



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ
ชนชาติพันธุ์ ในเขตอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย
FACTORS ASSOCIATED WITH ORAL HEALTH RELATED QUALITY
OF LIFE IN THE ETHNIC ELDERLY PHAN DISTRICT,
CHIANG RAI PROVINCE

กชกร อ่อนจิตร

สารานุกรมสุขศาสตร์มหาบัณฑิต
สาขาวิชาการจัดการสุขภาพชายแดน

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

2568

©ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ
ชนชาติพันธุ์ ในเขตอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

FACTORS ASSOCIATED WITH ORAL HEALTH RELATED QUALITY
OF LIFE IN THE ETHNIC ELDERLY PHAN DISTRICT,
CHIANG RAI PROVINCE

กชกร อ่อนจิตร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการจัดการสุขภาพชายแดน

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

2568

©ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง



หน้าอนุมัติวิทยานิพนธ์
มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสุขภาพชายแดน

วิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์
ในเขตอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

Factors Associated with Oral Health Related Quality of Life in the Ethnic
Elderly Phan District, Chiang Rai Province

ผู้ประพันธ์ กชกร อ่อนจิตร

คณะกรรมการสอบ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทรพล มากมี	ประธานกรรมการ
อาจารย์ ดร.สิรินันท์ สุวรรณภรณ์	กรรมการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภมรศรี อินทร์ชน	กรรมการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิษณุรักษ์ กันทวิ	กรรมการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

(อาจารย์ ดร.สิรินันท์ สุวรรณภรณ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภมรศรี อินทร์ชน)

คณบดี

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาพ สุทณะ)

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.สิรินันท์ สุวรรณภรณ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภมรศรี อินทร์ชน อาจารย์ที่ปรึกษา ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ที่ได้ให้การสนับสนุนทุนวิจัย ประจำปีการศึกษา 2567 ซึ่งมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วง

ขอขอบพระคุณ ผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ทุก ๆ ท่าน ที่ให้ ความร่วมมือ และความกรุณาที่เสียสละให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณ ทันตแพทย์ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) โรงพยาบาลพาน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอพาน จังหวัด เชียงราย อาสาสมัครสาธารณสุขที่เสียสละเวลาในการช่วยเก็บแบบสอบถาม ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก และแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากให้แก่ผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ในพื้นที่ รวมถึงการอธิบายข้อคำถาม ในแบบสอบถามให้เป็นภาษาท้องถิ่น หรือภาษาชนเผ่า

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่าน ที่ได้มอบความรู้ในวิชาต่าง ๆ และทำให้ประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ ในสำนักวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการช่วยเหลือ

นอกจากนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ผู้ที่เป็นเบื้องหลังความสำเร็จในครั้งนี้ และขอขอบคุณเพื่อนร่วมสาขา ที่คอยให้คำแนะนำ และช่วยเหลือตลอดมา

สุดท้ายนี้ คุณค่าและคุณประโยชน์อันใดของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญู กตเวทิต์แต่ บูพการี บูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

กชกร อ่อนจิตร

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมีดีสุขภาพช่องปาก
ผู้ประพันธ์	กชกร อ่อนจิตร
หลักสูตร	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการสุขภาพชายแดน)
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร.สิรินันท์ สุวรรณภรณ์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภมรศรี อินทร์ชน

บทคัดย่อ

ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ส่งผลให้ปัญหาด้านสุขภาพโดยเฉพาะสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ซึ่งมักประสบปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานส่งผลให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีภาวะสุขภาพช่องปากที่ไม่เหมาะสม และกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก การศึกษานี้จึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมีดีสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ในเขตอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย เป็นการศึกษาเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 355 คน ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามและแบบประเมิน OHIP-14 Thai ควบคู่กับการตรวจสุขภาพช่องปาก และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบความสัมพันธ์และการถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตมีดีสุขภาพช่องปากที่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (OR (95% CI) = 3.82 (1.30-4.98)) การไม่เคี้ยวหมาก (OR (95% CI) = 0.25 (0.86-0.77)) การได้รับบริการทางทันตกรรมในช่วง 6 เดือน (OR (95% CI) = 0.27 (0.11-0.71)) รวมถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจากครอบครัว (OR (95% CI) = 3.00 (1.13-11.46)) เป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพช่องปากสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์อย่างครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทของชุมชน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, สุขภาพช่องปาก, ผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์, แรงสนับสนุนทางสังคม, พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก

Thesis Title	Factors Associated with Oral Health Related Quality of Life in the Ethnic Elderly Phan District, Chiang Rai Province
Author	Kodchakon Onjit
Degree	Master of Public Health (Border Health Management)
Advisor	Sirinan Suwannaporn, Ph. D.
Co-Advisor	Assistant Professor Pamornsri Inchon, Ph. D.

ABSTRACT

Thailand has fully transitioned into an aging society, leading to a continuous rise in health issues, particularly oral health problems among the elderly. Ethnic minority seniors often face health disparities and barriers to accessing basic healthcare services, resulting in poor oral health conditions that adversely affect their oral health-related quality of life (OHRQoL). This cross-sectional quantitative study aimed to investigate factors associated with the OHRQoL of ethnic minority elderly in Phan District, Chiang Rai Province. The sample consisted of 355 ethnic minority individuals aged 60 and over. Data were collected through questionnaires, the Oral Health Impact Profile (OHIP-14 Thai), and clinical oral examinations. Data analysis utilized descriptive statistics, chi-square tests, and multiple logistic regression. The results revealed that significant predictors of good OHRQoL ($p < 0.05$) included: refraining from alcohol consumption (OR = 3.82, 95% CI: 1.20–12.15), not chewing betel nut (OR = 0.25, 95% CI: 0.86–0.77), and having received dental services within the past six months (OR = 0.27, 95% CI: 0.11–0.71). Furthermore, high levels of social support from family (OR = 3.61, 95% CI: 1.13–11.46) and friends (OR = 3.52, 95% CI: 1.36–9.32) were strongly associated with better OHRQoL. These findings serve as a framework for developing comprehensive and culturally sensitive oral health promotion strategies for ethnic minority elderly to sustainably enhance their overall quality of life.

Keywords: Quality of Life, Oral Health, Ethnic Minority Older Adults, Social Support,
Oral health behaviors



สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
1.3 ขอบเขตของการวิจัย	4
1.4 นิยามศัพท์เฉพาะ	4
1.5 ผลที่คาดว่าจะได้รับ	5
1.6 กรอบแนวคิดการวิจัย	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
2.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย	7
2.2 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุและปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ	8
2.3 สถานการณ์สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ	12
2.4 แนวคิดสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิต	12
2.5 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (Oral Health Related Quality of Life: OHRQOL)	14
2.6 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม	18
2.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชนชาติพันธุ์	21
3 ระเบียบวิธีวิจัย	24
3.1 รูปแบบในการวิจัย	24
3.2 พื้นที่ในการวิจัย	24
3.3 ระยะเวลาในการวิจัย	24
3.4 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย	25
3.5 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	25
3.6 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	27
3.7 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	29
3.8 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	30

สารบัญ

บทที่	หน้า
3 ระเบียบวิธีวิจัย	31
3.9 การเก็บรวบรวมข้อมูล	31
3.10 การวิเคราะห์ข้อมูล	31
3.11 จริยธรรมในการศึกษาวิจัย	32
4 ผลการศึกษา	33
4.1 ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ	33
4.2 พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก	35
4.3 สภาวะช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์	36
4.4 แรงสนับสนุนทางสังคม	37
4.5 ระดับผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	35
4.6 การวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปาก ของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ ในอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย	39
4.7 การวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต มิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ ในอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย	41
4.8 การวิเคราะห์สภาวะช่องปากที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปาก ของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ ในอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย	43
4.9 การวิเคราะห์แรงสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพ ช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ ในอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย	44
4.10 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชนชาติพันธุ์ ในอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย	45
5 อภิปรายผล สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ	51
5.1 อภิปรายผลการศึกษา	51
5.2 สรุปผลการศึกษา	55
5.3 ข้อจำกัดในการวิจัย	56
5.4 ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์	56
5.5 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	57

สารบัญ

รายการอ้างอิง	58
ภาคผนวก	63
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองการวิจัยในมนุษย์	63
ภาคผนวก ข แบบสอบถามเพื่อการวิจัย	64
ประวัติผู้ประพันธ์	69



สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
3.1 จำนวนการสู่มั่วอย่างประชากร	26
4.1 ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ	34
4.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	35
4.3 สภาวะสุขภาพช่องปาก	37
4.4 ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม	37
4.5 ระดับผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิต	39
4.6 การวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ในระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์	39
4.7 การวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ ในอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย	42
4.8 การวิเคราะห์สภาวะช่องปากที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ ในอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย	43
4.9 การวิเคราะห์แรงสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ ในอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย	45
4.10 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์	47

สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	6
2.1 กรอบแนวคิดด้านการวัดสุขภาพช่องปากของ Locker	16



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย

ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลก มีจำนวนประชากรสูงอายุมากถึงประมาณ 12.6 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นถึง 2 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2593 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั่วโลก (องค์การอนามัยโลก, 2562) ประเทศไทยถือเป็นสังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 และจะก้าวเข้าสู่ การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ เมื่อมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2563 การเข้าสู่สังคมสูงวัยมีผลกระทบต่อแนวทางการพัฒนาประเทศ ทั้งประเด็นงบประมาณ เศรษฐกิจ และ คุณภาพชีวิตรวมถึงสภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (รัฐภัทร์ บุญมาทอง, 2563) อันเป็นผลมาจากความเสื่อมและความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ รวมไปถึงการเหลื่อมล้ำในการเข้ารับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานต่าง ๆ เช่น บุคคลที่มีที่อยู่อาศัยห่างไกล มีสถานะยากจน ไม่สามารถเดินทางมารับการรักษา ซึ่งกลุ่มคนเหล่านั้น ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามชนบท และกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ ที่อาศัยอยู่ใน พื้นที่ราบสูง หรืออยู่ห่างไกลจากสถานพยาบาล (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, 2557) โดยพบว่ากลุ่มชาติพันธุ์ มีความยากลำบากในการเข้ารับบริการขั้นพื้นฐานมากที่สุด เนื่องจากอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล อาศัยอยู่บริเวณภูเขาเป็นส่วนมาก

ปัจจุบันประเทศไทยมีกลุ่มชาติพันธุ์อาศัยอยู่ร่วมกันอย่างหลากหลาย การเข้าถึงบริการสุขภาพของชนชาติพันธุ์ในประเทศไทยส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา โดยเฉพาะชนชาติพันธุ์ที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ โดยปัญหาสุขภาพที่พบได้ปัญหาหนึ่ง คือ ปัญหาสุขภาพช่องปาก จากข้อมูลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 พบว่า ร้อยละ 52.6 มีปัญหาฟันผุ ร้อยละ 12.5 ฟันร้าว ร้อยละ 36.3 เป็นโรคปริทันต์อักเสบ ซึ่งปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ได้แก่ การสูญเสียฟัน ส่วนผู้ที่ยังมีฟันก็เป็นโรคที่เสี่ยงต่อการสูญเสียฟันซีตต่อไปมากขึ้น สุขภาพช่องปาก เป็นสภาวะในด้าน การทำหน้าที่ โครงสร้าง ความงาม สรีรวิทยา จิตสังคม ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายในช่องปาก ทั้งสภาวะช่องปาก เช่น ฟันผุ โรคปริทันต์ สูญเสียฟัน อัตราการหลั่งของน้ำลายลดลง ความผิดปกติในการบดเคี้ยว ซึ่งเกิดจากควบคุมแรงของกล้ามเนื้อไม่ดีหรือแรงของกล้ามเนื้อลดลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น ผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันบางส่วนหรือทั้งปาก จะรู้สึกอาย ขาดความมั่นใจในสังคม

ไม่มั่นใจ ขณะพูดคุยหรือเคี้ยวอาหาร นอกจากนี้เชื่อโรคหรือการติดเชื้อต่าง ๆ จากในช่องปากยังสามารถแพร่ไปยังอวัยวะอื่น ได้ เช่น ที่ปอด หัวใจ ตา เป็นต้น (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2560) มีความจำเป็นต่อสุขภาพโดยทั่วไปและคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลตามมาและจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในมิติสุขภาพช่องปาก

สุขภาพช่องปาก หมายถึง ความสุขของตัวบุคคลในด้านที่เกี่ยวข้องกับสภาวะช่องปากตนเอง โดยพิจารณาที่ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องช่องปากหรือคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (FDI, 2016) แนวคิดเรื่องสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมาจากหลักการแพทย์เชิงสังคม (socio-medical concept) ที่ให้ความหมายของสุขภาพในขอบเขตที่กว้างกว่าหลักการแพทย์เชิงชีววิทยา (bio-medical concept) ที่พิจารณาเฉพาะการมีหรือไม่มีโรค (oral disease) หรือที่สภาวะช่องปาก (oral status) เท่านั้น ตัววัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHRQoL measure) จึงถูกพัฒนาขึ้นเพื่อวัดผลกระทบที่เกิดขึ้นตามมาจากโรคในช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ครอบครัวมิติทางกาย ใจ และสังคม มีการศึกษาประชากรเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ในผู้สูงอายุชาวไทยเพียงเล็กน้อยที่ศึกษาสภาพช่องปากที่ไม่ดีเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่แย่ลง (QoL) ผ่านผลกระทบด้านการทำงานและทางจิตสังคม เนื่องจากประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นทั่วโลก และความชุกของโรคในช่องปากในผู้สูงอายุยังคงสูง จึงจำเป็นต้องให้ความสนใจกับสภาวะสุขภาพช่องปากและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากขึ้น (Naorungroj & Naorungroj, 2015) สุขภาพช่องปากมีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Petersen & Yamamoto, 2005) ในด้านการรับประทานอาหาร การยิ้มหัวเราะ และการเข้าสังคม ดังนั้นสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุนั้น จึงมีความสำคัญมากถ้าสุขภาพช่องปากดีคุณภาพชีวิตก็จะดี

จังหวัดเชียงรายเป็นจังหวัดที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์มากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 1 กลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงราย พบว่า มีการกระจายของกลุ่มชาติพันธุ์อยู่ 13 กลุ่ม ประกอบด้วย อาข่า หรือ อีโก้ ลาหู่ หรือ มูเซอ ม้ง หรือ แม้ว จินฮ้อ เมี่ยน หรือ เย้า ไทใหญ่ ไทยพื้นราบ กะเหรี่ยง ลีซู หรือ ลีซอ ลัวะ หรือ ละว้า ไทลื้อ ขมุ และไทพวน ทั้งสิ้นจำนวน 813 กลุ่มบ้าน 43,708 หลังคาเรือน โดยอำเภอพาน มีการกระจายของกลุ่มชาติพันธุ์ ประกอบด้วย อาข่า ลาหู่ เมี่ยน ไทยพื้นราบ ลีซู ลัวะ ไทลื้อ จากสถิติประชากรทางทะเบียนราษฎร เดือน กันยายน 2566 มีประมาณ 582 ครัวเรือน ประชากรรวมราว 2,046 คน ผู้สูงอายุ จำนวน 1,510 คน คิดเป็นร้อยละ 73.8 จาก การดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุขได้มีการจัดบริการ สุขภาพช่องปากในประชากรกลุ่มผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าในปัจจุบันมีผู้สูงอายุเข้ารับบริการสุขภาพช่องปากสูงขึ้น ทั้งการรับบริการรักษาทันตกรรม การใส่ฟันเทียม และการรับบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในรูปแบบต่างๆ พบว่ามีจำนวนครั้งในการรับบริการสุขภาพช่องปาก ในโรงพยาบาลพานของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก แต่

ยังพบว่าข้อมูลของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ยังไม่ชัดเจนอาจเนื่องมาจากปัญหาความเหลื่อมล้ำในสังคมทำให้ขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพและบริการสุขภาพช่องปาก

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ในมิติสุขภาพช่องปาก โดยผลการศึกษาในผู้สูงอายุทั่วไป พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล อายุและลักษณะครอบครัว เพศ ผู้ดูแล สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านได้ ปัจจัยสภาวะสุขภาพช่องปาก ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากคือ ความต้องการใส่ฟันเทียมและจำนวนคู่สบฟันหลัง (พัชรี เรืองงาม, 2564) การสูญเสียฟันมีความสัมพันธ์กับผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (กาญจนา หนูแก้ว และบงกช เหลืองศรีสง่า, 2563) การสูญเสียฟันมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ตำแหน่งและการกระจายของฟันที่สูญเสีย มีความสำคัญมากกว่าจำนวนซี่ฟัน คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากต่ำลงตามจำนวนฟันที่ลดลงเช่น การสูญเสียฟันหน้า สัมพันธ์กับความไม่พอใจด้านความสวยงามการสูญเสียฟันหลัง สัมพันธ์กับความยากลำบากในการรับประทานอาหาร ทั้งประเภทและปริมาณสารอาหารที่ได้รับ จำนวนฟันที่เหลืออยู่กับสภาวะปริทันต์ (Peters et al., 2018) โรคปริทันต์กับคุณภาพชีวิต เช่น เหงือกบวมแผลที่เหงือก เหงือกกร่น ฟันโยกคลอนปากมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต เช่น ความยากลำบากในการเคี้ยว การรับประทานอาหาร ผลกระทบต่อสภาพจิตใจ เช่น ความกังวล ความรู้สึกหดหู่และกระทบกระเทือนต่อกิจกรรมตามปกติในชีวิตประจำวัน การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อแรงสนับสนุนทางสังคมมุ่งเน้นไปที่จิตใจและต้องใส่ใจในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุครอบครัวถือเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมหน่วยแรกและสำคัญที่จะช่วยตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ (พยาม กันดี และคณะ, 2016) รวมไปถึงแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (จามจรี แซ่หลู่ และคณะ, 2021) แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถยกระดับศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

ดังนั้นจึงเป็นที่มาของความสนใจของผู้วิจัยที่ต้องการจะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปาก โดยคณะผู้วิจัยมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมและการเห็นคุณค่าในตัวเอง เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ขึ้นและเป็นการวางแผนรับมือกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอนาคต

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1. เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพช่องปาก ปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ ในเขตอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

1.2.2 เพื่อสำรวจคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ ในเขตอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

1.2.3 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ ในเขตอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

1.3 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ ในเขตอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย โดยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปาก วิเคราะห์ข้อมูลและอธิบายลักษณะทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ กลุ่มผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีชื่ออาศัยอยู่ในอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ในระหว่างช่วง ธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567 โดยใช้แบบสอบถามในการถาม-ตอบ กับผู้เข้าร่วมงานวิจัย เพื่อปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์

1.4 นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ คือ กลุ่มชาติพันธุ์ทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีชื่ออาศัยอยู่ในอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ในระหว่างช่วง ธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567

คุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปาก คือ ผลกระทบจากปัญหาสุขภาพช่องปากที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ โดยใช้ แบบประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปาก (the oral health impact profile : OHIP-14) ซึ่งใช้แนวทางการแปลผลที่โดย Slade ในปี ค.ศ. 2005 ตาม OHIP Prevalence คือ จำนวนหรือร้อยละของผู้ที่มีการให้ข้อมูลในข้อคำถามหนึ่งข้อหรือมากกว่า ว่ามีความถี่ในการเกิดของเหตุการณ์นั้น ๆ ในระดับ ค่อนข้างบ่อย

(คะแนน 3) หรือ บ่อยครั้ง (คะแนน 4) แปลผลได้ว่ามีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ดีความได้ว่าคุณภาพชีวิตไม่ดี ปัจจัยส่วนบุคคล คือ คุณลักษณะส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ โรคประจำตัว ศาสนา ชาติพันธุ์ สิทธิการรักษา รายได้ครัวเรือน ระดับการศึกษา ผู้ดูแล หรือครอบครัว

สภาวะสุขภาพช่องปาก คือ สภาพภายในช่องปากซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของร่างกาย เมื่อเกิดความผิดปกติในช่องปากจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ (Locker, 1997) ประกอบด้วย จำนวนฟันที่เหลือในช่องปาก, จำนวนฟันคู่สบ, สภาวะปริทันต์และการใส่ฟันเทียม

ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก คือ พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ ประกอบด้วย การแปรงฟัน การใช้ยาสีฟัน การใช้อุปกรณ์เสริมที่ช่วยความสะอาดช่องปาก การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ เคี้ยวหมาก การเข้ารับบริการทางทันตกรรม

ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม คือ แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ พฤติกรรม และเป็นสิ่งที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ ได้นำแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมบุคคลที่ได้มาปฏิสัมพันธ์ต่อกันผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ ประกอบด้วย แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แรงสนับสนุนจากเพื่อน

1.5 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1.5.1 เพื่อสะท้อนข้อมูลสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มชนชาติพันธุ์ให้กับหน่วยงานทางด้านทันตสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากให้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มชนชาติพันธุ์ในพื้นที่

1.5.2 เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนระบบบริการสุขภาพช่องปาก ทรพยากร และนโยบายด้านสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ในพื้นที่อย่างเหมาะสมและยั่งยืนต่อไป

1.5.3 เพื่อเป็นข้อมูลตั้งต้นสำหรับงานวิจัยเชิงลึก เช่น การทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเฉพาะกลุ่ม หรือการศึกษาความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพช่องปากของประชากรชนชาติพันธุ์ในภูมิภาคอื่น ๆ

1.6 กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวางรูปแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ในกลุ่มผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ที่มีอายุตั้งแต่ 60 จังหวัดเชียงราย จำนวน 355 คน

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ ในเขต
อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ดังกรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์
ในเขตอำเภอพาน จังหวัดเชียงรายมีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

- 2.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย
- 2.2 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุและปัญหาสุขภาพผู้สูง
- 2.3 สถานการณ์สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ
- 2.4 แนวคิดสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิต
- 2.5 คุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปาก (Oral Health Related Quality of Life : OHRQOL)
- 2.6 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม
- 2.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์
โดยรายละเอียดการทบทวนวรรณกรรมในแต่ละหัวข้อมีรายละเอียดดังนี้

2.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย

2.1.1 คำนิยามของผู้สูงอายุ

ปัจจุบัน สหประชาชาติ (United Nations) ยังไม่มีนิยามที่แน่นอน ว่าอายุเท่าไรจึงจะเรียกว่า
เป็นผู้สูงอายุ (older/elderly person) แต่สหประชาชาติใช้อายุ 60 ปีขึ้นไปในการนำเสนอสถิติ
ข้อมูล และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ในขณะที่ประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่ใช้อายุ 65 ปีขึ้นไป
เป็นเกณฑ์ในการเรียก "ผู้สูงอายุ"

สำหรับประเทศไทยกำหนดนิยาม ผู้สูงอายุ ไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546
ผู้สูงอายุ หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

2.1.2 สังคมสูงอายุและสังคมสูงวัย (aged society)

สังคมสูงอายุ (aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ
10 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7)

สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete-aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60
ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด(หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ
14)

สังคมสูงอายุดีสุดยอด (super-aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด(หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20)

สังคมสูงวัย (ageing society) หมายถึง สังคมที่ประชากรกำลังมีอายุสูงขึ้น สังเกตได้จาก อัตราส่วนร้อยละของประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ

อัตราผู้สูงอายุ (older person rate) หมายถึง สัดส่วนคิดเป็นร้อยละของผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมด

การสูงวัยของประชากร (population ageing) เป็นปรากฏการณ์ทางประชากรที่เกิดขึ้นในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาเมื่อประชากรในแต่ละพื้นที่ ตั้งแต่ชุมชน เขตปกครองระดับต่าง ๆ ประเทศ ภูมิภาค ฯลฯ มีอายุสูงขึ้น โดยสังเกตได้จากสัดส่วนของประชากรสูงอายุ หรืออายุมัธยฐานของประชากรที่เพิ่มสูงขึ้นในประชากรปิด หรือประชากรที่เปลี่ยนไปโดยไม่ับรวมการย้ายถิ่น การสูงวัยของประชากรมีสาเหตุมาจากการเกิดที่ลดลง และอายุของผู้คนยืนยาวขึ้น

ในปี 2564 ประเทศไทยมีประชากรรวม 66.7 ล้านคน ประชากรสูงอายุของประเทศไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มเป็น 12.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด ทำให้ประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น สังคมสูงอายอย่างสมบูรณ์ ภายในปี 2565 และในอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรรวมของประเทศไทยจะเพิ่มช้าลง อัตราเพิ่มประชากรจะลดต่ำลงจน แต่ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 4 ต่อปี และผู้สูงอายุวัยปลาย 80 ปีขึ้นไป จะเพิ่มด้วยอัตราเฉลี่ยถึงร้อยละ 7 ต่อปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2021)

2.2 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุและปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ

เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ สภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปจากวัยอื่น เนื่องจากมีความเสื่อมของการทำงานระบบต่าง ๆ ทั้งร่างกายโดยเฉพาะระบบประสาทระบบหัวใจระบบหลอดเลือดระบบขับถ่าย ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบกระดูก และระบบกล้ามเนื้อซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้มักจะเกิดช้า ๆ การเปลี่ยนแปลงและปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุต่าง ๆ ดังนี้ (กรมอนามัย, 2565)

2.2.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (Biological Change)

การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในทุกะบบของร่างกายผู้สูงอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและส่วนต่างๆที่พบโดยทั่วไปได้แก่ ผิวหนัง บาง แห้งเหี่ยวลง ลอกหลุดง่าย มักมีอาการคัน มีเจ้าเลือดเซลล์ ผมหงอกและขนทั่วไปสีจางลงกลายเป็นสีเทาและสีขาว เส้นผมร่วงและแห้งง่าย ความไวและ

ความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและการคิดเชิงซ้ำ การมองเห็นและการได้ยินลดลง การรับกลิ่นไม่ดี การรับรสของลิ้นเสียไป ทำให้รับรู้รสน้อยลง การรับรสหวานจะสูญเสียก่อนรับรสอื่น ๆ ฟันผุแตกหักง่าย เคลือบฟันบางลง เหงือกหุ้มคอพินร่นลงไป กระดูกเปราะและหักง่าย มีอาการปวดกระดูก เนื่องจากแคลเซียมลดลง ต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยลง ทำให้รู้สึกว่ามีปากแห้ง ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง เกิดภาวะหัวใจวายได้ง่าย ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานลดลงทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ทำให้เกิดอาการท้องผูกได้บ่อย ประกอบกับการไม่ได้ออกกำลังกาย พบอาการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ในเพศหญิง และปัสสาวะลำบากในเพศชายจากต่อมลูกหมากโตขึ้น นอกจากนี้การผลิตของฮอร์โมนต่าง ๆ ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุอาจเป็นโรคเบาหวานอย่างอ่อน และมีการสูญเสียไขมันออกไปกับปัสสาวะได้ผนังหลอดเลือดมีลักษณะหนาและแข็งขึ้น เพราะมีไขมันมาเกาะเป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูง ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง เป็นเหตุให้ การขยายตัวและยุบตัวไม่ดีต่อมเพศทำงานลดลงสมรรถภาพทางเพศลดลง การเปลี่ยนแปลงของสรีระทางร่างกายของผู้สูงอายุดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่แข็งแรง ปัญหาความเจ็บป่วย ทางร่างกายที่พบมากที่สุด คือ โรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.7 และป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 13.3 คือ โรคของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกอันได้แก่ การปวดหลัง ปวดเข่า ปวดเอว ไชข้ออักเสบ รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ นอกจากนี้ยังพบว่า สภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ เป็นต้นเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานหาเลี้ยงชีพได้ (กรมอนามัย, 2565)

2.2.2 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological Change)

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่

2.2.2.1 การรับรู้ ผู้สูงอายุมักยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตนเอง จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ยาก เพราะมีความไม่มั่นใจในการปรับตัวและทางด้านจิตใจ พบว่า ร้อยละ 51.2 ของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว บอกว่ารู้สึกเหงา รวมทั้งวิถีการดำเนินชีวิตก็เปลี่ยนไป เพราะเกษียณอายุจากการทำงาน มีกิจกรรม และการมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียบทบาท ในคุณค่าของตัวเองลดลง

2.2.2.2 การแสดงออกทางอารมณ์ ลักษณะของความท้อแท้ ใจน้อย หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย และซึมเศร้านอกจากนี้รูปแบบของครอบครัวในสังคมไทยได้เปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีขนาดเล็กซึ่งประกอบด้วยสามีภรรยาและบุตรเท่านั้น กล่าวคือมีสมาชิกในครอบครัวอยู่กันไม่เกินสองรุ่นทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะถูกทอดทิ้งได้ง่ายปัญหาสุขภาพในประชากรของผู้สูงอายุจะนำไปสู่ความจำเป็นของความต้องการผู้ดูแลซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพอย่างมากในอนาคต การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้สูงอายุนั้น เกิดขึ้นจากการถูกทอดทิ้ง

และการถูกตัดออกทางสังคม เช่น การออกจากงาน การออกจากความรับผิดชอบในหน้าที่เดิมที่เคยปฏิบัติ การขาดการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน หรือจากการเจ็บป่วย ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการไม่คงที่มีความแปลกประหลาด จิตใจไม่มั่นคง เมื่อมีสิ่งใดมากระทบกระเทือนใจเพียงเล็กน้อยก็จะโมโห หงุดหงิด โกรธง่าย หรือน้อยใจ บางรายมีอาการซึมเศร้า หรือมีปฏิกิริยาต่อต้าน เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัด ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่เป็นไปในทางเสื่อมสมรรถภาพตามอายุที่เพิ่มขึ้น ทางด้านร่างกาย จะเห็นว่าการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายลดลง ทางด้านจิตใจพบว่าสภาพจิตใจมีการเปลี่ยนแปลง โดยจะหงุดหงิดง่าย และมีความวิตกกังวลสูง การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เช่น การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างของครอบครัว การเกษียณอายุราชการ การเปลี่ยนแปลงทางสถานภาพสมรส เป็นต้น สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลต่อสุขภาพ เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย และเมื่อเจ็บป่วยมักมีอาการรุนแรง และต้องใช้เวลาในการรักษาและฟื้นฟูสภาพ ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพมากขึ้น (เกสร สำเภาทอง, 2549) และการเปลี่ยนแปลงรูปแบบทางสังคมที่เห็นได้ชัด โดยที่ในอดีต ครอบครัวไทย เป็นครอบครัวใหญ่ที่มีผู้สูงอายุเป็นผู้นำ ผู้ให้ความรู้ ผู้ถ่ายทอดวิชาการและสนับสนุนพัฒนาความก้าวหน้าให้แก่บุตรหลาน และอยู่ในฐานะที่ควรให้ความเคารพบูชา ยอมรับนับถือ แต่ในปัจจุบัน สังคมไทย เปลี่ยนไปในลักษณะสังคมอุตสาหกรรมที่มีแต่การแข่งขัน มองประโยชน์ของตนเอง การพึ่งพาอาศัยลดลง การรับรู้ของชนรุ่นใหม่ที่ได้จากภายนอก ทำให้ผู้สูงอายุขาดความสำคัญ ขาดการยอมรับ และการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน ทำให้ผู้สูงอายุต้องพบกับความโดดเดี่ยว รู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง และขาดที่พึ่งทางใจ กระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ

2.2.2.3 ความสนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง ผู้สูงอายุจะสนใจเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเองมากกว่าเรื่องของผู้อื่น

2.2.2.4 การสร้างวิถีชีวิตของตนเอง เพื่อไม่ให้เป็นการกระทบกับคนอื่นสามารถพึ่งตนเองได้ระดับหนึ่ง

2.2.2.5 ยอมรับสภาพของการเข้าสู่วัยสูงอายุ จะใช้เวลาส่วนใหญ่ในการศึกษาปฏิบัติตามคำสั่งสอนในศาสนา บางคนอยากอยู่ร่วมกับลูกหลาน บางคนชอบอยู่คนเดียว (กรมอนามัย, 2565)

2.2.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม (Social Change)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญกับผู้สูงอายุ เนื่องจากในวัยสูงอายุการปฏิสัมพันธ์กับสังคมเริ่มลดลง ทั้งนี้จากภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัวจนก่อให้เกิดการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจตามมา การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลต่อผู้สูงอายุ เช่น

2.2.3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน จากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรมมากขึ้นมีการเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทเข้าเมือง ผู้สูงอายุจะต้อง

เผชิญปัญหาการอยู่ตามลำพัง ไม่มีที่พักพิงทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะถูกทอดทิ้งได้ง่ายปัญหาสุขภาพ ในประชากรของผู้สูงอายุจะนำไปสู่ความจำเป็นของความต้องการผู้ดูแลซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบ บริการสุขภาพอย่างมากในอนาคต ทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีชีวิตครอบครัวที่อบอุ่นในอดีตกับบุตรหลาน ต้องปรับตัวเข้ากับสังคมสมัยใหม่ ซึ่งในความเป็นจริงแล้วผู้สูงอายุทุกคนอยากให้มีผู้ดูแลตลอดไปและ ต้องการให้บุตรเป็นผู้ดูแล (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, 2552)

2.2.3.2 การเปลี่ยนแปลงทางขนบธรรมเนียม ประเพณี การได้รับวัฒนธรรมตะวันตกทำให้สังคมไทยมีลักษณะคล้ายสังคมตะวันตกมากขึ้น ค่านิยมหรือความเชื่อเดิมที่เคยปฏิบัติสืบต่อกันมา เช่นการเคารพพระบอวูโสหรือค่านิยมของความกตัญญูต่อบิดามารดาและผู้เฒ่าที่พระคุณ บุตรจะต้อง ทดแทนพระคุณของบิดามารดาเมื่อแก่ชราค่อยหมดไป

2.2.3.3 การปลดเกษียณหรือออกจากงานและการลดบทบาททางสังคมทำให้ผู้สูงอายุ เกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจและบทบาททางสังคมรู้สึกว่าตัวเองหมดความสำคัญ นอกจากนี้การ สูญเสียบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่ชีวิต ญาติสนิท ซึ่งการสูญเสียที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุมากที่สุด ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเหว โดดเดี่ยว

โดยสรุปเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลงหลาย ด้านทั้งในด้านร่างกายที่เกิดจากความเสื่อมของอวัยวะในรูปของลักษณะและหน้าที่ ที่ส่งผลถึงการ เปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเจนที่สุด คือ การเปลี่ยนแปลง ทางด้านร่างกาย โดยการวิจัยนี้จะเน้นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านช่องปากของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาทั้งลักษณะน้ำลาย ประสาทสัมผัสการรับรส และความแข็งแรงของ ฟัน ซึ่งส่งผลให้เกิดโรคทางช่องปากได้ง่ายขึ้น รวมทั้งมีผลต่อการรับประทานอาหารและเกิดภาวะขาด สารอาหารในผู้สูงอายุตามมา โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ฟันผุ โรคปริทันต์ (periodontitis) โรค ปากแห้ง โรคเชื้อราในช่องปาก และมะเร็งในช่องปาก นอกจากนี้โรคประจำตัวร่วมของผู้ป่วยก็ สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพฟันและช่องปากได้เช่นกัน เช่น ภาวะโรคหัวใจทำให้มีอาการปวดร้าว ขึ้นมาที่กราม ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาที่ไม่ถูกต้องเนื่องจากเข้าใจว่าเป็นโรคทางช่องปาก เป็นต้น วิจัยดูแลสุขภาพช่องปากถือว่ามีความสำคัญ ทั้งการรักษาความสะอาดฟันและช่องปากอย่างถูกวิธี รวมถึงการตรวจประเมินสุขภาพฟันอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยลดปัญหาโรคทางช่องปากในระยะยาวของ ผู้สูงอายุได้โดยสรุป การเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาของผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดความเสื่อมของช่องปาก ความสามารถในการบดเคี้ยวอาหารและทำให้เกิดโรคอื่นตามมา เช่น ภาวะทุพโภชนาการ ความเสื่อม ตามวัยของผู้สูงอายุนี้อาจก่อให้เกิดโรคทางช่องปากง่ายขึ้น อีกทั้งโรคประจำตัว การใช้ยา หรือการรักษา โรคบางอย่างส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางช่องปากในผู้สูงอายุและเกิดโรคตาม การดูแล รักษาช่องปากอย่างถูกวิธี หมั่นตรวจติดตามโรคช่องปากและพบทันตแพทย์สม่ำเสมอเป็นเรื่องสำคัญ (รวิวรรณ สุรเศรษฐ์, 2561)

2.3 สถานการณ์สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 พบว่า ร้อยละ 50.2 ของประชากรผู้สูงอายุมีปัญหาฟันผุ ร้อยละ 12.7 มีปัญหาโรคฟันผุ และร้อยละ 32.1 พบเป็นโรคปริทันต์อักเสบ ซึ่งปัญหาสุขภาพทางช่องปากเหล่านี้จะพบจำนวนมากขึ้นตามประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น แต่ปัญหาเหล่านี้มักเป็นสิ่งที่ประชากรส่วนใหญ่และบุคลากรทางสาธารณสุขมักจะละเลยและไม่ให้ความสำคัญ เพราะฉะนั้นไม่เพียงแต่ทันตแพทย์ แต่รวมถึงแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเองควรมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา โรคที่พบได้บ่อยผลกระทบของช่องปากต่อระบบโดยรวม และการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องเพื่อนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมได้อย่างเหมาะสม และพบว่าการศึกษาประชากรเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุชาวไทยเพียงเล็กน้อยที่ศึกษาสภาพช่องปากที่ไม่ดีเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่แย่ง (QoL) ผ่านผลกระทบด้านการทำงานและทางจิตสังคม เนื่องจากประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นทั่วโลก และความชุกของโรคในช่องปากในผู้สูงอายุยังคงสูง จึงจำเป็นต้องให้ความสนใจกับภาวะสุขภาพช่องปากและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากขึ้น แต่ยังพบว่าข้อมูลของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ยังไม่ชัดเจนอาจเนื่องมาจากปัญหาความเหลื่อมล้ำในสังคมทำให้ขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพและบริการสุขภาพช่องปาก

2.4 แนวคิดสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิต

2.4.1 ปัจจัยกำหนดสุขภาพช่องปาก (Determinants of oral health)

โดยทั่วไปโรคในช่องปากเกิดจากปัจจัยร่วมหลายประการ สาเหตุของการเกิดโรคในช่องปากแบ่ง ออกเป็น 3 ระดับใหญ่ ๆ คือ

2.4.1.1 ปัจจัยระดับช่องปาก

โรคหรือพยาธิสภาพในช่องปากเกิดจากสาเหตุทางชีววิทยาภายในช่องปากของบุคคลร่วมกันหลายปัจจัย ได้แก่ สภาพของฟัน แบคทีเรีย สารอาหารที่แบคทีเรียย่อย เวลาของการเกิดปฏิกิริยาระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ตลอดจนส่วนประกอบและอัตราการไหลของน้ำลาย สภาพความเป็นกรดต่างภายในช่องปาก เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยทางชีววิทยาอื่น ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและโรคในช่องปาก เช่น เอนไซม์ สารทางภูมิคุ้มกันหรือสารเคมีต่าง ๆ ตลอดจนกรรมพันธุ์ เป็นต้น

2.4.1.2 ปัจจัยระดับตัวบุคคล

ปัจจัยระดับตัวบุคคลเป็นลักษณะการใช้ชีวิตหรือพฤติกรรมทันตสุขภาพของบุคคลมีผลกระทบต่อทันตสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ พฤติกรรมทางทันตสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การบริโภคน้ำตาล การทำความสะอาดช่องปาก การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ การสูบบุหรี่ และการรับบริการทางทันตกรรม ในมุมมองระดับตัวบุคคลนี้ ฟันผุเกิดจากการที่บุคคลรับประทานขนมหวานที่มีน้ำตาลมากหรือบ่อย และฟันผุสามารถถูกยับยั้งได้จากการที่บุคคลใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ เหงือกอักเสบเกิดจากการที่บุคคลแปรงฟันไม่สะอาด โรคปริทันต์เกี่ยวข้องกับอาการที่บุคคลสูบบุหรี่ เคี้ยวหมาก และมีความเครียดฟันหักจากอุบัติเหตุ เกิดจากความไม่ระมัดระวังตัวกัน เล่นโลดโผนของบุคคล เป็นต้น ปัจจัยเรื่องพฤติกรรมของบุคคลนี้เป็นต้นเหตุสำคัญที่นำไปสู่ปัจจัยทางชีววิทยาภายในช่องปากที่กล่าวไปแล้วข้างต้น

2.4.1.3 ปัจจัยระดับสังคมและสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยระดับสังคมและสิ่งแวดล้อม หมายถึง ปัจจัยต่าง ๆ ที่อยู่ภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยนามธรรมทางสังคม เช่น วิถีชีวิต วัฒนธรรมความเชื่อ ค่านิยม และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมกายภาพที่เป็นรูปธรรม เช่น สภาพแวดล้อมของอุปโภคบริโภค สถานบริการทางการแพทย์ตลอดจนสถานะทางเศรษฐกิจสังคม เช่น ชนชั้นทางสังคม อาชีพ การศึกษา รายได้ เป็นต้น ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล เพราะบุคคลไม่ได้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมที่ว่างเปล่า หากแต่อยู่ในสังคมที่บรรจุไปด้วยเงื่อนไขต่าง ๆ มากมาย และสภาพของสังคม สิ่งแวดล้อมในสังคมนั้นเอง ที่เป็นตัวกำหนดหรือเป็นสาเหตุต้นตอของพฤติกรรมของบุคคล ยกตัวอย่างเช่น การรักษาโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ในชุมชนท้องถิ่นไทย จะเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมความเชื่อ และบริบททางเศรษฐกิจและสังคมของชุมชนนั้น ๆ สำหรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวันต่าง ๆ ที่ถือเป็นนิสัยหรือกิจวัตรประจำวันของบุคคลได้ถูกหล่อหลอมขึ้นหรือกำหนดอย่างแยกย่อยด้วยเงื่อนไขทางวัฒนธรรม สังคม และสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ มิได้เกิดขึ้นมาเองจากความต้องการอิสระของตัวบุคคลนั้น

ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า พฤติกรรมและนิสัยในการใช้ชีวิตเป็นผลผลิตของสังคม และสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั่นเอง พฤติกรรมทันตสุขภาพก็ถือเป็นพฤติกรรมที่เป็นนิสัยหรือกิจวัตรประจำวันที่ถูกกำหนดอย่างแยกย่อยด้วยเงื่อนไขทางสิ่งแวดล้อม ถ้าเปรียบเทียบกับตัวอย่างที่กล่าวไว้ในปัจจัยระดับบุคคลข้างต้น ในมุมมองทางสิ่งแวดล้อมนี้อาจกล่าวได้ว่า ฟันผุเกิดจากการที่ขนมหวานที่มีน้ำตาลสูงหาซื้อได้ง่ายตามร้านค้าทั่วไป ราคาไม่แพง ตลอดจนสื่อต่าง ๆ ที่สร้างกระแสค่านิยมในการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลสูงหลายอย่าง หรือการไม่มียาสีฟันผสมฟลูออไรด์ขาย หรือความไม่นิยมใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ของผู้คนในสังคม เหงือกอักเสบเกิดจากวิถีชีวิตที่มักจะแปรงฟันตอนเช้าครั้งเดียว การไม่มีแปรงสีฟัน โรคปริทันต์เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมการเคี้ยวหมากหรือการที่บุหรี่ยาสูบหาซื้อได้ง่าย และฟัน

หักจากอุบัติเหตุเกี่ยวเนื่องกับการจัดบริเวณสนามเด็กเล่น เครื่องเล่นแออัดพื้นสนามแข็ง พื้นบริเวณ
ห้องน้ำลื่นเปียก เป็นต้น

2.5 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (Oral Health Related Quality of Life : OHRQOL)

2.5.1 ความหมายของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากคุณ

ภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก Locker (1988) ได้เสนอแนวคิดซึ่งได้เปลี่ยนจากแนวการมอง
โรคเป็นศูนย์กลาง (disease-centered) ซึ่งเป็นแนวคิดเชิงการแพทย์เชิงชีววิทยาไปเป็นแนวการมอง
ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญทั้งในแง่ของชีววิทยา
จิตวิทยาและสังคมวิทยาโดยเขาได้ให้แนวคิดที่โรคและสุขภาพไม่สามารถบอกได้ถึงสุขภาพของผู้ป่วย
เพราะเป็นเพียงแค่มิติด้านหนึ่งเท่านั้น ยังมีสิ่งที่เกิดจากประสบการณ์ของอีกหลายด้านซึ่งเป็นอิสระ
ต่อกัน เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงแต่เขาอาจรู้สึกว่าเขามีสุขภาพที่ดีเยี่ยม เนื่องจากโรค
ดังกล่าวไม่ได้มีผลต่อการรับรู้สภาวะสุขภาพของเขาแต่อย่างใด การมีโรคจึงเป็นเพียงแค่มิติหนึ่งในปัจจัย
อีกหลาย ๆ ปัจจัยในการจะพิจารณาถึงสุขภาพเท่านั้น อย่างไรก็ตาม ก็ยังไม่มีคำนิยามที่ชัดเจน ของ
ความหมายคำว่าคุณภาพชีวิต แต่จากแนวคิดข้างต้นจึงได้มีการขยายความหมายของคำว่า คุณภาพ
ชีวิต ที่กว้างขึ้นโดยครอบคลุมไปถึงด้านสังคมและจิตใจ ให้เท่า ๆ กับด้านกายภาพ ดังนั้นเรื่องของ
สุขภาพทางสังคมและสุขภาพเชิงบวกจึงกลายเป็นเรื่องที่สำคัญที่ใช้บอกถึงคุณภาพชีวิต (Slade,
1997)

สมาพันธ์ทันตแพทย์โลก ได้ให้แนวคิดสุขภาพช่องปากที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตไว้ว่า
สุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับสุขภาพทั่วไปและคุณภาพชีวิตของผู้คน (QoL) โดยสุข
ภาวะในช่องปากส่งผลต่อการทำงานของช่องปากและปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ตัวอย่างเช่น โรคฟันผุอาจ
ทำให้เคี้ยวอาหารบดพ่นอง ความอยากอาหารลดลง ปัญหาการนอนหลับ การเรียนและการทำงาน
วิธีการดั้งเดิมในการวัดสุขภาพช่องปากและความต้องการการรักษานั้นขึ้นอยู่กับตัวชี้วัดทางคลินิกเป็น
หลัก อย่างไรก็ตาม ตัวชี้วัดเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องคำนึงถึงด้านการทำงานและสุขภาพจิตของ สุขภาพ
ช่องปาก และสอดคล้องกับการรับรู้ของผู้คนและความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก บนพื้นฐานของ
เหตุผลเชิงแนวคิดสำหรับการวัดเชิงอัตวิสัยในมุมมองที่กว้างขึ้นเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ได้มี
มาตรการที่มีประสิทธิภาพที่หลากหลาย เช่น คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก (OHRQoL)
ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อวัดขอบเขตที่ส่งผลต่อสภาวะในช่องปาก พฤติกรรมของแต่ละบุคคลและการ
ทำงานทางสังคม และเสริมการประเมินทางคลินิกทั่วไปของสุขภาพช่องปาก (FDI, 2016) แนวคิด

เรื่องสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (Oral Health-Related Quality of Life: OHRQoL) เป็นการแสดงให้เห็นว่าสุขภาพช่องปากที่ดีไม่ได้หมายถึงเพียงแค่การไม่มีโรคทางช่องปากแต่หมายถึงความถึงการที่บุคคลมีคุณภาพในการใช้ชีวิต ทั้งทางกาย ใจ และสังคม (FDI, 2016)

Oral health-related Quality of life (OHRQL) หรือคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก คือ ส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิตซึ่งได้รับผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก ซึ่งมีหน้าที่ในการกัดเคี้ยวอาหาร พุดคุย รับสัมผัสความเจ็บปวดและไม่สบาย รวมไปถึงถึงสภาวะจิตใจ ภาพลักษณ์ภายนอกความเชื่อมั่นในตนเอง และสภาวะความเป็นอยู่ โดยเน้นที่ความใส่ใจของแพทย์ต่อคนไข้ และให้คนไข้เป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง การใช้คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากเป็นสื่อกลางในการสื่อสารเพื่อที่จะให้ตระหนักถึงหนทางในการสนับสนุนคนไข้ที่มีความต้องการในการดูแลรักษาทางทันตกรรม และคนไข้ที่ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการทางทันตกรรม จัดเป็นแนวคิดทางด้านพฤติกรรมซึ่งมีอิทธิพลสามารถรวบรวมแพทย์ นักวิจัย และนักวิชาการเพื่อที่จะพัฒนาชีวิตของคนไข้และระบบสาธารณสุขโดยทั่วไป (Petersen & Yamamoto, 2005) ปัญหาสุขภาพช่องปากก่อให้เกิดความเจ็บปวดโดยไม่จำเป็นเนื่องจากผลข้างเคียงทำให้เกิดความเสียหายต่อความเป็นอยู่ของแต่ละบุคคล เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและทางสังคม ทำให้คุณภาพชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญและเป็นภาระสังคมของประเทศสหรัฐอเมริกาจาก

การทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า สุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับโรคทางระบบ โดยมีปัจจัยเสี่ยงร่วมกันกับโรคทางระบบ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (Ischemic stroke) และภาวะสุขภาพจิต การสูญเสียฟันและจำนวนฟันที่เหลือนี้อาจมีผลต่อการเคี้ยวอาหาร การเลือกชนิดของอาหาร ส่งผลต่อภาวะโภชนาการทำให้ลดประสิทธิภาพการเคี้ยวอาหาร การเลือกกินอาหารที่เคี้ยวง่าย หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกากใยซึ่งร่างกายจำเป็นต้องได้รับมีผลทำให้เกิดปัจจัยเสี่ยงด้านน้ำหนัก มีน้ำหนักลดลง เกิดความเจ็บป่วยไม่สบายจากฟัน มีผลต่อการพักผ่อนนอนหลับ การทำงานและการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากการเคี้ยวอาหารมีโอกาส underweight เป็น 3 เท่า ของผู้ที่ไม่มีปัญหา สุขภาพฟันสัมพันธ์กับความสุขและประสิทธิภาพการเคี้ยวอาหาร รวมทั้งความมั่นใจในการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม (กองทันตสาธารณสุข, 2552)

2.5.2 การวัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

การวัดคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้คุณภาพชีวิตทางกายภาพของผู้ป่วยไปจนถึงความรู้สึกส่วนบุคคลในเรื่องสุขภาพของตนเอง การวัดการรับรู้สุขภาพเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากการรับรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพโดยทั่วไปทำให้สามารถเข้าใจผู้ป่วยถึงผลกระทบที่แท้จริงและสามารถวางแผนการรักษาให้ได้ตรงตามปัญหาที่แท้จริงและสามารถเป็นแรงจูงใจหรือแรงผลักดันความสนใจต่อความต้องการในการรับบริการสุขภาพช่องปากได้ แต่มักพบว่าการประเมินคุณภาพชีวิตของแพทย์และผู้ป่วยมักไม่

สอดคล้องกัน โดยการประเมินของแพทย์มักให้ค่าที่ต่ำกว่าการประเมินโดยผู้ป่วยในแง่ของคุณภาพชีวิตแล้วควรเชื่อความเห็นที่ได้จากผู้ป่วยเนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่แสดงการตระหนักรู้ภายในของตัวผู้ป่วยเองมากกว่าที่พบจากการตรวจเจอโดยทันตแพทย์

ความสัมพันธ์ของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตได้รับความสนใจมากยิ่งขึ้นเมื่อองค์กรอนามัยโลกได้กำหนดนิยามอย่างเป็นทางการของสุขภาพขึ้น ใน ค.ศ. 1948 ซึ่งได้กล่าวไว้ว่า สุขภาพไม่ได้หมายถึงสภาวะที่ปราศจากโรคเท่านั้น แต่หมายถึงสภาวะที่สมบูรณ์ในมิติต่าง ๆ ทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จึงเกิดการศึกษาระเบิดและประเมินความสัมพันธ์ในมิติดังกล่าว โดยสภาวะช่องปากเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพของรายบุคคลและต่อความสุขสบายทางสังคม ค.ศ. 1980 ได้พบหลักฐานของผลกระทบของความผิดปกติของสภาวะช่องปากที่มีผลต่อประชากร จากการทบทวนเอกสารของ Reisine (1985) กล่าวถึงผลกระทบของสังคมที่เกิดจากสภาวะช่องปาก ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จาก US National Health interview Survey ว่าสภาวะช่องปากมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิต โดยกรอบแนวคิดด้านการวัดสุขภาพช่องปากที่ได้รับการยอมรับคือกรอบแนวคิดของ Locker (1988) ทำให้ในระหว่างปี 1980-1990 ได้มีการศึกษามากขึ้น ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาแบบประเมินเพื่อใช้วัดความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิต



ที่มา Locker (1988)

รูปภาพ 2.1 กรอบแนวคิดด้านการวัดสุขภาพช่องปากของ Locker

2.5.2.1 ประเภทการวัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

การศึกษาคุณภาพชีวิตสามารถแบ่งการวัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ได้เป็น 3 ประเภท (Slade, 1997) คือ

1. ตัวชี้วัดทางสังคม (Societal Indicators) การประเมินผลกระทบทางสังคมจะเป็นการประเมินในภาพรวมของประชากรขนาดใหญ่ โดยจะถามถึงจำนวนวันที่ไม่สามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ เช่น ต้องหยุดงาน และขาดเรียนเนื่องจากสภาวะในช่องปาก โดยในการสำรวจจะตัดประเด็นเล็ก ๆ ที่เป็นประเด็นส่วนบุคคลออกเพื่อรวมเฉพาะประเด็นที่มีผลกระทบในระดับประชากร แม้ว่าการวัดผลกระทบทางสังคมจะเป็นเครื่องวัดที่สามารถแสดงให้เห็นความสำคัญของสุขภาพช่องปากในภาพรวมระดับสุขภาพของประชากรได้ แต่ก็มีข้อจำกัดอย่างเห็นได้ชัด

เนื่องจากในบางกรณีที่เกิดความผิดปกติของสภาวะช่องปาก อาจไม่ต้องหยุดงานก็ได้ หรือบางคนไม่ได้เป็นกลุ่มใช้แรงงานหรือถึงแม้ว่าจะเป็นในกลุ่มใช้แรงงานก็อาจมีหลายปัจจัยที่ทำให้ต้องหยุดงาน เช่น โครงสร้างขององค์กรที่ทำงาน ระบบบริการของคลินิกทันตกรรม ดังนั้นในพื้นฐานของการสัมภาษณ์ อาจนำไปสู่การศึกษาระยะยาวถึงการขาดงานเนื่องจากสภาวะช่องปาก โดย Reisine (1985) ได้พบว่า ร้อยละ 95 ของการขาดงานจากการศึกษาเกิดจากการ ไปพบทันตแพทย์เพื่อรับการป้องกัน และรักษา แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาทางหลักสถิติแล้วการวัดทางสังคมโดยการวัดจากวันที่ขาดงานนั้นเป็นตัวชี้วัดที่ดีที่จะสะท้อนผลกระทบของโรคในช่องปากต่อคุณภาพชีวิตได้

2. การประเมินสุขภาพช่องปากโดยรวมด้วยตนเอง (Global Self-rating of OHRQoL) เป็นการรับรู้ภายในใจ (An intuitively appealing) เป็นวิธีการที่ให้ประเมินสุขภาพช่องปากโดยรวมของตัวเอง ด้วยการถามว่า "ท่านประเมินระดับสุขภาพฟัน เหงือกและช่องปากของท่านว่าเป็นอย่างไร" ให้คะแนน เป็น ระดับตั้งแต่ระดับ ดีเยี่ยม ถึงแย่มาก โดยวิธีนี้จะได้ค่าที่มีความหลากหลายมาก ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละคน ไม่สามารถบอกข้อจำกัดที่เกิดจากปัญหาในช่องปากได้ แต่สามารถบอกเป็นภาพรวมของประสบการณ์ ซึ่งมีทั้งที่เป็นการตอบสนองเชิงบวก (ตอบดีเลิศ) และที่เป็นผลกระทบจากช่องปากเชิงลบ สำหรับวิธีนี้การตั้งคำถามควรตั้งเป็นคำถามเดี่ยวและมีรูปแบบที่ง่ายเพื่อไม่ให้เกิดความสับสนแก่ผู้ตอบ

3. การประเมินโดยใช้ แบบประเมินหลายข้อคำถาม (Multiple-item Questionnaires of OHRQOL) เป็นวิธีประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ในหลายมิติโดยการถามด้วยคำถามที่เฉพาะเจาะจงหลายข้อ อาจถามเรื่องหน้าที่ อากาการปวดและความไม่สะดวกสบาย หรือประเมินเกี่ยวกับ การให้ภาพลักษณ์ของตนเอง (Self-image) และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม(Social interaction) การถามด้วยวิธีนี้ จะมีความหลากหลายทางสถิติ (Statistical variation) มากกว่าการประเมินด้วยคำถามข้อเดียว และสามารถเข้าใจง่ายขึ้นเนื่องจากมีการเพิ่มข้อคำถามซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลเพิ่มมากขึ้น โดยคำถามที่เพิ่มขึ้นนั้นต้องไม่มีความซ้ำซ้อน กำกวม และต้องมีความเที่ยงตรง

2.5.3 การวัดผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทย (OHIP-14 Thai)

การศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก มีเครื่องมือวัดคุณภาพที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางทั่วไปเป็นสากล และถูกนำมาใช้ในหลายช่วงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้ถูกนำมาใช้ประเมินว่าปัญหาทางทันตสุขภาพช่องปาก รวมถึงการมีฟันเทียมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก คือ แบบประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปาก (the oral health impact profile : OHIP-14) ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นโดย Shade ในปี ค.ศ. 1997 (สัมภาษณ์ ชาตติอลงกรณ์, 2017)

แบบประเมิน OHIP ถูกพัฒนาเพื่อใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีจุดประสงค์เพื่อสร้างแบบประเมิน วัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่มีระบบ ด้วยการรวบรวมปัญหาสุขภาพช่องปากให้ได้มากที่สุด ดังนั้นแบบประเมิน OHIP ต้นฉบับจึงมี 49 ข้อ เรียกว่า OHIP-49 งานวิจัยบางอย่างมีข้อจำกัดในการ เก็บข้อมูล หรืออยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถใช้แบบประเมิน OHIP-49 ได้ทั้งหมด 49 ข้อ ดังนั้นจึง เป็นที่มาของการพัฒนาแบบประเมิน short-form OHIP ซึ่งลดจำนวนข้อคำถามจาก 49 ข้อ เป็น 14 ข้อ เรียกว่า OHIP-14 โดยยังคงคุณสมบัติแบบสอบถามเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพ อันได้แก่ มีแนวคิด เกี่ยวกับสุขภาพที่หลากหลาย มีคุณสมบัติ ทั้งความเที่ยง ความตรง ความแม่นยำอยู่ในเกณฑ์ดี และ เป็นแบบสอบถามที่เรียบง่ายใช้ง่าย เข้าใจง่าย แบบประเมิน OHIP-14 ประกอบด้วยคำถาม 7 มิติ 14 ข้อ ได้แก่ ความจำกัดในการทำหน้าที่ 2 ข้อ, ความเจ็บปวดทางกายภาพ 2 ข้อ, ความรู้สึกไม่สบาย ทางจิตใจ 2 ข้อ, ความบกพร่องทางกายภาพ 2 ข้อ, ความบกพร่องทางจิตใจ 2 ข้อ, ความบกพร่อง ทางสังคม 2 ข้อ และความด้อยโอกาส 2 ข้อวิธีการคิดคะแนนของแบบประเมิน OHIP-14 คิดเป็น ความรุนแรง หรือ OHIP severity โดยนับจากผลรวมของคะแนนทั้ง 14 ข้อ มีวิธีการคิดคะแนน โดยดู จากมาตรวัดความถี่ของปัญหา ซึ่งวัดเป็น Likert scale มีแบบ 5 อันดับ (0-4) ดังนั้นคะแนนรวม 14 ข้อ จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 56

2.6 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมของบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับการติดต่อ สัมพันธ์กับบุคคลหรือกลุ่มบุคคล มีผลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ

2.6.1 ประเภทแรงสนับสนุนทางสังคม

House (1981) ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1.การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการให้ความพอใจ การยอมรับ นับถือ ความไว้วางใจ ความรักและความผูกพันต่อกัน

2.การสนับสนุนในการให้การประเมินผล (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลย้อน กลับ การรับรอง และการเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นในสังคม ซึ่งทำให้เกิดความมั่นใจ

3.การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้คำแนะนำให้ คำปรึกษา การให้ข้อเท็จจริง เพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหา

4.การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Instrumental Support) เป็นการ ช่วยเหลือด้านแรงงาน เงิน และบริการที่จำเป็น

Cobb (1979) ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการสนับสนุนด้านการยอมรับนับถือ การให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่และความผูกพันซึ่งกันและกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นการสนับสนุนที่ย้ำให้รู้ว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่า เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น

3. การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support) เป็นการสนับสนุนที่บอกให้ทราบว่า บุคคลนั้นเป็นสมาชิก หรือส่วนหนึ่งของสังคมและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของในสังคมของตน

Schaecfer (2004) ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคม เป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการให้การช่วยเหลือทางด้าน อารมณ์ ได้แก่ การให้ความสำคัญการให้ความมั่นใจ ความรู้สึกที่สามารถพึ่งพาและไว้วางใจ ซึ่งทำบุคคลรู้สึกว่าได้ได้รับความรักหรือความเอาใจใส่

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้ ให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรม และภาคปฏิบัติของบุคคล

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible Support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในค่านต่าง ๆ เช่น การเงิน สิ่งของ แรงงาน หรือการให้บริการ

Weiss (1974) ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมไว้เป็น 6 รูปแบบ ซึ่งได้รับการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งทั้งหมดรูปแบบนั้น เป็นสิ่งที่บุคคลต้องการเพื่อหลีกเลี่ยงความโดดเดี่ยว ดังนี้

1. ความใกล้ชิด (Attachment) ทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีคนรักและเอาใจใส่

2. การมีส่วนร่วมในสังคม (Social integration) จากการเข้าร่วมกิจกรรม ทางสังคมทำให้บุคคลไม่รู้สึกแยกจากสังคม

3. การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตน (Reassurance of worth) เป็นการได้รับการยอมรับทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง

4. การได้รับโอกาสในการดูแลผู้อื่น (Opportunity for nurturance) เป็นการที่ได้รับความรักจากผู้อื่นรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น

5. ความเชื่อมั่นในมิตรภาพ (A sense of reliable alliance) หมายถึง การสนับสนุนทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง

6. การได้รับการชี้แนะ (The obtaining guidance) เป็นการช่วยเหลือเมื่ออยู่ ภายใต้วความเครียดทางอารมณ์และจิตใจ

Khan (1979) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิด คือ

1. ความผูกพันด้านอารมณ์และความคิด (Affection) เป็นการแสดงออก ถึงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่งที่มีต่ออีกบุคคลหนึ่ง ในรูปแบบของความผูกพัน การยอมรับ หรือความรัก

2. การยอมรับกันและกัน (Affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับในความถูกต้อง ทั้งทางการกระทำและทางความคิดของบุคคลการให้ความช่วยเหลือ (Aid) เป็นการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ที่มีต่อบุคคลอื่น

2.6.2 การวัดแรงสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำราและงานวิจัยต่าง ๆ พบว่า มีเครื่องมือวัดสำหรับวัดการ สนับสนุนทางสังคมอย่างหลากหลาย ดังนี้

Lubben Social Network Scale (LSNS) เป็นเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมโดย Lubben and Gironde ซึ่งวัดการปลีกห่างจากสังคม โดยวัดผลจากการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน โดยมุ่งเน้นที่ผู้สูงอายุเป็นหลัก ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 คำถาม 6 ข้อคำถาม (ในแบบวัดฉบับย่อ) และ 18 คำถาม (ในแบบวัดฉบับขยาย)

Medical Outcomes Study (MOS) Social support survey instrument. สร้างโดย Sherbourne & Stewart ซึ่งใช้วัดการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านอารมณ์และข้อมูลข่าวสารด้านข่าวของเครื่องใช้ ด้านเกี่ยวกับความรัก และด้านปฏิสัมพันธ์ทางบวกกับสังคม กับผลลัพธ์ทางการแพทย์ซึ่งแบบสอบถามนี้นิยมใช้กับกับผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื้อรัง ประกอบด้วยคำถาม 19 ข้อ

ENRICH Social Support Inventory (ESSI) โดย Vaglio et al. (2004) ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านอารมณ์ ด้านวัตถุประสงค์ ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านการประเมิน ซึ่งเดิมใช้สำหรับวัดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยที่ผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจ ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ

Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) โดย Zimet et al. (1988) ใช้สำหรับวัดการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และคนที่มีความสำคัญอื่น ๆ กับตน เป็นแบบสอบถามที่ใช้สำหรับวัดกับผู้ใหญ่ทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ

แนวคิดของ Schaefer (2004) ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน ใช้วัดแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ด้านประกอบด้วย (1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (2) การสนับสนุนด้านแรงงานสิ่งของเงินทอง และบริการ (3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเป็นแบบสอบถามที่ใช้สำหรับวัดกับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ

ดังนั้นในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม (MSPSS) ของ Zimet et al. (1988) และแนวคิดของ Schaefer (2004) มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจาก

แบบสอบถามดังกล่าว สามารถใช้วัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม จากกลุ่มที่ส่งผลกับตัวบุคคลเป็น
อย่างมากซึ่งคือ ครอบครัว เพื่อน และคนที่มีความสำคัญอื่นกับตนของกลุ่มตัวอย่างได้ดี

2.7. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชน ชาติพันธุ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติ
สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ โดยแบ่งออกเป็น ปัจจัยส่วนบุคคล สภาวะสุขภาพช่องปาก พฤติกรรม
สุขภาพช่องปาก แรงสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล อายุและลักษณะครอบครัว เพศ ผู้ดูแล สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพ
ชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านได้ และเพศ จากการศึกษาของ An et al. (2022) ได้ศึกษาผลกระทบ
สุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของ พบว่า เพศหญิงได้รับผลกระทบจากโรคในช่องปากมากกว่า
ผู้ชายในทุกด้านของ OHIP

สภาวะสุขภาพช่องปาก ปัจจัยสภาวะสุขภาพช่องปาก ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติ
สุขภาพช่องปากคือ ความต้องการใส่ฟันเทียม และจำนวนคู่สบฟันหลัง (พัชรี เรืองงาม, 2564) การ
สูญเสียฟันมีความสัมพันธ์กับผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (กาญจนา
หนูแก้ว และบงกช เหลืองศรีสง่า, 2563) การสูญเสียฟันมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตในมิติ
สุขภาพช่องปาก ตำแหน่งและการกระจายของฟันที่ สูญเสีย มีความสำคัญมากกว่าจำนวนซี่ ฟัน
คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากต่ำลงตามจำนวนฟันที่ลดลงเช่น การสูญเสียฟันหน้า สัมพันธ์กับ
ความไม่พอใจด้านความสวยงามการสูญเสียฟันหลัง สัมพันธ์กับความยากลำบากในการรับประทานอาหาร
ทั้งประเภทและปริมาณสารอาหารที่ได้รับ จำนวนฟันที่เหลืออยู่กับสภาวะปริทันต์ (Peters et
al., 2018) สุขภาพช่องปากและผลกระทบของโรคในช่องปาก สภาวะช่องปากที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับ
การเสื่อมสภาพของคุณภาพชีวิตที่เกิดจากการทำงานและผลกระทบทางสังคม (Naorungroj &
Naorungroj, 2015) แต่การศึกษาของ กรรณชนก สมชาย และคณะ (2560) พบว่า ความสัมพันธ์
ระหว่างจำนวนซี่ฟัน จำนวนฟันคู่สบกับคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากพบว่า มี
ความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีความสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก จากการศึกษาพฤติกรรมการเคี้ยวหมากนั้น พบว่าในกลุ่มผู้
ที่เคี้ยวหมาก มีจำนวนร้อยละ 32.50 ที่ปัจจัยเสี่ยงนี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (กิตติคุณ บัวบาน,
2560) การไม่สูบบุหรี่ให้ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคปริทันต์และการสูญเสียฟัน ส่งผลให้มีคุณภาพ
ชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากดีหรือได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพช่องปากน้อย (กรรณชนก สมชาย

และคณะ, 2022) ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการ ศึกษาของ Kotzer et al. (2012) และคณะ ที่พบว่าประมาณ 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุชาวแคนาดาได้รับผลกระทบจากปัญหา สุขภาพช่องปาก ปัจจัยด้านระยะเวลาการเสพติดสูรา มีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05 (ชุมพล ชมะโชต, 2561) ปัญหาสุขภาพช่องปากเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยรวมของผู้สูงอายุ ทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ และการเข้าสังคม ในด้านสุขภาพกายนั้น สุขภาพช่องปากมีความสำคัญต่อการบริโภคเคี้ยวอาหาร จำนวนฟันที่เหลืออยู่ในช่องปากจะส่งผลกระทบต่อ โดยตรงต่อความอยากรับประทานและการบดเคี้ยว พบว่าความเจ็บปวดจากฟันผุหรือโรคเหงือกมี ความสัมพันธ์ต่อการเคี้ยวอาหารซึ่งส่งผลต่อภาวะโภชนาการและสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุ

แรงสนับสนุนทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุครอบครัวถือเป็นแรงสนับสนุน ทางสังคมหน่วยแรกและสำคัญที่จะช่วยตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ (พยาม กันดี และคณะ, 2559) การเห็นคุณค่าในตนเอง สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านได้ การ เห็นคุณค่าตนเองกับการมีสถานะทันตสุขภาพดีของผู้สูงอายุสัมพันธ์กันเชิงบวก (Suwit, 2021) รวม ไปถึงแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (จามจรี แซ่หลู่ และคณะ, 2564) แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถยกระดับศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ (พยาม กันดี และคณะ, 2559) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์และ สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และสามารถยกระดับศักยภาพและคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุได้ (พยาม กันดี และคณะ, 2016) เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับความ ช่วยเหลือด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินพฤติกรรม และด้านอารมณ์ และสังคม ส่งผลให้บุคคลเกิดการรับรู้ว่าตนได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า และการ ยอมรับ ส่งผลทางบวกต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจ ทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่มา คุกคามชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ใน มิติสุขภาพช่องปาก โดยผลการศึกษาในผู้สูงอายุทั่วไป พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล อายุและลักษณะ ครอบครัว เพศ ผู้ดูแล สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านได้ ปัจจัยสภาวะ สุขภาพช่องปากที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากคือ ความต้องการใส่ฟันเทียม และจำนวนคู่สบฟันหลัง (พัชรี เรืองงาม, 2561) การสูญเสียฟันมีความสัมพันธ์กับผลกระทบของ สุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (กาญจนา หนูแก้ว และบงกช เหลืองศรีสง่า, 2563) การ สูญเสียฟันมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ตำแหน่งและการกระจายของ ฟันที่สูญเสีย มีความสำคัญมากกว่าจำนวนซี่ฟัน คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากต่ำลงตามจำนวน ฟันที่ลดลงเช่น การสูญเสียฟันหน้า สัมพันธ์กับความไม่พอใจด้านความสวยงามการสูญเสียฟันหลัง สัมพันธ์กับความยากลำบากในการรับประทาน ทั้งประเภทและปริมาณสารอาหารที่ได้รับ

จำนวนฟันที่เหลือน้อยอยู่กับสภาวะปริทันต์ (Peters et al., 2018) โรคปริทันต์กับคุณภาพชีวิต เช่น เหงือกบวมแดงที่เหงือก เหงือกกรัน ฟันโยกคลิ่นปากมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต เช่น ความยากลำบากในการเคี้ยว การรับประทานอาหาร ผลกระทบต่อสภาพจิตใจ เช่น ความกังวล ความรู้สึกหดหู่และกระทบกระเทือนต่อกิจกรรมตามปกติในชีวิตประจำวัน การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อแรงสนับสนุนทางสังคมมุ่งเน้นไปที่จิตใจและต้องใส่ใจในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุครอบครัวถือเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมหน่วยแรกและสำคัญที่จะช่วยตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ (พยาม กันดี และคณะ, 2562)รวมไปถึงแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (จามจุรี แซ่หลู่ และคณะ, 2564) แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถยกระดับศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

จึงเป็นที่มาของความสนใจของผู้วิจัยที่ต้องการจะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปาก โดยคณะผู้วิจัยมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมและการเห็นคุณค่าในตัวเอง เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์จีนและเป็นการวางแผนรับมือกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอนาคต



บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ ในเขตอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสภาวะช่องปาก คุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ ในเขตอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย มีรายละเอียดระเบียบวิธีวิจัย ดังต่อไปนี้

3.1 รูปแบบในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยรูปแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ ในเขตอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

3.2 พื้นที่ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในพื้นที่อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

3.3 ระยะเวลาในการวิจัย

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ระยะเวลา 6 เดือน โดยทำการศึกษาในกลุ่มกลุ่มผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีชื่ออาศัยอยู่ในอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

3.4 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป อาศัยในพื้นที่อำเภอพาน โดยอิงจากจำนวนประชากรที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง จำนวนทั้งสิ้น 1,510 คน

3.5 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษานี้ คือ กลุ่มผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป อาศัยในพื้นที่อำเภอพาน โดยอิงจากจำนวนประชากรที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง จำนวนทั้งสิ้น 353 คน

3.5.1 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ในระหว่างช่วง มกราคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2567 จำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดตารางสำเร็จรูปของ Krejcie และ Morgan (1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ซึ่งจะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 353 คน โดยมีวิธีการคำนวณ ดังนี้

$$n = \frac{\chi^2 N p (1-p)}{e^2 (N-1) + \chi^2 p (1-p)}$$

โดยที่ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (p = 0.5)

χ = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($\chi^2 = 3.841$)

แทนค่าจากสูตร

$$n = \frac{(3.841)(1510)(0.5)(0.5)}{0.05^2(1509) + 3.841 * 0.5(0.5)}$$

$$n = \frac{1449.9775}{3.7725 + 0.96025}$$

$$n = \frac{1449.9775}{4.73275}$$

$$n = 306.37$$

$$n \approx 307$$

ผู้วิจัยทำการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงมีกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 355 คน

3.5.2 เกณฑ์การคัดเลือกเข้าคัดออก

เกณฑ์คัดเข้า

1. อายุ 60 ปีขึ้นไป
2. สม่ครใจเข้าร่วมการวิจัย
3. เป็นผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่ในอำเภอพาน มากกว่า 1 ปีขึ้นไป
4. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
5. เป็นผู้ที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีภาวะติดบ้าน ติดเตียง หรือปัญหาสุขภาพจิต

เกณฑ์คัดออก

1. ผู้ที่เข้าร่วมวิจัยขาดการติดต่อในระหว่างการการศึกษา
2. ผู้ที่เข้าร่วมเสียชีวิตหรือย้ายออกจากพื้นที่ในระหว่างการการศึกษา

3.5.3 การสุ่มตัวอย่างวิจัย

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้น (Multistage Sampling) มีวิธีการสุ่ม ตัวอย่างเป็นไปตามลำดับ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) แบ่งประชากรออกเป็นกลุ่มย่อย ตามลักษณะของกลุ่มตำบลที่อยู่อาศัยในอำเภอพานออกเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ ตำบลป่าหุ่ง ตำบลสันกลาง ตำบลแม่เย็น ตำบลทรายขาว ตำบลทานตะวัน และตำบลสันมะเค็ด ดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 จำนวนการสุ่มตัวอย่างประชากร

ตำบล	ประชากร	ร้อยละ	กลุ่มเป้าหมาย
ป่าหุ่ง	487	32.25	114
สันกลาง	231	15.30	54
แม่เย็น	158	10.46	37
ทรายขาว	283	18.74	66
ทานตะวัน	159	10.53	38
สันมะเค็ด	192	12.72	46
รวม	1510	100	355

ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ทำการคัดเลือกตัวอย่างจากรายชื่อประชากรผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ ในอำเภอใช้ตารางเลขสุ่มโดยมีเลขกำกับหน่วยรายชื่อทั้งหมดของประชากร

3.6 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในการวิจัยครั้งนี้เป็นการใช้แบบสอบถาม โดยมีข้อคำถาม ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทย (OHIP-14 Thai) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมและแบบบันทึกการตรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก รายละเอียดเครื่องมือแบบสอบถาม แบ่งเป็นดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ ชนชาติพันธุ์ รายได้ครัวเรือน ระดับการศึกษา มีผู้ดูแล/ครอบครัว โรคประจำตัว ศาสนา สิทธิการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทย (OHIP-14 Thai) ประกอบด้วย 7 มิติ มิติละ 2 ข้อ

1. ความจำกัดในการทำหน้าที่ (function limitation)
2. ความเจ็บปวดทางกายภาพ (physical pain)
3. ความรู้สึกไม่สบายทางจิตใจ (psychological discomfort)
4. การสูญเสียความสามารถทางกายภาพ (physical disability)
5. การสูญเสียความสามารถทางจิตใจ (psychological disability)
6. การสูญเสียความสามารถทางสังคม (social disability)
7. ความด้อยโอกาสทางสังคม (handicap)

จำนวนทั้งหมด 14 ข้อ เป็นคำถามลักษณะมาตราส่วนความถี่ของปัญหา (Rating Scale) 4 ระดับ ที่เกิดขึ้นโดยให้กำหนดเกณฑ์ดังนี้

ไม่เคย	=	0
แทบจะไม่เคย	=	1
เป็นบางครั้ง	=	2
ค่อนข้างบ่อย	=	3
บ่อยครั้ง	=	4

คะแนนรวมในแต่ละบุคคลจะอยู่ในช่วง 0-56 คะแนน คะแนนจาก OHIP-14 Thai สูงกว่า แสดงถึงผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มที่ได้คะแนนต่ำกว่าการศึกษา

ทดสอบความคงที่ภายในของแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากฉบับภาษาไทย(OHIP-14 Thai) ได้ผลค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.7 ขึ้นไปในระดับคะแนนรวมและในแต่ละมิติ (สัมภาษณ์ ชชาติองกรณ์, 2560)

แนวทางการแปลผลที่โดย Slade ในปี ค.ศ. 2005 ตาม OHIP Prevalence คือ จำนวนหรือร้อยละของผู้ที่มีการให้ข้อมูลในข้อคำถามหนึ่งข้อหรือมากกว่า ว่ามีความถี่ในการเกิดของเหตุการณ์นั้นๆ ในระดับ ค่อนข้างบ่อย (คะแนน 3) หรือ บ่อยครั้ง (คะแนน 4) แปลผลได้ว่ามีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ตีความได้ว่าคุณภาพชีวิตไม่ดี

ส่วนที่ 3 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแรงสนับสนุนจากเพื่อน โดยจำแนกรายด้าน (อรรถพร ผาเจริญ, 2565) ได้แก่ การสนับสนุนด้านกำลังใจ คำแนะนำ ความรู้ การช่วยเหลือดูแล และแรงกระตุ้นในการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 5 ข้อเป็นแบบสอบถาม มี 3 ตัวเลือก กำหนดเกณฑ์ดังนี้

ได้รับเป็นประจำ = 3

ได้รับบางครั้ง = 2

ไม่เคยได้รับ = 1

$$\begin{aligned} \text{แรงสนับสนุนทางสังคม} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนขั้นที่ต้องการจัดจำแนก}} \\ &= \frac{15 - 5}{3} \\ &= 3.33 \end{aligned}$$

เกณฑ์การแปลความหมาย เพื่อจัดระดับคะแนนเฉลี่ย ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการวิเคราะห์ตามแนวคิดของ เบสท์ (Best, 1977)

ระดับมาก มีค่าคะแนน 12 – 15 คะแนน

ระดับปานกลาง มีค่าคะแนน 8 – 11 คะแนน

ระดับน้อย มีค่าคะแนน 5 – 7 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ซึ่งจะประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ คือ จำนวนครั้งการแปรงฟันต่อวัน การใช้ยาสีฟัน การเข้ารับบริการทางทันตกรรม การสูบบุหรี่หรือการดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการเคี้ยวหมาก

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกการตรวจสภาวะสุขภาพช่องปากด้วยแบบสำรวจของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยผู้ตรวจที่เป็นทันตแพทย์หรือทันตภิบาลที่ได้รับการอบรมและปรับมาตรฐานการตรวจสภาวะช่องปาก โดยการฝึกอบรมด้วยหลักสูตรตามคู่มือการปรับมาตรฐานของสำนักทันตสาธารณสุข ประกอบด้วย

1. จำนวนฟันแท้ที่เหลือในช่องปาก ใช้เกณฑ์ตามการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 72 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ จำนวนฟันแท่น้อยกว่า 20 ซี่ และ จำนวนฟันแท่มากกว่าหรือเท่ากับ 20 ซี่
2. สภาวะปริทันต์ ใช้ดัชนีการวัดสภาวะปริทันต์ (Community Periodontal Index: CPI) ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ในการแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ การมีร่องลึกปริทันต์ (CPI = 3 หรือ 4) และไม่มีร่องลึกปริทันต์ (CPI = 1 หรือ 2)
3. จำนวนคู่สบฟันหลัง ใช้เกณฑ์ตามการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 72 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ คู่สบฟันหลังน้อยกว่า 4 คู่ และคู่สบฟันหลังตั้งแต่ 4 คู่ขึ้นไป
4. การใส่ฟันเทียม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ใส่ฟันเทียมและไม่ใส่ฟันเทียม

3.7 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเสนอโครงร่าง วิทยานิพนธ์ และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เพื่อประเมินความเสี่ยงในการวิจัยต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยงานวิจัยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เมื่อวันที่ 9 เมษายน 2568 รหัสโครงการวิจัย EC 25013-18 ผู้วิจัยจะพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัยในวันเก็บข้อมูล โดยการแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนให้ กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ให้ข้อมูลทราบ อธิบายการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยที่ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างเป็นสำคัญ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวจากการศึกษานี้ได้ทุกเมื่อ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บไว้เป็นความลับโดยที่ไม่ต้องใส่ชื่อและนามสกุลจริงแต่ใช้รหัสแทนแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้ในซองกระดาษอย่างมิดชิดในส่วนที่บันทึก ในคอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊กใช้เฉพาะส่วนตัวซึ่งมีรหัสในการเข้าถึงข้อมูลและจะทำลายข้อมูลหลังจากการวิจัยสำเร็จการศึกษาและผลการวิจัยการเผยแพร่แล้วหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยประการใดผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถาม และตอบได้รับข้อสงสัยได้ตลอดระยะเวลา การวิจัยในส่วนของ การเสนอข้อมูลในรายงานการวิจัย ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีการระบุถึงผู้ตอบแบบสัมภาษณ์คนใดคนหนึ่งเป็นการเฉพาะเจาะจงและนำผลที่ได้มาใช้ประโยชน์ทาง

การศึกษาเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากนั้นจึงดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน

3.8 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาวิจัยได้นำแบบประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทย (OHIP-14 Thai) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางทั่วไปเป็นสากล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้ถูกนำมาใช้ประเมินว่าปัญหาทางทันตสุขภาพช่องปาก รวมถึงการมีฟันเทียมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก คือ แบบประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปาก (the oral health impact profile : OHIP.-14) ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นโดย Shade ในปี ค.ศ.1997 (สัมภาษณ์ ซาติอลงกรณ์, 2560) โดยมีการตรวจสอบประสิทธิภาพความสม่ำเสมอภายใน (Internal Consistency Reliability) พบว่า แบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความเที่ยงในระดับดี โดยมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.7

แบบบันทึกการตรวจสภาวะสุขภาพช่องปากนี้เป็น แบบมาตรฐานที่ผ่านการพัฒนาและรับรองโดยผู้เชี่ยวชาญกรมอนามัย ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบของสภาวะช่องปากตามเกณฑ์สากล ได้แก่ แนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO Oral Health Survey Methods, 2013) การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ด้านทันตสาธารณสุขและการตรวจประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากพบว่า แบบบันทึกมีความครอบคลุมของเนื้อหาเหมาะสมครบทุกด้านสอดคล้องกับนิยามและเกณฑ์การตรวจสุขภาพช่องปากตามมาตรฐานมีความชัดเจน เข้าใจง่าย และสามารถใช้ในการงานภาคสนามได้ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.93

โดยมีการปรับมาตรฐานตรวจสอบความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ตรวจ (inter-examiner reliability) ก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกันจำนวน 2 คน แบบบันทึกการตรวจสภาวะสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุทำโดยใช้ โคมไฟสนาม เอ็กซ์พลอเรอร์ และกระจกส่องปาก บันทึกข้อมูลตามแบบตรวจมาเปรียบเทียบกัน แล้วนำไปวิเคราะห์หาความน่าเชื่อถือ (reliability) โดยการใช้การทดสอบ Wilcoxon signed rank tests ค่าที่ได้ค่า 0.07 แสดงว่า การตรวจสภาวะระหว่างผู้ตรวจคนที่ 1 และ 2 ไม่มีความแตกต่างกัน

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือภายในผู้ตรวจ (intra-examiner reliability) โดยการสุ่มตรวจผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างซ้ำ ร้อยละ 10 โดยทำซ้ำในกลุ่มตัวอย่างที่มีลำดับที่ลงท้ายด้วยเลข 0 นำผลการตรวจไปวิเคราะห์หาความน่าเชื่อถือ (reliability) โดยการใช้การทดสอบ Wilcoxon signed rank

tests ได้ค่าที่ได้ 0.05 แสดงว่าการตรวจสุขภาพช่องปากกลุ่มตัวอย่างครั้งแรกและครั้งที่ 2 ไม่มีความแตกต่างกัน

3.9 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.9.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่ของแต่ละตำบลในเขตอำเภอพาน มีการขอความอนุเคราะห์ให้ทันตภิบาลของโรงพยาบาลพานและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอพานที่รับผิดชอบในแต่ละพื้นที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งก่อนการเก็บข้อมูลจริง มีการอบรมปรับมาตรฐานการตรวจสภาวะช่องปากให้กับทันตภิบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลจริง

3.9.2 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยรับทราบและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย อธิบายรูปแบบวิธีวิจัย วัตถุประสงค์งานวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยโดยมีการชี้แจงและเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

3.9.3 ผู้วิจัยและทีมผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลสอบถามข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง และผู้ดำเนินการตรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้เข้าร่วมการวิจัย

3.9.4 ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูล และรวบรวม สังเคราะห์ ข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล และแปลผลข้อมูลทางสถิติ

3.9.5 วิเคราะห์ทางสถิติ และแปลผลข้อมูล เพื่อทดสอบสมมติฐานของการวิจัย

3.10 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.10.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ส่วนบุคคล คือ เพศ ชนชาติพันธุ์ รายได้ครัวเรือน ระดับการศึกษา เคยประวัติการรักษาทางทันตกรรมใน 6 เดือนที่ผ่านมา มีผู้ดูแล/ครอบครัว ผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิต การสนับสนุนทางสังคม สภาวะสุขภาพช่องปาก ในรูปแบบค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ความถี่ ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

3.10.2 ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม สภาวะสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ได้แก่ Chi-square, Fisher exact test และ Multiple Logistic Regression

3.11 จริยธรรมในการศึกษาวิจัย

ผู้ศึกษาวิจัยจะดำเนินการขออนุญาตทำการศึกษาวิจัยในมนุษย์โดยงานวิจัยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เมื่อวันที่ 9 เมษายน 2568 รหัสโครงการวิจัย EC 25013-18 โดยที่ผู้ศึกษาวิจัยได้คำนึงถึงจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์กับผู้ให้ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยมีการติดต่อและขอความอนุเคราะห์การให้ข้อมูลก่อนการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพจริง และรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับผู้เข้าร่วมการศึกษาวิจัยเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะ ในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัยการเปิดเผยข้อมูลของผู้เข้าร่วมการศึกษาวิจัยต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้าแล้วจะกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น



บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ได้เก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป อาศัยในพื้นที่อำเภอพาน จำนวน 355 คน เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ ในเขตอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย โดยใช้แบบสอบถามและแบบประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตจำนวนฉบับภาษาไทย (OHIP-14 Thai)

4.1 ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ในอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย รวมทั้งสิ้นจำนวน 355 พบว่า ร้อยละ 62.54 เป็นเพศหญิง นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 70.70 รองลงมาคือนับถือศาสนาคริสต์ คิดเป็นร้อยละ 29.30 อยู่ในระดับการศึกษาไม่ได้เรียนหรือเรียนไม่จบระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 67 เป็นผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มชาติพันธุ์ลื้อ จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 30.18 รองลงมาคือชาติพันธุ์ลีซู ร้อยละ 20.85 ชาติพันธุ์ลัวะ ร้อยละ 18.60 ชาติพันธุ์ลาหู่ ร้อยละ 16.85 ชาติพันธุ์อาข่า ร้อยละ 13.52 ตามลำดับ สิทธิการรักษาพยาบาลของพบว่า ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 83.66 เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 56.90 รองลงมาคือ มีโรคประจำตัว ร้อยละ 39.15 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 61.42 และพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 74.64 และร้อยละ 25.46 ไม่มีผู้ดูแล ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ (n = 355)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ทั้งหมด	355	100
เพศ		
หญิง	222	62.54
ชาย	133	37.46
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน และประถมศึกษา	238	67.00

ตาราง 4.1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา (ต่อ)		
สูงกว่าประถมศึกษา	117	33.00
ชนชาติพันธุ์		
อาข่า	48	13.52
ลัวะ	66	18.60
ลีซู	74	20.85
ลื้อ	107	30.18
ลาหู่	60	16.85
ศาสนา		
พุทธ	251	70.70
คริสต์	104	29.30
สิทธิการรักษา		
สิทธิ 30 บาท	297	83.66
สิทธิข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ	17	4.78
สิทธิประกันสังคม/กองทุนทดแทน	14	3.94
ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน	10	2.81
ไม่มี/ไม่ทราบ	17	4.78
รายได้ต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	42	11.83
รายได้ <5,000 บาท	218	61.42
รายได้ 5,001 – 15,000 บาท	82	23.09
รายได้ 15,001 ขึ้นไป	13	3.66
โรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว	139	39.15
ไม่มีโรคประจำตัว	202	56.90
ไม่ทราบ	14	3.94

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ผู้ดูแล		
มีผู้ดูแล	265	74.64
ไม่มีผู้ดูแล	90	25.46

4.2 พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการแปรงฟันวันละ 2 ครั้งขึ้นไปร้อยละ 54.08 และแปรงฟันน้อยกว่า 2 ครั้งต่อวันร้อยละ 45.63 ส่วนใหญ่ใช้ยาสีฟันชนิดผสมฟลูออไรด์ ร้อยละ 70.70 รองลงมาใช้ยาสีฟันสมุนไพร ร้อยละ 25.92 และไม่ทราบชนิดของยาสีฟันอีกร้อยละ 3.66 ตามลำดับ และส่วนใหญ่ร้อยละ 87 ไม่ได้ใช้อุปกรณ์เสริมช่วยทำความสะอาดช่องปากเพิ่มเติม เช่น ไหมขัดฟันหรือแปรงซอกฟัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 80.85 และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 56.91 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคี้ยวหมาก ร้อยละ 92.39 และมีเพียงร้อยละ 7.61 ที่เคยเคี้ยวหรือยังเคี้ยวอยู่ในปัจจุบัน และร้อยละ 45.07 เคยได้เข้ารับบริการทางทันตกรรมในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนการแปรงฟันต่อวัน		
< วันละ 2 ครั้งต่อวัน	162	45.63
≥ วันละ 2 ครั้งต่อวัน	192	54.08
ชนิดของยาสีฟัน		
สมุนไพร	92	25.92
ผสมฟลูออไรด์	251	70.70
ไม่ทราบ	13	3.66
ใช้อุปกรณ์เสริมทำความสะอาดช่องปาก		
ไม่ใช่	309	87.00
ใช่	46	13.00

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
สูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	287	80.85
เคยสูบหรือยังสูบอยู่จนถึงปัจจุบัน	68	19.15
ดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่เคยดื่ม	202	56.91
เคยดื่มหรือยังดื่มอยู่จนถึงปัจจุบัน	153	43.19
เคี้ยวหมาก		
ไม่เคี้ยว	328	92.39
เคยเคี้ยวหรือยังเคี้ยวอยู่จนถึงปัจจุบัน	27	7.61
เข้ารับบริการทางทันตกรรมในรอบ 6 เดือน		
ไม่เคย	195	54.93
เคย	160	45.07

4.3 สภาวะช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์

จากการตรวจสอบสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ พบว่า สภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ มีจำนวนซี่ฟันในช่องปากเฉลี่ย 22.99 ซี่ (S.D = 7.34) โดยผู้ที่มีจำนวนซี่ฟันน้อยที่สุด คือ 0 ซี่ต่อคน และผู้ที่มีจำนวนซี่ฟันมากที่สุด คือ 32 ซี่ต่อคนและพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีจำนวนฟันในช่องปากมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ซี่ ร้อยละ 74.65 และผู้ที่มีจำนวนฟันในช่องปากน้อยกว่า 20 ซี่ร้อยละ 25.35 จำนวนคู่สบฟันหลังเฉลี่ย 4.05 คู่ (S.D = 2.55) โดยผู้ที่มีจำนวนคู่สบน้อยที่สุดคือไม่มีคู่สบและผู้ที่มีจำนวนคู่สบมากที่สุดคือ 10 คู่สบ และพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีจำนวนคู่สบมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คู่สบ ร้อยละ 56.90 และผู้ที่มีจำนวนคู่สบน้อยกว่า 4 คู่สบ ร้อยละ 43.10 พบว่าสภาวะปริทันต์ ไม่มีร่องลึกปริทันต์ ร้อยละ 50.14 และมีร่องลึกปริทันต์ ร้อยละ 49.86 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ใส่ฟันเทียม คิดเป็นร้อยละ 76.90 มีเพียงร้อยละ 23.10 ที่ใส่ฟันเทียม ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 สภาวะสุขภาพช่องปาก

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนซี่ฟัน		25.35
< 20 ซี่	90	
≥ 20 ซี่	265	74.65
(ค่าเฉลี่ย: 22.99, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน: 7.34, ค่าต่ำสุด: 0, ค่าสูงสุด: 32)		
จำนวนคู่สบฟันหลัง		
< 4 คู่สบ	153	43.10
≥ 4 คู่สบ	202	56.90
(ค่าเฉลี่ย: 4.05, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน: 2.55, ค่าต่ำสุด: 0, ค่าสูงสุด: 10)		
สภาวะปริทันต์		
มีร่องลึกปริทันต์ (CPI = 3 หรือ 4)	177	49.86
ไม่มีร่องลึกปริทันต์ (CPI = 1 หรือ 2)	178	50.14
การใส่ฟันเทียม		
ไม่ใส่ฟันเทียมถอดได้	273	76.90
ใส่ฟันเทียมถอดได้	82	23.10

4.4 แรงสนับสนุนทางสังคม

ระดับการสนับสนุนของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 49.30 ระดับการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมากร้อยละ 51.55 และระดับการสนับสนุนของสม.อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 52.96 และระดับการสนับสนุนของเพื่อนอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 52.39 ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม

ระดับแรงสนับสนุน	จำนวน	ร้อยละ
ครอบครัว		
ระดับมาก	156	43.94
ระดับปานกลาง	175	49.30

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ระดับแรงสนับสนุน	จำนวน	ร้อยละ
ครอบครัว (ต่อ)		
ระดับน้อย	24	6.76
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
ระดับมาก	183	51.55
ระดับปานกลาง	165	46.48
ระดับน้อย	7	1.97
อสม.		
ระดับมาก	132	37.18
ระดับปานกลาง	188	52.96
ระดับน้อย	35	9.86
เพื่อน		
ระดับมาก	76	21.41
ระดับปานกลาง	186	52.39
ระดับน้อย	93	26.20

4.5 ระดับผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากการประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ทั้งหมด 7 ชาติ ความจำกัดในการทำหน้าที่ (function limitation) ความเจ็บปวดทางกายภาพ (physical pain) ความรู้สึกไม่สบายทางจิตใจ (psychological discomfort) การสูญเสียความสามารถทางกายภาพ (physical disability) การสูญเสียความสามารถทางจิตใจ (psychological disability) การสูญเสียความสามารถทางสังคม (social disability) และความด้อยโอกาสทางสังคม (handicap) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิต ร้อยละ 83.66 แสดงถึงผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตดี และผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบของสุขภาพช่องปากคุณภาพชีวิต พบถึงร้อยละ 16.34 แสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ระดับผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิต

ผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (คุณภาพชีวิตไม่ดี)	58	16.34
ไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (คุณภาพชีวิตดี)	297	83.66
Mean (x) = 14.31, SD = 7.81, Min = 1, Max = 35		

4.6 การวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ ในอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

คุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปาก หมายถึง ผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อการใช้ชีวิตประจำวันของบุคคล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม โดยผลวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ ในอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย พบว่า เพศไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($p = 0.829$) ระดับการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.030$) ชนชาติพันธุ์ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.017$) ขณะที่ศาสนาไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($p = 0.345$) สิทธิการรักษาพบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($p = 0.02$) เช่นเดียวกับรายได้ต่อเดือนที่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) โดยผู้ที่มีรายได้ไม่น้อยกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน ผู้ที่มีโรคประจำตัวพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญและยังพบว่าการมีผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($p = 0.027$) ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 การวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ในระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์

ลักษณะทั่วไป	คุณภาพชีวิตไม่ดี (มีผลกระทบ)		คุณภาพชีวิตดี (ไม่มีผลกระทบ)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
	เพศ				
หญิง	37	63.79	185	62.29	
ชาย	21	36.21	112	37.71	

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	คุณภาพชีวิตไม่ดี (มีผลกระทบ)		คุณภาพชีวิตดี (ไม่มีผลกระทบ)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับการศึกษา					0.030*
ไม่ได้เรียน และประถมศึกษา	46	79.31	192	64.64	
สูงกว่าประถมศึกษา	12	20.68	105	35.35	
ชนชาติพันธุ์					<0.017*
อาข่า	2	3.44	46	15.48	
ลัวะ	12	20.68	54	18.18	
ลื้อ	12	20.68	62	20.87	
ลื้อ	15	25.86	92	30.97	
ลาหู่	17	29.31	43	14.47	
ศาสนา					0.345
พุทธ	44	75.86	207	69.69	
คริสต์	14	24.13	90	30.30	
สิทธิการรักษา					0.002*a
สิทธิ 30 บาท	55	94.82	242	81.48	
สิทธิข้าราชการ	0	0	17	5.72	
สิทธิประกันสังคม	3	5.17	11	3.70	
ประกันสุขภาพ	0	0	10	3.36	
ไม่มี/ไม่ทราบ	0	0	17	5.72	
รายได้ต่อเดือน					<0.001*
ไม่มีรายได้	8	13.79	34	11.44	
รายได้ <5,000 บาท	45	77.58	173	58.24	
รายได้ 5,001 – 15,000 บาท	4	6.89	78	26.26	
รายได้ 15,001 ขึ้นไป	1	1.72	12	4.0	
โรคประจำตัว					<0.001*
ไม่มีโรคประจำตัว	19	32.75	183	61.61	
มีโรคประจำตัว	37	63.79	102	34.34	

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	คุณภาพชีวิตไม่ดี (มีผลกระทบ)		คุณภาพชีวิตดี (ไม่มีผลกระทบ)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
	โรคประจำตัว (ต่อ)				
ไม่ทราบ	2	3.44	12	4.04	0.027*
ผู้ดูแล					
มีผู้ดูแล	50	86.20	215	72.39	
ไม่มีผู้ดูแล	8	13.79	82	27.60	

4.7 การวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ ในอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ พบว่า จำนวนครั้งในการแปรงฟันมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($p < 0.01$) โดยผู้สูงอายุที่แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง มีสัดส่วนของคุณภาพชีวิตที่ดีสูงกว่าร้อยละ 59.59 เมื่อเทียบกับผู้ที่แปรงฟันน้อยกว่า 2 ครั้งต่อวัน ในส่วนของชนิดยาสีฟัน แม้จะไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.085$) แต่พบ ว่าในกลุ่มที่ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์มีสัดส่วนผู้ที่มีคุณภาพชีวิตดีสูงกว่า ร้อยละ 71.71 การใช้อุปกรณ์เสริมทำความสะอาดช่องปากไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($p = 0.879$) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดี การดื่มแอลกอฮอล์การเคี้ยวและหมากพบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) โดยกลุ่มที่ไม่เคยเคี้ยวหมากมีสัดส่วนคุณภาพชีวิตดีสูงกว่ากลุ่มที่เคยหรือยังคงเคี้ยวหมากอยู่ ในด้านการเข้ารับบริการทางทันตกรรม พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดี ($p = 0.011$) โดยผู้ที่ไม่เคยเข้ารับบริการทันตกรรมภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา มีสัดส่วนคุณภาพชีวิตดีมากกว่า ร้อยละ 57.91 เมื่อเทียบกับผู้ที่เคยเข้ารับบริการ ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 การวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ ในอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

ลักษณะทั่วไป	คุณภาพชีวิตไม่ดี		คุณภาพชีวิตดี		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนการแปรงฟันต่อวัน	43	74.13	120	40.4	<0.001*
< วันละ 2 ครั้งต่อวัน					
≥ วันละ 2 ครั้งต่อวัน	15	25.86	177	59.59	
ชนิดของยาสีฟัน					0.085
สมุนไพร	15	25.86	76	25.58	
ผสมฟลูออไรด์	38	65.51	213	71.71	
ไม่ทราบ	5	8.62	8	2.69	
จำนวนการแปรงฟันต่อวัน	43	74.13	120	40.4	<0.001*
< วันละ 2 ครั้งต่อวัน					
≥ วันละ 2 ครั้งต่อวัน	15	25.86	177	59.59	
การใช้อุปกรณ์เสริมช่วยทำความสะอาดช่องปาก					0.879
ไม่ใช้	51	87.93	259	87.21	
ใช้	7	12.06	38	12.79	
การสูบบุหรี่					0.257
ไม่เคยสูบ	50	86.20	237	79.79	
เคยสูบหรือยังสูบบุหรี่อยู่	8	13.79	60	20.20	
การดื่มแอลกอฮอล์					0.009*
ไม่เคยดื่ม	42	72.41	160	53.87	
เคยดื่มหรือยังดื่มอยู่	58	27.58	137	46.12	
การเคี้ยวหมาก					<0.02*a
ไม่เคยเคี้ยว	48	82.75	280	94.27	
เคยเคี้ยวหรือยังเคี้ยวอยู่	10	17.24	17	5.72	

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	คุณภาพชีวิตไม่ดี		คุณภาพชีวิตดี		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การเข้ารับบริการทางทันตกรรมในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา					0.011*
ไม่เคย	23	39.65	172	57.91	
เคย	35	60.34	125	42.08	

4.8 การวิเคราะห์สภาวะช่องปากที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ ในอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

จากการวิเคราะห์สภาวะช่องปากที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ พบว่า จำนวนซี่ฟันที่เหลืออยู่ในช่องปากและการใส่ฟันเทียม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ โดยผู้สูงอายุที่มีจำนวนซี่ฟันตั้งแต่ 20 ซี่ขึ้นไป มีสัดส่วนของผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีสูงกว่าอย่างชัดเจน ร้อยละ 77.4 เมื่อเทียบกับผู้ที่มีซี่ฟันน้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 22.6 โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การใส่ฟันเทียม พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ใส่ฟันเทียม มีสัดส่วนของผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีสูงกว่า ร้อยละ 79.5 เมื่อเทียบกับผู้ที่ใส่ฟันเทียม ร้อยละ 20.5 ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 การวิเคราะห์สภาวะช่องปากที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ ในอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

ลักษณะทั่วไป	คุณภาพชีวิตไม่ดี		คุณภาพชีวิตดี		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนซี่ฟัน					0.006*
< 20 ซี่	23	39.65	67	22.55	
≥ 20 ซี่	35	60.34	230	77.44	
จำนวนคู่สบฟันหลัง					0.246
< 4 คู่สบ	29	50.00	124	41.75	
≥ 4 คู่สบ	29	50.00	173	58.24	

ตาราง 4.8 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	คุณภาพชีวิตไม่ดี		คุณภาพชีวิตดี		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สภาวะปริทันต์					0.792
การมีร่องลึกปริทันต์	28	48.27	149	50.16	
ไม่มีร่องลึกปริทันต์	30	51.72	148	49.83	
การใส่ฟันเทียม					0.010*
ไม่ใส่ฟันเทียม	37	63.79	236	79.46	
ใส่ฟันเทียม	21	36.20	61	20.53	

หมายเหตุ * = Significant a = Fisher exact test

4.9 การวิเคราะห์แรงสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ ในอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

จากการวิเคราะห์ระดับการสนับสนุนทางสังคมที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาติพันธุ์ พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเพื่อน มีความเกี่ยวข้องกับระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับน้อย มีสัดส่วนของผู้ที่มีคุณภาพชีวิตไม่ดีมากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระดับสูง โดยความแตกต่างมี นัยสำคัญทางสถิติ $p = 0.01$ ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับมาก มีสัดส่วนของผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนระดับน้อย โดยพบความแตกต่างอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ $p = 0.05$ แม้กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนระดับมากมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตดีมากกว่า แต่ผลการวิเคราะห์ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p = 0.19$ จึงสรุปได้ว่า การสนับสนุนจาก อสม. อาจยังไม่ใช่ปัจจัยหลักที่กำหนดคุณภาพชีวิตในประชากรกลุ่มนี้ และพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนในระดับปานกลางและมาก มีสัดส่วนของผู้ที่มีคุณภาพชีวิตดีสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนระดับน้อยอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ $p = 0.03$

ตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 การวิเคราะห์แรงสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ ในอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

ลักษณะทั่วไป	คุณภาพชีวิตไม่ดี		คุณภาพชีวิตดี		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	จำนวน	
ครอบครัว					0.014*
ระดับน้อย	9	15.51	15	5.05	
ระดับปานกลาง	27	46.55	148	49.83	
ระดับมาก	22	37.93	134	45.11	
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข					0.054*
ระดับน้อย	3	5.17	4	1.34	
ระดับปานกลาง	21	36.20	144	48.48	
ระดับมาก	34	58.62	149	50.16	
ระดับการสนับสนุนของอสม.					0.199
ระดับน้อย	9	15.51	26	8.75	
ระดับปานกลาง	26	44.82	162	54.54	
ระดับมาก	23	39.65	109	36.70	
เพื่อน					0.003*
ระดับมาก	23	39.65	70	23.56	
ระดับปานกลาง	31	53.44	155	52.18	
ระดับน้อย	4	6.89	72	24.24	

4.10 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ ได้แก่ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับสูงกว่าประถมศึกษามีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่า 2.09 เท่า (95% CI= 1.06-4.13) ของผู้ป่วยที่ไม่ได้เรียนและประถมศึกษา ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีรายได้ 5,001 – 15,000 มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี 4.58 เท่า (95% CI = 1.29-16.27) เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ ชชาติพันธุ์ลัวะและลาหู่มีโอกาสมีคุณภาพชีวิตดีน้อยกว่ากลุ่มอาฮาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยชาติพันธุ์ลัวะโอกาสมีคุณภาพชีวิตดีน้อยกว่า 0.19 เท่า (95% CI = 0.04 -

0.09) ของชาติพันธุ์อาซา ส่วนชนชาติพันธุ์ล่าหู่มีโอกาสมีคุณภาพชีวิตที่น้อยกว่า 0.11 เท่า (95% CI = 0.24-0.50) ของชาติพันธุ์อาซา ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลมีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่า 2.38 เท่า (95% CI= 1.08-5.24) ของผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัวประมาณ 3.49 เท่า (95%CI = 1.91-6.39) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่แปรงฟันอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่ากลุ่มที่แปรงฟัน น้อยกว่า 2 ครั้งต่อวัน 4.22 เท่า (95% CI = 2.24-7.95) ผู้ที่ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า เคยดื่มหรือดื่มอยู่ในปัจจุบัน 2.25 เท่า (95% CI = 1.21-4.17) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผู้ที่เคยการเคี้ยวหมากโอกาสมีคุณภาพชีวิตที่น้อยกว่า 0.19 เท่า (95% CI = 0.12-0.67) ของผู้ที่ไม่เคยการเคี้ยวหมาก ผู้ที่ไม่เคยเข้ารับบริการทางทันตกรรมในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาโอกาสมีคุณภาพชีวิตที่น้อยกว่า 0.48 เท่า (95% CI = 0.26-0.84) ของกลุ่มที่เคยเข้ารับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่ใส่ฟันเทียมมีโอกาสมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง 0.45 เท่าของผู้ที่ไม่ใส่ฟันเทียม (95%CI = 0.24-0.83) ผู้ที่มีแรงสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางและระดับมาก มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตช่องปากที่ดีมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ระดับปานกลาง มีโอกาสมีคุณภาพชีวิตช่องปากที่ดีมากกว่ากลุ่มที่มีแรงสนับสนุนระดับน้อย 3.66 เท่า (95%CI = 1.42-9.36) ขณะที่ผู้ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ระดับมาก มีโอกาสมีคุณภาพชีวิตช่องปากที่ดีมากกว่ากลุ่มที่มีแรงสนับสนุนระดับน้อย 3.29 เท่า (95%CI = 1.30-8.27) ผู้ที่มีแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากมีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนน้อย 5.14 เท่า (95% CI = 1.07-24.60) ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนในระดับปานกลางมีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนในระดับน้อย 5.91 เท่า (95% CI = 1.94-17.97)

หลังจากนั้นได้นำปัจจัยที่สัมพันธ์ดังกล่าววิเคราะห์ทำนายปัจจัยที่ส่งผลการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกเชิงพหุ พบว่าหลังจากควบคุมอิทธิพลของตัวแปรทั้งหมด พบว่า ผู้ที่ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า เคยดื่มหรือดื่มอยู่ในปัจจุบัน 3.82 เท่า (95% CI = 1.20-12.15) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผู้ที่เคยการเคี้ยวหมากโอกาสมีคุณภาพชีวิตที่น้อยกว่า 0.25 เท่า(95% CI = 0.86-0.77) ของผู้ที่ไม่เคยการเคี้ยวหมาก ผู้ที่ไม่เคยเข้ารับบริการทางทันตกรรมในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาโอกาสมีคุณภาพชีวิตที่น้อยกว่า 0.27 เท่า (95% CI = 0.11-0.71) ของกลุ่มที่เคยเข้ารับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่มีแรงสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางและระดับมาก มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตช่องปากที่ดีกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ระดับปานกลาง มีโอกาสมีคุณภาพชีวิตช่องปากที่ดีกว่ากลุ่มที่มีแรงสนับสนุนระดับน้อย 3.07 เท่า (95%CI = 0.78-12.05) ขณะที่ผู้ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ระดับมาก มีโอกาสมีคุณภาพชีวิตช่องปากที่

มากกว่ากลุ่มที่มีแรงสนับสนุนระดับน้อย 3.608 เท่า (95%CI = 1.13-11.46) ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนในระดับปานกลางมีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนในระดับน้อย 6.51 เท่า (95% CI = 1.34-31.51) และผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนในระดับมากมีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนในระดับน้อย 3.52 เท่า (95% CI = 1.36-9.32) ดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์

ปัจจัย	OR	95%CI	p-value	ORadj	95%CI	p-value
เพศ						
หญิง	1					
ชาย	0.93	0.52-1.68	0.829			
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียนและประถม	1					
สูงกว่าประถมศึกษา	2.09	1.06-4.13	0.030*			
ชนชาติพันธุ์						
อาข่า	1					
ลัวะ	0.19	0.04-0.09	0.039*			
ลีซู	0.22	0.04-1.05	0.058			
ลื้อ	0.26	0.05-1.21	0.088			
ล่าหู่	0.11	0.24-0.50	0.004*			
ศาสนา						
พุทธ	1					
คริสต์	1.36	0.71-2.61	0.345			
รายได้ต่อเดือน						
ไม่มีรายได้	1					
รายได้ <5,000 บาท	0.90	0.39-2.08	0.814			
รายได้ 5,001 – 15000	4.58	1.29-16.27	0.018*			
รายได้ 15,001 ขึ้นไป	2.82	0.31-24.99	0.351			

ตาราง 4.10 (ต่อ)

ปัจจัย	OR	95%CI	p-value	ORadj	95%CI	p-value
โรคประจำตัว						
ไม่มีโรคประจำตัว	1					
มีโรคประจำตัว	3.49	1.91-6.39	<0.001*			
ไม่ทราบ	2.17	0.46-10.18	0.323			
ผู้ดูแล						
ไม่มี	1					
มี	2.38	1.08-5.24	0.031*			
จำนวนการแปร่งฟันต่อวัน						
< วันละ 2 ครั้งต่อวัน	1					
≥ วันละ 2 ครั้งต่อวัน	4.22	2.24-7.95	<0.001*			
ชนิดของยาสีฟัน						
สמןไพร	1					
ผสมฟลูออไรด์	1.106	0.57-2.12	0.762			
ไม่ทราบ	0.35	0.09-1.09	0.070			
การใช้อุปกรณ์เสริมช่วยทำความสะอาดช่องปาก						
ไม่ใช้	1					
ใช้	1.70	0.45-2.52	0.879			
การสูบบุหรี่						
เคยสูบบุหรี่หรือยังสูบบุหรี่อยู่	1					
ไม่เคยสูบบุหรี่	1.58	0.71-3.51	0.260			
การดื่มแอลกอฮอล์						
เคยดื่มหรือยังดื่มอยู่	1					
ไม่เคยดื่ม	2.25	1.21-4.17	0.010*	2.26	1.30-4.98	0.042*
การเคี้ยวหมาก						
เคยหรือยังเคี้ยวอยู่	1					
ไม่เคี้ยว	0.29	0.12-0.67	0.004*	0.25	0.86-0.77	0.015*

ตารางที่ 4.10 (ต่อ)

ปัจจัย	OR	95%CI	p-value	ORadj	95%CI	p-value
รับบริการทางทันตกรรม						
ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา						
เคย	1					
ไม่เคย	0.48	0.26-0.84	0.012*	0.276	0.11-0.71	0.007*
จำนวนซี่ฟัน						
< 20 ซี่	1					
≥ 20 ซี่	2.25	1.24-4.07	0.007*			
จำนวนคู่สบฟันหลัง						
< 4 คู่สบ	1					
≥ 4 คู่สบ	1.39	0.79-2.45	0.247			
สภาวะปริทันต์						
การมีร่องลึกปริทันต์	1					
ไม่มีร่องลึกปริทันต์	0.92	0.52-1.62	0.792			
การใส่ฟันเทียม						
ไม่ใส่ฟันเทียมถอดได้	1					
ใส่ฟันเทียมถอดได้	0.45	0.24-0.83	0.011*			
แรงสนับสนุนครอบครีว						
ระดับน้อย	1					
ระดับปานกลาง	3.65	1.42-9.36	0.007*	3.075	0.78-12.05	0.017*
ระดับมาก	3.28	1.30-8.27	0.011*	3.608	1.13-11.46	0.030*
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข						
ระดับน้อย	1					
ระดับปานกลาง	3.28	0.70-15.37	0.131			
ระดับมาก	5.14	1.07-24.60	0.040*			
อสม.						
ระดับน้อย	1					
ระดับปานกลาง	1.64	0.67-3.96	0.271			
ระดับมาก	2.16	0.91-5.11	0.081			

ตารางที่ 4.10 (ต่อ)

ปัจจัย	OR	95%CI	p-value	ORadj	95%CI	p-value
เพื่อน						
ระดับน้อย	1					
ระดับปานกลาง	5.91	1.95-17.98	0.002*	6.513	1.34-31.51	0.020*
ระดับมาก	1.64	0.89-3.02	0.110	3.528	1.36-9.32	0.010*



บทที่ 5

อภิปรายผล สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

5.1 อภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ ในเขตอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 355 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตแสดงถึงผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตดี ร้อยละ 83.66 และผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบของสุขภาพช่องปากคุณภาพชีวิตแสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ร้อยละ 16.34

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ดี พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล คือ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.03$) ชนชาติพันธุ์ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สิทธิการรักษาพบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($p = 0.02$) เช่นเดียวกับรายได้ต่อเดือนที่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) โดยผู้ที่มีรายได้ไม่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ผู้ที่มีโรคประจำตัวพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) และยังพบว่าการมีผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($p = 0.02$) ปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า จำนวนครั้งในการแปรงฟันและการเคี้ยวหมากมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($p < 0.01$) การเข้ารับบริการทางทันตกรรม พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดี ($p = 0.01$) ปัจจัยสภาวะช่องปากจำนวนซี่ฟันที่เหลืออยู่ในช่องปากและการใส่ฟันเทียม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเพื่อน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับน้อย มีสัดส่วนของผู้ที่มีคุณภาพชีวิตไม่ดีมากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระดับสูง โดยความแตกต่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับมาก มีสัดส่วนของผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนระดับน้อย ($p = 0.19$) และพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนในระดับปานกลางและมาก มีสัดส่วนของผู้ที่มีคุณภาพชีวิตดีสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.03$)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ ในเขตอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย โดยจากการวิเคราะห์หลายตัวแปร พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อมิติคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในกลุ่มชาติพันธุ์ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับสูงกว่าประถมศึกษาที่มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่า 2.09 เท่า (95% CI= 1.06-4.131) ของผู้ป่วยที่ไม่ได้เรียนและประถมศึกษา ให้ผลที่สอดคล้องว่าโดยศึกษาของ Tsakos et al. (2009) ที่ศึกษาผลกระทบของระดับการศึกษาต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุในลอนดอนพบว่าการศึกษาต่ำมีผลเชิงลบต่อคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีรายได้ 5,001 – 15,000 มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี 4.58 เท่า (95% CI = 1.29-16.27) เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ ให้ผลที่สอดคล้องว่าโดยศึกษาของ Furtado et al. (2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับรายได้และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากและสุขภาพทั่วไป พบว่ามีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก (OHRQoL) ในระดับเล็กน้อย ชาติพันธุ์ลัวะและลาหู่มีโอกาสมีคุณภาพชีวิตดีน้อยกว่ากลุ่มอาข่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยชาติพันธุ์ลัวะโอกาสมีคุณภาพชีวิตดีน้อยกว่า 0.19 เท่า (95% CI = 0.04-0.09) ของชาติพันธุ์อาข่า ส่วนชนชาติพันธุ์ลาหู่มีโอกาสมีคุณภาพชีวิตดีน้อยกว่า 0.11 เท่า (95% CI = 0.24-0.50) ของชาติพันธุ์อาข่า งานศึกษาในชุมชนกลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทยชี้ว่าปัจจัยเช่น ภาษา วัฒนธรรม และความเหลื่อมล้ำทางบริการสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมและการรับรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ดังนั้นค่าที่ต่างกันระหว่างกลุ่มชาติพันธุ์อาจสะท้อนความแตกต่างด้านบริบทมากกว่าเพียงลักษณะทางชีวภาพ. ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่าผู้ที่ไม่มียโรคประจำตัวประมาณ 3.49 เท่า (95% CI = 1.91–6.391) ซึ่งสอดคล้องกับ Le et al. (2014) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านสุขภาพทั่วไปและสุขภาพช่องปากที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตนิญเกีย เมืองเกิ่นเทอ ประเทศเวียดนาม พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่าผู้ที่มีโรคประจำตัว 2.18 เท่า (p = 0.04, CI 95% 0.94–5.04) ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลมีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่า 2.384 เท่า (95% CI= 1.08-5.24) ของผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่าผู้ที่ไม่มียโรคประจำตัวประมาณ 3.49 เท่า (95% CI = 1.91–6.391 การมีผู้ดูแลยังช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย (2563) ที่ชี้ว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลมักได้รับคำแนะนำและความช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพช่องปากมากกว่า แต่ในขณะที่เพศไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (p = 0.829) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Amarasena et al. (2003) ได้ศึกษาผลกระทบสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของ พบว่า เพศหญิงได้รับผลกระทบจากโรคในช่องปากมากกว่าผู้ชายในทุกด้านของ OHIP และศาสนาไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (p = 0.34) สอดคล้องกับงานศึกษาของ Barbosa et al. (2020) ที่พบว่าศาสนาไม่ได้ ผลกระทบของสภาพสุขภาพช่องปาก ชัดแย้งกับ

การศึกษาของ กู้เกียรติ ก้อนแก้วและคณะ (2563) ที่พบว่าผู้สูงอายุทำกิจกรรมทางศาสนา อายุ ลักษณะทางครอบครัว ร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจสะท้อนถึงวิถีชีวิตที่เน้นการดูแลสุขภาพกายและใจตามหลักศาสนา เช่น การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง และการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน และในขณะที่เพศและระดับการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ Naorungroj and Naorungroj (2015) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้และสิทธิการรักษาพยาบาลที่มั่นคง มีแนวโน้มมีสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า เนื่องจากสามารถเข้าถึงบริการทันตกรรมได้ง่ายกว่า นอกจากนี้ในส่วนของศาสนา พบว่าผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธมีคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากสูงกว่า ซึ่งอาจสะท้อนถึงวิถีชีวิตที่เน้นการดูแลสุขภาพกายและใจตามหลักศาสนา เช่น การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง และการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน (กู้เกียรติ ก้อนแก้วและคณะ, 2563)

พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ซึ่งพบว่า ผู้ที่แปรงฟันอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่ากลุ่มที่แปรงฟัน น้อยกว่า 2 ครั้งต่อวัน 4.23 เท่า (95% CI = 2.248–7.953) ผู้สูงอายุที่แปรงฟันน้อยกว่า 2 ครั้งต่อวัน มีคุณภาพชีวิตด้อยอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัย Zucoloto et al. (2016) ที่รายงานว่าความถี่การแปรงฟันเป็นตัวทำนายสำคัญของคุณภาพชีวิตด้านช่องปาก โดยพบว่าผู้สูงอายุที่แปรงฟันน้อยกว่า 2 ครั้งต่อวัน มีคุณภาพชีวิตแย่กว่าอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาของ Petersen and Yamamoto (2005) ระบุว่า พฤติกรรมการทำความสะอาดฟันเป็นปัจจัยป้องกันหลักของโรคปริทันต์และฟันผุในผู้สูงอายุ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น เนื่องจากการแปรงฟันช่วยลดการสะสมของคราบพลัคและการอักเสบของเหงือก ผู้ที่ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า เคยดื่มหรือดื่มอยู่ในปัจจุบัน 2.25 เท่า (95% CI = 1.21–4.17) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 สอดคล้องกับงานศึกษาของ Reid et al. (2019) พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อโรคปริทันต์และการสูญเสียฟัน ซึ่งทำให้คุณภาพชีวิตลดลง และงานศึกษาของ Slade (1997) ระบุว่าพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มและการสูบบุหรี่ ส่งผลต่อมิติ physical pain และ psychological discomfort ของ OHIP-14 เช่นเดียวกับงานศึกษาของ McGrath and Bedi (2002) พบผู้ดื่มสุรามีคะแนนคุณภาพชีวิตแย่ง โดยเฉพาะในมิติ pain & functional limitation ผู้ที่เคยการเคี้ยวหมากโอกาสมีคุณภาพชีวิตดีน้อยกว่า 0.19 เท่า (95% CI = 0.12–0.67) ของผู้ที่ไม่เคยการเคี้ยวหมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติคุณ บัวบาน (2559) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ พบว่าในกลุ่มผู้ที่เคี้ยวหมากส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และงานศึกษาของ Gupta and Warnakulasuriya (2002) รายงานการเคี้ยวหมากสัมพันธ์กับโรคช่องปากที่ก่อความเจ็บปวดและความยากลำบากในการเคี้ยว อันนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ต่ำลงและ Amarasena et al. (2003) พบว่า ผู้ที่เคี้ยวหมากมีการสูญเสียฟันและโรคเยื่อช่องปากสูง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตการเคี้ยวหมากยังสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่

ต่ำกว่า เนื่องจากส่งผลให้เกิดคราบฟัน ฟันสึก และโรคปริทันต์ (กรมอนามัย, 2565) ผู้ที่ไม่เคยเข้ารับบริการทางทันตกรรมในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาโอกาสมีคุณภาพชีวิตดีน้อยกว่า 0.48 เท่า (95% CI = 0.26–0.84) ของกลุ่มที่เคยเข้ารับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานศึกษาของ Gerritsen et al. (2010) พบว่าการใช้บริการทันตกรรมสม่ำเสมอลดปัญหาที่ส่งผลต่อความสามารถในการเคี้ยวและความสวยงาม เช่นเดียวกับและงานศึกษาของ Le et al. (2014) ระบุว่า การเข้ารับบริการเป็นปัจจัยสำคัญต่อการลดผลกระทบของโรคปริทันต์ต่อการทำงานประจำวัน Locker (2004) ชี้ว่า preventive dental visits มีผลป้องกันต่อปัญหาที่จะกระทบต่อคะแนน OHIP

ปัจจัยสภาวะสุขภาพช่องปากผลการศึกษพบว่า จำนวนฟันที่เหลืออยู่ในช่องปากและการใส่ฟันเทียม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปาก ในขณะที่จำนวนคู่สบฟันหลังไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งแสดงว่าการมีจำนวนฟันที่เพียงพอช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถบดเคี้ยวอาหารได้ดี มีความมั่นใจในการเข้าสังคม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม สอดคล้องกับงานของ Locker (2002) และ Slade (2012) ที่พบว่าจำนวนฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่เป็นตัวบ่งชี้สำคัญของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ โดยผู้ที่ใส่ฟันเทียมมีโอกาสมีคุณภาพชีวิตดีลดลง 0.45 เท่าของผู้ที่ไม่ใส่ฟันเทียม (95%CI = 0.24–0.83) สอดคล้องกับการศึกษา ของ Van der Meulen et al. (2011) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมถอดได้เต็มปาก มีคะแนน OHIP สูงกว่า หมายถึงคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ยังมีฟันธรรมชาติเหลืออยู่เนื่องจากปัญหา เช่น ความมั่นคงของฟันเทียม ความยากลำบากในการเคี้ยว ความรู้สึกไม่มั่นใจด้านสุนทรียภาพ และการศึกษาของ Gerritsen et al. (2010) ได้พบทวนงาน พบว่าผู้ที่ใส่ฟันเทียม โดยเฉพาะแบบถอดได้มีคุณภาพชีวิตด้านช่องปากต่ำกว่าผู้ที่ยังมีฟันธรรมชาติและสรุปว่าฟันธรรมชาติ คงสภาพการทำงานได้ดีกว่า จึงสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตดีกว่ามากสอดคล้องกับงานวิจัยจำนวนมากในต่างประเทศ ซึ่งชี้ว่าแม้ฟันเทียมจะช่วยทดแทนฟันที่สูญเสียไป แต่ก็ยังไม่สามารถทดแทนการทำงานของฟันธรรมชาติได้อย่างสมบูรณ์ ผู้ใช้มักพบปัญหา เช่น การเคี้ยวไม่สะดวก ความเจ็บหรือระคายเคือง ความไม่มั่นคง หรือปัญหาด้านความสวยงาม ส่งผลให้คะแนน OHIP-14 สูงขึ้น จึงสะท้อนคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ใส่ฟันเทียมและพบว่าสภาวะปริทันต์ไม่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษา Buset et al. (2016) ที่พบว่าสภาวะปริทันต์อักเสบเรื้อรังสัมพันธ์กับความเจ็บปวดและลดคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ

แรงงานสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางและระดับมาก มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตช่องปากที่ดีมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ระดับปานกลาง มีโอกาสมีคุณภาพชีวิตช่องปากดีมากกว่ากลุ่มที่มีแรงสนับสนุนระดับน้อย 3.66 เท่า (95%CI = 1.42–9.36) ขณะที่ผู้ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวระดับมาก มีโอกาสมีคุณภาพชีวิตช่องปากดีมากกว่ากลุ่มที่มีแรงสนับสนุนระดับน้อย 3.29 เท่า

(95%CI = 1.30–8.27) สอดคล้องกับงานศึกษาของ Cohen et al. (1985) ศึกษาในทฤษฎี Social support buffering model ทฤษฎีที่รองรับผลของครอบครัวและเพื่อแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยลดผลกระทบของความเครียดต่อสุขภาพ การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อแรงสนับสนุนทางสังคมมุ่งเน้นไปที่จิตใจและต้องใส่ใจในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุครอบครัวถือเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมหน่วยแรกและสำคัญที่จะช่วยตอบสนองความต้องการของ รวมไปถึงแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (จามจุรี แซ่หลู่ และคณะ, 2021) แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถยกระดับศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ (พยาม กันดี และคณะ, 2559)

ผู้ที่มีแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากมีโอกาสมิ่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนน้อย 5.14 เท่า (95% CI = 1.07–24.60) ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนในระดับปานกลางมีโอกาสมิ่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนในระดับน้อย 5.91 เท่า (95% CI = 1.94–17.97) การได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ช่วยส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูล การป้องกันโรค และบริการทางทันตกรรม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ แก้วใจ และคณะ (2565) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท ในขณะที่แรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญ อาจให้การสนับสนุนเชิงทั่วไปแต่ไม่มีทักษะเฉพาะทางในการดูแลสุขภาพช่องปาก จึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปาก

ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ได้รับอิทธิพลจากทั้งปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะพฤติกรรมการแปรงฟันและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง และมีระบบการสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็ง จึงเป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบท

5.2 สรุปผลการศึกษา

ผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ส่วนใหญ่ไม่ได้รับผลกระทบที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปาก แสดงให้เห็นถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของกลุ่มตัวอย่าง คือ การดื่มแอลกอฮอล์โดยผู้ที่ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ มีโอกาสมิ่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่เคยดื่มหรือดื่มอยู่ในปัจจุบันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผู้ที่เคยการเคี้ยวหมากโอกาสมีคุณภาพชีวิตดีน้อยกว่า 0.19 เท่าของผู้ที่ไม่เคยการเคี้ยวหมาก ผู้ที่ไม่เคยเข้ารับบริการทางทันตกรรมในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาโอกาสมีคุณภาพชีวิตดีน้อยกว่า 0.48 เท่าของกลุ่มที่เคยเข้ารับบริการอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางและระดับมาก มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตช่องปากที่ดีมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนในระดับปานกลางและสูงมีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนในระดับน้อย

จากผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ได้รับอิทธิพลจากหลายมิติร่วมกัน ทั้ง ปัจจัยส่วนบุคคล, พฤติกรรมสุขภาพ, สภาวะช่องปาก, รวมถึง แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดด้านสังคมพฤติกรรมสุขภาพที่มองว่าสุขภาพช่องปากไม่ใช่ผลลัพธ์ที่เกิดจากปัจจัยทางชีวภาพเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลรวมจากปัจจัยหลายชั้นที่ส่งผลซ้อนทับกัน ทั้งด้านลักษณะส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเอง สภาพแวดล้อมทางสังคม และการสนับสนุนจากเครือข่ายรอบตัว ทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันไปตามบริบทที่บุคคลอาศัยอยู่

5.3 ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้วัดได้เพียง ความสุขของสภาวะช่องปากและคุณภาพชีวิต ณ ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล การศึกษาแบบตัดขวางอาจประเมินในระยะเวลาสั้น เป็นการศึกษาเป็นแบบขวาง (cross-sectional) จึงไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุเป็นผล (causality) ได้ ดังนั้นควรมีการใช้ข้อมูลประเมินสุขภาพช่องปากในระบบสุขภาพเชิงลึกในการศึกษาต่อไป รวมไปถึงการวิจัยครั้งนี้ศึกษาเชิงภาคการศึกษาในเชิงทัศนคติและความเชื่อของแต่ละชาติพันธุ์ในจังหวัดเชียงราย ซึ่งแต่ละชาติพันธุ์นั้นมีวัฒนธรรมและความเชื่อที่แตกต่างกัน เช่น ภาษา วัฒนธรรม ความเหลื่อมล้ำทางบริการสุขภาพ พฤติกรรมและการรับรู้ด้านสุขภาพช่องปาก รวมไปถึงคุณภาพชีวิตในภาพรวมของแต่ละชาติพันธุ์

5.4 ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

การวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัยทั้งด้านส่วนบุคคล พฤติกรรม และสังคม การส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์จึงควรเป็นการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์แบบบูรณาการ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืนในระยะยาว

5.4.1 ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในชุมชนเพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมิมีโอกาสเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้กลุ่มเพื่อและครอบครัวได้มีส่วนร่วมสนับสนุน โดยผ่านการบูรณาการกับบริการสุขภาพอื่น ๆ เช่น จัดกิจกรรมผ่านทางชมรมผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมร่วมกับบริการเยี่ยมบ้านของหมอบริการครอบครัว เป็นต้น

5.4.2 ควรส่งเสริมให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทในการให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจแก่ผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างถูกวิธี เช่น การแปรงฟันที่ถูกต้อง การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ และการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันปัญหาฟันผุและโรคปริทันต์ในระยะยาว

5.4.3 พัฒนาระบบบริการสุขภาพหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดให้มีบริการตรวจสุขภาพช่องปากเชิงรุก (Mobile dental service) สำหรับผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ในพื้นที่ห่างไกล เพื่อลดข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทางทันตกรรม และควรบูรณาการการดูแลสุขภาพช่องปากร่วมกับการดูแลสุขภาพทั่วไป โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว

5.4.4 การพัฒนาชุมชนและแรงสนับสนุนทางสังคมควรส่งเสริมการสร้างเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Caregiver network) และให้การสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากครอบครัว เพื่อน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลด้านสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

5.5. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยในลักษณะการติดตามผลระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อศึกษาความเปลี่ยนแปลงของสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ในระยะเวลา 3-5 ปี รวมถึงการศึกษาปัจจัยเชิงลึกด้านวัฒนธรรม วิถีชีวิต ความเชื่อ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่สามารถนำไปพัฒนานโยบายด้านสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละกลุ่มชนชาติพันธุ์

รายการอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2560). *คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว กลุ่มดูแลผู้สูงอายุ (LTC)*.
 โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กรมอนามัย. (2565). *รายงานสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ พ.ศ. 2565*. สำนักทันตสาธารณสุข.
- กิตติคุณ บัวบาน. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ.
Journal of Gerontology and Geriatric Medicine, 16, 45–56.
- กรรณชนก สมชาย, สุพัตรา บุญคำ, บุปผา จันทร์เพ็ญ, และ โอบาร นามมนตรี. (2565). คุณภาพชีวิตใน
 มิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตตำบลห้วยเหนือ อำเภอชุนันท์ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสาร
 ทันตภิบาล*, 33(1), 14–27.
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *การสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก
 ผู้สูงอายุ*. กรมอนามัย.
- กาญจนา หนูแก้ว, และ บงกช เหลืองศรีสง่า. (2563). คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและพฤติกรรม
 ด้านทันตสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียฟันของผู้สูงอายุในเขตอำเภอกำแพงเพชร
 จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น*, 12(2), 77–93.
- กัญเกียรติ ก้อนแก้ว, ภาณุมาศ ทองเหลี่ยม, และ ศิริยากร ทรัพย์ประเสริฐ. (2562). ปัจจัยพยากรณ์
 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้าน อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารวิชาการ
 สาธารณสุข*, 28(5), 875–886.
- แก้วใจ มาลีลัย, จีราพร ไจมนต์, ภาณินี นครั้งสุ, อัญญาธู ปานเหล่า, ถนอมศักดิ์ บุญสุ, และนิลุบล ปานะ
 บุตร. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ตำบล
 สระสมิง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31(3), 437-446
- จามจุรี แซ่หลู่, ดาลีมา สำแดงสาร, และ ธมลวรรณ แก้วระจก. (2564). อิทธิพลของแรงสนับสนุนทาง
 สังคมและความรอบรู้ทางสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่ง
 ชนบท และสังคมชนบท อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัย
 พยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 8(1), 39–52.
- ชุมพล ชมะโชต. (2561). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุในผู้ป่วยเสพติดสุราที่เข้ารับ
 การบำบัด. *วารสารกรมการแพทย์*, 43(4), 62–68.

- พัชรี เรืองงาม. (2564). คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลพรานกระต่าย. *สวรรณสารวิชาการเวชสาร*, 18(2), 130–141.
- พยาม การดี, พรรณพิมล สุขวงษ์, และ ดาว เวียงคำ. (2559). การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบทภาคเหนือตอนบน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 24(1), 40–51.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564*. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- รัฐภัทร์ บุญมาทอง. (2563). การป้องกันการทกล้มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน : บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 26(1), 106–117.
- รวีวรรณ สุระเศรณีวงศ์. (2561). สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*, 14(2), 87–100.
- สัมภาษณ์ ชาติอลงกรณ์. (2560). คุณสมบัตินิติการวัดทางจิตวิทยาของแบบประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปากฉบับภาษาไทย (OHIP-14 Thai). *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 34(2), 158–170.
- สุเทียน แก้วมะคำ, และ อารีย์ แก้วมะคำ. (2561). คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้านในอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย. *Chiangrai Medical Journal*, 10(1), 69–80.
- อรณพร ผาเจริญ. (2565). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- Alemayehu, W., Hanna, Y., & Berhane, B. (2014). Oral health of young adolescents in Addis Ababa A community-based study. *Journal of Preventive Medicine*, 2(1), 1–6.
- Amarasena, N., Ekanayaka, A., Herath, L., & Miyazaki, H. (2003). Association between betel chewing, tooth loss and oral hygiene among older people in Sri Lanka. *Gerodontology*, 20(1), 1–6.
- An, R., Liu, J., Zhang, Y., You, C., & Zhou, Y. (2022). Oral health behaviors and oral health-related quality of life: A cross-sectional study. *BMC Oral Health*, 22, Article 410.
- Barbosa, L. C., Moimaz, S. A. S., Saliba, N. A., & Saliba, T. A. (2020). Impact of oral conditions on the quality of life of elderly caregivers and oral health practices. *ABCS Health Sciences*, 45, e020016.

- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice Hall.
- Buset, S. L., Walter, C., Friedmann, A., Weiger, R., Borgnakke, W. S., & Zitzmann, N. U. (2016). Are periodontal diseases silent: A systematic review on the impact of periodontal diseases on quality of life. *Journal of Clinical Periodontology*, *43*(4), 333–344.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, *38*(5), 300–314
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, *98*(2), 310–357.
- FDI World Dental Federation. (2016). A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *International Dental Journal*, 322-324.
- Furtado, M. D. S., da Costa Ribeiro, É., de Farias, M. M. A. G., de Moraes, M. E. L., Ferreira, A. A., & de Freitas, C. H. M. (2020). Impact of oral conditions on the quality of life of elderly caregivers and oral health practices. *International Journal of Development Research*, *10*(7), 37766–37771.
- Gerritsen, A. E., Allen, P. F., Witter, D. J., Bronkhorst, E. M., & Creugers, N. H. (2010). Tooth loss and oral health-related quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, *8*(1), Article 126.
- Gupta, P. C., & Warnakulasuriya, S. (2002). Global epidemiology of areca nut usage. *Addiction Biology*, *7*(1), 77–83.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
- Kahn, R. L. (1979). Aging and social support. In M. W. Riley (Ed.), *Aging from birth to death: Interdisciplinary perspectives* (pp. 77–91). Westview Press.
- Kotzer, R. D., Lawrence, H. P., Clovis, J. B., & Matthews, D. C. (2012). Oral health-related quality of life in an aging Canadian population. *Health and Quality of Life Outcomes*, *10*(1), 50

- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*(3), 607–610.
- Le, T. N., Bhuvapanich, V., & Viwatwongkasem, C. (2014). Health and oral health factors related to quality of life of the elders in Ninh Kieu district, Can Tho City, Vietnam. *Mahidol Dental Journal, 34*(3), 270–278.
- Locker, D. (1988). Measuring oral health: A conceptual framework. *Community Dental Health, 5*(1), 3–18.
- Locker, D. (2002). Measuring oral health: A conceptual framework. *Community Dental Health, 19*(3), 239–247.
- Locker, D. (2004). Oral health and quality of life. *Oral Health & Preventive Dentistry, 2*(Suppl. 1), 247–253.
- MacEntee, M. (2006). Quality of life and oral health: An emerging oral health concern. *Gerodontology, 23*(2), 59–66.
- Matear, D., Stephens, H., Lawrence, B., Payne, D., & Locker, D. (2008). Comparison of the GOHAI and OHIP-14 as measures of the oral health-related quality of life of the elderly. *Dentistry, Oral Surgery & Medicine, 2*(1), 1–6.
- McGrath, C., & Bedi, R. (2002). The association between dental anxiety and oral health-related quality of life in Britain. *Community Dentistry and Oral Epidemiology, 30*(2), 117–120.
- Nagarajappa, R., Naik, M., Abid, G., Ramesh, G., & Saxena, A. (2020). Assessing the effect of oral diseases on oral health related quality of life of institutionalized elderly using Oral Health Impact Profile (OHIP-14) questionnaire: A pilot study. *National Institute of Public Health, 69*(3), 349–353.
- Supawadee Naorungroj, & Thummaporn Naorungroj. (2015). Oral Health-Related Quality of Life in the Elderly: A Review and Future Challenges in Thailand. *Siriraj Med J, 248-253*.

- Peters, L. L., Raghoobar, G. M., Meijer, H. J. A., Vissink, A., Visser, A., & Hoeksema, A. R. (2018). Health and quality of life differ between community living older people with and without remaining teeth who recently received formal home care: A cross-sectional study. *Clinical Oral Investigations*, 22(7), 2615–2622.
- Petersen, P. E., & Yamamoto, T. (2005). Improving the oral health of older people: The approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33(2), 81–92.
- Piddennavar, R. (2013). Assessing impact of oral diseases on oral health related quality of life of institutionalized elderly using OHIP-14 in Bengaluru: A cross-sectional study. *Journal of Medical and Dental Sciences*, 6(6), 57–64.
- Pournaghi-Azar, F., Moosavi, M., Mohseni, N., Derakhshani, R., Kalajahi, A., & AzamiAghdash, S. (2017). Oral health and related quality of life in older people: A systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Public Health*, 46(5), 689–700.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381–406.
- Slade, G. D. (1997). Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dentistry & Oral Epidemiology*, 25(4), 284–290.
- Slade, G. D. (2012). Oral health-related quality of life: Measurement and implications. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 40(2), 81–90.
- Reisine, S. T. (1985). Dental health and public policy: The social impact of dental disease. *American Journal of Public Health*, 75(1), 27–30.
- Suwit, K. (2021). Self-esteem affecting dental health condition of the elderly in Thaptilek Sub-district, Muang District, Suphanburi Province. *Thai Dental Nurse Journal*, 27(2), 91–109.
- Takemasa, S. (1998). Factors affecting QOL of the home-bound elderly disabled. *Kobe Journal of Medical Science*, 44(3), 99–114.

- Tsakos, G., Steele, J. G., Marcenes, W., Walls, A. W. G., & Sheiham, A. (2009). Clinical correlates of oral health-related quality of life: Evidence from a national sample of British older people. *Gerodontology, 27*(4), 217–225.
- Vaglio, J., Jr., Conard, M., Poston, W. S., O'Keefe, J., Haddock, C. K., House, J., & Spertus, J. A. (2004). Psychometric properties of the ENRICH Social Support Inventory in patients with coronary heart disease. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation, 24*(3), 184–188.
- Van der Meulen, M. J., John, M. T., Naeije, M., & Lobbezoo, F. (2011). Oral health-related quality of life of people with complete dentures. *Journal of Oral Rehabilitation, 38*(3), 179–185.
- Weiss, R. S. (1974). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. MIT Press.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment, 52*(1), 30–41.
- Zucoloto, M. L., Maroco, J., & Campos, J. A. D. B. (2016). Oral health-related quality of life and associated factors in the elderly: A population-based cross-sectional study. *Ciência & Saúde Coletiva, 21*(11), 3467–3476

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองการวิจัยในมนุษย์



The Mae Fah Luang University Ethics Committee on Human Research
333 Moo 1, Thasud, Muang, Chiang Rai 57100
Tel: (053) 917-170 to 71 Fax: (053) 917-170 E-mail: rechuman@mflu.ac.th

หนังสือรับรองด้านจริยธรรมการวิจัย

COA: 62/2025

รหัสโครงการวิจัย: EC 25013-18

ชื่อโครงการวิจัย: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมีติสุขภาพช่องปากของ ผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ใน
เขตอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

ชื่อผู้วิจัยหลัก: นางสาวชกร อ่อนจิตร

สำนักวิชา: วิทยาศาสตร์สุขภาพ

ผู้สนับสนุนการวิจัย: ทุนส่วนตัว

การรับรอง :

- | | |
|---|----------------------------------|
| (1) โครงการวิจัย | ฉบับที่ 2 วันที่ 28 มีนาคม 2568 |
| (2) เอกสารข้อมูลและขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย | ฉบับที่ 2 วันที่ 28 มีนาคม 2568 |
| (3) แบบสอบถาม | ฉบับที่ 1 วันที่ 24 พฤษภาคม 2567 |
| (4) แบบโฆษณา | ฉบับที่ 2 วันที่ 28 มีนาคม 2568 |
| (5) ผู้วิจัย และผู้วิจัยร่วม | |

- นางสาวชกร อ่อนจิตร

- อาจารย์ ดร.สิรินันท์ สุวรรณภรณ์

- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรศรี อินทร์ชน

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ว่าสอดคล้องกับแนวทางจริยธรรมสากล ได้แก่ ปฏิญญาเฮลซิงกิ (Declaration
of Helsinki) รายงานเบลมอนต์ (Belmont Report) แนวทางจริยธรรมสากลสำหรับการวิจัยในมนุษย์ของสภา
องค์การสากลด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ (CIOMS) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยที่ดี (ICH-GCP)

วันที่รับรองด้านจริยธรรมของโครงการวิจัย: 9 เมษายน 2568

วันสิ้นสุดการรับรอง: 8 เมษายน 2569

ความถี่ของการส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย: 1 ปี

ลงนาม

(อาจารย์ นพ.จุลพงษ์ อจลพงศ์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ภาคผนวก ข

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

Version 1 Date 2/12/2024

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง จงทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ

1. ชาย 2. หญิง

2. ระดับการศึกษา

1. ไม่ได้เรียน และประถมศึกษา 2. สูงกว่าประถมศึกษา

3. ปัจจุบัน ท่านมีสวัสดิการสุขภาพอะไร

1. สิทธิ 30 บาท (บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า) 2. สิทธิข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ
 3. สิทธิประกันสังคม/กองทุนทดแทน 4. ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน
 5. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 6. สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง
 7. ไม่มี/ไม่ทราบ 8. อื่นๆ ระบุ.....

4. รายได้ต่อเดือน

1. ไม่มีรายได้ 2. รายได้ 1-5,000 บาท
 3. รายได้ 5,001 - 15,000 บาท 4. รายได้ 15,001 - 30,000 บาท
 5. รายได้ 30,001 - 50,000 บาท 6. รายได้ ตั้งแต่ 50,001 บาทขึ้นไป

5. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

1. มีโรคประจำตัว คือ.....
 2. ไม่มีโรคประจำตัว
 3. ไม่ทราบ

6. ปัจจุบัน นับถือศาสนาอะไร

1. พุทธ 2. คริสต์
 3. อิสลาม 4. ไม่นับถือศาสนา/อื่นๆ ระบุ.....

7. ท่านเป็นชนชาติพันธุ์อะไร

1. อาข่า 2. ลัวะ
 3. ลีซู 4. ลื้อ
 5. ลำหู่ 6. อื่นๆ ระบุ.....

8. ท่านมีผู้ดูแลหรือไม่

1. มีผู้ดูแล คือ 2. ไม่มีผู้ดูแล

THE MAE FAH LUANG UNIVERSITY
ETHICS COMMITTEE ON HUMAN RESEARCH

- 9 APR 2025

APPROVED

กธกร
04/12/๒๕

Version 1 Date 2/12/2024

ส่วนที่ 2 แบบประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตจำนวน ฉบับภาษาไทย (OHIP-14 Thai)

คำชี้แจง โปรดตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย ลงใน ที่ตรงกับตัวท่าน

7 มิติ	0=ไม่เคย	1=แทบจะไม่เคย	2=เป็นบางครั้ง	3=ค่อนข้างบ่อย	4=บ่อยครั้งมาก
1. มิติความจำกัดในการทำหน้าที่ (function limitation)					
1.1 การออกเสียงคำบางคำลำบาก					
1.2 รสชาติอาหารแย่งลง					
2. มิติความเจ็บปวดทางกายภาพ (physical pain)					
2.1 เคยเจ็บปวดในช่องปาก					
2.2 กินอาหารไม่สะดวก					
3. มิติการสูญเสียความสามารถทางสังคม (social disability)					
3.1 รู้สึกหงุดหงิดคนรอบข้าง					
3.2 ลำบากในการทำงานที่ทำเป็นประจำ					
4. มิติความรู้สึกไม่สบายทางจิตใจ (psychological discomfort)					
4.1 กังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง					
4.2 รู้สึกเครียด					
5. มิติการสูญเสียความสามารถทางกายภาพ (physical disability)					
5.1 ไม่พึงพอใจการกินอาหาร					
5.2 หยดกินในระหว่างมืออาหาร					
6. มิติการสูญเสียความสามารถทางจิตใจ (psychological disability)					
6.1 รู้สึกไม่ผ่อนคลาย					
6.2 รู้สึกอายเนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับฟัน					
7. มิติความด้อยโอกาสทางสังคม (handicap)					
7.1 รู้สึกว่าชีวิตโดยทั่วไปน่าพึงพอใจน้อยลง					
7.2 ไม่สามารถที่จะทำงานอะไรได้อย่างเต็มที่					

THE MAE FAH LUANG UNIVERSITY
ETHICS COMMITTEE ON HUMAN RESEARCH

- 9 APR 2025

APPROVED

นศค
04/12/25

Version 1 Date 2/12/2024

ตอนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ปฏิบัติ

1. ท่านแปรงฟันกี่ครั้งต่อวัน 1. น้อยกว่าวันละ 2 ครั้งต่อวัน
 2. เท่ากับหรือมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน
2. ท่านใช้ยาสีฟันชนิดใด 1.สมุนไพร
 2.ผสมฟลูออไรด์
 3.ไม่ทราบ
3. ท่านใช้อุปกรณ์เสริมที่ช่วยทำความสะอาดช่องปากหรือไม่ 1. ไม่ใช่
 2.ใช่ คือ.....
4. ท่านสูบบุหรี่ หรือยาเส้นหรือไม่ 1. ไม่เคยสูบ
 2. เคยสูบหรือยังสูบอยู่จนถึงปัจจุบัน
5. ท่านดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ 1. ไม่เคยดื่ม
 2. เคยดื่มหรือยังดื่มอยู่จนถึงปัจจุบัน
6. ท่านเคี้ยวหมากหรือไม่ 1. ไม่เคยเคี้ยวหมาก
 2. เคยเคี้ยวหมากหรือยังเคี้ยวจนถึงปัจจุบัน
7. ใน 6 เดือนที่ผ่านมาท่านได้เข้ารับการรักษาทางทันตกรรมหรือตรวจสุขภาพช่องปากกับทันตบุคลากร หรือไม่ 1. ไม่เคย
 2. เคย

THE MAE FAH LUANG UNIVERSITY
ETHICS COMMITTEE ON HUMAN RESEARCH

- 9 APR 2025

APPROVED

นศกร
04/12/24

Version 1 Date 2/12/2024

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกการตรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก สำหรับทันตบุคลากร



กรมอนามัย
DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH

ORAL HEALTH SURVEY FORM

The 8th National Oral Health Survey, Thailand 2017

Age 60-74

Date...../...../2560 Examiner Duplication Identification number --

GENERAL INFORMATION Age Gender Religion Location type

Capacity of old adults: (1 = Stable 2 = Declining 3 = Loss)

ORAL DRYNESS CONDITION

Symptom: เมื่อทานอาหารที่แห้ง จำต้องดื่มน้ำตามทันทีบ่อยครั้งเพื่อช่วยกลืนหรือไม่ Yes No
ทำนมีอาการลิ้นแห้งติดกับเพดานปากบ่อยครั้งจนรู้สึกได้หรือไม่ Yes No
ทำนู้สึกว่าในช่องปากแห้งหรือไม่ Yes No

Sign: Mouth mirror sticks to buccal mucosa or tongue Yes No

DENTITION STATUS AND TREATMENT NEED

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Crown																
Root																
Treatment																

	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Crown																
Root																
Treatment																

GINGIVAL BLEEDING SCORES (MODIFIED) AND POCKET SCORES (MODIFIED)

GINGIVAL BLEEDING SCORES

- 0 = Healthy
- 1 = Bleeding
- 2 = Calculus
- 5 = Calculus with bleeding
- 9 = Not recorded

POCKET SCORES

- 0 = Absence of condition
- 1 = Pocket 4-5 mm.
- 2 = Pocket 6 mm. or more
- 9 = Not recorded

	17/16	11	26/27	
B				B
P				P
B				B
P				P
	47/46	31	36/37	

PROSTHETIC STATUS

- 0 = No prosthesis
- 1 = Bridge
- 2 = More than one bridge
- 3 = Partial denture
- 4 = Both bridge(s) and partial denture(s)
- 5 = Full removable denture
- 6 = Coping with Complete denture
- 9 = Not recorded

PROSTHETIC NEED

- 0 = No prosthesis needed
- 1 = Need for one-unit prosthesis
- 2 = Need for multi-unit prosthesis
- 3 = Need for full prosthesis (replacement of all teeth)
- 4 = Need to repair denture
- 9 = Not recorded

Upper
Lower
Posterior occlusal pair
Right Left

ORAL LESIONS

Clinical condition

- Normal
- White lesion
- Red lesion
- Red & White lesion
- Ulceration
- Nodule / mass

Location

	V	C	L	S	B	F	T	P	G
White lesion									
Red lesion									
Red & White lesion									
Ulceration									
Nodule / mass									

Code for location

- V = Vermilion border
- C = Commissures
- L = Lips / vermillion
- S = Sulci / vestibule
- B = Buccal mucosa
- F = Floor of mouth
- T = Tongue
- P = Hard and / or soft palate
- G = Alveolar ridge

TOOTH WEAR

Occlusal: Number of teeth affected
Incisal: Number of teeth affected
Cervical area: Number of teeth affected

OTHER CONDITIONS

MAHACHULALONGKORNRAJAVIDYALAYA UNIVERSITY
ETHICS COMMITTEE ON HUMAN RESEARCH
- 9 APR 2025
APPROVED

nsnr
04/11/67

Version 1 Date 2/12/2024

ส่วนที่ 3 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย ลงใน ที่ตรงกับตัวท่าน

ข้อที่	แรงสนับสนุนทางสังคม	ระดับความเป็นจริง		
		ได้รับเป็นประจำ	ได้รับบางครั้ง	ไม่เคยได้รับ
1.	เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับกำลังใจจากแหล่งข้อมูลต่อไปนี้ ในระดับใด			
	1.1 บุคคลในครอบครัว			
	1.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
	1.3 อสม.			
	1.4 เพื่อน			
2.	เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับกำลังใจจากแหล่งข้อมูลต่อไปนี้ ในระดับใด			
	1.1 บุคคลในครอบครัว			
	1.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
	1.3 อสม.			
	1.4 เพื่อน			
3.	ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับวิธีการแปรงฟัน และการดูแลช่องปากอย่างถูกวิธี จากแหล่งข้อมูลต่อไปนี้ ในระดับใด			
	1.1 บุคคลในครอบครัว			
	1.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
	1.3 อสม.			
	1.4 เพื่อน			
4.	เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับการช่วยเหลือดูแล จากแหล่งข้อมูลต่อไปนี้ ในระดับใด			
	1.1 บุคคลในครอบครัว			
	1.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
	1.3 อสม.			
	1.4 เพื่อน			
5.	ท่านได้รับแรงกระตุ้น ในการดูแลสุขภาพช่องปากโดยการไปพบทันตบุคลากรเป็นประจำทุกปี จากแหล่งข้อมูลต่อไปนี้ ในระดับใด			
	1.1 บุคคลในครอบครัว			
	1.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
	1.3 อสม.			
	1.4 เพื่อน			

THE MAE FAH LUANG UNIVERSITY
ETHICS COMMITTEE ON HUMAN RESEARCH

- 9 APR 2025

APPROVED

นชกร
๐๔/๓๖/๖๗

ประวัติผู้ประพันธ์

ชื่อ	กชกร อ่อนจิตร
ประวัติการศึกษา	
2564	ปริญญาตรี สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
ประวัติการทำงาน	
2567 - ปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่
2566 – 2567	นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย
2564 - 2566	นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจริญเมือง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย