



ประสิทธิผลในการใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพ  
ช่องปากของผู้สูงอายุติดเตียง: การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม  
**Effectiveness of Motivational Interviewing for Improving Bedridden Elderly  
People's Oral Health by the Family Caregiver  
: A Randomized Controlled Trial**

อาณัติ มาตระกุล

Arnut Martragul

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา  
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the  
Degree of Master of Science in Oral Health Sciences**

**Prince of Songkla University**

**2560**

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ประสิทธิผลในการใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพ  
ช่องปากของผู้สูงอายุติดเตียง: การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม  
Effectiveness of Motivational Interviewing for Improving Bedridden Elderly  
People's Oral Health by the Family Caregiver  
: A Randomized Controlled Trial

อาณัติ มาตระกุล

Arnut Martragul

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา  
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the  
Degree of Master of Science in Oral Health Sciences

Prince of Songkla University

2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**ชื่อวิทยานิพนธ์** ประสิทธิภาพในการใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ดูแล  
ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดเตียง : การวิจัยเชิงทดลอง  
แบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม

**ผู้เขียน** นายอานัติ มาตระกูล

**สาขาวิชา** วิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก

**อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก**

**คณะกรรมการสอบ**

.....ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรัญญา หุ่นศรีสกุล) (ดร.เพ็ญแข ลาภยิ่ง)

.....กรรมการ  
(ดร.คุณิษฐ์ สุวรรณคง)

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรัญญา หุ่นศรีสกุล)

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อังคณา เขียวมนตรี)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่ง ของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพช่อง  
ปาก

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้เป็นผลมาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบขอบคุณ  
บุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทพญ. จริญญา หุ่นศรีสกุล)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ลงชื่อ.....

(นายอานัติ มาตระกูล)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยชิ้นนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน  
และไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นายอาทิตย์ มาตรฐาน)

นักศึกษา

|                 |  |
|-----------------|--|
| ชื่อวิทยานิพนธ์ | ประสิทธิผลในการใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดเตียง: การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม |
| ผู้เขียน        | นายอานัติ มาตระกูล   |
| สาขาวิชา        | วิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก   |
| ปีการศึกษา      | 2559   |

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ดูแลในการให้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียงเปรียบเทียบกับการให้ทันตสุขศึกษาแบบเดิม และเพื่อศึกษาถึงเหตุผลและเงื่อนไขการเปลี่ยนแปลงการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแล

**วิธีการศึกษา:** เป็นการศึกษาแบบผสมผสานแบบการวิจัยแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย โดยเริ่มต้นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม ตามด้วยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยศึกษาในผู้สูงอายุติดเตียงภายในจังหวัดกระบี่ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าแล้ว 62 ราย และคงอยู่จนถึงขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ 54 ราย แบ่งเป็นกลุ่มศึกษาที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 28 ราย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับทันตสุขศึกษาแบบเดิม 26 ราย จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเข้มขึ้นตามลักษณะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจำนวน 10 ราย

**ผลการศึกษา:** ในระยะก่อนการศึกษา พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ทั้งในส่วนของระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ยกเว้น ลักษณะอาหารที่ผู้สูงอายุรับประทาน จำนวนฟันแท้ของผู้สูงอายุ ระดับการศึกษาและอายุของผู้ดูแล ( $p$ -value < 0.05) เมื่อสิ้นสุดการศึกษา ไม่พบความแตกต่างกันของปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ระหว่างสองกลุ่ม แต่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายในแต่ละกลุ่ม ( $p$ -value < 0.05) โดยพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมในกลุ่มศึกษามีมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมในเรื่อง การแปรงฟันด้วยยาสีฟันฟลูออไรด์ การใช้น้ำยาบ้วนปาก ความถี่ของการทำความสะอาด การตรวจสอบความสะอาดของช่องปาก การรับรู้ความสะอาดของช่องปากผู้สูงอายุ และระดับทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก จากข้อมูลเชิงคุณภาพแสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติจริงช่วยเพิ่มทักษะในการทำความสะอาดช่อง

(6)

ปาก และการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีส่วนช่วยกระตุ้นให้เกิดการส่งเสริมปัจจัยจากภายในของผู้ดูแล ทำให้เกิดความตระหนักต่อความสำคัญของอนามัยช่องปาก สร้างแรงจูงใจและการยอมรับในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับบริบทของตัวเอง แต่ไม่เอื้อในการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เป็นเงื่อนไขจากภายนอก

**คำสำคัญ :** ผู้สูงอายุติดเตียง ผู้ดูแล การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ สุขภาพช่องปาก  
การสัมภาษณ์เชิงลึก การวิจัยแบบผสมผสาน

**Thesis Title** Effectiveness of Motivational Interviewing for Improving Bedridden Elderly People's Oral Health by the Family Caregiver: A Randomized Controlled Trial

**Author** Mr. Arnut Martragul

**Major Program** Oral Health Sciences

**Academic Year** 2016

### ABSTRACT

**Aim:** The purposes of this study were to compare the effectiveness on promoting oral health care for bedridden elderly people between applying motivational interviewing (MI) and conventional dental health education (CDE), and to understand the reasons and conditions towards the changes in oral health care for those elders.

**Materials and Methods:** The design of this study was a mixed method based on an explanatory sequential design comprising a randomized controlled trial with single blinded method and supported by an in-depth interview. Sixty-two elders and family caregivers in Krabi Province were randomly assigned to an intervention or a control group. In the 3 months' follow-up 28 and 26 participants remained in the intervention and control-groups, respectively. Ten informants were selected by intensity sampling technique for qualitative data collection.

**Results:** At baseline, there were no significant differences between the intervention and control groups on levels of plaque index, oral health behavior care for elders as well as general characteristics of elders and caregivers except elder's diet types, number of permanent teeth, caregivers' education and age ( $p < 0.05$ ). At 3 months' follow-up, there were no significant differences of level of plaque index between groups, but dental plaque index of each group was decreased compared with their baselines. In addition, the proportion of appropriate oral health care for the elders in the intervention group was significantly different from the control group ( $p < 0.05$ ). Furthermore, level of positive attitudes towards oral health care, perceived susceptibility on oral health were also increased at 3 months' follow-up in an intervention-group. The qualitative study suggested that a hands-on experience was a key factor to improve tooth cleaning skills. Applying MI was able to support the internal motives and raise



awareness of caregivers to provide oral hygiene care suitable for bedridden elderly people's context. However, using MI may not solve the problems from the external conditions such as improper physical environment.

**Key words:** bedridden elderly people; caregiver; motivational interviewing; oral health; in- depth interview; mixed method

## กิตติกรรมประกาศ

ข้าพเจ้าขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพญ.จรัญญา หุ่นศรีสกุล และ อ.ทพญ. อัจฉรา วัฒนาภา ซึ่งให้ความกรุณาเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยช่วยให้คำแนะนำในงานวิจัยตลอดเวลาในการให้คำปรึกษาดังแต่เริ่มต้นค้นหาหัวข้อ จนถึงแนะนำการวิเคราะห์ผลของการศึกษาจนวิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ถึงแม้ว่าระหว่างงานวิจัยจะพบเจออุปสรรคมากน้อยเพียงใด อาจารย์ที่ปรึกษาจะช่วยให้ผ่านพ้นไปได้ด้วยดีเสมอ นอกจากนี้ขอขอบคุณคณาจารย์ในภาควิชาทันตกรรมป้องกันที่ให้คำแนะนำและเสียสละเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในวิทยานิพนธ์ตลอดจนถึงบุคลากรภาควิชาทันตกรรมป้องกันที่ช่วยอำนวยความสะดวกงานด้านเอกสารจนทำให้งานวิจัยถูกแก้ไขข้อบกพร่องและงานวิทยานิพนธ์ดำเนินไปได้อย่างราบรื่น

ข้าพเจ้าขอขอบคุณ โรงพยาบาลกระบี่ และ กลุ่มงานทันตกรรมทุกโรงพยาบาลในจังหวัดกระบี่ รวมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการทำงานวิจัยในพื้นที่ให้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าขอขอบคุณคณะวิจัยของข้าพเจ้า นางสาวนาดา พายาม และ นางสาวปริณดา ทองกอบ ที่เสียสละเวลา แรงกาย แรงใจ ช่วยเหลือข้าพเจ้าเป็นอย่างดีเสมอมา

ข้าพเจ้าขอขอบคุณครอบครัวของข้าพเจ้า ที่เป็นกำลังใจ และคอยสนับสนุนให้ข้าพเจ้าได้ทำงานวิจัยขึ้นนี้อย่างเสมอมา รวมทั้งขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นในสาขาทันตสาธารณสุข ที่ให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษา ในการวิจัยทำให้งานวิจัยประสบความสำเร็จ

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้าขอขอบคุณ ครอบครัวผู้สูงอายุติดเตียงทุกท่านที่เข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ หากมีสิ่งใดที่ข้าพเจ้าและคณะวิจัย ได้ล่วงเกินไม่ว่าจะด้วย ทางกาย หรือ ทางวาจา ข้าพเจ้าขออภัยมา ณ ที่นี้ด้วย

อาณัติ มาตระกุล

## สารบัญ

|                                      | หน้า |
|--------------------------------------|------|
| สารบัญ .....                         | (10) |
| รายการตาราง.....                     | (12) |
| รายการรูป.....                       | (13) |
| 1 บทนำ                               |      |
| ปัญหาและความเป็นมาของปัญหา.....      | 1    |
| ทบทวนวรรณกรรม.....                   | 2    |
| วัตถุประสงค์การศึกษา.....            | 21   |
| กรอบแนวคิดการวิจัย.....              | 21   |
| ขอบเขตของการศึกษา.....               | 22   |
| คำนิยามเชิงปฏิบัติการ.....           | 22   |
| 2 วิธีการดำเนินการวิจัย              |      |
| การศึกษาเชิงปริมาณ                   |      |
| การเลือกพื้นที่ศึกษา.....            | 24   |
| เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล..... | 28   |
| ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย.....        | 30   |
| การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล.....     | 34   |
| การศึกษาเชิงคุณภาพ                   |      |
| การคัดเลือกประชากรที่ศึกษา.....      | 34   |
| เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล..... | 35   |
| ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย.....        | 35   |
| การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล.....     | 35   |
| 3 ผลการศึกษาและวิเคราะห์ผล           |      |
| การศึกษาเชิงปริมาณ.....              | 37   |
| การศึกษาเชิงคุณภาพ.....              | 50   |
| 4 อภิปรายและวิจารณ์ผล.....           | 72   |
| 5 การสรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ     |      |
| สรุป.....                            | 81   |

**สารบัญ (ต่อ)**

|                                  | หน้า |
|----------------------------------|------|
| ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา..... | 81   |
| ข้อเสนอและในการศึกษาต่อไป.....   | 82   |
| เอกสารอ้างอิง.....               | 84   |
| ภาคผนวก.....                     | 89   |

## รายการตาราง

| ตาราง       |   | หน้า |
|-------------|---|------|
| ตารางที่ 1  | สภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ (60-74 ปี) สํารวจโดยกรมอนามัยปี พ.ศ.2555.....   | 5    |
| ตารางที่ 2  | การแบ่งกลุ่มตัวอย่างงานวิจัย จำแนกตามหน่วยบริการ.....   | 27   |
| ตารางที่ 3  | สรุปเปรียบเทียบลักษณะการดำเนินงานวิจัย<br>ของกลุ่มควบคุม และ กลุ่มศึกษา.....  | 32   |
| ตารางที่ 4  | เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา<br>ในระะยะก่อนการศึกษา.....   | 39   |
| ตารางที่ 5  | เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลสูงอายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา<br>ในระะยะก่อนการศึกษา.....   | 41   |
| ตารางที่ 6  | ค่าเฉลี่ยแผ่นคราบจุลินทรีย์ (mean(SD)) ก่อนและหลังการศึกษา เปรียบเทียบ<br>ทั้งระหว่างและภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา .....                     | 42   |
| ตารางที่ 7  | เปรียบเทียบร้อยละของระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์ของผู้สูงอายุเปรียบเทียบ<br>ก่อนและหลังการศึกษา ทั้งระหว่างและภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา<br>..... | 42   |
| ตารางที่ 8  | เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์เทียบก่อนและหลัง<br>การศึกษาของแต่ละบุคคล ระหว่างกลุ่มควบคุม และ กลุ่มศึกษา.....             | 43   |
| ตารางที่ 9  | เปรียบเทียบพฤติกรรมด้านสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระะยะ<br>ก่อนและหลังการศึกษา ทั้งระหว่างและภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา<br>.....     | 45   |
| ตารางที่ 10 | เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคในระะยะก่อนและ<br>หลังการศึกษา ทั้งระหว่างและภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา.....                     | 49   |
| ตารางที่ 11 | เปรียบเทียบคะแนนทัศนคติของผู้ดูแลในระะยะก่อนและ<br>หลังการศึกษา ทั้งระหว่างและภายในกลุ่มควบคุม และ กลุ่มศึกษา .....                             | 50   |
| ตารางที่ 12 | ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก<br>ผู้สูงอายุติดเตียง โดยผู้ดูแล.....  | 68   |

## รายการรูป

| รูป      |   | หน้า |
|----------|---|------|
| รูปที่ 1 | กรอบแนวคิดการวิจัย.....                     | 20   |
| รูปที่ 2 | จำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษาในชั้นตอนต่างๆ..... | 38   |

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1. ปัญหาและความเป็นมาของปัญหา

สังคมไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ ดังนั้นทุกส่วนจึงควรเตรียมพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ รวมทั้งการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่มีโรคทางระบบร่วมกับความเสื่อมร่างกาย ทำให้การดูแลมีความซับซ้อนมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากโดยกรมอนามัยปี พ.ศ. 2555 พบว่าผู้สูงอายุในประเทศไทยยังคงมีปัญหาทางสุขภาพช่องปากหลายประการ เช่น การมีโรคฟันผุ โรคปริทันต์ การสูญเสียฟัน การขาดฟันหลังที่เป็นอุปสรรคในการบดเคี้ยวอาหาร โดยพบว่า สภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในประเทศไทยในภาคใต้มีความรุนแรงกว่าระดับประเทศทั้งในจำนวนซี่ฟันที่ใช้งานได้และระดับความรุนแรงในสภาพช่องปากของฟันที่มีเหลืออยู่<sup>1</sup> ข้อมูลดังกล่าวเป็นการสำรวจโดยเก็บข้อมูลผ่านกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของผู้สูงอายุในช่วง 60 – 89 ปี แยกเป็นเขตเมือง และเขตชนบท โดยที่ไม่ได้ระบุว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจนั้นมีระดับการพึงพิงเป็นอย่างไร (คิดสังคมคิดบ้านคิดเตียง) โดยลักษณะการตรวจเป็นการนัดหมายผู้สูงอายุมายังจุดตรวจที่จัดไว้ ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ที่ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุที่สามารถเดินทางมาได้ด้วยตนเอง โดยไม่จำเป็นต้องพึ่งพิงผู้อื่น แต่สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น ไม่พบว่ามีข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปากที่ชัดเจน ซึ่งคาดว่าสภาวะสุขภาพช่องปากน่าจะมีปัญหามากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ เนื่องจากภาวะทุพพลภาพ อาจมีข้อจำกัดในการดูแลความสะอาดช่องปากได้ ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของจังหวัดกระบี่ที่เป็นหนึ่งใน 23 จังหวัดนำร่อง แผนงานทันตสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ.2558-2565 แต่พบว่ายังไม่มีระบบการบริการทันตสุขภาพในผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง และทันตบุคลากรยังขาดความรู้และประสบการณ์ในการทำงานกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ อีกทั้งจากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงในจังหวัดกระบี่ในปี 2559 พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีจำนวนซี่ฟันที่ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ ต่ำกว่าระดับประเทศ แต่สูงกว่าระดับภาคใต้ และยังไม่พบข้อมูลในส่วนของอนามัยช่องปาก

จากการสำรวจในอินเดียพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในบ้านพักคนชรา นั้นมี ปัญหาสุขภาพช่องปากโดยพบคราบจุลินทรีย์บนฟันแท้ คราบอ่อนคราบจุลินทรีย์บนฟันเทียม และโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียม (denture stomatitis) อยู่ในระดับสูง ซึ่งการมีสุขภาพอนามัยช่องปากที่ไม่ดี ทำให้สามารถตรวจพบเชื้อก่อโรคได้ในน้ำลายของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อีกทั้งพบว่าผู้สูงอายุเหล่านี้มักจะสูญเสียกลไกการป้องกันตนเองขณะนอนหลับ ทำให้มีโอกาสสำลักน้ำลายที่

มีเชื่อก่อนโรคดังกล่าว เข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ ก่อให้เกิดโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ<sup>2,3</sup> ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของผู้สูงอายุและได้มีการศึกษาที่พบว่า การทำความสะอาดช่องปากสามารถลดเชื้อโรคในน้ำลายผู้สูงอายุได้และมีประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจได้<sup>3,4</sup> แต่อย่างไรก็ตาม กลับพบว่าผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่สามารถดูแลทำความสะอาดช่องปากได้เอง อีกทั้งการอาศัยความช่วยเหลือในการแปรงฟันจากผู้ดูแลผู้สูงอายุก็เป็นไปได้ยาก โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้ให้ความเห็นว่าเกิดจากการขาดอุปกรณ์ในการทำมาสะอาดและผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีความมั่นใจ วิตกกังวล และอึดอัดในการทำมาสะอาดช่องปากให้ผู้สูงอายุ

สำหรับประเทศไทยนั้นทางภาครัฐได้มีการเริ่มสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในปี พ.ศ. 2559 ซึ่งเน้นการดูแลในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน ติดเตียง) โดยมีการสนับสนุนงบประมาณเพื่อดำเนินการจัดตั้งระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีการฝึกอบรมอาสาสมัครเพื่อเป็นผู้ดูแล (caregiver) ซึ่งเมื่อผ่านการอบรมแล้ว ผู้ดูแลสามารถร่วมมือกับญาติในการดูแลสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุได้ โดยในกลุ่มมือการอบรมผู้ดูแลนั้นได้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ดูแลด้วย<sup>6</sup> ทั้งในรูปของเอกสารและวีดิทัศน์ ที่มีเนื้อหาในการทำมาสะอาดช่องปากให้แก่ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ แต่อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนถึงประสิทธิภาพของสื่อดังกล่าว อีกทั้งพบว่าทำให้การดูแลช่องปากผู้สูงอายุนั้นมักจะถูกละเลยจากผู้ดูแลด้วยเหตุผลหลายประการ ดังนั้น การให้ความรู้เรื่องการทำความสะอาดด้วยวิธีเดิมอาจจะยังไม่เพียงพอที่จะช่วยเพิ่มแรงจูงใจให้กับผู้ดูแลในการให้การดูแลช่องปากผู้สูงอายุเหล่านี้ได้ ซึ่งในปัจจุบัน “การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ” ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพของมนุษย์ และถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวาง ดังนั้นจึงเป็นที่น่าสนใจหากจะทำการศึกษาถึงประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเปรียบเทียบกับทำให้ทันตสุขศึกษาแบบเดิมแก่ผู้ดูแล โดยเก็บข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed methods) ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงและเหตุผลในการเปลี่ยนแปลงในเชิงพฤติกรรมได้ชัดเจนขึ้น

## 2. ทบทวนวรรณกรรม

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีโดยสังเขปดังต่อไปนี้

### 1. ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า ทั่วโลกมีการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง สำหรับประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 โดยมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 10.17 (6.6 ล้านคน) และประมาณการว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2568 และภายในปี พ.ศ. 2573 จะมีประชากรผู้สูงอายุ 1 ใน 4 ของประเทศ



ดังนั้นทุกส่วนจึงควรเตรียมพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ รวมทั้งการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่มีโรคทางระบบร่วมกับความเสื่อมร่างกาย ทำให้การดูแลมีความซับซ้อนมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ<sup>7</sup>

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากโดยกรมอนามัยปี พ.ศ. 2555 พบว่าผู้สูงอายุในประเทศไทยยังคงมีปัญหาทางสุขภาพช่องปากหลายประการ เช่น การมีโรคฟันผุ โรคปริทันต์ การสูญเสียฟัน การขาดฟันหลังที่เป็นคู่สบในการบดเคี้ยวอาหาร โดยพบว่า สภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในประเทศไทยในภาคใต้มีความรุนแรงกว่าระดับประเทศทั้งในจำนวนซี่ฟันที่ใช้งานได้และระดับความรุนแรงในสภาพช่องปากของฟันที่เหลืออยู่<sup>1</sup>

ข้อมูลดังกล่าวเป็นการสำรวจโดยเก็บข้อมูลผ่านกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของผู้สูงอายุในช่วง 60 – 89 ปี แยกเป็นเขตเมือง และเขตชนบท โดยที่ไม่ได้ระบุว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจนั้นมีระดับการฟุ้งฟิงเป็นอย่างไร (คิดสังคมติดบ้านติดเตียง) โดยลักษณะการตรวจเป็นการนัดหมายผู้สูงอายุมายังจุดตรวจที่จัดไว้ ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ที่ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุที่สามารถเดินทางมาได้ด้วยตนเอง โดยไม่จำเป็นต้องฟุ้งฟิงผู้อื่น แต่สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงนั้น ไม่พบว่ามีข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปากที่ชัดเจน ซึ่งคาดว่าสภาวะสุขภาพช่องปากน่าจะมีปัญหามากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ เนื่องจากภาวะทุพพลภาพ อาจมีข้อจำกัดในการดูแลความสะอาดช่องปากได้

จากการสำรวจในต่างประเทศพบว่า สภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงนั้นค่อนข้างอยู่ในสถานการณ์ที่ย่ำแย่ เช่น จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในบ้านพักคนชรา เมืองบังกาลอร์ ประเทศอินเดีย<sup>5</sup> พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ล้วนแล้วแต่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก โดยพบคราบจุลินทรีย์บนฟันแท้ คราบอ่อนคราบจุลินทรีย์บนฟันเทียม และโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียม (denture stomatitis) อยู่ในระดับสูง ซึ่งการมีสุขภาพอนามัยช่องปากที่ไม่ดี ทำให้สามารถตรวจพบเชื้อก่อโรคได้ในน้ำลายของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง อีกทั้งพบว่าผู้สูงอายุเหล่านี้มักจะสูญเสียกลไกการป้องกันตนเองขณะนอนหลับ ทำให้มีโอกาสสำหรับน้ำลายที่มีเชื้อก่อโรสดังกล่าว เข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ ก่อให้เกิดโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ<sup>2,3</sup> ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของผู้สูงอายุและได้มีการศึกษาที่พบว่า การทำความสะอาดช่องปากสามารถลดเชื้อโรคในน้ำลายผู้สูงอายุได้และมีประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจได้<sup>3,4</sup> แต่อย่างไรก็ตาม กลับพบว่าผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่สามารถดูแลความสะอาดช่องปากได้เอง อีกทั้งการอาศัยความช่วยเหลือในการแปรงฟันจากผู้ดูแลผู้สูงอายุก็เป็นไปได้ยาก โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้ให้ความเห็นว่าเกิดจากการขาดอุปกรณ์ในการทำ ความสะอาดและผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีความมั่นใจ วิตกกังวล และอึดอัดในการทำ ความสะอาดช่องปากให้ผู้สูงอายุ<sup>5</sup>

สำหรับประเทศไทยนั้นทางภาครัฐได้มีการเริ่มสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในปี พ.ศ. 2559 ซึ่งเน้นการดูแลในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน ติดเตียง) โดยมีการสนับสนุนงบประมาณเพื่อดำเนินการจัดตั้งระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีการฝึกอบรมอาสาสมัครเพื่อเป็นผู้ดูแล (caregiver) ซึ่งเมื่อผ่านการอบรมแล้ว ผู้ดูแลสามารถร่วมมือกับญาติในการดูแลสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุได้ โดยในคู่มือการอบรมผู้ดูแลนั้นได้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ดูแลด้วย<sup>6</sup> ทั้งในรูปของเอกสารและวิดีโอ ที่มีเนื้อหาในการทำความสะอาดช่องปากให้แก่ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ แต่อย่างไรก็ตามยังคงไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนถึงประสิทธิภาพของสื่อดังกล่าว อีกทั้งพบว่าทำให้การดูแลช่องปากผู้สูงอายุนั้นมักจะถูกละเลยจากผู้ดูแลด้วยเหตุผลหลายประการ ดังนั้น การให้ความรู้เรื่องการทำความสะอาดด้วยวิธีเดิมอาจจะยังไม่เพียงพอที่จะช่วยเพิ่มแรงจูงใจให้กับผู้ดูแลในการให้การดูแลช่องปากผู้สูงอายุเหล่านี้ได้ ซึ่งในปัจจุบัน “การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ” ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพของมนุษย์ และถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวาง อาทิ การเลิกสูรา การเลิกบุหรี่ การดูแลช่องปากเด็กเล็กโดยผู้ปกครอง เป็นต้น ดังนั้นหากสามารถประยุกต์การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้ดูแลได้ ก็อาจจะทำให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นได้รับการดูแลที่ดี และมีอายุที่ยืนยาวขึ้น

## 2. สภาวะสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุในประเทศไทย

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติโดยกรมอนามัยเมื่อปี พ.ศ. 2555 พบว่าผู้สูงอายุในประเทศไทยยังคงมีปัญหาสุขภาพช่องปากต่าง ๆ ในระดับที่สูง โดยในระดับภาคใต้สูงกว่าในภาพรวมของระดับประเทศหลายประเด็น เช่น ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ร้อยละของการเป็นโรคฟันผุ ร้อยละของผู้ที่มีฟันทั้งปากและร้อยละของผู้ที่มีฟันอย่างน้อย 20 ซี่ เป็นต้น<sup>1</sup> โดยจากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงในจังหวัดกระบี่ปี 2559 พบว่า มีร้อยละของผู้สูงอายุที่มีจำนวนซี่ฟันที่ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ ต่ำกว่าของระดับประเทศ แต่สูงกว่าระดับภาคใต้ ทั้งนี้ยังไม่พบข้อมูลในส่วนของอนามัยช่องปาก (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 สภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ (60-74 ปี) สํารวจโดยกรมอนามัยปี พ.ศ.2555

| สภาวะสุขภาพช่องปาก  |                         | จ.กระบี่ | ประเทศ | ภาคใต้ | ภาคกลาง | ภาคเหนือ | ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ |
|---|-------------------------|----------|--------|--------|---------|----------|-----------------------|
| ค่าเฉลี่ยฟันผุ<br>ถอน อุด ในกลุ่ม<br>อายุ 60 - 74 ปี<br>(จำนวนซี่ต่อ<br>คน) | ฟันที่มีใน<br>ปาก       | -        | 18.8   | 18.6   | 15.6    | 18.6     | 22.1                  |
|   | ผุ                      | -        | 1.3    | 1.0    | 1.3     | 1.1      | 1.7                   |
|   | ถอน                     | -        | 13.2   | 13.5   | 16.4    | 13.4     | 9.9                   |
|   | อุด                     | -        | 0.4    | 0.6    | 0.6     | 0.2      | 0.2                   |
|   | ฟันผุ/<br>ถอน/อุด       | -        | 14.9   | 15.1   | 18.3    | 14.7     | 11.8                  |
| ร้อยละของกลุ่ม<br>อายุ 60-74 ปี ที่<br>เป็นโรคฟันผุ<br>(คน)                 | ฟันผุยัง<br>ไม่ได้รักษา | -        | 48.3   | 48.6   | 47.4    | 48.2     | 49.8                  |
|   | ฟันถอน                  | -        | 95.5   | 96.6   | 97.0    | 94.9     | 92.9                  |
|   | ฟันอุด                  | -        | 13.9   | 14.3   | 18.5    | 6.7      | 7.1                   |
|   | ฟันผุ/<br>ถอน/อุด       | -        | 97.1   | 97.6   | 98      | 96.4     | 95.6                  |
| ร้อยละของผู้ที่ไม่มีฟัน<br>ทั้งปาก  | -                       | 7.2      | 11.2   | 7.3    | 4.7     | 3.7      |                       |
| ร้อยละของผู้มีฟันอย่างน้อย<br>20 ซี่ กลุ่มอายุ 60-74 ปี                     | 54.5                    | 57.8     | 51.7   | 46.7   | 64.0    | 69.8     |                       |
| ร้อยละผู้สูงอายุที่มีฟันแท้คู่<br>สบ 4 คู่ขึ้นไป                            | 41.0                    | 43.3     | 37.4   | 33.4   | 54.6    | 51.9     |                       |

### 3. ความสำคัญของการดูแลช่องปากผู้สูงอายุ

#### 3.1. สุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดเตียง

ผู้สูงอายุมักมีการสูญเสียฟัน ส่งผลกระทบต่อการบริโภคอาหาร ซึ่งสามารถแก้ไขได้ด้วยการเข้ารับบริการใส่ฟันเทียมโดยทันตแพทย์ แต่หากพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะบกพร่องทางการรับรู้ (cognitive impairment) ร่วมด้วยอันเป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการฟันเทียม ก็จะต้องส่งผลให้มีปัญหาต่อการบริโภคมากขึ้น มีผลให้เกิดภาวะการกลืนลำบาก (dysphagia) และสุดท้ายนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการ (malnutrition) มีการศึกษาพบว่าความบกพร่องต่างๆ เช่น การบกพร่องทางการรับรู้ ภาวะการกลืนลำบาก ภาวะทุพโภชนาการ มีผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน

ของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถวัดได้จากค่าการประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Active Daily Living:ADL) <sup>8</sup>

ผู้สูงอายุคิดเพียงมักจะพบว่า มีฟันแท้เหลือในช่องปากน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งการมีฟันแท้เหลือในช่องปากมีความสัมพันธ์กับระดับการทำหน้าที่ทางชีววิทยา และจิตสังคม (biological and psychosocial function level) โดยพบว่าหากผู้สูงอายุคิดเพียงมีจำนวนฟันแท้ในช่องปากมาก และใส่ฟันเทียมเพื่อเพิ่มจำนวนฟันที่ใช้งานได้ (functional teeth) จะสามารถเพิ่มการแสดงออก และจิตสังคมด้านอื่น เช่น ความสามารถในการกลั้นปัสสาวะ (bladder management) การขยับร่างกาย (locomotion) และ การเคลื่อนย้าย (transfers) ส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้น <sup>9</sup>

สุขภาพช่องปากส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุคิดเพียง ดังที่มีการเก็บข้อมูลคุณภาพชีวิตในมิติของสุขภาพช่องปากโดยใช้เครื่องมือ Oral Health Impact Profile (OHIP) และ Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) ในผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงในประเทศญี่ปุ่น และอิสราเอล พบว่าคุณภาพชีวิตหลายด้านที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปาก เช่น ความยากลำบากในการกิน การกลืน การพูดคุยสื่อสาร ซึ่งหากได้รับการดูแลด้านสุขภาพช่องปากก็สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้สูงอายุเหล่านี้ได้ <sup>10, 11</sup>

### 3.2 การดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ <sup>4</sup>

มีรายงานการพบเชื้อโรคเช่น *Ps. aeruginosa*, *H. parainfluenzae*, *Staph. Aureus* ที่สามารถก่อให้เกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจได้จากการสำลักน้ำลายเข้าสู่ทางเดินหายใจและปอด <sup>2</sup> หรืออีกการศึกษาที่สอดคล้องกันซึ่งพบเชื้อกลุ่ม *pseudomonas*, *candida* และ *S. marcescens* จำนวนมากในช่องปากของผู้สูงอายุคิดเพียง และยังหากมีจำนวนฟันแท่มาก ก็ยังเป็นแหล่งสะสมของเชื้อได้มากขึ้นไปอีก การสำลักเอาเชื้อเหล่านี้เข้าสู่ทางเดินหายใจเนื่องจากการสูญเสียกลไกการปกป้องตนเอง (protective reflex)สามารถนำไปสู่การเกิดโรคปอดอักเสบจากการสำลัก (aspiration pneumonia) ได้ <sup>3</sup>

มีจากงานวิจัยที่เป็นการทดลองแบบสุ่ม (RCTs) จำนวน 4 ชิ้น ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมีอนามัยช่องปากที่ดีกับการเกิดโรคปอดอักเสบและการติดเชื้อทางเดินหายใจในผู้สูงอายุ พบว่าสามารถคำนวณค่าการลดความเสี่ยงสัมบูรณ์ (absolute risk reductions, ARR) เท่ากับ 6.65 - 11.75 และจำนวนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษา (numbers needed to treat, NNTs) เท่ากับ 8.6-15.3 <sup>4</sup> แสดงให้เห็นว่าการดูแลช่องปากให้มีอนามัยช่องปากที่ดี มีผลช่วยลดความเสี่ยง และความจำเป็นในการรักษาโรคปอดอักเสบและการติดเชื้อทางเดินหายใจในผู้สูงอายุได้

โดยวิธีการดูแลช่องปากที่แนะนำคือการได้รับการดูแลจากทันตบุคลากรประจำทุกอาทิตย์ และการแปรงฟันทุกครั้งหลังอาหาร ร่วมกับการเช็ดบริเวณคอหอย ด้วย 1% โปวิดอน ไอโอดีน (povidone iodine) ในกรณีที่เป็น<sup>4</sup>

อีกทั้งยังพบว่า การทำความสะอาดช่องปากด้วยวิธีเช็ดกล มีผลป้องกันการเสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบ และ โรคปอดอักเสบที่ไม่ถึงแก่ชีวิต (non-fatal pneumonia) ในผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชรา และในโรงพยาบาลโดยประมาณ 1 ใน 10 รายของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา ที่อาจเสียชีวิตจากปอดอักเสบสามารถป้องกันได้ด้วยการดูแลอนามัยช่องปาก<sup>4</sup>

#### 4. การให้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

##### 4.1 วิธีการดูแลอนามัยช่องปากสำหรับผู้ป่วยติดเตียง

มีการศึกษาแบบทดลองพบว่าการทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุติดเตียงโดยการแปรงฟันร่วมกับการใช้ไหมขัดฟัน สามารถลดจำนวนแบคทีเรียในช่องปากและเอนไซม์ที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อในหูดใหญ่ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้สูงอายุเหล่านี้ได้<sup>12</sup> อีกทั้งพบว่าการแปรงทำความสะอาดช่องปากตามด้วยการใช้สารเคมี เป็นวิธีการที่ดีในการควบคุมเชื้อในช่องปาก โดยพบการยับยั้งการก่อไบโอฟิล์ม (biofilm) และการยึดเกาะของเชื้อโรค ซึ่งนอกจากจะทำให้ช่องปากสะอาดแล้วยังสามารถลดโอกาสเกิดโรคทางระบบที่มีสาเหตุจากเชื้อในช่องปากได้ด้วย<sup>3</sup>

อย่างไรก็ตามมีการศึกษาแบบทดลองบางการศึกษาที่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุติดเตียงโดยทันตบุคลากรกับการติดเชื้อทางเดินหายใจ เนื่องจากในการศึกษานั้นใช้ข้อมูลวันที่เป็นไข้ (febrile day) ในการวิเคราะห์ ซึ่งในผู้สูงอายุติดเตียงนั้นการวินิจฉัยว่า “อาการไข้” อาจมาจากการติดเชื้อส่วนอื่นที่ไม่ใช่ทางเดินหายใจก็เป็นได้ จึงทำให้ผลการทดลองไม่เห็นความแตกต่าง แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาก็ยังสนับสนุนแนวคิดที่ว่า ความสะอาดของช่องปากผู้สูงอายุติดเตียงมีความสำคัญต่อการเกิดติดเชื้อทางเดินหายใจ เนื่องจากการขาดกลไกการป้องกันตนเองทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสติดเชื้อที่มีต้นเหตุมาจากบริเวณคอหอย (pharynx) ได้<sup>13</sup>

มีทนา เกษตระทัต (2553) ได้รวบรวมแนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และแนะนำขั้นตอนในการดูแล ดังนี้<sup>14</sup>

##### 4.1.1 การแปรงฟันผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

- อุปกรณ์ที่ใช้: ไม้เท้า แปรงสีฟัน 1-2 ด้าม ผ้าขนหนู ชามรองรับน้ำ และถุงมือ
- ตำแหน่งที่เหมาะสมสำหรับการแปรงฟันให้ผู้สูงอายุ: ให้ผู้สูงอายุนอนตะแคงพร้อมมีอ่างหรือชามรูปไตรอง ถ้าวางไม้เท้าให้ใช้ผ้าขนหนูหรือซับน้ำที่ตำแหน่งนั้น ผู้ช่วยเหลือหรือ

ผู้ดูแลอาจจะอยู่ทางด้านหลังหรืออยู่ด้านข้างหรือให้ผู้ป่วยหมุนตัว

○ วิธีการ:

- ใช้แปรงสีฟัน 2 อัน อันหนึ่งใช้สำหรับแปรงฟัน อีกอันหนึ่งใช้ด้ามแปรงช่วยเรียงช่องปาก โดยอาจปรับรูปร่างทำให้ด้ามแปรงงอเป็นมุมเหมือนกระจกส่องปาก นอกจากนี้ อาจใช้ไม้กดลิ้นพันผ้าก๊อชหนาๆ ให้ผู้สูงอายุกัด เพื่อให้มีช่องว่างในช่องปากที่สามารถเข้าไปทำความสะอาดฟันได้ โดยในปัจจุบัน พบว่าการใช้แปรงสีฟันไฟฟ้า เพิ่มความสะดวกกับผู้ดูแลที่จะแปรงให้และใช้ได้ดี ซึ่งมีข้อเสนอแนะจาก Lugt และคณะ<sup>15</sup> ว่าการใช้หัวแปรงแบบกลม หมุน มีประสิทธิภาพดีที่สุดในการทำความสะอาดฟัน

- ในห้องดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (ICU) หรือหอผู้ป่วย นิยมใช้ฟองน้ำที่เรียกว่า oral swab เพื่อเอาเศษอาหารก้อนใหญ่ออก ตามด้วยการแปรงฟัน หรือใช้ผ้าก๊อชชุ้ เพราะผู้ดูแลตัวเองไม่ได้ มักมีเศษอาหารติดข้างกระพุ้งแก้ม oral swab มี 2 แบบ คือ แบบที่ไม่ชุบอะไรเลย ถ้าเอามาชุบน้ำยาบ้วนปาก จะช่วยให้รู้สึกสดชื่นขึ้น แต่ไม่มีผลต่อความสะดวก และแบบที่ชุบ lemon glycerin ห้ามใช้ในผู้สูงอายุ เพราะจะทำให้เนื้อเยื่อแห้ง

○ ลำดับขั้นตอนวิธีการแปรงฟัน: ควรทำเป็นระบบโดย

- ใช้ oral Swab หรือ ผ้าก๊อชนำเศษอาหารก้อนใหญ่ออกก่อน
- แปรงด้านนอกหรือด้านกระพุ้งแก้ม โดยให้คนไข้กัดฟันไว้แล้วแปรงด้านนอกให้ครบทุกซี่

- แปรงด้านใน ซึ่งมักจะมีปัญหาว่าผู้สูงอายุไม่อ้าปาก ให้เอามือลูบแก้มทั้ง 2 ข้าง โดยใช้น้ำลูบริมฝีปากให้รู้สึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ แล้วค่อยๆ เอานิ้วล้วงลงไปให้อ้าปาก เริ่มจากแปรงฟันหน้าบน โดยวางแปรงในแนวตั้ง แปรงฟันหลังบน แล้วแปรงฟันหน้าล่าง ฟันหลังล่าง เป็นตำแหน่งสุดท้าย

- ควรคอยซับน้ำลายและเศษอาหารตลอดเวลา กรณีที่อยู่ในโรงพยาบาลก็ใช้ที่ดูดน้ำลายในหอผู้ป่วย ถ้าเป็นที่บ้าน กรณีที่ไม่มีที่ดูดน้ำลาย ก็ใช้ผ้าซับ แต่สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาอื่นๆ เช่น กลืนลำบาก (dysphagia) ต้องมีที่ดูดน้ำลายที่บ้าน เพราะน้ำที่จะใช้บ้วนปาก ต้องใส่กระบอกฉีดขนาด 10 ซีซี ค่อยๆ ฉีดน้ำทีละน้อยระหว่างแปรง และต้องใช้ที่ดูดน้ำลายตลอดเวลาเพื่อไม่ให้สำลัก

- สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เคล็ดลับสำหรับผู้ดูแล คือ ให้ยึดหยุ่นอาจจะไม่ต้องแปรงเช้าและเย็นเสมอไป แปรงเวลาไหนก็ได้ เพราะบางครั้งอาจมีกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยมากอยู่แล้วในช่วงเช้า เช่น เช็ดตัว กินข้าว ย้ายจากเตียงมานั่ง เป็นต้น ก็สามารถเปลี่ยนเวลาแปรงฟันตอนบ่ายก็ได้

- มีคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ แต่ยังไม่มีความรู้ทางวิชาการ

ว่า ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หากแปรงฟันโดยใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์เพียงวันละครั้งก็เพียงพอ

#### 4.1.2 ข้อควรระวังสำหรับผู้ดูแลในการทำทำความสะอาดช่องปากของผู้ป่วยติดเตียง

- ใช้แปรงจับให้ถนัดทั้ง 2 ด้าน
- ใส่งู่มือเสมอและอย่าเอานิ้วไปอยู่ระหว่างฟัน
- ใช้แปรงขนนุ่มหัวเล็ก
- กรณีใส่งูฟันเทียม ควรถอดออกก่อนเสมอ เพื่อทำความสะอาดทั้งฟันเทียมและในช่องปากของผู้สูงอายุทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร

○ เวลาแปรงให้ผู้ช่วยชูมือขึ้น ผู้ดูแลถอดจากด้านหลัง หรือให้ผู้สูงอายุนอนตะแคง ใช้เทคนิค ลูบหน้า ลูบริมฝีปาก ให้อ้าปาก

- ที่สำคัญต้องมีคนอื่นเข้ามาช่วย ซึ่งต้องเป็นผู้ที่สามารถสื่อสารกับญาติได้ดี

4.1.3 การดูแลริมฝีปากผู้สูงอายุ ควรดูแลริมฝีปาก โดยเฉพาะมุมปากไม่ให้แห้ง ป้องกันการมีรอยแตก เป็นแผล ดูแลภายในช่องปากให้ชุ่มชื้น ถ้าช่องปากแห้งควรให้จิบน้ำอุ่น

#### 4.1.4 สิ่งที่ต้องสังเกตขณะทำความสะอาดช่องปาก

○ ฟันเทียมของผู้สูงอายุที่ใส่งู หลวมหรือเสื่อมสภาพแตกหักไปบางส่วน บาดเนื้อเยื่อในช่องปาก เป็นแผลหรือไม่ มีการอักเสบบริเวณใต้ฟันเทียมหรือไม่

○ ตรวจสอบในปากว่ามีรอยโรคลักษณะอื่นๆ เช่น ฝ้าขาว แผล เนื้อเยื่อเป็นก้อนที่ผิดปกติ เชื้อราหรือไม่ ถ้าสงสัยให้ปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์หรือทันตบุคลากรเพื่อทำการรักษาต่อไป

### 4.2 บุคลากรในการดูแลช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

บางครั้งจำนวนของทันตบุคลากรเป็นปัญหาสำคัญในการให้บริการ ดังนั้นการให้การดูแลช่องปากโดยบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ที่มีความคุ้นเคยกับผู้สูงอายุมากกว่าทันตบุคลากร เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพและทำได้จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับผู้สูงอายุที่อาจมีการต่อต้านชัดเจน หรือสูญเสียความสามารถทางร่างกายและจิตใจ ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ ดังจะเห็นได้จาก การศึกษาเชิงทดลองที่พบว่า การมอบหมายบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา เช่น “ผู้ช่วยพยาบาล” เพื่อการทำทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราในการแปรงฟัน ใส่งูน้ำยาบ้วนปาก และทำความสะอาดฟันเทียม พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการดูแลพิเศษนี้มีอุบัติการณ์ของการเสียชีวิตจากโรคปอดบวม (ที่มีความเกี่ยวข้องกับเชื้อในช่องปาก) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลพิเศษถึง 3 เท่า<sup>16</sup>

มีการศึกษาเปรียบเทียบถึงพฤติกรรมการดูแลช่องปากให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟังฟังและความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพช่องปากระหว่าง “ผู้ดูแลที่เป็นทางการ (formal care)” ใน บ้านพักคนชรา และ “ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (informal care)” ที่ดูแลตามบ้าน พบว่าผู้ดูแลที่เป็น ทางการส่วนใหญ่ระบุว่าเคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้มาก่อน แต่กลับพบว่าเมื่อศึกษาถึงความถี่ในการให้การดูแลช่องปากพบว่า มี เพียงร้อยละ 14.3 ของผู้ดูแลแบบทางการที่ได้ให้การดูแลช่องปากผู้สูงอายุ ในขณะที่ผู้ดูแลแบบไม่ เป็นทางการดูแลช่องปากวันละครั้งถึงร้อยละ 61.1 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าภาระงานของผู้ดูแลที่เป็น ทางการหนักกว่าเนื่องจากต้องดูแลผู้สูงอายุ 5-6 คน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการที่ ดูแลหนึ่งต่อหนึ่งเนื่องจากส่วนใหญ่เป็นเครือญาติ ในขณะที่ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากนั้น พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน แต่พบว่าทั้งสองกลุ่มยังมีการปฏิบัติในการดูแลช่องปากผู้สูงอายุที่ยัง ไม่เหมาะสมหรือไม่เพียงพอ เช่นผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการใช้แปรงสีฟันแบบแข็งแปรงฟันให้ ผู้สูงอายุ ร้อยละ 44.4 ผู้ดูแลแบบเป็นทางการใช้ไหมขัดฟัน และแปรงซอกฟันเพียงร้อยละ 4.8 และ 9.5 ตามลำดับ ดังนั้นการให้ความรู้กับผู้ดูแลจึงเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแล อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>17</sup>

##### 5. การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟังฟัง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาเชิงทดลองที่น่าสนใจที่ได้ ทำการศึกษาถึงผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถาบันพักฟื้น คนชราต่อสถานะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ดังนี้

Frenkel และคณะ (2001) ศึกษาผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากแก่ ผู้ดูแลในสถานพักฟื้นคนชรา โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยที่กลุ่มทดลองจะได้รับ ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากโดยการบรรยายและการสาธิตการทำความสะอาดช่องปากจาก แบบจำลอง ในขณะที่กลุ่มควบคุมนั้นให้ปฏิบัติงานตามปกติ หลังจากนั้นวัดระดับแผ่นคราบ จุลินทรีย์บนตัวฟันภาวะเหงือกอักเสบคราบจุลินทรีย์บนฟันเทียมและการเกิดโรคปากอักเสบเหตุ ฟันเทียมพบว่าหลังการให้ความรู้ที่ 1 เดือน และ 6 เดือน ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากโดยรวมดีขึ้น กว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ<sup>18</sup> แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้กับผู้ดูแลนั้น ทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุอย่างชัดเจนซึ่งผลการศึกษา นี้ สอดคล้องกับการศึกษาทดลองแบบสุ่มอื่นๆเช่น Visschere และคณะ (ค.ศ. 2010) และ Putten (2013) ที่มีการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากแก่พยาบาลในบ้านพักคนชรา และ พบว่าภายหลังการให้ความรู้ ผู้สูงอายุมีคราบจุลินทรีย์บนฟันเทียมลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบ



กับกลุ่มควบคุม<sup>19,20</sup> แต่ในขณะที่ MacEntee (2015)<sup>21</sup> ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา แล้ววัดผลจากสภาวะสุขภาพช่องปากที่ 3 เดือนหลังการให้ความรู้ พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทั้งในส่วนของคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันและภาวะเหงือกอักเสบ โดยผู้ศึกษาได้อภิปรายไว้ว่า อาจเกิดจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อยเกินไปรวมทั้งการไม่สามารถป้องกันการเกิด Hawthorne effect ได้

ต่อมา Frenkel และคณะ (2002) ได้นำการศึกษาในปี ค.ศ. 2001 มาวิเคราะห์ผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อทัศนคติและความรู้ของผู้ดูแลในสถานพักฟื้นคนชรา พบว่าภายหลังการให้ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากนั้น ผู้ดูแลมีความรู้และทัศนคติที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ<sup>22</sup> ซึ่งมีหลายการศึกษาที่ศึกษาในลักษณะคล้ายกันและได้ผลที่ใกล้เคียงกัน เช่น Janssens (2014) ที่พบว่าหลังการให้ความรู้แก่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยในการดูแลช่องปากผู้สูงอายุพบว่าผ่านไป 6 เดือน มีระดับความรู้เพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ระดับทัศนคตินั้นไม่เปลี่ยนแปลง<sup>23</sup> หรือการศึกษาของ Khanagar (2014) พบว่าภายหลังจากการให้ความรู้ ผู้ดูแลในบ้านพักคนชรา มีระดับความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติที่ดีขึ้น<sup>24</sup> แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามเท่านั้น ไม่สามารถสะท้อนพฤติกรรมในการดูแลหรือการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุได้โดยตรง

นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผลจากการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากในพยาบาลประจำบ้านพักคนชรา ในช่วงระหว่างปี ค.ศ. 1990 - 2011<sup>25-28</sup> พบว่า มีหลักฐานบางอย่างที่แสดงว่า การให้ความรู้แก่พยาบาล สามารถเพิ่มความรู้และทัศนคติที่เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากได้ แต่ไม่สามารถเพิ่มทักษะการดูแลช่องปากได้ และพบว่าการหาข้อสรุปของผลจากการให้ความรู้แก่พยาบาลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในแต่ละการศึกษานั้น ยังคงไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีความแตกต่างในผลการศึกษา โดยอาจเกิดจากความแตกต่างกันในขั้นตอนของการศึกษา ซึ่ง Lugt และคณะ (2014) สามารถรวบรวมได้ดังนี้<sup>15</sup>

- ความแตกต่างกันของระดับความรู้ประสบการณ์ แรงบันดาลใจ ของผู้ที่ทำหน้าที่เป็นวิทยากรที่กล่าวถึงในแต่ละการศึกษา บางส่วนเป็นผู้ที่มีประสบการณ์สูง 15 ปี บางส่วนเป็นทันตอนามัยหรือพยาบาลที่ได้รับการอบรมมาจากทันตอนามัยอีกทอด ที่ยังไม่มีความเชี่ยวชาญ หรือบางส่วนเป็นนักสัมภาษณ์ ทันตแพทย์ เป็นต้น
- ความแตกต่างของความเข้มข้นของการให้ความรู้
- ทัศนคติ และทักษะพื้นฐานที่แตกต่างกันของพยาบาล ยิ่งไปกว่านั้น เชื้อชาติ หรือความแตกต่างของแต่ละประเทศที่ทำการศึกษา ก็ย่อมส่งผลให้เกิดความแตกต่างกัน ดังนั้นจึงเชื่อไม่ได้ว่าทุกคนมีความรู้พื้นฐานที่เท่าเทียมกัน

- การวัดผลของการให้ความรู้ผ่านสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ นั้น มีการใช้เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน บางส่วน ไม่รวมผู้ที่มีปัญหาทางด้านการรับรู้ หรือ ผู้ที่ไม่มีฟันและไม่มีฟันเทียม ซึ่งอาจมีผลต่อความแตกต่างของผลของการศึกษาได้

จากการศึกษาดังกล่าว ได้มีข้อเสนอแนะว่า การให้ความรู้แก่พยาบาลเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลช่องปากผู้สูงอายุของพยาบาลได้ หากต้องอาศัยการทำงานร่วมกันทั้งจากสถาบันที่เกี่ยวข้องเช่น สถาบันดูแลบ้านพักคนชรา หน่วยงานโรงพยาบาล และจากครอบครัวนอกจากนี้การให้ความรู้ในแต่ละบ้านพักนั้นควรเป็นแบบเฉพาะตัวที่เหมาะสมกับแต่ละที่ อีกทั้งควรคำนึงถึงสิ่งที่จะช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการทำงานในแต่ละพื้นที่ สิ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดการให้ความรู้ที่เข้มข้น เฉพาะเจาะจง มีประสิทธิภาพ และสามารถติดตามได้อย่างเข้มงวดมากกว่าการให้ความรู้ที่ทำต่อๆกันมา

#### 6. ความท้าทายและอุปสรรคของผู้ดูแลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

มีงานวิจัยเชิงคุณภาพที่พบความขัดแย้งในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา ซึ่งมีการให้ความสำคัญเกี่ยวกับเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก แต่กลับพบว่าไม่ได้ให้ความสำคัญเท่าเทียมกับการดูแลวัยะส่วนอื่นๆ ได้ ทำให้การดูแลช่องปากไม่สมบูรณ์และไม่สม่ำเสมอประกอบกับภาระงานความรับผิดชอบของผู้ดูแลที่มาก ทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องในการดูแล โดยในการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าความตั้งใจในการดูแลสุขภาพช่องปากให้แก่ผู้สูงอายุนั้น เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นภายในตัวผู้ดูแลเองไม่ได้เกี่ยวข้องกับภาระการสนับสนุนอุปกรณ์การทำความสะอาดช่องปาก นอกจากนี้แม้ว่ามีการกล่าวว่าการดูแลสุขภาพช่องปากสามารถปรับให้ดีขึ้นได้ด้วยการได้รับการฝึกอบรมซึ่งสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ผู้ดูแลได้ แต่ในการศึกษานี้จากการพูดคุยกับผู้ดูแลกลับพบว่า ถึงแม้จะมีความรู้จากการฝึกอบรมมา แต่หากไม่มี “เวลาและบุคลากร” ก็ไม่สามารถให้การดูแลได้<sup>29</sup>

เหตุผลหลักที่ทำให้ผู้ดูแลคิดว่าการทำความสะอาดช่องปากให้ผู้อื่นไม่น่าพึงพอใจ เป็นเพราะความไม่ให้ความร่วมมือของผู้สูงอายุ รวมถึงเหตุผลไม่มั่นใจในเชิงความสามารถในการดูแลสุขภาพในช่องปากเช่น ความกลัวว่าจะทำให้ฟันเทียม และฟันธรรมชาติเสียหาย มีการศึกษาที่มีการทำกลุ่มสนทนาย่อยระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ว่าการดูแลช่องปากเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ แต่การรับรู้แรงดันจากผู้สูงอายุอาจด้วยเหตุผลว่าผู้สูงอายุรู้สึกว่าการทำความสะอาดเป็นส่วนตัวของตนเอง ทำให้เจ้าหน้าที่รู้สึกได้ถึงความไม่สะดวกใจที่จะเข้าไปดูแล จึงเป็นอุปสรรคสำคัญส่วนหนึ่งในการให้การดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้สูงอายุ<sup>30</sup>

## 7. ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย<sup>6</sup>

รัฐบาลให้ความสำคัญกับการที่ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และมีนโยบายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทุกกลุ่มมาอย่างต่อเนื่องโดยในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งมีผู้สูงอายุจำนวนประมาณ 10 ล้านคนทั่วประเทศ คาดว่าจะเป็นผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 1 ล้านคน มีสิทธิได้รับการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ตามชุดสิทธิประโยชน์ซึ่งเป็นบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมาระบบบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมอยู่ในลักษณะตั้งรับ โดยสามารถให้บริการหลักแก่กลุ่มที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง แต่สำหรับกลุ่มมีภาวะพึ่งพิง การให้บริการมีไม่เพียงพอและมักเป็นในรูปแบบการสงเคราะห์ เป็นครั้งคราว ไม่ต่อเนื่อง ขณะเดียวกันศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ถดถอยลง จากขนาดครอบครัวที่เล็กลง การเคลื่อนย้ายแรงงานจากชนบทสู่เมือง การทำงานนอกบ้านของสตรี

เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว ในปีงบประมาณ 2559 รัฐบาลจึงมุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้านติดเตียง โดยสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวปกติในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 600 ล้านบาทให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวนประมาณ 100,000 รายครอบคลุมร้อยละ 10 ของกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ และจะขยายให้ครอบคลุมเต็มที่ภายใน 3 ปี โดยมีหลักในการออกแบบระบบเพื่อให้ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

7.1 เน้นบูรณาการด้านบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมในระดับพื้นที่ (ตำบล/หมู่บ้าน/ครอบครัว)

7.2 คำนึงถึงความยั่งยืนและความเป็นไปได้ของงบประมาณระยะยาวในอนาคต

7.3 สนับสนุนการมีส่วนร่วมโดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.) เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารระบบภายใต้การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่

7.4 พัฒนาและขยายระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (long term care-LTC) โดยมีผู้จัดการดูแล (care manager) (พยาบาล หรือนักกายภาพบำบัดหรือนักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (care giver) ที่ผ่านการอบรมและขึ้นทะเบียน ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงรุกในพื้นที่ 1:10 คน โดยได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ที่ดำเนินงานอยู่แล้ว ภายใต้การบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

จะเห็นได้ว่าการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุคิดเพียงนั้นสามารถช่วยลดโอกาสเสี่ยงในการก่อโรคปอดอักเสบจากการสำลักได้ โดยผ่านกลไกลดการลดปริมาณเชื้อก่อโรคในน้ำลายผู้สูงอายุ และจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ แต่อย่างไรก็ตามกลับพบว่าผู้ดูแลจำนวนมากยังคงไม่เห็นความสำคัญในการให้การดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งอาจเกิดจากการขาดความรู้ ขาดทักษะ หรือ ความสามารถในการจัดการกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นหากสามารถหาวิธีการในการให้คำแนะนำที่เหมาะสมที่ช่วยจูงใจให้ผู้ดูแลเกิดความต้องการในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากที่ดี และมีชีวิตที่ยืนยาวได้

## 8. การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

### 8.1. นิยาม<sup>31</sup>

ถูกคิดค้นโดย Miller และ Rollnick เมื่อปี 1983 และได้รับการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง เดิมที การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ถูกนำมาใช้เป็นครั้งแรกในการสัมภาษณ์ผู้ติดสุรา และได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยในปัจจุบันเป็นที่แพร่หลายในการเป็นเครื่องมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นรูปแบบการปรึกษาของแต่ละบุคคล ไม่ได้มีรูปแบบที่วางไว้อย่างเคร่งครัด เป็นการผสมผสานระหว่างการชี้แนะและการยั่วยุผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลางอย่างชาญฉลาดและเหมาะสมลงตัวเพื่อที่จะกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยผู้ให้การปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสำรวจและจัดการกับความรู้สึกลังเล (ambivalence) ในการที่จะปรับเปลี่ยนตนเอง ซึ่งมีรูปแบบที่แตกต่างจากการพูดคุยโดยทั่วไปที่การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจะมุ่งเน้นการพูดคุยอย่างมีเป้าหมายแต่มีความยืดหยุ่นให้เหมาะกับบุคคลแต่ละขณะได้

### 8.2 จิตวิญญาณของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (the spirit of MI)

<sup>31</sup>

หมายถึงลักษณะเด่นหรือหัวใจสำคัญของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบสำคัญคือ

8.2.1 การกระตุ้น (evocative/ elicit) เป็นการใช้ทักษะของผู้สัมภาษณ์หรือผู้ให้การปรึกษา กระตุ้น หรือจูงใจ ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์หรือผู้รับการปรึกษา พูดข้อความใดๆ เชิงบวกที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง และไปถึงพฤติกรรมเป้าหมายได้

8.2.2 ประสานความร่วมมือ (collaborative) เป็นการร่วมมือกันของผู้ให้และผู้รับการปรึกษา ทำความเข้าใจกับ “สิ่งที่ผู้รับการปรึกษาเป็น” และคิดหาวิธีการต่างๆ มาแก้ไขในส่วนที่เป็นปัญหา

8.2.3 การให้อิสระ (autonomy) เป็นการที่ผู้ให้การปรึกษาให้ความเชื่อถือให้อิสระ ให้กำลังใจ และสนับสนุนให้ผู้รับการปรึกษาคิดและตัดสินใจด้วยตนเอง มีสถานภาพเท่าเทียมกับผู้รับการปรึกษา

### 8.3 เทคนิคในการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ<sup>31</sup>

8.3.1 การทำให้เห็นความแตกต่างระหว่างสถานภาพในปัจจุบันกับเป้าหมายที่อยากเป็น (develop discrepancy) แรงจูงใจของการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นเมื่อผู้รับการปรึกษาเห็นความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เป็นอย่างกับสิ่งที่ต้องการจะเป็น

8.3.2 หลีกเลี่ยงการโต้แย้ง (avoid argumentation) ในระหว่างการให้คำปรึกษา ผู้รับการปรึกษาอาจเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจ สับสน ผู้รับการปรึกษาอาจใช้กลไกการป้องกันตัวเองที่จะลดความรู้สึกไม่สบายใจให้น้อยลง และไม่ต้องเปลี่ยนพฤติกรรม การจูงใจอย่างจริงจังและศุภใจจริง จะกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความรู้สึกต่อต้านและรู้สึกว่าผู้ให้การปรึกษาไม่เข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ควรหลีกเลี่ยงการทะเลาะโต้แย้ง ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกต่อต้าน

8.3.3 แสดงความเห็นอกเห็นใจ (express empathy) ผู้ให้การปรึกษาใช้การสื่อสารที่แสดงความเห็นอกเห็นใจและให้เกียรติผู้รับการปรึกษา

8.3.4 ตะล่อมหมุนไปกับแรงต้าน (roll with resistance) เมื่อผู้รับการปรึกษามีความรู้สึกต่อต้าน ไม่ควรปล่อยให้ความรู้สึกต่อต้านนั้นดำเนินต่อ แต่จะค่อยๆ ตะล่อมหมุนไปกับความรู้สึกต่อต้านนั้น โดยมีเป้าหมายที่จะปรับเปลี่ยนการรับรู้ของผู้รับการปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาจะเสนอแนวทางในการคิดเกี่ยวกับปัญหา แต่ไม่ใช่เอามาบังคับใช้ การเกิดความรู้สึกสับสนถือเป็นเรื่องปกติ และการพูดคุยกันถึงความรู้สึกสับสนนี้อย่างเปิดเผยก็จะเป็นประโยชน์

8.3.5 การส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัว (support self efficacy) ความรู้สึกว่าคุณเองมีศักยภาพคือ ความรู้สึกว่าคุณมีความสามารถที่จะทำอะไรให้สำเร็จ ซึ่งในสถานการณ์เช่นนี้หน้าที่ของผู้ให้การปรึกษาคือ การชี้ให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ คนเราเมื่อถูกชี้ให้เห็นปัญหา โดยปกติก็จะยังไม่ทำการเปลี่ยนแปลง จนกว่าจะรู้สึกว่ามีความหวังที่จะทำได้สำเร็จ ความรู้สึกว่าคุณเองมีศักยภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

### 8.4 การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมี 4 ขั้นตอนหลัก ดังนี้<sup>32</sup>

#### 8.4.1 การสร้างความผูกพัน (engaging)

ขั้นตอนการสร้างความผูกพัน เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญต่อการเชื่อใจ เปิดใจต่อการรับบริการปรึกษาจึงเป็นขั้นตอนที่ทั้งผู้ให้การปรึกษาและรับการปรึกษาร่วมกันสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในการทำงานร่วมกัน ซึ่งอาจใช้เวลาเพียงไม่กี่วินาที หรือบางครั้งต้องใช้เวลาหลายอาทิตย์ โดยปัจจัยภายนอกที่สามารถกระตุ้นให้เกิดการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีได้แก่ สิ่งอำนวยความสะดวกใน

สถานที่ทำงานภาวะอารมณ์ของผู้ให้การปรึกษาสถานะของผู้รับการปรึกษา ณ ขณะนั้น เป็นต้น เมื่อผู้รับการปรึกษาและผู้ให้การปรึกษาก่อความสัมพันธ์ภาพอันดีต่อกันแล้ว ก็จะทำให้การพูดคุยเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนั้นเกิดได้ง่ายขึ้น

#### 8.4.2 คั่นหาจุดหลัก (focusing)

เป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องจากการสร้างความผูกพัน ซึ่งจะนำไปสู่การค้นหาสิ่งที่ยังซ่อนอยู่ภายใต้ความคิดของผู้รับการปรึกษาโดยผู้ให้การปรึกษาจะคอยจับประเด็นจากผู้รับการปรึกษาให้ได้ว่า ตอนนี้กำลังพูดถึงเรื่องอะไร ความต้องการอะไรอยู่ใน คอยเชื่อมโยงกับประเด็นที่อาจจะสำคัญที่ถูกละเลยหรือปิดบัง รวมทั้งควบคุมการสนทนาให้อยู่ในประเด็นที่ถูกต้องเพื่อไม่ให้เกิดการหลงประเด็น

#### 8.4.3 ปลุก (evoking)

เป็นขั้นตอนในการดึงเอาแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงของผู้รับการปรึกษาออกมา ซึ่งแนวคิดนี้จะการแก้ไขทันที โดยผู้เชี่ยวชาญจะทำหน้าที่ทั้งเป็น“ผู้วินิจฉัย” และ “ผู้หาทางแก้” ซึ่งอาจจะเหมาะสมกับภาวะทางการแพทย์ที่เป็นเหตุฉุกเฉินเฉียบพลัน แต่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นต้องการการมีส่วนร่วมของแต่ละบุคคลในกระบวนการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นขั้นตอนนี้ จึงเน้นให้ผู้รับการปรึกษาแสดงออกถึงความต้องการในการเปลี่ยนพฤติกรรมเอง เพราะการที่คนเราบอกความต้องการ หรือพูดคุยกับตัวเอง ย่อมดีกว่าการให้คนอื่นมาสั่งให้เปลี่ยน แต่อย่างไรก็ตามในผู้รับการปรึกษาบางกลุ่มที่มีความตั้งใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมมาตั้งแต่แรกอยู่แล้ว สามารถข้ามขั้นตอนนี้ไปได้

#### 8.4.4 วางแผน (planning)

เมื่อผู้รับการปรึกษามีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สังเกตได้จากการที่ผู้รับการปรึกษากล่าวว่าจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ “เมื่อไหร่” และ “อย่างไร” มากกว่าการถามว่าเปลี่ยนแปลงไป “เพื่ออะไร” หรือ “ทำไม” โดยในขั้นตอนนี้จะมีทั้งการสร้างข้อตกลงในการเปลี่ยนพฤติกรรม และการสร้างแผนการเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นรูปธรรม

### 8.5 เทคนิคของการให้การปรึกษา“OARS”<sup>31</sup>

ในกระบวนการให้การปรึกษาผ่านการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผู้สัมภาษณ์ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเสมือนหนึ่งคุยกับตนเอง โดยใช้เทคนิคการให้การปรึกษาที่ต้องใช้บ่อยครั้งคือ OARS ได้แก่ การตั้งคำถามปลายเปิด (open-ended questioning) การชื่นชมยืนยันรับรอง (affirmation) การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความคิด (reflective listening) การสรุปความ (summarization) เป็นต้น เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ยินสิ่งที่ตนเองคิดและรู้สึก เทคนิค OARS มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

### 8.5.1 การตั้งคำถามปลายเปิด (open-ended questioning: O)

การตั้งคำถามปลายเปิด เป็นการกระตุ้นเร้าให้ผู้รับคำปรึกษาคิด พุด และได้ยินความคิดเห็นของตนเอง ดังนั้นผู้สัมภาษณ์สามารถเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้รับคำปรึกษาได้ โดยการถามคำถามปลายเปิดที่มีทิศทางเพื่อกระตุ้นเร้าให้ผู้รับคำปรึกษาคิดและพูดข้อความที่จูงใจตนเอง กระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจมีลักษณะที่เรียกว่า ถามเพื่อให้พูดข้อความจูงใจตนเอง ออกมา บอกข้อมูลอะไรบางอย่างให้รับทราบ แล้วถามเพื่อให้พูดข้อความที่จูงใจตนเองออกมาอีก เรียกอย่างย่อว่า ดึงออกมา จัดเตรียมให้ และดึงออกมา หรือ elicit-provide-elicite (EPE) เรียกอย่างง่าย คือ ถาม บอก และถาม หรือ ask tell ask (ATA) สำหรับการถามคำถามปลายเปิด (closed-ended questioning) นอกจากกระตุ้นเร้าให้ผู้รับคำปรึกษาคิดและพูดได้ไม่มากแล้ว ยังทำให้แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองแย่งอีกด้วย เพราะผู้รับคำปรึกษามักจะปฏิเสธในทันที เนื่องจากผู้รับคำปรึกษามักใช้กลไกทางจิตแบบปฏิเสธความจริง (denial) มองให้น้อยกว่าความเป็นจริง (minimization) และการให้เหตุผล (rationalization) คล้ายกับว่าผู้สัมภาษณ์ไปกระตุ้นเร้าจิตใจด้านที่ไม่อยากเปลี่ยนแปลงของผู้รับคำปรึกษา

### 8.5.2 การชื่นชมยืนยันรับรอง (affirmation; A)

เมื่อผู้รับการปรึกษาแสดงถึงความคิดที่ดิงาม จุดแข็งของตนเอง ความพยายามศักยภาพในตน และความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ผู้ให้การปรึกษาควรเสริมแรงต่อความคิดดิงามของผู้รับการปรึกษาโดยการชื่นชมยืนยันรับรองที่เฉพาะเจาะจงต่อสิ่งดิงามที่มาจากตัวผู้รับการปรึกษาเอง

### 8.5.3 การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (reflective listening: R)

ผู้สัมภาษณ์ควรฟังอย่างตั้งใจ จับความหมายของข้อความที่จูงใจตนเองของผู้รับคำปรึกษา และสะท้อนความในขณะผู้สัมภาษณ์ไม่ควรกระทำในสิ่งต่อไปนี้ ได้แก่

- อย่าชักชวน เทศน์สั่งสอน สั่งการ เตือน หมายหัว หยาบคาย ทำทนาย ให้ความมั่นใจ
- อย่าเพ่งรีบแนะนำ เห็นด้วย หรือรีบให้คำมั่นสัญญา
- อย่าขึ้นเสียงสูง หรือเน้นคำทำๆ เพราะประโยคที่ใช้จะกลายเป็นคำถามปลายปิด
- อย่าตัดสินถูกผิด กล่าวหา หรือประชดประชัน
- อย่าให้คำพูดประโยคเดิมๆ ซ้ำๆ เช่น “ฟังดู แบบว่า คุณคิดว่า” เป็นต้น
- อย่าเปลี่ยนเรื่องเร็วเกินไป

#### 8.5.4 การสรุปความ (summarization: S)

การสรุปเนื้อหาระหว่างการสนทนากับผู้รับคำปรึกษาอาจมีเนื้อหาที่สำคัญมากมายเกิดขึ้น อาจทำให้ผู้รับคำปรึกษาจำสิ่งที่ตนเองพูดได้บ้างไม่ได้บ้าง ดังนั้นหากผู้สัมภาษณ์มีการสรุปสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาคิดและพูดออกมาเป็นระยะๆ โดยเฉพาะข้อความที่จูงใจตนเองซึ่งผู้รับคำปรึกษากล่าวออกมา ก็จะทำให้ผู้รับคำปรึกษามีโอกาสได้ยืนยันข้อความที่จูงใจตนเองซ้ำอีก และจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาคิดและพูดข้อความที่จูงใจตนเองได้เพิ่มขึ้น คล้ายเป็นการเสริมแรงต่อความที่ดีงาม

### 8.6 เครื่องมือและแบบประเมินที่เกี่ยวข้องกับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ<sup>31</sup>

ในการติดตามความก้าวหน้าเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนั้นพบว่า โดยทั่วไปเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินประสิทธิภาพของการสัมภาษณ์จะจำแนกออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆคือ หนึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้รับการปรึกษา และ สองเครื่องมือที่ใช้ประเมินความถูกต้องแม่นยำในการสัมภาษณ์ของผู้สัมภาษณ์ (MI fidelity) ดังนี้

#### 8.6.1 ประเภทที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้รับการปรึกษา

เครื่องมือที่ได้รับความนิยมในการนำมาใช้ประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการสัมภาษณ์สำหรับผู้รับการปรึกษานั้นส่วนใหญ่จะเป็นเครื่องมือที่ให้ผู้รับการปรึกษาได้ประเมินตนเอง (self-report) ถึงการรับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับการปรึกษาดังกล่าว อาจจำแนกออกเป็น 3 หมวดหมู่ได้แก่

- เครื่องมือประเมินขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
- เครื่องมือประเมินการรับรู้ต่อความสามารถตนเองในการควบคุมพฤติกรรมตนเอง (self-efficacy)
- เครื่องมือประเมินความสมดุลแห่งการตัดสินใจ

#### 8.6.2 ประเภทที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินความถูกต้องแม่นยำในการสัมภาษณ์ของผู้สัมภาษณ์ (MI fidelity)

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความถูกต้องในการสัมภาษณ์ด้วยวิธีเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI intervention fidelity) ในบางครั้งอาจจะเรียกว่าเป็นเครื่องมือสำหรับผู้สัมภาษณ์ใช้ในการสำรวจ นิเทศ และติดตามกำกับว่าตนเองมีความก้าวหน้าในการใช้วิธีการสัมภาษณ์ในรูปแบบนี้มากน้อยเพียงใด (self-supervision) เนื่องจากความถูกต้องในการใช้วิธีการสัมภาษณ์ด้วย



การเสริมสร้างแรงจูงใจ ถือเป็นวิธีการประกันคุณภาพที่สำคัญของการให้การสัมภาษณ์ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการสัมภาษณ์ และนำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการสัมภาษณ์ นั่นคือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความถูกต้องในการสัมภาษณ์ด้วยวิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจอย่างหลากหลาย โดยเครื่องมือที่ได้รับความนิยม มีดังนี้

- เครื่องมือประเมินจิตวิญญาณของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI spirit) ซึ่งพบเป็นเครื่องมือที่มีการใช้บ่อยในการศึกษาวิจัย เพื่อให้ผู้สัมภาษณ์ใช้เป็นแนวทางในการประเมินตนเองเกี่ยวกับการใช้ทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นในการสัมภาษณ์ โดยทำการบันทึกเนื้อหาการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งและให้แสดงความคิดเห็น หรือให้คะแนนลงในแบบประเมินตนเอง ตัวอย่างของเครื่องมือที่นิยมใช้ในกลุ่มนี้เช่น Motivational Interviewing Skills Coding (MISC) System ซึ่ง MITI, MISO และ SCOPE ได้รับการพัฒนาโดยกลุ่มผู้พัฒนาวิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจ

- แบบประเมินตนเอง (guided self-evaluation of a recorded session) ซึ่งได้รับการพัฒนาขึ้นในโครงการทางเลือกสุขภาพ (healthy choice) เพื่อประเมินทัศนคติของผู้ตอบ ซึ่งผู้สัมภาษณ์ใช้เป็นวิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจกับผู้รับการปรึกษาว่ามีความคิดเห็นต่อสมรรถนะของตนเองที่เกิดขึ้นในระหว่างการพูดคุยกับผู้รับการปรึกษาในแต่ละครั้งเพียงใด

- แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับกระบวนการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing process code หรือ MIPC) เป็นแบบประเมินที่ถูกพัฒนาขึ้นโดย Barsky & Coleman (2001) เพื่อใช้ในการประเมินว่าผู้สัมภาษณ์ได้ใช้ทักษะจำเป็นสอดคล้องกับแนวคิดของ การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เพียงใด เครื่องมือนี้มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (5-point Likert type scale) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ จำแนกออกเป็นองค์ประกอบที่สำคัญสองด้านคือ 1) การประเมินทักษะด้านการทำบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของผู้สัมภาษณ์ (functional skills) ประกอบด้วยการประเมิน 13 ข้อที่ครอบคลุมทักษะการให้การปรึกษาเช่น การแสดงถึงความร่วมรู้สึก (expressing empathy) รวมถึงทักษะเกี่ยวกับจิตวิญญาณของการสัมภาษณ์แบบเสริมสร้างแรงจูงใจเช่น การขยายให้เห็นถึงความแตกต่าง (amplifying discrepancies) และความกำกวม (ambiguity) 2) การประเมินการละเลยการทำบทบาทหน้าที่ที่สำคัญ หรือการใช้วิธีการสัมภาษณ์ที่ไม่ถูกต้อง (dysfunctional skills) ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อซึ่งให้ผู้สัมภาษณ์ประเมินตนเองว่าได้มีพฤติกรรมกรรมการสัมภาษณ์ที่ไม่ถูกต้องในลักษณะต่างๆ ระหว่างการสัมภาษณ์เช่น มีการโต้เถียงกับผู้รับคำปรึกษา หรือการติตรา เป็นต้น

- แบบประเมิน The motivational interviewing adherence and competence feedback form ซึ่งพัฒนาโดย Addiction Technology Transfer Center (ATTC) Network ภายใต้ความร่วมมือและความเห็นชอบจากพันธมิตรที่ทำงานด้านยาเสพติด เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินทั้งความสม่ำเสมอความยึดมั่น (adherence) และความสามารถ (competence) ของการสัมภาษณ์

ได้มีการนำการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหลายประการ และได้มีการทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic reviews) เพื่อรวบรวมประสิทธิภาพของการใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เช่น การเลิกแอลกอฮอล์ การเลิกสูบบุหรี่ พฤติกรรมการบริโภค และการออกกำลังกาย รวมถึงการนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กเล็กโดยพ่อแม่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต และผู้ป่วยภาวะน้ำตาลในเลือด ซึ่งในแต่ละการศึกษาจะมีการใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ที่มีรายละเอียดที่แตกต่างกันจึงทำให้ยากแก่การสรุปผลโดยรวม แต่พบว่า การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นได้ เช่น การลดลงของค่าเฉลี่ยหูดูด ถอนในฟันน้ำนม (dmfs) การลดระดับคราบจุลินทรีย์ การลดลงของอาการเลือดออก (bleeding on probing) การใช้ฟลูออไรด์เฉพาะที่เพิ่มขึ้นในเด็กเล็ก ทั้งนี้มีคำแนะนำสำหรับการทำวิจัยที่นำการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้ในทางสุขภาพช่องปาก ดังนี้<sup>33</sup>

- ควรมีวิธีการรวบรวมการวัดค่าความรู้และพฤติกรรม รวมไปถึงตัวบ่งชี้ทางคลินิกต่างๆ เพื่อให้สามารถเกิดการติดตามผลได้อย่างต่อเนื่อง

- การดำเนินของโรคในช่องปากได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายด้านเช่น อายุ เพศ ด้านและชนิดของซีฟัน ค่าตั้งต้นของโรคก่อนการศึกษา สภาวะเศรษฐกิจ สถานะ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก จึงควรนำปัจจัยเหล่านั้นนำมาศึกษาด้วย

- ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ควรมาจากการคัดเลือก และสุ่มอย่างรอบคอบเพื่อให้สามารถทำให้เกิดความใกล้เคียงของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และมีความจำเป็นที่จะต้องปกปิด (blind) ผู้ที่ให้คะแนนประเมินการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้การประเมินผลเป็นไปอย่างถูกต้อง

### 3. วัตถุประสงค์การศึกษา

#### วัตถุประสงค์เชิงปริมาณ

3.1 เพื่อศึกษาประสิทธิผลการประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเมื่อเปรียบเทียบกับทำให้ทันตสุขศึกษาแบบเดิมต่อ

3.1.1 ระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์

3.1.2 ความสามารถของผู้ดูแลในการให้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียง

3.1.2.1 การปฏิบัติในการให้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียง

3.1.2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก

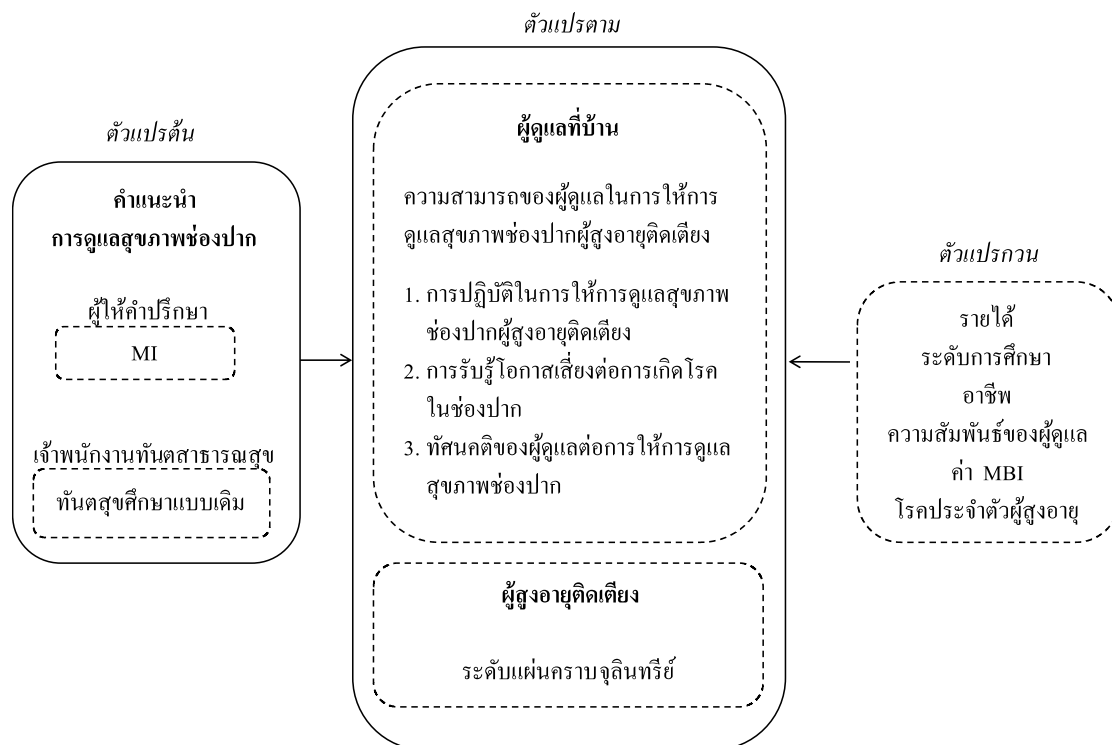
3.1.2.3 ทักษะคิดของผู้ดูแลต่อการให้การดูแลสุขภาพช่องปาก

#### วัตถุประสงค์เชิงคุณภาพ

3.2 เพื่อศึกษาถึงเหตุผลหรือเงื่อนไขที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแล

### 4. กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ต้องการศึกษาประสิทธิผลของตัวแปรต้น ได้แก่ คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งผ่านการให้คำแนะนำโดยผู้ให้คำปรึกษาในกลุ่มศึกษา และ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในกลุ่มควบคุม ต่อตัวแปรตามซึ่งมี 2 ส่วนคือ ความสามารถของผู้ดูแลในการให้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียง และ ระดับคราบจุลินทรีย์ในผู้สูงอายุติดเตียง โดยมีตัวแปรกวนจากผู้ดูแล ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ และ ตัวแปรกวนจากผู้สูงอายุ ได้แก่ ค่า MBI โรคประจำตัวผู้สูงอายุ (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปริมาณ

## 5. ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน โดยเริ่มต้นด้วยการศึกษาเชิงทดลองเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) เมื่อเปรียบเทียบกับการให้ทันตสุขภาพแบบเดิม (conventional dental health education) ต่อการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียง โดยผู้ดูแล และตามด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยศึกษาในพื้นที่ทั้งสิ้น 24 หน่วยบริการสุขภาพ ครอบคลุมทั้ง 8 อำเภอในพื้นที่จังหวัดกระบี่ เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2559 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2560

## 6. คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

| ศัพท์              | คำอธิบาย   |
|--------------------|--|
| ผู้สูงอายุติดเตียง | ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการประเมินจากโครงการ LTC ว่ามีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้สูงอายุ (Modified Barthel Index; MBI) อยู่ในระดับ 0 – 4 |
| ผู้ดูแล            | บุคคลที่ให้การดูแลหลักด้านสุขภาพช่องปากแก่ผู้สูงอายุ โดยอาจเป็นคนในครอบครัว หรือ คนดูแลรับจ้าง   |

| ศัพท์  | คำอธิบาย  |
|--|---|
| ความสามารถของ ผู้ดูแล  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียง และ</li> <li>2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และ</li> <li>3. ทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียง</li> </ol>   |
| พฤติกรรมกระทำ ความสะอาดช่องปาก ที่เหมาะสม                              | <p>พฤติกรรมกระทำทำความสะอาดที่ผู้ดูแลทำภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การทำความสะอาดเชิงกล ได้แก่ การแปรงฟัน หรือ การเช็ดฟันด้วย ผ้า หรือ การเช็ดเหงือกหรือกระพุ้งแก้มด้วยผ้า และ/หรือ</li> <li>2. การทำความสะอาดเชิงเคมี ได้แก่ การใช้น้ำยาบ้วนปากคลอเฮกซิดิน หรือ น้ำยาบ้วนปากฟลูออไรด์</li> </ol> |
| พฤติกรรมกระทำ ความสะอาดช่องปาก ที่ไม่เหมาะสม                           | <p>พฤติกรรมกระทำทำความสะอาดที่ผู้ดูแลทำภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การไม่ทำความสะอาดช่องปากเลย หรือ</li> <li>2. การบ้วนน้ำเปล่า</li> </ol>  |
| พฤติกรรมกระทำ ความสะอาดช่องปาก ดีขึ้น                                  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. พฤติกรรมทำความสะอาดเปลี่ยนแปลงจาก “ไม่เหมาะสม” เป็น “เหมาะสม” และ/หรือ</li> <li>2. มีการ “เพิ่มความถี่” ในการทำความสะอาดช่องปาก</li> </ol>  |
| พฤติกรรมกระทำ ความสะอาดช่องปาก ไม่ดีขึ้น                               | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. พฤติกรรมทำความสะอาดช่องปาก “ไม่เหมาะสม” คงเดิม หรือ</li> <li>2. ไม่มีการ “เพิ่มความถี่” ในการทำความสะอาดช่องปาก</li> </ol>  |
| การสัมภาษณ์เพื่อ เสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing; MI)    | <p>วิธีการให้การปรึกษาเพื่อสร้างให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้สูงอายุติดเตียง ร่วมกับการสาธิตการทำความสะอาดช่องปาก</p>  |
| การให้ทันตสุขศึกษา แบบเดิม (Conventional dental health education; CDE) | <p>การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียงแก่ผู้ดูแล ร่วมกับการสาธิตการทำความสะอาดช่องปาก</p>   |

## บทที่ 2

### วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นงานวิจัยแบบผสมผสานแบบขั้นตอน (Mixed sequential method) โดยเริ่มต้นการศึกษาเชิงปริมาณ เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มปกปิดทางเดียว (randomized controlled trial: single blind) โดยการปกปิดผู้ตรวจ ตามด้วยการศึกษาเชิงคุณภาพเชิงอธิบาย (explanatory design) ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีแนวคำถาม (Guided questions) เพื่อช่วยอธิบายผลจากการศึกษาเชิงปริมาณ โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2559 ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ. 2560 รวมทั้งสิ้น 6 เดือน งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในงานการวิจัย รหัสโครงการ -P-29-EC5908 LR และผ่านการลงทะเบียน Thai Clinical Trial Registry (TCTR) รหัส TCTR20170110002

ในรายงานส่วนนี้จะอธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยโดยแบ่งเป็นการศึกษาเชิงปริมาณ และการศึกษาเชิงคุณภาพตามลำดับ

### การศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative study)

#### 1. การเลือกพื้นที่ศึกษา และกลุ่มประชากรที่ศึกษา

##### 1.1 การเลือกพื้นที่ศึกษา

การศึกษารั้งนี้เลือกพื้นที่ศึกษาโดยการเลือกพื้นที่แบบจำเพาะเจาะจง (Purposive setting) ครอบคลุมในทุกอำเภอของจังหวัดกระบี่ โดยเริ่มต้นเลือกจากตำบลนาร่องโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) และตำบลที่สนใจเข้าร่วมการศึกษา รวมทั้งสิ้น 24 หน่วยบริการ

##### 1.2 การเลือกกลุ่มประชากรที่ศึกษา

วิธีการคัดเลือกกลุ่มประชากรที่ศึกษาอาศัยเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ดังนี้

##### ● คัดเลือกผู้ดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

##### เกณฑ์คัดเข้า

1. อยู่ในเขตพื้นที่โครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง (long term care)

2. เป็นบุคคลที่ได้รับการมอบหมายงานโดยญาติให้การดูแลหลักด้านสุขภาพช่องปากแก่ผู้สูงอายุติดเตียงที่อยู่ที่บ้าน

#### เกณฑ์คัดออก

1. มีความบกพร่องทางการพูด หรือการได้ยิน
2. ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
3. ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย
4. ไม่สามารถติดตามผลทางโทรศัพท์ได้

#### ● คัดเลือกผู้สูงอายุติดเตียง ดังนี้

#### เกณฑ์คัดเข้า

1. อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. ภาวะติดเตียง (MBI 0 – 4 จากคะแนนเต็ม 20)
3. มีฟันแท้ในช่องปาก (ส่วนตัวฟันอยู่ในสภาพสมบูรณ์) อย่างน้อย 2

sextant

4. มี “ผู้ดูแล” ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุอยู่ที่บ้าน

#### เกณฑ์คัดออก

1. ผู้ป่วยมีประวัติแพ้สารเคมีที่ใช้ในการศึกษา เช่น น้ำยาขัดคราบจุลินทรีย์ ยาสีฟัน น้ำยาบ้วนปากผสมคลอรีนเฮกซิดีน เป็นต้น

#### การคำนวณเพื่อหาจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

เลือกสูตรที่เป็นการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสองกลุ่มตัวอย่างที่มีความเป็นอิสระต่อกัน (means difference between two independent mean) โดยใช้ข้อมูลของ ค่าเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์บนฟันแท้ จากการศึกษาที่ผ่านมาของ Frenkel (2001)<sup>18</sup> ซึ่งมีการวัดระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันด้วย Simplified Oral Hygiene Index (OHI-S)

1.2.1 การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยการ ใช้ระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน (dental plaque)

$$\text{จากสูตร } n/gr = \frac{(Z_{(1-\alpha/2)} + Z_{(1-\beta/2)})^2 2\sigma^2}{(\bar{x}_2 - \bar{x}_1)^2}$$

- dental plaque control (n=41) : 2.18 (sd = 0.53)<sup>18</sup>
- dental plaque intervention (n = 37) : 1.87 (sd = 0.49)<sup>18</sup>
- alpha error = 0.05 (Two-tailed) /  $Z_{.95} = 1.96$

- power (1-beta error) = 0.8/  $Z_{.80}$  = 0.84

- $\sigma$  ที่ได้จากการคำนวณ pooled sd

$$S_{pooled} = \sqrt{\frac{(n_1 - 1)S_1^2 + (n_2 - 1)S_2^2}{n_1 + n_2 - 2}}$$

- s pooled = 0.51

แทนค่าในสูตร

$$n/gr = \frac{(1.96 + 0.84)^2 2(0.51)^2}{(2.18 - 1.87)^2} = 42.42$$

○ จากการใช้โปรแกรม G\*power version 3.1<sup>34</sup> ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ค่า  $n/gr = 44$

ดังนั้นจึงเลือก n ที่มีค่ามากที่สุดคือ

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน (dental plaque) = 44 คน /กลุ่ม (รวม 88 คน)

### 1.2.2 อัตราการออกกลางคัน

จากการศึกษาของ Kuo และคณะ (2015)<sup>35</sup> ซึ่งเป็นการศึกษาถึงผลการให้ทันตสุขศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (stroke survival) พบว่ามีอัตราการออกกลางคันการศึกษา (จากการปฏิเสธการวิจัยต่อ และการเสียชีวิตของผู้ป่วย) ที่ร้อยละ 6 (เสียชีวิต 5 ราย และปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัยกลางคัน 1 ราย) เมื่อคำนวณการออกกลางคันระหว่างการศึกษจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างจริง =  $6/100 \times 88$  คน = 5.28 คน

ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ = 88 คน + 5.28 คน = 93.28 คน (94 คน)

ผู้วิจัยได้กำหนดกฎการยุติการศึกษา (stopping rule) ไว้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุติดเตียง เสียชีวิต หรือ ย้ายที่อยู่
2. ผู้ดูแล เสียชีวิต หรือ ย้ายที่อยู่
3. ผู้ดูแล หรือ ผู้สูงอายุ ขอยุติการเข้าร่วมงานวิจัยในระหว่างทำการศึกษา

จากนั้นจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวพบว่าสามารถค้นหากลุ่มตัวอย่างได้ 62 คน ทำการแบ่งกลุ่ม (allocation) ด้วยวิธีการจับสลาก (lottery) โดยการกำหนดโควตา เพื่อให้เกิดอัตราส่วนของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมในแต่ละหน่วยบริการ เท่ากับ 1 ต่อ 1 (ตารางที่ 2)



ตารางที่ 2 การแบ่งกลุ่มตัวอย่างงานวิจัย จำแนกตามหน่วยบริการ

| หน่วยบริการ                     | กลุ่มศึกษา<br>(ราย) | กลุ่มควบคุม<br>(ราย) | รวม<br>(ราย) |
|---------------------------------|---------------------|----------------------|--------------|
| 1. รพสต. ทับปริก                | 1                   | 1                    | 2            |
| 2. รพสต. คลองใหญ่               | 1                   | 1                    | 2            |
| 3. รพสต. บ้านทุ่ง               | 1                   | 2                    | 3            |
| 4. รพสต. ในสระ                  | 1                   | 1                    | 2            |
| 5. รพสต. นาดีน                  | 0                   | 1                    | 1            |
| 6. รพสต. สองแพรก                | 1                   | 1                    | 2            |
| 7. รพสต. ไส้ไทย                 | 1                   | 0                    | 1            |
| 8. รพสต. ช่างพลี                | 0                   | 1                    | 1            |
| 9. รพสต. ในไร่                  | 2                   | 2                    | 4            |
| 10. รพสต. บางผึ้ง               | 1                   | 1                    | 2            |
| 11. รพสต. คลองเสียด             | 1                   | 1                    | 2            |
| 12. รพสต. คลองขนาน              | 1                   | 0                    | 1            |
| 13. รพสต. นาวง                  | 0                   | 1                    | 1            |
| 14. เทศบาลตำบลเกาะลันตาใหญ่     | 1                   | 1                    | 2            |
| 15. เทศบาลตำบลเขาพนม            | 2                   | 3                    | 5            |
| 16. รพสต. กอดง                  | 1                   | 0                    | 1            |
| 17. เทศบาลตำบลลำทับ             | 1                   | 2                    | 3            |
| 18. รพสต. คลองพนเฉลิมพระเกียรติ | 1                   | 2                    | 3            |
| 19. เทศบาลตำบลคลองท่อมใต้       | 1                   | 1                    | 2            |
| 20. เทศบาลตำบลปลายพระยา         | 1                   | 0                    | 1            |
| 21. เทศบาลตำบลอ่าวลึกใต้        | 2                   | 1                    | 3            |
| 22. เทศบาลตำบลเหนือคลอง         | 2                   | 2                    | 4            |
| 23. เทศบาลตำบลกระบี่ใหญ่        | 2                   | 1                    | 3            |
| 24. เทศบาลเมืองกระบี่           | 6                   | 5                    | 11           |
| <b>รวม</b>                      | <b>31</b>           | <b>31</b>            | <b>62</b>    |

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

### 2.1 ลักษณะของเครื่องมือ

#### ส่วนที่ 1 การตรวจช่องปาก และ ควบจลินทรีย์ (ภาคผนวก ก)

ในการตรวจฟันผุ ฟันสึก และ หินปูนพิจารณาจากการมองเห็นด้วยตาเปล่าหรือสามารถเขี่ยติดโดยใช้ชุดตรวจช่องปากภายใต้แสงจากไฟฉาย การมีฟันโยกตรวจโดยใช้ด้ามกระจก หากมีการขยับในระดับตั้งแต่ 2 ขึ้นไป ถือว่ามีฟันโยก

วัดควบจลินทรีย์โดยใช้ดัชนี Simplified Oral Hygiene Index (OHI-S) ย้อมด้วยอิริโทรซิน (erythrosine) ซึ่งใช้ฟันทั้งหมด 6 ซี่ที่เป็นตัวแทนของฟันทั้งหมดในช่องปาก ฟันที่ใช้ได้แก่ ฟันหน้า 2 ซี่ คือ ซี่ 11 และ 31 ใช้ด้านใกล้ริมฝีปาก (labial) ฟันหลังบน 2 ซี่ คือ ซี่ 16 และ 26 ใช้ด้านใกล้แก้ม (buccal) ฟันหลังล่าง 2 ซี่ คือ ซี่ 46 และ 36 ใช้ด้านใกล้ลิ้น (lingual) หากฟันซี่ใดที่หายไป (missing) ให้ใช้ฟันชนิดเดียวกันในตำแหน่งถัดไปทางด้านใกล้กลาง (distal) โดยมีเกณฑ์ดังนี้

- |   |   |
|---|---|
| 0 | ไม่ติดสี  |
| 1 | ติดสีไม่เกินหนึ่งในสามของผิวฟันในด้านที่ตรวจ หรือ พบเพียงคราบติดสีจากภายนอกเพียงอย่างเดียว 1% - 25% ของพื้นผิวทั้งหมด |
| 2 | ติดสีมากกว่าหนึ่งในสาม แต่ไม่เกินสองในสาม ของผิวฟันด้านที่ตรวจ  |
| 3 | ติดสีมากกว่าหนึ่งในสาม แต่ไม่เกินสองในสาม ของผิวฟันด้านที่ตรวจ  |

#### ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ (ภาคผนวก ก)

1. การปฏิบัติในการให้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียง ใช้แบบสัมภาษณ์ปลายปิด ตามโดยผู้สัมภาษณ์ (ผู้วิจัย) 1 คน เนื้อหาในแบบสอบถามประกอบไปด้วยคำถามเกี่ยวกับวิธีการทำความสะอาด ความถี่ ช่วงเวลา การเลือกอาหารให้รับประทาน ฯลฯ

2. ความรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก แบบ 4 ตัวเลือก ประกอบไปด้วย 4 ข้อคำถาม ดังนี้

- 2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการติดเชื้อทางเดินหายใจ
- 2.2 การรับรู้เกี่ยวกับความสะอาดของช่องปากผู้สูงอายุ
- 2.3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคในช่องปากผู้สูงอายุ
- 2.4 การรับรู้ปัญหาที่เกิดจากสภาพในช่องปากผู้สูงอายุ

3. ทักษะคิดของผู้ดูแลต่อการให้การดูแลสุขภาพช่องปาก คำถาม 18 ข้อ มีตัวเลือกตอบ 3 ระดับ โดยคำตอบที่สอดคล้องกับทัศนคติเชิงบวกให้คะแนน 3 เชนงลบให้คะแนน 1 และให้คะแนน 2 สำหรับการตอบว่า “ไม่แน่ใจ” จากนั้นคิดค่าคะแนนรวมและแบ่งเป็นระดับดังนี้

- 18-30 คะแนน ทักษะคิด “ไม่ดี”  
 31-42 คะแนน ทักษะคิด “พอใช้”  
 43-54 คะแนน ทักษะคิด “ดี”

## 2.2 ตัวแปรที่ศึกษา

### ตัวแปรต้น

1. การได้รับการประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) ในการให้ทันตสุขศึกษา

2. การได้รับทันตสุขศึกษาแบบเดิม

### ตัวแปรตาม

1. ระดับคราบจุลินทรีย์บนฟันแท้ (dental plaque index)

2. ความสามารถของผู้ดูแลในการให้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติด

เตียง

2.1 การปฏิบัติในการให้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียง

2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก

2.3 ทักษะคิดของผู้ดูแลต่อการให้การดูแลสุขภาพช่องปาก

### ตัวแปรกวน

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1. อายุ เพศ

2. ระดับ MBI, โรคประจำตัว

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแล

1. อายุ เพศ

2. สถานภาพการสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ

3. ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ (จำนวนปี)

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

1. อายุ เพศ

2. ประสบการณ์การทำงาน (จำนวนปี) ตำแหน่ง

## 3. ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

### 3.1 ขั้นตอนเตรียมการ

3.1.1 ประชุมชี้แจงภายในจังหวัด เพื่อสำรวจพื้นที่หน่วยบริการในจังหวัด กระทั่งที่ต้องการเข้าร่วมการศึกษา

3.1.2 ทำการปรับมาตรฐานผู้ตรวจ (Calibration) โดยมีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 1 คนทำหน้าที่เป็นผู้ตรวจที่ได้รับการปกปิด (Blind) โดยก่อนการศึกษาได้มีการปรับมาตรฐานผู้ตรวจ ในการตรวจระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์ตามหลักเกณฑ์กับผู้เชี่ยวชาญ (standardization) ได้สัมประสิทธิ์แคปปาเป็น 0.748 และค่าความเที่ยงของการตรวจซ้ำในบุคคลเดียวกัน (intra-examiner calibration) ได้สัมประสิทธิ์แคปปาเป็น 0.836

3.1.3 สร้างแบบสัมภาษณ์ และมีการควบคุมภาพด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และการหาค่าความเชื่อมั่น (internal consistency) โดยได้ค่า Cronbach's alpha เป็น 0.86

3.1.4 การฝึกอบรมผู้ให้คำปรึกษาเพื่อสัมภาษณ์แรงจูงใจ โดยใช้วิธี ดังนี้

3.1.4.1 การศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

3.1.4.2 การศึกษาจากคลิปวิดีโอในเว็บไซต์

3.1.4.3 การทดลองบทบาทสมมติ ร่วมกับการใช้แบบประเมินความถูกต้องของการทำ MI (MITI)

### 3.2 ขั้นตอนการเก็บข้อมูลก่อนการศึกษา

3.2.1 ผู้ตรวจทำการตรวจช่องปากผู้สูงอายุ และย้อมคราบจุลินทรีย์เฉพาะซี่ฟันตัวแทน และบันทึกในแบบบันทึกช่องปาก

3.2.2 ผู้สัมภาษณ์ทำการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไป ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียง

3.2.3 ทำการแบ่งกลุ่ม (allocation) ด้วยวิธีจับสลาก เพื่อแบ่งเป็นกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

3.2.4 ประชุมชี้แจงทันตบุคลากรที่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำแนะนำการดูแลช่องปากในกลุ่มควบคุมจำนวน 24 คน เพื่อแจ้งแนวทางปฏิบัติ (protocol) ในการให้คำแนะนำ อบรมเรื่องการทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุ โดยใช้สื่อคู่มือ<sup>36</sup> และ วิดีทัศน์ รวมถึงวิธีการในการควบคุมคุณภาพการให้คำแนะนำ

### 3.3 ขั้นตอนการให้คำแนะนำด้านสุขภาพช่องปากแก่ผู้ดูแล แบ่งตามกลุ่มที่ ทำการศึกษาดังนี้

#### 3.3.1 กลุ่มศึกษา

ได้รับทันตสุขศึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษา 1 คน (เพศหญิง ตำแหน่งผู้ช่วยทันตแพทย์) ใช้ระยะเวลาประมาณ 15-20 นาที หรือมากกว่านั้นขึ้นกับบริบทของผู้ดูแลแต่ละคน โดยมีการกำหนดเนื้อหาที่เกี่ยวข้องไว้ได้แก่ ความสำคัญสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ การเลือกอาหารที่เหมาะสมต่อสุขภาพ วิธีการทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุ การสาธิตทดลองฝึกปฏิบัติ โดยนำหลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) มาร่วมใช้ในขณะให้ทันตสุขศึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียงโดยเน้นให้ผู้ดูแลเกิดความต้องการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเอง ภายใต้อารมณ์ดี และความพร้อม และบริบทของแต่ละครอบครัว พร้อมแจกอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากแก่ผู้ดูแล หลังจากนั้น 1 อาทิตย์ผู้ให้คำปรึกษาจะโทรศัพท์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจอีกครั้ง เพื่อเป็นการย้ำเตือนถึงการให้การดูแลสุขภาพช่องปาก สอบถามปัญหาและให้คำปรึกษาเพิ่มเติม

#### การควบคุมคุณภาพ

ก่อนการศึกษาผู้วิจัยได้มีการเตรียมผู้ให้คำปรึกษาเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการให้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยการศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง การฝึกฝนกับผู้เชี่ยวชาญ(ผู้ทำวิจัย และ คณาจารย์จากคณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์) การฝึกฝนกับผู้ป่วยจริง และได้มีการทดลองให้ผู้ให้คำปรึกษา และ ผู้วิจัย ประเมินโดยใช้แบบประเมินความถูกต้องของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing treatment integrity, MITI) ซึ่งเป็นแบบประเมินภาพรวมของการให้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยยึดหลักจิตวิญญาณของการทำ MI (MI spirit) ตลอดจนการให้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนั้นจะมีการบันทึกเสียงขณะสนทนา และทำการถอดเทปเพื่อให้คะแนนความถูกต้องของการให้คำแนะนำด้วยแบบประเมินความถูกต้องของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (ภาคผนวก ข) โดยเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ ระดับพอใช้ (Fair) ถึงระดับดี (Good)

#### 3.3.2 กลุ่มควบคุม

ได้รับทันตสุขศึกษาแบบเดิม (conventional dental health education) โดยเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในพื้นที่ ใช้ระยะเวลาประมาณ 15-20 นาทีหรือมากกว่านั้นขึ้นกับบริบทของผู้ดูแลแต่ละคน โดยมีการกำหนดเนื้อหาที่เกี่ยวข้องไว้ได้แก่ ความสำคัญสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ การเลือกอาหารที่เหมาะสมต่อสุขภาพ วิธีการทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุ การสาธิตทดลองฝึกปฏิบัติ พร้อมแจกอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากแก่ผู้ดูแล

### การควบคุมคุณภาพ

ก่อนการศึกษาผู้วิจัยได้ประชุมเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่เพื่อชี้แจงแนวทางการปฏิบัติ (protocol) ในการให้ทันตสุขภาพแบบเดิม และกำหนดว่า เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขแต่ละคนจะต้องถูกประเมิน (audit) ในขณะที่ให้ทันตสุขภาพ อย่างน้อยคนละ 1 ครั้ง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินผลตามแบบฟอร์ม (ภาคผนวก ก) ซึ่งเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ ระดับ “ผ่าน” โดยครั้งที่เหลือให้ทำการบันทึกเสียงขณะสนทนา และบันทึกขั้นตอนการปฏิบัติขณะให้คำแนะนำลงในแบบฟอร์ม (ภาคผนวก ง) เพื่อทำการควบคุมคุณภาพ

ได้สรุปรายละเอียดของขั้นตอนในแต่ละกลุ่มดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** สรุปเปรียบเทียบลักษณะการดำเนินงานวิจัยของกลุ่มควบคุม และ กลุ่มศึกษา

|  | กลุ่มควบคุม   | กลุ่มศึกษา   |
|--|---|--|
| ผู้ให้คำแนะนำ                              | เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข พื้นที่ละ 1 คน<br>รวม 24 คน  | ผู้ช่วยทันตแพทย์ 1 คน  |
| ขั้นตอนการฝึกอบรม                          | อบรมเรื่องวิธีการดูแลช่องปากผู้สูงอายุ<br>เดี่ยว โดยใช้เอกสาร/สื่อประกอบ ดังนี้<br>1. คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ<br>หลักสูตร 70 ชั่วโมง<br>2. วิดีทัศน์การดูแลอนามัยช่องปากผู้สูงอายุ<br>ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้<br>3. ฝึกปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปาก<br>แก่ผู้สูงอายุ<br>4. การชี้แจงการกำหนดแนวทางปฏิบัติใน<br>การให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล (CDE<br>protocol) | อบรมเรื่องวิธีการดูแลช่องปากผู้สูงอายุ<br>เดี่ยว โดยใช้เอกสาร/สื่อประกอบ ดังนี้<br>1. คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ<br>หลักสูตร 70 ชั่วโมง<br>2. วิดีทัศน์การดูแลอนามัยช่องปากผู้สูงอายุ<br>ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้<br>3. ฝึกปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปากแก่<br>ผู้สูงอายุ<br>4. การชี้แจงการกำหนดแนวทางปฏิบัติใน<br>การให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล (MI protocol)<br>5. ฝึกรวมการใช้ MI ผ่านเอกสาร วิดี<br>ทัศน์ และการจำลองสถานการณ์สมมติ |
| อุปกรณ์ทำ<br>ความสะอาดที่<br>มอบให้ผู้ดูแล | 1. แปรงสีฟันขนนุ่ม 1 ค้าม<br>2. ยาสีฟันเซ่น โซดาฟันมัลติแคร์ขนาด 25 กรัม 3 หลอด<br>3. น้ำยาบ้วนปากคลอร์เฮกซีดีน 0.12% ขนาด 100 มล. 2 ขวด<br>4. Sodium Fluoride mouthwash 0.05% ขนาด 100 มล. 3 ขวด<br>5. ผ้าก๊อซ   |  |
| เวลาที่ใช้ต่อ<br>ราย                       | รายละเอียด 15 – 20 นาที หรือมากกว่านั้น   | รายละเอียด 15 -20 นาที หรือมากกว่านั้น   |

ตารางที่ 3 (ต่อ)

|                                       | กลุ่มควบคุม   | กลุ่มศึกษา  |
|---------------------------------------|---|---|
| ขั้นตอนการ<br>ให้คำแนะนำ<br>พอสั่งเขป | CDE protocol (ภาคผนวก ข)<br>1. แนะนำตัว พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์<br>2. สอบถามการดูแลโดยทั่วไป<br>3. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสม<br>4. ให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการ<br>ดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียง<br>5. ให้คำแนะนำ พร้อมฝึกปฏิบัติการทำ<br>ความสะอาดช่องปากสำหรับผู้ป่วยติด<br>เตียงในลักษณะที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละ<br>ราย<br>6. เปิดโอกาสให้ซักถาม และ มอบอุปกรณ์<br>ทำความสะอาด | MI protocol<br>1. แนะนำตัว พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์<br>2. พุดคุยเพื่อสร้างความสัมพันธ์<br>3. สอบถามการดูแลโดยทั่วไป<br>4. พุดคุยโดยประยุกต์ใช้ MI เพื่อจูงใจผู้ดูแล<br>5. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสม<br>6. ให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการ<br>ดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียง<br>7. ให้คำแนะนำ พร้อมฝึกปฏิบัติการทำ<br>ความสะอาดช่องปากสำหรับผู้ป่วยติด<br>เตียงในลักษณะที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละ<br>ราย<br>8. เปิดโอกาสให้ซักถาม และ มอบอุปกรณ์<br>ทำความสะอาด |
| การติดตาม<br>ทางโทรศัพท์              | ไม่มี   | MI ทางโทรศัพท์เมื่อ 1 สัปดาห์หลังการทำ<br>MI ครั้งแรก   |
| การควบคุม<br>ความถูกต้อง              | Audit แห่งละ 1 รายโดยผู้ทำวิจัย โดยใช้<br>เกณฑ์ตาม protocol   | Audit ทุกรายโดยผู้ทำวิจัย ร่วมกับ<br>ผู้เชี่ยวชาญจากคณะทันตแพทยศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยใช้เกณฑ์<br>MITI (ภาคผนวก ก)   |

### 3.4 ขั้นตอนก่อนการเก็บข้อมูลหลังการศึกษา

ก่อนเก็บข้อมูลหลังการศึกษาได้ทำการปรับมาตรฐานผู้ตรวจอีกครั้ง ได้  
สัมประสิทธิ์แคปปาเป็น 0.847 และได้มีการปรับมาตรฐานการตรวจให้มีค่าความเที่ยงของการ  
ตรวจซ้ำในบุคคลเดียวกัน (intra-examiner calibration) ได้สัมประสิทธิ์แคปปาเป็น 0.840

### 3.5 การเก็บข้อมูลหลังการศึกษา

3.5.1 ผู้ตรวจทำการตรวจช่องปากผู้สูงอายุ และ ย้อมคราบจุลินทรีย์เฉพาะซี่ฟัน  
ตัวแทน และบันทึกในแบบบันทึกช่องปาก

3.5.2 ผู้สัมภาษณ์ (ผู้วิจัย) ทำการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งประกอบไปด้วย  
ข้อมูลทั่วไป ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียง

#### 4. การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล

บันทึกข้อมูลด้วยโปรแกรม Epidata ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงโดยโปรแกรม SPSS กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ 0.05 โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ในการแจกแจงความถี่ในรูปแบบร้อยละ และใช้สถิติอนุมาน (Inferential statistics) ในกรณีต่างๆดังนี้

4.1 สถิติอ้างอิงพารามิเตอร์ (Parametric statistics) ได้แก่ t-test ใช้กับตัวแปรที่มีการแจกแจงตามปกติ (normal distribution)

4.2 สถิติอ้างอิงไร้พารามิเตอร์ (Nonparametric statistics) ได้แก่ การทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon test) และ แมนท์วีทนีส์ (Mann-Whitney test) สำหรับข้อมูลที่ไม่มีการแจกแจงตามปกติ และ สถิติ ไคสแควร์ (Chi-square) และ ฟิชเชอร์เอ็กแซ็ค (Fisher's Exact) สำหรับข้อมูลนามบัญญัติ (nominal scale) และ ข้อมูลเรียงอันดับ (interval scale)

#### การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study)

##### 1. การคัดเลือกกลุ่มประชากรที่ศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (explanatory design) โดยมีการคัดเลือกกรณีศึกษาแบบยึดจุดมุ่งหมายของการศึกษาเป็นหลัก (purposive sampling) เพื่อศึกษาข้อมูลในระดับลึก และสามารถสะท้อนความเป็นจริงของปรากฏการณ์ได้มากที่สุด (information rich case) โดยพิจารณาเลือกกรณีศึกษาจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเข้มข้น (intensity sampling methods) ทั้งผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงและไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากอย่างชัดเจน ในแต่ละกลุ่ม โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกรณีศึกษา ดังนี้

1. ครอบคลุมผู้ดูแลทั้งที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้น และไม่เปลี่ยนแปลง โดยให้นิยามดังนี้

##### 1.1 พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้น

พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากหลังการศึกษาเปลี่ยนแปลงจาก “ไม่เหมาะสม” เป็น “เหมาะสม” และ/หรือ มีการ “เพิ่ม” ความถี่ในการทำความสะอาดช่องปาก

##### 1.2 พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากไม่เปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากหลังการศึกษา “ไม่เหมาะสม” คงเดิม หรือ ไม่มีการเพิ่มความถี่ในการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม

2. ผู้ดูแลที่สมัครใจในการเข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึก



## 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ภายใน 1 เดือน หลังเสร็จสิ้น การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interviewing) ตามแนวคำถาม (guided questions) (ภาคผนวก จ) ซึ่งปรับตามข้อมูลเชิงปริมาณของแต่ละกรณีศึกษา โดยมีการ บันทึกเสียง เพื่อศึกษาความคิดเห็น ความรู้สึกเกี่ยวกับการให้การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติด เติง จากมุมมองของผู้ดูแล

## 3 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

### 3.1 ขั้นเตรียมการ

3.3.1 ภายหลังจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (ภายใน 1 เดือน) นำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูล โดยนำผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อจำแนกผู้ดูแล ออกเป็น 2 กลุ่มตามพฤติกรรมกรรมการดูแลช่องปากที่เปลี่ยนแปลง และคัดเลือกผู้ดูแลที่มีประเด็น เกี่ยวข้องที่น่าสนใจอย่างน้อยกลุ่มละ 4 ราย เพื่อเป็นตัวแทนของแต่ละกลุ่ม

3.3.2 โทรศัทพ์นัดหมายกับผู้ดูแลเพื่อขอเข้าไปเก็บข้อมูล

### 3.2 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

3.2.1 ทำการสัมภาษณ์ผู้ดูแล โดยใช้เวลา ประมาณ 20 นาที หรือมากกว่านั้น แล้วแต่สถานการณ์ พร้อมกับบันทึกเสียงตลอดการสัมภาษณ์ร่วมกับการจดบันทึก

3.2.2 ระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์จะทำการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธี รวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) โดยการสังเกตร่วมกับการสัมภาษณ์ เพื่อ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

## 4 การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล

เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) ซึ่งได้จากการรวบรวมข้อมูล จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ที่มีการบันทึกเสียงร่วมด้วย โดยวิธีการดังนี้

4.1 ในระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะมีการบันทึกเทป การจดบันทึก

4.2 ผู้วิจัยทำการถอดเทป และตรวจสอบความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้องของข้อมูล

4.3 ในแต่ละครั้งนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เพื่อให้เก็บข้อมูลครั้งต่อไป ครอบคลุมสิ่งที่ต้องการค้นหาคำตอบ หากมีข้อสงสัยในบางประเด็นจะมีการวางแผนเพื่อสัมภาษณ์ เพิ่มเติม

4.4 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์หาข้อสรุปถึงเหตุที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการทำความสะอาดช่องปากของผู้ดูแล โดยการเปรียบเทียบภายในกลุ่มเดียวกันระหว่างกลุ่มผู้ดูแลที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุคิดเพียงว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว และ เปรียบเทียบลักษณะเดียวกัน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา ร่วมกับการตรวจสอบข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสังเกต และตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาอีก 2 ท่าน

### บทที่ 3

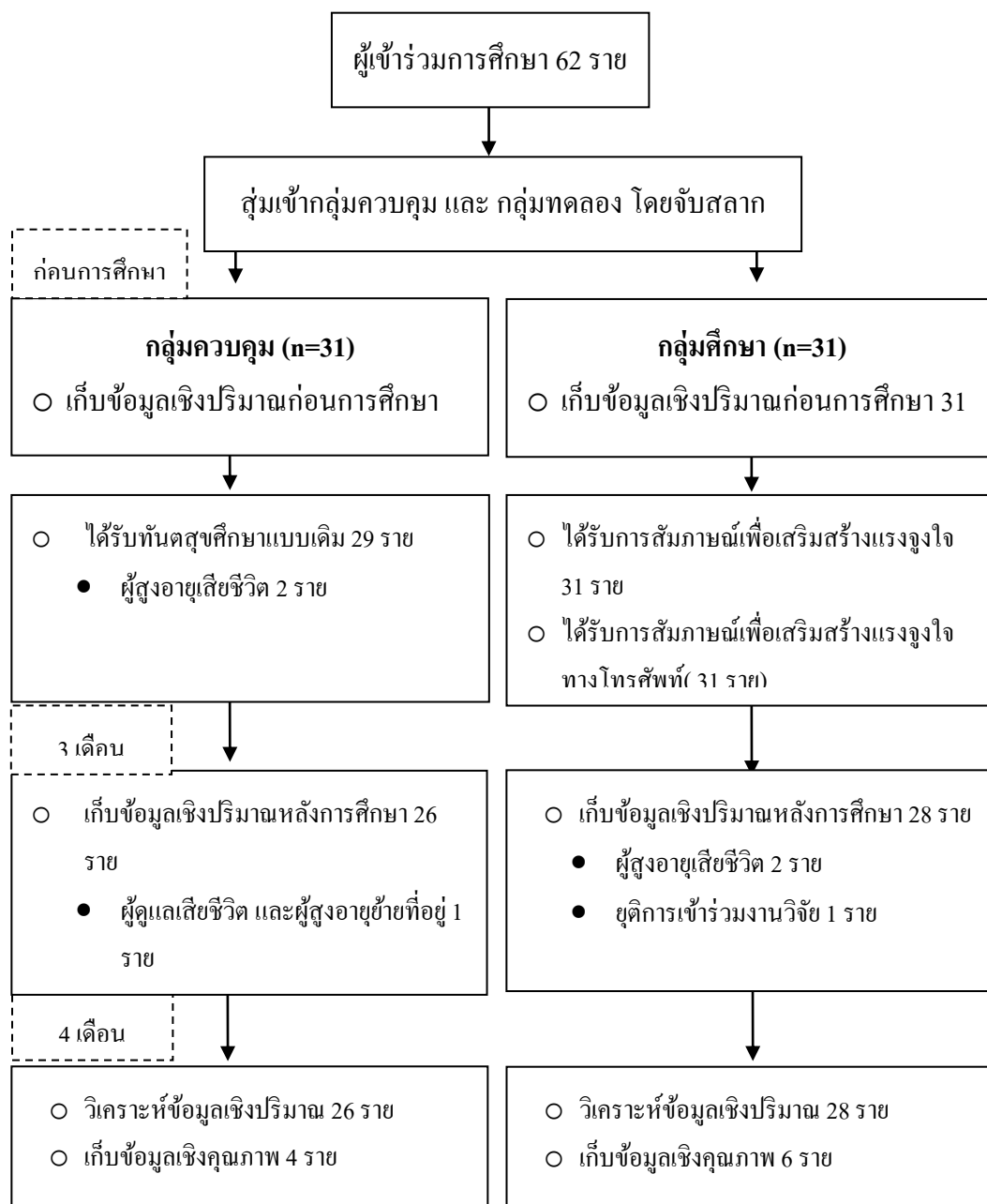
#### ผลการศึกษาและวิเคราะห์ผล

งานศึกษานี้ขึ้นนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มปกปิดทางเดียว (randomized controlled trial: single blind) โดยใช้การศึกษาเชิงปริมาณตามด้วยการใช้เครื่องมือเชิงคุณภาพ การศึกษาเชิงปริมาณใช้การตรวจระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์และใช้แบบสอบถามชนิดมีผู้สัมภาษณ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) เปรียบเทียบกับการให้ทันตสุขศึกษาแบบเดิม (conventional dental health education) ต่อการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแลในจังหวัดกระบี่ ภายหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้คัดเลือกกรณีศึกษาจากกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากในแง่ของการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำความสะอาดที่เหมาะสม และ/หรือ ความถี่ในการทำความสะอาด จากทั้งกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม เครื่องมือเชิงคุณภาพคือ การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interviewing) แบบมีแนวคำถาม (guided questions) เพื่อศึกษาถึง เหตุผลหรือเงื่อนไขที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงของผู้ดูแล

#### ข้อมูลเชิงปริมาณ

##### 1 ข้อมูลทั่วไปผู้สูงอายุ และ ผู้ดูแล

จากการเก็บข้อมูล มีผู้สูงอายุและผู้ดูแลทั้งหมดที่ผ่านการเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 62 รายแบ่งเป็นกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมอย่างละ 31 ราย และเมื่อสิ้นสุดการศึกษามีผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้คงเหลือทั้งสิ้น 54 ราย (มีผู้สูงอายุเสียชีวิต 4 ราย ผู้ดูแลเสียชีวิต 1 ราย ผู้สูงอายุย้ายที่อยู่ 2 ราย และยุติการเข้าร่วมการศึกษา 1 ราย) โดยแบ่งเป็นกลุ่มศึกษา 28 ราย และ กลุ่มควบคุม 26 ราย (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 จำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษาในขั้นตอนต่างๆ

ผู้สูงอายุเป็นชาย 17 คน หญิง 37 คน ผู้สูงอายุมีอายุระหว่าง 64-98 ปี อายุเฉลี่ย 77.81 ปี (SD= 8.38) ส่วนใหญ่มีค่า MBI ซึ่งเป็นดัชนีที่ใช้วัดระดับความพึงพาของผู้ป่วย (คะแนน 0 – 20) อยู่ในระดับ 0 (ร้อยละ 38.9) มีโรคประจำตัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง (ร้อยละ 81.5) มีฟันแท่นน้อยกว่า 20 ซี่คิดเป็นร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีคราบหินปูน ฟันโยก เหงือกบวมหรือค่อมหนอง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารทางปากได้ และอาหารที่รับประทานเป็นอาหารทั่วไป

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.2) มีอายุระหว่าง 24-90 ปี อายุเฉลี่ย 51.72 ปี (SD=14.47) และมีความสัมพันธ์เป็นลูกหลาน จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา อาชีพส่วนใหญ่คือพ่อบ้าน แม่บ้าน มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 10,000 – 5,000บาท ส่วนใหญ่พบว่าไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมาก่อน และไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุมาก่อน

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่คงเหลือในการศึกษาทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการศึกษาได้แสดงไว้ในตารางที่ 4 และ ตารางที่ 5 ตามลำดับ โดยพบว่าไม่มีความแตกต่างในปัจจัยต่าง ๆ ระหว่าง 2 กลุ่ม ยกเว้น ลักษณะอาหารที่ผู้สูงอายุรับประทาน จำนวนฟันแท้ของผู้สูงอายุ อายุและระดับการศึกษาของผู้ดูแล ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ )

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาในระยะก่อนการศึกษา

| ตัวแปร         | n(%)                         |                       |                      | p-value  |       |
|----------------|------------------------------|-----------------------|----------------------|----------|-------|
|                | n(%)                         | กลุ่มควบคุม<br>(n=26) | กลุ่มศึกษา<br>(n=28) |          |       |
| 1. อายุเฉลี่ย  | $\bar{x}(SD)$                | 79.96(7.55)           | 75.82(8.74)          | 0.069    |       |
| 2. เพศ         | ชาย                          | 17(31.5)              | 9(34.6)              | 0.633    |       |
|                | หญิง                         | 37(68.5)              | 17(65.4)             |          |       |
| 3. MBI         | 0                            | 21(38.9)              | 8(30.8)              | 0.369    |       |
|                | 1-2                          | 13(24.1)              | 6(23.1)              |          |       |
|                | 3-4                          | 20(37.0)              | 12(46.1)             |          |       |
| 4. โรคประจำตัว | โรคหลอดเลือดหัวใจและ<br>สมอง | 44(81.5)              | 20(76.9)             | 24(85.7) | 0.494 |
|                | โรคไขมันในเลือดสูง           | 19(35.2)              | 9(34.6)              | 10(35.7) | 0.933 |
|                | โรคกล้ามเนื้อ และ<br>กระดูก  | 15(27.8)              | 7(26.9)              | 8(28.6)  | 0.893 |

ตารางที่ 4 (ต่อ)

|  | ตัวแปร          | ร้อยละ        |                       |                      | p-value      |
|--|-----------------|---------------|-----------------------|----------------------|--------------|
|  |                 | n(%)          | กลุ่มควบคุม<br>(n=26) | กลุ่มศึกษา<br>(n=28) |              |
| 4. โรคประจำตัว                             | โรคมะเร็ง       | 1(1.9)        | 0                     | 1(3.6)               | 1.000        |
|  | โรคตับ          | 2(3.7)        | 1(3.8)                | 1(3.6)               | 1.000        |
|  | โรคไต           | 6(11.1)       | 2(7.7)                | 4(14.3)              | 0.670        |
|  | โรคทางเดินหายใจ | 4(7.4)        | 1(3.8)                | 3(10.7)              | 0.612        |
|  | โรคความจำเสื่อม | 10(18.5)      | 7(26.9)               | 3(10.7)              | 0.169        |
|  | จิตเวช          | 1(1.9)        | 0                     | 1(3.6)               | 1.000        |
|  | เบาหวาน         | 14(25.9)      | 9(34.6)               | 5(17.9)              | 0.160        |
|  | อื่นๆ           | 6(11.1)       | 4(15.4)               | 2(7.1)               | 0.413        |
| 5. ส ำ ม ำ ร ถ<br>รับประทาน<br>อาหารทางปาก | ได้             | 47(87.0)      | 23(88.5)              | 24(85.7)             | 1.000        |
|  | ไม่ได้          | 7(13.0)       | 3(11.5)               | 4(14.3)              |              |
|  |                 |               |                       |                      |              |
| 6. ลักษณะอาหารที่<br>รับประทาน<br>(n=47)   | เหลวหรือ อ่อน   | 17(36.2)      | 4(17.4)               | 13(54.2)             | <u>0.009</u> |
|  | ปกติ            | 30(63.8)      | 19(82.6)              | 11(45.8)             |              |
| <b>สภาวะสุขภาพช่องปาก</b>                  |                 |               |                       |                      |              |
| 7. จำนวนฟันแท้                             | น้อยกว่า 20 ซี่ | 27(50.0)      | 9(34.6)               | 18(64.3)             | <u>0.029</u> |
|  | มากกว่า 20 ซี่  | 27(50.0)      | 17(65.4)              | 10(35.7)             |              |
| 8. ฟันโยก                                  | มี              | 26(48.1)      | 14(53.8)              | 12(42.9)             | 0.419        |
|  | ไม่มี           | 28(51.9)      | 12(46.2)              | 16(57.1)             |              |
| 9. ตุ่มหนองหรือ<br>เหงือกบวม               | มี              | 46(85.2)      | 22(84.6)              | 24(85.7)             | 1.000        |
|  | ไม่มี           | 8(14.8)       | 4(15.4)               | 4(14.3)              |              |
| 10. หินปูน                                 | มี              | 53(98.1)      | 26(100.0)             | 27(96.4)             | 1.000        |
|  | ไม่มี           | 1(1.9)        | 0                     | 1(3.6)               |              |
| 11. ค่าเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์                |                 | $\bar{x}(SD)$ | 2.78(0.25)            | 2.83(0.32)           | 0.188        |

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาในระยะก่อนการศึกษา

| ปัจจัย  | n(%)              | n(%)                  |                      | p-value            |
|---|-------------------|-----------------------|----------------------|--------------------|
|   |                   | กลุ่มควบคุม<br>(n=26) | กลุ่มศึกษา<br>(n=28) |                    |
| อายุเฉลี่ย (SD)                                   |                   | 57.54(16.05)          | 46.32(10.47)         | 0.003              |
| 1. เพศ  | ชาย               | 8(14.8)               | 3(11.5)              | 0.706              |
|   | หญิง              | 46(85.2)              | 23(88.5)             |                    |
| 2. ความสัมพันธ์ของผู้ดูแล                         | คนในครอบครัว      | 47(87.0)              | 22(84.6)             | 0.699              |
|   | รับจ้างดูแล และ   | 7(13.0)               | 4(15.4)              |                    |
|   | อื่นๆ             |                       | 3(10.7)              |                    |
| 3. ศาสนา  | พุทธ              | 37(68.5)              | 17(65.4)             | 0.633              |
|   | อิสลาม            | 17(31.5)              | 9(34.6)              |                    |
| 4. อาชีพ  | พ่อบ้าน แม่บ้าน   | 24(44.4)              | 13(50.0)             | 0.723              |
|   | ทำสวน             | 12(22.2)              | 5(19.2)              |                    |
|   | รับราชการ รับจ้าง | 18(33.3)              | 8(30.8)              |                    |
|   | อื่นๆ             |                       | 10(35.7)             |                    |
| 5. ระดับการศึกษา                                  | ต่ำกว่าประถมศึกษา | 29(53.7)              | 19(73.1)             | 0.006              |
|   | มัธยมขึ้นไป       | 25(46.3)              | 7(26.9)              |                    |
| 6. รายได้ต่อเดือน                                 | ต่ำกว่า 5,000     | 11(20.4)              | 6(23.1)              | 0.202              |
|   | 5,001 – 10,000    | 16(29.6)              | 8(30.8)              |                    |
|   | 10,001 – 15,000   | 12(22.2)              | 8(30.8)              |                    |
|   | มากกว่า 15,001    | 15(27.8)              | 4(15.4)              |                    |
| 7. เขตที่อยู่อาศัย                                | เขตชนบท           | 25(46.3)              | 13(50.0)             | 0.599              |
|   | เขตเมือง          | 29(53.7)              | 13(50.0)             |                    |
| 8. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเตียง               | เคย               | 13(24.1)              | 7(26.9)              | 0.637              |
|   | ไม่เคย            | 41(75.9)              | 19(73.1)             |                    |
| 9. เคยได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ | เคย               | 7(13.0)               | 3(11.5)              | 1.000 <sup>c</sup> |
|   | ไม่เคย            | 47(87.0)              | 23(88.5)             |                    |

## 2 ปริมาณคราบจุลินทรีย์

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแผ่นคราบจุลินทรีย์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งก่อนและหลังการศึกษา ( $p < 0.05$ ) แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแผ่นคราบจุลินทรีย์ภายในแต่ละกลุ่มระหว่างก่อนการศึกษาและหลังการศึกษา พบว่า มีการลดลงของค่าเฉลี่ยแผ่นคราบจุลินทรีย์ของแต่ละกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยแผ่นคราบจุลินทรีย์ (mean(SD)) ก่อนและหลังการศึกษา เปรียบเทียบทั้งระหว่าง และภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา

|                      | ก่อนการศึกษา | หลังการศึกษา | p-value <sup>1</sup> |
|----------------------|--------------|--------------|----------------------|
| กลุ่มควบคุม (n=26)   | 2.78(0.25)   | 2.46(0.42)   | 0.002                |
| กลุ่มศึกษา (n=28)    | 2.83(0.32)   | 2.46(0.58)   | 0.001                |
| p-value <sup>2</sup> | 0.188        | 0.785        |                      |

<sup>1</sup>Wilcoxon, <sup>2</sup>Mann-Withney

และเมื่อเปรียบเทียบร้อยละของระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งก่อนการศึกษาและหลังการศึกษา แต่เมื่อเปรียบเทียบร้อยละของระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์ภายในแต่ละกลุ่มระหว่างก่อนการศึกษา และหลังการศึกษา พบว่า มีการลดลงของร้อยละของระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์ของแต่ละกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบร้อยละของระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์ของผู้สูงอายุเปรียบเทียบก่อนและหลังการศึกษา ทั้งระหว่างและภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา

| Plaque index score | ก่อนการศึกษา                         |                                     | p-value | หลังการศึกษา                         |                                     | p-value | เทียบใน               | เทียบใน              |
|--------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------|-----------------------|----------------------|
|                    | กลุ่มควบคุม (n=125 <sup>ชื่อ</sup> ) | กลุ่มศึกษา (n=119 <sup>ชื่อ</sup> ) |         | กลุ่มควบคุม (n=123 <sup>ชื่อ</sup> ) | กลุ่มศึกษา (n=107 <sup>ชื่อ</sup> ) |         | กลุ่มควบคุม ก่อน-หลัง | กลุ่มศึกษา ก่อน-หลัง |
| 0 หรือ 1           | 1(0.8)                               | 2(1.7)                              | 0.188   | 21(17.1)                             | 16(15.0)                            | 0.772   | <0.001                | <0.001               |
| 2                  | 26(20.8)                             | 15(12.6)                            |         | 26(21.1)                             | 20(18.7)                            |         |                       |                      |
| 3                  | 98(78.4)                             | 102(85.7)                           |         | 76(61.8)                             | 71(66.4)                            |         |                       |                      |



เมื่อศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์เทียบก่อนและหลังภายหลัง การศึกษาของแต่ละบุคคลโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ค่าเฉลี่ยแผ่นคราบจุลินทรีย์คงเดิม กลุ่มที่ค่าเฉลี่ยแผ่นคราบจุลินทรีย์แย่ลง (ค่าเฉลี่ยแผ่นคราบจุลินทรีย์ก่อนการศึกษาน้อยกว่าหลัง การศึกษา) และ กลุ่มที่ค่าเฉลี่ยแผ่นคราบจุลินทรีย์ดีขึ้น (ค่าเฉลี่ยแผ่นคราบจุลินทรีย์ก่อนการศึกษา มากกว่า หลังการศึกษา) โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุม และ กลุ่มศึกษา พบว่าไม่มีความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยแผ่นคราบจุลินทรีย์ระหว่าง 2 กลุ่ม โดยพบว่าในกลุ่มควบคุม มีร้อยละของผู้สูงอายุที่มีระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์ในทิศทางที่ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มศึกษาเล็กน้อย (ตารางที่ 8)

**ตารางที่ 8** เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์เทียบก่อนและหลังการศึกษา ของแต่ละบุคคล ระหว่างกลุ่มควบคุม และ กลุ่มศึกษา

| การเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ย<br>แผ่นคราบจุลินทรีย์ | n(%)        |            | p-value |
|--|-------------|------------|---------|
|  | กลุ่มควบคุม | กลุ่มศึกษา |         |
| คงเดิม   | 6(23.1)     | 8(28.6)    | 0.843   |
| แย่ลง  | 2(7.7)      | 3(10.7)    |         |
| ดีขึ้น   | 18(69.2)    | 17(60.7)   |         |

### 3. ความสามารถของผู้ดูแลในการให้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียง

#### 3.1 พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียง

จากข้อมูลก่อนการศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญของ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลให้แก่ผู้สูงอายุเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษาและ กลุ่มควบคุม โดยจากข้อมูลผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 61.1 มีการดูแลช่อง ปากที่เหมาะสม โดยมีการทำความสะอาดช่องปากด้วยการแปรงฟัน การเช็ดฟันหรือเนื้อเยื่อด้วย ผ้า หรือ การใช้น้ำยาบ้วนปาก อย่างน้อย 1 อย่าง ทั้งนี้ผู้ดูแลมีวิธีการทำความสะอาดช่องปากที่ หลากหลาย เช่น การแปรงฟันด้วยยาสีฟันฟลูออไรด์ (ร้อยละ 38.9) เช็ดฟันด้วยผ้า (ร้อยละ 22.2) ใ้บ้วนน้ำเปล่า (ร้อยละ 20.4) เช็ดเหงือกหรือกระพุ้งแก้มด้วยผ้า (ร้อยละ 19.4) ใ้บ้วนน้ำยาบ้วน ปาก (ร้อยละ 7.4) ส่วนใหญ่มีการทำความสะอาดช่องปากในช่วงเช้า (ร้อยละ 53.7) และมี พฤติกรรมการให้ผู้สูงอายุบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุร้อยละ 83.3

เมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบว่ามีพฤติกรรมบางประการที่มีความแตกต่างกันระหว่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา โดยพบว่าในกลุ่มศึกษา มีการเพิ่มขึ้นของการทำความสะอาดช่องปาก ที่เหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ การแปรงฟันด้วยยาสีฟันฟลูออไรด์ การใช้น้ำยาบ้วนปาก และมี

การเพิ่มความถี่ในการทำความสะอาด การตรวจสอบความสะอาด และ สังเกตสภาพของช่องปาก ภายหลังจากทำความสะอาด ซึ่งสอดคล้องกับการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุติดเตียงภายในกลุ่มระหว่างก่อนและหลังการศึกษาที่พบการเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังพบการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของกลุ่มศึกษาเทียบก่อนและหลังการศึกษาที่มีการแปรงฟันก่อนนอนให้ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และในกลุ่มควบคุมพบการเปลี่ยนแปลงเฉพาะเรื่อง การรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อโรคฟันผุลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบพฤติกรรมด้านสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะก่อนและหลังการศึกษา ทั้งระหว่างและภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา

| การปฏิบัติ                                     | ก่อนการศึกษา |          | หลังการศึกษา |          |           | เทียบใน      | เทียบใน    |              |
|--|--------------|----------|--------------|----------|-----------|--------------|------------|--------------|
|  | n(%)         |          | n(%)         |          |           | กลุ่มควบคุม  | กลุ่มศึกษา |              |
|  | กลุ่ม        | กลุ่ม    | p-value      | กลุ่ม    | กลุ่ม     | ก่อน-หลัง    | ก่อน-หลัง  |              |
| ควบคุม   | ศึกษา        | ควบคุม   |              | ศึกษา    | p-value   | p-value      |            |              |
|  | (n=26)       | (n=28)   |              | (n=26)   | (n=28)    |              |            |              |
| 1. การทำความสะอาดช่องปากให้ผู้สูงอายุ          |              |          |              |          |           |              |            |              |
| เหมาะสม  | 13(50.0)     | 20(71.4) | 0.107        | 18(69.2) | 28(100.0) | <u>0.002</u> | 0.158      | <u>0.002</u> |
| ไม่เหมาะสม                                     | 13(50.0)     | 8(28.6)  |              | 8(30.8)  | 0         |              |            |              |
| 2. วิธีการทำความสะอาดช่องปากที่ผู้ดูแลเลือกใช้ |              |          |              |          |           |              |            |              |
| แปรงฟันด้วยยาสีฟันฟลูออไรด์                    | 8(30.8)      | 14(46.4) | 0.238        | 14(53.8) | 26(92.9)  | <u>0.002</u> | 0.092      | <0.001       |
| แปรงฟันด้วยยาสีฟันไม่มีฟลูออไรด์               | 0            | 1(3.6)   | 1.000        | 0        | 0         | NA           | NA         | 1.000        |
| แปรงฟันไม่ใช้ยาสีฟัน                           | 1(3.8)       | 0        | 0.481        | 1(3.8)   | 1(3.6)    | 1.000        | 1.000      | 1.000        |
| เช็ดฟันด้วยผ้า                                 | 5(19.2)      | 7(25.0)  | 0.610        | 8(30.8)  | 13(46.4)  | 0.238        | 0.337      | 0.094        |
| เช็ดเหงือก หรือ กระจุกแก้มด้วยผ้า              | 5(19.2)      | 7(25.0)  | 0.610        | 4(15.4)  | 3(10.7)   | 0.699        | 1.000      | 0.163        |

ตารางที่ 9 (ต่อ)

| การปฏิบัติ                       | ก่อนการศึกษา              |                          |         | หลังการศึกษา              |                          |              | เทียบใน              | เทียบใน              |
|----------------------------------|---------------------------|--------------------------|---------|---------------------------|--------------------------|--------------|----------------------|----------------------|
|                                  | n(%)                      |                          |         | n(%)                      |                          |              | กลุ่มควบคุม          | กลุ่มศึกษา           |
|                                  | กลุ่ม<br>ควบคุม<br>(n=26) | กลุ่ม<br>ศึกษา<br>(n=28) | p-value | กลุ่ม<br>ควบคุม<br>(n=26) | กลุ่ม<br>ศึกษา<br>(n=28) | p-value      | ก่อน-หลัง<br>p-value | ก่อน-หลัง<br>p-value |
| ให้บ้วนน้ำเปล่า                  | 7(26.9)                   | 4(14.3)                  | 0.249   | 1(3.8)                    | 1(3.6)                   | 1.000        | 0.050                | 0.352                |
| ให้บ้วนน้ำยาบ้วนปาก              | 1(3.8)                    | 3(10.7)                  | 0.612   | 5(19.2)                   | 14(50.0)                 | <u>0.018</u> | 0.191                | <u>0.001</u>         |
| อื่นๆ เช่น ไม้พันสำลี ไม้จิ้มฟัน | 1(3.8)                    | 0                        | 0.481   | 0                         | 0                        | NA           | 1.000                | NA                   |
| 3. ช่วงเวลาในการทำความสะอาด      |                           |                          |         |                           |                          |              |                      |                      |
| เช้า (ระหว่างอาบน้ำ)             | 11(42.3)                  | 18(64.3)                 | 0.106   | 15(57.7)                  | 22(78.6)                 | 0.099        | 0.267                | 0.237                |
| หลังอาหารเช้า เพียง หรือ เย็น    | 4(15.4)                   | 4(14.3)                  | 1.000   | 6(23.1)                   | 10(35.7)                 | 0.310        | 0.482                | 0.064                |
| เย็น                             | 2(7.7)                    | 6(21.4)                  | 0.253   | 6(21.4)                   | 9(32.1)                  | 0.365        | 0.668                | 0.365                |
| ก่อนนอน                          | 2(7.7)                    | 5(17.9)                  | 0.423   | 6(23.1)                   | 13(46.4)                 | 0.073        | 0.248                | <u>0.022</u>         |
| อื่นๆ                            | 1(3.8)                    | 0                        | 0.48    | 0                         | 1(3.6)                   | 1.000        | 1.000                | 1.000                |

ตารางที่ 9 (ต่อ)

| การปฏิบัติ                                      | ก่อนการศึกษา |          |         | หลังการศึกษา |          |                  | เทียบใน     | เทียบใน          |
|---|--------------|----------|---------|--------------|----------|------------------|-------------|------------------|
|   | n(%)         |          |         | n(%)         |          |                  | กลุ่มควบคุม | กลุ่มศึกษา       |
|   | กลุ่ม        | กลุ่ม    | p-value | กลุ่ม        | กลุ่ม    | p-value          | ก่อน-หลัง   | ก่อน-หลัง        |
|   | ควบคุม       | ศึกษา    |         | ควบคุม       | ศึกษา    |                  | p-value     | p-value          |
| (n=26)  | (n=28)       |          | (n=26)  | (n=28)       |          |                  |             |                  |
| 4. ความถี่ในการทำความสะอาดช่องปากต่อวัน         |              |          |         |              |          |                  |             |                  |
| 0 ครั้ง   | 12(46.2)     | 7(25.0)  | 0.486   | 8(30.8)      | 0        | <u>&lt;0.003</u> | 0.557       | <u>&lt;0.001</u> |
| 1 ครั้ง   | 7(26.9)      | 11(39.3) |         | 6(23.1)      | 4(14.3)  |                  |             |                  |
| 2 ครั้ง   | 6(23.1)      | 8(28.6)  |         | 10(38.5)     | 20(71.4) |                  |             |                  |
| 3 ครั้ง   | 1(3.8)       | 2(7.1)   |         | 2(7.7)       | 4(14.3)  |                  |             |                  |
| 5. ตรวจสอบความสะอาดซ้ำหลังการทำความสะอาดช่องปาก |              |          |         |              |          |                  |             |                  |
| ตรวจ  | 3(11.5)      | 5(17.9)  | 0.706   | 2(7.7)       | 18(64.3) | <u>&lt;0.001</u> | 1.000       | <u>&lt;0.001</u> |
| ไม่ตรวจ   | 23(88.5)     | 23(82.1) |         | 24(92.3)     | 10(35.7) |                  |             |                  |

ตารางที่ 9 (ต่อ)

| การปฏิบัติ  | ก่อนการศึกษา |           |         | หลังการศึกษา |          |                  | เทียบใน      | เทียบใน          |
|---|--------------|-----------|---------|--------------|----------|------------------|--------------|------------------|
|   | n(%)         |           |         | n(%)         |          |                  | กลุ่มควบคุม  | กลุ่มศึกษา       |
|   | กลุ่ม        | กลุ่ม     | p-value | กลุ่ม        | กลุ่ม    | p-value          | ก่อน-หลัง    | ก่อน-หลัง        |
|   | ควบคุม       | ศึกษา     |         | ควบคุม       | ศึกษา    |                  | p-value      | p-value          |
| (n=26)  | (n=28)       |           | (n=26)  | (n=28)       |          |                  |              |                  |
| 6. สังเกตช่องปากผู้สูงอายุหลังการทำความสะอาดช่องปาก                               |              |           |         |              |          |                  |              |                  |
| ไม่สังเกต   | 17(65.4)     | 14(50.0)  | 0.253   | 16(61.5)     | 2(7.1)   | <u>&lt;0.001</u> | 1.000        | <u>&lt;0.001</u> |
| สังเกตบางครั้ง  | 9(34.6)      | 14(50.0)  |         | 9(34.6)      | 23(82.1) |                  |              |                  |
| สังเกตทุกครั้ง  | 0            | 0         |         | 1(3.8)       | 3(10.7)  |                  |              |                  |
| 7. ได้ให้ผู้สูงอายุได้รับบริการทางทันตกรรมในรอบ 3 เดือน                           |              |           |         |              |          |                  |              |                  |
| เคย   | 0            | 0         | NA      | 0            | 1(3.6)   | 1.000            | NA           | 1.000            |
| ไม่เคย  | 54(100.0)    | 54(100.0) |         | 54(100.0)    | 53(96.4) |                  |              |                  |
| 8. บริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ (ขนมหวาน เครื่องดื่มหวาน หรือ ขนมขบเคี้ยว) |              |           |         |              |          |                  |              |                  |
| กิน   | 21(80.8)     | 24(85.7)  | 0.724   | 14(53.8)     | 20(71.4) | 0.181            | <u>0.039</u> | 0.193            |
| ไม่กิน  | 5(19.2)      | 4(14.3)   |         | 12(46.2)     | 8(28.6)  |                  |              |                  |

### 3.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค

ก่อนการศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคในทุกข้อ ระหว่างกลุ่มควบคุม และ กลุ่มศึกษา แต่เมื่อสิ้นสุดการศึกษา พบความแตกต่างของการรับรู้ความสะอาดของช่องปากของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) (ตารางที่ 10)

**ตารางที่ 10** เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคในระยะก่อนและหลังการศึกษา ทั้งระหว่างและภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา

|   | ก่อนการศึกษา       |                   |         | หลังการศึกษา       |                   |              | เทียบใน     | เทียบใน      |
|---|--------------------|-------------------|---------|--------------------|-------------------|--------------|-------------|--------------|
|   | n(%)               |                   | P-value | n(%)               |                   | P-value      | กลุ่มควบคุม | กลุ่มศึกษา   |
|   | กลุ่มควบคุม (n=26) | กลุ่มศึกษา (n=28) |         | กลุ่มควบคุม (n=26) | กลุ่มศึกษา (n=28) |              | p-value     | ก่อน-หลัง    |
| <b>1. ผู้สูงอายุเคยมีอาการป่วยจากการติดเชื้อทางเดินหายใจหรือไม่</b> |                    |                   |         |                    |                   |              |             |              |
| มีปัญหามาก  | 1(3.8)             | 1(3.6)            | 0.646   | 0                  | 0                 | 1.000        | 0.340       | 0.422        |
| มีปัญหาบ้าง   | 3(11.5)            | 4(14.3)           |         | 2(7.7)             | 2(7.1)            |              |             |              |
| ไม่มีปัญหา  | 20(76.9)           | 23(82.1)          |         | 24(92.3)           | 26(92.9)          |              |             |              |
| ไม่ทราบ   | 2(7.7)             | 0                 |         | 0                  | 0                 |              |             |              |
| <b>2. ในปัจจุบันผู้สูงอายุมีสภาพช่องปากสะอาดมากน้อยเพียงใด</b>      |                    |                   |         |                    |                   |              |             |              |
| สะอาด   | 7(26.9)            | 5(17.9)           | 0.574   | 5(19.2)            | 8(28.6)           | <u>0.020</u> | 0.553       | <u>0.009</u> |
| ปานกลาง   | 4(15.4)            | 7(25.0)           |         | 7(26.9)            | 15(53.6)          |              |             |              |
| ไม่สะอาด  | 15(57.7)           | 16(57.1)          |         | 14(53.8)           | 5(17.9)           |              |             |              |
| <b>3. ผู้สูงอายุมีโรคในช่องปากมากน้อยเพียงใด</b>                    |                    |                   |         |                    |                   |              |             |              |
| มีโรคมมาก   | 1(3.8)             | 0                 | 0.856   | 0                  | 1(3.6)            | 0.112        | 0.075       | 0.731        |
| มีบ้าง  | 7(26.9)            | 6(21.4)           |         | 3(11.5)            | 8(28.6)           |              |             |              |
| ไม่มีเลย  | 16(61.5)           | 20(71.4)          |         | 23(88.5)           | 18(64.3)          |              |             |              |
| ไม่ทราบ   | 2(7.7)             | 2(7.1)            |         | 0                  | 1(3.6)            |              |             |              |
| <b>4. ผู้สูงอายุมีปัญหาที่เกิดจากสภาพช่องปากมากน้อยเพียงใด</b>      |                    |                   |         |                    |                   |              |             |              |
| มีปัญหามาก  | 0                  | 0                 | 1.000   | 0                  | 0                 | 0.706        | 0.272       | 0.548        |
| มีปัญหาบ้าง   | 6(23.1)            | 6(21.4)           |         | 2(7.7)             | 5(17.9)           |              |             |              |
| ไม่มีปัญหา  | 18(69.2)           | 19(67.9)          |         | 23(88.5)           | 22(78.6)          |              |             |              |
| ไม่ทราบ   | 2(7.7)             | 3(10.7)           |         | 1(3.8)             | 1(3.6)            |              |             |              |

### 3.3 ทักษะคิดด้านการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

จากข้อมูลก่อนการศึกษาพบว่าผู้ดูแลทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีระดับคะแนนทักษะคิดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบว่ามีความแตกต่างระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเมื่อสิ้นสุดการศึกษา ผู้ดูแลในกลุ่มศึกษาทั้งหมดมีคะแนนอยู่ในระดับ “ดี” ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนทักษะคิดของผู้ดูแลในระยะก่อนและหลังการศึกษา ทั้งระหว่างและภายในกลุ่มควบคุม และ กลุ่มศึกษา

| เกณฑ์คะแนน<br>ทักษะคิด | ก่อนการศึกษา              |                      |         | หลังการศึกษา              |                      |         | เทียบใน<br>กลุ่ม<br>ควบคุม<br>ก่อน-หลัง | เทียบใน<br>กลุ่ม<br>ศึกษา<br>ก่อน-หลัง |
|------------------------|---------------------------|----------------------|---------|---------------------------|----------------------|---------|---|--|
|                        | n(%)                      |                      | p-value | n(%)                      |                      | p-value | p-value                                 | p-value                                |
|                        | กลุ่ม<br>ควบคุม<br>(n=26) | กลุ่มศึกษา<br>(n=28) |         | กลุ่ม<br>ควบคุม<br>(n=26) | กลุ่มศึกษา<br>(n=28) |         |   |  |
| 31 – 42 พอใช้          | 15(57.7)                  | 16(57.1)             | 0.967   | 12(46.2)                  | 0                    | <0.001  | 0.405                                   | <0.001                                 |
| 43 – 54 ดี             | 11(42.3)                  | 12(42.9)             |         | 14(53.8)                  | 28(100.0)            |         |   |  |

### ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงเหตุผลหรือเงื่อนไขที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานสะอาดช่องปากผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแล โดยอาศัยข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกที่มีมิติหลากหลายทั้งปัจจัยจากภายในตัวผู้ป่วย ตัวผู้ดูแล รวมถึงปัจจัยจากภายนอก ได้แก่ อิทธิพลจากครอบครัว การจัดระบบบริการ และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง โดยการศึกษาเชิงคุณภาพนี้มุ่งตอบคำถามในประเด็นหลัก ดังนี้

1. เหตุผลหรือเงื่อนไขของการเปลี่ยนแปลง/ไม่เปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้ดูแล และความรู้สึก การรับรู้ของผู้ดูแลในการได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและการได้รับทันตสุขภาพแบบเดิม
2. ความรู้สึก การรับรู้ของผู้ให้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และการได้ให้ทันตสุขภาพแบบเดิม ในการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล



ภายหลังการศึกษาได้นำเอาข้อมูลจากการศึกษาเชิงปริมาณ ได้แก่ พฤติกรรมการทำความสะอาด (ตารางที่ 9) นำมาแบ่งตามเกณฑ์ที่ได้วางไว้ เพื่อแบ่งกลุ่มผู้ดูแลเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยเกณฑ์ดังกล่าวได้แก่

### 1 พฤติกรรมการดูแลช่องปากดีขึ้น

พฤติกรรมการดูแลช่องปากหลังการศึกษาเปลี่ยนแปลงจาก “ไม่เหมาะสม” เป็น “เหมาะสม” และ/หรือ มีการ “เพิ่ม” ความถี่ในการทำความสะอาดช่องปาก

### 2 พฤติกรรมการดูแลช่องปากไม่เปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมการดูแลช่องปากหลังการศึกษา “ไม่เหมาะสม” คงเดิม หรือ ไม่มีการเพิ่มความถี่ในการดูแลช่องปากที่เหมาะสม

จากนั้นทำการคัดเลือกโดยพิจารณาเลือกกรณีศึกษาด้วยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเข้มข้น (intensity sampling methods) ทำให้ได้กรณีศึกษาจากกลุ่มควบคุม 4 ราย และ กลุ่มศึกษา 6 ราย

โดยขอเสนอผลการศึกษาตามประเด็น ดังนี้

1. เหตุผลหรือเงื่อนไขของการเปลี่ยนแปลง/ไม่เปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการดูแลช่องปาก ผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้ดูแล และความรู้สึก การรับรู้ของผู้ดูแลในการได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และการได้รับทันตสุขภาพแบบเดิม

#### กลุ่มศึกษาที่ดูแลช่องปากดีขึ้น กรณีที่ 1

ผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 70 ปี ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดในสมอง อ่อนแรงด้านขวานอนติดเตียง เจาะคอ สภาพในช่องปากมีฟันแท่นน้อยกว่า 20 ซี่ ฟันโยก ฟันผุ หินปูน มีคราบจุลินทรีย์มาก รับประทานอาหารอ่อน ผู้ดูแลเป็นลูกสะใภ้ เพศหญิง อาชีพครู ครอบครัวยุคนี้พักอาศัยอยู่ในบ้านพักข้าราชการ ช่วงกลางวันผู้สูงอายุอยู่บ้านลำพัง ผู้ดูแลมีการติดกล้องวงจรปิดเพื่อคอยดูผ่านโทรศัพท์มือถือ ก่อนการศึกษาผู้ดูแล ดูแลช่องปากด้วยการเช็ดด้วยน้ำเกลือ

*“เป็นเรื่องที่ไม่เคยมีใครบอกมาก่อนว่าต้องทำยังไงเกี่ยวกับเรื่องการดูแลฟันของแม่ ที่ผ่านมาคิดว่าแค่เช็ดอย่างเดียวก็พอ”*

*“เมื่อก่อน ก็มีเช็ดให้บ้างด้วยผ้าก๊อช ชุบน้ำเกลือ แต่ก็เช็ดเฉพาะส่วนที่เป็นฟันหน้าที่เช็ดได้ง่าย ๆ ทำบ้าง ทำไม่ทำบ้าง ที่ทำแบบนี้เพราะไม่รู้จริง ๆ ว่าแม่สามารถแปรงฟันได้ พี่เองนึกว่าแกมีฟันไม่ค่อยมากแล้วไม่ต้องแปรงก็ได้มั้ง แล้วถ้าจะให้พาไปแปรงในห้องน้ำก็ไม่ไหวอีกอย่างหนึ่งไม่มีใครเคยมาสอนวิธีการแปรงฟันให้คนป่วยแบบนี้เลยว่าจะต้องทำยังไง”*

เมื่อได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และเห็นความสำคัญของการทำความสะอาดช่องปาก และมีวิธีการทำความสะอาดที่เปลี่ยนแปลงดีขึ้น โดยผู้ดูแลมีความเห็นเกี่ยวกับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจว่า

“ก็ดีคะ คุณเป็นกันเอง แล้วก็ไม่ใช่เรียสจนเกินไป ทำให้น่าสนใจ”

“ตอนที่น้องเค้าแนะนำฟันคู่ง่าย ๆ ไม่ยุ่งยาก แล้วก็ไม่ค่อยดู (ยิ้ม) แล้วก็ได้ลองทำ ตอนน้องเค้าชวนให้แปรงในปากแม่ ที่แรกก็ไม่กล้า กลัว แต่ก็เอา ลองดู (สีหน้าเป็นประกาย) มันคงไม่ยากขนาดนั้น ขนาดเช็ดซี่เขี่ยยาทำแผล ยังยากกว่านี้เลย เรายังทำได้”

“ที่แปรงให้ก็เพราะว่าเห็นว่าประโยชน์จากการแปรงฟันมันดีกว่า ตอนที่น้องเค้ามาสอน เพราะว่ามันช่วยให้ร่างกายสะอาด ฟันสะอาด แล้ววิธีการก็ไม่ได้ยากมาก ที่แรกนึกว่าต้องแปรงแต่ในช่องน้ำอย่างเดียว แต่พอได้รู้ว่าแปรงบนเตียง ก็ได้ แบบไม่ให้เปียก ก็ยิ่งง่ายเลย”

ผู้ดูแลมีความรู้สึกที่ดีกับการโทรศัพท์ติดตามผลของเจ้าหน้าที่ โดยรู้สึกถึงความเป็นห่วง และได้รับการเสริมแรง ให้กำลังใจ

“น้องโทรศัพท์มาถามด้วยว่าเป็นยังไงบ้างในตอนนั้น ก็รู้สึกประทับใจว่าสอนเราแล้ว ยังเป็นห่วงโทรมาถามเราอีก”

“น้องจะโทรมาคุยว่า เป็นยังไงบ้าง แปรงได้มั๊ย ยากกริปาว มีอะไรให้แนะนำมั๊ย ซึ่งตอนนั้นก็ตอบไปว่าไม่มีอะไรนะ ทำได้ น้องก็บอกว่าดี ดีแล้วให้ทำต่อ ก็รู้สึกมีกำลังใจขึ้นมา”

หนึ่งในพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในระหว่างการศึกษาคือ ผู้ดูแลมีการสังเกตช่องปากที่เพิ่มมากขึ้น และได้พบเห็นความผิดปกติในช่องปาก ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับสภาพร่างกาย ยิ่งทำให้เกิดความตระหนักในความสำคัญของสภาพช่องปากมากยิ่งขึ้น

“ตอนแรกโอเคกับการแปรงฟันให้ แต่พักหลัง ๆ มา แกรเริ่มเจ็บบริเวณฟันกราม เหมือนกับไม่ค่อยยอมให้เราแปรง เริ่มสะบัดหน้า พอพี่ดูดี ๆ ก็เห็นเหมือนมีก้อนอะไรที่เหงือก เลยคิดว่า เอ๊ะ? เราแปรงแรงไปหรือเปล่า เลยเป็นแผลเจ็บ เลยหยุดแปรงไปพักหนึ่ง เปลี่ยนมาเช็ดกับน้ำยาบ้วนปากแทน แต่ก็ไม่ค่อยกินข้าวด้วย กินได้น้อยลง ช่วงนั้นไม่ค่อยสบายใจ จนหมอมาเยี่ยม อีกรอบหนึ่ง แล้วบอกว่าฟันซี่นั้นอักเสบอยู่ ควรต้องถอน จึงค่อยสบายใจว่า ที่เรานั่นไม่ได้ทำผิดหรือทำแรงอะไร กลับรู้สึกดีใจที่เราเองได้สังเกตเห็นว่าฟันซี่นั้นมันเป็นก้อนบวม ไม่อย่างนั้นคงแก้ปัญหาไม่ถูกจุด”

ผลจากการได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการได้รับการติดตามผลทางโทรศัพท์ ช่วยเสริมกำลังใจในการดูแล ประกอบกับที่ตัวผู้ดูแลเดิมก็ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยอยู่แล้ว ดังที่กล่าวถึงการที่บอกว่า โดยปกติก็เช็ดขี้เช็ดเยี่ยวอยู่แล้ว จึงมีความพร้อมที่จะเห็นความสำคัญของการทำความสะอาดช่องปากเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ฟันของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ การพูดคุยที่คำนึงถึงบริบทหรือข้อจำกัดของผู้ดูแลผู้ป่วย ทำให้การหาทางออกนั้นเหมาะสมกับสถานการณ์ของผู้ป่วยมากขึ้น เช่น การทำความสะอาดช่องปากบนเตียงได้ ปัจจัยเหล่านี้มีส่วนทำให้เกิดผู้ดูแลเพิ่มการทำความสะอาดช่องปากของผู้ป่วยมากขึ้น มีผลให้การวัดคราบจุลินทรีย์ของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น และมีแนวโน้มที่จะคงพฤติกรรมทำความสะอาดที่ดีนี้ต่อไป และอาจมีการเพิ่มความถี่ในการทำความสะอาดในอนาคต

“คิดว่าทำต่อไป ถ้าเป็นไปได้อยากจะทำตอนเที่ยงหลังทานอาหารด้วยก็น่าจะดี แต่คงต้องค่อย ๆ เพราะว่าตอนเที่ยงจะรีบมากเลยไม่ค่อยมีเวลา”

### กลุ่มศึกษาที่ดูแลช่องปากดีขึ้น กรณีที่ 2

ผู้สูงอายุ อายุ 83 ปี ป่วยเป็น โรคหลอดเลือดในสมอง อ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง นอนติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ รับประทานอาหารอ่อน สภาพช่องปากโดยทั่วไปไม่มีฟันโยก มีหินปูน มีคราบหมากและคราบจุลินทรีย์ มีฟันแท้มากกว่า 20 ซี่ มีผู้ดูแลเป็นลูกสาว เดิมเคยทำอาชีพขายประกัน แต่ลาออกมาดูแลแม่ที่ป่วย ผู้สูงอายุมีลูกหลายคน มีบ้านอยู่ในละแวกเดียวกัน แต่ผู้ดูแลเป็นคนเดียวที่สามารถรับแม่มาดูแลได้ ผู้สูงอายุเพิ่งติดเตียงได้ไม่ถึง 1 เดือน ผู้ดูแลยังคงไม่ค่อยมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยประเภทนี้ เนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ก่อนหน้านี้ไม่เคยให้การดูแลเรื่องสุขภาพช่องปากนอกจากให้บ้วนน้ำเปล่าเท่านั้น

“พี่ก็ให้บ้วนปากหลังกินข้าวทุกมื้อนะ บ้วนกับน้ำเปล่านี้แหละ”

แต่เมื่อได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแล้ว ได้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น

“นี่ก็เริ่มแปรงฟันมาสักพักแล้วหละ วันละ 2 ที ตอนเช้าหลังอาบน้ำ กับหลังมือเย็น แล้วก็หลังข้าวเที่ยง ก็ให้บ้วนน้ำยาบ้วนปากที่หมอให้มา”

“ส่วนใหญ่พี่จะแปรงมือเย็นได้นาน ๆ หน่อย เพราะว่าเรามีเวลาวางเเยะช่วงนั้น”

โดยพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงนั้น ผู้ดูแลกล่าวว่า ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่ผู้ดูแลได้รับการตั้งคำถามชวนคิดในขณะที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

“ที่วันนั้นที่น้องเค้าถามว่า ถ้าเราไม่ได้แปรงเลย เราอยู่ได้มั๊ย แล้วถ้าเป็นแม่เราล่ะ แม่จะรู้สึกยังไง ก็อยากให้แม่ มีร่างกายที่ดี ที่แข็งแรง ที่สะอาด ช่วงแรกก็ไมรู้ออกว่าต้องดูแลยังไง แม่ก็เพิ่งมาเป็นแบบนี้ได้ไม่นานที่ พอน้องเค้ามาสอน ก็ถึงรู้ว่าต้องทำยังไง”

ผู้ดูแลเคยทำงานประจำไม่ค่อยได้มีเวลาดูแลแม่ จนเมื่อแม่ป่วยติดเตียง จึงจำเป็นต้องลาออกจากการเพื่อมาดูแลเนื่องจากตนเองมีความพร้อมที่สุดในครอบครัว

“ก่อนหน้านี้ที่ทำงานบริษัทประกัน ก็ทำงานตลอดเวลา ยุ่งมาก ไม่ค่อยได้ดูแลแม่เท่าไร แต่พอแก่ป่วย ไม่มีคนดูแล พี่ก็เลยต้องลาออกมาอยู่บ้าน เฝ้าแม่ ช่วงแรกที่เหนื่อยมาก เพราะแกช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ต้องทำให้ทุกอย่าง บางอย่างบางเรื่องเราก็ไม่เคยทำ กัดคันมากนะ ตอนนั้น พี่น้องคนอื่นเค้าก็ไม่เอา เค้าคงไม่อยากเป็นภาระ พี่ก็ไมรู้อะไรจะทำยังไง ก็ต้องดูแลกันไป ยังไงเค้าก็เป็นแม่เรา แรก ๆ ทำผิดทำถูกนะ อะไรก็ทำไม่เป็น สายยาง ท่อฉี โย้ย เยอะแยะไปหมดเลย”

เมื่อสอบถามผู้ดูแลถึงการได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้ดูแลรู้สึกเป็นการให้คำแนะนำที่รับฟังความคิดเห็นของผู้ดูแล ต่างจากประสบการณ์เดิมที่รู้สึกไม่ดีต่อเจ้าหน้าที่ที่มาเยี่ยมบ้านแล้วออกคำสั่งให้ปฏิบัติตาม โดยที่ไม่ถามความพร้อมของผู้ดูแลก่อน

“พี่รู้สึกว่าน้องเค้าพูดน้อยกว่าพี่อีก เหมือนว่ามีพี่พูดมากกว่า (หัวเราะ) พี่ว่าก็ดีนะ เหมือนพี่ได้ระบาย บางทีคนเรามันก็มีมั้งนะ”

“ตอนน้องเค้ามาคุย ก็ไม่รู้สึกเลยว่าเค้ามาสั่งให้เราทำอะไร พี่เองก็ไม่ค่อยชอบนะ เวลาพยาบาลมา แล้วชอบมาเดินดูในบ้านแล้วก็บอกว่า อันนั้นก็ไม่ดี อันนี้ก็ไม่ได้ อย่างทำอย่างนั้น อย่างทำอย่างนี้ พี่ก็เบื่อเหมือนกัน ใครจะไปทำได้แบบนั้นทุกสิ่ง”

ผลจากการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจทำให้ผู้ดูแลรายนี้เกิดความรู้สึกถูกคิด ขึ้นมาถึงสภาพช่องปากผู้สูงอายุหากไม่ได้รับการดูแลจากผู้อื่น ประกอบการยอมรับฟังเรื่องราวของผู้ดูแล และไม่มีท่าทีออกคำสั่งจากเจ้าหน้าที่ที่มาเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอยากจะเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดูแลให้ดีขึ้น โดยเน้นการแปรงฟันหลังอาหารเย็นให้นานขึ้นซึ่งสอดคล้องกับปริมาณ แผ่นคราบจุลินทรีย์เปลี่ยนแปลงดีขึ้น

### กลุ่มศึกษาที่ดูแลช่องปากดีขึ้น กรณีที่ 3

ผู้สูงอายุ เพศชาย อายุ 67 ปี เดิมผู้สูงอายุเคยทำงานในสาธารณสุขอำเภอ เป็นระดับหัวหน้างาน เกิดอุบัติเหตุตกจากที่สูง กระโหลกศีรษะยุบ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เจาะคอ และให้อาหารทางสายยาง ทางบ้านฐานะดี ลูก ๆ จ้างผู้ดูแลจากศูนย์ผู้ดูแลจากกรุงเทพฯ ผู้ดูแลรับจ้างเพศหญิง มาจากต่างจังหวัด เพิ่งมาดูแลได้ 7 เดือน เคยมีประสบการณ์ดูแลคนไข้ติดเตียงมาก่อน

ก่อนการศึกษา ทำความสะอาดช่องปากด้วยการเช็ด ภายหลังการได้รับการสัมภาระเพื่อเสริมสร้างแรงใจ มีวิธีการทำความสะอาดที่ดีขึ้นคือ มีการแปรงฟันด้วยยาสีฟันฟลูออไรด์วันละ 2 ครั้ง ร่วมกับการเช็ดด้วยน้ำยาบ้วนปาก และมีการนำเครื่องดูดเสมหะมาใช้ดูแลน้ำลายขณะแปรงฟัน

“เมื่อก่อนก็ใช้วิธีเช็ดเอากับสำลีบ้าง ผ้าก๊อชบ้างคะ ชุบน้ำยาบ้วนปากแล้วเช็ด ๆ ที่ฟันที่ปาก ทำทุกวันนะค่ะ วันละ 2 ครั้ง”

“ตอนนี้ก็จากมีแปรงเข้า เย็น แล้ว ก็มีน้ำยาบ้วนปาก ชุบผ้าเช็ดตามที่แนะนำเลยคะ ทำทุกวันวันละหลายครั้ง”

“แล้วก็ตอนนี้พี่ใช้เครื่องดูดเสมหะ คุณน้ำลายตอนแปรงด้วยค่ะ คือแก่น้ำลายออกเยอะมาก มันย่อยไปหมด”

ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีอยู่แล้วว่าการทำความสะอาดช่องปากให้ผู้สูงอายุติดเตียงเป็นเรื่องที่ควรทำ แต่ยังคงติดขัดในเรื่องสภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่ไม่เอื้ออำนวย เมื่อมีเจ้าหน้าที่มาให้คำแนะนำ จึงพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

“ที่เช็ดให้เพราะว่าคุณลุงแกไม่ยอมอ้าปากคะ ชอบเม้มปากตลอดเวลาเลย อันที่จริงพี่ก็ทราบนะค่ะ ว่าควรจะต้องแปรงฟันให้คุณลุง แต่มันไม่รู้จะทำยังไง จนน้องเค้ามาบอกวิธีการถึงทำได้ ”

“ก็ตอนที่น้องมาสอน เค้าแนะนำให้ใช้แปรงสีฟันอีกด้ามหนึ่ง พันผ้าก๊อช แล้วใช้ให้คุณลุงแกกัด มันก็จะเปิดช่องว่าง ให้เราเอาแปรงเข้าไปแปรงได้บ้าง พอได้ทำดู มันก็เป็นอย่างงั้นจริง ๆ ค่ะ”

ผู้ดูแลรู้สึกได้ถึงเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุเมื่อได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น และตนเองก็รู้สึกดีที่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ อีกทั้งความผูกพันระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุ และครอบครัว ช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมดูแลที่ดีได้

“ก็ดีใจนะคะ ว่าเธอ เราก็ทำได้ จากที่คิดว่าทำไม่ได้มาตลอด”

“พี่ว่า คุณลุงแกสดชื่นขึ้นนะ ไข่ตัวร้อนอะไรก็ไม่มีเลย เมื่อก่อนที่ปากแหวะมี น้ำลายบูด ๆ เป็นคราบ แต่ตอนนี้ไม่มีเลย กลิ่นเหม็นก็ไม่มี พี่ว่ามันดีกว่าเมื่อก่อนมากเลยนะ”

“พี่ก็ดีใจนะคะที่ช่วยให้ลุงแกดีขึ้น ถึงพี่จะไม่ใช่คนในครอบครัว แต่ก็อยู่กับที่นี่ นอนกินนอนข้าง ๆ แกนี่แหละ มันก็เลยรู้สึกผูกพันไปในตัว อะไรที่ทำได้ ก็ทำให้คะ”

ผู้ดูแลมองว่าการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่ได้รับนั้น เป็นเหมือนการมาช่วยเหลือมากกว่าสั่งการให้ทำ จึงทำให้ไม่รู้สึกลำบากใจ หรือ ขัดข้องใจในการปฏิบัติ

“ในความคิดของพี่ พี่คิดว่าเหมือนน้องเค้ามาให้ความช่วยเหลือพี่มากกว่านะคะ ในเรื่องของการดูแลฟันให้คุณลุง ไม่ได้เหมือนกับตอนที่พี่อยู่ที่ศูนย์ที่มีอาจารย์มาสอนว่าต้องทำ อย่างนั้น ทำอย่างนี้ เป็นหลักวิชาการ”

“ตัวพี่เองยินดีมากนะคะที่จะมาแบบนี้อีก ชอบคะ รู้สึกเหมือนน้องเค้ามาช่วยเรา คิดช่วยเราทำด้วย”

ภายหลังการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ในช่องปากลดลง ซึ่ง สอดคล้องกับพฤติกรรมดูแลที่เปลี่ยนแปลง ถึงแม้ว่าผู้ดูแลจะไม่ได้เป็นคนในครอบครัว แต่ เนื่องจากความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ดูแลและครอบครัวผู้สูงอายุ ทำให้ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีแรงจูงใจ ในการให้การดูแล ถึงแม้จะมีอุปสรรคจากความไม่ร่วมมือของผู้สูงอายุก็ตาม ผู้ดูแลก็สามารถนำ เทคนิควิธีการที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่มาใช้ได้ อีกทั้งยังมีการดัดแปลงเครื่องมือใกล้ตัวมาช่วยในการ ทำความสะอาดอีกด้วย

#### กลุ่มศึกษาที่ดูแลช่องปากดีขึ้น กรณีที่ 4

ผู้สูงอายุ เพศหญิง อายุ 74 ปี นอนติดเตียงมาแล้วหลายปี ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีแผลกดทับบริเวณก้น ด้านซ้าย อาศัยอยู่กับลูกสาว และหลานในห้องแถว โดยหน้าบ้าน เปิดเป็นร้านเย็บผ้า ผู้ดูแลอยู่กับผู้สูงอายุตลอดเวลา โดยเตียงนอนผู้สูงอายุ ตั้งอยู่ใกล้กับจักรเย็บผ้า เดิมผู้ดูแลมีการแปรงฟันให้ผู้สูงอายุอยู่แล้วโดยการแปรงฟันในห้องน้ำซึ่งมีความยากลำบาก ภายหลังจากการได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจทำให้ผู้ดูแลได้ทราบถึงเทคนิคที่ทำให้ ทำความสะอาดได้สะดวก ทำให้ผู้ดูแลได้เพิ่มการดูแลที่ดีขึ้น

“แต่ก่อนก็แปรงฟันให้แกอยู่แล้วทำทุกวัน วันละครึ่งตอนอาบน้ำ ต้องรอคนมา ช่วยยกแล้วอาบน้ำที่หลังบ้าน ตัวแกใหญ่ยกไม่รอด ตอนอาบน้ำเสร็จก็จะแปรงฟันให้ไปเลยทีเดียว”

“ที่แรกไม่รู้ว่าจะแปร่งฟันนั้นทำบนเตียงได้ เราก็เคยแปร่งแต่ตอนอาบน้ำ พอหมอมาสอนวิธีการว่าแปร่งฟันบนเตียงทำได้ ก็ลองดู เออ มันทำได้นะ น้ำยาบ้วนปากก็เหมือนกัน เราก็อยากให้แกสะอาด ทั้งตัวทั้งปาก”

“ตอนนี้หรือ แปร่งฟันให้วันละ 2 ครั้งเลย ตอนหัวเช้าอาบน้ำ กับก่อนนอน แล้วก็มิให้บ้วนน้ำยาบ้วนปากด้วยระหว่างวัน วันละ 2 ครั้ง วันนั้นยาสีฟันหมด แล้วก็เลยไปหามา แบบที่หมอเอามาให้นี้แหละ พอดีมีหลานสาวเป็นผู้ช่วยหมอฟันที่คลินิกแถวนี้ เค้ามียะเลยเอามาแบ่งให้ประหยัดเงินไม่ต้องไปซื้อ”

ผู้ดูแลมีความรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จึงอยากให้การดูแลที่ดีที่สุดให้ผู้สูงอายุเกิดความสะอาด ถึงแม้ว่าจะมีอุปสรรคจากความไม่ร่วมมือของผู้สูงอายุอยู่บ้าง แต่ผู้ดูแลมีแรงจูงใจที่ดีที่อยากจะให้ผู้สูงอายุมีความสุขที่ดี จึงสามารถผ่านความยากลำบากมาได้

“แกนอนอยู่แบบนี้ทั้งวัน ไม่ได้ขยับไปไหนเลย ยิ่งช่วงนี้อากาศมันร้อน ๆ มีเหงื่อออก พี่ก็ทาแป้งให้แกเยอะ ๆ จะได้ไม่เป็นผื่น ละอย่างฟัน เรายังถ้าไม่ได้แปร่งฟันเลยทั้งวันมันก็ยังโง่งอยู่ละ มันคงแปลก ๆ สกปรก แล้วแกนอนแบบนี้ ถ้าเราไม่ทำให้ แกคงไม่สบายเหมือนกัน แต่แกบอกเราไม่ได้”

“รู้สึกว่าการแปร่งฟันบนเตียงก็ยากอยู่เหมือนกัน แกไม่ค่อยฟังที่เราพูด บอกให้อ้าปาก ก็ไม่อ้า เลยต้องเอาแปร่งฟันค้ำใหญ่ ๆ ให้แกกัด ก็ค่อยยังชั่วขึ้นมา พอแปร่งได้ หลัง ๆ มาแกไม่คือละ แปร่งง่ายเลย อ้าปากกว้าง”

“จะว่าไปมันก็เป็นความสุขอีกแบบนะ ใครจะว่ายังไงก็ช่าง แม่เราเป็นแบบนี้เราก็ต้องดูแล เป็นอะไรก็ต้องทำตอนแรกเหนื่อยมาก อย่างแปลตรงกัน โอ้ยไม่รู้ว่าจะทำยังไง แต่พยาบาลเค้ามาสอนวิธีการทำแปล ทายา สุดท้ายแปลก็แห้ง พี่คิดว่าไอ้แปร่งฟันนี้ก็คงเหมือนกันแรก ๆ ก็คงยากหน่อย แต่ผ่านไปมันก็ชินเอง”

ภายหลังการศึกษาผู้สูงอายุมีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลง อาจเป็นผลจากการเพิ่มความถี่ในการแปร่งฟัน ร่วมกับการใช้น้ำยาบ้วนปาก อีกทั้งผู้ดูแลมีแรงจูงใจที่ดีในการให้การดูแลผู้สูงอายุเนื่องจากมีความสัมพันธ์ที่ดีของคนในครอบครัว และมีความพยายามในการหาอุปกรณ์ในการทำสะอาดช่องปากด้วยตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งพาทันตบุคลากร

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า ในกลุ่มที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนั้นผู้ดูแลทุกรายที่มีพฤติกรรมการดูแลช่องปากผู้สูงอายุที่ดีขึ้น พบความเปลี่ยนแปลงได้แตกต่างกันตั้งแต่แปรงฟันให้จากเดิมที่ไม่เคยแปรงเลย แปรงฟันนานขึ้น บ่อยครั้งขึ้น ไปจนถึงประยุกต์นำเครื่องดูดเสมหะมาดูดน้ำลายขณะแปรงฟัน แต่อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแล้ว จะเห็นได้ว่า ในบางรายเช่น กรณีที่ 1 กรณีที่ 2 กรณีที่ 3 ที่ผู้ดูแลสะท้อนให้เห็นว่ามีความรู้สึกเชิงบวกต่อกระบวนการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

“...ดูเป็นกันเอง แล้วก็ไม่ใช่เรียสจนเกินไป ทำให้น่าสนใจ”

(กลุ่มศึกษาที่ดูแลช่องปากดีขึ้น กรณีที่ 1 )

“ตอนน้องเค้ามาคุย ก็ไม่รู้สิกละว่าเค้ามาสั่งให้เราทำอะไร...”

(กลุ่มศึกษาที่ดูแลช่องปากดีขึ้น กรณีที่ 2 )

“ตัวที่เองยินดีมากนะคะที่จะมาแบบนี้อีก ชอบคะ รู้สึกเหมือนน้องเค้ามาช่วยเรา คิดช่วยเราทำด้วย”

(กลุ่มศึกษาที่ดูแลช่องปากดีขึ้น กรณีที่ 3 )

ในขณะที่บางราย (กรณีที่ 4) ผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลช่องปากทันทีเพียงเพราะทราบถึงเทคนิคในการทำสะอาดที่ตนไม่เคยทราบมาก่อน โดยไม่มีอิทธิพลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาเกี่ยวข้อง ดังนั้นการใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนั้นอาจจะไม่ได้ให้ผลแตกต่างมากนักกับผู้ดูแลที่มีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่แล้วเป็นทุนเดิม แต่จะมีประโยชน์ในกรณีที่ผู้ดูแลยังคงมีความไม่แน่ใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแล

### กลุ่มศึกษาที่ดูแลช่องปากไม่เปลี่ยนแปลง กรณีที่ 1

ผู้สูงอายุเพศชายอายุ อายุ 79 ปี อาศัยอยู่กับภรรยาอายุ 72 ปี ในบ้านพักร่วมกับหลานวัย 8 ขวบ ผู้สูงอายุป่วยเป็น โรคหลอดเลือดในสมอง และโรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท ไม่สามารถเดินได้ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ สภาพช่องปากมีหินปูน ฟันโยก ภรรยารับหน้าที่เป็นผู้ดูแลเพียงคนเดียว ป้อนอาหารอ่อน อาบน้ำ เช็ดตัวให้บนที่นอนหลังบ้านที่ประยุกต์เป็นแคร่ และมีส้วมใกล้ ๆ ทำให้ไม่ต้องเคลื่อนย้ายคนไข้ ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยกับการดูแลเพราะตนเองก็อายุมากแล้ว มีปัญหาโรคประจำตัวเช่นเบาหวาน ปวดหลัง เช่นกัน

เดิมผู้ดูแลให้การดูแลช่องปากด้วยการแปรงฟันประจำอยู่แล้วทุกวันช่วงเช้า เนื่องจากสะดวกเพราะจะมีคนข้างบ้านมาคอยช่วยยกตัวให้ เลยถือโอกาสแปรงฟันในเวลาเดียวกัน ซึ่งภายหลังได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้ดูแลมีความคิดที่อยากจะใช้น้ำยาบ้วนปาก



และเพิ่มความถี่ในการแปรงฟัน แต่ผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือ อีกทั้งยังมีอุปสรรคคือ ผู้ดูแลคิดว่าไม่สามารถแปรงฟันผู้ป่วยได้หากไม่ให้นั่งหลังตรง เกิดความลำบากในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ดูแลอายุมาก และมีอาการปวดหลัง จึงไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุได้ลำพัง

“มะก็แปรงฟันให้แกประจำอยู่แล้ว ตอนหัวเช้าตอนอาบน้ำ ได้คนข้างบ้านมาช่วยยกแก มะคนเดียวเอาไม่รอด ”

“มะจะใช้น้ำยาบ้วนปากแล้วนะ แต่ว่าแกไม่ยอมบ้วน ไม่รู้แกไม่ชอบมั๊ย เลยยังแปรงฟันให้เหมือนเดิม”

“ตอนแรกก็ว่าจะแปรงตอนเที่ยง กับ ตอนเย็น แต่ว่าไม่ไหว ยกคนเดียวไม่รอด จี๊คร้านไปเรียกเค้ามาทลว”

“ไอ้ เคยมีพยาบาลมาบอกว่าให้นอนแปรงฟันได้ มาบอก มาสอน ให้มะลองทำกัน แต่มะว่ามันทำไม่ได้ แก้มัก(สำคัญ)เสีย มะเลยอยากจะยกแกขึ้นนั่ง แต่มะทำเองไม่ไหว ทุกวันนี้กินข้าว มะยังให้นอนกินเลย”

ผู้ดูแลรู้สึกว่าการแปรงฟันไม่ได้สำคัญมากนักสำหรับผู้สูงอายุ คิดว่าการดูแลเพียงเท่านี้ก็เพียงพอแล้ว อีกทั้งยังกังวลในเรื่องสุขภาพร่างกายของตนเองที่ไม่พร้อมที่จะให้การดูแลใคร

“ฟันแกก็ยังมีอยู่แค่ไม่กี่ซี่แล้วหมอยกหน้อยก็คงไม่เหลือแล้ว แกก็จะ 80 แล้ว คิดว่าทำได้แค่นี้ก็เยอะแล้ว”

“เหนื่อยแรงหมอย มะก็เข็ดแหว เข็ดหลัง เดินยังไม่รอด มะก็ไม่รู้ว่าใครอิไปก่อนถ้าเราไปก่อนนั้นแล้วแกจะอยู่หรือ ลูกก็ไม่เอา ใครก็ไม่เลี้ยง แต่ถ้าแกไปก่อน มะก็ยังอยู่คนเดียวได้อยู่กับหลานไม่พ้อ มีลูกก็ไม่มาดูแล ยังทิ้งหลานไว้ให้เลี้ยงอีก”

ผู้ดูแลรายนี้ถึงแม้จะได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแล้ว แต่ผู้ดูแลยังคงมีอุปสรรคจากทั้งตนเองที่ชรา และจากผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาศักดิ์สิทธิ์อื่นเพื่อให้การดูแล จึงทำให้ยังไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลช่องปากได้

## กลุ่มศึกษาที่ดูแลช่องปากไม่เปลี่ยนแปลง กรณีที่ 2

ผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 82 ปี นอนติดเตียงอยู่ในบ้านพัก ป่วยเป็นโรคอัมพฤกษ์มานานกว่า 5 ปี สภาพช่องปากเหลือฟันเพียง 9 ซี่ มีผู้ดูแลเป็นหลานสาวอายุ 24 ปี อาชีพรับจ้างทั่วไป และเป็น อสม. หลานสาวจะรับหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุทุกอย่าง ในบ้านมีเครื่องดูดเสมหะ เครื่องวัดความดัน เบาะลม และติดเครื่องปรับอากาศในห้องนอนของผู้สูงอายุ ก่อนการศึกษาผู้ดูแลแปรงฟันให้ผู้สูงอายุอยู่แล้วเป็นประจำวันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น โดยผู้สูงอายุไปที่ห้องน้ำหลังบ้าน ภายหลัง

การได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้ดูแลมีความรู้สึกอยากที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุเพิ่มเติม แต่ผู้สูงอายุเกิดป่วยหนักจนต้องเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาลจังหวัดเกือบ 1 เดือน ผู้ดูแลจึงให้การดูแลได้ไม่เต็มที่เพราะเหนื่อยกับการเฝ้าไข้ และสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยที่ไม่เอื้ออำนวย

“หนูแปรงฟันให้ยายอยู่คะ แปรงวันละ 2 รอบ เช้า เย็น อุ้มแก ไปเองที่ห้องน้ำ (หัวเราะ) แกตัวเบาอะ หนูอุ้มคนเดียวได้สบายมาก”

“ตอนที่พี่เค้ามาเยี่ยมคราวก่อน เคยคุยกันแล้วอะ ว่าตกลงหนูจะลองแปรงฟันเพิ่ม หลังอาหาร แล้วก็ให้ขั้วน้ยาบ้วนปากด้วย แต่ว่าเดือนก่อนแกไม่สบายอะ เป็นเลือดออกในกระเพาะ แอดมิทอยู่เกือบเดือน หนูยังเห็นหมอเดินอยู่ในโรงพยาบาลอยู่เลย (หัวเราะ) แต่หนูไม่กล้าทำก”

“ที่ห้องรวมคนเยอะมาก ๆ ให้นอนห้องพิเศษก็ไม่ไหวอะหมอ เพราะแกต้องนอนหลายคืน คงหลายบาท ก็เลยคุยกับแม่แล้วว่านอนห้องรวมนี้แหละ แล้วหนูนั่นไปเฝ้าคนเดียว ไม่มีคนเปลี่ยน บางทีก็ต้องขับรถกลับมาอาบน้ำที่บ้าน ทิ้งแกไว้กับพยาบาล แล้วหนูก็ขับรถกลับมาเฝ้าใหม่ เป็นอย่างงี้เป็นเดือน”

“ไม่ได้ทำเพิ่มอย่างที่คิดไว้เลยอะ (หัวเราะ) หมออย่าว่าหนูนะ หนูไม่ไหวจริง ๆ”

เมื่อผู้สูงอายุหายดีแล้ว ได้กลับมาอยู่บ้านได้ไม่นาน ก็เกิดประสบเหตุอุทกภัย ทำให้ต้องอพยพผู้สูงอายุออกจากบ้าน แล้วไปพักอาศัยบ้านญาติ ของใช้บางส่วน และ อุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากก็สูญหายไปกับน้ำ จึงทำให้ละเลยการทำทำความสะอาดไปบ้าง

“ตอนนั้นน้ำมาตอนเย็นแล้ว ทีแรกนึกว่าไม่ท่วม ที่ไหนได้หมอมาอย่างรวดเร็ว หนูแบกยายออกมานอนบนรถเพื่อนบ้านก่อน แล้วก็กลับเข้าไปเอาของออกมา น้ำถึงหน้าอกหนูแล้ว หมอ เกือบไปแล้ว (หัวเราะ) แปรงฟงแปรงฟันอะไรก็หายไปหมด เอาไม่ทัน ต้องไปนอนบ้านน้ำสาวแถวเหนือคลองหิน เสื้อผ้าของใช้เอาติดตัวมาได้นิดเดียว ไม่ได้อาบน้ำ แปรงฟันให้ยายอยู่หลายวันอะ”

ผู้ดูแลมีความรู้สึกดีต่อการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยรู้สึกถึงความเป็นกันเองขณะพูดคุย มีการโต้ตอบปฏิสัมพันธ์กัน และได้เสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลที่ตนเองต้องการเปลี่ยนแปลง แต่อย่างไรก็ตามผู้ดูแลก็ยอมรับว่ายังไม่สามารถปฏิบัติได้ แต่ตั้งใจจะปฏิบัติทันทีที่มีความพร้อม

“พี่เค้ามาวันนั้นก็ดีนะหมอ คุยกันสนุกดี พี่เค้าถามหนูเรื่องเกี่ยวกับฟันของยายว่า เป็นยังไง หนูก็ตอบได้นะว่าฟันแกมีก็ซี่ เพราะหนูแปรงฟันให้แกทุกวัน หนูนับอยู่(หัวเราะ)”

“พี่เค้าก็ถามว่าอยากลองทำความสะอาดฟันให้หายเพิ่มขึ้นมั้ย ใช้วิธีไหนดี หนูก็เลยเสนอว่าเดี๋ยวหนูจะแปรงตอนเที่ยง กับ ใช้น้ำยาบ้วนปากเพิ่มให้ แต่ยังไม่ทันจะดม แต่สัญญาว่าทำแน่ๆ”

“หนูยังเจอพี่เค้าบ่อยๆ เจอกันที่โลตัสก็ทักกัน พี่เค้าก็ถามถึงยายว่าเป็นไงบ้าง หนูก็ไม่กับพี่เค้าอยู่”

จากข้อมูลข้างต้นจะพบว่าในกลุ่มศึกษาที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ที่ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก แม้ผู้ดูแลจะมีความอยากในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่หากมีอุปสรรคที่ไม่ได้เกิดจากตัวผู้ดูแลเอง เช่น ปัญหาภัยธรรมชาติ การขาดผู้ช่วยเหลือภายในบ้าน ตลอดจนความซาะของผู้ดูแลเอง เป็นอุปสรรคทำให้ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ในขณะที่การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีส่วนช่วยทำให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับอุปสรรคส่วนตัวในเชิงความสนใจและทักษะในการดูแลได้ แต่ไม่สามารถช่วยให้สามารถจัดการกับอุปสรรคที่นอกเหนือการควบคุมของผู้ดูแลหรือปัจจัยจากภายนอกได้

### กลุ่มควบคุมที่ดูแลช่องปากดีขึ้น กรณีที่ 1

ผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 81 ปี อาศัยอยู่กับสามี ในบ้านไม้กลางสวนปาล์ม รอบ ๆ เป็นบ้านลูก หลาน ผู้สูงอายุไม่ยอมย้ายไปอยู่กับลูกเพราะชอบบ้านเดิมหลังนี้ ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนหน้านั้นนอนติดเตียง ต้องให้อาหารทางสายยาง แต่ตอนนี้สามารถรับประทานอาหารทางปากได้แล้ว ในช่องปากมีคราบหมาก คราบหินปูนจำนวนมาก ผู้ดูแลหลักเป็นลูกสาวบ้านข้าง ๆ ใช้วิธีหมูนเวียนสลับกันมาดูแลแม่ โดยแบ่งเป็นช่วงเวลา ให้การดูแลทุกอย่างที่สามารถทำได้ และพยายามส่งเสริมให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเอง เพราะผู้ดูแลมีความเชื่อว่าสักวันผู้สูงอายุจะต้องช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ดูแลไม่ทราบประโยชน์ของการทำความสะอาดฟันในผู้สูงอายุติดเตียง แต่เมื่อได้รับคำแนะนำจากเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข พร้อมทั้งแนะนำวิธีการที่ถูกต้องในการทำความสะอาด ก็เกิดการเปลี่ยนแปลงการดูแลได้

“คือพี่ก็ไม่รู้ว่า แปรงไปแล้วมันจะได้อะไรขึ้นมา ตอนนั้นแกก็เข็นนะ ร่างกายแย่มาก ทีแรกนึกว่าแกจะไม่รอดแล้ว พวกเราพี่น้องก็ช่วยกันเท่าที่เรารู้ อะไรที่ไม่รู้ก็ถามพยาบาลที่อนามัย เค้าก็มาบอก แต่ไอ้เรื่องเช็ดฟัน อะไรนี้ ไม่มีใครบอกที ก็เลยไม่กล้า แต่ตอนนี้ทำได้แล้ว”

“เดี๋ยวนี้ก็แปรงฟันให้วันสองรอบ เช้าเย็น น้ำยาบ้วนปากก็มีกิน ใช้จนหมด พี่แปรงให้นะ ทุกวัน วันไหนไม่ทันก็ให้น้อง ๆ แปรงให้ แต่ถ้าพี่อยู่ พี่แปรงให้เองทุกวัน”

เมื่อเวลาผ่านไปสามารถรับรู้ได้ถึง การเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุที่เกิดจากการมีสภาพช่องปากที่สะอาดขึ้น ผู้ดูแลรู้สึกภาคภูมิใจในการปฏิบัติของตน ซึ่งได้ทำให้กับแม่ที่เคยเลี้ยงดูมา

"เดี๋ยวนี้สะอาดแล้ว (หัวเราะ) หม้ายกลืน (ไม่มีกลืน) แต่ก่อนแกเคี้ยวหมาก แล้วคราบเต็มไปหมด แต่ตั้งแต่พอแปร่งให้ก็ดีขึ้นเยอะ"

"เรื่องปากเรื่องฟัน พี่ว่าสำคัญนะ ไม่รู้เกี่ยวมัย พี่ว่าแกกินข้าวได้มากแรง เมื่อก่อนกินทีละนิด ๆ เดี่ยวนี้กินมากวัน ๆ แต่ก็ควบคุมนะ ไม่ให้มากเกินไป เอาแบบพอดี ไม่อยากให้อ้วนมาก เดี่ยวทำจะมีปัญหา ตอนนี้นำล้างหัดเดินด้วย"

"พี่ว่า พวกพี่ทำดีที่สุดแล้วนะ ทุก ๆ อย่างที่ทำให้แม่ แกเลี้ยงพวกเรามาแต่เด็กเนอะ แค่นี้ทำไมเราจะทำให้ไม่ได้ ถ้าถามว่าเหนื่อยมัย แรก ๆ ก็เหนื่อย ท้อแท้เหมือนกัน เหมือนว่าเราเองก็ภาระเยอะ แต่พี่น้องก็ช่วยกันแบ่งหน้าที่กัน ใครทำอะไรได้ก็ช่วยกันทำ เราก็ไม่รู้สึกรหนักมากเท่าไร"

เมื่อสอบถามถึงความรู้สึกของผู้ดูแลต่อการได้รับทันตสุขภาพแบบเดิมผู้ดูแลเล่าว่า รู้สึกดีกับการที่ได้รับคำแนะนำแบบให้ฝึกปฏิบัติจริง และถึงแม้ว่าวิธีการทำความสะอาดอาจจะยากแต่ตนก็พร้อมที่จะทำตามอย่างเคร่งครัด

"พี่ว่าอันนี้แหละ ดีที่สุดเลย ไม่ใช่ว่ามาสอนพี่อย่างเดียว แล้วพี่จะรู้ได้ยังไงว่าทำได้ไม่ได้ ของแบบนี้ใครจะทำเป็นตั้งแต่เกิดลูกมัย? ก็ต้องค่อย ๆ เรียนรู้ไป น้อง xxx เค้าก็ดี สอนไม่ยาก ทำได้"

"มันยากเหมือนกันนะเรื่องการแปร่งฟันให้คนอื่น ของตัวเองบางที่ยังแปร่งไม่ทั่วเลย แต่ก็ต้องทำที่น้อง xxx สอนมาเป๊ะ ๆ"

ภายหลังการศึกษาผู้สูงอายุมีแผ่นคราบจุลินทรีย์ในช่องปากลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการที่ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อการทำความสะอาดช่องปาก โดยมองว่าช่องปากมีความสัมพันธ์กับการกินอาหาร และการได้ฝึกปฏิบัติจริงในการสาธิตการทำความสะอาดช่วยเสริมให้เกิดความมั่นใจยิ่งขึ้น

## กลุ่มควบคุมที่ดูแลช่องปากดีขึ้น กรณีที่ 2

ผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 91 ปี ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดในสมอง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และปวดเอว ไม่สามารถนั่งหรือเดินได้ แต่มือข้างขวาพอใช้การได้ ข้างซ้ายอ่อนแรง

อาศัยอยู่ในโรงแรมซึ่งเป็นธุรกิจของลูกสาว โดยเปิดห้องหนึ่งบนชั้น G ให้เป็นห้องพักของผู้สูงอายุ และจ้างผู้ดูแลไว้ตลอด 24 ชั่วโมง ผู้ดูแลจบหลักสูตรการบริบาลจากกรุงเทพฯ ยังไม่เคยมีประสบการณ์ดูแลคนไข้แบบนี้ ในระหว่างการศึกษามืออาชีพผู้สูงอายุเกิดป่วยหนัก เข้าโรงพยาบาล และต้องให้อาหารทางสายยาง มือที่เคยใช้การได้ ก็ใช้การไม่ได้ มีลักษณะอ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง ไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นใด ๆ

ผู้ดูแลเล่าว่าก่อนหน้านี้ไม่เคยต้องให้การดูแลช่องปากแก่ผู้สูงอายุ เนื่องจากสามารถแปรงฟันได้ด้วยตัวเอง แต่ภายหลังจากออกจากโรงพยาบาลมา จำเป็นต้องดูแลเรื่องฟันให้

“หนูไม่ได้แปรงให้แก่อะคะ แกแปรงของตัวเองคะ ใช้มือขวาแปรง มือซ้ายยกไม่ได้แล้ว เวลาแปรงหนูก็จะเอาน้ำ เอากระโถนมาวางไว้ให้”

“ตอนนั้นแกยังดูแลตัวเองได้อยู่คะ หนูก็เลยไม่ค่อยเหนื่อยเท่าไรหรอก แต่ก็ต้องรับผิดชอบงานแม่บ้านด้วย เพราะเค้าให้เราทำงาน 2 หน้าที่ ทั้งเป็นคนดูแล แล้วก็แม่บ้าน แต่พอแกป่วยออกโรงพยาบาลมา ก็ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้แล้วคะ ใส่สายมาแบบนี้ หนูก็ต้องลดงานแม่บ้านตัวเองลง แต่เจ้านายเค้าก็ยังไม่ค่อยยอมเท่าไรหรอก(หัวเราะ)”

“มือแยกไม่ได้ทั้ง 2 ข้างแล้วคะตอนนี้ หลังจากออกจากโรงพยาบาลมา หนูก็เลยเช็ดฟันให้แกกับน้ำยาบ้วนปาก”

ผู้ดูแลเล่าทราบว่าควรที่จะต้องแปรงฟันให้กับผู้สูงอายุเพื่อให้ช่องปากสะอาด แต่เนื่องจากตนไม่ได้ปฏิบัติมานานมากแล้ว จึงยังไม่ค่อยมั่นใจว่าตนสามารถทำได้ อีกทั้งยังต้องดูแลเรื่องอื่นของผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนมากขึ้นเช่น สายยางให้อาหาร จึงทำให้ไม่ค่อยได้ให้ความสำคัญกับเรื่องช่องปากเท่าไรนัก

“พอแกทำอะไรเองไม่ได้ หนูก็ต้องทำให้ทั้งหมดอยู่แล้วคะ ทุกเรื่อง อะไรที่ไม่เคยทำ ก็ต้องทำ อย่างให้อาหารทางสายยาง นี่หนูก็ไม่ได้ทำมานานแล้ว แต่ก็ยังพอจำได้ พอดีที่พยาบาลมาช่วยสอนด้วย ”

“ตอนนั้นพี่เค้ามาสอนแล้วคะเรื่องการแปรงฟันให้คนไข้ แต่ว่าตอนนั้นยายแกยังไม่เป็นแบบนี้ หนูก็จึงผ่านไปนะคะ (หัวเราะ) ได้ลองทำด้วยนะ แต่เหมือนตอนนั้นแกก็ไม่ค่อยยอมเท่าไรหรอก พอถึงตอนนี้ก็เลยแปรงเองไม่ถูกแล้วคะ ไม่กล้าทำ มันมีสายอะไรไม่รู้เต็มไปหมด แล้วแกก็ชอบอ้วกด้วย เลยคิดว่าเช็ดเอากับผ้าชุบน้ำยาบ้วนปากไปก่อน เอาไว้พร้อมเมื่อไรค่อยแปรงให้ละกันคะ”

ภายหลังการศึกษาพบว่าแผ่นคราบจุลินทรีย์ในผู้สูงอายุมีปริมาณเพิ่มมากขึ้นทั้งที่ผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงการดูแลจากเดิมที่ให้ผู้สูงอายุดูแลช่องปากด้วยตนเอง เป็นเช็ดฟันด้วยน้ำยาบ้วนปาก อาจเป็นเพราะการที่ผู้ดูแลทำความสะอาดช่องปากด้วยการเช็ดเพียงอย่างเดียวนั้นไม่เพียงพอต่อการลดคราบจุลินทรีย์ ซึ่งเดิมขณะที่ผู้สูงอายุสามารถแปรงฟันได้เองนั้นอาจจะสามารถควบคุมปริมาณคราบจุลินทรีย์ได้ดีกว่านี้

### กลุ่มควบคุมดูแลช่องปากไม่เปลี่ยนแปลง กรณีที่ 1

ผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 68 ปี ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดในสมองอ่อนแรกซีกซ้าย มือด้านขวาใช้การได้ แต่ไม่สามารถนั่งได้ นอนติดเตียงมากกว่า 5 ปี มีลูกสาวทำงานเป็นเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ช่วงเวลากลางวันในขณะที่ลูกสาวไปทำงาน จะจ้างผู้ดูแลแบบรายวัน มาเฝ้าผู้สูงอายุ ทำหน้าที่ เตรียมอาหาร เตรียมยา และอยู่เป็นเพื่อน ผู้ดูแลเป็นคนกระเป๋ิ ไม่เคยมีประสบการณ์ดูแลคนไข้แบบนี้มาก่อน แต่เนื่องจากผู้ดูแลเองคิดว่าไม่เป็นปัญหา เพราะผู้สูงอายุนั้นไม่ได้ต้องใช้ทักษะการดูแลที่ย่งยากมากนัก

ผู้ดูแลไม่ได้ให้การดูแลช่องปากแก่ผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุสามารถใช้มือข้างที่ถนัดในการแปรงฟันเองได้ ถึงแม้จะได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ และได้ลองพยายามปฏิบัติแล้วก็ตาม แต่จากแรงต้านของผู้สูงอายุทำให้ผู้ดูแล เกิดความท้อใจ และปล่อยให้ผู้สูงอายุดูแลตัวเองต่อไป แต่ผู้ดูแลสังเกตได้ว่าผู้สูงอายุมีการแปรงฟันที่นานขึ้นกว่าเดิม

“ก็ไม่ได้คุณะคะ คือว่าเรื่องฟันยายแก่ดูแลตัวเองมาตั้งแต่ต้นแล้ว พี่ก็ไม่ได้ทำอะไรให้แกเพิ่มเติม

“แกทำของแกเองมาตั้งนานแล้วนะ พี่เองก็ไม่ได้ทำให้ หน้าที่พี่คือเตรียมอาหาร ป้อนข้าว ป้อนน้ำ เช็ดตัว เอายาให้กินอะไรแบบนี้ ส่วนเรื่องฟันนี้รู้สึกแกจะทำเองเป็นอยู่แล้ว”

“รู้สึกว่ารักหลัง ๆ มาแกเหมือนจะแปรงฟันนานกว่าปกตินะ สงสัยฟังหอมมากไป”

“วันที่หอมเค้ามาสอนเรื่องแปรงฟัน บ้วนน้ำยา พี่ก็ทำนะ หอมให้ลองทำพี่ก็ทำ แต่พอหันไป แกก็ไม่ได้ทำ แกก็จะทำเอง ๆ พี่ก็ว่าช่างแกละกัน .. คืออีกอย่างพี่เองก็ไม่ได้เฝ้าแกตลอดเวลา นะ พี่มาอยู่เป็นกะ กลางวัน เดี่ยวตอนเย็นลูกแกก็กลับมาจากที่ทำงาน ก็มาดูแล”

ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อการทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุ แต่เนื่องจากตนเองเป็นผู้ดูแลรับจ้าง เข้ามา เย็นกลับรับผิดชอบในช่วงที่ญาติผู้สูงอายุไปทำงาน ผู้ดูแลไม่ต้องการให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้ว่าจ้าง จึงเลือกที่จะไม่ทำในสิ่งที่ผู้สูงอายุไม่ยินยอม

“ถ้าทำได้มันก็ดี คือว่าแกก็ไม่ค่อยเท่าไร พี่ว่าที่แปรง ๆ อยู่นั้นก็คงไม่ทั่ว ไม่สะอาด แต่ว่าแกดีนะ แกว่าอะไรที่แกทำได้แกจะทำเอง พี่ไม่อยากจะใจเลย เคี้ยวแกเอาไปฟุ้งลูก พี่ก็จะโดนค่าเอา”

“ที่พี่ทำอยู่ทุกวันนี้ ก็เหมือนว่าเฝ้าขายแกเฉย ๆ ขายแกไม่ค่อยฟังพี่หรอก เวลาบอกให้ทำอะไร แกเชื่อลูกมากกว่าเชื่อพี่”

“ถ้าเป็นญาติเราเอง คงทำให้ซะ ไม่ยอมก็จะทำ (หัวเราะ) แบบนี้มันไม่ใช่ เราก็ไม่อยากจะทำอะไรที่มันขัดใจเค้า เค้า(ลูก) ก็คงไม่อยากให้เราไปทำแม่เค้าแบบนั้น”

เนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแล และครอบครัวผู้สูงอายุไม่ค่อยดี จึงทำให้ผู้ดูแลขาดแรงจูงใจในการให้การดูแลช่องปากอย่างที่ได้รับคำแนะนำมา จึงไม่เกิดการให้การดูแลช่องปากแก่ผู้สูงอายุ แต่ผู้ดูแลสังเกตได้ว่าผู้สูงอายุแปรงฟันด้วยตัวเองนานขึ้น อาจเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุได้รับฟังคำแนะนำจากเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขขณะให้ทันตสุขศึกษาแก่ผู้ดูแล จึงเกิดความตระหนักในการดูแลช่องปากด้วยตัวเอง

## กลุ่มควบคุมดูแลช่องปากไม่เปลี่ยนแปลง กรณีที่ 2

ผู้สูงอายุ เพศหญิง อายุ 67 ปี ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดในสมอง โรคเบาหวาน นอนติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย ให้อาหารทางสายยาง สภาพช่องปากเป็นคราบหมาก คราบหินปูน ริมฝีปากแห้ง แดก มีแผลงวันต่อม ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับลูกสาวและหลาน โดยนอนบนเตียงที่วางอยู่นอกบ้านบริเวณระเบียงบ้าน มีผู้ดูแลเป็นลูกสาวอายุ 34 ปี อาชีพทำสวน

“เมื่อก่อนแกกินเก่งนะตัวอ้วน กินหมากกัน ฟันดำเหม็น แต่ว่าแกเป็นเส้นเลือดในสมองแตก หลังจากนั้นก็เป็นอัมพาตแบบนี้ กินข้าวไม่ได้ ต้องใส่ทางสายยาง พี่ทำให้ทุกวัน”

“ลูกมีหลายคน แต่ไปอยู่ที่อื่นกันหมด เหลือแต่พี่นี่ บ้านนี้ก็อยู่กันหลายคน ทั้งลูกทั้งหลาน”

“ที่ว่าให้แกมานอนนอกบ้านแบบนี้ไม่ใช่อะไรนะ บางทีแกขี้ เยี่ยว แล้วมันเหม็นมาก นี่ นั่งตรงนี่ยังได้กลิ่นเลย ก็เลยไม่อยากเอาไว้ในบ้าน คนในบ้านอยู่ไม่ได้ พี่ก็ว่าง ๆ ก็แะดูแกทีหนึ่ง ส่วนใหญ่ก็เวลาที่ให้อาหาร”

ผู้ดูแลได้รับทันตสุขศึกษาแบบเดิม จากเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขแล้ว แต่ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแล ยังคงใช้ไม้ฟันสำลีเช็ดเมื่อมีกลิ่นเหม็น เหมือนเดิม ผู้ดูแลบอกว่า เป็นเพราะว่าการทำความสะอาดแบบที่เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข มาแนะนำนั้นยากเกินไป ไม่สามารถปฏิบัติได้

“แรกก่อน ใช้ไม้ฟันสำลีชุบน้ำยา แล้วก็ถู ๆ ไปที่ฟัน ส่วนใหญ่ทำตอนที่ว่า มันมีกลิ่น แต่ว่าไม่ค่อยทำบ่อยเท่าไรแล้วแต่วันไหนว่าง ๆ”

“ก็ทำเหมือนเดิมคะ ใช้ไม้ฟันสำลีชุบน้ำยาบ้วนปากที่หมอให้มา เช็ด ไปรอบ ๆ ฟัน”

“น้องเค้ามาสอนแล้ววันนั้น ว่าให้แปรง กับใช้อะไรนะ...?... น้ำยาบ้วนปากเช็ดกับผ้า ฟีตองแล้ว มันทำไม่ได้ แกไม่อ้าปากเลยนิ แต่ตอนลองกับน้องทำได้นะ สงสัยเป็นพยาบาล ก็เลยทำได้ ชาวบ้านอย่างเราคงทำไม่ได้ ต้องฝึก”

“แปรงฟัน น้องเค้าก็สอนแล้วนะ แต่ว่าตอนลองทำ ก็ยังทำไม่ได้ แกไม่อ้าปากนิ พี่ก็เลยไม่รู้จะทำยังไง”

เหตุผลอีกประการที่ผู้ดูแลไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานทำความสะอาดคือ การมีทัศนคติว่า คนไข้ที่กินอาหารทางสายยางไม่จำเป็นต้องใช้ฟันในการบดเคี้ยว สามารถปล่อยให้หลุดไปได้

“ฟันแกก็ยังไม่ซี่ซี่ โยกแยกหมดแล้ว เป็นหินปูน แกไม่ได้ใช้ปากเคี้ยวอะไรเลย กินผ่านสายยางหมด พี่ว่าอีกไม่นานก็ร่วงหมดปากแล้ว ถ้าแปรงไปแรง ๆ สงสัยไม่เหลือซี่ซี่”

ผู้ดูแลระบุว่าอุปสรรคในตัวผู้สูงอายุที่สำคัญคือเรื่องกลิ่นจากการขับถ่ายของผู้สูงอายุ ทำให้ไม่อยากเข้าใกล้ และเลือกที่จะนำผู้สูงอายุมาไว้ในห้องพัก ประกอบกับการมีทัศนคติว่า การกินอาหารทางสายยางไม่จำเป็นต้องทำความสะอาดฟัน จึงทำให้ยังไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุ ถึงแม้จะได้รับข้อมูล และการฝึกสาธิต จากทันตสุขศึกษาแบบดั้งเดิมแล้วก็ตาม ส่งผลให้ปริมาณการบดเคี้ยวไม่มีการเปลี่ยนแปลง

จะเห็นว่าทำให้ทันตสุขศึกษาแบบดั้งเดิมโดยเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในรายที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานทำความสะอาดที่ดีขึ้นนั้น สังเกตได้ว่าผู้ดูแลในกลุ่มดังกล่าวมีทัศนคติที่ดีต่อการทำความสะอาดช่องปากอยู่แล้ว (กลุ่มควบคุม 1) เมื่อได้รับคำแนะนำถึงวิธีการทำความสะอาดที่ถูกต้อง ก็พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในขณะที่บางราย (กลุ่ม



ควบคุม 2) เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดีขึ้นเช่นกัน แต่เป็นเพราะจากสภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ผู้ดูแลต้องเพิ่มบทบาทการดูแลช่องปาก จากเดิมที่ไม่เคยให้การดูแลมาก่อน แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าการดูแลที่เกิดขึ้นนั้นยังไม่มากพอ และผู้ดูแลยังไม่พร้อม เพราะยังไม่มั่นใจในตัวเองว่าจะสามารถทำได้หรือไม่ และในส่วนผู้ดูแลอีก 2 ราย (กลุ่มควบคุม 3 กลุ่มควบคุม 4) ที่ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีสาเหตุที่คล้ายกันคือ การมีอุปสรรคบางอย่างระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุหรือครอบครัว ซึ่งอาจสะท้อนได้ว่ารูปแบบการให้ทันตสุขศึกษาแบบเดิมนั้น ไม่ได้เอื้อให้ผู้ดูแลก้าวผ่านอุปสรรคที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุ อีกทั้งในกลุ่มควบคุม 4 ผู้ดูแลรู้สึกว่าการให้ทันตสุขศึกษาแบบเดิมที่ได้รับนั้นยากเกินไป ไม่สามารถปฏิบัติได้

โดยสรุป ผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่ม ที่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากได้ จะมีลักษณะคล้ายคลึงกันในแง่ การเพิ่มความถี่ในการแปรงฟันให้ผู้สูงอายุ จากเดิมที่ไม่เคยแปรงเลยมาสู่การเพิ่มความถี่ในการทำความสะอาด เพิ่มการเช็ดผ้าก๊อสน้ำยาบ้วนปาก การเพิ่มการบ้วนน้ำยาบ้วนปาก ทั้งนี้ในกลุ่มศึกษา พบว่ามีการประยุกต์ใช้เครื่องมือผสมหามาช่วยคุณน้าลายเพิ่มเติมอีกด้วย

จากผลการสัมภาษณ์เชิงลึกแสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลในแต่ละกลุ่มมีเงื่อนไขทั้งเชิงบวก และเชิงลบที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุติดเตียง โดยพบว่าเงื่อนไขเชิงบวก เช่น การได้ฝึกปฏิบัติจริงนั้นมีอิทธิพลต่อทั้ง 2 กลุ่ม ในขณะที่ในกลุ่มศึกษานั้น พบว่า ลักษณะของการได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (การรับฟังความคิดเห็น การตั้งคำถามชวนคิด การร่วมวางแผน การเสริมกำลังใจ) นั้นมีส่วนช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้เพิ่มเติม ในขณะที่เงื่อนไขเชิงลบที่มีอิทธิพลต่อการไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่ อุปสรรคจากตัวผู้สูงอายุ ที่พบได้ทั้ง 2 กลุ่ม ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวในกลุ่มควบคุม ปัญหาจากความชรา และ ปัญหาจากภัยพิบัติธรรมชาติ ในกลุ่มศึกษา (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 เจ็อนไซเชิงบวกและเชิงลบที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก  
ผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้ดูแล

|                | กลุ่มควบคุม (4 ราย)   | กลุ่มศึกษา (6 ราย)  |
|----------------|---|---|
| <b>เจ็อนไซ</b> | <b>ได้เพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และฝึกปฏิบัติ</b>   | <b>ได้จากการฝึกปฏิบัติ</b>  |
| <b>เชิงบวก</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้ฝึกปฏิบัติจริง (1 ราย)</li> <li>- มีความคิดว่าสุขภาพช่องปากที่ดีส่งผลต่อสุขภาพร่างกาย (1 ราย)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้ฝึกปฏิบัติจริง (3 ราย)</li> <li>- การพบความผิดปกติในช่องปากที่ส่งผลต่อสุขภาพร่างกาย (1 ราย)</li> </ul>   |
|                | <b>เหตุผลจากความจำเป็นที่ต้องทำ</b>   |   |
|                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้สูงอายุแปรงฟันเองไม่ได้แล้ว จึงต้องให้ความช่วยเหลือ(1 ราย)</li> </ul>                                       | ไม่พบ   |
|                | <b>จากวิธีการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข</b>  | <b>จากวิธีการปฏิบัติของผู้ให้การสัมภาษณ์แบบสร้างแรงจูงใจ</b>  |
|                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- การสอนด้วยวิธีที่ง่าย ไม่ยุ่งยาก (1)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- การรับฟังความคิดเห็น และไม่รู้สึกถูกออกคำสั่ง (1 ราย)</li> <li>- การถูกตั้งคำถามให้ชวนคิด (2 ราย)</li> <li>- ช่วยกันคิดหาวิธีการดูแลที่เหมาะสม (1 ราย)</li> <li>- การได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจทางโทรศัพท์ ทำให้มีกำลังใจขึ้นมา (1 ราย)</li> </ul> |
| <b>เจ็อนไซ</b> | <b>จากร่างกายของผู้สูงอายุ</b>  | <b>จากร่างกายของผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล</b>  |
| <b>เชิงลบ</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีอุปสรรคจากสภาพร่างกายของผู้สูงอายุทำให้ไม่อยากเข้าใกล้ (1 ราย)</li> </ul>                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีอุปสรรคจากผู้สูงอายุต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล ถึงแหวดล้อมไม้เอื้ออำนวย (1ราย)</li> <li>- ผู้ดูแลชรามาก และมีโรคประจำตัวมาก (1ราย)</li> <li>- ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุลำพังได้ ต้องพึ่งพาอาศัยคนข้างบ้านมาช่วย (1ราย)</li> </ul>                               |

## ตารางที่ 12 (ต่อ)

| กลุ่มควบคุม (4 ราย)            |  | กลุ่มศึกษา (6 ราย)   |
|--------------------------------|--|--|
| เจือ น ไช                      | จากครอบครัว  |  |
| เชิงลบ                         | - ขาดความผูกพันกับผู้สูงอายุ (1 ราย)<br>- ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับครอบครัวผู้สูงอายุ (1 ราย)      | ไม่พบ  |
| จากความรู้สึก ทศนคติต่อการดูแล |  |  |
|                                | - มีความคิดว่า ไม่กินอาหารทางปากไม่ต้องใช้<br>ฟันแล้ว (1 ราย)<br>- วิธีการยากไป ทำไม่ได้ (1 ราย) | ไม่พบ  |
|                                | ไม่พบ  | จากปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม<br>- ประสบเหตุทุกภัยข้าวของเครื่องใช้เสียหาย (1 ราย) |

## 2. ความรู้สึก การรับรู้ของผู้ให้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และทัศนคติศึกษาแบบเดิม ในการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล

### 2.1 ผู้ให้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI interviewer)

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก เจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ให้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในช่วงแรกที่อยู่ระหว่างการศึกษาฝึกฝน เจ้าหน้าที่รู้สึกกดดันและไม่ค่อยเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง แต่ภายหลังการฝึกฝนร่วมกับการลงบทบาทสมมติ จึงทำให้เริ่มเข้าใจและจับประเด็นหลักการที่สำคัญได้ โดยผู้ให้การสัมภาษณ์รู้สึก่วิธีนี้ เน้นการฟังคนไข้ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการคิด วิเคราะห์ ตัดสินใจและอยากเปลี่ยนด้วยตัวเอง ในขณะที่ผู้ให้การสัมภาษณ์เป็นผู้ช่วยกระตุ้นให้เห็นความสำคัญ คิด และสนับสนุนให้เหมาะกับคนไข้

“มันก็ยากเหมือนกันนะคะ หลังจากอ่านเอกสาร MI ที่หมอแนะนำแล้ว ตอนแรกก็รู้สึกว่า โห...MI ยากขนาดนี้ใครจะทำได้ แต่พอเริ่มอ่านเยอะ ๆ แล้วก็ลองดูคลิปวิดีโอในยูทูป กับหมอ แล้วฟังหมออธิบายที่เค้าพูดในวิดีโอ ก็รู้สึกว่า ที่จริงแล้วมันก็เป็นคำพูดปกติที่เราพูดกับคนไข้ นี่แหละ เพียงแต่ว่าบางอย่างเราก็ต้องคิดก่อนพูดให้มากขึ้น เช่น คำพูดประเภท ต้องทำ อย่าทำ ห้ามทำ คำพูดพวกนี้ห้ามพูดออกมาเลยคะ ต้องชวนให้ญาติเค้าได้คิดเยอะ ๆ ได้พูดเยอะ ๆ”

“หนูว่า MI จริง ๆ แล้ว มันก็คือการตั้งใจฟังคน ไข้แหละคะ คือว่าปกติเวลาเราสอน หรือให้คำแนะนำอะไร เรามักจะเป็นคนพูด ๆ ใส่คน ไข้ แต่ MI สอนให้เราพูดน้อย ๆ แล้วก็ให้ฟังคน ไข้พูดเยอะ ๆ หนูว่าลึก ๆ แล้ว ทุกคนเค้าอยากเปลี่ยนตัวเองอยู่แล้วอะคะ อย่างคุณดูแลคน ไข้ดีคนเดียว เค้าก็รู้นะคะว่าควรจะต้องดูแลเรื่องฟินอะไรอย่างนี้ แต่บางทีเราเหมือนกับไปช่วย แล้วก็ไปกระตุ้นให้เค้าได้ทำมันจริงๆ แบบที่เราคอยช่วย คอยปรึกษา ว่า ถ้าคุณอยากทำ เราก็จะช่วยอะไรอย่างจี้”

(ผู้ให้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ)

ในแง่ของการนำไปใช้จริงนั้น เจ้าหน้าที่ที่มีความเห็นว่าเป็นวิธีการที่ทำให้เกิดการสร้างสัมพันธภาพกับคน ไข้ มีความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจคน ไข้ สร้างกำลังใจให้คน ไข้ ช่วยในการให้คำแนะนำคน ไข้ที่ดี ตรงกับความต้องการของคน ไข้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้หลายสถานการณ์ แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ที่ให้คำปรึกษาจำเป็นต้องมีความอดทน และมีความตั้งใจ เนื่องจากในบางครั้งอาจเจอกับอุปสรรคบ้าง

“หนูคิดว่า MI มัน ไข้ได้จริงนะคะ ในการทำงานกับคน ไข้ แต่ว่าเราต้องเข้าใจก่อนว่าหลักของมันคืออะไร อย่างที่หนูเข้าใจนะคะ หนูคิดว่า MI มันเป็นการที่เราให้คน ไข้ได้ทบทวน หรือว่า สำนวนตัวเอง ว่าตอนนี้เค้าเป็นอย่างไร แล้วให้เค้ามองเห็นประโยชน์ที่เค้าจะได้รับ ถ้าเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือ โทษที่เค้าจะได้รับถ้าไม่ได้เปลี่ยนแปลง แล้วสุดท้ายต้องให้ตัวคน ไข้เป็นคนเลือกเองว่าจะเอาทางไหน เราเป็นคนให้ข้อมูล ให้กำลังใจ”

“อย่างตอนที่ให้คำแนะนำผู้ดูแลเรื่องการทำความสะอาดช่องปากคน ไข้ดีคนเดียว หนูก็จะให้คนดูแลเค้าเป็นคนเลือกนะคะว่าเค้าทำได้แค่ไหน อย่างบางคน มีความพร้อมน้อย ก็ทำได้เยอะ แต่บางคน ไม่ค่อยเท่าไร เราก็ให้เค้าทำเท่าที่ทำได้ ถ้าคนดูแลทำได้ เราก็จะชื่นชม ให้เค้ารู้สึกมีกำลังใจ”

“MI ทำให้เราเข้าใจคน ไข้ มากขึ้นนะคะ เหมือนกับว่า เราเองก็เข้าใจคน ไข้หรือญาติ มากขึ้นว่าเค้าเป็นยังไง”

“มันก็มีบางเคสนะคะที่หนูลงไปทำ MI แล้วเหมือนว่า ญาติเค้าไม่ค่อยโอเค ไม่ค่อยรับสิ่งที่เราพยายามจะสื่อ หรือบางคนก็ไม่พูดอะไรเลย หรืออาจจะเป็นเพราะว่าเราเป็นคนแปลกหน้าหรือเปล่า อันนี้หนูคิดเองนะคะ การที่คนเราเจอกันครั้งแรก แล้วจะให้รู้สึกไว้วางใจ แล้วคุยกันอย่างสบายใจ มันไม่ได้เกิดกับทุกคน”

“เท่าที่หนู ได้ลงเยี่ยมมา หนูว่าคนดูแลคน ไข้ดีคนเดียวพวกนี้ เค้าน่าสงสารนะคะ มันเหมือนกับว่าเค้ามีอะไรที่ต้องดูแลรับผิดชอบเยอะ ในแต่ละวัน การจะให้พวกเค้ามาสนใจเรื่องการ

ทำความเข้าใจความสะอาดพื้น นี่เป็นเรื่องไกลตัวมากเกินไป อย่างแรกหนูว่าต้องทำให้พวกเค้าเปลี่ยนความคิดก่อนว่าเรื่องพื้นนี่เป็นเรื่องที่สำคัญ จะเป็นเรื่องการเคี้ยวอาหาร หรือเรื่องการติดเชื้ทางเดินหายใจอะไรก็แล้วแต่ ถ้าเค้าเห็นความสำคัญแล้ว เราก็ต้องให้เค้าได้เลือกวิธีการดูแลที่เค้าพอจะทำได้ ไม่ต้องเอาที่ยากมากก็ได้ แต่ต้องลองให้เค้าได้ทำจริง แล้วที่สำคัญก็ต้องให้กำลังใจ เพราะการแปรงฟัน เช็ดปาก อะไรนี่หนูว่ามันก็ยากนะคะ สำหรับคนทั่วไปที่ไม่ได้ทำงานในด้านนี้”

(ผู้ให้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ)

## 2.2 ทันทาภิบาลที่ให้ทันตสุขศึกษาแบบดั้งเดิม

ส่วนหนึ่งรู้สึกว่าการให้ทันตสุขศึกษาแบบดั้งเดิมนั้นคล้ายคลึงกับวิธีการทำงานที่ทำอยู่ประจำ โดยเน้นการให้เหตุผลในการทำให้ได้ลงฝึกปฏิบัติ ซึ่งได้ผลในการให้ความรู้และเสริมสร้างพฤติกรรมใหม่ครอบคลุมตรงตามที่กำหนดไว้ แต่อย่างไรก็ตาม อาจจะยังไม่เหมาะสมกับการให้คำแนะนำทางด้านการทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งต้องใช้เวลา อีกทั้งยังพบว่ามีทันตภิบาลบางส่วนที่รู้สึกว่าการให้ทันตสุขศึกษาแบบดั้งเดิมนั้นไม่ได้ผลเนื่องจากตัวผู้ดูแลไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

“มันก็ได้ผลอยู่นะ มันก็เป็นการให้ความรู้ที่ครบทุกด้านดี มีทั้งอธิบายที่ไปที่ไปว่าทำไมต้องทำความสะอาดพื้น วิธีการว่าจะทำยังไง แล้ว ให้ลองทำเอง” (ทันตภิบาล ก)

“วิธีการแบบที่หมอตั่งมาให้ จริง ๆ มันก็เหมือนกับที่พวกพี่ทำงานอยู่เป็นประจำเลยนะ อย่างไปเยี่ยมบ้านอะไรอย่างนี้ แต่อย่างที่บ้านพี่ทำอยู่ พี่ว่าบางครั้งมันก็เหมือนกับเราลงไปเองงานของเรามากกว่าลงไปดูแลคนป่วย อย่างพี่เห็นเจ้าหน้าที่บางคนลงไปก็รีบ ๆ ตรวจ วัดความดัน เจาะน้ำตาล เดินดูลูกน้ำยุ่งลาย เสร็จแล้วก็กลับ หรือบางทีไปกันเยอะ ๆ รุมคนไข้ รุมญาติกันเป็นสิบคน แล้วสุดท้ายคนไข้กับญาติ จะได้อะไร พี่ก็ไม่เข้าใจเหมือนกัน อย่างเราสอนแปรงฟัน สอนเช็ดฟัน มันต้องใช้เวลานานะ” (ทันตภิบาล ข)

“บางคนสอนแล้วเค้าทำไม่ได้อะคะ หนูว่าหนูสอนไม่ยากแล้วนะ อย่างแปรงฟันกับเช็ดผ้าก็ออส มันก็ไม่น่าจะยากขนาดนั้น หนูก็ไม่ได้ให้แปรงโมดิฟายด์บาส ชักหน้อย หนูคิดว่าเค้าไม่ยากทำมากกว่ารีเปล่า” (ทันตภิบาล ค)

## บทที่ 4

### บทวิจารณ์

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาผสมผสานระหว่างวิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่ใช้เชิงปริมาณเป็นตัวนำและนำข้อมูลเชิงปริมาณมาเป็นตัวกำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งพบว่ามีความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์งานการศึกษา เนื่องจากต้องการพิสูจน์ถึงประสิทธิภาพระหว่างวิธีการสัมภาษณ์แบบสร้างแรงจูงใจซึ่งเป็นแนวทางแบบใหม่เปรียบเทียบกับวิธีที่ให้ทันตสุขศึกษาแบบเดิม ซึ่งควรทำในลักษณะการควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องและเน้นวัดผลเชิงปริมาณเพื่อตอบประเด็นการเปลี่ยนแปลงได้ชัดเจน จากนั้นจึงศึกษาเจาะลึกถึงเหตุผลหรือเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงต่อสภาวะช่องปากและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยติดเตียงที่มีความหลากหลายตามบริบทของผู้ป่วย ซึ่งการศึกษาเชิงคุณภาพเอื้อให้เจาะลึกในประเด็นที่ต้องการศึกษาแบบรอบด้าน เปิดกว้าง ยืดหยุ่น ตามสภาพจริงมากขึ้น

ในส่วนของการศึกษาเชิงปริมาณซึ่งเป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่ม ที่ได้ทำการคัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษาตามเกณฑ์ที่กำหนดและทำการแบ่งกลุ่มด้วยวิธีการสุ่ม ทำให้ลดอคติจากการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (selection bias) และเกิดความใกล้เคียงกันระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ซึ่งพบว่าทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีลักษณะปัจจัยส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกัน และแม้มีปัจจัยบางประการที่มีความแตกต่างกัน แต่พบทั้งด้านที่อาจเป็นปัจจัยเชิงบวกหรือลบต่อระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์และความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลทั้งสองกลุ่ม เช่น พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีฟันแท่นน้อยกว่า 20 ซี่ในกลุ่มศึกษามีจำนวนมากกว่ากลุ่มควบคุม รวมถึงมีการรับประทานอาหารเหลว หรือ อาหารอ่อนที่มากกว่ากลุ่มควบคุม และพบว่าผู้ดูแลในกลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยอายุที่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และมีระดับการศึกษาที่สูงกว่า รวมถึงพบว่าระยะเริ่มต้น ระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ในการสุ่มแยกเข้ากลุ่มนั้นจะแยกในสัดส่วนของในแต่ละพื้นที่ที่ใกล้เคียงกัน เพื่อลดปัจจัยที่เกิดจากความแตกต่างของพื้นที่ระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมได้อีกทางหนึ่ง

นอกจากนี้ การศึกษานี้ได้ลดความลำเอียงที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ตรวจ (observer bias) โดยใช้การปกปิดผู้ตรวจช่องปาก ในส่วนของผู้สัมภาษณ์นั้น ไม่ได้มีการปกปิด แต่เลือกใช้แบบสัมภาษณ์ที่เป็นคำถามปลายปิด เพื่อป้องกันความลำเอียงที่อาจเกิดขึ้น โดยได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) และ การหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าครอนบาชอัลฟา

ในเกณฑ์ดี (Cronbach's alpha = 0.86) ทั้งนี้สำหรับการตรวจช่องปากผู้สูงอายุนั้นได้มีการปรับมาตรฐานผู้ตรวจทั้งก่อนและหลังการศึกษา และพบว่าอยู่ในเกณฑ์ดี ถึง ดีมาก (0.748 – 0.847)

ในการคัดเลือกพื้นที่เข้าร่วมการศึกษานี้ อาศัยความสมัครใจของแต่ละพื้นที่ซึ่งมีพื้นที่สนใจเข้าร่วมการศึกษาทั้งสิ้น 24 หน่วยบริการจากจำนวนหน่วยบริการทั้งหมดในจังหวัดกระบี่ซึ่งมีทั้งสิ้น 94 หน่วยบริการ โดยเป็นพื้นที่นาร่องในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงเป็นหลัก ส่วนพื้นที่ที่ยังไม่มีนโยบายในการให้การดูแลอย่างเป็นระบบ จึงไม่ประสงค์เข้าร่วมการศึกษา อีกทั้งการศึกษานี้มีการกำหนดเกณฑ์คัดเข้าที่ระบุถึงสภาพช่องปากผู้สูงอายุที่ต้องมีฟันอย่างน้อย 2 sextant ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุติดเตียงมักจะมีจำนวนฟันแท้ไม่มาก หรือบางรายเป็นสันเหงือกว่างทั้งปาก (All edentulous) ทำให้เกิดการคัดออกของผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก จึงทำให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษามีจำนวนที่ต่ำกว่าการคำนวณตามสูตรที่กำหนดไว้ตอนต้น แต่ก็ครอบคลุมพื้นที่นาร่องทั้งหมดในพื้นที่จังหวัดกระบี่ จึงสะท้อนความเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรในเขตจังหวัดกระบี่ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมเป็นหลัก อาจยังไม่ได้เป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรผู้ป่วยที่ติดเตียงของกระบี่ที่สมบูรณ์

ในการศึกษานี้ พบอัตราการออกกลางคันของการศึกษานี้อยู่ที่ 12.9 ซึ่งสูงกว่าอัตราที่คำนวณไว้ อันเนื่องมาจากการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ การเสียชีวิตของผู้ดูแล และอีกทั้งในช่วงของการศึกษาได้เกิดเหตุอุทกภัยครั้งใหญ่ในภาคใต้ จึงทำให้เกิดการย้ายที่อยู่ของผู้สูงอายุ โดยมีจำนวนและเหตุผลที่ใกล้เคียงกันในการออกกลางคันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา และในการศึกษานี้ได้ทดลองวิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบผลของตัวแปรตาม (ระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์ และ การทำความสะอาดที่เหมาะสม) ระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูลแบบแบบ Per Protocol analysis (PP) และการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ Intention to treat (ITT) โดยการแทนที่ผลที่สูญหายทั้งหมดเป็นผลการรักษาที่ให้ผลดี (assume the best) สำหรับตัวแปรระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์ และ ให้ผลการทดลองที่สูญหายในกลุ่มทดลองได้ผลดี และ ผลการทดลองที่สูญหายในกลุ่มควบคุมได้ผลไม่ดี (best-case scenario for combination treatment) สำหรับตัวแปรการทำความสะอาดที่เหมาะสม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันของตัวแปรตามดังกล่าว (ภาคผนวก ฉ) ดังนั้นจึงเลือกวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ Per Protocol analysis เนื่องจากเป็นการวิเคราะห์ผลผ่านตัวแทนที่แท้จริงที่คงเหลือในการศึกษา

ในส่วนของการให้การควบคุมคุณภาพของสิ่งแทรกแซงนั้น ทางผู้วิจัยได้คำนึงถึงเป็นอย่างยิ่ง โดยส่วนของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เมื่อตรวจสอบคุณภาพของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ด้วยเครื่องมือ MITI พบว่าสัดส่วนของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ที่มีคะแนนองค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ (Relational global) อยู่ในเกณฑ์ที่

ยอมรับได้ (Fair-Good) ร้อยละ 67.85 และคะแนนองค์ประกอบทางเทคนิค (Technical global) อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Fair-Good) ร้อยละ 100 การตรวจสอบคุณภาพดังกล่าวอาศัยการบันทึกเสียง ในขณะที่ให้การสัมภาษณ์และบันทึกค่าคะแนนต่าง ๆ เพื่อประเมินภาพรวมของการให้คำแนะนำว่าเป็นการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นสิ่งที่ได้รับการแนะนำจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ<sup>33</sup> ว่าการประเมินความถูกต้องของวิธีการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นสิ่งสำคัญ ถึงแม้ว่าจากการศึกษาการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ พบว่า การศึกษาเกือบครึ่งหนึ่งมีความพยายามในการตรวจสอบความถูกต้องดังกล่าว แต่กลับใช้เกณฑ์ที่ไม่ชัดเจน มีเพียงการศึกษาของ Ismail และคณะ (2011) และ Stemann และคณะ (2012) เท่านั้นที่มีการกำหนดเกณฑ์ไว้อย่างชัดเจน<sup>37, 38</sup> สำหรับการควบคุมคุณภาพของการให้ทันตสุขศึกษาแบบเดิม (conventional dental health education) นั้นได้มีการสร้างแนวทางปฏิบัติ (protocol) เพื่อให้เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขสามารถปฏิบัติได้เองอย่างถูกต้อง และมีความตรงกันระหว่างผู้ให้ทันตสุขศึกษา รวมทั้งมีการบันทึกเทปตลอดการให้คำแนะนำ ซึ่งพบว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 100 มีการปฏิบัติตามแนวทางการวิจัยอย่างถูกต้อง

ในส่วนของการศึกษาเชิงคุณภาพทางผู้วิจัยได้คำนึงถึงความน่าเชื่อถือ (Trustworthiness) ของงานวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดจาก Andrew (2004)<sup>39</sup> ซึ่งได้อธิบายว่า การวิจัยเชิงคุณภาพสามารถสร้างความน่าเชื่อถือได้โดยผ่านเกณฑ์ต่าง ๆ เช่น การถ่ายโอนผลการวิจัย (Transferability) การพึ่งพากับเกณฑ์อื่น (Dependability) การยืนยันผล (Confirmability) และ ความเชื่อถือได้ (Credibility) ซึ่ง ความเชื่อถือได้นี้เป็นวิธีการที่ผู้วิจัยเลือกใช้ โดยความเชื่อถือได้ หมายถึงความสอดคล้องของข้อมูล และการตีความของผู้วิจัยกับความเป็นจริงของผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัย ซึ่งสามารถดำเนินการได้ผ่านขั้นตอน การทำตรวจสอบสามเส้า (data triangulation) ในขั้นตอนการเก็บข้อมูลโดยอาศัยการสังเกตพฤติกรรมของผู้ดูแลในขณะที่เยี่ยมบ้าน และการสัมภาษณ์ร่วมกัน และในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การเปรียบเทียบและพิจารณาความเหมือน ความต่างในลักษณะผลที่ได้เหมือนกัน (Compare and contrast) และให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 ท่านและผู้วิจัยแยกตีความข้อมูลและนำผลที่ได้มาอภิปรายร่วมกัน

### สภาวะช่องปาก

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงทั้ง 2 กลุ่ม มีปัญหาสุขภาพช่องปากหลายประการ เช่น การมีโรคฟันผุ ฟันสึก การมีอนามัยช่องปากที่ไม่ดี มีคราบจุลินทรีย์และคราบหินปูนสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Khanagar และคณะ (2015) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในบ้านพักคนชราประเทศอินเดียมีปริมาณคราบจุลินทรีย์ และคราบอ่อนสูง อันเนื่องมาจากการขาด



การดูแลความสะอาดของช่องปากโดยผู้ดูแล หนึ่งการสำรวจสถานะช่องปากของผู้ป่วยติดเตียง ใน การศึกษานี้ใช้วิธีการตรวจและเกณฑ์ที่ใช้ในการทำงานประจำของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ซึ่ง เกณฑ์ไม่ได้แยกแยะความแตกต่างอย่างละเอียดของระดับฟันผุ ฟันสึก ฟันโยก และ หินปูน เมื่อ เทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่มักนิยมกันที่มีความไว (sensitivity) สูง จึงอาจทำให้ร้อยละของผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาช่องปากอาจน้อยกว่าการศึกษาอื่น ๆ

### ระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์ภายในกลุ่มระหว่างก่อนและหลังการศึกษา พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์โดยพบว่าการลดลงอย่างมี นัยสำคัญภายหลังการศึกษา และเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนคราบจุลินทรีย์พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีการลดลง ของ “ระดับ 3” และมีการเพิ่มขึ้นของ “ระดับ 0 หรือ 1” แสดงให้เห็นถึงควมมีประสิทธิภาพในการ ควบคุมคราบจุลินทรีย์ของผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่ม แต่อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวยังไม่ชัดเจน (น้อยกว่าร้อยละ 15) อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดในเรื่องช่องปากของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีระดับแผ่น คราบจุลินทรีย์ก่อนการศึกษาในปริมาณสูงอยู่แล้ว เนื่องจากสถานะช่องปากที่เป็นแหล่งกักเก็บเชื้อ โรค (reservoir) ได้แก่ ฟันผุ ฟันสึก ตอฟัน คราบหินปูน คราบหมาก เป็นต้น ดังนั้นการทำความสะอาด ช่องปากโดยผู้ดูแลเพียงอย่างเดียว อาจจะยังไม่เพียงพอให้เกิดการลดลงของคราบจุลินทรีย์ จนเกิดการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก (clinical significant) จำเป็นต้องได้รับการกำจัดหินปูนโดยทันต บุคลากรร่วมด้วย

อย่างไรก็ตามภายหลังการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์ และ ค่าคะแนนคราบ จุลินทรีย์ในกลุ่มศึกษาไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งที่พบการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากในกลุ่มศึกษา เช่น การแปรงฟันด้วยยาสีฟันฟลูออไรด์ การ เพิ่มความถี่การแปรงฟัน การตรวจสอบความสะอาด และ สภาพช่องปากภายหลังการทำความสะอาด ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า พฤติกรรมการดูแลที่ดีขึ้นดังกล่าวเป็นการเพิ่ม “ปริมาณ” การทำ ความสะอาด แต่อาจจะขาด “คุณภาพ” ในการทำความสะอาด จึงไม่ส่งผลให้แผ่นคราบจุลินทรีย์ ลดลงจนเห็นความแตกต่างทางสถิติ ในขณะที่การให้ทันตสุขศึกษาแบบเดิมนั้น ไม่สามารถเพิ่ม “ปริมาณความถี่” ในการดูแลได้ แต่กลับพบว่าสามารถลดคราบจุลินทรีย์ได้ในระดับที่ใกล้เคียงกับ กลุ่มศึกษา ซึ่งอาจเกิดจากอาการให้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนั้นผู้สัมภาษณ์เน้น ไปที่ การเพิ่มแรงจูงใจให้ผู้ดูแลหันมาให้การดูแลช่องปากแก่ผู้สูงอายุ มากกว่าวิธีการทำความสะอาด ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งต่างจากทันตสุขศึกษาแบบเดิมที่เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขจะเน้นที่วิธีการที่ ถูกต้องในการทำความสะอาดเป็นหลักมากกว่าสร้างแรงจูงใจ เพราะในกลุ่มควบคุมได้มีการ

กำหนดขั้นตอนเรื่องเทคนิควิธีทำความสะอาดไว้ในแนวทางปฏิบัติ (protocol) แต่ในกลุ่มศึกษาจะไม่ได้ระบุไว้ชัดเจน เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ใกล้เคียงพบว่ามีการศึกษาของ Godard และคณะ (2011) ที่ได้ศึกษาการใช้การสัมผัสเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคปริทันต์ พบว่าเมื่อสิ้นสุดการศึกษาที่ 4 อาทิตย์ กลุ่มทดลองที่ใช้การสัมผัสเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (15-20 นาที) มีระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับทันตสุขศึกษาแบบมาตรฐาน ที่มีการให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก การได้รับแผ่นพับ และการได้รับบริการขูดหินน้ำลาย ขัดฟัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )<sup>40</sup> แต่อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างดังกล่าวอาจเกิดจากเกณฑ์ที่ใช้ในการวัดปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ที่แตกต่างกัน และเป็นการทำความสะอาดด้วยตัวผู้ป่วยเอง แตกต่างจากการศึกษาในครั้งนี้ที่เป็นการทำความสะอาดโดยผู้ดูแลซึ่งอาจมีความยากกว่าในการปฏิบัติ

สำหรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุนั้นเมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา เมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบว่าไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Freudenthal และ Bowen (2010) ที่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของการพฤติกรรมของผู้ปกครองในการให้เด็กเล็กบริโภคอาหารหวาน โดยผู้ศึกษาได้อภิปรายว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารนั้นต้องใช้เวลาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยาวนานกว่านี้ จึงจะเห็นการเปลี่ยนแปลง<sup>41</sup> ทั้งนี้ในการศึกษานี้ ได้ใช้เวลาในการศึกษา 90 วัน ซึ่งมากพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ซึ่งเริ่มพบได้ในกลุ่มควบคุม แต่ไม่พบในกลุ่มศึกษา ซึ่งอาจจะเกิดจากการที่ทางผู้วิจัยได้สร้างแนวทางปฏิบัติ (protocol) สำหรับเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในการให้ทันตสุขศึกษาแบบเดิมแก่กลุ่มควบคุม ซึ่งในแนวทางปฏิบัตินั้นได้มีการกำหนดไว้ว่าต้องให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุด้วย ซึ่งไม่ปรากฏแนวทางดังกล่าวในกลุ่มศึกษา จึงอาจเป็นเหตุให้ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลในส่วนนี้ และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าว อีกทั้งการลดลงของการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุในกลุ่มควบคุมนี้อาจส่งผลทางชีวโมเลกุลของช่องปากของผู้สูงอายุติดเตียงกล่าวคือ ทำให้เกิดการลดลงของการก่อตัวของแผ่นคราบจุลินทรีย์บนผิวฟัน จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยแผ่นคราบจุลินทรีย์ในกลุ่มควบคุมลดลง

#### **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก**

จากการศึกษานี้พบว่าร้อยละ 61.1 ของผู้ป่วยติดเตียงที่ได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม โดยมีสัดส่วนที่มากกว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาของ Coleman และ Watson (2006) ที่พบว่า มีผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ได้รับการทำความสะอาดช่องปากจากผู้ดูแลเพียงร้อยละ 16.14<sup>42</sup>

ทั้งนี้วิธีการประเมินความเหมาะสมของการทำความสะอาด ของการศึกษานี้ไม่ได้ใช้เกณฑ์เฉพาะ การทำความสะอาดฟันด้วยการแปรงฟันหรือบ้วนน้ำยาบ้วนปากเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมทำความสะอาดด้วยการเช็ดฟันด้วยผ้าหรือการทำความสะอาดเยื่อเมือกอย่างใดอย่างหนึ่งก็ได้ และนับการใช้น้ำเปล่าบ้วนปากหรือการไม่ได้ทำ ว่าเป็นการทำความสะอาดช่องปากที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น ร้อยละของผู้ที่ได้รับการทำความสะอาดอย่างเหมาะสมของการศึกษานี้จึงมีโอกาที่จะสูงกว่าการศึกษาอื่นได้

ภายหลังการศึกษาพบว่าผู้ดูแลกลุ่มศึกษาที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลช่องปากผู้สูงอายุหลายประการ เช่น พบว่ามีจำนวนผู้ดูแลที่ทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้น การเพิ่มขึ้นของการแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ และการใช้น้ำยาบ้วนปาก การเพิ่มความถี่ในการทำความสะอาดต่อวัน ทั้งนี้จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพทำให้ทราบว่าผู้ที่ผู้ดูแลที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนั้นทำให้ได้รับข้อมูลเชิงบวกเกี่ยวกับการมีสภาพช่องปากที่สะอาด และการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการที่ช่วยเอื้อให้การปฏิบัติทำได้ง่ายขึ้น รวมไปถึงการถามคำถามปลายเปิดให้ผู้ดูแลได้คิดเปรียบเทียบโดยใช้ประสบการณ์ของตนเอง เพื่อตัดสินใจเลือกวิธีการทำความสะอาดที่ควรจะเป็น อีกประเด็นที่ผู้ดูแลได้รับ คือ การได้ทราบถึงเทคนิค วิธีการในการทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุที่ง่ายและถูกต้อง รวมไปถึงการได้ลองฝึกปฏิบัติจริง อีกทั้งในกลุ่มศึกษาที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจทางโทรศัพท์นั้น พบว่าช่วยทำให้เกิดกำลังใจ ในการดูแลมากขึ้น อีกทั้งจากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า การสังเกตช่องปากผู้สูงอายุนั้นช่วยทำให้ผู้ดูแลมองเห็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นในช่องปาก เช่น เหงือกบวม ตุ่มหนอง ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพร่างกาย

### **การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค**

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็น โรคพบว่าทั้ง 2 กลุ่มก่อนเริ่มการศึกษาไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่เมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบว่า กลุ่มศึกษามีการรับรู้ในความเสี่ยงของช่องปากเพิ่มมากขึ้น ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Godard และคณะ (2011)<sup>36</sup> และ Stenman และคณะ (2012)<sup>37</sup> ที่พบว่าการนำการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มาใช้สามารถเพิ่มระดับการรับรู้ (perception) ของผู้ป่วยโรคปริทันต์ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม<sup>38,40</sup> อีกทั้งยังพบว่า การรับรู้ในความเสี่ยงดังกล่าว สอดคล้องกับพฤติกรรมตรวจสอบความสะอาดช่องปากที่เพิ่มมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม กลับพบว่า แม้จะมีพฤติกรรมตรวจสอบช่องปากเพิ่มมากขึ้นแต่กลับไม่พบการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ในเรื่องของโรคหรือสภาพในช่องปากรวมถึงแผ่นคราบจุลินทรีย์ ทั้งนี้อาจเกิดจากการศึกษานี้เน้นไปที่การเพิ่มวิธีหรือความถี่ในการทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุ ยังขาดการเสริมทักษะของ

ผู้ดูแลในการสังเกตเพื่อแยกแยะความผิดปกติของโรคในช่องปาก อีกทั้งผู้ดูแลอาจจะยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับความสะอาดที่คลาดเคลื่อน ดังนั้นการศึกษาในอนาคต ควรเพิ่มเติมให้ผู้ดูแลมีทักษะการแยกความสะอาด และความผิดปกติของโรคในช่องปาก

### **ทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก**

สำหรับคะแนนทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย หลังการศึกษาพบว่า กลุ่มศึกษา มีจำนวนผู้ดูแลที่มีคะแนนทัศนคติ อยู่ในเกณฑ์ “ดี” เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Almomani และคณะ (2009) ที่พบว่าการใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ สามารถเพิ่มคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคในช่องปากของผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจ (severe mental illness) ได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม<sup>43</sup> อีกทั้งการศึกษาของ Stewart และคณะ (1996) ก็พบว่าการใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ สามารถเพิ่มคะแนนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากในทหารผ่านศึกได้ดีเท่ากับกลุ่มควบคุม<sup>44</sup> โดยสามารถอภิปรายได้ว่าการเพิ่มขึ้นของทัศนคติในการศึกษานี้เป็นสิ่งสำคัญส่วนหนึ่ง ที่ทำให้ผู้ดูแลในกลุ่มศึกษามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียงที่ดีขึ้น

โดยรวมแล้วการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการศึกษานี้ ถือว่ามีความแตกต่างจากการให้ทันตสุขศึกษาแบบเดิม โดยที่การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนั้นเน้นไปที่การกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดความต้องการในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เน้นการสร้างทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพช่องปาก และให้ผู้ดูแลเลือกวิธีการในการทำความสะอาดที่ตนเองสามารถทำได้ตามบริบทของแต่ละครอบครัว โดยอาจไม่ได้เน้นที่วิธีการในการทำความสะอาดให้เกิดประสิทธิภาพ จึงทำให้ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงในแง่ของการปฏิบัติ คือมีการปฏิบัติที่ดีมากขึ้น แต่เมื่อวัดจากผลลัพธ์ของการทำความสะอาด ซึ่งก็คือแผ่นคราบจุลินทรีย์ กลับไม่พบว่ามีประสิทธิภาพเหนือกว่าการให้ทันตสุขศึกษาแบบเดิม แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาเชิงคุณภาพ สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีความรู้สึกต่อวิธีการให้คำแนะนำลักษณะนี้ว่า เป็นวิธีการที่มีความเคารพในตัวผู้ดูแล ไม่มีการสั่งการ หรือบังคับให้ปฏิบัติ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่ถูกบีบบังคับ และเป็นอิสระ อีกทั้งยังรับฟังการแสดงความคิดเห็น ซึ่งอาจจะเป็นทั้งในแง่บวกที่ทำให้การปฏิบัติเป็นไปด้วยความเต็มใจหรืออาจเป็นจุดอ่อนในแง่ไม่สามารถกำหนดทิศทางที่ต้องการได้ชัดเจนจากมุมมองของผู้ให้ทันตสุขศึกษาได้ อีกทั้งการที่ผู้ดูแลได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจทางโทรศัพท์ภายหลังการได้รับคำแนะนำ 1 อาทิตย์ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความผูกพัน (engagement) ต่อตัวผู้ให้คำปรึกษา ส่งผลให้เกิดการคงอยู่ของพฤติกรรมใหม่ ส่วน

บุคลิกของผู้ให้การสัมภาษณ์นั้นก็เป็นส่วนสำคัญ โดยพบว่าการมีบุคลิกที่นุ่มนวล เป็นมิตร ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดทัศนคติที่ดีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ว่าจะเป็นกลุ่มศึกษาหรือกลุ่มควบคุม

สำหรับการให้ทันตสุขศึกษาแบบเดิมในการศึกษานี้ พบว่า มีความแตกต่างจากการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจคือ มีการเน้นที่กลวิธีการในการทำความสะอาด มากกว่าการสร้างแรงจูงใจ อันเนื่องมาจากการทำแนวทางปฏิบัติ (protocol) ที่มีการระบุเทคนิควิธีการทำความสะอาดไว้โดยละเอียดในคู่มือ จึงทำให้เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข ถ่ายทอดความรู้ในส่วนนี้แก่ผู้ดูแลได้อย่างเต็มที่ ครอบคลุม ซึ่งจะประกอบเป็นประโยชน์แก่ผู้ดูแลที่มีความต้องการอยากจะดูแลช่องปากผู้สูงอายุอยู่แล้ว เพราะสามารถเพิ่มเติมทักษะเหล่านี้ได้ทันที แต่ในทางกลับกันหากผู้ดูแลรายใดที่ยังไม่มีความต้องการอยากจะดูแลช่องปากผู้สูงอายุ ก็จะเกิดความรู้สึกต่อต้าน และทำให้การให้ทันตสุขศึกษาแบบเดิมนั้นอาจไม่ได้ผล อีกทั้งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกยังพบผู้ดูแลที่รู้สึกว่าการให้ทันตสุขศึกษาแบบดั้งเดิมนั้น เป็นวิธีที่ไม่แตกต่างจากการให้คำแนะนำของวิชาชีพอื่นๆ ที่มุ่งเน้นไปที่การให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติ โดยไม่ได้เปิดโอกาสให้เลือกวิธีที่เหมาะสมตามเงื่อนไขของผู้สูงอายุและผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ถูกนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการปรับพฤติกรรมผู้ป่วยโรคปริทันต์และโรคฟันผุในเด็ก ซึ่งทั้ง 2 โรคนี้เป็นโรคที่พบบ่อยในช่องปาก และการจัดการกับโรคต้องอาศัยพฤติกรรมดูแลที่ดี ซึ่งพบว่าในส่วนของโรคปริทันต์นั้นผลการศึกษายังคงขัดแย้งกันอยู่ โดยพบว่าการศึกษาที่ระบุว่าการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ทำให้เกิดผลที่ดีขึ้นนั้นมักจะเป็นการศึกษาที่มีระยะเวลาการเฝ้าสังเกตการเปลี่ยนแปลงในระยะเวลาสั้น (ไม่เกิน 8 อาทิตย์) ในขณะที่การศึกษาที่มีการเฝ้าสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่นานกว่า (22 สัปดาห์ - 12 เดือน) กลับไม่พบความแตกต่างใด ๆ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม สำหรับโรคฟันผุนั้นพบว่าเกิดผลดีขึ้นในเรื่องของพฤติกรรมทำความสะอาด แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมบริโภค และการดื่มนมจากขวด<sup>45</sup> ทั้งนี้ในการศึกษานี้ ใช้เวลาประมาณ 3 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษารทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบดังกล่าวในแง่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์ แต่แตกต่างในแง่การศึกษานี้สามารถพบการเปลี่ยนแปลงในเชิงพฤติกรรมทำความสะอาดช่องปากของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยติดเตียงได้

สำหรับการนำการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจไปใช้จริงนั้น ควรคำนึงถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อความพร้อมและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จร่วมด้วย เช่น จำนวนครั้งในการให้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI session) เวลาที่ใช้ในแต่ละครั้ง และพื้นฐานอาชีพและความชำนาญของผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งอาจมีผลต่อประสิทธิภาพของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ นอกจากนี้การศึกษาค่าความคุ้มค่า (cost-effectiveness) สำหรับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้าง

แรงจูงใจ จะช่วยทำให้เกิดความกระจำงได้ว่าควรรใช้ การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในการให้คำแนะนำทางพันธุกรรมหรือไม่ ในอนาคตต่อไปด้วย<sup>45</sup>

## บทที่ 5

### สรุปผลการศึกษา และ ข้อเสนอแนะ

การประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการให้ทันตสุขศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง นั้นมีประสิทธิภาพไม่แตกต่างในการเปลี่ยนแปลงระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์ของผู้ป่วยติดเตียงเมื่อเทียบกับการให้ทันตสุขศึกษาแบบเดิม แต่มีผลก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกได้มากกว่าในเรื่องการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยติดเตียง ทั้งนี้แนวทางการใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ช่วยกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดความตระหนักต่อความสำคัญของอนามัยช่องปาก เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีความเต็มใจและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละคน พร้อมทั้งช่วยให้ผู้ดูแลก้าวข้ามอุปสรรคภายในที่เกิดขึ้นจากตนเอง เอื้อให้เกิดการเพิ่มความสามารถในการให้การดูแลช่องปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และ ระดับคะแนนความรู้ทัศนคติของผู้ดูแล อีกทั้งยังพบว่า การได้ฝึกปฏิบัติทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุ และ การได้รับการติดตามผลทางโทรศัพท์ ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อีกด้วย แต่อย่างไรก็ตาม การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจไม่ได้เอื้อให้ผู้ดูแลจัดการกับอุปสรรคภายนอกที่เกิดขึ้นจากสภาพแวดล้อม ความเป็นอยู่ หรือความทุพพลภาพของผู้สูงอายุ

#### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

1. การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนั้นสามารถใช้ได้กับทุกวิชาชีพ ไม่ว่าจะเป็น แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข หรือ ผู้ช่วยทันตแพทย์ อีกทั้งยังสามารถประยุกต์ใช้ได้กับทุกสถานการณ์ ไม่ว่าจะเป็นการเยี่ยมบ้าน การให้ทันตสุขศึกษารายบุคคล การให้คำแนะนำการดูแลช่องปากเด็กเล็กแก่ผู้ปกครอง ฯลฯ
2. การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนั้นจะเป็นประโยชน์แก่ผู้ดูแลที่ยังมีความลังเล หรือไม่แน่ใจในการทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุ แต่หากสามารถรับรู้ได้ว่าผู้ดูแลมีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่แล้ว การให้ทันตสุขศึกษาแบบเดิมมีแนวโน้มที่จะเพียงพอในการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงได้
3. การดูแลช่องปากผู้สูงอายุติดเตียงหรือติดบ้าน ควรเป็นหนึ่งในเป้าหมายในการทำงานของทันตบุคลากร เนื่องจากในอนาคตผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และหากขาดการวางแผนงานที่ดี อาจทำให้เกิดเป็นภาระงานที่ใหญ่มากในอนาคต

4. การให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงให้เกิดประสิทธิภาพนั้น ในบางครั้งจำเป็นที่จะต้องได้รับการปรับปรุงโครงสร้างที่อยู่อาศัย เช่น ทางลาด ห้องน้ำ ราวจับ ฯลฯ ดังนั้นการให้ภาคท้องถิ่นรวมถึงในระบบบริการทางสุขภาพควรคำนึงถึงมิติด้านนี้ร่วมด้วยอีกทางหนึ่ง เพื่อเอื้อให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับครอบครัวในการดูแลส่วนนี้ไปได้
5. ควรมีการวางแผนการให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ตั้งแต่มาพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล โดยอาจประสานความร่วมมือกับหอผู้ป่วย หรือพยาบาล ในการให้คำแนะนำก่อนที่ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายกลับบ้าน
6. ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง เป็นกลุ่มที่ต้องพึ่งพาบริการทางสาธารณสุขค่อนข้างมาก ทำให้เกิดเป็นภาระของภาครัฐในการแบกรับค่าใช้จ่ายดังกล่าว ดังนั้น การทำงานกับผู้สูงอายุในอนาคต ควรเน้นไปที่การป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม กลายเป็นกลุ่มติดบ้าน หรือ ติดเตียง โดยเน้นการส่งเสริม ป้องกันโรค ทางร่างกาย รวมไปถึงสุขภาพช่องปากด้วย
7. ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เป็นผู้ที่รับภาระหน้าที่หนักในการให้การดูแล ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุข ควรให้ความสำคัญกับผู้ดูแลทั้งในด้านการดูแลทางร่างกาย และการเสริมแรงทางจิตใจ เพื่อให้กำลังใจผู้ดูแลต่อไป

#### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุติดเตียง ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างควรมีการเพิ่มอัตรา การออกกลางคัน เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายมีโอกาสออกจากการศึกษาได้มากกว่าปกติ เช่น เสียชีวิต ย้ายที่อยู่ตามผู้ดูแล เป็นต้น
2. การศึกษาในครั้งนี้มีการวางแผนกัณฑ์คัดเข้า และเกณฑ์คัดออก รวมทั้งการเลือกพื้นที่ในการศึกษาจากความสมัครใจ จึงทำให้จำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษาค่อนข้างต่ำ ซึ่งอาจส่งผลต่อการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ดังนั้นหากเป็นไปได้ ควรเพิ่มจำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษามากกว่านี้ โดยอาจมีการปรับเกณฑ์คัดเข้า คัดออก หรือ ขยายพื้นที่เข้าร่วมการศึกษามากขึ้น
3. การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ควรผ่านการฝึกฝนจากผู้เชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์ในการใช้เทคนิคดังกล่าวมานานพอสมควร เนื่องจากเป็นเทคนิคที่ต้องอาศัยความชำนาญและการฝึกฝนเป็นอย่างมาก
4. การนำการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้ในการวิจัยแบบทดลอง (RCTs) จะมีประสิทธิภาพหากสามารถเพิ่มทรัพยากร เพื่อขยายจำนวนกลุ่มเป้าหมาย และควรมีการวางแผนการประเมินความถูกต้องของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจด้วย อีกทั้ง แนะนำ



ให้มีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพร่วมด้วย เพื่อเป็นการช่วยทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงในเชิงพฤติกรรมศาสตร์ได้เป็นอย่างดี

5. กรณีของการนำการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจไปใช้ในพื้นที่ยจริง ในรูปแบบของงานวิจัย แนะนำให้ใช้การศึกษาแบบ Action Research เพื่อเปิดโอกาสให้เกิดการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ
6. การศึกษานี้เน้นไปที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้ดูแลให้เพิ่มวิธีการทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุติดเตียงมากขึ้น โดยยังไม่ได้มุ่งเน้นไปที่คุณภาพในการให้การดูแล ดังนั้นในการศึกษาต่อไปในอนาคต อาจจะเพิ่มเติมกิจกรรมในส่วนนี้มากขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลเพื่อการสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556.
2. Tada A, Watanabe T, Yokoe H, Hanada N, Tanzawa H. Oral bacteria influenced by the functional status of the elderly people and the type and quality of facilities for the bedridden. *J Appl Microbiol* 2002; 93: 487-91.
3. Senpukua H, Sogameb A, Inoshitac E, Tsuhaa Y, Miyazakid H, Hanadae N. Systemic Diseases in Association with Microbial Species in Oral Biofilm from Elderly Requiring Care. *J Gerontol* 2003; 49: 301-9.
4. Sjogren P, Nilsson E, Forsell M, Johansson O, Hoogstraate J. A systematic review of the preventive effect of oral hygiene on pneumonia and respiratory tract infection in elderly people in hospitals and nursing homes: effect estimates and methodological quality of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56(11): 2124-30.
5. Khanagar S, Naganandini S, Rajanna V, Naik S, Rao R, Madhuniranjanswamy MS. Oral Hygiene Status of Institutionalised Dependent Elderly in India - a Cross-Sectional Survey. *Can Geriatr J* 2015; 18(2): 51-6.
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559. 2559.
7. กระทรวงสาธารณสุข. แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย 2557.
8. Furuta M, Komiya-Nonaka M, Akifusa S, Shimazaki Y, Adachi M, Kinoshita T, et al. Interrelationship of oral health status, swallowing function, nutritional status, and cognitive ability with activities of daily living in Japanese elderly people receiving home care services due to physical disabilities. *Community Dent Oral Epidemiol* 2013; 41(2): 173-81.
9. Hanada N, Tada A. The relationship between oral health status and biological and psychosocial function in the bedridden elderly. *Arch Gerontol Geriatr* 2001; 33: 133-40.

10. Miura H, Yamasaki K, Morizaki N, Moriya S, Sumi Y. Factors influencing oral health-related quality of life (OHRQoL) among the frail elderly residing in the community with their family. *Arch Gerontol Geriatr* 2010; 51(3): e62-5.
11. Zini A, Sgan-Cohen HD. The effect of oral health on quality of life in an underprivileged homebound and non-homebound elderly population in Jerusalem. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56(1): 99-104.
12. Abe S, Ishihara K, Adachi M, Sasaki H, Tanaka K, Okuda K. Professional oral care reduces influenza infection in elderly. *Arch Gerontol Geriatr* 2006; 43(2): 157-64.
13. Yoneyama T, Hashimoto K, Fukuda H, Ishida M, Arai H, Sekizawa K, et al. Oral hygiene reduces respiratory infections in elderly bed-bound nursing home patients. *Arch Gerontol Geriatr* 1995; 22: 11-9.
14. มัทนา เกษตระทัต. การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเล่มที่ 3 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2554.
15. de Lugt-Lustig KH, Vanobbergen JN, van der Putten GJ, De Visschere LM, Schols JM, de Baat C. Effect of oral healthcare education on knowledge, attitude and skills of care home nurses: a systematic literature review. *Community Dent Oral Epidemiol* 2014; 42(1): 88-96.
16. Bassim CW, Gibson G, Ward T, Paphides BM, Denucci DJ. Modification of the risk of mortality from pneumonia with oral hygiene care. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56(9): 1601-7.
17. Garrido Urrutia C, Romo Ormazabal F, Espinoza Santander I, Medics Salvo D. Oral health practices and beliefs among caregivers of the dependent elderly. *J Gerontol* 2012; 29(2): e742-7.
18. Frenkel H, Harvey I, G.Newcombe R. Improving oral health in institutionalised elderly people by educating caregivers: a randomised controlled trial. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29: 289-97.
19. van der Putten GJ, Mulder J, de Baat C, De Visschere LM, Vanobbergen JN, Schols JM. Effectiveness of supervised implementation of an oral health care guideline in care homes; a single-blinded cluster randomized controlled trial. *Clin Oral Investig* 2013; 17(4): 1143-53.

20. De Visschere L, Schols J, van der Putten GJ, de Baat C, Vanobbergen J. Effect evaluation of a supervised versus non-supervised implementation of an oral health care guideline in nursing homes: a cluster randomised controlled clinical trial. *J Gerontol* 2012; 29(2): e96-106.
21. MacEntee MI, Wyatt CCL, Beattie BL, Paterson B, Levy-Milne R, McCandless L, et al. Provision of mouth-care in long-term care facilities- an educational trial. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35: 25-34.
22. Frenkel H, Harvey I, Needs K. Oral health care education and its effect on caregivers' knowledge and attitudes- a randomised controlled trial. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30: 91-100.
23. Janssens B, De Visschere L, van der Putten GJ, de Lugt-Lustig K, Schols JM, Vanobbergen J. Effect of an oral healthcare protocol in nursing homes on care staffs' knowledge and attitude towards oral health care: a cluster-randomised controlled trial. *J Gerontol* 2014: 1 - 12
24. Khanagar S, Kumar A, Rajanna V, Badiyani BK, Jathanna VR, Kini PV. Oral health care education and its effect on caregivers' knowledge, attitudes, and practices: A randomized controlled trial. *J Int Soc Prevent Communit Dent* 2014; 4(2): 122-8.
25. Gammack J, Pulisetty S. Nursing education and improvement in oral care delivery in long-term care. *J Am Med Dir Assoc* 2009; 10: 658-61.
26. Simons D, Baker P, Jones B, Kidd E, Beighton D. An evaluation of an oral health training programme for carers of the elderly in residential homes. *Br Dent J* 2000; 188: 206-10.
27. Paulsson G, Soëderfeldt B, Nederfors T, Fridlund B. The effect of an oral health education program after three years. *Spec Care Dentist* 2003; 23: 63-9.
28. Samson H, Berven L, Strand G. Long-term effect of an oral healthcare programme on oral hygiene in a nursing home. *Eur J Oral Sci* 2009; 117: 575-9.
29. Unfer B, Braun KO, Ferreira AC, Ruat GR, Batista AK. Challenges and barriers to quality oral care as perceived by caregivers in long-stay institutions in Brazil. *J Gerontol* 2012; 29(2): e324-30.
30. Kullberg E, Forsell M, Wedel P, Ögren PS, Johansson O, Herbst B, et al. Dental Hygiene Education for Nursing Staff. *Geriatr Nurs* 2009; 30(5): 329-33.

31. พิชัย แสงชัย. คู่มือสำหรับผู้อบรม การให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา. เชียงใหม่ วนิดาการพิมพ์; 2553.
32. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing : helping people change. 3 ed: A division of Guilford Publications, Inc.; 2013.
33. Cascaes AM, Bielemann RM, Clark VL, Barros AJD. Effectiveness of motivational interviewing at improving oral health: a systematic review. *Rev Saude Publica* 2014; 48(1): 142-53.
34. Faul F, Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. . Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods* 2009; 41: 1149-60.
35. Kuo Y, Yen M, Fetzer S, Chiang L, Shyu Y, Lee T, et al. A home-based training programme improves family caregivers' oral care practices with stroke survivors- a randomized controlled trial. *Int J Dent Hygiene* 2015: 1-10.
36. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง 2556.
37. Ismail A, Ondersma S, Jedele M, Little R, Lepkowski J. Evaluation of a Brief Tailored Motivational Intervention to Prevent Early Childhood Caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011; 39: 433-48.
38. Stenman J, Lundgren J, Wennstrom JL, Ericsson JS, Abrahamsson KH. A single session of motivational interviewing as an additive means to improve adherence in periodontal infection control: a randomized controlled trial. *J Clin Periodontol* 2012; 39(10): 947-54.
39. Shenton AK. Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Educ Inform* 2004; 22: 63-75.
40. Godard A, Dufour T, Jeanne S. Application of self-regulation theory and motivational interview for improving oral hygiene: a randomized controlled trial. *J Clin Periodontol* 2011; 38(12): 1099-105.
41. Freudenthal J, Bowen D. Motivational interviewing to decrease parental risk-related behaviors for early childhood caries. *Int J Dent Hyg* 2010; 84(1): 19-34.
42. Coleman P, Watson NM. Oral care provided by certified nursing assistants in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54(1): 138-43.

43. Almomani F, Williams K, Catley D, Brown C. Effects of an oral health promotion program in people with mental illness. *J Dent Res* 2009; 88: 648-53.
44. Stewart J, Wolfe G, Maeder L, Hartz G. Change in dental knowledge and self-efficacy scores following intervention to change oral hygiene behavior. *Patient Educ Couns* 1996; 27: 269-77.
45. Gao X, Lo E, Kot S, Chan K. Motivational interviewing in improving oral health: a systematic review of randomized controlled trials. *J Periodontol*. 2014; 85(3): 426-37.

**ภาคผนวก**

## ภาคผนวก ก

## แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุติดเตียง และผู้ดูแลผู้สูงอายุ

(1)กลุ่มควบคุม       (2)กลุ่มทดลอง

วันที่สัมภาษณ์ ...../...../.....

สถานที่สัมภาษณ์.....

โทรศัพท์..... บ้าน.....

ที่ทำงาน..... มือถือ.....

**ตอนที่ 1 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ**

1. อายุของท่าน..... ปี

2. เพศ ของผู้ดูแล ชาย..... 1 หญิง..... 2

3. ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ

พ่อแม่.....1 ลูกหลาน..... 2 สามี/ภรรยา.....3

พี่น้อง.....4 ผู้รับจ้างดูแล.....5 อื่นๆ.....9

4. ท่านนับถือศาสนาอะไร

พุทธ .....1 คริสต์.....2 อิสลาม..... 3 อื่นๆ.....9

5. ท่านประกอบอาชีพอะไรเป็นหลัก

พ่อบ้าน/แม่บ้าน..... 1 รับจ้างทั่วไป..... 2

พนักงานบริษัท..... 3 รับราชการ..... 4

ค้าขาย..... 5 เจ้าของกิจการ..... 6

เกษตรกร..... 7 อื่นๆ ระบุ..... 9

6. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน คืออะไร

ไม่ได้เข้าโรงเรียน..... 0 ต่ำกว่าประถม 6..... 1

มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า/ปวส..... 2

มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า /ปวช... 3

ปริญญาตรี..... 4 ปริญญาโทขึ้นไป.....5

7. รายได้ของท่านต่อเดือน

น้อยกว่า 5000 บาท 1 5,000 - 10,000 บาท 2

10,001 - 15,000บาท 3 มากกว่า 15,000 บาท 4

8. ท่านเคยมีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุมาก่อนหรือไม่

ไม่เคย 0 เคย 1

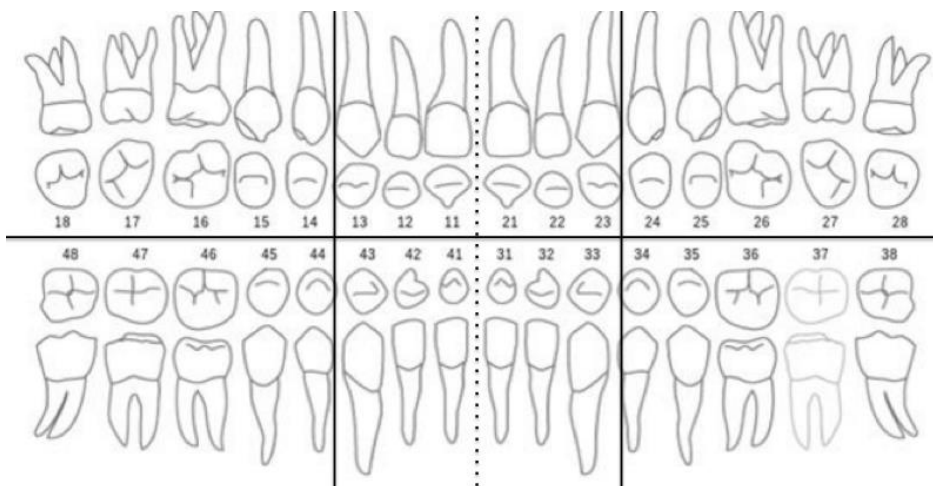




แบบตรวจช่องปากผู้สูงอายุ

(1)ก่อนintervention     (2)หลัง intervention

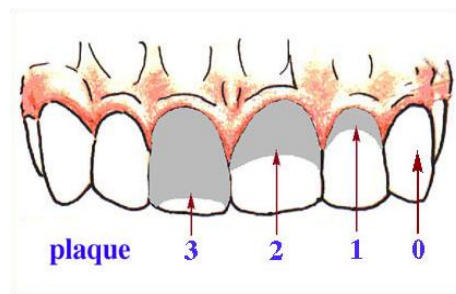
มีฟันแท้



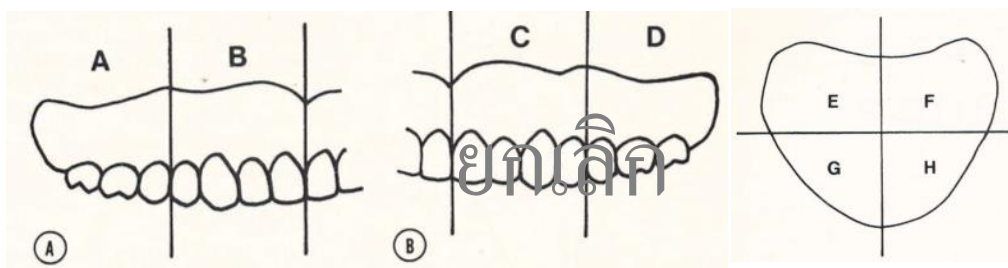
- ระบายสีน้ำเงิน แทนตำแหน่งที่เป็นฟันผุ และ ฟันสึก
- ระบายสีดำ แทนตำแหน่งที่มีการบูรณะ (อุด ครอบฟัน)
- ระบายสีแดง แทนคราบจุลินทรีย์
- วงกลม ชี้นำที่ใช้ในการบันทึกคราบจุลินทรีย์ (OHI-S) อย่างน้อย 2 sextant
- กากบาท บนชี้นำที่ไม่พบในช่องปาก

ตารางบันทึกค่าคราบจุลินทรีย์

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| PI:Q1 | PI:Q2 | PI:Q3 |
|       |       |       |
| PI:Q6 | PI:Q5 | PI:Q4 |
|       |       |       |



มีฟันเทียม : ระบายสีแดงบนพื้นผิวที่ติดสี และ หากขาดด้านใดไปให้ทำเครื่องหมายกากบาท บนตัวอักษรภาษาอังกฤษ



## แบบสัมภาษณ์เพื่อศึกษาความสามารถของผู้ดูแลในการทำความสะอาดช่องปากของผู้สูงอายุติดเตียง

แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ ทำเพื่อศึกษาความสามารถของผู้ดูแลในการทำความสะอาดช่องปากของผู้สูงอายุติดเตียง ท่านสามารถตอบได้ตามความรู้สึกและสิ่งที่ปฏิบัติได้โดย ทางผู้วิจัยขอยืนยันว่าจะทำการปกปิดข้อมูลดังกล่าวเป็นความลับ และขอขอบพระคุณในความร่วมมือเป็นอย่างสูง

### ตอนที่ 1 : การปฏิบัติในการทำความสะอาดช่องปากและฟันเทียม

คำชี้แจง : ผู้สัมภาษณ์ถามคำถาม และบอกตัวเลือกข้อ

ทำคอลัมน์ A ในทุกกรณี (ทั้งผู้ป่วยที่มี หรือ ไม่มีฟันแท้)

ทำคอลัมน์ B ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีฟันเทียม และมีการใช้งานฟันเทียมภายในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา

| A: กรณีมี หรือ ไม่มีฟันแท้   | B: กรณีทำความสะอาดฟันเทียม   |
|--|--|
| <p>1. ในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา (ระบุชื่อผู้ดูแล เช่น คุณน้า...) ได้ทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุ (ระบุชื่อ) หรือไม่บ่อยเพียงใด</p> <p>( ) 0 ไม่ได้ทำ (ยุติการทำแบบสอบถามคอลัมน์ A)</p> <p>( ) 1 ทำ ..... ครั้งต่อสัปดาห์ (ทำข้อต่อไป)</p>  | <p>1. ในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา (ระบุชื่อผู้ดูแล เช่น คุณน้า...) ได้ทำความสะอาดฟันเทียมให้ผู้สูงอายุ (ระบุชื่อ) หรือไม่บ่อยเพียงใด</p> <p>( ) 0 ไม่ได้ทำ (ยุติการทำแบบสอบถามคอลัมน์ B)</p> <p>( ) 1 ทำ ..... ครั้งต่อสัปดาห์ (ทำข้อต่อไป)</p>  |
| <p>2. ในการทำความสะอาดช่องปากสำหรับผู้ป่วยที่ติดเตียง อาจมีได้หลายวิธี (ระบุชื่อผู้ดูแล เช่น คุณน้า...) ทำความสะอาดช่องปากของผู้สูงอายุ (ระบุชื่อ) โดยวิธีใดบ้าง (เลือกได้มากกว่า 1 วิธี)</p> <p style="text-align: center;">ไม่ทำ    ทำ</p> <p>2.1 แปรงฟันด้วยยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ ( ) 0 ( ) 1</p> <p>2.2 แปรงฟันด้วยยาสีฟันที่ไม่มีฟลูออไรด์ ( ) 0 ( ) 1</p> <p>2.3 แปรงฟันโดยไม่ใช้ยาสีฟัน ( ) 0 ( ) 1</p> <p>-----</p> <p>2.4 เช็ดฟันด้วยผ้า ( ) 0 ( ) 1</p> <p>2.5 เช็ดเหงือก หรือ กระทบแก้มด้วยผ้า ( ) 0 ( ) 1</p> <p>-----</p> <p>2.6 ฉีดน้ำในช่องปากและคูดน้ำออก ( ) 0 ( ) 1</p> <p>2.7 ฉีดน้ำยาบ้วนปากและคูดน้ำออก ( ) 0 ( ) 1</p> <p>2.8 ให้อบอุ่นด้วยน้ำเปล่า ( ) 0 ( ) 1</p> <p>2.9 ให้อบอุ่นน้ำเกลือ หรือ น้ำยาบ้วนปาก ( ) 0 ( ) 1</p> <p>2.10 อื่นๆ ระบุ..... ( ) 0 ( ) 1</p> | <p>2. ในการทำความสะอาดฟันเทียมสำหรับผู้ป่วยติดเตียง อาจมีได้หลายวิธี (ระบุชื่อผู้ดูแล เช่น คุณน้า...) ทำความสะอาดฟันเทียมของผู้สูงอายุ (ระบุชื่อ) โดยวิธีใดบ้าง (เลือกได้มากกว่า 1 วิธี)</p> <p style="text-align: center;">ไม่ทำ    ทำ</p> <p>2.1 เช็ดทำความสะอาดด้วยผ้า หรือ สำลี ( ) 0 ( ) 1</p> <p>2.2 แปรงด้วยยาสีฟัน ( ) 0 ( ) 1</p> <p>2.3 แปรงด้วยน้ำยาล้างจาน หรือ สบู่ ( ) 0 ( ) 1</p> <p>2.4 แปรงด้วยน้ำเปล่า ( ) 0 ( ) 1</p> <p>-----</p> <p>2.5 แช่ฟันเทียมในเม็ดฟูทำความสะอาด ( ) 0 ( ) 1</p> <p>2.6 แช่ฟันเทียมในน้ำ(อุณหภูมิปกติ) ( ) 0 ( ) 1</p> <p>2.7 แช่ฟันเทียมในน้ำร้อน น้ำอุ่น ( ) 0 ( ) 1</p> <p>2.8 อื่นๆ ระบุ..... ( ) 0 ( ) 1</p> |

| A: กรณีมี หรือ ไม่มีฟันแท้   | B: กรณีทำความสะอาดฟันเทียม   |
|--|--|
| <p>3. ในสัปดาห์ที่ผ่านมา (ระบุชื่อผู้ดูแล เช่น คุณน้า...) ใช้วิธีใดในการทำความสะอาด<u>ช่องปาก</u>ของผู้สูงอายุ (ระบุชื่อ) มากที่สุด</p> <p>( ) 0 แปรงฟันด้วยยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์</p> <p>( ) 1 แปรงฟันด้วยยาสีฟันที่ไม่มีฟลูออไรด์</p> <p>( ) 2 แปรงฟันโดยไม่ใช้ยาสีฟัน</p> <p>-----</p> <p>( ) 3 เช็ดฟันด้วยผ้า</p> <p>( ) 4 เช็ดเหงือก หรือ กระทบแก้มด้วยผ้า</p> <p>-----</p> <p>( ) 5 ฉีดน้ำในช่องปากและคุดน้ำออก</p> <p>( ) 6 ฉีดน้ำยาบ้วนปากและคุดน้ำออก</p> <p>( ) 7 ให้ผู้ป่วยบ้วนน้ำเปล่า</p> <p>( ) 8 ให้ผู้ป่วยบ้วนน้ำเกลือ หรือ น้ำยาบ้วนปาก</p> <p>( ) 9 อื่นๆ ระบุ.....</p> | <p>3. ในสัปดาห์ที่ผ่านมา (ระบุชื่อผู้ดูแล เช่น คุณน้า...) ใช้วิธีใดในการทำความสะอาด<u>ฟันเทียม</u>ของผู้สูงอายุมากที่สุด</p> <p>( ) 1 เช็ดทำความสะอาดด้วยผ้า หรือ สำลี</p> <p>( ) 2 แปรงด้วยยาสีฟัน</p> <p>( ) 3 แปรงด้วยน้ำยาล้างจาน หรือ สบู่</p> <p>( ) 4 แปรงด้วยน้ำเปล่า</p> <p>-----</p> <p>( ) 5 แช่ฟันเทียมในเบ็ดฟู่ทำความสะอาด</p> <p>( ) 6 แช่ฟันเทียมในน้ำ(อุณหภูมิปกติ)</p> <p>( ) 7 แช่ฟันเทียมในน้ำร้อน น้ำอุ่น</p> <p>( ) 8 อื่นๆ ระบุ.....</p> |
| <p>4. เมื่อวานนี้ (ระบุชื่อผู้ดูแล เช่น คุณน้า...) ได้ทำความสะอาด<u>ช่องปาก</u>ของผู้สูงอายุ (ระบุชื่อ) หรือไม่</p> <p>ไม่ทำ( ) 0 ห้ามไปข้อ 5</p> <p>ทำ ( ) 1 <u>ตอนใดบ้าง</u> (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p style="text-align: right;">ไม่ทำ    ทำ</p> <p>4.1 ช่วงเช้า (หลังตื่นนอน) ( ) 0 ( ) 1</p> <p>4.2 หลังอาหารมื้อ.....โป้ประระบุ ( ) 0 ( ) 1</p> <p>4.3 ก่อนนอน ( ) 0 ( ) 1</p> <p>4.4 หลังมีการอาเจียน ( ) 0 ( ) 1</p> <p>4.5 อื่นๆระบุ..... ( ) 0 ( ) 1</p>  | <p>4. เมื่อวานนี้ (ระบุชื่อผู้ดูแล เช่น คุณน้า...) ได้ทำความสะอาด<u>ฟันเทียม</u>ของผู้สูงอายุ (ระบุชื่อ) หรือไม่</p> <p>(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p>ไม่ทำ( ) 0 ห้ามไปข้อ 5</p> <p>ทำ( ) 1 <u>ตอนใดบ้าง</u> (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p style="text-align: right;">ไม่ทำ    ทำ</p> <p>4.1 หลังอาหารมื้อ.....(โป้ประระบุ) ( ) 0 ( ) 1</p> <p>4.2 ก่อนนอน ( ) 0 ( ) 1</p> <p>4.3 หลังมีการอาเจียน ( ) 0 ( ) 1</p> <p>4.5 อื่นๆระบุ..... ( ) 0 ( ) 1</p>         |
| <p>5. โดยเฉลี่ย (ระบุชื่อผู้ดูแล เช่น คุณน้า...) มีโอกาสทำความสะอาด<u>ช่องปาก</u>ผู้สูงอายุ (ระบุชื่อ) ก็ครั้งต่อวัน ..... ครั้งต่อวัน</p>   | <p>5. โดยเฉลี่ย (ระบุชื่อผู้ดูแล เช่น คุณน้า...) มีโอกาสทำความสะอาด<u>ฟันเทียม</u>ผู้สูงอายุ (ระบุชื่อ) ก็ครั้งต่อวัน ..... ครั้งต่อวัน</p>  |



### ตอนที่ 2 : ส่วนที่ 1

1. ผู้สูงอายุ (ระบุชื่อ) ในความดูแลของ (ระบุชื่อผู้ดูแล เช่น คุณน้า..) เคยมีอาการป่วยจากการติดเชื้อทางเดินหายใจบ้างหรือไม่  
 3 มีปัญหาหนัก  2 มีปัญหาบ้าง  1 ไม่มีปัญหา  0 ไม่ทราบ
2. ในปัจจุบันนี้ (ระบุชื่อผู้ดูแล เช่น คุณน้า..) คิดว่าผู้สูงอายุ (ระบุชื่อ..) มีสภาพช่องปาก สะอาดมากน้อยเพียงใด  
 3 สะอาด  2 ปานกลาง  1 ไม่สะอาด/น้อย  0 ไม่ทราบ
3. (ระบุชื่อผู้ดูแล เช่น คุณน้า..) คิดว่าผู้สูงอายุ (ระบุชื่อ) มีโรคในช่องปาก มากน้อยเพียงใด  
 3 มีโรคน้ำหนัก  2 มีบ้าง  1 ไม่มีเลย  0 ไม่ทราบ
4. (ระบุชื่อผู้ดูแล เช่น คุณน้า..) คิดว่าผู้สูงอายุ (ระบุชื่อ) มีปัญหาที่เกิดจากสภาพช่องปาก ของตัวเองหรือไม่ เพียงใด  
 3 มีปัญหาหนัก  2 มีปัญหาบ้าง  1 ไม่มีปัญหา  0 ไม่ทราบ

**ส่วนที่ 2 :** ต่อไปนี้จะเป็นคำถามที่อยากทราบถึงความรู้สึกของท่าน ว่าท่านเห็นด้วย(ใช่) ไม่เห็นด้วย(ไม่ใช่) หรือไม่แน่ใจ กับข้อความต่อไปนี้ ซึ่งจะไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ท่านสามารถตอบได้ตามที่ท่านรู้สึกได้เลย (คำว่าท่าน ให้เปลี่ยนเป็น ระบุชื่อผู้ดูแล แทนในทุกข้อความ)

| ข้อความ   | ความรู้สึกต่อข้อความ |          |                            |
|---|----------------------|----------|----------------------------|
|   | ใช่/<br>เห็นด้วย     | ไม่แน่ใจ | ไม่ใช่/<br>ไม่เห็น<br>ด้วย |
| 1. ท่านคิดว่า <u>การที่ผู้สูงอายุ</u> ติดเตียงมีช่องปากที่สะอาด จะช่วยลดปัญหาจากการเป็นโรคนในช่องปากได้       |                      |          |                            |
| 2. ท่านคิดว่าหาก <u>ช่องปาก</u> ของผู้สูงอายุติดเตียงไม่สะอาด ก็ไม่น่าจะมีผลใดๆกับสุขภาพอื่นๆ                 |                      |          |                            |
| 3. ท่านคิดว่า <u>การติดเชื้อทางเดินหายใจ</u> ในผู้สูงอายุที่ติดเตียงนั้นสามารถก่อให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ |                      |          |                            |
| 4. ท่านคิดว่า <u>การมีฟันแท้หรือฟันเทียมที่ไม่สะอาด</u> ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจได้มากยิ่งขึ้น     |                      |          |                            |

| ข้อความ   | ความรู้สึกต่อข้อความ |                     |                            |
|---|----------------------|---------------------|----------------------------|
|   | ใช่/<br>เห็นด้วย     | ไม่แน่ใจ/<br>ไม่ใช่ | ไม่ใช่/<br>ไม่เห็น<br>ด้วย |
| 5. ท่านคิดว่าการใส่ฟันเทียมบนตอนกลางคืน <u>ไม่ได้มีผลต่อสุขภาพของ</u><br><u>ผู้ป่วยที่ติดเตียง</u>                      |                      |                     |                            |
| 6. ท่านคิดว่าการที่ผู้สูงอายุที่ติดเตียงมีสุขภาพช่องปากที่ดี จะช่วยยืดอายุ<br><u>ให้ยืนยาวขึ้นได้</u>                   |                      |                     |                            |
| 7. ท่านคิดว่า ผู้สูงอายุที่ติดเตียง ที่ทานอาหารเป็นของเหลว <u>ไม่จำเป็นต้อง</u><br><u>แปรงฟันหรือเช็ดฟัน</u>            |                      |                     |                            |
| 8. ท่านคิดว่า ในผู้สูงอายุที่ติดเตียง การทำหรือไม่ทำความสะอาดช่องปาก<br><u>ก็ไม่ได้มีผลต่อการคงอยู่ของฟันที่ต่างกัน</u> |                      |                     |                            |
| 9. เมื่ออายุมากขึ้น จะทำความสะอาดช่องปากหรือไม่ทำ ฟันก็ต้องหลุด<br>ตามธรรมชาติ  |                      |                     |                            |
| 10. ท่านคิดว่าการดูแลให้ผู้สูงอายุติดเตียง <u>ไม่ให้ใส่ฟันเทียมบนตอน</u><br><u>กลางคืน เป็นเรื่องที่ลำบาก</u>           |                      |                     |                            |
| 11. ถ้าผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือในการทำความสะอาดช่องปาก ก็ควร<br><u>ตามใจผู้สูงอายุ</u>                               |                      |                     |                            |
| 12. ถ้าในแต่ละวันได้ทำความสะอาดช่องปากให้ผู้สูงอายุติดเตียงอย่างน้อย<br><u>วันละ 2 ครั้ง</u> ก็น่าจะเพียงพอแล้ว         |                      |                     |                            |
| 13. ท่านคิดว่าการทำความสะอาดช่องปากให้กับผู้สูงอายุติดเตียง <u>เป็นเรื่อง</u><br><u>ที่ใช้เวลามากเกินไป</u>             |                      |                     |                            |
| 14. หากแปรงฟันให้ผู้สูงอายุที่ติดเตียงแล้ว เขาเจ็บเหงือกหรือมีเลือดออก<br><u>ท่านคิดว่าไม่ต้องแปรงดีกว่า</u>            |                      |                     |                            |
| 15. ท่านคิดว่าการทำความสะอาดช่องปากให้ผู้สูงอายุติดเตียง <u>เป็นเรื่องยาก</u>   |                      |                     |                            |

| ข้อความ  | ความรู้สึกต่อข้อความ |          |                            |
|--|----------------------|----------|----------------------------|
|  | ใช่/<br>เห็นด้วย     | ไม่แน่ใจ | ไม่ใช่/<br>ไม่เห็น<br>ด้วย |
| 16. ท่านคิดว่าถ้าผู้สูงอายุคิดเพียงมีฟันห่าง หรือฟันเป็นตอจะ <u>แปรงฟันได้</u><br><u>ยากขึ้น</u> ดังนั้น <u>ไม่ต้องทำความสะอาดช่องปากก็ได้</u> |                      |          |                            |
| 17. ท่านรู้สึก <u>เบื่อหน่าย</u> หรือ <u>ท้อแท้</u> ที่จะต้องทำความสะอาดช่องปากให้<br>ผู้สูงอายุอยู่เหมือนกัน                                  |                      |          |                            |
| 18. ท่านพยายามแปรงฟันให้ผู้สูงอายุเสมอ ถึงแม้จะพบว่าผู้สูงอายุมิการ<br><u>ขัดขึ้นหรือต่อต้าน</u>   |                      |          |                            |
| 19. ท่านมั่นใจว่าสามารถทำความสะอาดช่องปากให้ผู้สูงอายุได้อย่าง<br>สะอาด  |                      |          |                            |
| 20. ท่านรู้สึกพึงพอใจทุกครั้งว่าได้ทำความสะอาดช่องปากให้ผู้สูงอายุได้<br>เต็มที่แล้ว   |                      |          |                            |

-----

ขอขอบพระคุณผู้ดูแลผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำแบบทดสอบดังกล่าว



## ภาคผนวก ข

## แบบประเมิน MITI 4.2

หมายเลข #: \_\_\_\_\_ ผู้ประเมิน: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## คะแนนโดยรวม (Global Ratings)

| องค์ประกอบทางเทคนิค (Technical Components)                           |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| การพูดถึงข้อดีของการเปลี่ยนแปลง (Cultivating Change Talk)            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ลดการพูดถึงผลดีของการไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Softening Sustain Talk) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ (Relational Components)                   |   |   |   |   |   |
| ความร่วมมือ (Partnership)  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| อารมณ์ร่วม (Empathy)   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Target Change: \_\_\_\_\_

## การคิดคะแนน

- เทคนิคภาพรวม (Technical) = (cultivating change talk + softening sustain talk)/2
- ความสัมพันธ์โดยภาพรวม (Relational) = (ความร่วมมือ + ความร่วมรู้สึก)/2

## เกณฑ์การประเมิน

|            | Fair | Good |
|------------|------|------|
| Relational | 3.5  | 4    |
| Technical  | 3    | 4    |

## ภาคผนวก ก

แบบประเมิน นิเทศ การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียงในกลุ่มควบคุม (CDE protocol)

| สิ่งที่ควรปฏิบัติขณะให้คำแนะนำ                             |   | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ |
|--|---|---------|------------|
|  |   |         |            |
| 1  | ทักทาย คนในบ้าน และ แนะนำตัวว่าเป็นเจ้าหน้าที่ทันตภิบาล จาก รพ/รพสต<br>.....  |         |            |
| 2  | แจ้งวัตถุประสงค์ที่มาเยี่ยมบ้าน เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียง แก่ผู้ดูแล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (มอ.) ที่ได้มาเยี่ยมแล้วในครั้งก่อน |         |            |
| 3  | สอบถามการดูแลโดยทั่วไป จากผู้ดูแล โดยเจาะจงคำถาม ที่ การอาบน้ำ แปรงฟัน การรับประทานอาหาร ว่าเป็นอย่างไร เพื่อรวบรวมข้อมูลเตรียมให้คำแนะนำการดูแล  |         |            |
| 4  | ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่ไม่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ เช่น อาหารที่มีน้ำตาลมาก เครื่องดื่มรสหวาน ฯลฯ   |         |            |
| 5  | ตรวจช่องปากผู้สูงอายุติดเตียงอย่างคร่าวๆ  |         |            |
| 6  | สอบถามผู้ดูแล ถึงการดูแลช่องปากผู้สูงอายุติดเตียงที่ทำอยู่เป็นประจำ ว่าทำอย่างไรบ้าง มีปัญหาหรืออุปสรรคอย่างไรบ้าง  |         |            |
| 7  | ให้คำแนะนำการดูแลช่องปากที่เหมาะสม  |         |            |
| 8  | อธิบายความสำคัญของสุขภาพช่องปาก กับ การติดเชื้อทางเดินหายใจ   |         |            |
| 9  | เริ่มต้นให้คำแนะนำเกี่ยวกับการทำความสะอาดช่องปาก  |         |            |
| 10   | สาธิตการทำความสะอาดในผู้ป่วยจริง โดยให้ผู้ดูแลคอยสังเกตอยู่ด้านข้าง   |         |            |
| 11   | ให้ "ผู้ดูแล" ได้ลองทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุ โดยเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำอยู่ด้านข้าง   |         |            |
| 12   | เปิดโอกาสให้ซักถาม เพิ่มเติม  |         |            |
| 13   | มอบผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุตามความเหมาะสม  |         |            |
| <input type="checkbox"/> ผ่านเกณฑ์: ปฏิบัติ มากกว่า 10 ข้อ |   |         |            |
| สิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติขณะให้คำแนะนำ                          |   |         |            |
|  |   |         |            |
| 1  | ชี้แจง หรือซักชวนให้ผู้ดูแลแสดงความคิดเห็น ถึง ข้อดีของการมีสุขภาพช่องปากที่ดี เปรียบเทียบกับการมีสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี   |         |            |
| 2  | การเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเลือก หรือ เสนอวิธีการทำความสะอาดในแบบที่ตนเองต้องการ   |         |            |
| 3  | มีการชื่นชม เมื่อพบว่าผู้ดูแลมีการปฏิบัติ หรือ มีแนวความคิดที่ดีในการให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง   |         |            |
| 4  | แสดงความเห็นอกเห็นใจต่อความยากลำบากในการให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง  |         |            |
| <input type="checkbox"/> ผ่านเกณฑ์: ปฏิบัติไม่เกิน 1 ข้อ   |   |         |            |

.....

.....

.....

## ภาคผนวก ง

แบบบันทึกการให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียง

งานวิจัยเรื่อง : ประสิทธิภาพในการใช้การสัมผัสกายเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพ  
ช่องปากผู้สูงอายุติดเตียง

รพ./ รพสต. ....

เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข.....

| ID | วันที่ให้<br>คำแนะนำ | ชื่อ-สกุล<br>ผู้ดูแล | ชื่อ-สกุล<br>ผู้สูงอายุ | บันทึกคำแนะนำที่ให้ |
|----|----------------------|----------------------|-------------------------|---------------------|
|    |                      |                      |                         |                     |

## ภาคผนวก จ

| ID.....เวลา.....สถานที่.....   |      |
|--|------|
| แนวคำถาม   | Note |
| <b>การดูแลช่องปาก</b>  |      |
| เดิมก่อนหน้านี้มีการดูแลช่องปากผู้สูงอายุอย่างไรในแต่ละวัน เหตุใดจึงให้การดูแลอย่างนั้น  |      |
| หลังจากนั้นมีวิธีการดูแลที่เปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ อย่างไร  |      |
| เหตุใดจึงเกิดการเปลี่ยนแปลง  |      |
| เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไรกับผู้สูงอายุบ้าง หลังจากที่ท่านได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดูแลช่องปาก  |      |
| ตัวท่านเองรู้สึกอย่างไร ภายหลังจากที่เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุ<br>ความรู้สึกเชิงลบ (เหนื่อยล้า ? เบื่อหน่าย? เสียเวลา?) ถ้ามีท่านมีวิธีการจัดการอย่างไรกับความรู้สึกเหล่านั้น<br>ความรู้สึกเชิงบวก (มีความสุข เต็มใจ ภูมิใจ) |      |
| คิดว่า “สุขภาพช่องปาก” หรือ “อนามัยช่องปาก” มีความสำคัญกับผู้สูงอายุติดเตียงอย่างไร  |      |
| ท่านจะยังคงพฤติกรรมกรรมการดูแลช่องปากแบบนี้ต่อไปหรือไม่  |      |
| <b>การให้คำแนะนำ (intervention)</b>  |      |
| รู้สึกอย่างไรในขณะที่ จนท. กำลังให้คำแนะนำเรื่องการดูแลช่องปาก (อึดอัด ถูกบังคับ พอใจ คล้อยตาม)  |      |
| การให้คำแนะนำดังกล่าว ช่วยทำให้ตัวเราเกิดความอยากในการทำความสะอาดช่องปากให้ผู้สูงอายุเพิ่มหรือไม่?อย่างไร?   |      |
| ท่าที บุคลิก ของ จนท. เป็นอย่างไรบ้าง ? (เป็นมิตร คุกคาม ??)   |      |
| สิ่งที่อยากให้ จนท. ปรับปรุง คืออะไร   |      |
| note   |      |

## ภาคผนวก ฉ

## วิธีการวิเคราะห์ผลการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบการวิเคราะห์ข้อมูลระหว่าง Per-protocol analysis (PP) และ Intention to treat (ITT) ได้ทำการเปรียบเทียบการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวกับ 2 ตัวแปรตามที่น่าสนใจ ดังนี้  
ตัวแปรตาม 1 : แผ่นคราบจุลินทรีย์

1. วิเคราะห์แบบ per protocol analysis โดยใช้ผู้สูงอายุที่คงเหลืออยู่จริงในการศึกษาทั้งสิ้น 54 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 26 คน กลุ่มศึกษา 28 คน นับทุกคนที่ถูก allocate รวมกันเป็นข้างละ 31 รวม 62 คน ได้ผลดังนี้

|                      | ก่อนการศึกษา | หลังการศึกษา | p-value <sup>1</sup> |
|----------------------|--------------|--------------|----------------------|
| กลุ่มควบคุม (n=26)   | 2.78(0.25)   | 2.46(0.42)   | 0.002                |
| กลุ่มศึกษา (n=28)    | 2.83(0.32)   | 2.46(0.58)   | 0.001                |
| p-value <sup>2</sup> | 0.188        | 0.785        |                      |

<sup>1</sup>Wilcoxon (p<0.05), <sup>2</sup>Mann-Withney (p<0.05)

2. วิเคราะห์แบบ intentional to treat (ITT) : assumed the best โดยใช้ผู้สูงอายุทั้งหมดในการศึกษาทั้งสิ้น 62 คน โดยสมมติให้ผู้สูงอายุที่สูญหายจากการศึกษา ทุกคนมีระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลง ได้ผลดังนี้

|                      | ก่อนการศึกษา | หลังการศึกษา | p-value <sup>1</sup> |
|----------------------|--------------|--------------|----------------------|
| กลุ่มควบคุม (n=31)   | 2.79(0.28)   | 2.36(0.48)   | <0.001               |
| กลุ่มศึกษา (n=31)    | 2.84(0.31)   | 2.43(0.57)   | <0.001               |
| p-value <sup>2</sup> | 0.244        | 0.562        |                      |

<sup>1</sup>Wilcoxon (p<0.05), <sup>2</sup>Mann-Withney (p<0.05)

**สรุปได้ว่าสำหรับตัวแปรระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์นั้นไม่ว่าจะใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบ PP หรือ ITT ก็ไม่พบความแตกต่าง**

## ตัวแปรตาม 2 : พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม

1. วิเคราะห์แบบ **per protocol analysis** โดยใช้ผู้สูงอายุที่คงเหลืออยู่จริงในการศึกษาทั้งสิ้น 54 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 26 คน กลุ่มศึกษา 28 คน นับทุกคนที่ถูก allocate รวมกันเป็นข้างละ 31 รวม 62 คน
2. วิเคราะห์แบบ **intentional to treat (ITT) : assumed the best** โดยใช้ผู้สูงอายุทั้งหมดในการศึกษาทั้งสิ้น 62 คน โดยให้เกิดการทำความสะอาดที่เหมาะสมในกลุ่มที่สูญหายในกลุ่มศึกษาได้ผลดี และการทำความสะอาดที่ไม่เหมาะสม ในกลุ่มที่สูญหายในกลุ่มควบคุมได้ผลไม่ดี (best case scenario for combination treatment) พบว่า ได้ผลดังนี้

| การปฏิบัติ                                | ก่อนการศึกษา |          |       | หลังการศึกษา |            |              | เทียบใน | เทียบใน      |
|---|--------------|----------|-------|--------------|------------|--------------|---------|--------------|
|   |              |          |       |              |            |              | กลุ่ม   | กลุ่ม        |
|   |              |          |       |              |            |              | ควบคุม  | ศึกษา        |
|   |              |          |       |              |            |              | ก่อน-   | ก่อน-        |
|   |              |          |       |              |            |              | หลัง    | หลัง         |
|   | n(%)         |          |       | n(%)         |            |              |         |              |
|   | กลุ่ม        | กลุ่ม    | p-    | กลุ่ม        | กลุ่มศึกษา | p-           | p-value | p-value      |
|   | ควบคุม       | ศึกษา    | value | ควบคุม       |            | value        |         |              |
| <b>1. Per-Protocol analysis (PP)</b>      |              |          |       |              |            |              |         |              |
| การทำความสะอาดช่องปากให้ผู้สูงอายุ (n=54) |              |          |       |              |            |              |         |              |
| เหมาะสม                                   | 13(50.0)     | 20(71.4) | 0.107 | 18(69.2)     | 28(100.0)  | <u>0.002</u> | 0.158   | <u>0.002</u> |
| ไม่เหมาะสม                                | 13(50.0)     | 8(28.6)  |       | 8(30.8)      | 0          |              |         |              |
| <b>2. Intention to treat (ITT)</b>        |              |          |       |              |            |              |         |              |
| การทำความสะอาดช่องปากให้ผู้สูงอายุ (n=62) |              |          |       |              |            |              |         |              |
| เหมาะสม                                   | 13(41.9)     | 20(64.5) | 0.075 | 23(74.2)     | 31(100.0)  | <u>0.002</u> | 0.158   | <u>0.002</u> |
| ไม่เหมาะสม                                | 18(58.1)     | 11(35.5) |       | 8(25.8)      | 0          |              |         |              |

สรุปได้ว่าสำหรับตัวแปรการทำความสะอาดช่องปากที่เหมาะสมนั้นไม่ว่าจะใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบ PP หรือ ITT ก็ไม่พบความแตกต่าง

## ภาคผนวก ข

## เอกสารรับรองความคิดเห็นจากคณะกรรมการจริยธรรม



ที่ ศธ 0521.1.03/ 805

คณะทันตแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
คูไปรษณีย์เลขที่ 17  
ที่ทำการไปรษณีย์โทรเลขคอหงส์  
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90112

## หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า

**โครงการวิจัยเรื่อง** “ประสิทธิผลในการใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดเตียง : การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม”

**รหัสโครงการ** EC5908-29-P-LR

**หัวหน้าโครงการ** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพญ.จรัญญา ทุนศรีสกุล

**ผู้ร่วมโครงการวิจัย** ทันตแพทย์อาณัติ มาตระกุล

**สังกัดหน่วยงาน** ภาควิชาทันตกรรมป้องกัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัย (Research Ethics Committee) ซึ่งเป็นคณะกรรมการพิจารณาศึกษาการวิจัยในคนของคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

ในคราวประชุมครั้งที่ 8/2559 เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม 2559

ให้ไว้ ณ วันที่ 18 กรกฎาคม 2560

(รองศาสตราจารย์ ดร.ทพ.ไชยรัตน์ เฉลิรัตน์โรจน์)  
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัย

หมายเหตุ :- ออกแทนหนังสือรับรองฉบับที่ ศธ 0521.1.03/1075 ลงวันที่ 10 ตุลาคม 2559 เนื่องจาก เปลี่ยนแปลงชื่อโครงการฉบับภาษาอังกฤษ

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นายอานัติ มาตระกุล

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5810820030

## วุฒิการศึกษา

| วุฒิ                | ชื่อสถาบัน           | ปีที่สำเร็จการศึกษา |
|---------------------|----------------------|---------------------|
| ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต | มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ | 2553                |

## ทุนการศึกษา

- ทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ งบประมาณ 2560 จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

## ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ทันตแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลกระบี่ อ.เมือง จ.กระบี่

## การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

อานัติ มาตระกุล, จริญญา หุ่นศรีสกุล, อัจฉรา วัฒนาภา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้ดูแลในจังหวัดกระบี่. ในการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษาระดับชาติและนานาชาติ 2560; 10 มีนาคม 2560; จังหวัดขอนแก่น, ประเทศไทย. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560