระดับความมากน้อยหรือความเข้มของทัศนคตินั้นๆ ด้วย

5. องค์ประกอบของทัศนคติ

อริภัทร สายนาค (2543) กล่าวถึง องค์ประกอบของทัศนคติไว้ว่า มีองค์ประกอบ 3 ด้านคือ

5.1 ด้านความรู้ (The Cognitive Component) หมายถึง ความรู้ ความเชื่อ และความคิดของ บุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด

5.2 ด้านความรู้สึก (The Effective Component) หมายถึง ความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบ ความรู้สึกทางบวกหรือทางลบต่อหนึ่งสิ่งใด

5.3 ด้านพฤติกรรม (The Behavioral Component) หมายถึง แนวโน้ม หรือความพร้อมที่ บุคคลจะตอบรับหรือปฏิเสธ

6. หลักการวัดทัศนคติ

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ (2547) การวัดทัศนคติมีหลักการ 3 ประการ ดังนี้

6.1 เนื้อหา (Content) การวัดทัศนคติต้องมีสิ่งเร้าไปกระตุ้นให้มีกิริยาทำที่ออกมา โดยสิ่งเร้าทั่วไป ได้แก่ เนื้อหาที่ต้องการวัด เช่น ต้องการวัดทัศนคติต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตครอบครัว ซึ่ง ได้แก่ การเลือกคู่ครอง อายุแรกสมรส ระยะการมีบุตรคนแรกและคนต่อไป ขนาดครอบครัว และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

6.2 ทิศทาง (Direction) การวัดทัศนคติโดยทั่วไปกำหนดให้ทัศนคติมีทิศทางเป็นเส้นตรง และต่อเนื่องกันในลักษณะ ซ้าย-ขวา หรือ บวก-ลบ กล่าวคือ เริ่มจากเห็นด้วยอย่างยิ่งและลดความเห็นด้วยลงเรื่อยๆ จนถึงมีความรู้สึกเฉยๆ และลดต่อไปเป็นไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เป็นไปในเส้นตรงเดียวกัน และต่อเนื่อง

6.3 ความเข้ม กิริยาทำที่หรือความรู้สึกที่แสดงออกต่อสิ่งเร้านั้นๆ มีปริมาณมากน้อยแตกต่างกัน ถ้ามีความเข้มสูงไม่ว่าจะไปในทิศทางใดก็ตามจะมีความรู้สึกหรือกิริยาทำที่รุนแรงมากกว่าที่มีความ เข้มเป็นกลาง

7. การสร้างเครื่องมือแบบลิเคิร์ต (Likert's Method)

เครื่องมือวัดเจตคติแบบลิเคิร์ต เป็นวิธีการสร้างที่ง่าย มีความเชื่อมั่นสูงและพัฒนาเพื่อวัดด้านความรู้สึกได้หลายอย่าง การสร้างเครื่องมือวัดเจตคติแบบนี้เป็นวิธีประเมินน้ำหนักความรู้สึกของข้อความในตอนหลัง คือหลังจากเอาเครื่องมือไปสอบวัดแล้ว ซึ่งตรงข้ามกับแบบของเทอร์สไตน์ที่กำหนดค่าน้ำหนักของข้อความไว้ก่อนการนำไปสอบ การสร้างข้อความที่

แสดงความรู้สึกต่อเป้าเจตคติจะต้องให้ครอบคลุมและสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ข้อความอาจจะเป็นทางบวกหมดหรือทางลบหมด หรือผสมกันก็ได้ (ชวลิต ชูกำพอง, 2549)

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือวัดเจตคติแบบลิเคิร์ต มีดังนี้

1. เลือกชื่อเป้าเจตคติ (Attitude Object) ก่อน เช่นเจตคติต่อคณิตศาสตร์ หรือต่ออาชีพครู หรือต่อมหาวิทยาลัย เป็นต้น เป้าของเจตคติอาจจะเป็นคน วัตถุ สิ่งของ องค์กร สถาบัน อาชีพ วิชา แล้วแต่จะเลือก ยิ่งเฉพาะเจาะจงยิ่งดี ยิ่งกำหนดช่วงเวลาด้วยแล้ว การแปลผลก็จะทำให้มีความหมายดีขึ้น

2. เขียนข้อความแสดงความรู้สึกต่อเป้าเจตคติ โดยวิเคราะห์ดูให้ครอบคลุม

3. การตรวจสอบข้อความ เป็นการตรวจสอบขั้นแรก เพื่อดูให้แน่ชัดว่าข้อความนั้นเขียนไว้เหมาะสมดีหรือไม่ การตอบจะให้ตอบว่าชอบ -ไม่ชอบ ดี-ไม่ดี หรือเห็นด้วย-ไม่เห็นด้วย ควรใช้มาตรา 3 มาตรา, 4 มาตรา หรือ 5 มาตรา เป็นต้น

4. การให้น้ำหนักในช่วงแรกๆ ของการพัฒนามีวิธีการให้คะแนนแบบต่างๆ ในระยะหลังลิเคิร์ตจึงแนะนำให้ใช้วิธีการกำหนดตัวเลขโดยพลการได้เลย โดยให้ตัวเลขเรียงค่าตามลำดับความสำคัญของตัวเร้าหรือตัวเลือก จะใช้ 0, 1, 2, 3, 4, หรือ 1, 2, 3, 4, 5 หรือ -2, -1, 0, 1, 2 ก็ได้ทั้งนั้น 3 แบบนี้สัมพันธ์เป็น 1.00 คือตัวเดียวกันนั่นเอง เพียงแต่เอาตัวคงที่บวกหรือลบออกเท่านั้น ตัวเลขแบบนี้คะแนนเฉลี่ยจะเปลี่ยนแปลง แต่ความแปรปรวนคงที่

5. การทดลองคุณภาพเบื้องต้น ในระยะนี้ต้องการศึกษาว่าข้อความแต่ละข้อมีอำนาจจำแนกผู้ที่มีเจตคติสูงกับมีเจตคติต่ำแตกต่างกันหรือไม่ นั่นคือพยายามหาว่าข้อความข้อนั้น ถ้าใครตอบมาตราสูงแสดงว่ามีเจตคติสูง ถ้าใครตอบมาตราต่ำจะเป็นคนมีเจตคติต่ำจริงหรือไม่นั่นเอง การจะสามารถบอกได้ดังกล่าวมาแล้ว จะต้องเอาข้อความทั้งหลายไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยก็ 100 คนขึ้นไปจึงจะดี เมื่อสอบเสร็จแล้วนำมาตรวจให้คะแนนแต่ละข้ออย่าลืมหาค่ามาตราในกรณีเป็นข้อความกล่าวในทางลบ แล้วรวมคะแนนเป็นของแต่ละคน กรณีข้อสอบมี 100 ข้อมีค่ามาตรา 4 ค่า แปลว่าคนได้เจตคติน้อยที่สุดได้คะแนน 100 คนได้คะแนนสูงสุด 400 เอาคะแนนแต่ละคนเรียงกันตามลำดับ แล้วตัดกลุ่มได้คะแนนสูง 25% และกลุ่มได้คะแนนต่ำ 25% ต่อจากนั้นเอาแต่ละข้อมาแจกแจงความถี่ว่าแต่ละข้อ แต่ละมาตราของตัวเลือกมีจำนวนคนกลุ่มสูงตอบเท่าไร คนกลุ่มต่ำตอบเท่าไร

6. การจัดแบบทดสอบ เมื่อได้ข้อสอบที่มีอำนาจจำแนกดีแล้ว พิจารณาว่าจะกำหนดกี่ข้อ ตามหลักการถ้าข้อความมีคุณภาพสูงมากจะใช้ 10 - 15 ข้อก็ได้ แต่โดยทั่วไปแล้วจะมีตั้งแต่ 20 ข้อขึ้นไป เพราะถ้าจำนวนข้อน้อยความเชื่อมั่นมักจะมีค่าน้อยความเที่ยงตรงก็ไม่มีดี

อาจจะเป็นเพราะข้อความแสดงความรู้สึกหรือความเชื่อต่อเป้าอาจไม่ครอบคลุมทุกอย่างในเป้า แบบทดสอบวัดเจตคติบางฉบับจึงมีเป็น 100 ข้อ การให้จำนวนข้อควรคำนึงถึงกลุ่มตัวอย่างและระดับอายุ ความสามารถในการอ่านอาจทำให้เกิดความเบื่อหน่ายในการตอบ ระดับเด็ก ๆ จึงไม่ควรมีหลายข้อจนเกินไป

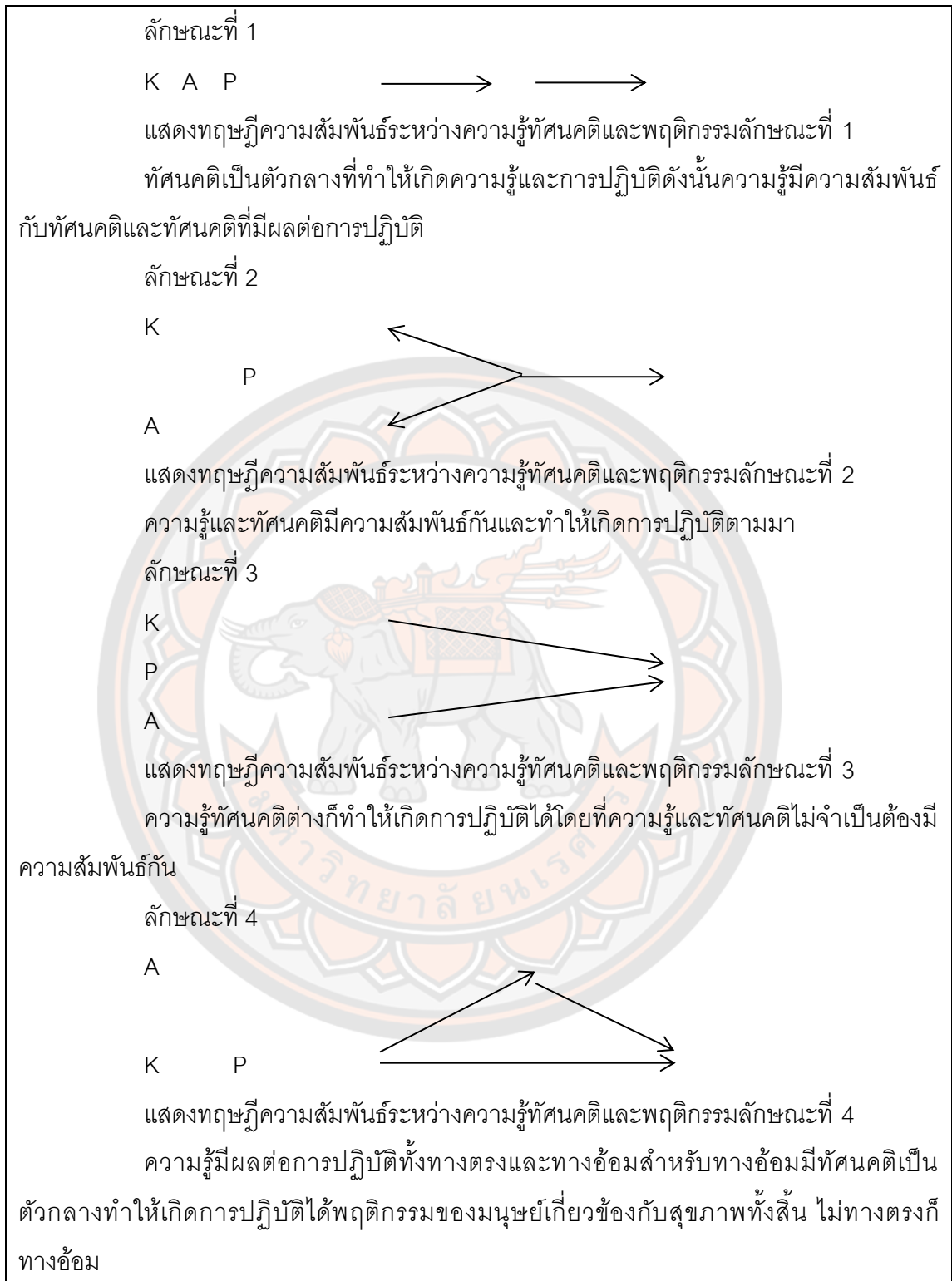
7. การตรวจให้คะแนน การให้คะแนนให้ตามมาตราที่กำหนดแต่ละข้อ ถ้าเป็นข้อความเปลี่ยนมาเป็นตัวเลข แต่ถ้าเป็นตัวเลขแล้วก็นำตัวเลขที่ผู้ตอบเลือกมารวมเลย กรณีข้อความเป็นความรู้สึกทางลบ จะต้องกลับตัวเลขกันกับข้อความที่เป็นไปทางบวก ถ้าตัวเลข เป็น การอธิบายหรือบรรยาย

อย่างไรก็ตาม การเกิดทัศนคติย่อมมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกนึกคิด ซึ่งเชื่อมโยงกับ สภาพจิตใจในบุคคลต่างกัน อันมีปัจจัยมาจากประสบการณ์ที่สั่งสมมา และสภาพแวดล้อมที่มี อิทธิพลทำให้บุคคลมีความคิด และแสดงออกตามความคิดความรู้สึกของตน ทัศนคติ จึงเป็น กระบวนการภายในที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคลได้ ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับทัศนคติ มาใช้ในการออกแบบ และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ของแบบสอบถาม ซึ่งทฤษฎีทัศนคติ ได้ใช้ทฤษฎีของลิเคอร์ต (Likert, 1932 อ้างอิงใน รุสนี วาอายุตา, กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ, บุญสิทธิ์ ไชยชนะ, และไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, 2557)

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติและพฤติกรรม (KAP)

สุชาติ โสมประยูร (2525) ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติว่าพฤติกรรมทั้งสามอย่างนี้มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดแต่ละอย่างมักจะเกิดขึ้นโดยอิสระและมักจะเกิดขึ้นรวมๆกันและพึงพาอาศัยกันการสร้างเสริมพฤติกรรมอย่างหนึ่งจะเป็นการพัฒนาพฤติกรรมอย่างอื่นไปโดยทางอ้อม

นิภา มนูญปัจจุ (2527) ได้แสดงรูปแบบความสัมพันธ์ไว้หลายรูปแบบซึ่งอาจจะ เป็นความสัมพันธ์โดยตรงหรือเป็นความสัมพันธ์ทางอ้อมไว้ ดังนี้



ภาพ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ทั้ง 4 ลักษณะ

4. ข้อมูลกลุ่มชาติพันธุ์และกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง

4.1 ข้อมูลกลุ่มชาติพันธุ์

กลุ่มชาติพันธุ์ เป็นกลุ่มคนที่มีวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีเดียวกัน ขนบธรรมเนียมประเพณีแล้ว มีวิถีการดำเนินชีวิต ภาษา ความเชื่อและการสืบเชื้อสายมาจากบรรพบุรุษสายเลือดเดียวกัน ซึ่งผู้ที่อยู่ในกลุ่ม ชาติพันธุ์เดียวกันจะมีความรู้สึกผูกพัน สามัคคีกลมเกลียว เป็นหนึ่งเดียว พร้อมทั้งจะช่วยกันเสริมสร้างอัตลักษณ์ของชาติพันธุ์นั้นๆ

คนทั่วไปมักใช้คำว่า “กลุ่มชาติพันธุ์” ในความหมายเดียวกับคำว่า “ชนกลุ่มน้อย / ชาวเขา/ชนเผ่า” เท่านั้นเนื่องจากคำว่า “ชาติพันธุ์” เป็นคำใหม่ในภาษาไทย ดังนั้นการทำความเข้าใจเรื่อง “ชาติพันธุ์” จึงจำเป็นจะต้องพิจารณาเปรียบเทียบความหมายในเรื่อง “เชื้อชาติ” และ “สัญชาติ” ร่วมด้วยดังนี้ 1) เชื้อชาติ (Race) เชื้อชาติ คือ ลักษณะทางชีวภาพของคน ซึ่งเห็นได้อย่างชัดเจนจากลักษณะรูปร่าง สีดวง เส้นผม และตา การแบ่งกลุ่มเชื้อชาติ มักแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ นิกรอยด์ (Negroid) มองโกลอยด์ (Mongoloid) และคอเคซอยด์ (Caucasoid) ต่อมาในตอนหลังได้เพิ่มออสเตรเลีย (Australoid) โพลินีเซียน (Polynesian) โอโรโม อัมฮารา ทิเกรย์ ไชมาเลีย กูราจ ซิตามา โวลเลย์ตา อฟาร์ ฮาดิยา กาโม ฯลฯ การแบ่งแยกกลุ่มคนตามลักษณะทางชีวภาพนี้ มีความสำคัญในสังคมที่สมาชิกในสังคมมาจากบรรพบุรุษที่ต่างกัน และมีสีผิวและรูปร่างลักษณะที่ต่างกันอย่างเห็นได้ชัด เช่น ความแตกต่างระหว่างคนผิวขาวกับคนผิวดำ ในสังคมที่มีกลุ่มคนที่มีลักษณะทางชีวภาพต่างกันและประวัติความเป็นมาตลอดจนบทบาทในสังคมต่างกัน ความแตกต่างทางชีวภาพอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันได้ แต่ในบางสังคม เช่น สังคมไทย ความแตกต่างทางชีวภาพไม่มีความหมายเท่าใดนัก 2) สัญชาติ (Nationality)

สัญชาติ คือ การเป็นสมาชิกของประเทศใดประเทศหนึ่งตามกฎหมาย โดยที่ลักษณะทางชีวภาพและวัฒนธรรมอาจแตกต่างกันได้ การเป็นสมาชิกของประเทศย่อมหมายถึงการเป็นประชาชนของประเทศนั้น ผู้ที่อพยพมาจากที่อื่นเพื่อมาตั้งถิ่นฐานสามารถโอนสัญชาติมาได้ ผู้ที่เปลี่ยนสัญชาติ คือ ผู้ที่เปลี่ยนฐานะจากการเป็นประชาชนของประเทศหนึ่งมาเป็นประชาชนของอีกประเทศหนึ่ง 3) ชาติพันธุ์ (ethnicity หรือ ethnos) ชาติพันธุ์ คือ การมีวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี ภาษาพูดเดียวกัน และเชื่อว่าสืบเชื้อสายมาจากบรรพบุรุษกลุ่มเดียวกัน เช่น ไทย พม่า กะเหรี่ยง จีนลาว เป็นต้น กลุ่มชาติพันธุ์หรือกลุ่มวัฒนธรรมมีลักษณะเด่นคือ เป็นกลุ่มคนที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษเดียวกัน บรรพบุรุษในที่นี้หมายถึงบรรพบุรุษทางสายเลือด ซึ่งมีลักษณะทางชีวภาพและรูปร่าง (เชื้อชาติ) เหมือนกัน รวมทั้งบรรพบุรุษทางวัฒนธรรมด้วย ผู้ที่อยู่ในกลุ่มชาติพันธุ์เดียวกันจะมีความรู้สึกผูกพันทางสายเลือด และทางวัฒนธรรมพร้อมๆ กันไป

เป็นความรู้สึกผูกพันที่ช่วยเสริมสร้างอัตลักษณ์ของบุคคลและของชาติพันธุ์ และในขณะเดียวกันก็สามารถเร้าอารมณ์ความรู้สึกให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันได้โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าผู้ที่อยู่ในกลุ่มชาติพันธุ์นับถือศาสนาเดียวกันความรู้สึกผูกพันนี้อาจเรียกว่า “สำนึก” ทางชาติพันธุ์ หรือชาติลักษณะ (ethnic identity)

ในปัจจุบันประเทศไทยเป็นประเทศที่มีความอิสระและเสรีในการอยู่ร่วมกัน ทำให้มีกลุ่มชาติพันธุ์อาศัยอยู่ร่วมกันอย่างหลากหลาย โดยกลุ่มชาติพันธุ์มีประชากรทั้งหมดประมาณ 6,100,000 คน หรือร้อยละ 9.68 ของจำนวนประชากรในประเทศไทย (ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร, 2560) จากข้อมูลของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการปี 2561 ได้จำแนกกลุ่มชนตามลักษณะการตั้งถิ่นฐานได้ 4 ลักษณะคือ 1) กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงหรือ “ชนชาวเขา” 2) กลุ่มชาติพันธุ์ตั้งถิ่นฐานในพื้นที่ราบ 3) กลุ่มชาติพันธุ์ที่ตั้งถิ่นฐานในทะเลหรือ “ชาวเล” 4) กลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่ในป่า โดยกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงถือว่ามีจำนวนมากที่สุดในประเทศไทยเรียงลำดับตามจำนวน ได้แก่ กะเหรี่ยง ม้ง เย้า (เมียน) ลีซู (ลีซอ) ลาหู่ (มูเซอ) อาข่า (อิก้อ) ลีวะ ถิ่น ชมู จิ้นฮ่อ ตองซุ คณะน และปะหล่อง (ดาลาอั้ง) โดยสภาพสังคมตามจารีตประเพณีจะถูกปรับให้เข้ากับทรัพยากรธรรมชาติและสภาพภูมิสังคมโดยรอบที่ตั้งถิ่นฐานอยู่ (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, 2561)

ความหลากหลายทางชาติพันธุ์ ความเข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างกลุ่มชาติพันธุ์ จะส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีได้ถ้าเข้าใจว่าความแตกต่างระหว่างกลุ่มชาติพันธุ์เกิดขึ้นได้อย่างไร แม้จะมีความเข้าใจระหว่างกลุ่มชาติพันธุ์เกิดขึ้นก็ตาม ในสังคมโลกปัจจุบันยังคงมีการแบ่งแยกระหว่างชาติพันธุ์เกิดขึ้นอยู่เสมอๆ ในที่นี้ผู้เรียบเรียงจักได้นำเสนอถึงสาเหตุของการแบ่งแยกระหว่างกลุ่มชาติพันธุ์ ซึ่งสามารถสรุปได้ 5 ลักษณะ กล่าวคือ 1) เกิดจากการแบ่งแยกโดยวัฒนธรรมชนชั้น ในสังคมบางสังคมมีการแบ่งชนชั้นและคนที่อยู่ในชนชั้นต่ำที่สุด จะถือเป็นกลุ่มชนที่อยู่นอกระบบสังคมนั้น เช่น วรรณะจัณฑาลในอินเดีย เอทาสหรือบรูคาในประเศญี่ปุ่น เป็นต้น คนที่อยู่ในกลุ่มชาติพันธุ์เดียวกัน แต่ถูกสังคมระบุว่าเป็นคนชนชั้นต่ำ ถือว่าเป็นผู้ที่น่ารังเกียจและไม่ควรอยู่ร่วมสังคมกับสมาชิกส่วนใหญ่ จนกลายเป็นชนกลุ่มน้อยของสังคมนั้น เป็นผู้ที่ถูกปาดจากศักดิ์ศรี ไม่มีอำนาจ และไม่มีสิทธิทางสังคมเท่าเทียมคนอื่น ปัจจุบันทั้งประเทศอินเดียและประเทศญี่ปุ่นได้ออกกฎหมายยกเลิกวรรณะจัณฑาลและบรูคาแล้วก็ตาม แต่ในทางปฏิบัติก็ยังมีกรกีดกันอยู่ความแตกต่างภายในกลุ่มชาติพันธุ์เดียวกันนี้ ถือเป็นรูปแบบความแตกต่างทางชาติพันธุ์รูปแบบหนึ่ง นั่นเอง 2) เกิดจากการแบ่งแยกจากลักษณะทางภูมิศาสตร์ กลุ่มชนที่มีชาติพันธุ์ต่างจากคนส่วนใหญ่ และตั้งถิ่นฐานอยู่ในบริเวณที่ห่างไกล เช่น ชาวเขา มักจะถูกตัดขาดจาก

สังคมพื้นราบโดยไม่ได้รับข่าวสารอย่างสม่ำเสมอจากคนพื้นราบในสวนกลาง การขาดการติดต่อสื่อสารที่ตื้นนั้นอาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดและอาจทำให้มีปฏิกิริยาต่อต้านอำนาจรัฐได้ในกรณีของประเทศไทย รัฐบาลได้พยายามติดต่อสื่อสารกับชาวเขาอยู่เสมอ เพื่อสร้างความเข้าใจที่ดีต่อกัน ความสัมพันธ์ระหว่างชาวเขากับรัฐบาลไทยจึงมักไม่เกิดปัญหาเท่าใดนัก 3) เกิดจากการผนวกดินแดน การขยายอาณาเขตของประเทศใดประเทศหนึ่งโดยการผนวกดินแดนเพิ่ม อาจเกิดจากการตกลงกันตามสนธิสัญญา หรือเกิดจากการขยายดินแดนหลังจากชนะสงคราม ตัวอย่างของการตกลงตามสนธิสัญญาคือ กรณีสหรัฐอเมริกาซื้อดินแดนซึ่งปัจจุบันคือรัฐในภาคตะวันออกเฉียงใต้บางรัฐ ตามสนธิสัญญา เรียกว่า “Louisiana Purchase” ในปี ค.ศ. 1803 หรือกรณีที่สหรัฐอเมริกาซื้อดินแดนซึ่งปัจจุบันคือรัฐอลาสกา ในปี ค.ศ. 1867 ส่วนตัวอย่างของการสู้รบระหว่างเพื่อนบ้านและฝ่ายที่ชนะสามารถผนวกดินแดนข้างเคียงเพิ่มขึ้น คือ กรณีการขยายอาณาจักรต่างๆ ในบริเวณแหลมทองของทวีปเอเชียได้แก่ อาณาจักรสุโขทัย ทวารวดี ศรีวิชัย ล้านนา ล้านช้าง อโยธยา ฯลฯ ซึ่งสามารถขยายดินแดนให้กว้างใหญ่ขึ้นได้ โดยการยกทัพสู้รบกัน และฝ่ายที่ชนะเป็นฝ่ายที่สามารถขยายอาณาจักรได้ 4) เกิดจากการย้ายถิ่น ความแตกต่างทางชาติพันธุ์อาจมีสาเหตุมาจากการที่คนจำนวนหนึ่งอพยพย้ายถิ่นเข้าไปอยู่ในสังคมอื่น โดยที่คนกลุ่มนี้มีลักษณะทางวัฒนธรรมแตกต่างจากคนในสังคมที่ตนย้ายเข้าไปอยู่ รูปแบบของการย้ายถิ่นมีได้หลายรูปแบบ เช่นกลุ่มชาติพันธุ์จีนและแขก (อินเดีย) ในประเทศไทย กลุ่มชาติพันธุ์ยุโรปในประเทศออสเตรเลีย เป็นต้น 5) เกิดจากการตกเป็นประเทศอาณานิคม ความแตกต่างทางชาติพันธุ์ในประเทศอาณานิคม มีลักษณะแตกต่างจากกรณีต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วทั้ง 4 กรณี ทั้งนี้เพราะอาณานิคมเกิดจากการที่มหาอำนาจเข้ามามีอำนาจในการเมืองการปกครองของประเทศอื่น ผู้อพยพเข้ามาเป็นผู้ที่มีอำนาจมากกว่า และสามารถออกกฎหมายบังคับต่างๆ นานา ทำให้เจ้าของประเทศ ซึ่งมีจำนวนประชากรมากกว่า มีลักษณะของผู้ที่อยู่ใต้ปกครอง และต้องยอมจำนนต่อข้อเรียกร้องของประเทศมหาอำนาจ ประเทศมหาอำนาจมักจะจับจองที่ดินขนาดใหญ่ และว่าจ้างคนพื้นเมืองไปเป็นกรรมกรในไร่ นา มีผลทำให้คนพื้นเมืองมีลักษณะเป็นผู้ที่อยู่ใต้การปกครอง หรือถูกจ้างในอาณัติของมหาอำนาจ ทั้งๆ ที่มหาอำนาจเป็นผู้บุกเบิกเข้ามาในดินแดนของตน โดยทั่วไปจำนวนของผู้ที่อพยพมาจากประเทศมหาอำนาจมีไม่มากนัก แต่คนกลุ่มนี้ก็สามารถจับจองที่ดินและทำธุรกิจจนถึงขนาดเป็นผู้กุมอำนาจทางเศรษฐกิจการเมือง และสังคมได้ อย่างกรณีประเทศซิมบับเว ปรากฏว่า ในปี ค.ศ. 1931 คนผิวขาวเป็นเจ้าของที่ดินเกือบร้อยละ 50 ของพื้นที่ทั้งหมด แต่ประชากรผิวขาวมีประมาณร้อยละ 5 เท่านั้น

ซึ่งในกลุ่มชาติพันธุ์แต่ละกลุ่มชาติพันธุ์มีความเชื่อ วัฒนธรรมที่มีการนับถือ วิญญาณบรรพบุรุษ สิ่งศักดิ์สิทธิ์เกี่ยวกับธรรมชาติสิ่งแวดล้อมที่อยู่บนฟ้า ในลำน้ำ ประจำต้นไม้ ภูเขา ไร่นา ฯลฯ มีการเช่นสิ่งเวทย์สิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่างๆ มีการประกอบพิธีไสยศาสตร์ที่จะช่วยให้การวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องและทำการรักษาได้ผล ทำให้เมื่อกลุ่มชาติพันธุ์เหล่านี้เมื่อมีปัญหาสุขภาพ จะทำการรักษาด้วยพิธีกรรมต่างๆ ตามความเชื่อ ประกอบกับกลุ่มชาติพันธุ์ไม่ได้ขึ้นขึ้นทะเบียน ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงการให้บริการต่างๆ ทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยได้

4.2 ข้อมูลกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง

ม้ง (อังกฤษ: Hmong) เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ในภูเขาของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และมีประวัติศาสตร์อันยาวนาน ชาวม้งอพยพลงมาทางใต้ตั้งแต่ศตวรรษที่ 18 เนื่องจากสถานการณ์ที่ไม่สงบทางการเมืองและหาพื้นที่ที่เหมาะสมกับการเพาะปลูก ปัจจุบันมีชาวม้งอาศัยอยู่ในประเทศจีน ไทย เวียดนาม ลาว และสหรัฐอเมริกา โดยชุมชนชาวม้งที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทยอยู่ที่ตำบลเข็กน้อย อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์

เลอภพ ศิริสันติกุล (2536) ได้สรุปว่า การอพยพครั้งใหญ่ๆ ในอดีตของชนชาติม้งตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันมีอยู่ทั้งสิ้น 4 ครั้งด้วยกัน คือ ครั้งที่ 1 อพยพออกจากบริเวณทางใต้ของสองฝั่งแม่น้ำเหลืองหรือแม่น้ำฮวงโห (Southern Poition of the Yellow River) ราวๆ 5,000 ปีที่ผ่านมา ม้งได้อาศัยอยู่ 2 ฝั่งทางตอนใต้ของแม่น้ำเหลือง ในขณะนั้นม้งมีชื่อเรียกว่า จูลี่ (Tyuj Liv) ชนกลุ่มจูลี่นี้เป็นชนกลุ่มแรกที่รู้จักใช้ของสัมฤทธิ์ (Brouze) รู้จักปลูกข้าว และการเลี้ยงปลาในนาข้าว ประชากรทุกคนมีความสุขภายใต้การปกครองของกษัตริย์ “ชียู” (Chiyou) ในขณะเดียวกันได้มีชนกลุ่มหนึ่งคือ “ชาวฮั่น” (Huaj) ได้อพยพมาจากทางทิศตะวันตกเข้ามาอยู่ในบริเวณของชนชาติจูลี่ ผู้นำของชนกลุ่มฮั่นคือ ฮั่นหย่า (Hran Yuan) ทั้งสองกลุ่มนี้อยู่ด้วยกันไม่นานเกิดความขัดแย้งกันจนถึงขั้นสู้รบกัน ผลสุดท้ายชนชาติจูลี่พ่ายแพ้แก่ชนชาติฮั่น ทั้งนี้เพราะชนชาติฮั่นมีประชากรเยอะกว่า ในขณะที่ชนชาติจูลี่เป็นเกษตรกร ชาวไร่ ชาวนา จึงได้ถอยร่นลงมาทางใต้ใกล้กับแม่น้ำแยงซี (Tangrse River) ครั้งที่ 2 อพยพออกจากบริเวณปกครองม้ง (San Miao) หลังจากที่ชาวจูลี่ได้อพยพลงมาทางตอนใต้ ได้มีการรวมกับชนพื้นเมือง “ซานเมียว” (San Miao) ขึ้น ชาวม้งและชนพื้นเมืองมีความรักใคร่อย่างแน่นแฟ้น ชาวม้งจึงเรียกกลุ่มนี้ว่า “จิ้น” (Suay) แต่กลุ่มฮั่นยังคงติดตามมารุกรานคอยทำร้ายฆ่าฟันชาวม้งหรือจูลี่อยู่เรื่อยๆ ชาวม้งจึงได้แตกออกเป็น 3 กลุ่ม หนึ่งในทางใต้ ในปัจจุบันนี้คือ มณฑลกวางสี (Guang – ti) มณฑลกวางโจและมณฑลยูนนาน (Yunnan) อีกส่วนหนึ่งหนีร่นลงมาทางตะวันตกมุ่งหน้าไปยังซานเว่ย (San Wei) ซึ่งกลับกับประเทศมองโกเลีย และตอนหลังก็ได้อพยพลงมาอยู่ในมณฑลยูนนาน (Yunnan) ครั้งที่ 3 อพยพ

ออกจากการปกครองของกษัตริย์จู่ (Chou Kingdom/Chou State) ประมาณ 1,000 ปี ก่อนคริสตกาลประชาชนได้แยกกลุ่มชน 7 กลุ่ม ซึ่งแยกตัวเองออกเป็นประเทศปกครองและในจำนวน 1 ใน 7 ประเทศเหล่านั้น มีมั่งเป็นประเทศหนึ่ง มีกษัตริย์ชื่อว่า “จู่” ซึ่งมีอยู่สองคนในตระกูลซังหรือแซ่ซัง คนที่หนึ่งชื่อ “ซงยี” คนที่สองชื่อ “ซงจี” ปีค.ศ. 221 ได้มีชนกลุ่มชิน (Chin) ได้เข้ามาต่อสู้อย่างชิงประเทศของกษัตริย์จู่จนพ่ายแพ้ ชาวมั่งได้แตกกระส่ำระสายไปตามที่ต่างๆ มีกลุ่มหนึ่งลุกขึ้นต่อสู้ อีกกลุ่มหนึ่งถอยร่นลงไปอยู่กับกลุ่มมั่งในมณฑลกวางโจ เซฉวน และมณฑลยูนนาน ต่อมาในปี ค.ศ. 1640 – 1919 ได้มีชาวมั่งกลุ่มหนึ่งอพยพลงมาอยู่ในกลุ่มประเทศอินโดจีน (Indochina) ทางตอนใต้ของจีนซึ่งก็ได้แก่กลุ่มประเทศเวียดนาม ลาว และไทย ครั้งที่ 4 ค.ศ. 1970 – 1975 การอพยพออกจากประเทศลาว ระบบการปกครองคอมมิวนิสต์ได้แผ่ขยายสู่กลุ่มประเทศอินโดจีน ทำให้กลุ่มมั่งในลาวต้องแตกกระจายไปทั่วโลก การอพยพของชนชาติมั่งในครั้งนี้นับได้ว่ามากที่สุดและอพยพไปไกลที่สุดเท่าที่เคยมีมาในประวัติศาสตร์ของชนชาติมั่ง ชาวมั่งมากมายได้อพยพย้ายไปอาศัยอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย แคนาดา อาร์เจนตินา ฝรั่งเศส และอิตาลี

การอพยพเข้าสู่ประเทศไทย ชนชาติมั่งกลุ่มแรกที่อพยพเข้าสู่ประเทศไทยนั้นไม่มีหลักฐานใดๆ บ่งชี้ได้ชัดเจนแต่จากเอกสารของสถาบันวิจัยชาวเขาคาดว่าเริ่มต้นอพยพเข้ามาทางตอนเหนือของประเทศไทย ในราวปี พ.ศ. 2387 – 2417 จุดที่ชนเผ่ามั่งเข้ามาเมื่ออยู่ด้วยกัน 3 จุดคือ 1) เข้ามาทางห้วยทราย – เชียงของ อำเภอ เชียงของ จังหวัดเชียงราย ซึ่งอยู่ทางทิศเหนือสุดเป็นจุดที่เข้ามาก่อน และเข้ามามากที่สุด หลังจากนั้นแยกย้ายกระจัดกระจายไปตามแนวทองของเส้นเขามุ่งไปทางทิศตะวันตกสู่จังหวัดเชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ตากและสุโขทัย 2) เข้ามาทางไชยบุรี บัว และทุ่งช้าง เขตอำเภอทุ่งช้าง จังหวัดน่าน แล้วบางกลุ่มได้อพยพลงสู่ทางใต้และทางตะวันตกเข้าสู่จังหวัดแพร่ พิษณุโลก เพชรบูรณ์ กำแพงเพชร และจังหวัดตาก 3) เข้าทางภูคา – นาแห้ว และด่านซ้าย อำเภอนาแห้ว และอำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย แล้วบางกลุ่มได้เข้ามาสู่จังหวัดเพชรบูรณ์ในที่สุด (สุนทรี ศิลพิพัฒน์, 2524) นอกจากนี้ทั้ง สามจุดนี้แล้ว จุดหนึ่งที่ชาวมั่งได้อพยพผ่านมาแต่ไม่มีใครกล่าวถึงคือ เข้ามาทางอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ โดยผ่านมาทางประเทศพม่าช่องดอยอ่างขาง ซึ่งเป็นที่กล่าวกันว่า มั่งกลุ่มนี้คือกลุ่มที่หลงทางจากการอพยพจากจุดที่ 1

จากรายงานในปี พ.ศ.2559 พบว่า กลุ่มชาติพันธุ์มั่ง มีจำนวนประชากรมากเป็นอันดับ 2 ของประเทศไทย ซึ่งมีทั้งหมด 207,097 คน คิดเป็นร้อยละ 18.04 ของกลุ่มชาติพันธุ์ทั้งหมด ซึ่งจากการศึกษา พบว่า ในเขตสุขภาพที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์มั่ง มีการกระจายตัวเป็นอันดับ 1 ของกลุ่มชาติพันธุ์ทั้งหมด โดยมีการกระจายตัว 4 จังหวัด คือ ตาก เพชรบูรณ์ พิษณุโลก และสุโขทัย ซึ่งถือว่ามีกระจายตัวมากกว่ากลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่มีการกระจายตัวเพียง 2 จังหวัด

คือ ตาก และเพชรบูรณ์ (ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ, และแรงงานข้ามชาติ กรมอนามัย, 2559ข) โดยในอดีตเมื่อประมาณปี พ.ศ. 2465 มีชาวม้งจำนวนหนึ่งได้ย้ายถิ่นฐานจากจังหวัดน่านเข้ามาบุกเบิกตั้งถิ่นฐานอยู่ในพื้นที่บริเวณเทือกเขารอยต่อสามจังหวัดภาคเหนือตอนล่าง จังหวัดเพชรบูรณ์ พิษณุโลก และเลย เนื่องจากมีสภาพอากาศเย็นเหมาะแก่การทำเกษตรและอยู่อาศัย โดยกระจายการตั้งถิ่นฐานตามพื้นที่ต่างๆ ในเขตจังหวัดเพชรบูรณ์เป็นส่วนใหญ่ และในจังหวัดเพชรบูรณ์ยังมีจำนวนประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ม้งมากเป็นอันดับ 1 ของกลุ่มชาติพันธุ์ทั้งหมด และจากการศึกษาจำนวนประชากรของกลุ่มชาติพันธุ์ม้งในจังหวัดเพชรบูรณ์ มีจำนวนทั้งหมด 20,872 คน และส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลเข็กน้อย อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 14,049 คน คิดเป็นร้อยละ 67.21 (ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ, และแรงงานข้ามชาติ กรมอนามัย, 2559ก)

พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งส่วนใหญ่ในชุมชนไม่สามารถพูดคุยกับคนไทยพื้นราบด้วยภาษากลางได้ ต่างจากในกลุ่มวัยอื่นๆ ที่มีเพียงสำเนียงและคำบางคำเท่านั้นที่ไม่สามารถออกเสียงให้ชัดเจนได้ (พัชรินทร์ สิริสุนทร, 2550) จากการศึกษาในอดีต พบว่า การขาดแหล่งของข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ข้อมูลข่าวสารอย่างไม่ทั่วถึงหรือการขาดความรู้ที่ถูกต้องมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่มีแนวโน้มแย่ลง และมากกว่านั้นการศึกษาในอดีต ยังพบว่า กลุ่มชาติพันธุ์ชาวอาข่าในประเทศไทยมีความยากลำบากในการเข้ารับบริการทางสาธารณสุขเนื่องด้วยความห่างไกลของพื้นที่อยู่อาศัย (มณฑุเชษฐ มະโนธรรม และคณะ, 2561) ซึ่งปัญหาดังกล่าวมีความเป็นไปได้ว่าจะเกิดในลักษณะเดียวกันกับกลุ่มชาติพันธุ์ม้งโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากมีการตั้งถิ่นฐานอยู่ตามแนวเทือกเขาบนพื้นที่สูง ซึ่งจากการศึกษาข้อมูลพบว่า ตำบลเข็กน้อย อำเภอเขาค้อ อยู่ห่างจาก โรงพยาบาลเขาค้อ ซึ่งเป็นลักษณะเป็นเทือกเขาถนนสลับกั้นระหว่างลูกรังและราดยาง เป็นระยะทาง 40 กิโลเมตร ใช้เวลาในการเดินทางประมาณ 1 ชั่วโมง(สมาคมการสำรวจและการแผนที่แห่งประเทศไทย, 2562) จึงอาจจะกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งมีความยากลำบากมากกว่าคนทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในอดีตในประเทศไทยพบว่า ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีการเข้ารับบริการทางสาธารณสุขในสัดส่วนที่น้อยกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง (กรกมล นิยมศิลป์, และชนิษฐา ะโรฐาน, 2560) และสอดคล้องกับการศึกษาในอดีตอื่นๆ ว่าความไม่เท่าเทียมในการเข้ารับบริการทางสาธารณสุขมีแนวโน้มที่จะสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มมากขึ้น ระดับการศึกษาที่ต่ำลง และอาศัยอยู่ในเขตชนบททางภาคเหนือของประเทศไทย (ธวัชชัย อภิเดชกุล และคณะ, 2559)

5. การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research)

หมายถึง การวิจัยที่มีการเก็บข้อมูลหรือวิเคราะห์ข้อมูลทั้งที่เป็นเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งอาจเกิดขึ้นในเวลาเดียวกันหรือเป็นลำดับก่อนหลังก็ได้ โดยผู้วิจัยให้ความสำคัญกับข้อมูลเป็นอันดับแรกและเกี่ยวข้องกับกระบวนการบูรณาการข้อมูล ณ จุดหนึ่งจุดใดในกระบวนการวิจัย (Creswell, 1999)

การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research)

ความสำคัญของการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research)

การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) มีความสำคัญตามแนวคิดของ Greene and others; Trochim; Creswell; Punch; Viedero มีดังนี้

1. ผลการวิจัยจากวิธีการวิจัยแบบผสมผสานสามารถเสริมต่อกันโดยใช้ผลการวิจัยจากวิธีหนึ่งอธิบายขยายความผลการวิจัยอีกวิธีหนึ่ง ช่วยให้การตอบคำถามการวิจัยได้ละเอียดชัดเจนมากกว่าการใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพเพียงรูปแบบเดียว
2. การใช้ผลการวิจัยจากวิธีหนึ่งไปช่วยพัฒนาการวิจัยอีกวิธีหนึ่งหรือการใช้ผลการวิจัยวิธีหนึ่งไปตั้งคำถามการวิจัยอีกวิธีหนึ่ง
3. การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพต่างก็มีจุดเด่นในตนเอง สามารถนำจุดเด่นมาใช้ในการแสวงหาความรู้ความจริงได้ถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้น
4. การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพต่างก็มีจุดด้อยในตนเอง ผู้วิจัยสามารถนำจุดเด่นของการวิจัยเชิงปริมาณมาแก้ไขจุดด้อยของการวิจัยเชิงคุณภาพ ขณะเดียวกันอาจใช้จุดเด่นของการวิจัยเชิงคุณภาพมาแก้ไขจุดด้อยของการวิจัยเชิงปริมาณ
5. สามารถนำผลผลิตจากการวิจัยแบบผสมผสานมาสร้างความรู้ความจริงที่สมบูรณ์สำหรับใช้ในการปรับเปลี่ยนทฤษฎีหรือการปฏิบัติงานแบบแผนของการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ในปัจจุบันมีแบบแผนการวิจัย 2 แบบแผน ดังนี้

แบบแผนที่ 1 การออกแบบการวิจัยเป็นลำดับ (Sequential Designs) แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบดังนี้

รูปแบบเชิงอธิบายเป็นลำดับ (Sequential Explanatory)

การวิจัยรูปแบบนี้ ผู้วิจัยจะแบ่งการวิจัยออกเป็นระยะ ๆ (Phases) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณก่อนในระยะที่หนึ่ง แล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์เชิงคุณภาพในระยะที่สอง ผู้วิจัยจะให้ความสำคัญกับข้อมูลเชิงปริมาณมากกว่าเชิงคุณภาพ ซึ่งข้อมูลเชิงคุณภาพจะใช้เสริมหรือสนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณ การบูรณาการจะเกิดขึ้นในขั้นตอนของการตีความและการอภิปรายผล

รูปแบบเชิงสำรวจเป็นลำดับ (Sequential Exploratory)

การวิจัยรูปแบบนี้ผู้วิจัยจะแบ่งการวิจัยออกเป็นระยะ ๆ (Phases) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพก่อนในระยะเวลาที่หนึ่ง แล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์เชิงปริมาณในระยะเวลาที่สอง ผู้วิจัยจะให้ความสำคัญกับข้อมูลเชิงคุณภาพมากกว่าเชิงปริมาณ ซึ่งข้อมูลเชิงปริมาณจะใช้เสริมหรือสนับสนุนข้อมูลเชิงคุณภาพ การบูรณาการจะเกิดขึ้นในขั้นตอนของการตีความและการอภิปรายผล

รูปแบบเชิงปริวรรตเป็นลำดับ (Sequential Transformative)

การวิจัยรูปแบบนี้ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพหรือเชิงปริมาณก่อนในระยะเวลาที่หนึ่ง แล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์เชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพในระยะเวลาที่สอง ผู้วิจัยอาจจะให้ความสำคัญกับข้อมูลเชิงคุณภาพมากกว่าเชิงปริมาณ หรือข้อมูลเชิงปริมาณมากกว่าข้อมูลเชิงคุณภาพ หรือให้ความสำคัญเท่า ๆ กัน ซึ่งข้อมูลจะใช้เสริมหรือสนับสนุนซึ่งกันและกัน การบูรณาการจะเกิดขึ้นในขั้นตอนของการตีความและการอภิปรายผล

แบบแผนที่ 2 การออกแบบการวิจัยแบบเกิดพร้อมกัน (Concurrent Designs)

แบ่งเป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

รูปแบบเชิงสามเส้าแบบเกิดพร้อมกัน (Concurrent Triangulation)

การวิจัยรูปแบบนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพร้อมกัน ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับข้อมูลทั้งสองประเภทเท่ากัน การวิเคราะห์ข้อมูลอาจจะแยกกัน และการบูรณาการจะเกิดขึ้นในขั้นตอนของการตีความข้อมูล การตีความเป็นการอภิปรายว่าข้อมูลมาบรรจบกันมากน้อยเพียงใด การวิจัยประเภทนี้เหมาะที่ใช้เพื่อยืนยันความถูกต้องหรือตรวจสอบผลการวิจัยที่ได้จากแต่ละวิธี

รูปแบบเชิงฝังตัวแบบเกิดพร้อมกัน (Concurrent Embedded)

การวิจัยรูปแบบนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพร้อมกัน แต่ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับข้อมูลทั้งสองประเภทไม่เท่ากัน ข้อมูลที่ฝังตัวอยู่ข้างในจะมีความสำคัญน้อยกว่า ซึ่งข้อมูลที่ฝังตัวจะใช้เพื่อตอบคำถามการวิจัยที่ต่างออกไป การวิเคราะห์ข้อมูลมักเป็นการแปรรูปข้อมูล การบูรณาการจะเกิดขึ้นในขั้นตอนของการวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยประเภทนี้เหมาะที่ใช้เพื่อศึกษาหัวเรื่องใดหัวเรื่องหนึ่งในมุมกว้าง ๆ และในการศึกษากลุ่มหลายกลุ่มในงานวิจัยเรื่องหนึ่ง ๆ

รูปแบบเชิงปริวรรตแบบเกิดพร้อมกัน (concurrent Transformative)

การวิจัยรูปแบบนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพร้อมกัน ทั้งนี้ผู้วิจัยอาจให้ความสำคัญกับข้อมูลทั้งสองประเภทเท่ากันหรือไม่เท่ากันก็ได้ การวิเคราะห์ข้อมูลมักเกิดแยกกัน การบูรณาการจะเกิดขึ้นในขั้นตอนของการตีความข้อมูล

ข้อจำกัดในการใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน

ในทางปฏิบัติ พบว่าการวิจัยแบบผสมผสานวิธีมีข้อพึงระวังและมีข้อจำกัดบางประการ คือ วิธีการวิจัยเชิงปริมาณนั้นเป็นวิธีการที่เข้มงวด เป็นระบบและเป็นแบบแผน ส่วนวิจัยเชิงคุณภาพนั้นเป็นวิธีการที่แนบเนียน ละเอียดอ่อน และยืดหยุ่น เมื่อนำวิธีทั้งสองมาใช้ในการวิจัยเรื่องเดียวกันจะต้องทำให้เหมาะสม อย่าปล่อยให้ความรู้สึกนึกคิดเชิงคุณภาพไปผ่อนคลายความเข้มงวดและความเป็นแบบแผนของวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ ในขณะเดียวกันก็อย่าปล่อยให้ความรู้สึกนึกคิดเชิงปริมาณมีอิทธิพลทำให้วิธีการเชิงคุณภาพกลายเป็นการสำรวจหาข้อมูลเพิ่มเติมอย่างฉาบฉวย ซึ่งจะเป็นผลทำให้คุณภาพของงานวิจัยชิ้นนั้นลดลง นอกจากนี้ ยังพบว่างานวิจัยแบบผสมผสานวิธีมีข้อจำกัดที่สำคัญ คือ

1. นักวิจัยโดยเฉพาะหัวหน้าโครงการวิจัยต้องมีความรู้และประสบการณ์ในการทำวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพคนที่ถูกต้องตามหลักวิธี ไม่เช่นนั้นจะได้อาณาวิจัยที่ไม่เข้มแข็งเท่าที่ควร
2. ในการวิจัยแบบผสมผสานวิธี จะต้องใช้เวลาและทรัพยากรในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลปริมาณมากกว่าการทำวิจัยเชิงเดียว ดังนั้นโครงการที่ถูกจำกัดด้วยเวลาและงบประมาณจึงไม่สามารถใช้กลยุทธ์โดยวิธีผสมผสานวิธีได้ ยกเว้นเป็นข้อมูลเสริมบางส่วน
3. อาจมีการใช้การวิจัยแบบผสมผสานวิธีตามสมัยนิยม โดยเป็นการใช้แบบผิดๆ ตามที่ตนเข้าใจหรือใช้โดยมั่วๆ เช่น นักวิจัยเชิงปริมาณเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบผิวเผิน หรือนักวิจัยเชิงคุณภาพคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มตามหลักสถิติโดยไม่พิจารณาหลักเกณฑ์ที่เหมาะสม เป็นต้น

ทั้งวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ และวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพต่างมีความสำคัญ ต่างมีจุดเด่นและมีข้อจำกัดของตนเอง ถ้าได้นำมาเสริมกันจะช่วยเพิ่มจุดเด่นและลดจุดอ่อน เพิ่มความน่าเชื่อถือของการวิจัย และความครอบคลุมชัดเจนของผลการวิจัยยิ่งขึ้น จากที่กล่าวมาจะเห็นว่าพัฒนาการของการใช้วิธีการวิจัยนั้นมีความซับซ้อนและใช้ระเบียบวิธีขั้นสูงยิ่งขึ้นมาจนถึงปัจจุบันวิธีการวิจัยได้เจริญก้าวหน้าไปมากจนกล่าวได้ว่า ในขณะนี้รูปแบบหลักของการวิจัยมี 3 รูปแบบ คือ การวิจัยเชิงปริมาณ การวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิจัยแบบผสม (Mixed methods research)

สิ่งที่มาผสมกันในแบบที่สามนี้ คือ การวิจัยผสม 2 รูปแบบแรกนั่นเอง ซึ่งการผสมของสองรูปแบบแรกนี้ อาจเป็นการผสมครั้งต่อครั้งหรือการผสมแบบมีรูปแบบหลักร่วมกับรูปแบบรอง

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง (Related Theories)

1. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบจำลอง หรือโมเดลทางจิตวิทยาที่พัฒนาขึ้นเมื่อปี ค.ศ.1958 โดยนักจิตวิทยาสังคมชื่อ Hochbaum, Rosenstock และเพื่อนร่วมงาน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก็ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายเพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมป้องกันโรค

แนวคิดองค์ประกอบที่สำคัญของแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค มี 5 ประการ คือ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) เป็นความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดพิการเสียชีวิต ความยากลำบากและการต้องการใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบ 14 ต่อบทบาททางสังคมของตน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำ ให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived Threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนา และมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและการรักษาโรค (perceived benefits) เป็นความเชื่อของบุคคลต่อประโยชน์ที่จะได้รับหากปฏิบัติตามคำแนะนำว่าจะช่วยลดความเสี่ยงหรือลดความรุนแรงของโรค หรือผลเสียหายที่เกิดขึ้น ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

4. การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) เป็นความคิดเห็น หรือการรับรู้ ของบุคคลที่โน้มเอียงไปทางด้านลบต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้อุปสรรคนี้อาจเป็นทั้งสิ่งที่ จำต้องได้ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค

5. ปัจจัยกระตุ้น (Cues to Action) หมายถึง กลยุทธ์ที่ใช้เพื่อกระตุ้นให้เกิด ความพร้อมที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น การให้ความรู้ข้อมูลข่าวสาร การโฆษณาทางสื่อมวลชน

คำแนะนำจากเพื่อน การป่วยของสมาชิกในครอบครัว หรือมีอาการ มีสิ่งผิดปกติบางอย่างเกิดขึ้นในร่างกาย

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล จะแสดงออกตามความคิด และความเชื่อของตนเองว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือมีผลกระทบต่ออาการเกิดโรค จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีความมุ่งมั่น ความสนใจ ความเอาใจใส่ต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นั้นๆ (ประกาย จิโรจน์กุล, 2556)



ภาพ 2 แสดงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)

2. ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมในระบบบริการสาธารณสุข (Social Support Theory)

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นเครือข่ายทางสังคมของบุคคลซึ่งมีผลต่อการให้และรับการช่วยเหลือและภาระผูกพันจากครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน สมาชิกในชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์ ถ้าบุคคลมีการสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็งมีความสัมพันธ์ทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้นและลดอัตราการตาย นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับความเข้มเศร้า การรับรู้ผลของภาวะความเจ็บป่วย และความพึงพอใจในชีวิตอีกด้วย (Cukor, 2017) ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมยังมีประโยชน์ต่อสุขภาพ โดยทำให้มีเพิ่มความสามารถในการเผชิญและแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น เพิ่มคุณค่าในตัวเอง ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพวิถีชีวิตที่ดี และทำให้การปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาดีขึ้น (Mayo Clinic, 2018) และเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายทางสุขภาพอีกด้วย (Cherry, 2018) ดังนั้น แรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลตนเองของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น หลังกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวและชุมชนซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่จะเกิดขึ้นตามมา (Ndemera, & Bhengu, 2017)

ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ระดับเครือข่ายทางสังคมของแต่ละบุคคลที่ให้และได้รับความรัก การช่วยเหลือ และภาระผูกพัน จากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน สมาชิกในชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์แรงสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็งที่ความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ การรักษา และลดอัตราการตาย (Cukor, 2017)

โทวี (Towey, 2017)กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีเพื่อนและบุคคลอื่น รวมถึงครอบครัว ที่มีเวลาที่จำเป็นหรือมีภาวะวิกฤติที่ชี้ให้เห็นภาพลักษณ์ที่กว้างขึ้น ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตและช่วยเหลือเมื่อเกิดสิ่งที่ไม่คาดคิดในชีวิต ประกอบด้วย 1) ด้านอารมณ์ (Emotional) หมายถึง การกระทำของคนที่ทำให้คนบางความรู้สึกว่าได้รับการดูแล 2) ด้านเครื่องมือ (Instrumental) หมายถึง การสนับสนุนทางกายภาพ เช่น เงิน และช่วยงานบ้าน 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information) หมายถึง การจัดหาข้อมูลคำแนะนำเพื่อช่วยเหลือบางคน

แกนส์ (Gans, 2018) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง องค์ประกอบที่สำคัญของความสัมพันธ์และสุขภาพจิต รวมถึงเครือข่ายครอบครัว เพื่อน ที่มีเวลาให้เมื่อจำเป็น เมื่อต้องเผชิญภาวะวิกฤติหรือต้องการความช่วยเหลือ หรือ ต้องการเวลาในการดูแลกัน ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญในการใช้ชีวิตประจำวัน

ความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม

ผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตวิทยา ได้ให้ความสำคัญกับแรงสนับสนุนทางสังคม เมื่อเกิดภาวะวิกฤติจะมีการร้องขอการสนับสนุนจากเพื่อนและครอบครัว มีงานวิจัยมากมายที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมกับแง่มุมที่แตกต่างของสุขภาพและความผาสุก การขาดแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและโดดเดี่ยวเพิ่มขึ้น เพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย การใช้สุรา โรคหัวใจและหลอดเลือด และความผิดปกติทางสมอง จากการศึกษา พบว่าผู้ชายวัยกลางคนที่มีแรงสนับสนุนและอารมณ์ที่เข้มแข็งจะการเสียชีวิตน้อยกว่าคนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ในทางสุขภาพแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญใน 2 ประเด็น (Gans, 2018) ได้แก่

1. แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) หมายถึง แหล่งทรัพยากรทางด้านจิตใจและวัสดุ อุปกรณ์ ที่จัดหาโดยเครือข่ายทางสังคมเพื่อให้นักลจัดการรับมือกับความเครียดได้ ซึ่งอาจจะมาในรูปแบบที่แตกต่างกัน บางครั้งเป็นการช่วยงานในแต่ละวันเมื่อเจ็บป่วยหรือต้องการความช่วยเหลือด้านการเงิน หรือบางสถานการณ์อาจเป็นการให้คำแนะนำจากเพื่อนเมื่อต้องเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่ยาก บางครั้งอาจเป็นการดูแล การเอาใจใส่ ความรักสำหรับใครบางคนที่ต้องการ
2. การบูรณาการทางสังคม (Social Integration) การมีส่วนร่วมที่แท้จริงในความสัมพันธ์ทางสังคมที่หลากหลาย ตั้งแต่ คู่ชีวิตที่โรแมนติกจนถึงเพื่อน ซึ่งการบูรณาการนี้เกี่ยวข้องกับด้านอารมณ์ ความใกล้ชิด และความรู้สึก ในกลุ่มทางสังคมที่แตกต่างกัน เช่น การเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว คู่ชีวิต กิจกรรมทางสังคม หรือ กลุ่มทางศาสนา ซึ่งสำคัญต่อภาวะสุขภาพของบุคคล

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

สุภาภรณ์ สูดหนองบัว (2561) ได้แบ่งประเภทแรงสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. แรงสนับสนุนด้านเงิน (Financial support) เช่น การให้เงินค่ารักษา
2. แรงสนับสนุนด้านการดูแล (Instrumental support) เช่น การเตรียมอาหาร การทำงานบ้าน การจ่ายตลาด หรือ การดูแลด้านอื่นๆ
3. แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ (Material support) เช่น อาหาร เสื้อผ้า หรือ สิ่งของอื่นๆ
4. แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เช่น การให้กำลังใจ การปลอบใจ

Health Behavior and Health Education (2017) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. ด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การแสดงออกซึ่งความเอาใจใส่ ความรัก ความซื่อสัตย์และการดูแล เช่น เพื่อนสนิทและคนในครอบครัวให้ความหวังและรับฟัง
2. ด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) หมายถึง การช่วยเหลือที่สัมผัสได้และการบริการ เช่น สามีหยุดงาน 2 วันเพื่อช่วยเลี้ยงลูกระหว่างที่ภรรยาไปรับยาเคมีบำบัด
3. ด้านข้อมูล (Information Support) หมายถึง ข้อแนะนำ คำปรึกษาและข้อมูล เช่น แพทย์ให้คำแนะนำแนวปฏิบัติการรักษา
4. ด้านการประเมินผล (Appraisal Support) หมายถึง ข้อมูลที่ใช้ในการประเมินตนเอง เช่น เพื่อนสนิทเตือนให้ดูแลตนเอง กระตุ้นให้ประเมินสภาพของตนเอง

แกนส์ (Gans, 2018) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. ด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการสนับสนุนเมื่อคุณรู้สึกอยากร้องไห้ ซึ่งมีความสำคัญมากในระหว่างที่เกิดความเครียดหรือโดดเดี่ยว
2. ด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เป็นการสนับสนุนทางกายภาพเมื่อจำเป็นหรือต้องการ อาจจะเป็นอาหารร้อนๆ เมื่อคุณป่วย หรือการขับรถพาไปซื้อของ
3. ด้านข้อมูล (Information Support) เป็นการสนับสนุนด้านข้อมูล รวมทั้งแนวปฏิบัติ คำแนะนำ คำปรึกษา ซึ่งมีความสำคัญในการตัดสินใจครั้งใหญ่ในชีวิต เมื่อได้รับการสนับสนุนจะทำให้ลดความวิตกกังวลและความเครียดเกี่ยวกับปัญหาที่พยายามแก้ไข

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

กองเวชกรรมป้องกัน (กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ, 2548) ได้แบ่งแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ดังนั้น แรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็น อย่างยิ่ง โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางอารมณ์จากคู่สมรส
2. กลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้มีอิทธิพลเป็น ตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมกลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งใน ระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่า มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจาก แหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์พยาบาล

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่นๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

องค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม

1. ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น จะต้องประกอบด้วย 1) ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีคุณค่าและมีความรัก ความหวัง ดีในสังคมอย่างจริงจัง 2) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าตนเองมีค่า และเป็นที่ยอมรับใน สังคม 3) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ ทำให้ผู้รับเชื่อว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม

3. ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ (กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทย์ ทหารเรือ, 2548)

ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม (Gottlieb, 1985 อ้างอิงใน กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทย์ทหารเรือ, 2548) ได้แบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับกว้าง (Macro Level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วม ในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจและการ ดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่างๆ ในสังคม ชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ อาทิ กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มต้านภัยเอดส์กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น

ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo Level) เป็นการมองที่โครงสร้าง และหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคล ใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัสดุ สิ่งของ ความเป็นมิตรแรงสนับสนุนทางอารมณ์และการยกย่อง

ระดับแคบ หรือระดับเล็ก (Micro Level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มี ความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อกันว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์มากในเชิงปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่าย ในการสนับสนุนในระดับนี้ได้แก่ สามีภรรยา และสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ การสนับสนุนทางจิตใจ และ แสดงความรักและห่วงใย (Affective Support)

ประโยชน์ของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพ

เมโย คลินิก (Mayo Clinic, 2018) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยพัฒนาความสามารถในการแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ความกดดัน ช่วยให้มีมือกับความสำเร็จทาง

อารมณ์ได้ส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดียืนยาว และเพิ่มคุณค่าในตัวเอง (Self esteem) นอกจากนี้แกนส์ (Gans, 2018) กล่าวว่าประโยชน์ของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพ มีดังนี้

แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถกระตุ้นให้เกิดทางเลือกและพฤติกรรมสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกลุ่มทางสังคมมีผลกระทบต่อพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการกิน การออกกำลังกาย สูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือ ใช้สารเสพติดกฎหมายต่างๆ บางครั้งกลุ่มสนับสนุนทางสังคมก็มีผลกระทบต่อทางลบเกิดอันตรายต่อสุขภาพได้เช่นกัน ถ้าบุคคลเหนื่อยกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี เช่น สูบบุหรี่ การมีแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น เพื่อน หรือ ครอบครัวจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยาก เพื่อไปสู่เป้าหมายได้

แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยในการเผชิญความเครียดได้ดีกว่า ความเครียดจนทำให้ภูมิคุ้มกันลดลงและความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น ถ้ารอบๆ ตัวมีคนคอยดูแลและให้ความช่วยเหลือก็จะช่วยให้ความสามารถในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้นทำให้ชีวิตสว่างไสวขึ้น จากการศึกษา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในเวลาวิกฤติสามารถช่วยลดผลที่จะตามมาจากการกระทบกระเทือนด้านจิตใจได้

แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถพัฒนาแรงจูงใจ โดยแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้เกิดแรงจูงใจในการบรรลุเป้าหมาย เช่น คนที่ลดน้ำหนัก หรือ เลิกบุหรี่ ที่ได้รับแรงจูงใจจากคนที่มีความหมายเดียวกัน การพูดคุยกับคนที่มีความประสงค์เดียวกันเป็นทั้งการช่วยเหลือ การเอาใจใส่ และ แรงจูงใจ

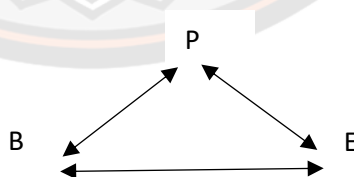
จากการทฤษฎีดังกล่าว พอสรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ จากการศึกษาล่าสุดทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในโครงการพื้นที่เยี่ยม พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้หมายถึง การกระตุ้นเตือน การยอมรับ การยกย่องชมเชย และตำหนิติเตียนในพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จากบุคคลในครอบครัว สำหรับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก คือปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) ตามกรอบแนวคิด PRECEDE ของ Green, & Kreuter (2005) ซึ่งปัจจัยเสริมตามแนวคิด PRECEDE คือ สิ่งที่คุณจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่นอันเป็นผลจากการกระทำของตน สิ่งที่คุณจะได้รับอาจเป็นรางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การลงโทษ หรือการไม่ยอมรับการกระทำนั้นๆ ผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Rodsaweng (2015) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากคนในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.334, p < .001$)

3. ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory)

