



การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ฟันเทียมพระราชทาน  
และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายใต้โครงการ  
ฟันเทียมพระราชทาน อำเภอเมือง ลำปาง

โดย

นางนภาพร ศรีบุญเรือง

การค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

วิชาเอกการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้พื้นที่มพระราชทาน  
และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายใต้โครงการ  
พื้นที่มพระราชทาน อำเภอเมือง ลำปาง

โดย

นางนภาพร ศรีบุญเรือง

การค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

วิชาเอกการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



FACTOR RELATED TO USING DENTURE'BEHAVIORS AND  
QUALITY OF LIFE OF ELDERLY PEOPLE UNDER DENTURES  
PROJECT, MUANG, LAMPANG DISTRICT

BY

MRS. NAPAPORN SRIBOONRUANG

AN INDEPENDENT STUDY SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE  
REQUIREMENTS FOR THE DEGREE OF MASTER OF PUBLIC HEALTH  
MAJOR IN HEALTH PROMOTION MANAGEMENT

FACULTY OF PUBLIC HEALTH

THAMMAST UNIVERSITY

ACADEMIC YEAR 2016

COPYRIGHT OF THAMMASAT UNIVERSITY

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์

การค้นคว้าอิสระ

ของ

นางนภาพร ศรีบุญเรือง

เรื่อง

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้พื้นที่นันทนาการและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ  
ภายใต้โครงการพื้นที่นันทนาการอำเภอเมือง ลำปาง


ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติ ให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

เมื่อ วันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2559

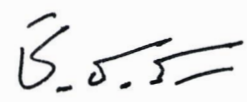
ประธานกรรมการสอบการค้นคว้าอิสระ

  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ลักษิรดา หนู่มคำ)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ

  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เกษร สำเภาทอง)

คณบดี

  
(ดร. ชัยยุทธ ชวลิตนิธิกุล )

หัวข้อการค้นคว้าอิสระ	การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ฟันเทียมพระราชทานและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทานอำเภอเมือง ลำปาง
ชื่อผู้เขียน	นางนภาพร ศรีบุญเรือง
ชื่อปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา/คณะ/มหาวิทยาลัย	การจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกษร สำเภาทอง
ปีการศึกษา	2559

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ ติดตามการใช้ฟันเทียมศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ฟันเทียมและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก (Complete denture) ชนิดถอดได้ โดยมีโครงสร้างหลักเป็นฐานพลาสติกอะคริลิก ภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทาน โรงพยาบาลลำปาง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 -2558 ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปางเก็บข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2559กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 135 คนใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติจำนวนร้อยละค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คัดกรองผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินสุขภาพจิต ของ Chula Mental Test

ผลการศึกษามีผู้สูงอายุที่ผ่านการประเมินภาวะสมองเสื่อมจำนวน 91คน โดยผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมพระราชทานส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 64.8 อายุเฉลี่ย  $74.29 \pm 7.31$  ปี ผู้สูงอายุยังคงใช้ฟันเทียมพระราชทานอยู่เป็นประจำ ร้อยละ 83.52 มีระดับการรับรู้ ในระดับสูงทั้ง การรับรู้ประโยชน์ของการใส่ฟันเทียมและการรับรู้ความรุนแรงของการใส่ฟันเทียมเดือนจากหมอชาวบ้าน ( $\bar{x} = 2.94, SD = 0.23$ ) มีระดับทัศนคติ ต่อการใส่ฟันเทียมระดับสูง ( $\bar{x} = 2.84, SD = 0.24$ ) ผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนในการใส่ฟันเทียมจากทันตบุคลากรหรือบุคลากรสาธารณสุขมากที่สุด ร้อยละ 82.4 ตัวผู้สูงอายุเองที่ต้องการอยากไปรับบริการใส่ฟันเทียมที่โรงพยาบาลลำปาง ร้อยละ 80.2 หลังจากรับบริการใส่ฟันเทียมแล้วผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำและการการรักษาฟันเทียมมากที่สุด ร้อยละ 90.1 หลังจากผู้สูงอายุใส่ฟันเทียมไปแล้วส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจ ไม่มีปัญหากลับมาแก้ไข

อีกเล็ยร้อยละ 68.1ด้านคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวันพบว่า การใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวันร้อยละ 56.0 กิจกรรมการกินอาหาร เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมประสบปัญหามากที่สุด โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ใส่ฟันเทียมแล้วร้อยละ 85.7

จากผลการศึกษาเพื่อให้ทราบถึงผลของผู้สูงอายุที่ได้รับบริการการใส่ฟันเทียม ตามความคาดหวังของโครงการที่ต้องการให้ ผู้สูงอายุ มีฟันสำหรับการเคี้ยวอาหารเพื่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีควรมีการประเมินผลติดตามการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ ด้านคุณภาพของหน่วยงาน เพื่อปรับปรุงแก้ไขการใส่ฟันเทียมให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น พร้อมทั้งควรมีการประชาสัมพันธ์ การดำเนินโครงการฟันเทียมพระราชทานให้กระจายสู่วงกว้างและเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันและต้องการใส่ฟันเทียม เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

**คำสำคัญ :** ฟันเทียมพระราชทาน, คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ, โรงพยาบาลลำปาง

Independent Study Title	THE FACTORS RELATED TO USING DENTURES' BEHAVIORS AND QUALITY OF ELDERLY PEOPLE UNDER DENTURES PROJECT,MUANG,LAMPANG DISTRICT.
Author	Mrs. Napaporn Sriboonruang
Degree	Master of Public Health
Major Field/Faculty/University	Health Promotion Management Faculty of Public Health Thammasat University
Independent Advisor	Assistant Professor Dr. Kaysorn Sumpowthong
Academic Years	2016

### ABSTRAC

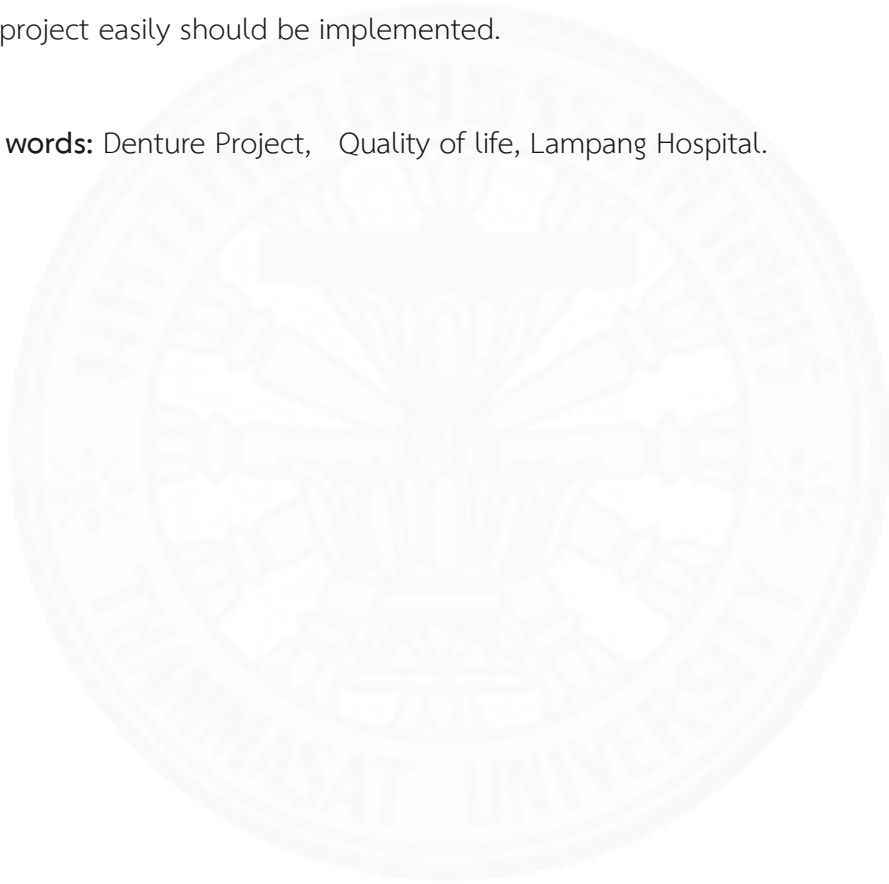
This study aims at following up the use of dentures, exploring the relationship of factors associated with dentures using behaviors and studying the oral health-related quality of life of elderly people who used acrylic plastic base removable complete denture under the Royal Denture Projects at Lampang Hospital, Lampang Province during 2011-2015. The data were collected from 135 elderly people living in Muang District, Lampang Province using questionnaires. Average, percentage and standard deviation were used for data analysis. All participants were screened with Chula Mental Test for cognitive functioning.

The findings revealed that 91 elderly people passed the mental test criteria and then completed the questionnaires. It was found that 64.8% of the participants were males with average age of 74.29 ( $\bar{x} = 74.29$ , S.D.=7.31) and 83.52% of them remain using dentures. Perceived benefits of using dentures from the project and perceived severity of using dentures from non-professional personal were high ( $\bar{x} = 2.94$ , S.D. = 0.23). The attitude towards dentures was also at a high level ( $\bar{x} = 2.84$ , S.D. = 0.24). Most of them received support for using dentures from dental nurses or public health personal (82.4%). The satisfaction among them was high

(68.1%). For the oral health-related quality of life after using dentures from the project, it was found that 56.0% of the participants had no complications. However, the most problem found among them were chewing food (85.7%).

From the findings, it could be suggested that participants of project should be followed regularly in terms of problems and quality of life. An assessment of wearing dentures in order to improve the quality of wearing dentures is needed. In addition promoting the dentures project widely and helping the elderly to access to the project easily should be implemented.

**Key words:** Denture Project, Quality of life, Lampang Hospital.





## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้พื้นที่นันทนาการและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้โครงการพื้นที่นันทนาการอำเภอเมือง ลำปาง ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความอนุเคราะห์และความกรุณาจากบุคคลหลายท่าน ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกษร สำเภาทอง อาจารย์ที่ปรึกษาการจัดทำวิจัย ผู้ซึ่งกรุณาให้ความรู้ ให้การช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา ตรวจสอบ แนะนำ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ รวมทั้งสนับสนุนทางด้านวิชาการ จนทำให้การค้นคว้าแบบอิสระในครั้งนี้เสร็จสมบูรณ์ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาของท่านเป็นอย่างสูง ไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ลภัสสรดา หนูมคำ ที่กรุณารับเป็นประธานกรรมการสอบการค้นคว้าแบบอิสระ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เกษร สำเภาทอง กรรมการสอบการค้นคว้าอิสระ ที่ได้ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะต่างๆ ในการศึกษาครั้งนี้ ทำให้การจัดทำรายงานฉบับนี้มีความสมบูรณ์มีคุณค่ามากขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ ในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และถ่ายทอดประสบการณ์อันทรงคุณค่ายิ่งให้แก่ผู้ศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณ ทันตแพทย์ณรงค์ชัย ดำเนินสวัสดิ์ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลลำปาง ทันตแพทย์หญิงลลนา ถาคำฟู ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง และนางบุญศรี นุเกตุ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดลำปาง ที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบเครื่องมือสำหรับการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณคณะเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ( ทันตภิบาล ) กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลลำปาง ทั้ง 4 ท่าน คณะเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ( ทันตภิบาล ) สำนักงานสาธารณสุข อำเภอเมือง ลำปาง ทั้ง 9 ท่าน และคณะเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ( ทันตภิบาล ) อำเภอห้างฉัตร ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลวิจัย

สุดท้ายนี้ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณผู้สูงอายุและญาติ อาสาสมัครวิจัยที่กรุณาสมัครใจให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนต่อการทำวิจัยในครั้งนี้ หากคุณประโยชน์ใดที่เกิดจากการค้นคว้าอิสระฉบับนี้ ผู้ศึกษาขอมอบคุณความดีนั้นให้แก่ผู้มีพระคุณทุกท่านดังที่กล่าวมาและหากมีข้อบกพร่องประการใดผู้ศึกษาขอน้อมรับไว้เพื่อปรับปรุงในการศึกษาครั้งต่อไป

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	(1)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(4)
กิตติกรรมประกาศ	(6)
สารบัญตาราง	(11)
สารบัญภาพ	(12)
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการศึกษา	5
1.3 วัตถุประสงค์การศึกษา	6
1.4 ขอบเขตการศึกษา	6
1.5 กรอบแนวคิดในการศึกษา	6
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการศึกษา	7

บทที่ 2	วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
2.1	การดูแลอนามัยช่องปากของผู้สูงอายุ	9
2.2	สูงอายุกับฟันเทียม	13
2.3	อันตรายจากฟันเทียมเถื่อน ที่ทำจากหมอลวบ้าน	15
2.4	สุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	16
2.4.1	ผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสุขภาพกาย	17
2.4.2	ผลกระทบสุขภาพช่องปากต่อสุขภาพจิต	18
2.4.3	ผลกระทบของสุขภาพช่องปากด้านการเข้าถึงสังคม	19
2.4.4	ดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ใหญ่	19
2.5	โครงการ“ฟันเทียมพระราชทาน”	22
2.6	แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา	23
2.6.1	แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ( Health Belief Model)	23
2.6.2	แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support)	26
2.7	เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	31
2.7.1	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ	31
2.7.2	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประยุกต์ทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมกับการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ	32
2.7.3	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	33
บทที่ 3	วิธีการดำเนินการศึกษา	36
3.1	รูปแบบการศึกษา	36
3.2	ประชากร	36
3.2.1	กลุ่มตัวอย่าง	37
3.2.2	เกณฑ์การคัดเข้า	37
3.2.3	เกณฑ์การคัดออก	37
3.3	วิธีการสุ่มตัวอย่าง	38
3.4	เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	39
3.5	การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	42

3.5.1 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา	42
3.5.2 การหาความเชื่อของเครื่องมือ	43
3.6 พิทักษ์สิทธิของผู้ตอบแบบสอบถาม	44
3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล	44
3.7.1 ขั้นตอนเตรียมการ	45
3.7.2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมเครื่องมือ	46
3.8 การการวิเคราะห์ข้อมูล	46
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	47
4.1 ผลการศึกษา	48
4.1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	48
4.1.2 การคงใช้ฟันเทียมพระราชทานของผู้สูงอายุ	51
4.1.3 การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ฟันเทียมและการรับรู้ความรุนแรงของปัญหา ในช่องปากเมื่อใส่ฟันเทียมเทียมโดยหมอชาวบ้าน	54
4.1.4 ทักษะคิดต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ	57
4.1.5 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ	59
4.1.6 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกับการใส่ฟันเทียมในการ ดำเนินชีวิตประจำวัน	62
4.2 อภิปรายผลการศึกษา	65
4.2.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	65
4.2.2 การใส่ฟันเทียมพระราชทานของผู้สูงอายุ	66
4.2.3 การรับรู้ของผู้สูงอายุในการใส่ฟันเทียม	67
4.2.4 ทักษะคิดต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ	67
4.2.5 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ	68
4.2.6 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุต่อสมรรถภาพ ในชีวิตประจำวัน	68

	(10)
บทที่ 5 สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ	70
5.1 สรุปผลการศึกษา	70
5.2 ข้อเสนอแนะ	71
5.2.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	71
5.2.2 ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้	72
5.2.3 ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป	72
รายการอ้างอิง	74
ภาคผนวก	79
ภาคผนวก ก แบบสอบถาม	80
ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา	92
ภาคผนวก ค หนังสือแจ้งผลพิจารณาของอนุกรรมการการวิจัยในคน	93
ภาคผนวก ง หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครการวิจัย	94
ประวัติผู้เขียน	96

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
3.1 จำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเกณฑ์คัดออก	36
4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป	49
4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุที่มีความจำปกติ	52
4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	53
4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ ด้านการใส่ฟันเทียมพระราชทาน ในภาพรวม	54
4.5 จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ของการใส่ฟันเทียม	55
4.6 จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาในช่องปากเมื่อใส่ฟันเทียมเดือนจากหมอชาวบ้าน	56
4.7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทัศนคติต่อการใส่ฟันเทียม	57
4.8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทัศนคติด้านการใส่ฟันเทียม	58
4.9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับแหล่งข่าวสาร การใส่ฟันเทียม	59
4.10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามบุคคลที่ให้แรงสนับสนุนในการไปรับบริการใส่ฟันเทียมที่โรงพยาบาลลำปาง	60
4.11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสิ่งสนับสนุนที่ได้รับ หลังการใส่ฟันเทียมที่โรงพยาบาลลำปาง	61
4.12 จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการกลับไปพบทันตแพทย์เมื่อมีปัญหา การใส่ฟันเทียม	62
4.13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกิจกรรมในชีวิตประจำวันเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมเป็นประจำ, ใส่เป็นบางครั้งและไม่ได้ใส่แล้ว	64

## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย	7



## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โครงสร้างของประชากรไทยในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว กล่าวคือ ประชากรสูงวัยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนมากถึง 10 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมด<sup>(1)</sup> และประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงวัย” มาตั้งแต่ปี 2548 สัดส่วนประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) สูงถึงร้อยละ 10 ของประชากรและคาดการณ์ว่าในปี 2564 เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีมากถึงร้อยละ 20 ในปี 2564 หรือในอีกเพียง 7 ปีข้างหน้าประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้สูงวัยมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น ทำให้ความสนใจในเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุมากขึ้น ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ<sup>(2)</sup>

การพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงตนอย่างมีคุณภาพ ตลอดอายุขัย สุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพร่างกายและคุณภาพชีวิต ตั้งแต่เรื่อง การเคี้ยว การกัด การกลืน การพูด การยิ้ม และการหัวเราะ ซึ่งเป็นเรื่องของการทำงานด้านกายภาพของช่องปาก โดยเฉพาะกับผู้สูงอายุ มีการศึกษาที่พบว่า การสูญเสียฟันมีผลต่อการเคี้ยวอาหาร การเลือกชนิดของอาหาร ซึ่งส่งผลถึงระดับโภชนาการ เช่น การศึกษาในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่<sup>(3)</sup> พบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากการเคี้ยวอาหารมีโอกาสเกิดสภาวะที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (underweight) เป็น 3 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาจากการเคี้ยวอาหาร และจำนวนฟันที่เหลือน้อยมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเคี้ยวอาหาร การเลือกชนิดของอาหารที่รับประทานทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสขาดสารอาหารบางประเภทส่งผลต่อสภาวะโภชนาการได้

นอกจากนี้การสูญเสียฟันยังมีผลต่อภาพลักษณ์ ความมั่นใจและความสวยงามทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกอายไม่อยากยิ้มเป็นผลกระทบทางด้านจิตใจ ความเจ็บปวดหรือความไม่สบายเนื่องจากฟัน เช่น ปวดฟัน เสียวฟัน มีผลต่อการพักผ่อน การนอนหลับ และมีผลต่อการทำงานหรือทำกิจกรรมต่างๆตามปกติ รวมทั้งมีผลต่อการเข้าสังคม<sup>(3)</sup> ซึ่งการสูญเสียฟัน หรือการไม่มีฟันทั้งปากในผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจทางด้านร่างกาย พบว่าการไม่มีฟันทั้งปากทำให้ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวอาหารมีเพียงร้อยละ 20 ผู้สูงอายุจะเลือกรับประทานอาหารที่ลักษณะนิ่มและหาได้ง่ายส่งผลให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วนตามหลักโภชนาการมีภาวะทุโภชนาการมีพฤติกรรมการดำรงชีวิตเปลี่ยนแปลงอันเป็นสาเหตุของการเกิดโรคทางระบบของร่างกาย เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ส่วนทางด้านจิตใจ การไม่มีฟันทั้งปากทำให้อารมณ์การเข้าสังคมความพอใจ



ในศักดิ์ศรีและความมั่นใจของตนเองลดลง การใส่ฟันเทียมทั้งปากสามารถทดแทนฟันที่สูญเสียไป และเป็นการฟื้นฟูหน้าที่ของฟันให้สามารถบดเคี้ยวอาหาร พุดคุยเกิดภาพลักษณ์ของใบหน้าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ อีกทั้งสัดส่วนประชากรสูงอายุมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างเหมาะสมและเร่งด่วน การใส่ฟันเทียมทดแทนฟันที่สูญเสียไปในผู้สูงอายุจะเป็นการฟื้นฟูหน้าที่ของฟันให้สามารถทำหน้าที่ในการบดเคี้ยว พุดจา เสริมความสมดุลของใบหน้า และทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น<sup>(4)</sup>

คุณภาพชีวิตที่ดีมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า “คุณภาพชีวิต” (Quality of life) เมื่อ พ.ศ. 2537 ว่าเป็นการรับรู้ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อและเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล<sup>(5)</sup> จากคำจำกัดความคุณภาพชีวิตดังกล่าว นักวิจัยทางการแพทย์ได้ให้ความสนใจและนำมาสร้างแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life : HRQoL ) เพื่อให้เห็นมุมมองของสุขภาพตามนิยามที่กำหนดขึ้นมาใหม่ เกิดการพัฒนาและนำไปสู่การวัดคุณภาพชีวิตอย่างเป็นระบบของสุขภาพ ทันตแพทย์ เป็นหนึ่งในวิชาชีพต่างๆ ทางทางการแพทย์ ที่ได้้นำการพัฒนาสร้างแนวคิด

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ( Oral health-related quality of life : OHRQoL ) มากำหนดวิธีการประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวันหรือผลกระทบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก เพื่อที่จะสื่อถึงสุขภาพช่องปากในมิติที่หลากหลาย<sup>(6)</sup>

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการให้มีการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของประชาชนไทยในระดับประเทศ เป็นระยะทุก 5 ปี นับตั้งแต่ ปี 2520 ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ได้ข้อมูลระดับวิทยาของโรคสำคัญในช่องปาก และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสถานะสุขภาพช่องปากในทุกช่วงวัย ข้อมูลที่ได้ในการสำรวจแต่ละครั้ง ได้ใช้เพื่อการประเมินสถานการณ์จากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 ในปี พ.ศ. 2543 -2544 และเป็นครั้งที่ทำให้สามารถกำหนดเป็นเป้าหมายทันตสุขภาพแห่งชาติในปี 2543 ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ชี้ทิศการทำงานทันตสาธารณสุข และทำให้สามารถติดตามแนวโน้ม สถานการณ์สุขภาพช่องปากของไทยได้ ซึ่งพบว่าปัญหาสุขภาพช่องปากที่เป็นปัญหาหลักในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วประเทศได้แก่ การสูญเสียฟันจนไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ โดยผู้สูงอายุเกือบทุกคนมีการสูญเสียฟันอย่างน้อย 1 ซี่ สูญเสียฟันทั้งปากร้อยละ 5 หรือประมาณ 300,000 คน ส่วนผู้ที่มีฟันเหลืออยู่ เกือบทุกคนพบโรคฟันผุร้อยละ 96 รากฟันผุร้อยละ 20 และโรคปริทันต์ร้อยละ 62<sup>(7)</sup> ต่อเนื่องมาจนถึงการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2549 - 2550 ในกลุ่มผู้สูงอายุเกือบ ทุกคน ( ร้อยละ 94.04 ) มีการสูญเสียฟัน โดยเฉลี่ย 13.38 ซี่/คน และร้อยละ 10.47 เป็นผู้สูญเสียฟันทั้งปาก โดยภาพรวมแล้วอัตราส่วนผู้มีฟันในช่องปากไม่น้อยกว่า 20ซี่มีเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 54.80 แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า

ฟันเหล่านี้มีสภาวะโรคปริทันต์แล้วเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากพบว่าร้อยละ 84.2 ของผู้สูงอายุเป็นโรคปริทันต์และร้อยละ 68.8 เป็นโรคปริทันต์ที่ค่อนข้างรุนแรง<sup>(8)</sup> และเมื่อดูผล จากรายงานการสำรวจครั้งล่าสุด ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2555 ปัญหาหลักในผู้สูงอายุยังคงเป็นการสูญเสียฟัน ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 -74 ปี ร้อยละ 88.3 มีการสูญเสียฟันบางส่วนและร้อยละ 7.2 สูญเสียฟันทั้งปาก และการสูญเสียฟันยังคงเพิ่มขึ้นต่อเนื่องตามอายุจนเมื่ออายุ 80 - 89 ปี พบสูญเสียฟันทั้งปากสูงถึงร้อยละ 32.2 อย่างไรก็ตาม ความต้องการใส่ฟันเทียมทั้งปากในผู้สูงอายุ 60 - 74 ปี ลดลงจากร้อยละ 4.1 ในการสำรวจครั้งที่ 6 เป็นร้อยละ 2.5 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการให้มีการรณรงค์ ใส่ฟันเทียมทั้งปาก เพื่อการเคี้ยวอาหารอย่างต่อเนื่อง ของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี 2548 จนถึงปัจจุบัน<sup>(9)</sup>

กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงความสำคัญของสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวจึงมีการจัดทำโครงการ “ฟันเทียมพระราชทาน” ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุ 80,000 คนทั่วประเทศได้รับบริการใส่ฟันเทียมทดแทนลดการสูญเสียฟันของผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 มีฟันเคี้ยวอาหารได้อย่างเหมาะสมและเพื่อเป็นการเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในวาระมหามงคลครบรอบพระชนมพรรษา 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 โดยแบ่งเป้าหมายการใส่ฟันเทียม จำนวน 80,000 คน ออกเป็นระยะเวลา 3 ปี คือในปีพ.ศ. 2548 จำนวน 30,000 ราย ,ปี พ.ศ. 2549 จำนวน 25,000 ราย และ ปีพ.ศ. 2550 จำนวน 25,000 ราย งบประมาณการดำเนินการในปี 2548-2550 รวมทั้งหมด 363.35 ล้านบาท<sup>(10)</sup> โดยมอบหมายให้สำนักงานทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ประสานการดำเนินงานทั่วประเทศให้ทุกโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขกระทรวงกลาโหมกระทรวงมหาดไทยมูลนิธิ พอ.สว. กรุงเทพมหานครรวมทั้งมหาวิทยาลัยต่างๆองค์กรวิชาชีพและภาคเอกชนร่วมกันจัดบริการใส่ฟันเทียมให้แก่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่สูญเสียฟันมากกว่า 16 ซี่ขึ้นไป จนถึงสูญเสียฟันทั้งปาก<sup>(11)</sup>

การทำฟันเทียมทั้งปากฐานอะคริลิก (conventional complete denture) เป็นการรักษาพยาบาลเพื่อทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไปทั้งหมด เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ทั้งการรับประทานอาหาร การพูดคุย และดำรงอยู่ได้ในสังคม โดยฐานฟันเทียมจะวางอยู่บนแทนรองรับซึ่งมีลักษณะและมีคุณภาพในการรองรับฟันเทียมที่แตกต่างกัน และมีผลต่อการยึดของฟันแท้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขากรรไกรกลางที่ฐานของฟันแท้ที่มีฐานรองรับน้อย รวมถึงการละลายของสันกระดูกตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยประสบปัญหาการใช้ฟันเทียมมากกว่าเช่น ปัญหาฟันเทียมของผู้ป่วยหลวม ไม่กระชับกับสันกระดูกขากรรไกร เมื่อเวลาผ่านไป ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บเนื่องจากฟันเทียมขยับ ขณะใช้งานฟันเทียมขาดเสถียรภาพ (stability) ขาดการคงอยู่ (retention) และขาดการรองรับที่เพียงพอ (support)<sup>(12)</sup> ภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทานดังกล่าว ทำให้เกิดการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทั้งการพัฒนาวិชาการ การฝึกทักษะทันตบุคลากรทั่วประเทศ ในการจัดบริการใส่ฟันเทียมที่มีคุณภาพแก่ประชาชน การพัฒนาระบบบริการทันตสาธารณสุขทั่ว

ประเทศ การพัฒนาความเข้มแข็งภาคประชาชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง การพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนภาคประชาชน การรณรงค์จัดบริการใส่ฟันเทียมแก่ผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส ร่วมกับหน่วยทันตกรรมพระราชทานในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ขณะเดียวกันก็เผยแพร่ประชาสัมพันธ์โครงการอย่างต่อเนื่องให้ประชาชนได้รับรู้ถึงพระมหากรุณาธิคุณขององค์ท่าน ที่ทรงห่วงใยสุขภาพช่องปากของประชาชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุ และสนับสนุนกิจกรรมของทุกภาคส่วน เพื่อสุขภาพช่องปากที่ดีของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุทุกสิทธิ์ทั่วประเทศประมาณ 90,000 ราย ได้รับบริการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในลักษณะ Vertical program<sup>(13)</sup> แต่ยังคงมีผู้สูงอายุอีก 200,000 คนที่สูญเสียฟันทั้งปากและยังต้องการฟันเทียมเพื่อเคี้ยวอาหาร โครงการฟันเทียมพระราชทานเป็นโครงการที่ช่วยแก้ปัญหา ลดการสูญเสียฟันของผู้สูงอายุช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเคี้ยวอาหารได้อย่างเหมาะสม ถึงแม้ว่าการใส่ฟันเทียมเป็นเทคโนโลยีที่มีค่าใช้จ่ายสูง การใส่ฟันเทียมทั้งปาก 1 ราย มีค่าใช้จ่ายประมาณ 4,400 - 4900 บาท และมีอายุการใช้งานนานถึง 5 ปี<sup>(14)</sup> รัฐบาลต้องจัดสรรงบประมาณจำนวนมาก และกระทรวงสาธารณสุขก็สนับสนุนให้มียุทธศาสตร์ให้จัดบริการใส่ฟันเทียมแก่ผู้สูงอายุต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

จังหวัดลำปาง โดยฝ่ายทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข เป็นหน่วยสนับสนุนให้หน่วยบริการในจังหวัดร่วมดำเนินการโครงการฟันเทียมพระราชทานมาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2548 โดยกำกับติดตามการให้สถานบริการในจังหวัดลำปางบริการใส่ฟันเทียมตามเป้าหมายที่กรมอนามัยกำหนดโดยที่ผู้สูงอายุต้องสามารถใช้ฟันเทียมเพื่อการบดเคี้ยวอาหารและมีคุณภาพชีวิตที่ดี อำเภอเมือง โรงพยาบาลลำปาง โดยกลุ่มงานทันตกรรม เป็นอีกแห่งหนึ่งที่ได้ร่วมดำเนินงาน โครงการ ฟันเทียมพระราชทาน มาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน เพื่อส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ตามนโยบายดังกล่าว ผลการใส่ฟันเทียมพระราชทาน ของกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลลำปาง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2548 - 2558 มีจำนวนทั้งหมด 980 ราย เป็นผู้สูงอายุที่ อยู่ในเขตอำเภอเมืองจำนวน 828 ราย เมื่อแยกออกเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในตำบล จากจำนวนตำบลในอำเภอเมืองลำปางทั้งหมด 19 ตำบล ตำบลที่เข้าถึงบริการฟันเทียมพระราชทานมากที่สุดคือ ตำบลชมพู คิดเป็นร้อยละ 10.9 รองลงมาคือ ตำบลกล้วยแพะร้อยละ 9.9 ส่วนตำบลที่เข้าถึงบริการฟันเทียมพระราชทานต่ำที่สุดใน 19 ตำบล คือ ตำบลบุญนาพัฒนา คิดเป็นร้อยละ 1.6 นอกจากการใส่ฟันเทียมพระราชทานแล้วด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของกลุ่มผู้สูงอายุ<sup>(15)</sup> กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลลำปาง โดยเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข (ทันตภิบาล) ได้ดำเนินการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้กับผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ เป็นชมรมผู้สูงอายุด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2549 โดย กิจกรรมในการดำเนินการคือ แนะนำให้รู้จักโครงการฟันเทียมพระราชทานและการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ความสำคัญระหว่างผู้สูงอายุและ

สุขภาพช่องปาก การตรวจสุขภาพช่องปากให้กับผู้สูงอายุและส่งต่อกรณีที่พบเจอ ปัญหาโรคในช่องปากที่ต้องเข้ารับการรักษายังได้รับการตอบรับ จากสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในการถอดบทเรียน ความสำเร็จในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่<sup>(16)</sup> จากการจัดกิจกรรม สืบหาสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุในชมรม โดยเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ของอำเภอ เมืองลำปาง ที่ผ่านมา พบว่าผู้สูงอายุได้รับการใส่ฟันเทียมเพิ่มมากขึ้นมีทั้งฟันเทียม ในโครงการฟันเทียมพระราชทานของกลุ่มงานทันตกรรม ฟันเทียมจากคลินิกทันตกรรม และฟันเทียม ถิ่นที่ทำจากหมอชาวบ้าน จากข้อมูลที่ได้ตรวจสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุ ในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือน เมษายน ปีพ.ศ. 2558 จากจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจช่องปากทั้งหมดจำนวน 98 ราย มีผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียม 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.76 เป็นฟันเทียมถิ่นที่ทำจากหมอชาวบ้าน จำนวน 17 รายคิดเป็นร้อยละ 44.74 ซึ่งเสียค่าใช้จ่ายใกล้เคียงกันกับฟันเทียมพระราชทาน คือประมาณ 4,000 - 4,500 บาทต่อราย ที่พบปัญหาคือ มีผู้สูงอายุจำนวน 7 คน จาก 18 คน คิดเป็นร้อยละ 39 ที่เคยใส่ฟันเทียมพระราชทานไปแล้ว ไม่ได้ใช้ฟันเทียมที่ได้รับ เนื่องจากหลวม หรือใส่แล้วเจ็บ ใช้ได้ไม่ดี แต่กลับไปใช้บริการฟันเทียม ถิ่น ที่ทำกับหมอชาวบ้านแทน ซึ่งมีทั้งใส่ฟันเทียมถิ่นที่หมอชาวบ้านแล้วใช้ได้ดีและใส่แล้วเกิดปัญหาการบดเคี้ยว และมีรอยโรคในช่องปากตามมา ซึ่งการดำเนินการ โครงการฟันเทียมพระราชทาน ของกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลลำปาง สามารถให้บริการใส่ฟันเทียมได้ตามเป้าหมายที่กำหนด แต่ ยังขาดการประเมินติดตามการใช้ฟันเทียมของผู้สูงอายุ เพื่อที่จะใช้ข้อมูลในการปรับปรุงพัฒนา ทั้งการให้บริการและการส่งเสริมผู้สูงอายุในโครงการฟันเทียมพระราชทานในรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบท อย่างมีประสิทธิภาพ และยังสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไป วางแผนโครงการ แก้ปัญหาโรคในช่องปากของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดลำปางต่อไป จึงเป็นที่มาของการศึกษาวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ฟันเทียมพระราชทานและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทาน อำเภอเมืองลำปาง

## 1.2 คำถามการศึกษา

1.2.1 ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทาน อำเภอเมืองลำปางในระหว่างปี พ.ศ.2554 – พ.ศ. 2558 ปัจจุบันยังมีการใช้ฟันเทียมอยู่หรือไม่อย่างไร

1.2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใส่ฟันเทียมผู้สูงอายุภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทาน อำเภอเมืองเป็นอย่างไร

1.2.3 ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียม ภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทานอำเภอเมืองลำปาง มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากเป็นอย่างไร

### 1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.3.1 เพื่อติดตามการใช้ฟันเทียมของผู้สูงอายุภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทานอำเภอเมือง ลำปางในระหว่างปี พ.ศ.2554 –2558

1.3.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใส่ฟันเทียมผู้สูงอายุภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทานอำเภอเมือง ลำปางในระหว่างปี พ.ศ. 2554 –2558

1.3.3 เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในมิติสุขภาพช่องปาก ภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทานอำเภอเมือง ลำปางในระหว่างปี พ.ศ.2554 –2558

### 1.4 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียมพระราชทานของโรงพยาบาลลำปาง ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2554-2558 เก็บข้อมูลในช่วง เดือนกันยายน พ.ศ. 2559 – ตุลาคม พ.ศ. 2559

### 1.5 กรอบแนวคิดในการศึกษา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ฟันเทียมพระราชทานและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทานอำเภอเมือง ลำปางครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ( Health Belief Model) ของ Becker มาประยุกต์ใช้ แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support) และประยุกต์ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของ สุปรีดา อุดุลยานนท์และอูเบย์ ซีแฮม (Aduyanon & Sheiham, 1997: 151) ที่เป็นหลักการและการวัดผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากประกอบด้วย 8 กิจกรรม คือ 1) การรับประทานอาหาร 2) การพูดหรือออกเสียงให้ชัดเจน 3) การทำความสะอาดช่องปากหรือฟันเทียม 4) การดำเนินชีวิตทั่วไป 5) การนอนหลับหรือการพักผ่อน 6)การรักษาอารมณ์จิตใจให้เป็นปกติ ไม่หงุดหงิด รำคาญง่าย 7) การยิ้ม หัวเราะ อวดฟันได้โดยไม่อายใคร และ 8) ความสนุกสนานในการได้ออกไปพบปะญาติสนิทมิตรสหาย นำมาประยุกต์ร่วมกันเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาด้วย ดังแสดงในภาพ ที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## 1.6. นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการศึกษา

เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้มีความเข้าใจตรงกันผู้วิจัยจึงได้กำหนดคำนิยามที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้

**1.6.1 ผู้สูงอายุ** หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงเป็นผู้มีสติสัมปชัญญะและไม่มีปัญหาเรื่องความจำและเป็นผู้ที่ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปาก (Complete denture) ชนิดถอดได้ โดยมีโครงสร้างหลักเป็นฐานพลาสติกอะคริลิก ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

**1.6.2 โครงการฟันเทียมพระราชทานของโรงพยาบาลลำปาง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง** หมายถึง การใส่ฟันเทียมที่ได้รับการบริการจากกลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลลำปาง ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงระหว่างปีพ.ศ. 2554 ถึง พ.ศ. 2558

**1.6.3 สภาวะช่องปาก** หมายถึง ลักษณะความผิดปกติของอวัยวะในช่องปากของผู้สูงอายุ ได้แก่ เหงือก และเนื้อเยื่อในช่องปาก และลิ้น ที่ต้องอาศัยการตรวจในช่องปาก ร่วมกับการสังเกต



และการซักถามความรู้สึกไม่สบาย หรือเจ็บปวดซึ่งผู้สูงอายุสามารถระบุได้หรือ สภาพช่องปากในขณะนั้น

**1.6.4 การรับรู้ประโยชน์ของฟันเทียม หมายถึง** การที่ผู้สูงอายุได้รู้ถึงประโยชน์ของการใส่ฟันเทียม ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจ ในการใส่ฟันเทียมเมื่อสูญเสียฟันทั้งปาก

**1.6.5 การรับรู้ความรุนแรงของการใส่ฟันเทียมเถื่อนโดยหมอชาวบ้าน หมายถึง** การที่ผู้สูงอายุรู้ถึงอันตราย จากการใส่ฟันเทียมโดยหมอชาวบ้าน จากการใช้วัสดุที่ไม่ได้มาตรฐาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อความรุนแรง ของโรคในช่องปากเช่น เกิดแผลจากการกดสบของฟันบริเวณลิ้นหรือกระพุ้งแก้มและลูกกลมกลายเป็นแผลเรื้อรัง ติดเชื้อจนเสียชีวิตได้

**1.6.6 ทักษะคติต่อการใส่ฟันเทียม หมายถึง** มีความรู้สึที่ดีต่อการใส่ฟัน เข้าใจขั้นตอนการรักษา การใช้งาน ฟันเทียม ตลอดจนสามารถดูแลรักษาฟันเทียมและอุปกรณ์ต่าง ๆ ได้

**1.6.7 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง** การที่ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลที่ผู้สูงอายุให้ความรักไว้วางใจและให้ความเชื่อถือโดยชี้แนะแนวทางการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการดูแลรักษาฟันเทียมเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อตัวผู้สูงอายุ รวมทั้งทันตบุคลากรที่ให้ข้อมูลข่าวสารทางทันตสุขภาพ แก่ผู้สูงอายุถึงการปฏิบัติตนที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง เช่น การไปพบทันตบุคลากรเพื่อตรวจเช็คฟันแท้และฟันเทียมเป็นระยะทุก 6 เดือน เพื่อให้ทันตบุคลากรแนะนำและทำการรักษาบูรณะซ่อมแซมส่วนที่เกิดรอยโรคหรือมีความผิดปกติ

**1.6.8 การคงใช้ฟันเทียมพระราชทาน หมายถึง** ผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทาน ของกลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลลำปาง ยังคงมีการใช้ฟันเทียมในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ใส่อยากอาหาร การพูด การเข้าสังคม เป็นประจำทุกวัน

**1.6.9 คุณภาพชีวิต ในมิติสุขภาพช่องปาก หมายถึง** การที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นของสุขภาพช่องปาก ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน 8 กิจกรรมประกอบด้วย

- 1) การรับประทานอาหาร
- 2) การพูดหรือการออกเสียงให้ชัดเจน
- 3) การทำความสะอาดช่องปากหรือฟันเทียม
- 4) การดำเนินชีวิตทั่วไป
- 5) การนอนหลับหรือการพักผ่อน
- 6) การรักษาอารมณ์จิตใจให้เป็นปกติไม่หงุดหงิดรำคาญง่าย
- 7) การยิ้มหัวเราะอวดฟันได้โดยไม่อายใครและ
- 8) ความสนุกสนานในการได้ออกไปพบปะญาติสนิทมิตรสหาย

การวัดคุณภาพชีวิตดังกล่าวประเมินจากแบบสอบถามผลกระทบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของ สุปรีดา อุดุลยานนท์และอุเบย์ซีแฮม<sup>(17)</sup>

## บทที่ 2

### วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ฟันเทียมพระราชทานและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทาน อำเภอเมือง ลำปาง โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาสำคัญเรียงลำดับ ดังนี้

- 2.1 การดูแลอนามัยช่องปากของผู้สูงอายุ
- 2.2 สูงอายุกับฟันเทียม
- 2.3 อันตรายจากฟันเทียมเถื่อน ที่ทำจากหมอลงบ้าน
- 2.4 สุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
  - 2.4.1 ผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสุขภาพกาย
  - 2.4.2 ผลกระทบสุขภาพช่องปากต่อสุขภาพจิต
  - 2.4.3 ผลกระทบของสุขภาพช่องปากด้านการเข้าสังคม
  - 2.4.4 ดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ใหญ่
- 2.5 โครงการ “ ฟันเทียมพระราชทาน ”
- 2.6 แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา
  - 2.6.1 แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ( Health Belief Model )
  - 2.6.2 แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support )
- 2.7 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

#### 2.1 การดูแลอนามัยช่องปากของผู้สูงอายุ

อวัยวะในช่องปากของคนเราโดยเฉพาะฟันนั้นมีประโยชน์สำคัญที่สุดในการบดเคี้ยวอาหาร ถ้าฟันไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติเนื่องจากเป็นโรคมะเร็งหรือความเจ็บปวดเกิดขึ้นหรือถูกถอนหายไปย่อมทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติร่างกายได้รับสารอาหารที่เป็นประโยชน์ไม่เพียงพอส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจโดยรวมผู้สูงอายุหรือผู้ที่อยู่ในวัยทองนั้นโดยปกติระบบต่างๆของร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยจะมากขึ้นกับสภาวะแวดล้อมและพันธุกรรมช่องปากและฟันก็เช่นกันเมื่อผ่านการทำหน้าที่มาตลอดระยะเวลาครั้งก่อนศตวรรษย่อมต้องเสื่อมโทรมลงตามกาลเวลาแต่อย่างไรก็ตามเรายังสามารถคงสภาพปากและฟันที่ดีที่สามารถใช้งานได้



เหมาะสมกับวัยให้อยู่กับเราได้ตลอดชีวิตถ้าได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องและสม่ำเสมอโรคในช่องปากที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุของการสูญเสียฟันในผู้สูงอายุได้แก่โรคปริทันต์หรือที่เรียกกันว่ารำมะนาด และโรคฟันผุโดยเฉพาะการผุบริเวณรากฟันซึ่งโรคปริทันต์จะเกิดจากการสะสมของคราบจุลินทรีย์ (ชีฟัน) บริเวณคอฟันขอบเหงือก ร่วมกับการมีหินน้ำลาย การสูบบุหรี่หรือโรคประจำตัวบางอย่างเช่น เบาหวานอาจทำให้อาการรุนแรงขึ้นอาการจะค่อยเป็นค่อยไปช้าๆจากเหงือกแดงเลือดออกง่ายเวลาแปรงฟันมีกลิ่นปากถ้าเป็นมากๆเหงือกจะบวมเป็นหนองฟันโยกเหงือกกร่นฟัน ยื่นยาว เจ็บเวลาเคี้ยวอาหาร เมื่อกินยาอาการเจ็บปวดบวมจะทุเลาลงชั่วคราวแต่ไม่หายควรไปพบทันตแพทย์ทำการรักษาถ้าเป็นไม่มากก็สามารถเก็บฟันไว้ได้ แต่ถ้าอาการรุนแรงอาจต้องถอนฟัน

การป้องกันโรคปริทันต์ ทำได้โดยการแปรงฟันให้สะอาดถูกวิธีสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันการสะสมของคราบจุลินทรีย์ สำหรับโรคฟันผุ เกิดจากการที่มีอาหารพวกน้ำตาลตกค้างในช่องปากแล้วทำความสะอาดไม่หมด และจุลินทรีย์บางชนิดจะเปลี่ยนแปลงน้ำตาลเหล่านี้เป็นกรด มาทำลายโครงสร้างของฟัน ฟันผุในผู้สูงอายุมักเกิดขึ้นบริเวณซอกฟันและรากฟันเนื่องจากในผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีการสูญเสียฟันทำให้การเรียงตัวของฟันที่เหลือเปลี่ยนแปลงมีเศษอาหารติดบริเวณซอกฟันง่าย ร่วมกับมีเหงือกกร่น รากฟันโผล่ เกิดการผุ ฟันเป็นรูบริเวณรากฟันได้ง่าย ถ้าทิ้งไว้รู้ผุจะลึก เข้าไปในเนื้อฟันเรื่อยๆจนถึงโพรงประสาทฟัน ทำให้เกิดการปวดบวม การรักษาทำได้โดยการไปพบทันตแพทย์เพื่อทำการรักษาโดยการอุดฟัน

นอกจากนี้ ยังมีลักษณะอาการที่เกิดในช่องปากของผู้สูงอายุ คือแผลในช่องปากซึ่งก่อให้เกิดความเจ็บปวดรำคาญขัดขวางการรับประทานอาหารแก่ผู้สูงอายุ แผลที่พบบ่อยได้แก่แผลร้อนใน อาจพบในช่วงที่ร่างกายพักผ่อนไม่เพียงพอ จิตใจเครียด แผลบาดเจ็บหรือการบาดเจ็บจากฟันเทียม กัดโดน ปกติแล้วแผลจะหายเองแต่ต้องทำความสะอาดช่องปากให้ดีและแก้ไขสาเหตุ แต่ถ้าปวดมากก็ใช้ยาป้ายบรรเทาอาการได้ และแผลอักเสบมุมปากจะเกิดจากภาวะสูญเสียฟันหลายๆซี่ โดยเฉพาะฟันหลัง ทำให้ฟันไม่มีฟันค้ำหรือฟันสึกมากๆจากการบดเคี้ยวหรือใส่ฟันเทียมที่มีความสูงไม่ถูกต้อง ทำให้มุมปากเกิดการย่น ทำให้ระคายเคืองและถ้าเปื่อยขึ้นจากน้ำลายตลอดเวลาจะเกิดการอักเสบติดเชื้อได้ หรือร่างกายขาดสารอาหาร การได้รับยาปฏิชีวนะนานๆ อาจพบที่มุมปากข้างเดียวหรือ 2 ข้างก็ได้ โดยเนื้อเยื่อมุมปากมีสีซีดอยู่เป็นแผลแตกระคายเคืองเจ็บปวดขณะอ้าปาก การรักษาแผลในช่องปากควรรักษาที่สาเหตุ เช่นการสูญเสียฟัน ฟันสึกโดยการปรึกษาทันตแพทย์<sup>(18)</sup>

นอกจากโรคที่เกิดในช่องปากแล้ว ยังมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุ คือการสูบบุหรี่ เนื่องจากในบุหรี่ยังมีสารพิษหลายตัวที่เป็นอันตราย สำหรับโทษต่อสุขภาพช่องปาก ได้แก่ ทำให้ฟันสกปรกเป็นคราบสีน้ำตาลติดแน่นบนผิวฟัน เกิดกลิ่นปากและอาจทำให้เกิดมะเร็งในช่องปาก เนื่องจากควันและความร้อนของบุหรี่จะระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อ ถ้าสูบบุหรี่มากๆ เนื้อเยื่อเหงือกอาจจะเปลี่ยนเป็นสีเทาหรือมีคราบขาวขุ่นคลุมซึ่งการระคายเคืองอาจก่อให้เกิด

โรคมะเร็งได้ นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมการกินหมาก ที่เชื่อว่าการกินหมากทำให้ฟันแข็งแรงซึ่งเป็นการเชื่อที่ผิด เพราะหมากที่เกาะพอกบริเวณตัวฟันจะทำให้เกิดความระคายเคืองต่อเหงือกเป็นจุดที่ทำให้เกิดการสะสมคราบจุลินทรีย์ง่าย เกิดเหงือกอักเสบ ทำความสะอาดยาก อาจทำให้โรคคุดกาม เกิดฟันโยกและสูญเสียฟันได้ ดังนั้นการป้องกันการเกิดโรคในช่องปากของผู้สูงอายุทำได้โดย

1. การแปรงฟันให้สะอาดถูกวิธีโดยเฉพาะบริเวณซอกฟันและคอฟัน
2. การเลือกรับประทานอาหารที่มีกากใยเช่นผลไม้เป็นอาหารว่างดีกว่าของหวานเหนียว เพราะตกค้างและมีอันตรายต่อฟันน้อยกว่าในวัยสูงอายุ

3. การได้รับอาหารครบถ้วนและมีคุณค่าจะส่งเสริมให้ร่างกายรวมทั้งอวัยวะช่องปากแข็งแรง คงสภาพการใช้งานไปได้ยาวนานตลอดชีวิต ซึ่งนอกจากจะต้องคำนึงถึงชนิดของอาหารให้ครบถ้วนแล้ว ควรคำนึงถึงลักษณะรูปแบบความอ่อนนุ่ม และความถี่ในการบริโภคอาหารด้วยเนื่องจากผู้สูงอายุ โดยมากจะมีจำนวนซี่ฟันน้อยลง บางครั้งฟันโยกและมักใส่ฟันเทียม ซึ่งประสิทธิภาพการบดเคี้ยวจะลดลง ความสามารถในการทำความสะอาดก็ลดลงด้วย อาหารที่ผู้สูงอายุควรรับประทานได้แก่อาหารหลัก 5 หมู่ได้แก่

- 3.1 แป้ง น้ำตาล ได้แก่ ข้าว ก๋วยเตี๋ยว สำหรับน้ำตาลควรรับประทานในปริมาณที่น้อย เพราะอาจทำให้อ้วน และเกิดโรคทางร่างกายอื่นได้

- 3.2 เนื้อสัตว์ ควรเป็นเนื้อปลา เพราะนุ่ม และมีโปรตีนที่ย่อยง่าย ไขมันต่ำ ถ้าเป็นเนื้อชนิดอื่นๆ ควรอยู่ในรูปที่เคี้ยวง่าย ไขมันน้อย

- 3.3 ผักใบเขียว ควรเป็นผักที่สะดวกแก่การเคี้ยว ซึ่งอาจใช้การหั่นตัดให้ชิ้นเล็กลงเช่น ผักบุ้ง ตำลึง มะระ มะเขือ แตงกวา ฯลฯ

- 3.4 ผลไม้ ควรเลือกชนิดที่มีกากใยสูง ซึ่งอาจช่วยทำความสะอาดฟันได้บ้าง ตกค้างน้อย ไม่หวานจัด เปรี้ยวจัดหรือเหนียวติดฟัน เช่น ชมพู่ ฝรั่ง มันแกว ส้ม แตงโม มะละกอ มะม่วง ฯลฯ

- 3.5 ไขมัน ควรเลือกใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหาร เพื่อหลีกเลี่ยงการสะสมของไขมันในเส้นเลือด แต่ถ้าเลี่ยงได้ควรเป็นอาหารพวกต้มนี้

สำหรับผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยง อาหารหวานจัดอาหารที่นิ่มละเอียดมากๆ หรือเหนียวติดฟัน เพราะเป็นสาเหตุของฟันผุ เช่น ขนมเค้ก สับปะรดกวน ตังเม จะเกิดการตกค้างในซอกฟัน ได้สูง ทำความสะอาดยาก เกิดฟันผุง่าย อาหารเปรี้ยวจัด หรือน้ำอัดลม เพราะมีกรดอาจทำให้เกิดการสึกกร่อนของฟัน แต่ถ้าเลิกไม่ได้ยังขอรับประทานอาหารเหล่านี้อยู่ ก็ควรจะกินอาหารเหล่านี้ ภายในมื้ออาหาร ไม่ควรกินจุบจิบระหว่างมื้อโดยเฉพาะช่วงก่อนนอนและสิ่งสำคัญที่สุดคือกินแล้ว ควรแปรงฟันให้สะอาดถูกวิธีหลังอาหารทุกมื้อก็จะช่วยลดการเกิดโรคในช่องปากได้

การแปรงฟันให้สะอาดถูกวิธี จะต้องเริ่มจากการเลือกใช้แปรงสีฟัน โดยดูจากขนแปรงควรเป็นขนแปรงที่อ่อนมีสปริง หน้าที่ดัดแปรงเรียบปลายมนทำด้วยไนลอน เพราะจะไม่ทำอันตรายต่อ

เหงือกและฟัน รักษาความสะอาดง่าย ขนาดแปรงสีฟันควรมีความกว้าง-ยาวเหมาะกับขนาดของปากไม่กะกะเวลาเข้าทำความสะอาดฟันโดยเฉพาะฟันกรามหลัง และด้ามแปรงควรวาวพอเหมาะให้จับได้ถนัดมือ นอกจากนี้แล้วควรเลือกยาสีฟันชนิดที่เป็นครีม เพราะผงขัดไม่หยาบเท่าแบบผงเลือกกลิ่นรสยี่ห้อได้ตามต้องการถ้าไม่เกิดอาการแพ้ เพราะองค์ประกอบส่วนใหญ่ของยาสีฟันในปัจจุบันก็คล้ายคลึงกัน และมีฟลูออไรด์เป็นองค์ประกอบ เมื่อเลือกอุปกรณ์สำหรับทำความสะอาดช่องปากแล้ว ก็ต้องมีวิธีการแปรงฟันที่ถูกต้อง ซึ่งวิธีการแปรงฟันที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุควรวางแปรงทำมุม 45 องศากับตัวฟัน มีขนแปรงบางส่วนอยู่ที่คอฟันและขอบเหงือกให้ขนแปรงแทรกเข้าไปในขอบเหงือกและซอกฟัน ปิดขนแปรงจากขอบเหงือก โดยฟันบนปัดลง ฟันล่างปัดขึ้น ด้านบดเคี้ยวถูไปมา โดยต้องแปรงให้ทั่วทุกซี่ ทั้งด้านในและด้านนอก แปรงนานอย่างน้อย 2 นาทีโดยประมาณ เมื่อแปรงฟันเสร็จแล้วจะต้องแปรงลิ้นเบาๆ ลิ้นจะได้ปราศจากการหมักหมมของกลิ่นอาหาร หลังการแปรงฟันควรล้างแปรงสีฟันให้สะอาด สะบัดและผึ่งให้แห้ง ถ้าขนแปรงบานควรเปลี่ยนใหม่ประมาณ 3 เดือนต่อ 1 ด้าม

นอกจากการแปรงฟันให้สะอาดและถูกวิธีในผู้สูงอายุแล้ว ยังมีอุปกรณ์อื่นที่ช่วยทำความสะอาดฟันได้ด้วยได้แก่

1. โหมขัดฟัน เป็นเส้นใยที่ช่วยทำความสะอาดซอกฟันคอฟันที่ให้ผลดีที่สุด
2. แปรงซอกฟัน เป็นแปรงขนาดเล็กๆ รูปร่างคล้ายแปรงล้างขวด ใช้ทำความสะอาดซอกฟันที่ค่อนข้างกว้าง เหงือกกร่น รากฟันโผล่หรือง่ามของฟันกรามหลัง
3. แปรงกระจุก เดียวคล้ายแปรงสีฟันปกติ แต่มีขนแปรงเพียงกระจุกเดียว ใช้ทำความสะอาดในจุดลึกๆหรือแคบ เช่น ด้านหลังฟันกรามซี่ในสุดที่แปรงสีฟันปกติแปรงได้ไม่ถึงไม่ถนัด
4. ไม้จิ้มฟัน ควรมีลักษณะด้ามตรง แบน บางเรียวยาวไม่มีเสี้ยน ใช้ทำความสะอาดซอกฟันที่ห่าง และช่วยเขี่ยเศษอาหารขึ้นได้ออก
5. น้ำยาบ้วนปาก ในภาวะปกติ อาจไม่จำเป็นต้องใช้ แต่ถ้าควรใช้ควรปรึกษาทันตแพทย์

1. ฟันเทียมชนิดถอดได้ จะมีส่วนของตะขอในการยึดติดกับฟันข้างเคียงและมีฐานพลาสติกหรือโลหะ วางบริเวณเหงือกหรือเพดานปาก เพื่อรับแรงบดเคี้ยวเป็นตัวช่วยยึดอีกส่วนหนึ่ง ซึ่งบริเวณที่เป็นตะขอและฐานพลาสติกนี้ อาจจะเป็นที่สะสมของเศษอาหารต่างๆได้ดี ดังนั้น ทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร จึงควรถอดฟันเทียมออกมาทำความสะอาด พร้อมกับทำความสะอาดฟันจริงเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดฟันผุและกลิ่นปาก โดยใช้น้ำยาสีฟันกับแปรงสีฟันที่มีขนอ่อนแปรงทำความสะอาด และควรมีภาชนะคอยรองรับไว้เพื่อกันฟันเทียมตกแตก และที่สำคัญก่อนนอนต้องถอดฟันเทียมแช่น้ำไว้เสมอ ไม่ให้ฟันเทียมแตกแห้ง และให้เหงือกได้พักผ่อน

2. ฟันเทียมชนิดติดแน่น จะสวมทับลงไปบนซี่ฟัน หรือใช้ฟันข้างเคียงช่องว่างเป็นหลักยึด ดังนั้น ฟันเทียมชนิดนี้จะไม่มีตะขอหรือฐานบนเหงือกหรือเพดานปาก และไม่สามารถถอดออกได้ ฉะนั้น การรักษาความสะอาด นอกจากจะแปรงฟันตามปกติแล้ว ควรใช้ไหมขัดฟันสอดเข้าทำความสะอาดใต้ฟันเทียมและขอบเหงือกด้วย

ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียม จะต้องระมัดระวังเป็นพิเศษในการรับประทานอาหารโดยเฉพาะอาหารเหนียวและแข็ง ห้ามนำฟันเทียมไปแช่ในน้ำเดือดหรือน้ำร้อน เพราะจะทำให้บิดเบี้ยวได้ และไม่ควรทิ้งฟันเทียมตากแห้ง เพราะอาจแตกร้าวได้ ฟันเทียมบางชนิดมีอายุการใช้งาน อาจต้องซ่อมแซมหรือเปลี่ยนใหม่ถ้ามีการแตกหัก ฟันเทียมที่ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเหงือกและเนื้อเยื่อในปากนั้น ควรได้รับการแก้ไข หากทิ้งไว้จะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดแผลมะเร็งในปากและควรไปหาหมอฟัน เพื่อตรวจเช็คทั้งฟันแท้ และฟันเทียมเป็นระยะทุก 6 เดือน การไปรับการตรวจฟันเป็นระยะๆ เพื่อให้หมอฟันช่วยแนะนำ และทำการรักษาบูรณะซ่อมแซมส่วนที่เกิดรอยโรค หรือมีความผิดปกติ ยิ่งถ้าใส่ฟันเทียมอยู่ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องไปตรวจเช็คสม่ำเสมอ เพื่อให้หมอฟันทำการแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้น เช่น สันเหงือกใต้ฟันเทียมยุบ จะได้แก้ไขฟันฟันเทียมใหม่ ถ้ามีตะขอหลุดอ้างก็ปรับตะขอใหม่ เป็นต้น และข้อสำคัญที่จะสามารถรักษาสุขภาพฟันให้อยู่กับเราได้ตลอดชีวิตนอกเหนือจากการพบทันตแพทย์แล้ว คือ การเอาใจใส่ดูแลสุขภาพ ช่องปากของตนเองอย่างสม่ำเสมอ โดยการแปรงฟัน และเลือกใช้เครื่องมือช่วยให้การทำความสะอาดฟันที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมด้วย

สรุปในการศึกษาครั้งนี้ การดูแลสุขภาพด้วยตัวเองของผู้สูงอายุหมายถึง กระบวนการที่ให้ผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ได้ช่วยเหลือตัวเองและรับผิดชอบตนเอง ในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การส่งเสริมสุขภาพ การดูแลรักษาฟันเทียม และการดูแลอนามัยช่องปากเช่น การแปรงฟัน การบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ การตรวจสุขภาพ การตรวจฟัน การทำความสะอาดฟันเทียม การหลีกเลี่ยงปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น สุรา บุหรี่ สารเสพติดและการเคี้ยวหมาก

## 2.2 ผู้สูงอายุกับฟันเทียม

สุขภาพในช่องปาก และการดูแลสุขภาพในช่องปาก เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ในการคงสภาพการใช้งาน การบดเคี้ยว การกลืน การพูด ตลอดจนความสวยงาม ในสภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งมีความเสื่อมสลายโดยธรรมชาติอยู่แล้ว จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องไปพบทันตแพทย์ เพื่อบูรณะให้คงสภาพการใช้งาน อย่างไรก็ตาม ภูมิปัญญา ความต้องการและความจำเป็นของแต่ละคนไม่เหมือนกัน อาจขึ้นอยู่กับความรู้ ความเข้าใจ ความจำเป็น ความต้องการในสภาพปัจจุบันประชากรสูงอายุในประเทศไทย

มากกว่า 50% ของพลเมืองต้องการทันตกรรมประดิษฐ์ หรืออาจเรียกว่า ต้องใส่ฟันเทียม ความต้องการทางด้านทันตกรรมประดิษฐ์ก็มากขึ้นเรื่อยๆ อีกทั้งภาวะปัจจุบันในประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากและมีความต้องการที่จะใส่ฟันเทียมมากขึ้น

การยอมรับการใส่ฟันเทียมมีค่อนข้างสูง แต่บางครั้งการปฏิเสธการใส่ฟันอาจมีเกิดขึ้นได้ ทันตแพทย์จะต้องอธิบาย ชี้แจง สิ่งที่ทำให้เข้าใจ อย่างไรก็ตาม การทำฟันเทียมทั้งปากจะไม่เสร็จสิ้น โดยหลังจากที่ใส่ฟันไปแล้วจะต้องติดตามผู้ป่วยตลอดไป<sup>(19)</sup> การหดตัวหรือการยุบตัวเป็นลักษณะที่เกิดขึ้นตลอดเวลาของมนุษย์ เมื่อเข้าสู่วัยชรา จะมีมาก น้อย ขึ้นอยู่กับบุคคลๆ ไป โดยอาจเป็น Anatomic, Metabolic, หรือ Mechanical Factors โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในชากรรไกรล่าง อย่างไรก็ตาม ถ้ามีการป้องกันสิ่งที่จะทำให้เกิดที่นอกเหนือจากธรรมชาติได้ ก็จะเป็นผลดีต่อการคงรูปของสันเหงือกที่สมบูรณ์ ซึ่งดีที่สุด คือรักษาฟันนั้นๆ ไว้ให้ได้มากที่สุด นานที่สุด เพื่อไม่ให้เหงือกที่รองรับฟันเทียมจะต้องถูกทำลายไป หรือบางครั้งอาจจะต้องเก็บ หรือรักษารากฟัน เพื่อยังคงสภาพเหงือก นอกจากนี้ยังช่วยรับแรงกดลงบนสันเหงือกด้วย Oral Mucosal Lesions รอยแผลที่เกิดขึ้นในช่องปาก อาจเกิดขึ้นจากหลายๆ ประการด้วยกัน จากฟันเทียม จากTrauma จากระบบทางเดินอาหาร หรือจากโรคอื่นๆ เช่น มะเร็ง เป็นต้น แต่ส่วนใหญ่เกิดจากฟันเทียมที่ใส่ รอยแผลที่เป็นจะมีลักษณะ

1. เกิดเป็น Acute หรือ Chronic Reaction ของ Microbial Denture Plaque

2. เกิดจากฐานของฟันเทียมกด

3. เกิดจากอุบัติเหตุของฟันเทียม เช่น หลุดหรือกระดกแล้วกัดในผู้ป่วยที่ใส่ฟันเทียมสุขภาพในช่องปากเป็นสิ่งสำคัญที่สุด หลายคนอาจไม่เข้าใจในกรณีที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากว่าไม่มีฟันแล้วจะไปแปร่งฟันทำไม เศษอาหารก็ตาม Plaque ( จี๊ฟัน ) ก็ตามที่เกาะติดตามฟันเทียมจะเป็นตัวเพาะเชื้อซึ่งจะมีผลต่อเนื้อเยื่อที่อยู่รอบข้าง หรือแม้แต่เหงือกเองก็ตาม ถ้ามีการแปร่งฟันหรือขนาด จะเป็นการเกิดกระแสโลหิตหมุนเวียนดีขึ้นและทำให้สุขภาพเหงือกดีขึ้นในกรณีที่ใส่ Partial Denture สิ่งจำเป็นและสำคัญมากๆ คือการรักษาความสะอาด เพราะการใส่ Partial Denture ทำให้เกิดเนื้อที่ของการเกาะติดของเศษอาหารมากขึ้นการตรวจดูหรือป้องกันฟันผุที่เป็นหลักยึดหรือแม้แต่โรคปริทันต์ สำหรับฟันที่เหลืออยู่การอักเสบของเหงือกที่รองรับฟันเทียมGuideline For Rehabilitation With Complete Dentures การใส่ฟันเทียมทั้งปากคือทำฟันเทียมวางอยู่บนสันเหงือก และมีสิ่งแวดล้อมต่างๆของช่องปาก เพื่อช่วยให้ฟันเทียมวางอยู่และใช้งานได้ ตลอดจนความสวยงามหรือความเหมาะสม ที่จะทำให้อุเหมือนธรรมชาติ ในช่วงอายุ เพศ การทำฟันเทียมทั้งปากมีหลายๆ ลักษณะด้วยกัน การรักษาหรือการป้องกัน หรือการดูแลฟันเทียม เป็นหน้าที่ของผู้ป่วยเอง ที่จะต้องทำและทำให้ถูกต้องตามที่ทันตแพทย์แนะนำ การใช้ยาสีฟัน การแปร่งฟัน การใช้วัสดุอื่นๆ เช่น สก็อตไบรท์ขัด หรือแม้แต่สารเคมี ซึ่งผู้ป่วยเชื่อและเข้าใจจะทำให้ฟันเทียมนั้นๆเสียหายได้ อย่างไรก็ตาม



ควรแนะนำผู้ป่วยให้เลือกใช้ของหรือวิธีที่ดีที่สุด เพื่อรักษาสภาพของฟันเทียมให้มีอายุมากที่สุด คือสิ่งที่ทั้งผู้ป่วย และทันตแพทย์ต้องการ ยาก็ตาม สารเคมีก็ตามที่โฆษณาเกี่ยวกับการทำความสะอาดฟันเทียม ซึ่งจริงๆแล้ว อาจไม่ได้ประโยชน์อะไรเลยก็ได้ ควรแนะนำผู้ป่วยก่อนใช้และปรึกษาทันตแพทย์

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับตัวฟันเทียม ในตัวฟันเทียมที่มีการเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบมาก คือ tissue surface และocclusalsurface ส่วน polishing surface จะมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก นอกจากผู้ป่วยบางคนที่ไม่เข้าใจวิธีทำความสะอาด โดยการใช้แปรงหรือวัสดุมีคมขัด เช่น สก็อตโบรท์ เป็นต้น หรือบางคนแปรงทำความสะอาดในปากเหมือนกับฟันธรรมชาติ การสึกกร่อนจะมีมากๆ สำหรับ tissue surface ถ้าฟันเทียมใหม่ และแน่นดี ทุกอย่างถูกต้อง การเปลี่ยนแปลงจะน้อย มากอย่างไรก็ตาม จะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสังขาร ซึ่งขึ้นอยู่กับการละลายตัวของกระดูก ขึ้นอยู่กับการใช้งาน ขึ้นอยู่กับโรคประจำตัว (มีผู้ป่วยบางคนถามว่าถ้าลดน้ำหนักมากๆ จะมีผลต่อฟันเทียมหรือเปล่า ซึ่งการลดน้ำหนักไขมันจะถูกทำลายหรือขับออกเหงื่อมีไขมันอยู่ด้วยน่าจะลดลงเหมือนกันซึ่งเรื่องนี้ยังไม่มีข้อพิสูจน์) การใช้งานชนิดแรงมากเกินไปหรือการใช้งานชนิดที่เป็นนิสัย เช่น การกัดฟันตลอดเวลา การให้เหงือกพักผ่อน (ลดเวลากลางคืน) จะมีผลต่อการที่ใส่ฟันเทียมกับการไม่ใส่ฟันเทียม มีผลต่อการละลายตัวของกระดูก หลากๆทฤษฎีมีความคิดเห็นต่างกัน ใส่ฟันเป็นการกระตุ้นให้เลือดมาหล่อเลี้ยง แต่ถ้าแรงกัดมากเกินไปก็ทำลายกระดูกได้ ส่วนไม่ใส่ฟันเทียมเป็นผลของการไม่ใช้งานอาจฝ่อหรือเหี่ยวได้ ถ้าเกิดการหลวมอาจต้องการทำการ Reline

ในการทำความสะอาด ก็เหมือนกัน ถ้าแปรงในแนวตั้งจะมีผลการสึกน้อยกว่า การแปรงในแนวนอน ฟันเทียมคือ ฟันที่ถูกทำขึ้นโดยทันตแพทย์ เพื่อใส่ทดแทนฟันธรรมชาติและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ที่สูญเสียฟันให้ดีขึ้น ทำให้สามารถยิ้มได้อย่างมั่นใจสวยงามและเคี้ยวอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประโยชน์ของฟันเทียมจะช่วยเสริมสร้างบุคลิกภาพเพิ่มความมั่นใจให้แก่ผู้ที่สูญเสียฟันธรรมชาติ โดยเฉพาะในฟันหน้า ช่วยในการบดเคี้ยวทำให้สามารถบดเคี้ยวอาหารได้ละเอียดขึ้น ทำให้กระเพาะอาหารไม่ต้องทำงานหนักจนเกินไป ช่วยป้องกันการเกิดฟันที่อยู่ข้างเคียงล้มเอียง หรือฟันคู่สบยื่นยาวเข้ามาหาช่องว่างที่สูญเสียฟัน

## 2.3 อันตรายจากฟันเทียมเถื่อน ที่ทำจากหมอลาวบ้าน

ฟันเทียมเถื่อนที่ทำกับหมอลาวบ้าน ทำให้เกิดอันตรายในช่องปากอย่างมากมาย ได้แก่ เกิดการสบฟันที่ผิดปกติ ที่ส่งผลเกิดอันตรายกับกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อรอบๆฟันปลอม เช่น เกิดแผลจากการกัดสบของฟันบริเวณลิ้นหรือกระพุ้งแก้ม และลูกกลามกลายเป็นแผลเรื้อรัง รุนแรง ถึงข้อต่อขากรรไกร กลายเป็นโรคข้อต่อขากรรไกร หรือเกิดการละลายตัวของกระดูกเบ้าฟันอย่างรวดเร็ว

จากแรงที่กระทำต่อสันเหงือกที่ไม่เหมาะสมของฟันเทียมเลื่อน ทำให้สันเหงือกยุบตัว แทนที่จะอูมนูน ส่วนใหญ่ฟันเทียมที่ทำไม่พอดี และหลวมเกินไป โดยการแก้ไขของหมอชาวบ้าน คือ ดัดตัวดูดที่ทำจากยาง ซึ่งจะมีลักษณะเป็นจุกยางติดที่เพดานฟันเทียม เพื่อใช้ดูดกับเพดานปากไม่ให้ฟันเทียมบนหลุด ซึ่งมีผลให้เพดานปาก เกิดรอยแดงจากตัวดูด และเกิดเป็นแผลหรือก้อนเนื้อภายในช่องปากได้ นอกจากนี้ ฟันเทียมที่แน่นเกินไปหรือขอบเกินไป ใส่แล้วรู้สึกเจ็บหรือออกแบบไม่เหมาะสม จะทำให้ไม่สามารถใช้เคี้ยวอาหารได้ และการทำฟันเทียมเลื่อนจากหมอชาวบ้านโดยปราศจากการเตรียมช่องปาก เช่น ไม่ได้ทำการอุดฟันซี่ที่ผุ ขูดหินปูน หรือถอนฟันซี่ที่ไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้ ซึ่งส่วนใหญ่หมอบ้านมักทำฟันเทียม ทับรากฟันโดยที่ไม่สนใจว่าฟันซี่นั้นจะมีรอยโรคอยู่หรือไม่ ส่งผลให้เกิดฝีหนองได้ นอกจากนี้ยังพบว่ามีการทำฟันเทียมทับตัวฟันที่ดี ทำให้ฟันซี่นั้นได้รับน้ำหนักมากเกินไป แทนที่จะกระจาย น้ำหนัก ก็ส่งผลให้ฟันซี่นั้นซึ่งอาจจะเป็นซี่ที่แข็งแรงกลายเป็นฟันที่อ่อนแอ โยง จนไม่สามารถใช้เคี้ยวอาหารได้อีก ส่วนฟันเทียมเลื่อนที่ทำการยึดติดกับฟันธรรมชาติด้วยลวดผูกติดแน่น ไม่สามารถถอดออกได้ ทำให้ไม่สามารถทำความสะอาดฟันเทียมหรือฟันธรรมชาติซี่ข้างเคียงได้อย่างทั่วถึง จนกลายเป็นแหล่งสะสมเชื้อโรคและคราบจุลินทรีย์ ( ชีฟัน ) ใต้ฟันเทียมเกิดเหงือกอักเสบ ช่องปากมีกลิ่นเหม็นเน่า และยังส่งผลให้ฟันธรรมชาติที่โดนผูกติดแน่นโยกหรือผุไปด้วย เมื่อคนไข้มาพบทันตแพทย์จึงไม่สามารถเก็บรักษาฟันซี่ที่เคยแข็งแรงไว้ได้ ต้องถอน การใส่ฟันเทียมเลื่อนแบบติดแน่นไม่สามารถถอดออกได้มีผลต่อผู้ป่วยที่เป็นโรคถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง(COPD) เนื่องจากผู้ป่วยต้องใช้ Seretide Accuhaler เพื่อควบคุมการหอบ โดยการพ่นผ่านปาก ซึ่งขั้นตอนการพ่น ต้องถอดฟันเพื่อป้องกันการขัดขวางการสูดพ่นยาดังกล่าว และส่งผลให้เกิดอาการหืดหอบบ่อยครั้งจนอาจเกิดอันตรายต่อชีวิตแต่ก็พบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากที่ยังรับบริการฟันเทียมเลื่อนจากหมอชาวบ้าน เนื่องจากมองว่าประหยัดทั้งค่าใช้จ่าย และประหยัดทั้งเวลาในการรอทำฟันเทียม มากกว่าการรับการรักษาที่ทันตแพทย์

## 2.4 สุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

สุขภาพช่องปากมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างไร คุณภาพชีวิตและสุขภาพเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจมากขึ้นในปัจจุบัน โดยมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงตนอย่างมีคุณภาพตลอดอายุขัย ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพใจ ในส่วนของสุขภาพช่องปากหมายถึง ภาวะช่องปากที่มีความสบายสามารถทำหน้าที่ได้ ทำให้คนเราสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นสุข เป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาสุขภาพและสุขภาพช่องปาก เพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีหรือให้แต่ละบุคคลสามารถดำรงตนอย่างมีคุณภาพ มีความสุขทั้งสุขภาพกาย จิตใจ สังคม ดำรงตนอย่างเปี่ยมด้วยวิจรรณญาณและปัญญาคุณภาพชีวิต มีขอบเขตกว้างขวางครอบคลุมเรื่องต่างๆที่สลับซับซ้อน ได้แก่

สุขภาพทางกาย สภาวะจิต ระดับความเป็นตัวของตัวเอง ความสัมพันธ์ต่างๆทางสังคม ความเชื่อส่วนบุคคลและสัมพันธภาพที่มีต่อสิ่งแวดล้อม คุณภาพชีวิตเป็นกระบวนการทางจิตใจซึ่งอยู่ภายใต้อิทธิพลที่มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์พื้นฐาน ความรู้วัฒนธรรม ค่านิยม มุมมองที่หลากหลาย คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับสุขภาพทั้งสุขภาพกายและสุขภาพใจ ในทัศนะทางศาสนากล่าวไว้ว่าชีวิตที่มีคุณภาพมิใช่เป็นเพียงชีวิตในเชิงกายภาพแต่ต้องมีความสุขทั้งทางจิต และปัญญาด้วย<sup>(20)</sup>

บทบาทของสุขภาพช่องปากที่มีต่อสุขภาพร่างกายและต่อคุณภาพชีวิตนั้น มีหลายประการ การมีสุขภาพกายอยู่ที่การกินดีและสามารถกินได้ การกินได้ต้องมีองค์ประกอบสำคัญ คือมีฟันเคี้ยวได้ หากไม่มีฟันหรือมีการสูญเสียฟันไปก็จำเป็นต้องมีการบูรณะสภาพฟันฟันทันซึ่งที่สูญเสียไปด้วย ฟันเทียมชนิดต่างๆ เพื่อให้ช่องปากสามารถทำหน้าที่บดเคี้ยวได้เป็นปกติ สุขภาพจิตที่ดี คนเราต้องมีความสุข มีอารมณ์แจ่มใส เบิกบานไม่เป็นโรคไม่เจ็บปวด ในปากเราควรดูแลให้ฟันอยู่ในสภาพปกติ ไม่ผุ ไม่โยก ไม่บิ่นแตก ไม่สึกกร่อน เพื่อมีภาพลักษณ์ที่ชวนมองสุขภาพสังคมดี มีความมั่นใจ มีความภูมิใจในตนเอง สุขภาพปัญญาดีมีความรู้เท่าทันโลกและเทคโนโลยีสามารถดูแลสุขภาพตนเอง เลือกระบบการดูแลและรักษาที่เหมาะสมได้ การดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี<sup>(21)</sup>

#### 2.4.1 ผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสุขภาพกาย

ฟันเป็นอวัยวะส่วนหนึ่งของร่างกายการสูญเสียฟันธรรมชาติ ทำให้มีปัญหาในการเคี้ยวอาหาร จำนวนฟันที่เหลืออยู่น้อยจะกัดอาหารที่เป็นเส้นใยไม่ได้ เคี้ยวอาหารเหนียวๆ ไม่ได้กินอาหารแข็งไม่ได้เหมือนปกติ จึงต้องกินอาหารที่เคี้ยวได้ง่ายเช่น ข้าว แป้ง ทำให้มีโอกาสขาดสารอาหารบางประเภทส่งผลต่อสภาวะโภชนาการได้

การศึกษาในผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ที่มีฟันธรรมชาติ 623 คน พบว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากการเคี้ยวอาหารมีโอกาสเกิดสภาวะที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (underweight) เป็น 3 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาจากการเคี้ยวอาหาร<sup>(22)</sup> การเจ็บปวดที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากมีผลต่อสุขภาพกาย อาการปวดจากฟันที่ผุวมมีหนองส่งผลต่อการเคี้ยว กลุ่มอาการผิดปกติของบริเวณข้อต่อขากรรไกรซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่พบมากรองลงมาจากอาการปวดฟัน<sup>(23)</sup> มีผลต่อระบบการบดเคี้ยวโดยเกิดอาการปวดเมื่อเคี้ยวอาหาร โดยคนที่มีอาการปวดข้อต่อขากรรไกรมักจะเลี่ยงการกินอาหารที่แข็งเหนียวมีการศึกษาถึงผลกระทบของสุขภาพช่องปากที่มีต่อการเคี้ยวอาหารในผู้สูงอายุหลายแห่งซึ่งขนาดของผลกระทบมีค่าต่างๆกัน และยังพบอีกว่าผู้สูงอายุร้อยละ 45 มีปัญหาในการเคี้ยวอาหาร<sup>(24)</sup> การศึกษาในผู้สูงอายุชาวอังกฤษ 454 คน พบว่าร้อยละ 29 รายงานว่าสุขภาพช่องปากมีผลต่อการกินอาหาร<sup>(25)</sup> การศึกษาผลกระทบในผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อต่อขากรรไกร 35 คน พบว่าร้อยละ 88.6 มีปัญหาด้านการเคี้ยวอาหาร ร้อยละ 80 มีปัญหาในการเคี้ยวอาหารบางชนิด ร้อยละ 43 รายงานว่าจำเป็นต้องหลีกเลี่ยงการกินอาหารบางชนิด อีกร้อยละ 42.9 ต้องมีการเปลี่ยนแปลง



วิธีทำอาหาร เช่น ต้มนานขึ้น เพื่อให้เปื่อย ซึ่งหมายถึงการสูญเสียคุณค่าทางอาหารเพิ่มขึ้น<sup>(23)</sup> ในการศึกษาในผู้สูงอายุชาวนิวซีแลนด์ 576 คน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาของสุขภาพช่องปากที่เกี่ยวข้องกับฟันเทียมได้แก่ การพูดไม่ชัด การเคี้ยวอาหารไม่สะดวก เกิดความเจ็บปวดและมีแผลเนื่องจากฟันเทียม<sup>(26)</sup> การใส่ฟันเทียมมีผลต่อความสามารถในการเคี้ยวอาหาร การพูดไม่ชัด การหัวเราะแต่อาจทดแทนฟันธรรมชาติได้ไม่ทั้งหมด

ในการศึกษาผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากชาวแคนาดา 367 คน พบว่าร้อยละ 47.4 มีปัญหาด้านการเคี้ยวอาหารและการเลือกชนิดของอาหาร<sup>(27)</sup> หากไม่มีการดูแลฟันเทียมที่ถูกต้อง และดีฟฟันเทียมที่ทำงานทดแทนฟันธรรมชาติก็ก่อให้เกิดปัญหาเช่นกัน และอาจมีปัญหามากกว่าปัญหาจากฟันธรรมชาติอีกด้วย

#### 2.4.2 ผลกระทบสุขภาพช่องปากต่อสุขภาพจิต

ฟันธรรมชาติเป็นอวัยวะส่วนหนึ่งของร่างกายที่มีความสำคัญ การสูญเสียฟันเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายมีผลต่อสุขภาพจิต เมื่อผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียทางสุขภาพร่างกาย จะทำให้เกิดความไม่มั่นใจทั้งในด้านความสามารถของตนเอง และในด้านคุณค่าของตนเอง ในด้านสุขภาพช่องปากการสูญเสียฟันธรรมชาติมีผลต่ออาการลักษณะความมั่นใจความสวยงาม การมีฟันบางส่วนหายไปทำให้ผู้สูงอายุหลายคนมีความรู้สึกอาย ไม่อยากยิ้ม คนที่ใส่ฟันเทียมอาจมีความไม่มั่นใจในขณะพูด หรือเคี้ยวอาหารซึ่งเป็นผลกระทบทางด้านจิตใจ

การศึกษาในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าสุขภาพช่องปากมีผลกระทบต่อสุขภาพจิต ร้อยละ 26.8 คือ ทำให้เกิดความแปรปรวนทางอารมณ์ เกิดความหงุดหงิด หรือมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ ( emotional stability )<sup>(24)</sup> ความเจ็บปวดหรือความไม่สบาย เนื่องจากฟันมีผลต่อการพักผ่อน การนอนหลับ และมีผลต่อการทำงาน หรือทำกิจกรรมต่างๆตามปกติ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพจิต จิตสำนึกที่มีความเครียด สามารถส่งผลกระทบไปที่ฟันได้ เกิดการกัดฟันในขณะที่นอนหลับและสามารถส่งผลทำให้ปวดข้อต่อขากรรไกร ก่อให้เกิดความเจ็บปวดความไม่สบายใจได้เช่นกัน ผู้สูงอายุชาวอเมริกัน ที่มีอาการปวดข้อต่อขากรรไกร 48 คนร้อยละ 50 รายงานว่าความเจ็บปวดหรือความไม่สบาย เนื่องจากอาการปวดข้อต่อขากรรไกร มีผลต่อการพักผ่อนนอนหลับ<sup>(28)</sup> ความสุขและความสุนทรีย์ ในการรับประทานอาหารส่วนหนึ่งได้มาจากอาหารที่มีกลิ่นดีและรสชาติดี อาหารที่มีรูปรสกลิ่นที่ดีจึงมีผลต่อสุขภาพอนามัยที่ดี การกินอาหารจึงเป็นเรื่องของความสนุกสนานเพลิดเพลินทำให้คนมีความสุข การสูญเสียฟันและการใส่ฟันเทียมที่มีผลต่อการรับรส และกลิ่นของอาหาร ย่อมบั่นทอนความสุขที่เกิดจากการกินอาหาร ผู้ป่วยที่มีอาการปวดข้อต่อขากรรไกรมีความสุขจากการกินอาหารลดลง เนื่องจากความเจ็บปวดขณะเคี้ยว รวมทั้งความอายจากเสียงที่ตั้งของข้อต่อขากรรไกร

### 2.4.3 ผลกระทบของสุขภาพช่องปากด้านการเข้าสังคม

เมื่อผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวและมีสุขภาพแข็งแรง สิ่งที่เป็นความสุขอย่างหนึ่งที่ส่งเสริมในเรื่องของคุณค่าและคุณภาพชีวิต คือการได้ออกนอกบ้านไปพบปะสมาคมกับเพื่อนๆ หรือทำตัวให้เกิดประโยชน์ในรูปแบบต่างๆ การเข้าสังคม มีการสื่อสารด้วยวาจาและภาษากาย สุขภาพช่องปากมีส่วนเกี่ยวข้องในการสื่อสาร ในการพูด เกิดความมั่นใจในการเข้าสังคม ฟันเป็นอวัยวะที่ส่งเสริมภาพลักษณ์ คนที่มีฟันสวยฟันสะอาดปราศจากกลิ่นปากจะพูดจา ยิ้ม หัวเราะได้อย่างมั่นใจ ผู้สูงอายุที่รู้ตัวว่ามีกลิ่นไม่พึงประสงค์จากช่องปาก เกิดการสูญเสียความมั่นใจในการเข้าสังคม การสูญเสียฟันและการใส่ฟันเทียมที่มีกลิ่นไม่พึงประสงค์ย่อมบั่นทอนความมั่นใจในการเข้าสังคมได้ กลุ่มอาการปวดข้อต่อขากรรไกรมีผลต่อด้านการเข้าสังคม โดยผู้สูงอายุที่มีอาการเหล่านี้รายงานว่ามักหลีกเลี่ยงการกินอาหารนอกบ้าน<sup>(23)</sup> ในผู้สูงอายุชาวอเมริกันที่มีอาการปวดข้อต่อขากรรไกร ร้อยละ 81 รายงานว่า อาการปวดมีผลในด้านการเข้าสังคม ความเจ็บปวดจากฟันส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่ยอมออกจากบ้าน ไปพบปะผู้คนหรือทำกิจกรรมตามปกติ ในปัจจุบันผลของสุขภาพช่องปากต่อด้านสังคมอาจมีไม่มากในผู้สูงอายุไทย อย่างไรก็ตามปัจจัยทางการศึกษาสังคมวัฒนธรรมที่เข้ามากระทบต่อสังคมไทยอาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ต่อความหมายหรือการให้คุณค่าของสุขภาพช่องปาก ในอนาคตผู้สูงอายุไทยมีการเข้าสังคมมากขึ้น ผู้สูงอายุให้ความสำคัญต่อความหมายสุขภาพช่องปากในด้านความสวยงามมากขึ้น อาจทำให้สุขภาพช่องปากมีผลต่อการเข้าสังคมหรือการออกนอกบ้านไปพบปะผู้คนมากขึ้น

การประเมินคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปาก การวัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก เป็นการประเมินจากตัวบุคคล โดยคำถามที่อยู่ในดัชนีจะต้องแสดงถึงกิจกรรมหรือเหตุการณ์ที่มีโอกาสสูงพอที่จะได้รับผลกระทบจากช่องปากและมีความเกี่ยวข้องสำคัญต่อชีวิตประจำวันของบุคคลนั้นๆ ดังนั้น ความรู้สึกว่าเหตุการณ์ใดเกี่ยวข้องกับช่องปากของตนและถือเป็นสิ่งสำคัญในชีวิตของตนหรือไม่ จึงอาจจะแตกต่างกันในแต่ละประชากร<sup>(29)</sup> กล่าวคือประชากรกลุ่มหนึ่งอาจรู้สึกว่าเป็นเรื่องหนึ่งๆ ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญในชีวิตของเขาได้รับผลกระทบมาจากช่องปาก ในขณะที่ประชากรอีกกลุ่มหนึ่ง อาจเห็นว่าเรื่องดังกล่าวไม่ค่อยจะเกี่ยวข้องกับช่องปากมากนัก หรือเป็นเรื่องที่ไม่สำคัญในสังคมของเขา ซึ่งวิธีการหนึ่งที่จะยืนยันถึงความเหมาะสมของแต่ละคำถามและภาพรวมของดัชนี ต่อการใช้ในประชากรใดๆต้องทดสอบคุณสมบัติต่างๆของดัชนีนั้นก่อน

### 2.4.4 ดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ใหญ่

ดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ที่พัฒนามาตั้งแต่ศตวรรษ 1970's จนถึงปัจจุบันมีจำนวนมากกว่า 10 ชนิด<sup>(30)</sup> การพัฒนาเริ่มมาจาก ดัชนีสำหรับใช้กับผู้สูงอายุ เพราะคาดว่าเป็นวัยที่มีโรคในช่องปากสะสมมายาวนานที่สุด จึงน่าจะมีสุขภาพช่องปากหรือคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ด้อยที่สุด ด้วยดัชนี แต่ละตัวมีความแตกต่างกันทั้งความยาวตั้งแต่ 3 ข้อไปจนถึง 49 ข้อวิธีการ

ให้คะแนน และหลักการกรอบแนวคิดซึ่งเป็นที่มาของดัชนีเป็นต้น ไม่มีดัชนีใดที่มีคุณสมบัติต่างๆ สมบูรณ์ทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องจากการได้มาซึ่งคุณสมบัติข้อหนึ่ง ก็จะทำให้เสียคุณสมบัติบางข้อไป ในกลุ่มประชากรไทย กลุ่มเป้าหมายเริ่มต้นของ ดัชนี OIDP (The Oral Impacts on Daily Performances Index) แตกต่างจากดัชนี GOHAI<sup>(31)</sup> (The General Oral Health Assessment Index) และ ดัชนี OHIP (The Oral Health Impacts Profile)<sup>(32)</sup> คือไม่ได้เจาะจงสำหรับใช้ในผู้สูงอายุ แต่ถูกพัฒนาขึ้นจากประชากรวัยทำงาน เพื่อนำไปใช้ในกลุ่มอายุทั่วไป นอกจากนั้น The Oral Impacts on Daily Performances Index (OIDP) ยังแตกต่างจากดัชนีทั้งสองอีก 3 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ กรอบแนวคิดทางทฤษฎี ระบบการให้คะแนน และการนำไปประยุกต์ใช้ กรอบแนวคิดทางทฤษฎีของ The Oral Impacts on Daily Performances Index (OIDP) ถูกพัฒนาต่อเนื่องมาจากกรอบแนวคิดของ David Locker (ซึ่งถูกใช้ในการพัฒนา OHIP) โดยทำให้กระชับ และเน้นที่ผลกระทบของช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน กรอบทฤษฎีนี้ให้แนวคิดพื้นฐานในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรต่างๆ 3 ระดับ

เริ่มต้นจากสภาวะหรือโรคในช่องปาก เมื่อก่อให้เกิดความผิดปกติหรือพยาธิสภาพของเนื้อเยื่อ จัดอยู่ในระดับแรกคือความผิดปกติทางคลินิก (Impairment) ความผิดปกติในระดับนี้สามารถประเมินได้จาก ดัชนีชี้วัดทางคลินิก (clinical indicator) เช่น การสูญเสียเนื้อฟัน อวัยวะปริทันต์หรือการสูญเสียฟันผลกระทบในระดับต่อมา คือ ระดับผลกระทบระดับกลาง (Intermediate Impact) ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อความผิดปกติอื่นๆ ส่งผลให้เกิดความเจ็บปวด (pain) เช่น ปวดฟัน ปวดขากรรไกร ความไม่สบาย (discomfort) เช่น ความรำคาญจากอาหารติดที่ฟัน ความรำคาญจากฟันปลอมที่หลวม หรือจากแผลในช่องปาก การทำหน้าที่ได้จำกัด functional limitation เช่น เคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียดอ้าปากได้น้อย หรืออ้าปากลำบากความไม่พึงพอใจต่อรูปลักษณ์ (dissatisfaction with appearance) เช่น ความไม่พอใจในสีของฟัน การเรียงตัวของฟัน ไม่พอใจที่ไม่มีฟัน

ผลกระทบในระดับที่ 2 หรือระดับ Intermediate Impact นี้ อาจส่งผลกระทบในระดับที่ 3 ต่อสมรรถภาพในการดำเนินชีวิตประจำวัน (daily performance) ทั้งทางกาย (physical) เช่น การกินอาหารการพูด ในทางจิตใจ (Psychological) เช่น การรักษาอารมณ์ให้เป็นปกติหรือทางสังคม (social) เช่น การเข้าสังคม ผลกระทบในระดับที่ 3 นี้ ถือเป็นผลกระทบสูงสุด (Ultimate Impacts) ดัชนี OIDP ให้ความสำคัญต่อผลกระทบในระดับที่ 3 วัดผลกระทบของช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งมิติทางกายภาพ จิตใจ และสังคม โดยใน 9 กิจกรรมของดัชนี OIDP สำหรับผู้สูงอายุ<sup>(33)</sup> ตัดกิจกรรม 1 ข้อออกไป (การทำงานหลักประกอบอาชีพในผู้ใหญ่) วัดผลกระทบที่มีต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวันในแปดกิจกรรมหลักคือ

1. การกินอาหาร
2. การพูดหรือการออกเสียงให้ชัดเจน
3. การทำความสะอาดช่องปากหรือฟันปลอม
4. การดำเนินชีวิตทั่วไป (การทำงานบ้าน การทำความสะอาดบ้านเรือน การทำอาหาร)
5. การนอนหลับพักผ่อน
6. ความสนุกสนานในการได้ออกไปพบญาติสนิทมิตรสหาย
7. อารมณ์และจิตใจเป็นปกติไม่หงุดหงิดรำคาญง่าย
8. สามารถยิ้มหัวเราะอวดฟันได้โดยไม่อายใคร

โดยใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อให้ทราบถึงปัญหาความถี่ของการเกิดปัญหาปริมาณของความถี่ของการเกิดปัญหา ความรุนแรงของผลกระทบจากปัญหาซึ่งคำตอบจะมีค่ารหัสคะแนนเพื่อใช้ในการแปรผลมีระบบการให้คะแนนที่สามารถนำมาใช้ร่วมกับข้อมูลทางระบาดวิทยาในการกำหนดความจำเป็นในการรักษาทางทันตกรรมรูปแบบใหม่ โดยมีคะแนนความถี่ที่เกิดผลกระทบ และความรุนแรงของผลกระทบทุกคำถามของ OI DP ถามถึงปัญหาที่มาจากปากฟันหรือฟันปลอมในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ดังนั้น คะแนนมากจึงหมายถึงปัญหามาก การถามคำถามและการให้คะแนนของ OI DP แตกต่างจาก GOHAI และ OHIP คือ ถามทั้งเรื่องความถี่ และความรุนแรงของปัญหาในแต่ละกิจกรรมที่เกิดขึ้น คำตอบอยู่ในช่วง 0-5 นอกจากนั้นการให้คะแนน ความถี่ยังแบ่งเป็น 2 ประเภทตามลักษณะของปัญหา กล่าวคือ ปัญหาที่เกิดขึ้นซ้ำๆ อย่างต่อเนื่องในรอบ 6 เดือนจะบันทึกคะแนนตามความบ่อยของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (ซึ่งคล้ายคลึงกับการให้คะแนนของ GOHAI และ OHIP) แต่ถ้าเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นน้อยครั้งแล้วหายไปไม่ได้กลับมาเกิดใหม่ซ้ำๆในรอบ 6 เดือนเช่นปวดฟันครั้งเดียวที่เป็นระยะเวลาหลายวันแล้วหายไปในที่สุดจะบันทึกคะแนนโดยใช้จำนวนวันโดยรวมที่มีปัญหา สำหรับคะแนนความรุนแรง เป็นการถามถึงความรุนแรงของปัญหาในแต่ละกิจกรรมที่ไปกระทบกระเทือนชีวิตประจำวัน คำตอบเป็น 6 ระดับ (0 = ไม่กระทบกระเทือน 1 = เล็กน้อยมาก 2 = เล็กน้อย 3 = ปานกลาง 4 = รุนแรง 5 = รุนแรงมาก) ดังนั้นเมื่อนำคะแนนความถี่มาคูณกับคะแนนความรุนแรง ในแต่ละกิจกรรม จะได้คะแนนปัญหาของแต่ละกิจกรรม ( มีค่าสูงสุดคือ 25 ) เมื่อรวมคะแนนของทั้ง 8 กิจกรรมเข้าด้วยกัน จะได้ค่าคะแนนรวม (มีค่าสูงสุดคือ 200) แล้วจึงนำมาหารสองให้เป็นคะแนนร้อยละ (มีค่าสูงสุดคือ 100)<sup>(34)</sup> คุณสมบัติพิเศษของดัชนี OI DP ที่แตกต่างจากดัชนีอื่นๆ คือ การวัดปัญหาแบบเจาะจงสภาวะช่องปากที่เป็นสาเหตุและสามารถคำนวณค่าคะแนนของปัญหาเจาะจงสภาวะนั้นๆได้ ทั้งนี้เนื่องจากเป้าหมายในการพัฒนาดัชนี OI DP คือการนำไปใช้งานในระบบการประเมินความจำเป็นด้านทันตกรรม (dental need) และวางแผนบริการทันตสาธารณสุข

การศึกษาผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากในโครงการฟันเทียมพระราชทานที่โรงพยาบาลบางใหญ่จังหวัดนนทบุรีด้วยดัชนี OHIP-14 พบว่าร้อยละ 83.6 ที่ฟันเทียมทั้งปากไม่เคยมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งความสามารถของฟันเทียม ทั้งปากในการรับประทาน / เคี้ยวอาหารเป็นผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญมากที่สุด<sup>(35)</sup> การศึกษาผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน ของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ 623 คน ด้วยดัชนี OIDP พบว่าร้อยละ 52.8 ได้รับผลกระทบอย่างน้อย 1 กิจกรรม ในรอบ 6 เดือนผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพ ในชีวิตประจำวันมากที่สุด คือการกินอาหารร้อยละ 47.2 โดยผู้สูงอายุที่ไร้ฟันได้รับผลกระทบมากกว่าผู้สูงอายุที่มีฟันในช่องปาก<sup>(22)</sup> และการศึกษาผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ 59 คน ที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลตากสินกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุทุกคนได้รับผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันอย่างน้อย 1 กิจกรรม จากปัญหาในช่องปากกิจกรรมการกินอาหารได้รับผลกระทบมากที่สุด ร้อยละ 98.3<sup>(36)</sup>

## 2.5 โครงการ “ฟันเทียมพระราชทาน”

จากกระแสพระราชดำรัสพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ความว่า “เวลาไม่มีฟันกินอะไรก็ไม่อร่อย ทำให้ไม่มีความสุข จิตใจก็ไม่สบาย ร่างกายก็ไม่แข็งแรง” กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงได้ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนิน “โครงการฟันเทียมพระราชทานเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ตั้งแต่ปี 2548 อย่างต่อเนื่อง ประกอบกับปี 2557 ได้ประกาศโครงการฟันเทียมพระราชทาน เนื่องในโอกาสพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงเจริญพระชนมพรรษาครบ 7 รอบ และในปี 2558 รัฐบาลได้กำหนดเป้าหมายการใส่ฟันเทียมทั้งปากภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 35,000 ราย มอบเป็นขวัญปีใหม่ผู้สูงอายุสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) อายุ 60 ปีขึ้นไป<sup>(10)</sup> การสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากครั้งล่าสุดในปี 2555 พบว่า ผู้สูงอายุมีการสูญเสียฟันทั้งปากลดลงจากร้อยละ 8.2 เหลือร้อยละ 7.2 ความต้องการใส่ฟันเทียมทั้งปากลดลงจากร้อยละ 5 เหลือร้อยละ 2.5 แต่จากการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุ เมื่อคิดเป็นจำนวนผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องใส่ฟันเทียมทั้งปากจึงยังสูง ถึง 236,000 ราย<sup>(9)</sup> โดยวัตถุประสงค์ของโครงการเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีการสูญเสียฟันมีโอกาสได้รับการฟื้นฟูสภาพโดยการใส่ฟันเทียมทดแทนลดการสูญเสียฟันสามารถคงสภาพการมีฟันไว้เคี้ยวอาหารให้นานที่สุด และลดความเสี่ยงต่อการเกิดรากฟันผุ รวมทั้งลดความเสี่ยงต่อการเกิดปริทันต์อักเสบชนิดเฉียบพลัน Acute periodontitis และที่สำคัญ คือ เพื่อเป็นการเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวในวาระมหามงคล 80 พรรษาในปี พ.ศ.2550<sup>(11)</sup> งบประมาณสนับสนุน



ที่ได้รับในโครงการฟันเทียมพระราชทาน จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกองทุนฟันเทียมพระราชทานโดยสถานบริการของรัฐสนับสนุนค่าบริการใส่ฟันเทียมให้ 4,100 บาท ต่อราย ภาคเอกชน 6,000 บาทต่อราย เงื่อนไขการจัดบริการผู้สูงอายุในโครงการ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป แต่ตั้งแต่ ปี 2557 ขยายอายุ ให้ผู้สูงอายุที่สามารถใส่ฟันเทียมพระราชทานได้เป็นผู้ที่อายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไปและก่อนมาขึ้นทะเบียน เป็นผู้ที่ไม่เคยรับบริการใส่ฟันเทียมโดยใช้สิทธิ์บัตรทอง หรือเป็นผู้รับบริการในโครงการฟันเทียมพระราชทาน ในช่วงเวลา 5 ปี การใส่ฟันเทียมในโครงการ เป็นการใส่ฟันเทียมฐานพลาสติกชนิดถอดได้ และให้ความสำคัญกับการใส่ฟันเทียมทั้งปาก หรือเกือบทั้งปากตั้งแต่ 16 ซี่ ขึ้นไป เพื่อการเคี้ยวอาหาร ส่วนกิจกรรมหลักในโครงการ เริ่มจากการตรวจสุขภาพช่องปากเพื่อการขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการใส่ฟันเทียมตามโครงการตามเป้าหมาย โดยบันทึกสภาวะสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ สำหรับการวางแผนเตรียมช่องปากก่อนการใส่ฟันเทียม และวางแผนการจัดบริการใส่ฟันเทียมการจัดบริการใส่ฟันเทียมแก่ผู้สูงอายุตามที่กำหนดในโครงการ กำหนดให้หน่วยบริการใช้เทคนิค วัสดุ เครื่องมือที่มีมาตรฐานสามารถให้บริการทำฟันเทียมที่มีคุณภาพ การให้คำแนะนำในการดูแลฟันแท้และฟันเทียม เป็นการพัฒนาทักษะและสร้างสุขนิสัยในการดูแลความสะอาดช่องปากตนเอง ทั้งฟันแท้และฟันเทียมแก่ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียม รวมทั้งการใช้ฟันเทียมให้สามารถเคี้ยวอาหารได้

## 2.6 แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา

ทฤษฎีที่นำมาใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วย แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ( Health Belief Model ) ซึ่งเป็นทฤษฎีระดับบุคคล ที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ ในการตอบคำถามว่า ทำไมพฤติกรรมนั้นจึงเกิดขึ้นและจะปรับเปลี่ยนได้อย่างไร และอีกหนึ่งทฤษฎีคือ แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support )เป็นทฤษฎีระหว่างบุคคลที่กล่าวถึง ความสัมพันธ์ของบุคคลกับการได้รับสิ่งสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อมของบุคคล ไม่ว่าจะเป็นคำแนะนำ การได้รับสิ่งสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ความคิด อารมณ์จากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน บุคลากรสาธารณสุขและกลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งทฤษฎีทั้งสองมีความสอดคล้อง และเหมาะสมในการอธิบายถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุในครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงได้นำแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวมาอธิบาย ดังนี้

### 2.6.1 แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ( Health Belief Model )

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบแผนที่ได้รับการพัฒนาโดยกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมชาวสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1950 ได้แก่ Hochbum, Keagles, Leventhal และ Raosenstock ซึ่งมีความสนใจที่จะศึกษาว่า ทำไมประชาชนไม่ยอมรับวิธีป้องกันโรค ทั้งๆที่การบริการไม่ได้คิด

ค่าบริการหรือเสียบ้างเล็กน้อย เนื่องจากนโยบายสาธารณสุขในระยะนั้น (ค.ศ. 1950 – 1960) เน้นการป้องกันโรคมกกว่าการรักษา<sup>(37)</sup>

โดยมีสมมุติฐานว่า บุคคลจะแสวงหาผลและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ (ด้านการป้องกันเช่นการตรวจสุขภาพหรือการฟื้นฟูสภาพ) ภายใต้อสถานการณ์เฉพาะบางอย่างเท่านั้น บุคคลจะต้องมีความรู้ระดับหนึ่ง และมีแรงจูงใจต่อสุขภาพ จะต้องเชื่อว่าตนมีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย จะต้องเชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่จะสามารถควบคุมโรคได้ และเชื่อว่าค่าใช้จ่ายในการควบคุมโรคไม่สูงเกินไป เมื่อเทียบกับผลประโยชน์ที่จะได้รับ<sup>(38)</sup> เป็นการเน้นความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งได้มีการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้อย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคพฤติกรรมเสี่ยงพฤติกรรมการเจ็บป่วยและพฤติกรรมการรักษาเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น

บุคคลจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไปขึ้นกับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการของโรค วิธีการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจค่านิยม การได้รับความเอาใจใส่สนใจและอื่นๆ พื้นฐานแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ ได้รับแนวคิดมาจากทฤษฎีสถานม (Field Theory) และทฤษฎีการจูงใจ (Motivation Theory) ของ เคิร์ท เลวิน โดยทฤษฎีกล่าวว่า บุคคลจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวก (Positive value) และขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่ให้ค่านิยมเชิงลบ (Negative value) โดยที่ เลวิน มีความเห็นว่า “โรค” เป็นสิ่งที่ให้ค่านิยมในเชิงลบ และสรุปว่าบุคคลจะหลีกเลี่ยงจากบริเวณดังกล่าว แต่จะหันเหตนเองเคลื่อนไปสู่การมีสุขภาพดี ซึ่งเป็นค่านิยมเชิงบวก นอกจากนี้ เลวิน ยังเชื่อว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมใดๆเกิดขึ้นได้ขึ้นกับตัวแปร 2 ประการ ประการแรกคือ การที่บุคคลประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และประการที่สองคือการประเมินผลลัพธ์ออกมา ซึ่งตัวแปรทั้งสองจะมีแรงจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา นอกจากนี้ Rosenstock ยังกล่าวว่าบุคคลจะหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคก็ต่อเมื่อเขามีความเชื่อว่า 1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค 2) การเป็นโรคจะก่อให้เกิดความรุนแรงต่อชีวิตของตนเอง 3) การกระทำจะมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรง

ดังนั้น Rosenstock จึงได้สรุปองค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคลไว้ ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในระยะแรกคือการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค<sup>(39)</sup> ต่อมา เบคเกอร์ Becker และคณะ 1975 ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยเพิ่มปัจจัยร่วม (Modifying factor) และปัจจัยสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) ซึ่งเป็นปัจจัยที่

นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่ามียุทธศาสตร์ต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้น บุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตาม เพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรครุนแรง หรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ถือว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค เป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นๆ โดยจะส่งผลให้คนปฏิบัติเพื่อสุขภาพ

ดังนั้น Becker จึงได้สรุปว่า บุคคลที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญของการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาโรคของบุคคล

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึงความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกายก่อให้เกิดความพิการเสียชีวิตความยากลำบากและใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือการกระทบกระเทือนฐานะทางสังคม การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ จะไม่เกิดขึ้นแม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ความรุนแรงของโรค เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ซึ่งจากผลการวิจัยจำนวนมากพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) หมายถึงการที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสม ที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ก็ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสีย ของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ดีกว่าผลเสีย

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) หมายถึงการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่ายหรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือ การตรวจพิเศษ ทำให้เกิด



ความเจ็บปวด ไม่สุขสบาย หรือการมารับบริการ หรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ขัดกับอาชีพหรือ การดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งบุคคล จึงต้องประเมินระหว่างประโยชน์ ที่จะ ได้รับกับอุปสรรคที่เกิดขึ้น ก่อนการตัดสินใจ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วย จึงสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการ รักษาโรคได้

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) แรงจูงใจหมายถึง ความรู้สึกอารมณ์ต่างๆที่ เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้า ทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายในเช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือและปฏิบัติ กิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก สภาวะของร่างกาย อาการของการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งเร้าภายนอก ได้แก่ ข่าวสารคำแนะนำด้านสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน การกระตุ้นเตือนเป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดัน ร่วมกับ ปัจจัยการรับรู้ต่างๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไป จะวัดในระดับของความพึงพอใจ ความต้องการความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตาม คำแนะนำของเจ้าหน้าที่

6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) หมายถึงปัจจัยนอกเหนือจากองค์ประกอบทั้ง 5 ประการ ที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ปัจจัยทางด้านประชากร โครงสร้างทัศนคติตลอดจนปฏิสัมพันธ์ และการสนับสนุนในด้านต่างๆ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งเป็นตัวแปรทางพฤติกรรมสังคมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการรักษาสุขภาพด้วยเช่น การส่ง ไปรษณียบัตร การโทรศัพท์ หรือสื่อสารจากสื่อต่างๆ เป็นต้น

อาจกล่าวได้ว่า การรับรู้หรือความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคล เป็นปัจจัยสำคัญในการกระตุ้น หรือจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ ในขณะที่ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ เช่น การกระตุ้นเตือน การให้ข้อมูลที่ชัดเจน การสร้างความ ตระหนักจะเป็นสิ่งเน้นย้ำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย สนใจที่จะนำองค์ประกอบด้านการรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ จากแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพของ Becker มาประยุกต์ใช้ เพื่อนำไปสู่การศึกษาพฤติกรรมการใช้ฟันเทียมของผู้สูงอายุ

## 2.6.2 แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support )

การได้ติดต่อกันและการได้สื่อสารกัน ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร สร้างความ สนับสนุนกันเคย ทำให้มีโอกาสเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน มีการช่วยเหลือกัน บางครั้งบุคคลหนึ่งอาจจะ เป็นฝ่ายให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น แต่บางครั้งอาจจะเป็นผู้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น ด้วยการ สนับสนุนเกื้อกูลกัน ทำให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

แนวคิดเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม มีพื้นฐานมาจากการศึกษาทางด้านสังคมและจิตวิทยาซึ่งในช่วงเวลาที่ผ่านมา ได้มีการศึกษาถึงผลกระทบของแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ รวมทั้งต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วย ซึ่งถ้าแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้คนมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพก็จะทำให้สุขภาพของบุคคลนั้นหรือกลุ่มนั้นดีไปด้วย

ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม คำว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีผู้ให้ความหมายไว้ต่างๆกัน ดังนี้

คอบบ์ ให้ ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ค่อนข้างกว้าง โดยกล่าวว่า เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเองเชื่อว่า มีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่ายกย่องรวมทั้งความรู้สึกรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม<sup>(40)</sup> คาร์น กล่าวว่า เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งมีผลทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการยอมรับนับถือและมีการช่วยเหลือด้านวัตถุซึ่งกันและกัน ยอมรับในพฤติกรรมซึ่งกันและกัน ซึ่งอาจเกิดขึ้นทั้งหมดหรือเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่ง<sup>(41)</sup>

นอร์เบค กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลมีความเครียดลดลง จากการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เรียนรู้วิธีการเผชิญกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดลดลง สามารถป้องกันการเกิดโรคและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี แรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคล<sup>(42)</sup>

สรุปแล้วแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึงการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากการปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นในสังคม การช่วยเหลือมีอยู่หลายประเภท เช่นข้อมูลข่าวสาร เงิน และแรงงาน เป็นต้น แรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วยบุคคล 2 ฝ่าย คือ ฝ่ายผู้ให้ เช่นบิดามารดาและครู กับฝ่ายผู้รับ เช่น บุตรหรือนักเรียน ได้รับคำแนะนำตักเตือนจากบุคคลดังกล่าว เป็นต้นแหล่งแรงสนับสนุนทางสังคม<sup>(43)</sup>

แคปแลน และคณะ ได้กล่าวไว้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมนั้นต้องพิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่อยู่ของแหล่งที่ให้ การสนับสนุนคือ ได้จากคนที่มีความสำคัญต่อคนคนนั้น และคนที่มีความสำคัญดังกล่าว เป็นคนที่อยู่ในเครือข่าย(Social Network) ของแต่ละคน<sup>(44)</sup> และจากการศึกษาของแคปแลน และคณะ พบว่าคนที่ขาดการติดต่อกับคนในสังคม จะทำให้เกิดโรคสังคมแตกแยก (Social Breakdown Syndrome) คือเป็นอาการที่ไม่เป็นตัวของตัวเอง ตัดสินใจไม่ได้ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และไม่สามารถดูแลตัวเองได้ และในทางตรงกันข้าม คนเราอยู่ในสังคม เมื่อประสบกันมักจะได้รับความช่วยเหลือ และการสนับสนุนจากบุคคลในเครือข่ายของบุคคลนั้นๆซึ่งจะทำให้ความคาดหวังของแต่ละคนเป็นจริง แรงสนับสนุนทางสังคมจำเป็นอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือมีปัญหา

เฮาส์<sup>(44)</sup> การจำแนกบุคคลที่เป็นแหล่งแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 กลุ่ม ตามลักษณะความสัมพันธ์คือ

1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ ไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงานหรือวิชาชีพ ได้แก่ คู่สมรส เครือญาติ หรือเพื่อนฝูง

2. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่นๆโดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงาน หรือวิชาชีพ ซึ่งจะมีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจงประเภทหนึ่งเป็นส่วนมาก เช่น ทันตแพทย์ พยาบาล / ทีมสุขภาพ เป็นต้น

เพนเดอร์<sup>(45)</sup> แบ่ง แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Natural Support Systems) ได้แก่ ครอบครัวซึ่งเป็นกลุ่มแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิ เช่น บิดาและมารดา คอยดูแลช่วยเหลือบุตรให้กำลังใจ และให้คำแนะนำแก่บุตร หรือสมาชิกของครอบครัว

2. กลุ่มเพื่อน(Peer Support Systems)คนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เคยได้รับประสบการณ์ที่มีผลกระทบที่รุนแรงของชีวิตมาก่อน จึงประสบความสำเร็จในการปรับตัวและมีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น ทำให้คนกลุ่มนี้มีความเข้าใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นในตนเองอย่างลึกซึ้งจึงสามารถให้คำแนะนำในการแก้ปัญหา ในส่วนที่คล้ายคลึงกับประสบการณ์ที่เขาเคยประสบมากับเพื่อนได้

3. กลุ่มองค์กรทางศาสนา (Organized Religious Support Systems) เป็นกลุ่มองค์กรที่มีการพบปะในสถานที่ทางกลุ่มศาสนาจัดไว้ เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลในศาสนา

4. กลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือหรือการให้ความช่วยเหลือขององค์กรทางวิชาชีพ (Organized Religious Support Systems of Care Giving or Helping Professional) ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลสุขภาพผู้ช่วยเหลือที่มีทักษะ และการบริการที่เฉพาะเจาะจงที่ให้แก่ผู้รับบริการบุคคลจะแสวงหากลุ่มสนับสนุนทางสังคมกลุ่มนี้ก็ต่อเมื่อ ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน ไม่เพียงพอหรือแรงสนับสนุนนั้นไม่ได้ผล กลุ่มบุคคลในวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่นแพทย์พยาบาล เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าหน้าที่อื่นๆ จะเข้ามาให้บริการช่วยเหลือสนับสนุนส่วนนี้ได้

5. กลุ่มองค์กรที่ไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Organized Support Groups Not Directed by Health Professional) ประกอบด้วย กลุ่มอาสาสมัคร และกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มอาสาสมัครเป็นกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือบุคคลที่ไม่สามารถจะจัดการบริการให้แก่ตนเองได้ ส่วนกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นกลุ่มบุคคลที่พยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิก หรือส่งเสริมการปรับตัวไปจนถึงการเปลี่ยนแปลงความเป็นอยู่ เช่น กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง กลุ่มบุคคลที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต หรือกลุ่มบุคคลที่ติดเชื้อเอดส์เหมือนกัน ประเภทของแรง

สนับสนุนทางสังคมการช่วยเหลือเกื้อกูลแก่กันและกันหรือการให้แรงสนับสนุนทางสังคมที่เป็นอยู่ในแต่ละสังคมนั้น มีหลายอย่าง ซึ่งถ้าจัดเป็นประเภทก็สามารถแบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมได้หลายประเภทตัวอย่างเช่น

ไวส์<sup>(46)</sup> ได้แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 6 ชนิด คือ

1. ความผูกพันและรักใคร่สนิทสนม เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากความใกล้ชิด ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่รักและได้รับความเอาใจใส่ดูแล เกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจซึ่งมักจะได้รับจากบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส ญาติพี่น้อง สมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะรู้สึกเดียวดาย

2. การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคมหมายถึง การที่บุคคลมีโอกาสร่วมในกิจกรรมของสังคม ทำให้มีการแบ่งปันแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ทั้งในด้านความคิด กำลังทรัพย์ และกำลังบุคคลตามโอกาสอันสมควร รวมทั้งทำให้เกิดความห่วงใยซึ่งกันและกัน ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าถูกแยกออกจากสังคมรู้สึกโดดเดี่ยวขาดเพื่อนขาดที่ปรึกษาเป็นผลทำให้บุคคลขาดกำลังใจสิ้นหวังและรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการมีชีวิตอยู่

3. การได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้อื่นหมายถึง การที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูหรือช่วยเหลือบุคคลอื่นแล้ว ทำให้ตัวเองเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และผู้อื่นพึ่งพาได้ ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกคับข้องใจและรู้สึกชีวิตนี้ไร้ค่า

4. การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าแห่งตนหมายถึง การที่บุคคลได้รับการยอมรับยกย่อง และชื่นชมจากสถาบันครอบครัว หรือเพื่อนที่บุคคลนั้นสามารถแสดงบทบาททางสังคม ซึ่งอาจจะเป็นบทบาทในครอบครัวหรือในอาชีพ ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้ความเชื่อมั่นหรือความรู้สึกในคุณค่าของตนเองลดลง

5. ความเชื่อมั่นในความเป็นมิตรที่ดี แรงสนับสนุนนี้เป็นความช่วยเหลือห่วงใยซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้ จะทำให้บุคคลขาดความมั่นคง และถูกทอดทิ้ง

6. การได้รับการชี้แนะหมายถึง การได้รับความจริงใจในการช่วยเหลือทางอารมณ์ และชี้แนะข้อมูลข่าวสารจากบุคคลที่ตนศรัทธาเชื่อมั่น เมื่อเกิดความเครียดหรือภาวะวิกฤตเพื่อผ่อนคลายภาวะตึงเครียดที่กำลังประสบอยู่ ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง

เฮาส์ แบ่งประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมมี 4 ประเภท<sup>(44)</sup> คือ

1. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการแสดงออกถึงการยกย่องเห็นคุณค่า ความรัก ความไว้วางใจ ความห่วงใยและการรับฟังความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2. แรงสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal Support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือข้อมูลที่น่าไปใช้ประเมินตนเองในการรับรองการให้ข้อมูลป้อนกลับการเปรียบเทียบกับสังคม

3. แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) ได้แก่ การให้คำแนะนำ ข้อชี้แนะ ชี้แนวทางและการให้ข้อมูล ที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. แรงสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้เงิน การให้แรงงาน การให้เวลา การช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของ และการให้บริการด้วยแรงสนับสนุนทางสังคมนับเป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคลที่สามารถสนับสนุนชกแจงหรือเอื้ออำนวยให้บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนเกิดการปฏิบัติตัวหรือมีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำหรือสนับสนุนของผู้ให้ จึงน่าจะนำมาประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุข โดยเฉพาะงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพของประชาชนได้เป็นอย่างดี ซึ่งปกติสังคมไทยมีการเกื้อกูลต่อกันมาเป็นเวลานานแล้ว

เพนเดอร์ แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท<sup>(45)</sup> คือ

1. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนการมีส่วนร่วมซึ่งอาจเป็นการช่วยในสถานะซึมเศร้า

2. แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้เกิดความเข้าใจว่าควรทำอย่างไรจึงจะมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อตนเอง

3. การช่วยเหลือด้านทรัพยากร (Instrumental Aid) เป็นการให้ความช่วยเหลือในเรื่องงาน เช่น ช่วยเตรียมอาหารช่วยดูแลบุตรเพื่อให้มารดามีเวลาในการทำกิจกรรม เพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ

4. การยอมรับ (Affirmation) การยอมรับช่วยให้บุคคลแต่ละคนเข้าใจภาวะและศักยภาพที่เป็นจริงของตนเอง

แรงสนับสนุนทางสังคมนับเป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคลที่สามารถสนับสนุนชกแจงหรือเอื้ออำนวยให้บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนเกิดการปฏิบัติตัวหรือมีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ หรือแรงสนับสนุนของผู้ให้ จึงน่าจะนำมาใช้ในงานสาธารณสุข โดยเฉพาะงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพของประชาชนได้เป็นอย่างดีซึ่งปกติสังคมไทยมีการเกื้อกูลต่อกันมาเป็นเวลาช้านานแล้ว

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะนำ แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม มาประยุกต์ใช้เพื่อนำไปสู่การศึกษาการใช้ฟันเทียมที่ถูกต้อง จากกลุ่มบุคคลใกล้ชิดของผู้สูงอายุ ในการช่วยกระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีความมั่นใจ และถูกต้องในการดูแลรักษาฟันและการดูแลอนามัยช่องปากเพื่อป้องกันโรคในช่องปากและความคุ้มทุนในการทำฟันเทียมให้แก่ผู้สูงอายุต่อไป



## 2.7 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

### 2.7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ

รัตนบัวลอยและคณะ (2542)<sup>(47)</sup> ได้ศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 115 คน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากใช้ฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้ร้อยละ 67.8 และใช้ฟันเทียมที่ทันตแพทย์ทำให้ ร้อยละ 77.4 ทำความสะอาดฟันเทียมที่ใช้ทุกครั้งหลังอาหารร้อยละ 56.5 ทำความสะอาดฟันเทียมหลังรับประทานอาหารโดยวิธีใช้ยาสีฟันหรือครีมทำความสะอาดฟันเทียมร่วมกับการใช้แปรงทำความสะอาดมากที่สุด ร้อยละ 47 มีวิธีการดูแลรักษาความสะอาดฟันเทียมแบบถอดได้โดยถอดฟันเทียมเอามาแช่น้ำก่อนนอนทุกครั้งร้อยละ 46.2 มีวิธีการดูแลรักษาความสะอาดฟันเทียมแบบติดแน่นโดยทำความสะอาดทุกครั้งหลังรับประทานอาหารร้อยละ 43.48 ได้รับความรู้วิธีการดูแลรักษาความสะอาดฟันเทียมจากทันตแพทย์/ผู้ทำฟันเทียมร้อยละ 69.56 ได้รับแหล่งที่ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษาความสะอาดฟันเทียมจากทันตแพทย์/ทันตบุคลากรร้อยละ 47.82

พัชรารวรรณ ศรีศิลป์ประนันทน์ และคณะ (2542)<sup>(48)</sup> ได้ศึกษาสภาวะทันตสุขภาพ ความต้องการบริการทันตกรรม พฤติกรรมทันตสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ที่มีผลเกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ ทำการศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 225 คน อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในเขตอำเภอเมืองเชียงใหม่ โดยสุ่มตัวอย่างจากกลุ่มผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนต่างๆ ของเทศบาลนครเชียงใหม่ พบว่าสภาวะการสูญเสียฟันทั้งปากพบร้อยละ 14.2 ผู้สูงอายุร้อยละ 38.7 ใส่ฟันเทียม จากจำนวนฟันเทียมทั้งหมดทุกชนิดที่ผู้สูงอายุใส่ร้อยละ 67.4 เป็นฟันเทียมที่ทำโดยหมอชาวบ้าน โดยที่ฟันเทียมทั้งปาก (Full Denture) ทำโดยหมอชาวบ้านมากที่สุด (ร้อยละ 77.8) ผู้สูงอายุที่ไม่เคยใส่ฟันเทียมร้อยละ 66.7 ต้องการใส่ฟันเทียม ผู้สูงอายุมีความจำเป็นที่ต้องใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ (Removable Partial Denture) สูงสุดคือร้อยละ 31.7 ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมร้อยละ 40 ใช้มานานกว่า 5 ปีร้อยละ 59.8 ใส่ฟันเทียมทั้งกลางวันและกลางคืน สำหรับการทำความสะอาด ร้อยละ 85.1 ถอดฟันเทียมมาล้างทุกวัน เมื่อมีปัญหาผู้สูงอายุร้อยละ 47.1 ไม่เคยไปพบทันตแพทย์เลย กรณีที่เคยไปพบทันตแพทย์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 47.1) ไปรับบริการบริการถอนฟัน ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับชนิด ของสถานบริการ ที่เลือกไปรับบริการ ร้อยละของผู้ที่มีฟันธรรมชาติกับผู้ไม่มีฟันธรรมชาติมีค่าใกล้เคียงกัน ในกลุ่มที่ไม่มีการศึกษากับกลุ่มที่มีการศึกษา(ร้อยละ 89.5 และร้อยละ 86.6 ตามลำดับ) สภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง เชียงใหม่ เกือบครึ่งหนึ่งมีปัญหาในช่องปาก และเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีปัญหาจะปล่อยให้หายเอง

สุทิสสา ไทงาม (2547)<sup>(49)</sup> ได้ศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ฐานพลาสติก จากโรงพยาบาลต่างๆ ในจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 100 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจช่องปากเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 79 มีทัศนคติในทางบวกกับการใส่ฟันเทียม ไม่รู้สึกอับอาย และคาดหวังถึงการใส่ฟันเทียมจะสามารถทำให้การเคี้ยวอาหารดีขึ้น ร้อยละ 80 สาเหตุการใส่ฟันเทียมในเรื่องการเคี้ยวอาหารไม่สะดวกร้อยละ 47 กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำข้อมูลเกี่ยวกับฟันเทียมร้อยละ 47 กลุ่มตัวอย่างใส่ฟันเทียมทั้งบนและล่างร้อยละ 48 ใส่เฉพาะฟันเทียมบนร้อยละ 40 ใส่เฉพาะฟันเทียมล่างร้อยละ 12 ปัจจัยที่มีอิทธิพลในทางบวกต่อความพึงพอใจช่องปากหลังใส่ฟันเทียมได้แก่ข้อจำกัดในการกินหลังใส่ฟันเทียม อายุ เพศ ความเจ็บปวดก่อนใส่ฟันเทียมร้อยละ 31 สมรรถภาพของฟันก่อนใส่ฟันเทียมเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจก่อนใส่ฟันเทียม หลังใส่ฟันเทียมและความพึงพอใจที่เพิ่มขึ้น

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับฟันเทียมในผู้สูงอายุใน ปี พ.ศ. 2542 และศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใส่ฟันเทียมบางส่วน ถอดได้ฐานพลาสติก จากโรงพยาบาลใน ปี พ.ศ. 2547 พบว่า ผู้สูงอายุสูญเสียฟันทั้งปากและใส่ฟันเทียมโดยใช้ฟันเทียมบางส่วน ชนิดถอดได้ ทำความสะอาดฟันเทียมที่ใช้ทุกครั้งหลังอาหาร มีวิธีการดูแลรักษาความสะอาดฟันเทียมแบบติดแน่น โดยทำความสะอาดทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร รับความรู้ วิธีการดูแลรักษาความสะอาดฟันเทียมจากทันตแพทย์ / ผู้ทำฟันเทียม ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมใช้นานกว่า 5 ปีใส่ฟันเทียมทั้งกลางวันและกลางคืน ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในช่องปากในรอบ 1ปี เมื่อมีปัญหาในช่องปากจะปล่อยให้หายเอง ในส่วนของผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ฐานพลาสติก จากโรงพยาบาลมีความพึงพอใจช่องปากเพิ่มมากขึ้น มีทัศนคติในทางบวกกับการใส่ฟันเทียม ไม่รู้สึกอับอาย และคาดหวังถึงการใส่ฟันเทียม จะสามารถทำให้การเคี้ยวอาหารดีขึ้น ได้รับคำแนะนำข้อมูลเกี่ยวกับฟันเทียม ให้ใส่ฟันเทียมทั้งบนและล่าง

### 2.7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประยุกต์ทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมกับการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ

สุกัลยา แซ่ลี (2551)<sup>(50)</sup> ได้ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบของนักเรียนประถมศึกษา ตำบลนาข่า อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่าการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำให้นักเรียนกลุ่มทดลองมีความรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคและมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) และปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ( $p\text{-value} < 0.05$ )



กฤษณี จันทนะ (2551)<sup>(51)</sup> ได้ศึกษาเรื่องผลของการมีส่วนร่วมการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลรักษาฟันของผู้สูงอายุในโครงการฟันเทียมพระราชทาน จังหวัดนครพนม พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคและปัญหาที่เกิดขึ้นในช่องปาก มีการรับรู้ในความสามารถตนเองมีความคาดหวังในผลลัพธ์มีการปฏิบัติตัวในเรื่องการตรวจฟัน การแปรงฟัน การเลือกบริโภคอาหารการดูแลรักษาฟันเทียมตลอดจนมีส่วนร่วมในการค้นหาและวิเคราะห์ปัญหาการวางแผนการดำเนินกิจกรรมและการติดตามประเมินผลเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ( $p < 0.01$ )

สิริพรรณ พันธพิบูลย์ (2554)<sup>(52)</sup> ศึกษาพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดอำนาจเจริญจำนวน 400 คน พบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวและญาติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทันตสุขภาพโดยเป็นแรงสนับสนุนอันดับแรกสุดที่ผู้สูงอายุจะได้รับ และมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของผู้สูงอายุ เมื่อบุคคลในครอบครัวมีความสนใจและให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ก็จะเป็นแรงกระตุ้นสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

### 2.7.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

Srisilapanan and Sheiham (2544)<sup>(24)</sup> การศึกษาผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ 59 คน ที่กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุทุกคนได้รับผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันอย่างน้อย 1 กิจกรรม จากปัญหาในช่องปาก กิจกรรมการกินอาหารได้รับผลกระทบมากที่สุดร้อยละ 98.3

อังคณา ลีโทขวลิต (2550)<sup>(36)</sup> การศึกษาผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ 623 คน ด้วยดัชนี OIDP พบว่าร้อยละ 52.8 ได้รับผลกระทบอย่างน้อย 1 กิจกรรมในรอบ 6 เดือน ผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวันมากที่สุดคือการกินอาหารร้อยละ 47.2 โดยผู้สูงอายุที่ไร้ฟันได้รับผลกระทบมากกว่าผู้สูงอายุที่มีฟันในช่องปาก

นิมิตร เตชะวัชรกุล (2551)<sup>(3)</sup> ได้ศึกษา สุขภาพช่องปากที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการใส่ฟันเทียมพระราชทานที่โรงพยาบาลสารภี อำเภอสาร์ภี จังหวัดเชียงใหม่ ใช้แบบสัมภาษณ์ผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน (OIDP Index) พบว่าผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุส่วนน้อย (ร้อยละ 29.3) ตอบว่าสุขภาพช่องปากมีผลกระทบต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน และมีผู้สูงอายุได้รับผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน ในเรื่องการกินอาหารมากที่สุด ร้อยละ 19.6

สถาพร จันทร์ (2551)<sup>(53)</sup> ได้ศึกษาเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุไทย ในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา จำนวน 219 คน เก็บข้อมูลโดยการตรวจสอบภาวะช่องปากและสัมผัสภาษา เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก โดยใช้ดัชนี (OIDP) พบว่าร้อยละ 58.4 ของผู้สูงอายุมีปัญหาด้านคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับการสูญเสียฟันโดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่มีฟันทั้งปากและกลุ่มที่ไม่มีฟันหลังสบทั้งสองข้างเกือบทุกคนมีปัญหาในเรื่องการรับประทานอาหารมากที่สุด ประสิทธิภาพในการรับประทานอาหารลดลงและเจ็บเหงือกเวลาเคี้ยวอาหารแข็งและปัญหารองลงมาคือการยั้งการหัวเราะโดยไม่อายุใครและการพูดออกเสียงให้ชัดเจนตามลำดับ

ฐิติพร ศิริบุรณนท์ (2554)<sup>(54)</sup> ได้ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียม เพื่อเปรียบเทียบผลกระทบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียมในโครงการฟันเทียมพระราชทานเขตอำเภอสามพราณ จังหวัดนครปฐม ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยผลกระทบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากน้อยกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

เบญจมาศ สือพัฒน์ (2553)<sup>(55)</sup> ได้ศึกษาความพึงพอใจต่อฟันเทียมทั้งปาก และคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ภายหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปาก ของโรงพยาบาลโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ ตามโครงการ "ฟันเทียมพระราชทานฯ" ระหว่างปี พ.ศ.2548-2552 พบว่าร้อยละ 66.7 ของผู้สูงอายุที่มารับการใส่ฟันเทียมทั้งปากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.4 รับข่าวสารด้านบริการใส่ฟันเทียมทั้งปากจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุของค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 54.1 เดินทางไปรับบริการโดยญาติพาไป ร้อยละ 82.5 ใส่ฟันเทียมเพื่อเคี้ยวอาหารและความสวยงาม ร้อยละ 95.2 ทำความสะอาดฟันเทียม โดยใช้แปรงสีฟันและยาสีฟัน และร้อยละ 70.3 ถอดฟันเทียมแช่น้ำขณะนอนตอนกลางคืน ภายหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปาก ผู้สูงอายुर้อยละ 88.0 สบายใจ มีความสุขมากขึ้น ร้อยละ 87.4 อารมณ์ดีขึ้น กล้ายิ้มมากขึ้น ร้อยละ 84.2 เคี้ยว และรับประทานอาหารได้มากขึ้น ร้อยละ 78.1 มีความพึงพอใจหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปากในระดับมาก และร้อยละ 71.0 ภายหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปาก ไม่มีปัญหาในช่องปากที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (OIDP = 6.45±5.27) ส่วนกิจกรรมที่มีปัญหาต่อสุขภาพช่องปาก และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปาก คือ ปัญหาการกินอาหารและการพูด หรือการออกเสียงให้ชัดเจน

กล่าวโดยสรุป ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียม มีทัศนคติในทางบวกกับการใส่ฟันเทียม ไม่รู้สึกอับอาย และคาดหวังถึงการใส่ฟันเทียมจะสามารถทำให้การเคี้ยวอาหารดีขึ้นได้รับแหล่งที่ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษาความสะอาดฟันเทียมจากทันตแพทย์/ทันตบุคลากร แรงสนับสนุนจากครอบครัวและญาติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทันตสุขภาพ โดยเป็นแรงสนับสนุนอันดับแรกสุดที่ผู้สูงอายุจะได้รับ

เมื่อบุคคลในครอบครัวมีความสนใจและให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ก็จะเป็นแรงกระตุ้นสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ดี และกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กิจกรรมการกินอาหารได้รับผลกระทบมากที่สุด จึงทำให้ประสิทธิภาพในการรับประทานอาหารลดลงและเจ็บเหงือกเวลาเคี้ยวอาหารแข็ง ทำให้ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ฟันเทียมพระราชทาน การคงใช้ฟันเทียมพระราชทาน และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทาน อำเภอเมืองลำปาง เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น รวมทั้งปรับปรุงพัฒนาทั้งการให้บริการและการส่งเสริมผู้สูงอายุ ในโครงการฟันเทียมพระราชทานในรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทให้มีประสิทธิภาพต่อไป



### บทที่ 3

## วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ฟันเทียมพระราชทานและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทาน อำเภอเมือง ลำปาง มีวิธีการดำเนินการศึกษาดังนี้

### 3.1 รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) รูปแบบการศึกษาคือเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ แบบตัดขวาง (Cross-sectional survey research) โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม

### 3.2 ประชากร

ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทานของโรงพยาบาลลำปาง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และใส่ฟันเทียมประเภท ถอดได้ ฐานพลาสติก ทั้งปากมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี นับย้อนหลังไปภายใน 5 ปี คือกลุ่มที่ใส่ฟันเทียมไปในช่วงระหว่าง ปี พ.ศ. 2554 – 2558 และอาศัยอยู่ใน 19 ตำบล ของเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จากทะเบียนผู้ใส่ฟันเทียมของโรงพยาบาลลำปาง<sup>(15)</sup> ดังตาราง 3.1

ตาราง 3.1 จำนวนประชากรจำแนกตามเกณฑ์คัดออก

ประชากร	จำนวน ( คน )
-จำนวนผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมระหว่างปี พ.ศ.2554 - 2558 ตามทะเบียนใส่ฟันเทียมของกลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลลำปาง	404
-จำนวนผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมแล้วไม่ระบุที่อยู่ติดต่อได้	25
-จำนวนผู้สูงอายุที่เสียชีวิต	45
-จำนวนผู้สูงอายุที่ย้ายภูมิลำเนา	33
ผู้สูงอายุที่ใช้เป็นกลุ่มประชากร	301

### 3.2.1 กลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีที่ทราบขนาดของประชากร<sup>(56)</sup> โดยใช้สูตรดังนี้

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2} p(1-p)}{d^2(N-1) + Z^2_{\alpha/2} p(1-p)}$$

จากสูตร  $Z_{\alpha/2}$  = Confidence coefficient ได้จากความเชื่อมั่นที่กำหนด  $(1-\alpha) = 95\%$

$(\alpha = 0.05$  หรือ  $Z_{\alpha/2} = 1.96)$

$p$  = ค่าสัดส่วน (ไม่ทราบค่าสัดส่วนที่คาดไว้ จึงกำหนดให้ค่าสัดส่วนเท่ากับ 50%)

$d$  = คือค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ 0.05

$N$  = คือขนาดประชากรผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมไปในช่วงระหว่าง ปี พ.ศ. 2554 – 2558 และอาศัยอยู่ใน 19 ตำบล ของเขตอำเภอเมืองจังหวัดลำปางเหลือจำนวน 301 คน แทนค่าสูตร

$$\begin{aligned} n &= \frac{301 (1.96)^2 (0.5)(1-0.5)}{(0.05)^2 (301 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (1-0.5)} \\ &= \frac{289.0804}{0.75 + 0.9604} \\ &= 169.0133 \\ &\approx 169 \end{aligned}$$

เพื่อป้องกันขนาดตัวอย่างสูญหายไม่เพียงพอจึง เพิ่มอัตราการสูญหาย (Attrition Rate) ร้อยละ 10 นั่น คือเพิ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวน 17 ตัวอย่างดังนั้นศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 186 คน

### 3.2.2 เกณฑ์คัดเข้า ( Inclusion criteria )

เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ใส่ฟันเทียมในโครงการฟันเทียมพระราชทานประเภท ฟันเทียมทั้งปาก ( Complete denture ) ชนิดถอดได้ ที่มีโครงสร้างเป็นฐานพลาสติกอะคริลิก มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลลำปาง เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และไม่มีปัญหาในการได้ยิน เป็นผู้ที่มีความยินยอมและให้ความร่วมมือ ในการตอบแบบสอบถาม

### 3.2.3 เกณฑ์คัดออก ( Exclusion criteria )

- เป็นผู้สูงอายุที่ย้ายที่อาศัยออกจากอำเภอเมืองลำปาง
- เป็นผู้ที่เสียชีวิต

- เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะหลงลืม , สมองเสื่อม โดยประเมินจาก แบบประเมินสภาพจิต จุฬา(Chula Mental Test: CMT)<sup>(57)</sup>

### 3.3 วิธีการสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นประชากรใส่ฟันเทียมในโครงการฟันเทียมพระราชทานประเภท ฟันเทียมทั้งปาก ( Complete denture ) ชนิดถอดได้ ที่มีโครงสร้างเป็นฐานพลาสติกอะคริลิก มาแล้วอย่างน้อย 1 ปีที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลลำปางในช่วงระหว่าง ปี พ.ศ. 2554 – 2558 และอาศัยอยู่ใน 19 ตำบล ของเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปางจำนวน 301 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดยมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1. นำรายชื่อผู้สูงอายุจากทะเบียนผู้มารับบริการใส่ฟันปลอมมาเรียงลำดับตามวัน เดือน ปี ที่ใส่ฟันปลอม จากโรงพยาบาลลำปาง

2. กำหนดช่วงของการสุ่ม (Sampling interval) โดยการคำนวณช่วงของการสุ่ม ดังนี้

วิธีการ  $I = N/n$

เมื่อ  $I =$  ช่วงของการเลือกตัวอย่างในการสุ่ม

$N =$  ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมไปในช่วงระหว่าง ปี พ.ศ. 2554 – 2558 และอาศัยอยู่ใน 19 ตำบล ของเขตอำเภอเมืองจังหวัดลำปางจำนวน 301 คน

$n =$  จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ต้องการ 186 คน

$= 301 / 186$

$= 1.618$

$\approx 2$

ดังนั้นระยะห่างในการสุ่มที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้  $= 2$

3. นำตัวเลข 2 ที่คำนวณได้มาเป็นตัวนับจากทะเบียนผู้สูงอายุที่ใส่ฟันปลอม

เนื่องจาก จำนวนผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมไปในช่วงระหว่าง ปี พ.ศ. 2554 – 2558 ที่มีในทะเบียนการใส่ฟันเทียมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลมีอยู่ทั้งหมดจำนวน 301 คน เมื่อนับระยะห่างเท่ากับ 2 จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 150 คนซึ่งไม่เพียงพอตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้คือ 186 คน จึงใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้ จำนวน 150 คน

### 3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้ศึกษาพัฒนาจากการทบทวนเอกสารแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยประยุกต์ใช้เครื่องมือของ ฐิติพร ศิริบุศรานนท์<sup>(54)</sup> ที่ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียมและประยุกต์ใช้เครื่องมือ ของ นิมิตร เตชะวัชรกุล<sup>(3)</sup> ที่ศึกษา สุขภาพช่องปากที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในโครงการฟันเทียมพระราชทานของโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย 6 ส่วนดังนี้

#### ส่วนที่ 1 แบบประเมินความจำ มีทั้งหมด 13 ข้อ

ใช้แบบประเมินความจำผู้สูงอายุ ที่ประยุกต์มาจากจากแบบประเมินสุขภาพจิต ( Chula Mental Test: CMT)<sup>(57)</sup> มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินว่าผู้สูงอายุยังมีความจำและสมาธิเพียงพอในการตอบคำถามในแบบสอบถามหรือไม่

มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ถ้าตอบได้ถูกต้อง ให้ 1 คะแนน

ถ้าตอบไม่ถูกต้อง ให้ 0 คะแนน

การแปลผล คะแนนเต็มเท่ากับ 20 คะแนน ถ้า ต่ำกว่า 15 คะแนน แสดงว่าผู้สูงอายุมีความผิดปกติของ Cognitive function และไม่ต้องสัมภาษณ์ต่อ ในส่วนต่อไป

#### ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ

ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัวและสภาพอนามัยช่องปาก โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมข้อความ (open end)

#### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีทั้งหมด 8 ข้อ ประกอบด้วย

1. ด้านการรับรู้ประโยชน์ของใช้ฟันเทียม จำนวน 5 ข้อ

2. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาในช่องปากเมื่อใส่ฟันเทียมเดือนโดยหมอชาวบ้าน

จำนวน 3 ข้อ โดยใช้คำถามที่มีลักษณะการวัดแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ได้แก่ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่ มีข้อความทั้งด้านบวกและด้านลบให้เลือกเพียง 1 ตัวเลือก มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

#### เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวเลือก	กรณีคำถามเชิงบวก	กรณีคำถามเชิงลบ
ใช่	ให้ 3 คะแนน	ให้ 1 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้ 2 คะแนน	ให้ 2 คะแนน
ไม่ใช่	ให้ 1 คะแนน	ให้ 3 คะแนน



ตามเกณฑ์การประเมินแบบช่วงของ <sup>(58)</sup> โดยพิจารณาหาค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ได้แบ่ง  
ออกเป็น 3 ระดับกำหนด

$$\begin{aligned} \text{ช่วงของการวัดคือ} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุดของแบบสอบถาม} - \text{คะแนนต่ำสุดของแบบสอบถาม}}{\text{จำนวนระดับ}} \\ &= \frac{3 - 1}{3} \\ &= 0.66 \end{aligned}$$

โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
2.34 - 3.00	การรับรู้สูง
1.67 - 2.33	การรับรู้ปานกลาง
1.00 - 1.66	การรับรู้ต่ำ

และพิจารณาว่าระดับรวมทั้งฉบับ โดยพิจารณาหาค่าช่วงการวัดค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ได้  
แบ่งออกเป็น 3 ระดับกำหนด

$$\begin{aligned} \text{ช่วงของการวัดคือ} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุดของแบบสอบถาม} - \text{คะแนนต่ำสุดของแบบสอบถาม}}{\text{จำนวนระดับ}} \\ &= \frac{30 - 10}{3} \\ &= 6.66 \end{aligned}$$

โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
20.34 - 30.00	การรับรู้สูง
10.67 - 20.33	การรับรู้ปานกลาง
10.00 - 10.66	การรับรู้ต่ำ

**ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามทัศนคติการใช้พื้นที่ จำนวน 7 ข้อ**

ใช้คำถามที่มีลักษณะการวัดแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 3 ระดับได้แก่ เห็น  
ด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย มีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบให้เลือกเพียง 1 ตัวเลือกมีเกณฑ์การให้  
คะแนนดังนี้

### เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวเลือก	กรณีคำถามเชิงบวก	กรณีคำถามเชิงลบ
เห็นด้วย	ให้ 3 คะแนน	ให้ 1 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้ 2 คะแนน	ให้ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 1 คะแนน	ให้ 3 คะแนน

ตามเกณฑ์การประเมินแบบช่วงของเบส<sup>(58)</sup> โดยพิจารณาหาค่าเฉลี่ย ของคะแนนที่ได้ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ กำหนดช่วงของการวัดคือ

$$= \frac{\text{คะแนนสูงสุดของแบบสอบถาม} - \text{คะแนนต่ำสุดขอ แบบสอบถาม}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

$$= \frac{3 - 1}{3}$$

$$= 0.66$$

โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
2.34 - 3.00	ระดับทัศนคติสูง
1.67 - 2.33	ระดับทัศนคติปานกลาง
1.00 - 1.66	ระดับทัศนคติต่ำ

### ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 4 ข้อ

แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ข้อคำถามเกี่ยวกับการได้รับสนับสนุนในการดูแลสุขภาพช่องปากจากบุคคลในครอบครัว และการรับฟังปัญหา การให้กำลังใจ และได้รับความช่วยเหลือจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ใช้ลักษณะข้อคำถามเป็นลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมข้อความ (open end)

### ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการคงใช้ฟันเทียมพระราชทานเป็นข้อคำถาม จำนวน 1 ข้อ

แบบสอบถาม การคงใช้ฟันเทียมพระราชทานของผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปาก ภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทาน ของกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลลำปาง ยังคงมีการใช้ฟันเทียมในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ใส่เคี้ยวอาหาร การพูด การเข้าสังคม ใช้ลักษณะข้อคำถามเป็นลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมข้อความ (open end) ประกอบด้วย 3 ตัวเลือก คือ ใส่ เป็นประจำ ใส่บ้างบางครั้ง และไม่ได้ใส่แล้ว

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (The oral impact on daily performance: OIDP) เป็นแบบสอบถามใช้วัดผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของ สุปรีดา อุดุลยานนท์และอูเบย์ ซีแฮม (Adulyanon&Sheiham, 1997)

อ้างอิงใน ฐิติพร ศิริบุรานนท์ (2554)<sup>(54)</sup> โดยสอบถามถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากสภาวะช่องปากหรือฟันเทียมของกิจกรรม 8 กิจกรรมหลักประกอบด้วย

- 1) การรับประทานอาหาร
- 2) การพูดหรือการออกเสียงให้ชัดเจน
- 3) การทำความสะอาดช่องปากหรือฟันเทียม
- 4) การดำเนินชีวิตทั่วไป
- 5) การนอนหลับหรือการพักผ่อน
- 6) การรักษาอารมณ์จิตใจให้เป็นปกติไม่หงุดหงิดรำคาญง่าย
- 7) การยิ้มหัวเราะอวดฟันได้โดยไม่อายใครและ
- 8) ความสนุกสนานในการได้ออกไปพบปะญาติสนิทมิตรสหาย

เกณฑ์การให้ค่าคะแนน แบบสอบถามผลกระทบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากพิจารณาจากค่าคะแนนปฏิบัติการการเกิดผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันเป็นการบันทึกผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวันด้วย 2 ตัวเลือกคือ ไม่มี – มี ให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือกโดยมีการกำหนดค่าคะแนน 0 ถึง 1 ดังนี้

ปฏิบัติการณ์	คะแนน
ไม่มี	0
มี	1

### 3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

#### 3.5.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ภายหลังจากผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดแล้ว นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ( Content Validity Index: CVI ) โดยมีเกณฑ์การพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาที่ใช้ได้ ตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป

การคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา(Content Validity Index : CVI)

$$\text{ค่าดัชนีความสอดคล้อง} = \frac{\text{จำนวนข้อที่เห็นด้วยตรงกัน}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด}}$$

### ผลการตรวจสอบความตรงเนื้อหา(Content Validity)

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ,แบบสอบถามแผนความเชื่อด้านสุขภาพ,แบบสอบถามทัศนคติการใช้ฟันเทียม แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการคงใช้ฟันเทียมพระราชทานและแบบสอบถามผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก คำนวณได้จากค่าเฉลี่ยของดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ดังนี้

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 และคนที่ 2 =  $33/39 = 0.85$

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 และคนที่ 3 =  $38/39 = 0.97$

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2 และคนที่ 3 =  $33/39 = 0.85$

รวม = 2.67

ดังนั้นค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิ =  $2.67/3$

= 0.89

ผลการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พบว่า ส่วนที่ 1 เป็นแบบประเมินสภาวะสมองเสื่อม มีทั้งหมด 13 ข้อ ซึ่งประยุกต์จากแบบประเมินสุขภาพจิต ( Chula Mental Test: CMT ) ใช้ประเมินเพื่อเป็นเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) จึงไม่นำมาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ มีคำถาม 11 ข้อสามารถนำไปใช้ได้ทุกข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยแบบสอบถามด้านการรับรู้ประโยชน์ของใช้ฟันเทียม , แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาในช่องปากเมื่อใส่ฟันเทียมเดือนโดยหมอชาวบ้าน รวมจำนวน 10 ข้อ สามารถนำไปใช้ 9 ข้อ มี 1 ข้อที่ ต้องปรับปรุง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติการใช้ฟันเทียม มีคำถาม 7 ข้อ สามารถนำไปใช้ได้ทุกข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีคำถาม 4 ข้อสามารถนำไปใช้ได้ทุกข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการคงใช้ฟันเทียมพระราชทานมีคำถามจำนวน 1 ข้อ นำไปใช้ได้

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวันมีคำถาม 8 ข้อสามารถนำไปใช้ได้ทุกข้อ

### 3.5.2. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้ศึกษานำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญที่ได้ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องตลอดจนเพิ่มหรือลดจำนวนข้อคำถามเพื่อให้แบบสอบถาม มีความสมบูรณ์ขึ้น หลังจากนั้นนำไปทดลองจัดเก็บข้อมูลทดสอบความเชื่อมั่น (Try Out) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ใช้ฟันเทียม ชนิด

ทั้งปากที่โรงพยาบาลในพื้นที่ใกล้เคียงกับพื้นที่ ที่ดำเนินการศึกษา โดยมีลักษณะทางภูมิศาสตร์ ประเพณีวัฒนธรรม การดำรงชีวิตคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ของผู้ที่ใส่ฟันเทียมที่อยู่ในเขต รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง จำนวน 30 คน หลังจากผ่านการพิจารณารับรองของ อนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เรียบร้อยแล้ว และนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค ( Cronbach's Alpha Coefficient ) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.71 ด้านการรับรู้มีค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.78 ด้านทัศนคติมีค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.75

### 3.6 การพิทักษ์สิทธิของผู้ตอบแบบสอบถาม

3.6.1 นำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ เพื่อขออนุมัติ ในการดำเนินการศึกษา และผ่านการพิจารณา ของคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เลขที่ COA No. 161 /2559

3.6.2 ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีเอกสารชี้แจง ประกอบเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ รวมถึงการอธิบายหรือตอบข้อซักถามจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจเป็น อย่างดี

3.6.3 ผู้วิจัยขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การเก็บ ข้อมูลในครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจและความยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะ ปฏิเสธโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล หากกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยจะ ให้ลงนามในเอกสารยินยอม

3.6.4 ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ และผลการวิจัยจะออกมาเป็น ภาพรวม เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น โดยไม่ระบุชื่อของบุคคลที่เข้าร่วมโครงการ

### 3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษา ได้พัฒนาผู้ช่วยนักวิจัยเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้ วิธีการสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่ใส่ฟันเทียมพระราชทาน อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง ภายในปี พ.ศ. 2559 โดยดำเนินงานตามขั้นตอนดังนี้

### 3.7.1 ขั้นตอนเตรียมการ

3.7.1.1 ทำหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.7.1.2 เมื่อได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้ศึกษา นำหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เข้าพบนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้างฉัตร, สาธารณสุขอำเภอห้างฉัตร, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปาง, สาธารณสุขอำเภอเมือง ลำปาง เพื่อประสานงาน ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3.7.1.3 หลังจากได้รับการอนุญาต จากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้างฉัตรและสาธารณสุขอำเภอห้างฉัตร ผู้ศึกษาจะดำเนินการ ติดต่อประสานงานกับหัวหน้างานทันตสาธารณสุขโรงพยาบาลห้างฉัตร เพื่อขอข้อมูลรายชื่อ ที่อยู่ ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมพระราชทาน จากทะเบียนผู้รับบริการใส่ฟันเทียม ของโรงพยาบาลห้างฉัตร และขอสนับสนุนเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ของโรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง เพื่อดำเนินการทดสอบแบบสัมภาษณ์ (Try Out) โดยจะทำการทดสอบในผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง จำนวน 30 คน

3.7.1.4 เมื่อได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปางและสาธารณสุขอำเภอเมืองลำปาง ผู้ศึกษาได้ติดต่อประสานงานกับเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข อำเภอเมือง จำนวน 13 ท่านเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.7.1.5 ผู้ศึกษาอบรมผู้ช่วยวิจัยก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล เพื่อทำความเข้าใจในโครงการ และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถาม และทดสอบผู้ร่วมวิจัยในการใช้แบบสอบถามเพื่อให้เข้าใจตรงกัน และได้คำตอบที่ตรงกันกับผู้ศึกษาและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.7.1.6 ทำการชี้แจงผู้ที่เกี่ยวข้อง คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 19 ตำบลในเขตอำเภอเมือง ลำปาง จำนวน 27 แห่ง ร่วมกับเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ทุกแห่งในอำเภอ จำนวน 13 ท่าน ในเรื่องการแจ้งประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อการนัดหมายในการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการแจ้งกลุ่มตัวอย่างให้ทราบล่วงหน้า ตามแผนดำเนินการเก็บข้อมูล อย่างน้อย 3 วัน

3.7.1.7 จัดทำแผนดำเนินการเก็บข้อมูล โดยจัดแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่อยู่อาศัยของเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง ลำปางทั้ง 27 แห่ง จัดเก็บข้อมูลทุกวัน เก็บจนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างใช้เวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 1-2 สัปดาห์

### 3.7.2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.7.2.1 ผู้ศึกษาและผู้ช่วยวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถาม เข้าพบผู้สูงอายุ ตามวันนัด โดยผู้ศึกษามีการแนะนำตัวเองและผู้ช่วยวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่าง และอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง

3.7.2.2 ผู้ศึกษา ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถาม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ตอบตามข้อคำถามของแบบสอบถาม โดยใช้เวลาเฉลี่ยในการตอบแบบสอบถาม 25 นาที

3.7.2.3 ผู้ศึกษาตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลและนำข้อมูลมาลงรหัสให้หน้านักคะแนนตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

### 3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาคั้งนี้ เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบแล้ว ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ซึ่งข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ มีรายละเอียดดังนี้

3.8.1 ข้อมูลส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ เพศ อายุ สถานะภาพสมรสการศึกษา อาชีพ ผู้สูงอายุ ลักษณะครอบครัว โรคประจำตัว สภาวะช่องปาก

3.8.2 ข้อมูลส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของใช้ฟันเทียม การรับรู้ความรุนแรงของปัญหาในช่องปากเมื่อใส่ฟันเทียมเดือนโดยหมอชาวบ้าน

3.8.3 ข้อมูลส่วนที่ 4 ทศนคติการใช้ฟันเทียม

3.8.4 ข้อมูลส่วนที่ 5 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

3.8.5 ข้อมูลส่วนที่ 6 การคงใช้ฟันเทียมพระราชทาน

3.8.6 ข้อมูลส่วนที่ 7 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน



## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ฟันเทียมพระราชทาน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทาน อำเภอเมือง ลำปาง ครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Cross-sectional Descriptive Study) เพื่อติดตามการใช้ฟันเทียม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใส่ฟันเทียม และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ที่ใส่ฟันเทียมพระราชทาน ของโรงพยาบาลลำปาง จำนวนผู้สูงอายุจากทะเบียนผู้ใส่ฟันเทียมพระราชทานของโรงพยาบาลลำปาง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 ถึง ปี พ.ศ. 2558 ที่ได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน เป็นผู้ไม่ยินยอมให้สัมภาษณ์จำนวน 15 คน จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 135 คน จากการประเมินภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แบบประเมินสุขภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test: CMT) พบว่า มีผู้สูงอายุผ่านการประเมินจำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 67.41 ของผู้ตอบแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะผู้ที่มีความจำปกติ ยกเว้นข้อมูลการคงใช้ฟันเทียมพระราชทานของผู้สูงอายุ ซึ่งได้วิเคราะห์ข้อมูลทั้งผู้ผ่านและไม่ผ่านการประเมินภาวะสมองเสื่อม โดยได้สอบถามข้อมูลการคงใช้ฟันเทียมจากญาติของผู้สูงอายุที่ไม่ผ่านการประเมินภาวะสมองเสื่อม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

#### 4.1 ผลการศึกษา

##### 4.1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

4.1.2 ข้อมูลการคงใช้ฟันเทียมพระราชทานของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมชนิดทั้งปาก ภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทาน ของโรงพยาบาลลำปางอำเภอเมืองจังหวัดลำปาง

4.1.3 ข้อมูลการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ฟันเทียม และการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาในช่องปากเมื่อใส่ฟันเทียมถาวรโดยหมอชาวบ้าน

4.1.4 ข้อมูลทัศนคติต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ ที่ใส่ฟันเทียมชนิดทั้งปาก ภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทาน ของโรงพยาบาลลำปางอำเภอเมืองจังหวัดลำปาง

4.1.5 ข้อมูลการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีต่อพฤติกรรมการใช้ฟันเทียมชนิดทั้งปาก ภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทาน ของโรงพยาบาลลำปางอำเภอเมืองจังหวัดลำปาง

4.1.6 ข้อมูลคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน สำหรับผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทาน ของโรงพยาบาลลำปางอำเภอเมืองลำปาง

## 4.2 อภิปรายผลการศึกษา

### 4.1 ผลการศึกษา

#### 4.1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมพระราชทานจำนวน 91 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็น เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 64.8 เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 35.2 ส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ในช่วง 71 - 80 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.7 รองลงมามีอายุอยู่ในช่วง 60 - 70 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.4 มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 74.29 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.31 ปี อายุสูงสุดของผู้สูงอายุคือ 92 ปี ส่วนใหญ่มี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.8 รองลงมา สถานภาพหม้าย/หย่า/แยก คิดเป็นร้อยละ 30.8 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาน้อย กล่าวคือ อยู่ในระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า 6 ปี คิดเป็นร้อยละ 68.1 รองลงมาคือไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 18.7 การประกอบอาชีพในปัจจุบันส่วนใหญ่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 37.4 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรส ร้อยละ 30.8 รองลงมา อยู่ร่วมกันทั้งคู่สมรสและบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 28.6 แหล่งที่มาของรายได้ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีแหล่งรายได้ 2 ทาง คือได้รับจากเบี้ยเลี้ยงชีพผู้สูงอายุและบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 36.3 รองลงมาได้รับจากเงินสวัสดิการผู้สูงอายุ ( เบี้ยยังชีพ ) เพียงอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 25.3 ส่วนใหญ่ระบุว่ารายได้เพียงพอเมื่อเปรียบเทียบกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 64.8 ทั้งนี้กลุ่มผู้สูงอายุ ระบุว่า มีเพื่อนผู้สูงอายุที่ไปมาหาสู่กันในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 78.0 มีเพื่อนสูงสุด 15 คน และเฉลี่ยแล้วผู้สูงอายุ 1 คน มีเพื่อน 3 คน

ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 51.6 โดยโรคที่พบได้แก่โรคความดันโลหิตสูง ,โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ ร้อยละ 44.7 ,23.4 และ14.9 ตามลำดับ โรคอื่นๆ เช่น โรคถุงลมโป่งพอง รูมาตอยด์ ไทรอยด์ จิตเวช ร้อยละ 17.02 ส่วนสุขภาพช่องปาก ส่วนใหญ่ไม่พบรอยโรคในช่องปาก ร้อยละ 96.7 มีรอยโรคสีแดง มีการติดเชือบนสันเหงือกและเพดานปาก ที่เกิดจากฟันปลอมมาเป็นเวลา นานโดยไม่ถอดฟันปลอมเลย กับ การมี รอยโรคสีขาว ที่ลิ้น เพดานปาก และกระพุ้งแก้ม ที่เกิดจากติดเชื้อรา เมื่อใส่ฟันปลอมมานานโดยไม่ดูแลทำความสะอาด กับมีรอยโรคที่ไม่เกิดจากการใส่ฟันปลอมคือแผลร้อนใน อย่างละเท่าๆกัน คิดเป็นร้อยละ 1.1 ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ( n=91 )

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน ( n=91)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	59	64.8
หญิง	32	35.2
<b>อายุ (ปี )</b>		
60 - 70	34	37.4
71 - 80	37	40.7
81 - 90	19	20.9
90 ปี ขึ้นไป	1	1.1
$\bar{x} = 74.29, SD = 7.31$ , Min = 60 , Max =92		
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	4	4.4
คู่	59	64.8
หม้าย	28	30.8
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>		
ไม่ได้เรียน	17	18.7
ประถมศึกษา ( ต่ำกว่า 6 ปี)	62	68.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	2.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	6	6.6
อนุปริญญา/ปวส/ปวท.	3	3.3
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1	1.1
<b>อาชีพปัจจุบัน</b>		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ บำนาญ	5	5.5
ทำงานส่วนตัว/ค้าขาย	10	11.0
รับจ้าง	9	9.9
เกษตรกร( ทำไร่ ทำนา ทำสวนเลี้ยงสัตว์ )	17	18.7
แม่บ้าน , พ่อบ้าน งานบ้าน	16	16.6
ไม่มีอาชีพ	34	37.4

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ( n=91 ) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน ( n=91)	ร้อยละ
<b>การอยู่อาศัย</b>		
อยู่คนเดียว	14	15.4
อยู่กับคู่สมรส	23	25.3
อยู่กับบุตรหลาน	28	30.8
อยู่ทั้งคู่สมรสและบุตรหลาน	26	28.6
<b>แหล่งที่มาของรายได้</b>		
<b>มีรายได้ทางเดียว</b>		
เงินบำนาญ	5	5.5
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	23	25.3
<b>มีรายได้ 2 ทาง</b>		
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ / ทำงานด้วยตัวเอง	19	20.9
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ / ได้จากบุตรหลาน	33	36.3
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ / ญาติพี่น้อง	1	1.1
<b>มีรายได้ 3 ทาง</b>		
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/ทำงานด้วยตัวเอง/สามี,ภรรยา	1	1.1
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/ทำงานด้วยตัวเอง/ได้จากบุตรหลาน	6	6.6
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ / สามี/ภรรยา/ ได้จากบุตรหลาน	1	1.1
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/ได้จากบุตรหลาน/ค่าเช่าดอกเบี้ย	2	2.2
<b>รายได้เพียงพอกับรายจ่าย</b>		
เพียงพอ	59	64.8
ไม่เพียงพอ	32	35.2
<b>เพื่อนผู้สูงอายุที่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำในชุมชน</b>		
ไม่มี	20	22.0
มี	71	78.0
$\bar{x} = 3$ , Min = 0 , Max = 15		

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป ( n=91 ) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน( n= 91)	ร้อยละ
<b>มีโรคประจำตัว</b>		
ไม่มี	44	48.4
มีอย่างน้อย 1 โรค	47	51.6
- ความดันโลหิตสูง	21	44.7
- เบาหวาน	11	23.4
- หัวใจ	7	14.9
- อื่นๆ	8	17.0
<b>รอยโรคในช่องปาก</b>		
ไม่มี	88	96.7
มีรอยโรคสีแดง	1	1.1
มีรอยโรคสีขาว	1	1.1
รอยโรคที่ไม่เกิดจากการใส่ฟันปลอม	1	1.1

#### 4.1.2 การคงใช้ฟันเทียมพระราชทาน ของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษา การคงใช้ฟันเทียมพระราชทานของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ศึกษาได้เก็บข้อมูลในส่วนนี้ ทั้งผู้สูงอายุที่มีความจำปกติ และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยได้สอบถามข้อมูลจากญาติของกลุ่มตัวอย่าง

##### 4.1.2.1 ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความจำปกติ

ผลการศึกษา การคงใช้ฟันเทียมพระราชทานในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างที่มีความจำปกติพบว่า ปัจจุบันมีผู้สูงอายุที่ยังคงใช้ฟันเทียมพระราชทานเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 83.52 รองลงมา ใส่บ้างเป็นบางครั้ง และไม่ได้ใส่แล้ว คิดเป็นร้อยละ 8.79 และ 7.69 ตามลำดับ

กลุ่มผู้สูงอายุที่ยังคงใช้ฟันเทียมเป็นประจำ เมื่อพิจารณา ตามพฤติกรรมการถอดใส่ฟันเทียมได้ถูกต้องตามคำแนะนำของทันตแพทย์ ที่แนะนำให้ถอดทุกครั้งเมื่อนอนตอนกลางคืน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีการถอด ใส่ฟันเทียมได้ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 92.10 รองลงมา ใส่ไม่ถูกต้องตามคำแนะนำของทันตแพทย์ โดยไม่ได้ถอดออกก่อนนอนตอนกลางคืน คิดเป็นร้อยละ 6.58 และมีผู้สูงอายุ ที่ใส่ฟันเทียมเฉพาะส่วนบน เนื่องจากส่วนล่างแตกหัก คิดเป็นร้อยละ 1.31

กลุ่มผู้สูงอายุที่ปัจจุบันยังคงใส่ฟันเทียมแต่ใส่บ้างเป็นบางครั้ง เมื่อพิจารณาตามช่วงเวลาหรือสถานการณ์ของการใส่ฟันเทียม พบว่า มีผู้สูงอายุส่วนใหญ่ จะใส่ฟันเทียมเฉพาะเวลา

ออกนอกบ้านหรือพบปะผู้คนเท่านั้น คิดเป็นร้อยละ 62.5 รองลงมา ใส่ฟันเทียมเฉพาะเคี้ยวอาหารอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 37.5

กลุ่มผู้สูงอายุที่ปัจจุบันไม่ได้ใส่ฟันเทียมแล้ว เมื่อพิจารณาตามเหตุผลของการไม่ใส่ฟันเทียม พบว่า ส่วนใหญ่บอกว่าเพราะฟันปลอมหลวมมาก หลุดเวลาเคี้ยวอาหารและเจ็บเมื่อเคี้ยวอาหาร คิดเป็นร้อยละ 71.43 รองลงมา มีเหตุผลเนื่องจาก กลับไปใส่ฟันเทียมจากหมอชาวบ้านแทนแล้ว เท่าๆกับ มีเหตุผลเนื่องจาก ฟันเทียมมีขนาดใหญ่กว่าช่องปากเวลาใส่แล้วเจ็บบริเวณเหงือก คิดเป็นร้อยละ 14.28 ดังตาราง 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุที่มีความจำปกติ (n=91)

การใส่ฟันเทียมในปัจจุบัน	จำนวน	ร้อยละ
<b>ใส่เป็นประจำ</b>	<b>76</b>	<b>83.52</b>
- ใส่ทั้งปากและถอดเวลานอนตอนกลางคืน	70	92.10
- ใส่ทั้งปากและไม่ถอดเวลานอนตอนกลางคืน	5	6.58
- ใส่แต่ส่วนบน ( ส่วนล่างหัก/แตก /หลวม )	1	1.31
<b>ใส่บ้างเป็นบางครั้ง ในช่วงหรือสถานการณ์</b>	<b>8</b>	<b>8.79</b>
- ใส่เฉพาะออกนอกบ้านพบปะผู้คนเท่านั้น	5	62.50
- ใส่เฉพาะเคี้ยวอาหารเท่านั้น	3	37.50
<b>ไม่ได้ใส่แล้ว เพราะสาเหตุ</b>	<b>7</b>	<b>7.69</b>
- ฟันปลอมหลวมมากหลุดเวลาเคี้ยวแล้วเจ็บ	5	71.43
- ใส่ฟันปลอมของหมอชาวบ้านแทน	1	14.28
- ฟันปลอมใหญ่ใส่แล้วเจ็บ	1	14.28

#### 4.1.2.2 ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้สอบถามญาติจากการใช้ฟันเทียมพระราชทานในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ผ่านการทดสอบประเมินความจำ หรือมีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 44 คน พบว่า ปัจจุบันมีผู้สูงอายุที่ยังคงใช้ฟันเทียมพระราชทานเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 40.9 รองลงมา ไม่ได้ใส่แล้ว และใส่บ้างเป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 38.6 และ 20.5 ตามลำดับ

กลุ่มผู้สูงอายุที่ยังคงใช้ฟันเทียมเป็นประจำ เมื่อพิจารณา ตามพฤติกรรมการถอดใส่ฟันเทียมได้ถูกต้องตามคำแนะนำของทันตแพทย์ ที่แนะนำให้ถอดทุกครั้งเมื่อนอนตอนกลางคืน

พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีการถอด ใส่ฟันเทียมได้ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 44.4 รองลงมา ใส่ฟันเทียมเฉพาะส่วนบน /ล่าง เนื่องจากส่วนบน / ล่าง แดกหัก และ ใส่ไม่ถูกต้องตามคำแนะนำของทันตแพทย์ โดยไม่ได้ถอดออกก่อนนอนตอนกลางคืน คิดเป็นร้อยละ 33.3 และ 22.2 ตามลำดับ

กลุ่มผู้สูงอายุที่ปัจจุบันไม่ได้ใส่ฟันเทียมแล้ว เมื่อพิจารณาตามเหตุผลของการไม่ใส่ฟันเทียม พบว่า ส่วนใหญ่บอกว่าเพราะฟันปลอมหลวมมาก หลุดเวลาเคี้ยวอาหารและเจ็บเมื่อเคี้ยวอาหาร คิดเป็นร้อยละ 58.8 รองลงมา มีเหตุผลเนื่องจากกลับไปใส่ฟันเทียมจากหมอชาวบ้าน แทน และมีผู้สูงอายุที่ต้องให้อาหารทางสายยาง และเป็นมะเร็งคิดเป็นร้อยละ 23.5 11.8 และ 5.9 ตามลำดับ

กลุ่มผู้สูงอายุที่ปัจจุบันยังคงใส่ฟันเทียม แต่ใส่บ้างเป็นบางครั้ง เมื่อพิจารณาตามช่วงเวลาหรือสถานการณ์ของการใส่ฟันเทียม พบว่า มีผู้สูงอายุทุกคน จะใส่ฟันเทียมเฉพาะเวลาออกนอกบ้านหรือพบปะผู้คนเท่านั้น คิดเป็นร้อยละ 100 ดังตาราง 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อม (n= 44)

การใส่ฟันเทียมในปัจจุบัน	จำนวน	ร้อยละ
<b>ใส่เป็นประจำ</b>	<b>18</b>	<b>40.9</b>
- ใส่ทั้งปากและถอดเวลานอนตอนกลางคืน	8	44.4
- ใส่แต่ส่วนบน ( ส่วนล่างหัก/แตก /หลวม )	6	33.3
- ใส่ทั้งปากและไม่ถอดเวลานอนตอนกลางคืน	4	22.2
<b>ไม่ได้ใส่แล้ว เพราะสาเหตุ</b>	<b>17</b>	<b>38.6</b>
- ฟันปลอมหลวมมากหลุดเวลาเคี้ยวแล้วเจ็บ	10	58.8
- ใส่ฟันปลอมของหมอชาวบ้านแทน	4	23.5
- ให้อาหารทางสายยาง	2	11.8
- เป็นมะเร็ง	1	5.9
<b>ใส่บ้างเป็นบางครั้ง ในช่วงหรือสถานการณ์</b>	<b>9</b>	<b>20.5</b>
- ใส่เฉพาะออกนอกบ้านพบปะผู้คนเท่านั้น	9	100



#### 4.1.3 การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ฟันเทียม และการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาในช่องปากเมื่อใส่ฟันเทียมเดือนโดยหมอชาวบ้าน

การศึกษานี้ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model ; HBM) อธิบายการรับรู้เกี่ยวกับการใส่ฟันเทียมภายใต้ โครงการฟันเทียมพระราชทาน ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการใส่ฟันเทียม การรับรู้ความรุนแรงของปัญหาในช่องปากเมื่อใส่ฟันเทียมเดือนจากหมอชาวบ้าน

ผลการศึกษาระดับการรับรู้ ด้านการใส่ฟันเทียมพระราชทานในภาพรวม ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อนำคะแนนมาจัดระดับแล้ว พบว่า สูงอายุมีระดับการรับรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.1 และมีระดับการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 8.8 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้เท่ากับ 22.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.78 จากคะแนนเต็ม 24 คะแนน คะแนนต่ำสุด 14 คะแนน และคะแนนสูงสุด 24 คะแนน ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ ด้านการใส่ฟันเทียมพระราชทาน ในภาพรวม ( n= 91 )

ระดับ การรับรู้	ค่าเฉลี่ยคะแนน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	20.68 - 24.00	82	90.1
ระดับปานกลาง	17.34 - 20.67	8	8.8
ระดับต่ำ	14.00 - 17.33	1	1.1
$\bar{x} = 22.91, S.D. = 1.78, \text{Min} = 14, \text{Max} = 24$			

ผลการศึกษาระดับการรับรู้ประโยชน์ ของการใส่ฟันเทียม ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีระดับการรับรู้ประโยชน์ของการใส่ฟันเทียม อยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 2.94, SD = 0.23$ ) ทั้ง 5 ข้อ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยในระดับสูง 3 ลำดับแรก ได้แก่ การใส่ฟันเทียมแล้วสามารถช่วยทดแทนฟันที่หายไป การทำความสะอาดฟันเทียม หลังรับประทานอาหารทุกครั้ง เป็นการช่วยรักษาฟันเทียม ให้มีอายุการใช้งานที่ยาวนานขึ้น และช่วยป้องกันการอักเสบในช่องปากได้ด้วย การใส่ฟันเทียม ช่วยให้ท่านเคี้ยวอาหารได้ดี กินอาหารได้หลายชนิดมากขึ้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.99 2.96 และ 2.89 ตามลำดับดังตาราง 4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวน และร้อยละ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ ฟันเทียม (n= 91)

ข้อความ	ความคิดเห็น			$\bar{X}$	$\bar{X}$ SD	ระดับ การรับรู้
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1. การใส่ฟันเทียม ( ฟันปลอม ) เป็นการช่วยให้ท่านมีฟันมาทดแทน ฟันที่หายไป	90 (98.9)	0 (0)	1 (1.1)	2.99	0.10	สูง
2. การทำความสะอาดฟันเทียม (ฟันปลอม) หลังรับประทานอาหาร ทุกครั้งเป็นการช่วยรักษาฟันเทียม (ฟันปลอม) ให้มีอายุการใช้งานที่ ยาวนานขึ้น และช่วยป้องกันการ อักเสบในช่องปากได้	87 (95.6)	0 (0)	4 (4.4)	2.96	0.20	สูง
3. การใส่ฟันเทียม( ฟันปลอม ) ช่วยให้ท่านเคี้ยวอาหารได้ดี กิน อาหารได้หลายชนิดมากขึ้น	85 (93.4)	4 (4.4)	2 (2.2)	2.89	0.43	สูง
4. การใส่ฟันเทียม (ฟันปลอม ) ช่วยให้ท่านพูดชัดเจนขึ้นและมี ความมั่นใจมากขึ้น	82 (90.1)	2 (2.2)	7 (7.7)	2.88	0.39	สูง
5. การใส่ฟันเทียม (ฟันปลอม ) ทุก ครั้งเมื่อเคี้ยวอาหาร ทำให้ ไม่เจ็บ เหงือกช่วยลดการบาดเจ็บในช่อง ปากได้	72 (79.1)	9 (9.9)	10 (11.0)	2.69	0.64	สูง
ผลภาพรวม				2.94	0.23	สูง

ผลการศึกษาระดับการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาในช่องปาก เมื่อใส่ฟันเทียมเลื่อนโดยหมอชาวบ้าน ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีระดับการรับรู้ อยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 2.86, SD = 0.37$ ) ทั้ง 3 ข้อ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยในระดับสูง ตามลำดับ ได้แก่ รับรู้ว่าวัสดุ ที่ใช้ทำฟันเทียมเลื่อน ของหมอชาวบ้าน ไม่ได้มาตรฐาน ทำให้เกิดอันตรายต่อช่องปาก ราคาจึงถูกกว่าฟันเทียมที่ทำจากทันตแพทย์ การใส่ฟันเทียมเลื่อนจากหมอชาวบ้าน เป็นสาเหตุหนึ่งของโรคเหงือกอักเสบ มีแผลเรื้อรัง รุนแรงถึงกับเป็นมะเร็งช่องปาก จนเสียชีวิตได้ การใส่ฟันเทียมโดยหมอชาวบ้าน ที่มาบริการให้ถึงบ้าน เรียกว่า หมอเลื่อน เสี่ยงอันตราย อาจติดเชื้อได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.89 2.85 และ 2.84 ตามลำดับ ดังตาราง 4.6

ตารางที่ 4.6 จำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาในช่องปากเมื่อใส่ฟันเทียมเลื่อนจากหมอชาวบ้าน (n= 91)

ข้อคำถาม	ความคิดเห็น			$\bar{X}$	SD	ระดับการรับรู้
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1. วัสดุที่ใช้ทำฟันเทียมเลื่อน ของหมอชาวบ้านไม่ได้มาตรฐานทำให้เกิดอันตรายต่อช่องปาก ราคาจึงถูกกว่าฟันเทียมที่ทำจากทันตแพทย์	83 (91.2)	2 (2.2)	6 (6.6)	2.89	0.37	สูง
2. การใส่ฟันเทียมเลื่อนจากหมอชาวบ้านเป็นสาเหตุหนึ่งของโรคเหงือกอักเสบ มีแผลเรื้อรัง รุนแรงถึงกับเป็นมะเร็งช่องปากจนเสียชีวิตได้	80 (87.9)	3 (3.3)	8 (8.8)	2.85	0.44	สูง
3. การใส่ ฟันเทียม ( ฟันปลอม ) โดยหมอชาวบ้าน ที่มาบริการให้ถึงบ้านเรียกว่าหมอเลื่อน เสี่ยงอันตราย อาจติดเชื้อได้	80 (87.9)	4 (4.4)	7 (7.7)	2.84	0.47	สูง
ผลภาพรวม				2.86	0.37	สูง

#### 4.1.4 ทักษะการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาระดับทัศนคติด้านการใส่ฟันเทียมในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อนำคะแนนมาจัดระดับแล้ว พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 94.5 และมีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 5.5 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติเท่ากับ 19.86 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.66 จากคะแนนเต็ม 21 คะแนน คะแนนต่ำสุด 13 คะแนน และคะแนนสูงสุด 21 คะแนน ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทัศนคติต่อการใส่ฟันเทียม (n= 91)

ระดับทัศนคติ	ค่าเฉลี่ยคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	2.34 - 3.00	86	94.5
ระดับปานกลาง	1.67 - 2.33	5	5.5
ระดับต่ำ	1.00 - 1.66	0	0
$\bar{x} = 19.86$ ,SD=1.66, Min =13, Max = 21			
$\bar{x} = 2.84$ , SD= 0.24			

ผลการศึกษาระดับทัศนคติของผู้สูงอายุ โดยรวม พบว่า ผู้สูงอายุมีทัศนคติในเชิงบวก มีระดับทัศนคติต่อการใส่ฟันเทียม มีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 2.84$ , SD = 0.24) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทัศนคติด้านการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูงทั้ง 7 ข้อประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยในระดับสูง 3 ลำดับแรก การใส่แล้วไม่เจ็บไม่หลวม ไม่อายเมื่อคนอื่นรู้ว่าใส่ฟันเทียมทั้งปาก การใส่ฟันเทียม ไม่ทำให้เกิดกลิ่นปาก มีกลิ่นเหม็น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 2.98 และ 2.88 ตามลำดับดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทัศนคติด้านการใส่ฟันเทียม (n= 91)

ข้อความ	ความคิดเห็น			$\bar{X}$	SD	ระดับทัศนคติ
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1. การใส่ฟันเทียม (ฟันปลอม) ที่ดีคือ ใส่แล้วไม่เจ็บ ไม่หลวม	91 (100)	0 (0)	0 (0)	3.00	0.00	สูง
2. มีความรู้สึกอายนี้อีกเมื่อคนอื่นรู้ว่าเราใส่ฟันเทียมทั้งปาก	0 (0)	89 (97.8)	2 (2.2)	2.98	0.15	สูง
3. ใส่ฟันเทียม ( ฟันปลอม ) แล้วทำให้เกิดกลิ่นปาก มีกลิ่นเหม็น	2 (2.2)	82 (26.1)	7 (7.7)	2.88	0.39	สูง
4. ใส่ฟันเทียม ( ฟันปลอม) แล้วส่วนใหญ่จะทำให้พูดไม่ชัด	7 (7.7)	81 (89.0)	3 (3.3)	2.81	0.56	สูง
5. ถ้าผู้สูงอายุใส่ฟันเทียมเดือนจะไม่ได้รับประโยชน์เท่ากับ การใส่ฟันเทียมพระราชทาน	77 (84.6)	3 (3.3)	11 (12.1)	2.81	0.45	สูง
6. การใส่ฟันเทียม ( ฟันปลอม ) ทั้งปากไม่จำเป็นต้องถอดออก ตอนช่วงเวลานอนตอน กลางคืนก็ได้	4 (4.4)	73 (80.2)	14 (15.4)	2.76	0.52	สูง
7. ใส่ฟันเทียม( ฟันปลอม) แล้วเป็นภาระต้องดูแลรักษาทำ ความสะอาดทำให้ต้องกังวล	12 (13.2)	75 (82.4)	4 (4.4)	2.69	0.69	สูง
คะแนนเฉลี่ยโดยรวม				2.84	0.24	สูง

#### 4.1.5 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

##### 4.1.5.1 ด้านข้อมูลข่าวสารการใส่ฟันเทียมพระราชทาน

ผลการศึกษา การได้รับข้อมูลข่าวสาร การใส่ฟันเทียมในโครงการฟันเทียมพระราชทาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุขคิดเป็นร้อยละ 82.4 ของกลุ่มตัวอย่าง รองลงมา คือ ได้รับข้อมูลข่าวสาร จากเพื่อนผู้สูงอายุที่เคยใส่ฟันเทียมมาก่อน อาสาสมัครสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 25.3 และ 23.1 ตามลำดับ และได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่ง สามี /ภรรยา/ญาติพี่น้อง เท่ากับสื่อทางโทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 7.7

จากวิทยุ / วิทยุชุมชน เท่ากับ จากโปสเตอร์แผ่นพับ สิ่งพิมพ์ คิดเป็นร้อยละ 2.2 แหล่งข้อมูลจากผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างเข้าถึงได้น้อยที่สุดได้แก่ แหล่งสื่อทางอินเทอร์เน็ต/เว็บไซต์ คิดเป็น ร้อยละ 1.1 และแหล่งข้อมูลจากผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับเลยได้แก่ สื่อกระจายข่าว ดังตาราง 4.9

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับแหล่งข่าวสารการใส่ฟันเทียม (n= 91)

แหล่งการรับข่าวสารการใส่ฟันเทียม	จำนวน	ร้อยละ
บุคลากรสาธารณสุข	75	82.4
เพื่อน	23	25.3
อาสาสมัครสาธารณสุข	21	23.1
สามี/ภรรยา/ญาติพี่น้อง	7	7.7
โทรทัศน์	7	7.7
วิทยุ/วิทยุชุมชน	2	2.2
โปสเตอร์แผ่นพับ สิ่งพิมพ์	2	2.2
เว็บไซต์	1	1.1
กระจายข่าว	0	0

หมายเหตุ : ผู้สูงอายุเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

#### 4.1.5.2 การได้รับแรงสนับสนุนในการไปรับบริการใส่ฟันเทียม

ผลการศึกษา บุคคลที่ให้แรงสนับสนุน กับผู้สูงอายุในการไปรับบริการใส่ฟันเทียม พระราชทานของโรงพยาบาลลำปาง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ เป็นตัวผู้สูงอายุเองที่เป็นแรงสนับสนุนหลักของการไปรับบริการใส่ฟันเทียม คิดเป็นร้อยละ 82.4 รองลงมาเป็น บุตรหลาน บุคลากรสาธารณสุข เพื่อนผู้สูงอายุ สามี/ภรรยา และญาติพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 25.3 7.7 5.5 4.4 และ 2.2 ตามลำดับดังตาราง 4.10

ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามบุคคลที่ให้แรงสนับสนุนในการไปรับบริการใส่ฟันเทียมที่โรงพยาบาลลำปาง ( n= 91 )

บุคคลที่ให้แรงสนับสนุน	จำนวน	ร้อยละ
ตัวท่านเอง	73	80.2
บุตร /หลาน	23	25.3
บุคลากรสาธารณสุข	7	7.7
เพื่อนบ้าน	5	5.5
สามี / ภรรยา	4	4.4
อาสาสมัครสาธารณสุข	2	2.2
ญาติพี่น้อง	1	1.1

หมายเหตุ : ผู้สูงอายุเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

#### 4.1.5.3 การได้รับสิ่งสนับสนุนหลังจากการใส่ฟันเทียม

ผลการศึกษา การได้รับสิ่งสนับสนุนหลังการใส่ฟันเทียม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้รับคำแนะนำการใส่ฟันเทียม คิดเป็นร้อยละ 90.1 รองลงมา การแนะนำวิธีการทำความสะอาด ฟันเทียม การนัดติดตามตรวจเช็คฟันเทียมทุก 6 เดือน การได้รับเม็ดฟู่แช่ฟันเทียม คิดเป็นร้อยละ 84.6 29.9 และร้อยละ 20.9 ตามลำดับ การได้รับค่าเดินทาง เท่ากับการไม่ได้รับอะไรเลย คิดเป็นร้อยละ 1.1 ดังตาราง 4.11



ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสิ่งสนับสนุนที่ได้รับหลังการใส่ ฟันเทียม ที่โรงพยาบาลลำปาง (n= 91)

สิ่งสนับสนุน	จำนวน	ร้อยละ
คำแนะนำการใส่ฟันเทียม	82	90.1
การแนะนำวิธีการทำความสะอาดฟันเทียม	77	84.6
การนัดติดตามตรวจเช็คฟันเทียมทุก 6 เดือน	29	29.9
การได้รับเม็ดยุ แซ่ฟันเทียม	19	20.9
ค่าเดินทาง	3	1.1
ไม่เคยได้รับอะไรเลย	3	1.1

หมายเหตุ : ผู้สูงอายุเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

เมื่อพิจารณาการกลับไปพบทันตแพทย์เมื่อมีปัญหาการใส่ฟันเทียม พบว่า หลังจากผู้สูงอายุ ใส่ฟันเทียมไปแล้ว ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหากลับมาแก้ไขเลย คิดเป็นร้อยละ 68.1 มีผู้สูงอายุ ที่กลับไปพบ ทันตแพทย์เพื่อแก้ไขให้สามารถใช้งานฟันเทียมได้ คิดเป็นร้อยละ 23.1 และมีผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาแล้ว ไม่เคยกลับไปพบทันตแพทย์เพื่อแก้ไขฟันเทียมเลยคิดเป็นร้อยละ 6.6 ผู้สูงอายุ ที่จำไม่ได้ว่า หลังจาก กลับใส่ฟันเทียมไปแล้วไปพบทันตแพทย์เพื่อแก้ไขให้สามารถใช้งานฟันเทียม เนื่องจากใส่ฟันเทียมมา เป็นเวลานาน คิดเป็นร้อยละ 2.2 และเมื่อพิจารณา ถึงจำนวนครั้ง ของกลุ่มตัวอย่าง ในการไปพบ ทันตแพทย์เพื่อแก้ไขฟันเทียมให้สามารถใช้งานฟันเทียมได้ พบว่าจำนวนครั้งของผู้สูงอายุที่มีปัญหา การใส่ฟันเทียม และกลับไปพบทันตแพทย์เพื่อแก้ไขให้สามารถใช้งานฟันเทียมได้ ส่วนใหญ่ ไปจำนวน 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 42.8 ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของผู้สูงอายุกลับไปพบทันตแพทย์เมื่อมีปัญหา เท่ากับ 4 ครั้ง สูงสุด 10 ครั้งต่ำสุด 1 ครั้ง ดังตาราง 4.12

ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการกลับไปพบทันตแพทย์เมื่อมีปัญหาการใส่ฟันเทียม (n= 91)

การกลับไปพบทันตแพทย์เมื่อมีปัญหาจากการใส่ฟันเทียม	จำนวน(n= 91)	ร้อยละ
ไม่มีปัญหา	62	68.1
มีปัญหาและเคยไปพบทันตแพทย์	21	23.1
มีปัญหาแต่ไม่เคยไปพบทันตแพทย์	6	6.6
จำไม่ได้เพราะนานเกินไป	2	2.2
จำนวนครั้งที่กลับไปพบทันตแพทย์เมื่อมีปัญหา	จำนวน(n= 21)	ร้อยละ
1 ครั้ง	5	23.8
2 ครั้ง	9	42.8
3 ครั้ง	2	9.5
4 ครั้ง	1	4.7
5 ครั้ง	2	9.5
10 ครั้ง	2	9.5

$\bar{x} = 4$  ,SD=3.0, Min =1, Max = 10

#### 4.1.6 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมในการดำเนิน

##### กิจกรรมชีวิตประจำวัน

ผลการศึกษา คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมในการดำเนินกิจกรรมชีวิตประจำวัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาจากการใช้ฟันเทียมในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างน้อย 1 กิจกรรม จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 44 และเมื่อพิจารณาตามกลุ่มพฤติกรรมการใช้ฟันเทียมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ กลุ่มที่มีปัญหาจากการใช้ฟันเทียมในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันมากที่สุดคือ กลุ่มที่ไม่ได้ใส่ฟันเทียมแล้ว คิดเป็นร้อยละ 18 รองลงมาคือกลุ่ม ใส่เป็นประจำและใส่บ้างบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 16 และ 9.9 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาเป็นรายกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันในมิติสุขภาพช่องปาก ที่มีปัญหาต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ประเด็นที่มีปัญหา 3 อันดับแรก คือการกินอาหาร การพูดและการออกเสียงให้ชัดเจน และสามารถยิ้ม หัวเราะ อดฟันได้โดยไม่อายใคร คิดเป็นร้อยละ 14.3

11.0 และ 6.6 ตามลำดับ ส่วนกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาเลย คือกิจกรรมการนอนหลับพักผ่อนและการดำเนินชีวิตทั่วไป( การทำงานบ้าน การทำความสะอาดบ้านเรือน การทำอาหาร )

เมื่อพิจารณากลุ่มตัวอย่างที่แยกตามพฤติกรรมการใช้พื้นที่ริมพระราชทาน เปรียบเทียบกับกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันในมิติสุขภาพช่องปาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้พื้นที่ริมเป็นประจำมีปัญหาจากการใช้พื้นที่ริมในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำนวน 5 กิจกรรม ส่วนใหญ่มีปัญหาในการกินอาหาร คิดเป็นร้อยละ 4.4 รองลงมา กิจกรรมที่มีปัญหาเท่าๆกัน คือการพูดและการออกเสียงให้ชัดเจน และสามารถยิ้ม หัวเราะ อวดฟันได้โดยไม่อายใคร ความสนุกสนานที่ได้ไปพบญาติสนิทมิตรสหายและการทำความสะอาดช่องปากหรือพื้นที่ริม คิดเป็นร้อยละ 3.3 และ 2.2 ตามลำดับ กิจกรรมที่มีปัญหาน้อยที่สุด คืออารมณ์จิตใจเป็นปกติ ไม่หงุดหงิด รำคาญง่าย คิดเป็นร้อยละ 1.1

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้พื้นที่ริมบางครั้ง มีปัญหาจากการใช้พื้นที่ริมในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำนวน 3 กิจกรรม ส่วนใหญ่ มีปัญหาในการกินอาหาร คิดเป็นร้อยละ 3.3 รองลงมามีปัญหาเท่าๆกัน คือการพูดและการออกเสียงให้ชัดเจน สามารถยิ้ม หัวเราะ อวดฟันได้โดยไม่อายใคร และความสนุกสนานที่ได้ไปพบญาติสนิทมิตรสหาย คิดเป็นร้อยละ 2.2

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ใช้พื้นที่ริมแล้ว ส่วนใหญ่ มีปัญหาในการกินอาหารมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 6.6 รองลงมา กิจกรรม การพูดและการออกเสียงให้ชัดเจน และการมีอารมณ์จิตใจเป็นปกติ ไม่หงุดหงิด รำคาญง่าย คิดเป็นร้อยละ 5.5 และ 2.2 ตามลำดับ ส่วนกิจกรรมอีก 3 กิจกรรม มีปัญหาเท่ากัน คือ สามารถยิ้ม หัวเราะ อวดฟันได้โดยไม่อายใคร ความสนุกสนานที่ได้ไปพบญาติสนิทมิตรสหาย และการทำความสะอาดช่องปากหรือพื้นที่ริม คิดเป็นร้อยละ 1.1 ดังตาราง 4.13

ตารางที่ 4.13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกิจกรรมในชีวิตประจำวัน  
เปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเป็นประจำ ,ใส่เป็นบางครั้ง และไม่ได้ใส่แล้ว

กิจกรรม	ผู้สูงอายุ ( 91 คน )		ใส่เป็นประจำ ( 71 คน )		ใส่เป็นบางครั้ง ( 8 คน )		ไม่ได้ใส่แล้ว ( 7 คน )	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
1.การกินอาหาร	13	14.3	4	4.4	3	3.3	6	6.6
2.การพูดและการออกเสียงให้ชัดเจน	10	11.0	3	3.3	2	2.2	5	5.5
3. สามารถยิ้ม หัวเราะ อวดฟันได้โดยไม้อายใคร	6	6.6	3	3.3	2	2.2	1	1.1
4 ความสนุกสนานที่ได้ไปพบญาติสนิท มิตรสหาย	5	5.5	2	2.2	2	2.2	1	1.1
5 .การทำความสะดวกช่องปากหรือฟันเทียม	3	3.3	2	2.2	0	0.0	1	1.1
6.อารมณ์จิตใจเป็นปกติ ไม่หงุดหงิด รำคาญง่าย	3	3.3	1	1.1	0	0.0	2	2.2
7. การนอนหลับพักผ่อน	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
8..การดำเนินชีวิตทั่วไป( การทำงานบ้าน การทำความสะอาดบ้านเรือน การทำอาหาร )	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>รวม</b>	<b>40</b>	<b>44</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>9</b>	<b>9.9</b>	<b>16</b>	<b>18</b>

## 4.2 อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ฟันเทียมพระราชทานและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทาน อำเภอเมือง ลำปาง ในครั้งนี้ มีผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมพระราชทานซึ่งสามารถให้สัมภาษณ์ได้จำนวน 135 คน ผ่านการประเมินภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แบบประเมินสุขภาพจิตของจุฬา ( Chula Mental Test: CMT ) จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 67.4 ของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ มีผู้สูงอายุ จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 32.6 ที่มีภาวะสมองเสื่อม จากรายงานการศึกษาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2541 พบว่าผู้สูงอายุไทยมีความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อม ร้อยละ 3.04 และคาดว่าในอนาคต พ.ศ. 2573 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 3.36 และความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น<sup>(1)</sup> จึงต้องมีการประเมินภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ เพื่อแสดงว่าผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมมีความจำและสมาธิเพียงพอในการตอบแบบสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เชื่อถือได้ วิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะผู้ที่มีภาวะสมองปกติ ยกเว้นข้อมูลการคงใช้ฟันเทียมพระราชทานของผู้สูงอายุ เพื่อติดตามการใช้ฟันเทียมของผู้สูงอายุจึงได้วิเคราะห์ข้อมูลทั้งผู้ผ่านและไม่ผ่านการประเมินภาวะสมองเสื่อม โดยได้สอบถามข้อมูลการคงใช้ฟันเทียมจากญาติของผู้สูงอายุที่ไม่ผ่านการประเมินภาวะสมองเสื่อม ผู้ศึกษาได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดการศึกษา ดังนี้

### 4.2.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 91 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 64.8 มากกว่า เพศหญิง ร้อยละ 35.2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิมิตร เตชะวัชร<sup>(3)</sup> ที่ศึกษาถึงผลของการใส่ฟันเทียมพระราชทานของโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.0 เพศหญิง ร้อยละ 38.0 ต่างจากการศึกษาของ เบญจมาศ สือพัฒธิมา<sup>(55)</sup> โรงพยาบาลโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ร้อยละ 66.7 ของผู้สูงอายุที่มารับการใส่ฟันเทียมทั้งปากส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เหตุผลที่การศึกษานี้พบเพศชายใช้ฟันเทียมมากกว่าเพศหญิง อาจเนื่องมาจาก ส่วนใหญ่เพศชาย มีบทบาท ตำแหน่งหน้าที่ทางสังคม เช่นเป็นผู้นำชุมชน ประธานชมรมผู้สูงอายุ เป็นสมาชิก อบต. ฯลฯ จึงต้องการ การใส่ฟันเทียมเพื่อภาพลักษณ์ที่ดี ทำให้เกิดความมั่นใจในการเข้าสังคมมากขึ้น สถานภาพสมรสคู่และหม้าย/หย่า/แยก มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า รายได้ส่วนใหญ่ได้รับจากเงินสวัสดิการผู้สูงอายุ ( เบี้ยยังชีพ ) และบุตรหลาน มีการพักอาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรส และบุตร ซึ่งจากข้อมูลเบื้องต้นทั้งหมด แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีคู่สมรส บุตรหลานคอยให้การดูแล ไม่ได้อยู่ตามลำพัง และมีเพื่อนไปมาหาสู่กันในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร อาชีพปัจจุบันคือ ไม่มีอาชีพมากที่สุดคือ ร้อยละ 37.4 แสดงถึงลักษณะครอบครัวไทยที่ผู้สูงอายุอยู่กับลูกหลานได้โดยไม่ต้องประกอบอาชีพเพราะลูกหลานให้การ

เลี้ยงดูเป็นการตอบแทนบุญคุณ รองลงมามีอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 18.7 เพราะสังคมไทยในอดีตเป็นเกษตรกรรม นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสภาวะสุขภาพใกล้เคียงกับผู้สูงอายุทั่วไป<sup>(1)</sup> คือเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 44.68 และผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากพบรอยโรคจากการใส่ฟันเทียมน้อยมากเพียงร้อยละ 1.1 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีการทำความสะอาดช่องปากและทำความสะอาดฟันเทียมได้ดี

#### 4.2.2 การใช้ฟันเทียมพระราชทานของผู้สูงอายุ

พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใส่ฟันเทียมพระราชทานในโครงการฟันเทียมพระราชทานของโรงพยาบาลลำปาง ทั้งกลุ่มที่ผ่านการประเมินภาวะสมองเสื่อม จำนวน 91 คน และกลุ่มที่ไม่ผ่านการประเมินภาวะสมองเสื่อม จำนวน 44 คน ยังคงใช้ฟันเทียม ที่ทันตแพทย์ทางกลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลทำให้ ในการเคี้ยวอาหาร ออกนอกบ้านหรือเข้าสังคมต่างๆ อย่างเป็นประจำถึง ร้อยละ 83.52 และ 40.9 ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการ"ฟันเทียมพระราชทาน"เพื่อรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ในวาระมหามงคล 80 พรรษา 2550 ที่ต้องการให้ผู้สูงอายุที่มีการสูญเสียฟันมีโอกาสได้รับการฟื้นฟูสภาพโดยการใส่ฟันเทียมทดแทนลดการสูญเสียฟันสามารถคงสภาพการมีฟันไว้เคี้ยวอาหารให้นานที่สุด<sup>(10, 11)</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ สือพัฒธิมา<sup>(55)</sup> ที่ศึกษาถึงความพึงพอใจต่อฟันเทียมทั้งปากและคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ภายหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปาก ของโรงพยาบาลโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ร้อยละ 82.5 ของผู้สูงอายุ มีการใช้ฟันเทียมเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการฟันเทียมพระราชทาน ในการใช้เคี้ยวอาหารและเพื่อความสวยงามและการศึกษานี้ยัง พบว่า มีผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมที่ใส่บ้างเป็นบางครั้ง โดยจะใส่ฟันเทียมเฉพาะเวลาออกนอกบ้านหรือพบปะผู้คน มากกว่าใส่ฟันเทียมเพื่อเคี้ยวอาหาร เนื่องจากใส่เมื่อเคี้ยวอาหารแล้วเจ็บ และผู้สูงอายุที่ไม่ได้ใส่ฟันเทียมแล้ว จำนวน 1 คน ที่กลับไปใส่ฟันเทียมจากหมอชาวบ้านแทน โดยให้เหตุผลว่าฟันเทียมพระราชทานนั้นใหญ่ไม่เข้ากับใบหน้าและหลวม ไม่กระชับเคี้ยวอาหารแล้วหลุด อาจเนื่องมาจาก การใส่ฟันเทียมที่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์แล้ว ประโยชน์ของการใส่ฟันเทียมนั้นจะช่วยลดการฝ่อตัวของกล้ามเนื้อใบหน้าได้ ในผู้สูงอายุรายที่มีการทิ้งระยะเวลาการสูญเสียฟันไปนาน กล้ามเนื้อใบหน้าจะฝ่อตัวลงและเมื่อใส่ฟันเทียมไป ผู้สูงอายุจึงเข้าใจและมีความรู้สึกว่าฟันเทียมนั้นใหญ่ไม่เข้ากับใบหน้าของตนเอง จึงไปใช้บริการฟันเทียมเถื่อนจากหมอชาวบ้านแทน ซึ่งการใส่เทียมเถื่อน กับหมอชาวบ้านสามารถบอกได้ว่าจะให้ลักษณะเป็นแบบไหนในความรู้สึกของผู้สูงอายุเอง ซึ่งต่างจากที่ทำกับทันตแพทย์ที่ต้องยึดหลักการของการใส่ฟันเทียมที่ถูกต้อง ดังนั้นการทำฟันเทียมควรตอบสนองของผู้สูงอายุทั้งประสิทธิภาพในการเคี้ยวอาหารและความสวยงาม

#### 4.2.3 การรับรู้ ของผู้สูงอายุ ในการใส่ฟันเทียมพระราชทาน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ ถึงประโยชน์ของการใส่ฟันเทียมอยู่ในระดับสูงไม่ว่าจะเป็น การรับรู้ที่ฟันเทียมสามารถช่วยทดแทนฟันที่หายไป การใส่ฟันเทียมแล้วทำให้พูดชัดเจนนั่นใจมากขึ้น และรับรู้ว่าการใส่ฟันเทียมในการเคี้ยวอาหาร ฟันเทียมสามารถช่วยลดการบาดเจ็บของเหงือกจากการเคี้ยวอาหาร ในช่องปากได้ดี ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการใส่ฟันเทียมที่ดี จึงมีแนวโน้มที่จะใส่ฟันเทียม เพิ่มขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker และคณะ 1975 ที่ว่าการที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสม ที่จะทำ ให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ จากผลดังกล่าวการรับรู้ประโยชน์ของการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุเป็นการเพิ่มแรงจูงใจในทางเลือกว่าจะใส่ฟันเทียมหรือไม่ ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุเลือกการใส่ฟันเทียมแล้วรับรู้ผลดีและประโยชน์ที่เกิดต่อตนเอง ผู้สูงอายุจึงเลือกการใส่ฟันเทียมนั้นต่อไป

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องอีกด้านคือ การรับรู้ความรุนแรงของปัญหาในช่องปาก เมื่อใส่ฟันเทียม ถูกรบกวนโดยหมอนอนที่บ้าน ที่มาบริการให้ถึงบ้าน เรียกว่า หมอนถื่น พบว่ามีกรรับรู้ในระดับสูงไม่ว่าจะเป็น การรับรู้ว่า วัสดุที่ใช้ทำฟันเทียมถื่น ไม่ได้มาตรฐาน สามารถทำให้เกิดอันตรายต่อช่องปากและ ทำให้เหงือกอักเสบเป็นแผลเรื้อรัง รุนแรงถึงกับเป็นมะเร็งช่องปาก ถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งสอดคล้องกับ แนวแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็น ความคิด ความเชื่อที่บุคคล ประเมินความรุนแรงของโรคที่มี ต่อตนในด้านการเจ็บป่วย พิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก การเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงกับการรับรู้ ความรุนแรงของโรคทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะ คุกคาม, (Perceived Threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งบุคคลมีความโน้มเอียงที่จะ หลีกเลี่ยง อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ถึง ความรุนแรงจากการใส่ฟันเทียม ถูกรบกวน จากหมอนอนที่บ้าน แล้วทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิต จึงมีการหลีกเลี่ยงที่จะใส่ฟันเทียมถื่น

ซึ่งปัจจัยทั้งสองด้านนี้เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุไปรับบริการการใส่ฟันเทียมพระราชทาน ชนิดทั้งปาก ของโรงพยาบาลลำปาง มากขึ้นแทน

#### 4.2.4 ทศนคติต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ

จากข้อมูลเบื้องต้นจะเห็นว่าผู้สูงอายุมีทัศนคติต่อการใส่ฟันเทียมมากในเชิงบวก การใส่ฟันเทียมที่ดี ในทัศนคติของผู้สูงอายุหมายถึงการใส่ฟันเทียมไปแล้วไม่มีอาการเจ็บของช่องปากและฟันเทียมไม่หลวมสามารถเคี้ยวอาหารได้หลายอย่างมากขึ้น การใส่ฟันเทียมทั้งปากของผู้สูงอายุนั้น มองดูเป็นเรื่องปกติ ไม่มีความรู้สึกอายเมื่อมีคนอื่นรู้ว่าใส่ฟันเทียมทั้งปาก สามารถยิ้ม พูดคุย เข้าสังคมได้ดีกว่าการไม่ใส่ฟันเทียม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิสา ไทยงาม<sup>(49)</sup> ได้ศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ฐานพลาสติกจากโรงพยาบาลต่างๆ ในจังหวัดชัยภูมิ



จำนวน 100 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 79 มีทัศนคติในทางบวกกับการใส่ฟันเทียมไม่รู้สึกรับอาย และคาดหวังถึงการใส่ฟันเทียมจะสามารถทำให้การเคี้ยวอาหารดีขึ้น ร้อยละ 80 และเชื่อว่าการใส่ฟันเทียม ไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้เกิดกลิ่นปาก หากมีการรักษาทำความสะอาดฟันเทียมและช่องปากเป็นประจำ และผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างยังเห็นว่าเมื่อใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากควรถอดออก ตอนช่วงเวลานอนตอนกลางคืน อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุ ได้รับคำแนะนำจากทันตแพทย์ หลังการใส่ฟันเทียมจากโรงพยาบาลลำปาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาศ สือพัฒธิมา<sup>(55)</sup> ที่พบว่าผู้สูงอายุมีการถอดฟันเทียมแช่น้ำขณะนอนตอนกลางคืนตามคำแนะนำของทันตแพทย์ แต่ก็ยังมีผู้สูงอายุบางส่วนในการศึกษานี้เห็นว่า การใส่ฟันเทียมไปแล้ว เป็นภาระต้องดูแลรักษาทำความสะอาด ทำให้ต้องกังวล เวลาต้องออกนอกบ้านเข้าสังคม

#### 4.2.5 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ของการใส่ฟันเทียมในโครงการฟันเทียมพระราชทานโรงพยาบาลลำปาง พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนจากทันตบุคลากร/บุคลากรสาธารณสุขมากที่สุดร้อยละ 82.4 ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของ สุธา เจริญมณีโชติชัยและคณะ<sup>(12)</sup> พบว่าร้อยละของผู้สูงอายุรับรู้ข่าวสารโครงการฯ จากบุคลากรสาธารณสุข การรับรู้ข่าวสารเป็นปัจจัยสำคัญที่ผู้สูงอายุจะมีโอกาสเข้าถึงโครงการฟันเทียมพระราชทาน เพราะบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุผ่านการทำกิจกรรมโครงการต่างๆ เช่นการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ของกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลลำปาง ที่ได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2549 โดยกิจกรรมในการดำเนินการ คือ แนะนำให้รู้จักโครงการฟันเทียมพระราชทานและการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เล่าเรื่องความสำคัญระหว่างผู้สูงอายุ และสุขภาพช่องปาก การสำรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ การอบรมแกนนำผู้สูงอายุ และอาสาสมัครในชุมชนเพื่อการสื่อสารสุขภาพ จัดอบรมให้ความรู้แก่สมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมการตรวจสุขภาพช่องปากและการย้อมสีฟัน และส่งต่อกรณีที่พบเจอปัญหาโรคในช่องปากที่ต้องเข้ารับการรักษา อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน และพบว่าผู้สูงอายุที่มีความต้องการใส่ฟันเทียม จะเข้าไปรับบริการใส่ฟันเทียมตามความต้องการด้วยตนเองมากที่สุดร้อยละ 80.2 หลังจากผู้สูงอายุใส่ฟันเทียมไปแล้วส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจไม่มีปัญหากลับมาแก้ไขเลย ร้อยละ 68.1 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ เบญจมาศ สือพัฒธิมา อาจเป็นผลมาจากภายหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปาก ผู้สูงอายุสามารถเคี้ยวอาหารได้หลายชนิดมากขึ้น มีความสวยงามมากขึ้น สามารถยิ้มอวดใครเกิดความมั่นใจในการเข้าสังคมมากขึ้น

#### 4.2.6 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ของผู้สูงอายุต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน

ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน ของการใส่ฟันเทียม โดยใช้ดัชนีประเมินผลกระทบสุขภาพช่องปากที่มีต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน (Oral Impact on Daily Performance Index, OIDP) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.0 ตอบว่าการใส่ฟันเทียม

ไม่ได้มีปัญหาต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน และมีผู้สูงอายุร้อยละ 44.0 ที่ตอบว่า การใส่ฟันเทียมมี ปัญหาต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ นิมิตร เตชะวัชรกุล<sup>(3)</sup> ที่ศึกษาถึง ผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวันสำหรับผู้สูงอายุ ที่โรงพยาบาลสารภี อำเภอสาร์ภี จังหวัด เชียงใหม่พบว่าผู้สูงอายุส่วนน้อย (ร้อยละ 29.3) ตอบว่าสุขภาพช่องปากมี ผลกระทบต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ได้รับผลกระทบมากพอๆกัน คือกิจกรรมการกินอาหาร และกิจกรรมการพูดและการออกเสียงให้ชัดเจน ร้อยละ 11.8 และ 11.0 ตามลำดับ ซึ่งต่างจากการศึกษาของ ฐิติพร ศิริบุษรานนท์<sup>(54)</sup> ที่ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรม ส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทาน เขตอำเภอสามพราณ จังหวัด นครปฐมพบว่า กิจกรรมด้านการรับประทานอาหาร ยังคงเกิดผลกระทบ มากที่สุด ร้อยละ 82.4 รองลงมาคือ กิจกรรมด้านการพูดหรือออกเสียงให้ชัดเจน ร้อยละ 47.1 เช่นเดียวกับการศึกษาของ นิมิตร เตชะวัชรกุล<sup>(3)</sup> ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมได้รับผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อ สมรรถภาพในชีวิตประจำวัน กิจกรรมการกินอาหารมากที่สุดร้อยละ 19.6 รองลงมากิจกรรมการพูด หรือการออกเสียงให้ชัดเจนร้อยละ 10.9 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมพระราชทานใน การศึกษานี้ ใส่ฟันเทียมที่มีคุณภาพดีเหมือนมีฟันครบ 28 ซี่ ทำให้สามารถกินอาหารได้สบาย มี ปัญหาในการกินอาหารและการพูดเป็นส่วนน้อย สำหรับในกลุ่มผู้สูงอายุที่ตอบว่าการใส่ฟันเทียมมี ปัญหาต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน พบว่า มีปัญหาในเรื่องการกินอาหารมากที่สุดคือกลุ่มผู้สูงอายุ ที่ไม่ได้ใส่ฟันเทียมแล้วร้อยละ 85.7 สอดคล้องในการศึกษาโดย Srisilapanan และSheiham พ.ศ. 2544<sup>(24)</sup> ในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ 623 คน ที่พบว่า ผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพ ในชีวิตประจำวันมากที่สุด คือการกินอาหารร้อยละ 47.2 โดยผู้สูงอายุที่ใส่ฟันได้รับผลกระทบมากกว่า ผู้สูงอายุที่มีฟันในช่องปาก เช่นเดียวกับ กิจกรรมการพูด และการออกเสียงให้ชัดเจน ,กิจกรรม อารมณ์จิตใจเป็นปกติ ไม่หงุดหงิด รำคาญง่าย, กิจกรรมการทำความสะอาดช่องปาก ,กิจกรรม สามารถยิ้ม หัวเราะ อวดฟันได้โดยไม่อายใคร ที่เกิดกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ใส่ฟันเทียมแล้ว เช่นกัน

กิจกรรมที่ไม่มีปัญหาต่อผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่มเลย คือกิจการดำเนินชีวิตต่างๆไป เช่น การ ทำงานบ้าน การทำความสะอาดบ้านเรือน การทำอาหาร และกิจกรรมการนอนหลับพักผ่อน ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพฟันเทียมตามที่ได้รับคำแนะนำมาหลังจากที่ใส่ฟันเทียม โดย ก่อนนอนต้องถอดฟันเทียมแช่น้ำไว้เสมอ ไม่ให้ฟันเทียมแตกหัก และให้เหงือกได้พักผ่อน จึงไม่เกิด ปัญหาและมีผลกระทบในกิจกรรมการนอนหลับพักผ่อน ถึงแม้จะมีผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา นี้ที่ยังใส่ฟันเทียมขณะนอนตอนกลางคืน ร้อยละ 6.58 ก็ตาม โดยให้เหตุผลว่าการใส่ฟันเทียม พระราชทานแล้ว เหมือนกับเป็นฟันธรรมชาติที่เคยมี ถึงแม้จะใส่ตลอดแม้กระทั่งขณะนอนตอน กลางคืน ก็ไม่มีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันแต่อย่างใด

## บทที่ 5

### สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

#### 5.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการคงใช้ฟันเทียม ปัจจัยความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ฟันเทียม พระราชทานและคุณภาพชีวิตมีติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการใส่ฟันเทียม พระราชทานที่โรงพยาบาลลำปาง อำเภอเมือง จังหวัดลำปางตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 -2558 จำนวน 91 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม เพื่อสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ฟันเทียม ด้านการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาในช่องปาก เมื่อใส่ฟันเลื่อนจากหมอนชาวบ้าน ทศนคติด้านการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ การรับรู้ทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีต่อพฤติกรรมการใช้ฟันเทียม การคงใช้ฟันเทียมพระราชทานและ ผลกระทบคุณภาพชีวิตในมีติสุขภาพช่องปาก ต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวันสำหรับผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทานของโรงพยาบาลลำปางอำเภอเมืองลำปาง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูป ซึ่งผลการศึกษารูปได้ดังต่อไปนี้

5.1.1 ข้อมูลด้านประชากร และกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มากกว่าเพศหญิง มีอายุระหว่าง ส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ในช่วง 71 - 80 ปี อายุเฉลี่ยอยู่ที่  $74.29 \pm 7.31$  ปี อายุสูงสุดของผู้สูงอายุ คือ 92 ปี สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาประถมศึกษาและต่ำกว่า 6 ปี ปัจจุบันส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ พักอาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตรหลาน มีแหล่งรายได้ จากเบี้ยเลี้ยงชีพ ผู้สูงอายุและบุตรหลาน มีเพื่อนเฉลี่ย 1 ต่อ 3 คน ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ไม่พบรอยโรคในช่องปาก ที่เกิดจากการใส่ฟันเทียม

5.1.2 การคงใช้ฟันเทียมพระราชทานของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 83.52 ยังมีการใช้ฟันเทียมเป็นประจำ ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการ ที่ต้องการให้ผู้สูงอายุที่มีการสูญเสียฟัน มีโอกาสได้รับการฟื้นฟูสภาพ โดยการใส่ฟันเทียมทดแทนลดการสูญเสียฟันสามารถคงสภาพการมีฟันไว้เคี้ยวอาหารให้นานที่สุด

5.1.3 การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ฟันเทียมโดยภาพรวมพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 97.8 มีการรับรู้ระดับสูง ซึ่งผู้สูงอายุรับรู้ถึงประโยชน์ที่เกิดผลในทางที่ดีและเหมาะสม โดยผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ด้านการใส่ฟันเทียมแล้วสามารถช่วยทดแทนฟันที่หายไปมากที่สุด

5.1.4 การรับรู้ความรุนแรงของปัญหาในช่องปาก เมื่อใส่ฟันเทียมถาวรโดยหมอชาวบ้าน โดยภาพรวมพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 91.2 มีการรับรู้ระดับสูง ซึ่งผู้สูงอายุรับรู้ถึงความรุนแรงที่ส่งผลในด้านดี โดยผู้สูงอายุมีการรับรู้ด้านการใช้วัสดุที่ใช้ทำฟันเทียมถาวรของหมอชาวบ้าน ไม่ได้มาตรฐานทำให้เกิดอันตรายต่อช่องปาก ได้มากที่สุด

5.1.5 ทักษะการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุโดยภาพรวมพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 94.5 มีทักษะการใส่ฟันเทียม อยู่ในระดับสูง เกิดผลในเชิงบวกต่อการใส่ฟันเทียม โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทักษะด้านการใส่ฟันเทียม ที่เมื่อใส่แล้วไม่เจ็บและไม่หลวม คือการฟันเทียมที่ดี

5.1.6 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโดยภาพรวมพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 82.4 ได้รับข้อมูลข่าวสารการใส่ฟันเทียม ในโครงการฟันเทียมพระราชทาน จากบุคลากรสาธารณสุข มากที่สุด และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 80.2 เมื่อได้รับแรงสนับสนุน ตัวผู้สูงอายุเองจะเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความต้องการการใส่ฟันเทียมมากที่สุด หลังจากผู้สูงอายุใส่ฟันเทียมไปแล้วส่วนใหญ่ร้อยละ 68.1 ไม่มีปัญหากลับมาแก้ไขเลย

5.1.7 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน พบว่า ภาพรวมของผู้สูงอายุ ร้อยละ 56.0 ไม่มีปัญหาต่อการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน มีผู้สูงอายุร้อยละ 44.0 ที่พบว่ามีปัญหาด้านคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน โดยกิจกรรมการกินอาหาร และกิจกรรมการพูดการออกเสียงให้ชัดเจน เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบมากกว่ากิจกรรมด้านอื่นๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ใส่ฟันเทียมแล้วที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด

สรุปได้ว่า การใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ ภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทาน โดยกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลลำปาง สามารถช่วยฟื้นฟูสภาวะช่องปากของผู้สูงอายุได้ และเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการกล่าวคือ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีการสูญเสียฟันมีโอกาสได้รับการฟื้นฟูสุขภาพ โดยการใส่ฟันเทียมทดแทนลดการสูญเสียฟัน สามารถคงสภาพการมีฟันไว้เคี้ยวอาหารให้นานที่สุด

## 5.2 ข้อเสนอแนะ

### 5.2.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

5.2.1.1 จากนโยบาย ของกลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลลำปาง การดำเนินงานโครงการฟันเทียมพระราชทาน ของทุกๆ ปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา มีการกำหนดเป้าหมายเป็นปริมาณของการใส่ฟันเทียมแก่ผู้สูงอายุ และประเมินติดตาม จากรายงานจำนวนบริการการใส่ฟันเทียมให้ผู้สูงอายุ ของหน่วยงานเท่านั้น เพื่อให้ทราบถึงผลของผู้สูงอายุที่ได้รับบริการการใส่ฟันเทียมตามความคาดหวังของโครงการที่ต้องการให้ ผู้สูงอายุ มีฟันสำหรับการเคี้ยวอาหารเพื่อสุขภาพ และ

คุณภาพชีวิตที่ดี ควรมีการประเมินผลติดตามการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ ด้านคุณภาพของหน่วยงาน เพื่อปรับปรุงแก้ไขการใส่ฟันเทียมให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

5.2.1.2 จากนโยบาย การดำเนินงานโครงการฟันเทียมพระราชทาน มีการจัดการ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ ในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง และสร้างความตระหนักแก่สังคมในวงกว้าง ส่วนใหญ่เป็นที่รับรู้เฉพาะกลุ่มทันตบุคลากร ควรมีการสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่กระจายอยู่ตามพื้นที่ของอำเภอเมือง ลำปาง ให้มีความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดำเนินการโครงการฟันเทียมพระราชทาน เพื่อเป็นการเพิ่ม การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ ในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง

### 5.2.2 ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

5.2.2.1 จากการศึกษา มีการประเมินภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบประเมิน Chula Mental Test พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาด้านภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นไปตามสถานการณ์แนวโน้มของผู้สูงอายุที่มีความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมที่เพิ่มขึ้นตามอายุ แต่ผู้สูงอายุมีการยอมรับการใส่ฟันเทียมค่อนข้างสูง และในบางครั้งการปฏิเสธการใส่ฟันก็เกิดขึ้นได้ด้วยเช่นกัน ทันตบุคลากรจึงควรต้องอธิบาย ชี้แจงสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจ โดยเฉพาะผลเสียของการไม่ใส่ฟันเทียมเป็นประจำที่จะส่งผลให้สันเหงือกมีการยุบตัว และทำให้ฟันปลอมหลวมได้ ซึ่งในการอธิบายให้ผู้สูงอายุนั้นควรมีญาติ หรือบุตรหลานร่วมรับฟังการให้ความรู้ด้วยซึ่งจะทำให้ญาติเกิดความเข้าใจ มีความสนใจใส่ใจในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดการกระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุมีการดูแลรักษาฟันเทียมที่ ถูกวิธี

5.2.2.2 จากการศึกษา พบผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุข ในการใส่ฟันเทียมพระราชทาน จึงควรสนับสนุน ให้บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ระดับตำบล มีกิจกรรมการติดตามการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ พร้อมกับ กิจกรรมการติดตามการเยี่ยมบ้านไปพร้อมกันๆ โดยให้เจ้าหน้าที่ฝึกวิธีการตรวจช่องปากและตรวจสภาพฟันปลอม ทำให้ผู้สูงอายุสนใจการดูแลสุขภาพช่องปากมากขึ้น

### 5.2.3 ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

5.2.3.1 การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากเท่านั้น ในการศึกษาครั้งต่อไปควรทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่ใส่บางส่วนน้อยกว่า 16 ซี่ หรือมากกว่า 16 ซี่ ว่ากลุ่มผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากเป็นอย่างไร ซึ่งจะทำให้รูปแบบการวิจัยที่เกี่ยวกับการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ ภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทานสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

5.2.3.2 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ฟันเทียม รวมทั้งเหตุการณ์ต่างๆ ของการใช้ฟันเทียม เพื่ออธิบายสาเหตุของปัญหาการใช้ฟันเทียมของผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุให้มีสุขภาพช่องปากที่ดีต่อไปได้





## รายการอ้างอิง

1. นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช, แพทย์หญิงลัดดา คำริการเลิศ, นางสุนทรี พัวเวส. สถานการณ์ผู้สูงอายุ ปี 2557. บริษัทอัมรินทร์ พรินตติ้งแอนพับลิชชิ่ง จำกัดมหาชน กรุงเทพมหานคร; 2557.
2. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ผู้สูงอายุไทย 2550 มุมมอง/เสียงสะท้อนจากข้อมูลสถิติ. กรุงเทพฯ ; 2551.
3. นิมิตร เตชะวัชรกุล. สุขภาพช่องปากที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในโครงการฟันเทียมพระราชทานของโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2551.
4. Koshino H, Hirai T, Ishijima T, Tsukagoshi H, Tanaka Y. Quality of life and masticatory function in denture wearers. J Oral Rehabil. 2006:323-9.
5. วรณศรี แก้วปินตา, นวพรรณ ทองทับ, สุนี ผลดีเยี่ยม. นิยามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพรวมสุขภาพช่องปากในทัศนะของผู้สูงอายุ อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 2551;13(1):37-48.
6. สุดาดวง กฤษฎาพงษ์. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก. กรุงเทพฯ ; 2552.
7. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงาน การสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543-2544. กิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2545.
8. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 6 ประเทศไทย พ.ศ. 2549-2550 . สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.
9. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผล การสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2555. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556.
10. กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย. โครงการฟันเทียมพระราชทานเพื่อการรณรงค์ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เณลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550.
11. กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย. คู่มือการดำเนินงาน โครงการส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปากผู้สูงอายุ ตามชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2551: โรงพิมพ์สำนักงานกิจการองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.
12. สุธา เจียมมณีโชติชัย, สุปรานี ดาโลดม, และคณะ. โครงการ"ฟันเทียมพระราชทาน"เพื่อรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ในวาระมหา



- มงคล 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ;2550.
13. กองทันตสาธารณสุข, กรมอนามัย. คู่มือดำเนินงานโครงการภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ; 2548
  14. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศและประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคเกี่ยวกับฟันเทียม แนบท้ายประกาศกระทรวงการคลังด่วนที่สุด ที่กค. 0422/ว.249 . 2553 [30 พฤษภาคม 2559]. Available from: <http://dental.anamai.moph.go.th/elderly/2553/project53/w249.pdf>.
  15. โรงพยาบาลลำปาง. ข้อมูลทะเบียนการใส่ฟันปลอม.( อ้างเมื่อ 30 มิถุนายน 2559 ). กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลลำปาง; 2559.
  16. สำนักทันตสาธารณสุข, กรมอนามัย. ย้อนรอยความสำเร็จ การขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง. สำนักกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก: กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
  17. Aduyanon s, and Sheiham A, อ้างใน ฐิติพร ศิริบุรานนท์. ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียม. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยคริสเตียน ; 2554.
  18. กองทันตสาธารณสุข, กรมอนามัย. คู่มือการปฏิบัติงานโครงการฟันเทียมพระราชทานเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเนื่องในโอกาสการจัดงานฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2549. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานกิจการองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2549.
  19. พิชิต โคตรจรัส. ผู้สูงอายุกับฟันเทียม. เชียงใหม่: ม.ป.พ.; 2537.
  20. อนุชาติ พวงสำลี, อรทัย อาจอ่ำ. การพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคมไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; 2539.
  21. พัชรารวรรณ ศรีศิลป์นนท์. ทำไมต้องดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ. มหกรรมการประชุมวิชาการ “คืนรอยยิ้ม ที่สดใส ให้ผู้สูงวัย”; วันที่ 20-21 สิงหาคม 2550; ณ.โรงแรมมิราเคิล กรุงเทพฯ; 2550.
  22. Srisilapanan P, Malikaew P, Sheiham A. Number of teeth and nutritional status in Thai older people.Community Dent Health. ; 2002 .
  23. Irving J, Wood G, Hackett A. Does temporomandibular disorder pain dysfunction syndrome affect dietary intake? Dent Update. ; 1999
  24. Srisilapanan P, Sheiham A. The prevalence of dental impacts on daily performances in older people in Northern Thailand. Gerodontology. ; 2001

25. McGrath C, Bedi R. The importance of oral health to older people's quality of life. . Gerodontology. ; 1999.
26. Chen M, Hunter P. Oral health and quality of life in New Zealand: a social perspective. Soc Sci Med. ; 1996.
27. Demers M, Bourdages J, Brodeur J, Benigeri M. Indicators of masticatory performance among elderly complete denture wearers. J Prosthet Dent., ; 1996
28. Reisine S, Fertig J, Weber J, Leader S. Impact of dental conditions on patients's quality of life. . Community Dent Oral Epidemiol. ; 1989.
29. Locker D, . Measuring oral health: socio-dental indicators. In: Locker D. editor. An introduction to behavioural science and dentistry. London: Routledge, ; 1989.
30. Slade G. Measuring oral health and quality of life. . Chapel Hill: University of North Carolina. ; 1997.
31. Atchison K, Dolan T. Development of the geriatric oral health assessment index. J Dent Educ, ; 1990
32. Slade G, Spencer A. Development and evaluation of the oral health impact profile. Community Dent Health . ; 1994.
33. Srisilapanan P. Assessing dental treatment needs in older people: a sociodental approach. . PhD Thesis, London University; 1997.
34. สุตาตวง เกร็นพงษ์. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก: ตอนที่ 2 ดัชนีสำหรับผู้ใหญ่. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 มีนาคม-เมษายน ; 2550.
35. ยุพิน ส่งไพศาล. ความพึงพอใจและผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไร้ฟัน หลังการใส่ฟันเทียมทั้งปาก ในโครงการฟันเทียมพระราชทาน ที่โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ปีที่ 30 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน ; 2550.
36. อังคณา ลีโทชวลิต. ผลกระทบของสภาวะสุขภาพในช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้. มหกรรมการประชุมวิชาการ คีรรอยยิ้มที่สดใสให้ผู้สูงวัยในโครงการฟันเทียมพระราชทานเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสมหามงคล เฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550; 2550.
37. Becker MHao. The Health Believes Model and Sick Role Behavior. London :Prentice-Hall. ; 1975.

38. ประภาเพ็ญ สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2526.
39. Rosenstock I. Historical Origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs. ; 1974
40. Cobb S. "Social Support as a Moderated of Life Stress,". Psychosomatic Medicine. ; 1976
41. Kahn RL. Aging and Social Support. In M.W. Riley (Ed). Colorado : Westview Press. ; 1979
42. Norbeck JS. Social support. In J. Fitzpatrick, R. Taunton, & J. Q. Benoliel (Eds.)Annual review of nursing research (pp. 22-29) . New York: Springer Publications. ; 1982.
43. สุปรียา ต้นสกุล และคณะ. ทฤษฎีและโมเดลการประยุกต์ใช้ในงานสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์(ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ยุทธรินทร์การพิมพ์; 2548.
44. House JS. Work Stress and Social Support. Phillippine: Addison-Wesley Publishing. ; 1981.
45. Pender NJ. "Health Promotion in Nursing Practice (Third Education)," NorwalkConnecticat : Appleton & Lange ; 1996.
46. Weiss RW. The provisions of social relationships. In Z., Robin (Ed.), Doing unto others. EngleWood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. ; 1974.
47. รัตนา บัวลอย และคณะ. การดูแลรักษาฟันปลอมในผู้สูงอายุ .รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์. เชียงใหม่. ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2542.
48. พัชรวรรณ ศรีศิลป์นนท์. "ความสัมพันธ์ของสุขภาพช่องปากต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ". เอกสารประกอบการอบรมด้านผู้สูงอายุและความชรา ; 2544.
49. สุทธิสา ไทงาม. ความพึงพอใจช่องปากของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ฟันปลอมบางส่วนถอดได้ฐานพลาสติก จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. ขอนแก่น :มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
50. สุกัลยา แซ่ลี. การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ และเหงือกอักเสบของนักเรียนประถมศึกษาตำบลนาข่า อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ ส.ม. ขอนแก่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
51. กฤษณี จันทนะ. ผลของการมีส่วนร่วมการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลรักษาฟันของผู้สูงอายุในโครงการฟันเทียมพระราชทาน จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์ ส.ม. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2551.

52. สิริพรรณ พันธุ์พิบูลย์. พฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอานาจเจริญ. วารสารวิจัย และพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 7 ฉบับที่ 3. พฤศจิกายน 2557 - กุมภาพันธ์ 2558.
53. สถาพร จันทร. "คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง ฉะเชิงเทรา" วิทยาสารทันตสาธารณสุข13(3):158 ; พฤษภาคม. 2551.
54. จิตติพร ศิริบุรณนท์. ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2554.
55. เบญจมาศ สื่อพัฒน์ธิดา. ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิต ภายหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปาก ในโครงการฟันเทียมพระราชทาน ที่โรงพยาบาลโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์. 2553.
56. สิริมา มงคลสัมฤทธิ์. เอกสารประกอบคำสอน ชีวสถิติสำหรับสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: จรัล สนิทวงศ์การพิมพ์; 2558.
57. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. ภาวะสมองเสื่อมปัญหาการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีสมองเสื่อม. [12 พฤษภาคม 2559]. Available from: [www.kcn.ac.th/download/doc/20140919\\_1.docx](http://www.kcn.ac.th/download/doc/20140919_1.docx).
58. ประพนธ์ทิพย์ หมั่นน้อย. "ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพ ช่องปาก เพื่อป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายในเขต ตำบลท่าพระ เกอเมือง จังหวัด ขอนแก่น". วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริม สุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.; 2548.

ภาคผนวก



## ภาคผนวก ก

## แบบสอบถาม

เลขที่แบบสอบถาม.....

## แบบสอบถามผู้สูงอายุ

การศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้พื้นที่ยมพระราชทาน และ  
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายใต้โครงการพื้นที่ยมพระราชทาน อำเภอเมือง ลำปาง

หมู่บ้านที่ เก็บข้อมูล .....

วันที่เก็บข้อมูล .....

ชื่อผู้ตอบแบบสอบถาม.....

ที่อยู่.....

เวลาที่เริ่มสัมภาษณ์ .....

น. เวลาที่สิ้นสุดการสัมภาษณ์ .....น.เวลารวม.....นาที

ผู้สัมภาษณ์ชื่อ .....หมายเลขโทรศัพท์ .....

ผู้ตรวจแบบสอบถาม.....

ผลการตรวจแบบสอบถาม

1. ถูกต้อง สามารถบันทึกข้อมูลได้
2. ยังไม่เรียบร้อย กลับไปตรวจสอบใหม่
3. ไม่ถูกต้อง เก็บข้อมูลเพิ่มเติมใหม่

ส่วนที่ 1 แบบประเมินสภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโดยแบบประเมินสภาพจิตจุฬา ( Chula Mental Test: CMT ) จำนวน 13 ข้อ

**คำชี้แจง** โปรดเขียน คะแนน ลงในช่อง “ คะแนน ” ให้ตรงกับความเป็นจริงจากการสอบถาม

คำถาม	คำตอบ/เกณฑ์ ให้คะแนน	บันทึกคำตอบ	คะแนน
1. ปีนี้คุณอายุเท่าไร	ถูก=1 , ผิด = 0		
2. ขณะนี้กี่โมง	ถูก=1 , ผิด = 0 (อาจตอบคลาดเคลื่อนได้ 1 ชั่วโมง)		
3. ผู้ประเมินพูดว่า “กะทะ” “รุ่ม” “ประตู” ให้ฟังซ้ำๆ ซัดๆ 2 ครั้ง แล้วให้ผู้ถูกทดสอบสูงอายุ ทวนชื่อทั้งสามดังกล่าว <b>ทันที</b>	- ไม่ถูก = 0 คะแนน - ถูก 1 ชื่อ = 1 คะแนน - ถูก 2 ชื่อ = 2 คะแนน - ถูก 3 ชื่อ = 3 คะแนน		
4. เดือนนี้เดือนอะไร ?	- ไม่ถูก = 0 คะแนน - ถูก = 1 คะแนน ( อาจตอบเป็นเดือน ไทยหรือเดือนสากลก็ได้ )		
5. คนนั้นเป็นใคร (ให้ถามถึง 2 คน )	- ไม่ถูก = 0 คะแนน - ถูก 1 ชื่อ = 1 คะแนน - ถูก 2 ชื่อ = 2 คะแนน ( ให้ถามถึงบุคคล 2 คนเช่น แพทย์ ,พยาบาลหรือบุคคลใกล้เคียง )		
6. ข้าว 1 ถังมีกี่ลิตร / กี่กิโลกรัม	20 ลิตร / 15 กิโลกรัม - ไม่ถูก = 0 คะแนน - ถูก 1 หน่วย = 1 คะแนน - ถูก 2 หน่วย = 2 คะแนน		
7. ให้ผู้ถูกทดสอบทำตามคำสั่งที่ บอกต่อไปนี้ “ให้ตบมือ 3 ครั้ง แล้วถอดอก”	-ให้ 1 คะแนนถ้าทำถูกต้อง		



คำถาม	คำตอบ /เกณฑ์ ให้คะแนน	บันทึกคำตอบ	คะแนน
8. จงบอกความหมายของสุภาษิตต่อไปนี้ “หนีเสือปะจระเข้”	<p>ไม่ถูก = 0 , ถูก = 1</p> <p>ตัวอย่างคำตอบที่ถูกต้อง</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. หนีจากสิ่งที่ไม่ดีไปพบสิ่งที่ไม่ดีอีก</li> <li>2. หนีจากสถานการณ์หรือบุคคลอันตรายไปพบกับสถานการณ์หรือบุคคล อันตรายอีก</li> </ol>		
9. บอกให้ผู้สูงอายุฟังประโยคต่อไปนี้ให้ดี เมื่อฟังจบแล้วให้พูดตามทันที <b>“ฉันชอบดอกไม้เสียงเพลง แต่ไม่ชอบหมา”</b>	<p>= 0 คะแนน ถ้าพูดผิดแม้แต่ หนึ่งคำ</p> <p>= 1 คะแนนถ้าพูดได้ถูกต้องตามลำดับทั้งประโยค</p>		
10. ถามผู้สูงอายุว่า “ถ้าสิมกุญแจบ้านจะอย่างไร”	<p>-ให้ 1 คะแนน</p> <p>ถ้าคำตอบมีเหตุผลเหมาะสมโดยแสดงถึงความพยายามในการแก้ไขปัญหาด้วยความเป็นไปได้และไม่ก่อให้เกิดความเสียหาย</p> <p><u>ตัวอย่างคำตอบที่ได้คะแนน</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทดสอบนำกุญแจอันอื่นหรือวัสดุที่ใส่แทนได้ที่มียูในบริเวณใกล้เคียงมาลองไขกุญแจ</li> <li>2. ตามช่างกุญแจ (ถ้าอยู่ไม่ไกลนัก)</li> <li>3. ไปขอกุญแจที่ผู้อื่นมีเก็บไว้(เช่นญาติ) ในกรณีที่อยู่ไม่ไกลจากบ้าน</li> <li>4. หาทางเข้าบ้าน (ถ้าสามารถทำได้ ) หรือขอความช่วยเหลือจากผู้อยู่ใกล้เคียง</li> </ol> <p>- ให้ 0 คะแนน ถ้าคำตอบไม่มีเหตุผลเหมาะสม</p> <p><u>ตัวอย่างคำตอบที่ไม่ได้คะแนน</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ไม่รู้จะอย่างไร นั่งรอนกว่าจะมีคนอื่นกลับมา</li> <li>2. ฟังประตูเข้าไป</li> <li>3. ไปเอากุญแจที่บุคคลอื่นในบ้านเก็บไว้แต่ไกลมากเช่น อยู่ต่างจังหวัด หรือใช้เวลานานมาก</li> </ol>		

คำถาม	คำตอบ/เกณฑ์ ให้คะแนน	บันทึกคำตอบ	คะแนน
11.บอกให้ผู้ทดสอบนับเลขจาก “ 10 - 20”	10,11,12,13,14,15,16,17,18 ,19 ,20 = 0 คะแนน ถ้านับผิดแม้แต่จำนวนเดียว = 1 คะแนน ถ้าสามารถนับได้ถูกต้องตามลำดับทั้งหมด		
12. ชี้ไปที่นาฬิกา แล้วถามว่าคืออะไร ?/ เรียกว่าอะไร - ชี้ไปที่ปากกา แล้วถามว่า คืออะไร ? / เรียกว่าอะไร	- ไม่ถูก = 0 คะแนน - ถูก 1 ชี้อ = 1 คะแนน ถูก 2 ชี้อ = 2 คะแนน		
13. บอกให้ผู้สูงอายุลบเลขที่ละ 3 จาก 20 ทั้งหมด 3 ครั้ง - $20 - 3 = a$ - $17 - 3 = b$ - $14 - 3 = c$	- ให้คิดในใจ $a = 17$ $b = 14$ $c = 11$ ให้คะแนนตามจำนวนเลขที่ลบได้ถูกต้อง 0= ไม่ถูกแม้แต่ครั้งเดียว 1= ถูก 1 จำนวน 2 =ถูก 2 จำนวน 3= ถูก 3 จำนวน		
รวมคะแนนทั้งหมด ( ต่ำสุด = 0 คะแนน, สูงสุด = 20 คะแนน )			
เปรียบเทียบกับเกณฑ์  $\leq 15$ คะแนน หรือต่ำกว่า น่าจะมีความผิดปกติของ Cognitive function  $\geq 16$ คะแนน หรือมากกว่า แสดงว่าผู้สูงอายุมิ Cognitive function ปกติ			



ข้อมูล	สำหรับนักศึกษา
7 แหล่งที่มาของรายได้ ท่านมีรายได้มาจากไหน <input type="checkbox"/> 1 ทำงานด้วยตนเอง <input type="checkbox"/> 2 สามี /ภรรยา <input type="checkbox"/> 3 บุตรหลาน <input type="checkbox"/> 4 ญาติพี่น้อง <input type="checkbox"/> 5 ค่าเช่า ดอกเบี้ย <input type="checkbox"/> 6 เงินบำนาญ <input type="checkbox"/> 6 เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	[ ] INCOME
8 รายได้มีความเพียงพอกับรายจ่ายหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 เพียงพอ <input type="checkbox"/> 2 ไม่เพียงพอ	ENOUGH [ ]
9 เพื่อนผู้สูงอายุที่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำในชุมชน <input type="checkbox"/> 1 ไม่มี <input type="checkbox"/> 2 มี ระบุ(จำนวน).....คน	MATE [ ]
ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 ไม่มี <input type="checkbox"/> 2 มี ระบุ (โรคประจำตัว) .....	U/D [ ]
11 <input type="checkbox"/> 3 ไม่รู้ไม่เคยตรวจ พบรอยโรคในช่องปาก (ได้จากการตรวจสภาพช่องปากของผู้สัมภาษณ์ ) <input type="checkbox"/> 1 ไม่มี <input type="checkbox"/> 2 มีรอยโรคสีแดง มีการติดเชื้อ บนสัน เหงือกและเพดานปาก ที่เกิดจากฟัน ปปลอมมาเป็นเวลา นานโดยไม่ถอดฟัน ปปลอมเลย <input type="checkbox"/> 3 มี รอยโรคสีขาว ที่ ลิ้น เพดานปาก และ กระพุ้งแก้ม ที่เกิดจากติด เชื้อรา เมื่อใส่ฟันปลอมมา นานโดยไม่ดูแลทำความสะอาด สะอาด	ORAL [ ]

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ฟันเทียมและการรับรู้ความรุนแรงของปัญหา ในช่องปากที่เกิดจากการใส่ฟันเทียมถาวร

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้ ข้อ 1-5 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ การรับรู้ ถึงประโยชน์ของการใช้ฟันเทียม และข้อ 6-10 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ การรับรู้ ถึงความรุนแรงของการใส่ฟันเทียมถาวร โปรดอ่านข้อความให้ ผู้ตอบฟังอย่างละเอียดแล้ว ใส่เครื่องหมายถูก ( ✓ ) ให้ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบมากที่สุด ลงในช่องว่างให้ตรงกับข้อคำถามเพียงข้อละ 1 คำตอบ

**ใช่** หมายถึง ผู้ตอบมีการรับรู้ต่อข้อความนั้นตรงความเป็นจริง

**ไม่ใช่** หมายถึง ผู้ตอบมีการรับรู้ต่อข้อความนั้นไม่ตรงตามความเป็นจริง

**ไม่แน่ใจ** หมายถึง ผู้ตอบยังไม่ได้ตัดสินใจเลือกว่าจะมีการรับรู้ตรงต่อข้อความนั้น

ข้อ	ข้อความ	คำตอบ			สำหรับ ผู้วิจัย
		ใช่	ไม่ใช่	ไม่ แน่ใจ	
1	การใส่ฟันเทียม ( ฟันปลอม ) เป็นการช่วยให้ท่าน มีฟันมาทดแทนฟันที่หายไป				R1 [    ]
2	การใส่ฟันเทียม ( ฟันปลอม ) ช่วยให้ท่านเคี้ยวอาหารได้ดี กินอาหารได้หลายชนิดมากขึ้น				R2 [    ]
3	การใส่ฟันเทียม ( ฟันปลอม ) ช่วยให้ท่านพูดชัดเจนขึ้น และมีความมั่นใจมากขึ้น				R3 [    ]
4	การใส่ฟันเทียม ( ฟันปลอม ) ทุกครั้งเมื่อเคี้ยวอาหาร ทำให้ ไม่เจ็บเหงือกช่วยลดการบาดเจ็บในช่องปากได้				R4 [    ]
5	การทำความสะอาดฟันเทียม (ฟันปลอม)หลังรับประทานอาหารทุกครั้ง เป็นการช่วยรักษาฟันเทียม ให้มีอายุการใช้งานที่ยาวนานขึ้น และช่วยป้องกันการอักเสบในช่องปากได้ด้วย				R5 [    ]
6	การใส่ ฟันเทียม(ฟันปลอม )โดยหมอชาวบ้านที่มาบริการให้ถึงบ้าน เรียกว่า หมอเถื่อน เสี่ยงอันตรายอาจติดเชื้อได้				R6 [    ]

ข้อ	ข้อความ	คำตอบ			สำหรับ ผู้วิจัย
		ใช่	ไม่ใช่	ไม่ แน่ใจ	
7	วัสดุ ที่ใช้ทำฟันเทียมเถื่อน ของหมอชาวบ้าน ไม่ได้มาตรฐาน ทำให้เกิดอันตรายต่อช่องปาก ราคาจึงถูกกว่าฟันเทียมที่ทำจากทันตแพทย์				R7 [    ]
8	การใส่ ฟันเทียมเถื่อนจากหมอชาวบ้าน เป็นสาเหตุหนึ่งของโรคเหงือกอักเสบ มีแผลเรื้อรัง รุนแรงถึงกับเป็นมะเร็งช่องปาก จนเสียชีวิตได้				R8 [    ]

#### ส่วนที่ 4 แบบสอบถาม ทศนคติ ต่อการใช้ฟันเทียมของผู้สูงอายุ

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ ความเชื่อ ความเข้าใจ ของผู้สูงอายุ ที่มีต่อการใส่ ฟันเทียมพระราชทาน โปรดอ่านข้อความให้ผู้ตอบฟังอย่างละเอียด แล้วใส่เครื่องหมายถูก ( ✓ ) ให้ ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบมากที่สุด ลงในช่องว่างให้ตรงกับข้อคำถามเพียง ข้อละ 1 คำตอบ

**เห็นด้วย** หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดของผู้ตอบ

**ไม่แน่ใจ** หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นผู้ตอบยังไม่ได้ตัดสินใจเลือกว่าจะเห็นด้วย

**ไม่เห็นด้วย** หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดของผู้ตอบ

ข้อ	ข้อความ	คำตอบ			สำหรับ ผู้วิจัย
		เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	
1	ใส่ฟันเทียม( ฟันปลอม) แล้วเป็นภาระ ต้องดูแลรักษาทำความสะอาด ทำให้ต้องกังวล				A2 [    ]
2	ใส่ฟันเทียม ( ฟันปลอม) แล้วมักจะทำให้พูดไม่ชัด				A3 [    ]
3	ใส่ฟันเทียม ( ฟันปลอม ) แล้วทำให้เกิดกลิ่นปาก มีกลิ่นเหม็น				A4 [    ]
4	มีความรู้สึกอายเมื่อคนอื่นรู้ว่าเราใส่ฟันเทียมทั้งปาก				A5 [    ]
5	ถ้าผู้สูงอายุใส่ฟันเทียมเดือนจะไม่ได้รับประโยชน์เท่ากับการใส่ฟันเทียมพระราชทาน				A7 [    ]
6	การใส่ฟันเทียม ( ฟันปลอม ) ทั้งปากไม่จำเป็นต้องถอดออก ตอนช่วงเวลานอนตอนกลางคืนก็ได้				A9 [    ]
7	การใส่ฟันเทียม (ฟันปลอม)ที่ดี คือ ใส่แล้วไม่เจ็บ ไม่หลวม				A10 [    ]



### ส่วนที่ 5 แบบสอบถาม การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ การได้รับ แรงสนับสนุน ภายนอก ของผู้สูงอายุ

ที่มีต่อ พฤติกรรมการใส่ฟันเทียม

โปรดอ่านข้อความให้ผู้ตอบฟัง แล้วใส่เครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่อง [ ] หรือเติม

ข้อความ ที่เป็นจริง ของผู้ตอบ ลงในช่องว่าง

ข้อ	ข้อความ	สำหรับผู้ ศึกษา
1	ท่านได้รับข่าวสาร การใส่ฟันเทียม ฟรี ของโรงพยาบาลลำปาง จากแหล่งใดบ้าง ( ตอบได้มากกว่า 4 ข้อ ) <input type="checkbox"/> 1 โทรทัศน์ <input type="checkbox"/> 2 วิทยุวิทยุชุมชน <input type="checkbox"/> 3 หอกระจายข่าว <input type="checkbox"/> 4 โปสเตอร์ แผ่นพับ สิ่งพิมพ์ <input type="checkbox"/> 5 เว็บไซต์ <input type="checkbox"/> 6 สามี / ภรรยา /ญาติพี่น้อง <input type="checkbox"/> 7 เพื่อน <input type="checkbox"/> 8 บุคลากรสาธารณสุข <input type="checkbox"/> 9 อาสาสมัครสาธารณสุข <input type="checkbox"/> 10 อื่น ๆ ระบุ.....	S 1
2	ใครเป็น ผู้ที่มีอิทธิพลที่ทำให้ท่านอยากไปรับบริการใส่ฟันเทียมที่ โรงพยาบาลลำปาง <input type="checkbox"/> 1 ตัวท่านเอง <input type="checkbox"/> 2 สามี / ภรรยา <input type="checkbox"/> 3 บุตร /หลาน <input type="checkbox"/> 4 ญาติพี่น้อง <input type="checkbox"/> 5 เพื่อนบ้าน <input type="checkbox"/> 6 บุคลากรสาธารณสุข <input type="checkbox"/> 7 อาสาสมัครสาธารณสุข <input type="checkbox"/> 8 อื่น ๆ ระบุ.....	S 2
3	ท่านได้รับสิ่งสนับสนุนอะไรบ้างจาก ทันตแพทย์ <input type="checkbox"/> 1 คำแนะนำการใส่ฟันและการรักษา ฟันเทียม <input type="checkbox"/> 2 การแนะนำวิธีการทำความสะอาด <input type="checkbox"/> 3 การได้รับเม็ดฟู่ แช่ ฟันเทียม <input type="checkbox"/> 4 การนัดติดตามให้ท่านมา <input type="checkbox"/> 5 ค่าเดินทาง <input type="checkbox"/> 5 ตรวจเช็คฟันเทียมทุก 6 เดือน <input type="checkbox"/> 6 ไม่เคยได้รับอะไรเลย	S 3
4	หลังจากที่ท่านได้ใส่ฟันเทียมไปแล้ว เมื่อมีปัญหาจากการใส่ฟันเทียม เช่นเจ็บ หลวม ท่านไปพบทันตแพทย์ บ้างหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 ไม่เคยไป <input type="checkbox"/> 2 เคยไป ระบุจำนวนครั้ง..... <input type="checkbox"/> 3 จำไม่ได้	S 4



**ส่วนที่ 7 แบบสอบถามผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ**

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากสภาวะช่องปากหรือการใส่ฟันเทียมไปแล้ว มีผลกระทบต่อการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ของผู้สูงอายุ

โปรดอ่านข้อความให้ตอบฟังอย่างละเอียด แล้ว ใส่เครื่องหมายถูก(✓) ให้ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบมากที่สุด ลงในช่องว่าง ให้ตรงกับข้อคำถามเพียงข้อละ 1 คำตอบ

**มี** หมายถึง มีผลกระทบต่อกิจกรรมนั้น

**ไม่มี** หมายถึง ไม่มีผลกระทบต่อกิจกรรมนั้น

ข้อ	ข้อคำถาม	ผลกระทบ		สำหรับผู้ศึกษา
		มี	ไม่มี	
1	การใส่ฟันเทียมมีผลกระทบทำให้ท่านรับประทานอาหารลำบากหรือไม่			E1 [ ]
2	การใส่ฟันเทียมมีผลกระทบทำให้ท่านลำบากในการพูดและการออกเสียงให้ชัดเจน หรือไม่			E2 [ ]
3	การใส่ฟันเทียม มีผลกระทบ ทำให้ท่าน มีความยุ่งยากในการทำ ความสะอาดช่องปาก หรือไม่			E3 [ ]
4	การใส่ฟันเทียม มีผลกระทบ การดำเนินชีวิตทั่วไป (ทำงานบ้าน ทำ ความสะอาดบ้านเรือน ทำอาหาร) ของท่านหรือไม่			E4 [ ]
5	การใส่ฟันเทียม มีผลกระทบ ต่อการนอนหลับ หรือการพักผ่อน ของท่านหรือไม่			E5 [ ]
6	การใส่ฟันเทียม มีผลกระทบต่ออารมณ์จิตใจ ทำให้ท่าน หงุดหงิด รำคาญง่าย หรือไม่			E6 [ ]
7	การใส่ฟันเทียม มีผลกระทบต่อการยิ้ม การหัวเราะ การอวดฟันได้ โดยไม่อายใคร ของท่านหรือไม่			E7 [ ]
8	การใส่ฟันเทียม มีผลกระทบต่อความสนุกสนานในการได้ออกไป พบปะญาติสนิทมิตรสหาย ของท่านหรือไม่			E8 [ ]

## ภาคผนวก ข

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
1. ทันตแพทย์ณรงค์ชัย ดำเนินสวัสดิ์	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลลำปาง
2. ทันตแพทย์หญิงลลนา ถาคำฟู	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง
3. นางบุญศรี นุเกตุ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดลำปาง

## ภาคผนวก ค

## หนังสือแจ้งผลการพิจารณาของอนุกรรมการวิจัยในคน



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. ชุดที่ 3 โทร. 0 2-986-9813 ต่อ 7373  
 ที่ ศธ 0516.25 /EC ช ๗๘ วันที่ 2๑ กันยายน 2559  
 เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์  
 เรียน นางนภาพร ศรีบุญเรือง

ตามที่ ท่านได้เสนอโครงการวิจัยเรื่อง “การศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรมการใช้พื้นที่มพระราชนิเวศน์ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายใต้โครงการพื้นที่มพระราชนิเวศน์ อำเภอเมือง ลำปาง” รหัสโครงการที่ 102/2559 เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ นั้น

บัดนี้ คณะอนุกรรมการฯ ได้พิจารณาอนุมัติให้การรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนให้กับโครงการวิจัยของท่านเรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้ได้แนบเอกสารใบรับรองการพิจารณาพร้อมนี้ และข้อกำหนดของการรับรองโครงการวิจัยคือ เมื่อครบระยะเวลา 6 เดือน นับจากวันที่ได้รับอนุมัติ ให้ผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานมายังสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ อาคารราชสุดา ชั้น 1 (ภายในศูนย์วิจัยฯ คณะพยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดดำเนินการตามข้อกำหนดดังกล่าวด้วย จักขอบคุณยิ่ง

(ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์

## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย

### Informed Consent Form

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ อาสาสมัครวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้พื้นที่เขียมพระราชทานและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้โครงการพื้นที่เขียมพระราชทาน อำเภอเมือง ลำปาง

ชื่อผู้วิจัย นางนภาพร ศรีบุญเรือง

ที่อยู่ติดต่อ (ที่ทำงาน) กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลลำปาง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000  
(ที่บ้าน) 62/3 ถนนวังขวา ตำบล สบตุ้ย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 054 - 237400 ต่อ 4000

โทรศัพท์ (ที่บ้าน) - โทรศัพท์มือถือ 081- 0227263 E-mail: Nuy\_2513@hotmail.com

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย**จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมสละเวลา ตอบแบบสัมภาษณ์ จำนวน 53 ข้อคำถาม ใช้เวลา 25 นาที เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัย จะถูกทำลาย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ**ถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น เป็นต้นว่าไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษา หรือการรับบริการทางด้านสุขภาพอื่นๆ

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง  
 อาสาสมัครวิจัยและข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะ  
 นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

### หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย

ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่: คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
 ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
 ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูล  
 สำหรับอาสาสมัครวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยไว้  
 แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

อาสาสมัครวิจัย

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

พยาน

พยาน

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....



## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ - สกุล	นางนภาพร ศรีบุญเรือง
วัน เดือน ปีเกิด	21 เมษายน 2513
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลลำปาง
ประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2534 - 2537 เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลเมืองปาน อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง พ.ศ. 2537 - 2540 เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลเถิน อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง พ.ศ. 2541 - 2551 เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ รัตนารักษ์ ตำบลบ้านคำ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง พ.ศ. 2551 - ปัจจุบัน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน โรงพยาบาล ลำปาง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง