



ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้นวัตกรรม
แปรงสีฟันแบบใหม่ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ
ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด

พลณวัฒน์ ภูหัวไร่

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์

ตุลาคม 2556

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม



ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้นวัตกรรม
แปรงสีฟันแบบใหม่ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ
ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด

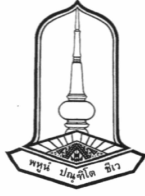
พลณวัฒน์ ภูหัวไร่

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

ตุลาคม 2556

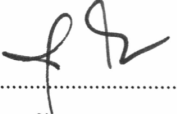
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม



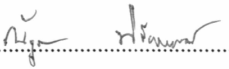


คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายพลณวัฒน์ ภูหัวไร่
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....
(ผศ.ดร.สุมนัา กลางคาร)

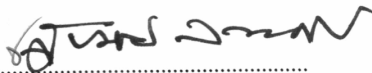
ประธานกรรมการ
(อาจารย์บัณฑิตศึกษาประจำคณะ)


.....
(รศ.ดร.ณัฐจารพร พิชัยณรงค์)

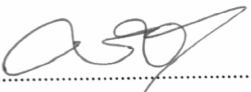
กรรมการ
(ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์)


.....
(นพ.สมชายโชติ ปิยวัชรเวลา)

กรรมการ
(กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์)

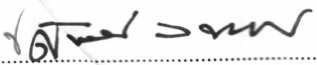

.....
(ผศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี)

กรรมการ
(กรรมการบัณฑิตศึกษาประจำคณะ)


.....
(อ.ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี)

กรรมการ
(ผู้ทรงคุณวุฒิ)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ ของ
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม


.....
(ผศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี)
คณบดีคณะสาธรรณสุขศาสตร์


.....
(รศ.เทียนศักดิ์ เมฆพรรณโอภาส)
ผู้อำนวยการคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
วันที่ 29 เดือน ๓.๓. พ.ศ.2556



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษา ร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยใช้นวัตกรรมแปรงสีฟันแบบใหม่ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้เพราะได้รับความอนุเคราะห์จากหลายฝ่ายซึ่งให้ความช่วยเหลือ ความร่วมมือเป็นอย่างดีและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัย ลีทองดี คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ รองศาสตราจารย์ ดร.ณัฐจาพร พิชัยณรงค์ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ นายแพทย์สมชายโชติ ปิยวัชรเวลา กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ นางธีรนาถ สมทรัพย์ ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด นางณัฐตา อยู่คำ ทันตแพทย์ชำนาญการ นายนิรันดร์ แผลงฤทธิ์ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน ผู้เชี่ยวชาญที่ช่วยตรวจสอบเครื่องการวิจัยและช่วยแนะนำ กระบวนการในการดำเนินการวิจัย

ขอขอบพระคุณ นายอินทนนท์ อินทนนพ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านสังข์สงยาง ที่ให้การช่วยเหลือและสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ตลอดจนเพื่อน พี่และน้องๆ ที่มีส่วนช่วยสนับสนุน และเป็นกำลังใจตลอดเวลาที่ทำการศึกษาและดำเนินการวิจัย

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านสังข์สงยาง ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดีและขอบคุณผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านสังข์สงยางทุกท่านที่สละเวลาในการร่วมกิจกรรมและให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

ผู้ทำวิจัยมีความซาบซึ้งและขอบพระคุณทุกท่าน ที่ได้กล่าวมาเป็นอย่างสูงในการให้ความอนุเคราะห์ด้านต่างๆ ในการดำเนินการวิจัยสำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายที่ตั้งใจไว้ ณ โอกาสนี้

พลณวัฒน์ ภูหัวไร่



ชื่อเรื่อง	ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้นวัตกรรมแปรงสีฟันแบบใหม่ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด
ผู้วิจัย	นายพลณวัฒน์ ภูหัวไร่
กรรมการควบคุม	รองศาสตราจารย์ ดร.ณัฐจาพร พิชัยณรงค์ นายแพทย์สมชายโชติ ปิยวัชรเวลา
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปีที่พิมพ์ 2556

บทคัดย่อ

เหงือกอักเสบเป็นโรคที่พบมากขึ้นในผู้ป่วยเบาหวาน ก่อให้เกิดความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมทันตสุขศึกษา ร่วมกับการใช้นวัตกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยใช้แปรงสีฟันแบบใหม่ คือการประดิษฐ์แปรงสีฟันให้เหมาะสำหรับการแปรงฟันในบริเวณซอกฟันกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 64 คน เลือกรandomize แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มทดลองจำนวน 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 32 คน โดยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมทันตสุขศึกษาร่วมกับการใช้นวัตกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยใช้แปรงสีฟันแบบใหม่ร่วมกับการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเหงือกอักเสบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกการตรวจแผ่นคราบจุลินทรีย์ ก่อนและหลังทดลองวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test และ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง พฤติกรรมการแปรงฟัน และการสนับสนุนทางสังคม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และพบว่า กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่มีปริมาณคราบจุลินทรีย์และภาวะเหงือกอักเสบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

โดยสรุป ผลสำเร็จในการดำเนินงานเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีผลมาจากการให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีเทคนิคที่เหมาะสมและให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายโดยใช้เครื่องมือเครื่องใช้ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยคือแปรงสีฟันแบบใหม่ ส่งผลให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินงานได้ในที่สุด

คำสำคัญ : เบาหวาน, เหงือกอักเสบ



TITLE Effects of Dental Health Education Program with an Oral Health Care Using Toothbrush Innovation on Gingivitis Prevention Behaviors among Type II Diabetes Patients at Muang District, Roi-Et Province.

AUTHOR Mr.Ponnawat Phuhuarai

ADVISORS Assoc. Prof.Natchaporn Pichainarong, Dr. PH.
Somchaichote Piyawachthwela, MD.

DEGREE Master Degree of Public Health **MAJOR** Public Health

UNIVERSITY Mahasarakham University **YEAR** 2013

ABSTRACT

Gingivitis was increased in diabetes mellitus (DM) patients and more affected their daily life a lot. This quasi-experimental study The purpose is to study the effect of dental health education program With the use of oral health care innovation. Using a new toothbrush is the invention of the toothbrush for brushing the teeth near the niche. The subjects were 64 DM patients, selected by purposively sampling from type II DM patients and divided them into two groups. The 32 patients the experimental group and the 32 The experimental group attended the dental health program with the use of oral health care innovation using a toothbrush with a new activity Behavior modification to prevent gingivitis. data were collected by interview and record the plaque before and after treatment were analyzed using descriptive statistics, percentage, mean and standard deviation. and compare the differences before and after the experiment by using Independent t-test and Paired t-test.

The results, after implemented of the program, the experimental group had significantly increased of mean score of Knowledge, Perceived opportunity to risk of gingivitis, Oral care behaviors and Social support ($p < 0.05$) and had significantly decreased of the amount of plaque accumulation and gingivitis ($p < 0.05$).

The results of operations to modify this behavior. The result of knowledge and practicing resulted in the successful operation eventually.

Key words : diabetes Mellitus, gingivitis.



สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพประกอบ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ภูมิหลัง	1
1.1 คำถามของการวิจัย	3
1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย	3
1.4 สมมติฐานของการวิจัย	3
1.5 ขอบเขตของการวิจัย	4
1.6 ตัวแปรที่เกี่ยวข้องในการวิจัย	4
1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ	5
บทที่ 2 ปรัชศน์เอกสารข้อมูล	7
2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบ	7
2.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	14
2.3 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม	17
2.4 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค	21
2.5 ทฤษฎีการดูแลตนเอง	25
2.6 นวัตกรรมแปรงสีฟัน	32
2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	33
2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย	39
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	40
3.1 รูปแบบการวิจัย	40
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	42
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	44
3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	47
3.5 ขั้นตอนการดำเนินการศึกษาวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	48
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	50
บทที่ 4 ผลการวิจัย	52
4.1 ผลการวิจัย	52



บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	63
5.1 สรุปผล	63
5.2 อภิปรายผล	64
5.3 ข้อเสนอแนะ	65
เอกสารอ้างอิง	66
ภาคผนวก	71
ภาคผนวก ก เครื่องมือในการวิจัย	72
ภาคผนวก ข ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในแบบสัมภาษณ์	81
ภาคผนวก ค ใบรับรองการอนุมัติขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	87
ภาคผนวก จ รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ	89
ภาคผนวก ฉ หนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย	91
ภาคผนวก ช หนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย	95
ประวัติผู้วิจัย	97



สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 4.1 จำนวน และร้อยละ ของคุณลักษณะทางประชากร	53
ตาราง 4.2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรตามภายในกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองและหลังทดลอง	54
ตาราง 4.3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรตามภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลองและหลังทดลอง	55
ตาราง 4.4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเห็บกิ้งก่าเสบ ระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง	56
ตาราง 4.5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเห็บกิ้งก่าเสบ ระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง	56
ตาราง 4.6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเห็บกิ้งก่าเสบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	57
ตาราง 4.7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคเห็บกิ้งก่าเสบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนทดลอง หลังทดลอง	58
ตาราง 4.8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการแปรงฟันในการป้องกันโรคเห็บกิ้งก่าเสบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนทดลอง หลังทดลอง	59
ตาราง 4.9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของคนในครอบครัวระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนทดลอง หลังทดลอง	60
ตาราง 4.10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง	61
ตาราง 4.11 เปรียบเทียบ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสภาวะเหงือกอักเสบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง	62
ตาราง 4.12 การเปรียบเทียบจำนวนร้อยละของค่าเฉลี่ยปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ ก่อนการทดลองและหลังทดลอง ของกลุ่มทดลอง	62



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 2.1 แปรงสีพื้นประยุกต์	32
ภาพประกอบ 2.2 ลักษณะด้านข้างแปรงสีพื้นประยุกต์	32
ภาพประกอบ 2.3 ลักษณะการวางแปรงสีพื้นประยุกต์	33
ภาพประกอบ 2.4 กรอบแนวคิดการวิจัย	39
ภาพประกอบ 3.1 รูปแบบการศึกษาวิจัย	40
ภาพประกอบ 3.2 แผนภาพดำเนินการศึกษาวิจัย	41



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นกลุ่มโรคทางเมแทบอลิซึม ซึ่งก่อให้เกิดระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูงเป็นเวลานานอันเป็นผลมาจากความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินหรือความผิดปกติในการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองประการ การที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานในโรคเบาหวานจะก่อให้เกิดความผิดปกติต่อโครงสร้างและการทำงานของอวัยวะต่างๆ ได้แก่ ตา ไต เส้นประสาท หลอดเลือดและหัวใจ โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation) คาดการณ์ว่า มีผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุระหว่าง 20 – 79 ปี ทั่วโลก 285 ล้านคน ในปี 2553 และจะเพิ่มขึ้นเป็น 438 ล้านคน ในอีก 20 ปีข้างหน้า ในจำนวนนี้ 4 ใน 5 เป็นชาวเอเชีย เฉพาะภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้คาดว่าจะเพิ่มจาก 58.7 ล้านคน เป็น 101 ล้านคนในปี 2573 นอกจากนี้ มีเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี จำนวน 4.4 แสนคน จากทั่วโลกป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 1 (เบาหวานชนิดที่ต้องพึ่งอินซูลิน มักพบในเด็ก ต้องรักษาด้วยการฉีดอินซูลินทุกวัน)และแต่ละปีมีเด็กมากกว่า 70,000 คน กำลังพัฒนาสู่การเป็นเบาหวานชนิดนี้ โดยพบในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มากที่สุด และเด็กที่เป็นเบาหวานจะมีอายุสั้นลงอีก 10 – 20 ปี

สำหรับประเทศไทย ในช่วงปี 2546-2547 และปี 2551-2552 แนวโน้มความชุกของโรคเบาหวานคงเดิมร้อยละ 6.9 (3.5 ล้านคน) ความชุกในผู้หญิงสูงกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 7.7 และ 6) แต่มีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.2 เป็นร้อยละ 28.5 ตามลำดับและจากการตรวจคัดกรองคนไทยอายุ 35 ปีขึ้นไป ในปี 2552 จำนวน 21 ล้านคน พบผู้ป่วยเบาหวาน 1.4 ล้านคน (ร้อยละ 6.8) และกลุ่มเสี่ยง 1.7 ล้านคน (ร้อยละ 8.2) กลุ่มผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน 107,225 คน (ร้อยละ 10) ทั้งทางตา ร้อยละ 38.5 เท้า ร้อยละ 31.6 และไต ร้อยละ 21.5 และคาดว่าจะในปี 2568 จะพบผู้ป่วยถึง 4.7 ล้านคน เสียชีวิตเฉลี่ยปีละ 52,800 คน ภาวะแทรกซ้อนทางตาทำให้มีสายตาสั้นและอาจตาบอดในที่สุดประมาณร้อยละ 2 หากเป็นมานานกว่า 15 ปี ในวัยทำงาน ถ้ามีการตรวจรักษาตาในระยะที่เหมาะสมสามารถลดโอกาสตาบอดได้ถึงร้อยละ 50 และทำให้เป็นแผลเรื้อรังบริเวณเท้า ต้องตัดเท้าหรือขา ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองสูงเป็น 2-4 เท่า เมื่อเทียบกับคนปกติ และมากกว่าครึ่งของผู้ป่วยเบาหวานพบความผิดปกติของปลายระบบประสาท ผู้ชายเกินกว่าครึ่งเสื่อมสมรรถภาพทางเพศมีสาเหตุจากโรคเบาหวาน

ดังนั้นหากสามารถป้องกันควบคุมการเกิดของปัจจัยเสี่ยงร่วม ก็จะสามารถลดโรคได้อีกหลายโรค โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่สำคัญ คือการลดน้ำหนักให้อยู่ในระดับดัชนีมวลกายตามเกณฑ์ปกติ และออกกำลังกายสม่ำเสมอทำให้ความเสี่ยงจากการเกิดโรคเบาหวานลดลงถึงร้อยละ 58 และถ้าใช้ยา (Metformin) จะมีความเสี่ยงลดลงร้อยละ 31 ดังนั้น การปรับวิถีชีวิตโดยเฉพาะพฤติกรรม



บริโภคอาหาร ออกกำลังกาย การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มป่วย จึงเป็นสิ่งที่ทุกฝ่ายต้องให้ความสำคัญเพื่อสกัดกั้นปัญหาดังกล่าว (แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิต ไทย, 2554-2563)

นอกจากนี้ก็ยังพบภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก โดยพบว่า โรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับโรคในช่องปากทั้งโรคเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์อักเสบ มีหลายการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างเบาหวานกับโรคปริทันต์อักเสบ ซึ่งเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคปริทันต์อักเสบ 5-7 ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างเบาหวานกับการเกิดโรคฟันผุ Twetman และคณะ ในปี ค.ศ. 2002 ได้ศึกษาอุบัติการณ์ของโรคฟันผุในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ในความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมน้ำตาลและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์ต่อการเกิดโรคฟันผุในกลุ่มอายุ 8-15 ปี ที่วินิจฉัยว่า เป็นโรคเบาหวานมานานอย่างน้อย 3 ปี จำนวน 64 คน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีการควบคุมที่ไม่ดี (glycosylated hemoglobin หรือ HbA1c มากกว่าร้อยละ 8) มีระดับน้ำตาลในน้ำลายสูงกว่า ($p\text{-value} < 0.05$) และมีอุบัติการณ์การเกิดโรคฟันผุสูงกว่า ($p\text{-value} < 0.05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ควบคุมเบาหวานได้ดี 8 ความสัมพันธ์ระหว่างเบาหวานกับโรคในช่องปากโดยเฉพาะโรคปริทันต์อักเสบนั่นก่อให้เกิดผลเสียตามมานั้นคือการสูญเสียฟันไป ในที่สุดหากไม่ได้รับการรักษาและควบคุมอย่างเหมาะสมโดยพบว่ามีความชุกของการสูญเสียฟันในคนที่เป็นเบาหวานมากกว่าคนที่ไม่เป็นโรค

จากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพของอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2554 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานะสุขภาพช่องปากของประชาชน ประชากรจำนวน 123,786 คน ซึ่งหนึ่งในนั้นก็มีย่อยผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 3,407 ราย ด้านสถานะช่องปาก พบว่า มีสถานะมีเหงือกอักเสบ 573 ราย ร้อยละ 16.81 (กลุ่มงานทันตกรรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด, 2554) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าสถานะทันตสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ในอำเภอเมืองพบว่า มีอัตราสถานะเหงือกอักเสบก่อนข้างสูงและควรจะมีกลวิธีต่าง ๆ เพื่อในการดูแลทันตสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากโรคในช่องปากที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวานนี้นั้นสามารถป้องกันได้ ถ้ามีการดูแลทำความสะอาดที่ถูกต้องและเหมาะสมรวมทั้งคำแนะนำในการดูแลตัวเอง เพื่อให้สามารถแปรงฟัน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะเป็นการช่วยลดการเกิดเหงือกอักเสบในประชากรกลุ่มนี้

ผู้วิจัยได้ศึกษาสภาพปัญหา จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 32 ราย ที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านสังข์สงยาง เดือนสิงหาคม 2555 โดยการสัมภาษณ์ พบว่า เป็นเพศชายร้อยละ 46.8 เพศหญิงร้อยละ 53.2 ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เรื่องโรคเหงือกอักเสบ ร้อยละ 32 มีพฤติกรรมการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 20 กินหมาก ร้อยละ 25 สูบบุหรี่ ร้อยละ 18 จากข้อมูลดังกล่าว จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้มีการรับรู้ความรุนแรง และรับรู้โอกาสเสี่ยง การปฏิบัติตนตามคำแนะนำนั้น และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองที่มีความเหมาะสมจากปัญหาที่กล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้นำเอาการใช้นวัตกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้แปรงสีฟันแบบใหม่ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ การให้ข้อมูลโดยการเสนอข้อมูล ข่าวสารที่บอกให้ทราบถึงอันตราย หรือภาวะคุกคามต่อภาวะสุขภาพของตน ความรู้ และคำแนะนำ เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ การสาธิตการประดิษฐ์แปรงฟันและฝึกปฏิบัติด้านการแปรงฟัน การอภิปรายกลุ่ม และการนำเสนอตัว



แบบ ซึ่งผลจากการได้รับข้อมูลข่าวสารดังกล่าวจะกระตุ้นให้เกิดการสนใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม และมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถป้องกันโรคโรคเหงือกอักเสบ ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างเหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยการป้องกันโรคเหงือกอักเสบโดยการใช้นวัตกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้แปรงสีฟันแบบใหม่โดยใช้การจัดกิจกรรมทางทันตสุขภาพ เพื่อให้เกิดการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างเหมาะสมและยั่งยืนต่อไป

1.2 คำถามของการวิจัย

โปรแกรมทันตสุขภาพร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้นวัตกรรมแปรงสีฟันร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมของคนในครอบครัว ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ได้หรือไม่

1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย

ความมุ่งหมายทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขภาพร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้นวัตกรรมแปรงสีฟันร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมของคนในครอบครัว ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด

ความมุ่งหมายเฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับ ความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความสามารถตนเองและพฤติกรรมแปรงฟัน ภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบปริมาณคราบจุลินทรีย์และเหงือกอักเสบ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

1.4 สมมติฐานของการวิจัย

1. ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง พฤติกรรมแปรงฟัน สูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
2. ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์และเหงือกอักเสบน้อยกว่าก่อนทดลอง



1.5 ขอบเขตของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้นวัตกรรมแปรงสีฟันร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมของคนในครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมืองจังหวัดร้อยเอ็ด

1.6 ตัวแปรที่เกี่ยวข้องในการวิจัย

1. ตัวแปรต้น ได้แก่

กิจกรรมโดยใช้โปรแกรมทันตสุขศึกษาร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้นวัตกรรมแปรงสีฟันร่วมกับแรงจูงใจในการป้องกันโรคและการสนับสนุนทางสังคมของคนในครอบครัว

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมโดย

1. การให้ความรู้และการรับรู้โอกาสเสี่ยง

1.1 อบรมเรื่องโรคเหงือกอักเสบโดยการบรรยาย และการชมวีดีทัศน์

สอนเรื่องการแปรงฟัน การทำความสะอาด

1.2 สาธิตและฝึกการปฏิบัติการทำแปรงสีฟันประยุกต์

2. การรับรู้ ความสามารถตนเองในการป้องกันโรค

สร้างการรับรู้โดยการการฝึกทำแบบทดสอบและการจับคู่ปฏิบัติการแปรงฟันและประเมินสภาวะช่องปากด้วยตนเอง

3. พฤติกรรมการแปรงฟัน

สาธิตและฝึกปฏิบัติการแปรงฟันตรวจและประเมินผล ตามแบบสอบถามโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

4. การสนับสนุนทางสังคม

4.1 บุคคลในครอบครัว ให้กำลังใจให้คำปรึกษา

4.2 กระตุ้นเตือนให้แปรงฟัน และการตรวจประเมินหลังการแปรงฟัน

4.3 สร้างสิ่งกระตุ้นโดยการให้รางวัลแก่ผู้ป่วยที่ปฏิบัติถูกต้อง

4.4 ผู้วิจัยให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำหลังการแปรงฟัน การสนับสนุนอุปกรณ์การแปรงฟัน และสื่อทันตสุขภาพ

4.5 ผู้วิจัยการแจกเอกสารให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบ

5. ตรวจและประเมินเหงือกอักเสบ คราบจุลินทรีย์ โดยเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข

2. ตัวแปรตาม ได้แก่

2.1 ความรู้เรื่องโรคเหงือกอักเสบ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่

2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคเหงือก

อักเสบ



- 2.3 พฤติกรรมการแปร่งฟันในการป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ
- 2.4 แรงสนับสนุนทางสังคม
- 2.5 ปริมาณคราบจุลินทรีย์และเหงือกอักเสบ

1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ความรู้เรื่องโรคเหงือกอักเสบ หมายถึง ความรู้ที่เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับกระบวนการเกิดโรคเหงือกอักเสบ สาเหตุ อาการ ระยะการดำเนินของโรคเหงือกอักเสบ ผลเสีย การดูแลรักษาโรคเหงือกอักเสบ และวิธีการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ
2. การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคเหงือกอักเสบ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าโรคเหงือกอักเสบนั้นมีผลเสียต่อตนเอง ตลอดจนมีผลอันตรายต่อสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเหงือกอักเสบ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสเกิดโรคเหงือกอักเสบได้ หากมาปฏิบัติตามคำแนะนำที่ถูกต้อง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
4. ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ หมายถึง ความเชื่อของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากด้วยวิธีต่าง ๆ เพื่อการควบคุมและการป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ
5. ความตั้งใจในการป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ หมายถึง เจตนาหรือความมุ่งหมายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่จะมีส่วนร่วมในการควบคุมและการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ
6. การปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นพฤติกรรมในการควบคุมและการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ
7. คราบจุลินทรีย์ หมายถึง คราบจุลินทรีย์ เกิดจากเชื้อโรค และสารที่เชื้อโรคปล่อยออกมา เกาะติดแน่นบนฟัน ด้วยสารที่ได้จากน้ำตาล และโปรตีน ปกติมองไม่เห็นด้วยตาเปล่า การบ้วนปาก ไม่สามารถทำให้คราบหลุดไปได้ เชื้อโรคที่อยู่ในคราบจุลินทรีย์ เป็นตัวการสำคัญที่ทำให้เกิดโรคฟันผุ และโรคเหงือก
8. พฤติกรรมการแปร่งฟัน หมายถึง การปฏิบัติของผู้ป่วยเบาหวานที่แสดงถึงความตั้งใจในการแปร่งฟันให้สะอาดอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง อย่างสม่ำเสมอเพื่อไม่ให้เกิดการสะสมของคราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดโรคเหงือกอักเสบได้
9. เหงือกอักเสบ หมายถึง เป็นการอักเสบของเหงือก มีอาการบวมและแดงเลือดออกง่าย แต่ยังไม่มีการทำลายเอ็นยึดปริทันต์ หรือกระดูกขากรรไกรแต่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ เมื่อได้รับการดูแลอนามัยช่องปาก อย่างมีประสิทธิภาพ
10. การสนับสนุนทางสังคมของคนในครอบครัว หมายถึง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คนในครอบครัว และผู้วิจัย มีส่วนร่วมในการช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการควบคุมและการป้องกันโรคเหงือกอักเสบได้ ด้วยการให้ข้อมูลข่าวสาร
11. การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อควบคุมอาการของโรคเบาหวานไม่ให้รุนแรงมากขึ้นเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน โดยให้มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ



12. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านสังข์สงยาง อำเภอมือง จังหวัดร้อยเอ็ด

13. คนในครอบครัว หมายถึง ที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป มีความรู้ สามารถอ่านออกเขียนได้ และช่วยเหลือตนเองและคนในครอบครัวได้

14. นวัตกรรมแปรงสีฟัน หมายถึง การประดิษฐ์แปรงสีฟันให้เหมาะสมกับสภาพเหงือกและฟัน (ทพญ.ณัฐตา อยู่ขำ)



ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

ในการศึกษาการใช้โปรแกรมทันตสุขศึกษา ร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้นวัตกรรมแปรงสีฟัน ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมของคนในครอบครัว ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคเหงือกอักเสบของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดเนื้อหาที่จะสร้างเครื่องมือในการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบ
- 2.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
- 2.3 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม
- 2.4 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค
- 2.5 ทฤษฎีการดูแลตนเอง
- 2.6 นวัตกรรมแปรงสีฟัน
- 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบ

โครงสร้างและส่วนประกอบของเหงือก (กองทันตสาธารณสุข, 2542)

อวัยวะรอบฟันเป็นเนื้อเยื่อรองรับรากฟันอยู่ถัดจากฟันประกอบด้วยเหงือกอิสระ (Free gingival) เหงือกติดแน่น (Attached Gingival) เยื่อเมือกหุ้มรากฟัน (Alveolar mucosa) รวมถึง เคลือบรากฟัน (Cementum) เยื่อยึดรากฟันให้ติดกับกระดูก (Periodontal ligament) และกระดูกรองรับรากฟัน (Alveolar bone)

เหงือกอิสระ เป็นเหงือกส่วนที่เริ่มจากขอบเหงือก จนถึงก้นของร่องเหงือก (Sulcus) อยู่รอบ ๆ คอฟัน มีสีชมพูอ่อน มีความกว้างประมาณ 0.5-2 มิลลิเมตร มีลักษณะเป็นแถบโอบรอบคอฟันแยกจากฟัน โดยร่องเหงือก (Gingival Sulcus) ร่องเหงือกนี้จะเป็นช่องว่างที่อยู่ระหว่างฟันกับเหงือกอิสระก้นของร่องเหงือกจะถูกกำหนดโดยส่วนโค้งของเส้นขอบเหงือก (Cervical line)

เหงือกติดแน่น อยู่ถัดจากเหงือกอิสระโดยมีร่องเหงือก (Gingival groove) แบ่งตัวแบ่งยึดเกาะกับฟันด้วย Collagenous fiber ที่เป็นร่างแหซึ่งสร้างมาจากเซลล์ Fibroblast ผังตัวอยู่ในเคลือบรากฟันในทิศทางต่างๆ กันเรียกว่า Sharpe's fiber ทำหน้าที่ยึดเหงือกให้ติดแน่นกับฟันไม่หลุดลอกออก ด้านทานการร่นของเหงือก

เยื่อเมือกหุ้มรอบรากฟัน อยู่ถัดจากเหงือกติดแน่น โดยมีเส้นแบ่งระหว่างเหงือกกับเยื่อในช่องปาก (Mucogingival junction) เป็นตัวแบ่งและถัดไปจะเป็นจุดลึกสุดของกระพุ้งแก้ม (Vestibule) ของช่องปาก เยื่อเมือกนี้มีลักษณะบางและอ่อนนุ่ม เกาะกับกระดูกข้างใต้หลวมๆ ปกคลุมด้วยเยื่อเมือกที่มีสีแดงกว่าขอบเหงือก



เคลือบรากฟัน เป็นส่วนที่มีลักษณะคล้ายกับกระดูกปกคลุมรากฟันเป็นตัวกลางให้ฟันยึดติดกับกระดูกจะบางที่คอฟัน ความหนาจะเพิ่มมากขึ้นจนหนาที่สุดที่ปลายรากฟันเคลือบรากฟันทำให้ฟันยึดติดกับกระดูก ช่วยป้องกันอันตรายและรองรับฟัน มีการปรับตัวเองได้ มีระบบหล่อเลี้ยงอาหารแยกต่างหากจากฟัน

เยื่อยึดติดกับกระดูกรองรับรากฟัน การเรียงตัวของเยื่อจะช่วยลดแรงที่ลงบนฟันและไม่กระทบกับกระดูกโดยตรง นอกจากจะช่วยยึดฟันไม่ให้หลุดออกจากกระดูกแล้ว ยังช่วยป้องกันไม่ให้ฟันจมเข้าไปในกระดูกด้วย

กระดูกรองรับรากฟัน เป็นช่องว่างที่เป็นที่อยู่ของรากฟันเรียกว่า Alveolus ซึ่งเป็นส่วนของกระดูกรองรับรากฟัน มีลักษณะเป็น Compact bone ที่บางมีรูเปิดของเส้นเลือด เส้นประสาทเส้นน้ำเหลือง

เยอดเหงือก (Interdental papilla) เป็นเหงือกที่บรรจุอยู่ในช่องว่างระหว่างฟัน 2 ซี่ เป็นรูปสามเหลี่ยม ในฟันจะมีเยอดที่แหลมในฟันหลังจะทู่กว่าบริเวณนี้จะเกิดการอักเสบได้ง่าย โดยจะเห็นเป็นสีแดงจัดขึ้น และมีลักษณะอ่อนนิ่มและปลายทู่ลงกว่าเดิม เหงือกปกติของคนเรานั้นจะมีขอบสีชมพูอ่อน ๆ มีร่องระหว่างเหงือกและฟันลึกประมาณ 0.5-1.5 มิลลิเมตร ขอบเหงือกจะบางและเรียบมีเยอดเหงือกแหลมเต็มช่องเหงือก ผิวเหงือกบริเวณเหงือกติดแน่นจะมีผิวขรุขระคล้ายผิวส้ม

ความหมายของโรคเหงือกอักเสบ (กองทันตสาธารณสุข, 2542) ได้อธิบายความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบไว้ ดังต่อไปนี้

โรคเหงือกอักเสบ (Gingivitis) หมายถึง เหงือกที่มีลักษณะบวมแดง มีเลือดออกง่าย สาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคเหงือกอักเสบ คือ แผ่นคราบจุลินทรีย์ (Dental plaque) และมีสาเหตุเสริมที่พบบ่อย ๆ เช่น หินน้ำลาย การอุดฟันที่มีขอบเก็นด้านฟันชิดกัน การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน เช่น ช่วงเริ่มเป็นหนุ่มสาวช่วงตั้งครรภ์ และการมีโรคทางระบบบางอย่าง เป็นต้น

สาเหตุของโรคเหงือกอักเสบ

โรคเหงือกอักเสบมีสาเหตุมาจาก คราบจุลินทรีย์ (Dental plaque) ซึ่งมีอยู่ทั่วไปในช่องปาก โดยส่วนใหญ่จะเกาะยึดแน่นกับผิวฟัน ไม่สามารถกำจัดออกด้วยการบ้วนปากได้ การเกิดโรคปริทันต์เป็นผลมาจาก เมื่อคราบจุลินทรีย์เกาะติดผิวฟัน เป็นระยะเวลาหนึ่งต่อมาสารพิษ (Toxin) ถูกปล่อยออกมาทำให้เหงือกอักเสบ และทำลายอวัยวะปริทันต์ นอกจากคราบจุลินทรีย์ซึ่งนับเป็นปัจจัยเริ่มต้นของการเกิดโรคปริทันต์แล้วยังมีองค์ประกอบอื่นอีกมากมาย ซึ่งพร้อมที่จะทำให้โรคเป็นรุนแรงขึ้นอีก

ปัจจัยเสริมที่เพิ่มความรุนแรงของโรคเหงือกอักเสบ

หินน้ำลาย ซึ่งเกิดจากคราบจุลินทรีย์ ที่สะสมอยู่หลายวัน ต่อมาเมื่อแร่ธาตุแคลเซียม ฟอสฟอรัสในน้ำลาย เข้ามารวมตัวกลายเป็นผลึกแข็ง เกาะแน่นกับผิวฟัน การกำจัดหินน้ำลายปีละครั้งเป็นสิ่งที่ควรทำเป็นประจำ

การสูบบุหรี่ เนื่องจากควัน และสารเคมีในบุหรี่มีผลกดภูมิคุ้มกันร่างกาย ต่อเชื้อโรคปริทันต์ ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นโรคปริทันต์ได้ง่าย แต่รักษาให้หายยาก การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนและภาวะร่างกายของบุคคล ได้แก่ ในวัยรุ่น หญิงมีครรภ์



ภาวะโรคเบาหวาน ที่ไม่มีการควบคุมน้ำตาล

การรับประทานยาบางอย่างเป็นประจำ เช่น ยารักษาโรคลมชัก ยาคุมกำเนิด เป็นต้น ยารักษาโรคลมชัก ทำให้เนื้อเยื่อเหงือกโตขึ้น ส่วนฮอร์โมนจากยาคุมกำเนิดนั้น เพิ่มความรุนแรงของอาการเหงือกอักเสบ เมื่อมีสาเหตุเฉพาะที่ ได้แก่ คราบจุลินทรีย์ของเหงือกอักเสบอยู่ก่อนแล้ว

ปัจจัยอื่น จากการรักษาทางทันตกรรม เช่น การใส่ฟันปลอมที่ไม่พอดี มีผลให้วัสดุฟันปลอมระคายเคือง ต่อเนื้อเยื่อเหงือกบางตำแหน่งตลอดเวลา หรือครอบฟันที่มีขอบใต้เหงือก ทำให้การเสียดสีของคราบจุลินทรีย์ ตามขอบคอฟันเพิ่มขึ้น เหงือกจึงมีโอกาสอักเสบมากขึ้น หรือฟันที่อุดมีจุดสูง ทำให้เนื้อเยื่อปริทันต์ข้างใต้ฟันขึ้นนั้น ถูกทำลาย จากแรงกดเคี้ยว ที่เกินสมดุลกว่าฟันซี่อื่น หากพบปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ ควรพบทันตแพทย์ เพื่อแก้ไขให้ถูกต้อง

ลักษณะอาการของโรคเหงือกอักเสบ สามารถแบ่งได้ 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เหงือกอักเสบ (Gingivitis) คราบจุลินทรีย์ที่สะสมอยู่ตามตัวฟัน และขอบเหงือก ปล่อยสารพิษซึมเข้าสู่เหงือก มีผลให้เหงือกปกติที่มีสีชมพูซีด รัตแน่นรอบคอฟัน เกิดการอักเสบมีผลให้เหงือกไม่รัดแน่นกับฟันเช่นเดิม ทำให้คราบจุลินทรีย์เข้าสู่ร่องเหงือกได้มากขึ้น ส่งผลให้เหงือกอักเสบเพิ่มขึ้นในส่วนของร่างกาย จะมีขบวนการต่อสู้ โดยส่งเลือดมาเลี้ยงมากขึ้นหลอดเลือดบริเวณที่อักเสบ ขยายตัวใหญ่ขึ้น จึงเห็นว่า เหงือกบวมแดง เมื่อมีแรงกดเบา ๆ เช่น แรงจากการแปรงฟัน จะมีผลให้เลือดออกได้ง่าย

ระยะที่ 2 มีร่องลึกปริทันต์ (Periodontal Pocket) มีลักษณะภายนอกเหมือนระยะเหงือกอักเสบ แต่มีการลุกลามมากขึ้น เนื่องจากการปล่อยให้มีความจุลินทรีย์สะสมเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดการทำลายเยื่อปริทันต์ ซึ่งหากใช้เครื่องมือตรวจวัดความลึกของเหงือกที่สอดเข้าไประหว่างเหงือกกับฟัน ถ้าพบร่องเหงือกลึกเกินระดับปกติ (2-3 มิลลิเมตร) เรียก ร่องเหงือกนั้นว่า ร่องลึกปริทันต์ (Periodontal Pocket) ซึ่งร่องลึกนี้จะยังทำให้การทำความสะอาดฟันยากขึ้น

ระยะที่ 3 มีเหงือกร่น (Gingival Recession) เมื่อเกิดร่องลึกปริทันต์แล้ว ไม่ได้รับการรักษา จะทำให้โรคดำเนินรุนแรงขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากร่องลึกปริทันต์เป็นเสมือนแหล่งกักเก็บแผ่นคราบจุลินทรีย์ การสร้างสารพิษ โดยจุลินทรีย์จึงมีมากขึ้น ทำให้อวัยวะปริทันต์ถูกทำลายเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ มีการทำลายกระดูกเบ้าฟันจนเกิด ความลึกของร่องลึกปริทันต์ ขอบเหงือกก็จะลดต่ำลงตามกระดูกที่ถูกทำลายในระยะนี้ ถ้ากดเบาๆบริเวณขอบเหงือกจะพบผิวนองไหลออกการหมักหมมของแผ่นคราบจุลินทรีย์ และเศษอาหารในร่องลึกปริทันต์บางครั้ง จะมีการติดเชื้อและเกิดเป็นฝีขึ้น เรียกว่า ฝีปริทันต์

ระยะที่ 4 ฟันโยก (Mobility of Tooth) เมื่อเป็นโรคปริทันต์อักเสบแล้ว ไม่ได้รับการรักษา กระดูกเบ้าฟันจะถูกทำลายไปเรื่อย ๆ ส่งผลให้ฟันเริ่มมีอาการโยก ฟันจะโยกมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปริมาณกระดูกเบ้าฟันที่เหลืออยู่ ส่วนใหญ่ฟันโยกจะเห็นได้ชัด เมื่อกระดูกเบ้าฟันเหลือน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของความยาวของรากฟัน

การป้องกันโรคเหงือกอักเสบ

ประทีป พันธุมวนิช (2535) ได้อธิบายไว้ว่าการป้องกันทำได้โดยการรักษานามัยช่องปากให้สะอาดอยู่เสมอ หรือการควบคุมแผ่นภาพจุลินทรีย์ (Plaque control) ซึ่งสามารถทำได้ 2 วิธีคือการควบคุมโดยวิธีทางกลศาสตร์ (Mechanical plaque control) และการควบคุมโดยวิธีทางเคมี (Chemical plaque control) การควบคุมโดยวิธีทางกลศาสตร์ (Chemical plaque



control) คือ การทำความสะอาดช่องปาก ด้วยอุปกรณ์และวิธีต่าง ๆ ได้แก่ การแปรงฟัน ใช้ไหมขัดฟัน แปรงขัดซอกฟัน ไม้จิ้มฟัน ซึ่งการแปรงฟันเป็นวิธีที่สะดวก ประหยัด และบุคคลสามารถได้ด้วยตนเองโดยมีวัตถุประสงค์ของการแปรงฟันคือ การกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ เพื่อทำความสะอาดฟัน และการกระตุ้นเหงือก ส่วนสำคัญในการแปรงฟันคือ การแปรงฟันอย่างทั่วถึงและสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นสิ่งที่ถูกละเลยมากที่สุดโดยเฉพาะผู้มีปัญหาของเหงือกและฟันในบางบริเวณ มักจะละเลยการแปรงฟันในบริเวณดังกล่าวเนื่องจากมีเลือดออกหรือเสียวฟันในขณะที่แปรง ซึ่งการละเลยดังกล่าวทำให้เกิดความผิดปกติรุนแรงยิ่งขึ้น การให้ความสนใจในการแปรงฟันอย่างสะอาดทั่วถึงเป็นสิ่งที่ควรตระหนักและปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอการควบคุมโดยวิธีทางเคมีหรือลดจำนวนเชื้อโรค สารที่ได้รับการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและยอมรับกันในวงการทันตกรรมคือ คลอร์เฮกซิดีน จากการศึกษาของ Loe (Chemical plaque control) เป็นการควบคุมคราบจุลินทรีย์ ที่มุ่งเน้นให้ด้วยยาต่าง ๆ ที่มีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อ และการศึกษาของ Hugo and Longworth (1964) โดยนำคลอร์เฮกซิดีนผสมในน้ำยาอมบ้วนปาก พบว่า คลอร์เฮกซิดีนสามารถซึมผ่านเข้าเซลล์ของเชื้อจุลินทรีย์ ทำให้เซลล์เหล่านั้นตาย และการศึกษาของ Gejmo (1971) ที่นำคลอร์เฮกซิดีนผสมยาสีฟันพบว่า คลอร์สามารถทำลายเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปากได้ทั้ง แกรมบวกและแกรมลบ แต่จากการศึกษาของ Flotra และคณะ (1971) พบว่า คลอร์เฮกซิดีนมีฤทธิ์ทำลายให้เกิดผลข้างเคียง โดยทดลองใช้คลอร์เฮกซิดีนความเข้มข้นร้อยละ 0.10 และร้อยละ 0.20 ทหาร 50 คน เป็นเวลา 4 เดือน พบว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงสีของสีผิวเคลือบฟันร้อยละ 12 ฟันที่อุดด้วยวัสดุอุดฟันหน้า(ซิลิเกต) ร้อยละ 62 และลึนดำในคนใช้ร้อยละ 36 ของจำนวนทั้งหมด นอกจากนี้ยังพบว่าการหลุดลอกของเยื่อช่องปากร่วมกับการเจ็บแสบและในคนไข้บางรายยังพบว่า มีอาการบวมของริมฝีปาก ดังนั้นในการใช้น้ำคลอร์เฮกซิดีน จึงไม่นิยมนำใช้ติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน

การแปรงฟัน

วิธีการแปรงฟัน (Tooth brushing technique) แบ่งตามลักษณะการแปรงได้ดังนี้

1. การแปรงฟันแบบสครับ (Scrub method) เปรียบลักษณะการแปรงฟันโดยวิธีนี้เหมือนการถูพื้นไปมา ทำโดยวางแปรงให้ตั้งฉากกับแนวแกนของฟัน ให้ขนแปรงสัมผัสกับผิวฟันขยับแปรงไปมาในแนวราบในระยะสั้น ๆ บางครั้งเรียกวิธีการแปรงฟันแบบนี้ว่าวิธีสครับแบบวงกลม (Horizontal scrub method) ต่อมา Ramfjord และ Ash ได้ดัดแปลงเป็นวิธีสครับแบบวงกลม (Circular scrub method) โดยวางขนแปรงทำมุม 70-80 องศากับคอฟัน ปลายขนแปรงเฉียงไปทางปลายรากฟันแล้วขยับเป็นวงกลมเล็ก ๆ เป็นเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 2-4 มิลลิเมตรวิธีการแปรงฟันแบบสครับแนวราบ เป็นวิธีที่เหมาะสม และแนะนำสำหรับแปรงฟันน้ำนมที่มีรูปร่างฟันป่องมากเมื่อเทียบกับฟันแท้ และเหมาะสำหรับเด็กเล็กเพราะสามารถทำได้ง่าย และเป็นไปตามธรรมชาติ แต่ไม่แนะนำให้ใช้ในเด็กโต หรือผู้ใหญ่เพราะประสิทธิภาพในการกำจัดคราบจุลินทรีย์ ยังไม่ดีพอและถ้าหากแปรงติดต่อกันนาน ๆ จะเป็นสาเหตุของการเหงือกอักเสบและคอฟันสึกได้

2. การแปรงฟันแบบโรลเทคนิค (Roll method) มีวิธีการโดยวางขนแปรงเอียง 45 องศา ระหว่างคอฟันกับเหงือก ขยับแปรงพร้อมกับลากแปรงมาทางด้านบนเคี้ยว จากนั้นหมุนข้อมือให้ปลายขนแปรงกวาดบริเวณคอฟันกับเหงือก ขยับแปรงพร้อมกับลากแปรงมาทางด้านบนเคี้ยว



จากนั้นหมุนข้อมือให้ปลายขนแปรงกวาดบริเวณคอฟัน โดนการแปรงฟันบนให้ปัดลง ฟันล่างให้ปัดขึ้น ด้านบดเคี้ยวถูไปถูมาวิธีนี้บริเวณคอฟันจะไม่สะอาดถ้าหมุนข้อมือซ้ำเกินไปและถ้าวางขนแปรงลงลึกเกินไปจะทำให้เกิดแผลบริเวณขอบเหงือกได้

3. การแปรงฟันแบบ โมดิฟายด์เบสเทคนิค (Modified bass method)

เป็นวิธีการแปรงฟันที่เน้นการทำความสะอาดบริเวณคอฟัน และขอบเหงือก วิธีการคือ การวางขนแปรงให้เอียงทำมุม 45 องศา กับแนวแกนขอบฟันโดยให้ขนแปรงเอียงไปทางปลายรากฟัน จากนั้นกดปลายขนแปรงให้เข้าไปในร่องเหงือกและชอกฟันออกแรงขยับเบา ๆ ตามแนวราบด้วยระยะทางสั้น ๆ กลับไปกลับมาโดยที่ขนแปรงให้เข้าไปในร่องเหงือกและชอกฟันออกแรงขยับเบา ๆ ตามแนวราบด้วยระยะทางสั้น ๆ กลับไปกลับมาโดยที่ขนแปรงยังอยู่ในตำแหน่งเดิมแล้วบิดข้อมือให้ขนแปรงมีวนปัดมาทางบดเคี้ยวของฟัน ทำซ้ำ ๆ กัน 10-15 ครั้ง สำหรับด้านบดเคี้ยวให้วางขนแปรงตั้งฉากกับด้านบดเคี้ยว เข้าถูออกเป็นช่วงสั้น ๆ วิธีนี้จะช่วยทำความสะอาดบริเวณฟันซึ่งมีการสะสมคราบจุลินทรีย์มาก ๆ ได้ดี และเป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับการทำความสะอาดฟันในเด็กและผู้ใหญ่ อาจเรียกรูปวิธีนี้อีกอย่างว่า การแปรงฟันแบบขยับปัดวิธีการแปรงฟันที่ถูกรู้วิธี เมื่อแปรงเสร็จแล้วต้องมีการแปรงลิ้นด้วย เพื่อจำกัดเชื้อจุลินทรีย์ และเศษอาหารต่าง ๆ ออกจากลิ้น การแปรงฟันแม้ว่าจะมีขั้นตอนที่มากมายก็ตาม แต่จำเป็นที่จะต้องฝึกหัดเพื่อป้องกันโรคในช่องปาก เมื่อได้รับการสอนแนะนำและฝึกฝนจนชำนาญแล้วก็สามารถทำได้โดยง่าย ไม่ยุ่งยากลำบากแต่อย่างใด เป็นเรื่องปกติที่ส่งผลให้มีสุขภาพช่องปากดี ถ้าปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

อุปกรณ์ที่ใช้ในการแปรงฟัน เพื่อควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก

1. แปรงสีฟันที่มีจำหน่ายในทั่วไปนั้น จะมีรูปร่าง ขนาดและลักษณะของขนแปรงหลายแบบต่าง ๆ กันซึ่งต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสภาพในช่องปากของแต่ละคน และทุกคนจำเป็นต้องมีแปรงสีฟันของตนเอง แปรงสีฟันเมื่อใช้แล้วต้องทำความสะอาด ไม่ให้มีสิ่งสกปรกตกค้างอยู่และเก็บไว้ในที่ที่แปรงฟันจะแห้งง่าย เมื่อแปรงฟันเสื่อมสมรรถภาพจำเป็นจะต้องเปลี่ยนใหม่ ซึ่งสังเกตจากการที่ขนแปรงจะบานแตกกลุ่มและหักโค้งงอลักษณะของแปรงสีฟันที่ดีที่ควรเลือกใช้มีดังนี้

1.1 ด้ามแปรงตรง ไม่โค้งงอ ขนาดพอเหมาะจับได้ถนัดมือ

1.2 ขนแปรงมีความยาวเรียบเสมอกัน ประมาณ 8-10 มิลลิเมตรขนแปรงรวมตัวกันแน่น เส้นใย ขนแปรงมี 3 ชนิด คือ อ่อน ปานกลาง และแข็ง การที่จะเลือกใช้ชนิดใดต้องขึ้นอยู่กับสภาพภายในช่องปาก

2. ยาสีฟัน ช่วยให้การทำความสะอาดฟันและความรู้สึกละเอียดของแปรงฟันดีขึ้นแต่ยาสีฟันก็ไม่ใช่สิ่งจำเป็นในการแปรงฟันลักษณะของยาสีฟันที่ดีที่ควรเลือกใช้ มีดังนี้

2.1 มีผงขัดที่ละเอียดอาจเป็นผงหรือครีมถ้าผงขัดไม่ละเอียดจะทำให้ฟันสึก

2.2 มีส่วนผสมของสารฟลูออไรด์ ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงให้กับผิวเคลือบฟัน ได้ดีกว่ายาสีฟันที่ไม่มีสารฟลูออไรด์

3. เส้นใยขัดฟัน เป็นเส้นใยในล่อนเล็ก ๆ หลายเส้นรวมกันใช้สำหรับทำความสะอาดระหว่างซี่ฟันและบริเวณที่แปรงสีฟันไม่สามารถเข้าถึงได้

4. ยาย้อมสีฟัน เป็นสีที่ละลายได้ในน้ำ มีลักษณะเป็นเม็ดหรือน้ำ ยาย้อมสีฟันนี้ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ในการแปรงฟันตามปกติ สมควรเมื่อต้องการตรวจหาบริเวณที่ยังมีคราบจุลินทรีย์เหลือค้างอยู่ภายหลังการแปรงฟัน เมื่อต้องการควบคุมคราบจุลินทรีย์ ยาย้อมสีฟัน



จะเข้าจับกับคราบจุลินทรีย์ให้เห็นได้ชัดเจน ช่วยให้สามารถตรวจสอบประสิทธิภาพของการขจัดคราบจุลินทรีย์ และสามารถแปรงออกได้โดยง่าย

เทคนิคที่ช่วยให้การแปรงฟันให้สะอาด

เนื่องจากฟันมีการเรียงตัวในลักษณะต่าง ๆ กัน การจะแปรงฟันให้สะอาดและทั่วถึง จำเป็นต้องจัดเตรียมช่องทางสำหรับนำแปรงสีฟัน เข้าไปวางในตำแหน่งที่ต้องการให้ได้ก่อนดังนี้

1. การกัดฟันหรืออ้าปากเล็กน้อย ทำให้กล้ามเนื้อรอบริมฝีปากและแก้มหย่อนตัว เพื่อให้สามารถสอดแปรงฟันเข้าไปในตำแหน่งระหว่างฟันกับแก้มได้ จึงจำเป็นสำหรับการแปรงฟันหลังด้านใน นอกจากนี้ยังทำให้สามารถ ยกและเปิดริมฝีปากบนและล่างในการแปรงฟันหน้าได้ดี ส่วนการกัดฟัน จะทำให้สามารถแปรงฟันได้ดี ถึงคอฟันของฟันหน้าทุกซี่ โดยเฉพาะคอฟันของฟันเคี้ยว

2. การยั้งฟัน เป็นการยกเปิดริมฝีปากขึ้น เพื่อให้เห็นคอฟันและเหงือกได้มากที่สุด จะช่วยในการแปรงฟันหน้าบนและล่าง ทำให้มองเห็นปลายขนแปรง ขณะทำความสะอาดบริเวณคอฟันได้ชัดเจน และวางขนแปรงให้ถึงคอฟันได้ดียิ่งขึ้น

3. การเอียงคาง เป็นการขยับขากรรไกรมาทางด้านซ้ายหรือขวา เพื่อให้มีช่องว่างบริเวณด้านหลังของฟันกรามซี่สุดท้าย การเอียงคางเป็นวิธีที่จะช่วยให้สามารถสอดแปรงเข้าไปในบริเวณด้านติดแก้มของฟันกรามซี่สุดท้ายได้ และการฝึกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อจะช่วยให้เกิดความเคยชิน และแปรงได้ถูกต้อง

4. การเก็บลิ้น หมายถึง การบังคับลิ้นลดตัวต่ำลงทำให้มีพื้นที่สำหรับที่จะสอดแปรงเข้าไปวางที่คอฟันด้านในของฟันหลังได้สะดวก

5. การหันศีรษะไปทางซ้ายและขวา เป็นการจัดตำแหน่งเพื่อให้เกิดความสบาย ในขณะที่แปรงฟันโดยหลักการแล้วกล้ามเนื้อของเราจะถนัดเคลื่อนที่ในแนวนอนและแนวตั้งส่ว การเคลื่อนที่ในแนวเฉียงจะเกิดความเมื่อยล้าได้ง่าย ดังนั้น การหันศีรษะจึงเป็นการจัดให้แนวฟันอยู่ในแนวเฉียง แต่ใช้การเคลื่อนของกล้ามเนื้อตามถนัดจะช่วยลดความเมื่อยล้าในการแปรงฟันได้ ซึ่งหลักการทั่วไปในการหันศีรษะ คือ ขณะแปรงฟันพยายามหันศีรษะไปยังด้านที่มีจับแปรงสีฟัน

6. การเอียงศีรษะไปทางซ้ายและขวา จะช่วยปรับแนวแกนของฟันที่เอียงอยู่ตามธรรมชาติที่ตรงขึ้นทำให้บริเวณที่ถูกบดบังสามารถเข้าถึงได้ง่าย

7. การก้มศีรษะและเงยศีรษะจะช่วยปรับตำแหน่งของฟันหน้าบน และล่างให้มองเห็นได้ง่ายหลักในการปฏิบัติ คือ การแปรงฟันหน้าบนด้านในให้เงยศีรษะเล็กน้อย ส่วนในฟันล่างด้านในให้ก้มศีรษะเล็กน้อยจะช่วยแปรงฟันให้สะอาดโดยอาศัยเทคนิคดังกล่าวเข้าช่วยประกอบกับการฝึกหัดจนชำนาญ สอดคล้องกลมกลืนกับการใช้กล้ามเนื้อ และแขนจนทำให้การแปรงฟันง่ายขึ้น และที่สำคัญทำให้แปรงฟันสะอาดทั่วถึง

บริเวณที่ต้องให้ความสำคัญในการแปรงฟันและตำแหน่งที่แปรงฟันได้ง่าย

การแปรงฟันให้สะอาดและทั่วถึง ควรเน้นการแปรงบริเวณคอฟันใกล้ขอบเหงือก และซอกฟันบริเวณด้านเพดาน ด้านใกล้ลิ้น และด้านแก้มของฟันหลัง คนส่วนใหญ่จะถนัดแปรงเฉพาะด้านใกล้ริมฝีปากและด้านบดเคี้ยวในช่องปากของคนเรามีข้อจำกัดอยู่หลายประการกล่าวคือ มีทางเข้าทางเดียว และมีอวัยวะปกปิดอยู่หลายชนิด มีซอกฟันมากมาย ดังนั้นจึงมีบางตำแหน่งที่แปรงได้ยาก และมักตรวจพบว่ามีการคราบจุลินทรีย์ เสมอในตำแหน่งเหล่านี้ เช่น



1. ด้านใกล้แก้มของฟันกรามบนซี่สุดท้าย เพื่อให้สามารถแปรงได้ทั่วถึงต้องอาศัยเทคนิคบางอย่างเข้าช่วย เช่น การอ้าปากเล็กน้อย เอียงคาง จะเพิ่มช่องว่างระหว่างฟันกับแก้ม และช่องว่างหลังฟันกรามซี่สุดท้าย โดยจัดตำแหน่งของแปรงให้อยู่ในแนวนอนขนานกับด้านบดเคี้ยว ให้ด้านแปรงเอียงออกจากแนวกลางฟัน ทิศทางการขยับแปรงจะอยู่ในแนวเฉียง และหันหน้ามาทางด้านมือที่จับแปรงจะทำให้แปรงได้ง่ายขึ้น

2. ด้านใกล้แก้มของฟันกรามล่างซี่สุดท้าย บริเวณนี้เมื่ออ้าปากมักจะมีเนื้อแก้มมาปิดโดยเฉพาะในคนอ้วน เทคนิคที่ใช้คือให้อ้าปากปานกลาง ใช้สันของหัวแปรงดันเนื้อแก้มออกไปด้านหลังแล้วสอดแปรงให้ถึงคอฟันขยับแปรงในทิศทางที่ขนานกับแนวฟันหลัง เอียงด้ามแปรงออกจากตัวฟันเล็กน้อย และหันหน้าไปทางด้านมือที่จับแปรงเช่นเดียวกับการแปรงในฟันกรามบน

อันตรายที่เกิดขึ้นกับฟันและเหงือกจากการแปรงฟัน

1. การแปรงฟัน ที่ใช้แรงกดแปรงมากเกินไป อาจทำให้เกิดการสึกของคอฟัน มีลักษณะเป็นรูปลิ้นรวมถึงอาจเกิดแผลที่เหงือกและเกิดอาการเหงือกกร่นได้ แปรงสีฟันที่ขนแปรงแข็ง ทำให้ฟันสึกได้มากกว่าแปรงสีฟันที่มีขนแปรงชนิดอ่อน

2. การวางด้ามแปรงไม่ขนานกับแนวบดเคี้ยว จะมีผลทำให้ประสิทธิภาพในการกำจัดคราบจุลินทรีย์ลดลง และในบางครั้งหัวแปรงอาจพลัดไปทำให้เกิดอันตรายต่อเหงือกได้

3. การแปรงฟันคร่อมฟันเคี้ยวด้านใกล้แก้ม จะทำให้เหงือกของฟันซี่นี้อักเสบได้ หากแปรงไม่ถูกต้องเป็นประจำทำให้เหงือกกร่นได้

ประโยชน์ของการแปรงฟันที่ถูกต้อง

ณัฐรุธ แก้วสุทธา (2548) ได้อธิบายถึงประโยชน์ของการแปรงฟันที่ถูกต้องไว้ดังนี้

1. สามารถกำจัดเศษอาหาร และแผ่นคราบจุลินทรีย์ได้ดีที่สุด
2. ทำให้ฟันสะอาดและเหงือกมีสุขภาพสมบูรณ์
3. ป้องกันการเกิดโรคฟันผุ และโรคเหงือกอักเสบ
4. ทำให้ปากสะอาดปราศจากกลิ่นและมีทันตสุขภาพที่ดี

การแปรงฟันอย่างถูกวิธีเป็นพื้นฐานที่สำคัญ การแปรงฟันไม่สะอาดทำให้เกิดหินปูนและเหงือกอักเสบ การแปรงฟันไม่สะอาดทำให้มีกรดตกค้างทำให้ฟันผุ การแปรงฟันไม่ถูกวิธี ทำให้ฟันดี ๆ ต้องเสียไป เช่น เกิดการสึกบริเวณคอฟัน เป็นต้น การแปรงฟันด้วยมืออย่างถูกวิธีทำอย่างไร ขณะนี้เป็นที่ยอมรับกันว่า วิธี Modified Bass Method ใช้ได้ผลดีที่สุด คือวางแปรงสีฟันเอียงประมาณ 45 องศา กับคอฟัน โดยหันปลายขนแปรงไปทางด้านเหงือก ขยับมือเล็กน้อยเพื่อให้ขนแปรงเข้าไปทำความสะอาดในร่องเหงือกแล้วจึงบิดข้อมือบิดลงสำหรับฟันบนปัดขึ้นสำหรับฟันล่าง มาตามซี่ฟัน ทำอย่างนี้ประมาณตำแหน่งละ 10 ครั้ง ใช้เวลาทั้งปากประมาณ 3 นาที

แปรงฟันอย่างมีประสิทธิภาพ

กรมอนามัย (2548) ได้เสนอแนะการแปรงฟันอย่างมีประสิทธิภาพไว้ดังนี้การแปรงฟันอย่างมีประสิทธิภาพเป็นการรักษอนามัยในช่องปากและเป็นการป้องกันโรคในช่องปากที่ได้ผลดีที่สุด การแปรงฟันอย่างมีประสิทธิภาพ มีหลัก 4 ข้อ



1. แปรงสะอาด คือ แปรงฟันโดยให้เหลือคราบจุลินทรีย์น้อยที่สุด การขัดคราบจุลินทรีย์ ออกจากผิวฟันให้สะอาดสมบูรณ์ ทำได้ยากมักมีส่วนที่หลงเหลือตามบริเวณที่ทำ ความสะอาดได้ยาก เช่นบริเวณช่องฟันคอฟันที่บริเวณฟันเก ดังนั้น การแปรงฟันที่บ่อยขึ้น จะทำให้คราบจุลินทรีย์หลุดออกไปได้มาก

2. แปรงทั่วถึง คือ แปรงให้ครบทุกซี่ ทุกด้าน เน้นขอบเหงือกและคอฟัน (การแปรงฟันอย่างเป็นลำดับขั้นตอนจะทำให้แปรงฟันได้ทั่วถึงช่วยป้องกันการสะสมแปรงฟัน บางบริเวณได้)

3. แปรงสม่ำเสมอ คือ แปรงฟันทุกวันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เน้นก่อนนอน ทำให้เป็นนิสัย (เน้นการแปรงฟันก่อนนอน เพราะมีโอกาสดูเศษอาหารจะตกค้างในช่องปากเป็น เวลา 8-10 ชั่วโมง ทำให้เชื้อโรคมักมีโอกาสเจริญเติบโตมากขึ้นและสร้างกรดมาทำลายฟัน)

4. ไม่ทำอันตรายต่อเหงือกและฟัน คือ แปรงฟันโดยใช้แปรงสีฟันขนนุ่มแปรงเบาๆ (แปรงแล้วไม่ทำให้ฟันสึกหรือเหงือกเป็นแผล) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเหงือกอักเสบ สรุปได้ว่า ในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบนั้นสามารถปฏิบัติได้เอง คือ การแปรงฟัน ที่ถูกวิธี ซึ่งผู้วิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมทันตสุขภาพ ให้ความรู้แก่นักเรียน กลุ่มเป้าหมายในเรื่องโรคเหงือกอักเสบ สาเหตุ ลักษณะอาการของโรค ขั้นตอนการดำเนินของโรค ผลเสียที่เกิดจากการเป็นโรคเหงือกอักเสบ วิธีการป้องกันโรค การแปรงฟัน อุปกรณ์ที่ใช้ในการแปรง ฟัน เพื่อให้ นักเรียนกลุ่มทดลองมีความรู้ ความเข้าใจ อย่างถูกต้องและสามารถนำไปเป็นแนวทาง ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบ

2.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ความหมายของโรคเบาหวาน โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) เป็นกลุ่มโรคทางเมแทบอลิซึม ซึ่งก่อให้เกิดระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูงเป็นเวลานานอันเป็นผลมาจากความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินหรือความผิดปกติในการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองประการ การที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานในโรคเบาหวานจะก่อให้เกิดความผิดปกติต่อโครงสร้างและการทำงานของอวัยวะต่างๆ ได้แก่ ตา ไต เส้นประสาท หลอดเลือดและหัวใจ ในปี 1985 WHO Study Group¹¹ ได้แบ่งโรคเบาหวานตามลักษณะทางคลินิก ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน หรือ Insulin-Dependent Diabetes Mellitus (IDDM) และโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินหรือ Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM) โรคเบาหวานที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพโภชนาการหรือ Malnutrition-Related Diabetes Mellitus (MRDM) และโรคเบาหวานที่มีสาเหตุมาจากอื่นๆ ซึ่งการจำแนกดังกล่าวพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์หรือแยกจากกันได้อย่างชัดเจนในแง่ของการเกิดโรค การดำเนินโรค การตอบสนองต่อการรักษา และการป้องกันโรค ต่อมาสมาคมเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association : ADA) ¹² ในปี ค.ศ. 1997 และองค์การอนามัยโลก¹³ ในปี 1998 ได้มีการเปลี่ยนแปลงและปรับการแบ่งชนิดของโรคเบาหวานซึ่งเป็นการแบ่งตามสาเหตุและพยาธิสรีระวิทยาของโรค โดยยกเลิกการใช้คำว่า NIDDM และ IDDM และให้ใช้คำว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 1 (type 1 DM) และโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 DM) แทน IDDM และ NIDDM ในการกล่าวถึงโรคเบาหวาน



ชนิดหลักทั้งสองชนิดและใช้ระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาขณะอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Fasting plasma glucose-FPG) ที่ระดับ 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ขึ้นไป เป็นตัวชี้วัดสำหรับประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทยได้ยึดเกณฑ์การจำแนกประเภทของโรคเบาหวานตามเกณฑ์ใหม่ขององค์การอนามัยโลกและสมาคมเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ.1997 จำแนกโรคเบาหวานเป็น 4 ชนิด คือ

1. โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 diabetes) หมายถึง โรคเบาหวานที่เกิดจากการทำลายของเซลล์เบตาในตับอ่อน ส่วนใหญ่เกิดจากกระบวนการออโตอิมมูน (Autoimmune) มีส่วนน้อยที่ไม่ทราบสาเหตุอัตราการทำลายเซลล์เบตามีได้แตกต่างกัน กล่าวคือในผู้ป่วยบางคนอาจจะรวดเร็ว (มักจะพบในเด็ก) และในบางคนอาจจะช้า (มักพบในผู้ใหญ่) 14 โรคเบาหวานชนิดนี้มักพบในคนอายุน้อยแต่ก็สามารถเกิดได้ในทุกช่วงอายุ จนถึงอายุ 80-90 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะไม่อ้วนบางรายไม่ทราบสาเหตุอย่างชัดเจน กล่าวคือไม่สามารถตรวจพบลักษณะ ออโตอิมมูนในทางคลินิกได้ มักพบในประชากรแถบเอเชียและแอฟริกาโรคเบาหวานชนิดนี้ พบว่าถ่ายทอดทางพันธุกรรม

2. โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes) หมายถึง โรคเบาหวานที่ไม่เกี่ยวข้องกับการที่เซลล์เบตาถูกทำลาย แต่เกิดจากภาวะดื้อต่ออินซูลินร่วมกับความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินของตับอ่อน และการเพิ่มขึ้นของการสร้างกลูโคสในตับ ซึ่งเป็นโรคเบาหวานที่พบบ่อยที่สุดทั่วโลก ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดนี้ร่างกายยังสามารถสร้างอินซูลินได้บ้างแต่ไม่เพียงพอกับความต้องการ ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะอ้วนซึ่งทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินได้ ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานชนิดนี้ได้แก่ อายุมาก ความอ้วน การที่ไม่ออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังพบได้บ่อยในหญิงที่มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง หรือไขมันในเลือดผิดปกติและพบว่ามีความสัมพันธ์กับพันธุกรรมมากกว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 1

3. โรคเบาหวานชนิดอื่นๆ (Other specific type) หมายถึง โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมของเซลล์เบตาของตับอ่อน โรคของตับอ่อนของผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจะพบภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่เริ่มการวินิจฉัย ดังนั้น การค้นหาผู้ป่วยเพื่อให้การรักษาตั้งแต่ระยะแรกจึงมีความสำคัญเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น จึงแนะนำให้มีการตรวจความผิดปกติของฮอร์โมน ยาหรือสารเคมีและอื่นๆ

4. โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes) หมายถึง โรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ รวมถึงโรคเบาหวานหรือความผิดปกติของความคงทนต่อกลูโคส (Glucose intolerance) ที่เกิดขึ้นก่อนการตั้งครรภ์เนื่องจากโรคเบาหวานในระยะแรกจะไม่ก่อให้เกิดอาการผิดปกติ บางรายตรวจพบเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานแล้ว ดังนั้น การคัดกรองหาเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยงจะช่วยให้วินิจฉัยและรักษาโรคเบาหวานได้เร็วขึ้น ซึ่งเป็นผลดีต่อตัวผู้ป่วยเอง ปัจจุบันยังไม่มีมาตรการคัดกรองผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 นอกจากในงานวิจัย ส่วนโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบได้บ่อยในสหรัฐอเมริกาพบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดนี้ไม่ทราบว่าตัวเองเป็นโรคเบาหวานมาก่อนที่จะพบจากการตรวจโรค 16 จากหลักฐานทางระบาดวิทยาพบการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตาในผู้ป่วยเบาหวานโดยจะเริ่มเกิดขึ้นอย่างน้อย 7 ปี ก่อนที่จะมีอาการของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดขึ้น 17 และในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีอาการและ



ไม่ได้รับการวินิจฉัยพบว่า มีการเพิ่มขึ้นของอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อัมพาต และหลอดเลือดปลายขาตีบตัน เนื่องจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดและส่วนใหญ่ จะไม่มีอาการซึ่งอาจมากถึงร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและประมาณร้อยละ 25 คัดกรองโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยทำในประชากรที่มีความเสี่ยงสูงเท่านั้น ซึ่งผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงได้แก่

1. อายุตั้งแต่ 45 ปี ขึ้นไป ถ้าผลตรวจระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาจาก หลอดเลือดดำ ขณะอดอาหาร (FPG) มีค่าปกติให้ตรวจซ้ำทุก 3 ปี
2. อายุน้อยกว่า 45 ปี แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในข้อใดข้อหนึ่ง ก็ควรทำการตรวจคัดกรองด้วย
3. ความอ้วน (น้ำหนักเกินมาตรฐานร้อยละ 20 ขึ้นไป หรือ BMI ≥ 27 กิโลกรัม/ เมตร)
4. มีบิดา มารดา หรือ ญาติพี่น้องเป็นโรคเบาหวาน
5. เป็นโรคความดันโลหิตสูง
6. เป็นโรคไขมันในเลือดผิดปกติ (ไตรกลีเซอไรด์ ≥ 250 มก./ดล. หรือ HDL ≤ 35 มิลลิกรัม/เดซิลิตร)
7. มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรน้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัม
8. เคยได้รับการตรวจพบว่า มีความผิดปกติของความคงทนต่อกลูโคส (impaired glucose tolerance หรือ IGT-น้ำตาลกลูโคสในพลาสมาที่ 2 ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม มีค่า 140-199 มิลลิกรัม/เดซิลิตร)หรือมีความผิดปกติของน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาขณะอดอาหาร (impaired fasting glucose หรือ IFG-น้ำตาลกลูโคสในพลาสมา ขณะอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง มีค่า 110-125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร)

โรคเบาหวานกับสุขภาพช่องปาก

ภาวะแทรกซ้อนในช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานพบได้ในผู้ป่วยเบาหวานทั้ง 2 ชนิด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะไม่ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ภายในช่องปาก³¹ ซึ่งอาจรวมถึงการเปลี่ยนแปลงอัตราการไหลของน้ำลายและส่วนประกอบ การเพิ่มอุบัติการณ์ของการติดเชื้อ การมีกลุ่มอาการแสบร้อนในช่องปาก แผลหายช้า และเพิ่มความชุกและความรุนแรงของการเกิดโรคปริทันต์อักเสบอาการปากแห้งและต่อมน้ำลายพาโรติโดนอกจากนี้ยังมี รายงานถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายในช่องปากที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเบาหวานรวมถึงการสูญเสีย ฟันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ โรคปริทันต์อักเสบและโรคของเนื้อเยื่ออ่อนภายในช่องปาก เพราะผู้ป่วย โรคเบาหวานจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอาจสัมพันธ์กับ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

โรคเบาหวานกับโรคเหงือกอักเสบและปริทันต์อักเสบ

มีการศึกษาถึงผลกระทบของโรคเบาหวานกับสุขภาพช่องปาก ซึ่งพบว่า โรคเบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเหงือกอักเสบและปริทันต์อักเสบโดยไปเพิ่มความเสี่ยงของการเกิด โรคปริทันต์อักเสบมากขึ้นเมื่อควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีพอ การควบคุมระดับน้ำตาลเป็นตัวแปร สำคัญในความสัมพันธ์ระหว่างโรคเบาหวานกับโรคปริทันต์อักเสบ โดยที่ความชุกของการเกิดโรค ความรุนแรงของเหงือกอักเสบและการทำลายอวัยวะปริทันต์จะพบได้สูงกว่าในผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้



ไม่ดีการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า เบาหวานเพิ่มความเสี่ยงของการละลายของกระดูกเข้าฟัน และการสูญเสียเหงือกยึดปริทันต์ประมาณ 3 เท่าเมื่อเทียบกับคนที่ไม่เป็นเบาหวาน Taylor และคณะ ในปี ค.ศ. 1998 ศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะยาว พบว่ามีการละลายของกระดูก และการสูญเสียเหงือกยึด 7 การควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีในระยะเวลาอันสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ และการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งรวมถึงโรคเหงือกอักเสบ

โรคปริทันต์อักเสบและการสูญเสียกระดูกรองรับฟัน มีการศึกษาที่บ่งชี้ว่า การติดเชื้อ ปริทันต์และการรักษาโรคปริทันต์อักเสบส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาล การติดเชื้อปริทันต์ในระดับรุนแรงนั้นอาจจะไปเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบหลอดเลือดขนาดใหญ่และเล็ก ของผู้ป่วยโรคเบาหวานการควบคุมการติดเชื้อของโรคปริทันต์ก็จะส่งผลดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาล ด้วย ผลของโรคปริทันต์อักเสบต่อการควบคุมระดับน้ำตาลและกลไกที่เกิดขึ้นนั้นยังไม่เป็นที่เด่นชัด โดยการอักเสบของโรคปริทันต์อาจจะไปเพิ่มตัวบ่งชี้การสร้างอินซูลินเช่นเดียวกันกับวิธีที่ทำให้เกิดโรค อ้วน จึงทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี โดยมีหลายการศึกษาที่บ่งชี้ว่าโรคเบาหวานกับโรคปริทันต์ อักเสบมีความสัมพันธ์กัน ยกตัวอย่างเช่น Novak และคณะ ในปี ค.ศ. 2008 ศึกษาการเกิด โรคปริทันต์อักเสบในอเมริกันชนเชื้อสายฮิสแปนิก (Hispanic) ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า โรคเบาหวานชนิดที่ 2 สัมพันธ์กับการก่อตัวของหินน้ำลายการสูญเสียฟัน การเพิ่มขอบเขตและระดับ ความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Tsai และคณะ ในปี ค.ศ. 2002 ได้ศึกษาเกี่ยวกับการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความรุนแรงของโรคปริทันต์ อักเสบในประชากรผู้ใหญ่ชาวอเมริกันอายุ 45-90 ปี พบว่า กลุ่มที่ควบคุมเบาหวานได้ไม่ดี มีความชุกของการเกิดโรคปริทันต์ระดับรุนแรงสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เป็นเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 2.90; 95% CI: 1.40, 6.03) โดยควบคุมปัจจัยเกี่ยวกับอายุ การศึกษา การสูบบุหรี่และ หินน้ำลายสำหรับกลุ่มที่ควบคุมเบาหวานได้ดีก็มีแนวโน้มของความชุกของการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ ในระดับรุนแรงสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เป็นเบาหวานเช่นเดียวกัน (OR = 1.56; 95%CI: 0.90, 2.68) เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบว่า อัตราของการเกิดโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต การควบคุมระดับ น้ำตาลมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาได้ นอกจากนี้ ผลกระทบจากการใช้ยารักษาเบาหวาน ก็ส่งผลต่อสภาวะภายในช่องปากด้วยโดยเฉพาะโรคปริทันต์ อักเสบที่มีความสัมพันธ์กับเบาหวานและทำให้เกิดการสูญเสียฟันในที่สุดการรักษาเบาหวานควบคู่กับ การรักษาโรคในช่องปากรวมถึงการที่ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพช่องปาก ของตนเองจึงมีความสำคัญที่จะช่วยลดการสูญเสียฟันและทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

2.3 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดเรื่องการสนับสนุนทางสังคมมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่เป็นผลมาจากการศึกษา ทางด้านสังคมจิตวิทยา ซึ่งพบว่า “การตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนจะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคล ผู้ซึ่งมีความสำคัญ และอำนาจเหนือกว่าตัวเราอยู่ตลอดเวลา” แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญ อย่างยิ่งต่อพฤติกรรมอนามัยของคน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (จุฬารัตน์ โสตะ, 2552)



ความหมาย

Cobb (1976) ได้ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นข้อมูล ที่ทำให้บุคคล เชื่อว่าได้รับการรักษา การดูแลเอาใจใส่ รวมถึงการได้รับการยกย่อง มีคุณค่า และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Kahn (1979) มองการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นปฏิกริยาการแลกเปลี่ยนระหว่าง บุคคลทั้งในด้านของความรู้สึกที่มีต่อกัน ดังนั้นจึงมองว่า การสนับสนุนทางสังคมต้อง ประกอบด้วยองค์ประกอบหนึ่งหรือมากกว่า ดังต่อไปนี้

1. ความรัก (Affect) หมายถึงความรัก ความพอใจ การยอมรับนับถือ การยกย่อง
2. การเห็นพ้อง (Affirmation) หมายถึง การเห็นพ้อง การยอมรับความคิดเห็น ในเรื่องที่ถูกต้องเหมาะสมต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น
3. การช่วยเหลือ (Aid) หมายถึง การให้บริการโดยตรง หรือการให้วัตถุ สิ่งของจากบุคคลซึ่ง อยู่ในเครือข่ายของบุคคล ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง กันและมีคุณสมบัติ คือ เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย ความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ และประเมินตนเอง Pender (1987) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับการรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นโดยจากกลุ่ม คนในระบบของสังคมนั่นเอง เป็นผู้ให้การสนับสนุน ด้านจิตใจ อารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับ เครือข่ายทางสังคมแล้วได้รับการประคับประคองด้านอารมณ์ และความรู้สึก การประเมินตัดสิน หรือสนับสนุนเห็นพ้องกับพฤติกรรม การได้ข้อมูลข่าวสารและความรู้ที่จำเป็น และการได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับวัตถุสิ่งของ เงินทอง หรือแรงงาน

แหล่งสนับสนุนทางสังคม Source of Social (จุฬารักษ์ โสตะ, 2552) หมายถึง สมาชิกในเครือข่ายทางสังคมที่ให้การสนับสนุนทางสังคม แก่บุคคลแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีความสำคัญต่อชนิดและปริมาณ การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับเนื่องจากชนิดของการสนับสนุน ทางสังคม จะเปลี่ยนแปลงไปตามแหล่งที่มีการสนับสนุนทางสังคมนอกจากนั้น แหล่งสนับสนุน ทางสังคม ยังสามารถบอกถึงขนาดและเครือข่ายทางสังคม ซึ่งมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับแหล่ง ของการสนับสนุนทางสังคมไว้แตกต่างกัน ดังนี้

House (1981) แบ่งแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 แหล่ง คือ

1. แหล่งสนับสนุนที่ไม่เป็นทางการ (Informal source) ได้แก่ คู่สมรส ญาติเพื่อน เพื่อนบ้าน และบุคคลที่คุ้นเคยกัน เป็นต้น
2. แหล่งสนับสนุนที่เป็นทางการ (Formal source) ได้แก่ เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ หรือวิชาชีพและกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดย House เน้นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เป็นทางการโดย ให้เหตุผลว่า แหล่งดังกล่าวเป็นแหล่งที่คนทั่วไปนิยมระบุว่าเป็นผู้ให้การสนับสนุนและมีแนวโน้มจะเพิ่ม



มากขึ้นในปัจจุบัน และเป็นแหล่งที่ช่วยป้องกันบุคคลได้ดีที่สุด และเสนอแนะว่าแหล่งสนับสนุนที่ไม่เป็นทางการจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น ในการลดภาวะเครียด ส่งเสริมภาวะสุขภาพและดูดซับผลกระทบของภาวะเครียดต่อสุขภาพ

Pender (1987) แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นกลุ่ม 5 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันโดยธรรมชาติ เช่น กลุ่มสถาบันครอบครัวหรือแหล่งปฐมนิเทศ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง
2. กลุ่มเพื่อน ได้แก่ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เป็นต้น
3. กลุ่มองค์กรทางศาสนา ได้แก่ พระ
4. กลุ่มองค์กรทางวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เป็นต้น
5. กลุ่มองค์กรอื่น ที่ไม่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น กลุ่มอาสาสมัครกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น

ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม (จุฬารักษ์ โสตะ, 2552)

นักพฤติกรรมศาสตร์ได้แบ่ง ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมหรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันทางสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยความสามารถใจ และการดำเนินชีวิตอย่างไม่เป็นทางการทางสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ อาทิ กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มต้านภัยเอดส์ กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายสังคมด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมเสมือนเครือข่าย ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือ ด้านวัสดุสิ่งของ ความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง

3. ระดับแคบ (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อว่า คุณภาพของความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์มากกว่าปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์หรือโครงสร้างของเครือข่ายแรงสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ให้การสนับสนุนทางจิตใจ แสดงความรักความห่วงใย

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม (จุฬารักษ์ โสตะ, 2552)

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความต้องการของร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมและความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมจะมีบทบาทสำคัญเพิ่มมากขึ้น เมื่ออยู่ในภาวะเครียด มีความขัดแย้งและอยู่ในระยะวิกฤต บุคคลแต่ละคนมีความต้องการและได้รับการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน ดังนั้น จึงมีผู้ศึกษาและแบ่งการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายแบบดังนี้

Cobb (1979) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าการได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้รับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน



2. การสนับสนุนทางด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นความรู้สึกที่บอกให้ทราบว่า บุคคลนั้นมีคุณค่า ผู้อื่นให้การยอมรับและเห็นคุณค่าด้วย

3. การสนับสนุนทางด้านการแสดง ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support or network) เป็นการแสดงออกเพื่อให้ทราบว่า บุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมหรือมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Kahn (1979) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิด คือ

1. ความผูกพันด้านอารมณ์และความคิด (Affection) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่ง ซึ่งจะแสดงออกมาในรูปของความผูกพัน การยอมรับ การเคารพ หรือด้วยความรัก

2. การยืนยันและรับรองพฤติกรรมของกันและกัน (Affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับในความถูกต้องเหมาะสมทั้งในการกระทำและความคิดของบุคคล

3. การให้การช่วยเหลือ (Aid) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่นโดยการให้สิ่งของ หรือช่วยเหลือโดยตรง การช่วยเหลืออาจจะเป็นวัตถุ เงินทอง ข้อมูลข่าวสาร หรือเวลา

Caplan (1979) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ชนิด

1. การสนับสนุนทางสังคมที่เป็นรูปธรรม (Tangible Support) ซึ่งอาจจะอยู่ในรูปของการช่วยเหลือทางการเงินหรือการช่วยด้านร่างกาย

2. การสนับสนุนทางสังคมที่เป็นนามธรรม (Intangible Support) ซึ่งอยู่ในรูปของการให้กำลังใจ การให้ข้อมูลข่าวสาร ให้ความรักหรือความอบอุ่นทางอารมณ์

House (1981) แบ่งการสนับสนุนออกเป็น 4 ด้าน โดยเน้นถึงการแลกเปลี่ยนระหว่างบุคคลดังนี้

1. ด้านอารมณ์ (Emotion Support) ทำให้รู้สึกได้รับความรัก ความไว้วางใจจริงใจ การเอาใจใส่ ยกย่องเห็นคุณค่าและมีความผูกพัน

2. ด้านการประเมิน (Appraisal support) ทำให้ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง ประเมินความสามารถ สมรรถภาพของตนเอง เปรียบเทียบตนเอง กับผู้อื่นในสังคมและเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น

3. ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) ทำให้ได้รับความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การชี้แนะแนวทาง ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติและนำไปใช้ในการปรับสภาพแวดล้อม

4. ด้านวัตถุประสงค์ของ การเงิน และแรงงาน (Instrumental support) ทำให้ได้รับความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของคนในเรื่องวัสดุ สิ่งของ เงิน แรงงานจากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าชนิดของการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ ความต้องการของร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยทำหน้าที่เป็นสิ่งที่ตอบสนอง ความจำเป็นขั้นพื้นฐานทางสังคมที่ทุกคนต้องการ ซึ่งจะบรรลุได้จากการติดต่อสัมพันธ์กับคนในกลุ่มสังคมนั้น

หลักการของการสนับสนุนทางสังคม

หลักการที่สำคัญของการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย องค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่าง “ผู้ให้” และ “ผู้รับแรงสนับสนุน”
2. ลักษณะของการติดต่อสื่อสารนั้น จะต้องประกอบไปด้วย



2.1 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ “ผู้รับ” เชื่อว่า มีคนสนใจ เอาใจใส่ และมีความรัก ความหวังดีในตนอย่างจริงใจ

2.2 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ “ผู้รับ” รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ “ผู้รับ” เชื่อว่า เขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและสามารถทำประโยชน์แก่สังคมได้

3. ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุนอาจอยู่ในรูปข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือจิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ “ผู้รับ” ได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่เขาต้องการ คือ การมีสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตจากการทบทวนวรรณกรรมทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม เป็นแรงเสริมที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำการสนับสนุนทางสังคม โดยครู ผู้ปกครอง และเพื่อนซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดกับเด็กและมีบทบาทที่สำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็ก โดยแนวคิดของ House (1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมินด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัตถุประสงค์ของอุปกรณ์ ต่าง ๆ เพื่อมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคเหงือกอักเสบใน

2.4 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (The Protection Motivation Theory) (จุฬารณย์ โสตะ, 2552) ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค มีขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2518 โดย Roger R.W. (1975) และได้รับการปรับปรุงแก้ไขนำมาใช้ใหม่ในอีกครั้งในปี พ.ศ. 2526 (Dunn and Rogers 1986) โดยทฤษฎีนี้เกิดขึ้นจากความพยายามที่จะทำความเข้าใจในกฎเกณฑ์ของการกระตุ้นให้เกิดความกลัว โดยเน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ หรือประสบการณ์ทางสุขภาพ และ การให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคาม และขบวนการของบุคคลเพื่อใช้ขบคิดแก้ปัญหาในสิ่งที่กำลังคุกคามอยู่นั้น การให้ความสำคัญแก่สิ่งที่กำลังคุกคาม จะหมายรวมถึงการประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นผลให้ความน่าจะเป็นของการเพิ่มหรือลดลงของการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งที่มาคุกคามทางสุขภาพ ปัจจัยที่อาจส่งผลเพิ่มหรือลดของการตอบสนองอาจเป็นได้ทั้งปัจจัยภายในหรือภายนอกร่างกายบุคคล

1. ความรุนแรงของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (Noxiousness) สามารถพัฒนาได้จากการเชื่อว่าถ้ากระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่าง จะทำให้บุคคลได้รับผลร้ายแรง โดยใช้สื่อเป็นสิ่งสำคัญในการเผยแพร่ข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ ลักษณะข้อความที่ปรากฏ เช่น มีอันตรายถึงชีวิต หรือบรรยายว่าไม่ทำให้เกิดอันตรายรุนแรง ข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูงจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคล และพฤติกรรมได้มากกว่า ข้อมูลที่ทำให้กลัวเพียงเล็กน้อยโดยทั่ว ๆ ไป อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูง อาจไม่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยตรง แต่หากใช้การกระตุ้น อาจส่งผลให้ข้อมูลนั้นมีลักษณะโดดเด่นขึ้น กระบวนการการประเมินการรับรู้ของข้อมูลต่อข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้น จะทำให้บุคคลรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคได้ดีกว่า



การกระตุ้นตามปกติ และทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้เปลี่ยนพฤติกรรมโดยตรง แต่หากใช้กระตุ้น หรือปลุกเร้าร่วมกับการชู้ อาจส่งผลให้ลักษณะข้อมูลนั้นโดดเด่นขึ้นกระบวนการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้น จะทำให้บุคคลรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคได้ดีกว่าการกระตุ้นตามปกติ และทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้ ซึ่งในการตรวจสอบองค์ประกอบเกี่ยวกับผลที่เกิดจากการรับรู้ถึงอันตรายในระดับสูง พบว่ามีผลต่อความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ การงดดื่มสุรา ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง และทำให้เกิดอันตราย ผลการศึกษาที่สำคัญพบว่า นักเรียนที่ได้รับการสอนสุข ศึกษาสามารถงดบุหรี่ได้เพิ่มมากขึ้น และลดความผิดพลาดจากการขับขี่พาหนะลง

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived Probability) จะใช้การสื่อสาร โดยการชู้ที่คุกคามต่อสุขภาพซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง เช่น ศูนย์ป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์ ในนิวยอร์กได้ นำเสนอข้อมูลเพื่อให้บุคคลมีความตั้งใจที่ลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ โดยกล่าวว่า จากการตรวจเลือดจากชายรักร่วมเพศ และชายรักสองเพศ พบว่า 1 ใน 4 คนมีการติดเชื้อไวรัสเอดส์ เพื่อหวังให้ประชาชนมีความตื่นตัวว่าตนตกอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ อย่างไรก็ตาม วิธีนี้ ยังไม่ใช่แนวทางที่จะทำให้บุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค จะขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของแต่ละบุคคลว่า ถ้าไม่ปฏิบัติตนหลีกเลี่ยงอันตรายที่จะเกิดขึ้น จะทำให้ตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้ การตรวจสอบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค สามารถทำได้เช่นเดียวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยใช้แบบสอบถามให้ตอบคำถามในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคสูง และกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคต่ำ การให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำอาจใช้เงื่อนไขความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงร่วมกับผลที่เกิดจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ แต่เงื่อนไขดังกล่าว ก็ยังเป็นสิ่งที่ต้องค้นหากันอีกต่อไปว่า ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงจะมีผลต่อความตั้งใจของบุคคลในการปฏิบัติตนเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงนั้นหรือไม่ เช่น เพิ่มการสูบบุหรี่มากขึ้น เพราะอาจทำให้เพิ่มความเสี่ยงมากขึ้นได้ถ้าบุคคลพยายามที่ปฏิเสธการรับรู้ของตนเองว่า เขาไม่สามารถที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำนี้ได้ แม้ว่าจะเป็นผลเสีย ในทางกลับกัน ถ้ารวมภาวะเสี่ยงสูงกับผลดีของการปฏิบัติจะทำให้การตั้งใจที่จะยอมรับการปฏิบัติตามเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามการใช้แบบสอบถามซึ่งผู้ตอบจะให้ค่าความรู้สึกตามข้อความที่กำหนดไว้ในแบบสอบถามเท่านั้น ยังเป็นสิ่งที่ต้องทำการศึกษาต่อไปว่า จะสามารถคาดคะเนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคของกลุ่มตัวอย่างได้หรือไม่

3. ความคาดหวังในประสิทธิภาพการตอบสนอง (Response Efficacy) การกระทำ โดยการนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึ่งเป็น การสื่อสารที่ทำให้ บุคคลเกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพ โดยปกติการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของการปรับหรือลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง จากผลการวิจัยพบว่า การที่บุคคลทราบถึงผลที่เกิดจากการปฏิบัติตามคำแนะนำจะช่วยลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตัวแปรนี้มีผลทดสอบว่า จะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือไม่ ดังการศึกษา (Maddux และ Roger อ้างถึงใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2552) พบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำ โดยบอกถึงผลดีที่เกิดขึ้นจากการงดสูบบุหรี่ คือ ช่วยลดการเกิดโรคหัวใจและโรคปอด ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตั้งใจที่จะหยุดสูบบุหรี่ และนำไปสู่ความตั้งใจในการป้องกันรักษาสุขภาพของบุคคลจากการวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการเพิ่มความคาดหวังในผลที่เกิดขึ้นร่วมกับความตั้งใจจะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



ในกรณีที่บุคคลรับรู้ว่าคุณเองกำลังเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่เมื่อบุคคลนั้นถูกคุกคามสุขภาพอย่างรุนแรง และไม่มีวิธีใดที่จะลดความคุกคามนั้นลงได้ อาจทำให้บุคคลขาดที่พึ่งและการสอนที่มีความเฉพาะเจาะจง เพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยให้เกิดความตั้งใจที่จะปรับความตั้งใจที่จะปรับพฤติกรรมอย่างจริงจัง อีกทั้งการสอนที่มีความเฉพาะเจาะจง มีรายละเอียดเพื่อกระตุ้นเตือนความรู้สึก หรือการรับรู้ต่อความสามารถของตนเองได้ปฏิบัติตนมากขึ้น (Mackay, 1992) องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความกลัวทั้ง 3 ตัวแปรดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเป็นมิติเดียวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อจากการได้รับอันตรายต่อสุขภาพ (Perceived susceptibility) การรับรู้ในความรุนแรงของอันตรายที่เกิดขึ้นแก่สุขภาพ (Perceived severity) และการรับรู้ต่อผลที่คาดว่าจะได้รับจากการปฏิบัติเพื่อป้องกันหรือลดอันตรายต่อสุขภาพ (Perceived barriers) ซึ่งต่อมา Maddux และ Roger ได้เพิ่มตัวแปรอีก 1 ตัวแปร คือ ความคาดหวังในความสามารถของตน (Self – Efficacy) ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค มีฐานมาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง Bandura (1997) ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับสูงสุดและยังเป็นพื้นฐานที่ส่งผลให้บุคคลปฏิบัติตาม โดยสรุปบุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำนั้นเนื้อหาของข่าวสารควรจะมีผลช่วยให้บุคคลปฏิบัติตามได้ (Mackay, 1992) แต่ต่างจากตัวแปรอื่นๆซึ่งมีลักษณะของข่าวสารคุกคามต่อสุขภาพและไม่ได้คำนึงถึงการส่งเสริมความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำการทดลองที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของความคาดหวังของความสามารถของตนเองที่นำมาใช้ในการป้องกันโรคจากกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจในตนและกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจนอกตน จะเชื่อว่าสุขภาพของเขาจะขึ้นอยู่กับโอกาสเคราะห์กรรม โชคชะตาหรืออำนาจอื่น ๆ และไม่ตั้งใจจะแสวงหาข้อมูลข่าวสารหรือการปฏิบัติตนที่จะป้องกัน (Wallston and Wallston, 1978 อ้างถึงใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2552)

ดังนั้นผู้ที่มีอำนาจในตนจึงมีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถตนเองสูง ในการตรวจสอบองค์ประกอบในความคาดหวังในความสามารถในตน Roger และ Maddux ได้ทำให้ผู้สูบบุหรี่ที่มีความเชื่อว่าการลดหรือการเลิกสูบบุหรี่สามารถกระทำได้ง่าย คือมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองสูง หรือกระทำได้ยากมากคือความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำผลการทดลองพบว่า ความคาดหวังในความสามารถในตนเอง เป็นการทำนายที่มีผลสูงสุดต่อความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ เช่น การทำให้บุคคลเชื่อว่าเขามีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่เขาก็จะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ง่ายความคาดหวังของความสามารถตนเองความสามารถในการปฏิบัติตาม จึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันสูง Beck และ Lund พบว่า ความสามารถของบุคคลเป็นตัวทำนายที่มีอำนาจสูงสุดต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจในตนทางด้านสุขภาพต่ำและกลุ่มที่มีความเชื่อในตนเองทางด้านสุขภาพสูง หากทำให้เกิดความเครียดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างทั้งสอง จะพบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในตนต่ำจะมีแนวโน้มเกิดความไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติ จะเป็นตัวขัดขวางแรงจูงใจต่อการปฏิบัติอย่างมากเช่นกัน ดังนั้นประสิทธิภาพของการแพร่ข้อมูลข่าวสารจึงไม่ได้ขึ้นอยู่กับความชัดเจนของสื่อที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามเท่านั้น หากแต่บุคคลต้องมีความคาดหวังว่าเขาสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ด้วย ตัวแปรที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า ความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันสูง โดยทั่วไปในการยอมรับ



และการมีความตั้งใจจะปฏิบัติตามคำแนะนำจะเป็นไปได้สูง เมื่อบุคคลมองเห็นว่ามีประโยชน์และสามารถปฏิบัติตามได้ ซึ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองพบดังนี้ ถ้าความสามารถที่จะปฏิบัติตามมีสูงและผลดีของการปฏิบัติตามมีสูงด้วยก็จะทำให้ความตั้งใจในการปฏิบัติตามมีเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน ในทางกลับกัน ทางความสามารถในการปฏิบัติตามมีสูงแต่ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำมีน้อยกว่าความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามก็น้อยจะลดน้อยลงไปด้วย จากวิวัฒนาการทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของ Roger ได้พยายามปรับปรุงโดยนำตัวแปรทั้ง 4 ตัว คือ การรับรู้ในความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถตนเอง มาสรุป เป็นกระบวนการรับรู้ 2 แบบ คือ

1) การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Theart Appraisal)

2) การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal)

จากกระบวนการรับรู้ดังกล่าว เกิดจากอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสาร คือ สิ่งแวดล้อม การพูดชักชวน การเรียนจากการสังเกต และลักษณะบุคลิกภาพหรือประสบการณ์ที่บุคคลได้รับ

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ 2 ลักษณะคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค(Perceived susceptibility) ซึ่งการรับรู้นี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมมีโอกาส เป็นไปได้ที่การรับรู้อาจทำให้บุคคลเกิดการปรับตัวตอบสนองหรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 2 แบบ ได้แก่มีความตั้งใจที่ปฏิบัติสม่ำเสมอและมีการแก้ไขปัญหาย่างมีเหตุผล เช่น การรัดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง การเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น และอาจเกิดการปรับตัวตอบสนองหรือพฤติกรรมแบบที่ไม่พึงประสงค์ 5 แบบ ได้แก่ ความสิ้นหวัง ความเชื่อในโชคชะตา การหลีกเลี่ยง ความเชื่อในศาสนาความคิดผิวนวล ๆ แล้ง ๆ อย่างไรก็ตาม ปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ก็ คือ ความพอใจในตัวเอง (Intrinsic rewards) และความพึงพอใจจากภายนอก (Extrinsic Rewards) เช่น การเป็นที่ยอมรับของสังคม (Steven and Roger, 1986 อ้างถึงใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2552)

2. การประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย การรับรู้ 2 ลักษณะ คือ ความคาดหวังผลลัพธ์ของการตอบสนอง (Response Efficacy) และการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self Efficacy) ในการหลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จได้ (Steven and Roger, 1986 อ้างถึงใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2552) และเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ แต่สิ่งที่ทำให้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองลดลง คือ ความไม่สะดวกค่าใช้จ่าย ความไม่น่าชื่นชม ความยากลำบาก ความสับสนยุ่งยาก อาการแทรกซ้อน ความไม่สอดคล้องในการดำรงชีวิต (Roger, 1986 อ้างถึงใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2552) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง และการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองเป็นสิ่งสำคัญมาก ต่อการสร้างความตั้งใจ ซึ่งความตั้งใจที่จะแก้ปัญหาถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด ที่จะต้องพยายามสร้างให้เกิดขึ้นและรักษาความตั้งใจนั้นไว้ให้มั่นคง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองมีความสำคัญเช่นกัน กล่าวคือ ถ้ารับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงแต่การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองต่ำ จะลดความตั้งใจลงบุคคลจะรู้สึกว่าจะไม่สามารถป้องกันตนเองได้ใน 2 กรณี คือ ถ้าผลลัพธ์ของการ



เผชิญปัญหาที่มีอยู่ไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น ถ้าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่ำ ก็จะเพิ่มการรับรู้ต่อความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองและความคาดหวังในความสามารถของตนสูง จะเพิ่มความตั้งใจเพิ่มขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม ความตั้งใจจะสูงที่สุดเมื่อบุคคลมีทั้งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนสูง และการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองสูง

กล่าวโดยสรุป ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคนั้นมีความเชื่อว่า แรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคนั้นจะทำให้ได้ดีเมื่อ

- 1) บุคคลเห็นว่าอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง
- 2) บุคคลมีความรู้สึกไม่มั่นคงหรือเสี่ยงต่ออันตราย
- 3) เชื่อว่าการตอบสนองโดยการปรับตัวเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะกำจัดอันตรายนั้น
- 4) บุคคลมีความเชื่อมั่นใจตนเองว่าจะสามารถปรับตัวตอบสนองหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้อย่างสมบูรณ์

5) ผลดีจากการตอบสนองด้วยการปรับตัวแบบที่ไม่พึงประสงค์นั้นมีน้อย

6) อุปสรรคต่อการปรับตัวหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นต่ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค สรุปได้ว่า เริ่มต้นจากการนำการกระตุ้นด้วยความกลัวมาใช้โดยเน้นความสำคัญร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) นั่น คือ การรวมปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคลซึ่งการรับรู้นี้เป็นตัวเชื่อมโยงที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม โดย Roger ได้สรุปเป็นกระบวนการรับรู้ 2 แบบ คือ 1) การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat appraisal) ประกอบด้วย การรับรู้ในความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 2) การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping appraisal) ประกอบด้วย ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถตนเอง ซึ่งต้องสร้างความตั้งใจ และการปฏิบัติตัวจึงจะส่งผลให้บุคคลนั้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยได้นำไปประยุกต์ในการวางแผนการดำเนินกิจกรรม โดยการให้ความรู้ การใช้ตัวแบบ การพูดชักจูง และการฝึกทักษะ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างประเมินอันตรายต่อสุขภาพ และการประเมินการเผชิญปัญหาซึ่งนำไปสู่การดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

2.5 ทฤษฎีการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองไม่ใช่เรื่องใหม่ที่เกิดขึ้นและมีมาตั้งแต่โบราณ คนจีนสมัยก่อนเน้นการทำงานบำรุงสุขภาพมากกว่าการรักษาความเจ็บป่วย การแพทย์ของชนชาวกรีกโบราณรักษาสุขภาพโดยการดูแลเรื่องสุขอนามัย และการเลือกอาหารที่เหมาะสม และเชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากความไม่สมดุลในร่างกาย ไม่มีความกลมกลืนระหว่างร่างกายและสิ่งแวดล้อม ฮิปโปเครติสเชื่อเรื่องอำนาจของธรรมชาติต่อการฟื้นฟูของร่างกาย โดยสนับสนุนให้เห็นความสำคัญของการดูแลตนเองในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการรักษาความสะอาดของร่างกาย



ต่อมาโรคระบาดที่ 19 มีวิวัฒนาการทางด้านการแพทย์และค้นพบทฤษฎีเชื้อโรค เกิดการแพทย์แผนใหม่ทำให้มีการระบาดของโรคติดต่อน้อยลง แต่การรักษาโรคโดยแพทย์แผนใหม่มีประชาชนส่วนหนึ่งไม่สามารถเข้าถึงบริการเนื่องจากต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก ส่วนหนึ่งยังคงแสวงหาการรักษาสุขภาพของตนเอง พึ่งพาเพื่อน ญาติ หรือผู้บำบัดพื้นบ้านที่มีในท้องถิ่นของตน

2.6 ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน

ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน (Watson's caring Theory)

ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน (Watson's caring theory) เป็นทั้งปรัชญา และทฤษฎีทางการแพทย์ ที่เน้นที่การดูแล (Caring) ซึ่งพัฒนามาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1979 ภายใต้อิทธิพลทางด้านมานุษยวิทยา รวมทั้งความรู้สึกผูกพันต่อบทบาทการดูแลเพื่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยที่วัตสันประจักษ์ด้วยตัวเอง ประกอบกับประสบการณ์ของวัตสันขณะเผชิญความเจ็บป่วย เผชิญการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ปัจจุบันทฤษฎีนี้ได้รับการพัฒนาจนวัตสันเรียกว่าเป็น ศาสตร์การดูแลมนุษย์ (Human caring science) และมีการจัดตั้งศูนย์การดูแลมนุษย์ (Human science caring center) ที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยโคโลราโด รวมทั้งได้จัดตั้งสถาบันวิทยาศาสตร์การดูแลวัตสัน (The Watson caring science institute) ซึ่งมีลักษณะเป็นมูลนิธิที่มุ่งเน้นการพัฒนาทฤษฎีการดูแล การปฏิบัติการพยาบาล การวิจัย บนปรัชญาการดูแลมนุษย์ ทฤษฎีการดูแลของวัตสันได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งนำไปใช้ในการพยาบาลที่เน้นรูปแบบการดูแลที่เข้าถึงจิตใจกันระหว่างคนสองคน (Transpersonal caring model) เพื่อให้เกิดการฟื้นฟู (Healing) และมีการใช้เป็นแนวคิดเพื่อการศึกษาวิจัยในวงกว้างทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณเพื่อให้เกิดความเข้าใจในทฤษฎีการดูแลของWatson เนื้อหาส่วนแรกจะกล่าวถึงภูมิหลังของวัตสันซึ่งเป็นผู้พัฒนาทฤษฎี รวมทั้งความเชื่อพื้นฐานของทฤษฎี และแกนหลักของทฤษฎีนี้เพื่อจะชี้ให้เห็นถึงลักษณะพิเศษรวมทั้งประโยชน์การนำไปใช้ทางการแพทย์ ทั้งในแง่ของการการวิจัย รวมทั้งความท้าทายของพยาบาลการใช้ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน'ภูมิหลังของผู้พัฒนาทฤษฎี' Jean Watson เริ่มอาชีพพยาบาลในปี ค.ศ. 1964 โดยได้รับปริญญาตรีทางการแพทย์ ปริญญาโททางด้านพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และปริญญาเอกทางด้านจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว นอกจากนั้น Watson ยังศึกษาในสาขามานุษยวิทยา และได้เดินทางไปยังหลายประเทศเพื่อค้นแก่นแท้ทางความรู้เพื่อพัฒนาศาสตร์ทางการแพทย์ Watsonเชื่อว่าองค์ความรู้ทางการแพทย์ต้องพัฒนาจากศิลปศาสตร์ (Art) บนพื้นฐานความเชื่อมนุษยนิยม (Humanism) มากกว่าการพัฒนาจากความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์ (Science) และความรู้ทางการแพทย์ (Medical) เพียงอย่างเดียว (Watson, 2008) Watsonเชื่อในพลังภายในของความเป็นมนุษย์ที่มีชีวิตอยู่บนโลกที่เชื่อมต่อกับจักรวาล นอกจากนั้น Watsonยังได้รับแรงจูงใจในการพัฒนาแนวคิดทฤษฎีการดูแล จากความต้องการที่จะทำความเข้าใจบทบาทในการบำบัดทางการแพทย์ รวมทั้งความรู้สึกผูกพันต่อบทบาทการดูแลเพื่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยที่Watsonประจักษ์ด้วยตัวเอง (Watson, 2008) ในปี 1979 Watsonได้เขียนตำราชื่อ Nursing : The philosophy and science of caring ตำราเล่มนี้ถือเป็นตำราหลักที่สะท้อนถึงรากฐานของทฤษฎีการดูแล ว่ามาจากแนวคิดมนุษยนิยม ศิลปะ และการพยาบาล โดยWatsonได้นำเสนอปัจจัยการดูแลสี่ประการ



(Ten carative factors) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลสำหรับพยาบาล และในปี 2008 Watson ได้เพิ่มเติมเนื้อหาของกระบวนการปฏิบัติการด้วยความรักเพื่อการดูแล (Clinical caritas process) และชี้ให้เห็นถึงพลังของความรัก (Caritas /Cosmic love) สิ่งพื้นฐานสำหรับการพยาบาลเพื่อการบำบัดให้พ้นภัย Watson ยังได้เขียนตำราวิชาการอีกหลายเล่มซึ่งล้วนได้รับการยอมรับในวงการวิชาการพยาบาล เช่น Nursing : Human science and human care (Watson, 1985), Postmodern nursing and beyond (Watson, 1999), Caring science as sacred science (Watson, 2005) วัดสันได้รับการยอมรับในฐานะนักทฤษฎีการพยาบาล นักปรัชญาทางการพยาบาล รวมทั้งได้รับรางวัลเชิดชูเกียรติต่างๆ มากมาย เช่น International Kellogg Fellowship in Australia, Fulbright Research Award in Sweden , Martha E. Rogers Award ในปี 1993 จาก The National League for Nursing เป็นต้น ปัจจุบันวัดสันดำรงตำแหน่งประธาน สถาบันวิทยาศาสตร์การดูแลวัดสัน (The Watson Caring Science Institute) ซึ่งให้การอบรมและบริการวิชาการเกี่ยวกับทฤษฎีการดูแล เรื่อยมาจนปัจจุบัน ส่วนที่มหาวิทยาลัยโคโลราโด ก็มีหลักสูตรการสอนเกี่ยวกับศาสตร์การดูแลอย่างต่อเนื่อง 'ความเชื่อพื้นฐานของทฤษฎีการดูแลของวัดสัน' Watson เชื่อว่าการดูแลเป็นพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ และการพยาบาลคือศาสตร์แห่งการดูแลมนุษย์ (Human caring science) เป้าหมายของการดูแลคือการช่วยเหลือบุคคลให้ค้นพบภาวะดุลยภาพ (Harmony) ของร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ วัดสันให้ความสำคัญกับความเป็นมนุษย์ในแง่ของการเคารพในศักดิ์ศรีของทุกคน ให้ความสำคัญกับประสบการณ์ของบุคคล และเชื่อว่าการพยาบาลคือศิลปะและสุนทรียศาสตร์ (Art & Aesthetic) (Watson, 2008; 2009) ดังที่วัดสันกล่าวว่า “ความงามและศิลปะเป็นส่วนหนึ่งของการนำไปสู่การพยาบาลที่เน้นรูปแบบการดูแลที่เข้าถึงจิตใจกันระหว่างคนสองคน (Transpersonal caring model)” (Watson, 1985, 2008) ทั้งนี้เพราะการเข้าถึงจิตใจกันระหว่างคนสองคน (พยาบาลกับผู้ป่วย) ต้องอาศัยการจัดเส้นแบ่งของคนสองคนและลดอัตตา (Ego) ของแต่ละฝ่าย ให้ความสำคัญกับความรู้สึกของอีกฝ่าย มีการสร้างสัมพันธ์ภาพ เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงของประสบการณ์ชีวิตของทั้งสองฝ่ายจนหลอมรวมกันเป็นหนึ่งเดียว โดยใช้ทั้งการพยาบาล ศิลปะ สุนทรียศาสตร์ (ภาพศิลปะ ภาพยนตร์กลอน) ไปจนถึง ความเมตตา (Compassion) สัมมาสติ (Mindfulness) การทำสมาธิ (Meditation) และการเดินจาริกแสวงบุญ (Pilgrimage) (Claire & Ryder, 2009; Sitzman, 2002) เพื่อขึ้นำการปฏิบัติการพยาบาลจนเกิดการเยียวยา (Healing) ซึ่งนำไปสู่ความสมดุล (Harmony) เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ 'แกนหลักของทฤษฎีการดูแล' ทฤษฎีการดูแลของวัดสัน เน้นการดูแลอันเป็นคุณธรรมที่ดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยอาศัยการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้การดูแลกับผู้ได้รับการดูแล ภายใต้อารมณ์ความรักในความเป็นเพื่อนมนุษย์ ที่ให้ความสำคัญทั้งร่างกายและจิตใจอย่างไม่แยกออกจากกัน จนผู้ให้การดูแลสัมผัสถึงพลังแห่งการดูแล อันเป็นความรู้สึกตระหนักถึงการดูแลว่าได้เกิดขึ้น และส่งผลให้เกิดความรักความเข้าใจผู้อื่น ซึ่งวัดสันเรียกว่า “Caring occasion” และนำไปสู่การเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างคนสองคนภายใต้สนามปรากฏการณ์ (Phenomenal field) ของแต่ละบุคคลที่หลอมรวมกัน จนเกิดความเข้าถึงจิตใจระหว่างคนสองคน (Transpersonal) ทำให้คนทั้งสองคนค้นพบความหมายของสิ่งต่างๆ ที่เป็นสาระสำคัญของชีวิต ได้แก่ ความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน และความตาย ตามสภาพความเป็นจริงของชีวิต เพื่อให้เกิดยอมรับในตนเอง



และยอมรับผู้อื่น เกิดสัมพันธภาพที่นำไปสู่การฟื้นฟู (Healing relationship) ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพลังในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ คือ ภาวะที่บุคคลมีความกลมกลืนของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ แม้ในผู้ป่วยที่หมดหวังจากการรักษาแล้วก็ตาม ในทฤษฎีการดูแล Watsonได้อธิบายว่า “ความรักอันยิ่งใหญ่ (Cosmic love)” ระหว่างเพื่อนมนุษย์เป็น ที่ตั้งของการดูแล ผู้ให้การพยาบาลต้อง “ให้การพยาบาลด้วยความรัก” (Caritas nursing) เพราะความรักคือพลังที่ผลักดันให้เกิดกระบวนการบำบัดเพื่อการฟื้นฟูต่อผู้ดูแลและผู้ให้การดูแล (Watson, 1985; 2005; 2008) ส่วนหน่วยงาน หอผู้ป่วย การทำหัตถการ การทำหน้าที เทคโนโลยี คือสิ่งที่ประดับตกแต่ง (Trim) ที่ไม่อาจยึดเป็นศูนย์กลางของวิชาชีพพยาบาล พาเซ่ นักทฤษฎีการพยาบาลอีกท่านหนึ่ง ได้สนับสนุนแนวคิดนี้โดยกล่าวว่า การทำหัตถการและการปฏิบัติการกิจของพยาบาลจะมีความแตกต่างกันในแต่ละหน่วยงาน และเปลี่ยนแปลงไปตามเทคโนโลยีใหม่ๆ สิ่งเหล่านี้จึงไม่อาจนำมาเป็นหลักนำศาสตร์การพยาบาล พยาบาลต้องยึดการดูแลเป็นเชื้อหลัก ที่ชี้นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล (Pase, 1995) ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน สามารถใช้ในการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม โดยอาศัยปัจจัยการดูแล 10 ประการ (Ten carative factors)

แนวคิดและทัศนะการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง ประกอบด้วยคำว่า “ดูแล” กับ “ตนเอง” ตามพจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525ให้ความหมายดูแล คือ เอาใจใส่ ปกป้องรักษา ปกครอง ตน คือ ตัว (ตัวคน) เมื่อรวมคำว่าดูแลตนเอง จึงหมายถึง เอาใจใส่ ในตัวคนนั่นเอง หรือปกป้อง ปกครองตนเอง การดูแลตนเองถูกอธิบายในลักษณะของมโนทัศน์ กรอบแนวคิด รูปแบบ ทฤษฎีกระบวนการ การเคลื่อนไหว หรือปรากฏการณ์ (Gantz, 1990 อ้างในอรสา พันธักดิ์. 2542) ความหมายการดูแลตนเองจะต่างกันในแต่ละสาขาวิชาชีพมีผู้ให้นิยามการดูแลสุขภาพของตนเอง มีดังนี้ Levine (Levine Cited in Hill & Smith, 1985 : 8) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลหนึ่งๆ ทำหน้าที่โดยตัวเองและเพื่อตัวเอง ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการสืบค้นหาโรคและการรักษาขั้นต้นด้วยตนเอง

Steiger & Lipson (Steiger & Lipson, 1985 : 12) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าเป็นกิจกรรมที่ริเริ่มกระทำโดย บุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้บรรลุ หรือคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพให้ดีที่สุด

Noris (พิมพ์วลัย ปรีดาสวัสดิ์, 2530: 9; อ้างอิงมาจาก Noris) ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเอง คือ กระบวนการที่ประชาชนและครอบครัว มีโอกาสที่จะช่วยเหลือตนเอง และรับผิดชอบตนเองด้านสุขภาพอนามัย โดยพัฒนาศักยภาพความสามารถ เพื่อการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง สมจิต หนูเจริญกุล (2536 : 22-23) กล่าวว่า การดูแลตนเองหมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจ และมีเป้าหมาย (Deliberate action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และการพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปถึงขีดสูงสุด

Pender (Pender, 1987 : 150) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่ม และกระทำในวิถีทางของตนเองเพื่อบำรุงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง การดูแลตนเองได้เป็นที่สนใจและกล่าวถึงกันมาก ในที่ประชุม First International Symposium



ที่กรุงโคเปนเฮเกน ในปี 1975 มีการให้ความหมายไว้ต่างกันจาก 29 ประเทศ มีการขยายกว้างไป นอกจากเป็นเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคล ยังรวมถึงการดูแลครอบครัว กลุ่มและชุมชนด้วยการดูแลตนเองเป็นกระบวนการตัดสินใจที่เกี่ยวกับการสังเกตตนเอง การรับรู้และการตัดสินใจ เลือกรับบริการ และการรักษาตามที่บุคคลเข้าใจ (นาตยา เกรียงชัยพฤกษ์, 2544) และในปี 1987 สถาบันการดูแลตนเอง จัดให้มีผู้เชี่ยวชาญการดูแลตนเองจากสาขาต่างๆ มาประชุม เพื่อหาลักษณะที่อธิบายการดูแลตนเอง ผลสรุปในแนวคิดการดูแลตนเองนั้นมีคุณลักษณะดังนี้ 1) การดูแลตนเองมีอยู่ในสถานการณ์และวัฒนธรรมที่เฉพาะ 2) เกี่ยวข้องกับความสามารถที่จะกระทำและการเลือก 3) ความรู้ทักษะ การให้คุณค่า แรงจูงใจ การรับรู้ความสามารถ การควบคุม และสมรรถนะของตนเอง(Efficacy) มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง และ 4) แนวคิดการดูแลตนเองมีจุดเน้นการดูแลสุขภาพ อยู่ภายใต้การควบคุมของบุคคล (อริสา พันธักดี, 2542; อ้างอิงจาก Gantz, 1990) ความหมายการดูแลตนเองสามารถจำแนกเป็นแบบแผนได้ 2 แบบแผน คือการดูแลตนเองในแบบที่เป็นการกระทำ พฤติกรรมหรือกระบวนการ และการดูแลตนเองในแบบที่เป็นเป้าหมายในสาขาวิชาชีพแพทย์ ให้ความหมายการดูแลตนเองในรูปแบบที่เป็นการกระทำ เลวิน (Levin, 1976) แพทย์ที่ถูกยอมรับว่าเป็น บิดาของการดูแลตนเอง ได้ให้ความหมายการดูแลตนเองว่า หมายถึงกระบวนการที่ประชาชน ทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การสืบค้นหาโรคและการรักษา ในระดับปฐมภูมิของระบบบริการสุขภาพ และ (Levin, Katz & Holst, 1979) ได้ขยายความหมายของการดูแลตนเองเพิ่มเติมว่า เป็นกระบวนการตัดสินใจ เกี่ยวข้องกับการสังเกตตนเอง การรับรู้อาการและวินิจฉัย การตัดสินใจความรุนแรง และการเลือก รวมทั้งการประเมินทางเลือก ในการรักษาในสายทางการพยาบาล Orem (Orem, 1991) สนใจเรื่องการดูแลตนเองที่มองการดูแลตนเองเป็นกระบวนการการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จริงจัง และมีเป้าหมาย ประกอบด้วย 2 ระยะ

ระยะที่ 1

เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ โอเร็มได้จำแนกพฤติกรรมดูแลตนเองออกเป็น 3 สถานะ

- 1) ความต้องการการดูแลตนเองทั่วไปในภาวะปกติ (Universal self-care requisite) คือ
 1. การคงไว้ซึ่งอากาศที่เพียงพอ
 2. การคงไว้ซึ่งอาหารและน้ำที่เพียงพอ
 3. การคงไว้ซึ่งการขับถ่าย และระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ
 4. การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน
 5. การคงไว้ซึ่งการรักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียว และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
 6. การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี
- 2.) ความต้องการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental self-care requisite) คือ
 1. ความต้องการตามระดับพัฒนาการในวัย
 2. ความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต
- 3) ความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care requisite) คือ
 1. การแสวงหาบริการสุขภาพ
 2. การรับรู้ ความสนใจต่อโรค และผลกระทบของโรคต่อตนเอง
 3. การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา พินฟู และป้องกันโรค
 4. การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของโรค
 5. การปรับสภาพลักษณะและจิตมโนทัศน์
 6. การยอมรับภาวะสุขภาพ และการเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น โดยกำหนดเป้าหมายของการกระทำพฤติกรรมดูแลตนเองว่า

- 1.) เพื่อเป็นการประคับประคองกระบวนการชีวิตและสนับสนุนการดำเนินชีวิตปกติสุข
- 2.) เพื่อคงไว้ซึ่งการเจริญเติบโตพัฒนาการและวุฒิภาวะที่เหมาะสม
- 3) เพื่อป้องกัน ควบคุม



บำบัดรักษา โรคภัยไข้เจ็บ และการได้รับอันตรายต่างๆ 4) เพื่อป้องกันหรือปรับตัวให้สอดคล้องกับ ความบกพร่องของสมรรถนะ และ 5) เพื่อส่งเสริมความผาสุก

นักจิตวิทยา สนใจการดูแลตนเอง ในลักษณะที่การดูแลตนเองเป็นปรากฏการณ์ หนึ่งที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด อัตมโนทัศน์ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรม (Cognitive behavior model) พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และความเชื่อในสมรรถนะตนเอง (Self-efficacy) Barofsky (อรสา พันธภักดี, 2542 ; อ้างอิงจาก Barofsky, 1978) ให้ความหมายการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จิตใจของบุคคลอย่างมีเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยแบ่งการดูแลตนเองเป็น 3 แบบ 1) การดูแลตนเองในการบรรเทาความเจ็บป่วย 2) การดูแล ตนเองในการรักษาหรือเผชิญกับอาการ 3) การดูแลตนเองในการป้องกันอันตรายที่จะมีผล ต่อสวัสดิภาพ กระบวนการทำหน้าที่ของร่างกาย การดูแลตนเองจึงมีเป้าหมายเพื่อปรับ ควบคุมให้ กระบวนการทำงานทางร่างกายเป็นปกติแนวคิดการดูแลตนเองในสาขาสุขศึกษา (Health education) มุ่งการให้ความรู้หรือข้อมูลเพื่อช่วยให้บุคคลได้เลือกทำพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การสอนสุข ศึกษาเป็นการรวบรวมประสบการณ์การเรียนรู้ต่างๆ มาส่งเสริมให้บุคคลสมัครใจทำพฤติกรรม ที่นำไปสู่สุขภาพ การดูแลตนเองในลักษณะพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพนั้น หมายถึงกิจกรรม ที่กระทำโดยบุคคลรับรู้ว่าเป็นตนเองเจ็บป่วย และมีความต้องการที่จะฟื้นหายดีขึ้น การดูแลตนเอง รวมถึงพฤติกรรมที่ลดการพึ่งพาผู้อื่นด้วยแนวคิดการดูแลตนเองในสาขาสังคมศาสตร์ สนใจการดูแล ตนเองในความสัมพันธ์ทั้ง 3 ระบบ คือ ระบบบุคคล ระบบกลุ่มย่อย และระบบชุมชน และมุ่งเน้นที่สังคม กฎหมาย นโยบาย และองค์กรที่สนับสนุนและส่งเสริมการดูแลตนเอง Defries (อรสา พันธภักดี, 2542 ; อ้างอิงมาจาก Defries, 1990) ให้ทัศนะว่าการดูแลตนเอง เป็นการกระทำที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของแผนการรักษา ชุมชน และการส่งเสริมสุขภาพ

Dean (อรสา พันธภักดี 2542; อ้างอิงมาจาก Dean, 1989) เน้นการดูแลตนเอง ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพคือ การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งมีรูปแบบ ของการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมและทัศนคติต่อพฤติกรรม การให้คุณค่า ความเชื่อที่เรียนรู้ในสังคม วัฒนธรรม มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้นบุคคลจะยอมรับหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ต่อสุขภาพ จึงขึ้นอยู่กับสังคมวัฒนธรรมมากกว่าการตัดสินใจเฉพาะบุคคล ซึ่งต่างจาก Kickbusch (อรสา พันธภักดี, 2542; อ้างอิงมาจาก Kickbusch, 1989) เห็นว่า การดูแลตนเองเกี่ยวข้องกับ แบบแผนการดำเนินชีวิตที่บุคคลยอมรับที่จะจัดการตนเองในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และการกำกับประเมินตนเอง มีการตัดสินใจ การใช้ยาด้วยตนเอง และการรักษาตนเอง การดูแลตนเองในทัศนะที่เป็นผลลัพธ์ คือการดูแลตนเองมีผลต่อสุขภาพ Smith (Smith, 1983) ชี้ให้เห็นว่า การดูแลตนเองเกี่ยวข้องกับสุขภาพ 4 รูปแบบ โดยเสนอ “Smith’s model of health” ได้แก่

1. รูปแบบทางคลินิก (Clinical model) รูปแบบนี้ให้ความหมายสุขภาพเป็นการ ปราศจากอาการ อาการแสดงของพยาธิสภาพ หรือการที่บุคคลปราศจากความพิการ เป็นการรักษาสอดคล้อง 4 เอกสารประกอบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การเสริมสร้างแนวคิดและการปรับปรุง โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานคร 30 เม.ย.-2 พ.ค.51 สถาบันวิจัย พฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒทางด้านสรีรวิทยาซึ่งบุคคลจะรอให้เกิดอาการและ



อาการแสดงแล้วจึงมุ่งรักษาโรค ผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง มีต่ออัตราการตาย อัตราความเจ็บป่วย พิการ การใช้สถานที่บริการสุขภาพ และค่าใช้จ่ายในการรักษา

2. รูปแบบทางด้านการปฏิบัติตัวตามบทบาท (Role performance model) เป็นรูปแบบที่ให้ความหมายสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติหน้าที่ตามที่สังคมคาดหวังได้ครบถ้วน การดูแลตนเองมีผลต่อสุขภาพในด้านการทำบทบาท ความสามารถในการทำหน้าที่ ทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างมีอิสระ หรืออย่างพึงพา

3. รูปแบบด้านการปรับตัว (Adaptation model) รูปแบบนี้เชื่อว่าบุคคลมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมอย่างจริงจังและตลอดเวลาเพื่อรักษาดุลยภาพกับสิ่งแวดล้อม เป็นความสามารถในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมที่ท้าทาย รวมทั้งสิ่งแวดล้อมทางสังคม และสิ่งที่คุกคามทางกายภาพ สุขภาพที่ดีจะเป็นความยืดหยุ่นในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมดุล เป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับชีวิต ผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง คือการเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการความเครียดที่เกี่ยวข้องกับอาการและความสามารถในการจัดการกระทำ

4. รูปแบบด้านความผาสุก (Eudemonistic model) คำว่า Eudemonistic หมายถึง ความผาสุก (Well - being) ความสุข (Happiness) รูปแบบนี้เชื่อว่าการที่บุคคลสามารถกระทำตามบทบาทที่ได้รับมอบหมาย และมีศักยภาพทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ สุขภาพเป็นภาวะที่มีความผาสุกที่ไม่หยุดนิ่งและเป็นความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชนได้บุคคลที่มีภาวะสุขภาพแข็งแรงสามารถจะทำงานได้ตามหน้าที่รับผิดชอบอย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง คือความผาสุก ความกลมกลืนและความพอดีโดยสรุปแล้ว การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถกระทำกิจกรรมหรือพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งบุคคลได้เลือกปฏิบัติให้เหมาะสมกับตนเอง โดยมีการเรียนรู้และการสนับสนุนจากสังคมวัฒนธรรมที่เป็นสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้นทั้งในวิชาชีพและนอกวิชาชีพทางด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพเป็นหนทางที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี

สถานการณ์การพฤติกรรมและการดูแลตนเองด้านสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพ ที่ผ่านมามีการมองการดูแลตนเองเป็นในด้านการใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยของประชาชนโดยจากการสำรวจมีการเปลี่ยนแปลงไป ในภาพรวมทั้งประเทศประชาชนใช้บริการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐมากขึ้นจากร้อยละ 15.5 ใน พ.ศ. 2513 เป็นร้อยละ 53.9 ใน พ.ศ. 2539 และซื้อยากินเองน้อยลงจากร้อยละ 51.54 ใน พ.ศ. 2513 เหลือเพียงร้อยละ 17.1 ใน พ.ศ. 2539 และหลังวิกฤตเศรษฐกิจประชาชนหันมาซื้อยากินเองมากขึ้นจากร้อยละ 17.1 ใน พ.ศ. 2513 เป็นร้อยละ 20.2 และ 24.2 ใน พ.ศ. 2542 และ 2544 ตามลำดับ แต่ในภาวะปัจจุบันคนเราเริ่มเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดีร่างกายแข็งแรง จิตใจที่เป็นสุขสงบ แนวการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมคือดูแลกาย ใจ จิตวิญญาณ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินชีวิตให้มีความสุขสมบูรณ์ การดูแลสุขภาพที่เน้นให้ความสำคัญในการส่งเสริม ฟันฟู ป้องกันโรคมากกว่าการรักษา ซึ่งจะเห็นได้ว่าการมีสุขภาพดีเชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพ 5 เอกสารประกอบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การเสริมสร้างแนวคิดและการปรับปรุงโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในเขตกรุงเทพมหานคร 30 เม.ย.-2 พ.ค. 2551 สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัย



ศรินครินทร์โรฒแบบองค์รวม เป็นแนวคิดสมัยใหม่ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ถือว่าเป็นการตื่นตัวของการรักษาสุขภาพของคนยุคใหม่

2.7 นวัตกรรมแปรงสีฟัน

การประดิษฐ์แปรงสีฟันและการสอนการใช้งานในผู้ป่วย ได้ประยุกต์มาจาก ทพญ.ณัฐตา อยู่ข้า



ภาพประกอบ 2.1 แปรงสีฟันประยุกต์



ภาพประกอบ 2.2 ลักษณะด้านข้างแปรงสีฟันประยุกต์





ภาพประกอบ 2.3 ลักษณะการวางแปรงสีฟันประยุกต์

การประดิษฐ์แปรงสีฟัน

แปรงสีฟันแบบใหม่ได้มีการคิดค้นประดิษฐ์ขึ้นมาเพื่อใช้เป็นอุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดซอกฟันที่ขนแปรงสีฟันปกติเข้าไม่ถึงทั่วถึง ลักษณะฟันซ้อนเกและเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเหงือกอักเสบ

วิธีการประดิษฐ์แปรงสีฟัน

- ตัดขนแปรงเป็นกระจุกตามสภาพของช่องปากแต่ละคนและตำแหน่งบริเวณซอกฟันที่แปรงปกติเข้าไม่ถึงแต่ละคนจะตัดขนแปรงขนาดไม่เท่ากัน

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเหงือกอักเสบ

ชურიพร เทียนธวัช (2547) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษา โดยการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ และโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงาน การประถมศึกษา อำเภอมะนัง จังหวัดนครนายก กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 70 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 34 คน กลุ่มควบคุม 36 คน กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มี ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มี ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ กลุ่มทดลองมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบดีกว่ากลุ่มควบคุมและดีกว่ากลุ่มรับโปรแกรม ทันตสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value 0.05 ความตั้งใจในการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่ สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) แต่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ความตั้งใจ



ในการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถในการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่ การได้รับแรงสนับสนุนจากผู้ปกครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการได้รับแรงสนับสนุนจากครู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ปกครอง ครูและเพื่อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

ขวัญดาว พันหมุด (2549) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอธาตุพนมจังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 32 คนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม โดยการ บรรยายประกอบสไลด์ อภิปรายกลุ่ม เสนอตัวแบบ สาธิตและฝึกปฏิบัติ การแสดงบทบาทสมมติ การจัดป้ายนิเทศ และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจาก ครู ผู้ปกครอง ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบบากกว่าก่อนทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value 0.001 ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนทดลองที่ p -value 0.01 และกลุ่มเปรียบเทียบ p -value 0.05 ด้านความคาดหวังในผลดีของการป้องกันโรคเหงือกอักเสบบกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองที่ p -value 0.001 และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ p -value 0.05 ด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ p -value 0.01 นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง ที่ p -value 0.01 และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ p -value 0.05 และกลุ่มทดลองยังมีสภาวะเหงือกอักเสบน้อยกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่ p -value 0.05

สุภาภรณ์ นารี (2550) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 86 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 43 คนโปรแกรมทันตสุขศึกษาประกอบด้วย การบรรยายประกอบสไลด์ วีดีโอเทป ภาพพลิก โปสเตอร์จัดป้ายนิเทศ ตัวแบบ อภิปรายกลุ่ม สาธิตและฝึกปฏิบัติ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครูและ ผู้ปกครอง ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า ก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value 0.001 นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มทดลองมีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value 0.001 และกลุ่มทดลองยังมีสภาวะเหงือกอักเสบน้อยกว่า ก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value 0.001



อภิญญา ผ่านพินิจ (2550) ได้ศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือประชาชนผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคเบาหวาน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลโดยส่งเสริมการรับรู้การป้องกันโรคเบาหวานโดยการชมวีดีทัศน์ สไลด์ การอภิปราย ตัวแบบด้านลบตัวแบบด้านบวก การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การเยี่ยมบ้านจากผู้วิจัย การกระตุ้นพฤติกรรมด้วยไปรษณียบัตร รวมระยะเวลาการดำเนินการวิจัย 8 สัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในเรื่อง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่องโรคเบาหวาน สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวาน ทั้งด้านการออกกำลังกายที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ และการบริการอาหารที่เหมาะสม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย หลังการทดลอง 8 สัปดาห์ สูงกว่าก่อน การทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

สุกัญญา แซ่ลี (2551) ได้ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบของนักเรียนประถมศึกษา ตำบลท่า อำเภอมะนัง จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษาประกอบด้วย การบรรยายประกอบสไลด์ วีดิโอเทป ภาพพลิก โปสเตอร์ ตัวแบบ อภิปรายกลุ่ม สาธิตและฝึกปฏิบัติ และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการกระตุ้นเตือนจากผู้ปกครอง ครู และเพื่อน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษาตามปกติผลการวิจัยพบว่า การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม ทำให้นักเรียนกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค และมีพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงมากกว่าก่อนทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

พรทิพย์ ขุนจันทร์ (2551) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย กลุ่มตัวอย่าง 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาประกอบด้วย กิจกรรม การอภิปราย การให้ความรู้ การใช้ตัวแบบ การกระตุ้นเตือนให้คำปรึกษา และการให้กำลังใจ กลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผลการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการประเมินอันตรายในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การประเมินเผชิญปัญหาในเรื่องความคาดหวังในความสามารถของตนเองในพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} 0.001$



สุรัชยา มุมาลี (2551) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนขยายโอกาสการศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โดยกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน ใช้กระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมทั้งการบรรยาย ระดมสมอง อภิปรายกลุ่ม บทบาทสมมติ และการเสริมด้วยแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวัง ในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ความตั้งใจ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ ดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

อนิสรา พลยูง (2552) ได้ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมทันตสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคปริทันต์ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ แบ่งเป็นกลุ่มละ 35 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ใช้เวลาดำเนินการ 7 สัปดาห์ประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การบรรยาย โดยทีมสุขภาพ การจัดบอร์ดสุขศึกษา ใช้ภาพพลิก การสาธิต การฝึกปฏิบัติ มีการประชุมเพื่อประเมินตนเอง ในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์และวางแผนในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคปริทันต์ร่วมกับสมาชิกในกลุ่ม ผลการวิจัย พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคปริทันต์ ทักษะคิดในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการโรคปริทันต์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความตั้งใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการโรคปริทันต์ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการโรคปริทันต์ มากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และมีสภาวะปริทันต์อักเสบในกลุ่มทดลอง ลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองและลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value} < 0.001$)

เวณิการ์ หล้าสระเกษ (2552) ได้ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการฝึกผู้นำนักเรียน เพื่อการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้นำนักเรียน 72 คน ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง จำนวน 36 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 36 คน กลุ่มทดลองได้รับคัดเลือกเข้าสู่โปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ด้วยการบรรยายประกอบสไลด์ ภาพพลิก การอภิปรายกลุ่มเสนอตัวแบบ สาธิตและฝึกปฏิบัติ การแสดงบทบาทสมมติ การจัดป้ายนิเทศ และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครู ผู้ปกครอง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันทางสถิติและมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ $p\text{-value} < 0.05$ ด้านความคาดหวังในผลดีของการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองที่ $p\text{-value} < 0.001$ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ $p\text{-value} 0.01$ ด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ $p\text{-value} < 0.01$ นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีปริมาณ



ผ่านคราบจุลินทรีย์ลดลงมากกว่าก่อนการทดลองที่ $p\text{-value} < 0.01$ และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ $p\text{-value} < 0.05$

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

จิรพร แอชตัน (2550) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 30 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 ราย โดยให้มีลักษณะใกล้เคียงกันให้มากที่สุดในเรื่อง เพศ อายุ คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย คะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกาย และคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนใน ผลการวิจัยพบว่าคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม และหลังได้รับโปรแกรมก็สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

สรุวุฒิ แดงสาขา (2551) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมทันตสุขศึกษา ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพ ของนักเรียน ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนวัดจินดาราม อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม จำนวน 40 คน เป็นกลุ่มทดลอง โดยได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม และนักเรียน ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนวัดจินดาราม อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม จำนวน 40 คน เป็นกลุ่มควบคุม โดยได้รับการสอนทันตสุขศึกษาตามปกติ ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมทันตศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มทดลอง มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพดีกว่า กลุ่มควบคุมและดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทันตศึกษาโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.005$

พรทิพย์ ขุนจันทร์ (2551) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย กลุ่มตัวอย่าง 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาประกอบด้วยกิจกรรม การอภิปราย การให้ความรู้ การใช้ตัวแบบ การกระตุ้นเตือนให้คำปรึกษา และการให้กำลังใจ กลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผลการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการประเมินอันตรายในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การประเมินเผชิญปัญหาในเรื่องความคาดหวังในความสามารถของตนเองในพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$



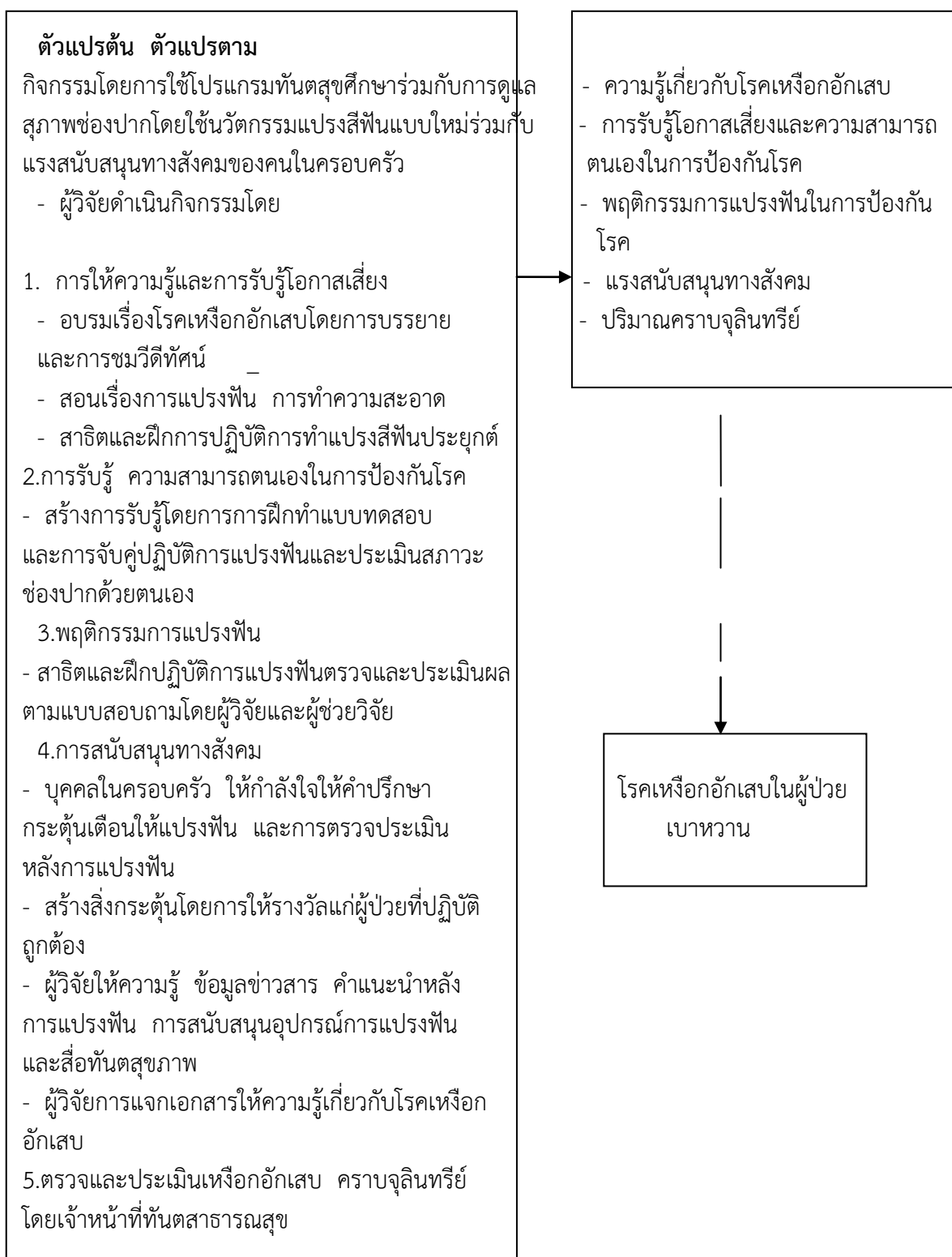
สุรัชยา มุมมาลี (2551) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนขยายโอกาสการศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โดยกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน ใช้กระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมทั้งการบรรยาย ระดมสมอง อภิปรายกลุ่ม บทบาทสมมติ และการเสริมด้วยแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวัง ในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ความตั้งใจ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ ดีวก่อนการทดลอง และดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

สมพร เจือจันทิก (2552) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่างได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 62 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม 31 คน และกลุ่มทดลอง 31 คนโดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการเรียนรู้ได้จัด ให้กลุ่มทดลองประกอบด้วยการบรรยายประกอบสื่อการเรียน การอภิปรายกลุ่ม การประชุม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การใช้ตัวแบบ การฝึกปฏิบัติ การให้คำแนะนำและกระตุ้นเตือนโรค โดยผู้นำชุมชนผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ ของการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และปัจจัยทั้งหมดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้ พบว่าทุกปัจจัยของกลุ่มทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเหงือกอักเสบ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมและทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค สรุปได้ว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ในด้านต่าง ๆ จากโปรแกรมสุขศึกษา ไม่ว่าจะเป็นแรงสนับสนุนที่เป็นสิ่งของ การให้กำลังใจ การกระตุ้นเตือน การให้คำแนะนำและให้คำปรึกษา หรือการให้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ก็จะมีผล ทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ อันส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดี ถูกต้องและเหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำเอาทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมและทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อการป้องกันโรค มาประยุกต์ใช้ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากการทบทวนวรรณกรรมทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมและทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคจึงนำมาใช้เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ ให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการต่าง ๆ ทางสุขศึกษาที่เหมาะสมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบให้ดีขึ้นต่อไป ตามกรอบแนวคิดในการวิจัย



2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 2.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเอาแนวคิดการใช้โปรแกรมทันตสุขศึกษา ร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้นวัตกรรมแปรงสีฟันแบบใหม่ต่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัย ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- 3.5 ขั้นตอนการดำเนินการศึกษาวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) ทำการวัดผล 2 ครั้ง คือ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) โดยที่กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษาการดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้นวัตกรรมแปรงสีฟันแบบใหม่ ต่อการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ มีรูปแบบการวิจัยและแผนภูมิการทดลอง ดังนี้

X

กลุ่มทดลอง O1 O2

กลุ่มเปรียบเทียบ O3 O4

ภาพประกอบ 3.1 รูปแบบการศึกษาวิจัย

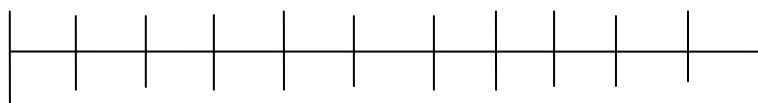
โดยกำหนดให้

- | | | |
|-------|---------|--|
| O1,O3 | หมายถึง | การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ |
| O2,O4 | หมายถึง | การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ |
| X | หมายถึง | การประยุกต์ใช้นวัตกรรมแปรงสีฟันร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมของคนในครอบครัวเพื่อการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ |



กลุ่มทดลอง

O1 X1,S1 X2,S2 X3,S3 X4, S4 S5 S6 S7 S8 S9 S10 O2

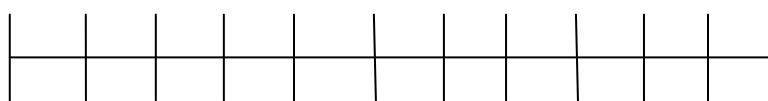


สัปดาห์ที่ E1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 E2

กลุ่มเปรียบเทียบ

O3

O4



สัปดาห์ที่ E3 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 E4

ภาพประกอบ 3.2 แผนภาพดำเนินการศึกษาวิจัย

O1, O3 หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเหงือกอักเสบ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ ความตั้งใจในการป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ

O2, O4 หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเหงือกอักเสบ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ ความตั้งใจในการป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ

E1, E3 หมายถึง การตรวจสถานะสุขภาพช่องปากโดยการหาปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์รอบตัวฟัน(plaque index) และตรวจสภาพเหงือก (Gingival index) ก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

E2, E4 หมายถึง การตรวจสถานะสุขภาพช่องปากโดยการหาปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์รอบตัวฟัน (plaque index) และตรวจสภาพเหงือก (Gingival index) หลังการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

X1 หมายถึง การสร้างการรับรู้การประเมินอันตราย ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การบรรยายเกี่ยวกับความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงของโรคเหงือกอักเสบ ร่วมกับการเรียนรู้



จากสื่อ การพูดชักชวน และการอภิปรายกลุ่มสรุปประเด็นร่วมกัน เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ

X2 หมายถึง การสร้างการรับรู้การประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วยการบรรยายเกี่ยวกับ ความคาดหวัง ความตั้งใจ และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม ในการป้องกันตนเองจากโรคเหงือกอักเสบ การเรียนรู้จากตัวแบบที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี การฝึกทักษะการแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟันที่ถูกต้อง โดยมีการสาธิตด้วยโมเดลฟันร่วมกับการฝึกปฏิบัติ และการอภิปรายกลุ่ม

X3 หมายถึง การสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบประกอบด้วยกิจกรรมการสาธิตด้วยโมเดลฟันร่วมกับการฝึกปฏิบัติครั้งที่ 2 การแบ่งกลุ่มแสดงบทบาทสมมติเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบเพื่ออภิปรายหาแนวทางร่วมกัน การประกวดจัดป้ายนิเทศการจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันและร่วมกันอภิปรายกลุ่มสรุปประเด็นร่วมกัน

X4 หมายถึง การกระตุ้นเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสนใจ และตื่นตัวเกี่ยวกับการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ

S1 – S10 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วยกิจกรรมต่อไปนี้การให้ข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำหลังการแปรงฟันเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องเหมาะสม มีการสนับสนุนอุปกรณ์การดูแลสุขภาพช่องปาก สื่อทันตสุขภาพต่าง ๆ การแจกเอกสารให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบ ผู้วิจัย และคนในครอบครัว มีการกระตุ้นเตือนในเรื่องการแปรงฟัน การตรวจฟัน และให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ ชักถามถึงปัญหาหรือข้อสงสัยในการเข้าร่วมกิจกรรม ในแต่ละครั้งหลังจากจัดกิจกรรม พร้อมนัดหมายให้เข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมทันตสุขศึกษาร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปากโดยการใช้นวัตกรรมแปรงสีฟันแบบใหม่ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด

3.2.1 วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

จากการสุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านสังข์สงยาง ตำบลสะอาดสมบูรณ์ โดยวิธี เลือกแบบเจาะจง เป็นกลุ่มทดลอง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านสังข์ เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับยา ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านสังข์สงยางและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านสังข์ อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
3. มีอายุระหว่าง 25 – 60 ปี
4. สามารถอ่าน เขียนและฟังภาษาไทยได้และสามารถตอบคำถามได้ ไม่มีปัญหาในการได้ยิน การรับรู้ การมองเห็นที่เป็นอุปสรรคต่อการตอบคำถาม
5. เป็นผู้ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาตลอดระยะเวลาการศึกษา



3.2.2 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษา ของอนิศรา พลสูง (2552) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมทันตสุขศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงพฤติกรรมตามแผน ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคปริทันต์ในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับยาที่โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่นพบว่าจากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสภาวะปริทันต์ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองพบว่าการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสภาวะปริทันต์ 0.97 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.50 จากการทดสอบทางสถิติพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนสภาวะปริทันต์ 0.03 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.07 จากสมการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Lehmon EL,2004 อ้างใน อรุณ จิรวินน์กุล และคณะ, 2547)

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

n = จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

σ^2 = ความแปรปรวน ของค่าเฉลี่ยคะแนนสภาวะปริทันต์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยจะเป็นค่าความแปรปรวนร่วม (Pool Variance)
คำนวณได้จากสูตร

$$\text{ความแปรปรวนร่วม} = \frac{(n_1-1) sd_1^2 + (n_2-1) sd_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

เมื่อ n_1 แทน ขนาดตัวอย่างในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 197 คน

เมื่อ n_2 แทน ขนาดตัวอย่างในกลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 92 คน

เมื่อ sd_1^2 แทน ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนสภาวะปริทันต์ในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 1.5

เมื่อ sd_2^2 แทน ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนสภาวะปริทันต์ในกลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 1.07

แทนค่าในสูตรจะได้

$$\begin{aligned} \text{ความแปรปรวน} &= \frac{(197-1)(1.5)^2 + (92-1)(1.07)^2}{197 + 92 - 2} \\ &= \frac{441 + 104.19}{287} = 0.86 \end{aligned}$$



กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

อำนาจการทดสอบ 90 % ดังนั้น $Z\alpha_{(0.05)} = 1.64$ $Z\beta_{(0.1)} = 1.28$ (อนิศรา พลสูง, 2552)

$\mu_1 - \mu_2$ คือ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสภาวะเหงือก ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้มีการวัดผลจากการศึกษาจากการเปลี่ยนแปลงคะแนนสภาวะเหงือก ผู้วิจัยจึงกำหนดว่าการศึกษารังนี้ น่าจะส่งผลให้คะแนนสภาวะเหงือกของผู้ป่วยเบาหวานที่มา รับยาประจำตัวที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสังข์สงยาง ซึ่งเป็นกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น อย่างน้อย 0.7 คะแนน

$$\begin{aligned} n / \text{กลุ่ม} &= \frac{(2)(0.86)(1.64+1.28)}{(0.7)^2} \\ &= \frac{(1.72)(8.53)}{0.49} \\ &= \frac{14.67}{0.49} \\ &= 29.93 \sim 30 \end{aligned}$$

ดังนั้นต้องใช้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลและให้ได้ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 5 เป็น 32 คน

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากตำราทางวิชาการเอกสารและงานวิจัยต่างๆ โดยแบ่งเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

คู่มือการสอนสุขศึกษารายกลุ่ม 2 เรื่อง ประกอบด้วย

1. แผนการสอนเรื่องโรคเหงือกอักเสบ เนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุของโรค ลักษณะอาการของโรค ผลเสียของโรคเหงือกอักเสบ วิธีการป้องกันและรักษาโรคเหงือกอักเสบ ใช้เวลาในการสอนประมาณ 30 นาที

2. แผนการสอนเรื่องการแรงฟันที่ถูกวิธี มีเนื้อหาเกี่ยวกับการจับแปรงสีฟัน วิธีแปรงฟันที่ถูกวิธี โดยใช้วิธีชั๊ปปัดหลังจากสอนทฤษฎีจะมีการฝึกปฏิบัติแปรงฟันและมีการย้อมสีฟันเพื่อดูประสิทธิภาพในการแปรงฟัน ใช้เวลาในการสอนประมาณ 30 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ การได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และความถี่ในการแปรงฟันต่อวัน

2. ความรู้เรื่องโรคเหงือกอักเสบ ได้แก่ สาเหตุการเกิดโรค ลักษณะอาการ การ



ป้องกันโรครวมถึงการรักษาโรคเหงือกอักเสบ ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยเบาหวาน เลือกตอบว่า ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิด และตอบว่าไม่ทราบได้ 0 คะแนน

การแปลคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-13 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของทอนไดค์ (Thondike, 1991 อ้างถึงใน เยาวเรศ ประภาชนนท์, 2540)

วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบวัดได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.79

3. แบบสอบถามสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคเหงือกอักเสบ โดยให้ผู้ป่วยเบาหวาน เลือกตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก ข้อคำถามเชิงลบ

ใช่ ได้ 3 คะแนน ไม่ทราบ ได้ 1 คะแนน

ไม่ใช่ ได้ 2 คะแนน ไม่ใช่ ได้ 2 คะแนน

ไม่ทราบ ได้ 1 คะแนน ใช่ ได้ 3 คะแนน

เกณฑ์การประเมินโดยการประยุกต์เกณฑ์การประเมินแบบช่วงของ เบส (Best, 1977: 174) แปลจากคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคเหงือกอักเสบ แบ่งออกเป็น 3 ระดับวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบวัดได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81

4. ความสามารถตนเองต่อการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ โดยให้ผู้ป่วยเบาหวาน เลือกตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่และไม่ทราบโดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก ข้อคำถามเชิงลบ

ใช่ ได้ 3 คะแนน ไม่ทราบ ได้ 1 คะแนน

ไม่ใช่ ได้ 2 คะแนน ไม่ใช่ ได้ 2 คะแนน

ไม่ทราบ ได้ 1 คะแนน ใช่ ได้ 3 คะแนน

เกณฑ์การประเมินโดยการประยุกต์เกณฑ์การประเมินแบบช่วงของ เบส (Best, 1977: 174) แปลจากคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคเหงือกอักเสบ แบ่งออกเป็น 3 ระดับวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบวัดได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82

5. พฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ เป็นแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ โดยให้ผู้ป่วยเบาหวาน เลือกตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้งและไม่ปฏิบัติ โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ ซึ่งมีเกณฑ์การให้ ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก ข้อคำถามเชิงลบ

ปฏิบัติเป็นประจำ ได้ 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นประจำ ได้ 1 คะแนน

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ได้ 2 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ได้ 2 คะแนน

ไม่ปฏิบัติ ได้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ ได้ 3 คะแนน

เกณฑ์การประเมินโดยการประยุกต์เกณฑ์การประเมินแบบช่วงของ เบส (Best, 1977: 174) แปลจากคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคเหงือกอักเสบ แบ่งออกเป็น 3 ระดับวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบวัดได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84



6 .การสนับสนุนทางสังคมของคนในครอบครัวเป็นแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ โดยให้ผู้ป่วยเบาหวาน เลือกตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ และ ไม่ใช่ โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก ข้อคำถามเชิงลบ

ใช่ ได้ 2 คะแนน ไม่ใช่ ได้ 1 คะแนน

ไม่ใช่ ได้ 1 คะแนน ไม่ใช่ ได้ 2 คะแนน

วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบวัดได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83

7. แบบบันทึกการตรวจสถานะทันตสุขภาพ

แบบบันทึกสถานะเหงือก

แบบบันทึกการตรวจสถานะเหงือก เป็นแบบบันทึกที่ Harald Loe คิดขึ้นเพื่อใช้วัดความรุนแรงของเหงือกอักเสบ โดยจะทำการตรวจสถานะเหงือกก่อนการย้อมสีฟันและการใช้อุปกรณ์ที่ใช้ตรวจคือกระจกส่องปาก (Mouth mirror) และเครื่องมือตรวจปริทันต์ (Periodontal probe) โดยจะทำการตรวจ 4 ตำแหน่งในฟันแต่ละซี่ คือ ด้าน Mesial distal buccal และ Lingual และมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คะแนน

- 0 = เหงือกปกติ มีสีชมพูอ่อนขอบเหงือกอยู่ไม่ต่ำกว่าระดับรอยต่อที่คอฟัน
- 1 = เหงือกอักเสบเล็กน้อยขอบเหงือกมีสีแดง บวมเล็กน้อยไม่มีเลือดออก
- 2 = เหงือกอักเสบปานกลาง บวมแดง มีเลือดออกเมื่อใช้เครื่องมือตรวจ
- 3 = เหงือกอักเสบมาก บวมแดงชัดเจน มีเลือดออกได้เอง

การคำนวณ

สถานะเหงือกของฟันแต่ละซี่ = ผลรวมคะแนนแต่ละด้านหารด้วย 4

สถานะเหงือกของแต่ละคน = $\frac{\text{ผลรวมคะแนนสถานะเหงือกอักเสบที่ตรวจทั้งหมด}}{\text{จำนวนด้านที่ตรวจทั้งหมด}}$

คะแนนสถานะเหงือกที่คำนวณที่คำนวณได้จะนำไปใช้วิเคราะห์ทางสถิติ โดยมีการแปลผลคะแนนสถานะเหงือกหลังเสร็จสิ้นการวิเคราะห์ทางสถิติดังต่อไปนี้ (ดัดแปลงมาจากเกณฑ์การจדרะดับสถานะเหงือกของทองทิพย์ สละวงศ์ชน, 2541)

คะแนน 0.1-0.9 หมายถึง สถานะเหงือกอยู่ในระดับดี

คะแนน 1.0-1.9 หมายถึง สถานะเหงือกอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 2.0-3.0 หมายถึง สถานะเหงือกอยู่ในระดับไม่ดี

แบบบันทึกการตรวจคราบจุลินทรีย์

แบบบันทึกปริมาณคราบจุลินทรีย์เป็นแบบบันทึกที่ Quigley Hein คิดขึ้นเพื่อใช้ในการวัดประสิทธิภาพของการแปรงฟัน โดยดูจากปริมาณคราบจุลินทรีย์ที่เหลืออยู่บนผิวฟันภายหลังการย้อมสีฟันแล้วให้ผู้ป่วยเบาหวานแปรงฟัน จากนั้นตรวจสอบสีย้อมฟันที่เหลืออยู่บนผิวฟันโดยใช้เครื่องมือตรวจปริทันต์ (Periodontal probe) ตรวจฟันทุกซี่โดยมีเกณฑ์ให้ดังนี้



คะแนน

- 0 = ไม่มีคราบอ่อน (Soft debries) บนตัวฟัน
- 1 = มีคราบอ่อน (Soft debries) บนตัวฟัน เป็นก้อนเล็กเดี่ยวๆ
- 2 = มีคราบอ่อน (Soft debries) ปกคลุมตัวฟัน เป็นแนวตลอดขอบ

เหงือก

3 = มีคราบอ่อน (Soft debries) ปกคลุมตัวฟัน อยู่เฉพาะ 1/3 ของตัวฟันนับจากขอบเหงือก

4 = มีคราบอ่อน (Soft debries) ปกคลุมตัวฟัน อยู่มากกว่า 1/3 แต่ไม่เกิน 2/3 ของตัวฟันนับจากขอบเหงือก

5 = มีคราบอ่อน (Soft debries) ปกคลุมตัวฟัน อยู่มากกว่า 2/3 ของตัวฟันนับจากขอบเหงือก

$$\text{ปริมาณคราบจุลินทรีย์} = \frac{\text{ผลรวมของคะแนนคราบจุลินทรีย์ที่ตรวจทั้งหมด}}{\text{จำนวนด้านของฟันที่ได้รับการตรวจทั้งหมด}}$$

ปริมาณคราบจุลินทรีย์ที่คำนวณที่คำนวณได้จะนำไปใช้วิเคราะห์ทางสถิติ โดยมีการแปลงผลปริมาณคราบจุลินทรีย์หลังเสร็จสิ้นการวิเคราะห์ทางสถิติดังต่อไปนี้ (ดัดแปลงมาจาก เกณฑ์การจระดับปริมาณคราบจุลินทรีย์ของทองทิพย์ สละวงศ์ชน, 2541)

คะแนน 0.1-1.7 หมายถึง มีคราบจุลินทรีย์เล็กน้อย

คะแนน 1.8-3.4 หมายถึง มีคราบจุลินทรีย์ปานกลาง

คะแนน 3.5-5.0 หมายถึง มีคราบจุลินทรีย์มาก

3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity)

โดยการนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบและพิจารณาแก้ไขความตรงเชิงเนื้อหา และความเข้าใจของภาษา ที่ใช้ในข้อคำถามแต่ละข้อ ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบ ความสอดคล้องของข้อคำถามกับตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ก่อนนำไปทดลองหาค่าตรวจสอบหาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือต่อไป

2. การตรวจสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability)

โดยนำแบบสอบถามที่ได้ตรงเชิงเนื้อหาแล้วนำไปทดลอง (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจากนั้นนำผลที่ได้ไปวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) เพื่อปรับปรุงแบบสอบถามให้มีคุณภาพ



3.5 ขั้นตอนการดำเนินการศึกษาวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาวิจัยตามลำดับขั้นตอน ต่อไปนี้

1. ขั้นตอนดำเนินการ

- 1.1 ทำหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านสังข์สงยาง ตำบลสะอาดสมบูรณ์และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านซ่ง ตำบลหนองแก้ว เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลในพื้นที่ที่ศึกษา
- 1.2 ติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านสังข์สงยาง ตำบลสะอาดสมบูรณ์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านซ่ง ตำบลหนองแก้วประชุมชี้แจง วัตถุประสงค์ ระยะเวลาของการทำวิจัย
- 1.3 เตรียมสื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม
- 1.4 เก็บข้อมูลก่อนทำการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้แบบสัมภาษณ์
- 1.5 ตรวจสอบสภาพห้องและปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก โดยใช้แบบบันทึก ผู้ตรวจเป็นผู้วิจัย ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข สามารถประเมินได้อย่างเที่ยงธรรมและแม่นยำ

2. ขั้นตอนการผู้วิจัย

ดำเนินการทดลองโดยการใช้นวัตกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยการใช้แปรงสีฟันแบบใหม่ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในระหว่าง เดือนตุลาคม 2555 ถึงเดือนธันวาคม 2555 โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ให้ทันตสุขศึกษาตามแผนโดยเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขในกลุ่มทดลอง ประกอบด้วยการให้ทันตสุขศึกษาเรื่องโรคเหงือกอักเสบ การแปรงฟันที่ถูกต้องวิธีพร้อมทั้งให้ผู้ป่วยเบาหวานฝึกปฏิบัติจริง
2. ทำการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองหลังจากการให้ทันตสุขศึกษาตามแผนการสอนโดยวิทยากรที่เลี้ยงภายใน 1 สัปดาห์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยผู้วิจัย ได้ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบ พฤติกรรมการแปรงฟัน เพื่อลดสภาวะเหงือกอักเสบและพฤติกรรมการแปรงฟันเพื่อลดสภาวะเหงือกอักเสบ การวัดปริมาณคราบจุลินทรีย์ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบ แบบสอบถามพฤติกรรม การแปรงฟันเพื่อลดสภาวะเหงือกอักเสบ แบบบันทึกปริมาณคราบจุลินทรีย์และสภาพเหงือก โดยในการตรวจปริมาณคราบจุลินทรีย์และสภาพเหงือก ผู้วิจัยจะให้ทันตบุคลากรที่เป็นผู้ช่วยวิจัย ที่ผ่านการฝึกตรวจปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์และสภาวะเหงือกตามตามดัชนีที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ เป็นกลุ่มผู้ตรวจกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มเปรียบเทียบ (โดยผู้ช่วยวิจัยจะไม่ทราบว่ากลุ่มใดเป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มใดเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ) (ผู้ช่วยวิจัย นายฐิติกานต์ ตียา)

สัปดาห์ที่ 1 การจัดกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรคเหงือกอักเสบ

1. ผู้วิจัยบรรยายเกี่ยวกับเรื่อง ความรู้เรื่องโรคเหงือกอักเสบ โครงสร้างและส่วน



ประกอบของเหื่ออก สาเหตุของการเกิดโรคเหื่ออกอักเสบ ลักษณะอาการของโรคเหื่ออกอักเสบ
วิธีการป้องกันการเกิดโรคเหื่ออกอักเสบ ผลดีของการป้องกันการเกิดโรคเหื่ออกอักเสบ ร่วมกับให้
เรียนรู้จากสื่อ VCD ภาพพลิก แบบจำลองฟันเรื่องโรคเหื่ออกอักเสบ

2. ผู้วิจัยนำเสนอวิธีทัศน์ ทั้งด้านบวกและด้านลบเพื่อให้เห็นอย่างชัดเจน
และเป็นการกระตุ้นเตือนเพื่อให้เกิดความตระหนักในการป้องกันโรคเหื่ออกอักเสบ และส่งผล
ให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี

3. สรุปประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคเหื่ออกอักเสบ เพื่อเป็นการกระตุ้น
เตือนให้เกิดความตระหนักในการป้องกันโรคเหื่ออกอักเสบยิ่งขึ้น

4. ใ้บุคคลในครอบครัว และเจ้าหน้าที่ให้แรงสนับสนุนทางสังคม
โดยการกระตุ้นเตือน การให้กำลังใจ การแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 2 การจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความคาดหวังความสามารถตนเอง
และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมในการป้องกันตนเองจากโรคเหื่ออกอักเสบ

1. ผู้วิจัยบรรยายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก

2. ตอบคำถามชิงรางวัล

3. ผู้วิจัยทำการสาธิตด้วยโมเดลฟันเพื่อการฝึกทักษะการแปรงฟัน

การใช้ไหมขัดฟันที่ถูวิธี

4. ผู้วิจัยทำการทดสอบเพื่อตรวจหาปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์
โดยการใช้เม็ดย้อมฟันเพื่อให้เห็นถึงประสิทธิภาพการแปรงฟันด้วยตนเอง

5. ฝึกวิธีการตรวจฟันด้วยตนเอง

6. การอภิปรายกลุ่มร่วมสรุปประเด็นสำคัญ

7. แจกอุปกรณ์การดูแลสุขภาพช่องปากประกอบด้วยแปรงสีฟัน ยาสีฟัน

ไหมขัดฟัน

8. ใ้บุคคลในครอบครัว ให้แรงสนับสนุนทางสังคมการแนะนำในการดูแล
สุขภาพช่องปาก และลงแบบบันทึกการแปรงฟัน

สัปดาห์ที่ 3 การจัดกิจกรรมเพื่อสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคเหื่ออกอักเสบ
โดยผู้วิจัยเน้นย้ำให้ทุกคนปฏิบัติตัวตามคำแนะนำตลอดไปเพื่อความยั่งยืน

1. ผู้วิจัยทำการสาธิตด้วยโมเดลฟันแล้วให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
ฝึกปฏิบัติครั้งที่ 2

2. ผู้วิจัยทำการตรวจหาปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์โดยการใช้เม็ดย้อมฟัน
เพื่อให้เห็นถึงประสิทธิภาพการแปรงฟันด้วยตนเอง ครั้งที่ 2

3. สาธิตวิธีการประดิษฐ์แปรงสีฟันประยุกต์ พร้อมทั้งฝึกปฏิบัติการทำ
และสาธิตวิธีการใช้แปรงสีฟันประยุกต์

4. ใ้บุคคลในครอบครัว และเจ้าหน้าที่ให้แรงสนับสนุนทางสังคม
โดยการกระตุ้นเตือน การให้กำลังใจ การแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องจะกระตุ้นเตือน
และลงแบบบันทึกการแปรงฟัน

สัปดาห์ที่ 4 การจัดกิจกรรม เพื่อเป็นการกระตุ้นเพื่อให้สนใจและตื่นตัว
เกี่ยวกับการป้องกันโรคเหื่ออกอักเสบ



1. อภิปรายสรุปประเด็นร่วมกัน

2. บุคคลในครอบครัวให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยเบาหวาน

ชนิดที่ 2 โดยการกระตุ้นเตือนการให้กำลังใจ การแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง โดยจะกระตุ้นเตือนและลงแบบบันทึกการแปรงฟัน

สัปดาห์ที่ 5 การจัดกิจกรรมเล่าสู่กันฟังตั้งแต่เริ่มเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อแลกเปลี่ยนแนวคิดในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของแต่ละคน

สัปดาห์ที่ 6 จัดกิจกรรมให้ความรู้กับคนในครอบครัวเพื่อสร้างความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวเพื่อการกระตุ้นเตือนและช่วยแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพช่องปาก

สัปดาห์ที่ 7 จัดกิจกรรมประกวดฟันสวยและกิจกรรมการแปรงฟันที่ถูกต้อง โดยให้ผู้ร่วมกิจกรรมเข้าประกวดฟันสวยและการแปรงฟันที่ถูกต้องและมอบรางวัลแก่ผู้ชนะเลิศในการประกวด

สัปดาห์ที่ 1-10

บุคคลในครอบครัว และผู้วิจัยให้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยการกระตุ้นเตือน การให้กำลังใจและสิ่งของสนับสนุน การแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง โดยจะกระตุ้นเตือนและลงแบบบันทึกการแปรงฟัน

3. ขั้นตอนดำเนินการ

3.1 เก็บข้อมูลหลังทำ การทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้แบบสอบถาม

3.2 ตรวจสอบสภาพเหงือกและปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก โดยใช้แบบบันทึก ผู้ตรวจเป็นผู้วิจัย ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข สามารถประเมินได้อย่างเที่ยงธรรมและแม่นยำ

3.3 ให้ทันตสุขศึกษาเกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบในกลุ่มเปรียบเทียบ

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดค่าต่ำสุดและค่ากลางของข้อมูล

2. ข้อมูลความรู้เรื่องโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเหงือกอักเสบ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ความตั้งใจในการป้องกันตนเองจากโรคเหงือกอักเสบ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ โดยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Paired Samples t-test



3. ข้อมูลความรู้เรื่องโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเหงือกอักเสบ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ความตั้งใจในการป้องกันตนเองจากโรคเหงือกอักเสบ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ โดยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Independent Samples t-test

4. ข้อมูลความตั้งใจในการป้องกันตนเองจากโรคเหงือกอักเสบ โดยการหาค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทั้งก่อน และหลังการทดลองด้วยสถิติ Independent Samples t-test และเปรียบเทียบในกลุ่มเดียวกันด้วยสถิติ Paired Samples t-test

5. ข้อมูลปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์และสภาวะเหงือกอักเสบ โดยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Paired Samples t-test

6. ข้อมูลปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์และสภาวะเหงือกอักเสบ โดยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Independent Samples t-test



บทที่ 4

ผลการวิจัย

จากการวิจัยเรื่องการใช้นวัตกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยแปรงสีฟันแบบใหม่ ต่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคเหงือกอักเสบในผู้ป่วยเบาหวานในเขตอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาของการใช้นวัตกรรมดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้แปรงสีฟันแบบใหม่ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และความสามารถตนเอง ปริมาณคราบจุลินทรีย์และเหงือกอักเสบ จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 32 คน ระยะเวลาการทดลอง 10 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองได้รับการจัดกิจกรรม ส่งเสริมความรู้ การจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ โดยมี การปฏิบัติกิจกรรม โดยการเยี่ยมบ้าน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพตามปกติ จากสถานบริการสาธารณสุข ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปและเปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรตามก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบและผลการวิเคราะห์ตัวแปรตามภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนที่ 2 เป็นการวิเคราะห์ที่ละตัวแปรโดยมีการวิเคราะห์ตัวแปรตามระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ก่อนทดลองหลังการทดลองและภายในกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์รายคู่เฉพาะกลุ่มที่มีความแตกต่างของตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเหงือกอักเสบ ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

2.3 ความสามารถตนเองต่อการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

2.4 พฤติกรรมการแปรงฟันในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

2.5 การสนับสนุนทางสังคมของคนในครอบครัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2.6 ปริมาณคราบจุลินทรีย์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2.7 สภาวะเหงือกอักเสบของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ



ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปและเปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรตามก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบและผลการวิเคราะห์ตัวแปรตามภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ตาราง 4.1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n = 32)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=32)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	15	46.8	18	56.2
หญิง	17	53.1	14	43.8
2. อายุ(ปี)				
38 - 42 ปี	5	15.64	2	6.3
43 - 46 ปี	6	18.75	5	15.6
47 - 50 ปี	7	21.87	11	34.4
51 ปี ขึ้นไป	14	43.7	14	43.7
$\bar{x}$,(SD)	48.43 (8.65)		46.40 (6.64)	
max , min	38-58		38-58	
3. สถานภาพสมรส				
โสด	0	0	1	3.1
คู่	24	75.0	26	81.2
หม้าย /หย่า/แยก	8	25.0	5	15.6
4. ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	28	87.5	26	81.2
มัธยมศึกษา	4	12.5	6	18.8



ตาราง 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=32)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5.อาชีพ				
เกษตรกรรม	18	56.2	22	68.8
ค้าขาย	11	34.4	8	25.0
รับจ้าง	3	9.4	2	6.2
6.รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)				
8,000 – 10,000	15	46.8	14	43.7
10,001 – 12,000	9	28.2	10	31.3
12,001 – 14,000	5	15.6	6	18.7
มากกว่า 14,000	3	9.4	2	6.3
X, (S.D.)	1,802 (187.2)		1,704 (176.4)	
min, max	8,000 – 15,000		8,000 – 14,000	

ตาราง 4.2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรตามภายในกลุ่มทดลองก่อนทดลองและหลังทดลอง

ตัวแปร	คะแนนเฉลี่ย (S.D.)		p
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	
ความรู้	8.51 (1.01)	10.59 (1.21)	<0.001*
การรับรู้	14.22 (2.87)	14.46 (4.79)	<0.005*
ความสามารถตนเอง	2.57 (0.24)	2.76 (3.38)	<0.001*
พฤติกรรมการแปรงฟัน	2.50 (0.19)	2.76 (3.38)	0.002*
การสนับสนุนทางสังคม	1.44 (0.14)	1.79 (0.12)	<0.001*
คราบจุลินทรีย์	3.64 (0.92)	3.78 (0.85)	<0.001*
สภาวะเหงือก	2.49 (0.62)	2.58 (0.56)	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ < 0.01



จากตาราง 4.2 แสดงให้เห็นว่า มีความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเหงือกอักเสบ ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ พฤติกรรมการแปรงฟันในการป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ การสนับสนุนทางสังคมของคนในครอบครัว ปริมาณคราบจุลินทรีย์ และสภาวะเหงือก ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 4.3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรตามภายในกลุ่มเปรียบเทียบก่อน ก่อนทดลองและหลังทดลอง

ตัวแปร	คะแนนเฉลี่ย (S.D.)		p
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	
ความรู้	9.90 (1.08)	9.96 (1.09)	0.162
การรับรู้	15.04 (2.23)	16.03 (3.71)	0.116
ความสามารถตนเอง	2.57 (0.19)	0.31 (1.36)	<0.001*
พฤติกรรมการแปรงฟัน	2.39 (0.18)	13.26 (4.26)	<0.017*
การสนับสนุนทางสังคม	1.79 (0.12)	1.66 (0.15)	0.064
คราบจุลินทรีย์	1.86 (0.56)	3.75 (1.81)	0.466
สภาวะเหงือก	0.84 (0.62)	2.62 (0.51)	0.187

*มีนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

จากตาราง 4.3 แสดงให้เห็นว่า มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการแปรงฟัน ก่อนทดลอง หลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 2 เป็นการวิเคราะห์ทีละตัวแปรโดยมีการวิเคราะห์ตัวแปรตามระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ก่อนทดลองหลังการทดลอง

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

จากการศึกษาพบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบ เท่ากับ 8.51 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.81 และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบเท่ากับ 9.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.08 ซึ่งเมื่อนำมาทดสอบทางสถิติ โดยใช้ Independent samples t – test พบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบบนก่อนทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.076)

รายละเอียดดังตาราง 4.4



ตาราง 4.4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเห็อกอักเสบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	คะแนนเฉลี่ย (S.D.)	t	p
กลุ่มทดลอง	32	8.51 (1.01)	-1.76	0.076
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	9.90 (1.08)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

จากตาราง 4.4 เปรียบเทียบจากการศึกษาพบว่าก่อนทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเห็อกอักเสบพบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยก่อนทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.076$) หลังทดลองเมื่อนำมาทดสอบทางสถิติโดยใช้ Independent Samples t – test พบว่าหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเห็อกอักเสบเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.039$) ดังตาราง 4.5

ตาราง 4.5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเห็อกอักเสบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	คะแนนเฉลี่ย (S.D.)	t	p
กลุ่มทดลอง	32	10.59 (1.21)	2.15	$<0.039^*$
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	9.96 (1.09)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

เมื่อทำการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเห็อกอักเสบภายในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนทดลอง หลังทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลุ่มทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเห็อกอักเสบ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

เปรียบเทียบจากการศึกษาพบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเห็อกอักเสบเท่ากับ 14.22 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.87 และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเห็อกอักเสบเท่ากับ 15.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.23เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติโดยใช้ Independent Samples t – test พบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเห็อกอักเสบก่อนทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.104$) หลังทดลอง กลุ่มทดลอง



มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเหงือกอักเสบเท่ากับ 14.46 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.79 และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเหงือกอักเสบเท่ากับ 16.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.71 จากการทดสอบทางสถิติพบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเหงือกอักเสบหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.006$) รายละเอียดดังตาราง 4.6

ตาราง 4.6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเหงือกอักเสบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	คะแนนเฉลี่ย (S.D.)	t	p
ก่อนทดลอง				
กลุ่มทดลอง	32	14.22 (2.87)	-1.22	0.104
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	15.04 (2.23)		
หลังทดลอง				
กลุ่มทดลอง	32	14.46 (4.79)	-1.56	<0.005*
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	16.03 (3.71)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเหงือกอักเสบภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเหงือกอักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดูจากตาราง 4.6)

2.3 ความสามารถตนเองต่อการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจากการศึกษาพบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถตนเองต่อการป้องกันโรคเหงือกอักเสบเท่ากับ 2.57 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.24 และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถตนเองต่อการป้องกันโรคเหงือกอักเสบเท่ากับ 2.57 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.19เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติโดยใช้ Independent Samples t – test พบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถตนเองต่อการป้องกันโรคเหงือกอักเสบบeforeทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.950$) หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถตนเองต่อการป้องกันโรคเหงือกอักเสบเท่ากับ 2.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.38 และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถตนเองต่อการป้องกันโรคเหงือกอักเสบเท่ากับ 0.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.36 จากการทดสอบทางสถิติพบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถตนเองต่อการป้องกันโรคเหงือกอักเสบลหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) รายละเอียดดังตาราง 4.7



ตาราง 4.7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคเห็บกิ้งก่าเสบระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนทดลอง หลังทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	คะแนนเฉลี่ย (S.D.)	t	p
ก่อนทดลอง				
กลุ่มทดลอง	32	2.57 (0.24)	-0.54	0.950
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	2.57 (0.19)		
หลังทดลอง				
กลุ่มทดลอง	32	2.76 (3.38)	3.70	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	0.31 (1.36)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

เมื่อเปรียบเทียบเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคเห็บกิ้งก่าเสบภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนทดลอง หลังทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคเห็บกิ้งก่าเสบภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (ดูจากตาราง 4.7)

2.4 พฤติกรรมการแปร่งฟันในการป้องกันโรคเห็บกิ้งก่าเสบ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

จากการศึกษาพบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการแปร่งฟันในการป้องกันโรคเห็บกิ้งก่าเสบเท่ากับ 2.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.19 และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการแปร่งฟันในการป้องกันโรคเห็บกิ้งก่าเสบเท่ากับ 2.39 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.18 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติโดยใช้ Independent Samples t – test พบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการแปร่งฟันในการป้องกันโรคเห็บกิ้งก่าเสบก่อนทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.170) หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการแปร่งฟันในการป้องกันโรคเห็บกิ้งก่าเสบเท่ากับ 16.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.69 และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการแปร่งฟันในการป้องกันโรคเห็บกิ้งก่าเสบเท่ากับ 13.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.26 จากการทดสอบทางสถิติพบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการแปร่งฟันในการป้องกันโรคเห็บกิ้งก่าเสบหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.002) รายละเอียดดังตาราง 4.8



ตาราง 4.8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการแปร่งฟันในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนทดลอง หลังทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	คะแนนเฉลี่ย (S.D.)	t	p
ก่อนทดลอง				
กลุ่มทดลอง	32	2.50 (0.19)	2.53	0.170
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	2.39 (0.18)		
หลังทดลอง				
กลุ่มทดลอง	32	16.04 (3.69)	2.65	<0.002*
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	13.26 (4.26)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

2.5 การสนับสนุนทางสังคมของคนในครอบครัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
จากการศึกษาพบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของคน
ในครอบครัวเท่ากับ 1.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.14 และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย
การสนับสนุนทางสังคมของคนในครอบครัวเท่ากับ 1.79 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.12
เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติโดยใช้ Independent Samples t – test พบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนน
เฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของคนในครอบครัวก่อนทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
(p -value = 0.181) หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของคนใน
ครอบครัวเท่ากับ 1.79 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.12 และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย
การสนับสนุนทางสังคมของคนในครอบครัวเท่ากับ 1.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.51
จากการทดสอบทางสถิติพบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของคนในครอบครัว
หลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.001) รายละเอียดดังตาราง 4.9



ตาราง 4.9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของคนในครอบครัวระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนทดลอง หลังทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	คะแนนเฉลี่ย (S.D.)	t	p
ก่อนทดลอง				
กลุ่มทดลอง	32	1.44 (0.14)	0.24	0.181
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	1.79 (0.12)		
หลังทดลอง				
กลุ่มทดลอง	32	1.79 (0.12)	4.34	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	1.66 (0.15)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

เมื่อเปรียบเทียบเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของคนในครอบครัว ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนทดลอง หลังทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่าง ของคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของคนในครอบครัวภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (ดูจากตาราง 4.9)

2.6 ปริมาณความจุลินทรีย์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

จากการศึกษาพบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยปริมาณความจุลินทรีย์เท่ากับ 3.64 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.92 และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย ปริมาณความจุลินทรีย์เท่ากับ 3.75ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.93 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติ โดยใช้ Independent Samples t – test พบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยปริมาณความจุลินทรีย์ ก่อนทดลองไม่แตกต่างกัน $p\text{-value} = 0.249$ หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยปริมาณ ความจุลินทรีย์เท่ากับ 1.86 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.56 และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนน เฉลี่ยปริมาณความจุลินทรีย์เท่ากับ 3.78 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.85 จากการทดสอบ ทางสถิติพบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยปริมาณความจุลินทรีย์หลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) รายละเอียดดังตาราง 4.10



ตาราง 4.10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	คะแนนเฉลี่ย (S.D.)	t	p
ก่อนทดลอง				
กลุ่มทดลอง	32	3.64 (0.92)	-0.73	0.249
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	3.75(0.93)		
หลังทดลอง				
กลุ่มทดลอง	32	3.78 (0.85)	-1.26	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	1.86 (0.56)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลองและหลังทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่กลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ โดยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลงจาก 3.64 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.92 เป็น 1.86 คะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.56 จากการทดสอบทางสถิติพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

2.7 สภาวะเหงือกอักเสบของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

จากการศึกษาพบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยสภาวะเหงือกอักเสบเท่ากับ 2.49 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.62 และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยสภาวะเหงือกอักเสบเท่ากับ 2.62ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.51 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติโดยใช้ Independent Samples t – test พบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยสภาวะเหงือกก่อนทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.142)หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสภาวะเหงือกอักเสบเท่ากับ 0.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.62 และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยสภาวะเหงือกอักเสบเท่ากับ 2.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.56 จากการทดสอบทางสถิติพบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยสภาวะเหงือกหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.001) รายละเอียดดังตาราง 4.11



ตาราง 4.11 เปรียบเทียบ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสภาวะเหงือกอักเสบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม
เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	คะแนนเฉลี่ย (S.D.)	t	p
ก่อนทดลอง				
กลุ่มทดลอง	32	2.49 (0.62)	-1.05	0.142
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	2.62 (0.51)		
หลังทดลอง				
กลุ่มทดลอง	32	2.58 (0.56)	-11.28	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	0.84 (0.62)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

ตาราง 4.12 การเปรียบเทียบจำนวนร้อยละของปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ ก่อนการทดลอง
และหลังทดลอง ของกลุ่มทดลอง (n = 32)

ระดับค่าเฉลี่ยปริมาณ แผ่นคราบจุลินทรีย์	กลุ่มทดลอง (n = 32)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง	20	62.5	0	0.00
ปานกลาง	12	37.5	4	12.5
น้อย	0	0.00	28	87.5
รวม	32	100	32	100

ตาราง 4.12 หลังการทดลองปริมาณคราบจุลินทรีย์เพิ่มไปที่ระดับน้อย ร้อยละ 87.5
ระดับปานกลางลดร้อยละ 37.5 เป็นร้อยละ 12.5 ระดับสูง จากร้อยละ 62.5 จนไม่ปรากฏว่า
มีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ ร้อยละ 0



สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมทันตสุขศึกษาร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยการใช้นวัตกรรมแปรงสีฟันแบบใหม่ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยจากการสุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับยาประจำตัวที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านสังข์สงยาง ตำบลสะอาดสมบูรณ์ โดยวิธี คัดเลือกแบบเจาะจง เขตตำบลสะอาดสมบูรณ์ เป็นกลุ่มทดลอง เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับยาประจำตัวที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านซัง ตำบลหนองแก้ว เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ โดยทั้งสองกลุ่มจะได้รับการสอนทันตสุขศึกษาจากทันตบุคลากร ตามแผนการสอน มีการรวบรวมข้อมูลก่อนหลังการทดลองและมีการติดตามผลโดยการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเหงือกอักเสบ ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ พฤติกรรมการแปรงฟันในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ การสนับสนุนทางสังคมของคนในครอบครัว แบบบันทึกความสะอาดช่องปากซึ่งประกอบด้วยการวัดปริมาณคราบจุลินทรีย์และการวัดสภาพเหงือก และนำแบบสัมภาษณ์นำไปทดลองในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนศิลาเลิง ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลได้มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

5.1 สรุปผล

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบ

พบว่า หลังทดลองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษาร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปากโดยการใช้นวัตกรรมแปรงสีฟันแบบใหม่ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคเหงือกอักเสบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบเพิ่มมากขึ้น

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเหงือกอักเสบ

พบว่า หลังทดลองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษาร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปากโดยการใช้นวัตกรรมแปรงสีฟันแบบใหม่ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคเหงือกอักเสบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเหงือกอักเสบเพิ่มมากขึ้น

3. ความสามารถตนเองต่อการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ

พบว่า หลังทดลองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษาร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปากโดยการใช้นวัตกรรมแปรงสีฟันแบบใหม่ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคเหงือกอักเสบมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถตนเองต่อการป้องกันโรคเหงือกอักเสบเพิ่มมากขึ้น



4. พฤติกรรมการแปร่งฟันในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ A

พบว่า หลังทดลองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษา ร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปากโดยการใช้วัตรกรรมแปร่งสีฟันแบบใหม่ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคเหงือกอักเสบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการแปร่งฟันในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ เพิ่มขึ้น

5. การสนับสนุนทางสังคมของคนในครอบครัว

พบว่า หลังทดลองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษาร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปากโดยการใช้วัตรกรรมแปร่งสีฟันแบบใหม่ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคเหงือกอักเสบมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น

6. ปริมาณคราบจุลินทรีย์

พบว่า หลังทดลองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษา ร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปากโดยการใช้วัตรกรรมแปร่งสีฟันแบบใหม่ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคเหงือกอักเสบมีคะแนนเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์เพิ่มขึ้น

7. สภาวะเหงือกอักเสบ

พบว่า หลังทดลองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษาร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปากโดยการใช้วัตรกรรมแปร่งสีฟันแบบใหม่ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคเหงือกอักเสบมีคะแนนเฉลี่ยสภาวะเหงือกเพิ่มขึ้น

5.2 อภิปรายผล

สมมติฐานที่ 1

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความสามารถตนเอง ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ มีคะแนนสูงขึ้นกว่า ก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การให้ความรู้โดยการจัดบอร์ด เอกสารแผ่นพับ การบรรยายด้วยโปรแกรมนำเสนอ ข้อมูลคอมพิวเตอร์ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ สอดคล้องกับ อนิสรา พลสูง (2552)

สมมติฐานที่ 2

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์และเหงือกอักเสบน้อยกว่า ก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การให้ความรู้โดยสื่อ ภาพประกอบสไลด์ ภาพพลิก สาธิตและปฏิบัติ ป้ายนิเทศ และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของคนในครอบครัว สอดคล้องกับ เวณิการ์ หล้าสระเกษ (2552)



5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาวิจัย

5.3.1.1 เชิงปฏิบัติ การจัดกิจกรรมที่ได้รับความร่วมมือเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง ต้องจัดให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต ฤดูกาลทำงาน และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของคนในครอบครัว สามารถทำให้การจัดกิจกรรมสำเร็จยิ่งขึ้น

5.3.1.2 เชิงนโยบาย หน่วยงานสาธารณสุขการสนับสนุนด้านทรัพยากร ควรหาแหล่งสนับสนุนทางด้านงบประมาณสนับสนุนในการจัดซื้อยาสีฟันและแปรงสีฟัน และหาแหล่งเงินทุนจากองค์การบริหารส่วนตำบล หรือเทศบาลเพิ่มเติม เพื่อให้มีแปรงสีฟัน ยาสีฟันใช้อย่างพอเพียง คนในครอบครัวมีบทบาทการมีส่วนในการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เช่น การให้คำแนะนำ ตักเตือน ทำให้สนใจในการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันมากขึ้นเป็นต้น

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

5.3.2.1 ศึกษาปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น สังคมที่อาศัย

5.3.2.2 ในการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ควรให้ผู้ช่วยเบาหวานได้หยุดพัก หรือแบ่งเก็บข้อมูลเป็น 2 วันเพื่อไม่ให้เกิดความเมื่อยล้าในการทำแบบสัมภาษณ์เนื่องจากแบบสัมภาษณ์มีข้อความมาก

5.3.2.3 ควรได้มีการพัฒนาปรับปรุงแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการแปรงฟันเพื่อลดสภาวะเหงือกอักเสบให้ดียิ่งขึ้นเพื่อให้สามารถแยกผู้ช่วยเบาหวานที่มีความพยายามในการที่จะลดสภาวะเหงือกอักเสบโดยการตั้งใจและพยายามจะแปรงฟันให้สะอาดและสม่ำเสมอ ทุกคนในครอบครัวและชุมชน ให้สามารถดูแลสุขภาพหรือแก้ไขปัญหาครอบครัวของตนเองได้ จะทำให้การดำเนินงานสร้างสุขภาพมีความยั่งยืนระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนต่อไป



เอกสารอ้างอิง



เอกสารอ้างอิง

- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2542). การส่งเสริมป้องกัน ทันตสุขภาพ ในทศวรรษหน้า. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมอนามัย. (2548). การแปรงฟันอย่างมีประสิทธิภาพไว้ดังนี้การแปรงฟันอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการรักษานามัยในช่องปากและเป็นการป้องกันโรคในช่องปากที่ได้ผลดีที่สุด การแปรงฟันอย่างมีประสิทธิภาพ มีหลัก 4 ข้อ สถานการณ์และแนวโน้มของปัญหา ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทันตสาธารณสุขในระดับอำเภอ. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ขวัญดาว พันหมุด. (2549). ผลของการใช้โปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี ความสามารถตนเองกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิรพร แอชตัน. (2550). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุน ทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จุฬารณย์ โสตะ. (2546). กลยุทธ์การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ขอนแก่น: ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เฉลิมพล ต้นสกุล และคณะ. (2546). ทฤษฎีและโมเดลการประยุกต์ใช้ในงานสุขศึกษาและพฤติกรรม ศาสตร์. กรุงเทพฯ: ยุทธินทร์การพิมพ์.
- ชურიพร เทียนธวัช. (2547). ประสิทธิภาพของโปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยการเสริมสร้างทักษะ ชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนประถมศึกษา. ปริญญานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- โชคชัย มงคลสินธุ์. (2544). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายในกลุ่มผู้ประกอบการ ธุรกิจ ทางการค้าเขตเทศบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุข ศาสตรมหาบัณฑิต กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทวีศักดิ์ พากเพียร. (2541). คราบจุลินทรีย์ การเกิด การเติบโต และกลไกในการทำให้เกิด โรคช่องปาก. ขอนแก่น: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น.
- ทองทิพย์ สละวงศ์ลักษณ์. (2541). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเรื่องการป้องกันโรคร่วมกับแรง สนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมอนามัยช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.



- ธงชัย ปรีชา. (2540). การเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษา 3 รูปแบบ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ ในนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นพพล ศุภพิพัฒน์. (2538). รายงานวิจารณ์วิธีแปรงฟันเด็กในชุมชน. ว.ทันต.จุฬาฯ. 8(1): 33-35.
- นิศรา พลยูง. (2552). ประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรง พฤติกรรมตามแผน ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคปริทันต์ ในผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พรทิพย์ ขุนจันทร์. (2551). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อ ป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เพ็ญแข ลากยิง. (2542). ระบบบริการทันตสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การ สงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- รุจิรา ดวงสงค์. (2547). เอกสารประกอบการสอนวิชา 515325 สุขศึกษาในสถานบริการ สาธารณสุขของรัฐ. ขอนแก่น: ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เวณิการ์ หล้าสระเกษ. (2552). ผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับ แรงสนับสนุนทางสังคมในการฝึกผู้นำนักเรียน เพื่อการป้องกันโรคเหงือกอักเสบในนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุรจุฑา แดงสาขา. (2551). ประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทาง สังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพ ของนักเรียน ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุภาภรณ์ นารี. (2550). ผลของการใช้โปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุกัญญา แซ่ลี. (2551). การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบของนักเรียน ประถมศึกษา ตำบลนาข่า อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุรัชยา มุมาลี. (2551). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม ในการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.



- สมพร เจือจันทิก. (2552). *การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักงานประมาณกระทรวงการคลัง. (2539). *แบบแผนรายจ่ายสุขภาพภาครัฐในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5-6-7 (พ.ศ. 2525 – 2539)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานประมาณกระทรวงการคลัง.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย. (2540). *สุขภาพช่องปากของประชากรไทย : การวิจัยเพื่อแก้ปัญหาของประเทศ*. กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2542). *พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ: พรึกหวานกราฟิค.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2540). *การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2538-2539*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- อรุณ จีรวัฒน์กุล. (2547). *ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. ขอนแก่น: คลังนันทวิทยา.
- อรสา พันธภักดี. (2542). *กระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภิญา ผ่านพินิจ. (2550). *ผลของรูปแบบการพยาบาลที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Bandura. A. (1977). Self Efficacy: Toword Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191—215.
- . (1986). *Social Foundation of Thought and Action*. Englewood Cliffs NJ: Prenticeme.
- Best, J.W. (1977). *Research in education*. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Cobb, S. (1976). *Social Support as a Moderator of Life Stress* *Peuchosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support*. California: Addison Wesley Publishing.
- Kaplan, B.H. Cassel, T.C. and Gore, S. (1977). *Socail Support and Health*. *Medicial Care*, 15(5 Supplement), 45-58.
- Pender, N J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. 3rd ed. USA.: Appleton.
- Lange, R., Antonakos, C.L., Lang, W.P. Y. (1996). Usefulness of Multip Equation for Predicting Preventive Oral Health Behavior. *Health Education Quarterly*, 23, 512 – 527.
- Streiner, D.L., Norman, G.R. (1989). *Health Measurement. Scales*. New York: Oxford.



- Scherer, Y.K., Schmieder L.E., Shimmel S. The effect of education alone and in combination with COPD. *Rehabilitation Nursing*, 23(2), 71-77.
- Schere, Y.K. and Shimmel, S. (1996). Using self- efficacy theory to educate patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Rehabilitation Nursing*, 21, 262-266.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
เครื่องมือในการวิจัย



เลขที่แบบสัมภาษณ์

กลุ่มทดลอง

ครั้งที่

กลุ่มเปรียบเทียบ

ครั้งที่.....

แบบสัมภาษณ์การวิจัย

เรื่อง การใช้นวัตกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้แปรงสีฟันแบบใหม่
ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด

คำชี้แจงในการตอบแบบสัมภาษณ์

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นายพลณวัฒน์ ภูหัวไร่ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการวิจัยเรื่องการใช้นวัตกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้แปรงสีฟันแบบใหม่ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ข้าพเจ้าใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสัมภาษณ์ให้ครบทุกข้อที่ตรงกับความรู้สึกและความเป็นจริงของท่านข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อท่าน แบบสัมภาษณ์มีทั้งหมด 6 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบ

ตอนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเหงือกอักเสบ

ตอนที่ 4 ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ

ตอนที่ 5 พฤติกรรมการแปรงฟันในการป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ

ตอนที่ 6 การสนับสนุนทางสังคมของคนในครอบครัว

แบบบันทึก การตรวจและประเมินเหงือกอักเสบและปริมาณคราบจุลินทรีย์

ผู้ศึกษาขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ครั้งนี้

นายพลณวัฒน์ ภูหัวไร่

นิสิตคณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



แบบสอบถามการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดพิจารณาแบบสัมภาษณ์ในการวิจัย ว่าเหมาะสมหรือไม่ตามความเห็นของท่าน ดังนี้
คำแนะนำในการตอบ ให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์อ่านประโยคให้เข้าใจ แล้วพิจารณาว่าข้อใดถูกต้องที่สุด
 โดยทำเครื่องหมาย / ลงใน () ตอบให้ครบทุกข้อเพียงหนึ่งช่อง ซึ่งมีลักษณะดังนี้

ข้อความ
1. เพศ () 1.ชาย () 2.หญิง 2. อายุ ปี (เต็ม) 3.สถานะภาพ () 1.โสด () 2.สมรส / คู่ () 3.หม้าย / หย่า / แยก 4.ระดับการศึกษา () 1.ประถมศึกษา () 2.มัธยมศึกษา () 3.อนุปริญญา / ปวส. () 4.ปริญญาตรีขึ้นไป 5.อาชีพ () 1.เกษตรกร () 2.ค้าขาย () 3.รับจ้าง () 4.รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ () 5.อื่น ๆ ระบุ..... 6.รายได้ของท่าน.....บาท / เดือน



ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบ

คำแนะนำในการตอบ ให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์อ่านประโยคให้เข้าใจ แล้วพิจารณาว่าข้อใดถูกต้องที่สุด โดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ซึ่งมีลักษณะคำตอบดังนี้

ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นถูกต้องในความคิดของท่าน

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นไม่ถูกต้องในความคิดของท่าน

ไม่ทราบ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดของท่าน แต่ท่านไม่แน่ใจว่าถูกต้องหรือไม่

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1.ถ้ามีคราบอาหารติดบนตัวฟันจะทำให้เป็นโรคเหงือกอักเสบ			
2.เหงือกอักเสบจะมีลักษณะบวมแดง เป็นมันวาว			
3.อาการเริ่มแรกของเหงือกอักเสบ จะมีเลือดออกเวลาแปรงฟัน			
4.เหงือกอักเสบเกิดจากสารพิษที่ปล่อยจากเชื้อโรคในซี่ฟัน			
5.คนที่ไม่มีหินปูนมีโอกาสเป็นโรคเหงือกอักเสบได้			
6.ท่านกำจัดซี่ฟันได้โดยการแปรงฟันให้สะอาด			
7.การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งในตอนเช้าและตอนเย็นจะทำให้ไม่เป็นโรคเหงือกอักเสบ			
8.โรคเหงือกอักเสบเป็นได้ตลอดเวลา ถ้าไม่รักษาความสะอาดเหงือกและฟันให้ดี			
9.โรคเหงือกอักเสบถ้าไม่รักษาจะลุกลามกลายเป็นโรคปริทันต์อักเสบ			
10.โรคเหงือกอักเสบทำให้มีกลิ่นปาก			
11.แม้ท่านจะแปรงฟัน แต่ถ้าแปรงฟันไม่สะอาดจะทำให้เป็นโรคเหงือกอักเสบได้			
12.การแปรงฟันให้สะอาดทำให้โรคเหงือกอักเสบหายได้			
13.การทำความสะอาดซอกฟันที่กว้าง เป็นรู เหงือกกรนหรือรากฟันโผล่ ให้สะอาดทำให้โรคเหงือกอักเสบหายได้			



ตอนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเหงือกอักเสบ

คำแนะนำในการตอบ ให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์อ่านประโยคให้เข้าใจ แล้วพิจารณาว่าข้อความใดตรงกับลักษณะของท่านมากที่สุดและให้ขีดเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ซึ่งมีลักษณะคำตอบดังนี้

ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นถูกต้องในความคิดของท่าน

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นไม่ถูกต้องในความคิดของท่าน

ไม่ทราบ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดของท่าน แต่ท่านไม่แน่ใจว่าถูกต้องหรือไม่

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1. การแปรงฟันก่อนนอนทุกวันจะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเหงือกอักเสบ			
2. การรีบแปรงฟันให้เสร็จเร็วๆจะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเหงือกอักเสบ			
3. การแปรงฟันตอนเช้าจะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเหงือกอักเสบ			
4. การแปรงฟันก่อนนอนจะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเหงือกอักเสบ			
5. การไม่ได้แปรงฟันให้ครบทุกซี่จะทำให้เป็นโรคเหงือกอักเสบ			
6. การไม่ได้แปรงฟันบริเวณที่อยู่ติดกับเหงือกจะทำให้เป็นโรคเหงือกอักเสบ			
7. การไม่ได้แปรงฟันด้านล่างข้างในติดกับลิ้นจะทำให้เป็นโรคเหงือกอักเสบ			
8. การไม่ได้แปรงฟันด้านบนข้างในติดเพดานจะทำให้เป็นโรคเหงือกอักเสบ			
9. การไม่ได้แปรงฟันบางซี่จะทำให้เป็นโรคเหงือกอักเสบ			
10. การไม่สนใจแปรงฟันซี่ที่คนอื่นมองไม่เห็นจะทำให้เป็นโรคเหงือกอักเสบ			
11. การรับประทานอาหารหลังแปรงฟันก่อนนอนจะทำให้เป็นโรคเหงือกอักเสบ			
12. การไม่ได้แปรงฟันกราม ด้านบดเคี้ยวฟันบนจะทำให้เป็นโรคเหงือกอักเสบ			



ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
13. การไม่ได้แปรงฟันกรามด้านบดเคี้ยวฟันล่างจะทำให้เป็นโรคเหงือกอักเสบ			
14. ถ้าเป็นโรคเหงือกอักเสบรุนแรงจะทำให้สูญเสียฟัน			
15. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะทำให้เป็นโรคเหงือกอักเสบ			
16. การสูบบุหรี่จะทำให้เป็นโรคเหงือกอักเสบ			
17. การกินหมากจะทำให้เป็นโรคเหงือกอักเสบ			

ตอนที่ 4 ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ

คำแนะนำในการตอบ ให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์อ่านประโยคให้เข้าใจ แล้วพิจารณาว่าข้อความใด ตรงกับลักษณะของท่านมากที่สุด ให้ขีดเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ซึ่งมีลักษณะคำตอบดังนี้

ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นถูกต้องในความคิดของท่าน

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นไม่ถูกต้องในความคิดของท่าน

ไม่ทราบ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดของท่านแต่ท่านไม่แน่ใจว่าถูกต้องหรือไม่

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1. ท่านตั้งใจดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างดีเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติ			
2. ท่านตั้งใจแปรงฟันทุกวันเพราะจะทำให้ฟันสะอาดลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเหงือกอักเสบ			
3. ท่านตั้งใจหลีกเลี่ยงอาหารหวานเพราะจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง			
4. ท่านตั้งใจไปรับบริการการรักษา คำแนะนำจากทันตบุคลากรเมื่อพบว่าตัวเองมีหินปูน			
5. ท่านตั้งใจออกกำลังกายทุกวันเพราะจะช่วยให้ระดับน้ำตาลลดลง			
6. ท่านตั้งใจที่จะศึกษาแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากกับผู้ป่วยเบาหวานด้วยกัน			
7. ท่านตั้งใจที่จะเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และไม่เป็นอันตรายต่อฟัน			



ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
8.ท่านตั้งใจไปพบทันตบุคลากรทุกๆ6เดือนเพื่อรับการตรวจและประเมินสภาวะช่องปาก			
9.ท่านตั้งใจที่จะแปรงฟันให้ทั่วถึงอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า – เย็น			
10.ท่านตั้งใจที่จะแปรงฟันทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร			

ตอนที่ 5 พฤติกรรมการแปรงฟันในการป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ

คำแนะนำในการตอบ ให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์อ่านประโยคให้เข้าใจ แล้วพิจารณาว่าข้อความใดตรงกับลักษณะของท่านมากที่สุด ให้ขีดเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ซึ่งมีลักษณะคำตอบดังนี้

ทำเป็นประจำ หมายถึง มีการปฏิบัติเป็นประจำและสม่ำเสมอ
 ทำเป็นบางครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติเป็นครั้งคราว
 ไม่ได้ทำเลย หมายถึง ไม่มีการปฏิบัติ

ข้อความ	ทำประจำ	ทำเป็นบางครั้ง	ไม่ทำเลย
1.ท่านใช้น้ำยาล้างปากเป็นประจำ			
2.ท่านดูแลสุขภาพช่องปากโดยการแปรงฟันทุกวัน			
3.เมื่อมีอาการเหงือกอักเสบบวมแดงท่านรีบซื้อยามารับประทาน			
4.โรคเหงือกอักเสบป้องกันได้โดยแปรงฟันให้ถูกวิธีเป็นประจำ			
5.ท่านตรวจช่องปากด้วยตนเองเป็นประจำ			
6.ท่านที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเหงือกอักเสบมากกว่าคนปกติ			
7.โรคเหงือกอักเสบป้องกันได้โดยใช้ไหมขัดฟันเป็นประจำ			
9.ท่านแปรงฟันด้วยแปรงสีฟันแบบใหม่			
10.ท่านที่แปรงฟันด้วยแปรงสีฟันแบบใหม่อย่างถูกต้องจะทำให้ไม่เกิดโรคเหงือกอักเสบ			
11.ท่านใช้แปรงสีฟันแบบใหม่ทำความสะอาด ซอกฟัน			
12.ท่านตรวจฟันอย่างสม่ำเสมอหลังการทำความสะอาดฟัน			
13.ท่านตรวจฟันด้วยตนเอง โดยอ้าปากดูจากกระจกเงาในที่สว่าง			
14.ท่านแปรงฟันให้ถูกวิธีโดยเอียงขนแปรงใส่คอฟัน ขยับขนแปรงไปมาเล็กน้อย แล้วฟันบนปิดลงฟันล่างปิดขึ้น			



ตอนที่ 6 การสนับสนุนทางสังคมของคนในครอบครัว

คำแนะนำในการตอบ ให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์อ่านประโยคให้เข้าใจ แล้วพิจารณาว่าข้อความใดตรงกับลักษณะของท่านมากที่สุด ให้ขีดเครื่องหมาย / ลงใน () และ ตอบให้ครบทุกข้อเพียงหนึ่งช่อง ซึ่งมีลักษณะคำตอบดังนี้

ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นถูกต้องในความคิดของท่าน

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นไม่ถูกต้องในความคิดของท่าน

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1.บุคคลในครอบครัวจัดหาอุปกรณ์การแปรงฟันให้ท่าน		
2.บุคคลในครอบครัวกระตุ้นเตือนให้ท่านแปรงฟัน		
3.บุคคลในครอบครัวช่วยท่านประดิษฐ์แปรงสีฟันแบบใหม่		
4.บุคคลในครอบครัวบอกถึงประโยชน์ของการใช้แปรงสีฟันแบบใหม่		
5.บุคคลในครอบครัวช่วยดูแลท่านในการใช้แปรงสีฟันแบบใหม่		
6.ท่านได้รับความรู้เรื่องการใช้แปรงสีฟันแบบใหม่จากบุคคลในครอบครัว		
7.บุคคลในครอบครัวให้กำลังใจและเตือนให้ท่านใช้แปรงสีฟันแบบใหม่		
8.บุคคลในครอบครัวบอกถึงผลเสียของการไม่แปรงฟันทำให้เป็นโรคเหงือกอักเสบ		
9.บุคคลในครอบครัวตรวจช่องปากให้ท่านตอนเช้า		
10.บุคคลในครอบครัวตรวจช่องปากให้ท่านตอนเย็น		



ID.....

DATE.....

แบบบันทึกการทำความสะดวกช่องปาก

ชื่อ นาย / น.ส. / นาง.....อายุ.....ปี

แบบบันทึกสภาวะเหงือก

18	17	16	15	14	13
12	11				
28	27	26	25	24	23
22	21				
38	37	36	35	34	33
32	31				
48	47	46	45	44	43
42	41				

คะแนนสภาวะเหงือก =

แบบบันทึกการตรวจคราบจุลินทรีย์

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25
26	27	28										
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	
35	36	37	38									

คะแนนคราบจุลินทรีย์ =



ภาคผนวก ข
ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในแบบสัมภาษณ์



การให้คะแนน IOC (Index of concordance)

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบ

ข้อความ	ผู้เชี่ยวชาญ			รวม	IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
1.ถ้ามีคราบอาหารติดบนตัวฟันจะทำให้เป็นโรคเหงือกอักเสบ	1	0	1	2	0.67
2.เหงือกอักเสบจะมีลักษณะบวมแดง เป็นมันวาว	1	1	1	3	1
3.อาการเริ่มแรกของเหงือกอักเสบ เช่น มีเลือดออกเวลาแปรงฟัน	1	1	1	3	1
4.เหงือกอักเสบเกิดจากสารพิษที่ปล่อยจากเชื้อโรคในซี่ฟัน	1	1	1	3	1
5.คนที่ไม่มีหินปูนมีโอกาสเป็นโรคเหงือกอักเสบได้	1	1	1	3	1
6.ท่านกำจัดซี่ฟันได้โดยการแปรงฟันให้สะอาด	1	1	1	3	1
7.การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งในตอนเช้าและตอนเย็นจะทำให้ไม่เป็นโรคเหงือกอักเสบ	1	1	1	3	1
8.โรคเหงือกอักเสบเป็นได้ตลอดเวลา ถ้าไม่รักษาความสะอาดเหงือกและฟันให้ดี	1	0	1	2	0.67
9.โรคเหงือกอักเสบถ้าไม่รักษาจะลุกลามกลายเป็นโรคปริทันต์อักเสบ	1	1	1	3	1
10.โรคเหงือกอักเสบทำให้มีกลิ่นปาก	1	1	1	3	1
11.แม้ท่านจะแปรงฟัน แต่ถ้าแปรงฟันไม่สะอาดจะทำให้เป็นโรคเหงือกอักเสบได้	1	1	1	3	1
12.การแปรงฟันให้สะอาดทำให้โรคเหงือกอักเสบหายได้	1	1	1	3	1
13.การทำความสะอาดซอกฟันที่กว้าง เป็นรู เหงือกกร่นหรือรากฟันโผล่ ให้สะอาดทำให้โรคเหงือกอักเสบหายได้	1	1	0	2	0.67



แบบวัด การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเหงือกอักเสบ

ข้อความ	ผู้เชี่ยวชาญ			รวม	IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
1. การแปรงฟันก่อนนอนทุกวันจะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเหงือกอักเสบ	1	1	1	3	1
2. การรีบแปรงฟันให้เสร็จเร็วๆจะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเหงือกอักเสบ	1	1	1	3	1
3. การแปรงฟันตอนเช้าจะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเหงือกอักเสบ	1	1	1	3	1
4. การแปรงฟันก่อนนอนจะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเหงือกอักเสบ	1	0	1	2	0.67
5. การไม่ได้แปรงฟันให้ครบทุกซี่จะทำให้เป็นโรคเหงือกอักเสบ	1	1	1	3	1
6. การไม่ได้แปรงฟันบริเวณที่อยู่ติดกับเหงือกจะทำให้เป็นโรคเหงือกอักเสบ	1	1	1	3	1
7. การไม่ได้แปรงฟันด้านล่างข้างในติดกับลิ้นจะทำให้เป็นโรคเหงือกอักเสบ	1	0	1	2	0.67
8. การไม่ได้แปรงฟันด้านบนข้างในติดเพดานจะทำให้เป็นโรคเหงือกอักเสบ	1	1	1	3	1
9. การไม่ได้แปรงฟันบางซี่จะทำให้เป็นโรคเหงือกอักเสบ	1	1	1	3	1
10. การไม่สนใจแปรงฟันซึ่งที่คนอื่นมองไม่เห็นจะทำให้เป็นโรคเหงือกอักเสบ	1	1	1	3	1
11. การรับประทานอาหารหลังแปรงฟันก่อนนอนจะทำให้เป็นโรคเหงือกอักเสบ	1	1	1	3	1
12. การไม่ได้แปรงฟันกราม ด้านบดเคี้ยวฟันบนจะทำให้เป็นโรคเหงือกอักเสบ	1	1	1	3	1
13. ท่านไม่ได้แปรงฟันกรามด้านบดเคี้ยวฟันล่างจะทำให้เป็นโรคเหงือกอักเสบ	1	1	1	3	1
14. ถ้าเป็นโรคเหงือกอักเสบรุนแรงจะทำให้สูญเสียฟัน	1	1	1	3	1



ข้อความ	ผู้เชี่ยวชาญ			รวม	IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
15. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะทำให้เป็นโรคเหงือกอักเสบ	1	1	1	3	1
16. ท่านสูบบุหรี่จะทำให้เป็นโรคเหงือกอักเสบ	1	1	1	3	1
17. ท่านกินหมากจะทำให้เป็นโรคเหงือกอักเสบ	1	1	1	3	1

แบบวัดความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ

ข้อความ	ผู้เชี่ยวชาญ			รวม	IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
1. ท่านตั้งใจดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างดีเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติ	1	1	1	3	1
2. ท่านตั้งใจแปรงฟันทุกวันเพราะจะทำให้ฟันสะอาดลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเหงือกอักเสบ	1	1	1	3	1
3. ท่านตั้งใจหลีกเลี่ยงอาหารหวานเพราะจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง	1	1	1	3	1
4. ท่านตั้งใจไปรับบริการการรักษา คำแนะนำจากทันตบุคลากรเมื่อพบว่าตัวเองมีหินปูน	0	1	1	2	0.67
5. ท่านตั้งใจออกกำลังกายทุกวันเพราะจะช่วยให้ระดับน้ำตาลลดลง	0	1	1	2	0.67
6. ท่านตั้งใจที่จะศึกษาแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากกับผู้ป่วยเบาหวานด้วยกัน	1	1	1	3	1
7. ท่านตั้งใจที่จะเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และไม่เป็นอันตรายต่อฟัน	1	1	1	3	1
8. ท่านตั้งใจไปพบทันตบุคลากรทุกๆ 6 เดือนเพื่อรับการตรวจและประเมินสภาวะช่องปาก	1	1	1	3	1



ข้อความ	ผู้เชี่ยวชาญ			รวม	IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
9.ท่านตั้งใจที่จะแปรงฟันให้ทั่วถึงอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า – เย็น	1	1	1	3	1
10.ท่านตั้งใจที่จะแปรงฟันทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร	1	1	1	3	1

แบบวัดพฤติกรรมการแปรงฟันในการป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ

ข้อความ	ผู้เชี่ยวชาญ			รวม	IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
1.ท่านใช้น้ำยาบ้วนปากเป็นประจำ	1	1	1	3	1
2.ท่านดูแลสุขภาพช่องปากโดยการแปรงฟันทุกวัน	1	1	1	3	1
3.เมื่อมีอาการเหงือกอักเสบบวมแดงท่านรีบซื้อยามารับประทาน	1	1	1	3	1
4.โรคเหงือกอักเสบป้องกันได้โดยแปรงฟันให้ถูกวิธีเป็นประจำ	1	1	1	3	1
5.ท่านตรวจช่องปากด้วยตนเองเป็นประจำ	1	1	1	3	1
6.ท่านที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเหงือก อักเสบมากกว่าคนปกติ	1	1	0	2	0.67
7.โรคเหงือกอักเสบป้องกันได้โดยใช้ไหมขัดฟันเป็นประจำ	1	1	1	3	1
8.ท่านแปรงฟันด้วยแปรงสีฟันแบบใหม่	1	1	1	3	1
9.ท่านแปรงฟันด้วยแปรงสีฟันแบบใหม่อย่างถูกต้องจะป้องกันการ เกิดโรคเหงือกอักเสบ	1	1	1	3	1
10.ท่านใช้แปรงสีฟันแบบใหม่ทำความสะอาด ซอกฟัน	1	1	1	3	1
11.ท่านตรวจฟันสม่ำเสมอหลังการทำความสะอาดฟัน	1	1	1	3	1
12.ท่านตรวจฟันด้วยตนเอง โดยอ้าปากดูจากกระจกเงาในที่สว่าง	1	1	1	3	1
13.ท่านแปรงฟันให้ถูกวิธีโดยเอียงขนแปรงใส่คอฟันขยับขนแปรง ไปมาเล็กน้อยแล้วฟันบนปิดลงฟันล่างปิดขึ้น	1	1	1	3	1



แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของคนในครอบครัว

ข้อความ	ผู้เชี่ยวชาญ			รวม	IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
1.บุคคลในครอบครัวจัดหาอุปกรณ์การแปรงฟันให้ท่าน	0	1	1	2	0.67
2.บุคคลในครอบครัวกระตุ้นเตือนให้ท่านแปรงฟัน	1	1	1	3	1
3.บุคคลในครอบครัวช่วยท่านประดิษฐ์แปรงสีฟันแบบใหม่	1	0	1	2	0.67
4.บุคคลในครอบครัวบอกถึงประโยชน์ของการใช้แปรงสีฟันแบบใหม่	1	1	1	3	1
5.บุคคลในครอบครัวช่วยดูแลท่านในการใช้แปรงสีฟันแบบใหม่	1	1	1	3	1
6.ท่านได้รับความรู้เรื่องการใช้แปรงสีฟันแบบใหม่จากบุคคลในครอบครัว	1	1	1	3	1
7.บุคคลในครอบครัวให้กำลังใจและเตือนให้ท่านใช้แปรงสีฟันแบบใหม่	1	1	1	3	1
8.บุคคลในครอบครัวบอกถึงผลเสียของการไม่แปรงฟันทำให้เป็นโรคเหงือกอักเสบ	1	1	1	3	1
9.บุคคลในครอบครัวตรวจช่องปากให้ท่านตอนเช้า	1	1	1	3	1
10.บุคคลในครอบครัวตรวจช่องปากให้ท่านตอนเย็น	1	1	1	3	1

หมายเหตุ คะแนนมากกว่า 0.5 หมายถึงข้อคำถามสามารถใช้ได้



ภาคผนวก ค
ใบรับรองการอนุมัติขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์





มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ใบรับรองการอนุมัติ

เลขที่การรับรอง : 0051 / 2556

ชื่อโครงการวิจัย : การใช้นวัตกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้แปรงสีฟันแบบใหม่ต่อการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเหงือกอักเสบในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2
อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด

ผู้วิจัยหลัก : นายพลวัฒน์ ภูหัวไร่

หน่วยงานต้นสังกัด : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดร้อยเอ็ด

ข้อเสนอการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่อง
ข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา หากมีการเปลี่ยนแปลง
ใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(ศาสตราจารย์ ดร.ปรีชา ประเทพา)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 19 กุมภาพันธ์ 2556



ภาคผนวก จ
รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ



รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

1. นางธีรนุช สมทรัพย์ ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
2. นางณัฐตา อยู่ขำ ทันตแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
3. นายนิรันดร์ แผลงฤทธิ์ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด



ภาคผนวก ฉ
หนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘/ว *พ่วง*

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑) กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน นางธีรณัฐ สมทรัพย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๓ ชุด
๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH๒) จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายพลวัฒน์ ภูทวีไร รหัสนิสิต ๕๔๐๑๑๔๘๐๐๑๒ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การใช้นวัตกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้แปรงสีฟันแบบใหม่ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี รศ.ดร.ณัฐจาพร พิชัยณรงค์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ นพ.สมชายโชติ ปิยวัชรเวลา เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ความละเอียดทราบแล้วนั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไปรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

จิระศักดิ์ เจริญพันธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิระศักดิ์ เจริญพันธ์
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓๓





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘/ว ๖๖๖

คณะกรรมการสุขภาพ
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเือง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๙๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน นางณัฐตา อยู่ซ้ำ

- | | |
|---|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ | จำนวน ๑ แผ่น |
| ๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | จำนวน ๑ ชุด |
| ๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH๒) | จำนวน ๓ ชุด |

ด้วย นายพลวัฒน์ ภูหัวไร่ รหัสนักสิต ๕๔๐๑๑๔๘๐๐๑๒ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชา การส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำ วิทยานิพนธ์ เรื่อง “การใช้นวัตกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้แปรงสีฟันแบบใหม่ต่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด” ซึ่งเป็นส่วน หนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี รศ.ดร.ณัฐจารี พิชัยณรงค์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ นพ.สมชายโชติ ปิยวัชรเวลา เป็นกรรมการ ควบคุมวิทยานิพนธ์ ความละเอียดทราบแล้วนั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมี ประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการ เก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไปรายละเอียดตาม สิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จีระศักดิ์ เจริญพันธ์

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
โทรศัพท์โทรสาร ๐-๔๓๙๔๕-๔๓๕๓





ที่ ศร ๐๕๓๐.๑๘/ว ๗๖๖

คณะกรรมการสุขภาพ
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๖๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน นายนิรันดร์ แผลงฤทธิ์

- | | | |
|------------------|---|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. คำขอวิทยานิพนธ์ | จำนวน ๓ เล่ม |
| | ๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | จำนวน ๓ ชุด |
| | ๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH๒) | จำนวน ๑ ชุด |

ด้วย นายพลวัฒน์ กุฬาริไร รหัสนิสิต ๕๔๐๑๑๔๘๐๐๑๒ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การใช้นวัตกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้แปรงสีฟันแบบใหม่ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเหงือกอักเสบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี รศ.ดร.ณัฐจารี พิชัยณรงค์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ นพ.สมชายโชติ ปิยวัชรเวลา เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ความละเอียดทราบแล้วนั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไปรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิรพร จีระศักดิ์ จีระพันธุ์

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๙๕-๔๔๕๖



ภาคผนวก ข
หนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย





ที่ ศร ๐๕๓๐.๑๘/๖ *พล*

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลสามร้อย อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือ

เรียน

ด้วย นายพลวัฒน์ ภูหัวไร่ รหัสนิสิต ๕๔๐๑๓๔๘๐๐๑๒ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชา
การส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง "การเฝ้าระวังการดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้แปรงสีฟันแบบใหม่ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
ป้องกันโรคเหงือกอักเสบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำ
วิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี รศ.ดร.ณัฐจารพร พิชัยณรงค์ เป็นประธาน
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ นพ.สมชายโชติ ปิยวัชรเวลา เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านได้โปรด
อนุญาตให้ นายพลวัฒน์ ภูหัวไร่ ทดลองใช้เครื่องมือกับ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ อายุ ๒๕ - ๖๐ ปี โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนศิลาแลง อำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่อยู่ในความรับผิดชอบของท่าน ในเดือน
กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จีระศักดิ์ เจริญพันธ์

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓



ประวัติผู้วิจัย



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นามสกุล	นายพลณวัฒน์ ภูหัวไร่
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 27 ตุลาคม พ.ศ. 2527
จังหวัด และประเทศที่เกิด	อำเภอหนองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2556	ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
พ.ศ. 2552	ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
พ.ศ. 2549	ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (ทันตสาธารณสุข) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	บ้านเลขที่ 97 หมู่ที่ 1 ตำบลโนนศิลาเลิง อำเภอหนองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ 46130