ความหมาย และแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองพัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social-Learning Theory: SCT) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อการพัฒนาเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทฤษฎีนี้พัฒนาโดยนักจิตวิทยา ชาวแคนาดา Albert Bandura โดย Bandura ศึกษาความเชื่อ ของบุคคลเรื่องความสามารถในการกระทำได้สิ่งหนึ่งด้วยความสามารถตนเอง (Self -efficacy) ซึ่งมีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติตนเฉพาะอย่างได้ พื้นฐานแนวคิดที่เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น Bandura เชื่อว่าในการศึกษา พฤติกรรมของมนุษย์จะต้องวิเคราะห์เงื่อนไขและสิ่งเร้าที่จะมา เสริมแรงให้เงื่อนไขนั้นคงอยู่ พฤติกรรมการเรียนรู้ของมนุษย์จึง เกิดจากกระบวนการเรียนรู้ขององค์ประกอบหลายอย่างโดยมี พันธุกรรม สภาพแวดล้อมสังคม ประสบการณ์ความสามารถ เฉพาะตัวของบุคคลผสมผสานกันซึ่ง ยากแก่การตัดสินว่า พฤติกรรมนั้นๆ เกิดจากสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะซึ่งถ้าหากบุคคล มีการรับรู้ ความสามารถตนเอง (perceived self-efficacy) และ คาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (outcome expectations) เขาจะแสดงซึ่งพฤติกรรมนั้นให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด

สาเหตุของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามแนวคิดพื้นฐาน ของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญา สังคมนั้น Bandura มีความเชื่อว่าพฤติกรรมไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทาง สภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่มีปัจจัยส่วนบุคคลร่วมด้วยและการร่วมของปัจจัยส่วนบุคคลนั้นจะต้อง ร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน กับปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและ สิ่งแวดล้อม ซึ่งเรียกว่า Reciprocal Determinism ดังภาพ



ภาพ 3 แสดงโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสามองค์ประกอบ

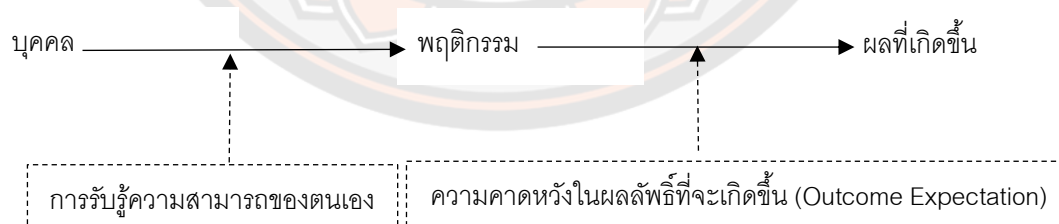
ปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัย ได้แก่ B คือ พฤติกรรมอย่างใด อย่างหนึ่ง P คือ องค์ประกอบของบุคคล และ E คือ องค์ประกอบของสิ่งแวดล้อม ที่ทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกันนั้น ไม่ได้หมายความว่าทั้ง 3 ปัจจัยนั้นจะมีอิทธิพลในการกำหนด ซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียมบางปัจจัย

อาจมีอิทธิพลมากกว่า อีกปัจจัยและอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 นั้นไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการ กำหนดปัจจัยอื่นๆ

จากแนวคิดพื้นฐานดังกล่าวทฤษฎีปัญญาสังคมของ Bandura จึงได้เน้นแนวคิด 3 ประการได้แก่

1. แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning)
2. แนวคิดการกำกับตนเอง (Self - regulation)
3. แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self - efficacy)

แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง ประกอบด้วย ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวัง ในผลของการกระทำ ในระยะแรกปี ค.ศ.1977 Bandura 7 เสนอแนวคิดของความคาดหวังในความสามารถตนเอง (Efficacy-Expectation) โดยให้ความหมายว่าเป็นความคาดหวัง ที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตนในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม ต่อมาปีค.ศ. 1986 ได้ใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy) โดยให้คำจำกัดความว่า เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมาย ที่กำหนดไว้ จากแนวคิดดังกล่าว Bandura ได้พัฒนาและทดสอบ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) โดยมี สมมติฐานของทฤษฎีคือ ถ้าบุคคลมีการรับรู้หรือมีความเชื่อใน ความสามารถตนเองสูงและเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มจะปฏิบัติ ดังภาพ 4



ภาพ 4 แสดงการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์

ที่มา: Bandura, 1977

โครงสร้างของทฤษฎีแสดงให้เห็นองค์ประกอบ ที่สำคัญดังนี้

1. การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy) หมายถึงการตัดสินใจ ความสามารถของตนเองว่า จะสามารถทำงานได้ในระดับใด หรือเป็นความเชื่อของบุคคล เกี่ยวกับความสามารถในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งมีอิทธิพล ต่อการดำรงชีวิตความเชื่อใน ความสามารถตนเองพิจารณาจาก ความรู้สึก ความคิด การจูงใจ และพฤติกรรม

2. ความคาดหวังของผลลัพธ์ (Outcome Expectation) หมายถึงความเชื่อที่บุคคล ประเมินค่าพฤติกรรม เฉพาะอย่างที่จะปฏิบัติอันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ เป็นการ คาดหวังในสิ่งที่จะเกิดขึ้นสืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้ กระทำ

โดยองค์ประกอบทั้ง 2 ข้างต้น ได้แก่การรับรู้ความสามารถของตนเองและความ คาดหวังผลลัพธ์มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ กล่าวคือหากบุคคลมี การรับรู้ความสามารถตนเองและมีความคาดหวังของผลลัพธ์ที่ จะเกิดขึ้นสูงทั้งสองด้าน จะทำให้ บุคคลมีแนวโน้มที่จะแสดง พฤติกรรมอย่างแน่นอน แต่ถ้ามีเพียงด้านใดสูงหรือต่ำ บุคคลนั้นมี แนวโน้มที่จะไม่แสดงพฤติกรรม

ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

	สูง	ต่ำ
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

ภาพ 5 แสดงความสัมพันธ์การรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์

ที่มา: Bandura, 1977

การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง Bandura ได้เสนอวิธีการสร้างให้เกิด การรับรู้ความสามารถแห่งตนเองรวม 4 วิธีดังนี้

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experience) แบนดูราเชื่อว่าเป็น วิธีการที่มีประสิทธิภาพที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง เนื่องจากเป็น ประสบการณ์ โดยตรง ความสำเร็จที่ทำให้เพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองนั้นจำเป็นต้องฝึกให้ บุคคลมีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จพร้อมๆ กับการทำให้บุคคลได้รับรู้ว่าเขามี ความสามารถที่จะทำได้เช่นนั้นซึ่งจะทำให้บุคคลใช้ทักษะที่ได้ รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โดยบุคคลที่รับรู้ว่าคุณเองมี ความสามารถจะไม่ยอมแพ้อะไรง่าย ๆ แต่จะพยายามทำงานต่างๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

2. การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) โดยการให้ตัวแบบ (Modeling) การได้สังเกตตัวแบบที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกรรมที่พึงพอใจ จะทำให้ผู้สังเกตเรียนรู้ว่าคุณเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จ ได้ถ้ามีความพยายามไม่ย่อท้อ ทั้งนี้สามารถจำแนกตัวแบบออก เป็น 2 ประเภท ได้แก่ ตัวแบบที่มีชีวิตและตัวแบบสัญลักษณ์ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ตัวแบบที่มีชีวิต (Live model) ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อนหรือบุคคลทั่วไปที่ผู้สังเกตสามารถติดต่อ สัมพันธ์ได้ การเสนอตัวแบบวิธีนี้ต้อง ระวังผลที่ตามมาที่เกิดจากพฤติกรรมของตัวแบบที่อาจจะทำให้มีการเรียนรู้จาก ตัวแบบที่ไม่ถูกต้อง

2.2 ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbol model) เป็น ภาพตัวแบบในสื่อสารมวลทั้งหลาย เช่น ภาพยนตร์โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือคอมพิวเตอร์เทป บันทึกลีลา หุ่น กระบอก หรือการ์ตูน เป็นต้น ซึ่งเป็นการเตรียมเรื่องราวของตัวแบบไว้แล้ว ทำให้มี ผลดีในการ เน้นจุดสำคัญของการแสดงพฤติกรรม และ สิ่งที่สำคัญคือสามารถควบคุมพฤติกรรมและผลกระทบของตัวแบบได้ นอกจากนี้ยังสามารถใช้ได้ทั้งกิจกรรม รายบุคคลหรือ กลุ่มบุคคล และใช้ได้ หลายครั้งเท่าที่ต้องการ

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จ ได้ซึ่งเป็นวิธีที่ค่อนข้างใช้ง่ายและใช้กันทั่วไป แบบดูรา กล่าวว่าการใช้คำพูดชักจูงเพียงอย่างเดียวไม่ค่อยได้ผลมากนักในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองให้ ได้ผลควรใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ

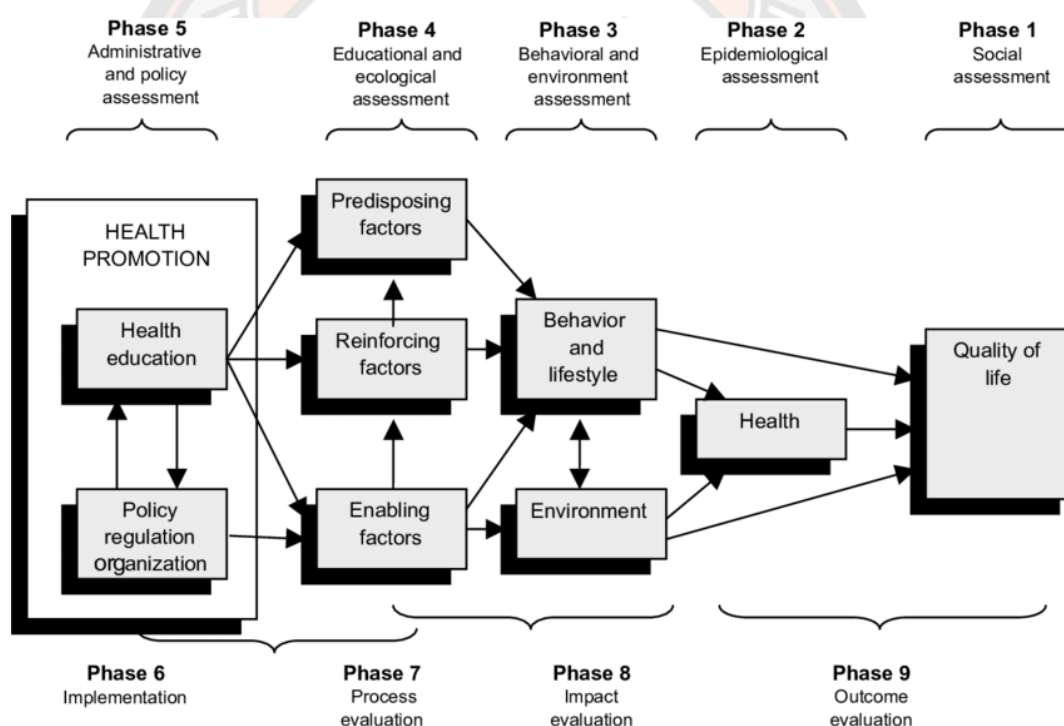
4. การกระตุ้นอารมณ์ (Emotional arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในสภาพที่ถูกข่มขู่ในการตัดสินใจถึงความวิตกกังวล และ ความเครียดของบุคคลนั้น บางส่วนจะขึ้นอยู่กับการกระตุ้นทาง สรีระการกระตุ้นที่รุนแรงทำให้เกิดการกระทำที่ไม่ค่อยได้ผลดี บุคคลจะคาดหวังความสำเร็จเมื่อบุคคลไม่ได้อยู่ในสภาพการณ์ ที่กระตุ้นด้วยสิ่งที่ไม่พึงพอใจ ความกลัวจะกระตุ้นให้เกิดความ กลัวมากขึ้น บุคคลจะเกิดประสบการณ์ของความล้มเหลว อันจะทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ

4. PRECEDE FRAMEWORK

แบบจำลอง Precede-Proceed Model นี้ สร้างโดย Green, & Kreuter (1999) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยปัญหา (Diagnosis Phase) เรียก

PRECEDE (Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Education / Environment Diagnosis and Evaluation) ส่วนระยะที่ 2 เป็นระยะของการพัฒนาแผน ซึ่งต้องทำส่วนที่ 1 ให้เสร็จก่อนจึงจะวางแผน และนำไปสู่การดำเนินงานและประเมินผล ส่วนนี้เรียกว่า PROCEED (Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development)

แบบจำลอง Precede-Proceed Model นี้ใช้ในการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพ เน้นกิจกรรมหลักสองกิจกรรมคือ การสนับสนุนทางการศึกษา และการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม จะเริ่มต้นจากเป้าหมายสุดท้ายที่ต้องการให้เกิดขึ้น (outcome) ซึ่งก็คือ คุณภาพชีวิต หรือ การมีสุขภาพที่ดี แล้วย้อนกลับไปหาเหตุ จะเห็นว่ามีขั้นตอนพื้นฐานในการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพ 9 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 6 เป็นการดำเนินงานตามแผนและการประเมินผลจะอยู่ใน



ขั้นตอนที่ 7, 8 และ 9 ในขั้นตอนที่ 8 และ 9 นี้จะมีหรือไม่ขึ้นอยู่กับความจำเป็นและความเหมาะสม ขั้นตอนต่างๆ รายละเอียดดังนี้

ภาพ 6 แสดง The Precede-Proceed Model of health promotion

ที่มา: Green, & Kreuter, 1999

ขั้นที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavioral and Environmental Diagnosis)

ประกอบด้วยการกำหนดองค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Environmental และ Health – related behavioral factors) ที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพที่เลือกได้ในขั้นที่ 2. ดังกล่าว องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมเป็นองค์ประกอบที่อยู่ภายนอกตัวบุคคล ซึ่งบุคคลไม่สามารถควบคุมโดยใช้ความสามารถภายในตัวเองได้ แต่เป็นสิ่งที่ช่วยปรับเปลี่ยนสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของบุคคลหรือของบุคคลอื่น พฤติกรรมสุขภาพเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพ

ขั้นที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม

จากความรู้พื้นฐานด้านพฤติกรรมศาสตร์ชี้ให้เห็นว่ามีองค์ประกอบมากมายที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งในแบบจำลองนี้ได้แบ่งกลุ่มขององค์ประกอบเหล่านี้ ออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆคือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) และปัจจัยเอื้อ (Enabling factors)

1. ปัจจัยนำ (Predisposing factors)

จะประกอบด้วยความรู้ ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ของบุคคล หรือประชาชนซึ่งจะมีอิทธิพลในแง่การจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่วนใหญ่จะเป็นปัจจัยด้านจิตวิทยา ซึ่งรวมถึงมิตพิทุทธิพิสัยและจิตพิสัย และรวมถึงความรู้สึกรู้สึก ความเชื่อ การสร้างค่านิยม และความเชื่อมั่นในตนเองหรือการรับรู้ในความสามารถของตนเอง สำหรับปัจจัยด้านบุคลิกภาพ ความจริงถือว่าเป็นปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ แต่มิได้รวมไว้ในที่นี้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพไม่สามารถใช้วิธีการทางการศึกษา หรือโครงการส่งเสริมสุขภาพในระยะสั้นๆ บำบัดรักษาบุคลิกภาพที่ผิดปกติได้ นอกจากนี้ปัจจัยนำยังรวมไปถึง ปัจจัยด้านประชากร เช่น สถานภาพทางเศรษฐกิจ – สังคม อายุ เพศ ขนาดครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการวางโครงการส่งเสริมสุขภาพด้วย

ความรู้ หรือ ความตระหนัก เป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการแสดงพฤติกรรม ขบวนการเปลี่ยนแปลงความตระหนักหรือความรู้เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความยุ่งยากซับซ้อน เช่นเดียวกับองค์ประกอบอื่นในปัจจัยนำ เพราะผลของการเปลี่ยนแปลงความรู้จะต้องเปลี่ยนแปลงแบบแผนการปฏิบัติของบุคคลด้วย ซึ่งโดยธรรมชาติมนุษย์ไม่ชอบการเปลี่ยนแปลง ประกอบกับพฤติกรรมเองก็ไม่สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว แต่การเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นก็ต้องมีการสั่งสมความตระหนัก เพิ่มพูนความเข้าใจและมีความสามารถที่จะมองเห็น

ภายในของตนเอง (การตระหนักและระลึกได้) ที่จะรับทราบถึงระบบความเชื่อ ค่านิยม ทักษะ ความตั้งใจ และการรับรู้ในความสามารถของตนเอง

ความเชื่อ (Beliefs) คือ ความมั่นใจในสิ่งต่างๆซึ่งอาจเป็นปรากฏการณ์ หรือ วัตถุสิ่งนั้นๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้องเป็นจริง ให้ความไว้วางใจ เช่น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker ซึ่งเน้นว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขึ้นอยู่กับหลักความเชื่อ ดังนี้

1. ความเชื่อเกี่ยวกับความเสี่ยงที่จะเกิดโรค
2. ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค
3. ความเชื่อเกี่ยวกับผลตอบแทนที่ได้รับจากการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องว่าคุ้มค่ามากกว่าราคา เวลาและสิ่งต่างๆ ที่ลงทุนไป
4. มีคำแนะนำให้ปฏิบัติ จูงใจ หรือกระตุ้นให้บุคคลเกิดการปฏิบัติ ได้แก่ สื่อสารมวลชน คำแนะนำจากผู้อื่น โปสเตอร์ ไปรษณียบัตรเตือนความจำจากบุคลากรทางการแพทย์

ทัศนคติ เป็นผลของความเชื่อ ความรู้สึกที่ค่อนข้างคงที่ของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง เช่น บุคคล วัตถุ การกระทำ ความคิด ฯลฯ ซึ่งความรู้สึกนั้นมีทั้งผลดีและผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การเกิดทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้นเกิดได้หลายวิธี เช่น อาจเกิดจากการเลียนแบบบุคคลที่เคารพ หรือนิยมชมชอบ จากประสบการณ์ที่นำความพอใจมาให้ จากการสังเกต การกระทำของบุคคลอื่นและดูผลว่าจะเกิดอะไรขึ้น จากการได้รับความรู้จากแหล่งต่างๆ จากเพื่อนในกลุ่มเดียวกัน จากการได้รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น เป็นต้น ทัศนคติทางสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในลักษณะของความรู้สึกนึกคิดที่คงที่ที่มีต่อเรื่องต่างๆที่ เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยมีการประเมินคุณค่าของเรื่องนั้นๆด้วย ถ้าทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นไปในทิศทางใด พฤติกรรมหรือการกระทำจะเป็นไปในทิศทางนั้น

การรับรู้ หมายถึง การแปลหรือการตีความหมายของการสัมผัสหรืออาการสัมผัสที่คนได้รับออกมาเป็นหนึ่งสิ่งใดที่มีความหมาย หรือที่เรารู้จักเข้าใจกัน ในการแปลความหมายหรือตีความ คนจะต้องใช้ความรู้เดิมหรือประสบการณ์เดิมที่เคยมีมาแต่ก่อนเป็นเครื่องช่วย การที่คนเรารู้จักเกี่ยวกับสิ่งต่างๆได้ดีนั้น เป็นเรื่องของการตีความหรือการให้ความหมายกับสิ่งที่เขาได้รับโดยผ่านประสาทสัมผัส

การรับรู้ในความสามารถของตนเอง และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Self-Efficacy and Social Learning Theory) การรับรู้ในความสามารถของตนเอง ถูกนำมาใช้ในการวิจัยและโครงการส่งเสริมสุขภาพมากมาย แนวคิดนี้มาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา (Bandura) ซึ่งเชื่อว่า คนเราสามารถที่จะปรับปรุงพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์ได้โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ การเรียนรู้ใหม่จะต้องให้สอดคล้องไปกับชีวิตประจำวัน และสภาพแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรมของผู้ปฏิบัติ กลวิธีในการสร้างเสริมการรับรู้ในความสามารถของตนเอง ทำได้หลายวิธี คือ การเลียนแบบ การได้เห็น การควบคุมตนเอง และการฝึกทักษะ การรับรู้ในความสามารถของตนเองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระดับสูง เป็นพื้นฐานที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามโดยแท้จริง สื่อที่ใช้ในการเผยแพร่ข้อมูลเนื้อหาที่บรรจุอยู่ควรจะมีผลในการช่วยให้บุคคลปฏิบัติตามได้ ตัวอย่างที่นำแนวคิดการรับรู้ในความสามารถของตนเองไปประยุกต์ใช้ เช่น โครงการควบคุมน้ำหนัก เป็นต้น

2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors)

เป็นปัจจัยที่พิจารณาถึงอุปสรรคหรือปัญหาต่างๆ ที่จะขัดขวางการเกิดพฤติกรรมรวมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น บริการสุขภาพที่ทุกคนเข้าถึงและพึงพอใจ ปัจจัยนี้จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ กล่าวคือ บุคคลจะเกิดการเรียนรู้ในการกระทำต่างๆ ต้องอาศัยประสบการณ์และเกิดทักษะ ร่วมกับโอกาสในการใช้แหล่งบริการสุขภาพ และโอกาสในการทำสิ่งต่างๆที่เป็นผลดีต่อสุขภาพจนเกิดทักษะ ปัจจัยนี้ประกอบด้วย ทักษะ และทรัพยากรทักษะในที่นี้ หมายถึง ความสามารถที่จะเข้าถึงแหล่งทรัพยากร ซึ่งความสามารถนี้จะเกี่ยวข้องกับราคาของบริการ ระยะทาง เวลาที่ใช้ สิ่งสำคัญคือ การหาง่าย (Availability) และความสามารถที่จะเข้าถึง (Accessibility) แหล่งทรัพยากรในที่นี้ได้แก่ โรงพยาบาล คลินิก แพทย์ บุคลากร เวลาที่เปิดบริการ เป็นต้น องค์ประกอบดังกล่าวอาจจะเป็นได้ทั้งด้านบวก (เสริมให้เกิด) และด้านลบ (ขัดขวางการเกิดพฤติกรรม) ซึ่งเกิดจากแรงในสังคม หรือระบบของสังคม สิ่งอำนวยความสะดวก และทรัพยากรส่วนบุคคลหรือชุมชน กล่าวโดยสรุป ปัจจัยเอื้อ คือ องค์ประกอบทั้งหมดที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม

3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors)

ปัจจัยเสริมเป็นผลสะท้อนที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่งอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพนั้น มีทั้งสิ่งที่เป็นรางวัล (Reward) ผลตอบแทน (Incentive) หรือ การลงโทษ (Punishment) ผลสะท้อนเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากคนอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ครอบครัว ญาติ เพื่อน ครู นายจ้าง หัวหน้า

งาน คนไข้ แพทย์และผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ เป็นต้น อิทธิพลของบุคคลเหล่านี้จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานภาพ ในการวางแผนจึงต้องทำการศึกษากลวิธีของการเปลี่ยนแปลงที่จะเสริมให้บุคคลเกิดพฤติกรรม

Precede–Proceed model: 2005

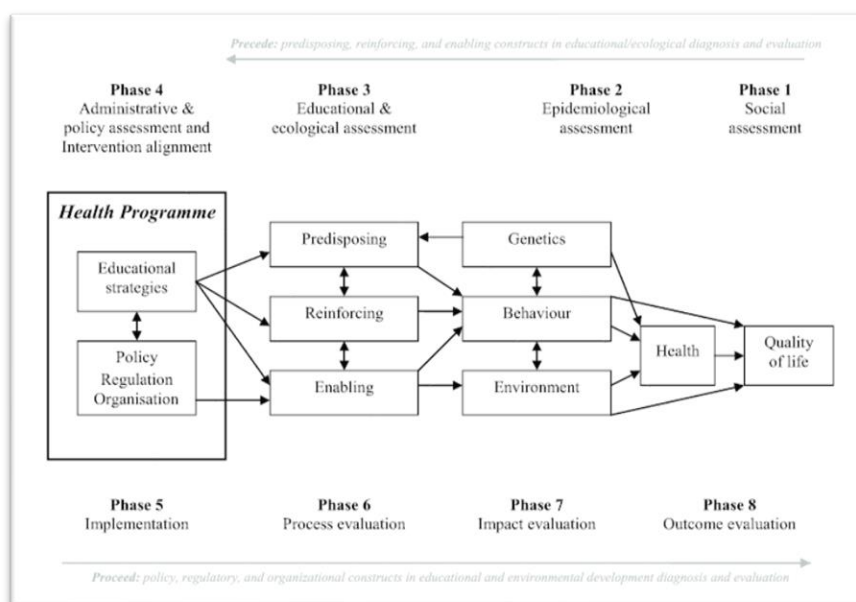
กรอบแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Framework) ของกรีนและครูเทออร์ (Green, & Kreuter, 2005) มุ่งให้ความสำคัญกับการพัฒนาการศึกษา และการจัดการสิ่งแวดล้อมให้สนับสนุน สภาวะการมีสุขภาพดี ของบุคคล ชุมชน และสังคม ได้เสนอแนวคิดเชิงระบบเพื่อวางแผน และประเมินโครงการส่งเสริมสุขภาพ ในการดำเนินการตามกระบวนการของกรอบแนวคิดนี้ เป็นการวิเคราะห์เพื่อวินิจฉัยหาสาเหตุพฤติกรรม โดยเริ่มจากผลย้อนกลับไปหาสาเหตุประยุกต์กับกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม.

การกำหนดการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ประการ Precede – Proceed จัดให้มีกรอบ 8 ระยะเวลา สำหรับผู้ปฏิบัติงานในการกำหนดพัฒนาดำเนินการและประเมินโครงการส่งเสริมสุขภาพรวมถึงการประยุกต์ใช้ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบภายในโครงการดังกล่าว (Gielen, McDonald, Gary-Webb, & Bone, 2008; Green, & Kreuter, 2005)

ในการประเมินและการวางแผนทางสังคม ของแบบจำลองกำหนดแนวทางที่เป็นจุดเด่นของแบบจำลอง ดังนี้

1. ความยืดหยุ่นและความสามารถในการปรับใช้ได้หลายการศึกษา
2. ตามหลักฐานกระบวนการและความสามารถในการประเมิน
3. ความมุ่งมั่นในหลักการมีส่วนร่วม

4. การจัดเตรียมกระบวนการสำหรับการปรับเปลี่ยน "แนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุด" ตามหลักฐานที่เหมาะสม (Green, & Kreuter, 2005, p. 18)



ภาพ 7 แสดง The Precede–Proceed Model

ที่มา: Green, & Kreuter, 2005

แบบจำลองจะดำเนินการ 8 ขั้นตอน (Green, & Kreuter, 2005) Precede มีขั้นตอนการประเมินและการวางแผน 4 ขั้นตอน เพื่อเป็นแนวทางด้านการส่งเสริมสุขภาพในการเลือกปัญหาที่จะแก้ไขตรวจสอบสาเหตุพื้นฐานและวางแผนในทางการดำเนินการ และขั้นตอนการประเมินผล 4 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 การประเมินทางสังคมและการวิเคราะห์สถานการณ์ระบุและประเมินพื้นที่ที่เป็นไปได้สำหรับการดำเนินการด้านสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวินิจฉัยนี้โดยใช้ข้อมูล "วัตถุประสงค์และอัตรันัย" (Green, & Kreuter, 2005, p. 31) จากหลายแหล่งเป้าหมาย คือ การระบุลำดับความสำคัญของประชากร ในการปรับปรุงชีวิตของพวกเขา แนะนำว่าลำดับความสำคัญของสมาชิกในชุมชนมีความเกี่ยวข้องกับความต้องการทางการแพทย์หรือสุขภาพที่ 'ตามความเป็นจริง' ที่ประเมินในระยะถัดไป (Green, & Kreuter, 2005, pp. 38, 40.)

ระยะที่ 2 การประเมินทางระบาดวิทยาและจัดลำดับความสำคัญ ปัญหาสุขภาพและกำหนดวัตถุประสงค์การเปลี่ยนแปลง ระยะนี้ตั้งมากจากปัญหาเชิงประจักษ์ตามหลักวิทยาศาสตร์การแพทย์ แต่ยังคงกำหนดแนวทางทางเชิงโครงสร้างต่อสุขภาพโดยการประเมินปัจจัยทางกายภาพสังคมการเมืองและเศรษฐกิจของสุขภาพ

ระยะที่ 3 การประเมินสิ่งที่ได้มาจากการศึกษา ปัจจัยเชิงสาเหตุที่กว้างขึ้นเบื้องหลังปัญหาสังคมและสุขภาพที่จัดลำดับความสำคัญในขั้นตอนก่อนหน้านี้ ให้ใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพภายในหลาย ๆ ทฤษฎีในการประเมินปัจจัยเชิงสาเหตุเหล่านี้โดยเฉพาะอย่างยิ่งแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพทฤษฎีความรู้ความเข้าใจทางสังคมทฤษฎีการดำเนินการอย่างมีเหตุผลและขั้นตอนเริ่มต้นของแบบจำลองทางทฤษฎี นักปฏิบัติยังประสบความสำเร็จในการใช้การดูระหว่างกันที่สร้างแรงบันดาลใจ

ระยะที่ 4 แนวร่วมส่งเสริมสุขภาพจะออกแบบแผนปฏิบัติการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ใน 3 ระยะแรกโดยเลือกกิจกรรมที่มีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จในการบรรลุวัตถุประสงค์แต่ละข้อและอยู่ในขีดความสามารถของทีม สำหรับการตัดสินใจเลือกเหล่านี้ ผู้เขียนของแบบจำลองขอแนะนำเครื่องมือที่ใช้ได้จริง (เช่นการสร้างแผนภูมิ Gantt โดยใช้แบบจำลอง "MATCH - Multilevel Approach to Community Health" หรือ "PATCH - Planned Approach to Community Health")

การดำเนินการรวมถึงระยะที่ 5-8 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการให้การส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการวางแผนโครงการมาตรฐานการจัดการการดำเนินการและกรอบการประเมินผลเป้าหมายของ Proceed คือการทำให้โปรแกรม "พร้อมใช้งานเข้าถึงได้ยอมรับและรับผิดชอบได้" (Green, & Kreuter, 2005, p. 245) รวมถึง ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติสำหรับทุกๆ คน และเหมาะสมกับความต้องการแรงบันดาลใจและสถานการณ์ของประชากร ขั้นตอนที่ 5 คือการดำเนินการ ในที่นี้ผู้เขียนจะให้คำแนะนำเป็นตัวอย่างผ่านกรณีศึกษา ขั้นตอนที่ 6-8 ครอบคลุมกระบวนการผลกระทบและการประเมินผลลัพธ์

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Related Research)

จากการสืบค้นข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในผู้สูงอายุชาวม้ง ทั้งในและต่างประเทศพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงน้อยมาก ในที่นี้ จึงขอกล่าวถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพการณ์ของการดำเนินงาน รูปแบบการดำเนินงาน และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงาน

ปริญญา คงทวีเลิศ, และสุณี วงศ์คงคาเทพ (2551) ได้ทำการประเมินผลการจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยศึกษารูปแบบการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคในช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิคู่สัญญา ผลการจัดบริการบูรณาการของทันตภิบาลในศูนย์สุขภาพชุมชน ปัจจัยเอื้อและปัญหาและอุปสรรคในการจัดบริการบูรณาการ มีกลุ่มตัวอย่างเป็นทันตแพทย์ในโรงพยาบาล 450 คน ทันตภิบาลที่

ปฏิบัติงานประจำในศูนย์สุขภาพชุมชน 450 คน และหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนที่ไม่มีทันตบุคลากร 450 คน โดยกระจายทั้ง 75 จังหวัด และมีแบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า ในปี 2549 ศูนย์สุขภาพชุมชนไม่มีการจัดบริการสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 61.1 โดยเป็นบริการจากทันตภิบาลประจำ ร้อยละ 23.5 บริการในรูปหน่วยเคลื่อนที่ ร้อยละ 12.5 การให้บริการพื้นฐานทั้งในโรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีทันตภิบาลปฏิบัติงานประจำ ครอบคลุม ร้อยละ 90 ได้แก่ งานบริการในคลินิกฝากครรภ์ คลินิกเด็กดี และงานอนามัยโรงเรียน โดยกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นการตรวจฟัน การให้ทันตสุขศึกษา การฝึกทักษะการแปรงฟัน การให้บริการทันตกรรมป้องกันและบำบัดรักษา โดยมีทันตภิบาลเป็นผู้ให้บริการ ส่วนการเยี่ยมบ้าน และคลินิกโรคเรื้อรังไม่มีการให้บริการ

กัลยา อินวาทย์ (2552) ศึกษาเกี่ยวกับผลของกิจกรรมด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านป่าคาหมูที่ 2 ตำบลสวก อำเภอเมืองน่าน จำนวน 26 คน มีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจำนวน 6 กิจกรรมเป็นเครื่องมือในการดำเนินการวิจัยและมีแบบสังเกต แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการวิจัย พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมและเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง มีความกระตือรือร้นและให้ความสนใจในการเสนอข้อมูลของตนเองต้องการและบอกความต้องการในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ด้านความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากหลังการเข้าร่วมกิจกรรม 4 สัปดาห์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อรรณวิทย์ สิงห์ศาลาแสง (2553) ทำการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพของนักเรียนโรงเรียนบ้านหนองปรือคิมม่วง อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา มีกลุ่มตัวอย่างเป็น คณะครูจำนวน 11 คน ทันตบุคลากรจำนวน 10 คน ผู้นำนักเรียนจำนวน 15 คน และนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 111 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนของการพัฒนารูปแบบเป็นแบบสัมภาษณ์ แบบฟอร์มการตรวจสุขภาพช่องปากตามระบบเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพและแบบประเมินงานทันตสาธารณสุขในโรงเรียนด้วยตนเอง ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาผลการใช้รูปแบบเป็นแบบทดสอบความรู้ เจตคติและการปฏิบัติตัวด้านทันตสุขภาพแบบสอบถามความพึงพอใจของครูและนักเรียนต่อการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพตามรูปแบบและแบบฟอร์มการตรวจสุขภาพช่องปากตามระบบเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ ผลการวิจัย

พบว่า 1) โรงเรียนมีนโยบายการส่งเสริมทันตสุขภาพ 2) มีการตรวจสภาวะทันตสุขภาพของนักเรียน 1 ครั้งต่อภาคการศึกษาโดยผู้นำนักเรียน 3) มีการจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันด้วย ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์โดยผู้นำนักเรียน 4) มีการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการมีทันต-สุขภาพที่ดีโดยผู้นำนักเรียน 5) ดำเนินการแก้ไขปัญหาอนามัยช่องปากกระจัดรุนแรงในเด็กที่มีปัญหา 6) นักเรียนมีความรู้และเจตคติที่ถูกต้องด้านทันตสุขภาพอยู่ในระดับสูงและการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องระดับปานกลาง 7) นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ทุกคนไม่มีฟันผวน (พื้นที่ได้รับการอุดหรือแก้ไขแล้วถือว่าไม่ผุ) 8) ครูและนักเรียนมีความพึงพอใจในการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพอยู่ในระดับมาก

ปิยะนุช เอกก้านตรง (2552) การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและพัฒนานวัตกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของชมรมผู้สูงอายุ บ้านหนองหิน ตำบลศิลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มเป้าหมาย แกนนำผู้สูงอายุบ้าน หนองหิน ตำบลศิลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบประเมินการเรียนรู้ แบบสัมภาษณ์ แบบสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก สนทนากลุ่ม และแบบสังเกต สถิติที่ใช้ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และการจัดกระบวนการเรียนรู้ให้แก่แกนนำผู้สูงอายุ ทำให้ชมรมผู้สูงอายุบ้านหนองหิน ตำบลศิลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น สามารถจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในช่องปากได้ด้วยตนเอง คือการตรวจสุขภาพช่องปากและให้คำแนะนำแก่ผู้สูง อายุตามครัวเรือน นอกจากนี้ยังได้พัฒนากิจกรรมขึ้นตามปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่พบระหว่างดำเนินการได้แก่การส่งต่อผู้สูงอายุที่ไม่มีฟันเข้าร่วมโครงการฟันเทียม

ฐิติพร ศิริบุรานนท์ (2554) ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก สำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียม เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยวัดผลก่อนและหลัง การทดลองของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียม ต่อผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ความรู้ เกี่ยวกับทันตสุขภาพ และการรับรู้ ความสามารถของตนต่อการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันเทียมของผู้สูงอายุ ณ ศูนย์ทันตสุขภาพ โรงพยาบาลสามพราน อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ทดลอง กับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการวิจัยหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากลดลง มีความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ และ การรับรู้ความสามารถของตนต่อ

การดูแลสุขภาพช่องปากและฟันเทียมสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001

สิริลักษณ์ รสภิรมย์ (2556) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองที่มีต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดยกำหนดโรงเรียนที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน 2 โรงเรียน ได้กลุ่มทดลอง 41 คน กลุ่มควบคุม 53 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพซึ่งมีลักษณะเป็นแผนการสอนประกอบไปด้วยกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ การพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลทันตสุขภาพ การพัฒนาความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตนในการดูแลทันตสุขภาพการสร้างเสริมความคงทนในการดูแลทันตสุขภาพ ในกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพ โดยใช้เครื่องมือในการทดลองกับเครื่องมือเก็บข้อมูล และใช้สถิติการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ T-Test กับ สถิติทดสอบความแปรปรวน ANCOVA (Analysis of covariance) ผลการศึกษา ภายหลังจากได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพในกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ และมีทักษะการตรวจฟันดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการดูแลทันตสุขภาพ และมีความหวังในผลของการปฏิบัติในการดูแลทันตสุขภาพ ไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรม และไม่แตกต่างในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีทักษะการแปรงฟันดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพ และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังทดลองนักเรียนในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง และแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังจากได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง นักเรียนมีปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพ และภายหลังจากได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเอง นักเรียนมีปริมาณคราบจุลินทรีย์น้อยกว่านักเรียนที่ได้รับทันตสุขภาพปกติ

ชนิษฐา จำปาสิม (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขภาพเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพฟันปลอมทั้งปากของผู้สูงอายุ อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่มารับบริการใส่ฟันปลอมทั้งปากที่โรงพยาบาลเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่ปี พ.ศ.2550 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพฟันปลอม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลรักษาฟันปลอม ความคาดหวังผลลัพธ์ในการดูแลรักษาฟันปลอม การปฏิบัติตัวในการดูแลฟันปลอม การสนับสนุนทางสังคม โดย

การศึกษาแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาฟันปลอม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลรักษาฟันปลอม ความคาดหวังผลลัพธ์ในการดูแลรักษาฟันปลอม การปฏิบัติตัวในการดูแลรักษาฟันปลอม และการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลรักษาฟันปลอม มากกว่าการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001)

เยาวเรศ แต่จวง (2558) ได้ศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ผลการวิจัย พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ด้านจิตใจมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือด้านสิ่งแวดล้อม และด้านร่างกาย แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า ด้านร่างกายควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองและการส่งเสริมการออกกำลังกายปลุกจิตสำนึกให้คนในครอบครัวบุตรหลาน มีความกตัญญูเอาใจใส่ ให้ความรักความอบอุ่นแก่ผู้สูงอายุ มีรถรับส่งผู้สูงอายุที่เดินทางไปสถานพยาบาล และมีอาสาสมัครคอยดูแลและตรวจเยี่ยมบ้านและรับฟังปัญหา ด้านจิตใจ ควรส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีบทบาทในการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นแก่เด็กและเยาวชน ควรจัดกิจกรรมแสดงความรักความกตัญญูแก่ผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมมีการแสดงธรรมเทศนา และจัดให้มีการทัศนศึกษา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ควรจัดให้มีกิจกรรมร่วมกันเดือนละ 1 ครั้ง ด้านสิ่งแวดล้อม ควรจัดทำโครงการชุมชนนำอยู่ ปรับปรุงสวนสาธารณะ ควรมีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ

ศิริรัตน์ รอดแสง (2558) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตตำบลทุ่งทอง อำเภอหนองบัว จังหวัดนครสวรรค์ โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลทุ่งทอง อำเภอหนองบัว จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งอยู่ในเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมืองแร่จำนวน 960 คน โดยใช้เครื่องมือคือ แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 9 ข้อ การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 มีผลการศึกษา คือ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะทำให้เกิด

โรค สุขภาพช่องปาก ปัจจัยเชื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 5 ด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 ข้อ ปัจจัยเชื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพช่องปาก ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากคนในครอบครัว

สุภาพร แสงอ่วม, นิทรา กิจธีระวุฒิมิวงษ์, ภูติท เดชาติวัฒน์, ชญานินท์ ประทุมสูตร, และ กัญญารัตน์ คอวนิช (2558) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ ในเขตภาคเหนือตอนล่าง ประเทศไทย โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ สถิติถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษา คือปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทันตกรรมในผู้สูงอายุในการศึกษานี้ ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ(เกษตรกร และรับจ้าง) การอาศัยอยู่คนเดียว และการมีรายได้หลักของตนเอง

ปลื้มใจ ไพจิตร (2558) ได้ศึกษาคุณภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ระดับคุณภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับคุณภาพดีได้แก่ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านจิตใจ ด้านร่างกาย และด้านสิ่งแวดล้อม ผลเปรียบเทียบคุณภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศ อายุ วุฒิมิการศึกษา แหล่งที่มาของรายได้หลัก และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกันทำให้คุณภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ยุพิน ททรัพย์แก้ว (2559) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ของศูนย์ความเป็นเลิศด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช ผลการวิจัย พบว่า 1) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ผ่านหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 93.33 มีคุณภาพชีวิตที่ดี 2) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ผ่านหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ทั้ง 4 ด้าน พบว่า 1) ด้านร่างกาย ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลสุขภาพและสามารถดูแลตนเองได้ ไม่เป็นภาระของลูกหลาน มีสุขภาพกายที่ดี สมบูรณ์ แข็งแรง การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ อากาที่ดีขึ้น 2) ด้านจิตใจ ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจ มั่นใจ ความจำและสมาธิดีขึ้น 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้ได้เพื่อน รอยยิ้ม ความสบายใจและ ความสุขที่ได้ร่วมกิจกรรมจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้รับข่าวสาร ต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ ร่วมกิจกรรมนันทนาการและศึกษาดูงานนอกสถานที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

นภาพร ศรีบุญเรือง (2559) การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ฟันเทียมพระราชทานและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทาน อำเภอเมืองลำปาง กลุ่มเป้าหมายประชากรคือ ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทาน

ของโรงพยาบาลลำปาง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และใส่ฟันเทียมประเภทถอดได้ ฐานพลาสติก ทั้งปาก มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี นับย้อนหลังไปภายใน 5 ปี คือกลุ่มที่ใส่ฟันเทียมไปในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2554 – 2558 และอาศัยอยู่ใน 19 ตำบล ของเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล และใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย 1) การคงใช้ฟันเทียมพระราชทานของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.52 ยังมีการใช้ฟันเทียมเป็นประจำ ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการ ที่ต้องการให้ผู้สูงอายุที่มีการสูญเสียฟัน มีโอกาสได้รับการฟื้นฟูสภาพ โดยการใส่ฟันเทียมทดแทนลดการสูญเสียฟันสามารถคงสภาพการมีฟันไว้ได้ 2) การรับรู้ประโยชน์ของการใส่ฟันเทียม โดยภาพรวม พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 97.8 มีการรับรู้ระดับสูง ซึ่งผู้สูงอายุรับรู้ถึงประโยชน์ที่เกิดผลในทางที่ดีและเหมาะสม โดยผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ด้านการใส่ฟันเทียมแล้วสามารถช่วยทดแทนฟันที่หายไปมากที่สุด 3) การรับรู้ความรุนแรงของปัญหาในช่องปาก เมื่อใส่ฟันเทียมเดือน โดยหมอชาวบ้าน โดยภาพรวม พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 91.2 มีการรับรู้ระดับสูง ซึ่งผู้สูงอายุรับรู้ถึงความรุนแรงที่ส่งผลในด้านดี โดยผู้สูงอายุมีการรับรู้ด้านการใช้วัสดุที่ใช้ทำฟันเทียมเดือน ของหมอชาวบ้าน ไม่ได้มาตรฐานทำให้เกิดอันตรายต่อช่องปากได้มากที่สุด 4) ทศนคติต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ โดยภาพรวม พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 94.5 มีทัศนคติต่อการใส่ฟันเทียม อยู่ในระดับสูง เกิดผลในเชิงบวกต่อการใส่ฟันเทียม โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทัศนคติด้านการใส่ฟันเทียมที่เมื่อใส่แล้วไม่เจ็บและไม่หลวม คือการฟันเทียมที่ดี 5) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ โดยภาพรวม พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 82.4 ได้รับข้อมูลข่าวสารการใส่ฟันเทียม ในโครงการฟันเทียมพระราชทาน จากบุคลากรสาธารณสุขมากที่สุด และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.2 เมื่อได้รับแรงสนับสนุน ตัวผู้สูงอายุเองจะเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความต้องการการใส่ฟันเทียมมากที่สุด หลังจากผู้สูงอายุใส่ฟันเทียมไปแล้ว ส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.1 ไม่มีปัญหากลับมาแก้ไขเลย 6. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน พบว่า ภาพรวมของผู้สูงอายุ ร้อยละ 56.0 ไม่มีปัญหาต่อการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 44.0 ที่พบว่า มีปัญหาด้านคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน โดยกิจกรรมการกินอาหารและกิจกรรมการพูดการออกเสียงให้ชัดเจน เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบมากกว่ากิจกรรมด้านอื่นๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ใส่ฟันเทียมแล้วที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด

นุศรา ศรีธิยวง (2559) ผลการเปรียบเทียบระหว่างโปรแกรมทันตสุขศึกษาและแผนงานทันตสุขศึกษา ในงานอนามัยโรงเรียนต่อการดูแลสุขภาพช่องปากในนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนพิณพลราษฎร์ ตั้งตรงจิตร 12 อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับทันตสุขศึกษาหลังการทดลองสูงขึ้นก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) และค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับทันตสุขศึกษาหลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) โดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสอดแทรกในส่วนโปรแกรมทันตสุขศึกษาในงานวิจัยนี้

ธวัชชัย อภิเดชกุล และคณะ (2559) ได้ศึกษาสถานะสุขภาพชาวอาข่า จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย โดยใช้กลุ่มตัวอย่างคือชาวอาข่าทั้งหมด 550 คน สุ่มคัดเลือกจาก 20 หมู่บ้านจากทั้งหมด 243 หมู่บ้านของอาข่าในจังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาได้กล่าวว่าชาวอาข่าในประเทศไทยมีพฤติกรรมเสี่ยงหลายอย่างและมีความยากลำบากในการเข้าถึงสุขภาพเนื่องจากความสามารถในการใช้ภาษาไทยและความไม่เท่าเทียมในการเข้ารับบริการทางสาธารณสุขมีแนวโน้มที่จะสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มมากขึ้น ระดับการศึกษาที่ต่ำลง และอาศัยอยู่ในเขตชนบททางภาคเหนือของประเทศไทย ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์มีส่วนใหญ่ในชุมชนไม่สามารถพูดคุยกับคนไทยพื้นราบด้วยภาษากลางได้ ต่างจากในกลุ่มวัยอื่นๆ ที่มีเพียงสำเนียงและคำบางคำเท่านั้นที่ไม่สามารถออกเสียงให้ชัดเจนได้

อภิรักษ์ สนน้อย, ปิยาภรณ์ ศิริภานุมาศ, และสุรัชย์ ปิยานุกูล (2559) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ ผลการวิจัย พบว่า 1) สภาพคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ด้านร่างกาย สุขภาพของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดัน ด้านจิตใจ ผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นอยู่ดี อบอุ่น มีความเหมาะสมความสัมพันธ์กับครอบครัวชุมชน ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมการทำกิจกรรมพอสมควร ด้านสภาพแวดล้อม ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีความเหมาะสม 2) ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและ ด้านจิตใจ ระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านร่างกาย และ ด้านสภาพแวดล้อม 3) ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ ได้แก่ ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัว และชุมชน ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ และ ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง โดยที่ตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 5 ตัว มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ .858 สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ได้ร้อยละ 73.70 ($R^2 =$

0.737, $F = 220.63$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4) รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ผู้สูงอายุควรพัฒนาตนเองช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัวควรช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ หน่วยงานภาครัฐ เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จัดสวัสดิการ กิจกรรมเพื่อสุขภาพ ดูแลความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ อบรมให้ความรู้ จัดสิ่งอำนวยความสะดวก จัดบริการสาธารณะ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในชุมชน

เจษฎา นกน้อย, และวรรณภรณ์ บริพันธ์ (2560) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและ ปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน จังหวัดสงขลา ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุ ในจังหวัดสงขลา มีคุณภาพชีวิตในองค์ประกอบด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพและ ด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.44$, S.D. = 0.81; $\bar{X} = 4.65$, S.D. = 0.67; $\bar{X} = 4.38$, S.D. = 0.78; $\bar{X} = 4.95$, S.D. = 0.36 ตามลำดับ) ขณะที่คุณภาพชีวิตในองค์ประกอบด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.36$, S.D. = 0.52) โดยในภาพรวม พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.34$, S.D. = 0.42) ลักษณะการครอบครองที่อยู่อาศัย การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาความสุขในการดำเนินชีวิต การเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชน การอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี สะดวก และปลอดภัยแก่การใช้ชีวิต อาชีพหลักก่อนอายุ 60 ปี และความสัมพันธ์ภายในครอบครัวสามารถอธิบายคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลาได้ร้อยละ 39.2

สมรัตน์ ขำมาก (2560) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางเหล้า ผลการศึกษา พบว่า 1) ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีระดับคุณภาพชีวิต กลางๆ ร้อยละ 78.3 มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี และระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ร้อยละ 17.2 และร้อยละ 4.4 ตามลำดับ ระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ส่วนใหญ่ มีระดับคุณภาพชีวิตกลางๆ ร้อยละ 51.1 มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี และระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ร้อยละ 41.8 และร้อยละ 1.1 ตามลำดับ ระดับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ส่วนใหญ่ มีระดับคุณภาพชีวิตกลางๆ ร้อยละ 81.7 มีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี และระดับคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 13.9 และร้อยละ 4.4 ตามลำดับ ระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่ มีระดับคุณภาพชีวิตกลางๆ ร้อยละ 63.9 มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี และระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ร้อยละ 35.6 และร้อยละ 0.6 ตามลำดับ ส่วนระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้ง 4 ด้าน ส่วนใหญ่ มีระดับคุณภาพชีวิตกลางๆ ร้อยละ 74.4 มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี และระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ร้อยละ

24.4 และร้อยละ 1.1 ตามลำดับ 2) เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตตามปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และ การมีผู้ดูแล โดยปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษาและ รายได้มีคุณภาพชีวิตที่ต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนปัจจัยด้าน สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และการมีผู้ดูแล พบว่า ไม่มีความแตกต่าง

ชนินทร์ สุทธิโต (2560) ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมทันตสุขภาพ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทันตสุขภาพ โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง จำนวน 134 คน ใช้เครื่องมือ คือ แบบสอบถาม ที่วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi – Square Test) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมทันตสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทันตสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคในช่องปากมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทันตสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทันตสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

มณูเชษฐ์ มະโนธรรม และคณะ (2561) ได้ศึกษาเรื่อง ความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า กรณีศึกษาหมู่บ้านแม่มอญ ตำบลห้วยชมพู อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยกลุ่มตัวอย่างคือประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าในเขตหมู่บ้านแม่มอญ ตำบลห้วยชมพู อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 80 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเฉพาะผู้ที่มีอายุ 15-90 ปี เครื่องมือคือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้และระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยใช้สถิติ Spearman's Rank Correlation Coefficient ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 31-45 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ไม่ได้รับการศึกษา มีอาชีพรับจ้างทั่วไป นับถือศาสนาคริสต์ และไม่มีโรคประจำตัว มีระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี และไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่าง ระดับความรู้และระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และได้กล่าวว่ากลุ่มชาติพันธุ์ชาวอาข่าในประเทศไทยมีความยากลำบากในการเข้ารับบริการทางสาธารณสุขเนื่องด้วยความห่างไกลของพื้นที่อยู่อาศัย

อรพิน ปิยะสกุลเกียรติ (2561) ได้ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลท่าแค จังหวัดลพบุรี ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของ

ชุมชนมาจากการดำเนินงานระหว่างภาคประชาชนและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกัน คิดพัฒนากิจกรรมเพื่อนำไปใช้พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสุขภาพกาย สุขภาพ จิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม แนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนจากการส่งเสริมขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าแค และการตระหนักตัวของประชาชน โดยนำวัฒนธรรมท้องถิ่นมาสร้างจุดร่วมในการรวมพลังชุมชนอย่างเข้มแข็ง ใช้หลักการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยอาศัยจิตสำนึกรับผิดชอบต่อส่วนรวมของอาสาสมัครที่มีความพร้อมในการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน

ประยูร อิมิวัตร์ (2562) ได้ศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยใช้ศูนย์การเรียนรู้ชุมชนเป็นฐาน ผลการสำรวจระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลห้วยม มี 3 ระดับ คือ 1) ระดับคุณภาพชีวิตที่ดี เปรียบเสมือนกับผู้สูงอายุที่ติดสังคม 2) ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง เปรียบเสมือนกับผู้สูงอายุที่ติดบ้าน 3) ระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี เปรียบเสมือนกับผู้สูงอายุที่ติดเตียง ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มี 3 ปัจจัย คือ 1) เรื่องที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องรู้ 2) เรื่องที่ผู้สูงอายุควรรู้หรือน่าจะรู้ 3) เรื่องที่ควรเพิ่มเติมให้กับผู้สูงอายุได้รับรู้ และผลการสังเคราะห์แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุโดยใช้ศูนย์การเรียนรู้ชุมชนเป็นฐาน มี 5 แนวทางปฏิบัติ คือ 1) กิจกรรมร้อยคนร้อยดวงใจร้อย ความห่วงใยแก่ผู้สูงวัยในชุมชน 2) กิจกรรมกองทุนหนึ่งวันหนึ่งบาทเพื่อเติมโอกาสแก่ผู้ยากไร้ในชุมชน 3) กิจกรรมหมอน้อย คอยอาสา 4) โรงเรียนผู้สูงอายุสาขาระดับหมู่บ้าน 5) โรงเรียนผู้สูงอายุระดับตำบล และสร้างระบบการดูแลการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นภารกิจใหม่ต่อไปในอนาคต

Zhang, Luk, Arthur, & Wong (2001) ได้ศึกษาถึงสมรรถนะที่มีผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ชาวจีนจำนวน 50 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างต้องรายงานเหตุการณ์ที่สำคัญและถูกต้องเกี่ยวกับการทำงานของพวกเขาจำนวน 82 เหตุการณ์ตามวิธีการของ McBer ผลการศึกษา พบว่า มี 10 สมรรถนะ รวมทั้งความเข้าใจระหว่างบุคคล ความมุ่งมั่น การรวบรวมข้อมูลและอื่นๆ ซึ่งสมรรถนะของแต่ละคนแสดงออกโดยตัวชี้วัดพฤติกรรม สรุปได้ว่า ทักษะ คุณลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจและทัศนคติ ทั้งหมดนี้นำไปสู่ผลการดำเนินงานทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ผลการวิจัยช่วยในการวิเคราะห์และพัฒนาขีดความสามารถทางการพยาบาลและทำให้ได้พฤติกรรมการทำงานที่เป็นจริงสำหรับการศึกษากิจการพยาบาลและการจัดการ

Kwan, Petersen, Pine, & Borutta (2005) ทำการศึกษาเกี่ยวกับโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ : โอกาสสำหรับการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก พบว่า โรงเรียนให้ความสำคัญกับการส่งเสริม

สุขภาพซึ่งสามารถเข้าถึงเด็กกว่าพันล้านคนทั่วโลกโดยผ่านเจ้าหน้าที่ของโรงเรียน ครอบครัวและชุมชน การส่งเสริมสุขภาพสามารถทำได้ตลอดเวลาซึ่งมีอิทธิพลมากในชีวิตของเด็กๆ ทำให้พวกเขาพัฒนาทักษะและทัศนคติอย่างยั่งยืนตลอดชีวิต สุขภาพช่องปากที่ไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กทั้งที่โรงเรียนและการประสบความสำเร็จในชีวิตการทำงานในอนาคต งานวิจัยฉบับนี้จะตรวจสอบความต้องการในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียน โรงเรียนทั่วโลกมีความคิดริเริ่มเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปากที่มีศักยภาพโดยใช้โปรแกรมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนในกรอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งความท้าทายที่ต้องเผชิญในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและจะเน้นที่ประเทศที่กำลังพัฒนา คือ ความสำคัญของการใช้กรอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพและวิธีการที่เหมาะสมซึ่งจะเน้นความสำคัญที่การประเมินผลโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

Irvine (2005) ได้ทำการสำรวจสมรรถนะในการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพในด้านเกี่ยวกับสมรรถนะหลักที่ต้องการของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิในการตอบสนองต่อบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โดยในปีที่ผ่านมาสหราชอาณาจักรได้ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพในระดับปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้นและการส่งเสริมสุขภาพได้กลายเป็นสิ่งสำคัญมากขึ้นสำหรับพยาบาลที่ทำงานในชุมชน แต่อย่างไรก็ตามการพิจารณาบทบาทของพยาบาลที่ทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพในระดับปฐมภูมียังค่อนข้างถูกจำกัด ในการศึกษาครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น จำนวน 72 คน มีแบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยได้รับการตอบกลับของแบบสอบถาม ร้อยละ 86, 87.5 และ 78.9 ตามลำดับ ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิต้องมีความสามารถในการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพโดยมีการจัดหมวดหมู่ที่ชัดเจน คือ ด้านความรู้ 8 หมวด ด้านทัศนคติ 7 หมวด และด้านการปฏิบัติ 8 หมวด ซึ่งสอดคล้องกับสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ

Bernabé, Ludeña, & Beltrán Neira (2006) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเองด้านทันตสาธารณสุขของผู้สำเร็จการศึกษาจากคณะ Stomatology ของ Universidad Peruana Cayatano Heredia กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สำเร็จการศึกษาจำนวน 119 คน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติงานด้านทันต-กรรม พบว่า ผู้สำเร็จการศึกษาประเมินตนเองว่า มีความสามารถในการปฏิบัติงานด้านทันต-สุขภาพในระดับสูงมาก ผู้สำเร็จการศึกษาเพศชายประเมินตนเองว่ามี

ความสามารถสูงกว่าเพศหญิงในด้านการพัฒนาและประเมินชุมชน การบำรุงรักษาอุปกรณ์และเครื่องมือทางทันตกรรม การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา โดยสรุป ผู้สำเร็จการศึกษามีการรับรู้ความสามารถตนเองด้านโครงสร้างสุขภาพของประชาชน มีการรับรู้ความสามารถตนเองด้านการแก้ปัญหาความต้องการด้านทันตสุขภาพระดับชุมชนในระดับสูง ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นหลักฐานสนับสนุนเพิ่มเติมในด้านความสามารถของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรทันตกรรมของคณะ Stomatology ของ Universidad Peruana Cayetano Heredia

Nontapet, Isaramalai, Petpichatchain, & Brooks (2008) ได้ศึกษาถึงโครงสร้างของสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิของประเทศไทย นับตั้งแต่การนำนโยบายให้พยาบาลวิชาชีพลงไปปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิทั่วประเทศเป็นต้นมา ซึ่งกรอบในการปฏิบัติงานด้านสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิยังไม่ได้มีการกำหนดไว้เป็นที่ชัดเจน ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการสำรวจแนวคิดและโครงสร้างของสมรรถนะในการดูแลสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิของประเทศไทย การวิจัยได้แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งระดับชาติและนานาชาติ ระยะที่ 2 การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะในหน่วยบริการปฐมภูมิแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ประกอบด้วย การสื่อสาร การประสานงาน การทำงานเป็นทีม การมีส่วนร่วมในสังคม การทำงานร่วมกันและการอำนวยความสะดวก 2) ด้านการจัดการดูแลรวมถึงการจัดการระบบ การจัดการทรัพยากร การจัดการคุณภาพ การจัดการข้อมูลและการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 3) ด้านการให้บริการแบบบูรณาการ ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาฟื้นฟู การดูแลต่อเนื่องและการดูแลแบบองค์รวม 4) ด้านความรับผิดชอบอย่างมืออาชีพที่ประกอบด้วย คุณธรรม การเคารพสิทธิผู้ป่วย มีจรรยาบรรณ มีความเชี่ยวชาญในงานและการพัฒนาตนเองอยู่เสมอ

Tai, Jiang, Du, & Peng (2009) ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากนักเรียนของโรงเรียนในเมืองหูเป่ย์ ประเทศจีนโดยนำแนวคิดโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลกมาใช้กับนักเรียนชั้นประถมศึกษา โดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 661 คนจาก 7 โรงเรียนเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมจำนวน 697 คนจาก 8 โรงเรียน เก็บรวบรวมข้อมูลจากการตรวจทางคลินิกเกี่ยวกับโรคฟันผุ การสะสมของแผ่นคราบจุลินทรีย์และการมีเลือดออกบริเวณร่องเหงือก และใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลด้าน

พฤติกรรม โดยใช้เวลาในการศึกษา 3 ปี ผลการทดลอง พบว่า โรงเรียนที่เป็นกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) เพิ่มขึ้นเป็น 0.22 โรงเรียนที่เป็นกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) 0.35 กลุ่มทดลองมีการบูรณะฟันและเคลือบหลุมร่องฟันมากกว่ากลุ่มควบคุม และยังพบว่า กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เช่น การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการลดอัตราการเกิดโรคฟันผุซ้ำ การดูแลสุขภาพช่องปากและการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากเชิงบวกของเด็กในโรงเรียนเป้าหมาย

Bagramian, Garcia-Godoy, & Volpe (2009) ได้ศึกษาถึงอัตราการเกิดโรคฟันผุที่เพิ่มขึ้นทั่วโลกซึ่งถือเป็นวิกฤตสุขภาพของประชาชน จากข้อมูลทางระบาดวิทยาที่มีอยู่ในหลายประเทศได้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ความชุกของโรคฟันผุได้เพิ่มขึ้นโดยมีอัตราการเพิ่มขึ้นทั่วโลกทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ทั้งตัวฟันและรากฟันในฟันถาวร การเพิ่มขึ้นของโรคฟันผุนี้ถือเป็นสัญญาณวิกฤตสุขภาพของประชาชน แม้ว่าจะมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันเกี่ยวกับการเพิ่มขึ้นของอัตราการเกิดโรคฟันผุ เมื่อมองกลับไปทีกลยุทธ์ด้านสุขภาพของประชาชนในอดีตที่ประสบความสำเร็จ เช่น การรณรงค์ใส่ฟลูออไรด์ในน้ำดื่มที่ได้นำกลับมาใช้ใหม่ การใช้ฟลูออไรด์เฉพาะที่ โปรแกรมการให้ทันตสุขศึกษาในโรงเรียน การให้ความสำคัญกับการแปรงฟันที่ถูกวิธี ด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ การใช้ไหมขัดฟัน การมีโภชนาการที่เหมาะสม เป็นต้น หากประเทศต่างๆ ไม่เริ่มต้นนำกิจกรรมเหล่านี้กลับมาดำเนินการอาจมีผลกระทบร้ายแรงต่อสุขภาพช่องปากของประชากรโลกในอนาคต (และระบบสุขภาพ) เช่นเดียวกับการที่วิชาชีพทันตกรรมที่มีการเพิ่มขึ้นของอัตราค่าใช้จ่ายในการให้บริการทันตกรรมเพิ่มสูงขึ้น

Saied, Virtanen, Vehkalahti, Tehranchi, & Murtomaa (2009) ได้ทดลองใช้กิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพเหงือกในนักเรียนกลุ่มอายุ 9-12 ปี ใน 16 โรงเรียนของกรุงเทพมหานคร ประเทศอิหร่าน โดยแบ่งนักเรียนออกเป็น-กลุ่มทดลอง 3 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม แต่ละกลุ่มได้รับกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแตกต่างกันคือ กลุ่มที่ 1 ประกอบด้วยนักเรียนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 115 คน ได้รับกิจกรรมผ่านการทำงานของชั้นเรียนเป็นชุดจิ๊กซอว์ที่มีข้อความเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากภายใต้การดูแลของผู้ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ กลุ่มที่ 2 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 114 คน ได้รับกิจกรรมผ่านทางผู้ปกครองผ่านพับความรู้ด้านสุขภาพช่องปากและไดอารี่สำหรับการดูแลการแปรงฟันเด็ก กลุ่มที่ 3 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 111 คน ได้รับกิจกรรมทั้ง 2 กิจกรรมที่ให้กับกลุ่มที่ 1 และ 2 รวมกัน ส่วนกลุ่มควบคุมมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 117 คน ไม่ได้รับกิจกรรมใดๆ เลย ประสิทธิภาพของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากประเมินจากการเปลี่ยนแปลง

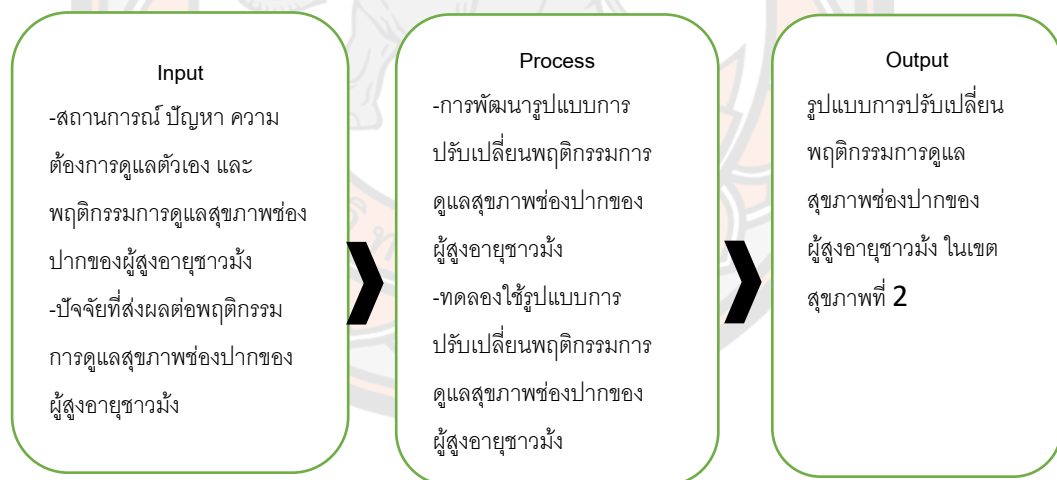
ของแผ่นคราบจุลินทรีย์ในช่องปากและการมีเลือดออกบริเวณเหงือก ผลการทดลอง พบว่า หลังการทดลองนักเรียนกลุ่มที่ได้รับการช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพช่องปากจากผู้ปกครองและกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมทั้งสองอย่างรวมกันมีสุขภาพเหงือกที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมผ่านการทำงานของชั้นเรียนสุขภาพเหงือกไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม และพบว่า ในกลุ่มทดลองเด็กหญิงมีสุขภาพเหงือกดีกว่าเด็กชาย ส่วนการศึกษาของผู้ปกครองไม่มีผลต่อสุขภาพเหงือกที่ดีขึ้น

Monse, Naliponguit, Belizario, Benzian, & van Palenstein Helderma (2010) ได้ศึกษาแผนการดูแลสุขภาพที่จำเป็นสำหรับเด็ก: โครงการ/กิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับโรงเรียนในฟิลิปปินส์ พบว่า โรคที่มีความชุกสูงในคนยากจน ได้แก่ โรคท้องเสีย การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อปรสิตและโรคฟันผุในเด็กของประเทศกำลังพัฒนา โดยได้มีการเรียกร้องให้กลับมาเห็นความสำคัญของหลักการดูแลสุขภาพที่เน้นการป้องกันโรค สำหรับโครงการ/กิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับโรงเรียนในฟิลิปปินส์นั้นขึ้นอยู่กับคำแนะนำระหว่างประเทศ และความเป็นไปได้ของกลยุทธ์ที่มีต้นทุนต่ำและเป็นจริงได้โดยใช้หลักการของการส่งเสริมสุขภาพที่ระบุไว้ในกฎบัตรรอตตาวา รากฐานที่สำคัญของโครงการ/กิจกรรมคือ การใช้โครงสร้างของโรงเรียนในการดำเนินกลยุทธ์ในการป้องกันสุขภาพ โครงการ/กิจกรรมพื้นฐานง่ายๆ เช่น การล้างมือด้วยสบู่ การแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์และอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อโครงการ/กิจกรรม โดยโครงการ/กิจกรรมที่ประสบผลสำเร็จนี้จะครอบคลุมประชากรเด็กจำนวน 630,000 คนใน 22 จังหวัด และวางแผนว่าอนาคตจะครอบคลุมประชากรเด็ก 6 ล้านคนในอีก 3 ปีข้างหน้า โดยโครงการ/กิจกรรมนี้เป็นความร่วมมือระหว่างกรมศึกษาธิการของฟิลิปปินส์กับหน่วยงานรัฐบาลท้องถิ่นโดยการสนับสนุนการจัดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพจากการพัฒนาความร่วมมือของเยอรมนีและ GlaxoSmithKline

Doherty, Blinkhorn, & Vane (2010) ได้ประเมินความชุกของโรคฟันผุในหมู่เกาะแปซิฟิก โดยวิธีการทบทวนวรรณกรรมจากบทความ วารสารที่เป็นภาษาอังกฤษ และสถานะสุขภาพช่องปาก สถิติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ปี 1970 ผ่านทางเว็บไซต์ขององค์การอนามัยโลกและสำนักเลขาธิการแปซิฟิกชุมชน พบว่า เขตเมืองมีประสบการณ์ฟันผุสูงกว่าเขตชนบท อัตราการเกิดโรคฟันผุที่เพิ่มขึ้นเชื่อมโยงกับการบริโภคน้ำตาลที่เพิ่มขึ้น ค่าเฉลี่ยฟันผุในเด็กอายุ 5-10 ปีที่สำรวจในปี 1963 อยู่ที่ 3.0 และเพิ่มขึ้นเป็น 5.0 ในปี 1999 ผลกระทบของการดำเนินงาน ได้แก่ การสำรวจทางระบาดที่ได้มาตรฐานมีความจำเป็นต่อข้อมูลด้านสุขภาพช่องปากในภูมิภาคซึ่งเอกสารเหล่านี้ต้องมีความเป็นปัจจุบัน วิธีการทำงานร่วมกันในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากควร

นำมาซึ่งความร่วมมือระหว่างประเทศและหน่วยงานอื่นๆ ด้านการดูแลสุขภาพ เพื่อให้แน่ใจว่ากลยุทธ์การป้องกันที่มีประสิทธิภาพจะได้รับการพัฒนา

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยด้านทันตสาธารณสุขที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎีเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การหาปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคฟันผุและการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพ ดังเช่น การวิจัยของอรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง ที่ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพของนักเรียนโรงเรียนบ้านหนองปรือคิมม่วง อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้การวางแผนแบบมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางการส่งเสริมด้านทันตสุขภาพชาวม้ง ซึ่งเป็นการศึกษาอย่างเป็นระบบโดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันร่วมกับการสนทนากลุ่ม ในกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มเจ้าหน้าที่ อบต. และกลุ่มเจ้าหน้าที่ รพสต. ที่รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขและนำข้อมูลทั้งหมดมาสังเคราะห์เป็นแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในภาพ 8



ภาพ 8 แสดงกรอบแนวคิดกระบวนการวิจัย

ขั้นตอนการวิจัย

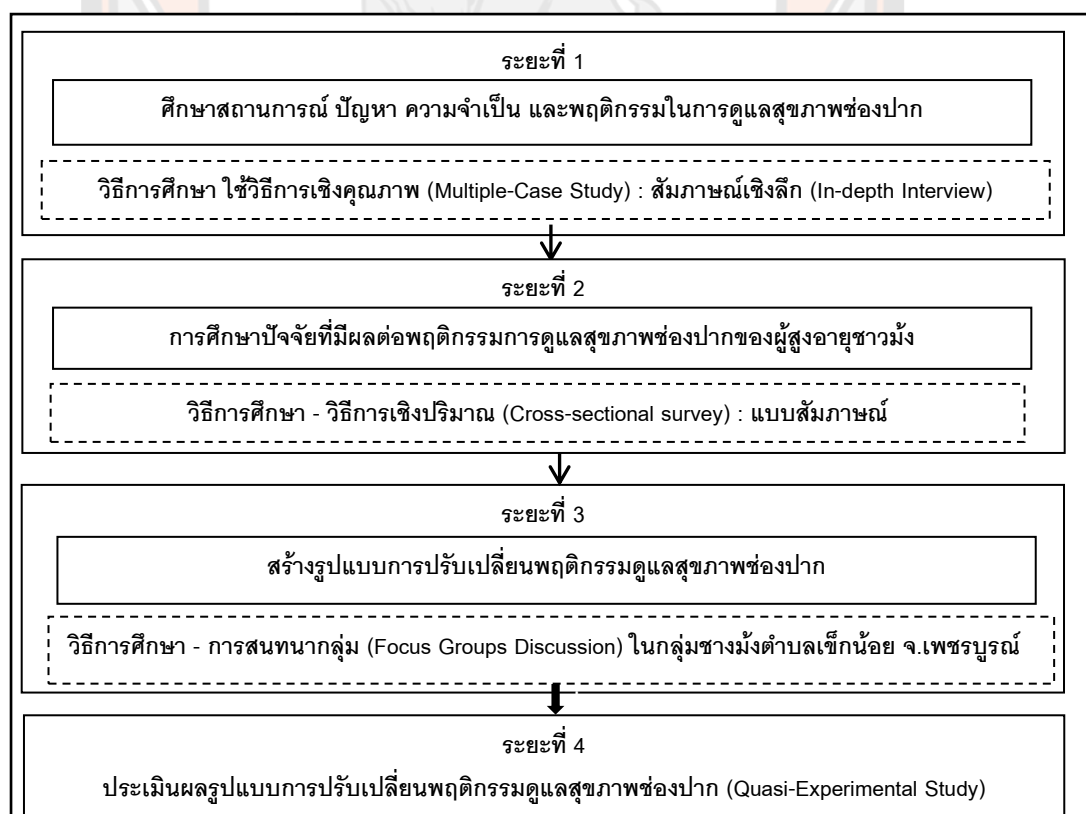
การวิจัยเพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในผู้สูงอายุชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 ครั้งนี้ได้ทำการศึกษาสภาพการณ์ของการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุขร่วมกับการศึกษาประเด็นและปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในผู้สูงอายุ และได้บูรณาการความคิดเห็นจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) นำมาสังเคราะห์เป็นกรอบในการศึกษาวิจัย โดยมีขั้นตอนการวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะคือ

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความจำเป็น ในการดูแลสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง

ระยะที่ 2 ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวม้ง

ระยะที่ 3 เพื่อสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวม้ง

ระยะที่ 4 เพื่อประเมินผลรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวม้ง รายละเอียดดังภาพ 9



ภาพ 9 แสดงขั้นตอนการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

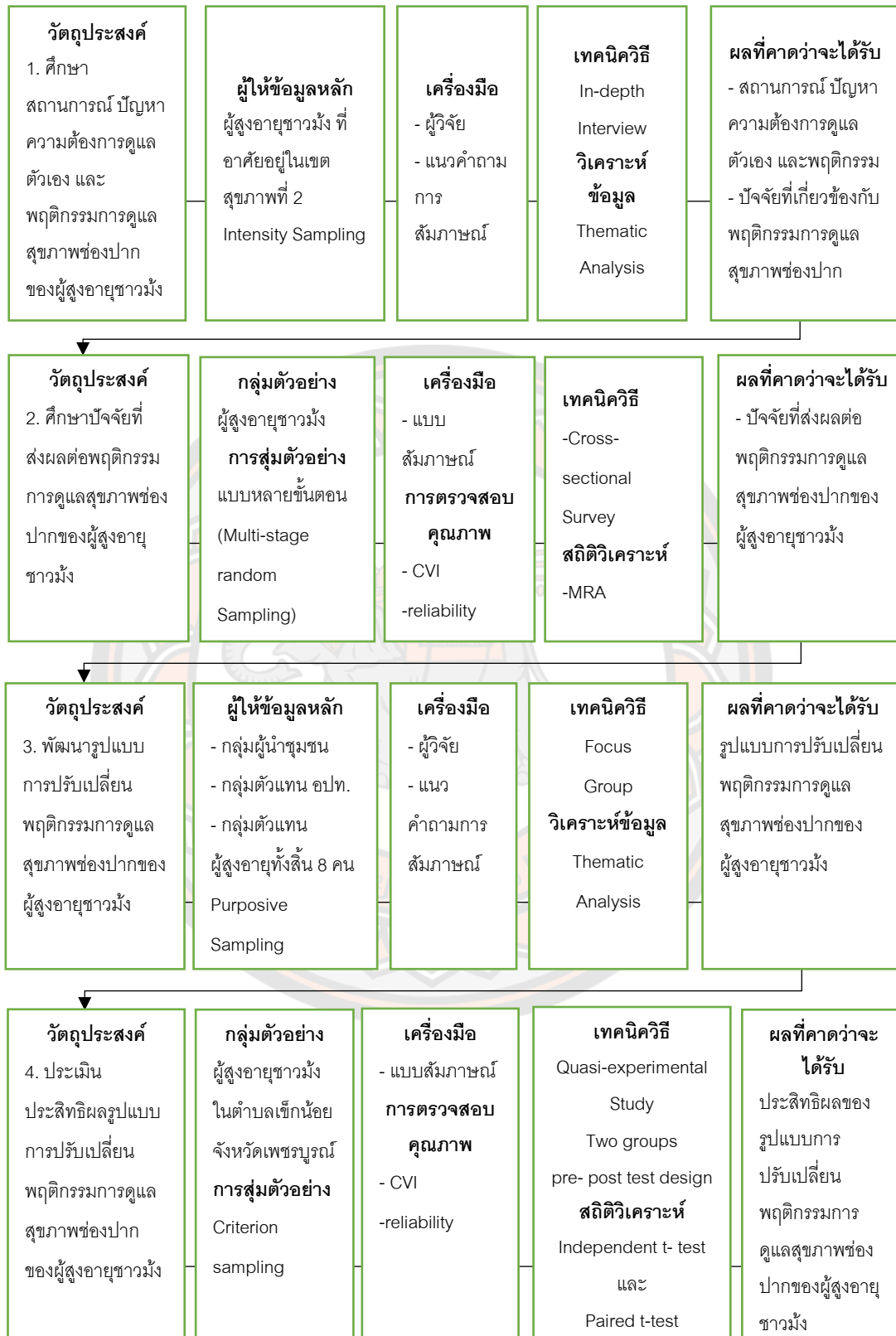
การศึกษานี้ เพื่อการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในกลุ่มชาติพันธุ์ (ชาวม้ง) สำหรับเขตสุขภาพที่ 2 ครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ชนิด Sequential Mixed Methods ทั้งระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ชนิด Collective case study และระเบียบวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ด้วยการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey) โดยการแสวงหาความรู้ความจริงตามกระบวนทัศน์ (paradigm) ของงานวิจัยนี้ คือ ปฏิบัตินิยม (Pragmatism) โดยทำการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) แล้วจึงทำการศึกษาเชิงปริมาณ ในกลุ่มชาติพันธุ์ (ชาวม้ง) สำหรับเขตสุขภาพที่ 2 โดยแบ่งกระบวนการวิจัยออกเป็น 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความจำเป็น โดยการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การดูแลสุขภาพช่องปากและแนวทางในการประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง

ระยะที่ 2 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวม้ง โดยการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยวิธีการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ใช้แบบสัมภาษณ์เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ปัจจัยต้านแรงสนับสนุนทางสังคม นำข้อมูลที่ได้มาหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2

ระยะที่ 3 เพื่อสร้างรูปแบบการประเมินและดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวม้ง โดยการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อรวบรวมความคิดเห็นนำไปพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวม้ง

ระยะที่ 4 นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ โดยใช้วิธีการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวม้ง ก่อนและหลังการทดลอง และนำผลที่ได้ไปสรุปเป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 โดยมีรายละเอียด ดังภาพ



ภาพ 10 แสดงความสัมพันธ์ในการดำเนินการวิจัยในแต่ละระยะ

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความจำเป็น ในการดูแลสุขภาพช่องปากและ แนวทางในการประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงคุณภาพแบบ case study ชนิด collective case study โดยได้วางแผนการวิจัยเกี่ยวกับพื้นที่ในการศึกษา ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา การกำหนดขนาดตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและการวิเคราะห์ข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

พื้นที่ศึกษา เป็นการศึกษาในตำบลเข็กน้อย อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์

ผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบ Intensity sampling จำนวน 10 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงประเด็นวิจัย หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึก (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุชาวม้ง อายุ 60 ปี ขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารตอบแบบสัมภาษณ์ได้
3. เป็นผู้ที่สามารถประสานงานได้สะดวก สามารถสละเวลาให้ได้และยินดีเข้าร่วมการวิจัย
4. เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่นั้นๆ ไม่ต่ำกว่า 5 ปี

เกณฑ์ถอดถอนจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (Withdrawal Criteria)

1. เป็นผู้ที่เมื่อดำเนินการสัมภาษณ์ไปแล้วรู้สึกอึดอัดในการตอบคำถาม
2. เป็นผู้ที่ขอถอนตัวระหว่างการสัมภาษณ์

เทคนิควิธีดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล

วัสดุที่ใช้ในการดำเนินงาน เทปบันทึกเสียง คอมพิวเตอร์และแผ่นบันทึกข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ ในขั้นตอนนี้มีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ ตัวผู้วิจัยและแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็นเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพช่องปาก ได้แก่

1. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่
2. ที่ผ่านมามีความดูแลสุขภาพช่องปากของท่านอย่างไรบ้าง และท่านจะทำอย่างไรต่อไปเมื่อท่านมีปัญหาต่างๆ

3. ที่ผ่านมามีปัญหาด้านสุขภาพช่องปากของท่านเป็นอย่างไร ท่านคิดว่ามาจากสาเหตุใด
4. ท่านมีการดำเนินการแก้ไขปัญหานั้นอย่างไร
5. ท่านมีความคาดหวังอย่างไรต่อสภาวะทันตสุขภาพของท่าน
6. ท่านคิดว่าการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านทันตสุขภาพในพื้นที่ที่มีปัญหาหรืออุปสรรคอะไรถึงทำให้ผลการดำเนินงานยังไม่ถึงจุดที่ท่านคาดหวังไว้
7. ท่านคิดว่าการดูแลสุขภาพช่องปากควรมีแนวทางอย่างไร

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาจำแนกโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Thematic Analysis) เพื่อนำมาใช้ในการแยกแยะข้อมูล การสร้างรหัสข้อมูล จัดกลุ่มข้อมูล โดยเริ่มจากการสร้างความคุ้นเคยกับข้อมูลด้วยการอ่านบันทึกจากการถอดเทปการสัมภาษณ์เชิงลึกอย่างละเอียด คำต่อคำ บรรทัดต่อบรรทัด แล้วจึงทำการสร้างรหัสข้อมูลด้วยการจัดกลุ่มข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ ต่อมาจึงทำการสร้างประเด็นโดยจะทำการวิเคราะห์รหัสข้อมูลและพิจารณาหาคำที่เหมือนกันเข้าไว้ด้วยกัน แล้วจึงทำการทบทวนประเด็นด้วยการรวมประเด็นเดียวกันเข้าไว้ด้วยกันและแยกประเด็นที่ต่างกันรวมกลุ่มไว้ เพราะอาจมีบางประเด็นที่ทับซ้อนกัน ขั้นตอนต่อมาเป็นการกำหนดและตั้งชื่อประเด็น ในขั้นตอนนี้จะได้ประเด็นที่ผ่านการกลั่นกรองและจัดหมวดหมู่แล้วซึ่งจะทำให้มองเห็นภาพรวมทั้งหมด และขั้นตอนสุดท้ายเป็นการจัดทำรายงาน (สุภาภรณ์ สุดหนองบัว, 2555)

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) (สุภาภรณ์ จันทวานิช, 2553, น. 128-130) ได้แก่ การตรวจสอบข้อมูลก่อนการวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ความครบถ้วน และคุณภาพของข้อมูลโดยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ซึ่งมีวิธีการตรวจสอบ 4 แบบ (Denzin, 1970) ดังนี้

1. ด้านข้อมูล (Data Triangulation) คือ การตรวจสอบข้อมูลในลักษณะต่างเวลา ต่างสถานที่ ต่างบุคคล ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลที่ได้รับจะเหมือนเดิมหรือไม่
2. ด้านผู้วิจัย (Investigation Triangulation) คือ การตรวจสอบข้อมูลโดยการใช้ผู้วิจัยที่แตกต่างกันในการเก็บรวบรวมข้อมูล จะได้ข้อมูลต่างกันอย่างไร
3. ด้านทฤษฎี (Theory Triangulation) คือ การตรวจสอบข้อมูลโดยการใช้แนวคิดทฤษฎีต่างไปจากเดิม จะทำให้เกิดการตีความข้อมูลแตกต่างกันเล็กน้อยเพียงใด

4. ด้านวิธีการ (Methodological Triangulation) คือ การตรวจสอบข้อมูลโดยการใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการต่างๆ กัน เพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน ข้อมูลที่ได้รับจะสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันหรือไม่

ระยะที่ 2 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวม้ง

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงปริมาณ ศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) โดยได้วางแผนการวิจัยเกี่ยวกับพื้นที่ในการศึกษา ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา การกำหนดขนาดตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและการวิเคราะห์ข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

พื้นที่ศึกษา ผู้วิจัยกำหนดพื้นที่ในการศึกษาเป็นเขตสุขภาพที่ 2 ทั้ง 5 จังหวัด ได้แก่ พิษณุโลก, เพชรบูรณ์, อุตรดิตถ์, ตาก และ สุโขทัย

ประชากรที่ศึกษา ในการศึกษาคั้งนี้มีประชากรที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุชาวม้งในเขตสุขภาพที่ 2 (ประชากรม้ง ทั้งหมด จำนวน 86,402 คน)

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุชาวม้ง อายุ 60 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารตอบแบบสัมภาษณ์ได้
3. เป็นผู้ที่สามารถประสานงานได้สะดวก สามารถสละเวลาให้ได้และยินดีเข้าร่วมการวิจัย
4. เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่นั้นๆ ไม่ต่ำกว่า 5 ปี

เกณฑ์ถอดถอนจากการสัมภาษณ์ (Withdrawal Criteria)

1. เป็นผู้ที่เมื่อดำเนินการสัมภาษณ์ไปแล้วรู้สึกอึดอัดในการตอบคำถาม
2. เป็นผู้ที่ขอถอนตัวระหว่างการสัมภาษณ์

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากประชากรมีขนาดใหญ่และไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน ดังนั้นขนาดตัวอย่างสามารถคำนวณได้จากสูตรประเภทที่ไม่ทราบจำนวนประชากร

Khazanie (1996) ได้เสนอสูตรคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างไว้ให้ใช้งานในกรณีศึกษาค่าเฉลี่ยประชากรแต่ไม่ทราบจำนวนประชากร (หรือประชากรมีจำนวนมากตั้งแต่ 30,000 คนไป จนถึงจำนวนอนันต์ก็สามารถใช้สูตรนี้ได้) คือ

$$n = \left(\frac{Z_{\alpha/2} \sigma}{E} \right)^2$$

โดย

n = จำนวนตัวอย่าง

$Z_{\alpha/2}$ = คะแนนมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น $(1 - \alpha)100\%$

σ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากร

E = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้

กรณีไม่ทราบจำนวนประชากรและไม่ทราบค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากร (σ) เมื่อกำหนดให้ความเชื่อมั่นที่ 95% และกำหนดให้ความคลาดเคลื่อน (E) เป็น 1 ส่วนใน 10 ส่วนของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานประชากร (σ) (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2551) ได้แนะนำไว้ว่าให้คลาดเคลื่อนได้ตั้งแต่ 1 ส่วนใน 5 ส่วน ถึง 1 ส่วนใน 20 ส่วนของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานประชากร (σ) จึงคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างหรือจำนวนตัวอย่างได้ 385 ราย โดยใช้สูตรของ Khazanie (1996) เพื่อการศึกษาวิจัยค่าเฉลี่ยประชากรโดยที่ไม่ทราบจำนวนประชากร ดังนี้

$$\text{จากสูตร } n = \left(\frac{Z_{\alpha/2} \sigma}{E} \right)^2$$

โดยให้

n = จำนวนตัวอย่าง

$Z_{\alpha/2}$ = คะแนนมาตรฐาน ซึ่งในที่นี้กำหนดไว้ให้ความเชื่อมั่นที่ 95% จึงได้ $\alpha = 0.05$

(ทั้งนี้จาก $(1 - 0.05)100\% = 95\%$) ซึ่งจะได้คะแนนมาตรฐาน $Z_{\alpha/2} = Z_{0.05/2} = Z_{0.025} = 1.96$

σ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากร (ซึ่งในที่นี้ยังไม่ทราบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากร)

E = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้ซึ่งในที่นี้กำหนดให้เท่ากับ 1 ส่วนใน 10 ส่วนของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากร (σ) หรือ $\sigma/10$ นั่นเอง

แทนค่าลงในสูตรได้ดังนี้

$$n = \left(\frac{1.96 \sigma}{\frac{\sigma}{10}} \right)^2$$

$$n = \left(\frac{1.96 \sigma 10}{\sigma} \right)^2$$

$$n = [1.96(10)]^2$$

$$n = (19.6)^2$$

$$n = 384.16$$

$$n = 385$$

(โดยปัดเศษทศนิยมขึ้น หรือ Rounded upward เป็นจำนวนเต็มเสมอ)

นั่นคือ “กรณีที่ไมทราบจำนวนประชากร เมื่อกำหนดความเชื่อมั่นที่ 95% และกำหนดให้ความคลาดเคลื่อนเป็น 1 ส่วนใน 10 ส่วนของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานประชากร (σ) ก็จะได้จำนวนตัวอย่าง 385 ราย” (ส่วนใหญ่จะใช้ระดับความเชื่อมั่น 95% ทำให้ได้ $\alpha = 0.05$ ทั้งนี้จาก $(1 - 0.05)100\% = 95\%$ และได้คะแนนมาตรฐาน $Z_{\alpha/2} = Z_{0.05/2} = Z_{0.025} = 1.96$)

เก็บตัวอย่างเพิ่มมากขึ้นจาก 385 ราย เป็น 400 ราย โดยกำหนดให้ค่าความคลาดเคลื่อนและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานยังคงเดิม อันจะทำให้ได้ระดับความเชื่อมั่นที่สูงขึ้นเป็น 95.44% สูงกว่าระดับ 95% ที่ได้ตั้งขึ้นไว้ซึ่งถือว่าดีขึ้นกว่าเดิม

ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ คือ 400 คน ผู้วิจัยจำแนกกลุ่มตัวอย่างรายจังหวัด ของเขตสุขภาพที่ 2 ทั้ง 5 จังหวัด ได้แก่ พิษณุโลก, เพชรบูรณ์, อุตรดิตถ์, ตาก และสุโขทัย

การสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยทำการสุ่มแบบแบ่งประเภท (Stratified random sampling) จากประชากรชาวม้งของเขตสุขภาพที่ 2 ทั้ง 5 จังหวัด ได้แก่ พิษณุโลก, เพชรบูรณ์, อุตรดิตถ์, ตาก และ สุโขทัย และทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่กลับคืน โดยจำแนกตามสัดส่วนของประชากรแต่ละจังหวัด ตามตาราง 1

ตาราง 1 แสดงสัดส่วนตัวอย่างต่อประชากรในแต่ละจังหวัด

ลำดับ	จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2	สัดส่วนประชากร (คน)
1	พิษณุโลก	100
2	เพชรบูรณ์	100
3	อุตรดิตถ์	-
4	ตาก	100
5	สุโขทัย	100
	รวม	400

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการค้นคว้าตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหาและผลของการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยแบ่งแบบสัมภาษณ์ออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสัมภาษณ์แบบเลือกตอบเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ลักษณะครอบครัว สถานภาพสมรส รายได้ การศึกษา โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม

เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยเป็นข้อคำถามด้านความรู้ มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบ ถูก-ผิด โดยแบ่งระดับของคะแนนดังนี้

0 หมายถึง ตอบผิด

1 หมายถึง ตอบถูก

ข้อคำถามด้านทัศนคติ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การเข้าถึงบริการ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) โดยแบ่งระดับของคะแนน ดังนี้

5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

4 หมายถึง เห็นด้วย

3 หมายถึง ไม่แน่ใจ

2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม

เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเกี่ยวกับ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเงิน ด้านการช่วยเหลือ ด้านสิ่งของ และด้านอารมณ์ โดยลักษณะข้อคำถามจำแนกออกเป็น โดยมีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) โดยแบ่งระดับของคะแนนดังนี้

5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

4 หมายถึง เห็นด้วย

3 หมายถึง ไม่แน่ใจ

2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 คือ ปัจจัยด้านการใช้สมุนไพร โดยมีลักษณะเป็นข้อคำถาม ใช่-ไม่ใช่ โดยแบ่งระดับของคะแนนดังนี้

0 หมายถึง ไม่ใช่

1 หมายถึง ใช่

ส่วนที่ 5 ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง โดยมีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) โดยแบ่งระดับของคะแนนดังนี้

5 หมายถึง ปฏิบัติทุกวัน (7วัน/สัปดาห์)

4 หมายถึง ปฏิบัติประจำ (5-6วัน/สัปดาห์)

3 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3-4วัน/สัปดาห์)

2 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง (1-2วัน/สัปดาห์)

1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ (0วัน/สัปดาห์)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบและหาคุณภาพเครื่องมือวัดที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 2 ดังนี้

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.811 เมื่อสร้างแบบสัมภาษณ์เสร็จ ผู้วิจัยได้ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพแบบสัมภาษณ์นั้น ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติไว้ดังต่อไปนี้

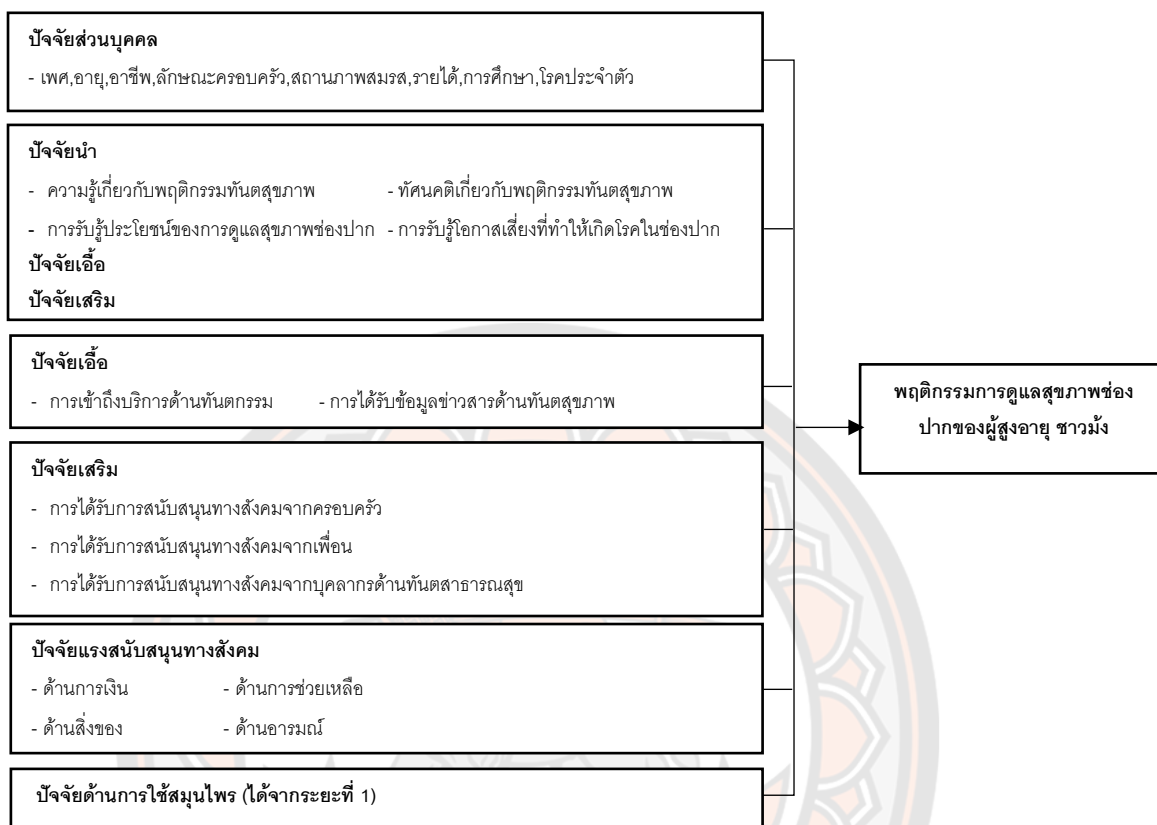
1.1 เป็นทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ไม่น้อยกว่า 10 ปี จำนวน 1 ท่าน

1.2 เป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับกลุ่มชาติพันธุ์ (ชาวม้ง) ไม่น้อยกว่า 10 ปี จำนวน 1 ท่าน

1.3 เป็นบุคลากรทางการศึกษาที่รับผิดชอบงานด้านทันตสาธารณสุขในวิทยาลัย/มหาวิทยาลัย จำนวน 1 ท่าน

2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแก้ไขตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มชาติพันธุ์ (ชาวม้ง) ของเขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 30 คน จากนั้น นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach (Cronbach's Alpha Coefficients) ได้เท่ากับ 0.809

กรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 2



ภาพ 11 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 2

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. หลังจากผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวรถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, เพชรบูรณ์, อุตรดิตถ์, ตาก และ สุโขทัย เพื่อขออนุญาตทำการวิจัยและเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยประสานงานด้วยตนเองกับหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดพิษณุโลก, เพชรบูรณ์, อุตรดิตถ์, ตาก และ สุโขทัย เพื่อแนะนำตัว อธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยเข้าพื้นที่เพื่อเตรียมทีมในพื้นที่และสร้างความคุ้นเคย
4. ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เป้าหมาย จนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด

5. รวบรวมแบบสัมภาษณ์ที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

6. นำแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดที่มีข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์มาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์และนำมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) และ ค่าร้อยละ (Percentage) สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical Statistic) วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวม้ง ด้วยสถิติการถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในการศึกษาระยะนี้ ผู้วิจัยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้มาซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งมีเค้าโครงตามแนวโครงสร้างของแบบสัมภาษณ์ในด้านปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มผู้สูงอายุชาวม้ง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยที่ได้จากการเก็บข้อมูล ระยะที่ 1 X1X2X3.... ซึ่งผู้วิจัยจะเลือกประเด็นที่มีความเหมือนและความแตกต่างกันของประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในกลุ่มผู้สูงอายุชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 3 เพื่อสร้างรูปแบบการประเมินและดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง

การสนทนากลุ่มในผู้สูงอายุชาวม้ง จังหวัดเพชรบูรณ์

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงคุณภาพโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อรับฟังข้อมูลและความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางในการดำเนินงานทันตสาธารณสุขจากผู้สูงอายุชาวม้ง จังหวัดเพชรบูรณ์

พื้นที่ศึกษา ผู้วิจัยใช้ตำบลเข็กน้อย อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นพื้นที่สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เทคนิควิธีการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ร่วมกับการสังเกตของผู้วิจัยโดยมีวิธีการดังนี้ คือ

1. จัดการสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้สูงอายุชาวม้ง เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุข ในตำบลเข็กน้อย อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ ถึงความเป็นไปได้ด้านการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในพื้นที่ ที่สอดคล้องและเหมาะสมกับวิถีชีวิตรวมทั้งใช้เป็นข้อมูล

สนับสนุนการจัดทำร่างแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข โดยใช้เวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 1-2 ชั่วโมง

2. ผู้วิจัยรวบรวมความคิดเห็นที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาสรุปข้อมูลและสาระสำคัญ
3. จัดทำร่างแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขให้เหมาะสมกับพื้นที่

ผู้ให้ข้อมูลหลัก สำหรับผู้ให้ข้อมูลผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ผู้นำท้องถิ่น ผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน และกลุ่มผู้สูงอายุชาวม้ง จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 3 คน รวมเป็นจำนวน 8 คน ซึ่งในการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ชนิด Criterion Sampling การสนทนากลุ่มในครั้งนี้ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข็กน้อย และเจ้าหน้าที่ฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อประสานและขอความร่วมมือ โดยการแนะนำตัวเองบอกจุดประสงค์ในการทำวิจัยและนัดหมายเพื่อการสนทนากลุ่ม

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลในการสนทนากลุ่ม (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุชาวม้ง อายุ 60 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารตอบแบบสัมภาษณ์ได้
4. เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่นั้นๆ ไม่ต่ำกว่า 5 ปี

เกณฑ์ถอดถอนจากการสนทนากลุ่ม (Withdrawal Criteria)

1. เป็นผู้ที่เมื่อดำเนินการสัมภาษณ์ไปแล้วรู้สึกอึดอัดในการตอบคำถาม
2. เป็นผู้ที่ขอถอนตัวระหว่างการสัมภาษณ์

เครื่องมือในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับสถานการณ์และแนวทางในการดำเนินงานทันตสาธารณสุขใน ตำบลเข็กน้อย อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นเครื่องมือในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในพื้นที่ ได้แก่

1. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อนโยบายการดำเนินงานด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุชาวม้ง ที่ผ่านมา
2. ที่ผ่านมามีการดำเนินงานด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุชาวม้ง อย่างไรบ้าง และท่านมีบทบาทหน้าที่ต่อการดำเนินงานนั้นอย่างไร
3. ที่ผ่านมามีปัญหาด้านทันตสุขภาพของผู้สูงอายุชาวม้ง ในเขตรับผิดชอบของท่านเป็นอย่างไร ท่านคิดว่ามาจากสาเหตุใด

4. ท่านมีความคาดหวังอย่างไรต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุชาวม้ง ที่ท่านรับผิดชอบ
5. ท่านคิดว่าการดำเนินงานด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุชาวม้ง มีปัญหาหรืออุปสรรคอะไรถึงทำให้ผลการดำเนินงานยังไม่ถึงจุดที่ท่านคาดหวังไว้
6. ท่านมีแนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานด้านทันตสุขภาพผู้สูงอายุชาวม้ง อย่างไร
7. ท่านมีความคิดเห็นเห็นว่า แนวทางการดำเนินงานด้านทันตสุขภาพที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุชาวม้ง ควรเป็นอย่างไร
8. หากท่านสามารถผลักดันนโยบายในการดำเนินงานด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุชาวม้งได้ ท่านจะผลักดันนโยบายอะไรและอย่างไร

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาจำแนกโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Thematic Analysis) เพื่อนำมาใช้ในการแยกแยะข้อมูล การสร้างรหัสข้อมูล จัดกลุ่มข้อมูล โดยเริ่มจากการสร้างความคุ้นเคยกับข้อมูลด้วยการอ่านบันทึกจากการถอดเทปการสัมภาษณ์เชิงลึกอย่างละเอียด คำต่อคำ บรรทัดต่อบรรทัด แล้วจึงทำการสร้างรหัสข้อมูลด้วยการจัดกลุ่มข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ ต่อมาจึงทำการสร้างประเด็นโดยจะทำการวิเคราะห์รหัสข้อมูลและพิจารณาหาคำที่เหมือนกันเข้าไว้ด้วยกัน แล้วจึงทำการทบทวนประเด็นด้วยการรวมประเด็นเดียวกันเข้าไว้ด้วยกันและแยกประเด็นที่ต่างกันรวมกลุ่มไว้ เพราะอาจมีบางประเด็นที่ทับซ้อนกัน ขั้นตอนต่อมาเป็นการกำหนดและตั้งชื่อประเด็น ในขั้นตอนนี้จะได้ประเด็นที่ผ่านการกลั่นกรองและจัดหมวดหมู่แล้วซึ่งจะทำให้มองเห็นภาพรวมทั้งหมด และขั้นตอนสุดท้ายเป็นการจัดทำรายงาน (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2555)

ระยะที่ 4 ประเมินผลการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงปริมาณ โดยได้วางแผนการวิจัยเกี่ยวกับวิธีการศึกษา แบบแผนการทดลอง พื้นที่ในการศึกษา ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา การกำหนดขนาดตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและการวิเคราะห์ข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

วิธีการศึกษา นำรูปแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้สูงอายุชาวม้ง ตำบลเข็กน้อย อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่ได้พัฒนาขึ้นในระยะที่ 3 ไปทดลองใช้และประเมินผลโดยใช้วิธีการศึกษาแบบวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research)

ตาราง 2 แสดงแบบแผนการทดลองของการวิจัยระยะที่ 4

กลุ่ม	วัดก่อนทดลอง	ให้สิ่งทดลอง	วัดหลังทดลอง
E	O ₁	X	O ₂
C	O ₃	-	O ₄

E = กลุ่มทดลอง

C = กลุ่มควบคุม

O₁ O₃ = วัดตัวแปรก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

O₁ O₂ = วัดตัวแปรหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

O₃ O₄ = วัดตัวแปรหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม

O₂ O₄ = วัดตัวแปรหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พื้นที่ศึกษา ผู้วิจัยใช้ตำบลเข็กน้อย อำเภอเขาค้อจังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นพื้นที่สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ประชากรที่ศึกษา ในการศึกษาครั้งนี้มีประชากรที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุชาวม้ง ในตำบลเข็กน้อย อำเภอเขาค้อ จำนวน 30 คน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการศึกษา เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน สำหรับการทดสอบแบบทางเดียว โดยมีสูตรที่ใช้ในการคำนวณ (อรุณ จิรวัดมนกุล, 2551) ดังนี้

$$n/\text{กลุ่ม} = \frac{(2 \sigma^2 (Z_\alpha + Z_\beta))^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

เมื่อกำหนดให้

n = จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

σ^2 = ความแปรปรวนร่วม (Pool Variance) ของค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

Z_α = ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ดังนั้น $Z_\alpha = 1.64$

Z_β = ค่าค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่กำหนดให้ power of test = 90 ดังนั้น $Z_\beta = 1.28$

μ_1 = ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตัวในกลุ่มทดลอง

μ_2 = ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตัวในกลุ่มเปรียบเทียบโดยความแปรปรวนร่วม (Pool Variance) สามารถคำนวณได้จาก

$$\sigma^2 = \frac{(n_1 - 1)SD_1^2 + (n_2 - 1)SD_2^2}{(n_1 + n_2) - 2}$$

เมื่อกำหนดให้

n_1 = ขนาดตัวอย่างในกลุ่มทดลอง

n_2 = ขนาดตัวอย่างในกลุ่มเปรียบเทียบ

SD_1^2 = ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลอง

SD_2^2 = ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มเปรียบเทียบ

จากรายงานการวิจัย (อนิสรา พลยูง, และรุจิรา ดวงสงค์, 2552) ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคปริทันต์ในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย ความแตกต่างของคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคปริทันต์ที่เพิ่มขึ้นเท่ากับ 28.37 ($SD^2 = 3.18$) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคปริทันต์ที่เพิ่มขึ้นเท่ากับ 24.60 ($SD^2 = 2.18$) กลุ่มทดลองจำนวน 35 คน กลุ่ม เปรียบเทียบจำนวน 35 คน ข้อมูลดังกล่าวแทนค่าใน สูตรดังนี้

$$\sigma^2 = \frac{(n_1 - 1)SD_1^2 + (n_2 - 1)SD_2^2}{(n_1 + n_2) - 2}$$

$$\sigma^2 = \frac{(35-1)(5.06)^2 + (35-1)(4.29)^2}{(35 + 35) - 2}$$

$$\sigma^2 = 22$$

กำหนดให้ $\mu_1 - \mu_2 = 28.37 - 24.60 = 3.77$ แทนค่าในสูตร

$$n/\text{กลุ่ม} = \frac{2\sigma^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$$= \frac{2(22)(1.64 + 1.28)^2}{(3.77)^2}$$

$$= 8.34 \approx 19$$

ดังนั้น ต้องใช้ขนาดตัวอย่างจากการคำนวณ กลุ่มละ 19 คน แต่เพื่อป้องกันปัญหาผู้ตกสำรวจหรือ สูญหายจากการติดตาม มาร่วมวิเคราะห์โดยคิดค่า Drop out เพื่อไม่ให้กลุ่มตัวอย่างส่งผลกระทบต่อ statistical Precision หรือ Power ในการสรุปผล การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้คำนวณปรับเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ว่าจะสูญหาย ร้อยละ 20 เพื่อให้กลุ่ม ตัวอย่างครบ

ตามจำนวนที่ต้องการศึกษา โดยไม่ตัด ผู้สูญหายจากการติดตามออกจากการวิเคราะห์ (อรุณ จิรวัดมนกุล, 2553) ดังนี้

$$N_{adj} = \frac{n}{(1-R)^2}$$

$$\text{แทนค่าในสูตร } N_{adj} = 19/(1-0.20)^2 = 29.68 \approx 30$$

จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เมื่อคิดอัตราผู้เสียหาย จากการติดตามเพิ่มเติมแล้ว ต้อง ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ดังนั้นในการศึกษาวิจัย ครั้งนี้ จึงต้องใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน โดยแบ่ง เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน

การสุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างแบบมีเกณฑ์ (Criterion Sampling)

กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้สูงอายุชาวม้ง อายุ 60 ปีขึ้นไป ในตำบลเข็กน้อย อำเภอเขาค้อจังหวัดเพชรบูรณ์

2. สามารถสื่อสารภาษาไทย หรือภาษาท้องถิ่นได้เข้าใจ

3. มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลตามปกติ

เกณฑ์ถอดถอน (Withdrawal Criteria) ดังนี้

1. ขาดการติดต่อขณะดำเนินการวิจัย

2. เสียชีวิตก่อนสิ้นสุดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง ผู้วิจัยใช้เครื่องมือวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ประยุกต์มาจากแบบวัดของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบและหาคุณภาพเครื่องมือวัดที่ใช้ในการวิจัยเช่นเดียวกับใน ระยะที่ 2 ดังนี้

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.824 เมื่อสร้างแบบสัมภาษณ์เสร็จ ผู้วิจัยได้ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพแบบสัมภาษณ์นั้น ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติไว้ดังต่อไปนี้

1.1 เป็นต้นตบุคลาการที่ปฏิบัติงานด้านทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน/
โรงพยาบาลจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไม่น้อยกว่า 10 ปี จำนวน 1 ท่าน

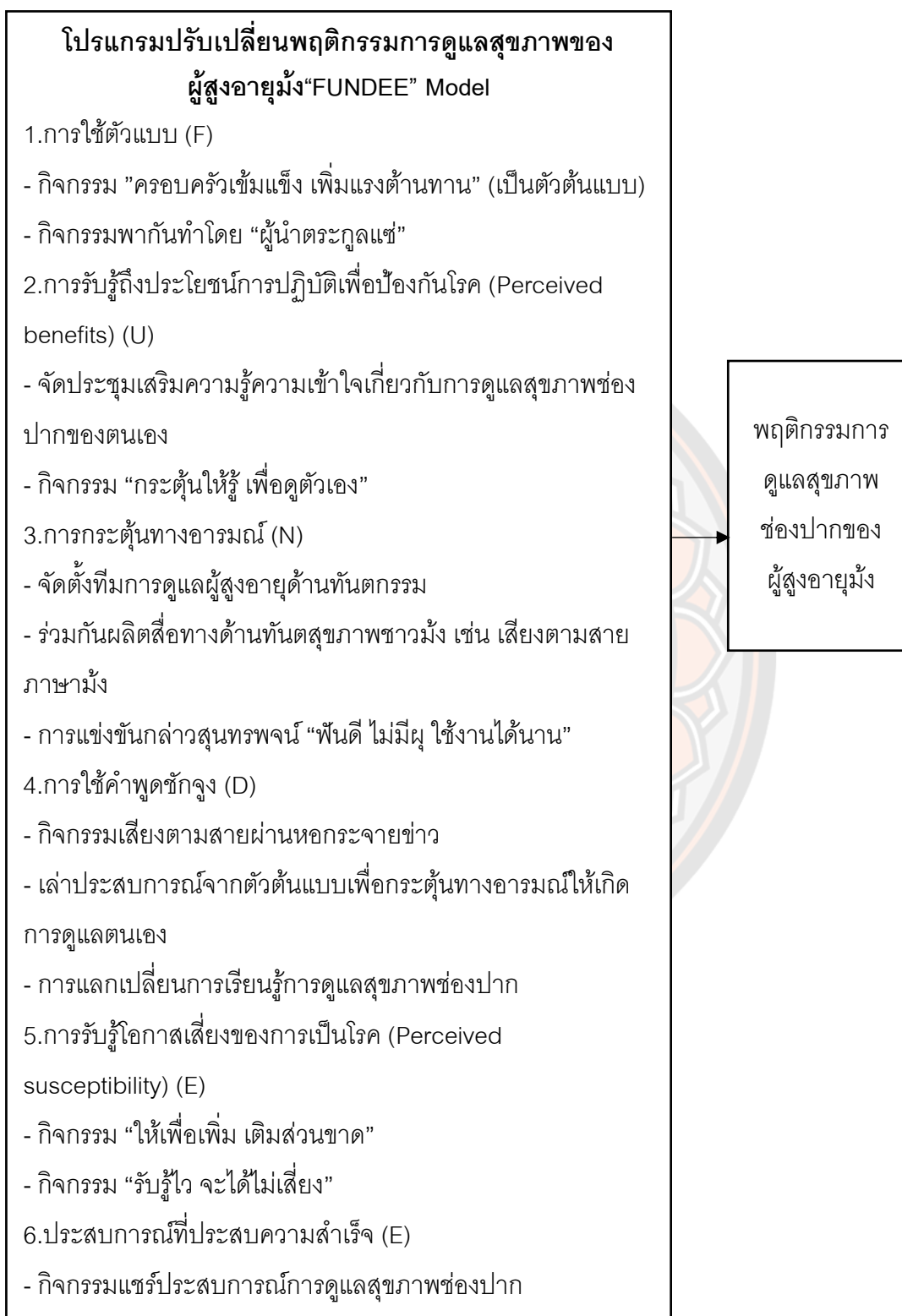
1.2 เป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับกลุ่มชาติพันธุ์ (ชาวม้ง)
ไม่น้อยกว่า 10 ปี จำนวน 1 ท่าน

1.3 เป็นบุคลากรทางการศึกษาที่รับผิดชอบงานด้านทันตสาธารณสุขในวิทยาลัย/
มหาวิทยาลัย จำนวน 1 ท่าน

2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแก้ไขตาม
ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุชาวม้ง ในเขตสุขภาพที่ 1 จำนวน
30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์โดยใช้วิธีการหา
ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach (Cronbach's Alpha Coefficients) ได้เท่ากับ 0.836



กรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 4



ภาพ 12 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 4

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. หลังจากผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวรถึงสาธารณสุขอำเภอหล่มเก่าเพื่อขออนุญาตทำการวิจัยและเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยประสานงานด้วยตนเองกับหน่วยงานสาธารณสุขอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อแนะนำตัว อธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยเข้าพื้นที่เพื่อเตรียมทีมในพื้นที่และสร้างความคุ้นเคย
4. ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เป้าหมาย จนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด
5. รวบรวมแบบสัมภาษณ์ที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์
6. นำแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดที่มีข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์มาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับพฤติกรรมกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % ใช้สถิติ ดังนี้

1. เปรียบเทียบประสิทธิผลรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง ตำบลเข็กน้อย อำเภอเขาค้อ ที่ได้รับการโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ ทดสอบความแตกต่างของค่ากลาง ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่สัมพันธ์กัน ด้วยสถิติ Paired T-test โดยทดสอบการกระจายของข้อมูลว่ามีการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution) หากพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ ใช้สถิติ Wilcoxon Sign Rank Test
2. เปรียบเทียบประสิทธิผลรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง ตำบลเข็กน้อย อำเภอเขาค้อ ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันด้วยสถิติ independent t test โดยทดสอบการกระจายของข้อมูลว่ามีการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution) หากพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ ใช้สถิติ Mann-Whitney u test

การคืนข้อมูลสู่ชุมชน

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้มีการประสานงานกับทันตบุคลากร ฝ่ายทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 2 ทั้ง 5 จังหวัด ได้แก่ พิษณุโลก, เพชรบูรณ์, อุตรดิตถ์, ตาก และสุโขทัย และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตรับผิดชอบ ซึ่งเป็นตัวแทนในการเข้าร่วมรับฟังผลการดำเนินการวิจัยในพื้นที่ เพื่อให้ทราบถึงแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในผู้สูงอายุชาวม้ง ซึ่งแนวทางการดำเนินงานดังกล่าวมาจากความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยการนำเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรม มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อขอความเห็นชอบในการทำวิจัย เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (COA No.133/2020) ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินงานให้ผู้ให้ข้อมูลรับทราบโดยเน้นความสมัครใจในการร่วมโครงการโดยที่ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับและผู้เข้าร่วมโครงการสามารถขอยุติการให้ข้อมูลและสามารถขอถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาตามความต้องการ ซึ่งข้อมูลทั้งหมดนี้จะถูกทำลายภายใน 1 ปีหลังการวิจัยสิ้นสุด

การสร้างความน่าเชื่อถืองานวิจัย (Establishing Research Trustworthiness)

การศึกษานี้ ได้มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน นอกจากนี้ยังมีการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการโยงสามเส้า (Triangulation) และได้ทำการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยหลายๆ แหล่ง เพื่อให้มีความเข้าใจถึงมุมมองของผู้ให้ข้อมูลและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย วิธีการทั้งหมดนี้ถูกดำเนินการภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา (Advisor) ซึ่งในระหว่างกระบวนการทั้งหมดอาจารย์ที่ปรึกษาได้ให้คำแนะนำเพิ่มเติมและสอบถามรายละเอียดอยู่เสมอ

นอกจากนี้ หลังจากการวิจัยระยะที่ 2 สิ้นสุดลงได้นำผลการวิจัยเสนอในเวทีวิชาการระดับนานาชาติ โดยอาจเป็นการนำเสนอแบบ Poster, Oral Presentation หรือตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ เพื่อเป็นการเพิ่มความน่าเชื่อถือให้กับงานวิจัยฉบับนี้

สรุปได้ว่า การวิจัยเรื่องรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 เป็นการใช้เทคนิคการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods)

มีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และแบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้สูงอายุ ชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้มาสร้างแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ในกลุ่มเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ผู้นำท้องถิ่น ผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้สูงอายุชาวม้ง จังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งจะได้นำเสนอผลการวิจัยในบทต่อไป



บทที่ 4

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยระยะที่ 1 (เชิงคุณภาพ)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methods) แบบแผนเชิงสำรวจแบบเปิด (Exploratory Sequential Design) ศึกษาทั้งเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) และเชิงปริมาณ (Quantitative Method) การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการเชื่อมต่อดำเนินการในแต่ละระยะแบบ (Connecting data)-ในบทนี้จะกล่าวถึงผลการวิจัยเชิงคุณภาพในระยะที่ 1 ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และระยะที่ 3 ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยสัมภาษณ์และสังเกตด้วยตนเองทุกราย ทันทีที่สัมภาษณ์เสร็จ ผู้วิจัยได้ฟังเทปซ้ำ และบันทึกสิ่งที่สังเกตได้ คือ ข้อสรุปของข้อมูล บรรยายลักษณะการสนทนาความรู้สึกของผู้วิจัยและสิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลครั้งต่อไป จากนั้นจึงทำการถอดเทปและทบทวนคำพูดจากการถอดเทปอย่างละเอียด ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นรายๆ จนได้ข้อความหรือสาระสำคัญ ผู้วิจัยดำเนินการดังกล่าวในแต่ละราย เมื่อพบประเด็นใหม่ๆ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารงานวิจัยเพิ่มเติม เพื่อเชื่อมโยงความเกี่ยวข้องต่างๆ และนำประเด็นที่ได้ไปสอบถามกับผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมตามประเด็นที่ต้องการ จนข้อมูลอิ่มตัว จากผู้ให้ข้อมูล จำนวน 8 คน โดยแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 6 องค์ประกอบ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพในระยะที่ 1

ในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการดูแลตัวเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง เขตบริการสุขภาพที่ 2 จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบประเด็นใหม่ 3 ประเด็น ดังนี้

1. พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง
2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุชาวม้ง
3. ความต้องการด้านทันตสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวม้ง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประเด็น (Thematic Analysis) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม มีการดำเนินการทั้งสิ้น 6 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. Becoming Familiar with Data (สร้างความคุ้นเคยกับข้อมูล)
2. Generating Initial Codes (สร้างรหัสข้อมูล)
3. Searching for Themes (สร้างประเด็น)
4. Reviewing Themes (ทบทวนประเด็น)
5. Defining and Naming Themes (กำหนดและตั้งชื่อประเด็น)
6. Producing the Report (การรายงาน)

ขั้นตอนที่ 1 Becoming Familiar with Data (สร้างความคุ้นเคยกับข้อมูล)

ขั้นตอนนี้ได้มีการลดเสียงบันทึกของการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม เมื่อมีการอัดเทปแล้วได้มีการถอดเทปบันทึกเสียงและมีการตรวจเช็คตัวสะกดให้ถูกต้อง ทั้งนี้ต้องไม่มีการปรับคำพูดใดๆ ของการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริงที่สุด

ขั้นตอนที่ 2 Generating Initial Codes (สร้างรหัสข้อมูล)

ตาราง 3 แสดงการสกัดรหัสข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (ตัวอย่างบางส่วนจากการวิเคราะห์)

สกัดข้อมูล (Data Extract)	กำหนดรหัส (Code for)
...ก็ใช้แปรงสีฟันกับยาสีฟันเหมือนกันคะ ก็แปรงวันละสองครั้งคะ เข้าเย็น...	การดูแลสุขภาพช่องปาก - การแปรงฟัน
...ตอนที่เราอยู่ในปากก็มีคนซื้อเข้าไปให้ แจกๆกันแปรง แต่สมัยนั้นยังไม่มีหรือกละยาสีฟันอะ มีแต่แปรงสีฟัน ก็แปรงกับน้ำเปล่าๆ นี่แหละ ไม่มียาสีฟัน...	- การใช้ยาสีฟัน
...คะ ตอนเช้าแล้วก็เย็นเราก็จะถอดฟันปลอมออกมาแปรง หลังกินข้าวเราก็ต้องถอดออกมล้างๆ น้ำเปล่า ใช้แปรงสีฟันกับยาสีฟันของเรานี้แหละแปรง...	- การทำความสะอาดฟันปลอม

ตาราง 4 (ต่อ)

สกัดข้อมูล (Data Extract)	กำหนดรหัส (Code for)
...เคยๆ แต่มันก็หลายปีมาละ อ้อ ป้ามาถอนค่ะ ป้ามาถอนฟันที่นี้แล้วก็นัดทำฟันปลอม...	การเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม - การไปพบทันตบุคลากร
...ทำที่หมอที่เข็มน้อยนี้แหละ ไปทำที่บ้าน ที่บ้านเค้าอะ...	- ทำฟันกับหมอชาวบ้าน
...สองปี สามปีที่ผ่านมาราปวดฟัน เราก็ไปหาหมอ แต่หมอบอกว่ามันแข็งเกินหมอดถอนให้ไม่ได้ แต่หมอก็ฉีดยาแล้วนะ หมอบอกให้ไปโรงพยาบาลเขาค้อนุ่น ตอนนั้นมันลำบากมอไซค์ก็คันเก่าๆ ขับไปเองเลยคนเดียว มันปวด แต่ก็กลัวอยู่นะรอมันเยอะ ทางก็ขึ้นๆลงๆโค้งไปโค้งมา...	- การเดินทางไปรักษา
...ไม่มีอุดตอนนั้นอะ ยังไม่มีอะไรพวกนี้ แล้วก็รักษาฟันผุนี้แพงมากด้วย ถอนอย่างเดียว...	- เข้าไม่ถึงระบบบริการ
...ตอนนั้นฟันเป็นแมลง มันผุ มันเป็นสีดำๆ เลยมาถอน ถ้ามาเร็วๆ คงจะอุดไว้ได้แต่ป่าไม่ได้มาจนมันนานเลยต้องถอน...	ความเชื่อ - ความเชื่อที่ฟันผุ เกิดจากแมงกินฟัน
...หลังจากกินข้าว คนแก่เค้าจะให้เคี้ยวอ้อย เคี้ยวบอมนช่วยขัดฟันทำให้ฟันแข็งแรง แต่เคี้ยวแล้วต้องบ้วนน้ำตามนะ ไม่งั้นฟันจะเป็นแมง...	- ความเชื่อเกี่ยวกับการทำความสะอาดช่องปาก
...คิดว่าถ้าอายุมากแล้วฟันมันก็จะหลุด...	
...มันก็มีซี่ที่ปวดแล้วมาถอน แต่ก็มีซี่หนึ่งที่มันดำ หมอบอกยังเก็บไว้ได้แต่มันไม่สวยป่าเลยถอนออกเลย บอกๆ แต่ป่าว่าเดี๋ยวมันก็จะปวดเลยถอนออกดีกว่า...	- ความเชื่อว่าการรักษามีแค่การถอนฟันอย่างเดียว
...แก่แล้ว ฟันจะเสียแล้ว ต้องมีอีกชนิดนึงที่ต้องมาทำลายฟัน เหมือนกับว่ามันเสียไปตามกาลเวลา ยังไงมันก็ต้องหลุด แต่ว่าหลุดช้าหรือเร็วเท่านั้นแหละ...	- เชื่อว่าฟันจะเสียไปตามอายุ

ตาราง 4 (ต่อ)

สกัดข้อมูล (Data Extract)	กำหนดรหัส (Code for)
<p>...ตอนอยู่ในป่าสมัยก่อน อาจจะมีแต่เราก็ไม่รู้ว่ามันชื่อว่าอะไร แต่ป่าก็เคยกินนะ มันเป็นดอกสีเหลืองๆ ไม่สูงมากเอามาต้มใส่ไก่กิน แล้วก็หายปวดเลย ป้าเคยใช้เค้าชอบเอามาต้มใส่ไก่ บางคนส่วนใหญ่ คนไทยก็ชอบต้มใส่ปลา มันจะมีรสเผ็ดๆ เหมือนยาหม่อง แต่ก็ไม่ได้เผ็ดมาก ภาษาฝรั่งเรียกว่า ฉี่ ฉี่ เต็ง...</p> <p>...สมุนไพรนี้ถ้าเราไม่ปวดเราจะไม่ใช่เลย เราจะใช้แค่ตอนปวดฟัน เอามาต้มใส่กับไก่แล้วกินหายเลยนะ ปวดฟันอะ...</p> <p>...มันเป็นหญ้าสมุนไพรแก้ปวดฟัน สมัยพ่อสมัยแม่ไม่มีเยอะชอบเอามาต้มใส่ได้กินแล้วหายปวดฟันมันจะเป็นต้นเดี่ยวๆ ดอกสีเหลืองๆ รสเผ็ดๆ ต้มกินแล้วหายทันทีเลยนะ...</p> <p>...มีอีกนึ่ง มันจะเป็นยาสมุนไพรแบบขวดเค้าเอามาขายบอกว่าเป็นสารสกัดจากสมุนไพรจีนแก้ปวดฟัน เป็นขวดเล็กๆ เท่านั้น (ทำมือเป็นความสูงประมาณนิ้ว) เคยใช้มันเผ็ดมากเลยนะ กลืนคล้ายๆ ยาหม่องคล้ายที่ใส่ต้มไก่ แต่อันนี้มันจะเผ็ดกว่ามาก เด็กๆ นี่กินไม่ได้เลย เค้าจิ้ม เค้าหยอดไปในรูฟันเลย หยอดไปแปบเดียวหายเลย แต่มันจะเผ็ดๆนะ...</p>	<p>การใช้สมุนไพร</p>
<p>...ปวดฟันนี้มันนอนไม่หลับนะ ถ้าปวดมากๆ ก็กินข้าวไม่ได้เลย แค่ววดแค่ชิ้นหนึ่งนะกัดอะไรก็เจ็บก็ปวดหมด...</p> <p>...จะเคี้ยวได้ยังไงอะ ต้องใส่ฟันปลอมถึงจะเคี้ยวได้ ไม่มีฟันก็เลยเคี้ยวไม่ได้</p>	<p>ผลกระทบจากโรคในช่องปาก</p> <p>-ปวดฟัน</p> <p>-เคี้ยวข้าวไม่ได้</p>

ตาราง 4 (ต่อ)

สกัดข้อมูล (Data Extract)	กำหนดรหัส (Code for)
...สมัยอยู่ในป่านั้น มีคนเดินจากในป่าออกมาในเมืองซื้อเข้า ไปพวดยาต้มใจแปรงสีฟัน ยาต้มใจมันแก้ปวด ปวดฟัน ปวด หัว ปวดหลัง ได้หมดทุกปวด...	การได้รับการช่วยเหลือ - เพื่อนบ้านช่วยเหลือ
...ใช่ ลูกต้องพาไป ไปอนามัย ไปโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะ ไป รพ.เขาคือ...	- ครอบครัวช่วยเหลือ ปัญหาและอุปสรรค
...เราก็ไม่รู้จะแก้งังเงาะ ก็ต้มยากิน เผื่อมันจะเบาเจ็บเบา ปวดมั้ง แปรงฟันดีๆ สมัยก่อนมันไม่มียาสีฟัน สมัยอยู่ใน ป่าอะ...	- ขาดความรู้
...ไม่รู้อะไรเลย แต่ก่อนเราอยู่ในป่านะ ไม่มีแปรงสีฟันยาสี ฟัน พอมีคนลงมาข้างล่างมาเห็นแปรงสีฟันก็อยากได้ ก็ซื้อ ขึ้นไปใช้ในป่า เราก็แปรงของเราเองๆไม่มีใครสอนหรอก...	- ไม่มีใครมาสอน
...ไม่เคยมีคนมาสอนแปรงฟัน สอนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ช่องปาก...	
...บอกแล้วว่าทำไปแล้วเวลานอนไม่ต้องถอดนะ ถัดถอดแล้ว เอามาใส่มันจะไม่ดีใส่แล้วจะเจ็บ ถ้าใส่ให้มันชินให้มันเคย จะได้สบายไม่มีปัญหา...	- ได้รับความรู้ที่ไม่ถูกต้อง
...เอ!! เมื่อก่อนอะนะตอนอยู่ในป่าเค้าไม่มีแปรงสีฟัน ยาสี ฟันหรอก เค้าก็จะมีสมุนไพรของเค้าอะ เราไม่รู้ว่่าต้นไหนเป็น ยังงัยอะ ใช้บ้วนปากอะ แล้วฟันจะไม่ผุ...	- ไม่มีอุปกรณ์ทำความสะอาดช่อง ปาก

ตาราง 4 (ต่อ)

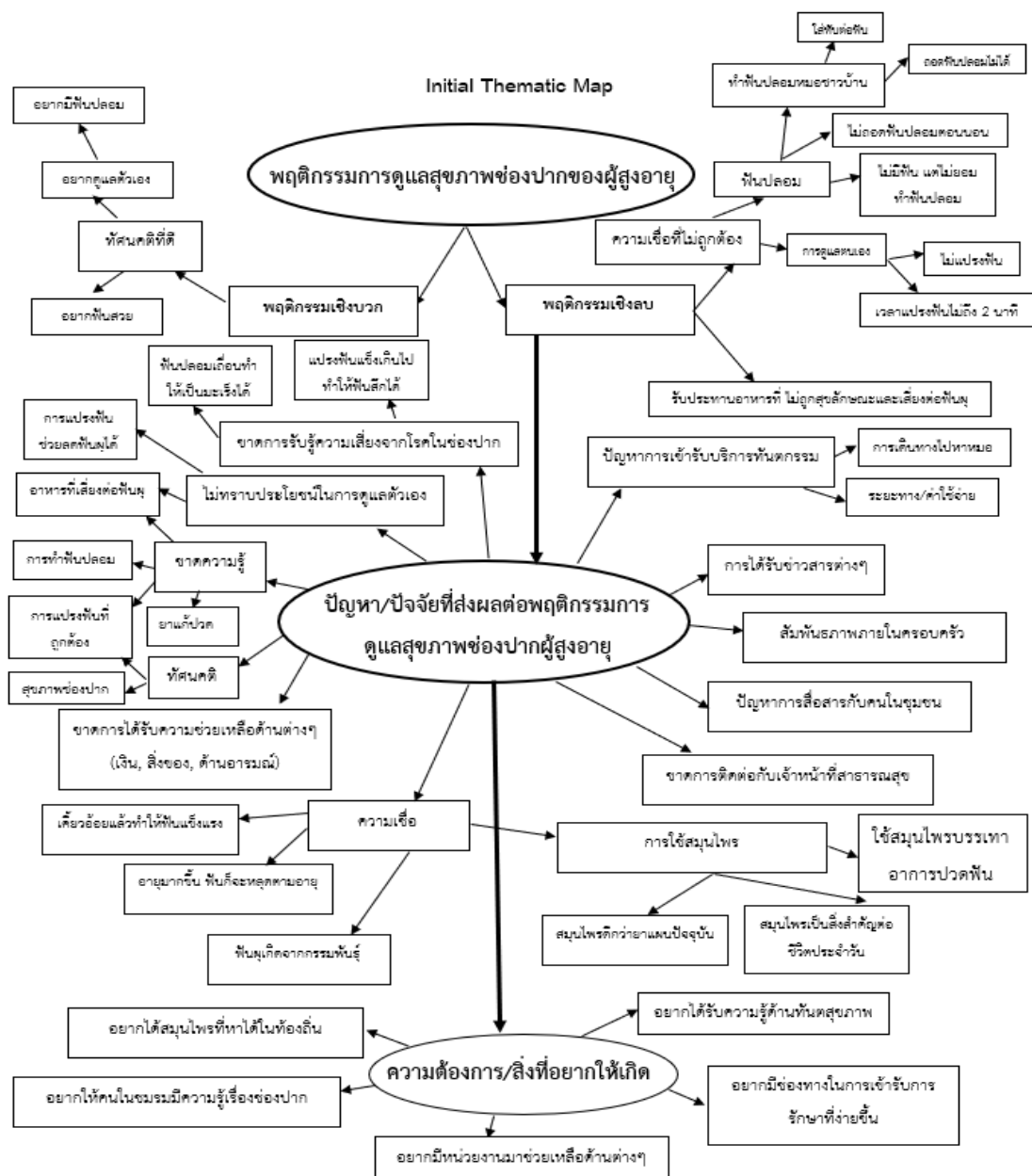
สกัดข้อมูล (Data Extract)	กำหนดรหัส (Code for)
<p>...ไปตอนปวด ตอนถอนทีเดียว...</p> <p>...ดีกว่าเยอะ คนไปหาเยอะขึ้น รู้สึกว่าไม่ว่ายาอะไรเดี๋ยวนี้ อนามัยนี้ก็มีเยอะ ถ้าอาการหนักจริงๆ ค่อยไปเขาค้อ ไข้ ธรรมดา ก็ไปนี้ก็ได้...</p> <p>...รู้แต่ว่าเดี๋ยวนี้มีหมออยู่หมอกก็แนะนำอยู่ ต้องให้ทำฟัน ตั้งแต่เด็ก รักษาตั้งแต่เนิ่นๆ...</p>	<p>ทัศนคติ</p> <p>- ทัศนคติที่ดีต่อ รพสต.</p> <p>- ทัศนคติต่อเจ้าหน้าที่ใน รพสต.</p>
<p>...สมัยก่อนรับบริการอนามัยต้องเสียตังทุกคน ถ้ามีตังก็ไป ทำถ้าไม่มีตังก็ไม่ไปทำ ไปก็ไม่ตังจ่าย หมอกก็ไม่ทำให้...</p> <p>...เดี๋ยวนี้อนามัยดีกว่าแต่ก่อนเยอะ มีหมอมืออะไรเกือบจะ ครบ เมื่อก่อนกว่าจะเดินทางไปหาหมอก็หลายชั่วโมง...</p>	<p>ค่ารักษาพยาบาล</p> <p>- ไม่มีเงินเพื่อไปรักษา</p> <p>- ไม่ต้องเสียค่าเดินทาง</p>
<p>ตาราง 4 แสดงการสร้างรหัสข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก(ตัวอย่างบางส่วนจาก การวิเคราะห์)</p>	
รหัสเริ่มต้น (Initial Codes)	
<p>พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - การแปรงฟัน - การทำความสะอาดฟันปลอม 	
<p>การเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การไปพบทันตบุคลากร - ทำฟันกับหมอชาวบ้าน - การเดินทางไปรักษา - เข้าไม่ถึงระบบบริการ 	

ตาราง 5 (ต่อ)

รหัสเริ่มต้น (Initial Codes)
<p>ความเชื่อ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความเชื่อว่าฟันผุ เกิดจากแมงกินฟัน - ความเชื่อเกี่ยวกับการทำความสะอาดช่องปาก - ความเชื่อว่าการรักษามีแค่การถอนฟันอย่างเดียว - เชื่อว่าฟันจะเสียไปตามอายุ
<p>การใช้สมุนไพร</p> <ul style="list-style-type: none"> - แก้ปวดฟัน - รากคาก
<p>ผลกระทบจากโรคในช่องปาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปวดฟัน - เคี้ยวข้าวไม่ได้
<p>การได้รับการช่วยเหลือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อนบ้านช่วยเหลือ - ครอบครัวช่วยเหลือ - เจ้าหน้าที่สาธารณสุขช่วยเหลือ
<p>ปัญหาและอุปสรรค</p> <ul style="list-style-type: none"> - ขาดความรู้ - ไม่มีใครมาสอน - ได้รับความรู้ที่ไม่ถูกต้อง - ไม่มีอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก

ขั้นตอนที่ 3 Searching for Themes (สร้างประเด็น) จากการสัมภาษณ์เชิงลึก

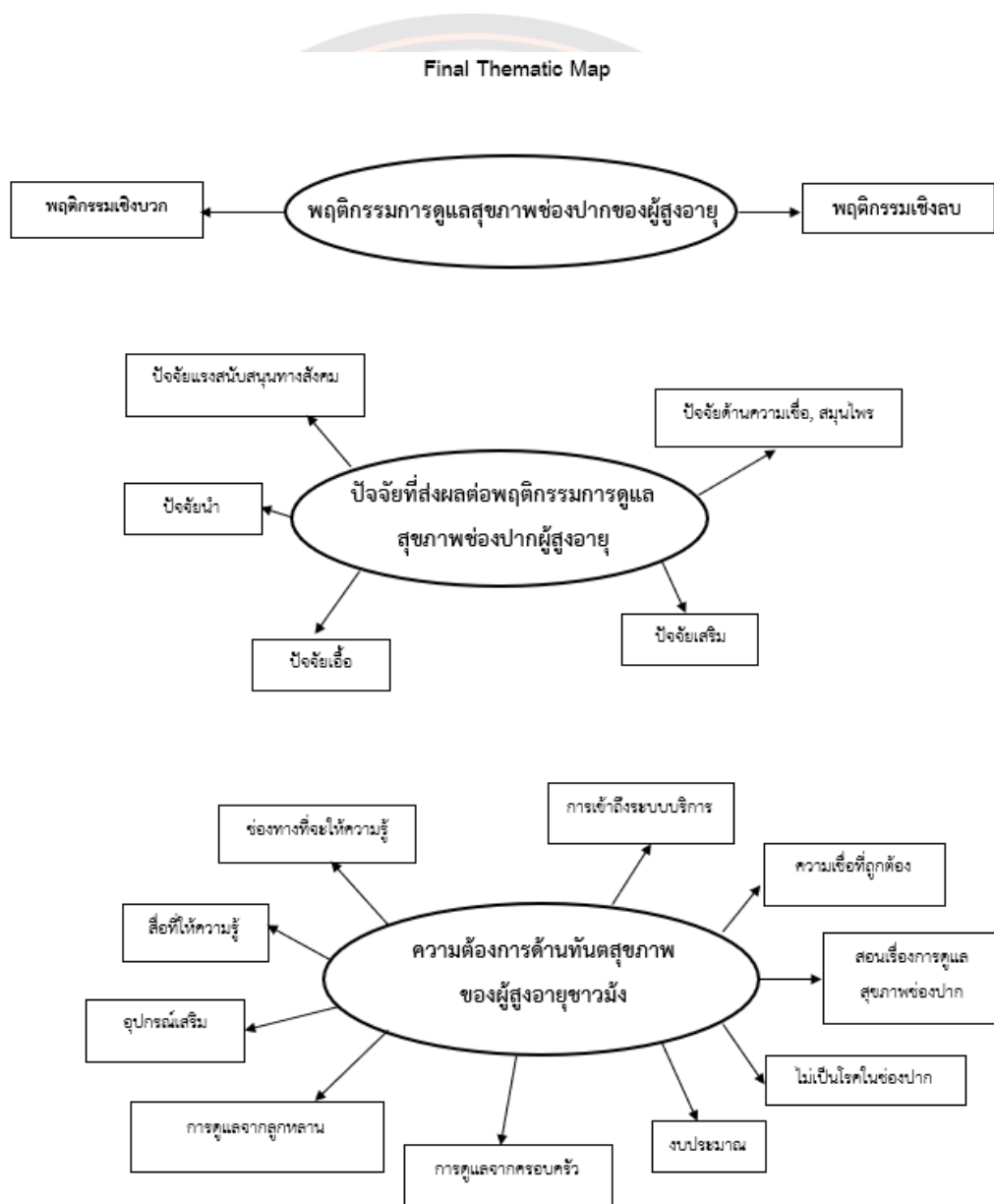
ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนของการเริ่มวิเคราะห์รหัสข้อมูลและพิจารณารหัสที่เหมือนกันไว้ด้วยกัน โดยมีการจัดหมวดหมู่และมีการเชื่อมโยงหมวดหมู่หรือรหัสด้วยลูกศร หมวดหมู่ที่จัดไว้เป็นกลุ่มคือ ประเด็น ขั้นตอนนี้เป็นการแสดงความสอดคล้องของแต่ละประเด็นโดยการทำ Mind-Maps (แผนภูมิรูปภาพ)



ภาพ 13 แสดง Initial Thematic Map

ขั้นตอนที่ 5 Defining and Naming Themes (กำหนดและตั้งชื่อประเด็น)

ขั้นตอนนี้ ประเด็นที่ได้จะเป็นประเด็นที่ผู้วิจัยรู้สึกพอใจแล้ว เพราะประเด็นได้ทุกประเด็นได้รับกลับกรองและจัดเป็นหมวดหมู่ รวมถึงมีความเชื่อมโยงของประเด็นอย่างชัดเจน และในแต่ละประเด็นผู้วิจัยต้องคิดเสมอว่า ประเด็นต่างๆ ที่เชื่อมโยงกันนั้นได้บอกเรื่องราวทั้งหมดของข้อมูลที่ส่งของและทำให้เห็นภาพรวมทั้งหมด นอกจากนี้ ประเด็นย่อย (Sub-Themes) ยังทำให้เห็นโครงสร้างและความหมายของประเด็นใหญ่ ดังนั้น การกำหนดประเด็นจึงทำให้มองเห็นภาพรวมของข้อมูลได้อย่างสอดคล้องกัน



ภาพ 15 แสดง Final Thematic Map

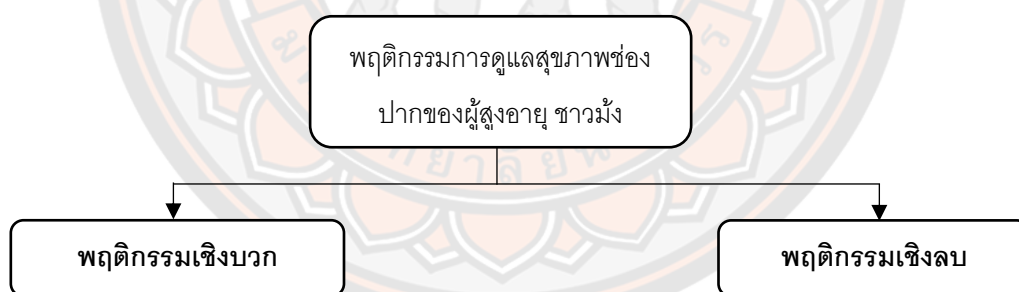
ขั้นตอนที่ 6 Producing the Report (การรายงาน)

จะเห็นได้ว่า การวิเคราะห์ประเด็นทำให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนมีความเป็นเหตุเป็นผลและไม่มี การซ้ำซ้อนของข้อมูล จากขั้นตอนที่ 5 Defining and Naming Themes จึงสรุปได้ 3 ประเด็น คือ 1. ประเด็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ 2. ประเด็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ 3. ประเด็นความต้องการด้านทันตสุขภาพของผู้สูงอายุชาวม้ง โดยแต่ละประเด็นมีรายละเอียด ดังนี้

ประเด็นที่มีความเกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของ ผู้สูงอายุชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2

ข้อมูลที่น่าสนใจจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้สูงอายุชาวม้ง ในเขต สุขภาพที่ 2 สรุปสาระสำคัญได้เป็น 3 ประเด็น ดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ที่ผ่านมา
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวม้ง
3. ความต้องการของผู้สูงอายุการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของ ผู้สูงอายุ ชาวม้ง



ภาพ 16 แสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวม้ง

1. พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง ที่ผ่านมา พบว่า มีทั้ง พฤติกรรมเชิงบวก และพฤติกรรมเชิงลบ ดังจะเห็นได้จากการมีความเชื่อที่สืบทอดต่อกันมา จาก ปู่ย่า ตายาย และอีกส่วนหนึ่งก็มาจากการขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของตัวเอง โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการสัมภาษณ์เชิงลึกส่วนใหญ่มีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่มีรสหวาน และเหนียวติดฟัน และ จะรับประทานอาหารทันทีหลังแปรงฟัน และจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุจะไม่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากโดยการใช้อุปกรณ์เสริมอื่นๆ

เช่นใหม่ขัดฟัน แปรงชอกฟัน นอกเหนือ จากการใช้แปรงฟัน ก็จะมีเพียงบางคนที่ทำความสะอาดช่องปาก ด้วยวิธีการแปรงลิ้นและกระพุ้งแก้มหลังแปรงฟัน อีกทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมชอบรับประทานอาหารที่มีรสหวานและเหนียวติดฟัน ซึ่งเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปากตามมาได้ โดยพฤติกรรมดังกล่าวจะแสดงออกมาทั้งพฤติกรรมด้านบวก และพฤติกรรมด้านลบ ดังนี้

1.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเชิงบวก

การมีพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ดีจะต้องได้รับการส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง จากการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยพฤติกรรมทันตสุขภาพคือ พฤติกรรมที่แสดงออกมาเป็นการกระทำ หรือการปฏิบัติที่มุ่งเฉพาะในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพของปากและฟัน เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำทุกวันอย่างต่อเนื่อง ที่แสดงถึงการป้องกันโรค หรือความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นกับปากและฟัน

...คะ ตอนเช้าแล้วก็เย็นเราก็จะถอดฟันปลอมออกมาแปรง หลังกินข้าวเราก็ต้องถอดออกมาส้างๆน้ำเปล่า ใช้แปรงสีฟันกับยาสีฟันของเรานี้แหละแปรง

(รหัส A01, 1 มิถุนายน 2563)

...ก็ใช้แปรงสีฟันกับยาสีฟันเหมือนกันคะ ก็แปรงวันละสองครั้งคะ เช้าเย็น

(รหัส A01, 1 มิถุนายน 2563)

...แต่ตอนอยู่ในป่าสมัยก่อนอาจจะมีแต่เราก็ไม่รู้ว่ามันชื่ออะไร แต่ปากก็เคยกินมะมันเป็นดอกสีเหลืองๆ ไม่สูงมากเอามาต้มใส่ไก่กิน แล้วก็หายปวดเลย บ้าเคยใช้เค้าชอบเอามาต้มใส่ไก่ บางคนส่วนใหญ่คนไทยก็ชอบต้มใส่ปลา มันจะมีรสเผ็ดๆ เหมือนยาหม่อง แต่ก็ไม่ได้เผ็ดมาก ภาษาม้ง เรียกว่า “ฉี ฉีเย เต็ง”

...มีนะ หลังจากกินข้าว คนแก่เค้าจะให้เคี้ยวอ้อย เคี้ยวบอมนช่วยขัดฟันทำให้ฟันแข็งแรง แต่เคี้ยวแล้วต้องบ้วนน้ำตามนะ ไม่งั้นฟันจะเป็นแมง

(รหัส A01, 1 มิถุนายน 2563)

...ฟันของเรานี้เราก็หวงนะ ไม่อยากจะถอนออก ถ้ามันผุมันอะไรก็ไปอุดดีกว่า ถ้าไม่เจ็บไม่ปวด นี่ก็ไม่อยากถอนออกเลย

(รหัส A02, 1 มิถุนายน 2563)

...หมอมาคู ต้องมาบอกว่าต้องทำอะไร ว่าต้องซูดหินปูน ต้องอุด รูที่แมงมันกัด
ซี่ไหนที่หมอบอกมันดูแลได้ก็ตัดดูแลไปก่อน แต่พวกเราเองก็ดูแลไม่เป็นก็ต้องไปที่โรงพยาบาล

(รหัส A06, 1 มิถุนายน 2563)

1.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเชิงลบ

พฤติกรรมเชิงลบถ้าเป็นทั่วไป ก็อาจจะนึกถึงพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่
เสี่ยงต่อฟันผุ พฤติกรรมการไม่แปรงฟัน พฤติกรรมการใช้ฟันกันของแข็ง หรือใช้ฟันผิดวิธี แต่
สำหรับผู้สูงอายุชาวม้งนั้น พฤติกรรมเชิงลบ มาจากความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง ทั้งๆ ที่มีทัศนคติที่ดีใน
การดูแลสุขภาพตัวเอง เช่น ความเชื่อในเรื่องอายุของฟัน จะหลุดร่วงไปตามอายุของคนเรา ความเชื่อใน
เรื่องของ อย่างไรฟันก็ผุแล้วก็ปวดมันเป็นเรื่องของเวรกรรม ที่ทุกคนจะต้องพบเจอ เป็นต้น

...เคยๆ แต่มันก็หลุดตอนนั้นฟันเป็นแมลง มันผุ มันเป็นสีดำๆเลยมาถอน ถ้ามา
เร็วๆคงจะอุดไว้ได้แต่บ้ำไม่ได้มาจนมันนานเลยต้องถอนนานปีมาละ อ้อ บ้ำมาถอนค้ะ
บ้ำมาถอนฟันที่นี้แล้วก็นัดทำฟันปลอม

(รหัส A01, 1 มิถุนายน 2563)

...มันก็มีทั้งซี่ที่ปวดแล้วมาถอน แต่ก็ซี่หนึ่งที่มันดำ หมอบอกยังเก็บไว้ได้แต่มันไม่
สวยบ้ำเลยถอนออกเลย บอกๆ แต่บ้ำว่าเดี๋ยวมันก็จะปวดเลยถอนออกดีกว่า

(รหัส A01, 1 มิถุนายน 2563)

...ฟันปลอมก็ทำที่หมอที่เข็กน้อยนี้แหละ ไปทำที่บ้าน ที่บ้านเค้าอะ เราก็ใช้แปรง
ฟันธรรมดาที่แหละแปรงๆถูกับน้ำเปล่า ไม่ได้ใช้หรือแปรงฟันปลอม อะ ถ้าเป็นฟันแท้
ฟันพ่อแม่ก็ใช้อยู่ยาสีฟัน อะ

(รหัส A02, 1 มิถุนายน 2563)

...เรารู้แต่ว่าฟันซี่นี้ถ้ามันเป็นรูกินข้าวเข้าไปมันก็จะไปอัดแล้วหนองที่อยู่ใต้นั้น
มันก็กินอาหารที่ติดแล้วมันก็ไปกินฟันเราต่อกินเนื้อด้วยมันก็เลยเจ็บก็เลยปวด เวลา
แปรงฟันแปรงได้แต่ข้างนอก ข้างในแปรงไม่ได้ มันก็เป็นหนองเน่าแล้วก็เจ็บ แต่ตอนอยู่
ในป่ายังไม่รู้จักหญ้าเวลาปวดก็กินแต่ยาทมิใจ

(รหัส A03, 1 มิถุนายน 2563)

...แก่แล้ว ฟันจะเสียแล้ว ต้องมีอีกชนิดนี้ที่ต้องมาทำลายฟัน เหมือนกับว่ามันเสียไปตามกาลเวลา ยิ่งไงมันก็ต้องหลุด แต่ว่าหลุดช้าหรือเร็วเท่านั้นแหละ

(รหัส A05, 1 มิถุนายน 2563)

...คิดว่าถ้าอายุมากแล้วฟันมันก็จะหลุด

(รหัส A07, 1 มิถุนายน 2563)

การวิเคราะห์ประเด็นจากบทสัมภาษณ์

ตาราง 5 แสดงการวิเคราะห์ประเด็นจากบทสัมภาษณ์

code	Included Terms (สร้างประเด็นย่อย)	รหัสเริ่มต้น (Initial codes)
01	ก็ไม่ยุ่งยากนะคะ ก็ดีคะ ฟันล่างบ้านนี้ก็ทำที่อนามัยนี้แหละ เค้าก็บริการดีคะ มาที่ไรก็ได้รักษาตลอด แต่อาจรอนานหน่อยถ้าไม่ใช่คิวนัด แต่ปกติบ้านนี้หมอจะนัดคิวให้แน่ เรายังมาตามวันเวลาที่หมอนัดก็ได้ทำตลอดนะ อย่างฟันปลอมบ้านที่ทำที่นี่หมอนัด	มีทัศนคติที่ดีต่อการรับบริการทางทันตกรรม
01	บ้านว่าถ้ามีฟันผุเนี่ยมันจะทำให้มีกลิ่นปากที่ไม่ดีนะ เรายังต้องดูแลขนาดใส่ฟันปลอมยังต้องดูแลเลย เราต้องหมั่นดูแลทำความสะอาดตั้งแต่แรกเลย ไม่ต้องรอให้มันผุ มันดำ	มีทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก
02	ใส่ ใส่แต่ข้างบน ข้างล่างยังเป็นฟันพ่อแม่อยู่	มีการใส่ฟันปลอมบางส่วน
02	ฟันของเราเนี่ยเราก็หวงนะ ไม่อยากจะถอนออก ถ้ามันผุมันอะไรก็ไปอุดดีกว่า ถ้าไม่เจ็บไม่ปวด นี่ก็ไม่อยากถอนออกเลย	มีความเชื่อว่ารักษาฟันดีกว่าต้องถอนฟันออก
02	มันก็เกิดจากตัวเราเองนี่แหละ แบบเวลาบางทีกินข้าวมันก็มีเศษอาหารไปติดตามฟัน เราไม่ได้แปรงฟันทุกครั้งทีกินข้าวอะเนอะ บางทีเราแปรงฟันว่าสะอาดแล้วไปส่องกระจกดูยังมีเศษอาหารติดอยู่เต็มเลย เราไม่รู้จะแปรงยังไงอะ	ไม่รู้จะแปรงฟันยังไงให้สะอาด
02	ไม่มี ไม่เคยมีใครสอนเลย	ไม่เคยมีใครมาสอนแปรงฟัน
02	ก็ตอนที่เรายู่นในปากก็มีคนซื้อเข้าไปให้ แจกๆกันแปรง แต่สมัยนั้นยังไม่มีหลอดยาสีฟันอะ มีแต่แปรงสีฟัน ก็แปรงกับน้ำเปล่าๆนี่แหละ ไม่มียาสีฟัน	สมัยก่อนยังมีอุปกรณ์ไม่ครบในการดูแลช่องปาก
02	มีแต่ใช้ช้อนอะ แต่ว่าเป็นหลังตอนกินข้าวเสร็จแล้ว พ่อแม่บอกให้เคี้ยวๆไว้ฟันจะสะอาด แต่ต้องบ้วนน้ำออกนะ ไม่งั้นมันจะเปรี้ยวแล้วฟันจะหัก	เชื่อว่าเคี้ยวช้อนหลังกินข้าวแล้วช่วยทำให้ฟันสะอาดและแข็งแรง

ตาราง 6 (ต่อ)

code	Included Terms (สร้างประเด็นย่อย)	รหัสเริ่มต้น (Initial codes)
02	สมุนไพรถ้าเราไม่ปวดเราจะไม่ใช้เลย เราจะใช้แค่ตอนปวดฟัน เอมามาต้มใส่กับไก่แล้วกินหายเลยนะ ปวดฟันอะ	มีการใช้สมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดฟัน
02	บ้าเคยมา มากอนฟันแล้วจะไปทำฟันปลอม	มีการเข้ารับบริการทางการแพทย์
02	ทำที่หมอนที่เข็มน้อยนี้แหละ ไปทำที่บ้าน ที่บ้านเค้าอะ	มีการใช้ฟันปลอมเถื่อน
02	เราก็ใช้แปรงฟันธรรมดาที่แหละแปรงๆถูๆกับน้ำเปล่า ไม่ได้ใช้หรือแปรงฟันปลอมอะ ถ้าเป็นฟันแท้ ฟันพ่อแม่ก็ใช้อยู่ยาสีฟันอะ	มีการทำความสะอาดฟันปลอมด้วยน้ำเปล่าและแปรงฟันแท้ด้วยยาสีฟัน
02	เคยๆ แต่ตอนนั้นมันนานแล้ว ไม่ใช่หมอนคนนี่ ตอนนั้นจะมากอนฟันแต่มาวันหลังก็เจอ	เคยมาพบทันตบุคลากรแต่ไม่เจอ
02	นี่งมันเป็นหญ้าสมุนไพรแก้ปวดฟัน สมัยพ่อสมัยแม่ก็มีเยอะ ชอบเอามาต้มใส่ได้กินแล้วหายปวดฟันมันจะเป็นต้นเตี้ยๆดอกสีเหลืองๆ รสเผ็ดๆ ต้มกินแล้วหายทันทีเลยนะ	มีการใช้สมุนไพรบรรเทาอาการปวดฟัน
02	มีอีกอีกหนึ่ง มันจะเป็นนาสมุนไพรแบบขวดเค้าเอามาขายบอกว่า เป็นสารสกัดจากสมุนไพรจีนแก้ปวดฟัน เป็นขวดเล็กๆเท่านี้(ทำมือเป็นความสูงประมาณ 1 นิ้ว) เคยสิ เคยใช้มันเผ็ดมากเลยนะ กลืนคล้ายๆยาหม่อง คล้ายที่ใส่ต้มไก่ แต่อันนี้มันจะเผ็ดกว่ามาก เด็กๆนี่กินไม่ได้เลย เค้าจิ้ม เค้าหยอดไปในรูฟันเลย หยอดไปแปบเดียวหายเลย แต่มันจะเผ็ดๆนะ	มีการใช้สมุนไพรบรรเทาอาการปวดฟัน
02	เขาก็เป็นญาติพี่น้องกลับบ้านนี้แหละ ป้าก็เห็นเค้าทำให้คนอื่นมาเยอะละ ป้าก็อยากทำบ้าง เค้ายังอยู่ที่นี้แหละ บ้านเค้าอยู่หมู่สอง หมู่จ๊กใหม่ คนไปทำกับเขาเยอะเยอะเลย	เห็นคนอื่นทำฟันปลอมเลยอยากทำบ้าง
02	เห็นบางคนเค้าก็เอาแพงอยู่นะ แต่บ้านเค้าเอา 4000	ทำฟันปลอมเถื่อนในราคา 4000 บาท
02	แคว้นเดียวก็ได้แล้ว ใส่แล้วดีสบายมาก บางคนมาทำที่อนามัยแล้วใส่ไม่ได้ ใส่ไม่ดี เค้าไปให้เขาแก้ก็มีนะ เขาก็เก็บเพิ่มไม่กี่บาทหรือ	มีทัศนคติที่ดีต่อฟันปลอมที่ทำกับหมอชาวบ้านมากกว่าฟันปลอมที่ทำกับทันตแพทย์
03	ใส่ๆ ใส่ข้างบน	มีการใส่ฟันปลอมบางส่วน

ตาราง 6 (ต่อ)

code	Included Terms (สร้างประเด็นย่อย)	รหัสเริ่มต้น (Initial codes)
03	ถ้าฟันปลอมเราก็ไม่รู้(หัวเราะ)เราก็เอาแปรงฟันแปรงมาถูๆ ถอดออกก่อนแล้วเอามาแปรง ไม่ได้ถอดเลย ถอดออกมาแปรงแล้วก็ใส่ นอน ก็ใส่แบบนี้ประจำ ไม่เกะกะ ไม่เจ็บ ไม่ปวดนะ	คิดว่าตัวเองไม่มีความรู้ในการ ทำความสะอาดฟันปลอม
03	ทำที่เข็มน้อยนี้แหละ เมื่อก่อนเขาเป็นหมอยู่ในป่า คนไปทำ เยอะแยะ มีเจ้าเดียว ทำได้ ใช้ดี คนนิยมไปหาเค้า บางคนก็เค้าไป ทำที่หล่มสัก ที่พิษณุโลกมาใส่ไม่ดี ใส่ไม่ถูกแล้วก็เจ็บ แล้วเค้าก็เอา ไปแก้ใหม่ อย่างนี้ละ ส่วนคนที่เค้ารู้จักแล้วก็ไม่ได้ทำที่อื่นหรอก ไม่ เสียเวลา มาทำที่นี่เลย เค้าทำดี	มีทัศนคติที่ดีต่อฟันปลอมที่ทำ กับหมอชาวบ้านมากกว่าฟัน ปลอมที่ทำกับทันตแพทย์
03	มีแต่พวกที่แบบเป็นหมูนานมีอยู่ในป่า เวลาฟันมันเน่ามันมีหนอง เราก็จะเอาต้นอันนี้แหละมาต้มกินแล้วมันก็จะหาย	มีการใช้สมุนไพรในการดูแล สุขภาพช่องปาก
03	หายสิ หายไปนานเลย จนกว่ามันจะเน่าใหม่อีกนั่น เนี่ยพวกเด็กๆ กินขนมเยอะแล้วก็ปวดฟัน แล้วฟันมันก็เน่า ก็เสียหมดแล้ว แล้วมัน ก็ปวดก็ร้องไห้ แต่เราไม่มีลูกไม่มีหลานนะ เป็นลูกของน้องสาวอีกที่ น้องสาวบอกว่าที่ ลูกน้องนี้ปวดฟันจังเลย เราเลยบอกไปว่าไม่ต้อง ไปหาหมอหรอก เนี่ยไปหาหญ้ามา หญ้าหายปวดฟันอะ แล้วเอามา ต้มกับไก่ ไก่น้อยๆ ฟิงฆ่าเสร็จต้มด้วยกันเลย แล้วกินแล้วก็หาย หาย แบบหายไปนานๆเลย	คิดว่าสมุนไพรรักษาได้ดีกว่า หมอ
03	แต่ก่อนนะคุณปู่คุณย่าบอกว่ามีหญ้าที่ต้มใส่ไก่กินแล้วหาย เราเป็น เด็กๆ เรายังก็ไม่เชื่อคิดว่าหญ้าแบบนี้จะหายได้ไง เราไม่เชื่อ แล้วที่ นี้ต่อมาฟันเราน่าฟันเสีย เราก็ไม่เอามาต้มใส่ไก่กินบ้างเอ้อหายจริง	ทัศนคติที่ดีต่อสมุนไพร
03	สองปี สามปีที่ผ่านมาเราปวดฟัน เราก็ไปหาหมอ แต่หมอบอกว่า มันแข็งเกินหมอดอนให้ไม่ได้ แต่หมอก็ซัดยาแล้วนะ หมอบอกให้ไป โรงพยาบาลเขาค้อนั่น ตอนนั้นมันลำบากมอไซค์ก็คันเก่าๆ ขับไป เองเลยคนเดียว มันปวด แต่ก็กลัวอยู่นะรถมันเยอะ ทางก็ขึ้นๆลงๆ ไค้งไปไค้งมา	การเข้ารับบริการค่อนข้าง ลำบาก
03	ใช่ สองสามปีที่ผ่านมา ไปแล้วไม่ค่อยเจอหมอ หมอไม่ว่าง หมอไม่ ค่อยอยู่ แต่ก็จะมีหมอจากโรงพยาบาลเขาค้อมานะ มาทุกวันจันทร์ กับวันพฤหัสบดี	บุคลากรทางการแพทย์ไม่ เพียงพอ
03	ปวดฟันนี้มันนอนไม่หลับนะ ถ้าปวดมากๆก็กินข้าวไม่ได้เลย แต่ ปวดแค่ซี่นี้ก็จะกัดอะไรก็เจ็บก็ปวดหมด	ความรู้สึกเมื่อมีอาการปวดฟัน

ตาราง 6 (ต่อ)

code	Included Terms (สร้างประเด็นย่อย)	รหัสเริ่มต้น (Initial codes)
03	เรารู้แต่ว่าพืชนั้นหนึ่งถ้ามันเป็นธัญพืชข้าวเข้าไปมันก็จะไปอัดแล้วหนอน ที่อยู่ใต้นั้นมันก็กินอาหารที่ติดแล้วมันก็ไปกินพืชนเรากินเนื้อด้วย มันก็เลยเจ็บก็เลยปวด เวลาแปรงพืชนแปรงได้แต่ข้างนอก ข้างใน แปรงไม่ได้ มันก็เป็นหนอนเนาแล้วก็เจ็บ แต่ตอนอยู่ในป่ายังไม่รู้จัก หญ้าเวลาปวดก็กินแต่ยาต้มใจ	มีการใช้ยาในการบรรเทาอาการ ปวดฟัน
03	สมัยอยู่ในป่านั้น มีคนเดินจากในป่าออกมาในเมืองซื้อเข้าไปพวก ยาต้มใจแปรงสีพืชน ยาต้มใจมันแก้ปวด ปวดฟัน ปวดหัว ปวดหลัง ได้หมดทุกปวด	สมัยก่อนมีความยากลำบากใน การหาซื้อยา และอุปกรณ์ทำ ความสะอาดช่องปาก
03	เราก็ไม่รู้จะแก้ยังไงเนาะ ก็ต้มยากินเผื่อมันเจ็บมันปวดมั้ง แปรงพืชน ดี ๆ สมัยก่อนมันไม่มียาสีพืชน สมัยอยู่ในป่าอะ	ไม่รู้วิธีแก้ปัญหาและสาเหตุการ เกิดฟันผุ
03	แต่ก่อนไม่มีหรอก มีแต่ยาต้มใจใครจะเดินลงมา ลงมาที่ก็ไกล แต่ เดี๋ยวก็มีไปหาหมอซื้อยากิน แต่ถ้าปวดมาก ๆ ก็ไปถอนทั้งเลยง่ายดี แต่บางที่หมอก็บอกนะว่ายังอุดได้ เราก็กินยาต้มไป ไปหาหมออุด ฟันนี้อุดมา 5-6 ปีแล้วก็ไม่เห็นเป็นอะไร สบายดี	สมัยก่อนมีความยากลำบากใน การหาซื้อยาและการเข้ารับ บริการทางทันตกรรม
03	ไม่รู้อะไรเลย แต่ก่อนเราอยู่ในป่านะไม่มีแปรงสีพืชนยาสีพืชน พอมีคน ลงมาข้างล่างมาเห็นแปรงสีพืชนก็อยากได้ ก็ซื้อขึ้นไปใช้ในป่า เราก็ แปรงของเราเองดูๆ ไม่มีใครสอนหรอก	ขาดความรู้ในการแปรงพืชน
03	เคี้ยวอ้อยเคี้ยวอ้อยมาเคี้ยวๆ แล้วก็คายออก แต่ต้องบ้วนน้ำที่หลังนะ ไม่จุ่มมันจะเปรี้ยวจะปวดฟัน เคยมีคนปวด	เชื่อว่าเคี้ยวอ้อยหลังกินข้าวแล้ว ช่วยทำให้ฟันสะอาดแต่ต้องบ้วน น้ำตามด้วย
03	แปรงกับยาสีพืชนตอนตื่นเช้า แล้วก็ก่อนนอน หลังอ่านหนังสือดู โทรทัศน์เสร็จเราก็มาแปรงค่อนนอน ถ้าไม่แปรงนี้มันไม่ค่อยดีจะมี กลิ่นเหม็น มีอาหารไปสะสมใส่แล้วไม่สบาย	มีการดูแลสุขภาพช่องปาก
03	บอกแล้วว่าทำไปแล้วเวลานอนไม่ต้องถอดนะ ถ่าถอดแล้วเอามาใส่ มันจะไม่ดีใส่แล้วจะเจ็บ ถ้าใส่ให้มันชินให้มันเคยจะได้สบายไม่มี ปัญหา	ได้รับความรู้ที่ผิดเกี่ยวกับการใส่ ฟันปลอม
04	ย่าเขาใส่ฟันปลอม	มีการใส่ฟันปลอม

ตาราง 6 (ต่อ)

code	Included Terms (สร้างประเด็นย่อย)	รหัสเริ่มต้น (Initial codes)
04	จะเคี้ยวได้ยังไงอะ ต้องใส่ฟันปลอมถึงจะเคี้ยวได้ ไม่มีฟันก็เลยเคี้ยวไม่ได้	เคี้ยวไม่ได้เลยต้องใส่ฟันปลอม
04	ผุเยอะมาก แล้วก็ค่อยๆถอน จนหมดปาก แล้วหมอก็ทำฟันปลอมให้	ฟันผุเยอะเลยต้องถอนเพื่อใส่ฟันปลอม
04	ไปถอนปวด ตอนถอนที่เดียว	ไปหาหมอเมื่อมีอาการปวดและต้องการถอนเท่านั้น
04	ที่อนามัยเมื่อก่อนยังไม่มีหมอฟัน ฟังมีมาไม่กี่ปีนี่เอง	ขาดบุคลากรทางด้านทันตสาธารณสุข
04	ไม่รู้จะทำยังไง ปล่อยไว้	ไม่รู้ว่าจะต้องทำอะไรเมื่อปวดฟัน
04	ซื้อยามากิน ยาแก้ปวด กินแล้ว ถ้ามีหนองแล้วก็ไปถอน	มีการใช้ยาบรรเทาอาการปวดและรอจนมีหนองจึงจะไปถอน
04	ไม่เคยมีคนมาสอนแปรงฟัน สอนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก	ขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก
04	สมัยก่อนอะ ปวดก็ถอนเท่านั้นแหละ ใช้น้ำย่ะ	เชื่อว่าเมื่อปวดฟันก็ต้องถอนเท่านั้น
04	ไม่มีอุดตอนนั้นอะ ยังไม่มีอะไรพวกนี้ แล้วก็รักษาฟันผุนี่แพงมากด้วย ถอนอย่างเดียว	คิดว่าค่าใช้จ่ายในการอุดฟันแพงมาก
04	เมื่อก่อนเนี่ยนะเค้าจะมีสมุนไพรของเค้าอะ สำหรับปวดมากๆนะ บ้วนแป็บนึงแล้วจะหายเลย	มีการใช้สมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดฟัน
04	เขาจะแนะนำเลยปวดก็เอาออกเท่านั้นเอง หมอไม่ได้แนะนำเหมือนทุกวันนี้ ทุกวันนี้เราต้องอุดก่อน อุดไม่ได้ต้องรักษารากฟันไง ถอนอย่างเดียว เขาไม่ได้แนะนำว่าอุดนะ ถ้าอุดไม่ได้ก็รักษารากฟันนะแบบนี้ไม่มี	เมื่อก่อนไม่ได้รับคำแนะนำในการรักษาที่ดีเหมือนปัจจุบัน
04	เมื่อก่อนนะมันจะมีพ่อบุญมา เค้าออกมาทำตามบ้านเลยอะ แพงด้วยนะ	มีหมอบุญมาบ้านในการทำฟันปลอม
04	เมื่อก่อนยังไม่มีอะไรเลย ไม่มีฟันปลอม ไม่มีอะไรเลยสมัยนั้นอะ	ไม่มีการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม
04	เข้าก็ปวดอะ ทรมานใครจะทนได้ล่ะ เอาออกอย่างเดียวเท่านั้นแหละ ทรมานมากนะ	ความทรมานจากการปวดฟัน

ตาราง 6 (ต่อ)

code	Included Terms (สร้างประเด็นย่อย)	รหัสเริ่มต้น (Initial codes)
04	เด...เมื่อก่อนอะนะตอนอยู่ในป่าเค้าไม่มีแปรงสีฟัน ยาสีฟันหรือก เค้าก็จะมีสมุนไพรของเค้าอะ เราไม่รู้ว่่าต้นไหนเป็นยังงัอะ ใช้บ้วน ปากอะ แล้วฟันจะไม่ผุ	ไม่มีอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพ ช่องปากเลยใช้สมุนไพรแทน
04	มีคนมาขายแล้วเราก็ซื้อมาใช้ เมื่อก่อนอยู่ในป่ายังเป็นคอมมิวนิสต อยู่ แล้วก็พวกผู้ชายก็จะไปในเมืองที่หล่มสักหรือหล่มเก่านี้แหละจะ เดิน2-3วันนี่แหละกว่าจะไปถึงร้านค้า แล้วก็ไปซื้อ ฟอค่าแม่ค่าก็ แนะนำแปรงฟัน ยาสีฟัน แล้วก็ซื้อมาแล้วก็ให้เขาใช้กัน จากนั้นก็ อพยพไปหล่มสัก-หล่มเก่า แล้วก็ย้ายมาอยู่ที่นี่	มีความยากลำบากในการหาซื้อ อุปกรณ์ดูแลสุขภาพช่องปาก
05	มียามาเผาแล้วก็เอากะลามะพร้าวเนี่ยมาครอบแล้วก็อมแล้วก็จะมี แมลงออกมาตาย ออกมาจากเหงือก ก็หายเลย หายดีมากๆ หาย เร็วมากๆ หายไปเป็นปี สองปี หรือว่าเรากินน้ำรู้สึกว่ามันเสียวมาทำ ใหม่	มีการใช้สมุนไพร
05	ก็อยู่ตามธรรมชาติก็ไม่ได้ดูแลรักษาอะไร	เมื่อก่อนไม่มีการดูแลสุขภาพ ช่องปาก
05	ใช้ มันนานมาแล้ว ตั้งแต่สมัยปู่ย่า ตา ยาย เค้าก็มีกันอยู่แล้ว แต่เค้า ก็ไม่ค่อยแปรงกันเท่าไร ไม่เหมือนสมัยนี้นะวันหนึ่งก็ต้องแปรงครั้งหนึ่ง หรือ2ครั้ง	ไม่ค่อยแปรงฟัน
05	รู้แค่ว่าไม่แปรงแล้วมันจะรู้สึกไม่สะอาด มาแนะนำว่าต้องรักษา ต้องแปรงฟัน ไม่มีใครมาบอกหรือก	ไม่มีใครมาแนะนำ
05	เมื่อก่อนที่ไม่มีสมุนไพรนี้ก็ขาดโรงเรียนกันหลายวัน หลายอาทิตย์ พอมียาตัวนี้ไม่ว่าเด็กไม่ว่าผู้ใหญ่ หาย	คิดว่าสมุนไพรสำคัญ ต่อ ชีวิตประจำวัน
05	ฟันแต่ก่อนอยู่ในปากเนี่ย ไม่มียารักษาไม่มีอะไร แล้วก็ปวดจ้งเลย ไม่รู้จะทำยังไง ก็เลยเอาสารส้มพอลเอาสารส้มเข้าไปในรูฟันแล้วก็ รู้สึกว่ามันอยู่ได้ ใสไปใสมาฟันผุหมดเลย ไม่หายก็ใสอีก ใสๆ จน รู้สึกว่าฟันเนี่ย ไม่ได้กัดเคี้ยวอะไรแข็งก็แตกผุออกมา	ขาดความรู้
05	ดีกว่าเยอะ คนไปหาเยอะขึ้น รู้สึกว่าไม่ว่ายาอะไรเดี๋ยวนี้ออนามัยนี้ มีเยอะ ถ้าอาการหนักจริงๆค่อยไปเขาค้อ ใช้ธรรมดาที่ไปนี่ก็ได้	มีทัศนคติที่ดีต่ออนามัย

ตาราง 6 (ต่อ)

code	Included Terms (สร้างประเด็นย่อย)	รหัสเริ่มต้น (Initial codes)
05	แก่แล้ว พันจะเสียแล้ว ต้องมีอีกชนิดนี้ที่ต้องมาทำลายพัน เหมือนกับว่ามันเสียไปตามกาลเวลา ยิ่งไงมันก็ต้องหลุด แต่ว่าหลุดช้าหรือเร็วเท่านั้นแหละ	เชื่อว่าแก่แล้วพันก็ต้องเสียไป
05	รู้แต่ว่าเดี๋ยวนี้มีหมอมออยู่หมอกก็แนะนำอยู่ ต้องให้ทำพันตั้งแต่เด็ก รักษาตั้งแต่เนิ่นๆ	มีทัศนคติที่ดีต่อการทำพัน
06	จริงๆ ช่วงที่เป็นเด็กดูไม่ค่อยเป็นนะ ก็ปล่อยไปตามธรรมชาติ จะมาดูแลตอนช่วงหนุ่มสาวแปร่งมาตลอด อยู่บนเขาก็จะแปร่งพันพัน มีแปร่งสีพัน ยาสีฟัน	ตอนเป็นเด็กไม่ค่อยได้ดูแลพัน
06	เรารู้เพราะว่ามีคนไปบอกไปแนะนำเหมือนกัน มีหมอมมาแนะนำและศึกษากับคนที่เค้ารู้ แต่คนที่รู้เหมือนผมนี่มีน้อยมาก บางคนก็ยังไม่รู้หรอก ยังใช้ไม่เป็น คนที่เค้าไม่รู้เค้าก็ไม่แปร่งไม่ใช้	บางคนขาดความรู้ด้านทันตสุขศึกษา
06	ก็มีที่เขาใช้แบบโบราณ เขาบอกว่ามีตัวหนอนกินพัน เขาก็ใช้ยาอบ	มีการใช้ยาสมุนไพร
06	เจ็บปวดตอนไหน เจ็บถึงจะไป ไปตรวจ	เมื่อมีอาการเจ็บปวดถึงจะไปหาหมอ
06	ส่วนใหญ่เราไม่ได้อะไรหรอก ก็ปล่อยให้เขาโต แล้วก็ทำเอง	ไม่มีการดูแลพันลูก
06	ใช่ต้องพาไป ไปอนามัย ไปโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะไป รพ.เขาค้อ	เมื่อมีอาการปวดฟันต้องไปหาหมอ
06	เกี่ยวกับกรรมพันธุ์ ถ้าพ่อแม่พันไม่แข็ง หลุดง่าย ลูกก็จะเป็นอย่างนั้น	ความเชื่อเกี่ยวกับพันกรรม
06	หมอมต้องมาดู ต้องมาบอกว่าต้องทำอะไร ว่าต้องขูดหินปูน ต้องอุดรูที่แมงมันกัด ซึ่ไหนที่หมอบอกมันดูแลได้ก็ดูแลไปก่อน แต่พวกเราเองก็ดูแลไม่เป็นก็ต้องไปโรงพยาบาล	อยากให้หมอมมาแนะนำ
06	เดี๋ยวนี้อนามัยดีกว่าแต่ก่อนเยอะ มีหมอมอะไรเกือบจะครบ เมื่อก่อนกว่าจะเดินทางไปหาหมอกี่หลายชั่วโมง	เดี๋ยวนี้อนามัยดีกว่าแต่ก่อนเยอะ
06	สมัยก่อนรับบริการอนามัยต้องเสียตั้งทุกคน ถ้ามีตั้งก็ไปทำถ้าไม่มีตั้งก็ไม่ไปทำ ไปก็ไม่ตั้งจ่าย หมอกก็ไม่ทำให้	ปัญหาทางด้านการเงิน
07	กินยาพาราแก้ปวด ปวดหาย ทันใจ สมัยก่อนไม่ค่อยมียา อยู่ในป่า	มีการใช้ยาบรรเทาอาการปวด
07	กินต้มไก่ ใสสมุนไพร	มีการใช้ยาสมุนไพร

ตาราง 6 (ต่อ)

code	Included Terms (สร้างประเด็นย่อย)	รหัสเริ่มต้น (Initial codes)
07 40	สมัยเป็นสาวๆอยู่ในป่าไม่มีอะไรดูแลเลย มาเริ่มใช้แปรงตอนอายุ	ตอนอยู่ในป่าไม่มีการดูแล สุขภาพช่องปาก
07	คิดว่าถ้าอายุมากแล้วฟันมันก็จะหลุด	ความเชื่อว่าถ้าอายุมากแล้วฟัน ก็จะหลุด
08	สมัยก่อนจะมียาสมุนไพร เขาเอามาต้มไปกิน บางคนเขาก็หายเลย แม่ก็เคยกิน คนเฒ่าคนแก่รุ่นต่อรุ่น สมัยก่อนเขาบอกมา อากันข้าง บ้านนี้ เขาก็มียาดี เขาบอกมันกินหายนะ แม่ก็กิน	มีการใช้ยาสมุนไพร

ตาราง 6 แสดงการสรุปประเด็นจากการถอดบทสัมภาษณ์

รหัสเริ่มต้น (Initial Codes)	ประเด็น (Themes)
1. - มีการใส่ฟันปลอมที่ทำจากโรงพยาบาล - มีการใช้ฟันปลอมเถื่อนที่ทำจากหมอชาวบ้าน - เคี้ยวไม่ได้เลยต้องใส่ฟันปลอม - ฟันผุเยอะเลยต้องถอนเพื่อใส่ฟันปลอม - มีหมอชาวบ้านในการทำฟันปลอม	1. ฟันปลอม
2. - เมื่อก่อนมีการใช้สมุนไพรบรรเทาอาการปวดฟัน - คิดว่าสมุนไพรสำคัญต่อชีวิตประจำวัน - เคี้ยวอ้อยหลังกินข้าวแล้วช่วยทำให้ฟันสะอาดและแข็งแรง	2. การใช้สมุนไพร
3. - เชื่อว่าถ้าการรักษาเร็วกว่านี้ก็จะไม่ต้องสูญเสียฟัน - เชื่อว่าฟันที่ผุแล้วยังไงก็ต้องปวดอีกและห่วงความสวยงามด้วยจึงตัด ปัญหาโดยการถอนฟันเอาฟันที่ดำออก - เชื่อว่าเคี้ยวอ้อยหลังกินข้าวแล้วช่วยทำให้ฟันสะอาดและแข็งแรง - มีความเชื่อว่ารักษาฟันดีกว่าต้องถอนฟันออก - คิดว่าสมุนไพรรักษาได้ดีกว่าหมอ - เชื่อว่าเมื่อปวดฟันก็ต้องถอนเท่านั้น	3. ความเชื่อ

ตาราง 7 (ต่อ)

รหัสเริ่มต้น (Initial Codes)	ประเด็น (Themes)
<ul style="list-style-type: none"> - เชื่อว่าแก้แล้วฟันก็ต้องเสียไป - ความเชื่อเกี่ยวกับพันธุกรรม - ความเชื่อที่ว่าถ้าอายุมากแล้วฟันก็จะหลุด 	
4.	4. การขาดความรู้
<ul style="list-style-type: none"> - มีการทำความสะอาดฟันปลอมโดยแปรปรวนร่วมกับยาสีฟัน - ไม่รู้จะแปรงฟันยังไงให้สะอาด - คิดว่าตัวเองไม่มีความรู้ในการทำความสะอาดฟันปลอม - ไม่รู้วิธีแก้ปัญหาและสาเหตุการเกิดฟันผุ - ได้รับความรู้ที่ผิดเกี่ยวกับการใส่ฟันปลอม - ไม่รู้ว่าต้องทำยังไงเมื่อปวดฟัน 	
5.	5. การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม
<ul style="list-style-type: none"> - ไม่เคยมีใครมาสอนแปรงฟัน - สมัยก่อนยังมีอุปกรณ์ไม่ครบในการดูแลช่องปาก - เคยมาพบทันตบุคลากรแต่ไม่เจอ - เห็นคนอื่นทำฟันปลอมเลยอยากทำบ้าง - บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ - สมัยก่อนมีความยากลำบากในการหาซื้อยา และอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก - ขาดบุคลากรทางด้านทันตสาธารณสุข - ปัญหาทางด้านการเงิน - อยากให้หมอมาแนะนำ - คิดว่าค่าใช้จ่ายในการอุดฟันแพงมาก - เมื่อก่อนไม่ได้รับคำแนะนำในการรักษาที่ดีเหมือนปัจจุบัน 	
6.	6. พฤติกรรมทันตสุขภาพ
<ul style="list-style-type: none"> - มีการดูแลสุขภาพช่องปากโดยการแปรงฟัน - มีการถอดฟันปลอมแช่น้ำเปล่าก่อนนอนและแปรงฟันปลอมทุกครั้ง - มีทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก - มีการใช้ยาในการบรรเทาอาการปวดฟัน - เมื่อก่อนไม่มีการดูแลรักษาสุขภาพช่องปาก 	

ตาราง 7 (ต่อ)

รหัสเริ่มต้น (Initial Codes)	ประเด็น (Themes)
7. - เคยมาหาหมอฟันเพื่อถอนฟันและทำฟันปลอมเมื่อหลายปีมาแล้ว - มีทัศนคติที่ดีต่อการรับบริการทางทันตกรรม - การเข้ารับบริการค่อนข้างลำบาก - ไปหาหมอเมื่อมีอาการปวดและต้องการถอนเท่านั้น	7. การเข้ารับบริการทางทันตกรรม
8. - มีทัศนคติที่ดีต่อฟันปลอมที่ทำกับหมอบ้านมากกว่าฟันปลอมที่ทำกับทันตแพทย์ - ทัศนคติที่ดีต่อสมุนไพร - มีทัศนคติที่ดีต่ออนามัย - มีทัศนคติที่ดีต่อการทำฟัน	8. ทัศนคติ

การรวบรวมข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการดูแลตัวเอง และปัจจัยใดที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 พบว่า อายุเป็นส่วนสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ อันเนื่องมาจากความเชื่อที่ว่าเมื่ออายุมากขึ้น ฟันก็จะหลุดร่วงไปเองตามธรรมชาติ ซึ่งความเชื่อนี้เป็นความเชื่อที่ยากต่อการเปลี่ยนแปลงในสังคมผู้สูงอายุ รวมถึงการมีโรคประจำตัวก็ยังมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุชาวม้งให้ความสนใจกับภาวะโรคของตนเองมากกว่าที่จะดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งสาเหตุหลักๆ ก็มาจากการขาดความรู้ในด้านทันตสุขภาพ ไม่ทราบวิธีการดูแลตัวเอง บวกกับทัศนคติที่มีต่อสุขภาพช่องปากที่ส่งต่อกันมาเป็นความเชื่อ จึงทำให้การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองลดลงไปอย่างเห็นได้ชัด ส่วนการรับรู้ความเสี่ยงก็ยังมองว่าโรคที่เกิดในช่องปากไม่ได้ส่งผลอันตรายให้ถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งระบบการแพทย์ที่ไม่เอื้อต่อการรักษาโรคในช่องปาก ทำให้ผู้สูงอายุแสวงหาแนวทางในการรักษาตัวเองเมื่อเกิดอาการขึ้นมา เช่นเมื่อมีอาการปวดฟันก็จะค้นหาสิ่งที่มีอยู่ในท้องถิ่นในการช่วยบรรเทาอาการปวดฟันนี้ เช่น การใช้สมุนไพรซึ่งก็จะมีกระบวนการนำมาซึ่งการปรุงเพื่อให้เป็นยาแตกต่างการออกไป บางกลุ่มนำมาต้มและรับประทาน บางกลุ่มนำมาบดและใส่ลงไปในรูของฟันผุ ซึ่งก็มีการถ่ายทอดองค์ความรู้พวกนี้มาจากบรรพบุรุษของตัวเอง จึงเกิดแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ซึ่งครอบครัวชาวม้ง ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย คำว่าครอบครัวจึงเป็นครอบครัวใหญ่ และจะมีผู้นำซึ่งเป็นบุคคล ที่คนในครอบครัวให้การ

เคารพ และนับถือ ซึ่งผู้นำกลุ่มนี้เรียกว่า “ผู้นำตระกูลแซ่” ซึ่งจากสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากดังกล่าว ได้มีข้อเสนอแนะ จากผู้นำท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุข และตัวแทนกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อใช้ในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา เสี่ยงตามสาย คลิปวีดีโอด้านทันตสุขภาพ และการใช้ผู้นำตระกูลแซ่ในการกระตุ้นลูกบ้านของตนเอง เป็นต้น

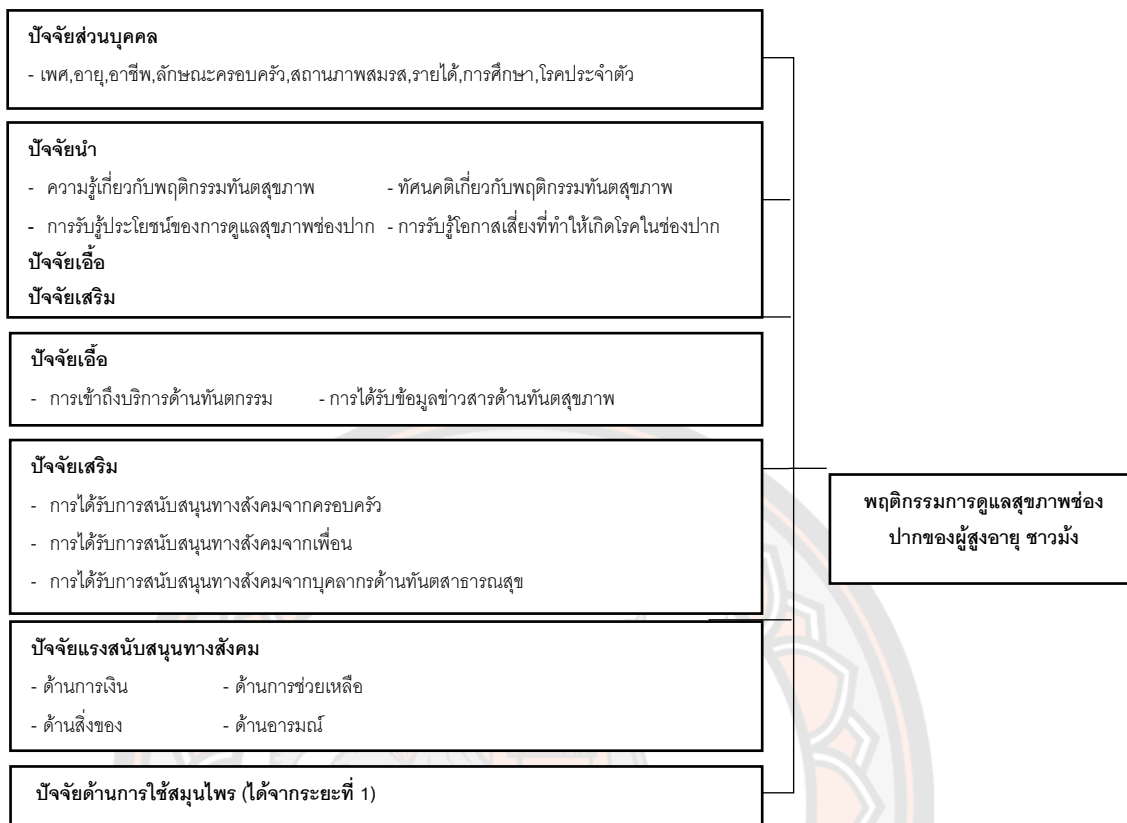
ผลการศึกษาในระยะที่ 1 นี้สรุปได้ว่านอกจากปัจจัยที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและนอกเหนือจากการทบทวนวรรณกรรมแล้ว มีอีกหนึ่งปัจจัยคือ ปัจจัยได้การใช้สมุนไพรเพื่อรักษาอาการปวดฟัน ผู้วิจัยจึงจะได้นำไปเปรียบเทียบกับปัจจัยที่ได้จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้ทบทวนมา และนำไปวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อยืนยันผลในเชิงปริมาณในการศึกษาในระยะที่ 2 ซึ่งได้นำเสนอต่อไป

ผลการวิจัยระยะที่ 2 (เชิงปริมาณ)

การศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Method) โดยการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ในระยะที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวม้ง และการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) ผลการวิจัย มีดังนี้

ผลการวิจัยเชิงปริมาณในระยะที่ 2

ในระยะนี้ได้นำข้อค้นพบในการวิจัยระยะที่ 1 ซึ่งพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวม้ง แบ่งเป็นด้านใหญ่ๆ ได้ 2 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเชิงบวก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเชิงลบ ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยด้านสมุนไพร ดังนั้นจึงนำมาจัดหมวดหมู่ตัวแปรร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีทั้งลักษณะที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกันจากผลการวิจัยในระยะที่ 1 ซึ่งผู้วิจัยได้ประมวลองค์ความรู้และจัดสร้างแบบสัมภาษณ์พบตัวแปรที่ศึกษาดังกรอบแนวคิดการวิจัยในระยะที่ 2 ดังแสดงในภาพ



ภาพ 17 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย (ระยะที่ 2)

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยนำตัวแปรที่ได้มาปรับแบบสัมภาษณ์ โดยปรับตัวแปรตามข้อค้นพบในระยะเวลาที่ 1 คือ ปัจจัยที่มีอิทธิพลพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง จากนั้นจึงนำแบบสัมภาษณ์ไปเก็บกับตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 417 คน ได้แบบสัมภาษณ์คืนและข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน 400 ชุด คิดเป็นอัตราการตอบกลับ (response rate) ร้อยละ 95.92 จากนั้น นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยแสดงผลการวิเคราะห์ออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุชาวม้ง ประกอบไปด้วย เพศ, อายุ, อาชีพ, ลักษณะครอบครัว, สถานภาพสมรส, รายได้, การศึกษา, โรคประจำตัว (ตาราง 8)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม (ตาราง 9-22)

ข้อมูลปัจจัยนำ ประกอบไปด้วย ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมทันตสุขภาพ ทศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมทันตสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก และการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคในช่องปาก (ตาราง 9-15)

ข้อมูลปัจจัยเชื้อ ประกอบด้วย การเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม และการได้รับข้อมูล ข่าวสารด้านทันตสุขภาพ (ตาราง 16-18)

ข้อมูลปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรด้าน ทันตสาธารณสุข (ตาราง 19-22)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย ด้านการเงิน ด้านการ ช่วยเหลือ ด้านสิ่งของ และด้านอารมณ์ (ตาราง 23-24)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยด้านสมุนไพรร่วมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของ ผู้สูงอายุชาวม้ง (ตาราง 25-26)

ส่วนที่ 5 ข้อมูลพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง (ตาราง 27-28)

ส่วนที่ 7 ข้อมูลปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง (ตาราง 30)

โดยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากการประเมินความตรงของเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา ผู้เชี่ยวชาญด้าน ทันตสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย จากนั้นนำมาวิเคราะห์ความเที่ยง (Reliability) ของ เครื่องมือแบบสัมภาษณ์และนำไปทดลองสัมภาษณ์กับผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 1 ที่มีคุณสมบัติ ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อตรวจความถูกต้องของภาษาและความครอบคลุม ของเนื้อหา จากนั้นจะนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS คือ

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อใช้หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของ ผู้สูงอายุชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 (n=400)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุชาวม้ง จำนวน 400 คน จาก 5 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ลักษณะครอบครัว สถานภาพสมรส รายได้ การศึกษา โรค ประจำตัว รายละเอียดของข้อมูลส่วนบุคคลดังแสดงในตาราง

ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละ ตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2
(n = 400 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	157	39.3
หญิง	243	60.7
รวม	400	100
2. อายุ (ปี)		
60-69 ปี (ผู้สูงอายุตอนต้น)	128	32.0
70-79 ปี (ผู้สูงอายุตอนกลาง)	178	44.5
80 ปี ขึ้นไป (ผู้สูงอายุตอนปลาย)	94	23.5
Min =60 Max = 103 Mean = 73.26 S.D. =7.782		
3. อาชีพ		
ไม่ประกอบอาชีพ	57	14.2
เกษตรกรรม	133	33.2
ค้าขาย	70	17.5
รับจ้างทั่วไป	64	16.0
ข้าราชการ	56	14.0
พนักงานบริษัท/รัฐวิสาหกิจ	19	4.8
อื่นๆ	1	0.3
4. ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	47	11.8
ครอบครัวขยาย	353	88.2
5. สถานภาพ		
โสด	21	5.3
คู่	316	79.0
หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่	63	15.8

ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
6. รายได้		
ไม่มีรายได้	10	2.5
น้อยกว่า 1,000 บาท/เดือน	351	87.7
1,000-5,000 บาท/เดือน	29	7.3
มากกว่า 5,000 บาท/เดือน	10	2.5
7. การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	269	67.3
ประถมศึกษา	29	7.3
มัธยมศึกษา	16	4.0
ปวช/ปวส/ปวท	37	9.2
ปริญญาตรี	49	12.2
8. โรคประจำตัว		
ไม่มี	84	21.0
มี	316	79.0

ตาราง 8 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของตัวอย่าง จำนวน 400 คน ตัวอย่าง ส่วนใหญ่ เป็น เพศหญิง ร้อยละ 60.8 และเพศชาย ร้อยละ 39.3 อายุเฉลี่ย 73.26 ปี ส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 33.3 ค้าขาย ร้อยละ 17.5 รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 16 และไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 14.3 ส่วนใหญ่ สถานภาพสมรส (คู่) ร้อยละ 79 รายได้ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ น้อยกว่า 1,000 บาท/เดือน ร้อยละ 87.8 มี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้เรียน ร้อยละ 88.8 และ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 79

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม

ข้อมูลปัจจัยนำ ประกอบไปด้วย ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมทันตสุขภาพทัศนคติเกี่ยวกับ พฤติกรรมทันตสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก และการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ ทำให้เกิดโรคในช่องปาก

ตาราง 8 แสดงร้อยละ ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก รายข้อ
(n=400)

ข้อคำถาม	คำตอบ (ร้อยละ)	
	ใช่	ไม่ใช่
1 ผู้สูงอายุควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	75	25
2 การแปรงฟันเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยป้องกันฟันผุ	83	17
3 การกำจัดขี้ฟันหรือคราบขี้ฟันต้องกำจัดด้วยการแปรงฟัน	79.2	20.8
4 ผู้สูงอายุควรไปพบหมอฟันอย่างน้อยทุกๆ 6 เดือน	50.3	49.7
5 ผู้สูงอายุที่ถอนฟันหมดทั้งปากหรือไม่มีฟันแท้แล้วไม่จำเป็นต้องไปพบหมอฟัน	54.2	45.8
6 ผู้สูงอายุไปพบหมอฟันเมื่อมีอาการปวดหรือเสียวฟันเท่านั้น	77.1	22.9
7 ผู้สูงอายุควรถอดฟันปลอมก่อนนอนทุกครั้ง	47.9	52.1
8 เมื่อพบว่าฟันปลอมมีปัญหาควรไปพบหมอฟันทันที	91.7	8.3
9 ผู้สูงอายุที่ถอนฟันไปบางซี่ไม่จำเป็นต้องใส่ฟันปลอม	32.7	67.3
10 อาหารที่มีส่วนผสมของน้ำตาลไม่ทำให้เกิดฟันผุ	89.7	10.3
11 เมื่อผู้สูงอายุรับประทานผลไม้เปรี้ยวเช่น มะนาวมะม่วงเปรี้ยว สับปะรด ควรแปรงฟันทันทีหลังรับประทานเสร็จ	38.3	61.7
12 การดื่มนมเปรี้ยวช่วยทำให้ฟันแข็งแรง	38.3	61.7

ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละ ระดับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 (n=400)

ระดับความรู้	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ความรู้ระดับมาก	66	16.5
ความรู้ระดับปานกลาง	202	50.5
ความรู้ระดับน้อย	132	33.0
Min=4 Max= 12 Mean=7.49 S.D.=1.841		

ตาราง 9 แสดงร้อยละความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวม้ง พบว่า ในข้อคำถามทั่วไป ผู้สูงอายุที่ตอบถูกต้อง มากกว่าร้อยละ 80 ได้แก่ ข้อคำถามเมื่อพบว่า ฟันปลอมมีปัญหาควรไปพบหมอฟันทันทีที่ตอบถูก ร้อยละ 91.7 ข้อคำถามอาหารที่มีส่วนผสมของน้ำตาลไม่ทำให้เกิดฟันผุตอบถูก ร้อยละ 89.7 การแปรงฟันเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยป้องกันฟันผุ ร้อยละ 83 ส่วนในข้อคำถามเกี่ยวกับชีวิตประจำวันที่ต้องรู้ พบว่า ผู้สูงอายุยังตอบได้ถูกต้อง อยู่ในเกณฑ์ มากกว่าร้อยละ 70 ได้แก่ การกำจัดขี้ฟันหรือคราบขี้ฟันต้องกำจัดด้วยการแปรงฟันตอบถูกร้อยละ 79.2 ผู้สูงอายุไปพบหมอฟันเมื่อมีอาการปวดหรือเสียวฟันตอบถูก ร้อยละ 77.1 ผู้สูงอายุควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ตอบถูก ร้อยละ 75 แต่ในข้อคำถามเชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ตอบถูกต้องน้อยกว่าร้อยละ 70 ได้แก่ ข้อคำถามผู้สูงอายุที่ถอนฟันไปบางซี่ไม่จำเป็นต้องใส่ฟันปลอม ตอบถูก ร้อยละ 67.3 ซึ่งแม้ฟันจะหายเพียงบางซี่ การใส่ฟันปลอมทดแทนเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อรักษาฟันที่เหลืออยู่ไม่ให้ล้ม และยังช่วยเพิ่มความสามารถในการบดเคี้ยวอาหารได้เท่าเดิม เมื่อผู้สูงอายุรับประทานผลไม้เปรี้ยวเช่น มะนาวมะม่วงเปรี้ยวสับปะรด ควรแปรงฟันทันทีหลังรับประทานเสร็จ ตอบถูก เพียงร้อยละ 61.7 ซึ่งตามหลักวิชาการ หลังจากรับประทานอาหาร ควรปล่อยให้สภาวะภายในช่องปากปรับค่าความเป็นกรด-เบส ให้สมดุลก่อน และการดื่มนมเปรี้ยวช่วยทำให้ฟันแข็งแรงตอบถูก เพียงร้อยละ 61.7 เช่นกัน เพราะการที่จะให้ฟันแข็งแรงต้องดื่มนมที่มีแคลเซียม และที่น่าสนใจคือ 3 ลำดับสุดท้ายของข้อคำถามที่ผู้สูงอายุตอบถูกน้อยที่สุดก็คือ ข้อคำถามเกี่ยวกับการเข้ารับบริการ และระบบบริการสาธารณสุข ได้แก่ ข้อคำถามว่าผู้สูงอายุที่ถอนฟันหมดทั้งปากหรือไม่มีฟันแท้แล้วไม่จำเป็นต้องไปพบหมอฟัน ผู้สูงอายุควรถอดฟันปลอมก่อนนอนทุกครั้ง และผู้สูงอายุควรไปพบหมอฟันอย่างน้อยทุกๆ 6 เดือน ตอบถูก เพียงร้อยละ 54.2 52.1 และ 50.3 ตามลำดับ ซึ่งเป็นความท้าทายอย่างยิ่ง ที่จะทำให้นักศึกษากลุ่มนี้มีองค์ความรู้ รวมถึงการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับทันตสุขภาพในแนวทางที่ถูกต้องและเหมาะสม

ตาราง 10 แสดงจำนวนและร้อยละระดับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.5 รองลงมา คือ ระดับน้อย ร้อยละ 33.0 และมีบางส่วนที่มีคะแนนระดับมาก ร้อยละ 16.5 โดยมีคะแนนความรู้ต่ำสุด คือ 4 สูงสุดคือ 12 ค่าเฉลี่ย 7.49 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.841

ตาราง 10 แสดงจำนวนและร้อยละทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก
ของผู้สูงอายุชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 รายข้อ (n=400)

ข้อความ	ร้อยละความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านคิดว่าหากแปรงสีฟันหายสามารถยืมแปรงสี ฟันของบุคคลในครอบครัวมาใช้ได้	90 (22.5)	81 (20.2)	82 (20.5)	73 (18.2)	74 (18.5)
2. ท่านเชื่อว่าการแปรงฟันแรงๆจะทำให้ฟันสะอาด มากขึ้น	162 (40.5)	39 (9.8)	50 (12.5)	67 (16.8)	82 (20.4)
3. ท่านเชื่อว่าขนแปรงสีฟันที่นุ่มจะสามารถทำ ความสะอาดช่องปากได้ดี	160 (40.0)	46 (11.5)	51 (12.8)	64 (16.0)	79 (19.7)
4. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าการไปหาหมอฟันเพื่อ ตรวจฟันเป็นการประหยัดเวลาและเงินในการรักษา โรคฟันผุ	165 (41.3)	45 (11.3)	43 (10.8)	72 (18.0)	75 (18.6)
5. ท่านกลัวหมอฟัน	87 (21.8)	60 (15.0)	68 (17.0)	64 (16.0)	121 (30.2)
6. ท่านคิดว่าการไปพบหมอฟันเพื่อมีสุขภาพฟันที่ ดีจะทำให้สุขภาพกายดีไปด้วย	151 (37.8)	42 (10.5)	54 (13.5)	73 (18.2)	80 (20.0)
7. ท่านเห็นด้วยกับคำกล่าวที่ว่า “คนเราเมื่ออายุ มากขึ้นฟันแท้จะหลุดร่วงไป”	156 (39.0)	39 (9.8)	46 (11.5)	74 (18.5)	85 (21.2)
8. ท่านคิดว่าการทำความสะอาดฟันปลอมเพียง แค่แช่น้ำไว้อย่างเดียวไม่จำเป็นต้องขัดถูเพราะฟัน ปลอมไม่มีชีวิต	115 (28.8)	36 (9.0)	57 (14.3)	115 (28.8)	77 (19.1)
9. ท่านคิดว่าฟันปลอมไม่มีความจำเป็น	128 (32.0)	36 (9.0)	52 (13.0)	101 (25.3)	83 (20.7)
10. ท่านคิดว่าเมื่อติดน้ำอัดลมเสร็จแล้วควรแปรง ฟันหลังดื่มทันที	131 (32.8)	46 (11.5)	47 (11.7)	104 (26.0)	72 (18.0)
11. ท่านเชื่อว่าการบ้วนปากด้วยน้ำผสมเกลือจะ ช่วยให้ฟันแข็งแรง	107 (26.8)	60 (15.0)	80 (20.0)	64 (16.0)	89 (22.2)
12. ท่านเชื่อว่าการเคี้ยวหมากเป็นการทำให้ฟัน แน่นและแข็งแรง	73 (18.3)	64 (16.0)	76 (19.0)	60 (15.0)	127 (31.8)

ตาราง 11 แสดงจำนวนและร้อยละ ระดับทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 (n=400)

ระดับทัศนคติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับเห็นด้วยมาก	84	21.0
ระดับเห็นด้วยปานกลาง	275	68.7
ระดับเห็นด้วยน้อย	41	10.3
รวม	400	100

Min=20 Max= 55 Mean= 39.33 S.D.=6.90

ตาราง 11 แสดงร้อยละทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 รายข้อ พบว่า จากข้อถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากเชิงบวกสองอันดับแรก คือผู้สูงอายุมีทัศนคติในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่งและเห็นด้วย ว่าการไปหาหมอฟันเพื่อตรวจฟันเป็นการประหยัดเวลาและเงินในการรักษาโรคฟันผุ ร้อยละ 52.6 และมีทัศนคติในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่งและเห็นด้วย โดยเชื่อว่าขนแปรงสีฟันที่นุ่มจะสามารถทำความสะอาดช่องปากได้ดี ร้อยละ 51.5 ทั้งนี้ ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีทัศนคติเชิงลบสองอันดับแรก คือ ผู้สูงอายุมีทัศนคติในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่งและเห็นด้วย โดยเชื่อว่าการแปรงฟันแรงๆจะทำให้ฟันสะอาดมากขึ้นร้อยละ 50.3 และมีทัศนคติในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่งและเห็นด้วย กับคำกล่าวที่ว่า “คนเราเมื่ออายุมากขึ้นฟันแท้จะหลุดร่วงไป” เห็นด้วยร้อยละ 48.8

ตาราง 12 แสดงจำนวนและร้อยละ ระดับทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 พบว่า ส่วนใหญ่มีทัศนคติในระดับปานกลางร้อยละ 68.8 รองลงมาในระดับทัศนคติมาก ร้อยละ 21.0 มีเพียงร้อยละ 10 ที่มีทัศนคติระดับน้อย โดยคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่ำสุดคือ 20 สูงสุดคือ 55 ค่าเฉลี่ย 39.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.90

ตาราง 12 แสดงจำนวนและร้อยละ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก
ของผู้สูงอายุชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 รายข้อ (n=400)

ข้อความ	ร้อยละความคิดเห็นการรับรู้ประโยชน์				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งเช้าและก่อนนอนช่วยป้องกันโรค ในช่องปากได้	151 (37.8)	28 (7.0)	39 (9.8)	85 (21.1)	98 (24.4)
2. การแปรงฟันโดยใช้ยาสีฟันผสม ฟลูออไรด์จะให้ประโยชน์มากกว่าการ ไม่ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์	149 (37.3)	35 (8.8)	40 (10.0)	81 (20.1)	96 (23.9)
3. การไปพบหมอฟันเมื่อมีอาการปวด แล้วทำให้เสียค่ารักษาพยาบาล มากกว่าการไปพบหมอฟันเป็นประจำ ทุกๆ 6 เดือน	156 (39.0)	36 (9.0)	34 (8.5)	85 (21.1)	90 (22.4)
4. ผู้สูงอายุควรไปพบหมอฟันอย่าง น้อยปีละ 2 ครั้งเพื่อรักษาและ / หรือ เพื่อดูแลสุขภาพฟันได้ทันเมื่อมีปัญหา	151 (37.8)	34 (8.5)	41 (10.3)	81 (20.3)	93 (23.3)
5. การถอดฟันปลอมทุกครั้งหลัง รับประทานอาหารเพื่อนำมาทำความสะอาด สะอาดเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก	110 (27.5)	31 (7.8)	52 (13.0)	123 (30.6)	85 (21.1)
6. การถอดฟันปลอมออกทำความสะอาด สะอาดและแช่น้ำทุกครั้งก่อนนอนทำ ให้ไม่เกิดโรคในช่องปากได้ง่าย	120 (30.0)	28 (7.0)	44 (11.0)	114 (28.5)	94 (23.5)
7. การรับประทานผลไม้ที่มีเส้นใยเช่น สับปะรดช่วยทำความสะอาดฟัน ได้	123 (30.8)	38 (9.5)	39 (9.8)	116 (28.9)	85 (21.1)
8. การหลีกเลี่ยงการรับประทาน อาหารที่มีส่วนผสมของน้ำตาลช่วย ป้องกันฟันผุได้	79 (19.8)	45 (11.3)	44 (11.0)	144 (36.0)	88 (22.0)

ตาราง 13 แสดงร้อยละการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 รายข้อ จากข้อถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งเช้าและก่อนนอนช่วยป้องกันโรคในช่องปากได้ ร้อยละ 37.8 ซึ่งสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกับ ข้อคำถามการใช้อยาสีฟันผสมฟลูออไรด์จะให้ประโยชน์มากกว่าการไม่ใช้อยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ร้อยละ 37.3 แต่ในส่วนข้อคำถามเกี่ยวกับฟันปลอม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 52 ตอบระดับไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าการถอดฟันปลอมออกทำความสะอาดและแช่น้ำทุกครั้งก่อนนอนทำให้ไม่เกิดโรคในช่องปากได้ง่าย รวมถึงผู้สูงอายุเห็นด้วยอย่างยิ่งจนถึงระดับไม่แน่ใจ ร้อยละ 48.3 มองว่าข้อคำถามการถอดฟันปลอมทุกครั้งหลังรับประทานอาหารเพื่อนำมาทำความสะอาดเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก แต่อย่างไรก็ดีส่วนใหญ่ยังเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าการไปพบหมอฟันเมื่อมีอาการปวดแล้วทำให้เสียค่ารักษาพยาบาลมากกว่าการไปพบหมอฟันเป็นประจำทุกๆ 6 เดือน ถึงร้อยละ 39.0 และร้อยละ 37.8 ก็ยังเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าควรไปพบหมอฟันอย่างน้อยปีละ 2 ครั้งเพื่อรักษา และ/หรือเพื่อดูแลสุขภาพฟันได้ทันเมื่อมีปัญหา แต่ในด้านการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องการรับประทานอาหาร ผู้สูงอายุเห็นด้วยอย่างยิ่งกับการรับประทานอาหารผลไม้ที่มีเส้นใยเช่นสับปะรดช่วยทำความสะอาดฟันได้ร้อยละ 30.8 แต่ร้อยละ 58 ไม่เห็นด้วยจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของน้ำตาลช่วยป้องกันฟันผุได้

ตาราง 13 แสดงจำนวนและร้อยละ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคในช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 รายข้อ (n=400)

ข้อความ	ร้อยละความคิดเห็นการรับรู้โอกาสเสี่ยง				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. การแปรงฟันโดยถูไปมาแรงๆจะทำให้เหงือกอักเสบได้	72 (18.0)	40 (10.0)	39 (9.8)	108 (26.9)	142 (35.4)
2. ผู้สูงอายุที่ไม่แปรงฟันทำให้มีกลิ่นปากและเกิดโรคในช่องปากได้	68 (17.0)	36 (9.0)	60 (15.0)	116 (28.9)	121 (30.1)
3. ผู้สูงอายุควรไปพบหมอฟันเมื่อมีอาการปวดฟันหรือเหงือก	60 (15.0)	29 (7.3)	36 (9.0)	113 (28.1)	163 (40.6)

ตาราง 14 (ต่อ)

ข้อความ	ร้อยละความคิดเห็นการรับรู้โอกาสเสี่ยง				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
4. ผู้สูงอายุที่ไม่ไปพบหมอฟันเพื่อตรวจสุขภาพช่องปากอาจทำให้เกิดฟันผุและหรือสูญเสียฟันได้ง่าย	62 (15.5)	30 (7.5)	33 (8.3)	120 (30.0)	155 (38.8)
5. หากผู้สูงอายุไม่ถอดฟันปลอมออกมาทำความสะอาดทุกครั้งก่อนนอนจะทำให้เกิดโรคในช่องปากได้ง่าย	89 (22.3)	27 (6.8)	40 (10.0)	117 (29.3)	127 (31.8)
6. ผู้สูงอายุที่ถอดฟันใส่ฟันปลอมมีปัญหาจะทำให้เกิดโรคในช่องปากง่าย	61 (15.3)	35 (8.8)	37 (9.3)	128 (32.0)	139 (34.8)
7. ผู้สูงอายุที่ดื่มน้ำอัดลมเป็นประจำจะทำให้ฟันสึกกร่อนได้ง่าย	94 (23.5)	29 (7.3)	42 (10.5)	117 (29.1)	119 (29.6)
8. ผู้สูงอายุที่อมลูกอมเป็นประจำจะช่วยให้ลดกลิ่นปากได้	110 (27.5)	35 (8.8)	34 (8.5)	109 (27.1)	113 (28.1)

ตาราง 14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคในช่องปากพบว่า ร้อยละ 62.3 ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าการแปรงฟันโดยถูไปมาแรงๆจะทำให้เหงือกอักเสบได้ และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งที่การไม่แปรงฟันทำให้มีกลิ่นปากและเกิดโรคในช่องปากได้ร้อยละ 30 และยังไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าควรไปพบหมอฟันเมื่อมีอาการปวดฟันหรือเหงือกอักเสบ 40.6 และส่วนใหญ่ก็ยังไม่เห็นด้วยจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มากถึงร้อยละ 68.8 ว่าการที่ไม่ไปพบหมอฟันเพื่อตรวจสุขภาพช่องปากอาจทำให้เกิดฟันผุและหรือสูญเสียฟันได้ง่าย ส่วนในข้อความคำถามเกี่ยวกับฟันปลอมผู้สูงอายุตอบว่าไม่เห็นด้วยจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าการไม่ถอดฟันปลอมออกมาทำความสะอาดทุกครั้งก่อนนอนจะทำให้เกิดโรคในช่องปากได้ง่าย ร้อยละ 61.1 และไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าการถอดฟันใส่ฟันปลอมมีปัญหาจะทำให้เกิดโรคในช่องปากง่าย ร้อยละ 66.8 ในข้อความคำถามเกี่ยวกับการรับประทานอาหารก็จะมีทั้งที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยจำนวนพอๆ กัน โดยข้อความว่าการดื่มน้ำอัดลมเป็นประจำจะทำให้ฟันสึกกร่อนได้ง่ายและการที่อมลูกอมเป็นประจำจะช่วยให้ลดกลิ่นปากได้ ผู้สูงอายุตอบว่าเห็นอย่างยิ่งกับไม่เห็นด้วยจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งร้อยละ 20 ถึงร้อยละ 30 จำนวนพอๆ กัน

ตาราง 14 แสดงจำนวนและร้อยละ ระดับปัจจัยนำ รายด้านและภาพรวม (n=400)

ปัจจัยนำ	ระดับ					
	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ	66	16.5	202	50.5	132	33.0
ทัศนคติเกี่ยวกับทันตสุขภาพ	84	21	275	68.8	41	10.3
การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก	162	40.5	234	58.5	4	1.0
การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคในช่องปาก	133	33.3	261	65.3	6	1.5
ภาพรวม	84	21	316	79.0	0	0

ตาราง 15 แสดงจำนวนและร้อยละระดับปัจจัยนำ รายด้านและภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุมั่ง อยู่ในคะแนนระดับปานกลาง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมทันตสุขภาพ ร้อยละ 50.5 ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมทันตสุขภาพ ร้อยละ 68.8 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 58.5 การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคในช่องปาก ร้อยละ 65.3 และในภาพรวมของปัจจัยนำ ทั้ง 4 ด้าน ก็เช่นเดียวกันคือคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 79.0

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วยการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านทันตสุขภาพ

ตาราง 15 แสดงจำนวนและร้อยละ ปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม รายข้อ (n=400)

ข้อความ	ร้อยละความคิดเห็น	
	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้สูงอายุมีสิทธิประกันสังคมหรือระบบประกันสุขภาพอื่นๆ	315 (78.7)	85 (21.3)
2. มีหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เข้ามาให้บริการทำฟันภายในหมู่บ้าน	188 (47.0)	212 (53.0)
3. ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมโครงการฟันปลอมพระราชทานหรือโครงการอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับช่องปาก	92 (23.0)	308 (77.0)
4. มีหน่วยงานอื่นๆเข้ามาให้การสนับสนุนอุปกรณ์ในการแปรงฟัน หรืออุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพฟันปลอม	66 (16.5)	334 (83.5)

ตาราง 16 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมที่ดี คือ มีสิทธิประกันสังคมหรือระบบประกันสุขภาพอื่นๆ ร้อยละ 78.7 มีหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เข้ามาให้บริการทำฟันภายในหมู่บ้าน ร้อยละ 47.0 และพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมที่ไม่ดี คือ การได้เข้าร่วมโครงการฟันปลอมพระราชทานหรือโครงการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับช่องปาก ร้อยละ 23.0 และการมีหน่วยงานอื่นๆ เข้ามาให้การสนับสนุนอุปกรณ์ในการแปรงฟันหรืออุปกรณ์ในการดูแลรักษาฟันปลอมเพียงร้อยละ 16.5

ตาราง 16 แสดงจำนวนและร้อยละ ปัจจัยเอื้อด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านทันตสุขภาพ รายข้อ (n=400)

ข้อความ	ร้อยละความคิดเห็น	
	ใช่ (ร้อยละ)	ไม่ใช่ (ร้อยละ)
1. ผู้สูงอายุเลือกใช้แปรงสีฟันยาสีฟัน / อุปกรณ์ดูแลรักษาฟันปลอมโดยเลือกใช้ตามรายการทีวีหรือโฆษณาทีวี	322 (80.5)	78 (19.5)
2. ผู้สูงอายุเคยได้ยินหรือได้เห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเหงือกและฟันจากหนังสือหนังสือพิมพ์	191 (47.8)	209 (52.3)
3. เจ้าหน้าที่จากอนามัยแจกแผ่นพับเกี่ยวกับการแปรงฟันการดูแลรักษาฟันปลอมและการบริโภคอาหารเพื่อหลีกเลี่ยงโรคในช่องปาก	72 (18.0)	328 (82.0)
4. มีการประกาศข่าวสารเกี่ยวกับการแปรงฟันการดูแลรักษาฟันปลอมและการบริโภคอาหารหลีกเลี่ยงโรคในช่องปากผ่านทางหอกระจายข่าวภายในหมู่บ้านเป็นประจำ	70 (17.5)	330 (82.5)

ตาราง 17 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ดี คือ ท่านเลือกซื้อแปรงสีฟัน ยาสีฟัน หรืออุปกรณ์ดูแลรักษาฟันปลอมโดยเลือกซื้อ ตามรายการโทรทัศน์ หรือโฆษณาโทรทัศน์ ร้อยละ 80.5 และเคยได้ยินหรือได้เห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเหงือกและฟันจากหนังสือหนังสือพิมพ์ ร้อยละ 47.8 ส่วนกลุ่มตัวอย่างมีการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ไม่ดีด้านทันตสุขภาพพบว่าเจ้าหน้าที่จากอนามัย แจกแผ่นพับเกี่ยวกับการแปรงฟัน การดูแลรักษาฟันปลอมและการบริโภคอาหารเพื่อหลีกเลี่ยงโรคในช่องปาก เพียงร้อยละ 18.0 และการประกาศข่าวสารเกี่ยวกับการแปรงฟันการดูแลรักษาฟันปลอมและการบริโภคอาหารหลีกเลี่ยงโรคในช่องปากผ่านทางหอกระจายข่าวภายในหมู่บ้านเป็นประจำ ร้อยละ 17.5

ตาราง 17 แสดงจำนวนและร้อยละ ระดับปัจจัยเอื้อ รายด้านและภาพรวม (n=400)

ปัจจัยเอื้อ	ระดับ					
	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม	92	23.0	272	68.0	31	7.8
การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านทันตสุขภาพ	80	20.0	259	64.8	49	12.3
ภาพรวม	186	46.5	200	50	14	3.5

ตาราง 18 แสดงจำนวนและร้อยละระดับปัจจัยเอื้อ รายด้านและภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุชาวม้ง อยู่ในคะแนนระดับปานกลาง ได้แก่ การเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม ร้อยละ 50.5 การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านทันตสุขภาพร้อยละ 68 และในภาพรวมของปัจจัยเอื้อ ทั้ง 2 ด้าน ระดับคะแนนอยู่ระหว่างระดับมากและระดับปานกลาง ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกันมากคือร้อยละ 46.5 และร้อยละ 50 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยเสริมประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข

ตาราง 18 แสดงจำนวนและร้อยละ ปัจจัยเสริมด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว รายข้อ (n=400)

ข้อความ	ร้อยละความคิดเห็น				
	ได้รับทุกวัน	ได้รับเป็นประจำ	ได้รับบ่อยครั้ง	ได้รับบางครั้ง	ไม่เคยได้รับ
1. กระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุแปรงฟันและดูแลรักษาฟันปลอมสม่ำเสมอ	88 (22.0)	25 (6.3)	34 (8.5)	108 (27.0)	145 (36.3)
2. ให้คำแนะนำวิธีการแปรงฟันและการดูแลรักษาปลอมแก่ผู้สูงอายุ	133 (33.3)	38 (9.5)	58 (14.5)	83 (20.8)	88 (22.0)

ตาราง 19 (ต่อ)

ข้อความ	ร้อยละความคิดเห็น				
	ได้รับ ทุกวัน	ได้รับเป็น ประจำ	ได้รับ บ่อยครั้ง	ได้รับ บาง ครั้ง	ไม่เคย ได้รับ
3. บอกกล่าวให้รับประทานอาหารที่มี ประโยชน์เพื่อหลีกเลี่ยงโรคในช่องปาก แก่ผู้สูงอายุ	156 (39.0)	31 (7.8)	51 (12.8)	75 (18.6)	88 (21.9)
4. สนับสนุนแปรงสีฟันยาสีฟันรวมไป ถึงอุปกรณ์ทำความสะอาดฟันปลอม แก่ผู้สูงอายุ	224 (56.0)	43 (10.8)	41 (10.3)	52 (13.0)	40 (10.0)
5. การกระตุ้นหรือได้รับคำแนะนำใน การไปหาหมอฟัน	173 (43.3)	44 (11.0)	51 (12.8)	70 (17.4)	63 (15.6)

ตาราง 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในระดับที่ได้รับทุกวัน คือ ได้รับคำแนะนำวิธีการแปรงฟันและการดูแลรักษาฟันปลอมร้อยละ 33.3 ผู้สูงอายุได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อหลีกเลี่ยงโรคในช่องปากร้อยละ 39.0 ได้รับสนับสนุนแปรงสีฟันยาสีฟันรวมไปถึงอุปกรณ์ทำความสะอาดฟันปลอมร้อยละ 56.0 ตลอดจนถูกกระตุ้นหรือได้รับคำแนะนำในการไปหาหมอฟันร้อยละ 43.3 และมีเพียงข้อคำถามกระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุแปรงฟันและดูแลรักษาฟันปลอมสม่ำเสมอ ได้รับเพียงบางครั้งตลอดจนถึงไม่ได้รับเลย ร้อยละ 63.3

ตาราง 19 แสดงจำนวนและร้อยละ ปัจจัยเสริมด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน รายข้อ (n=400)

ข้อความ	ร้อยละความคิดเห็น				
	ได้รับ ทุกวัน	ได้รับเป็น ประจำ	ได้รับ บ่อยครั้ง	ได้รับ บาง ครั้ง	ไม่เคย ได้รับ
1. กระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุแปรงฟันและดูแลรักษาฟันปลอมสม่ำเสมอ	158 (39.5)	39 (9.8)	41 (10.3)	87 (21.8)	75 (18.8)
2. ให้คำแนะนำวิธีการแปรงฟันและการดูแลรักษาฟันปลอมแก่ผู้สูงอายุ	115 (28.8)	35 (8.8)	41 (10.3)	95 (23.8)	114 (28.5)
3. บอกกล่าวให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อหลีกเลี่ยงโรคในช่องปากแก่ผู้สูงอายุ	170 (42.5)	44 (11.0)	50 (12.5)	77 (19.3)	59 (14.8)
4. สนับสนุนแปรงสีฟันยาสีฟันรวมไปถึงอุปกรณ์ทำความสะอาดฟันปลอมแก่ผู้สูงอายุ	173 (43.3)	46 (11.5)	53 (13.3)	74 (18.5)	54 (13.5)
5. การกระตุ้นหรือได้รับคำแนะนำในการไปหาหมอฟัน	149 (37.3)	45 (11.3)	45 (11.3)	94 (23.4)	68 (16.9)

ตาราง 20 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน คือ ได้รับกระตุ้นเตือนให้แปรงฟันและดูแลรักษาฟันปลอมสม่ำเสมอร้อยละ 39.5 ได้รับบอกกล่าวให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อหลีกเลี่ยงโรคในช่องปากแก่ผู้สูงอายুর้อยละ 42.5 และเพื่อนได้สนับสนุนแปรงสีฟันยาสีฟันรวมไปถึงอุปกรณ์ทำความสะอาดฟันปลอมแก่ผู้สูงอายুর้อยละ 43.3 ตลอดจนถูกการกระตุ้นหรือได้รับคำแนะนำในการไปหาหมอฟันร้อยละ 37.3 แต่มีข้อคำถามที่ว่าได้รับคำแนะนำวิธีการแปรงฟันและการดูแลรักษาฟันปลอมแก่ผู้สูงอายุการตอบแบบสัมพัทธ์ ข้อมูลซับซ้อน ทำให้ผู้สูงอายุตอบคำถามกัน คะแนนค่อนข้างกระจาย เช่น ได้รักทุกวัน ตอบร้อยละ 28.8 และ ไม่เคยได้รับร้อยละ 28.5

ตาราง 20 แสดงจำนวนและร้อยละ ปัจจัยเสริมด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข รายข้อ (n=400)

ข้อความ	ร้อยละความคิดเห็น				
	ได้รับ ทุกวัน	ได้รับเป็น ประจำ	ได้รับ บ่อยครั้ง	ได้รับ บาง ครั้ง	ไม่เคย ได้รับ
1. กระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุแปรงฟัน และดูแลรักษาฟันปลอมสม่ำเสมอ	31 (7.8)	75 (18.6)	51 (12.8)	156 (39.0)	88 (21.9)
2. ให้คำแนะนำวิธีการแปรงฟันและ การดูแลรักษาฟันปลอมแก่ผู้สูงอายุ	43 (10.8)	52 (13.0)	41 (10.3)	224 (56.0)	40 (10.0)
3. บอกกล่าวให้รับประทานอาหารที่มี ประโยชน์เพื่อหลีกเลี่ยงโรคในช่องปาก แก่ผู้สูงอายุ	44 (11.0)	70 (17.4)	51 (12.8)	173 (43.3)	63 (15.6)
4. สนับสนุนแปรงสีฟันยาสีฟันรวมไป ถึงอุปกรณ์ทำความสะอาดฟันปลอม แก่ผู้สูงอายุ	41 (10.3)	35 (8.8)	95 (23.8)	115 (28.8)	114 (28.5)
5. การกระตุ้นหรือได้รับคำแนะนำใน การไปหาหมอฟัน	50 (12.5)	44 (11.0)	77 (19.3)	170 (42.5)	59 (14.8)

ตาราง 21 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข โดยส่วนใหญ่ตอบอยู่ในระดับได้รับบางครั้งจนถึงไม่เคยได้รับ คือ ร้อยละ 39.0 ได้รับบางครั้งในเรื่องการถูกกระตุ้นเตือนให้แปรงฟันและดูแลรักษาฟันปลอมสม่ำเสมอ ร้อยละ 56.0 ได้รับเพียงบางครั้งคำแนะนำวิธีการแปรงฟันและการดูแลรักษาฟันปลอมแก่ผู้สูงอายุ ได้รับบอกกล่าวให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อหลีกเลี่ยงโรคในช่องปากแก่ผู้สูงอายุ ร้อยละ 43.3 ตลอดจนได้รับการบอกกล่าวให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อหลีกเลี่ยงโรคในช่องปากอยู่ในระดับได้รับบางครั้งและไม่เคยได้รับ ร้อยละ 57.3 การกระตุ้นหรือได้รับคำแนะนำในการไปหาหมอฟัน ร้อยละ 42.5

ตาราง 21 แสดงจำนวนและร้อยละ ระดับปัจจัยเสริม รายด้านและภาพรวม (n=400)

ข้อความ	ร้อยละความคิดเห็น					
	ใช่ (ร้อยละ)		ปานกลาง		ใช่ (ร้อยละ)	
	ร้อยละ	ข้อความ	ร้อยละ	ข้อความ	ร้อยละ	ข้อความ
	ความเห็น	ความเห็น	ความเห็น	ความเห็น	ความเห็น	ความเห็น
การได้รับการสนับสนุน ทางสังคมจากครอบครัว	187	46.8	208	52.0	5	1.3
การได้รับการสนับสนุน ทางสังคมจากเพื่อน	167	41.8	230	57.5	3	0.8
การได้รับการสนับสนุน ทางสังคมจากบุคลากร ด้านทันตสาธารณสุข	207	51.8	191	47.8	2	0.5
ภาพรวม	203	50.8	197	49.3	0	0

ตาราง 22 แสดงจำนวนและร้อยละระดับปัจจัยเสริม รายด้านและภาพรวม พบว่า ผู้สูงอายุชาวม้ง คະແນນอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ร้อยละ 52.0 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ร้อยละ 57.5 ด้านที่มีคะแนนอยู่ในระดับสูง ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ร้อยละ 51.8 และในภาพรวมของปัจจัยเสริมทั้ง 3 ด้าน ระดับคะแนนอยู่ระหว่างระดับมากและระดับปานกลาง ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกันคือร้อยละ 50.8 และร้อยละ 49.3 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (ด้านการเงิน, ด้านการช่วยเหลือ, ด้านสิ่งของ, ด้านอารมณ์)

ตาราง 22 แสดงจำนวนและร้อยละ ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (ด้านการเงิน, ด้านการช่วยเหลือ, ด้านสิ่งของ, ด้านอารมณ์) รายข้อ (n=400)

ข้อคำถาม	ร้อยละความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านการเงิน					
1. ท่านได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพช่องปากจากหน่วยงานของรัฐ					
	74 (18.5)	47 (11.8)	66 (16.5)	156 (39.0)	57 (14.3)
2. สมาชิกในครอบครัว/คนในชุมชน/ผู้นำชุมชนให้ความช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก					
	49 (12.3)	140 (35.0)	69 (17.3)	61 (15.3)	81 (20.3)
3. ในชุมชนมีกองทุนเกี่ยวกับการเงินสำหรับช่วยเหลือสนับสนุนเมื่อจำเป็นในการใช้การดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น กองทุนหมู่บ้าน					
	64 (16.0)	78 (19.5)	41 (10.3)	169 (42.3)	48 (12.0)

ตาราง 23 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ร้อยละความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
4. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุ ได้รับการสนับสนุนด้านการเงินเพื่อใช้ในการดูแลตนเองอย่างเพียงพอ	63 (15.8)	73 (18.3)	52 (13.0)	117 (29.3)	95 (23.8)
5. ท่านคิดว่าถ้าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนด้านการเงินอย่างเพียงพอจะช่วยให้การดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้น	179 (44.8)	44 (11.0)	37 (9.3)	72 (18.0)	68 (17.0)
ด้านการช่วยเหลือ					
6. ลูกหลานเป็นผู้จัดหาอุปกรณ์การทำความสะอาดช่องปากให้ท่าน	145 (36.3)	65 (16.3)	42 (10.5)	64 (16.0)	84 (21.0)
7. ท่านได้รับการช่วยเหลือจากคนอื่นในการไปทำฟัน เช่น ขับรถไปส่ง	51 (12.8)	173 (43.3)	41 (10.3)	53 (13.3)	82 (20.5)
8. ท่านได้รับช่วยเหลือคนอื่น ในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น มีคนเตรียมแปรงสีฟันให้	58 (14.5)	55 (13.8)	46 (11.5)	162 (40.5)	79 (19.8)
9. ท่านได้รับการช่วยเหลือเมื่อต้องมาโรงพยาบาล เช่น ไปเป็นเพื่อน	147 (36.8)	50 (12.5)	52 (13.0)	61 (15.3)	90 (22.5)
10. ท่านได้รับการช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อบริการดูแลสุขภาพช่องปาก	101 (25.3)	34 (8.5)	40 (10.0)	146 (36.5)	79 (19.8)

ตาราง 23 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ร้อยละความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านสิ่งของ					
11. ท่านเคยได้รับการแบ่งปันสิ่งของจากบุคคลอื่น เช่น แปรงสี	111	43	51	112	83
พิน ยาสีพิน	(27.8)	(10.8)	(12.8)	(28.0)	(20.8)
12. ท่านเคยได้รับการตรวจฟัน	89	47	51	122	91
จากทันตบุคลากร	(22.3)	(11.8)	(12.8)	(30.5)	(22.8)
13. สมาชิกในครอบครัว/คนในชุมชน/ผู้นำชุมชนอำนวยความสะดวกด้านสิ่งของให้	96	69	56	104	75
	(24.0)	(17.3)	(14.0)	(26.0)	(18.8)
14. ท่านมีอุปกรณ์การทำความสะอาดพื้นที่เหมาะสมและเพียงพอ	125	60	49	87	79
	(31.3)	(15.0)	(12.3)	(21.8)	(19.8)
15. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งของที่ใช้ในการดูแลตนเอง อย่างเพียงพอเหมาะสม	80	51	70	111	88
	(20.0)	(12.8)	(17.5)	(27.8)	(22.0)
ด้านอารมณ์					
16. ท่านเป็นผู้สูงอายุที่ไว้วางใจ และสามารถพูดคุยปัญหากับคนอื่นได้	44	32	54	158	112
	(11.0)	(8.0)	(13.5)	(39.5)	(28.0)
17. ท่านยินดีรับฟังปัญหาและความต้องการของผู้อื่น พร้อมตั้งใจกำลังใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านทันตสุขภาพ	56	28	160	115	41
	(14.0)	(7.0)	(40.0)	(28.8)	(10.3)

ตาราง 23 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ร้อยละความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
18. ท่านให้การยอมรับนับถือ					
ผู้สูงอายุที่ไม่มีพื้นเหมือนบุคคล	43	26	195	99	37
ทั่วไป ไม่มีข้อจำกัดเรื่องเจ็บป่วย	(10.8)	(6.5)	(48.8)	(24.8)	(9.3)
19. ถ้าท่านมีอาการปวดฟันท่าน					
จะหาทางแก้ปัญหาด้วยตัวท่าน					
เอง เช่น กินยาแก้ปวด หา	98	111	51	60	80
สมุนไพรที่ช่วยลดอาการ	(24.5)	(27.8)	(12.8)	(15.0)	(20.0)
20. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คอย					
แวะเวียน ถามไถ่ และให้กำลังใจ	49	43	62	130	116
ผู้สูงอายุเป็นประจำ	(12.3)	(10.8)	(15.5)	(32.5)	(29.0)

ตาราง 23 แสดงจำนวนและร้อยละ แรงสนับสนุนทางสังคม รายด้านและภาพรวม (n=400)

แรงสนับสนุนทางสังคม	ระดับ					
	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการเงิน	152	38.0	242	60.5	6	1.5
ด้านการช่วยเหลือ	184	46.0	212	53.0	4	1.0
ด้านสิ่งของ	212	53.0	180	45.0	8	2.0
ด้านอารมณ์	112	28.0	270	67.5	18	4.5
รวม	165	41.3	210	52.5	25	6.3

ตาราง 23 แสดงร้อยละแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 รายข้อ พบว่า ร้อยละ 44.8 คิดว่าถ้าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนด้านการเงินอย่างเพียงพอจะช่วยให้การดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้น ซึ่งจะสอดคล้องกับข้อคำถามว่าสมาชิกในครอบครัว/คนในชุมชน/ผู้นำชุมชนให้ความช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ผู้สูงอายุให้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 35.0 แต่ในข้อคำถามที่ถามเกี่ยวกับบริบทในปัจจุบันของพื้นที่ ส่วนใหญ่คำตอบจะอยู่ในระดับน้อยจนถึงน้อยที่สุด คือข้อคำถามว่า ท่านได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพช่องปากจากหน่วยงานของรัฐ ผู้สูงอายุให้ระดับคะแนนน้อย ร้อยละ 39.0 เช่นเดียวกับข้อคำถามที่ตอบระดับน้อย ร้อยละ 42.3 ว่าในชุมชนมีกองทุนเกี่ยวกับการเงินสำหรับช่วยเหลือสนับสนุนเมื่อจำเป็นในการใช้การดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น กองทุนหมู่บ้าน ซึ่งเป็นข้อสรุปส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุว่า ร้อยละ 29.3 ให้ระดับน้อยกว่าผู้สูงอายุ ได้รับการสนับสนุนด้านการเงินเพื่อใช้ในการดูแลตนเองอย่างเพียงพอ สำหรับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการช่วยเหลือ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากถึงน้อย ร้อยละ 40.5 ที่เคยได้รับช่วยเหลือคนอื่น ในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น มีคนเตรียมแปรงสีฟันให้ เช่นเดียวกับ ร้อยละ 36.5 ให้ระดับน้อยกว่าได้รับการช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งส่วนใหญ่จะตอบว่าลูกหลานเป็นผู้จัดหาอุปกรณ์การทำ ความสะอาดช่องปากให้ ระดับมากที่สุด ร้อยละ 36.3 และตอบระดับมาก ร้อยละ 43.3 ว่าเคยได้รับการช่วยเหลือจากคนอื่นในการไปทำฟัน เช่น ขับรถไปส่ง รวมถึงได้รับการช่วยเหลือเมื่อต้องมาโรงพยาบาล เช่น ไปเป็นเพื่อน ตอบระดับมากที่สุด ร้อยละ 36.8 ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย โดยร้อยละ 30.5 เคยได้รับการตรวจฟันจากทันตบุคลากร ร้อยละ 28.0 เคยได้รับการแบ่งปันสิ่งของจากบุคคลอื่น เช่น แปรงสีฟัน ยาสีฟัน ร้อยละ 27.8 คิดว่าได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งของที่ใช้ในการดูแลตนเอง อย่างเพียงพอ เหมาะสม และร้อยละ 26.0 สมาชิกในครอบครัว/คนในชุมชน/ผู้นำชุมชน เป็นผู้อำนวยการความสะอาดด้านสิ่งของให้ แต่ข้อคำถามที่ผู้สูงอายุชาวม้ง ตอบในระดับมากที่สุด ร้อยละ 31.3 คือ คิดว่าอุปกรณ์การทำ ความสะอาดฟันของตนเองมีเหมาะสมและเพียงพอ ส่วนการสนับสนุนด้านอารมณ์นั้น พบว่า ผู้สูงอายุชาวม้ง ตอบระดับปานกลาง ร้อยละ 48.8 ที่ให้การยอมรับนับถือผู้สูงอายุที่ไม่มีฟันเหมือนบุคคลทั่วไป ไม่มีข้อจำกัดเรื่องเจ็บป่วย รวมถึง ร้อยละ 40.0 จะยินดีรับฟังปัญหาและความต้องการของผู้อื่น พร้อมทั้งให้กำลังใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านทันตสุขภาพ แต่ข้อคำถามว่าท่านเป็นผู้สูงอายุที่ไว้ใจและสามารถพูดคุยปัญหาเกี่ยวกับคนอื่นได้ ส่วนใหญ่ตอบ อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 39.5 รวมถึงข้อคำถามที่ผู้สูงอายุ ชาวม้งให้คะแนนอยู่ในระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 29.0

คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คอยแหวะเวียน ถามไถ่ และให้กำลังใจผู้สูงอายุเป็นประจำ แต่ข้อคำถามที่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 27.8 คือ ถ้ามีอาการปวดฟันท่านจะหาทางแก้ปัญหาด้วยตัวท่านเอง เช่น กินยาแก้ปวด หาสมุนไพรที่ช่วยลดอาการ

ตาราง 24 แสดงจำนวนและร้อยละ ระดับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง รายด้านและภาพรวม พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับปานกลาง แรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการเงิน ร้อยละ 60.5 ด้านการช่วยเหลือ ร้อยละ 53.0 และด้านอารมณ์ร้อยละ 67.5 ส่วนด้านสิ่งของนั้น พบว่า อยู่ในมาก ร้อยละ 53.0 ทำให้ภาพรวมของแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.5 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 41.3 และระดับน้อย ร้อยละ 6.3

ส่วนที่ 6 ปัจจัยด้านสมุนไพรเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง

ตาราง 24 แสดงจำนวนและร้อยละ ด้านสมุนไพรเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง รายข้อ (n=400)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น	
	ใช่	ไม่ใช่
1. ท่านเคยใช้สมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดฟัน	268 (67.0)	132 (33.0)
2. ท่านเลือกใช้สมุนไพรบรรเทาอาการปวดฟันเพราะง่ายกว่าการไปหาหมอ	311 (77.8)	115 (28.8)
3. ท่านคิดว่าเมื่อใช้สมุนไพรบรรเทาอาการปวดแล้วไม่จำเป็นต้องไปหาหมอเพิ่มอีก	302 (75.5)	98 (24.5)
4. ท่านคิดว่าสมุนไพรมีความจำเป็นในการดูแลสุขภาพช่องปาก	102 (25.5)	298 (74.5)
5. ท่านคิดว่าสมุนไพรมีราคาถูกลงและหาได้ง่าย	285 (71.3)	115 (28.8)

ตาราง 25 แสดงจำนวนและร้อยละ ปัจจัยด้านสมุนไพร แต่ละระดับและภาพรวม (n=400)

ระดับด้านสมุนไพร	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับเลือกใช้มาก	5	1.3
ระดับเลือกใช้ปานกลาง	346	86.5
ระดับเลือกใช้น้อย	49	12.3
Min=2 Max= 5 Mean= 3.31 S.D = 0.697		

ตาราง 25 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการเลือกใช้สมุนไพรอยู่ในระดับ ร้อยละ 70 ขึ้นไป คือ ท่านเลือกใช้สมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเพราะง่ายกว่าการไปหาหมอ ร้อยละ 77.8 รองลงมา คือ ท่านคิดว่าเมื่อใช้สมุนไพรบรรเทาอาการปวดแล้ว ไม่จำเป็นต้องไปหาหมอพันอีก ร้อยละ 75.5 และคิดว่าสมุนไพรมีราคาถูกลงและหาได้ง่าย ร้อยละ 71.3

ตาราง 26 แสดงจำนวนและร้อยละระดับปัจจัยสมุนไพร ภาพรวม พบว่า ผู้สูงอายุชาวม้ง เลือกใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 86.5

ตาราง 26 แสดงจำนวนและร้อยละ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 รายข้อ (n=400)

ข้อความ	ร้อยละพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก				
	ปฏิบัติทุกวัน	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. ท่านแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน	138 (34.5)	37 (9.3)	46 (11.5)	105 (26.3)	74 (18.5)
2. ท่านใช้เวลาในการแปรงฟัน อย่างน้อย 2 นาที	156 (39.0)	36 (9.0)	53 (13.3)	91 (22.6)	65 (16.1)
3. ท่านใช้ไหมขัดฟันเส้นใยขัด ฟันหลังแปรงฟันทุกครั้ง	161 (40.3)	35 (8.8)	58 (14.5)	85 (21.1)	62 (15.4)
4. ท่านจะไปอุดฟันเมื่อมีอาการ ปวดจนทนไม่ไหว	152 (38.0)	50 (12.5)	51 (12.8)	81 (20.1)	67 (16.6)

ตาราง 27 (ต่อ)

ข้อความ	ร้อยละพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก				
	ปฏิบัติ ทุกวัน	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
5. ท่านไปพบหมอฟันทุกๆ 6 เดือน	169 (42.3)	39 (9.8)	52 (13.0)	79 (19.8)	61 (15.3)
6. ท่านไม่เคยไปพบหมอฟันใน 2 ปีที่ ผ่านมา	137 (34.3)	52 (13.0)	51 (12.8)	96 (23.9)	65 (16.1)
7. หลังรับประทานอาหารท่านถอด ฟันปลอมเพื่อทำความสะอาดทุกครั้ง	138 (34.5)	49 (12.3)	53 (13.3)	97 (24.3)	63 (15.8)
8. ฟันปลอมของท่านมีปัญหากับการ เคี้ยวอาหารแต่ไม่ได้ทำใหม่	144 (36.0)	54 (13.5)	42 (10.5)	82 (20.5)	78 (19.5)
9. ท่านเคยลืมนถอดฟันปลอมก่อน นอน	156 (39.0)	47 (11.8)	43 (10.8)	74 (18.4)	81 (20.1)
10. ท่านดื่มนมก่อนนอนหลังแปรงฟัน	114 (28.5)	42 (10.5)	50 (12.5)	111 (27.8)	83 (20.8)
11. ท่านเคยบ้วนปากด้วยน้ำผสม เกลือ	137 (34.3)	44 (11.0)	41 (10.3)	92 (23.0)	86 (21.5)
12. ท่านรับประทานอาหารทันทีหลัง แปรงฟัน	112 (28.0)	46 (11.5)	43 (10.8)	110 (27.4)	90 (22.4)

ตาราง 27 แสดงจำนวนและร้อยละ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ
ชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 แต่ละระดับและภาพรวม (n=400)

ระดับพฤติกรรม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมระดับมาก	128	32.0
พฤติกรรมระดับปานกลาง	262	65.5
พฤติกรรมระดับน้อย	10	2.5
Min=13 Max= 55 Mean=42.17 S.D.=5.648		

ตาราง 27 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเป็นประจำ สองอันดับแรก คือ ท่านรับประทานอาหารที่มีรสหวานและเหนียวติดฟัน ร้อยละ 66.70 รองลงมา คือ ท่านรับประทานอาหารทันทีหลังแปรงฟัน ร้อยละ 64.60 และพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากบางครั้งหรือไม่ปฏิบัติเลยสอง อันดับแรก คือ ท่านใช้อุปกรณ์เสริมอื่นๆ นอกเหนือจากการใช้แปรงฟัน ร้อยละ 77.10 รองลงมา คือ ท่านแปรงลิ้นและกระพุ้งแก้มทุกครั้งหลังแปรงฟัน ร้อยละ 41.70 อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากบ่อยครั้งสองอันดับแรก คือ ท่านรับประทานอาหารที่มีรสหวานและเหนียวติดฟัน ร้อยละ 27.10 รองลงมา คือ ท่านบ้วนปากด้วยน้ำเปล่าแทนการแปรงฟัน ร้อยละ 19.80

ตาราง 28 แสดงจำนวนและร้อยละ ระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุชาวม้งมีคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.5 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 32.0

ส่วนที่ 7 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง (ตาราง 29-30)

ตาราง 28 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้วิเคราะห์ (n=400)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก	1								
2 อายุ	0.000**	1							
3 โรคประจำตัว (กลุ่มอ้างอิง=ไม่มีโรคประจำตัว)	0.000**	0.003*	1						
4 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก	0.000**	0.000**	0.032*	1					
5 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก	0.000**	0.055	0.000**	0.472	1				
6 การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคในช่องปาก	0.000**	0.000**	0.428	0.000**	0.000**	1			
7 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	0.000**	0.183	0.454	0.398	0.073	0.189	1		
8 การใช้สมุนไพรมือเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก	0.000**	0.017*	0.000**	0.222	0.000**	0.001*	0.365	1	
9 ทักษะติดต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก	0.000**	0.000**	0.000**	0.000**	0.000**	0.058	0.484	0.000**	1

** Correlation is significant at the 0.01 level (two-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (two-tailed).

ตาราง 29 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ (n=400)

ตัวแปรที่ศึกษา	β	Beta	P-Value
อายุ	0.198	0.303	<0.001**
การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก	0.255	0.192	<0.001**
การใช้สมุนไพรมะเขือเทศเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก	1.672	0.229	<0.001**
โรคประจำตัว (กลุ่มอ้างอิง=ไม่มีโรคประจำตัว)	-2.733	-0.219	<0.001**
ความรู้	0.464	0.168	<0.001**
การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคในช่องปาก	0.200	0.161	<0.001**
การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	0.164	0.131	<0.001**

*P-Value < 0.05, Constant=0.033 $R^2=0.503$ adjusted $R^2=0.494$

ตาราง 29 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้วิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง ประกอบด้วย 8 ตัวแปร ได้แก่ อายุ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก การใช้สมุนไพรมะเขือเทศเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก โรคประจำตัว ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคในช่องปาก การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linear) ยอมรับ H1 P-Value < 0.05

ตาราง 30 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง จากตาราง 8 นำตัวแปรทดสอบการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณเพื่อศึกษาอำนาจพยากรณ์ของตัวแปรอิสระ (ตัวแปรพยากรณ์) ที่มีต่อตัวแปรตามคือการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยวิธีการ Stepwise โดยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นผ่านทั้ง 5 ข้อ ผลการวิเคราะห์พบตัวแปร 7 ตัวแปรร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง โดยอายุมีอำนาจในการทำนายสูงที่สุด (Beta=0.303) รองลงมา ได้แก่ การใช้สมุนไพรมะเขือเทศเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก โรคประจำตัว การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก (Beta=0.229, -0.219, 0.192) โดยตัวแปรทั้ง 7 ตัวแปรทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง ได้ร้อยละ 50.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการวิเคราะห์นำมาเขียนสมการได้ ดังนี้

$$Y' = b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_nx_n$$

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก = 0.033 + 0.198 (อายุ) + 0.255 (การรับรู้ประโยชน์) + 1.672 (สมุนไพร) - 2.733 (โรคประจำตัว) + 0.464 (ความรู้) + 0.200 (การรับรู้โอกาสเสี่ยง) + 0.164 (แรงสนับสนุนจากครอบครัว)

การแปลความจากสัมประสิทธิ์ความถดถอย

อายุ (Beta = 0.303) หมายความว่า เมื่ออายุเพิ่มขึ้น 1 หน่วย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก จะเพิ่มขึ้น 0.303 หน่วย

การรับรู้ประโยชน์ (Beta = 0.192) หมายความว่า เมื่อการรับรู้ประโยชน์เพิ่มขึ้น 1 หน่วย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากจะเพิ่มขึ้น 0.192 หน่วย

สมุนไพร (Beta = 0.229) หมายความว่า เมื่อการใช้สมุนไพรเพิ่มขึ้น 1 หน่วย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากจะเพิ่มขึ้น 0.229 หน่วย

โรคประจำตัว (ไม่มีโรคประจำตัวเป็นกลุ่มอ้างอิง) (Beta = -0.219) หมายความว่า ผู้มีโรคประจำตัวจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากน้อยกว่าผู้ไม่มีโรคประจำตัว โรค หรือผู้ที่มีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากลดลง 1 หน่วย เมื่อเทียบกับผู้ไม่มีโรคประจำตัว

ความรู้ (Beta = 0.168) หมายความว่า เมื่อความรู้เพิ่มขึ้น 1 หน่วย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากจะเพิ่มขึ้น 0.168 หน่วย

การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Beta = 0.161) หมายความว่า เมื่อการรับรู้ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 1 หน่วย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากจะเพิ่มขึ้น 0.161 หน่วย

แรงสนับสนุนจากครอบครัว (Beta = 0.131) หมายความว่า เมื่อแรงสนับสนุนจากครอบครัวเพิ่มขึ้น 1 หน่วย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากจะเพิ่มขึ้น 0.131 หน่วย

จากผลการวิเคราะห์พบตัวแปร 7 ตัวแปรร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง ได้ร้อยละ 50.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้วิจัยจึงเอาผลที่ได้ดังกล่าว นำไปเป็นข้อมูลนำเข้าในการสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ในการวิจัยระยะที่ 3 ต่อไป

ผลการวิจัยระยะที่ 3 (เชิงคุณภาพ)

การศึกษาระยะที่ 3 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ซึ่งประกอบไปด้วย กลุ่มผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแทน

จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และตัวแทนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 8 คน มีดังนี้ ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตำบลเข็กน้อย (เพศชาย), เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เพศหญิง), ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 2 บ้านเข็กน้อย (เพศชาย), พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข็กน้อย (เพศหญิง), เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข็กน้อย (เพศหญิง), ตัวแทนผู้สูงอายุ (เพศชาย), ตัวแทนผู้สูงอายุ (เพศหญิง) และตัวแทนผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว (เพศหญิง) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ Homogeneous Sampling เพื่อรวบรวมความคิดเห็นนำไปพัฒนาเป็นรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 โดยผลการวิจัยมีรายละเอียดดังนี้

รอบที่ 1 ยกวางรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง

ผู้วิจัยดำเนินการ 2 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยนำข้อค้นพบในครั้งที่ 2 มาเป็นข้อมูลนำเข้าในการอภิปรายกลุ่ม (Focus group discussion) กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) จากนั้นผู้วิจัยสังเคราะห์องค์ประกอบและกิจกรรมของรูปแบบฯ แล้วนำมาร่างรูปแบบฯ เข้าสู่กระบวนการกลุ่มครั้งที่ 2 เพื่อหาความสอดคล้อง (Consensus) และยืนยันความเหมาะสมของกิจกรรมและความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง รวมทั้งสิ้น 8 คน ได้แก่ กลุ่มที่ 1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (รพสต.) กลุ่มที่ 2 ผู้นำชุมชน (อบต.และผู้ใหญ่บ้าน) และกลุ่มที่ 3 ตัวแทนผู้สูงอายุ ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล อายุระหว่าง 28 – 68 ปี โดยในกลุ่มตัวแทนผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา มีอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป กลุ่มผู้นำชุมชน ส่วนใหญ่จบปริญญาตรีและมัธยมศึกษา มีอายุระหว่าง 36 – 60 ปี ปฏิบัติหน้าที่ตำแหน่งปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเลขานุการนายก อบต. ผู้ใหญ่บ้านและอสม และกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/รพสต. อายุระหว่าง 28– 35 ปี รับผิดชอบงานผู้สูงอายุและงานทันตสาธารณสุข ใน รพสต.

ขั้นตอนการดำเนินการสนทนากลุ่มแบ่งเป็น 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งแรกเป็นการสนทนากลุ่มแบบแยกกลุ่มตามลักษณะบทบาททางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง ที่มีความเหมือนของกลุ่ม (Homogeneous group) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง จากผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 3 กลุ่ม มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำความเข้าใจกับผู้ร่วมสนทนากลุ่มบอกรหัสประจำตัว และระยะเวลาในการดำเนินการสนทนากลุ่ม ซึ่งในระยะที่ 1 นี้ผู้วิจัยดำเนินการสนทนาแต่ละกลุ่มในลักษณะเดียวกัน

2. ผู้วิจัยคืนข้อมูล โดยนำเสนอข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยในระยะที่ 2 เพื่อใช้เป็นข้อมูลนำเข้าไปในการเสนอข้อคิดเห็นการพัฒนา รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวม้ง โดยข้อค้นพบในระยะที่ 2 พบตัวแปรที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ อายุ โรคประจำตัว ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคในช่องปาก การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการใช้สมุนไพรเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ดังแสดงใน ตาราง 31

จากนั้นผู้วิจัยสรุปประเด็นจากข้อเสนอแนะของแต่ละกลุ่มแล้ว นำมาพัฒนารูปแบบกิจกรรมและบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง กับรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง

ตาราง 30 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ (n=400)

ลำดับ	ตัวแปรที่ศึกษา
1	อายุ
2	การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก
3	การใช้สมุนไพรเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก
4	โรคประจำตัว (กลุ่มอ้างอิง=ไม่มีโรคประจำตัว)
5	ความรู้
6	การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคในช่องปาก
7	การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

*P-Value < 0.05, Constant=0.33 R²=0.503 adjusted R²= 0.494

จากนั้น ผู้วิจัยสรุปประเด็นจากข้อเสนอแนะของแต่ละกลุ่มแล้วนำมาพัฒนารูปแบบกิจกรรมและบทบาทหน้าที่แต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง จำแนกตามตัวแปรตามผลการวิจัยระยะที่ 2 ดังรายละเอียด

ตาราง 31 แสดงสรุปความคิดเห็น กิจกรรม และภาคเครือข่ายผู้รับผิดชอบรูปแบบฯ
จำแนกตัวแปรตามผลการวิจัยระยะที่ 2

ตัวแปร	ข้อมูลสนับสนุนจากการสนทนากลุ่ม	สรุปการสนทนากลุ่ม	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
อายุ	<p>- ช่องปากเป็นปัญหาหลัก ในเรื่องฟัน ในเรื่องของการเคี้ยวอาหาร ถ้าย่อยไม่ได้จะส่งผลกระทบต่อระบบอื่นๆ</p> <p>- ผู้สูงอายุประมาณ 40-45 ฟันเริ่มสึกหลอ เริ่มชำรุด และหลุดไป</p> <p>- ส่วนใหญ่เป็นชาวไทยภูเขา เรื่องงบประมาณ เรื่องสถานะ เรื่องความเป็นอยู่ เรื่องการรักษา ไม่มีเวลาเพราะเขาต้องไปทำมาหากิน การอพยพ เคลื่อนย้ายไปทำงานต่างๆ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อีกจะปล่อยตามยถากรรม</p> <p>- ความเชื่อที่อายุมาก สุขภาพทุกอย่างก็จะล่วงเลยไปตามวัยเป็นธรรมชาติ มีองค์ประกอบของ สภาพแวดล้อม ลูกหลาน อันนี้ก็มีส่วนระดับ ลูกหลานบ้านไหน ครอบครัวที่มีการดูแลเอาใจใส่ พ่อแม่ผู้สูงอายุ ลูกบ้านน้ำอา ประกอบกับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ถ้าลูกหลานไม่ดูแล ต่อให้ CM ไปดูแล ไปบริการอย่างเดียวไปสอนแปรงฟัน เศรษฐกิจ ส่วนใหญ่แต่ละครอบครัวก็จะรีบออกไปทำมาหากิน</p> <p>- มีการรวมกลุ่มผู้สูงอายุ</p> <p>ขาดเรื่องสื่อไม่มีการประชาสัมพันธ์ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างไร</p> <p>- บางครั้งบางคนก็ไม่เข้าใจ อย่างผู้สูงอายุบางก็มีลูกหลานที่สามารถอธิบายให้เข้าใจได้</p> <p>แม่ (ผู้สูงอายุ) : ส่วนใหญ่นะ ส่วนมากเขาไม่มีการศึกษา การรักษา</p> <p>- มีการรวมกลุ่ม จะมีพวกหมอมาสอนให้มีความรู้มากขึ้น</p> <p>- ถ้าพูดถึงรักษาความสะอาดในปากก็รักษาอยู่ แต่ไม่รู้วิธี</p> <p>แต่ส่วนใหญ่พี่น้องเราก็มีแวแต่เร่งรีบ ไปทำมาหากิน</p>	<p>- เมื่ออายุน้อยก็ไม่มี</p> <p>ความรู้มาตั้งแต่แรกได้</p> <p>ความรู้ที่หลัง</p> <p>- อายุมากขึ้น ร่างกายอ่อนแอลงส่งผลกระทบต่อ</p> <p>แปรงฟัน, การเลือกใช้อุปกรณ์, ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพช่องปาก, ไม่สามารถมารับบริการได้</p>	<p>กิจกรรม “จัดประชุมเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพช่องปากของ</p> <p>ตัวเอง”</p> <p>กิจกรรม “กระตุ้นให้รู้ เพื่อดูแลสุขภาพช่องปาก ในวัยผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้</p> <p>- การไปพบทันตบุคลากร</p> <p>- การเข้ารับบริการ</p> <p>* ฟันปลอม</p>	<p>-รพ.สต รับในเรื่องของการกระจายสื่อ</p> <p>การให้ความรู้ที่ รพ.สต.</p> <p>- อบต การ</p> <p>จ่ายความรู้ผ่านเสียงตามสายของอบต.</p> <p>-หมู่บ้าน การ</p> <p>จ่ายความรู้ผ่านเสียงตามสายของหมู่บ้าน</p> <p>-ผู้วิจัย จัดทำสื่อและให้ความรู้</p>

ตาราง 32 (ต่อ)

ตัวแปร	ข้อมูลสนับสนุนจากการสนทนากลุ่ม	สรุปการสนทนากลุ่ม	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
	<p>- เมื่อกินข้าวเสร็จก็จะไปล้างปากและไปแปรงฟัน ก่อนจะนอนก็แปรง ตื่นมาก็แปรงให้สะอาดก่อน และค้อยใส่ในช่องปาก</p> <p>- เมื่อก่อนไม่มีคนมาสอนอย่างงั้นะ กินข้าวเสร็จก็ไม่แปรงฟัน ก่อนนอนก็ไม่แปรงฟัน ทำให้มีหินปูน ติดอยู่ที่ตัวฟัน ทำฟันหลอ</p> <p>ทำให้ดูแล้วสดชื่นการดูแลความสะอาดเนี่ย อดิตเนี่ยยังไม่มีความรู้ สื่อต่าง ๆ</p> <p>- เมื่อก่อนอยู่ในป่ากัน ยากจน ยาสีฟันไม่มีแปรงฟัน เลยฟันหลุดหมดเลย</p> <p>- ได้รับความรู้เมื่อมาเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ เมื่อมีหมอมาสอน</p> <p>- ผู้สูงอายุร้อยละ 70% ใช้ฟันปลอม ฟันปลอมชุดนี้ใช้จ่ายสูง</p> <p>ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องการฟันปลอม ประชากรค่อนข้างจะเยอะและก็สถานะการณโรคในเข็กลน้อยเนี่ยมันหลากหลายโรค</p> <p>- ผู้สูงอายุเนี่ย ผู้สูงอายุขาดความรู้ในเรื่องของการที่ไม่ได้ดูแลสุขภาพช่องปากเค้าจะรู้สึกว่าการทำไมเค้าไม่รู้มาก่อนหน้านี้ คนที่มีปัญหาเหงือก บวมเหงือกอักเสบ ฟันผุ การทำฟันปลอม เค้าบอกว่าแต่ก่อนเค้าไม่รู้วิธีการดูแลเค้าถึงได้เป็นแบบนี้ ช่องทาง สะดวกที่จะเข้าถึงระบบสุขภาพจะต้องต่อคิวมันต้องมีค่าใช้จ่ายในการที่จะไปโรงพยาบาล ซึ่งการเข้าถึงก็จะยากขึ้น ถ้าเกิดสมมติว่าเราจะมีสื่อให้ความรู้ ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไปจะมีสื่อความรู้ เป็นโรคฟันผุ ฟันเป็นต่อ</p> <p>- ความเชื่อมากกว่า ความเชื่อที่ว่าเมื่อเราอายุมากขึ้น ฟันมันก็จะหลุดไปตามอายุ ปัญหาในช่องปากที่พบก็คือ ส่วนใหญ่จะเป็น RR และฟันปลอมไม่สามารถทำการรักษาได้ เนื่องจากเป็นความดันเบาหวาน</p> <p>- ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ก็เลยให้การรักษาไม่ได้</p>			

ตาราง 32 (ต่อ)

ตัวแปร	ข้อมูลสนับสนุนจากการสนทนากลุ่ม	สรุปการสนทนากลุ่ม	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
โรคประจำตัว	<p>- คนที่ป่วย อย่างเช่นประเด็นเรื่องผู้ป่วย NCD โดยเฉพาะจะเดิน จะนั่ง ก็จะทำให้ในส่วนของ การดูแลสุขภาพช่องปาก บางคนบางวันก็ไม่ได้ แปรงฟันเลย</p> <p>- มีความดัน แม้ก็คิดว่า ก็อาจจะสำคัญเท่าๆ กัน</p> <p>- ตาคิดว่ามันสำคัญพอกัน ปวดเจ็บป่วยมาแล้ว ต้องรักษาเหมือนกันหมด</p> <p>- มีโรคความดัน เบาหวานแต่ก่อนไม่มีความรู้ ไม่ได้เรียนหนังสือ อยากแปรงฟันก็แปรง ไม่อยาก ก็ไม่แปรงทำให้ฟันหักหมด</p> <p>- คนไข้เป็นเบาหวาน แล้วมีปัญหาก็คือฟันโยก ต้องการทำให้ฟันปลอม แต่ความดันยังสูงอยู่ แล้วตอนที่เคี้ยวแปรงฟันมีเลือดออกตามไรฟัน เคี้ยวเลยกลัวว่าเคี้ยวเป็นเบาหวานด้วย กลัวแผลจะหายช้า สู้ไม่แปรงเลยดีกว่า</p>	<p>- ผู้สูงอายุที่เป็นโรคมี การติดตามตนเอง มากกว่าสุขภาพช่องปาก</p> <p>- มีตัวชี้วัดในการ ติดตามคนไข้</p> <p>- ผู้สูงอายุที่มีโรค ประจำตัว ไม่สามารถ ดูแลสุขภาพช่องปาก ของตนเองได้</p> <p>- ครอบคร้ว</p> <p>- มีโรคประจำตัว ไม่สามารถทำฟันได้</p> <p>- ขาดความรู้ในเรื่อง ของโรคที่ส่งผลกระทบต่อ การดูแลสุขภาพช่องปาก</p>	<p>กิจกรรม “ให้เพื่อ เพิ่ม เต็มส่วน ขาด”</p> <p>กิจกรรม “รับรู้ไว้ จะได้ไม่มีโอกาส เสี่ยง”</p> <p>- ให้ความรู้เรื่อง ความสัมพันธ์ ของสุขภาพ ร่างกายและ สุขภาพช่องปาก</p>	<p>-รพ.สต ให้ ความรู้เรื่อง โรคติดต่อไม่ เรื้อรัง</p> <p>- ผู้วิจัย ให้ ความรู้เรื่อง สุขภาพ ร่างกายและ สุขภาพช่อง ปาก</p>
ความรู้	<p>- ยังไม่มีช่องทางอะไร ไม่ว่าจะประกาศเสียงตาม สาย หรือกระดาษที่ให้ข้อมูล เพราะทาง รพ.สต. ก็มีให้ความรู้ เพราะฉะนั้นคนที่เข้ามา กลุ่ม ผู้สูงอายุหรือกลุ่ม NCD ที่ว่าเค้ามานหาหมอ และ เคี้ยวได้ความรู้ แต่กลุ่มที่เคี้ยวอยู่ที่บ้าน หรือเคี้ยวเป็น โรคที่ไม่จำเป็นต้องมาหาหมอตลอด เคี้ยวก็จะมีการรับรู้ความรู้อยู่และมีปัญหาในเรื่องของการใช้ ภาษาไทยมีตัวชี้วัด ในตัวชี้วัดที่ว่าเราต้องตาม คนไข้ ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพ ปฏิบัติตามคน รอบข้าง</p> <p>- เราเห็นว่าปัญหาสุขภาพปาก เป็นปัญหาทั่วไป เป็นความเชื่อส่วนบุคคลที่เราต้องทำความเข้าใจ ปัญหา สุขภาพปาก ควรจะให้ความสำคัญเท่าๆ กันกับ โรคความดันเบาหวานแหละ แต่สำคัญอยู่แล้วยังไม่สำคัญเท่าไร ส่วนใหญ่ถ้าเร่งรีบเช่น ความดันเบาหวาน ก็จะรีบไปพบหมอก่อนนะ</p>	<p>- ขาดความรู้ในเรื่อง ของการแปรงฟัน</p> <p>- ฟันไม่แข็งแรง ทำให้ อาจมีภาวะทุพ โภชนาการได้</p> <p>- สูญเสียฟันเมื่ออายุ มากขึ้น</p> <p>- งบประมาณ</p> <p>- ความเป็นอยู่ที่อยู่ อาศัย</p> <p>- ไม่มีเวลาเนื่องจาก ต้องไปทำมาหากิน</p> <p>- การอพยพเคลื่อนย้าย</p> <p>- ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ก็ จะปล่อยตามยถากรรม</p> <p>- การเขี้ยวสีฟัน</p>	<p>กิจกรรม “เสียง ตามสายผ่านหอ กระดาษข่าว”</p> <p>กิจกรรม “เล่า ประสบการณ์ จากตัวต้นแบบ กระตุ้นทาง อารมณ์ให้เกิด การดูแลช่องปาก โดยวิธีกล่าว “สุนทรพจน์”</p> <p>กิจกรรม “การทำ ความสะอาดช่อง ปากอย่างถูกวิธี”</p> <p>- การให้ความรู้ ในเรื่องของ การ</p>	<p>อบต.</p> <p>รพ.สต.</p> <p>ผู้ใหญ่บ้าน</p> <p>ผู้นำชมรม</p> <p>ผู้สูงอายุ</p> <p>ผู้วิจัย : ให้ ความรู้ในเรื่อง ของการดูแล สุขภาพช่อง ปาก</p>

ตาราง 32 (ต่อ)

ตัวแปร	ข้อมูลสนับสนุนจากการสนทนากลุ่ม	สรุปการสนทนากลุ่ม	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	
	- สุขภาพช่องปากยังไม่เรงด่วน แต่ถ้าเป็นสุขภาพร่างกายถ้าเดินไม่ไหว เดินไปไหนไม่ได้เนี่ยมันยังสำคัญกว่า	- มีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง - ไม่มีอุปกรณ์ในการแปรงฟัน(อดีต) - การดูแลสุขภาพช่องปาก - ค่าใช้จ่ายในการทำฟันปลอมสูง	ดูแลสุขภาพช่องปาก - อาหาร - การแปรงฟัน - การใช้ไหมขัดฟัน - การตรวจช่องปากด้วยตนเอง - การพบทันตบุคลากร		
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	- จากทัศนคติของพวกเขาที่เป็นผู้นำ พี่น้องเราเนี่ยมีทัศนคติที่ว่า จะทำอย่างนี้แล้วมีแบบนี้มีแปรงฟันอย่างนี้แล้วจะมีผลอย่างนี้ มีผู้สูงอายุเนี่ยเป็นห่วงเรื่องโรคอย่างเดียว กลัวว่าจะไม่มีคนดูแลลูกหลานจะทิ้ง - พี่ชายผมที่อยู่หมู่ 10 เนี่ยตลอดชีวิตไม่เคยปวดฟัน ไม่เคยอะไรเลยฟันเค้าก็สวย ผมก็เลยดูว่าเป็นกรรมพันธุ์ส่วนหนึ่งรีบเล่า พ่อแม่เขาก็ฟันสวยนะบ้านนี้ - แมคิดว่าฟันไม่อยู่กับเราตลอดชีวิต แต่พอมาอายุมากแล้วต้องผู่ ฟันนี้ก็เกี่ยวกับกรรมพันธุ์ด้วย บางคนเขาไม่รักษาฟันเลย แต่ฟันก็แข็งแรงทนทานดี อยู่กับเค้าตลอดชีวิต ลูกหลานแม่ ก็เหมือนแม่นี้แหละผู่กันไปหมด - บางคนมีฟันอยู่กับเรามาตลอดชีวิตจนแก่เท่า ฟันก็ยังสวยๆ - เบาทหวานกับฟันเนี่ยมันไม่เกี่ยวกันอยู่แล้ว แล้วอันที่ว่าฟันจะอยู่กับเราตลอดชีวิตเนี่ยน้อยมาก เพราะมันจะต้องคาบเกี่ยวในเรื่องของความเอาใจใส่เวลา ต้องมีพ่อแม่เป็นคนสอน แต่รุ่นเราเนี่ยไม่มีหรือใครที่จะมาบอกมาสอนอะ - เรื่องฟันที่จะให้มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติ อาจจะต้องมีการให้เค้าเข้ามาถึงปัญหา ว่า	- ครอบครัวให้การดูแลสุขภาพช่องปากและโรคประจำตัว - การส่งต่อจากปู่ย่าตายายไม่เชื่อว่าฟันสามารถอยู่กับเราได้ตลอดชีวิต - ความเชื่อที่ส่งต่อมาจากรุ่นสู่รุ่น - มองว่าปัญหาสุขภาพปาก เป็นปัญหาทั่วไป - ครอบครัวขามังความเชื่อเรื่องกรรมพันธุ์ - ไม่เชื่อว่าฟันสามารถอยู่กับเราได้ตลอดชีวิต เพราะเป็นกรรมพันธุ์ - เชื่อว่าอายุมากสุขภาพทุกอย่างก็จะล่องเลยไปตามวัยเป็นธรรมชาติ - ไม่มีวิธีการที่ดูแลดูแลตนเองตามวิถีชีวิตของคนในชุมชน	- กิจกรรม "ครอบครัวสุขภาพฟันดี" ต้องเริ่มต้นที่ผู้นำ" โดย - การแชร์ประสบการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ - จากผู้สูงอายุที่มีจำนวนฟันแท้มากที่สุด 1 ท่าน (ตอบเจตย์ในเรื่องของความเชื่อว่าเป็นไม่ สามารถอยู่กับเราได้ตลอดชีวิต) - จากผู้นำตระกูลแค่ 1 ท่าน	- ผู้นำชุมชน - ผู้ใหญ่บ้าน - ผู้นำของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ	

ตาราง 32 (ต่อ)

ตัวแปร	ข้อมูลสนับสนุนจากการสนทนากลุ่ม	สรุปการสนทนากลุ่ม	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
	ตอนนี้เขามีปัญหาอะไร และต่อไปปัญหาของเค้า มันขยายใหญ่ขึ้น - ความเชื่อที่อายุมาก สุขภาพทุกอย่างก็จะ ล่องเลยไปตามวัยเป็นธรรมชาติ			
การรับรู้ ประโยชน์ ของการดูแล สุขภาพช่อง ปาก	- ผู้สูงอายุสามารถรับรู้ถึงประโยชน์ในการแปรง ฟัน ทำให้ช่องปากไม่มีกลิ่นปาก - มีการแลกเปลี่ยนความรู้ในชมรมผู้สูงอายุ - การทำความสะอาดฟันปลอม - ผู้สูงอายุเข้าใจว่า ถ้าไม่แปรงฟันจะทำให้ฟันผุ ได้ - การมีความรู้ทำให้ผู้สูงอายุ สามารถดูแล สุขภาพช่องปากของตนเองได้	- ผู้สูงอายุที่มีโรค ประจำตัว ไม่สามารถ ดูแลสุขภาพช่องปาก ของตนเองได้ - ได้รวมกลุ่มกันได้แลกเปลี่ยนความรู้กันใน ชมรมผู้สูงอายุ ขาดช่องทางในการให้ ความรู้ - ประโยชน์ของการ ดูแลสุขภาพช่องปาก ของผู้สูงอายุ *ช่องทางในการ กระจายข่าว ตัวชี้วัด ชมรมผู้สูงอายุ - รพ.สต	กิจกรรม “กระตุ้น การดูแลสุขภาพ ช่องปากด้วย ตัวเอง” โดย - ให้ความรู้ใน เรื่องของการ แปรงฟันให้ สะอาด * กิจกรรมการ ตรวจช่องปาก หลังแปรงฟัน แล้วชี้ให้เห็นถึง ผลดีของการทำ ความสะอาดช่อง ปาก	-รพ.สต. ค่อย กระตุ้นเตือน ในชมรม ผู้สูงอายุอยู่ เสมอ -ผู้วิจัย นำ คณะเข้าไปให้ ความรู้ และ ตรวจช่องปาก ผู้สูงอายุ พร้อมกับคืน ข้อมูลทันต สุขภาพ ให้ ผู้สูงอายุทราบ
การรับรู้ โอกาสเสี่ยง ที่ทำให้เกิด โรคในช่อง ปาก	- ผู้สูงอายุ รับรู้ว่าไม่แปรงฟันทำให้สุขภาพช่อง ปากไม่ดี แต่มีโรคประจำตัวทำให้ทำฟันไม่ได้ - ปัญหาสุขภาพทั่วไปควรจะให้ความสำคัญ เท่าๆกับปัญหาสุขภาพช่องปาก - ผู้สูงอายุรับรู้ว่า ทานอาหารเสร็จแล้วไม่แปรง ฟัน ก่อนนอนไม่แปรงฟัน ทำให้เกิดหินปูนและ สูญเสียฟันไปในที่สุด	เมื่อเกิดความรุนแรง ของโรคทำให้เค้า ตระหนักถึงปัญหา - ผู้สูงอายุไม่แลงเห็นถึง ปัญหาสุขภาพช่องปาก - เชื่อว่าปัญหาสุขภาพ ปากเป็นปัญหาที่ยัง อันตราย - โรคประจำตัวทำให้ไม่ สามารถขยับร่างกาย ไหนได้	กิจกรรม “การให้ ความรู้เกี่ยวกับ โรคภายในช่อง ปากที่พบใน ผู้สูงอายุ” - การให้ความรู้ ในเรื่องของการ ดูแลสุขภาพช่อง ปาก - อาหาร - การแปรงฟัน - การใช้ไหมขัด ฟัน	-ทันตภิบาล ใน รพ.สต. ให้ ความรู้ในเรื่อง ของการดูแล สุขภาพช่อง ปาก -ผู้วิจัย ให้ ความรู้ เกี่ยวกับโรค ในช่องปากที่ พบบ่อยใน ผู้สูงอายุ

ตาราง 32 (ต่อ)

ตัวแปร	ข้อมูลสนับสนุนจากการสนทนากลุ่ม	สรุปการสนทนากลุ่ม	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
			- การตรวจช่องปาก ด้วยตนเอง - การพบทันตบุคลากร	
การใช้สมุนไพร	ผู้สูงอายุ (พ่อ) : สมุนไพรชนิดหนึ่งที่ซื้อมาจากประเทศจีนนำมาเผาและอบรมควัน ท่านเชื่อว่าคนที่ยังไม่เคยปวดถ้าต้มกินแล้วฟันจะอยู่กับเขาไปตลอดชีวิต แต่ถ้าปวดฟันหรือเหงือกบวมตามไม่รู้ว่าจะรักษาใหม่ แต่จะรักษาได้ในเด็กโดยการเผารมควัน ผู้สูงอายุ (พ่อ) : ช่วยป้องกันฟันหลุดจริงค่ะ เคยมีโอกาสได้เรียนสมุนไพรกับมังงอเมริกา แล้วนำมาต้มกินก็หายปวดจริง ๆ ค่ะ หลานของยาเมื่อมีอาการปวด ยายก็จะต้มให้กินตลอดค่ะ เมื่อมีคนที่มีอาการปวดมาหายายก็จะให้สมุนไพรไปต้มกิน สามารถต้มกับหมู ไก่ ได้	- สมุนไพรที่นำมาจากประเทศจีน - คนในชุมชนใช้สมุนไพรแล้วหาย - สมุนไพรเป็นรากไม้ใช้ต้มกับไก่กิน	กิจกรรม “การแบ่งปันประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ” โดยให้ผู้สูงอายุในชมรม และเข้าร่วมรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นำสมุนไพรที่ตัวเองใช้แล้วหายมาร่วมแลกเปลี่ยน ถึงวิธีการทำ วิธีการกิน รวมถึงขั้นตอนต่างๆ	-หัวหน้าชมรม ผู้สูงอายุ โดยให้ ผู้สูงอายุที่มี ความรู้ เกี่ยวกับ สมุนไพร ออกมา นำเสนอถึง วิธีการกิน และบอก ประโยชน์ที่ได้ จากสมุนไพร นั้นๆ

รอบที่ 2 รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวมังต้องมีการดำเนินการภายใต้ “FUNDEE” Model

โดยการสนทนากลุ่มแบบรวมตัวแทนของแต่ละกลุ่ม (Heterogeneous group) ผู้ร่วมสนทนากลุ่มรอบที่ 2 ได้แก่ กลุ่มผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และตัวแทนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 8 คน การสนทนารอบ 2 นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันรูปแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวมัง มีขั้นตอนการดำเนินการ 3 ขั้นตอน ดังนี้

กลุ่มผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และตัวแทนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 8 คน มีดังนี้ ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตำบลเข็กน้อย (เพศชาย),

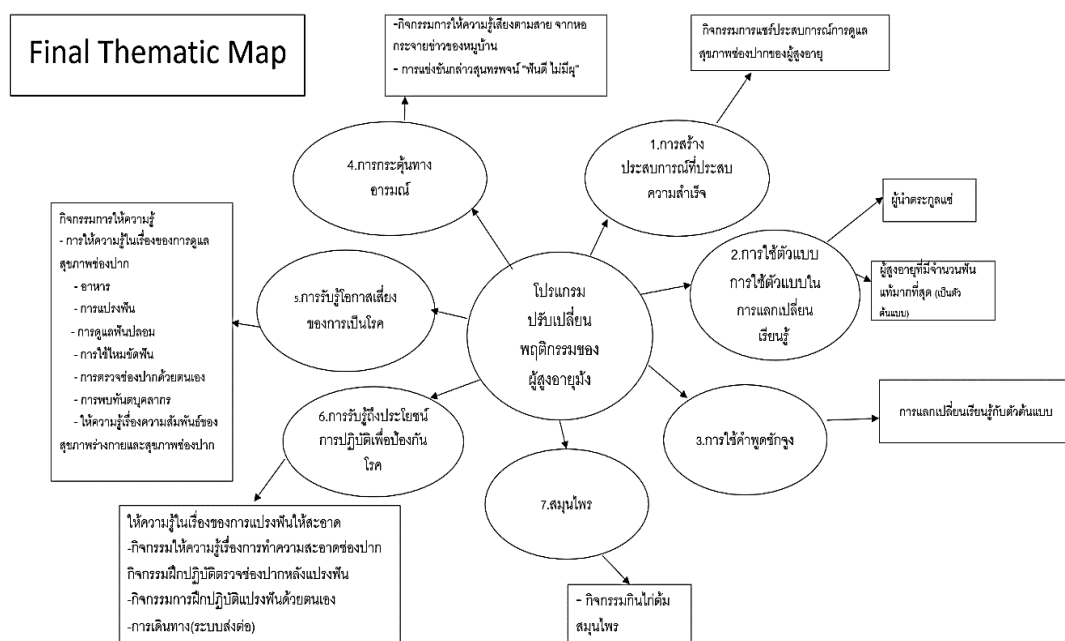
เจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เพศหญิง), ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 2 บ้านเข็กน้อย (เพศชาย), พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข็กน้อย (เพศหญิง), เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข็กน้อย (เพศหญิง), ตัวแทนผู้สูงอายุ (เพศชาย), ตัวแทนผู้สูงอายุ (เพศหญิง) และตัวแทนผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว (เพศหญิง) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ Homogeneous sampling เพื่อรวบรวมความคิดเห็นนำไปพัฒนาเป็นรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 โดยผลการวิจัยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยนำข้อสรุปและการสังเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1 เป็นข้อมูลนำเข้าไปในรอบที่ 2 เพื่อยืนยันข้อตกลงร่วมในการดำเนินการจัดทำกรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง

2. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ร่วมสนทนาสะท้อนหลักการสำคัญของรูปแบบจากนั้นจึงสรุปองค์ประกอบ จุดเน้นย้ำ และกิจกรรมของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง

การดำเนินการกิจกรรมโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experience) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม การใช้ตัวแบบ (Modeling) ในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Vicarious experience) ประกอบด้วย 3 กิจกรรม การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม การรับรู้ถึงประโยชน์การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived benefits of behaviors) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ตามภาพดังนี้



ภาพ 18 แสดงการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis)

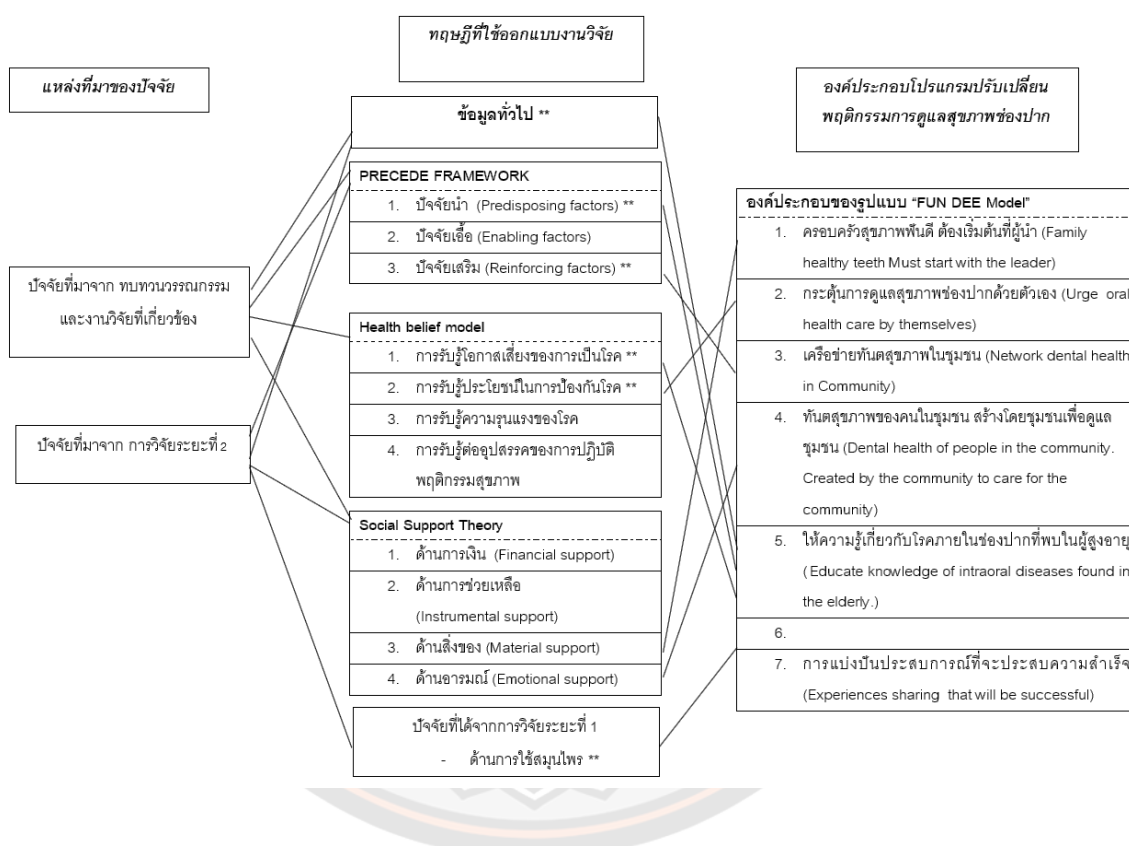
จากการสังเคราะห์การสนทนากลุ่ม โดยการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) พบว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 8 ท่าน เสนอกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุทั้งหมด 11 กิจกรรม ผู้วิจัยจึงทำการรวบรวมข้อมูลและสรุปจุดเน้นย้ำที่ชัดเจนได้ว่ารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง ต้องมีการดำเนินการภายใต้ FUNDEE model ได้แก่ ครอบคลุมสุขภาพฟันดี ต้องเริ่มต้นที่ผู้นำ (Family healthy teeth Must start with the leader) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม กระตุ้นการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตัวเอง (Urge oral health care by themselves) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม เครือข่ายทันตสุขภาพในชุมชน (Network dental health in Community) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ทันตสุขภาพของคนในชุมชน สร้างโดยชุมชนเพื่อดูแลชุมชน (Dental health of people in the community. Created by the community to care for the community) ประกอบด้วย 3 กิจกรรม การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคภายในช่องปากที่พบในผู้สูงอายุ (Educate knowledge of intraoral diseases found in the elderly.) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม การแบ่งปันประสบการณ์ที่จะประสบความสำเร็จ (Experiences sharing that will be successful) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม โดยกิจกรรมทั้งหมดดำเนินการภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, ผู้ใหญ่บ้าน, พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขหรือนักวิชาการ

สาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข)จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, ครอบครัวผู้สูงอายุ, ชมรมผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ จึงมีการยืนยันรูปแบบมี 6 ประกอบ ดังสรุปในตาราง

ตาราง 32 แสดงสรุปองค์ประกอบ จุดเน้นย้ำ และกิจกรรม ของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง: “FUNDEE model”

องค์ประกอบ	จุดเน้นย้ำ	กิจกรรม
Family healthy teeth Must start with the leader.	ครอบครัวสุขภาพฟันดี ต้องเริ่มต้นที่ผู้นำ	1. กิจกรรม “ครอบครัวเข้มแข็ง เพิ่มแรงต้านทาน”
Urge oral health care by themselves	กระตุ้นการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตัวเอง	2. จัดประชุมเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของตัวเอง 3. กิจกรรม “กระตุ้นให้รู้ เพื่อดูแลตัวเอง” (Urge to know To see for yourself)
Network dental health in Community	เครือข่ายทันตสุขภาพในชุมชน	4. จัดตั้งทีมการดูแลผู้สูงอายุด้านทันตกรรม 5. ร่วมกันผลิตสื่อทางด้านทันตสุขภาพชาวม้ง
Dental health of people in the community. Created by the community to care for the community	ทันตสุขภาพของคนในชุมชน สร้างโดยชุมชนเพื่อดูแลชุมชน	6. กิจกรรมเสียงตามสายผ่านหอกระจายข่าว 7. เล่าประสบการณ์จากตัวต้นแบบกระตุ้นทางอารมณ์ให้เกิดการดูแลช่องปาก โดยวิธีกล่าว “สุนทรพจน์” 8. การทำความสะอาดช่องปากอย่างถูกวิธี
Educate knowledge of intraoral diseases found in the elderly.	การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคภายในช่องปากที่พบในผู้สูงอายุ	9. “ให้เพื่อเพิ่ม เต็มส่วนขาด” 10. “รับรู้ไว จะได้ไม่มีโอกาสเสี่ยง”
Experiences sharing that will be successful	การแบ่งปันประสบการณ์ที่จะประสบความสำเร็จ	11. การแชร์ประสบการณ์ที่จะประสบความสำเร็จจากตัวต้นแบบ

ตาราง 33 ผู้วิจัยนำรายละเอียดต่างๆ นำมาสังเคราะห์รูปแบบกิจกรรมโดยใช้ ทฤษฎีเกี่ยวกับกับความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรม (KAP) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) และทฤษฎี PRECEDE FRAMEWORK มาปรับใช้ให้เข้ากับแนวทางการดำเนินการของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 ภายใต้ “FUNDEE” model ประกอบด้วย 11 กิจกรรม ดังภาพ 16



ภาพ 19 แสดงสังเคราะห์รูปแบบกิจกรรมโดยใช้ทฤษฎีต่างๆ

หลังจากนั้น จึงใช้กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวทางของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จากนั้นจึงเขียนขั้นตอนรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง ซึ่งมีรายละเอียดดังตาราง 34

ตาราง 33 แสดงสรุปแนวทางการดำเนินการของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 ภายใต้
“FUNDEE” model

ระยะ ดำเนินการ	องค์ประกอบ ของรูปแบบ	การดำเนินการกิจกรรม	การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม
เตรียมการ	Network dental health in Community	<p>1. ผู้วิจัยยื่นขอรับการพิจารณารับรอง จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อ คณะกรรมการ งานวิจัยในมนุษย์ต่อ คณะกรรมการงานวิจัยวิทยาลัยการ สาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เพื่อทดลองโปรแกรมปรับเปลี่ยน พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากใน กลุ่มผู้สูงอายุม้ง</p> <p>2. ติดต่อประสานงานกับทางโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล เข็กน้อย อำเภอ เขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อขอเก็บ ข้อมูลผู้สูงอายุม้ง ที่มีอายุ 60ปี ขึ้นไป</p> <p>3. ทำหนังสือราชการเพื่อดำเนินการวิจัย ทั้งภายใน และภายนอก</p> <p>4. ทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 6 ตุลาคม 2563 ถึง 5 พฤศจิกายน 2563 โดยเก็บ ข้อมูลการวิจัย ดังนี้ แจงรายละเอียดใน การเก็บข้อมูลให้กับกลุ่มตัวอย่าง รับทราบให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมการ เข้าร่วมโครงการ หลังเซ็นไปยินยอมเข้า ร่วมวิจัยแล้วให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบ สัมภาษณ์</p>	<p>การปรับเปลี่ยนใน การคิดไปจน กระบวนการ วางแผนและ ตัดสินใจ</p>

ตาราง 34 (ต่อ)

ระยะ ดำเนินการ	องค์ประกอบ ของรูปแบบ	การดำเนินการกิจกรรม	การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม
		5. ประชุมเครือข่ายเพื่อขอความร่วมมือ ในการดำเนินการ รูปแบบการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง 6. กำหนดวางแผนตารางกิจกรรมในแต่ละ องค์ประกอบร่วมกันเพื่อให้เครือข่าย สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้สม่ำเสมอ สอดคล้องกับวิถีชีวิตและภาระงาน 7. เตรียมสถานที่ในการสอนให้ความรู้ และสถานที่ในการจัดกิจกรรมแต่ละ องค์ประกอบ	
ดำเนินการ	Dental health of people in the community. Created by the community to care for the community	สัปดาห์ที่ 1-3 1. เสี่ยงตามสายผ่านหอกระจายข่าวของ หมู่บ้าน จำนวน 3 คลิปเสียง ประกอบไป ด้วย 1.1 คลิปเสียงที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ในช่องปาก กับโรคประจำตัว 1.2 คลิปเสียงที่ 2 เล่าประสบการณ์จาก ตัวต้นแบบในการดูแลสุขภาพช่องปาก กระตุ้นทางอารมณ์ให้เกิดการดูแลสุขภาพช่อง ปาก กระตุ้นให้ไปพบทันตบุคลากร 1.3 คลิปเสียงที่ 3 การทำความสะอาด ช่องปากอย่างถูกวิธีการเลือกใช้อุปกรณ์ ทำความสะอาดช่องปากเทคนิคการ แปรงฟัน 2-2-2	

ตาราง 34 (ต่อ)

ระยะ ดำเนินการ	องค์ประกอบ ของรูปแบบ	การดำเนินการกิจกรรม	การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม
		<p>นอกจากรายละเอียดดังกล่าวแล้ว มีการเน้นย้ำในทุกครั้ง ในเรื่องของการแปรงฟันในทุกวัน และการไปพบทันตฯ 6 เดือน โดยจะปล่อยเสียงตามสายในทุกๆ สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผ่านหอกระจายข่าวขององค์การบริหารตำบล เข็กน้อย และในทุกๆ วันพุธของสัปดาห์ ในชมรมผู้สูงอายุตำบลเข็กน้อย โดยผ่านกิจกรรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข็กน้อย เป็นผู้ดำเนินการ</p> <p>2. สื่อการสอนแปรงฟันในรูปแบบวิดีโอ 2 ภาษา ได้แก่ภาษาไทยและภาษาม้ง โดยจะให้เสียงเป็นเสียงภาษาม้ง คำบรรยายเป็นภาษาไทย โดยในวิดีโอจะสอนการแปรงฟัน และมีการเปิดให้กับผู้สูงอายุในทุกๆ วันพุธ ในชมรมผู้สูงอายุ และในเวทีการประชุมของหมู่บ้านใน ซึ่งได้รับการร่วมมือขององค์การบริหารตำบลเข็กน้อย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข็กน้อย ในการดำเนินการ</p>	

ตาราง 34 (ต่อ)

ระยะ ดำเนินการ	องค์ประกอบ ของรูปแบบ	การดำเนินการกิจกรรม	การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม
	Educate knowledge of intraoral diseases found in the elderly.	สัปดาห์ที่ 4-6 กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้ กิจกรรมที่ 1 เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วม โปรแกรมรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็น โรค 1. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคภายในช่อง ปากของที่สามารถพบได้ ในวัยผู้สูงอายุ ได้แก่ ฟันผุ ปริทันต์ ฟันสึก ภาวะปาก แห้งน้ำลายน้อย 2. ให้ความรู้เรื่องความสัมพันธ์ของ สุขภาพร่างกายและสุขภาพช่องปากโดย มีความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพช่องปาก กับสุขภาพร่างกาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ มีโรคประจำตัว รับรู้ถึงความเสี่ยงถึงการ มีโรคประจำตัวที่ส่งผลต่อสุขภาพช่อง ปากได้เพื่อนำไปสู่การป้องกัน และการ ส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพช่องปาก นำไปสู่สุขภาพที่ดี	
	Family healthy teeth Must start with the leader.	สัปดาห์ที่ 7-9 กิจกรรมที่ 2 การหาตัวต้นแบบ โดยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเสนอผู้ที่จะ เป็นต้นแบบในชุมชนได้ โดยมีบทบาท และความน่าเชื่อถือในสังคม และได้ตัว ต้นแบบดังต่อไปนี้ ตัวต้นแบบท่านที่ 1 ผู้สูงอายุตำแหน่ง อดีตกำนัน โดยเป็นที่นับหน้าถือตาของ	

ตาราง 34 (ต่อ)

ระยะ ดำเนินการ	องค์ประกอบ ของรูปแบบ	การดำเนินการกิจกรรม	การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม
		<p>คนในชุมชน ทุกคนในชุมชนรู้จัก มีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนในชุมชน</p> <p>ตัวต้นแบบท่านที่ 2 ผู้สูงอายุเป็นผู้นำ ตระกูลแซ่ ซึ่งผู้นำตระกูลแซ่ถือว่าเป็นผู้ที่คอยจัดการหรือดูแลคนในแซ่ โดยที่จะคอยเป็นที่ปรึกษาให้กับคนภายในแซ่ และเป็นคนที่คนในชุมชนรู้จักกันเป็นอย่างดี มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันเป็นอย่างมาก และมักจะพึ่งพาอาศัยกัน</p> <p>ตัวต้นแบบท่านที่ 3 ผู้สูงอายุเป็นผู้นำ กิจกรรมด้านสุขภาพ ซึ่งในชมรมผู้สูงอายุจะมีกิจกรรมการเดินออกกำลังกายแบบบาสโลบ โดยท่านที่เป็นตัวต้นแบบจะเป็นผู้นำในการออกกำลังกายหรือด้านสุขภาพในชมรม และเป็นที่รู้จักของผู้สูงอายุ ตัวต้นแบบท่านที่ 4</p> <p>ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ชักชวนผู้สูงอายุ เข้ามาในชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งตัวท่านที่เป็นต้นแบบเคยมีโรคประจำตัวที่อาจทำให้ถึงเสียชีวิต แต่หลังจากได้มีการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจและอาการดีขึ้น จนเริ่มมีการชักชวนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยมีการตรวจภายในช่องปากพบว่าสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุมี</p>	

ตาราง 34 (ต่อ)

ระยะ ดำเนินการ	องค์ประกอบ ของรูปแบบ	การดำเนินการกิจกรรม	การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม
		สุขภาพช่องปากที่ดี รวมไปถึงการมี สุขภาพร่างกายที่แข็งแรง	
Experiences sharing that will be successful	สัปดาห์ที่ 10-12	กิจกรรมที่ 3 การแชร์ประสบการณ์ที่จะ ประสบความสำเร็จจากตัวต้นแบบ การแชร์ประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแล สุขภาพช่องปาก โดยให้ตัวต้นแบบและ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมได้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากตัวต้นแบบ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ซึ่งมีการ แชร์ประสบการณ์ถึงเรื่องของสมุนไพร และการอบรมคว้นเพื่อรักษาอาการปวด ฟัน ซึ่งเราได้รับการแลกเปลี่ยนถึงการใช้ การแพทย์ทางเลือกที่ได้กล่าวมาข้างต้น ได้แก่ การใช้สมุนไพร และการอบรมคว้น เป็นต้น ซึ่งผู้สูงอายุเชื่อว่าการใช้สมุนไพร (หญ้าลั่นจู) ต้มกับไก่ แล้วอาการปวดฟัน จะดีขึ้น และการอบรมคว้นเพื่อให้หนอง ในฟันนั้นออกมา โดยเชื่อว่าถ้าหนอง ออกมาแล้วอาการนั้นจะดีขึ้น ซึ่ง ประกอบการในอดีตนั้นชุมชนอยู่ในพื้นที่ ห่างไกลจากสถานพยาบาล การเข้าถึง สถานพยาบาลยังไม่เท่าในปัจจุบันนี้ การ รักษาทางเลือกเหล่านี้มาจากการใช้	

ตาราง 34 (ต่อ)

ระยะ ดำเนินการ	องค์ประกอบ ของรูปแบบ	การดำเนินการกิจกรรม	การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม
		<p>เพื่อบรรเทาความกังวลทางจิตให้มันมี อาการดีขึ้น</p> <p>กิจกรรมที่ 4 การดูแลสุขภาพช่องปาก การสอนการแปรงฟันให้กับผู้สูงอายุที่เข้า ร่วมในโปรแกรม มีการเน้นย้ำในเรื่องของ การไปพบทันตบุคลากรทุกๆ 6 เดือน และให้ผู้ที่เป็นตัวต้นแบบ เป็นต้นแบบที่ จะคอยสอนให้กับผู้สูงอายุที่เข้า โปรแกรม นอกจากการสอนแปรงฟันแล้ว ยังมีการสอนการนวดใบหน้าเพื่อกระตุ้น ต่อมน้ำลายให้กับผู้สูงอายุ</p>	
ประเมินผล	Urge oral health care by themselves.	<p>ประเมินประสิทธิผลรูปแบบการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินผลระยะสั้น โดยประเมิน จากการที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ สุขภาพช่องปาก หลังสิ้นสุดโครงการ (output) 2. การประเมินผลระยะยาว โดยประเมิน จากสภาวะฟันผุ และสภาวะเหงือก อักเสบ รวมไปถึงอัตราการสูญเสียฟัน เกิดขึ้นในเวลา 5-10 ปีหลังสิ้นสุด โครงการ (outcome) 	

3. หลังจากผู้วิจัยได้สรุปแนวทางการดำเนินการรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง ภายใต้ FUN DEE model จากนั้นผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุ ทำแบบสัมภาษณ์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และประเมินความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ เพื่อดูความเหมาะสมของกิจกรรมและความเป็นไปได้ของรูปแบบเพื่อยืนยันรูปแบบ โดยการประเมินนี้ เป็นการตอบแบบสัมภาษณ์ของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมรูปแบบการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง ดังตารางที่ 37

ตาราง 34 แสดงการเปรียบเทียบผลคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ต่อโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุม้ง ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง	X	S.D.	T	df	p-value
การรับรู้ความสามารถของตนเอง					
ก่อนการทดลอง	47.87	9.889	-7.374	29	<0.001**
หลังการทดลอง	68.13	14.166			
ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ					
ก่อนการทดลอง	56.40	7.850	-11.802	29	<0.001**
หลังการทดลอง	87.63	9.998			

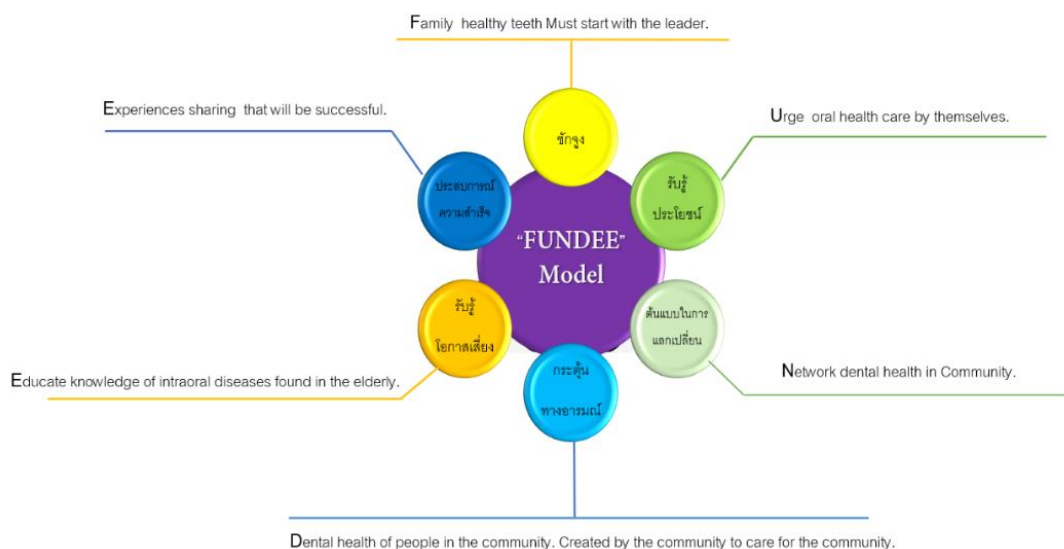
* Correlation is significant at the 0.05 (2-tailed)

ตาราง 35 พบว่า ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ค่าเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ เท่ากับ 47.87 , 56.40 ตามลำดับ พบว่า มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ เท่ากับ 9.889, 7.850 ตามลำดับ หลังการทดลอง พบว่า มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ค่าเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ เท่ากับ 68.13 , 87.63 ตามลำดับ พบว่า มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ เท่ากับ 14.166 , 7.850 ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบผลของรูปแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุม้ง ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value < 0.001**)

ข้อเสนอแนะ

การดำเนินกิจกรรมของรูปแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุมี ความสำเร็จของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ช่วยดูแลในช่วงแรก ด้วยเพราะชุมชนชาวม้ง ยังไม่มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องทันตสุขภาพเนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ไม่เคยมีมาก่อนในชุมชนและกิจกรรมการดูแลสุขภาพตัวเอง ความสำเร็จการดูแลอย่างต่อเนื่องและให้เกิดความยั่งยืนเพราะในการปฏิบัติจริงนั้นอาจเกิดปัญหาแล้วไม่รู้จะไปถามกับใครได้

จากตาราง 36 การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของผู้สูงอายุ ที่ส่งผลต่อโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่ามีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีความคิดเห็นว่ารูปแบบของโปรแกรมมีความเหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติจริงทั้งในเรื่องความเป็นมาของการพัฒนารูปแบบ วัตถุประสงค์การพัฒนา รูปแบบ การดำเนินการพัฒนารูปแบบ การนำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่ และประโยชน์ของการพัฒนารูปแบบที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ยืนยันรูปแบบได้ดังแสดงในภาพ 20



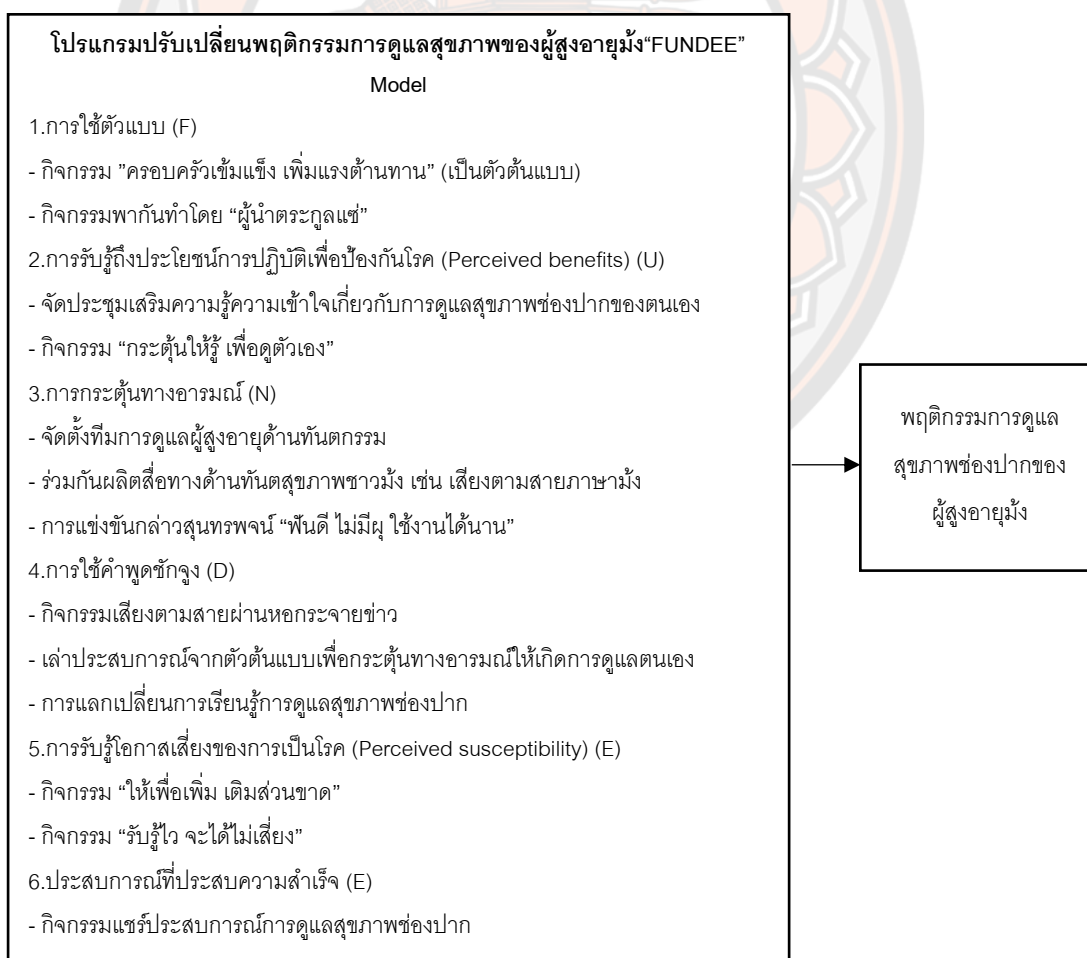
ภาพ 20 แสดงรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (FUNDEE model)

ภายหลังได้รูปแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุมี ความสำเร็จในเขตสุขภาพที่ 2 ภายใต้ “FUNDEE Model” แล้วผู้วิจัยดำเนินการประเมินสิทธิผลรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง ในระยะที่ 4 ดังมีรายละเอียดนำเสนอ ต่อไป

ผลการวิจัยระยะที่ 4 (เชิงปริมาณ)

ในขณะนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 3 ประกอบด้วย 7 ตัวแปรหลัก ได้แก่ อายุ โรคประจำตัว ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคในช่องปาก และการใช้สมุนไพร

ผู้วิจัยนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับชุมชนโดยใช้วิธีการศึกษาแบบวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ชนิด 2 กลุ่ม วัตถุประสงค์และหลังการทดลอง (Two group pre-posttest design) โดยใช้ “FUNDEE” Model เป็นโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ เพื่อเปรียบเทียบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุชาวม้ง ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 30 คน มีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ 21



ภาพ 21 แสดงกรอบแนวคิด (การวิจัยในระยะที่ 4)

ตาราง 35 แสดงจำนวน ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ข้อมูลทั่วไป (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n)	ร้อยละ	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D)
เพศ			0.183
ชาย	1	3.3	
หญิง	29	96.7	
อายุ			0.629
60-69	18	60.0	
70-79	10	33.3	
80-89	2	6.7	
90 ปีขึ้นไป	0	0	
สถานภาพ			0.535
โสด	1	3.3	
สมรส	19	63.3	
หม้าย/หย่า/แยกทาง	10	33.3	
ระดับการศึกษาสูงสุด			0.461
ไม่ได้รับการศึกษา	26	86.7	
ชั้นประถมศึกษา	3	10.0	
ชั้นมัธยมศึกษา	1	3.3	
ชั้นอาชีวศึกษาหรือสูงกว่า	0	0	
โรคประจำตัว			0.556
ไม่มี	12	40.0	
มี	18	60.0	
รายได้			0.892
ไม่ได้รับ	14	46.9	
น้อยกว่า 1,000 บาท	11	36.7	
1,000-1,500 บาท	3	10.0	

ตาราง 36 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 96.7 โดยส่วนใหญ่มี อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 60.0 มีอายุน้อยที่สุดคือ 60 ปี อายุมากที่สุดคือ 87 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 63.3 ไม่ได้รับการศึกษามากที่สุด ร้อยละ 86.7 กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ร้อยละ 60.0 และพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับรายได้ ร้อยละ 46.9

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 36 แสดงการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง (n=30)

ก่อนการทดลอง	X	S.D	Mean			
			Difference (Pre-test)	t	dt	p-value
พฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก						
กลุ่มทดลอง	43.60	5.636	-0.333	-0.254	29	0.400
กลุ่มเปรียบเทียบ	43.93	4.456				

* Correlation is significant at the 0.05 (2-tailed)

ตาราง 37 ก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก เท่ากับ 43.60 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก เท่ากับ 43.93 ผลการเปรียบเทียบ ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ในเรื่องของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.333 คะแนน

ตาราง 37 แสดงการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุมีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

หลังการทดลอง	x	S.D.	Mean Difference (Post-test)	t	df	p-value
พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก						
กลุ่มทดลอง	47.17	4.340	3.600	3.126	29	0.0015**
กลุ่มเปรียบเทียบ	43.57	4.576				

* Correlation is significant at the 0.05 (2-tailed)

ตาราง 38 ก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก เท่ากับ 47.17 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก เท่ากับ 43.57 ผลการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างของพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.600 คะแนน

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุมี ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

ตาราง 38 แสดงการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุมี ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง	X	S.D.	t	df	p-value
พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก					
ก่อนการทดลอง	43.60	5.636	-4.018	29	<0.001**
หลังการทดลอง	47.17	4.340			

* Correlation is significant at the 0.05 (2-tailed)

ตาราง 39 พบว่า ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก เท่ากับ 43.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก เท่ากับ 5.636 หลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก เท่ากับ 47.17 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก 4.340 เปรียบเทียบผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุมั่ง ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวมั่ง ภายใต้ “FUNDEE model” กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ($p\text{-value} < 0.001^{**}$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุมั่ง ก่อนและหลังในกลุ่มเปรียบเทียบ

ตาราง 39 แสดงความแตกต่างของผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุมั่ง ก่อนและหลังในกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มเปรียบเทียบ	x	S.D.	t	df	p-value
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก					
ก่อนการทดลอง	43.93	4.456	0.469	29	0.642
หลังการทดลอง	43.57	4.576			

* Correlation is significant at the 0.05 (2-tailed)

ตาราง 40 พบว่า ในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก เท่ากับ 43.93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก เท่ากับ 4.576 หลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก 43.57 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก เท่ากับ 4.576 ผลการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุมั่ง ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

หลังจากประเมินประสิทธิผลรูปแบบแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการถอดบทเรียนจากตัวแทนชุมชน รวมทั้งสิ้น 8 คน ได้ประเด็นที่ได้จากการถอดบทเรียน ดังนี้

1. การดำเนินการกิจกรรมโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experience) ประกอบด้วย 3 กิจกรรม การใช้ตัวแบบ (Modeling) ในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Vicarious experience) ประกอบด้วย 3 กิจกรรม การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) ประกอบด้วย 3 กิจกรรม การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม การรับรู้ถึงประโยชน์การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived benefits of behaviors) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม โดยกิจกรรมทั้งหมดดำเนินการภายใต้การเชื่อมต่อข้อมูลและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (Integrate community participation and information linkage) มีความเหมาะสม ทุกภาคส่วนต้องช่วยขับเคลื่อน และควรมีการดำเนินการต่อเนื่องในผู้สูงอายุชาวม้ง ทูกราย

2. กิจกรรมผู้นำตระกูลแซ่ ควรมีการปรับให้โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลแต่ละที่ปรับเปลี่ยนทัศนคติด้านทันตสุขภาพให้กับผู้นำทุกแซ่ เพราะชาวม้งจะมีอุดมคติที่ยึดแนวคิดของผู้นำแซ่ตัวเองเป็นหลัก จะทำอะไร เมื่อผู้นำแซ่ของตัวเองสั่งการ ก็จะดำเนินงานตามนั้นอย่างเคร่งครัด ซึ่งเป็นเหมือนการแสดงความกตัญญูที่ชาวม้ง ส่งต่อกันเป็นวัฒนธรรม และจะเป็นการดำเนินงานด้านทันตสุขภาพที่ยั่งยืน ต่อไป

3. สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล (ส.อบต.) เสนอว่าหากผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาทางทันตกรรมที่เร่งด่วน หรือเกินขอบเขตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถมาแจ้งขอรถกับทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับตำบลไปส่งโรงพยาบาลประจำอำเภอต่อไปได้ เพื่อให้เชื่อมต่อบริการทันตสุขภาพภายในชุมชน ภายหลังจากอบรมเตรียมผู้วิจัยได้ยืนยันรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 ภายใต้ “FUNDEE” model

บทที่ 5

บทสรุป

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methods) แบบแผนเชิงสำรวจแบบต่อเนื่อง (Exploratory Sequential Design) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Method) โดยการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) และการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) โดยแบ่งขั้นตอนการดำเนินการเป็น 4 ระยะเวลาตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการดูแลตัวเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง
3. เพื่อสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง
4. เพื่อประเมินประสิทธิผลรูปแบบโดยนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ด้วยวิธีการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง ก่อนและหลังการทดลอง และนำผลที่ได้ไปสรุปเป็นรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง ในเขตสุขภาพที่ 2 ของประเทศไทย

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 (ระยะที่ 1) ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการดูแลตัวเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง โดยการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) แบบ collective case study ใช้วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบ Intensity sampling ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุชาวม้ง ที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 2 ในการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยสัมภาษณ์และสังเกตด้วยตนเองทุกราย ทั้งนี้ที่สัมภาษณ์เสร็จผู้วิจัยได้ฟังเทปซ้ำและบันทึกสิ่งที่สังเกตได้ จากนั้นจึงทำการถอดเทปและทบทวนคำพูดจากการถอดเทปอย่างละเอียดดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นรายๆ จนข้อมูลอิ่มตัวจากผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 8 คน จากนั้นนำข้อมูลทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic analysis)

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 (ระยะที่ 2) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง โดยการศึกษาค้นคว้าเชิงปริมาณด้วยวิธีการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ได้มีการเชื่อมโยงข้อมูลจากข้อค้นพบในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมนำเข้าสู่การดำเนินการวิจัยในระยะที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง ใช้แบบสัมภาษณ์เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน นำข้อมูลที่ได้มาหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 (ระยะที่ 3) พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง โดยการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้นำชุมชน/อสม. และกลุ่มเจ้าหน้าที่ รพ.สต จำนวนรวม 8 คน เพื่อรวบรวมความคิดเห็นนำไปพัฒนาเป็นรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

วัตถุประสงค์ข้อที่ 4 (ระยะที่ 4) ประเมินประสิทธิผลรูปแบบโดยนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ด้วยวิธีการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก่อนและหลังการทดลอง และนำผลที่ได้ไปสรุปเป็นรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ในเขตสุขภาพที่ 2 ของประเทศไทย

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยแต่ละระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้ข้อค้นพบสถานการณ์การมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง ว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากมีทั้งพฤติกรรมเชิงบวก และพฤติกรรมเชิงลบ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุชาวม้ง จะทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพช่องปากเช่น จากกว่าสัมภาษณ์เชิงลึกจะได้ยินคำพูดของผู้สูงอายุบ่อยๆ คือ อยากมีฟันที่แข็งแรง อยากมีฟันไว้เคี้ยวอาหาร อยากมีฟันเพราะมันทำให้ใบหน้าสวยงาม ผู้สูงอายุจึงพยายามแสวงหาพฤติกรรมที่ทำให้เกิดผลในเชิงบวกเพื่อตอบสนองความคิดดังเช่นที่กล่าวมาข้างต้น แต่ด้วยเหตุผลในเรื่องของความเชื่อ ประเพณี และวิถีชีวิต ในกลุ่มคนชาติพันธุ์ที่ต้องเชื่อฟังบรรพบุรุษ แล้วส่งต่อกันมา เช่น “ฟันคนเราจะหลุดไปตามอายุของมัน” หรือ “ต่อให้รักษาอย่างไรสุดท้ายก็ต้องถอนฟันอยู่ดี” เหตุผลดังกล่าวจึงไปปิดกั้นพฤติกรรมเชิงบวก และส่งผลให้พฤติกรรมเชิงลบแสดงออกมาได้ชัดเจนมากกว่า ประกอบกับบุคลากรทางการแพทย์ในด้านทันตสาธารณสุข ที่อยู่ในพื้นที่ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)

ส่วนใหญ่ในปัจจุบัน ก็เป็นลูกหลานคนในพื้นที่ ที่ไปศึกษาเล่าเรียนในตัวเมือง แล้วกลับมาทำงานในบ้านเกิดของตัวเอง ซึ่งยังไม่มีบทบาทและพุดชักนำผู้สูงอายุซึ่งเป็น ปู่ย่า ตายาย ของตนเองได้มากเท่าที่ควร สำหรับข้อค้นพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านการใช้สมุนไพรรวมทั้งปัจจัยที่ได้นำประเด็นปัจจัยต่างๆ ที่ได้ไปจัดหมวดหมู่แล้วจึงนำไปสร้างแบบสัมภาษณ์เพื่อนำไปศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวม้ง ในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวม้ง ได้แก่ อายุ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก การใช้สมุนไพรรวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก โรคประจำตัว ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคในช่องปาก และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จากผลการวิจัยในระยะที่ 2 ดังกล่าวได้นำไปเป็นข้อมูลนำเข้าในการดำเนินการวิจัยในระยะที่ 3 เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวม้ง

ระยะที่ 3 ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวม้ง ต้องมีการดำเนินการภายใต้ FUN DEE Model ได้แก่ ครอบครัวสุขภาพฟันดี ต้องเริ่มต้นที่ผู้นำ (Family healthy teeth Must start with the leader) กระตุ้นการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตัวเอง (Urge oral health care by themselves) เครือข่ายทันตสุขภาพในชุมชน (Network dental health in Community) ทันตสุขภาพของคนในชุมชน สร้างโดยชุมชนเพื่อดูแลชุมชน (Dental health of people in the community. Created by the community to care for the community) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคภายในช่องปากที่พบในผู้สูงอายุ (Educate knowledge of intraoral diseases found in the elderly.) การแบ่งปันประสบการณ์ที่จะประสบความสำเร็จ (Experiences sharing that will be successful) จากผลการวิจัยในระยะที่ 3 ดังกล่าวได้นำไปเป็นข้อมูลนำเข้าในการดำเนินการวิจัยในระยะที่ 4 เพื่อประเมินผลรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวม้ง

ระยะที่ 4 ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังทดลองใช้ “FUN DEE” model ผู้สูงอายุชาวม้ง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก โดยมีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.05$) และสูงกว่ากับกลุ่มควบคุม ($p < 0.05$)

จากการนำเสนอผลการวิจัยระยะที่ 1 ระยะที่ 2 ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ดังกล่าวนั้น ผู้วิจัยได้นำมาอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการอภิปรายผล 4 ประเด็น สอดคล้องตามวัตถุประสงค์โดยเรียงลำดับ ดังนี้

1. **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง** จากการศึกษาในระยะที่ 1 พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้งที่ผ่านมา พบว่า มีทั้งพฤติกรรมเชิงบวก และพฤติกรรมเชิงลบ ดังจะเห็นได้ว่า จากการทบทวนวรรณกรรมรวมถึงสัมภาษณ์ผู้สูงอายุชาวม้งจากพื้นที่จริง ชาวม้งจะมีประเพณี วัฒนธรรม แนวทางปฏิบัติ และความเชื่อที่มาจาก การสืบทอดต่อกันมารุ่นสู่รุ่นจาก ปู่ย่า ตายาย และอีกส่วนหนึ่ง ก็มาจากการที่ผู้สูงอายุชาวม้งส่วนใหญ่ พึ่งย้ายลงมาในพื้นที่ราบ (ชาวม้ง เรียกว่ามอบตัว) ทำให้เมื่อก่อนอาจจะขาดการติดต่อสื่อสาร ขาดการส่งต่อข้อมูลทางด้านสาธารณสุขที่เป็นประโยชน์ จึงส่งผลให้ขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการสัมภาษณ์เชิงลึกส่วนใหญ่มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ส่งผลกระทบต่อโรคในช่องปาก จะรับประทานอาหารทันทีหลังแปรงฟัน และพบว่า ส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุจะไม่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากโดยการใช้อุปกรณ์เสริมอื่นๆ เช่นไหมขัดฟัน แปรงซอกฟัน นอกเหนือจากการใช้แปรงฟัน ก็จะมีเพียงบางคนที่ทำความสะอาดช่องปาก ด้วยวิธีการแปรงลิ้นและกระพุ้งแก้มหลังแปรงฟัน อีกทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมชอบรับประทานอาหารที่มีรสหวานและเหนียวติดฟัน ซึ่งเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปากตามมาได้ โดยพฤติกรรมดังกล่าวจะแสดงออกมาทั้งพฤติกรรมด้านบวก และพฤติกรรมด้านลบ ยกตัวอย่าง เช่น

พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากด้านบวก จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ในส่วนของฟันปลอมส่วนใหญ่จะถอดฟันปลอมออกมาแปรง หลังกินข้าวเสร็จ และในส่วนของ การแปรงฟันผู้สูงอายุในปัจจุบัน ส่วนใหญ่ ก็จะแปรงฟันร่วมกับยาสีฟัน หรือเมื่อก่อนอาจจะแปรงกับน้ำเปล่าๆ หรือใช้แค่การบ้วนน้ำแทน และอีกส่วนหนึ่งที่น่าสนใจก็คือ การใช้สมุนไพรเพื่อแก้ปวดฟัน ซึ่งจากการสัมภาษณ์ พบว่า สมัยก่อนชาวม้งที่อาศัยอยู่ในป่า เมื่อมีอาการปวดฟันขึ้นมา ก็จะมีสูตรยาที่ใช้สมุนไพรเป็นตำรับในการปรุงเป็นยาเพื่อใช้รักษาอาการปวดดังกล่าว โดยส่วนใหญ่จะใช้การต้มร่วมกับไก่อ บางคนต้มใส่ปลา จะมีรสชาติเผ็ดคล้ายๆ ยาหม่อง แต่ก็ไม่ได้เผ็ดมาก ชาวม้ง เรียกว่า “ฉี ฉะย เต็ง” และแนวคิดที่ว่า “หลังจากกินข้าว คนแก่เค้าจะให้เคี้ยวอ้อย เพราะมันช่วยขัดฟันทำให้ฟันแข็งแรง แต่เคี้ยวแล้วต้องบ้วนน้ำตาม เพื่อไม่ให้ฟันผุ” ซึ่งก็ตรงกับหลักวิชาการที่ว่าอาหารที่มีเส้นใยก็มีส่วนช่วยในการทำความสะอาดฟันได้

พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากด้านลบ ส่วนใหญ่มาจากความเชื่อที่ส่งต่อกันมา เช่น เชื่อว่าเมื่ออายุมากขึ้น ฟันก็จะหลุดร่วงไปเองตามธรรมชาติ ซึ่งความเชื่อนี้เป็นความเชื่อที่ยาก

ต่อการเปลี่ยนแปลงในสังคมผู้สูงอายุ รวมถึงการมีโรคประจำตัวก็ยังมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุชาวเมืองให้ ความใส่ใจกับภาวะโรคของตนเองมากกว่าที่จะดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งสาเหตุหลักๆ ก็มาจากการ ขาดความรู้ในด้านทันตสุขภาพ ไม่ทราบวิธีการดูแลตัวเอง บวกกับทัศนคติที่มีต่อสุขภาพช่องปาก ที่ส่งต่อกันมาเป็นความเชื่อ

หลังจากนั้น ได้นำปัจจัยที่ได้ทั้งหมด ส่งต่อไปยังการวิจัยระยะที่ 2 เพื่อวิเคราะห์ผล ด้วยสถิติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับประจำสอง อันดับแรก คือ ท่านรับประทานอาหารที่มีรสหวานและเหนียวติดฟัน ร้อยละ 66.70 รองลงมา คือ รับประทานอาหารทันทีหลังแปรงฟัน ร้อยละ 64.60 และพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับบางครั้งหรือไม่ปฏิบัติเลยสองอันดับแรกคือ ท่านใช้อุปกรณ์เสริมอื่นๆ นอกเหนือจากการใช้แปรงฟัน ร้อยละ 77.10 รองลงมาคือท่านแปรงลิ้นและกระพุ้งแก้มทุกครั้งหลัง แปรงฟัน ร้อยละ 41.70 อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากใน ระดับบ่อยครั้ง สองอันดับแรกคือ ท่านรับประทานอาหารที่มีรสหวานและเหนียวติดฟัน ร้อยละ 27.10 รองลงมา คือ ท่านบ้วนปากด้วยน้ำเปล่าแทนการแปรงฟัน ร้อยละ 19.80

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวเมือง จากผลการวิจัย พบว่า ตัวแปรอิสระที่ได้จากข้อมูลในระยะที่ 1 ร่วมกับตัวแปรที่ ได้จากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 19 ตัวแปร นำมาหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวเมือง พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linear) ทั้งหมด 8 ตัวแปร ได้แก่ อายุ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก การใช้สมุนไพรมี่ เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก โรคประจำตัว ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคในช่องปาก การ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และทัศนคติ และนำตัวแปรที่ได้ไปทดสอบการ วิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณเพื่อศึกษาอำนาจพยากรณ์ของตัวแปรอิสระ (ตัวแปรพยากรณ์) ที่มีต่อ ตัวแปรตามคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผลการวิเคราะห์พบมีตัวแปร 7 ตัวแปรร่วมทำนายการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวเมือง โดยตัวแปรอายุมีอำนาจใน การทำนายสูงที่สุด (Beta=0.303) รองลงมา ได้แก่ การใช้สมุนไพรเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก โรค ประจำตัว การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิด โรคในช่องปาก และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (Beta=0.229, -0.219, 0.192, 0.168, 0.161, 0.131) โดยตัวแปรทั้ง 7 ตัวร่วมทำนายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 50.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถ อภิปรายปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามขนาดอิทธิพลของตัวแปรตามลำดับ ดังนี้

2.1 อายุ จากการศึกษา พบว่า อายุส่งผลที่ระดับสูงที่สุดในทิศทางเดียวกันกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (Beta = 0.303, p-value = < 0.001) และอาจกล่าวได้ว่า เมื่ออายุมากขึ้น ประสิทธิภาพ การเรียนรู้ เพิ่มมากขึ้น ซึ่งประสิทธิภาพ การเรียนรู้เหล่านี้ อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริรัตน์ รอดแสงวง (2558) ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตตำบลทุ่งทอง อำเภอหนองบัว จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.054$, $p < 0.544$) และสอดคล้องกับธวัชชัย อภิเดชกุล และคณะ (2559) ได้ศึกษาสถานะสุขภาพชาวอาข่า จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย โดยใช้กลุ่มตัวอย่างคือชาวอาข่าทั้งหมด 550 คน สุ่มคัดเลือกจาก 20 หมู่บ้านจากทั้งหมด 243 หมู่บ้านของอาข่าในจังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาได้กล่าวว่าชาวอาข่าในประเทศไทยมีพฤติกรรมเสี่ยงหลายอย่างและมีความยากลำบากในการเข้าถึงสุขภาพเนื่องจากความสามารถในการใช้ภาษาไทยและความไม่เท่าเทียมในการเข้ารับบริการทางสาธารณสุขมีแนวโน้มที่จะสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มมากขึ้น ระดับการศึกษาที่ต่ำลง และอาศัยอยู่ในเขตชนบททางภาคเหนือของประเทศไทย ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์มีส่วนใหญ่ในชุมชนไม่สามารถพูดคุยกับคนไทยพื้นราบด้วยภาษากลางได้ ต่างจากในกลุ่มวัยอื่นๆ ที่มีเพียงสำเนียงและคำบางคำเท่านั้นที่ไม่สามารถออกเสียงให้ชัดเจนได้

2.2 การใช้สมุนไพรที่เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ของกลุ่มตัวอย่างผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านการใช้สมุนไพรมีความสัมพันธ์ที่ระดับสูงถึงสูงมากในทิศทางเดียวกัน กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (Beta = 0.229, p-value = < 0.001) และอาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพช่องปาก มีแนวโน้มที่จะเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปาก ของตนเองซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อีกทั้ง ยังไม่พบการศึกษา เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 มาก่อน

2.3 โรคประจำตัว จากผลการศึกษา พบว่า โรคประจำตัว ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ แต่ส่งผลทางลบ (Beta = -0.219, p-value = < 0.001) ซึ่งแปลความหมายว่าโรคประจำตัวยิ่งเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากยิ่งลดลง โดยผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากน้อยเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว ซึ่งเป็นกลุ่มอ้างอิง และอาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจะมีการเข้ารับบริการทางการแพทย์แต่เป็นโรคอื่นที่ส่งผลกับชีวิตตนเองโดยตรงมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัวซึ่งมีเวลาใน

การดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกับการศึกษาของพัชรารภรณ์ โกสิยานุภาพ (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน พบว่า ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวานสามารถพยากรณ์พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ได้ร้อยละ 39.60

2.4 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก การศึกษา พบว่า ปัจจัยนำด้านการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับ พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (Beta = 0.192, p-value = <0.001) และอาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุชาววัง เขตสุขภาพที่ 2 ส่วนใหญ่เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากเมื่อทราบว่ามีสิ่งไหนทำให้เกิดประโยชน์หรือเมื่อปฏิบัติแล้วหายหรือดีขึ้นก็จะเลือกทำพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของชนินทร์ สุทธิโต (2560) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทันตสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ โดยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปากดีและการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูง โรคในช่องปากมีความสัมพันธ์ที่ระดับต่ำถึงกลางในทิศทางเดียวกันกับ พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($r = 0.130$, p-value = 0.020)

และอาจกล่าวได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพเป็นไปตามทฤษฎี Health Belief Model ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนินทร์ สุทธิโต (2560) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทันตสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปากดีและการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูง

2.5 ความรู้ ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากส่งผลในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (Beta = 0.168, p-value = <0.001) และอาจกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องทันตสุขภาพก็จะมีผลในพฤติกรรมปฏิบัติตามในแนวทางที่ถูกต้องเป็นเพราะความรู้เป็นปัจจัยเบื้องหลังประการหนึ่งต่อพฤติกรรมของมนุษย์ซึ่งเป็นไปตามหลักเหตุผลที่ว่าความรู้ที่คนคิดและการปฏิบัติเป็นพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กันอย่างไรก็ตามแต่ละพฤติกรรมมักจะไม่ได้เกิดขึ้นโดยอิสระแต่จะเกิดรวมๆกันซึ่งเป็นไปตามแนวคิด

PRECEDE PROCEED Model (Green, & Kreuter, 1999) ความรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความสนใจเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมและเกิดความสามารถในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรม การที่มีความรู้ถูกต้องจะทำให้ทราบว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไร ซึ่งสอดคล้องกับ ชนินทร์ สุทธิโต (2560) พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทันตสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมทันตสุขภาพอยู่ในระดับสูง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศิริรัตน์ รอดแสง (2558, น. 1-12) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ พบว่า ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ($r = 0.13, p < 0.16$) ทั้งนี้ อาจเนื่องจาก ระยะเวลาที่เปลี่ยนไป ระบบการศึกษาเข้าถึงมากยิ่งขึ้น ทำให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพสามารถส่งผลให้ผู้สูงอายุชาววัง ในเขตสุขภาพที่ 2 สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตัวเองไปในทิศทางที่ดีมากยิ่งขึ้น

2.6 การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคในช่องปาก ปัจจัยนำด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยนำด้านการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปากส่งผลในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (Beta = 0.161, p-value = <0.001) และอาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง เขตสุขภาพที่ 2 ส่วนใหญ่ เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากเมื่อทราบว่าสิ่งไหนทำให้เกิดประโยชน์หรือเมื่อปฏิบัติแล้วหายหรือดีขึ้นก็จะเลือกทำพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนินทร์ สุทธิโต (2560) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทันตสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ โดยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปากดีและการรับรู้ว่าจะมีโอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูง โรคในช่องปากมีความสัมพันธ์ที่ระดับต่ำถึงกลางในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($r = 0.130, p\text{-value} = 0.020$) และอาจกล่าวได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพเป็นไปตามทฤษฎี Health Belief Model ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนินทร์ สุทธิโต (2560) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทันตสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ.01 โดยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปากดีและการรับรู้ว่าจะมีโอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูง

2.7 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ที่ทำให้เกิดผลการศึกษา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ส่งผลในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (Beta = 0.131, p-value = <0.001) แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นเครือข่ายทางสังคมของบุคคลซึ่งมีผลต่อการให้และการช่วยเหลือและภาวะผูกพันจากครอบครัว ถ้าบุคคลมีการสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็งมีความสัมพันธ์ทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้นและลดอัตราการตาย นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้า การรับรู้ผลของภาวะความเจ็บป่วย และความพึงพอใจในชีวิตอีกด้วย (Cukor, 2017) และอาจกล่าวได้ว่า ครอบครัวชาวเมืองส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย คำว่าครอบครัวจึงเป็นครอบครัวใหญ่ และจะมีผู้นำซึ่งเป็นบุคคลที่คนในครอบครัวให้การเคารพ และนับถือ ซึ่งผู้นำท่านนั้น ชาวเมืองจะเรียกว่า “ผู้นำตระกูลแซ่” ซึ่งจากข้อมูลนี้เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยและเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้สูงอายุชาวเมือง โดยทำให้มีความสามารถในการเผชิญและแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น เพิ่มคุณค่าในตัวเอง ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพวิถีชีวิตที่ดี และทำให้การปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาดีขึ้น (Mayo Clinic, 2018) ซึ่งจากสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากจะเห็นได้ว่าข้อคำถามหลายๆ ข้อส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุอย่างมาก ซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวทุกวัน เช่น ได้รับแรงสนับสนุนเกี่ยวกับคำแนะนำวิธีการแปรงฟันและการดูแลรักษาปลอมแก่ผู้สูงอายุ ระดับได้รับทุกวันมากถึงร้อยละ 33.3 ได้รับแรงสนับสนุนให้ประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อหลีกเลี่ยงโรคในช่องปาก ระดับได้รับทุกวัน ร้อยละ 39.0 รวมไปถึงได้รับสนับสนุนแปรงสีฟันยาสีฟันรวมไปถึงอุปกรณ์ทำความสะอาดฟันปลอม ระดับได้รับทุกวัน ร้อยละ 56.0 ตลอดจนถูกกระตุ้นหรือได้รับคำแนะนำในการไปหาหมอฟันร้อยละ 43.3 จึงนำปัจจัยนี้ไปเข้าการวิจัยระยะที่ 3 เพื่อสร้างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุชาวเมือง ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของชนิษฐา จำปาสิม (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมการดูแลรักษาฟันปลอมทั้งปากของผู้สูงอายุ อําเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่มารับบริการใส่ฟันปลอมทั้งปากที่โรงพยาบาลเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่ปี พ.ศ.2550 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบไปด้วยข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับการดูแลฟันปลอม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลรักษาฟันปลอม ความคาดหวังผลลัพธ์ในการดูแลรักษาฟันปลอม การปฏิบัติตัวในการดูแลฟันปลอม การสนับสนุนทางสังคม โดยการศึกษาแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแล

รักษาฟันปลอม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลรักษาฟันปลอม ความคาดหวัง ผลลัพธ์ในการดูแลรักษาฟันปลอม การปฏิบัติตัวในการดูแลรักษาฟันปลอม และการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลรักษาฟันปลอม มากกว่าการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) และสอดคล้องกับอภินันท์ สนน้อย และคณะ (2559) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ ผลการวิจัย พบว่า 1) สภาพคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ด้านร่างกาย สุขภาพของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดัน ด้านจิตใจ ผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นอยู่ดี อบอุ่น มีความเหมาะสม ความสัมพันธ์กับครอบครัวชุมชน ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมพอสมควร ด้านสภาพแวดล้อม ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีความเหมาะสม 2) ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง 3) ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ ได้แก่ ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัว และชุมชน ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ และปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง โดยที่ตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 5 ตัว มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ .858 สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ได้ร้อยละ 73.70 ($R^2 = 0.737$, $F = 220.63$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4) รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ผู้สูงอายุควรพัฒนาตนเองช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัวควรช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ หน่วยงานภาครัฐ เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จัดสวัสดิการ กิจกรรมเพื่อสุขภาพ ดูแลความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต และ ทรัพย์สิน จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ อบรมให้ความรู้ จัดตั้งอำนวยการความสะดวก จัดบริการสาธารณะ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในชุมชน

สรุป อายุเป็นส่วนสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ อันเนื่องมาจากความเชื่อที่เมื่ออายุมากขึ้น ฟันก็จะหลุดร่วงไปเองตามธรรมชาติ ซึ่งความเชื่อนี้เป็นความเชื่อที่ยากต่อการเปลี่ยนแปลงในสังคมผู้สูงอายุ รวมถึงการมีโรคประจำตัวก็ยังมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุชาวม้งให้ความสนใจกับภาวะโรคของตัวเองมากกว่าที่จะดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งสาเหตุหลักๆ ก็มาจากการขาดความรู้ในด้านทันตสุขภาพ ไม่ทราบวิธีการดูแลตัวเอง บวกกับทัศนคติที่มีต่อสุขภาพช่องปากที่ส่งต่อกันมาเป็นความเชื่อ จึงทำให้การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพช่องปากของตัวเองลดลงไปอย่างเห็นได้ชัด ส่วนการรับรู้ความเสี่ยงก็ยังมองว่าโรคที่เกิดในช่องปากไม่ได้ส่งผลอันตรายให้ถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งระบบการแพทย์ที่ไม่เอื้อต่อการรักษาโรคในช่องปาก ทำให้ผู้สูง

อายุแสวงหาแนวทางในการรักษาตัวเองเมื่อเกิดอาการขึ้นมา เช่นเมื่อมีอาการปวดฟันก็จะค้นหาสิ่งที่มีอยู่ในท้องถิ่นในการช่วยบรรเทาอาการปวดฟันนั้น เช่น การใช้สมุนไพรซึ่งก็จะมีกระบวนการนำมาซึ่งการปรุงเพื่อให้เป็นยาแตกต่างการออกไป บางกลุ่มนำมาต้มและรับประทาน บางกลุ่มนำมาบดและใส่ลงไปในรูของฟันผุ ซึ่งก็มีการถ่ายทอดองค์ความรู้พวกนี้มาจากบรรพบุรุษของตัวเอง จึงเกิดแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ซึ่งครอบครัวชาวม้ง ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย คำว่าครอบครัวจึงเป็นครอบครัวใหญ่ และจะมีผู้นำซึ่งเป็นบุคคล ที่คนในครอบครัวให้การเคารพ และนับถือ ซึ่งผู้นำกลุ่มนี้เรียกว่า “ผู้นำตระกูลแซ่” ซึ่งจากสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากดังกล่าว ได้มีข้อเสนอแนะ จากผู้นำท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุข และตัวแทนกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อใช้ในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา เสี่ยงตามสาย คลิปวีดีโอด้านทันตสุขภาพ และการใช้ผู้นำตระกูลแซ่ในการกระตุ้นลูกบ้านของตัวเอง เป็นต้น ผลการศึกษาในระยะที่ 1 นี้ ผู้วิจัยจะได้นำไปเปรียบเทียบกับ การทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้ทบทวนมา และนำไปวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อยืนยันผลในเชิงปริมาณในการศึกษาในระยะที่ 2 ซึ่งได้นำเสนอ ต่อไป

3. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2

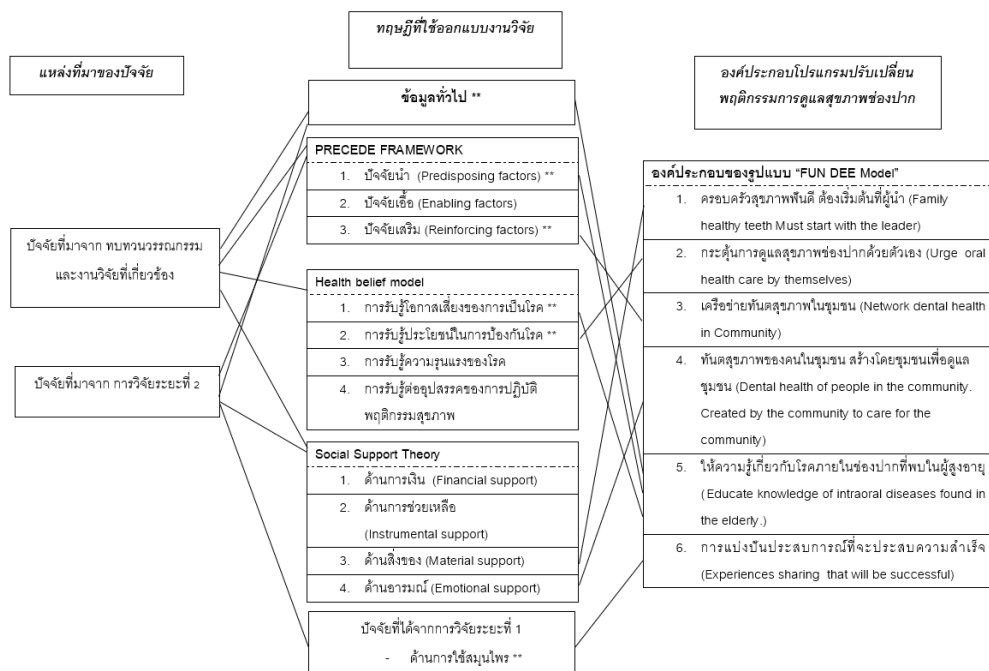
จากผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง ที่มาจากจุดเริ่มต้นคือของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม ได้พัฒนามาอย่างต่อเนื่องจนได้เป็นรูปแบบ และจะดำเนินการภายใต้ "FUN DEE" Model ด้วยตัวของผู้สูงอายุเอง และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาช่วยเหลือในส่วนที่เกินความสามารถของผู้สูงอายุ ซึ่งรูปแบบดังกล่าวมีความสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2563 (หัวข้อเป้าประสงค์(Goal)) ของกระทรวงสาธารณสุขที่ ประกอบด้วย 1)ผู้สูงอายุทุกกลุ่ม (ทั้งกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง) ได้รับการดูแลสุขภาพช่องปาก ต่อเนื่อง มีคุณภาพ 2) มีระบบการดูแลตนเองโดยภาคประชาชน ชุมชน เชื่อมโยงกับระบบบริการ (ทั้งปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ) แบบครบวงจร ในประเด็นปัญหาสำคัญที่มีความชุกและความรุนแรงสูง 3) มีการพัฒนา/นำเทคโนโลยีนวัตกรรมมาใช้ เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเอง และเพิ่มการเข้าถึงบริการตามจำเป็น (สำนักงานทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2562, น. 39-45)

ปัจจุบันแม้ว่าจะกระทรวงสาธารณสุขจะมีการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับสังคมผู้สูงอายุที่กำลังจะมาถึง และสำนักงานทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ก็พยายามเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุมาโดยตลอด แต่การพัฒนาที่ยังเน้นการจัดรูปแบบกระบวนการ

(process) บริการในสถานพยาบาล ซึ่งมีเวลาจำกัดในการพูดคุยและให้ความรู้ รวมไปถึงขาดการเชื่อมโยงบริการไปหากลุ่มคนที่อยู่พื้นที่ห่างไกล เช่น กลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ และไม่ต่อเนื่องซึ่งแล้วแต่งบประมาณที่จัดสรรลงมาในแต่ละปีงบประมาณ ผู้วิจัยจึงพยายามค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชนเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกัน โดยคาดหวังให้ส่งผลต่อ ผลผลิต (output) และผลลัพธ์ (outcome) ที่เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการพัฒนา รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุชาวม้ง จึงมีความสำคัญกับพื้นที่และจะต้องสอดคล้องกับบริบทชุมชนมากที่สุด

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ลักษณะการดำเนินการ รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง ต้องมีการดำเนินการภายใต้ "FUN DEE" Model ทั้งหมด 10 กิจกรรม พบว่า มีความเชื่อมโยงกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ในด้านทันตสาธารณสุข ในวัยผู้สูงอายุ โดยแต่ละองค์ประกอบมีจุดเน้นโดยสามารถอธิบายได้ดังนี้

ลำดับแรกได้ทำการทบทวนและทำการออกแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุม้ง โดยประยุกต์มาจากปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการวิจัยระยะที่ 2 ร่วมกับทบทวนทฤษฎีที่เกี่ยวข้องอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมมีความเหมาะสมมากที่สุด ดังตารางนี้



ภาพ 22 แสดงออกแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

FUN DEE Model ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ

1. ครอบครัวสุขภาพฟันดี ต้องเริ่มต้นที่ผู้นำ (Family healthy teeth Must start with the leader) ประกอบไปด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ครอบครัวเข้มแข็ง เพิ่มแรงต้านทาน

ในธรรมชาติคนเราเมื่อพูดถึงผู้นำนั้นเรามักจะจินตนาการกันไปต่างๆ นานา ว่าผู้นำนั้นต้องเป็นแบบนี้ต้องเป็นแบบนั้น และแต่ละบุคคลย่อมมีความหมายหรือการปฏิบัติตัวของผู้นำว่าต้องเป็นคนอย่างไร เมื่ออยู่ในองค์กร และควรปฏิบัติตัวต่อผู้ใต้บังคับบัญชาอย่างไร จึงจะมีความเหมาะสมกับความเป็นผู้นำ เป็นที่ยอมรับกันว่าผู้นำ (Leader) มีความสำคัญต่อกลุ่ม และองค์กร เพราะเป็นปัจจัยที่สำคัญ ต่อความสำเร็จขององค์กร หรือความล้มเหลวในการทำงาน ในแต่ละองค์กรจะมีทั้งผู้นำที่เป็นทางการและผู้นำที่ไม่เป็นทางการ ผู้นำที่เป็นทางการ คือ ผู้นำที่มีบทบาทตามอำนาจหน้าที่ซึ่งระบุไว้ในโครงสร้างขององค์กร ส่วนผู้นำที่ไม่เป็นทางการ คือ ผู้นำที่มีบทบาทตามอำนาจหน้าที่ที่ไม่มีปรากฏในผังแสดงโครงสร้าง

ความหมายของผู้นำ สรุปได้ว่า ผู้นำ (Leader) คือบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งหรือการเลือกตั้งหรือการยกย่องจากกลุ่มให้ทำหน้าที่ของตำแหน่งผู้นำ เมื่อมีการกล่าวถึงผู้นำแล้วย่อมลืมไม่ได้ที่จะกล่าวถึง ภาวะผู้นำ (Leadership) หรือความเป็นผู้นำ คือความสามารถในการนำ (The American Heritage Dictionary, 1985: 719) จึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่งสำหรับความสำเร็จของผู้นำภาวะผู้นำ เพื่อให้รู้ว่าอะไรเป็นองค์ประกอบที่จะช่วยให้ผู้นำมีความสามารถในการนำ หรือมีภาวะผู้นำที่มีประสิทธิภาพ ในความหมายของภาวะผู้นำจึงสรุปได้ว่า ภาวะผู้นำ (Leadership) คือกระบวนการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือมากกว่า พยายามใช้อิทธิพลของตนหรือกลุ่มตน กระตุ้น ชี้นำ ผลักดัน ให้บุคคลอื่น หรือกลุ่มบุคคลอื่นมีความเต็มใจ และกระตือรือร้นในการทำสิ่งต่างๆ ตามต้องการ โดยมีความสำเร็จของกลุ่มหรือองค์กรเป็นเป้าหมาย

ผู้วิจัย จึงใช้แนวคิดดังกล่าวค้นหาผู้นำที่เป็นตัวต้นแบบด้วย โดยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเสนอผู้ที่จะเป็นต้นแบบในชุมชนได้ โดยมีตำแหน่งหน้าที่ บทบาท และความน่าเชื่อถือในสังคม และได้ตัวต้นแบบ ดังนี้ ท่านที่ 1 ผู้สูงอายุ ตำแหน่งอดีตกำนัน โดยเป็นที่นับหน้าถือตาของคนในชุมชน ทุกคนในชุมชนรู้จัก มีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนในชุมชน ท่านที่ 2 ผู้สูงอายุเป็นผู้นำตระกูลแซ่ ซึ่งผู้นำตระกูลแซ่ถือว่าเป็นผู้ที่คอยจัดการหรือดูแลคนในแซ่ โดยที่จะคอยเป็นที่ปรึกษาให้กับคนภายในแซ่ และเป็นคนที่คนในชุมชนรู้จักกันเป็นอย่างดี มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันเป็นอย่างมาก และมักจะพึ่งพาอาศัยกัน ท่านที่ 3 ผู้สูงอายุเป็นผู้นำกิจกรรมด้านสุขภาพ ซึ่งในชมรมผู้สูงอายุจะมีกิจกรรมการเต้นออกกำลังกายแบบบาสโลป(Paslop) โดยท่านที่เป็นตัวต้นแบบจะเป็นผู้นำใน

การออกกำลังกาย หรือด้านสุขภาพในชมรม และเป็นที่รู้จักของผู้สูงอายุ ท่านที่ 4 ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ชักชวนผู้สูงอายุ เข้ามาในชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งตัวท่านที่เป็นต้นแบบ เคยมีโรคประจำตัวที่อาจทำให้ถึงเสียชีวิต แต่หลังจากได้มีการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจและอาการดีขึ้น จนเริ่มมีการชักชวนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยมีการตรวจภายในช่องปากพบว่า สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากที่ดี รวมไปถึงการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง

หลังจากประเมินผลรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาววังเสร็จสิ้น สิ่งที่ผู้วิจัยค้นพบ คือวัฒนธรรมของชาววัง จะให้การเคารพและเชื่อฟังผู้นำตระกูลแท้ โดยไม่มีเงื่อนไข ส่งผลให้ผู้นำตระกูลแท้มีส่วนช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมาก

2. กระตุ้นการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตัวเอง (Urge oral health care by themselves) ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 2 จัดประชุมเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของตัวเอง

กิจกรรมที่ 3 กระตุ้นให้รู้ เพื่อดูตัวเอง (Urge to know To see for yourself)

ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care Demand) และความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care Agency) เป็นปัจจัยพื้นฐานบางส่วนของ การดูแลตนเองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งหมายถึงกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมด ที่บุคคลควรจะทำภายในระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งจะประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care Requisites) 3 ด้าน คือ 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป (Universal Self-care Requisites) เป็นการดูแลตนเอง เพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคลการดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็น สำหรับบุคคล ทุกคน ทุกวัยแต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป 2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตรการเจริญเติบโต เข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสีย หรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับ กระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็นสองอย่าง คือ พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ และดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ 3) การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-care

Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเมื่อมีความผิดปกติหรือมีความพิการของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคลเช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วยรวมทั้งผลกระทบจากการวินิจฉัยโรคและการรักษาของแพทย์การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้ คือ 1) แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย 2) รับรู้สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง 3) ปฏิบัติตามแผนการรักษาการวินิจฉัยการฟื้นฟูและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ 4) รับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค 5) ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษา

ทฤษฎีที่ได้นำมาใช้เพิ่มเติมในกิจกรรมนี้ คือการรับรู้ในความสามารถของตนเอง และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Self-Efficacy and Social Learning Theory) การรับรู้ในความสามารถของตนเอง ถูกนำมาใช้ในการวิจัยและโครงการส่งเสริมสุขภาพมากมาย แนวคิดนี้มาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา (Bandura) ซึ่งเชื่อว่า คนเราสามารถที่จะปรับปรุงพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์ได้โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ การเรียนรู้ใหม่จะต้องให้สอดคล้องไปกับชีวิตประจำวัน และสภาพแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรมของผู้ปฏิบัติ กลวิธีในการสร้างเสริมการรับรู้ในความสามารถของตนเอง ทำได้หลายวิธี คือ การเลียนแบบ การได้เห็น การควบคุมตนเอง และการฝึกทักษะ การรับรู้ในความสามารถของตนเองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระดับสูงเป็นพื้นฐานที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามโดยแท้จริง สื่อที่ใช้ในการเผยแพร่ข้อมูลเนื้อหาที่บรรจุอยู่ควรจะมีผลในการช่วยให้บุคคลปฏิบัติตามได้ ตัวอย่างที่นำแนวคิดการรับรู้ในความสามารถของตนเองไปประยุกต์ใช้

หลักการดังกล่าว จึงถูกประยุกต์เข้าไปกระตุ้นเพื่อให้ผู้อายุชาวม้งได้มีการดูแลสุขภาพตัวเอง ดังนี้ ทำการสอนการแปรงฟันให้กับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในโปรแกรม มีการเน้นย้ำในเรื่องของการไปพบทันตบุคลากรทุกๆ 6 เดือน และให้ผู้ที่เป็นตัวต้นแบบ เป็นต้นแบบที่จะคอยสอนให้กับผู้สูงอายุที่เข้าโปรแกรม นอกจากการสอนแปรงฟันแล้ว ยังมีการสอนการนวดใบหน้าเพื่อกระตุ้นต่อมน้ำลายให้กับผู้สูงอายุ สอดคล้องกับฐิติพร ศิริบุรานนท์ (2554) ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก สำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียม เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยวัดผลก่อนและหลังการทดลองของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียม ต่อผลกระทบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ความรู้ เกี่ยวกับทันตสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันเทียมของผู้สูงอายุ ณ ศูนย์ทันตสุขภาพ โรงพยาบาลสามพราน อำเภอสามพราน

จังหวัดนครปฐม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ทดลอง กับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการวิจัยหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากลดลง มีความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ และ การรับรู้ความสามารถของตนต่อการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันเทียมสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001

3. เครือข่ายทันตสุขภาพในชุมชน (Network dental health in Community)

องค์ประกอบที่ 3 เครือข่ายทันตสุขภาพในชุมชน จะประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 4 จัดตั้งทีมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านทันตกรรม

กิจกรรมที่ 5 ร่วมกันผลิตสื่อทางด้านทันตสุขภาพชาววัง

ซึ่งรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาววัง จำเป็นต้องจัดตั้งทีมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เนื่องจากการดูแลสุขภาพไม่ใช่เฉพาะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เท่านั้นแต่จำเป็นต้องมีทีมในการติดตามและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาวเพื่อให้ผู้สูงอายุ ได้รับการดูแลจากชุมชนที่จะช่วยให้สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้มีสุขภาพช่องปากที่ดี ซึ่งการดูแลสุขภาพดังกล่าวทำเป็นเครือข่ายร่วมกันตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข ที่เน้นให้มีการส่งเสริมเครือข่ายให้เป็นแกนเชื่อมประสานกับภาคีเครือข่ายหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ดังนั้น จึงได้กำหนดการจัดตั้งทีมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชาววังในชุมชน โดยทีมประกอบด้วยทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะดูแลในเรื่องการรักษาและติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลชุมชนตามสายการส่งต่อให้ รพสต. นั้นๆ ทีมองค์ประกอบส่วนท้องถิ่น จะรับผิดชอบในเรื่องการเดินทาง กรณีที่ผู้สูงอายุชาววังคนใด ไม่สามารถเดินทางไปเองได้ด้วยกรณีติดปัญหาค่าใช้จ่าย หรือไม่มีญาติไปส่ง โดยจะประสานกับทีม รพสต. เพื่อดูตามความสมเหตุสมผล และทีมจากชมรมผู้สูงอายุ จะดูแลในเรื่องของการให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับทันตสุขภาพ คอยเปิดวิดีโอที่ผู้วิจัยร่วมกับตัวแทนผู้สูงอายุจัดทำไว้ เปิดเป็นประจำ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง และในส่วนทีมผู้นำท้องถิ่น จะคอยประสานงานกับลูกบ้านตัวเอง ถึงปัญหาทางด้านทันตสุขภาพที่จำเป็น ช่วยเหลือในด้านทรัพยากรบางส่วนที่หาได้ และการที่ผู้ให้บริการควรช่วยผู้ดูแลให้มีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็งซึ่งจะทำการมีส่วนร่วมในการรักษาเพิ่มมากขึ้น (King, Kang, Jin, & Lew, 2013) นอกจากนี้ การจัดตั้งทีมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านทันตกรรมในชุมชน จะช่วยทำให้ชุมชน

มีบทบาททางสังคมที่มากขึ้นและชัดเจนในบทบาทหน้าที่เนื่องจากผลการวิจัยในระยะที่ 1 พบว่ากรณีที่ต้องทำการรักษาที่สูงขึ้นไป ยกตัวอย่างเช่น ต้องทำฟันปลอมทดแทนฟันที่ถอนไป หรือรักษา รากฟันเพื่อเก็บฟันแท้ไว้ “หมอที่อนามัยทำการรักษาให้ไม่ได้” ผู้สูงอายุชาวม้งก็จะไม่สามารถได้รับการรักษาที่ดีที่สุดได้ เนื่องด้วยระยะทางที่ไกลกับโรงพยาบาลชุมชน ประกอบกับรายได้ไม่เพียง รวมถึงถ้ายังไม่ได้ขึ้นทะเบียนก็จะไม่สามารถใช้สิทธิสุขภาพถ้วนหน้าได้ สอดคล้องกับธวัชชัย อภิเดชกุล และคณะ (2559) ได้ศึกษาสถานะสุขภาพชาวอาข่า จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย โดยใช้กลุ่มตัวอย่างคือชาวอาข่าทั้งหมด 550 คน สุ่มคัดเลือกจาก 20 หมู่บ้านจากทั้งหมด 243 หมู่บ้านของอาข่าในจังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาได้กล่าวว่าชาวอาข่าในประเทศไทยมีพฤติกรรมเสี่ยงหลายอย่างและมีความยากลำบากในการเข้าถึงสุขภาพเนื่องจากความสามารถในการใช้ภาษาไทยและความไม่เท่าเทียมในการเข้ารับบริการทางสาธารณสุขมีแนวโน้มที่จะสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มมากขึ้น ระดับการศึกษาที่ต่ำลง และอาศัยอยู่ในเขตชนบททางภาคเหนือของประเทศไทย

กิจกรรมสร้างสื่อทันตสุขภาพ จะสร้างจำนวน 2 สื่อ เน้นการสอนแปรงฟันในรูปแบบวีดิโอ 2 ภาษา ได้แก่ภาษาไทยและภาษาม้ง โดยจะให้เสียงเป็นเสียงภาษาม้ง คำบรรยายเป็นภาษาไทย โดยในวีดิโอจะสอนการแปรงฟัน และมีการเปิดให้กับผู้สูงอายุในทุกๆ วันพุธ ในชมรมผู้สูงอายุ และในเวทีการประชุมของหมู่บ้านใน ซึ่งได้รับการร่วมมือขององค์การบริหารตำบล เข็กน้อย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข็กน้อย ในการดำเนิน สอดคล้องกับ การส่งเสริมพัฒนาการการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับ กระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ 1) พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ดีช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่างๆ 2) ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการสื่อเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตรความเจ็บป่วยการบาดเจ็บ และการพิการการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ใน ชีวิต (Orem, 1991)

4. ทันตสุขภาพของคนในชุมชน สร้างโดยชุมชนเพื่อดูแลชุมชน (Dental health of people in the community. Created by the community to care for the community) ประกอบไปด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมเสียงตามสายผ่านหอกระจายข่าว

กิจกรรมที่ 7 เล่าประสบการณ์จากตัวต้นแบบ กระตุ้นทางอารมณ์ให้เกิดการดูแลช่องปาก โดยวิธีสุนทรพจน์ของผู้สูงอายุชาวม้ง\

กิจกรรมที่ 8 การทำความสะอาดช่องปากอย่างถูกวิธี

กิจกรรมนี้ดำเนินการโดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ร่วมกับผู้ให้บริการทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะผู้นำชุมชนหรือแกนนำเครือข่ายต่างๆ เนื่องจากผู้นำเหล่านี้มีประวัติการทำงานเพื่อส่วนรวมจนได้รับการยอมรับนับถือจากคนในชุมชน สมาชิกแกนนำและภาคีเครือข่าย (กองสุขภาพศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะช่วยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพในชุมชนและเสริมแรงจูงใจไปร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอโดยการมอบใบประกาศนียบัตรหากเข้าร่วมกิจกรรมครบเป็นการเพิ่มการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์และทุกครั้งในการทำกิจกรรมจะมีเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ร่วมด้วยเพื่อให้ชุมชนเกิดความเชื่อมั่นในระบบบริการปฐมภูมิในการดูแลทันตกรรม มากขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้รูปแบบ Youth and Relationship Networks (YARN Model) โดยมีองค์ประกอบที่เพิ่มเติมเพื่อเป็นพื้นฐานให้การประสานงานการมีส่วนร่วมให้เกิดขึ้นคือองค์ประกอบการไว้วางใจ (Trust) เช่นกัน โดยกิจกรรมเสียงตามสายผ่านหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน และสื่อการสอนแปรงฟันในรูปแบบวีดิโอ 2 ภาษา ได้แก่ภาษาไทยและภาษาม้ง โดยจะให้เสียงเป็นเสียงภาษาม้ง คำบรรยายเป็นภาษาไทย โดยจะประกอบไปด้วย เสียงตามสายผ่านหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน จำนวน 3 คลิปเสียง ประกอบไปด้วย

คลิปเสียงที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคในช่องปาก กับโรคประจำตัว

คลิปเสียงที่ 2 เล่าประสบการณ์จากตัวต้นแบบในการดูแลสุขภาพช่องปาก กระตุ้นทางอารมณ์ให้เกิดการดูแลช่องปาก กระตุ้นให้ไปพบทันตบุคลากร

คลิปเสียงที่ 3 การทำความสะอาดช่องปากอย่างถูกวิธี, การเลือกใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก, เทคนิคการแปรงฟัน 2-2-2

นอกจากรายละเอียดดังกล่าวแล้ว มีการเน้นย้ำในทุกครั้ง ในเรื่องของการแปรงฟันในทุกวัน และการไปพบทันตทุกๆ 6 เดือน โดยจะปล่อยเสียงตามสายในทุกๆ สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผ่านหอกระจายข่าวขององค์การบริหารตำบลเข็กน้อย และในทุกๆ วันพุธของสัปดาห์ในชมรมผู้สูงอายุตำบลเข็กน้อย โดยผ่านกิจกรรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข็กน้อย เป็นผู้ดำเนินกิจกรรม

5. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคภายในช่องปากที่พบในผู้สูงอายุ (Educate knowledge of intraoral diseases found in the elderly.) ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 9 “ให้เพื่อเพิ่ม เต็มส่วนขาด”

กิจกรรมที่ 10 “รับรู้ไว้ จะได้ไม่มีโอกาสเสี่ยง”

กิจกรรม ให้เพื่อเพิ่ม เต็มส่วนขาด โดยการนำโรคในช่องปาก ที่เกิดกับผู้สูงอายุ ตามหลักเกณฑ์ของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย และข้อคำถามที่ผู้สูงอายุตอบถูกไม่ถึงร้อยละ 50 มาเป็นหัวข้อในการให้ความ

กิจกรรม รับรู้ไว้ จะได้ไม่มีโอกาสเสี่ยง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ (Health belief model) มาใช้ในการให้ความรู้เพื่อคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องและเหมาะสม

เนื่องจากความรู้ คือขั้นแรกของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจดจำ ซึ่งอาจจะโดยการนึกได้ มองเห็น ได้ยิน หรือ ได้ฟัง ความรู้เป็นหนึ่งในขั้นตอนของการเรียนรู้ โดยประกอบไปด้วยคำจำกัดความหรือความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎโครงสร้าง วิธีการแก้ไขปัญหา และมาตรฐานเป็นต้น ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ความรู้เป็นเรื่องของการทำอะไรได้ ระลึกได้ โดยไม่จำเป็นต้องใช้ความคิดที่ซับซ้อน หรือใช้ความสามารถของสมองมากนัก ด้วยเหตุนี้ การจำได้จึงถือว่าเป็น กระบวนการที่สำคัญในทางจิตวิทยา และเป็นขั้นตอนที่นำไปสู่พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเข้าใจ การนำความรู้ไปใช้ในการวิเคราะห์ การสังเคราะห์ การประเมินผล ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ได้ใช้ความคิดและความสามารถทางสมองมากขึ้นเป็นลำดับ (มานิช เวชพันธ์, 2532) จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญด้านทันตสุขภาพที่ถูกต้องแก่ผู้สูงอายุชาวม้ง เพราะไม่ใช่เรื่องง่ายเลยที่จะให้ไปแล้ว เขานำไปปฏิบัติได้เลย เนื่องจากยังต้องผ่านกระบวนการคิด วิเคราะห์ จนไปถึงการยอมรับได้เนื่องจากชาวม้ง มีความเชื่อที่ค่อนข้างยึดมั่นอย่างยิ่ง ยิ่งความรู้ เป็นข้อเท็จจริงที่มีถูก มีผิด ซึ่งถูกหรือผิดเป็นไปตามหลักวิชาและเหตุผลเชิงวิทยาศาสตร์ที่สามารถพิสูจน์หรือตรวจสอบได้ ความรู้เป็นภูมิปัญญา (Intellectual) เป็นผลการเรียนรู้ (Learning) และการแก้ปัญหา (Problem-solving) เชิงพฤติกรรมทางสมอง สามารถวัดได้ด้วยการใช้แบบทดสอบหรือแบบวัด (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2549ก)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จึงได้ประยุกต์กิจกรรมออกมาให้เหมาะสมกับวิถีชาวม้งมากที่สุด โดยมีทั้งหมด 11 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ “ให้เพื่อเพิ่ม เต็มส่วนขาด” โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคภายในช่องปากของที่สามารถพบได้ ในวัยผู้สูงอายุ ได้แก่ ฟันผุ ปริทันต์ ฟันสึก ภาวะปากแห้งน้ำลายน้อย โดยรูปแบบการให้ความรู้เป็นลักษณะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และเน้นกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ยกตัวอย่างเช่นกิจกรรมการนวดเพื่อกระตุ้นต่อมน้ำลาย และกิจกรรมฝึกบริหารกล้ามเนื้อบนใบหน้า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สิริลักษณ์ รัชภิรมย์ (2556) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองที่มีต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม เลือกกลุ่ม

ตัวอย่างแบบเจาะจงโดยกำหนดโรงเรียนที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน 2 โรงเรียน ได้กลุ่มทดลอง 41 คน กลุ่มควบคุม 53 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษาซึ่งมีลักษณะเป็นแผนการสอน ประกอบไปด้วยกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ การพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลทันตสุขภาพ ผลการศึกษา ภายหลังจากได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษาในกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ และมีทักษะการตรวจฟันดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กิจกรรม “รับรู้ไว้ จะได้ไม่มีโอกาสเสี่ยง” โดยกิจกรรมจะเน้นไปทางคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้ง 4 ด้านคือ 1) ด้านร่างกาย ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากและสามารถดูแลตนเองได้ ไม่เป็นภาระของลูกหลาน 2) ด้านจิตใจ ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจ มั่นใจในสุขภาพช่องปากของตัวเอง 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้ได้เพื่อน รอยยิ้ม ความสบายใจและ ความสุขที่ได้ร่วมกิจกรรมทางทันตสุขภาพกับชมรมผู้สูงอายุ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้รับข่าวสารด้านทันตสุขภาพ ที่เป็นประโยชน์ ร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยในกิจกรรมจะเป็นการให้ความรู้เรื่องความสัมพันธ์ของสุขภาพร่างกายและสุขภาพช่องปากโดยมีความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพช่องปากกับสุขภาพร่างกาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวรับรู้ถึงความเสี่ยงถึงการมีโรคประจำตัวที่ส่งผลต่อสุขภาพช่องปากได้เพื่อนำไปสู่การป้องกัน และการส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพช่องปากนำไปสู่สุขภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับยุพิน ทรัพย์แก้ว (2559) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ของศูนย์ความเป็นเลิศด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช ผลการวิจัย พบว่า 1) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ผ่านหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 93.33 มีคุณภาพชีวิตที่ดี 2) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ผ่านหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ทั้ง 4 ด้าน พบว่า 1) ด้านร่างกาย ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลสุขภาพและสามารถดูแลตนเองได้ ไม่เป็นภาระของลูกหลาน มีสุขภาพกายที่ดี สมบูรณ์ แข็งแรง การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ อากาโรดีขึ้น 2) ด้านจิตใจ ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจ มั่นใจ ความจำและสมาธิดีขึ้น 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้ได้เพื่อน รอยยิ้ม ความสบายใจและ ความสุขที่ได้ร่วมกิจกรรมจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้รับข่าวสาร ต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ ร่วมกิจกรรมนันทนาการ และศึกษาดูงานนอกสถานที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุ

6. การแบ่งปันประสบการณ์ที่จะประสบความสำเร็จ (Experiences sharing that will be successful) ประกอบไปด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 11 การแชร์ประสบการณ์ที่จะประสบความสำเร็จจากตัวต้นแบบ

หลายๆ ครั้งอาจจะเคยได้ยินคำว่า “Learning by doing” ซึ่งมีความหมายตรงตัวว่า “การเรียนรู้ผ่านการลงมือทำ” โดยจุดเด่นของการลงมือทำคือ การได้เจอกับความท้าทาย หรือ ประสบการณ์จริง โดย เดวิด เอ. โคลบ์ นำเสนอว่าการที่จะนำทฤษฎีนี้ไปใช้ให้เกิดการเรียนรู้ จำเป็นต้องผ่านวงจรทั้ง 4 ขั้น (Experiential Learning Cycle: ELT Cycle) ซึ่งประกอบไปด้วย 1) การนำตัวเองเข้าไปอยู่ในประสบการณ์ หรือ สถานการณ์ใหม่ หรือ การตีความประสบการณ์ที่เกิดขึ้นมาใหม่ (Concrete Experience) 2) เมื่อเราได้เข้าไปรับประสบการณ์ใหม่นั้น ก็มักทำให้เกิดความไม่สอดคล้องกันระหว่างประสบการณ์และความเข้าใจ ในขั้นนี้เป็นการลองสะท้อน ลอง ทบทวนให้เกิดการตกลึกความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ โดยอาศัยวิธีการตั้งคำถาม (Reflective Observation of the New Experience) 3) แน่ใจว่าการสะท้อนมักก่อให้เกิดแนวคิดใหม่ หรือ การดัดแปลงแนวคิดเชิงนามธรรมที่มีอยู่ ซึ่งหมายความว่า ผู้คนได้เรียนรู้จาก ประสบการณ์ของตัวเองแล้ว (Abstract Conceptualization) 4) การเรียนรู้จะไม่จบลงเพียงแค่ว่า ได้แนวคิดใหม่ ดังนั้นในขั้นนี้ผู้เรียนจะได้ลองใช้ความคิดกับบริบทรอบตัวของตัวเอง เพื่อดูว่าเกิดอะไรขึ้น (Active Experimentation) ซึ่งถ้าได้เข้าไปรับประสบการณ์ใหม่ๆ เพิ่มเข้ามาอีก ก็ให้หมุน วงจรกลับไปที่ขั้นแรก และทำต่อไปจนขั้นที่ 4 อีกครั้ง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรง (McLeod, 2016)

การสร้างตัวแบบ (Modeling) หัวใจของการเป็นผู้นำต้องสร้างความน่าเชื่อถือ เพราะไม่เพียงแต่รู้ว่าต้องปฏิบัติหน้าที่อย่างไรเท่านั้น แต่ผู้นำยังต้องมีคุณสมบัติของผู้นำที่ดีด้วย กล่าวคือ ต้องเข้าใจถึงความสำคัญของดุลยภาพระหว่างคุณลักษณะ (Characteristics) กับ ความรู้ ความสามารถ (Competence) เพราะไม่ว่าบุคคลจะมีความสามารถเพียงใดก็ไม่สามารถจะเป็นผู้นำที่แท้จริงได้ หากปราศจากซึ่งคุณลักษณะที่เหมาะสม (พรทิพย์ วรภิจโกคาทร, 2547)

ในส่วนของกิจกรรมนี้ ก็ได้ดัดแปลงแนวคิดและวิธีการจากทฤษฎีข้างต้น คือการแชร์ ประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยให้ตัวต้นแบบและผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากตัวต้นแบบ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ซึ่งมีการแชร์ประสบการณ์ถึง เรื่องของสมุนไพร และการอบรมควันเพื่อรักษาอาการปวดฟัน ซึ่งเราได้แลกเปลี่ยนถึงการ ใช้ การแพทย์ทางเลือกที่ได้กล่าวมาข้างต้น ได้แก่ การใช้สมุนไพร และการอบรมควัน เป็นต้น ซึ่ง ผู้สูงอายุเชื่อว่าการใช้สมุนไพร(หญ้าลิ้นงู)ต้มกับไก่ แล้วอาการปวดฟันจะดีขึ้น และการอบรมควัน เพื่อให้หนองในฟันนั้นออกมา โดยเชื่อว่าถ้าหนองออกมาแล้วอาการนั้นจะดีขึ้น ซึ่งประกอบการใน อดีตนั้นชุมชนอยู่ในพื้นที่ห่างไกลจากสถานพยาบาล การเข้าถึงสถานพยาบาลยังไม่ เท่าใน

ปัจจุบันนี้ การรักษาทางเลือกเหล่านี้มาจากการใช้เพื่อบรรเทาความกังวลทางจิตให้มันมีอาการดีขึ้น

4. ประสิทธิภาพของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2

จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก (ตัวแปรตาม) เพิ่มขึ้นภายหลังการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุม้ง โดยใช้โปรแกรมที่มีการนำทฤษฎีมาเกี่ยวข้องด้วย ในการเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ในการปฏิบัติ ส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุม้ง ในกลุ่มทดลอง เป็นไปตามทฤษฎีการรับรู้ ความสามารถของตนเอง และยังมีการใช้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกันโรค ของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยผู้สูงอายุชาวม้งได้ร่วมกิจกรรมการให้ความรู้ ที่จะส่งผลให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุม้งในกลุ่มทดลอง และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม โดยได้รับการสนับสนุนจากทางชุมชน ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลเข็กน้อย ที่สนับสนุนและดำเนินหรือรับผิดชอบในส่วนขอเสี่ยงตามสายผ่านหอกระจายข่าวหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข็กน้อย ในการร่วมทำกิจกรรมให้ความรู้และเปิดสื่อวีดิโอในรูปแบบภาษาม้งให้กับผู้สูงอายุ ในทุกๆ สัปดาห์

โดยสรุปแล้วการใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุม้ง จึงสรุปได้ว่ารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง ในการศึกษาครั้งนี้มีประสิทธิภาพทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเชิงบวกในการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งเป็นการประเมินผลระยะสั้น (output) สำหรับการประเมินผลระยะยาวนั้น ประเมินจากสภาวะทันตสุขภาพ (อัตราโรคฟันผุ, อัตราโรคเหงือกอักเสบและปริทันต์อักเสบ, รอยโรคเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปาก) ที่เกิดขึ้นในเวลา 1 ปีหลังสิ้นสุดโครงการ (outcome) และติดตามอัตราการสูญเสียฟัน (Tooth loss) จนถึงคุณภาพชีวิต (Quality of life) ที่ 10 ปี (impact) ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับหลายการศึกษาทั้งในและต่างประเทศที่ได้มีการศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ที่มีองค์ประกอบและตัวแปรตามที่แตกต่างกัน แต่ผลการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบคล้ายกัน โดยพบว่า หลังใช้รูปแบบทำให้การมีพฤติกรรมเพิ่มขึ้นและตัวแปรตามเพิ่มขึ้นด้วย เช่น สอดคล้องกับการศึกษาของประภัสสร ลือโสภา และคณะ ศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์การเฝ้าระวังตนเองทางทันตสุขภาพร่วมกับการดูแลโดยกลุ่มเพื่อน

ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลสระบัวอำเภอบุพผุม รัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแล สุขภาพช่องปากมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$)

สอดคล้อง ฐิติพร ศิริบุรานนท์ (2554) ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแล สุขภาพช่องปาก สำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียม เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดย วัดผลก่อนและหลังการทดลองของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่ ได้รับการใส่ฟันเทียม ต่อผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ความรู้ เกี่ยวกับทันต สุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันเทียมของผู้สูงอายุ ณ ศูนย์ทันตสุขภาพ โรงพยาบาลสามพราน อำเภอสสามพราน จังหวัดนครปฐม เครื่องมือที่ใช้ใน การวิจัย มี 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ทดลอง กับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการวิจัยหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก มี ผลกระทบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากลดลง มีความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ และ การรับรู้ ความสามารถของตนเองต่อการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันเทียมสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรม ส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001

สอดคล้องขนิษฐา จำปาสิม (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขภาพศึกษาเพื่อส่งเสริม การดูแลรักษาฟันปลอมทั้งปากของผู้สูงอายุ อำเภอบางน้อย จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มารับบริการใส่ฟันปลอมทั้งปากที่โรงพยาบาลบางน้อย จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับ การดูแลฟันปลอม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลรักษาฟันปลอม ความคาดหวัง ผลลัพธ์ในการดูแลรักษาฟันปลอม การปฏิบัติตัวในการดูแลฟันปลอม การสนับสนุนทางสังคม โดยการศึกษาแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่ม ทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาฟันปลอม การรับรู้ ความสามารถของตนเองในการดูแลรักษาฟันปลอม ความคาดหวังผลลัพธ์ในการดูแลรักษาฟัน ปลอม การปฏิบัติตัวในการดูแลรักษาฟันปลอม และการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลรักษาฟัน ปลอม มากกว่าการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องอภิรักษ์ สมน้อย และคณะ (2559) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนา คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ ผลการวิจัย พบว่า 1) สภาพคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใน จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ด้านร่างกาย สุขภาพของ ผู้สูงอายุไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน

ความดัน ด้านจิตใจ ผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นอยู่ดี อบอุ่น มีความเหมาะสม ความสัมพันธ์กับครอบครัวชุมชน ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมการทำกิจกรรมพอสมควร ด้านสภาพแวดล้อม ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีความเหมาะสม 2)ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและ ด้านจิตใจ ระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านร่างกาย และ ด้านสภาพแวดล้อม 3) ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ ได้แก่ ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัว และชุมชน ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ และ ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง โดยที่ตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 5 ตัว มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ .858 สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ ได้ร้อยละ 73.70 ($R^2 = 0.737$, $F = 220.63$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4)

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ผู้สูงอายุควรพัฒนาตนเองช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัวควรช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุหน่วยงานภาครัฐ เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จัดสวัสดิการ กิจกรรมเพื่อสุขภาพ ดูแลความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ อบรมให้ความรู้ จัดสิ่งอำนวยความสะดวก จัดบริการสาธารณะ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในชุมชน สอดคล้อง Bao-Jun Tai, et al (2009) ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ช่องปากนักเรียนของโรงเรียนในเมืองหูเป่ย์ ประเทศจีนโดยนำแนวคิดโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลกมาใช้กับนักเรียนชั้นประถมศึกษา โดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 661 คนจาก 7 โรงเรียนเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมจำนวน 697 คนจาก 8 โรงเรียน เก็บรวบรวมข้อมูลจากการตรวจทางคลินิกเกี่ยวกับโรคฟันผุ การสะสมของแผ่นคราบจุลินทรีย์และการมีเลือดออกบริเวณร่องเหงือก และใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลด้านพฤติกรรม โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษา 3 ปี ผลการทดลอง พบว่า โรงเรียนที่เป็นกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) เพิ่มขึ้นเป็น 0.22 โรงเรียนที่เป็นกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) 0.35 กลุ่มทดลองมีการบูรณะฟันและเคลือบหลุมร่องฟันมากกว่ากลุ่มควบคุม และยังพบว่า กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เช่น การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการลดอัตราการเกิดโรคฟันผุซ้ำ การดูแลสุขภาพ

ช่องปากและการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากเชิงบวกของเด็กในโรงเรียนเป้าหมาย ดังนั้นประสิทธิผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวเมืองจึงมีสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา แต่แตกต่างกันในองค์ประกอบของรูปแบบและตัวแปรตามเท่านั้น

จุดแข็ง และข้อจำกัดงานวิจัย

จุดแข็ง

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาทั้งเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความจำเป็น ในการดูแลสุขภาพช่องปากและแนวทางในการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของ ผู้สูงอายุชาวเมือง ทำให้สามารถทำความเข้าใจได้อย่างลึกซึ้งพร้อมทั้งศึกษาเชิงปริมาณเพื่ออธิบาย รายละเอียดปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวเมืองทำให้งานวิจัย นี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น อีกทั้งรูปแบบการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นมาจากความคิดเห็นของชุมชน ชาวเมืองเอง ด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพจึงมีความสอดคล้องกับบริบทพื้นที่วิจัย

ข้อจำกัดงานวิจัย

ข้อมูลที่ได้บางส่วนอาจเกิด recall bias เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายย้ายถิ่นฐานไปจาก พื้นที่และดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวเมือง เป็นเรื่องใหม่ของผู้สูงอายุทำให้ ข้อเสนอแนะของชุมชนอาจจะไม่ลึกซึ้งและกิจกรรมในรูปแบบยังไม่สามารถให้ชุมชนควบคุม (Citizen control) ได้ทั้งหมด

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ระดับนโยบาย (Policy)

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานเขตสุขภาพที่ 2 นำผลการวิจัยที่ได้ไปกำหนดนโยบายสาธารณะ นโยบายด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ชาวเมือง รวมถึงสามารถกำหนดนโยบายในด้านการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มีความรู้เรื่องทันตสุขภาพ นำไปการวางแผนทรัพยากร และจัดสรรงบประมาณเพื่อพัฒนางานทันต สาธารณสุขในกลุ่มผู้สูงอายุชาวเมือง ได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น และที่สำคัญกระทรวงสาธารณสุข สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดนโยบายในด้านการสร้างเสริมทันตสุขภาพ เพื่อให้ คุณภาพชีวิตของชาวเมืองดีขึ้น

2. ระดับปฏิบัติการ (Practice)

หน่วยบริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตสุขภาพที่ 2 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 2 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากชาวม้ง ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของตนเอง นำไปใช้พัฒนาเป็นนวัตกรรม พัฒนาเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชาวม้งระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนเป็นแนวทางในการวางแผนการปฏิบัติงานด้านทันตสาธารณสุข รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนำรูปแบบไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาต่อยอดด้านอื่นเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชาวม้ง ต่อไป

3. ด้านวิชาการ (Academics)

ผู้วิจัย นักวิชาการด้านสาธารณสุข และนักวิชาการทั่วไป หน่วยงานต่างๆ ทางด้านสาธารณสุข สถาบันการศึกษา เช่น วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร มหาวิทยาลัยนเรศวร ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมในประเด็นเกี่ยวกับทันตสุขภาพของผู้สูงอายุชาวม้ง ใช้เป็นแหล่งอ้างอิงในเชิงวิชาการ ใช้ในการเรียนการสอนในสถาบันการศึกษาต่างๆ ใช้เป็นแหล่งหลักฐานเชิงประจักษ์ในการอ้างอิงเชิงวิชาการ รวมถึงนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลไปใช้ศึกษาวิจัยในอนาคตต่อไป

และสรุปได้ว่าการวิจัยเรื่อง รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 มีจุดเด่นในเรื่องของการสร้างรูปแบบโดยกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ร่วมคิด และร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพของตนเอง และรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้นมา นั้น เป็นรูปแบบเฉพาะเจาะจงเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งพื้นที่อื่นๆ ที่มีประชากรม้งอาศัยอยู่สามารถนำรูปแบบดังกล่าวไปปรับใช้ในการส่งเสริมทันตสุขภาพของพื้นที่ตนเองได้ แต่อาจจะต้องปรับกิจกรรมบางอย่างเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ตนเอง เช่น วัฒนธรรมบางอย่างที่ไม่เหมือนกัน อาจจะปรับในส่วนกิจกรรมให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของพื้นที่ตนเองเพื่อความยั่งยืนของกิจกรรมนั้นๆ และรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนามาขึ้นนั้นเกิดเป็นองค์ความรู้ใหม่ และสามารถนำผลการวิจัย ตลอดจนกระบวนการวิจัย ไปปรับใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ ได้จริงและเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมทันตสุขภาพของประชาชน และสามารถส่งเสริมนโยบายด้านทันตสาธารณสุขของประเทศไทย ได้อีกด้วย

บรรณานุกรม

- กรมมล นิยมศิลป์, และชนิษฐา ระโรฐาน. (2560). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก
แห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. สืบค้น 15 สิงหาคม 2561, จาก
http://www.dent.chula.ac.th/upload/news/791/file_1_5834.pdf
- กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ. (2561). การศึกษาเรื่องโครงการศึกษารูปแบบการเสริมสร้าง
เครือข่ายพัฒนาสังคมและสวัสดิการ. กรุงเทพฯ: กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). ผลการสำรวจคุณภาพแปรงสีฟันเด็ก พ.ศ. 2561.
นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2547).
พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546. กรุงเทพฯ: เจ เอส การพิมพ์.
- กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ. (2548). คู่มือการพยาบาลส่งเสริมและป้องกันโรค.
กรุงเทพฯ: กรมยุทธศึกษาทหารเรือ.
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). 10 แนวทางสร้างสุขภาพ:
พฤติกรรมที่พึงประสงค์ตามสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ. กรุงเทพฯ: กองสุขศึกษากรม
สนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กัลยา อินวาทย์. (2552). การส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนา
เด็กเล็กบ้านป่าคา อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต).
เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชนิษฐา จำปาสิม. (2556). ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพฟันปลอมทั้ง
ปากของผู้สูงอายุ อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต).
ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เจษฎา นกน้อย, และวรรณภรณ์ บริพันธ์. (2560). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา.
วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 9(3), 94-105.
- ฉัตรชัย ปันชาติ. (2545). เจตคติต่อการเรียนการสอนวิชาสังคมศึกษาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่
3 ในโรงเรียนเอกชน จังหวัดเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต). เชียงใหม่:
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เฉลิมพล แจ่มจันทร์. (2555). มโนทัศน์ใหม่ของ “นิยามผู้สูงอายุ” และ “อายุเกษียณ”: ทำไมต้อง 60
ปี เปลี่ยนได้หรือไม่. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ชนินทร์ สุทธิโต. (2560). พฤติกรรมทันตสุขภาพ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทันตสุขภาพ. สืบค้น 16 กรกฎาคม 2562, จาก <https://drive.google.com/drive/folders/1Bfm4MtQIKnwT8mpebJrcEX6bGh8hcJmZ>
- ชวดี โกศล. (2561). การบริหารจัดการทุนทางวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ในเขตพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทย. *วารสารการบริหารและการจัดการ*, 6(2), 64-73.
- ชวลิต ชุกก่าแพง. (2549). การประเมินการเรียนรู้. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ชุตินา ไตรรัตน์วรกุล. (2554). *ทันตกรรมป้องกันในเด็ก และวัยรุ่น* (พิมพ์ครั้งที่ 4, ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: : เบสท์ บুক.
- เชิดศักดิ์ โหมวาสินธุ์. (2545). *การวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- ฐิติพร ศิริบุรานนท์. (2554). *ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียม* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ธวัชชัย อภิเดชกุล, พิลาสินี วงษ์นุช, และฐาปกรณ์ เรือนใจ. (2559). สถานะสุขภาพชาวอาข่า จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 14(1), 77-97.
- นภาพร ศรีบุญเรือง. (2559). *การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ฟันเทียมพระราชทาน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทาน อำเภอเมือง ลำปาง*. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นิภา มนูญปัจจุ. (2527). *การวิจัยทางสุขศึกษา*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นุศรา ศรีธัญ. (2559). *ผลการเปรียบเทียบระหว่างโปรแกรมทันตสุขศึกษาและแผนงานทันตสุขศึกษา ในงานอนามัยโรงเรียนต่อการดูแลสุขภาพช่องปากในนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนพัฒนาพลราษฎร์ ตั้งตรงจิตร 12* (สารนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). ชลบุรี: ภาควิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก สถาบันสมทบมหาวิทยาลัยบูรพา.
- โนรีนา เบญญาปา. (2550). *ความรู้ความเข้าใจ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรคเรื้อรังในชาวไทยมุสลิม: กรณีศึกษาอำเภอหรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส*. สืบค้น 16 กรกฎาคม 2562, จาก <http://cmuir.cmu.ac.th/handle/6653943832/13855>
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2547). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2549ก). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 10).

กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2549ข). *สถิติเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.

ประกาย จิโรจน์กุล. (2556). *แนวคิด ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพและการนำมาใช้*. นนทบุรี:

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

ประยูร อิมิวัตร์. (2562). *แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยใช้ศูนย์การเรียนรู้ชุมชนเป็น*

ฐาน. สืบค้น 14 สิงหาคม 2562, จาก <https://www.tcithaijo.org/index.php/journal-peace/article/download/153691/133902/>

ปริญญา คงทวีเลิศ, และสุณี วงศ์คงคาเทพ. (2551). *รูปแบบการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก*

และป้องกันโรคในช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิคู่มือศึกษา. นนทบุรี: สำนักทันต

สาธารณสุข กรมอนามัย.

ปลื้มใจ ไพจิตร. (2558). *คุณภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี*. *วารสาร*

วิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี, 2(2), 157-179.

ปวีตรา ดวงจิต. (2554). *ความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรม เกี่ยวกับการอนุรักษ์ความ*

หลากหลายทางชีวภาพ ของเกษตรกร อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารเกษตร*
พระจอมเกล้า, 29(1), 96-103.

ปิยะนุช เอกก้านตรง. (2552). *การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและพัฒนานวัตกรรม การดูแลสุขภาพ*

ช่องปากของชมรมผู้สูงอายุ บ้านหนองหิน ตำบลศิลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น.

ขอนแก่น: งานทันตสาธารณสุข กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนามา

สิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

พรทิพย์ วรกิจโกศาทร. (2547). *มุมมองของนักศึกษานิเทศศาสตร์ต่อกระบวนการผลิตละครเพื่อการ*

สื่อสาร. ใน *ชนัญชี ภั้งคานนท์ (บ.ก.), กระบวนทัศน์มหาวิทยาลัยไทยบนความท้าทายของ*
เอเชียแปซิฟิก (น. 23-24). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.

พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2556). *คุณภาพชีวิต (quality of life)*. สืบค้น 10 พฤษภาคม 2562, จาก

<http://haamor.com/th/คุณภาพชีวิต/#>

พัชรภรณ์ โกสิยานุภาพ. (2551). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่*

ป่วยด้วยโรคเบาหวาน กรณีศึกษา: ในพื้นที่อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.

พัชรินทร์ สิริสุนทร. (2531). *พฤติกรรมการรักษาเย็บยาวตนเองด้วยฝืนของชาวม้งที่เจ็บป่วย: ศึกษา*

- เฉพาะกรณีชุมชนมั่งแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบูรณ์. สืบค้น 10 พฤษภาคม 2561, จาก <http://mulinet11.li.mahidol.ac.th/thesis/scan/15812.pdf>
- พัชรินทร์ สิริสุนทร. (2550). *ชุมชนปฏิบัติการด้านการเรียนรู้: แนวคิด เทคนิค และกระบวนการ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิชิต ฤทธิจรรย์. (2548). *หลักการวัดและประเมินผลการศึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: เข้าส์ ออฟ เคอร์มีส์.
- มณูเชษฐ์ มะโนธรรม, พัชรา ก้อยชูสกุล, อารีย์ จอแยะ, วรรณญา มณีรัตน์, จุฑามาศ เมืองมูล, และ สุพรรณ วณิชปริญญากุล. (2561). ความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ อาข่า กรณีศึกษาหมู่บ้านแม่มอญ ตำบลห้วยชมภู อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 12(1), 111-120.
- มานิช เวชพันธ์. (2532). *เอกสารวิจัยส่วนบุคคล เรื่อง การมีส่วนร่วมทางการเมืองของข้าราชการประจำ: ศึกษาเปรียบเทียบข้าราชการพลเรือน ทหารและตำรวจ*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2556). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2555*. กรุงเทพฯ: ทีคิว พี.
- ยุพิน ทรัพย์แก้ว. (2559). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ของศูนย์ความเป็นเลิศด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนนครศรีธรรมราช. *วารสารพยาบาลและการศึกษา*, 9(2), 25-39.
- เยาวเรศ แดจวง. (2558). *แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์*. *ราชภัฏเพชรบูรณ์สาร*, 16(2), 85-93.
- ระวีวรรณ ปัญญางาม, ปรียา อรรถวานิช, และยุพนา ปัญญางาม. (2557). ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้าน เศรษฐกิจ สังคม และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปกครองต่อสภาวะโรคฟันผุในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน กลุ่มหนึ่งใน เขต กรุงเทพมหานคร. *วารสารทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 31, 261-272.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.
- รุสนี วาอาอีตา, กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ, บุญสิทธิ์ ไชยชนะ, และไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ. (2557). ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถ ของตนเอง การกำกับตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองและการลดน้ำหนัก

- ของ บุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักรุนแรง โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา. วารสารพยาบาล
กระทรวงสาธารณสุข, 24(2), 90-104.
- เลอภพ ศิริสันติกุล. (2536). ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับคำแนะนำวิธีการปฏิบัติการปลูกกาแฟอราบิก้า ของชาวเขาเผ่าม้งในจังหวัดเชียงใหม่: กรณีศึกษาหมู่บ้านขุนช่างเคียนและหมู่บ้าน
ม่อนเงาะ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรางคณา เวชวิถี. (2558). คู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง สำหรับผู้สูงอายุ. สืบค้น 30
มิถุนายน 2562, จาก <http://happysmile.anamai.moph.go.th/dentalh/elderly.html>
- วราฤทธิ์ สถฤษฎาวิช, และจรัญญา นุ่นศรีสกุล. (2556). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสม่ำเสมอในการ
แปรงฟันก่อนนอนของผู้สูงอายุในอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง. วารสารทันตสาธารณสุข,
19(1), 53-64.
- วิกุล วิศาลเสถียร. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการแปรงฟัน. กรุงเทพฯ: งานส่งเสริมวิจัยกอง
ทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- วิไล ตนะกุล. (2543). การดูแลสุขภาพของผู้ปกครองที่มีต่อเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้น
โรงเรียนอนุบาลเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). เชียงใหม่:
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริรัตน์ รอดแสวง. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของ
ผู้สูงอายุใน เขตตำบลทุ่งทอง อำเภอหนองบัว จังหวัดนครสวรรค์ (วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ, และแรงงานข้ามชาติ กรมอนามัย. (2559ก). ข้อมูลประชากร
กลุ่มชาติพันธุ์ พื้นที่ 20 จังหวัด. สืบค้น 30 มิถุนายน 2562, จาก
<http://hhdc.anamai.moph.go.th:81/ethnics>
- ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ, และแรงงานข้ามชาติ กรมอนามัย. (2559ข). ฐานข้อมูล
งานวิจัยทางชาติพันธุ์ในประเทศไทย. สืบค้น 30 มิถุนายน 2562, จาก
https://www.sac.or.th/databases/ethnicredb/organization_detail.php?id=2050
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2553). สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2553. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- สมนึก ชาญด้วยกิจ, และศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์. (2540). การทดสอบแบบสำรวจพฤติกรรมทางทันต
สุขภาพขององค์การอนามัยโลกในจังหวัดสงขลา. วิทยาศาสตร์ทันตสาธารณสุข, 2(1), 37-46.
- สมรัตน์ ชำมาก. (2560). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางเหล้า.

- สงขลา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางเหล้า.
- สมาคมการสำรวจและการแผนที่แห่งประเทศไทย. (2562). *เคล็ดลับ google maps: เรื่องของการ share ตำแหน่งและเส้นทาง*. สืบค้น 23 กรกฎาคม 2562, จาก <http://sms.or.th/sms/index.php/th/>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). *สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553 (ทั่วราชอาณาจักร)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *การสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2558). *รายงานประจำปี 2558 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เอส พีเอส พรินติ้ง.
- สำนักงานทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2562). *คู่มือแนวทางการดำเนินงานทันตสุขภาพภาพรวม ประจำปีงบประมาณ 2563*. กรุงเทพฯ: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข.
- สิทธิชัย ขุนทองแก้ว, ประทีป พันธุมานิช, ยุพิน ส่งไพศาล, และชลธิชา ห่านิวัติชัย. (2540). *สุขภาพช่องปากของประชากรไทย: การวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาของประเทศ*. กรุงเทพฯ: ด่านสุทธาคารพิมพ์
- สิริลักษณ์ รสภิรมย์. (2556). *ประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามาถตนเองที่มีต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อำเภอเมืองจังหวัดนครปฐม (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุชาติ โสมประยูร. (2525). *การสอนสุขศึกษา (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุดารัตน์ สุขเจริญ. (2549). *ความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติด้านทันตสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนทรี ศิลพิพัฒน์. (2524). *ชาวเขาในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ศรีเมืองการพิมพ์.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2553). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 17)*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่ง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุภาพร แสงอ่วม, นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, ภูติท เดชาดีวัฒน์, ชญานินท์ ประทุมสูตร, และกันยารัตน์ คอวนิช. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ ในเขตภาคเหนือตอนล่าง ประเทศไทย. *ชม. ทันตสาร*, 36(1), 53-62.

สุภาภรณ์ สุดหนองบัว. (2555). *เอกสารประกอบการสอนเรื่องเทคนิคการวิเคราะห์เชิงประเด็น*. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.

สุภาภรณ์ สุดหนองบัว. (2561). *คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ: มิติทางสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นติ้ง เฮาส์.

สุมาลี เขียมสมัย, รัตนา เหมือนสิทธิ, และจรรยาศรี ทองมาก. (2555). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลพูกวาง อำเภอพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 22(3), 77-87.

อริภัทร สายนาค. (2543). *การศึกษาเจตคติต่อการจัดกิจกรรมเคลื่อนไหวและจังหวะของครูที่ใช้คู่มือการประเมินการปฏิบัติการสอน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

อนิสรา พลยุง, และรุจิรา ดวงสงค์. (2552). ประสิทธิภาพของโปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคปริทันต์ใน ผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคประชาชน ภาคอีสาน*, 23(5), 15-25.

อภิรักษ์ สนน้อย, ปิยาภรณ์ ศิริภานุมาศสุรัชย์ ปิยานุกุล. (2559). รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ มนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์*, 8(2), 153-159.

อรพิน ปิยะสกุลเกียรติ. (2561). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลท่าแค จังหวัดลพบุรี. *วารสารร่วมพฤษ มหาวิทยาลัยเกริก*, 36(3), 45-65.

อรรณวิทย์ สิงห์ศาลาแสง. (2553). *การพัฒนาแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพของนักเรียนโรงเรียนบ้านปรือคิมม่วง อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต)*. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.

อรุณ จิรวัดน์กุล. (2551). *ชีวิตวิถี (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวิตวิถีและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อรุณ จิรวัดน์กุล. (2553). *สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย*. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒนา.

- อัษฎลี ดุษฎีพรรณ. (2528). *การให้ทันตสุขศึกษา*. เชียงใหม่: ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุทุมพร ไพลิน. (2540). *ความรู้เจตคติการปฏิบัติของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ต่อการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมของบึงบอระเพ็ด จังหวัดนครสวรรค์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Bagramian, R. A., Garcia-Godoy, F., & Volpe, A. R. (2009). The global increase in dental caries. A pending public health crisis. *Am J dent*, 22(1), 3-8.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.
- Bernabé, E., Ludeña, M. A., & Beltrán Neira, R. J. (2006). Self perceived public health competency among recent dental graduates. *Journal of dental education*, 70(5), 571-579.
- Cherry, K. (2018). *How social support contributes to psychological health*. Retrieved March 14, 2019, from <https://www.verywellmind.com/social-support-for-psychological-health-4119970>
- Creswell, J. W. (1999). Mixed method research: Introduction and application. In T. Cijek (Ed.), *Handbook of educational policy* (pp. 455-472). San Diego, CA: Academic Press.
- Cukor, D. (2017). *Psychosocial issue in dialysis patients*. *Science direct*. N.p.: Acad Psychiatry.
- Denzin, N. K. (1970). *Sociological methods: A source book*. Chicago: Aldine.
- Doherty, M. A. H., Blinkhorn, A. S., & Vane, E. S. (2010). Oral health in the pacific islands. *International Dental Journal*, 60(2), 122-128.
- Gans, S. (2018). *How social support contributes to psychological health*. Retrieved March 2, 2019, from <https://www.verywellmind.com/social-support-for-psychological-health-4119970>
- Gielen, A., McDonald, E., Gary-Webb, T., & Bone, L. R. (2008). Using the precede-proceed model to apply health behavior theories. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, 407-433.

- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). *Health promotion planning third edition an educational and ecological approach* (3rd ed.). California: Mayfield.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health promotion planning an education and environment approach*. New York: McGraw-Hill.
- Health Behavior and Health Education. (2017). *Social support*. Retrieved March 21, 2019, from <https://www.med.upenn.edu/hbhe4/part3-ch9-key-constructs-social-support.shtml>
- Irvine, F. (2005). Exploring district nursing competencies in health promotion: The use of the delphi technique. *Journal of clinical nursing, 14*(8), 965-975.
- Khazanie, R. (1996). *Statistics in a world of applications* (4th ed.). New York, USA: HarperCollins College.
- King, K., Kang, H., Jin, M., & Lew, D. J., &. (2013). Feedback control of swe1p degradation in the yeast morphogenesis checkpoint. *Molecular biology of the cell, 24*(7), 914-922.
- Kwan, S. Y. L., Petersen, P. E., Pine, C. M., & Borutta, A. (2005). Health-promoting schools: An opportunity for oral health promotion. *Bulletin of the World Health organization, 83*, 677-685.
- Mayo Clinic. (2018). *Social support: Tap this tool to beat stress*. Retrieved March 21, 2019, from: <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/stress-management/in->
- McLeod, S. A. (2016). *Bandura-social learning theory*. Retrieved July 16, 2020, from <http://www.simplypsychology.org/bandura.html>
- Monse, B., Naliponguit, E., Belizario, V., Benzian, H., & van Palenstein Helderma, W. (2010). Essential health care package for children-the 'fit for school' program in the philippines. *International Dental Journal, 60*(2), 85-93.
- Ndemera, H., & Bhengu, B. (2017). Motivators and barriers to self-management among kidney transplant recipients in selected state hospitals in south africa: A qualitative study. *Health Science Journal, 11*(5), 1-13.
- Nontapet, O., Isaramalai, S. A., Petpichatchain, W., & Brooks, C. W. (2008). Conceptual structure of primary care competency for thai primary care unit (pcu) nurses.

Pacific rim international journal of nursing research, 12(3), 195-206.

Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby-Year Book.

Rodsaweang, S. (2015). Factors related to dental care behaviors among the elderly inthungthong sub-district, nongbua district, nakhonsawan province. In *12th National Proceedings "Nasesuan Research"* (pp.789-794). Phisanulok: Nasesuan University.

Saied, M. Z., Virtanen, J. I., Vehkalahti, M. M., Tehranchi, A., & Murtomaa, H. (2009). School based intervention to promote preadolescents' gingival health: A community trial. *Community dentistry and oral epidemiology*, 37(6), 518-526.

Tai, B. J., Jiang, H., Du, M. Q., & Peng, B. (2009). Assessing the effectiveness of a school-based oral health promotion programme in yichang city, china. *Community dentistry and oral epidemiology*, 37(5), 391-398.

Towey, S. (2017). *Social support*. Retrieved March 13, 2019, from <https://www.takingcharge.csh.umn.edu/social-support>

Zhang, Z. x., Luk, W., Arthur, D., & Wong, T. (2001). Nursing competencies: Personal characteristics contributing to effective nursing performance. *Journal of advanced nursing*, 33(4), 467-474.

Zhen, Z. S., & Huo, J. X. (2008). *Health pedagogic [m]*. Beijing: Science Press.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

รหัส

แบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2 (ระยะที่ 2)

คำชี้แจง: แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวม้ง ในเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งไม่มีผลกระทบเสียหายต่อผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยขอรับรองว่าคำตอบของท่านจะไม่มีข้อมูลถูกหรือผิด และไม่มีผลกระทบต่อสถานภาพของท่านแต่อย่างใด เพราะผู้วิจัยจะนำมาวิเคราะห์และทำการนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น จึงขอความกรุณาจากท่านได้โปรดตอบแบบสัมภาษณ์ตามความเป็นจริงทุกข้อ

แบบสัมภาษณ์มีทั้งหมด 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการใช้สมุนไพร

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุชาวม้ง

ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นแบบสัมภาษณ์แบบประมาณค่า พัฒนามาจากการใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ ในแต่ละคำถามให้เลือก 5 คำตอบ ซึ่งมีระดับการให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	กำหนดคะแนนเป็น	5 คะแนน
เห็นด้วย	กำหนดคะแนนเป็น	4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	กำหนดคะแนนเป็น	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	กำหนดคะแนนเป็น	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	กำหนดคะแนนเป็น	1 คะแนน

โปรดเขียนเครื่องหมาย \surd ลงในช่องความคิดเห็นตามสภาพจริง เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวม้ง ในเขตสุขภาพที่ 2 ต่อไป

ขอขอบคุณเป็นอย่างสูง

สงค์ศักดิ์ สุขสันต์

นิสิตปริญญาเอก มหาวิทยาลัยนเรศวร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง หรือเติมข้อความที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. อาชีพ
 - ไม่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม
 - ค้าขาย รับจ้างทั่วไป
 - ข้าราชการ พนักงานบริษัท/รัฐวิสาหกิจ
 - อื่นๆ ระบุ.....
4. ลักษณะครอบครัว ครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวขยาย
5. สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่
6. รายได้
 - ไม่มีรายได้ น้อยกว่า 1,000 บาท/เดือน
 - 1,000 – 5,000 บาท/เดือน มากกว่า 5,000 บาท/เดือน
7. ระดับการศึกษา
 - ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา
 - ปวช/ปวส/ปวท ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
8. โรคประจำตัว ไม่มี มี ระบุ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม

ปัจจัยนำ ประกอบด้วยความรู้ ทักษะ ทักษะ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคในช่องปาก

แบบสัมภาษณ์ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมทันตสุขภาพจำนวน 12 ข้อ

จงเลือกคำตอบ ใช่ /ไม่ใช่ สำหรับคำถามต่อไปนี้

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้สูงอายุควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง		
2. การแปรงฟันเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยป้องกันฟันผุ		
3. การกำจัดขี้ฟันหรือคราบขี้ฟันต้องกำจัดด้วยการแปรงฟัน		
4. ผู้สูงอายุควรไปพบหมอฟันอย่างน้อยทุกๆ 6 เดือน		
5. ผู้สูงอายุที่ถอนฟันหมดทั้งปากหรือไม่มีฟันแท้แล้วไม่จำเป็นต้องไปพบหมอฟัน		
6. ผู้สูงอายุไปพบหมอฟันเมื่อมีอาการปวดหรือเสียวฟันเท่านั้น		
7. ผู้สูงอายุควรถอดฟันปลอมก่อนนอนทุกครั้ง		
8. เมื่อพบว่าฟันปลอมมีปัญหาควรไปพบหมอฟันทันที		
9. ผู้สูงอายุที่ถอนฟันไปบางซี่ไม่จำเป็นต้องใส่ฟันปลอม		
10. อาหารที่มีส่วนผสมของน้ำตาลไม่ทำให้เกิดฟันผุ		
11. เมื่อผู้สูงอายุรับประทานผลไม้เปรี้ยวเช่นมะนาวมะม่วงเปรี้ยวสับปะรดควรแปรงฟันทันทีหลังรับประทานเสร็จ		
12. การดื่มนมเปรี้ยวช่วยทำให้ฟันแข็งแรง		

แบบสัมภาษณ์ด้านทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมทันตสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย / ในช่องคำตอบที่ผู้สูงอายุเลือก

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อเนื้อหามากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อเนื้อหา
ไม่แน่ใจ	หมายถึง ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อเนื้อหา น้อยหรือไม่เห็นด้วย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ผู้สูงอายุมีความคิดไม่เห็นด้วยต่อเนื้อหา
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ผู้สูงอายุมีความคิดไม่เห็นด้วยต่อเนื้อหา มากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านคิดว่าหากแปรงสีฟันหายสามารถยืมแปรงสีฟันของบุคคลในครอบครัวมาใช้ได้					
2. ท่านเชื่อว่าการแปรงฟันแรงๆจะทำให้ฟันสะอาดมากขึ้น					
3. ท่านเชื่อว่าขนแปรงสีฟันที่นุ่มจะสามารถทำความสะอาดช่องปากได้ดี					
4. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าการไปหาหมอฟันเพื่อตรวจฟันเป็นการประหยัดเวลาและเงินในการรักษาโรคฟันผุ					
5. ท่านกลัวหมอฟัน					
6. ท่านคิดว่าการไปพบหมอฟันเพื่อมีสุขภาพฟันที่ดีจะทำให้สุขภาพกายดีตามไปด้วย					
7. ท่านเห็นด้วยกับคำกล่าวที่ว่า “คนเราเมื่ออายุมากขึ้นฟันแท้จะหลุดร่วงไป”					
8. ท่านคิดว่าการทำความสะอาดฟันปลอมเพียงแค่แช่น้ำไว้อย่างเดียวไม่จำเป็นต้องขัดถูเพราะฟันปลอมไม่มีชีวิต					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
9. ท่านคิดว่าฟันปลอมไม่มีความจำเป็น					
10. ท่านคิดว่าเมื่อตีมน้ำอัดลมเสร็จแล้วควรแปรงฟันหลังดื่มทันที					
11. ท่านเชื่อว่าการบ้วนปากด้วยน้ำผสมเกลือจะช่วยให้ฟันแข็งแรง					
12. ท่านเชื่อว่าการเคี้ยวหมากเป็นการทำให้ฟันแน่นและแข็งแรง					

แบบสัมภาษณ์ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปากจำนวน 8 ข้อ

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย / ในช่องคำตอบที่ผู้สูงอายุเลือก

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อเนื้อหามากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อเนื้อหา

ไม่แน่ใจ หมายถึง ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อเนื้อหาหรือไม่เห็นด้วย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้สูงอายุมีความคิดไม่เห็นด้วยต่อเนื้อหา

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้สูงอายุมีความคิดไม่เห็นด้วยต่อเนื้อหาที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งเช้าและก่อนนอนช่วยป้องกันโรคในช่องปากได้					
2. การแปรงฟันโดยใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์จะให้ประโยชน์มากกว่าการไม่ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
3. การไปพบหมอฟันเมื่อมีอาการปวดแล้วทำให้เสียค่ารักษาพยาบาลมากกว่าการไปพบหมอฟันเป็นประจำทุกๆ 6 เดือน					
4. ผู้สูงอายุควรไปพบหมอฟันอย่างน้อยปีละ 2 ครั้งเพื่อรักษาและ / หรือเพื่อดูแลสุขภาพฟันได้ทันเมื่อมีปัญหา					
5. การถอดฟันปลอมทุกครั้งหลังรับประทานอาหารเพื่อนำมาทำความสะอาดเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก					
6. การถอดฟันปลอมออกทำความสะอาดและแช่น้ำทุกครั้งก่อนนอนทำให้ไม่เกิดโรคในช่องปากได้ง่าย					
7. การรับประทานผลไม้ที่มีเส้นใยเช่น สับปะรดช่วยทำความสะอาดฟันได้					
8. การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของน้ำตาลช่วยป้องกันฟันผุได้					

แบบสัมภาษณ์ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคในช่องปากจำนวน 8 ข้อ

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย / ในช่องคำตอบที่ผู้สูงอายุเลือก

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อเนื้อหามากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อเนื้อหาปานกลาง

ไม่แน่ใจ หมายถึง ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อเนื้อหาเล็กน้อยหรือไม่เห็นด้วย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้สูงอายุมีความคิดไม่เห็นด้วยต่อเนื้อหา

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้สูงอายุมีความคิดไม่เห็นด้วยต่อเนื้อหามากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. การแปรงฟันโดยถูไปมาแรงๆจะทำให้เหงือก อักเสบได้					
2. ผู้สูงอายุที่ไม่แปรงฟันทำให้มีกลิ่นปากและเกิด โรคในช่องปากได้					
3. ผู้สูงอายุควรไปพบหมอฟันเมื่อมีอาการปวดฟัน หรือเหงือก					
4. ผู้สูงอายุที่ไม่ไปพบหมอฟันเพื่อตรวจสุขภาพ ช่องปากอาจทำให้เกิดฟันผุและหรือสูญเสียฟันได้ ง่าย					
5. หากผู้สูงอายุไม่ถอดฟันปลอมออกมาทำความ สะอาดทุกครั้งก่อนนอนจะทำให้เกิดโรคในช่อง ปากได้ง่าย					
6. ผู้สูงอายุที่ถอดทนต์ฟันปลอมมีปัญหาจะทำให้ เกิดโรคในช่องปากง่าย					
7. ผู้สูงอายุที่ดื่มน้ำอัดลมเป็นประจำจะทำให้ฟัน สึกกร่อนได้ง่าย					
8. ผู้สูงอายุที่อมลูกอมเป็นประจำจะช่วยให้ลด กลิ่นปากได้					

ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วยการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านทันตสุขภาพ

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย / ในช่องคำตอบที่ผู้สูงอายุเลือก

ใช่ ๆ หมายถึง เมื่อผู้สูงอายุเห็นว่าเนื้อหาถูกต้องตรงกับความเข้าใจของผู้สูงอายุ

ไม่ใช่ หมายถึง เมื่อผู้สูงอายุเห็นว่าเนื้อหาไม่ถูกต้องตรงกับความเข้าใจของผู้สูงอายุ

การเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมจำนวน 4 ข้อ

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น	
	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้สูงอายุมีสิทธิประกันสังคมหรือระบบประกันสุขภาพอื่นๆ		
2. มีหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เข้ามาให้บริการทำฟันภายในหมู่บ้าน		
3. ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมโครงการฟันปลอมพระราชทานหรือโครงการอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับช่องปาก		
4. มีหน่วยงานอื่นๆเข้ามาให้การสนับสนุนอุปกรณ์ในการแปรงฟัน หรืออุปกรณ์ในการดูแลรักษาฟันปลอม		

การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านทันตสุขภาพจำนวน 4 ข้อ

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น	
	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้สูงอายุเลือกใช้แปรงสีฟันยาสีฟัน / อุปกรณ์ดูแลรักษาฟันปลอมโดยเลือกใช้ตามรายการทีวีหรือโฆษณาทีวี		
2. ผู้สูงอายุเคยได้ยินหรือได้เห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเหงือกและฟันจากหนังสือหนังสือพิมพ์		
3. เจ้าหน้าที่จากอนามัยแจกแผ่นพับเกี่ยวกับการแปรงฟันการดูแลรักษาฟันปลอมและการบริโภคอาหารเพื่อหลีกเลี่ยงโรคในช่องปาก		
4. มีการประกาศข่าวสารเกี่ยวกับการแปรงฟันการดูแลรักษาฟันปลอมและการบริโภคอาหารหลีกเลี่ยงโรคในช่องปากผ่านทางหอกระจายข่าวภายในหมู่บ้านเป็นประจำ		

ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรด้านสาธารณสุข

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย / ในช่องคำตอบที่ผู้สูงอายุเลือก

ได้รับทุกวัน หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับการกระตุ้นเตือนคำแนะนำการดูแลเอาใจใส่และสนับสนุนอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากทุกวัน (7 วัน)

ได้รับเป็นประจำ หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับการกระตุ้นเตือนคำแนะนำการดูแลเอาใจใส่และสนับสนุนอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากเป็นประจำสม่ำเสมอหรือทุกครั้ง (5-6 วัน)

ได้รับบ่อยครั้ง หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับการกระตุ้นเตือนคำแนะนำการดูแลเอาใจใส่และสนับสนุนอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากบ่อยครั้งแต่ไม่สม่ำเสมอ (3-4 วัน)

ได้รับบางครั้ง หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับการกระตุ้นเตือนคำแนะนำการดูแลเอาใจใส่และสนับสนุนอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากบางครั้ง (1-2 วัน)

ไม่เคยได้รับ หมายถึง ผู้สูงอายุไม่เคยได้รับการกระตุ้นเตือนคำแนะนำการดูแลเอาใจใส่และสนับสนุนอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จำนวน 5 ข้อ

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	ได้รับทุกวัน	ได้รับเป็นประจำ	ได้รับบ่อยครั้ง	ได้รับบางครั้ง	ไม่เคยได้รับ
1. กระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุแปรงฟันและดูแลรักษาฟันปลอมสม่ำเสมอ					
2. ให้คำแนะนำวิธีการแปรงฟันและการดูแลรักษาปลอมแก่ผู้สูงอายุ					
3. บอกกล่าวให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อหลีกเลี่ยงโรคในช่องปากแก่ผู้สูงอายุ					
4. สนับสนุนแปรงสีฟันยาสีฟันรวมไปถึงอุปกรณ์ทำความสะอาดฟันปลอมแก่ผู้สูงอายุ					
5. การกระตุ้นหรือได้รับคำแนะนำในการไปหาหมอฟัน					

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน จำนวน 5 ข้อ

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	ได้รับ ทุกวัน	ได้รับเป็น ประจำ	ได้รับ บ่อยครั้ง	ได้รับบาง ครั้ง	ไม่เคย ได้รับ
1. กระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุแปรงฟันและดูแลรักษาฟันปลอมสม่ำเสมอ					
2. ให้คำแนะนำวิธีการแปรงฟันและการดูแลรักษาฟันปลอมแก่ผู้สูงอายุ					
3. บอกกล่าวให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อหลีกเลี่ยงโรคในช่องปากแก่ผู้สูงอายุ					
4. สนับสนุนแปรงสีฟันยาสีฟันรวมไปถึงอุปกรณ์ทำความสะอาดฟันปลอมแก่ผู้สูงอายุ					
5. การกระตุ้นหรือได้รับคำแนะนำในการไปหาหมอฟัน					

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรด้านสาธารณสุข จำนวน 5 ข้อ

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	ได้รับ ทุกวัน	ได้รับเป็น ประจำ	ได้รับ บ่อยครั้ง	ได้รับบาง ครั้ง	ไม่เคย ได้รับ
1. กระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุแปรงฟันและดูแลรักษาฟันปลอมสม่ำเสมอ					
2. ให้คำแนะนำวิธีการแปรงฟันและการดูแลรักษาฟันปลอมแก่ผู้สูงอายุ					
3. บอกกล่าวให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อหลีกเลี่ยงโรคในช่องปากแก่ผู้สูงอายุ					
4. สนับสนุนแปรงสีฟันยาสีฟันรวมไปถึงอุปกรณ์ทำความสะอาดฟันปลอมแก่ผู้สูงอายุ					
5. การกระตุ้นหรือได้รับคำแนะนำในการไปหาหมอฟัน					

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจำนวน 20 ข้อ

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อเนื้อหามากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อเนื้อหา
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อเนื้อหาเล็กน้อยหรือไม่เห็นด้วย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้สูงอายุมีความคิดไม่เห็นด้วยต่อเนื้อหา
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ผู้สูงอายุมีความคิดไม่เห็นด้วยต่อเนื้อหามากที่สุด

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
ด้านการเงิน					
21. ท่านได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพช่องปากจากหน่วยงานของรัฐ					
22. สมาชิกในครอบครัว/คนในชุมชน/ผู้นำชุมชนให้ความช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก					
23. ในชุมชนมีกองทุนเกี่ยวกับการเงินสำหรับช่วยเหลือสนับสนุนเมื่อจำเป็นในการใช้การดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น กองทุนหมู่บ้าน					
24. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุ ได้รับการสนับสนุนด้านการเงินเพื่อใช้ในการดูแลตนเองอย่างเพียงพอ					
25. ท่านคิดว่าถ้าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนด้านการเงินอย่างเพียงพอจะช่วยให้การดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้น					
ด้านการช่วยเหลือ					

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
26. ลูกหลานเป็นผู้จัดหาอุปกรณ์การทำ ความสะอาดช่องปากให้ท่าน					
27. ท่านได้รับการช่วยเหลือจากคนอื่นใน การไปทำฟัน เช่น ขับรถไปส่ง					
28. ท่านได้รับช่วยเหลือคนอื่น ในการทำ กิจวัตรประจำวัน เช่น มีคนเตรียมแปรงสีฟัน ให้					
29. ท่านได้รับการช่วยเหลือเมื่อต้องมา โรงพยาบาล เช่น ไปเป็นเพื่อน					
30. ท่านได้รับการช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพ ช่องปาก					
ด้านสิ่งของ					
31. ท่านเคยได้รับการแบ่งปันสิ่งของจาก บุคคลอื่น เช่น แปรงสีฟัน ยาสีฟัน					
32. ท่านเคยได้รับการตรวจฟันจากทันต บุคลากร					
33. สมาชิกในครอบครัว/คนในชุมชน/ผู้นำ ชุมชนอำนวยความสะดวกด้านสิ่งของให้					
34. ท่านมีอุปกรณ์การทำความสะอาดฟันที่ เหมาะสมและเพียงพอ					
35. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุน ด้านสิ่งของที่ใช้ในการดูแลตนเอง อย่าง เพียงพอ เหมาะสม					
ด้านอารมณ์					
36. ท่านเป็นผู้สูงอายุที่ไว้วางใจและสามารถ					

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
พูดคุยปัญหากับคนอื่นได้					
37. ท่านยินดีรับฟังปัญหาและความต้องการ ของผู้อื่น พร้อมทั้งให้กำลังใจเกี่ยวกับการ ปฏิบัติตัวด้านทัศนสุขภาพ					
38. ท่านให้การยอมรับนับถือผู้สูงอายุที่ไม่มี พื้นเหมือนบุคคลทั่วไป ไม่มีข้อจำกัดเรื่อง เจ็บป่วย					
39. ถ้าท่านมีอาการปวดฟันท่านจะหาทาง แก้ปัญหาด้วยตัวท่านเอง เช่น กินยาแก้ปวด หาสมุนไพรที่ช่วยลดอาการ					
40. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คอยแวะเวียน ถามไถ่ และให้กำลังใจผู้สูงอายุเป็นประจำ					

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรจำนวน 5 ข้อ

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย / ในช่องคำตอบที่ผู้สูงอายุเลือก

ใช่ หมายถึง เมื่อผู้สูงอายุเห็นว่าเนื้อหาถูกต้องตรงกับความเข้าใจของผู้สูงอายุ

ไม่ใช่ หมายถึง เมื่อผู้สูงอายุเห็นว่าเนื้อหาไม่ถูกต้องตรงกับความเข้าใจของผู้สูงอายุ

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น	
	ใช่	ไม่ใช่
1. ท่านเคยใช้สมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดฟัน		
2. ท่านเลือกใช้สมุนไพรบรรเทาอาการปวดฟันเพราะง่ายกว่าการไปหาหมอย		
3. ท่านคิดว่าเมื่อใช้สมุนไพรบรรเทาอาการปวดแล้วไม่จำเป็นต้องไปหาหมอยอื่นอีก		
4. ท่านคิดว่าสมุนไพรมีความจำเป็นในการดูแลสุขภาพช่องปาก		
5. ท่านคิดว่าสมุนไพรมีราคาถูกลงและหาได้ง่าย		

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมทันตสุขภาพจำนวน 12 ข้อ

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย / ในช่องคำตอบที่ผู้สูงอายุเลือก

ปฏิบัติทุกวัน หมายถึง มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นทุกวัน (7 วัน)

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอหรือปฏิบัติทุกครั้ง (5-6 วัน)

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นบ่อยครั้งแต่ไม่สม่ำเสมอ (3-4 วัน)

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นบ่อยครั้ง (1-2 วัน)

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	ปฏิบัติ ทุกวัน	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
1. ท่านแปรงฟันวันละ 2 ครั้งเช้าและก่อนนอน					
2. ท่านใช้เวลาในการแปรงฟันอย่างน้อย 2 นาที					
3. ท่านใช้ไหมขัดฟันเส้นใยขัดฟันหลังแปรงฟันทุกครั้ง					
4. ท่านจะไปอุดฟันเมื่อมีอาการปวดจนทนไม่ไหว					
5. ท่านไปพบหมอฟันทุกๆ 6 เดือน					
6. ท่านไม่เคยไปพบหมอฟันใน 2 ปีที่ผ่านมา					
7. หลังรับประทานอาหารท่านถอดฟันปลอมเพื่อทำความสะอาดทุกครั้ง					
8. ฟันปลอมของท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยวอาหารแต่ไม่ได้ทำใหม่					
9. ท่านเคยลิ้มรสถอดฟันปลอมก่อนนอน					
10. ท่านดื่มนมก่อนนอนหลังแปรงฟัน					
11. ท่านเคยบ้วนปากด้วยน้ำผสมเกลือ					
12. ท่านรับประทานอาหารทันทีหลังแปรงฟัน					

ขอขอบคุณในความร่วมมือนี้อตอบแบบสัมภาษณ์

ข้อมูลที่ได้เป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับพัฒนาการดูแลสุขภาพช่องปากให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

รหัส□□□

แบบสัมภาษณ์เพื่อวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง (ระยะที่ 4) คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง ในเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งไม่มีผลกระทบเสียหายต่อผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ผู้วิจัยขอรับรองว่าคำตอบของท่านจะไม่มีข้อมูลถูกหรือผิด และไม่มีการกระทบต่อสถานภาพของท่านแต่อย่างใด เพราะผู้วิจัยจะนำมาวิเคราะห์และทำการนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น จึงขอความกรุณาจากท่านได้โปรดตอบแบบสัมภาษณ์ตามความเป็นจริงทุกข้อ

แบบสัมภาษณ์มีทั้งหมด 2 ตอน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมทันตสุขภาพ

ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นแบบสัมภาษณ์แบบประมาณค่า พัฒนามาจากการใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ ในแต่ละคำถามให้เลือก 5 คำตอบ ซึ่งมีระดับพฤติกรรม ดังนี้

ปฏิบัติทุกวัน	กำหนดคะแนนเป็น	5 คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	กำหนดคะแนนเป็น	4 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	กำหนดคะแนนเป็น	3 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	กำหนดคะแนนเป็น	2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	กำหนดคะแนนเป็น	1 คะแนน

โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความคิดเห็นตามสภาพจริง เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง ในเขตสุขภาพที่ 2 ต่อไป

ขอขอบคุณเป็นอย่างสูง

สงค์ศักดิ์ สุขสันต์

นิสิตปริญญาเอก มหาวิทยาลัยนเรศวร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ทำเครื่องหมาย ในช่องว่าง หรือเติมข้อความที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. อาชีพ
 - ไม่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ค้าขาย รับจ้างทั่วไป
 - ข้าราชการ พนักงานบริษัท/รัฐวิสาหกิจ อื่นๆ ระบุ.....
4. ลักษณะครอบครัว ครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวขยาย
5. สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่
6. รายได้
 - ไม่มีรายได้ น้อยกว่า 1,000 บาท/เดือน 1,000 – 5,000 บ า ท /
 - เดือน มากกว่า 5,000 บาท/เดือน
7. ระดับการศึกษา
 - ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา
 - ปวช/ปวส/ปวท ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
8. โรคประจำตัว ไม่มี มี ระบุ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมทันตสุขภาพ

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย / ในช่องคำตอบที่ผู้สูงอายุเลือก

ปฏิบัติทุกวัน หมายถึง มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นทุกวัน (7 วัน)

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอหรือปฏิบัติทุกครั้ง (5-6 วัน)

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นบ่อยครั้งแต่ไม่สม่ำเสมอ (3-4 วัน)

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นบ่อยครั้ง (1-2 วัน)

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	ปฏิบัติ ทุกวัน	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
1. ท่านแปรงฟันวันละ 2 ครั้งเช้าและก่อนนอน					
2. ท่านใช้เวลาในการแปรงฟันอย่างน้อย 2 นาที					
3. ท่านใช้ไหมขัดฟันเส้นใยขัดฟันหลังแปรงฟันทุกครั้ง					
4. ท่านจะไปอุดฟันเมื่อมีอาการปวดจนทนไม่ไหว					
5. ท่านไปพบหมอฟันทุกๆ 6 เดือน					
6. ท่านไม่เคยไปพบหมอฟันใน 2 ปีที่ผ่านมา					
7. หลังรับประทานอาหารท่านถอดฟันปลอมเพื่อทำความสะอาดทุกครั้ง					
8. ฟันปลอมของท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยวอาหารแต่ไม่ได้ทำใหม่					
9. ท่านเคยลืมหักถอดฟันปลอมนอน					
10. ท่านดื่มนมก่อนนอนหลังแปรงฟัน					
11. ท่านเคยบ้วนปากด้วยน้ำผสมเกลือ					
12. ท่านรับประทานอาหารทันทีหลังแปรงฟัน					

ขอขอบคุณในความร่วมมือนตอบแบบสัมภาษณ์

ข้อมูลที่ได้เป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับพัฒนาการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุชาวม้งให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

ข้อมูลผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและหน่วยงาน	คุณวุฒิ/สาขาวิชา
1	นายธรรมรัตน์ เพชรี	สาธารณสุขอำเภอเนินมะปราง/ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เนินมะปราง	- สาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิต
2	นางวิไลวรรณ พาจันลา	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ/ กลุ่มงานทันกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช หล่มเก่า	- ทันตแพทยศาสตร์ บัณฑิต สาธารณสุขศาสตรมหา บัณฑิต
3	นายชัยภัทร หลวงแนม	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ/ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก (ผู้รับผิดชอบ รายวิชาการวิจัยทางทันต สาธารณสุข)	- ทันตแพทยศาสตร์ บัณฑิต - สาธารณสุขศาสตรมหา บัณฑิต

ภาคผนวก ข เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานอธิการบดี กองการวิจัยและนวัตกรรมงานจัดการมาตรฐานและเครือข่าย โทร.8752

ที่ อว.0603.01.13(1)/NU-IRB 1784 วันที่ 25 มิถุนายน 2564

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณารายงานสรุปผลการวิจัย

เรียน นายสงค์ศักดิ์ สุขสันต์ (คณะสาธารณสุขศาสตร์)

ตามที่ ท่านได้เสนอรายงานสรุปผลการวิจัยของโครงการวิจัย เรื่อง “รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาวม้ง เขตสุขภาพที่ 2” (หมายเลขโครงการ : P10006/63) มายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อขอรับพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ นั้น

ในการนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้พิจารณา และได้มีมติ **รับรอง**

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นายแพทย์สมบูรณ์ ตันสุกสวัสดิกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยนเรศวร

เอกสารผลการประเมินจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานอธิการบดี กองการวิจัยและนวัตกรรม งานจัดทรวรรณมาตรฐานฯ โทร. 8642.....

ที่...อว 0603.01.13(1)/NU-IRB 1641 วันที่ 28 พฤษภาคม 2563

เรื่อง ผลการประเมินด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เรียน นายสังศักดิ์ สุขสันต์ : นิสิตระดับปริญญาเอก (ผศ.ดร.สุภาพรณัฐ สุตหนองบัว : อาจารย์ที่ปรึกษา)

ตามที่ ท่านได้เสนอโครงการวิจัย เรื่อง รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของปากของผู้สูงอายุ ชาววัง เขตสุภาพาทที่ 2 (หมายเลขโครงการ : P10006/63) มายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อขอรับพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ นั้น

ในการนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้พิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าวแล้ว และมีมติ รับรอง แบบร่างรัด ซึ่งมีเอกสารที่รับรองดังนี้

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563
4. AF 04-10 (ระยะที่ 1 สัมภาษณ์เชิงลึก) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563
5. AF 04-10 (ระยะที่ 2) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563
6. AF 04-10 (ระยะที่ 3) (การสนทนากลุ่ม ของกลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ผู้นำท้องถิ่น ผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563
7. AF 04-10 (ระยะที่ 3) การสนทนากลุ่มของกลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มผู้สูงอายุชาววัง เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563
8. AF 04-10 (ระยะที่ 4) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563
9. AF 04-10 (ระยะที่ 2) สำหรับกลุ่มทดลองใช้แบบสอบถาม (กลุ่ม try out) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563
10. AF 04-10 (ระยะที่ 4) สำหรับกลุ่มทดลองใช้แบบสอบถาม (กลุ่ม try out) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563
11. AF 05-10 (ระยะที่ 1,3) (สัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563
12. AF 05-10 (ระยะที่ 2) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563
13. AF 05-10 (ระยะที่ 4) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563
14. AF 05-10 (ระยะที่ 2) สำหรับกลุ่มทดลองใช้แบบสอบถาม (กลุ่ม Try out) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563
15. AF 05-10 (ระยะที่ 4) สำหรับกลุ่มทดลองใช้แบบสอบถาม (กลุ่ม Try out) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563
16. สรุปรายการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563
17. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563
18. ประวัติผู้วิจัย เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563
19. งบประมาณที่ได้รับโดยย่อ (Budget เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และพิจารณาดำเนินการตามข้อปฏิบัติสำหรับนักวิจัยที่ระบุไว้ด้านหลังของใบรับรอง

วิศิษฐ์ สมบูรณ์

(นายแพทย์สมบูรณ์ ดันสุกสวัสดิกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

กลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยนเรศวร

หนังสือรับรองโครงการวิจัย

AF 08-09/5.0

COA No. 133/2020

IRB No. P10006/63



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596

หนังสือรับรองโครงการวิจัยครั้งแรก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชาววัง เขตสุขภาพที่ 2
ผู้วิจัยหลัก : นายสงค์ศักดิ์ สุขสันต์
สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์
วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด (Expedited Review)
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563
4. AF 04-10 (ระยะที่ 1 สัมภาษณ์เชิงลึก) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563
5. AF 04-10 (ระยะที่ 2) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563
6. AF 04-10 (ระยะที่ 3) (การสนทนากลุ่ม ของกลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ผู้นำท้องถิ่น ผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563
7. AF 04-10 (ระยะที่ 3) การสนทนากลุ่มของกลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มผู้สูงอายุชาววัง เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563
8. AF 04-10 (ระยะที่ 4) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563
9. AF 04-10 (ระยะที่ 2) สำหรับกลุ่มทดลองใช้แบบสอบถาม (กลุ่ม try out) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563
10. AF 04-10 (ระยะที่ 4) สำหรับกลุ่มทดลองใช้แบบสอบถาม (กลุ่ม try out) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563
11. AF 05-10 (ระยะที่ 1,3) (สัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563

12. AF 05-10 (ระยะที่ 2) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563
13. AF 05-10 (ระยะที่ 4) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563
14. AF 05-10 (ระยะที่ 2) สำหรับกลุ่มทดลองใช้แบบสอบถาม (กลุ่ม Try out) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563
15. AF 05-10 (ระยะที่ 4) สำหรับกลุ่มทดลองใช้แบบสอบถาม (กลุ่ม Try out) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563
16. สรุปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563
17. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563
18. ประวัติผู้วิจัย เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563
19. งบประมาณที่ได้รับโดยย่อ (Budget เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 เมษายน 2563)



วันที่รับรอง : 13 พฤษภาคม 2563
วันหมดอายุ : 13 พฤษภาคม 2564

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

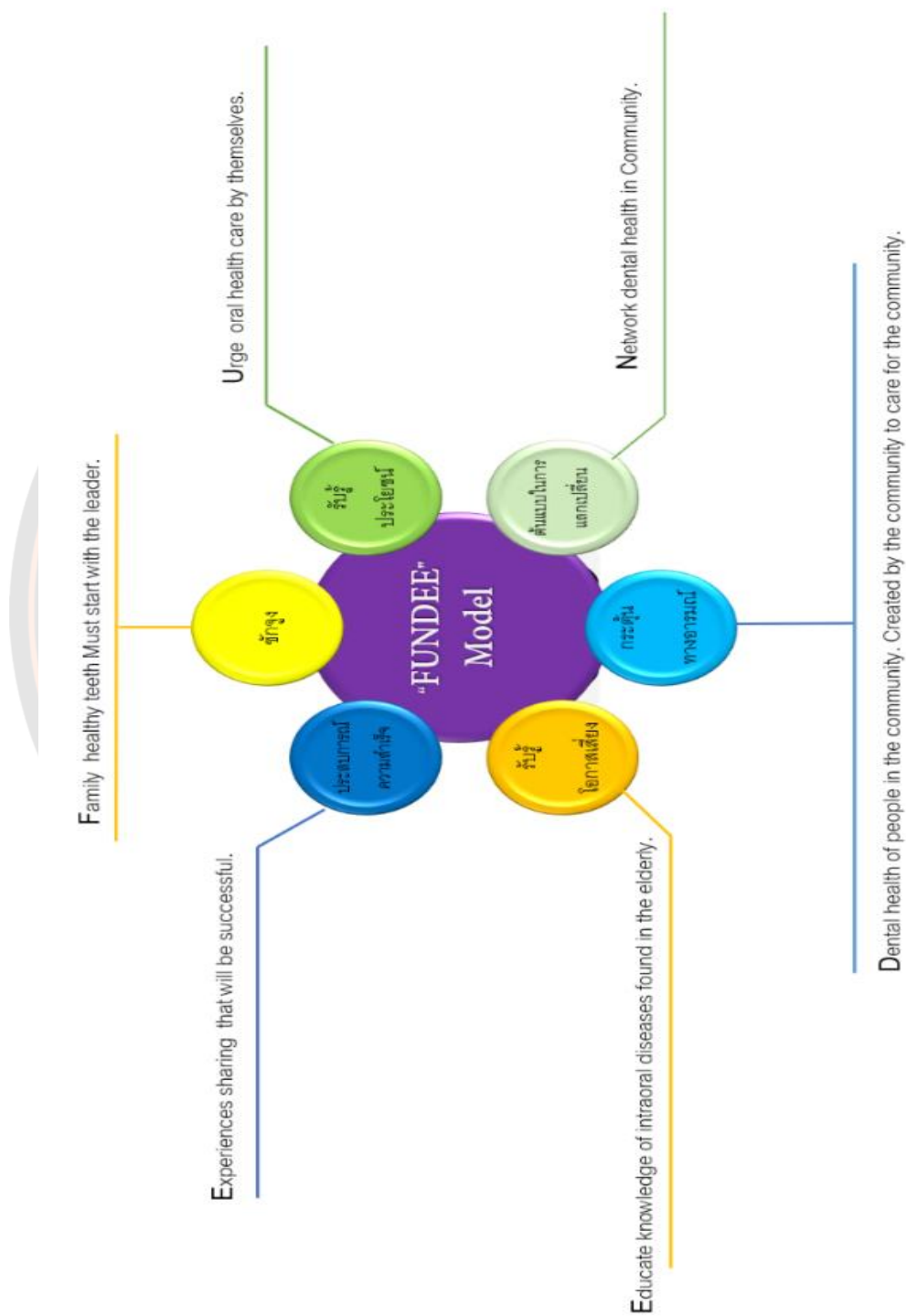
นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือโปสเตอร์ถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือแบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวรเท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวที่ใช้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายการแรกที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใด ๆ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ภายในระยะเวลาที่กำหนดในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs)
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
6. หากผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าหลังใบรับรองหมดอายุ และยังไม่ได้ใบรับรองฉบับใหม่ ผู้วิจัยจะต้องหยุดดำเนินการวิจัยส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับอาสาสมัครใหม่ นับตั้งแต่หลังวันใบรับรองหมดอายุจนกว่าจะได้รับใบรับรองฉบับใหม่
7. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

*รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่เข้าร่วมประชุม ณ วันที่พิจารณารับรองโครงการวิจัย (หากร้องขอล่วงหน้า)



รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวม้ง
 “FUNDEE Model”



ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ในการวิเคราะห์การถดถอย (การวิจัยระยะที่ 2)

1. ตัวแปรอิสระ (X) แต่ละตัวมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม (Y) เชิงเส้นตรง (Linear)

H0: ตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

H1: ตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

		Correlations							
		ผลรวมพฤติกรรมด้านทัศนสุขภาพ	อายุ	โรคประจำตัว (ไม่มีอ้างอิง)	ผลรวมความรู้	ผลรวมการรับรู้ประโยชน์	ผลรวมการรับรู้โอกาสเสี่ยง	ผลรวมแรงสนับสนุนจากครอบครัว	ผลรวมด้านสมุนไพรมนไพร
Pearson Correlation	ผลรวมพฤติกรรมด้านทัศนสุขภาพ	1.000	.479	-.323	.260	.370	.399	.166	.377
	อายุ	.479	1.000	-.136	.251	.080	.366	.045	.106
	โรคประจำตัว (ไม่มีอ้างอิง)	-.323	-.136	1.000	.085	-.195	.003	-.006	-.183
	ผลรวมความรู้	.260	.251	.085	1.000	-.014	.254	.018	-.023
	ผลรวมการรับรู้ประโยชน์	.370	.080	-.195	-.014	1.000	.205	.073	.304
	ผลรวมการรับรู้โอกาสเสี่ยง	.399	.366	.003	.254	.205	1.000	.042	.164
	ผลรวมแรงสนับสนุนจากครอบครัว	.166	.045	-.006	.018	.073	.042	1.000	-.017
	ผลรวมด้านสมุนไพรมนไพร	.377	.106	-.183	-.023	.304	.164	-.017	1.000
Sig. (1-tailed)	ผลรวมพฤติกรรมด้านทัศนสุขภาพ	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	อายุ	.000	.	.003	.000	.055	.000	.183	.017
	โรคประจำตัว (ไม่มีอ้างอิง)	.000	.003	.	.044	.000	.479	.454	.000
	ผลรวมความรู้	.000	.000	.044	.	.388	.000	.360	.320
	ผลรวมการรับรู้ประโยชน์	.000	.055	.000	.388	.	.000	.073	.000
	ผลรวมการรับรู้โอกาสเสี่ยง	.000	.000	.479	.000	.000	.	.204	.000
	ผลรวมแรงสนับสนุนจากครอบครัว	.000	.183	.454	.360	.073	.204	.	.365
	ผลรวมด้านสมุนไพรมนไพร	.000	.017	.000	.320	.000	.000	.365	.
N	ผลรวมพฤติกรรมด้านทัศนสุขภาพ	400	400	400	400	400	400	400	400
	อายุ	400	400	400	400	400	400	400	400
	โรคประจำตัว (ไม่มีอ้างอิง)	400	400	400	400	400	400	400	400
	ผลรวมความรู้	400	400	400	400	400	400	400	400
	ผลรวมการรับรู้ประโยชน์	400	400	400	400	400	400	400	400
	ผลรวมการรับรู้โอกาสเสี่ยง	400	400	400	400	400	400	400	400
	ผลรวมแรงสนับสนุนจากครอบครัว	400	400	400	400	400	400	400	400
	ผลรวมด้านสมุนไพรมนไพร	400	400	400	400	400	400	400	400

สรุปได้ว่า X กับ Y มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

2. ค่าคลาดเคลื่อนต้องเป็นอิสระกัน

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	Durbin-Watson
1	.974 ^a	.948	.945	1.189	.948	364.134	19	380	.000	1.846

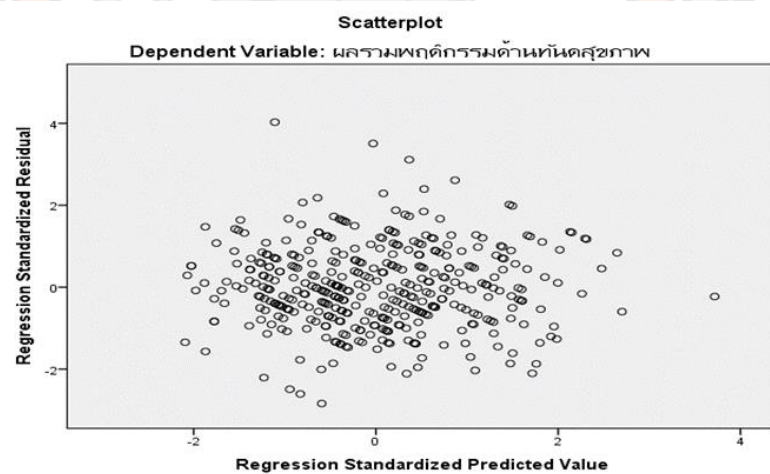
a. Predictors: (Constant), ผลรวมสัมมนาฟรี sig, ระดับการศึกษา, เพศ 000, ผลรวมแรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน, อาชีพ, รายได้, สถานภาพสมรส, รวมA.ให้sig, ผลรวมการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม, ผลรวมการได้รับข้อมูลข่าวสาร, ผลรวมการรับรู้โอกาสเสี่ยง, ผลรวมแรงสนับสนุน 4 ด้าน, ลักษณะครอบครัวเดี่ยว, ผลรวมความรู้, โรคประจำตัว, ผลรวมการรับรู้ประโยชน์, อายุ, ผลรวมแรงสนับสนุนจากครอบครัว, ผลรวมแรงสนับสนุนบุคลากรสาธารณสุข

b. Dependent Variable: ผลรวมพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพ

Durbin-Watson ต้องอยู่ระหว่าง 1.5-2.5

สรุปได้ว่า ค่าคลาดเคลื่อนต้องเป็นอิสระกัน

3. ความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่



Scatterplot มีการกระจายตัวที่ดี

สรุปได้ว่า ความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่

4. ค่าคลาดเคลื่อน (error/ residual: e) มีการแจกแจงปกติ

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	31.56	56.11	42.42	4.952	400
Residual	-4.314	4.525	.000	1.161	400
Std. Predicted Value	-2.192	2.764	.000	1.000	400
Std. Residual	-3.627	3.804	.000	.976	400

a. Dependent Variable: ผลรวมพฤติกรรมด้านทัศนสุขภาพ

Std มีค่า Mean กับ SD คือ 0-1

สรุปได้ว่า ค่าคลาดเคลื่อน (error / residual : e) มีการแจกแจงปกติ

5. ตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity)

Correlations

	ผลรวมพฤติกรรมด้านทัศนสุขภาพ	อายุ	โรคประจำตัว (ไม่มีอย่างอื่น)	ผลรวมความรู้	ผลรวมการรับรู้ประโยชน์	ผลรวมการรับรู้โอกาสเสี่ยง	ผลรวมแรงสนับสนุนจากครอบครัว	ผลรวมด้านสมุนไพร
Pearson Correlation	1.000	.479	-.323	.260	.370	.399	.166	.377
อายุ	.479	1.000	-.136	.251	.080	.366	.045	.106
โรคประจำตัว (ไม่มีอย่างอื่น)	-.323	-.136	1.000	.085	-.195	.003	-.006	-.183
ผลรวมความรู้	.260	.251	.085	1.000	-.014	.254	.018	-.023
ผลรวมการรับรู้ประโยชน์	.370	.080	-.195	-.014	1.000	.205	.073	.304
ผลรวมการรับรู้โอกาสเสี่ยง	.399	.366	.003	.254	.205	1.000	.042	.164
ผลรวมแรงสนับสนุนจากครอบครัว	.166	.045	-.006	.018	.073	.042	1.000	-.017
ผลรวมด้านสมุนไพร	.377	.106	-.183	-.023	.304	.164	-.017	1.000
Sig. (1-tailed)		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
อายุ	.000	.	.003	.000	.055	.000	.183	.017
โรคประจำตัว (ไม่มีอย่างอื่น)	.000	.003	.	.044	.000	.479	.454	.000
ผลรวมความรู้	.000	.000	.044	.	.388	.000	.360	.320
ผลรวมการรับรู้ประโยชน์	.000	.000	.000	.388	.	.000	.000	.000
ผลรวมการรับรู้โอกาสเสี่ยง	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000	.000
ผลรวมแรงสนับสนุนจากครอบครัว	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000
ผลรวมด้านสมุนไพร	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.

ลากสามเหลี่ยมซ้ายขวาตรงค่าแต่ละค่าไม่เกิน 0.9

สรุปได้ว่า ตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity)

ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) (การวิจัยระยะที่ 4)

1. การวิเคราะห์หาความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง
2. วิเคราะห์หาความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

H0 = แจกแจงปกติ H1 = แจกแจงไม่ปกติ

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Pre-Test (E)	.172	30	.024	.935	30	.068
Pre-Test (C)	.116	30	.200*	.971	30	.556
Post-Test (E)	.158	30	.055	.976	30	.701
Post-Test (C)	.129	30	.200*	.957	30	.256

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

N น้อยกว่า 50 อ่านค่าที่ Shapiro-Wilk ยอมรับ H0

สรุปได้ว่า ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ จึงสามารถใช้สถิติ Independent t-test วิเคราะห์หาความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง และ Paired t-test วิเคราะห์หาความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ภาพกิจกรรม งานวิจัยระยะที่ 1



ส่งหนังสือราชการเรื่องขอออกพื้นที่เก็บข้อมูลวิจัยให้หน่วยงานต่างๆ
ส่งหนังสือให้ นายกองค้การบริหารส่วนตำบลเข็กน้อย (อบต.เข็กน้อย)



ชี้แจงรายละเอียดการวิจัยกับผู้ใหญ่บ้าน



ชี้แจงรายละเอียดการวิจัยกับ ผอ.รพ.สต.



การสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth interview)

วิถีชีวิตชาวบ้าน “อบสมุนไพรฆ่าแมงกินฟัน” (การแพทย์ทางเลือก)



วัสดุและอุปกรณ์ในการรักษา (คล้ายๆ รำไม้ไผ่ติดกับกะลามะพร้าว)



สิ่งที่ชาวบ้านเรียกว่า “สมุนไพรฆ่าหนอน”



ต้องใช้ความร้อนช่วยในการเผาไหม้สมุนไพร

วิถีชีวิตชาวบ้าน “อบสมุนไพรฆ่าแมงกินฟัน” (ขั้นตอนในการรักษาอาการปวดฟัน)





การเป่าแคนของชาวม้ง จะเป่าในพิธีศพ



วิถีชีวิตชาวบ้าน (สุบยาเส้น)



ภาพกิจกรรม งานวิจัยระยะที่ 2

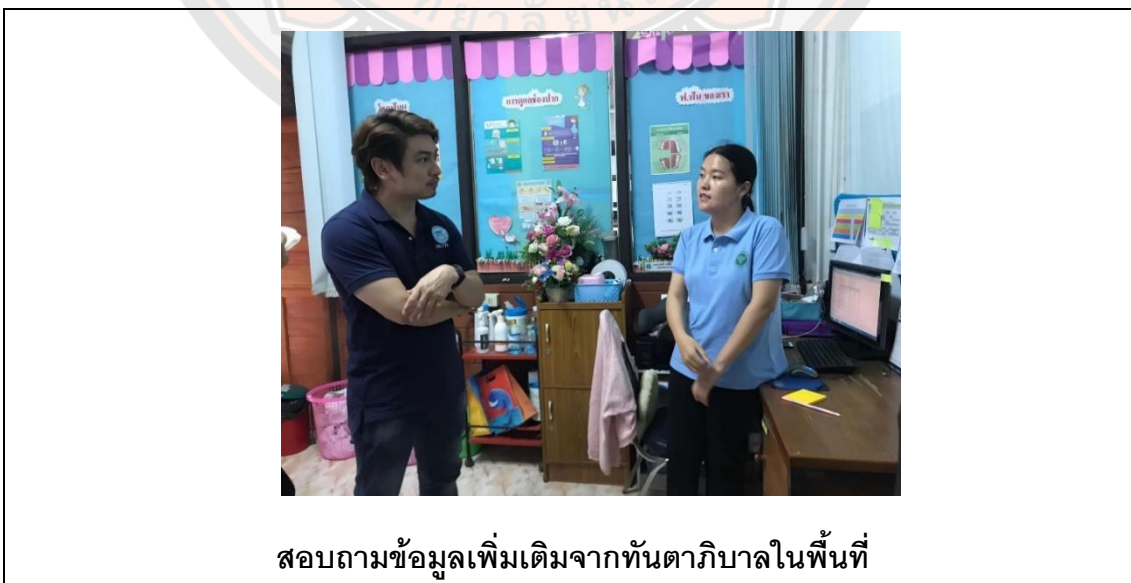




กรณี ผู้สูงอายุพูดภาษาไทยไม่ได้ จะใช้ล่ามช่วยในการสื่อสาร



ล่ามเป็น เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต.



สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากทันตภิบาลในพื้นที่

ออกเก็บข้อมูลแต่ละจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 2





จังหวัดตาก



จังหวัดอุตรดิตถ์ (ไม่มีชาวม้ง)

ภาพกิจกรรม งานวิจัยระยะที่ 3



การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

ภาพกิจกรรม งานวิจัยระยะที่ 4



กิจกรรม ให้ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปาก โดย
นักศึกษาชั้นปีที่ 4 วสส.พล. (พูดภาษาแม่ได้)



กิจกรรม ให้ความรู้การดูแลสุขภาพร่างกาย โดยพยาบาลวิชาชีพ จาก รพ.สต.



1 ผู้สูงอายุ
ตำแหน่งอดีตกำนัน

2 ผู้สูงอายุ เป็น
ผู้นำตระกูลแซ่

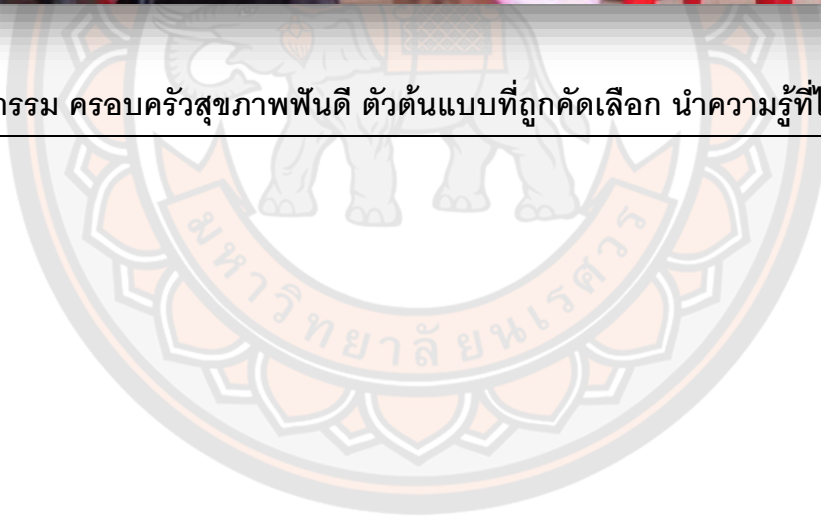
3 ผู้สูงอายุเป็นผู้นำ
กิจกรรมด้านสุขภาพ

4 ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่
ชักชวนผู้สูงอายุ

กิจกรรม ครอบครัวยุทธศาสตร์พื้นที่ ต้องเริ่มต้นที่ผู้นำ โดยการค้นหาตัวตนแบบ



กิจกรรม ครอบครัวสุขภาพฟันดี ตัวต้นแบบที่ถูกคัดเลือก นำความรู้ที่ได้ไปสอนต่อ





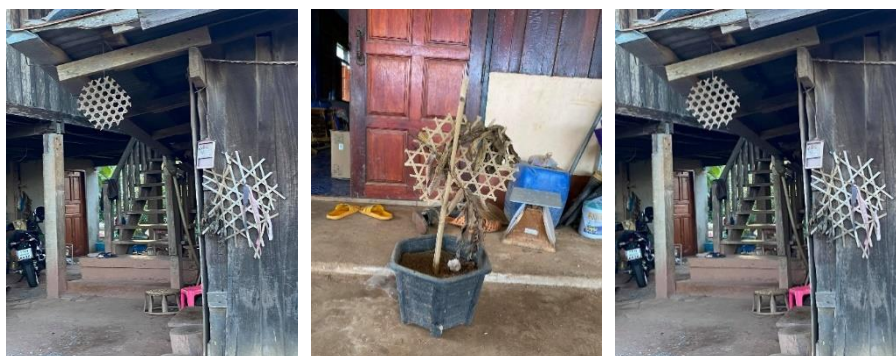
กิจกรรม ทันทสุขภาพของคนในชุมชน สร้างโดยชุมชนเพื่อดูแลชุมชน โดย จัดทำคลิป
วิดีโอภาษาม้ง (คำอธิบายภาษาไทยใต้ภาพ)



กิจกรรม ทันทสุขภาพของคนในชุมชน สร้างโดยชุมชนเพื่อดูแลชุมชน โดย
เลือกตัวแทนกล่าวสุนทรพจน์เรื่อง”การดูแลสุขภาพช่องปาก ห่างไกลโรคฟัน”



กิจกรรม การแบ่งปันประสบการณ์ที่จะประสบความสำเร็จ โดย
”การสาธิตวิธีการ นำสมุนไพรมาปรุงเป็นยาแก้ปวดฟัน ในชมรมผู้สูงอายุ”



ความเชื่อ ของชาวม้งว่า “สามารถป้องกันสิ่งไม่ดี หรือทูตผีปีศาจเข้าบ้านได้”





ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล สังกัดดี สุขสันต์
วัน เดือน ปี เกิด
ที่อยู่ปัจจุบัน
ที่ทำงานปัจจุบัน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน วิทยากรปฏิบัติการ
ประวัติการศึกษา พ.ศ. 2552 ส.บ.(สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยนเรศวร
 พ.ศ. 2554 ส.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยนเรศวร

