



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ
อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร



เทพฤทธิ์ ไตรพิน

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ
อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ
อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร"
ของ เทพฤทธิ์ ไตรพันธ์
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา-

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชณา ใจดี)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ สุดหนองบัว)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรรองกาญจน์ ชูทิพย์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร
ผู้วิจัย	เทพฤทธิ์ ไตรพิน
ประธานที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ม. สาขาวิชา-, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2564
คำสำคัญ	ผู้สูงอายุ, การตัดสินใจ, การใส่ฟันเทียม

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการตัดสินใจใส่ฟันเทียม และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุในอำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 283 คน ใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ตัดสินใจที่จะใส่ฟันเทียม (ร้อยละ 53.7) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม ($OR_{Adj}=21.69$; 95%CI: 9.46-49.70; $p<0.001$) ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียม ($OR_{Adj}=7.24$; 95%CI: 2.44-21.44; $p<0.001$) อิทธิพลจากทันตบุคลากร ($OR_{Adj}=4.63$; 95%CI:2.00-10.69; $p<0.001$) แรงจูงใจในการใส่ฟันเทียม ($OR_{Adj}=3.45$; 95%CI: 1.39-8.57; $p=0.008$) และเขตที่อยู่อาศัย ($OR_{Adj}=2.83$; 95%CI:1.04-7.66; $p=0.041$) โดยปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลในการทำนายการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุเท่ากับ ร้อยละ 75.10

การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะ คือ โรงพยาบาลควรมีนโยบายการให้บริการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการให้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ และทันตบุคลากรควรให้คำแนะนำ ให้ความรู้ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียม และการให้บริการที่ดีต่อผู้สูงอายุ จะช่วยเพิ่มโอกาสในการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุได้มากขึ้น

Title	FACTORS INFLUENCING ELDERLY' DECISION-MAKING IN DENTAL PROSTHETIC TREATMENT, LAN KRABUE DISTRICT, KAMPHAENG PHET PROVINCE.
Author	THEPPARIT TRIFUEN
Advisor	Associate Professor Narongsak Noosorn, Ph.D.
Academic Paper	M.P.H. Thesis in Public Health Program, Naresuan University, 2021
Keywords	Elderly, Decision-making, Dental prosthetic treatment

ABSTRACT

This descriptive study aimed to determine the decision to wear dentures and factors influencing the decision-making in dental prosthetic treatment of the elderly in Lan Krabue District, Kamphaeng Phet Province. The sample group consisted of 283 people using a multi-stage random sampling. Data were collected using questionnaires. The statistics used to analyze the data were frequency, percentage, mean, standard deviation, and binary logistic regression analysis.

The results showed that most of the elderly decided to wear dentures (53.7%). Factors influencing the decision-making in dental prosthetic treatment were perceived need for dentures ($OR_{Adj}=21.69$; 95%CI=9.46-49.70; $p<0.001$), expectations regarding dental prosthetic treatment services utilization ($OR_{Adj}=7.24$; 95%CI=2.44-21.44; $p<0.001$), influence from dental personnel ($OR_{Adj}=4.63$; 95%CI=2.00-10.69; $p<0.001$), motivation for wearing dentures ($OR_{Adj}=3.45$; 95%CI=1.39-8.57; $p=0.008$) and residential area ($OR_{Adj}=2.83$; 95%CI=1.04-7.66; $p=0.041$). These factors influenced in predicting the decision-making in dental prosthetic treatment of the elderly by 75.10%.

This study suggests that the hospital should provide dental prosthetic treatment services in sub-district health promotion hospitals to increase access to dental prosthetic treatment services for the elderly. Moreover, dental personnel should provide advice, knowledge, information about dental prosthetic treatment, and good services to the elderly to increase the chances of making a decision to wear dentures for the elderly.



ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา และให้คำแนะนำในการพัฒนาวิทยานิพนธ์จนประสบความสำเร็จ อีกทั้งยังเป็นผู้ที่คอยให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือด้วยความเอาใจใส่ เสมือนบุคคลในครอบครัว ทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่น

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พชญา เอ็งบริบูรณ์พงศ์ ใจดี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ สุดหนองบัว กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน ที่ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ ถูกต้อง และมีคุณค่ามากยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรวรรณ กীরติสิโรจน์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พันตแพทย์ สุภาพร แสงอ่วม ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาเครื่องมือให้ดียิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณคณาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรทุกท่าน ที่ได้ถ่ายทอดองค์ความรู้ได้อย่างดีเยี่ยม และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการพัฒนางานวิจัยและการทำงานในอนาคตได้

ขอขอบคุณนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) ที่ให้ความช่วยเหลืออย่างมากในการเก็บข้อมูลวิจัย อีกทั้งยังให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ และเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้งานวิจัยในครั้งนี้ประสบความสำเร็จไปได้ด้วยดี ขอขอบคุณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ อสม.ทุกท่าน ที่เอื้อเฟื้อ และให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่าน ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศให้แก่ผู้มีพระคุณทุกท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า งานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการให้บริการใส่ฟันเทียมแก่ผู้สูงอายุ และเป็นประโยชน์ต่อดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อไป

เทพฤทธิ ไตรพิน

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
ประกาศคุณูปการ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
จุดมุ่งหมายของการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	7
ประโยชน์ของการวิจัย.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	9
สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ.....	13
นโยบายด้านกลยุทธ์ในการส่งเสริมการใส่ฟันเทียมในประเทศไทย.....	24
ความรู้เกี่ยวกับฟันเทียม.....	30
ความรู้เกี่ยวกับการใส่ฟันเทียมโดยบุคคลที่มีไข้ทันตแพทย์.....	34
แนวคิดเรื่องการตัดสินใจ.....	36
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	44

กรอบแนวคิดการวิจัย	54
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	56
รูปแบบการวิจัย	56
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	56
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	58
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	64
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	65
การเก็บรวบรวมข้อมูล	66
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	66
บทที่ 4 ผลการวิจัย	68
ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	69
ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยด้านสุขภาพ	72
ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยด้านสังคม	73
ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยด้านจิตวิทยา.....	80
ส่วนที่ 5 ข้อมูลปัจจัยสถานการณ์	89
ส่วนที่ 6 ข้อมูลการตัดสินใจใส่ฟันเทียม	91
ส่วนที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียม	92
ส่วนที่ 8 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียม	99
บทที่ 5 บทสรุป.....	102
สรุปผลการวิจัย.....	102
อภิปรายผล.....	104
ข้อเสนอแนะ	108
บรรณานุกรม.....	110
ภาคผนวก.....	115
ประวัติผู้วิจัย.....	136

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงการเปรียบเทียบสถิติประโยชน์ทางทันตกรรมของระบบหลักประกันสุขภาพของ ภาครัฐ 3 กองทุนหลัก.....	29
ตาราง 2 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายตำบล	57
ตาราง 3 แสดงค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม	65
ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n=283).....	69
ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านสุขภาพ (n=283)	72
ตาราง 6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของอิทธิพลจากครอบครัวหรือ ญาติ (n=283).....	73
ตาราง 7 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามอิทธิพลจาก ครอบครัวหรือญาติ โดยรวม และรายข้อ (n=283).....	74
ตาราง 8 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของอิทธิพลจากเพื่อน (n=283)	75
ตาราง 9 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามอิทธิพลจากเพื่อน โดยรวม และรายข้อ (n=283).....	76
ตาราง 10 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของอิทธิพลจากทันตบุคลากร (n=283).....	77
ตาราง 11 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามอิทธิพลจาก ทันต บุคลากร โดยรวม และรายข้อ (n=283).....	78
ตาราง 12 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของการเข้าร่วมกิจกรรมทาง สังคม (n=283)	79
ตาราง 13 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามการเข้าร่วม กิจกรรมทางสังคม โดยรวม และรายข้อ (n=283).....	79
ตาราง 14 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้สึกรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม (n=283).....	80
ตาราง 15 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของแรงจูงใจในการใส่ฟันเทียม (n=283).....	81

ตาราง 16 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามแรงจูงใจในการใส่ฟันเทียม โดยรวม และรายข้อ (n=283).....	81
ตาราง 17 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของความรู้เกี่ยวกับผลของการใส่ฟันเทียมและการใช้บริการใส่ฟันเทียม (n=283).....	83
ตาราง 18 แสดงจำนวน และร้อยละ จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับผลของการใส่ฟันเทียมและการใช้บริการใส่ฟันเทียม รายข้อ และการตอบได้ถูกต้อง (n=283).....	83
ตาราง 19 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของทัศนคติที่มีต่อการใส่ฟันเทียม (n=283).....	85
ตาราง 20 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามทัศนคติที่มีต่อการใส่ฟันเทียม โดยรวม และรายข้อ (n=283).....	85
ตาราง 21 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียม (n=283).....	87
ตาราง 22 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียม โดยรวม และรายข้อ (n=283).....	87
ตาราง 23 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะทางในการเดินทางมาสถานบริการใส่ฟันเทียม (n=283).....	89
ตาราง 24 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของอุปสรรคในการใช้บริการใส่ฟันเทียม (n=283).....	89
ตาราง 25 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามอุปสรรคในการใช้บริการใส่ฟันเทียม โดยรวม และรายข้อ (n=283).....	90
ตาราง 26 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการตัดสินใจใส่ฟันเทียม (n=283)	91
ตาราง 27 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ: การวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดียว (n=283).....	92
ตาราง 28 แสดงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ โดยสถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี โดยใช้วิธีคัดเลือกตัวแปรแบบ Backward stepwise: Wald (n=283).....	100

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพ 1 แสดงแบบจำลองห้าขั้นตอนของกระบวนการซื้อของผู้บริโภค.....	37
ภาพ 2 แสดงขั้นตอนระหว่างการประชุมทางเลือกและการตัดสินใจซื้อ.....	39
ภาพ 3 แสดงอิทธิพลต่างๆ ต่อพฤติกรรมตัดสินใจซื้อของผู้บริโภค.....	40
ภาพ 4 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย	55



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา พบว่า การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก องค์การสหประชาชาติได้ให้คำนิยามว่า สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 หรืออายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด จะแสดงว่าสังคมหรือประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากข้อมูลขององค์การสหประชาชาติ พบว่า ในปี ค.ศ. 2019 ทั่วโลกมีประชากรรวมทั้งหมดประมาณ 7,713 ล้านคน โดยมีประชากรผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป 703 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 9.1 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโลกได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุเรียบร้อยแล้ว นอกจากนี้ยังคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2050 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 2 เท่า จากปัจจุบัน โดยมีจำนวนประมาณมากกว่า 1,500 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 15.9 ของประชากรโลก และเพิ่มขึ้นเป็นมากกว่า 2,400 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 22.6 ในปี ค.ศ. 2100 เมื่อจำแนกเป็นตามภูมิภาคต่าง ๆ ของโลก จะพบว่า ร้อยละประชากรสูงอายุ ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป สูงที่สุดคือ ยุโรปและอเมริกาเหนือ ซึ่งมีมากถึงร้อยละ 18.0 รองลงมาคือ ออสเตรเลีย/นิวซีแลนด์ ร้อยละ 16.0 และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ร้อยละ 11.2 (United Nations, 2019) สำหรับประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 โดยมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 และมีการคาดการณ์ว่าประเทศไทยกำลังจะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสมบูรณ์ (Aged society) ใน พ.ศ. 2564 คือ มีระดับประชากรอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ และในปี พ.ศ. 2574 จะมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มากถึงร้อยละ 28 ซึ่งจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged society) การเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุนี้ ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศ และการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทยในระยะยาว ทั้งประเด็นในเรื่องงบประมาณ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยรวม ซึ่งเป็นความท้าทายของประเทศไทยอย่างมากว่าจะทำอย่างไรที่จะทำให้ประชากรผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สภาพแวดล้อม รวมถึงด้านสุขภาพอีกด้วย (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2562)

สิ่งที่ยังหลีกเลี่ยงไม่ได้ และอยู่คู่กันกับผู้สูงอายุ คือ ปัญหาสุขภาพ ทั้งสุขภาพร่างกาย และสุขภาพช่องปาก จากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ในปี พ.ศ. 2556 ของกรมอนามัย พบว่า ผู้สูงอายุไทย มีความเจ็บป่วยด้วยโรค หรือปัญหาสุขภาพ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 41.4), มีฟันน้อยกว่า 20 ซี่หรือ 4 คู่สบ (ร้อยละ 37.4), โรคเบาหวาน (ร้อยละ 18.2), ภาวะซึมเศร้าจากการคัดกรอง 2Q (ร้อยละ 13.4), เป็นโรคร่วมทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 13), ข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 8.6), ผู้ป่วยติดเตียง (ร้อยละ 1.1), และโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 1) และพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบระดับค่าความดันโลหิตปกติ คือ การมีฟันใช้งานมากกว่า 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2556) และในการศึกษาอื่น ๆ ยังพบว่า โรคในช่องปากมีความสัมพันธ์กับโรคทางระบบ เช่น โรคปริทันต์อักเสบ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน (Leite, Marlow, Fernandes & Hermayer, 2013) โรคหลอดเลือดหัวใจ (Joshi-pura และคณะ, 1996) และโรคทางเดินหายใจ (Gomes-Filho, Passos & Seixas da Cruz, 2010) นอกจากนี้ การสูญเสียฟัน ยังเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคสมองขาดเลือด (Joshi-pura, Hung, Rimm, Willett & Ascherio, 2003) และการมีสุขภาพจิตที่ไม่ดีอีกด้วย (Shimazaki และคณะ, 2001) จะเห็นได้ว่า สุขภาพช่องปากเป็นสิ่งสำคัญ และมีความสัมพันธ์กับสุขภาพร่างกาย อันเป็นส่วนหนึ่งของร่างกายที่มิควรมองข้าม

จากวัยเด็กสู่วัยทำงาน สภาวะช่องปากจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และเมื่อเข้าสู่ วัยสูงอายุ จะพบปัญหาสุขภาพช่องปากต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีการสูญเสียฟันในระดับสูง ซึ่งมีสาเหตุมาจากการมีประสบการณ์ฟันผุ การมีความชุกที่เพิ่มขึ้นของโรคปริทันต์ ภาวะน้ำลายแห้ง รอยโรคที่เกิดจากเชื้อรา รอยโรคที่อาจเปลี่ยนเป็นมะเร็ง และมะเร็งในช่องปาก การถอนฟันออกโดยไม่ได้ใส่ฟันเทียมทดแทน จะทำให้ฟันซี่ที่อยู่ข้างเคียงมีการเคลื่อนเข้าสู่บริเวณที่ถูกถอน เกิดความผิดปกติของการสบฟัน และทำให้เกิดการอักเสบของกระดูกข้อต่อขากรรไกรตามมาได้ การถูกถอนฟันเป็นจำนวนมากยังส่งผลต่อประสิทธิภาพการบดเคี้ยว การเคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียด ทำให้ระบบย่อยอาหารต้องทำงานหนัก เกิดอาการท้องอืด ปวดท้องตามมา จึงทำให้ผู้สูงอายุมักจะได้รับประทานอาหารพวกแป้งและน้ำตาลเยอะ เนื่องจากเคี้ยวง่าย และหลีกเลี่ยงที่จะรับประทานผักและผลไม้ ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เช่น แคลเซียม และวิตามิน เกิดภาวะทุพโภชนาการ ร่างกายเสื่อมโทรมลง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น โรคเบาหวานได้ นอกจากนี้ การสูญเสียฟันยังส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิตด้วย เนื่องจากขาดความมั่นใจในการเข้าสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่สูญเสียบริเวณฟันหน้าไป และการมีปัญหาสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี มีฟันผุหรือโรคปริทันต์ จนทำให้มีกลิ่นปากมาก (องค์กรผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2543) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ดูแลตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย จึงได้มีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมาย

คือ ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากดี มีฟันใช้งานได้อย่างเหมาะสมอย่างน้อย 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบฟันหลัง ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561ก) จากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ในประเทศไทย ครั้งที่ 6, 7 และ 8 ปี พ.ศ. 2550, พ.ศ. 2555 และ พ.ศ. 2560 พบว่า ปัญหาหลักของผู้สูงอายุ คือ การสูญเสียฟัน โดยผู้สูงอายุ 60 – 74 ปี มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ คิดเป็นร้อยละ 54.8, 57.8 และ 56.1 ตามลำดับ คิดเป็นซี่ฟันเฉลี่ย 18.1, 18.8 และ 18.6 ซี่/คน ตามลำดับ และมีคู่สบฟันหลังครบ 4 คู่สบขึ้นไป ร้อยละ 43.3 และ 40.2 ตามลำดับ (ไม่พบการสำรวจร้อยละฟันหลัง 4 คู่สบในการสำรวจครั้งที่ 6) แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของการมีฟันแท้ใช้งานและฟันคู่สบที่ลดลง นอกจากนี้ ผลการสำรวจ ยังพบว่า ร้อยละของผู้สูงอายุ 60 – 74 ปี ที่มีการสูญเสียฟันทั้งปาก เท่ากับ 10.5, 7.2 และ 8.7 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่ามีผู้สูงอายุอีกจำนวนมากที่จำเป็นต้องได้รับการใส่ฟันเทียม (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561ข)

ในปี พ.ศ. 2561 อำเภอเกาะพะงัน จังหวัดกำแพงเพชร มีประชากร 32,877 คน มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 5,445 คน คิดเป็นร้อยละ 16.56 (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง, 2562) จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเกาะพะงัน ในปี พ.ศ. 2559 – 2561 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 – 74 ปี มีฟันแท้ใช้งานได้ 20 ซี่ ร้อยละ 43.82, 38.45 และ 42.65 ตามลำดับ โดยมีฟันแท้ที่ใช้งานได้เฉลี่ย 15.09, 14.13 และ 15.14 ซี่/คน ตามลำดับ และการมีฟันหลังเป็นฟันแท้ 4 คู่สบ ขึ้นไป พบว่า มีร้อยละ 35.12, 35.80 และ 38.11 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการมีฟันแท้ใช้งานได้ 20 ซี่ มีแนวโน้มคงที่ และการมีคู่สบฟันหลัง 4 คู่สบ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น นอกจากนี้จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2560 – 2561 ยังพบว่า มีร้อยละของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียม เท่ากับ 15.17 และ 13.62 ตามลำดับ และมีร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีฟันทั้งปากและไม่ใส่ฟันเทียม เท่ากับ 10.93 และ 9.62 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่ามีผู้สูงอายุอีกเป็นจำนวนมากที่จำเป็นต้องได้รับการใส่ฟันเทียม (งานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร, 2561)

การใส่ฟันเทียมมีประโยชน์ ช่วยให้การบดเคี้ยวอาหารดีขึ้น ป้องกันปัญหาการเคลื่อนหรือล้มของฟันไปยังบริเวณช่องว่างที่เกิดจากการสูญเสียฟัน ช่วยในการออกเสียง และช่วยเพิ่มความสะดวกสบายได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ หรือมีคู่สบฟันหลังน้อยกว่า 4 คู่สบ การใส่ฟันเทียมจะทำให้ผู้สูงอายุ สามารถใช้เคี้ยวอาหาร ใช้พูดคุย และเข้าสังคมได้อย่างเป็นปกติสุขได้ระดับหนึ่ง (พัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันท์, 2558) ด้วยเหตุนี้ กระทรวงสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายได้เล็งเห็นถึงความสำคัญ และร่วมกันดำเนินงานตามโครงการฟันเทียมพระราชทาน เพื่อการรณรงค์ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เถลิงพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาส มหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 ซึ่งได้เริ่มดำเนินการครั้งแรกใน

ปี พ.ศ. 2548 (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2550) จากการประสบความสำเร็จอย่างมากของโครงการ ต่อมาในปี พ.ศ. 2551 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้กำหนดให้ การใส่ฟันเทียม เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการใช้ บริการใส่ฟันเทียมให้มากยิ่งขึ้น และต่อมาในปี พ.ศ. 2554 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จึงได้ ร่วมกับ สปสช. ดำเนิน “โครงการฟันเทียมพระราชทาน ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” เพื่อเพิ่มการมีฟันเทียมใช้งานของประชาชน ทั้งบริการใส่ฟันเทียมบางส่วนและใส่ฟันเทียมทั้งปาก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561)

โรงพยาบาลลานกระบือ เป็นหนึ่งในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฟันเทียมพระราชทาน เพื่อดำเนินการใส่ฟันเทียมให้กับผู้สูงอายุในพื้นที่ของอำเภอลานกระบือ โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 – 2562 พบว่า มีผู้สูงอายุมาเข้าคิวเพื่อรับบริการใส่ฟันเทียม เป็นจำนวน 759 คน แต่จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2562 พบว่า ผลการตรวจสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ 60-74 ปี จำนวน 2,136 คน พบ ผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ มีจำนวน 1,024 คน คิดเป็นร้อยละ 47.94 และผู้สูงอายุที่มี ฟันคู่สบเป็นฟันแท่น้อยกว่า 4 คู่สบ มีจำนวน 1,175 คน คิดเป็นร้อยละ 55.01 แสดงให้เห็นว่ามี ผู้สูงอายุประมาณครึ่งหนึ่งที่มีความจำเป็นต้องใส่ฟันเทียม แต่จากผลการสำรวจกลับ พบว่า ผู้สูงอายุที่ ต้องการใส่ฟันเทียมตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุเอง มีเพียงร้อยละ 22.14 เท่านั้น (งานทันต สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร, 2562) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีผู้สูงอายุจำนวนมาก เลือกที่จะไม่ใส่ฟันเทียม นอกจากนี้ยังพบอีกว่า มีผู้สูงอายุบางส่วนเลือกที่จะใส่ฟันเทียมกับบุคคลที่ มิใช่ทันตแพทย์หรือฟันเทียมเถื่อน ส่งผลให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะในช่องปาก และมีการสูญเสียฟัน มากขึ้น จากการใส่ฟันเทียมที่ได้รับการออกแบบอย่างไม่ถูกต้องอีกด้วย (งานทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลลานกระบือ, 2562)

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจรักษาโดยการใส่ฟันเทียม คือ รายได้, อายุ, การศึกษา, สถานภาพสมรส และความคาดหวังเกี่ยวกับการใส่ฟันเทียม (Jung & Kim, 2008) โดยเหตุผล 5 อันดับแรกในการปฏิเสธการรักษาโดยการใส่ฟันเทียม คือ การมีค่าใช้จ่ายสูง, กลัวทันตแพทย์ หรือการรักษาทางทันตกรรม, รู้สึกว่าตนเองไม่จำเป็นต้องใส่ฟันเทียม, ต้องพึ่งพาบาง คนในเรื่องการเดินทางหรือค่าใช้จ่าย และไม่เต็มใจรับการรักษาโรคในช่องปากก่อนใส่ฟันเทียม (Shrirao, Deshmukh, Pande & Radke, 2016) และอีกการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึก จำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมและการตัดสินใจเข้ารับบริการ คือ ปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ การที่ไม่ต้องเสีย ค่าใช้จ่าย การได้เห็นผู้อื่นใส่จึงอยากลองใส่บ้างเพื่อจะเคี้ยวอาหารได้ดีขึ้น และการได้รับคำแนะนำ ของทันตบุคลากร และปัจจัยขัดขวาง ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ปัญหาด้านสุขภาพ การที่ต้อง ประกอบอาชีพหารายได้ ไม่ต้องการรอคิวนาน ไม่มีเงินพอที่จะไปรักษาที่คลินิกเอกชน ไม่แน่ใจใน

คุณภาพของฟันเทียม ไม่แน่ใจในอรรถยาัยการบริการของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ไม่ทราบจะทำฟันเทียมได้ฟรีไม่มีค่าใช้จ่าย และการไม่ต้องการถอนฟัน (สุดาตวง เกร็นพงษ์ และคณะ, 2550)

การเพิ่มการใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุเป็นเป้าหมายสำคัญของพื้นที่ เพื่อช่วยฟื้นฟูสุขภาพช่องปาก และพัฒนาคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพช่องปากให้กับผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจใส่ฟันเทียม และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนดำเนินงาน กำหนดนโยบาย และพัฒนาระบบบริการใส่ฟันเทียมให้แก่ผู้สูงอายุได้ต่อไป

คำถามการวิจัย

1. การตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร อยู่ในระดับใด
2. มีปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

โดยมีตัวแปรต้น คือ

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลักหรืออาชีพในอดีต รายได้เฉลี่ย ภาระทางการเงิน สิทธิการรักษา เขตที่อยู่อาศัย และการอยู่อาศัยกับครอบครัว

ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ จำนวนซี่ฟันที่เหลือในช่องปาก จำนวนคู่สบฟันหลัง ประสบการณ์การใส่ฟันเทียม โรคประจำตัว และความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง

ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ อิทธิพลจากครอบครัวหรือญาติ อิทธิพลจากเพื่อน อิทธิพลจากทันตบุคลากร และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม แรงจูงใจในการใส่ฟันเทียม ความรู้เกี่ยวกับผลของการใส่ฟันเทียมและการใช้บริการใส่ฟันเทียม ทศนคติที่มีต่อการใส่ฟันเทียม และความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียม

ปัจจัยสถานการณ์ ได้แก่ ระยะทางในการเดินทางมาสถานบริการใส่ฟันเทียม และอุปสรรคในการใช้บริการใส่ฟันเทียม

ตัวแปรตาม คือ การตัดสินใจใส่ฟันเทียม

ขอบเขตด้านประชากร

การศึกษานี้ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร และมีฟันแท่นน้อยกว่า 20 ซี่ หรือมีคู่สบฟันหลังน้อยกว่า 4 คู่สบ

ขอบเขตด้านเวลา

ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564

นิยามศัพท์เฉพาะ

การตัดสินใจใส่ฟันเทียม หมายถึง การคิดอย่างมีหลักการและเหตุผล และเลือกว่าตนเองจะใส่ฟันเทียมหรือไม่ โดยเป็นการเข้ารับบริการกับผู้ที่เป็นทันตแพทย์วิชาชีพเท่านั้น

ฟันเทียม หมายถึง สิ่งประดิษฐ์ที่ทำขึ้นเพื่อใช้ทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไป เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหาร ช่วยในเรื่องการออกเสียง และเพื่อความสวยงาม โดยชนิดของฟันเทียมในการศึกษานี้ คือ ฟันเทียมชนิดที่กองทุนหลักประกันสุขภาพของภาครัฐทั้ง 3 กองทุนหลัก ได้ให้สิทธิประโยชน์ในการรักษา ได้แก่ ฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้ฐานพลาสติก และฟันเทียมทั้งปากฐานพลาสติก เท่านั้น

เขตที่อยู่อาศัย หมายถึง ตำแหน่งของการอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล หรือเขตองค์การบริหารส่วนตำบล

อิทธิพลจากครอบครัวหรือญาติ เพื่อน และทันตบุคลากร หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่ก่ออิทธิพลต่อความคิด ความชอบ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุในการตัดสินใจใส่ฟันเทียม

ทันตบุคลากร หมายถึง ผู้ให้บริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพในช่องปาก ได้แก่ ทันตแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม หมายถึง แบบของการใช้ชีวิต หรือวิธีการใช้เวลาของผู้สูงอายุที่แสดงออกในทางกิจกรรมในการมีส่วนร่วมหรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น กลุ่มคน หรือชุมชน

ความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม หมายถึง ความคิดหรือความรู้สึกของตัวเองว่าตนเองจำเป็นต้องใส่ฟันเทียมหรือไม่

แรงจูงใจในการใส่ฟันเทียม หมายถึง สิ่งที่เป็นแรงขับเคลื่อน โน้มน้าว หรือชักนำให้ผู้สูงอายุ เกิดการตัดสินใจใส่ฟันเทียมเนื่องจากการที่ไม่มีฟัน หรือมีฟันเหลือน้อย

ความรู้เกี่ยวกับผลของการใส่ฟันเทียมและการใช้บริการใส่ฟันเทียม หมายถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบจากการไม่ใส่ฟันเทียม ประโยชน์ของการใส่ฟันเทียม การทำฟันเทียม การใช้งานฟันเทียม และการใส่ฟันเทียมโดยบุคคลที่มีข้อทันตแพทย์

ทัศนคติที่มีต่อการใส่ฟันเทียม หมายถึง ความคิด ความรู้สึก ความโน้มเอียงของผู้สูงอายุที่มีต่อการใส่ฟันเทียม

ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียม หมายถึง ความคิด ความปรารถนา หรือความมุ่งหวังของผู้สูงอายุที่เชื่อว่าหากไปใช้บริการใส่ฟันเทียมแล้วจะได้รับในสิ่งที่ตนเองได้ตั้งไว้

อุปสรรคในการใช้บริการใส่ฟันเทียม หมายถึง สิ่งขัดขวาง หรือผลกระทบด้านลบ ที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความยากลำบากในการไปใช้บริการใส่ฟันเทียม

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลักหรืออาชีพในอดีต รายได้เฉลี่ย ภาระทางการเงิน สิทธิการรักษา เขตที่อยู่อาศัย และการอยู่อาศัยกับครอบครัว ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ จำนวนซี่ฟันที่เหลือในช่องปาก จำนวนคู่สบฟันหลังประสบการณ์การใส่ฟันเทียม โรคประจำตัว และความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ อิทธิพลจากครอบครัวหรือญาติ อิทธิพลจากเพื่อน อิทธิพลจากทันตบุคลากร และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม แรงจูงใจในการใส่ฟันเทียม ความรู้เกี่ยวกับผลของการใส่ฟันเทียมและการใช้บริการใส่ฟันเทียม ทัศนคติที่มีต่อการใส่ฟันเทียม และความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียม และปัจจัยสถานการณ์ ได้แก่ ระยะทางในการเดินทางมาสถานบริการใส่ฟันเทียม และอุปสรรคในการใช้บริการใส่ฟันเทียม มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ ในอำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

ประโยชน์ของการวิจัย

1. เชิงนโยบาย

1.1 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดนโยบาย และวางแผนการดำเนินงานเพื่อตอบสนองการใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ

1.2 ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น อบต. อบจ. เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาจากผลการวิจัย และมีบทบาทในการช่วยเหลือทั้งในด้านทรัพยากรบุคคล งบประมาณ และเครื่องมืออุปกรณ์ ในการอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุในการใช้บริการใส่ฟันเทียมได้มากขึ้น

2. เชิงปฏิบัติการ

2.1 ทันตบุคลากร สามารถใช้ผลจากการวิจัยไปเป็นแนวทางในการวางแผนดำเนินงาน จัดทำโครงการ และพัฒนาการให้บริการที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มโอกาสการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุให้มากยิ่งขึ้น

2.2 หน่วยงานทางด้านสาธารณสุข สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาการให้บริการ เพิ่มการเข้าถึง และลดปัญหาหรืออุปสรรคที่มีต่อการใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ

3. เชิงการศึกษา

3.1 ทันตบุคลากร เจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข หรือผู้ที่สนใจ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ ได้ เช่น กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และกลุ่มผู้ที่มีความจำเป็นทางวิชาชีพต่อการใส่ฟันเทียม เป็นต้น

3.2 ทันตบุคลากร เจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข หรือผู้ที่สนใจ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการศึกษาในกลุ่มประชากรที่ใหญ่ขึ้น เช่น ระดับจังหวัด และระดับประเทศ ได้

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อำเภอ ลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาสนับสนุน และประกอบแนวคิดการศึกษาครั้งนี้ โดยมีหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ
3. นโยบายด้านกลยุทธ์ในการส่งเสริมการใส่ฟันเทียมในประเทศไทย
4. ความรู้เกี่ยวกับฟันเทียม
5. ความรู้เกี่ยวกับการใส่ฟันเทียมโดยบุคคลที่มีใช้ทันตแพทย์
6. แนวคิดเรื่องการตัดสินใจ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1. คำนิยามของผู้สูงอายุ

ปัจจุบัน องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) ยังไม่มีนิยามที่แน่นอนว่าอายุเท่าไรจึงจะเรียกว่าเป็น “ผู้สูงอายุ” (Older/Elderly person) แต่องค์การสหประชาชาติใช้อายุ 60 ปีขึ้นไปในการนำเสนอสถิติข้อมูล และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ส่วนใหญ่จะใช้อายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นเกณฑ์ในการเรียก “ผู้สูงอายุ” สำหรับประเทศไทยนั้น มีการกำหนดนิยาม “ผู้สูงอายุ” ไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 ว่า “ผู้สูงอายุ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561)

2. ระดับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ ได้แบ่งระดับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเป็น 3 ระดับ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) ได้แก่

2.1 สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป มากกว่า ร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

2.2 สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์

2.3 สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่

3. สถานการณ์ผู้สูงอายุ

จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ โดยมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560 พบว่า ในปี ค.ศ. 2017 โลกมีประชากร รวมทั้งหมด ประมาณ 7,550 ล้านคน ประกอบไปด้วย ประชากรอายุ 0-14 ปี จำนวน 1,957 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 26.0 ประชากรอายุ 15-59 ปี จำนวน 4,631 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 61.3 และประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 962 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.7 ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัจจุบันโลกได้กลายเป็น “สังคมผู้สูงอายุ” แล้ว

เมื่อพิจารณาการสูงวัยของประชากรโลกจำแนกตามภูมิภาคต่าง ๆ จะเห็นได้ว่า “อัตราผู้สูงอายุ” หรือร้อยละของประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ต่อประชากรทั้งหมดแตกต่างกันอย่างมาก ทวีปยุโรป มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุด คือ สูงถึงร้อยละ 24.7 รองลงมา คือ ทวีปอเมริกาเหนือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 21.7 ทวีปออสเตรเลียมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 17.0 ทวีปอเมริกาใต้มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 13.8 ทวีปเอเชียมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 12.2 ในขณะที่ประเทศในทวีปแอฟริกา มีอัตราผู้สูงอายุ เพียงร้อยละ 5.5 เท่านั้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าทวีปยุโรป และอเมริกาเหนือเป็น “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” แล้ว ในปี 2017 ทุกทวีปในโลก ยกเว้นแอฟริกาได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุแล้ว

เมื่อพิจารณาการสูงวัยของประชากรเป็นรายประเทศ พบว่า ประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงที่สุดในโลก คือ ร้อยละ 33.4 หรือเท่ากับหนึ่งในสามของคนญี่ปุ่นจะมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงที่สุด 10 อันดับแรกของโลก รองลงมาจากประเทศญี่ปุ่น ได้แก่ อิตาลี (ร้อยละ 29.4), เยอรมนี (ร้อยละ 28.0), โปรตุเกส (ร้อยละ 27.9), ฟินแลนด์ (ร้อยละ 27.8), บัลแกเรีย (ร้อยละ 27.7), โครเอเชีย (ร้อยละ 26.8), กรีซ (ร้อยละ 26.5), สโลวีเนีย (ร้อยละ 26.3) และ ลัตเวีย (ร้อยละ 26.2) ตามลำดับ

ประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุต่ำที่สุด คือ สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ ซึ่งเป็นประเทศที่อยู่ในภูมิภาคตะวันออกกลาง มีอัตราผู้สูงอายुर้อยละ 2.4 ส่วนประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุ 10 อันดับต่ำสุด รองจากสหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ ได้แก่ ประเทศกาตาร์ (ร้อยละ 2.8) และโอมาน (ร้อยละ 4.0) ซึ่งอยู่ใน

ภูมิภาคตะวันออกกลาง และที่เหลือนั้นประเทศที่อยู่ในทวีปแอฟริกาทั้งสิ้น ได้แก่ ยูกันดา (ร้อยละ 3.3), แคมเบีย (ร้อยละ 3.7), แกมเบีย (ร้อยละ 3.8), บุร์กินาฟาโซ (ร้อยละ 3.9), มาลี (ร้อยละ 4.0), ชาด (ร้อยละ 4.0) และ แองโกลา (ร้อยละ 4.0)

ในขณะที่ประชากรรวมทุกกลุ่มอายุของโลกกำลังเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่ช้าลง ประชากรสูงอายุกลับเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่สูงมาก ในระยะเวลา 10 ปี ระหว่าง ปี 2007 ถึง 2017 ประชากรโลกได้เพิ่มขึ้นจาก 6,609 ล้านคน เป็น 7,550 ล้านคน เท่ากับเพิ่มขึ้นด้วยอัตราเฉลี่ยร้อยละ 1.4 ต่อปี แต่ประชากรสูงอายุกลับเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่สูงกว่าอัตราของประชากรรวมถึง 4 เท่าตัว ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้เพิ่มขึ้นจาก 611 ล้านคน ในปี 2007 เป็น 962 ล้านคนในปี 2017 เท่ากับเพิ่มขึ้นด้วยอัตราเฉลี่ยร้อยละ 5.8 ต่อปี

ในปี 2017 ทั้ง 10 ประเทศที่เป็นสมาชิกของอาเซียน หรือ สมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (The Association of Southeast Asian Nations - ASEAN) มีประชากรรวมกันประมาณ 647 ล้านคน ประกอบไปด้วย ประชากรอายุ 0-14 ปี จำนวน 169.7 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 26.2 ประชากรอายุ 15-59 ปี จำนวน 413.9 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 63.9 และ ประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 63.9 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 9.9 จะเห็นได้ว่าอาเซียนยังไม่เป็น “สังคมผู้สูงอายุ”

ในปี 1999 อาเซียน มีประชากรรวมกัน 518 ล้านคน โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 38 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 7.3 ของประชากรทั้งหมด และในปีนั้น มีสิงคโปร์เพียงประเทศเดียวที่เป็นสังคมสูงอายุแล้ว คือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 10.5 จนถึงปี 2017 ประชากรอาเซียนได้เพิ่มขึ้นเป็น 647 ล้านคน โดยมีประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้นอีกเกือบเท่าตัวเป็น 64 ล้านคน โดยประเทศสิงคโปร์ มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19.5 และประเทศสมาชิกอาเซียนที่กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้วมีเพิ่มขึ้นอีก 2 ประเทศ คือ ไทย (ร้อยละ 17.1) และเวียดนาม (ร้อยละ 11.1) ในขณะที่สิงคโปร์กำลังจะกลายเป็น “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” ในอีก 1-2 ปีข้างหน้า ประเทศอื่น ๆ อีกอย่างน้อย 2 ประเทศ คือ มาเลเซีย (ร้อยละ 9.7) และเมียนมา (ร้อยละ 9.5) อาจจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุภายในปี 2018 หรือ 2019 นี้ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561)

สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2560 ประชากรในประเทศไทยที่นับเฉพาะคนที่มีสัญชาติไทย และไม่ใช่อสัญชาติไทยแต่มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร (ไม่นับรวมคนที่ไม่ใช่สัญชาติไทยและไม่มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร เช่น แรงงานต่างชาติ) มีจำนวนรวมทั้งหมดประมาณ 65.5 ล้านคน ประกอบไปด้วย ประชากรอายุ 0-14 ปี จำนวน 11.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 17.5 ประชากรอายุ 15-59 ปี จำนวน 42.8 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 65.4 และประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 11.3 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 17.1 จึงกล่าวได้ว่าประเทศไทยได้กลายเป็น “สังคม

ผู้สูงอายุ” แล้ว โดยประเทศไทยได้มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 10 ตั้งแต่ปี 2548 โดยจังหวัดที่มีผู้สูงอายุสูงสุด 10 อันดับแรก คือ แพร่ (ร้อยละ 24.7), อุตรดิตถ์ (ร้อยละ 24.2), พิจิตร (ร้อยละ 24.2), อุทัยธานี (ร้อยละ 24.2), ลำปาง (ร้อยละ 24.1), สมุทรสงคราม (ร้อยละ 24.0), ชัยนาท (ร้อยละ 23.8), สุโขทัย (ร้อยละ 23.4), สิงห์บุรี (ร้อยละ 23.4) และ นครสวรรค์ (ร้อยละ 22.8)

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุของประชากรไทยในรอบ 50 ปีที่ผ่านมาได้เปลี่ยนไปอย่างมาก จากเดิมที่เคยมีเด็กมาก เช่น ในปี 2513 ประเทศไทยมีประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เกือบครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งหมด แต่ในปี 2560 สัดส่วนประชากรวัยเด็กลดลงเหลือเพียงร้อยละ 18 สัดส่วนผู้สูงอายุ ซึ่งมีเพียง ร้อยละ 5 ในปี 2513 ได้เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 17 ในปี 2560 รูปทรงของพีระมิดประชากรไทยได้เปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัดเจน จากที่เคยเป็นรูปสามเหลี่ยมเปลี่ยนมาเป็นพีระมิดที่มีรูปทรงเหมือนหัวควา

ในปัจจุบันนี้ ประชากรไทยโดยรวมเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่ต่ำมากจนใกล้เคียงกับศูนย์ และประเทศไทยจะมีอัตราเพิ่มประชากรติดลบในไม่ช้า แต่ประชากรสูงอายุกลับเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่สูงมาก ประชากรวัยอายุมากยิ่งขึ้นเร็วในปี 2533 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุวัยปลาย หรืออายุ 80 ปีขึ้นไป เพียง 4 แสนคน ในปี 2560 ผู้สูงอายุวัยปลายได้เพิ่มขึ้นเป็น 1.5 ล้านคน และคาดประมาณว่าจะมีผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปมากถึง 3.5 ล้านคนในอีก 20 ปีข้างหน้า ตั้งแต่ปีนี้เป็นต้นไป คาดประมาณว่าจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มด้วยอัตราเฉลี่ยร้อยละ 4 ต่อปี และประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไปจะเพิ่มด้วยอัตรา เฉลี่ยร้อยละ 6 ต่อปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561)

4. สุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายอย่าง ตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่มองเห็นได้ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่มองไม่เห็น และการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่มองเห็นได้ เช่น ผมมีหงอกขาว ผมบางลงและแข็งแรงน้อยลง ผิวหนังเหี่ยวย่น หย่อนคล้อย แห้ง ทำให้แตก คัน และแพ้ง่าย เล็บมือเล็บเท้าแห้ง เปราะ ฉีกขาดง่าย ไหล่งุ้มงอ หลังโค้ง สายตายาว อาจมีต้อกระจก หรือต้อหิน ได้ยินไม่ชัดเจนเนื่องจากประสาทหูเสื่อม ริมฝีปากแห้ง ลอกง่าย ฟันผุ โยกแตกง่าย การรับรู้รสชาติอาหารเปลี่ยนไป ขอบรสจัดขึ้น เป็นต้น

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่มองไม่เห็น เช่น ชั้นไขมันหนาขึ้น กล้ามเนื้อน้อยลง กระดูกบางลง ข้อต่อและเส้นเอ็นยึดหยุ่นน้อยลง การขยายตัวของปอดและหลอดลมมีความยืดหยุ่นน้อยลง ย่อยอาหารได้ช้า ความจุของกระเพาะปัสสาวะน้อยลง ทำให้ปัสสาวะบ่อยขึ้น เป็นต้น

การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ ที่พบได้บ่อยคือมีความสุขลดน้อยลง ซึ่งมักมีสาเหตุจากความเสื่อมของร่างกาย ความเจ็บป่วย สถานะทางสังคมที่เปลี่ยนไป การสูญเสียคนใกล้ชิด

อาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ อาการเวียนศีรษะ ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ท้องผูกเรื้อรัง เบื่ออาหาร ปวดหลังปวดเอว ปวดตามข้อ และนอนไม่หลับ

โรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด ไขมันในเลือดสูง และโรคสมองเสื่อม (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2560)

จากรายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีความเจ็บป่วยด้วยโรค/ปัญหาสุขภาพ ดังต่อไปนี้ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 41) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 18) ข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 9) เป็นผู้พิการ (ร้อยละ 6) โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 1) และผู้ป่วยติดเตียง (ร้อยละ 1) ขณะที่ไม่มีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์และไม่มีโรค/ปัญหาสุขภาพดังกล่าว (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2556)

สรุปความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ได้ว่า ในปัจจุบันโลกได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว และยังคงมีแนวโน้มของสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ รวมถึงประเทศไทยด้วย สิ่งที่มาคู่กับการมีอายุที่เพิ่มขึ้น คือ การเกิดการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพหลายๆ อย่างตามมา ทั้งสุขภาพร่างกายและสุขภาพช่องปาก จากความเสื่อมโทรมของร่างกาย และการเกิดโรคประจำตัว

สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

1. ความสำคัญของสุขภาพช่องปาก

องค์กรผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (2543) ได้กล่าวถึงความสำคัญของสุขภาพช่องปากไว้ ดังนี้

1.1 ผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสุขภาพร่างกาย

ช่องปากเป็นส่วนนำเข้าของอาหาร ซึ่งถือเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ที่มนุษย์พึงมีในการดำรงชีวิต หากช่องปากทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์ ไม่สามารถอ้าปากได้ ไม่สามารถเคี้ยวได้ตามปกติ ไม่สามารถกักกลืนเข้าไปได้ อาหารเหล่านั้นก็เข้าไปสู่ร่างกายได้ไม่ครบถ้วน ส่งผลกระทบต่อ การได้รับสารอาหาร การเคี้ยวหรือการกักอาหารต้องใช้อวัยวะที่สำคัญ คือ ฟัน ฟันธรรมชาติควรมีความแข็งแรง สภาพดี ไม่ปวด ไม่โยก ไม่บวม จึงจะสามารถใช้เคี้ยวและใช้กัดได้ตามปกติ

จำนวนฟันที่เหลืออยู่ มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการกินและการเคี้ยวอาหาร ดังนั้น ถ้ามีฟันเหลือน้อย ทำให้ไม่สามารถกักอาหารได้สะดวก เคี้ยวอาหารเหนียว ๆ ไม่ได้ กัดอาหารจำพวกเส้นใย เช่น ผักไม้ได้ ส่งผลต่อการเลือกชนิดของอาหารที่รับประทาน ผู้สูงอายุที่เหลือฟันธรรมชาติอยู่น้อยจึงพอใจในการกินอาหารจำพวกข้าว แป้ง เพราะเคี้ยวได้ง่ายกว่าเนื้อสัตว์ ทำให้มีโอกาสขาดสารอาหารบางประเภท ส่งผลกระทบต่อเกิดภาวะทุพโภชนาการได้ นอกจากนี้ การสูญเสียฟัน

ธรรมชาติยังมีผลต่อการรับกลิ่นและรส การสูญเสียฟันและการใส่ฟันเทียมที่มีส่วนคลุมเพดานปาก มีผลต่อการรับรสบริเวณเพดานปากและมีผลรบกวนต่อการรับกลิ่นในบริเวณใต้จมูกด้วย การใส่ฟันเทียมยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการเคลื่อนไหวของอวัยวะ เช่น ลิ้น ส่งผลให้การรับกลิ่นเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้กลิ่นของตัวฟันเทียมเอง หากดูแลรักษาความสะอาดไม่ดี เป็นที่เกาะของคราบจุลินทรีย์จะก่อให้เกิดกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ได้อีกด้วย

นอกจากการเคี้ยว ฟันยังช่วยให้พูดได้ชัด ทำให้การออกเสียงเป็นปกติ การพูดเป็นการสื่อสารที่จำเป็นสำหรับชีวิตประจำวันของมนุษย์ หากพูดไม่ชัด การสื่อสารย่อมติดขัด ก่อให้เกิดความหงุดหงิด และขาดความมั่นใจ การหัวเราะเช่นเดียวกัน คนที่มีฟันธรรมชาติเพียงพอ สามารถหัวเราะได้อย่างมั่นใจ ไม่กลัวฟันหลุดร่วงดังเช่นที่พบได้ในผู้ที่ใส่ฟันเทียม

หากไม่มีฟันธรรมชาติอาจจำเป็นต้องหาสิ่งทดแทน เช่น ฟันเทียม ซึ่งสามารถใช้งานได้ระดับหนึ่ง การใส่ฟันเทียม มีผลต่อความสามารถในการเคี้ยวอาหาร การพูดให้ชัด การหัวเราะ ฟันเทียมไม่สามารถทดแทนฟันธรรมชาติได้ทั้งหมด และหากดูแลฟันเทียมไม่ถูกต้องและดีพอ ฟันเทียมที่ทำงานทดแทนฟันธรรมชาติจะก่อให้เกิดปัญหาได้เช่นกัน และอาจมีปัญหามากกว่าปัญหาจากฟันธรรมชาติอีกด้วย

1.2 ผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสุขภาพจิต

ฟันธรรมชาติเป็นอวัยวะส่วนหนึ่งของร่างกายที่มีความสำคัญ ความรู้สึกสูญเสียเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายมีผลต่อสุขภาพจิต เมื่อผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียทางสุขภาพร่างกาย จะทำให้เกิดความไม่มั่นใจทั้งในด้านความสามารถของตนเองและคุณค่าของตนเอง ในด้านของสุขภาพช่องปาก การสูญเสียฟันธรรมชาติมีผลต่อภาพลักษณ์ ความมั่นใจ ความสวยงาม การมีฟันบางส่วนหายไป ทำให้หลายๆ คนรู้สึกอาย ไม่อยากยิ้ม คนที่ใส่ฟันเทียมอาจมีความไม่มั่นใจในขณะพูดหรือเคี้ยวอาหาร ซึ่งเป็นผลกระทบทางด้านจิตใจ

ความเจ็บปวดหรือความไม่สบายเนื่องจากฟัน เช่น ปวดฟัน เสียวฟัน จากฟันที่ผุ ฟันที่โยก ฟันที่สึก มีผลต่อการพักผ่อน การนอนหลับ และมีผลต่อการทำงาน หรือทำกิจกรรมต่างๆ ตามปกติ ซึ่งต่างก็มีผลต่อสุขภาพจิต นอกจากนี้ผลกระทบจากสุขภาพจิต เช่น ความเครียดยังสามารถส่งผลกระทบต่อฟันได้ การกัดฟันในขณะนอนหลับ ซึ่งเกิดจากจิตใต้สำนึกที่มาจากความเครียด และสามารถส่งผลทำให้ปวดข้อต่อขากรรไกร เกิดความเจ็บปวด และความไม่สบายได้เช่นกัน

ความสุขในการรับประทานอาหาร ส่วนหนึ่งได้มาจากอาหารที่มีกลิ่นดีและรสชาติดี อาหารที่มีรูป รส กลิ่นที่ดี จึงมีผลต่อสุขภาพอนามัยที่ดี การกินอาหารจึงเป็นเรื่องของความสนุกสนาน เพลิดเพลิน ทำให้คนมีความสุข การสูญเสียฟัน และการใส่ฟันเทียมที่มีผลต่อการรับรสและกลิ่นของอาหารย่อมบั่นทอนความสุขที่เกิดจากการกินอาหาร

1.3 ผลของสุขภาพช่องปากต่อการเข้าสังคม

เมื่อผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวและมีสุขภาพแข็งแรง สิ่งที่เป็นความสุขอย่างหนึ่งที่ส่งเสริมคุณค่าและคุณภาพชีวิต คือ การได้ออกนอกบ้านไปพบปะสมาคมกับเพื่อนๆ หรือทำตัวให้เกิดประโยชน์ในรูปแบบต่างๆ การเข้าสังคมมีการสื่อสารด้วยวาจาและภาษากาย สุขภาพช่องปากมีส่วนเกี่ยวข้องในการสื่อสาร การพูด เกิดความมั่นใจในการเข้าสังคม ฟันเป็นอวัยวะที่ส่งเสริมภาพลักษณ์ คนที่มีฟันสวย ฟันสะอาด ปราศจากกลิ่นปาก จะพูดจา ยิ้ม หรือหัวเราะได้อย่างมั่นใจ คนหลายคนอาจยิ้มได้ไม่เต็มที่ หรือไม่อยากเข้าใกล้ผู้อื่นเนื่องจากรู้ว่าตนเองมีกลิ่นปาก เกิดการสูญเสียความมั่นใจในการเข้าสังคม การสูญเสียฟันและการใส่ฟันเทียมที่มีกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ย่อมบั่นทอนความมั่นใจในการเข้าสังคมได้เช่นกัน

ความเจ็บปวดจากฟันยังส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่อยากออกนอกบ้านไปพบปะผู้คนหรือทำกิจกรรมตามปกติ ในปัจจุบันผลของสุขภาพช่องปากต่อด้านสังคม อาจมีไม่มากในผู้สูงอายุไทย อย่างไรก็ตามปัจจัยทางการศึกษา สังคม วัฒนธรรม ที่เข้ามากระทบต่อสังคมไทย อาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อความหมาย หรือการให้คุณค่าของสุขภาพช่องปาก ในอนาคตผู้สูงอายุไทยมีการเข้าสมาคม เข้าสังคมมากขึ้น ผู้สูงอายุให้ความสำคัญต่อความหมายของสุขภาพช่องปากในด้านความสวยงามมากขึ้น อาจทำให้สุขภาพช่องปากมีผลต่อการเข้าสังคมหรือการออกนอกบ้านไปพบปะผู้คนมากขึ้น

2. การเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาและสรีรวิทยาของเนื้อเยื่อในช่องปากของผู้สูงอายุ

องค์กรผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (2543) ได้ให้ข้อมูลว่า เมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น จะพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทั้งในโครงสร้างและอวัยวะต่างๆ โดยส่วนใหญ่เป็นไปในทางถดถอย ภายในช่องปากก็เช่นเดียวกัน การเปลี่ยนแปลงภาวะต่างๆ ของร่างกายเมื่อมีอายุสูงขึ้น อาจเกิดจากขบวนการแก่ตัวทางชีวภาพจากภายใน ได้แก่ เซลล์และเนื้อเยื่อในร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงเอง หรืออาจเกิดจากสาเหตุภายนอกของแต่ละบุคคล เช่น แรงกดดัน โรคทางระบบ การรักษาโดยใช้ยา รวมทั้งการดื่มแอลกอฮอล์ หรือสูบบุหรี่มีตลอดช่วงชีวิต เป็นต้น

การเปลี่ยนแปลงของเซลล์ในเนื้อเยื่อผู้สูงอายุที่ชัดเจนที่สุดอย่างหนึ่งคือ “การแบ่งตัวของเซลล์ลดลงเรื่อยๆ โดยลำดับ” ดังนั้น เซลล์ที่แก่ตัวไป จะมีเซลล์ใหม่ๆ มาทดแทนน้อยลง ผลรวมของการเปลี่ยนแปลงนี้ จึงทำให้เนื้อเยื่อเสื่อมถอย ส่งผลให้อวัยวะทำงานเสื่อมประสิทธิภาพลง นอกจากนี้เซลล์ เนื้อเยื่อ และอวัยวะยังอ่อนแอต่อการถูกทำงาน หรือติดเชื้อได้ง่ายขึ้นด้วย เมื่อเสริมกับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายโดยรวมที่อ่อนแอลง ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเป็นโรคได้ง่ายกว่าผู้อ่อนวัย

การเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาและสรีรวิทยาของอวัยวะภายในช่องปาก อันประกอบด้วย ฟัน เหงือก เยื่อเมือกในช่องปาก เนื้อเยื่อปริทันต์ และต่อมน้ำลายในผู้สูงอายุ มีดังนี้

2.1 การเปลี่ยนแปลงของฟันในผู้สูงอายุ

โดยปกติฟันของผู้สูงอายุจะมีการสูญเสียโครงสร้างฟัน ขึ้นกับสาเหตุเฉพาะที่ และสาเหตุจากระบบของร่างกายโดยรวมที่ส่งผลมายังอวัยวะในช่องปาก การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างฟันอาจเกิดกับทั้งรูปร่าง และสี การเปลี่ยนแปลงรูปร่าง เช่น ฟันดูเหมือนว่าจะยาวขึ้น หรือ ฟันสึกกร่อน ส่วนการเปลี่ยนแปลงสี เช่น สีของตัวฟันเปลี่ยนไป หรือการสะท้อนแสงของผิวฟันทำให้ฟันดูมีสีที่เปลี่ยนไป แต่ละส่วนของฟันจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น ดังนี้

2.1.1 เคลือบฟัน

ในผู้สูงอายุจะมีการสูญเสียของเคลือบฟัน ซึ่งมีสาเหตุได้ 3 ประการ

ประการที่ 1 จากการบดเคี้ยว มีการสึกกร่อนของเคลือบฟันที่เกิดจากแรงเสียดสีของฟันกับอาหาร หรือฟันกับฟัน ในการทำหน้าที่บดเคี้ยวตามปกติ การสึกแบบนี้จะเป็นไปอย่างต่อเนื่องและตามอายุการใช้งานของฟัน อัตราการสึกของฟันจะมากขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น จะพบได้ในบริเวณด้านบดเคี้ยวของฟันหลัง และปลายฟันของฟันหน้า ลักษณะของรอยสึกจะแบนและเรียบ ผิวฟันมีความโค้ง นูนลดลง ความหนาของเคลือบฟันลดลง และการสึกอาจมากจนทะลุถึงเนื้อฟัน และมีอาการเสียวฟันได้ บางรายที่เป็นรุนแรง จะมีปัญหาตามมา คือ ความยาวในแนวตั้งของไบหน้าลดลง หรือหน้าสั้นลง ทำให้เกิดผลเสียต่อระบบการบดเคี้ยวและความสวยงามของไบหน้าได้ นอกจากนี้ บางรายอาจเกิดการเคลื่อนสูงขึ้นของฟันซึ่งนั้นขึ้นมาจากเซซีเคลือบฟันด้านบดเคี้ยวที่สึกกร่อนไป

ประการที่ 2 จากการแปร่งฟันที่ผิดวิธี รวมถึงการใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงแข็ง และยาสีฟันที่มีผงขัดหยาบ จะพบการสึกนี้บริเวณคอฟัน โดยรอยสึกจะมีลักษณะผิวเรียบเป็นรูมัน และเป็นรูปรอยบาก หรือรอยหวาลึกเข้าไปในเนื้อฟัน จะพบมีอาการเสียวฟันร่วมด้วยในบางครั้ง ในกรณีที่ฟันสึกมากอาจทะลุโพรงประสาทฟัน ทำให้มีพยาธิสภาพที่ปลายรากฟันได้

ประการที่ 3 จากกระบวนการทางเคมี เช่น ผู้ที่ชอบรับประทานอาหารและเครื่องดื่มรสเปรี้ยวจัด จะพบรอยสึกบริเวณด้านหน้าของฟันหน้าบน หรืออาจพบเป็นหลุมบริเวณด้านบดเคี้ยวของฟันหลัง บางรายอาจมีการสึกทะลุถึงเนื้อฟัน และเกิดอาการเสียวได้

2.1.2 เนื้อฟัน

เมื่ออายุมากขึ้น ความหนาและความทึบแสงของเนื้อฟันจะเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเนื้อฟันจะถูกสร้างขึ้นเรื่อยๆ ตามอายุที่เพิ่มขึ้น ความหนานี้จะเพิ่มด้านในที่ติดกับโพรงประสาทฟัน การสร้างเนื้อฟันในผู้สูงอายุจะเป็นรูปแบบของการสร้างเนื้อฟัน “ระยะที่สอง” มีการอุดตันของท่อในเนื้อฟันในกรณีที่มีการถูกกระตุ้น เช่น ฟันผุ ลึก หรือฟันสึกกร่อนอย่างรุนแรง การสร้างเนื้อฟันระยะที่สองจะมีมากขึ้น เพื่อชดเชยหรือป้องกันอันตรายแก่โพรงประสาทฟัน

เนื้อฟันที่หนาขึ้นนี้ ไม่มีผลกระทบต่อการใช้งานของฟันแต่อย่างใด หากมีการอุดฟันของท่อในเนื้อฟันร่วมด้วย อาจทำให้การรับความรู้สึกของฟันขึ้นนั้นลดลง เป็นผลที่ดีที่ทำให้การเสียวฟันจากความร้อนเย็น และรสเปรี้ยวของอาหารน้อยลง

2.1.3 เนื้อเยื่อโพรงประสาทฟัน

โพรงประสาทฟันในผู้สูงอายุจะมีขนาดเล็กลง ตีบแคบ เป็นผลมาจากการสร้างเนื้อฟันระยะที่สองเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น นอกจากนี้ ส่วนประกอบต่างๆ ของเนื้อเยื่อภายในโพรงประสาทฟันมีการเปลี่ยนแปลงเช่นกัน คือ จำนวนเซลล์ที่ลดลง เส้นใยคอลลาเจนเพิ่มขึ้น และเส้นเลือดฝอยที่จะไปหล่อเลี้ยงลดลง ทั้งหมดนี้ทำให้การรับความรู้สึกของฟันลดลงด้วย นอกจากนี้ เนื้อเยื่อโพรงประสาทฟันของผู้สูงอายุ อาจเกิดก้อนเนื้อซึ่งเป็นหินปูนขึ้นภายใน ประกอบกับขนาดของรากฟันที่เล็กตึบลงกว่าเดิม ทำให้การรับความรู้สึกน้อยลง อาจก่อให้เกิดความยุ่งยากในการรักษาคลองรากฟัน หากฟันขึ้นนั้นๆ จำเป็นต้องรับการรักษาฟันต่อไป

2.1.4 เคลือบรากฟัน

เป็นโครงสร้างของฟันที่คลุมเนื้อฟันของส่วนราก ต่อเนื่องจากเคลือบฟัน การเปลี่ยนแปลงเป็นลักษณะเดียวกันกับเนื้อฟัน คือ มีการสร้างเคลือบรากฟันเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ตามอายุที่สูงขึ้น เคลือบรากฟันด้านนอกรอบๆ รากฟันจะหนาตัวขึ้น โดยเฉพาะบริเวณปลายรากฟัน หากฟันขึ้นนั้นๆ ได้รับการกระตุ้นจากการใช้งานหรือจากสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เช่น ฟันสึก การสร้างเคลือบรากฟันจะมากยิ่งขึ้นเพื่อชดเชยกับความสูงของฟันที่สึกไป นอกจากนี้ การร่นของเหงือกซึ่งเกิดขึ้นตามธรรมชาติในผู้สูงอายุ จะส่งผลให้เคลือบรากฟันเผยขึ้นในช่องปากและมีการเปลี่ยนสีไป

2.2 การเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อช่องปาก

อวัยวะในช่องปาก เช่น เหงือก ลิ้น เพดานปาก กระพุ้งแก้ม จะปกคลุมด้วย “เยื่อเมือกในช่องปาก” เมื่ออายุมากขึ้นเยื่อเมือกเหล่านี้จะมีการเปลี่ยนแปลง ทั้งโครงสร้างและการทำงาน โดยลักษณะของเยื่อเมือกในช่องปากจะเรียบแบน บางมากขึ้น และยืดหยุ่นได้น้อย มีความต้านทานลดลง สามารถถูกทำลายได้ง่ายขึ้น ส่วนพื้นผิวของลิ้นจะมีตุ่มรับรสลดลง ทำให้การรับรสเสื่อมลง รับประทานอาหารไม่ได้รับรสชาติ และเป็นแผลหรือแสบลิ้นได้ง่าย หากมีการขาดสารอาหารบางอย่าง เช่น เหล็ก หรือวิตามิน B รวม ร่วมด้วย การเปลี่ยนแปลงนี้จะมีได้มากขึ้น นอกจากนี้เส้นเลือดและเส้นประสาทที่มายังเยื่อช่องปากจะลดลงด้วย โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดดำที่ลิ้นที่เห็นได้ค่อนข้างชัดเจน เห็นเป็นเส้นเลือดขดและเกิดปุ่มเล็กๆ ขึ้น

ส่วนเหงือก ซึ่งเป็นอวัยวะช่องปากที่สำคัญต่อฟัน โดยเหงือกที่อยู่รอบ ๆ ฟันจะ “ร่น” และเปิดเผยคอฟันให้เห็นมากกว่าเดิม ไม่ว่าจะมียาธาติสภาพหรือไม่ก็ตาม แต่หากมียาธาติสภาพ เช่น เหงือกอักเสบ การร่นจะยิ่งมากขึ้นจนเปิดให้เห็นคอฟันหรือรากฟัน

2.3 การเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อปริทันต์

เยื่อปริทันต์ หมายถึง อวัยวะที่อยู่รอบตัวฟัน ได้แก่

2.3.1 กระดูกเบ้าฟัน

การเปลี่ยนแปลงของกระดูกเบ้าฟัน จะมีลักษณะคล้ายคลึงกับกระดูกส่วนอื่นๆ ของร่างกาย เช่น การเกิดภาวะกระดูกพรุน การไหลเวียนโลหิตภายในกระดูกลดลง การสร้างและละลายของกระดูกซ้าง เซลล์ในการสร้างกระดูกมีจำนวนลดลง และกรณีมีการบาดเจ็บกับกระดูก การหายของแผลจะซ้างลง กระดูกรอบรากฟันจะบางลงและพรุนมากขึ้น ทั้งนี้ เนื่องจากอัตราการละลายตัวของกระดูกเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในสตรีวัยหมดประจำเดือน การบางลงของกระดูกดังกล่าวส่วนหนึ่งอาจเป็นผลมาจากอวัยวะต่างๆ ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการทำงานลดลง ประกอบกับกระดูกส่วนที่เหลือในบริเวณดังกล่าว ไม่สามารถสร้างตัวเองขึ้นมาใหม่ได้ เนื่องจากกระดูกเบ้าฟันนี้มีความสมบัติเพียงปรับหรือเปลี่ยนรูปร่างได้เท่านั้น

การเปลี่ยนแปลงอีกอย่างหนึ่งที่พบได้ในกระดูกผู้สูงอายุคือ ภาวะกระดูกเปราะ ซึ่งเกิดเมื่อมีการตายของเซลล์กระดูก และมีการสะสมของแร่ธาตุจนเต็มบริเวณที่เซลล์เคยอยู่ ลักษณะดังกล่าวนี้จะพบมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น และทำให้กระดูกบริเวณนั้นๆ อยู่ในภาวะที่มีแร่ธาตุสูงเกินไป และไม่มีชีวิต เป็นผลให้กระดูกเปราะและง่ายต่อการแตกหัก ผิวกระดูกเบ้าฟันจะมีลักษณะไม่เรียบ เนื่องจาก มีการละลายตัวมากกว่าการสร้างทดแทน

2.3.2 เอ็นยึดปริทันต์

ตัวฟันอยู่ในกระดูกเบ้าฟันหรือยึดติดกับกระดูกเบ้าฟันได้ด้วย “เอ็นยึดปริทันต์” ซึ่งประกอบด้วยเส้นใยคอลลาเจนขนาดใหญ่และเล็ก ชนิดแข็งแรงและยืดหยุ่นเป็นจำนวนมาก เอ็นยึดปริทันต์จึงไม่ใช่แค่อึดพันไว้กับกระดูกเบ้าฟันเท่านั้น ยังช่วยรองรับและผ่อนแรงกระแทกจากการบดเคี้ยวโดยตัวฟันด้วย

เอ็นยึดปริทันต์ของผู้สูงอายุจะมีจำนวนเส้นใยน้อยลง เนื่องจากการสร้างเส้นใยทดแทนทำได้ซ้างลง ดังนั้น เมื่อเป็นโรคปริทันต์อักเสบ การทำลายจะเป็นไปอย่างรุนแรงและรวดเร็ว ฟันจึงโยกคลอน เพราะขาดเอ็นยึดปริทันต์ และกระดูกเบ้าฟันถูกทำลายไปด้วยเช่นกัน โรคปริทันต์อักเสบจึงเป็นโรคหนึ่งที่น่าอันตรายสำหรับผู้สูงอายุ และเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียฟันในผู้สูงอายุ

2.4 การเปลี่ยนแปลงของต่อมน้ำลายและน้ำลาย

โดยธรรมชาติ น้ำลายจะเป็นตัวช่วยหล่อเลี้ยง และป้องกันอันตรายต่อเนื้อเยื่อในช่องปาก ในผู้สูงอายุ ต่อมน้ำลายจะมีการฝ่อลีบและมีพังผืดมากขึ้น ทำให้น้ำลายถูกขับออกมาน้อยลงตามลำดับ เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีอาการปากแห้ง มีความรู้สึกแสบร้อนในปาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากต้องใช้ฟันเทียมทั้งปาก น้ำลายจะเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยยึดฟันเทียมให้ติดแน่นได้ดีในช่องปาก

ผู้สูงอายุจึงควรจิบน้ำบ่อยๆ เพื่อช่วยให้ช่องปากยังคงมีความชุ่มชื้นและหล่อลื่น ทดแทนจำนวนน้ำลายที่ลดลง

3. สถานการณ์สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

3.1 การมีฟันธรรมชาติที่ใช้งานได้

จำนวนฟันธรรมชาติที่มีอยู่ในช่องปากถือเป็นดัชนีบ่งชี้ถึงคุณภาพของสุขภาพช่องปาก การรายงานสภาวะสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงนิยมรายงานเป็นจำนวนฟันธรรมชาติที่ใช้งานได้ที่เหลืออยู่ในช่องปาก องค์การอนามัยโลกกำหนดตัวชี้วัดสำหรับสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุว่าผู้สูงอายุควรมีฟันที่ใช้งานได้ (functional teeth) อย่างน้อย 20 ซี่ ด้วยเหตุผลที่ว่าจำนวนฟันอย่างน้อย 20 ซี่ จะทำให้ผู้สูงอายุ สามารถใช้เคี้ยวอาหาร ใช้พูดคุย และเข้าสังคมได้อย่างเป็นปกติสุขได้ระดับหนึ่ง (พัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันท์, 2558)

ในการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศของไทยครั้งที่ 7 เมื่อปี พ.ศ. 2555 รายงานว่า ประชากรสูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งเล็กน้อย (ร้อยละ 54.8) มีฟันที่ใช้งานได้ (functional teeth) อย่างน้อย 20 ซี่ (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2556) ข้อมูลการสำรวจผู้สูงอายุไทยระดับชาติ ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ.2550 สำรวจผู้สูงอายุจาก 76 จังหวัด จำนวนผู้สูงอายุที่ อายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการสำรวจ 30,427 คน การสำรวจครั้งนี้ได้กำหนดให้การมีฟันใช้งานได้มากกว่า 20 ซี่ขึ้นไป เป็นตัวแปรหนึ่งในการสำรวจ พบสัดส่วนผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60-74 ปี และ 75 ปีขึ้นไป มีฟันใช้งานได้มากกว่า 20 ซี่ขึ้นไป ร้อยละ 54.7 และ 26.7 ตามลำดับ ถือว่าข้อมูลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุไทย จากการสำรวจทั้ง 2 ชุด สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลกที่ตั้งไว้ว่า อย่างน้อยร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุควรมีฟันใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่

นอกจากนี้ในงานวิจัยด้านทันตสาธารณสุขยังนิยมรายงานแยกเป็นสัดส่วนผู้สูงอายุที่มี จำนวนฟัน 0 หรือมีการสูญเสียฟันทั้งปาก การมีฟันเหลือในปาก 1-19 ซี่ และการมีฟันในช่องปาก 20 ซี่ ขึ้นไป ในการศึกษาผู้สูงอายุในเชียงใหม่ 623 คน พบว่า มีสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีฟัน 20 ซี่ขึ้นไป ร้อยละ 57.6 สัดส่วนผู้สูงอายุที่มีฟัน 1-19 ซี่ ร้อยละ 30.5 และผู้ที่ไม่มีฟันเหลือเลย ร้อยละ 11.9 ซึ่งถึงแม้จะเป็นข้อมูลที่ศึกษาในปี พ.ศ. 2540 แต่สัดส่วนการมีฟันแท้ที่ใช้งานได้ของผู้สูงอายุเชียงใหม่ผ่านเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกและมีสัดส่วนที่สูงกว่าข้อมูลระดับชาติ สำรวจในปี พ.ศ.2555 ภาพรวมการมีฟันธรรมชาติที่ใช้งานได้ในผู้สูงอายุไทย ในระยะเวลา 10 กว่าปีที่ผ่านมา ถือว่าอยู่ในระดับค่อนข้างดี (พัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันท์, 2558)

และจากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ในประเทศไทย ครั้งที่ 5, 6, 7 และ 8 ในปี พ.ศ. 2543, พ.ศ. 2550, พ.ศ. 2555 และ พ.ศ. 2560 ตามลำดับ พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มอายุ 60 – 74 ปีที่มีฟันใช้งานได้ 20 ซี่ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 49.0, 54.8, 57.8 และ 56.1

ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีฟันใช้งานได้ 20 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มที่ดีขึ้น (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561ข)

3.2 การสูญเสียฟัน

การสูญเสียฟันส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการสูญเสียฟันทั้งปาก สัดส่วนผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันทั้งปากเป็นตัวชี้วัดสุขภาพช่องปากที่สำคัญ บ่งบอกถึงสุขภาพของประชากรในด้านความสามารถในการทำงานของช่องปากและระบบการดูแลสุขภาพช่องปากของแต่ละท้องถิ่น เนื่องจากเป้าหมายสูงสุดของระบบการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากก็เพื่อให้ผู้สูงอายุมีฟันธรรมชาติที่ใช้งานได้คงอยู่ในช่องปากให้มากที่สุดและนานที่สุดตลอดอายุขัย

ในอดีต สัดส่วนผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันทั้งปากในประเทศที่พัฒนาแล้วมีค่าสูงกว่าประเทศกำลังพัฒนา ปัจจุบันแนวโน้มการสูญเสียฟันในประเทศที่พัฒนาแล้วเริ่มลดลง เนื่องจากมีการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากอย่างดี ทำให้ฟันธรรมชาติคงอยู่ในปากได้นานขึ้น อาจเป็นเพราะในอดีตที่ผ่านมา ผู้สูงอายุมีวิถีชีวิตและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุสูงกว่า เช่น นิยมกินอาหารหวานมากกว่า นอกจากนี้ประเทศที่พัฒนาแล้วยังมีระบบบริการทันตกรรมที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าถึงบริการทันตกรรมมากกว่า อาจทำให้ฟันที่ใช้งานไม่ได้ เช่น ฟันที่ผุ หรือเป็นโรคปริทันต์อย่างรุนแรงที่ไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้ ได้รับการถอนฟัน ทำให้สัดส่วนการสูญเสียฟันทั้งปากสูง ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนามีโอกาสเข้าถึงบริการทันตกรรมน้อย ผู้สูงอายุยังมีฟันที่ใช้งานไม่ได้ เหลืออยู่ในช่องปาก เช่น เหลือเป็นเศษรากฟันหรือเป็นฟันที่โยก แต่ยังคงอยู่ในช่องปากทำให้ง่ายถูกจัดอยู่ในกลุ่มผู้ที่ยังมีฟันเหลือในช่องปาก (พัชรวารธรณ ศิริศิลป์พันธ์, 2558)

จากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ในประเทศไทย ครั้งที่ 5, 6, 7 และ 8 ในปี พ.ศ. 2543, พ.ศ. 2550, พ.ศ. 2555 และ พ.ศ. 2560 ตามลำดับ พบว่า ผู้ที่สูญเสียฟันทั้งปาก ในกลุ่มอายุ 60 – 74 ปี คิดเป็นร้อยละ 8.2, 10.5, 7.2 และ 8.7 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า สัดส่วนผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันทั้งปากมีแนวโน้มคงที่ (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561ข)

3.3 จำนวนฟันคู่สบในฟันหลัง

จำนวนฟันธรรมชาติที่คงเหลือในช่องปากในสภาพใช้งานได้อาจไม่สามารถบอกภาพรวมการใช้งานของฟันธรรมชาติที่เหลือได้อย่างแท้จริง เนื่องจากการประเมินทางคลินิกขึ้นกับความรู้สึของผู้ประเมินแต่ละคน นอกจากนี้ฟันที่เหลืออยู่อาจมีการกระจายในตำแหน่งต่างๆ กันในช่องปาก อาจอยู่ในขากรรไกรบนทั้งหมดหรือเป็นส่วนใหญ่ หรืออยู่ในขากรรไกรล่างเป็นส่วนใหญ่ได้เช่นกัน จึงไม่สามารถบ่งบอกถึงการทำงานของฟันอย่างแท้จริง การมีฟันสบกันเป็นคู่ในบริเวณที่ใช้บดเคี้ยวน่าจะเป็นตัวบ่งถึงคุณภาพการใช้งานของฟันได้ดีกว่า จึงมีดัชนีบ่งชี้ตัวใหม่เรียกว่า Posterior Occlusal Pairs หรือชื่อย่อว่า POPs ซึ่งหมายถึงจำนวนคู่สบของฟันกรามในบริเวณที่ใช้บดเคี้ยว ใน

คนที่ไม่มีฟันครบ 32 ซี่ มีจำนวน POPS ข้าง 5 คู่ รวมทั้งปากเป็น 10 คู่ ในคนที่ไม่มีฟัน 28 ซี่ มีจำนวน POPS ข้างละ 4 คู่ รวมทั้งปากเป็น 8 คู่ โดยทั่วไปนิยมรายงานจำนวนฟันครบ 28 ซี่ หรือ POPS 8 คู่ POPS ถือว่าเป็นดัชนีบ่งชี้ถึงการทำงานของระบบบดเคี้ยว จำนวน POPS ที่เป็นเกณฑ์มาตรฐานบ่งชี้ถึงการทำงานที่พึงพอใจของระบบบดเคี้ยวกำหนดไว้อยู่ที่ 4 คู่ขึ้นไป ดังนั้นการมีคู่สบของฟัน 4 คู่ขึ้นไป ได้รับการยอมรับว่าระบบบดเคี้ยวสามารถทำงานได้ในระดับหนึ่ง (พัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันท์, 2558)

ข้อมูลจากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับชาติ ในประเทศไทย ครั้งที่ 7 และ 8 ในปี พ.ศ. 2555 และ พ.ศ. 2560 เปรียบเทียบกัน พบว่า ร้อยละของผู้มีคู่สบฟันหลังครบ 4 คู่ สบขึ้นไป เท่ากับ 43.3 และ 40.2 ตามลำดับ โดยคิดเป็นค่าเฉลี่ยคู่สบฟันหลังได้เท่ากับ 3.2 และ 3.0 คู่ ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีคู่สบฟันหลังมีแนวโน้มที่ลดลง (ไม่มีการสำรวจร้อยละของผู้มีคู่สบฟันหลังครบ 4 คู่สบ ในปี พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2550) (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2556, 2561ข)

3.4 โรคฟันผุ

3.4.1 ฟันผุบนตัวฟัน

ผู้สูงอายุมีอายุยืนมากขึ้นและมีแนวโน้มจะรักษาฟันธรรมชาติให้คงอยู่ในช่องปากได้นานขึ้น ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดฟันผุได้ในอัตราที่สูงขึ้น จากการศึกษาวิจัย พบว่า โอกาสที่จะเกิดฟันผุในผู้สูงอายุที่ใกล้เคียงกับกลุ่มวัยรุ่น จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ในไอโอวา (Iowa) นอร์ทแคโรไลนา (North Carolina) ประเทศแคนาดา ในออนแทรีโอ (Ontario) และประเทศออสเตรเลีย ในออสเตรเลียได้ พบค่าเฉลี่ยฟันผุเพิ่มขึ้นในเวลา 3 ปี โดยฟันผุบนตัวฟันพบค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.6-2.7 ซี่ต่อคน ฟันผุที่รากฟันพบค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 0.6-2.2 ซี่ต่อคน ซึ่งเป็นอัตราการเกิดฟันผุที่ใกล้เคียงกับการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นในประเทศสวีเดน ฟินแลนด์ และนิวซีแลนด์ (Thomson, 2004 อ้างถึงใน พัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันท์, 2558)

คนเรามีโอกาสเกิดฟันผุได้ตลอดชีวิตตราบใดที่ยังไม่สามารถทำความสะอาดปากและฟันได้อย่างแท้จริง และยังมีนิสัยชอบกินอาหารที่ทำให้เกิดฟันผุง่าย เช่น พวกของหวาน ขนมเหนียวๆ กันไม่เป็นเวลา นอกจากนี้เมื่อผู้สูงอายุมีฟันธรรมชาติคงอยู่ในช่องปากมากขึ้น และมีฟันที่เคยดูแลรักษาแล้วในช่องปาก ฟันที่ผุเดิมหากมีการอุดฟันมานานแล้วต้องคอยตรวจดูว่าวัสดุอุดเดิมแตก ร้าว หดตัวลง ทำให้ขอบวัสดุมีช่องว่างที่ทำให้พวกเศษอาหารมาเกาะกักอยู่ ทำให้มีโอกาสเกิดฟันผุขึ้นมาใหม่รอบๆ ขอบรอยผุเดิมได้ (พัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันท์, 2558)

ข้อมูลจากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ในประเทศไทย ครั้งที่ 6, 7 และ 8 ในปี พ.ศ. 2550, พ.ศ. 2555 และ พ.ศ. 2560 ตามลำดับ พบว่า ผู้สูงอายุ กลุ่มอายุ 60-74 ปี มีประสบการณ์ฟันผุ/ถอน/อุด ร้อยละ 96.15, 97.1 และ 98.5 ตามลำดับ เป็นฟันผุที่ยังไม่ได้

รับการรักษา ร้อยละ 54.50, 48.3 และ 52.6 ตามลำดับ โดยคิดเป็นค่าเฉลี่ยฟันผุ/ถอน/อุด จำนวน 15.85, 14.9 และ 15.9 ซี่/คน ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการเกิดโรคฟันผุในผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2551; สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2556, 2561ข)

3.4.2 ฟันผุที่รากฟัน

ผู้สูงอายุมีโอกาสเป็นโรคฟันผุบริเวณรากฟัน ซึ่งอาจมีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงสภาวะในช่องปาก เช่น สภาวะเหงือกกรัน มีการสลายตัวของกระดูกเบ้าฟัน ทำให้ส่วนรากฟันโผล่ขึ้นมาในช่องปาก สภาวะปากแห้งจากปริมาณน้ำลายที่ลดลง ฟันผุที่รากฟันเกิดจากการที่ส่วนผิวเคลือบรากฟันสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมในช่องปาก ทำให้จุลินทรีย์ในแผ่นจุลินทรีย์สามารถมาเกาะโดยรอบส่วนของรากฟันที่เปิดอยู่ ทำให้บริเวณคอรากฟันเป็นที่เก็บกักของจุลินทรีย์ต่างๆ กอปรกับเนื้อฟันบริเวณผิวรากฟันละลายได้ง่าย ทำให้ฟันผุได้ง่ายขึ้นและลุกลามได้รวดเร็ว

ข้อมูลจากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับชาติ ในประเทศไทย ครั้งที่ 6, 7 และ 8 ในปี พ.ศ. 2550, พ.ศ. 2555 และ พ.ศ. 2560 ตามลำดับ พบว่า ผู้สูงอายุ กลุ่มอายุ 60 – 74 ปี มีรากฟันผุ ร้อยละ 20.17, 12.7 และ 16.5 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการมีรากฟันผุในผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่ลดลง (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2551; สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2556, 2561ข)

ความชุกของฟันผุที่รากฟันในประเทศที่พัฒนาแล้วเริ่มมีแนวโน้มลดลงเช่นเดียวกับความชุกของฟันผุนตัวฟัน ฟันผุที่รากฟันมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียเนื้อเยื่อปริทันต์ (Loss of Periodontal Attachment) นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านฐานะ เศรษฐกิจสังคม ระดับการศึกษา จำนวนฟันที่เหลือในช่องปาก การใช้บริการทันตกรรม ระดับการดูแลอนามัยในช่องปาก การมีพฤติกรรมป้องกัน และการกินยาหลายๆ ชนิดในผู้สูงอายุ ในผู้สูงอายุการมีภาวะน้ำลายน้อยถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการจะเกิดฟันผุ โดยเฉพาะกลุ่มที่ได้รับการฉายรังสีเพื่อรักษาโรคมะเร็ง นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุชอบอมลูกอมที่มีรสหวานเพื่อแก้อาการปากแห้ง หรือการอาศัยอยู่ในสถานบริการระยะยาว การใส่ฟันปลอมชนิดถอดได้ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุที่รากฟัน (พัชรารัตนศรีศิลป์นันท์, 2558)

3.5 โรคปริทันต์

โรคปริทันต์เป็นหนึ่งในสองของโรคในช่องปากที่สำคัญคู่กับโรคฟันผุ และมีความสัมพันธ์กับโรคเรื้อรัง โรคปริทันต์ได้รับการยอมรับระดับโลกว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรโลก เพราะมีอัตราความชุกสูงในทุกพื้นที่ โรคปริทันต์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงหลายอย่าง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ ภาวะโภชนาการที่ไม่ดี ความเครียด การดูแลอนามัยร่างกายและช่องปากไม่ดี ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงร่วม (Common

Risk Factors) กับโรคเรื้อรังหลายโรคโดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่สำคัญที่สุด 3 โรค ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน และถุงลมโป่งพอง

โรคปริทันต์เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียฟัน การจัดเก็บข้อมูลสถานะปริทันต์ในระดับประเทศหรือระดับโลก จึงมีประโยชน์ในการรายงานถึงความชุกและความรุนแรงของโรค เพื่อการติดตาม เฝ้าระวัง และควบคุมกำกับการกระจายของโรคในประชากร ในระดับโลกสถานะปริทันต์อักเสบรุนแรง ส่วนใหญ่พบได้ในร้อยละ 10 – 15 ของประชากรโลกกลุ่มวัยผู้ใหญ่ อัตราความชุกและความรุนแรงของโรคปริทันต์ในพื้นที่ต่าง ๆ ในโลกแตกต่างกันไปและสัมพันธ์กับปัจจัยบ่งสุขภาพ (Determinants of Health) เช่น สภาวะสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ (พัชรารวรรณ ศรีศิลป์นนท์, 2558)

ประเทศไทย จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับชาติโดยใช้ดัชนี Community Periodontal Index (CPI) โรคปริทันต์อักเสบ เริ่มพบมากในวัยผู้ใหญ่ และพบรอยโรคชัดเจนขึ้นในวัยสูงอายุ จากข้อมูลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับชาติ ในประเทศไทย ครั้งที่ 6, 7 และ 8 ในปี พ.ศ. 2550, พ.ศ. 2555 และ พ.ศ. 2560 ตามลำดับ พบว่า ในปี พ.ศ. 2550 พบผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60-74 ปี มีความชุกของการเป็นโรคปริทันต์อักเสบชนิดที่มีร่องลึกปริทันต์ 4-5 มิลลิเมตร ร้อยละ 15.40 มีร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ 6 มิลลิเมตรขึ้นไป ร้อยละ 68.8 ในปี 2555 พบมีร่องลึกปริทันต์ 4-5 มิลลิเมตร ร้อยละ 20.7 มีร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ 6 มิลลิเมตรขึ้นไป ร้อยละ 11.4 และในปี 2560 พบมีร่องลึกปริทันต์ 4-5 มิลลิเมตร ร้อยละ 24.1 มีร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ 6 มิลลิเมตรขึ้นไป ร้อยละ 12.2 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่พบมีร่องลึกปริทันต์ 4-5 มิลลิเมตร มีแนวโน้มที่มากขึ้น และผู้สูงอายุที่พบมีร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ 6 มิลลิเมตรขึ้นไป มีแนวโน้มที่ลดลง (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2551; สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2556, 2561ข)

3.6 การรับบริการทางทันตกรรม

ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการเดินทาง การไปรับบริการทันตกรรมยังสถานพยาบาลจึงเป็นเรื่องลำบากสำหรับผู้สูงอายุ จากข้อมูลสถานการณ์สุขภาพช่องปากระดับชาติบ่งบอกว่าผู้สูงอายุไทย มีปัญหาสุขภาพช่องปาก จากการสำรวจศึกษาสุขภาพช่องปากครั้งที่ 8 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60-74 ปี รายงานว่า ไปรับบริการทันตกรรมเพียงร้อยละ 38.6 สาเหตุหลักของการไปรับบริการส่วนใหญ่ร้อยละ 32.0 เนื่องจากปวดฟัน เสียวฟัน รongลงมา คือ ต้องการตรวจ (ยังไม่มีอาการ) (ร้อยละ 21.8), มีหินน้ำลาย (ร้อยละ 15.5), มีฟันผุ (ร้อยละ 14.3) และ ต้องการใส่ฟันเทียม (ร้อยละ 13.5) ตามลำดับ (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561ข)

หากมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากขึ้น การรับบริการทันตกรรมจะเป็นปัญหาที่ทันตบุคลากรต้องมีการวางแผนให้บริการเพื่อให้ครอบคลุมผู้สูงอายุกลุ่มนี้ การออกหน่วยบริการไปยังชุมชน การจัดบริการรถรับ-ส่งผู้สูงอายุ หรือการเพิ่มการตรวจสภาวะช่องปากด้วยตนเอง

หรือโดยผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอ การมีหน่วยเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากอย่างน้อยปีละครั้ง จะช่วยลดภาวะที่จะเกิดขึ้นจากการเป็นโรคในช่องปากผู้สูงอายุ (พัชรารวรรณ ศรีศิลปน์พันธ์, 2558)

กล่าวโดยสรุปได้ว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ภาวะในช่องปากจะมีการเสื่อมสภาพลง เช่นเดียวกับอวัยวะส่วนอื่นๆ ของร่างกาย และปัญหาที่สำคัญ คือ การสูญเสียฟัน ซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากโรคฟันผุ และโรคปริทันต์ สุขภาพช่องปาก มีความสำคัญต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากที่ดี มีฟันธรรมชาติใช้งานได้อย่างเพียงพอ และเหมาะสม จะส่งผลให้สามารถเคี้ยวอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถยิ้ม หัวเราะ และเข้าสังคมได้อย่างมั่นใจ แต่ในทางกลับกัน การถูกถอนฟันไปเป็นจำนวนมาก จะส่งผลต่อประสิทธิภาพการบดเคี้ยว ทำให้เคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียด ทานอาหารได้ไม่หลากหลาย ส่งผลต่อการได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายได้ นอกจากนี้ การสูญเสียฟันบริเวณฟันหน้า อาจส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิตด้วยเนื่องจากขาดความมั่นใจในการเข้าสังคม ไม่กล้ายิ้ม และไม่กล้าหัวเราะ ผู้สูงอายุที่มีฟันใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ และมีฟันหลังใช้งานได้น้อยกว่า 4 คู่สบ จะถือว่ามีประสิทธิภาพในการใช้งานโดยจากสถานการณ์สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุของไทยในปัจจุบัน พบว่า ผู้สูงอายุมีฟันใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ขึ้นไป มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น แต่การมีฟันหลังครบ 4 คู่สบขึ้นไป มีแนวโน้มที่ลดลง

นโยบายด้านกลยุทธ์ในการส่งเสริมการใส่ฟันเทียมในประเทศไทย

ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข กำหนดเป้าหมายให้คนไทย ควรมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี ช่วยเหลือตนเองได้ (Health-Adjusted Life expectancy: HALE) ไม่น้อยกว่า 75 ปี ปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับอายุขัย คือ การมีฟันเคี้ยวอาหารได้ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2560-2564 ของกรมอนามัย มีเป้าประสงค์ที่สอดคล้อง คือ ต้องการให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ดูแลตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีตัวชี้วัด คือ 1) อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) เพิ่มขึ้น และ 2) ผู้สูงอายุมีฟันแท้อย่างน้อย 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบ เพิ่มขึ้น (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561ก)

คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบในหลักการของแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ. 2558 – 2565 ซึ่งเป็นแผนที่มีการทำงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยกันพัฒนาให้บรรลุเป้าประสงค์ คือ 1) ผู้สูงอายุทุกกลุ่มทั้งกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง ได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากต่อเนื่องและมีคุณภาพ และ 2) ชุมชน ท้องถิ่น มีขีดความสามารถในการดูแลส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ โดยผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากดี มีฟันใช้งานอย่างเหมาะสม (อย่างน้อย 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบ) โดยมีนวัตกรรมเพื่อการดูแลอย่างครบวงจรรองรับ

การดำเนินงานในปี พ.ศ.2562 มีเป้าหมายผลลัพธ์ คือ ร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากดี มีฟันใช้งานได้อย่างเหมาะสม (20 ซี่ หรือ 4 คู่สบฟันหลัง)

และมีเป้าหมายผลผลิต คือ

1. ผู้สูงอายุทั่วประเทศ 5 ล้านคน ได้รับการดูแลสุขภาพช่องปาก โดย
 - 1.1 ได้รับบริการใส่ฟันเทียม 40,000 ราย
 - 1.2 ได้รับบริการสร้างเสริมป้องกัน จากหน่วยบริการปฐมภูมิ 7,000 แห่ง
 - 1.3 ได้รับความรู้ในการดูแลอนามัยช่องปากตนเอง ผ่านการมีส่วนร่วมของชมรม ชุมชน และท้องถิ่น 5,000 ชมรม

2. มีรูปแบบ/แนวทาง/นวัตกรรมเพื่อการสร้างเสริม และแก้ปัญหาสุขภาพช่องปาก ในกลุ่มผู้สูงอายุครบวงจรใน 4 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ การสูญเสียฟัน มะเร็งช่องปาก สภาวะช่องปากที่สัมพันธ์กับโรคทางระบบ และปริทันต์ (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561ก)

1. โครงการฟันเทียมพระราชทาน

โครงการฟันเทียมพระราชทาน เป็นส่วนหนึ่งในยุทธศาสตร์ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขที่มีความตระหนักถึงปัญหาการสูญเสียฟัน และการไม่มีฟันในช่องปากของผู้สูงอายุ

ประวัติความเป็นมาของโครงการฟันเทียมพระราชทานนั้น เกิดขึ้นจาก ในปี พ.ศ. 2543 – 2544 กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60 – 74 ปี มีการสูญเสียฟัน ร้อยละ 92 มีฟันใช้งาน 20 ซี่ขึ้นไป เพียงร้อยละ 49.0 แสดงว่าให้เห็นว่ามีผู้สูงอายุร้อยละ 51 หรือประมาณ 3 ล้านคน จำเป็นต้องได้รับการใส่ฟันเทียม นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังมีการสูญเสียฟันทั้งปากร้อยละ 8.2 หรือประมาณ 470,000 คน ที่ต้องได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปาก (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2548)จากข้อมูลดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขตระหนักว่า ยังมีผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากที่ต้องการบริการใส่ฟันเทียมเพื่อทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไป และจำเป็นต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน

แต่เนื่องจาก การใส่ฟันเทียมเป็นเทคโนโลยีเฉพาะ มีค่าใช้จ่ายสูง และทันตบุคลากรภาครัฐมีจำนวนจำกัด ดังนั้นเพื่อเป็นการเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ในวาระมหามงคล 80 พรรษา ในปี พ.ศ.2550 กระทรวงสาธารณสุข จึงจัดทำโครงการ “ฟันเทียมพระราชทาน” เพื่อการรณรงค์ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ซึ่งได้รวมพลังทุกโรงพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย มูลนิธิ พอ.สว. กรุงเทพมหานคร รวมทั้งมหาวิทยาลัยต่างๆ องค์กรวิชาชีพ และภาคเอกชน โดยกำหนดเป้าหมาย ระยะเวลาดำเนินการ 3 ปี ตั้งแต่ ตุลาคม 2548 - กันยายน 2550 ให้ผู้สูงอายุ 80,000 ราย ได้รับการใส่ฟันเทียม และเมื่อสิ้นสุดโครงการผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 มีฟันใช้เคี้ยวอาหารได้อย่างเหมาะสม

ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2548 สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้เห็นความสำคัญ และสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงาน อันประกอบไปด้วย การตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ การจัดบริการใส่ฟันเทียม การพัฒนาบุคลากร การรณรงค์ การผลิตสื่อคู่มือต่างๆ การพัฒนาระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงกันทุกระดับ และระบบการติดตาม การตรวจสอบ โดยมุ่งหวังให้เป็นจุดตั้งต้นของระบบบริหารจัดการ ในลักษณะ Vertical Program ที่มีประสิทธิภาพ และพัฒนาอย่างต่อเนื่องไปในอนาคต นับได้ว่าสิ่งนี้เป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาระบบบริการทันตกรรมที่ต้องการตอบสนองความจำเป็นและความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2548)

ในปัจจุบัน โครงการฟันเทียมพระราชทานยังคงเป็นโครงการต่อเนื่องที่เป็นหนึ่งในพันธะสัญญาของกระทรวงสาธารณสุขต่อประชาชนเช่นเดิม นอกจากนี้เพื่อเฉลิมพระเกียรติเนื่องในวาระ มหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 84 พรรษา ในวันที่ 5 ธันวาคม พ.ศ. 2554 และการแก้ปัญหาการสูญเสียฟันและการไม่มีฟันบดเคี้ยวอาหารในผู้สูงอายุที่ยังพบอีกจำนวนมากแล้ว กระทรวงสาธารณสุขยังได้เพิ่มภารกิจในด้านการส่งเสริมและการสร้างสุขนิสัยในการดูแลความสะอาดช่องปาก ทั้งฟันแท้และฟันเทียมเพิ่มขึ้นด้วย เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลอนามัยช่องปาก และคงสภาพช่องปากที่ดีไว้ให้นานที่สุด นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผลการดำเนินงาน พบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 – 2561 ได้มีจัดบริการใส่ฟันเทียมโครงการฟันเทียมพระราชทาน เป็นจำนวนทั้งสิ้น 586,561 ราย (กลุ่มพัฒนาทันตสุขภาพวัยทำงานและผู้สูงอายุ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2562) และในปี พ.ศ. 2562 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดกรอบการดำเนินงาน เพื่อตั้งเป้าหมายผลผลิตในการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ โดยกำหนดให้ผู้สูงอายุทั่วประเทศ 5 ล้านคน ได้รับการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยได้รับการใส่ฟันเทียม จำนวน 40,000 ราย (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561ก)

โรงพยาบาลลานกระบือ เป็นหนึ่งในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฟันเทียมพระราชทาน เพื่อดำเนินการใส่ฟันเทียมให้กับผู้สูงอายุในพื้นที่ของอำเภอลานกระบือ จากข้อมูลการใช้บริการใส่ฟันเทียมในอำเภอลานกระบือ พบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 – 2562 มีผู้สูงอายุมาเข้าคิวเพื่อรับบริการใส่ฟันเทียมเป็นจำนวน 759 คน โดยในปี พ.ศ. 2562 มีผู้สูงอายุมาเข้าคิวเพื่อรับบริการใส่ฟันเทียมจำนวน 98 คน (งานทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลลานกระบือ, 2562) แต่จากข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ 60-74 ปี ในปี พ.ศ. 2562 จำนวน 2,136 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ มีจำนวน 1,024 คน คิดเป็นร้อยละ 47.94 และผู้สูงอายุที่มีฟันคู่สบเป็นฟันแท่น้อยกว่า 4 คู่สบ มีจำนวน 1,175 คน คิดเป็นร้อยละ 55.01 (งานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร, 2562) แสดงให้เห็นว่า ในปี พ.ศ. 2562 มีผู้สูงอายุมา

เข้าคิวเพื่อรับบริการใส่ฟันเทียมเพียงประมาณ ร้อยละ 9 ของผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องใส่ฟันเทียมจากการสำรวจนี้เท่านั้น

2. ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชนตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2544 โดยระบบหลักประกันสุขภาพของภาครัฐ 3 กองทุนหลัก ได้แก่ หลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการรักษายาพยาบาลสำหรับข้าราชการ และประกันสังคมครอบคลุม ประชากรร้อยละ 99.15 (ร้อยละ 75.3, 7.5 และ 16.4 ตามลำดับ) โดยทั้ง 3 กองทุน ได้บรรจุสิทธิประโยชน์ด้านบริการทางทันตกรรมไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ ทำให้ประชากรไทย มีสิทธิประโยชน์พื้นฐานในการรับบริการทางทันตกรรม รวมทั้งการใส่ฟันเทียมด้วย แต่อย่างไรก็ตามทั้ง 3 กองทุนนั้น จะมีข้อกำหนดในการใช้บริการที่แตกต่างกัน (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2562)

2.1 ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เกิดจากการที่รัฐบาลมีความตั้งใจที่จะทำให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพโดยถ้วนหน้า และได้ริเริ่มนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคขึ้น โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 5 กำหนดให้ บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติ ซึ่งบุคคลในที่นี่ หมายถึง บุคคลที่มีสัญชาติไทย ดังนั้นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ บุคคลที่มีสัญชาติไทย มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก และไม่มีสวัสดิการด้านการรักษายาพยาบาลอื่นใดที่รัฐจัดให้

ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถขอรับบริการด้านทันตกรรมได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามชุดสิทธิประโยชน์ จากสถานบริการคู่สัญญาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเกือบทั้งหมดเป็นสถานบริการของรัฐ บริการทันตกรรมที่ได้รับตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น

ด้านการรักษา ได้แก่ การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันเทียม ถอดได้ฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม การใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่

ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก การแนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะ และลำคอ การเคลือบหลุมร่องฟัน

2.2 ระบบประกันสังคม

เป็นระบบที่มีการระดมเงินทุนจากปัจเจกชนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในภาคเอกชน ตามข้อบังคับในกฎหมาย ลักษณะต่าง ๆ ซึ่งประกอบไปด้วยระบบย่อย 3 รูปแบบ ได้แก่

1. ระบบสวัสดิการลูกจ้างตามกฎหมายประกันสังคม ซึ่งมีแหล่งที่มาของเงินทุนจากไตรภาคี ได้แก่ นายจ้าง ลูกจ้าง และเงินสมทบจากรัฐ
2. กองทุนชดเชยแรงงาน เป็นการชดเชยของนายจ้างสำหรับค่ารักษาพยาบาล ความเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บจากการทำงาน รวมทั้งค่าปลงศพกรณีเสียชีวิตจากการทำงาน
3. การคุ้มครองผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากรถตามกฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เป็นระบบที่มีแหล่งเงินทุนจากเบี้ยประกันภัยรถภาคบังคับซึ่งเจ้าของรถจ่ายให้บริษัทประกันภัยเอกชน

สำหรับการรับบริการทางทันตกรรมของผู้มีสิทธิประกันสังคม สามารถใช้บริการได้จากทั้งสถานบริการของรัฐและเอกชน แต่มีเพดานวงเงิน 900 บาทต่อปี สำหรับการอุดฟัน ถอนฟัน ชุดหินน้ำลาย และผ่าฟันคุด วงเงิน 1,300-1,500 บาท สำหรับทำฟันเทียมแบบถอดได้ ฐานพลาสติก และวงเงิน 2,400-4,400 บาท สำหรับทำฟันเทียมถอดได้ทั้งปาก โดยการทำฟันเทียมสามารถใช้สิทธิได้ 1 ครั้ง ภายในระยะเวลา 5 ปี

2.3 ระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการ

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการเป็นสวัสดิการความคุ้มครองทางสุขภาพที่รัฐบาลให้แก่ข้าราชการและข้าราชการบำนาญ ตลอดจนสมาชิกในครอบครัวอันได้แก่ คู่สมรส บิดามารดา และบุตรธิดาที่อายุไม่เกิน 20 ปี ไม่เกิน 3 คน ในส่วนของการบริการทางทันตกรรม ผู้ป่วยที่มีสิทธิข้าราชการ สามารถเบิกได้โดยค่าบริการทางทันตกรรมที่เบิกได้ต้องเป็นไปเพื่อการรักษายาบาลการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ เช่น การถอนฟัน อุดฟัน ชุดหินปูน การจัดฟันเฉพาะกรณีประสบอุบัติเหตุ กรณีฟันเทียม สามารถใช้สิทธิการรักษาได้ ครอบคลุมทั้งฟันเทียมถอดได้และฟันเทียมติดแน่น โดยมีเพดานวงเงินตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด

โดยจากข้อมูลสิทธิการรักษาของอำเภอลานกระบือ ปี พ.ศ. 2562 พบว่า ประชาชนในอำเภอลานกระบือ มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 84.28 สิทธิประกันสังคม ร้อยละ 12.80 สิทธิข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 2.89 และสิทธิต่างด้าว/ชำระเงินเอง ร้อยละ 0.03 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร, 2562)

สรุปในเรื่องชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม ได้ว่า ถึงแม้ว่าระบบประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 ระบบหลัก จะครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมในด้านการใส่ฟันเทียม แต่จะเห็นได้ว่ามีความแตกต่างกันอยู่ในเรื่องของการใช้สิทธิการรักษา โดยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการให้สิทธิประโยชน์สูงสุด คือ ครอบคลุมฟันเทียมบางส่วนติดแน่นด้วย ส่วนฟันเทียมชนิดถอดได้มีระยะเวลาการเบิก 5 ปี ขณะที่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคมจำกัดระยะเวลาการเบิกในการทำฟันเทียมแต่ละครั้งต้องใช้งานมากกว่า 5 ปี หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคมจะให้สิทธิประโยชน์ในการใส่ฟันเทียมเหมือนกัน คือ การใส่ฟันเทียมชนิดถอด

ได้บางส่วนและฟันเทียมทั้งปากฐานพลาสติก แต่สิทธิประกันสังคมจะมีเพดานยอดค่าบริการ คือ ฟันเทียมชนิดถอดได้จำกัดราคาไม่เกิน 1,500 บาท ซึ่งราคานี้จะครอบคลุมฟันเทียมได้เพียง 1 ชั้น กรณีต้องใส่ฟันเทียม 2 ชั้น สำหรับชากรรไกรบนและล่าง ผู้ประกันตนต้องจ่ายค่าบริการเอง โดยภาพรวมอาจกล่าวได้ว่าในทางปฏิบัติแล้วสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมในผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมได้รับสิทธิต่ำที่สุด หากแต่มีจุดเด่นกว่าอีก 2 สิทธิ คือ เป็นกลุ่มเดียวที่สามารถใช้บริการในสถานบริการทันตกรรมเอกชนได้ ดังแสดงในตาราง 1 (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2562)

ตาราง 1 แสดงการเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมของระบบหลักประกันสุขภาพของภาครัฐ 3 กองทุนหลัก

ชนิดบริการ	หลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า	ประกันสังคม	สวัสดิการรักษายาบาล สำหรับข้าราชการ
ตรวจสุขภาพช่องปาก	✓	✓	✓
ชุดหินน้ำลาย	✓	✓	✓
ถอนฟัน	✓	✓	✓
ฟันเทียม	✓	✓	✓
	เฉพาะฟันเทียมฐาน พลาสติก	มีเพดานวงเงินตามที่สำนักงาน ประกันสังคมกำหนด และใช้ สิทธิได้ 1 ครั้งภายในระยะเวลา 5 ปี	ครอบคลุมทั้งฟันเทียมถอด ได้ และแบบติดแน่น มี เพดานวงเงินตามที่ กรมบัญชีกลางกำหนด
รักษารากฟัน	✗	✗	✓
ทันตกรรมป้องกัน (เช่น เคลือบหลุมร่อง ฟัน, เคลือบฟลูออไรด์)	✓	✓	✓
ข้อจำกัดของการใช้ บริการ	<ul style="list-style-type: none"> • รับบริการได้ตาม ความจำเป็นจาก สถานบริการ คู่สัญญาของ สปสช. (เกือบ ทั้งหมดเป็นสถาน บริการของรัฐ) • ทำฟันเทียม ใช้ สิทธิได้ 1 ครั้ง 	<ul style="list-style-type: none"> • ใช้บริการได้จากทั้งสถาน บริการของรัฐและเอกชน แต่ มีเพดานวงเงิน • 900 บาทต่อปี สำหรับการ อุดฟัน ถอนฟัน และชุดหิน น้ำลาย • 1,300 – 1,500 บาทสำหรับ ทำฟันเทียมแบบถอดได้ฐาน 	รับบริการตามความจำเป็น เป็นได้จากสถานบริการของ รัฐเท่านั้น

ตาราง 1 (ต่อ)

ชนิดบริการ	หลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า	ประกันสังคม	สวัสดิการรักษายาบาล สำหรับข้าราชการ
	ภายในระยะเวลา 5 ปี	พลาสติก (ใช้สิทธิได้ 1 ครั้ง ภายในระยะเวลา 5 ปี) 2400 – 4400 บาทสำหรับฟัน เทียมถอดได้ทั้งปาก (ใช้สิทธิได้ 1 ครั้งภายในระยะเวลา 5 ปี)	

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2562, น. 85)

ความรู้เกี่ยวกับฟันเทียม

1. ประโยชน์ของการใส่ฟันเทียม

การสูญเสียฟันบางซี่จะเกิดผลเสีย คือ ทำให้เศษอาหารติดง่าย เกิดฟันผุง่ายขึ้น ฟันมีการล้มเอียง หมุน เก หรืองอกยื่นยาว ทำให้เกิดฟันผุได้ง่าย และทำให้เหงือกบริเวณที่ถอนฟันไปแล้ว อาจบาดเจ็บจากการเคี้ยวของแข็งได้

การสูญเสียฟันทั้งปาก จะทำให้การบดเคี้ยวอาหารลดลง ไม่สามารถเคี้ยวอาหารแข็งหรือเหนียวได้ การย่อยอาหารจะไม่ดี ทำให้ต้องเลือกรับประทานอาหาร สุขภาพร่างกายจะอ่อนแอเนื่องจากขาดสารอาหาร ระบบขับถ่ายก็ไม่ค่อยดี เพราะรับประทานอาหารจำพวกพืชหรือผักไม่ได้ นอกจากนี้การสูญเสียฟันทั้งปาก ยังทำให้พูดไม่ชัด หน้าดูแก่ ย่น แก้มตอ และสูญเสียความเชื่อมั่น อาจมีผลต่อสภาพจิตใจ จนไม่อยากเข้าสังคมได้

ดังนั้น การใส่ฟันเทียมจึงมีความสำคัญในการทำหน้าที่ทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไป คือ ใช้บดหรือฉีกอาหารให้เล็กลง ทำให้น้ำลายสามารถย่อยอาหารได้ดีขึ้น ช่วยในการออกเสียง โดยทำงานร่วมกับลิ้นและริมฝีปาก ตัวอย่างเช่น การออกเสียง ฟ.ฟัน, ส.เสื่อ เป็นต้น และช่วยรักษาโครงสร้างของใบหน้า ทำให้แก้มไม่ตอแบน ใบหน้าดูสวยขึ้น เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีฟัน

2. ชนิดของฟันเทียม

ชนิดของฟันเทียมในปัจจุบันมีหลายชนิด หลายแบบ การเลือกใช้ขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วย สภาพของฟัน และค่าใช้จ่าย ซึ่งพอจะกล่าวคร่าวๆ ได้ดังต่อไปนี้

2.1 ฟันเทียมชนิดถอดได้

หมายถึง ฟันเทียมที่ผู้ใส่สามารถใส่และถอดออกมาล้างทำความสะอาดได้เอง แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

2.1.1 ฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้ ฐานพลาสติก หรือฐานโลหะ ฟันเทียมชนิดนี้จะใส่ทดแทนฟันที่สูญเสียไปบางซี่ และจะยึดอยู่ในช่องปากได้ด้วยตะขอ

2.1.2 ฟันเทียมชนิดทั้งปากฐานพลาสติก หรือฐานโลหะ ฟันเทียมชนิดนี้ใช้กับผู้สูญเสียฟันทั้งหมด ฟันเทียมจะวางอยู่บนเหงือก อาศัยความแนบสนิท น้ำลาย ความยาวของปีกฟันเทียมที่เหมาะสม รวมทั้งกล้ามเนื้อรอบปาก เพื่อให้ยึดติดในช่องปาก ทำให้ฟันเทียมไม่หลุด สามารถใช้งานได้

ข้อดี คือ ขั้นตอนการทำให้มีความซับซ้อนน้อย ค่าใช้จ่ายถูก ทำความสะอาดได้ง่าย โดยการถอดออกมาล้าง ทำให้สะอาดทั้งฟันจริงและฟันเทียม ฟันข้างเคียงที่เกี่ยวข้องไม่ถูกรบกวนมากเกินไป คือถูกกระทบแต่ไม่มาก

ข้อเสีย คือ เคี้ยวอาหารไม่สะดวก ประสิทธิภาพน้อย นำรำคาญเวลาใส่ การบดเคี้ยว ทดแทนฟันธรรมชาติ ได้ประมาณ 30% ระยะยาว อาจหลวม ไม่แน่นดังเดิม เคี้ยวของเหนียว อาจหลุดออกจากตำแหน่งเดิม เศษอาหารอาจติดใต้ฟันปลอม ยามที่สิ้นเหงือกอาจหลุดตัวเมื่อเวลาผ่านไปนานๆ ทำให้รำคาญขณะทานอาหาร

ฟันเทียมแบบถอดได้ เหมาะสำหรับการใส่ฟันที่ถูกถอนไปหลายๆ ซี่ ถ้าใส่ฟันเทียมแบบถอดได้น้อยๆ ซี่ จะนำรำคาญกว่า เพราะฟันเทียมชนิดนี้ต้องมีส่วนยึดโยงบนเพดาน หรือตรงใต้ลิ้นเพื่อยึดฟันเทียม

2.2 ฟันเทียมชนิดติดแน่น

หมายถึง ฟันเทียมที่สวม หรือยึดติดกับฟัน โดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถใส่หรือถอดได้เอง บาง ครั้งอาจเรียกฟันเทียมชนิดนี้ด้วยความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องว่าฟันเทียมถาวร ซึ่งไม่ถูกต้อง การที่ฟันเทียมอยู่ใช้งานได้นานแค่ไหนขึ้นกับการใช้และการดูแลรักษาฟันเทียมของผู้ป่วย ฟันเทียมชนิดติดแน่นนี้ ได้แก่ ครอบฟัน สะพานฟัน ฟันเดียว ซึ่งจะต้องมีการกรอแต่งฟันธรรมชาติก่อน

ข้อดี คือ สวยงาม ประสิทธิภาพดี แข็งแรง ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวเกือบเป็นปกติ เพราะแรงที่เคี้ยวถ่ายลงตัวฟัน ไม่ใช่ถ่ายลงที่เหงือก ไม่รำคาญ เพราะไม่มีระยางค์มากมายเหมือนฟันเทียมถอดได้ หลุดยาก ทำให้มั่นใจ ในการใช้งาน

ข้อเสีย คือ ราคาแพง ต้องมีการกรอฟันข้างเคียงเพื่อยึดฟันเทียม ทำให้สูญเสียเนื้อฟันของฟันธรรมชาติไป ถอดออกมาล้างทำความสะอาดไม่ได้ ติดอยู่ในปากของผู้ป่วยเลย ผู้ที่ใส่ฟันเทียมชนิดติดแน่นต้องเป็นคนละเอียดใส่ใจในการทำมาสะอาดค่อนข้างดี สุขอนามัยในช่องปากต้องดี หากแปรงฟันทำความสะอาดไม่ดีอาจทำให้ฟันข้างเคียงเสียหาย เป็นโรคเหงือก หรือฟันผุได้ง่าย

การทำความสะอาดทำได้ลำบาก เพราะถอดไม่ออก ต้องมีเครื่องมือทำความสะอาดเฉพาะที่นอกเหนือจากแปรงสีฟัน

2.3 ทันดรรรมรากเทียม

เป็นวิทยาการใหม่โดยใช้โลหะจำพวกไททาเนียม ผึงเข้าไปในกระดูกแล้วจึงใส่ฟันเทียมทับอีกที ซึ่งการใส่ฟันเทียมชนิดมีรากเทียมนี้ ผู้ป่วยต้องถูกทำศัลยกรรม ดังนั้น การทำรากเทียมจึงไม่สามารถทำได้ทุกราย ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพร่างกายที่ไม่สามารถทำศัลยกรรมได้ก็ไม่ควรทำ โดยเฉพาะผู้สูงอายุมากๆ

ข้อดี คือ เหมือนฟันจริงมากที่สุดในปัจจุบัน ประสิทธิภาพและความสวยงามดี ให้ประสิทธิภาพการเคี้ยวเท่าเทียมฟันจริง

ข้อเสีย คือ ราคาค่อนข้างสูงมาก และใช้ระยะเวลาในการทำนาน ประมาณ 6 เดือน ถ้าล้มเหลว การแก้ไขทำได้ลำบาก เพราะเป็นหัตถการที่มีการฝังแน่นเข้าไปถึงกระดูก

3. การทำฟันเทียมชนิดถอดได้

หลังจากฟันถูกถอนออกไป เบ้าฟันที่ว่างเปล่าจะถูกเติมเต็มด้วยกระดูกรองรับฟัน รวมถึงเนื้อเยื่อเหงือกบริเวณฟันซี่นั้นที่จจะค่อยๆ เปลี่ยนรูปร่างหรือยุบตัวลง ซึ่งกระบวนการนี้ใช้เวลาประมาณ 8-12 สัปดาห์ ทำให้ทันตแพทย์มักจะรอให้เหงือกฟื้นตัวและเปลี่ยนรูปร่างก่อน เมื่อเหงือกและกระดูกฟันอยู่ในสภาวะคงที่แล้ว จึงจะเริ่มขั้นตอนการทำฟันเทียมชนิดถอดได้

3.1 กระบวนการทำฟันเทียมชนิดถอดได้

กระบวนการทำฟันเทียมชนิดถอดได้ เริ่มจากการพิมพ์แบบฟันและเนื้อเยื่อช่องปากที่คอยรองรับฟัน โดยทันตแพทย์ต้องใช้แบบพิมพ์ฟันเหล่านี้ในการสร้างแบบจำลองปากของผู้ป่วย จากนั้นจะค่อยๆ สร้างฟันเทียมขึ้นมาบนแบบจำลองดังกล่าว แล้วทดลองนำมาใส่ในช่องปากของผู้ป่วยเพื่อให้แน่ใจว่าพอดี มีการสบฟันที่ถูกต้อง และลักษณะรูปร่างของฟันเทียมมีความสวยงามดี

ระหว่างการทำฟันเทียมนี้ ผู้ป่วยจะต้องไปพบทันตแพทย์เป็นระยะๆ ประมาณ 4-5 ครั้ง เฉลี่ยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ขึ้นอยู่กับชนิดของฟันเทียม จนกว่าการทำฟันเทียมจะเสร็จสมบูรณ์ และเมื่อใส่ฟันเทียมเรียบร้อยแล้วก็อาจต้องกลับไปพบทันตแพทย์อีกในช่วงเดือนแรก เพื่อปรับหรือตกแต่งฟันเทียมเพิ่มเติมให้พอดีกับช่องปากยิ่งขึ้น

3.2 ความรู้สึกหลังใส่ฟันเทียม

ผู้ป่วยอาจยังรู้สึกไม่ค่อยคุ้นเคยกับการใส่ฟันเทียมในช่วง 2-3 สัปดาห์แรก เมื่อผ่านไปสักพักกล้ามเนื้อบริเวณแก้มและลิ้นจะค่อยๆ คุ้นชินกับการใส่ฟันเทียม ทำให้สามารถใส่หรือถอดฟันเทียมได้อย่างสบายและง่ายดายยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังอาจเกิดการระคายเคืองหรือเจ็บขึ้นได้ซึ่งเป็นเรื่องปกติ รวมถึงอาจมีน้ำลายไหลออกมามากในช่วงแรกๆ แต่อาการเหล่านี้จะลดน้อยลงไปเองเมื่อปากเริ่มคุ้นชินกับการใส่ฟันเทียมแล้ว

3.3 การรับประทานอาหารขณะใส่ฟันเทียม

การรับประทานอาหารในช่วงเริ่มใส่ฟันเทียมเป็นครั้งแรกนั้นอาจต้องฝึกเคี้ยวให้ชินเสียก่อน ผู้ป่วยที่ใส่ฟันเทียมบางรายอาจยังรับประทานอาหารได้ไม่ค่อยสะดวกในช่วง 2-3 สัปดาห์แรก จึงควรเริ่มจากการรับประทานอาหารชนิดอ่อน ตัดเป็นคำเล็กๆ และเคี้ยวช้าๆ โดยใช้ฟันทั้ง 2 ข้างเท่าๆ กัน เมื่อเริ่มเคยชินกับการใส่ฟันเทียมแล้วจึงค่อยๆ เปลี่ยนไปรับประทานอาหารชนิดอื่นจนสามารถกลับไปรับประทานอาหารได้อย่างเป็นปกติในที่สุด ทั้งนี้ควรระวังในการรับประทานอาหารร้อนและอาหารแข็ง หลีกเลี่ยงอาหารที่เหนียวหรือแข็งเกินไป รวมถึงการเคี้ยวหมากฝรั่งและการใช้ไม้จิ้มฟันขณะใส่ฟันเทียม

3.4 ผลกระทบของฟันเทียมต่อการพูด

การใส่ฟันเทียมอาจทำให้การออกเสียงบางคำทำได้ยากขึ้น ผู้ที่พบปัญหานี้ควรฝึกพูดคำที่พูดไม่ชัดออกมาดังๆ บ่อยครั้ง เพื่อช่วยให้คุ้นชินและพูดคำนั้นได้อย่างถูกต้องยิ่งขึ้น และหากฟันเทียมเกิดเสียงดังกริกขณะกำลังพูด ควรไปพบทันตแพทย์แพทย์ที่ให้การรักษา เนื่องจากฟันเทียมอาจเลื่อนหลุดขณะหัวเราะ ไอ หรือยิ้มได้ ทั้งนี้ตำแหน่งของฟันเทียมที่หลุดเลื่อนอาจทำให้เข้าที่ด้วยการกัดเบาๆ และกลืนน้ำลาย แต่ถ้ายังมีปัญหาเกี่ยวกับการพูดอยู่ก็ควรปรึกษาทันตแพทย์ผู้ทำฟันเทียม

3.5 อายุของฟันเทียม

ฟันเทียมที่ได้รับการดูแลรักษาอย่างดีจะสามารถใช้งานได้นานหลายปี แต่ก็อาจจำเป็นต้องเปลี่ยนเมื่อรูปปากมีการเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากเหงือกหรือกระดูกฟันหดตัวลง เพราะการผืนใส่ฟันเทียมที่ไม่พอดีอาจเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา เช่น ใส่แล้วไม่สบายปาก เจ็บปาก มีกลิ่นปาก หรือเกิดการติดเชื้อได้

สรุปความรู้เกี่ยวกับฟันเทียม ได้ว่า ในผู้สูงอายุที่มีการสูญเสียไปเป็นจำนวนมาก การใส่ฟันเทียมจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถบดเคี้ยวอาหารได้ดีขึ้น นอกจากนี้ฟันเทียมจะช่วยในการบดเคี้ยวอาหารแล้ว ยังช่วยในการออกเสียง และช่วยรักษาโครงสร้างของใบหน้า ทำให้หน้าไม่เหี่ยวย่นอีกด้วย ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าสังคมได้อย่างมั่นใจมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าระบบประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 ระบบหลัก จะครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมในด้านการใส่ฟันเทียม แต่ก็ไม่ได้ครอบคลุมการใส่ฟันเทียมทุกชนิด สิทธิประโยชน์ด้านการใส่ฟันเทียมที่มีเหมือนกันทั้ง 3 ระบบประกันสุขภาพ คือ การใส่ฟันเทียมชนิดบางส่วนถอดได้ฐานพลาสติก และฟันเทียมทั้งปากฐานพลาสติก ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงศึกษาเฉพาะการตัดสินใจใส่ฟันเทียมชนิดบางส่วนถอดได้ฐานพลาสติก และฟันเทียมทั้งปากฐานพลาสติกเท่านั้น

ความรู้เกี่ยวกับการใส่ฟันเทียมโดยบุคคลที่มีไข้ทันตแพทย์

การใส่ฟันเทียมโดยบุคคลที่มีไข้ทันตแพทย์ หรือในวงการทันตกรรมจะเรียกกันว่า “ฟันเทียมเถื่อน” ฟันเทียมเถื่อน คือ ฟันเทียมที่ถูกประดิษฐ์ขึ้นจากบุคคลที่มีไข้ทันตแพทย์ที่มีใบประกอบวิชาชีพ ซึ่งฟันเทียมนั้นมักไม่ได้มาตรฐานและไม่เหมาะสมกับสภาพช่องปาก ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อช่องปากตามมา

สถานการณ์และปัญหาการทำฟันเทียมเถื่อน

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ประชาชนที่ไปรับบริการฟันเทียมเถื่อน พบว่า เหตุผลหลักที่ไปใช้บริการ คือ การไม่มีช่องว่างระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ สามารถต่อรองราคาค่าฟันเทียมได้ ต่อบริการออกแบบ ให้มีขนาด รูปแบบ ตะขอ หรือการยึดติดได้ตามที่ผู้รับบริการต้องการ (ซึ่งหมายถึง การไม่ได้ทำตามหลักการทางวิชาการที่ถูกต้องของการทำฟันเทียม) ฟันเทียมส่วนใหญ่จะเสร็จภายใน 1 ครั้ง และหากเป็นการไปให้บริการถึงบ้านก็จะทำให้สะดวกไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและเวลาในการเดินทาง ร้านค้าที่รับทำฟันเทียมเถื่อน ผู้ให้บริการจะเป็นคนไทย มีการเปิดอบรมทำฟันเทียมเถื่อนเป็นคอร์สสั้นๆ ค่าอบรมพร้อมอุปกรณ์ทันตกรรม เริ่มต้น 20,000 บาท สามารถไปทำฟันเทียมเถื่อนได้ กรณีการให้บริการทำฟันเทียมเถื่อนตามบ้าน ผู้ให้บริการมักจะเป็นชาวต่างชาติพูดไทยไม่ได้ และจะติดต่อนายหน้าให้พาเข้าไปในหมู่บ้านเพื่อหาลูกค้าให้ เมื่อมีการแจ้งเจ้าหน้าที่เพื่อจับกุมก็มักจะหลบหนีไปได้ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2562)

มีรายงานว่าผู้ป่วยที่ใส่ฟันเทียมเถื่อนแล้วเกิดผลกระทบบ้าง เช่น ปวดฟัน เหงือกบวมเป็นหนอง เศษอาหารไปติดหมักหมมอยู่ใต้ฟันปลอมส่งกลิ่นเหม็นและไม่สามารถเอาเศษอาหารออกได้ การทำฟันเทียมเถื่อนแบบถอดได้แต่ยึดติดแน่นกับฟันจริง ทำให้ฟันจริงโยก และหลุดออกมา มีกรณีที่พบการใส่ยางดูดที่ฟันปลอมบนแล้วยางดูดมีแรงกดบนกระดูกเพดานต่อเนื่อง ในระยะเวลาต่างๆ จนทำให้กระดูกละลายเกิดเป็นรูทะลุเข้าโพรงจมูก พบการใส่ฟันเทียมเถื่อนที่มีขอบฟันเทียมสั้นกว่าที่ควรจะเป็น ทำให้ไม่มีการกระจายแรงไปรอบๆ ส่งผลให้เกิดแรงกดลงบนกระดูกขากรรไกรมากเกินไป ทำให้กระดูกรองรับฟันละลายไปมาก ฟันเทียมจะหลวมเร็วมาก และเมื่อมาพบทันตแพทย์เพื่อทำฟันเทียมที่ถูกต้องก็จะทำได้ยาก เนื่องจากกระดูกละลายไปมากแล้ว ผลกระทบที่เกิดขึ้นที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การใส่ฟันเทียมเถื่อนที่ไม่พอดีมักจะทำให้เกิดแผลที่กระพุ้งแก้มเรื้อรัง จนทำให้เกิดมะเร็งในช่องปากได้ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2562)

นอกจากนี้ฟันเทียมเถื่อนที่ทำขึ้นนั้น ช่างทำฟันเทียมมักอ้างว่าใช้วัสดุเหมือนที่ทันตแพทย์ใช้ มีคุณภาพเหมือนกัน แต่ในความเป็นจริงก็ไม่สามารถพิสูจน์หรือทราบแน่ชัดว่าวัสดุเหล่านี้ได้มาตรฐานหรือเป็นจริงตามที่กล่าวอ้างหรือไม่ มีความสะอาดปลอดภัยหรือไม่ อาจจะเป็นวัสดุที่หมดอายุแล้ว วัสดุอันตรายหรือไม่ได้มาตรฐาน อาจมีสารระเหยตกค้าง ซึ่งอาจจะละลายเมื่ออยู่ในช่องปากหรือกลืนลงไป ส่งผลให้เกิดการระคายเคืองหรืออาจจะเป็นสารก่อมะเร็งก็เป็นได้

จากการศึกษาของ กุลนันท์ พุ่มไม้ และปิยะนารถ จาติเกตุ (2560) โดยทำการศึกษาเชิงคุณภาพ ในผู้ใช้บริการที่เคยทำฟันเทียมกับหมอฟันพื้นบ้านจำนวน 20 คน ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ พบว่า การที่ผู้ใช้บริการตัดสินใจใช้บริการทำฟันเทียมกับหมอฟันพื้นบ้านนั้น เป็นไปตามกลยุทธ์การตลาดเพื่อโน้มน้าวให้ไปใช้บริการ โดยสามารถวิเคราะห์ได้ ดังนี้

1. สินค้าของหมอฟันพื้นบ้าน คือ ฟันเทียมที่มีจุดเด่นที่ไม่ต้องเตรียมช่องปากก่อนทำฟันเทียม ไม่ต้องมีการถอนฟันหรือแต่งกระดูก ซึ่งผู้ใช้บริการบางคนเชื่อว่าถอนฟันแล้วทำให้เป็นโรคประสาท ฟันเทียมที่ได้สามารถใช้งานได้ดี เคี้ยวอาหารได้ มีความสวยงามเป็นธรรมชาติ และมีความแข็งแรงที่มากกว่าจากการมีลวดเสริมที่ฐานฟันเทียม ซึ่งสิ่งเหล่านี้ตอบสนองความต้องการที่ตรงกับผู้ใช้บริการ ทำให้ยังคงมีผู้ใช้บริการจำนวนมาก

2. การตั้งราคาที่ใช้บริการสามารถจ่ายได้ โดยราคาของฟันเทียมหมอฟันพื้นบ้าน จะคิดตามจำนวนซี่ฟันที่ผู้ใช้บริการต้องการใส่ ส่วนใหญ่แล้วราคาจะอยู่ที่ประมาณซี่ละ 200 - 500 บาท ผู้ใช้บริการสามารถเลือกว่าจะใส่กี่ซี่ตามกำลังทรัพย์ที่สามารถจ่ายได้ ไม่เหมือนของโรงพยาบาลที่เป็นราคาเหมาจ่ายเป็นชิ้น ซึ่งการไปใช้บริการกับหมอฟันพื้นบ้านจะเสียค่าใช้จ่ายเฉพาะค่าฟันเทียม หรืออาจมีเพิ่มเติม คือ ค่าเดินทาง กรณีที่ไปทำฟันเทียมที่ร้านทำฟันเทียม แต่เป็นการเสียค่าใช้จ่ายเพียงครั้งเดียว แต่หากไปทำกับทันตแพทย์ที่โรงพยาบาล จะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปหลายครั้ง แม้ไม่ต้องเสียค่าฟันเทียมก็ตาม นอกจากนี้ผู้ใช้บริการยังสามารถต่อรองราคากับผู้ให้บริการได้โดยตรง ซึ่งอาจจะมีการลดราคาเพื่อให้ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจได้

3. ในกรณีที่หมอฟันพื้นบ้านมาให้บริการในชุมชน ทำให้ผู้ใช้บริการเข้าถึงบริการได้ง่าย เป็นการให้บริการเชิงรุก มีการทำฟันเทียมให้ถึงที่บ้านของผู้ใช้บริการ ไม่ต้องเสียเวลาไปรอคิวที่โรงพยาบาลและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปหลายครั้ง และหากไปใช้บริการที่ร้านทำฟันเทียมยังสามารถไปได้ทุกวัน ไม่เหมือนกับของโรงพยาบาลที่ได้เฉพาะวันเวลาราชการ

4. การส่งเสริมการตลาดของหมอฟันพื้นบ้าน โดยมีตัวแทนเป็นนายหน้าในหมู่บ้านที่คอยรวบรวมจำนวนผู้ต้องการใช้บริการ เป็นการกระจายข้อมูลไปยังชุมชนโดยผ่านคนในชุมชนเอง ทำให้เกิดความน่าเชื่อถือ เนื่องจากนายหน้าเองก็มีประสบการณ์ในการทำฟันเทียมกับหมอฟันพื้นบ้านมาก่อน นอกจากนี้ยังมีบริการหลังจากทำฟันเทียมอีกด้วย หมอฟันพื้นบ้านบางคนมีบริการแก้ไขฟรีจนกว่าจะใช้งานได้ดี บางคนซ่อมให้ในราคาถูก แต่ถ้าทำกับที่อื่นแล้วมาแก้ไขด้วยจะคิดราคาแพงหรือบางครั้งหากมีการแตกหักเพียงเล็กน้อยก็มีการซ่อมให้ฟรี กลยุทธ์การตลาดของหมอฟันพื้นบ้านที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ ทำให้ผู้ใช้บริการนำไปเป็นข้อมูลในการไตร่ตรองเพื่อตัดสินใจเลือกใช้บริการที่เหมาะสมกับตนเองมากที่สุด

สรุปความรู้เกี่ยวกับการใส่ฟันเทียมโดยบุคคลที่มีไข้ทันตแพทย์ ได้ว่า ผู้สูงอายุบางคนเลือกที่จะใส่ฟันเทียมกับบุคคลที่มีไข้ทันตแพทย์วิชาชีพ หรือหมอฟันเถื่อน ด้วยเหตุผลที่ว่ามีความสะดวกมากกว่าไปทำที่โรงพยาบาล เพราะไม่ต้องเดินทาง อีกทั้งยังสามารถเลือกได้ว่าจะใส่ฟันเทียมกี่ซี่ตามที่ตนเองต้องการ หรือตามเงินที่มีจ่าย และสามารถใส่ฟันเทียมได้เลยโดยไม่ต้องเตรียมช่องปากโดยการถอนฟัน อุดฟัน และขูดหินปูนก่อนใส่ฟันเทียม ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าจะสะดวกสบายมากกว่าการไปทำฟันเทียมกับทันตแพทย์วิชาชีพ แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักไม่ทราบว่าการทำงานฟันเทียมเถื่อนจะส่งผลให้เกิดอันตรายหลาย ๆ อย่างตามมาได้ เช่น ความไม่สะอาดของวัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้ การใช้วัสดุที่ไม่ได้มาตรฐาน การออกแบบฟันเทียมที่ไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการจนส่งผลเสียต่ออวัยวะต่างๆ ในช่องปาก เป็นต้น และสุดท้ายแล้วเมื่อเกิดปัญหาขึ้นกับช่องปากจากฟันเทียมเถื่อน ผู้ที่ต้องแก้ปัญหาก็คือทันตแพทย์วิชาชีพ โดยในการศึกษานี้ ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะการตัดสินใจใส่ฟันเทียมกับผู้ที่เป็นทันตแพทย์วิชาชีพเท่านั้น

แนวคิดเรื่องการตัดสินใจ

1. ความหมาย

สาขาวิชาวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (2548) ได้รวบรวมความหมายของการตัดสินใจ (decision making) จากนักวิชาการหลาย ๆ ท่าน ดังนี้ คือ

1.1 บาร์นาร์ด (Barnard) ให้ความหมายของการตัดสินใจว่า เป็นเทคนิควิธีที่ลดทางเลือกลงมาให้เหลือเพียงทางเดียว

1.2 ซีมอน (simon) ให้ความหมายว่า การตัดสินใจเป็นกระบวนการของการหาโอกาสที่จะตัดสินใจ การหาทางเลือกที่พอเป็นไปได้ และการเลือกทางเลือกจากงานเลือกต่างๆ ที่มีอยู่

1.3 มูดี (Moody) ได้ให้ความหมายว่า การตัดสินใจเป็นการกระทำที่ต้องทำเมื่อไม่มีเวลาที่จะหาข้อเท็จจริงอีกต่อไป ปัญหาที่เกิดขึ้นก็คือว่าเมื่อใดถึงจะตัดสินใจว่าควรหยุดหาข้อเท็จจริงแนวทางแก้ไขจะแปรเปลี่ยนไปตามปัญหาที่ต้องการแก้ไขซึ่งการรวบรวมข้อเท็จจริงเกี่ยวพันกับการใช้จ่าย และการใช้เวลา

สิริกาญจน์ กมลปิยะพัฒน์ (2556) ได้ให้นิยาม การตัดสินใจ คือ การใช้หลักการและเหตุผลในกระบวนการเลือกทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งที่เหมาะสมที่สุด เพื่อเป้าหมายที่ชัดเจน

สมคิด บางโม (2558, น. 166) กล่าวว่า การตัดสินใจ หมายถึง การตัดสินใจเลือกทางปฏิบัติซึ่งมีหลายทางเป็นแนวปฏิบัติไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ การตัดสินใจนี้อาจเป็นการตัดสินใจที่จะกระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือหลายสิ่งหลายอย่าง เพื่อความสำเร็จตรงตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ ในทางปฏิบัติการตัดสินใจมักเกี่ยวข้องกับปัญหาที่ยุ่ยากสลับซับซ้อน และมีวิธีการแก้ปัญหาให้วินิจฉัย

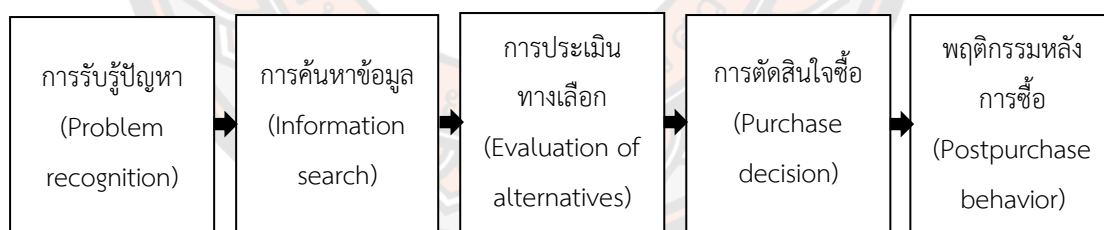
มากกว่าหนึ่งทางเลือก ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของผู้วินิจฉัยปัญหาว่าจะเลือกสิ่งการปฏิบัติ โดยวิธีใดจึงจะบรรลุเป้าหมายอย่างดีที่สุดและบังเกิดผลประโยชน์สูงสุด

ศรีธนา ญัฐเศรษฐสกุล, วลัยพร ราชคมน์ และวรัญญา เขยตุ้ย (2561) ได้ให้ความหมายของการตัดสินใจ หมายถึง กระบวนการคิดโดยใช้เหตุผลในการเลือกสิ่งใดสิ่งหนึ่งจากหลายทางเลือกที่มีอยู่เพื่อเปรียบเทียบข้อดี ข้อเสีย รวมถึงประโยชน์ที่จะได้รับของทางเลือกที่มีอยู่โดยไตร่ตรองอย่างรอบคอบ เพื่อให้ได้ทางเลือกที่ดีที่สุดตรงกับความต้องการของตนเองและครอบครัวมากที่สุด เช่น การตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดช่องปาก หรือการตัดสินใจเลือกเข้ารับบริการทางทันตกรรมจากสถานประกอบการที่น่าเชื่อถือ ทันสมัย และตรงกับความต้องการ เป็นต้น

จากการให้ความหมาย จึงอาจสรุปได้ว่า การตัดสินใจ เป็นกระบวนการคิดอย่างมีหลักการและเหตุผลในการเลือกทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งจากหลาย ๆ ทางเลือก จนได้ผลสรุปสุดท้ายออกมา เพื่อบรรลุเป้าหมายหรือตอบสนองเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ และนำมาสู่ประโยชน์สูงสุดที่จะได้รับ

2. แบบจำลองกระบวนการตัดสินใจของผู้บริโภค

Kotler & Keller (2009) ได้เสนอถึงกระบวนการทางจิตวิทยาพื้นฐานซึ่งมีส่วนสำคัญในการทำความเข้าใจว่าผู้บริโภคตัดสินใจซื้ออย่างไร โดยกระบวนการนี้เรียกว่า “กระบวนการตัดสินใจซื้อ: แบบจำลองห้าขั้นตอน” (The Buying Decision Process: The Five-Stage Model) ประกอบด้วย 1) การรับรู้ปัญหา 2) การค้นหาข้อมูล 3) การประเมินทางเลือก 4) การตัดสินใจซื้อ และ 5) พฤติกรรมหลังการซื้อ ดังภาพ 1



ภาพ 1 แสดงแบบจำลองห้าขั้นตอนของกระบวนการซื้อของผู้บริโภค

ที่มา: Kotler & Keller (2009, p. 208)

ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้ปัญหา กระบวนการซื้อจะมีจุดเริ่มต้นจากการที่ผู้บริโภครับรู้ถึงปัญหาหรือความต้องการ ซึ่งได้รับการกระตุ้นจากสิ่งกระตุ้นภายใน เช่น ความรู้สึกหิว กระจาย เป็นต้น หรือสิ่งกระตุ้นภายนอก เช่น การเห็นรถคันใหม่ของเพื่อนบ้านแล้วชื่นชอบ, การได้ยินสื่อโฆษณาในโทรทัศน์ เป็นต้น ซึ่งกระตุ้นให้เกิดความคิดเกี่ยวกับการซื้อผลิตภัณฑ์นั้น

ขั้นตอนที่ 2 การค้นหาข้อมูล เมื่อเกิดความต้องการ ผู้บริโภคจะมีการค้นหาข้อมูลผลิตภัณฑ์จากแหล่งต่าง ๆ โดยแหล่งข้อมูลหลัก ๆ ที่ผู้บริโภคจะได้รับ ได้แก่

แหล่งข้อมูลบุคคล เช่น ครอบครัว, เพื่อน, เพื่อนบ้าน, คนรู้จัก

แหล่งข้อมูลทางการค้า เช่น โฆษณา, เว็บไซต์, พนักงานขาย, ตัวแทนจำหน่าย, บรรจุภัณฑ์, การจัดแสดงสินค้า

แหล่งข้อมูลสาธารณะ เช่น สื่อมวลชน, องค์กรจัดอันดับผู้บริโภค

แหล่งข้อมูลจากประสบการณ์ เช่น การสัมผัส, ตรวจสอบ, การใช้ผลิตภัณฑ์

อิทธิพลของแหล่งข้อมูลจะมีความแตกต่างกันไปตามหมวดหมู่ผลิตภัณฑ์ และลักษณะของผู้บริโภค โดยทั่วไปแล้วกล่าวได้ว่า ผู้บริโภคจะได้รับข้อมูลส่วนใหญ่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์จากแหล่งข้อมูลทางการค้า อย่างไรก็ตามข้อมูลที่มีประสิทธิภาพที่สุดมักจะมาจากแหล่งข้อมูลบุคคล หรือแหล่งข้อมูลสาธารณะ และแหล่งข้อมูลแต่ละแหล่งก็ทำหน้าที่ที่แตกต่างกันในการมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภค โดยปกติแหล่งข้อมูลการค้าจะทำหน้าที่ให้ข้อมูลแก่ผู้บริโภค ในขณะที่แหล่งข้อมูลบุคคลจะทำหน้าที่ในการประเมินผลผลิตภัณฑ์ให้แก่ผู้บริโภค

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินทางเลือก ผู้บริโภคจะมีการนำข้อมูลที่ได้รับมาพิจารณา และตัดสินใจบนพื้นฐานของการมีสติและเหตุผล โดยผู้บริโภคจะให้ความสำคัญกับคุณลักษณะที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับความต้องการมากที่สุด

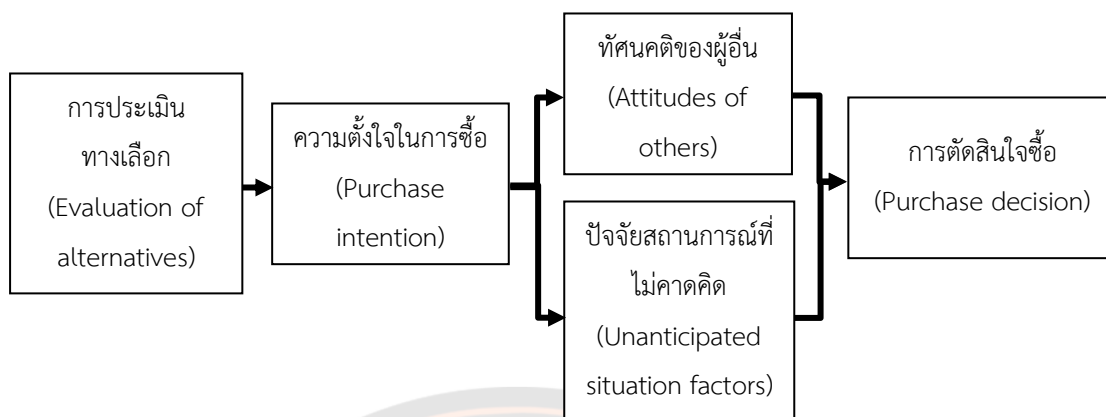
ขั้นตอนนี้ ความเชื่อและทัศนคติ จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการซื้อของผู้บริโภค ความเชื่อ คือ ความคิดเชิงพรรณนาที่บุคคลยึดถือในบางสิ่งบางอย่าง ส่วนทัศนคติ คือ สิ่งที่บุคคลประเมินว่าน่าพอใจหรือไม่น่าพอใจ ชอบหรือไม่ชอบ และแสดงเป็นพฤติกรรมออกมาเพื่อเข้าหาหรือหลีกเลี่ยงสิ่งนั้น ทัศนคตินั้นเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก จึงมีข้อแนะนำว่า ผู้ผลิตควรปรับเปลี่ยนผลิตภัณฑ์และบริการให้เข้ากับทัศนคติของผู้บริโภคที่มีอยู่ มากกว่าที่จะปรับเปลี่ยนทัศนคตินั้น

ขั้นตอนที่ 4 การตัดสินใจซื้อ การวิเคราะห์ทางเลือกของผู้บริโภค มีอยู่ 3 รูปแบบ คือ กำหนดระดับขั้นต่ำที่ยอมรับได้สำหรับแต่ละคุณลักษณะ และเลือกทางเลือกแรกที่ตรงตามมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับคุณลักษณะทั้งหมด

เลือกตราสินค้าที่ดีที่สุดบนพื้นฐานของคุณลักษณะที่สำคัญที่สุดที่รับรู้

เปรียบเทียบตราสินค้ากับคุณลักษณะที่เลือก และกำจัดตราสินค้าที่ไม่ผ่านขั้นต่ำที่ยอมรับได้ออกไป

ถึงแม้ว่าผู้บริโภคจะมีการประเมินจากตราสินค้า แต่มีปัจจัยสองประการที่สามารถแทรกแซงระหว่างความตั้งใจในการซื้อและการตัดสินใจซื้อได้ คือ ทัศนคติของผู้อื่น และปัจจัยสถานการณ์ที่ไม่คาดคิด ดังภาพ 2



ภาพ 2 แสดงขั้นตอนระหว่างการประเมินทางเลือกและการตัดสินใจซื้อ

ที่มา: Kotler & Keller (2009, p. 212)

ทัศนคติของผู้อื่น จะลดความต้องการในทางเลือกนั้น โดยขึ้นอยู่กับสองสิ่ง คือ

- 1) ความรุนแรงของทัศนคติเชิงลบหรือเชิงบวกของอีกฝ่ายที่มีต่อทางเลือกที่เราต้องการ และ
- 2) แรงจูงใจของตนเองในการปฏิบัติตามความปรารถนาของอีกฝ่าย ยิ่งการมองในแง่ลบหรือแง่บวกของอีกฝ่ายรุนแรงมากขึ้น และยิ่งความใกล้ชิดกับอีกฝ่ายมากเท่าไร ผู้บริโภคก็จะปรับความตั้งใจในการซื้อของตนเองมากขึ้นเท่านั้น

ปัจจัยสถานการณ์ที่ไม่คาดคิด การตัดสินใจซื้อได้รับอิทธิพลอย่างมากจากการรับรู้ความเสี่ยง ผู้บริโภคอาจรับรู้ความเสี่ยงจากหลายประเภท ได้แก่

1. ความเสี่ยงด้านการใช้งาน – ผลลัพธ์ที่ไม่ได้ผลตามที่คาดหวังไว้
2. ความเสี่ยงทางกายภาพ – ผลลัพธ์ที่เป็นภัยคุกคามต่อความเป็นอยู่ที่ดีทางกายภาพหรือสุขภาพของผู้ใช้หรือผู้อื่น
3. ความเสี่ยงทางการเงิน – ผลลัพธ์ที่ไม่คุ้มกับราคาที่จ่ายไป
4. ความเสี่ยงทางสังคม – ผลลัพธ์ส่งผลให้ได้รับความอับอายจากผู้อื่น
5. ความเสี่ยงด้านจิตใจ – ผลลัพธ์ที่มีผลต่อความเป็นอยู่ที่ดีทางด้านจิตใจของผู้ใช้
6. ความเสี่ยงด้านเวลา – ความล้มเหลวของผลลัพธ์ทำให้เสียโอกาสในการค้นหาผลลัพธ์อื่น ๆ ที่น่าพอใจกว่า

ขั้นตอนที่ 5 พฤติกรรมหลังการซื้อ หลังจากซื้อและใช้ผลิตภัณฑ์ ผู้บริโภคจะตรวจสอบผลการใช้ ถ้าพอใจก็จะบริโภคซ้ำอีก ซึ่งทำให้มีผลต่อการตัดสินใจซื้ออีกครั้งต่อไป แต่ถ้าไม่พอใจจะไม่บริโภคสินค้านั้นอีกต่อไปเช่นกัน สิ่งที่ต้องให้ความสนใจเกี่ยวกับพฤติกรรมหลังการซื้อ ได้แก่

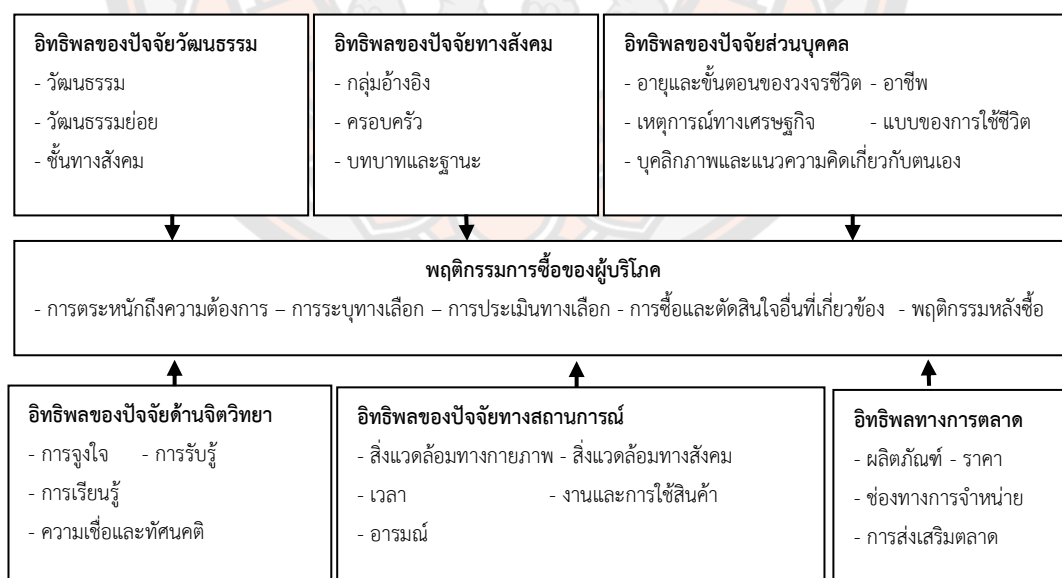
1. ความพึงพอใจหลังการซื้อ จะมีความสัมพันธ์กับความคาดหวังของผู้บริโภค และประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์ หากประสิทธิภาพต่ำกว่าความคาดหวัง ผู้บริโภคจะเกิดความผิดหวัง หากเป็นไปตามความคาดหวัง ผู้บริโภคจะพึงพอใจ และหากเกินความคาดหวัง ผู้บริโภคจะมีความยินดี ความรู้สึกเหล่านี้จะสร้างความแตกต่างในการที่ลูกค้ากลับมาซื้อผลิตภัณฑ์อีกครั้ง และการพูดคุยกับผู้อื่นในแง่ดีหรือไม่ดี

2. การกระทำหลังการซื้อ หากผู้บริโภคพอใจ จะมีแนวโน้มที่จะซื้อผลิตภัณฑ์อีกครั้ง และมักจะพูดถึงสิ่งที่ดีเกี่ยวกับตราสินค้ากับผู้อื่น ในทางกลับกันหากผู้บริโภคไม่พอใจอาจจะทิ้งหรือคืนผลิตภัณฑ์ เลิกซื้อผลิตภัณฑ์ เตือนผู้อ่านในการซื้อผลิตภัณฑ์ หรือถึงขั้นร้องเรียนเอาผิดได้

3. การใช้และการกำจัดทิ้งหลังการซื้อ ควรที่จะมีการติดตามผลว่าผู้ซื้อมีการใช้และกำจัดทิ้งผลิตภัณฑ์อย่างไร ถ้าผู้บริโภคเอาไปเก็บไว้ ไม่พอใจและแพร่ข่าวสาร ผู้ขายก็ลำบาก ถ้าทิ้งไปก็ต้องรู้ว่าทิ้งเพราะอะไร ทิ้งอย่างไร หากเป็นการทิ้งก่อนกำหนดที่ควรจะเป็น ต้องมาตรวจสอบหาสาเหตุและแก้ไขปัญหาเพื่อเป็นการรักษาลูกค้าไว้ต่อไป

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตัดสินใจของผู้บริโภค

อดุลย์ จาตุรงค์กุล (2546, น. 154) ได้นำเสนอปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภค ซึ่งประกอบไปด้วย อิทธิพลภายในตัวบุคคล และอิทธิพลภายนอกตัวบุคคล ดังภาพ 3 ดังนี้



ภาพ 3 แสดงอิทธิพลต่างๆ ต่อพฤติกรรมการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภค

ที่มา: อดุลย์ จาตุรงค์กุล (2546, น. 154)

3.1 ปัจจัยทางวัฒนธรรม (Cultural Factors)

3.1.1 วัฒนธรรม (Culture) เป็นตัวกำหนดหลักของความต้องการและพฤติกรรมของบุคคล บุคคลจะมีค่านิยม การรับรู้ ความนิยมชมชอบ และพฤติกรรม ซึ่งได้รับมาจากครอบครัวของพวกเขา หรือได้รับจากสถาบันต่าง ๆ ยกตัวอย่างเช่น คนในเมือง และคนในชนบท ก็จะมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน

3.1.2 วัฒนธรรมย่อย (Subculture) ประกอบไปด้วย สัญชาติ ศาสนา กลุ่มสีผิว และเขตทางภูมิศาสตร์ ซึ่งมีผลต่อความนิยมชมชอบของบุคคล

3.1.3 ชั้นทางสังคม (Social Class) หมายถึง การมีการจัดลำดับชั้นของชนในชาติ ซึ่งบุคคลภายในแต่ละชั้นทางสังคมก็มีพฤติกรรมคล้าย ๆ กัน ชั้นทางสังคมอาจดูได้จากตัวแปร เช่น อาชีพ รายได้ การศึกษา และ เขตที่อยู่อาศัย เป็นต้น

3.2 ปัจจัยทางสังคม (Social Factors)

3.2.1 กลุ่มอ้างอิง (Reference Groups) ผู้บริโภคจะทำการพิจารณาหรือปรึกษา กลุ่มต่างๆ เมื่อจะทำการตัดสินใจซื้อ กลุ่มอ้างอิงอาจเป็นบุคคลที่ก่ออิทธิพลต่อความคิด ความชอบ และพฤติกรรมของผู้บริโภค ประเภทของกลุ่มอ้างอิง ยกตัวอย่างเช่น ครอบครัว เพื่อน สโมสร สถาบันวิชาชีพ ผู้เชี่ยวชาญในด้านต่างๆ เป็นต้น

3.2.2 ครอบครัว (Family) เป็นองค์กรที่มีอิทธิพลที่สุดต่อผู้บริโภค

3.2.3 บทบาทและฐานะ (Role and Statuses) คือ การที่บุคคลที่เข้าร่วมกลุ่มทั้งหลาย มีตำแหน่งในกลุ่มที่แตกต่างกัน ซึ่งในแต่ละบทบาทและฐานะก็จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการซื้อที่แตกต่างกัน

3.3 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors)

3.3.1 อายุและขั้นตอนของวงจรชีวิต การซื้อสินค้าจะแตกต่างกันไปตามอายุที่เปลี่ยนไป และตามวงจรชีวิตที่เปลี่ยนไป เช่น คนโสด แต่งงาน คนทำงาน หรือปลดเกษียณแล้ว ก็จะมี ความสนใจในสินค้าที่แตกต่างกัน

3.3.2 อาชีพ มีอิทธิพลต่อแบบแผนการบริโภคของผู้บริโภค

3.3.3 สภาวะการณ์ทางเศรษฐกิจ รายได้ ค่าใช้จ่าย อำนาจในการใช้จ่ายของบุคคล มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจบริโภคของผู้บริโภค

3.3.4 แบบของการใช้ชีวิต (Lifestyle) คือ แบบแผนของการดำรงชีวิตของบุคคล ที่แสดงออกในทางกิจกรรม (วิธีการใช้เวลาของบุคคล) ความสนใจ (สิ่งที่บุคคลรู้สึกสนใจที่จะทำ) และความคิดเห็น (บุคคลคิดถึงคน สถานที่ สิ่งของอย่างไร)

1) กิจกรรม (Activities) แบ่งออกเป็น การทำงาน งานอดิเรก การจับจ่าย ของ การกีฬา และเหตุการณ์ทางสังคม

2) ความสนใจ (Interest) แยกออกเป็น สนใจอาหาร แฟชั่น ครอบครัวยุทธศาสตร์
การพักผ่อน

3) ความคิดเห็น (Opinion) แบ่งเป็น ความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง เรื่องราวทางสังคม เศรษฐกิจ สินค้า เป็นต้น

นอกจากนี้ ลักษณะทางประชากรศาสตร์ยังส่งผลให้แบบของการใช้ชีวิตของแต่ละคนแตกต่างกัน เช่น อายุ การศึกษา รายได้ ขนาดครอบครัว ที่พักอาศัย ขนาดของเมือง ขั้นตอนวงจรชีวิต เป็นต้น

3.3.5 บุคลิกภาพและแนวความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Personality and Self-concept) บุคลิกภาพอธิบายถึงลักษณะเฉพาะตัวของบุคคล เช่น ความมั่นใจในตนเอง ความชอบมีอำนาจเหนือผู้อื่น ความเป็นอิสระ การโอนอ่อนผ่อนตามคน การคบหาสมาคม และความสามารถในการปรับตัว เป็นต้น ถ้ามีการจำแนกบุคคลอย่างถูกต้อง บุคลิกภาพเป็นตัวแปรในการวิเคราะห์พฤติกรรมผู้บริโภคได้ นอกจากนี้ แนวคิดเกี่ยวกับตนเองหรือภาพพจน์ของตนเอง (Self-concept or Self-image) กล่าวว่า การที่บุคคลเป็นเจ้าของสิ่งใดจะสะท้อนให้เห็นถึงความ “เป็นตัวของเขา” ดังนั้นเพื่อทำความเข้าใจในพฤติกรรมผู้บริโภค ต้องทำความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่าง Self-concept ของผู้บริโภคกับสิ่งที่เขาเป็นเจ้าของ

3.4 ปัจจัยทางจิตวิทยา (Psychological Factors)

3.4.1 การจูงใจ (Motivation) ณ เวลาใดเวลาหนึ่งบุคคลมีความต้องการหลายๆ อย่าง ความต้องการบางอย่างเกี่ยวกับร่างกาย (Biological) ซึ่งเกิดจากความเครียด เช่น ความหิว ความกระหาย หรือความไม่สะดวกสบายกาย ความต้องการอื่นที่เกี่ยวข้องกับจิตวิทยา (Psychological) เกิดจากความต้องการการยอมรับศักดิ์ศรีหรือมีส่วนร่วมผู้อื่น ความต้องการเหล่านี้ส่วนมากจะไม่แข็งแกร่งพอที่จะจูงใจบุคคลให้ก่อปฏิกริยาในเวลาใดเวลาหนึ่ง ความต้องการจะกลายเป็น “สิ่งจูงใจ” ได้เมื่อมันถูกเร้าอย่างแรงกล้าในระดับหนึ่ง “สิ่งจูงใจ” (หรือแรงขับเคลื่อน Drive) คือความต้องการพอที่จะ “บีบบังคับ” หรือ “ผลักดัน” ให้บุคคลแสวงหาการตอบสนองความต้องการดังกล่าว การตอบสนองความต้องการจะทำให้ความตึงเครียดที่ผู้บริโภครู้สึกลดน้อยลง

3.4.2 การรับรู้ (Perception) คนที่ถูกจูงใจจะพร้อมที่จะก่อปฏิกริยา แต่วิถีทางที่บุคคลมีปฏิกริยาได้รับอิทธิพลมาจากการรับรู้สถานการณ์ คนสองคนได้รับการจูงใจเหมือนกันและอยู่ในสถานการณ์เดียวกัน อาจมีปฏิกริยาแตกต่างกันก็ได้ ขึ้นอยู่กับการรับรู้สถานการณ์ของแต่ละบุคคล

3.4.3 การเรียนรู้ (Learning) เมื่อบุคคลก่อปฏิกริยา เขามีการเรียนรู้ การเรียนรู้หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลอันเกิดจากการมีประสบการณ์เพิ่มขึ้น

3.4.4 ความเชื่อและทัศนคติ โดยการกระทำและการเรียนรู้ บุคคลก็มีความเชื่อและทัศนคติขึ้นมาก และมันก็จะกลับไปก่ออิทธิพลต่อพฤติกรรมการซื้อของเขา

ความเชื่อ เป็นความคิดที่บุคคลมีเกี่ยวกับบางสิ่งบางอย่าง อาจเกิดจากความรู้อย่าง ความคิดเห็น หรือความศรัทธา อาจเกี่ยวข้องหรือไม่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ก็ได้ ถ้าความเชื่อบางอย่างเป็น ความเชื่อผิดๆ และป้องกันมิให้ผู้บริโภคทำการซื้อ ก็ควรจะมีการรณรงค์เพื่อแก้ไขมัน

ทัศนคติ หมายถึง การประเมินอย่างถาวร ความรู้สึก และแนวโน้มที่มีต่อสิ่งของ หรือความคิดเห็น ทัศนคติจำกัดคนให้อยู่ในกรอบความคิดที่ชอบหรือไม่ชอบสิ่งต่างๆ ทัศนคตินั้นเป็น สิ่งที่ยากต่อการเปลี่ยนแปลง ผู้คนเป็นเครือข่าย การเปลี่ยนทัศนคติหนึ่งอาจต้องปรับทัศนคติอื่นด้วย ซึ่งก็เป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก ดังนั้นต้องพยายามทำให้ผลิตภัณฑ์สอดคล้องกับทัศนคติที่อยู่ของ ผู้บริโภคมากกว่าที่จะพยายามเปลี่ยนแปลงทัศนคติซึ่งเป็นการยุ่งยากกว่า

3.5 อิทธิพลของปัจจัยสถานการณ์ (Situational Influences)

3.5.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Surrounding) เป็นสิ่งแวดล้อมที่มี อิทธิพลต่อพฤติกรรมการซื้อที่มีลักษณะสังเกตได้ง่าย เช่น ท่าเลที่ตั้งของร้านค้า การตั้งแสดงสินค้า

3.5.2 สิ่งแวดล้อมทางสังคม (social Surrounding) สิ่งแวดล้อมทางสังคมนวมถึง บุคคลอื่น คุณสมบัติของบุคคลเหล่านี้ บทบาทของเขาและวิธีการที่เขาปฏิบัติต่อกันกับบุคคลอื่น เช่น ผู้บริโภคไปจ่ายของกับเพื่อนทำให้การตัดสินใจซื้อแตกต่างไปจากที่เขาจ่ายของคนเดียวหรือ กับมารดา ซึ่งบุคคลอื่นที่กล่าวมาอาจเป็นผู้มีอิทธิพลต่อการซื้อของผู้บริโภคก็ได้

3.5.3 เวลา (Time) อิทธิพลของเวลาที่มีต่อพฤติกรรมการซื้ออาจมีได้หลายทาง บุคคลอาจทำการตัดสินใจแตกต่างกันไปถ้าเวลาในการซื้อเริ่มต้นแตกต่างกัน เช่น ชั่วโมงของวัน วันใน สัปดาห์ ฤดูในปี เป็นต้น

3.5.4 งาน (Task) หมายถึง เหตุผลทั่วไปหรือเหตุผลเฉพาะในการเก็บรวบรวม ข่าวสาร การจ่ายของหรือการซื้อ ทั้งหมดนี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมผู้บริโภค

3.5.5 สภาวะทางอารมณ์ (Momentary Conditions) เป็นสภาวะที่มีอิทธิพลต่อ การซื้อ อันเนื่องมาจากการมีอารมณ์เข้ามาเกี่ยวข้องในเวลาที่จะซื้อ รวมถึงสุขภาพ พลังงานในกาย และการมีเงินด้วย เช่น ผู้บริโภคที่ขาดเงินอาจเน้นความสำคัญที่ราคาต่ำ เป็นต้น

3.6 อิทธิพลทางการตลาด (Marketing Influence)

3.6.1 ผลิตภัณฑ์ (Product) ลักษณะบางประการของผลิตภัณฑ์อาจกระทบต่อ พฤติกรรมการซื้อของผู้บริโภค เช่น ความใหม่ ความซับซ้อน และคุณภาพของผลิตภัณฑ์

3.6.2 ราคา (Pricing) ราคามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการซื้อก็ต่อเมื่อผู้บริโภคทำ การประเมินทางเลือกและทำการตัดสินใจ โดยปกติผู้บริโภคจะชอบผลิตภัณฑ์ที่มีราคาต่ำ

3.6.3 ช่องทางการจำหน่าย (Placement-Channel of Distribution) สินค้าที่มี ความพร้อมจำหน่าย มีจำหน่ายแพร่หลาย ง่ายที่จะซื้อ และประเภทช่องทางที่จำหน่าย จะทำให้ ผู้บริโภคนำไปประเมิน และมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ

3.6.4 การส่งเสริมการตลาด (Promotion-Marketing Communication) การส่งข่าวสารเตือนใจให้ผู้บริโภครู้ว่าเขามีปัญหา สินค้าสามารถแก้ไข้ปัญหาให้ได้ สิ่งนี้จะสามารถก่ออิทธิพลต่อผู้บริโภคได้ทุกขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจซื้อ

สรุปแนวคิดเรื่องการตัดสินใจ ได้ว่า การตัดสินใจใช้บริการหนึ่งๆ ของผู้บริโภคนั้นสามารถอธิบายได้ด้วยกระบวนการทางจิตวิทยาพื้นฐานในการทำความเข้าใจการตัดสินใจของผู้บริโภค ดังแนวคิดเรื่อง กระบวนการการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภค แบบจำลองห้าขั้นตอนของ Kotler & Keller (2009) ซึ่งประกอบไปด้วย การรับรู้ปัญหา การค้นหาข้อมูล การประเมินทางเลือก การตัดสินใจซื้อ และพฤติกรรมหลังการซื้อ โดยในแต่ละกระบวนการจะมีปัจจัยที่เข้ามาอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภค ทั้งอิทธิพลภายในตัวบุคคล และอิทธิพลภายนอกตัวบุคคล ดังนั้น บริบทที่มีความแตกต่างกันจะส่งผลให้การตัดสินใจของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันไปด้วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การตัดสินใจใส่ฟันเทียม

สุดาดวง เกร์นพงษ์ และคณะ (2550) ศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและ ความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุไทยกลุ่มหนึ่งที่มีความจำเป็นทางวิชาชีพต่อการใส่ฟันเทียม มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ความรู้สึกจำเป็น การตัดสินใจเข้ารับบริการ และปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกจำเป็นและการตัดสินใจเข้ารับบริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุไทยกลุ่มหนึ่งที่มีความจำเป็นทางวิชาชีพต่อการใส่ฟันเทียม เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพร่วมกับเชิงปริมาณในผู้สูงอายุจำนวน 32 คน ในตำบลหนองเหียง อำเภอพนสนิมคม จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 46.9 รู้สึกว่าตนไม่มีปัญหาใด ๆ เพราะสามารถปรับตัวได้ และรู้สึกว่าปัญหาในการดำรงชีวิตไม่ได้มาจากเรื่องปากและฟัน ร้อยละ 28.1 มีปัญหาเล็กน้อย ร้อยละ 25.0 มีปัญหามาก โดยปัญหาส่วนใหญ่มาจากการรับประทานอาหาร ร้อยละ 81.3 ของผู้สูงอายุมีความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม ซึ่งร้อยละ 34.6 เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหา ร้อยละ 43.8 ของผู้สูงอายุได้ไปเข้าคิวทำฟันเทียมไว้แล้ว ซึ่งร้อยละ 35.7 เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหา ในขณะที่ ร้อยละ 47.1 ของผู้ที่มีปัญหาและมีความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมกลับไม่ได้ไปเข้าคิว ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความไม่สอดคล้องระหว่างการบริการทันตกรรมกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ การที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ค่าแนะนำจากทันตบุคลากร ปัญหาทางสุขภาพร่างกายและเศรษฐกิจสังคม ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมและการตัดสินใจเข้ารับบริการ คือ ปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ การที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย การได้เห็นผู้อื่นใส่จึงอยากลองใส่บ้างเพื่อจะเคี้ยวอาหารได้ดีขึ้น และการได้รับคำแนะนำของทันตบุคลากร ปัจจัยขัดขวาง ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ปัญหาด้านสุขภาพ การที่ต้องประกอบอาชีพหารายได้ ไม่ต้องการรอคิวนาน ไม่มีเงินพอที่จะไปรักษาที่คลินิกเอกชน ไม่แน่ใจใน

คุณภาพของฟันเทียม ไม่แน่ใจในอรรถยาศัยการบริการของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ไม่ทราบว่าการทำฟันเทียมได้ฟรีไม่มีค่าใช้จ่าย และการไม่ต้องการถอนฟัน

สถาพร จันทร (2551) ศึกษาคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ความต้องการใส่ฟันเทียม และความจำเป็นในการรับบริการใส่ฟันเทียม ในผู้สูงอายุไทยเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา เก็บข้อมูลโดยการตรวจสุขภาพช่องปากและการสัมภาษณ์ในผู้สูงอายุจำนวน 219 คน จากการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีฟันทั้งปาก และไม่มีฟันหลังสบทั้งสองข้าง จะได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านการรับประทานอาหารมากที่สุด รองลงมาคือการยิ้ม หัวเราะ และการพูดคุย ตามลำดับ ผู้สูงอายุมีความต้องการใส่ฟันเทียม ร้อยละ 52.96 ซึ่งในจำนวนนี้ ร้อยละ 13.8 ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ไม่ต้องการใส่ฟันเทียม ร้อยละ 27.2 พบว่า สุขภาพช่องปากมีผลต่อคุณภาพชีวิต ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ใส่ฟันเทียม เมื่อเปรียบเทียบความจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมโดยทันตแพทย์กับความต้องการใส่ฟันของผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 85.6 ของผู้สูงอายุมีความจำเป็นในการรับบริการใส่ฟันเทียม และผู้สูงอายุที่ทันตแพทย์เห็นว่าจำเป็นต้องใส่ฟันเทียมแต่ผู้สูงอายุไม่ต้องการมีถึง ร้อยละ 32.7

กุลนันท์ พุ่มไม้ และปิยะนารถ จาติเกตุ (2560) ศึกษากระบวนการไตร่ตรองของผู้ใช้บริการหมอฟันที่บ้านโดยใช้แบบจำลองการโน้มน้าวใจ มีวัตถุประสงค์ คือ เพื่ออธิบายกระบวนการไตร่ตรองของผู้ใช้บริการหมอฟันที่บ้านโดยใช้แบบจำลองการโน้มน้าวใจ โดยทำการศึกษาเชิงคุณภาพ ในผู้ให้บริการที่เคยทำฟันเทียมกับหมอฟันที่บ้าน จำนวน 20 คน ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอวังชัน จังหวัดแพร่ จากการศึกษา พบว่า กระบวนการไตร่ตรองที่เกิดขึ้นในการใช้บริการทำฟันเทียมกับหมอฟันที่บ้านของผู้ใช้บริการ เกิดขึ้นตั้งแต่รับรู้ว่าการสูญเสียฟันส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันจนมีความจำเป็นต้องได้รับการใส่ฟันเทียม จึงเกิดการค้นหาข้อมูลจากผู้ให้บริการหรือผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับขั้นตอนการทำฟันเทียม คุณภาพของฟันเทียม รูปแบบการให้บริการ และความน่าเชื่อถือของผู้ให้บริการ นอกจากนี้ อารมณ์ความรู้สึกในระหว่างการได้รับข้อมูลไม่ว่าจะเป็นก่อน ระหว่าง หรือหลังทำฟันเทียมอาจส่งผลกระทบต่อกระบวนการไตร่ตรองได้เช่นกัน

รัตนา สิทธิปริษาชาญ (2560) ศึกษาการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสถานะสุขภาพในช่องปากของผู้สูงอายุ ประเมินระดับการเข้าถึงบริการทันตกรรม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุในหมู่ที่ 7 บ้านหลายโพธิ์ ตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 120 คน จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 50.8 มีฟันแท้ธรรมชาติ โดยเฉลี่ย จำนวน 11.38 ซี่ มีความต้องการใส่ฟันเทียม ร้อยละ 67.5 มีระดับการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมในภาพรวมอยู่ในระดับ

ปานกลาง ร้อยละ 64.2 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเข้าถึงบริการทันตกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ ($r = -0.207, p = 0.023$)

ศรัณยา ญัฐเศรษฐสกุล และคณะ (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรม จากคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรมจากคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รวมถึงศึกษาพฤติกรรมการมารับบริการของผู้มารับบริการ ด้วยการแจกแบบสอบถามแก่ผู้มารับบริการจำนวน 400 ชุด จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรม ในภาพรวมมากที่สุด คือ ด้านความไว้วางใจ จากความน่าเชื่อถือ การได้รับบริการจากทันตแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน มีคุณภาพ ปลอดภัย เครื่องมือ/อุปกรณ์สะอาดและปราศจากเชื้อ รองลงมา คือ ด้านการให้บริการ จากการให้บริการที่มีความหลากหลายและครบวงจร สามารถตอบสนองความเจ็บป่วยตรงกับความต้องการของผู้มารับบริการได้ และถัดมา คือ ด้านบุคลากร จากการที่มีบุคลากรที่มีทักษะ ความชำนาญ และเชี่ยวชาญหลากหลายสาขา มีมนุษยสัมพันธ์ดี พุดจาสุภาพ อ่อนน้อม บุคลิกภาพดี สามารถให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับการให้บริการทางทันตกรรมได้เป็นอย่างดี

Jung & Kim (2008) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยในการรักษาทางทันตกรรมประดิษฐ์ มีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่ออธิบายการดูแลสุขภาพช่องปาก และการรักษาทางทันตกรรมประดิษฐ์ 2) เพื่อศึกษาเชิงประจักษ์ถึงปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจ 3) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใส่ฟันเทียมและนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพช่องปากของประชาชน โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยอายุ 20-70 ปี จำนวน 700 คน ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ตัวแปรอิสระ คือ 1) คุณลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และรายได้ 2) ข้อมูลของผู้ให้บริการทันตกรรม ได้แก่ สิ่งอำนวยความสะดวก และทรัพยากรมนุษย์ 3) ปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ สถานะสุขภาพ ระดับความคาดหวังเกี่ยวกับการรักษา และสถานะสุขภาพช่องปากที่คาดหวัง 4) ความคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการรักษา ได้แก่ ภาระทางการเงิน และสิทธิการรักษา 5) ความรู้เกี่ยวกับการใส่ฟันเทียม ตัวแปรตาม คือ การตัดสินใจรักษาทางทันตกรรมประดิษฐ์ จากการศึกษา เมื่อแบ่งตามช่วงอายุ พบว่า ในผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป มีการตัดสินใจเลือกที่จะรับการรักษา ร้อยละ 68.1 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจรักษาทางทันตกรรมประดิษฐ์ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ รายได้ ($p < 0.01$) มีความสัมพันธ์เชิงบวก, อายุ ($p < 0.001$) มีความสัมพันธ์เชิงบวก, การศึกษา ($p < 0.05$) มีความสัมพันธ์เชิงลบ, สถานภาพสมรส ($p < 0.01$) โดยผู้ที่แต่งงานแล้วมีการตัดสินใจใส่ฟันเทียมมากกว่า, ความคาดหวังเกี่ยวกับการใส่ฟันเทียม ($p < 0.05$) พบว่า การตัดสินใจใส่ฟันเทียมเพิ่มขึ้น ตามการความคาดหวังที่เพิ่มขึ้น ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ คือ เพศ, สถานะสุขภาพ, ภาระทางการเงิน, สิทธิการรักษา และความรู้เกี่ยวกับการใส่ฟันเทียม

Shrirao และคณะ (2016) ศึกษาการประเมินผลการตัดสินใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใส่ฟันเทียม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจและการเลือกฟันเทียมของผู้ป่วย โดยศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 200 คน อายุระหว่าง 18-88 ปี จากการศึกษา พบว่า ร้อยละ 82 ที่ไม่ยอมรับผลการวางแผนการรักษาจากทันตแพทย์ เหตุผล 5 อันดับแรกของผู้ป่วย ที่ปฏิเสธการรักษาโดยการใส่ฟันเทียม ได้แก่ ค่าใช้จ่ายสูง (ร้อยละ 23.2), กลัวทันตแพทย์ หรือการรักษาทางทันตกรรม (ร้อยละ 17.1), รู้สึกว่าตนเองไม่จำเป็นต้องใส่ฟันเทียม (ร้อยละ 17.1), ต้องพึ่งพาบางคนในเรื่องการเดินทางหรือค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 15.2) และไม่เต็มใจรับการรักษาโรคในช่องปากก่อนใส่ฟันเทียม (ร้อยละ 11) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมกับเหตุผลที่ปฏิเสธการใส่ฟันเทียม พบว่า ค่าใช้จ่ายสูงมีความสัมพันธ์กับอายุ และรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สัมพันธ์กับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม, ความกลัวมีความสัมพันธ์กับเพศ และประสบการณ์ทางทันตกรรมที่ผ่านมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, ความรู้สึกที่ไม่จำเป็นต้องใส่ฟันเทียม มีความสัมพันธ์กับเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, เหตุผลต้องพึ่งพาผู้อื่น มีความสัมพันธ์กับเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับอายุ และสถานภาพสมรส, เหตุผลไม่ต้องการรักษาโรคในช่องปากก่อนใส่ฟันเทียม มีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม ยกเว้นอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การใช้บริการทันตกรรม และการใช้บริการใส่ฟันเทียม

ธิดา รัตนวิไลศักดิ์ (2554) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุ 61- 97 ปี จำนวน 240 คน ตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษา คือ 1) ปัจจัยนำด้านลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว การมีฟันเหลือในช่องปาก และการใส่ฟันเทียม 2) ปัจจัยนำด้านความเชื่อด้านทันตสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การให้ความสำคัญกับสุขภาพช่องปาก และการเก็บรักษาฟัน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ความเชื่อมั่นต่อทันตแพทย์ ความกลัวการรับบริการทันตกรรม และ ความเชื่อมั่นตนเองที่จะไปรับบริการทันตกรรม 3) ปัจจัยด้านการใช้บริการทันตกรรม ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้และความสามารถในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ สิทธิด้านทันตกรรมในหลักประกันสุขภาพ และการมีผู้ให้บริการด้านทันตกรรมประจำที่เข้าถึงได้และความสามารถไปใช้บริการด้านทันตสุขภาพด้วยตนเอง และ 4) ปัจจัยด้านความจำเป็นในการรับบริการทันตกรรม ได้แก่ การมีความเจ็บปวดไม่สบาย และมีอาการแสดงของโรคในช่องปาก จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยนำเกี่ยวกับการมีฟันเหลือในช่องปากและการใส่ฟันเทียม และปัจจัยนำเกี่ยวกับความเชื่อด้านทันตสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคและความเชื่อมั่นต่อตนเองในการไปใช้บริการทันตกรรม ปัจจัยสนับสนุนด้านทรัพยากรที่เอื้อต่อการใช้บริการทันตกรรม ได้แก่ ความสามารถในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ การมีทันตแพทย์ที่รักษาและให้คำปรึกษาประจำ

และความสามารถไปใช้บริการทันตกรรมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบุรีรัมย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

สุณี วงศ์คงคาเทพ (2555) ศึกษาการใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2552 วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ โดยสำรวจจาก ผู้สูงอายุ จำนวน 73,084 ราย 26,500 ครั้วเรือน จากการศึกษา พบว่า อัตราการมีหลักประกันสุขภาพของกลุ่มสูงอายุปี พ.ศ. 2552 เท่ากับ ร้อยละ 98.1 มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสูงสุด ร้อยละ 79.3 กลุ่มผู้สูงอายุใช้บริการทันตกรรม ร้อยละ 8.6 ส่วนใหญ่ ใช้บริการถอนฟัน ร้อยละ 55.5 ใช้บริการใส่ฟันเทียม ร้อยละ 15.6 ทั้งกลุ่มสูงอายุสิทธิ UC และ สิทธิข้าราชการกลับใช้บริการโดยไม่ใช้สิทธิสวัสดิการสูงถึง ร้อยละ 53.3 และ 67.3 ซึ่งส่วนใหญ่ใช้บริการใส่ฟันเทียมที่คลินิกเอกชนโดยเสียค่าใช้จ่ายเอง ร้อยละ 62.1 และ 58.8 ตามลำดับ โดยเหตุผลที่ทั้งสองกลุ่มไม่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลที่หน่วยบริการภาครัฐ และใช้บริการที่คลินิกเอกชนที่ต้องเสียค่าใช้จ่าย คือ ข้ำ รอนาน สิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุม และไม่สะดวกไปในเวลาทำการ

สุณี วงศ์คงคาเทพ (2558) ศึกษาเปรียบเทียบการใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2552 กับปี พ.ศ. 2556 มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุไทยเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2552 กับปี พ.ศ. 2556 โดยใช้ฐานข้อมูลดิบ (raw data) ในการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (สอศ.) ปี พ.ศ. 2552 และ ปี พ.ศ. 2556 ซึ่ง ประกอบด้วยข้อมูล ครั้วเรือน ปี พ.ศ. 2552 จำนวน 26,500 ครั้วเรือน และปี พ.ศ. 2556 จำนวน 27,960 ครั้วเรือน จากการศึกษา พบว่า พบอัตราการใช้บริการใส่ฟันเทียมในสัดส่วนร้อยละ 15.6 ในปี 2552 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.8 ในปี พ.ศ. 2556 เมื่อจำแนกตามพื้นที่ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่นอกเขตเทศบาลใช้บริการใส่ฟันเทียม ร้อยละ 16.7 ในปี 2552 และลดลงเป็นร้อยละ 15.2 ในปี พ.ศ. 2556 ตรงกันข้ามกับกลุ่มสูงอายุในเขตเทศบาลที่ให้บริการ ร้อยละ 14.9 ในปี พ.ศ. 2552 และเพิ่มเป็นร้อยละ 18.8 ในปี พ.ศ. 2556 เมื่อจำแนกตามสิทธิการรักษา พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสิทธิข้าราชการใช้บริการใส่ฟันเทียม ร้อยละ 20.2 ในปี พ.ศ. 2552 และลดลง เป็นร้อยละ 13.6 ในปี พ.ศ. 2556 ขณะที่กลุ่ม สิทธิ UC ใช้บริการร้อยละ 14.5 ในปี พ.ศ. 2552 และเพิ่มเป็น ร้อยละ 17 ในปี พ.ศ. 2556 ส่วนกลุ่มที่ไม่มีสิทธิใดๆ และกลุ่มประกันสังคมใช้บริการ ร้อยละ 7.3 และ 13 ในปี 2552 และ เพิ่มเป็นร้อยละ 17 และ 9.4 ในปี พ.ศ. 2556 ตามลำดับ และจำแนกตามสถานบริการที่ผู้สูงอายุใช้บริการฟันเทียม พบว่า หน่วยบริการที่มีการใช้บริการฟันเทียมในสัดส่วนสูงสุด คือ คลินิกเอกชน คิดเป็นร้อยละ 38.2 ในปี พ.ศ. 2552 และเพิ่ม เป็นร้อยละ 40.3 ในปี พ.ศ. 2556 เหตุผลที่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสิทธิรักษาพยาบาล แต่ไม่ใช้สิทธิใช้บริการฟันเทียม เนื่องจากบริการช้า ต้องรอนาน รวมร้อยละ 58.8 ในปี พ.ศ. 2552 ลดลงเป็นร้อยละ 39.2 ในปี พ.ศ. 2556 และเหตุผลเนื่องจากสิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุม ร้อยละ 13.1 ในปี พ.ศ. 2552 เพิ่มเป็น 32.7 ในปี พ.ศ. 2556

เกศศิณี วีระพันธ์ (2559) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบ่อเกลือ อำเภอบ่อเกลือ จังหวัดน่าน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการใส่ฟันเทียม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบ่อเกลือ อำเภอบ่อเกลือ จังหวัดน่าน จำนวน 120 คน โดยตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ตัวแปรอิสระ คือ 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา ทักษะคิดต่อการใส่ฟันเทียม การรับรู้ประโยชน์ของการใส่ฟันเทียม 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงการบริการด้านทันตสุขภาพ 3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากคนในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน แรงสนับสนุนทางสังคมจากทันตบุคลากร ตัวแปรตาม คือ การใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีการใช้บริการใส่ฟันเทียมบางซี่ ร้อยละ 45.8 และใส่ครบทุกซี่ ร้อยละ 10 ไม่ใช้บริการใส่ฟันเทียมเลย ร้อยละ 44.20 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ ได้แก่ ระดับการศึกษา ($\eta = 0.212, p = 0.020$) การเข้าถึงการบริการด้านทันตสุขภาพ ($r = 0.456, p < 0.001$) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากทันตบุคลากร ($r = 0.169, p = 0.045$) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากคนในครอบครัว ($r = 0.310, p < 0.001$)

กนกอร โพธิ์ศรี และจีรานันท์ วิทยาไพโรจน์ (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุ 60-74 ปี ใน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการมารับบริการทางทันตกรรมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน คือ ผู้ที่มีอายุ 60-74 ปี จำนวน 480 คน จากการศึกษา พบว่า อัตราการมารับบริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 32.08 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อวิเคราะห์คร่าวละตัวแปร (Bivariable analysis) ได้แก่ อายุ ($OR=1.93, 95\%CI [1.24,3.04]$) ที่อยู่อาศัย ($OR=2.17, 95\%CI [1.44,3.30]$) รายได้ ($OR=2.06, 95\%CI [1.37,3.11]$) การเคยได้รับความรู้ทางทันตสุขภาพในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ($OR=4.09, 95\%CI [2.66,6.28]$) และอาการในช่องปากปัจจุบัน ($OR=151, 95\%CI [1.03,2.33]$) และเมื่อวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (multivariable analysis) ซึ่งคำนึงถึงผลกระทบจากตัวแปรอื่น พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($OR_{adj}=1.96, 95\%CI [1.25,3.10]$), ที่อยู่อาศัย (ในเขตหรือนอกเขตเทศบาล) ($OR_{adj}=2.20, 95\% CI [1.45,3.37]$) และการเคยได้รับความรู้ทางทันตสุขภาพ ($OR_{adj}=4.12, 95\%CI [2.70,6.29]$)

อุดมพร ทรัพย์บวร (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลนครชัยศรี อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ทำการศึกษาเชิงพรรณนาในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 250 คน จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ การมีฟันเหลือในช่องปากและการใส่ฟันเทียม สิทธิการ

รักษา สถานบริการที่เข้าถึงได้ (p-value <0.05) และปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส การศึกษา โรคประจำตัว การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคและปัญหาของการรับบริการทันตกรรม สิ่งชักนำให้เข้ารับบริการทันตกรรม การรับรู้ความสามารถตนเอง ฐานะทางเศรษฐกิจ ระบบการเข้ารับบริการทันตกรรม แรงสนับสนุนทางสังคม สุขภาพช่องปากโดยรวม ความเจ็บปวด และการเกิดอาการและอาการแสดงของโรคในช่องปาก

เพิ่มรัตน์ะ สรีระเทวิน (2562) ศึกษาการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ และเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในและนอกเขตเทศบาลอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ศึกษาในผู้สูงอายุ จำนวน 361 คน ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมีฟันธรรมชาติร้อยละ 85.3 โดยเฉลี่ยมีฟันจำนวน 16.48 ซี่ ไม่ใส่ฟันเทียมร้อยละ 71.5 ระดับการเข้าถึงบริการทันตกรรมทั้งในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และภาพรวมอำเภอ อยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านความพึงพอใจในการรับบริการมีคะแนนสูงสุด ส่วนด้านความเพียงพอของบริการมีคะแนนต่ำสุด ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทันตกรรม คือ เขตที่อยู่อาศัย โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล เข้าถึงบริการทันตกรรมได้น้อยกว่าผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาล ซึ่งสามารถพยากรณ์คะแนนรวมการเข้าถึงบริการทันตกรรมได้ร้อยละ 5.13

Lee, Kim, Albert & Nelson (2014) ศึกษาปัจจัยทางสังคมที่ทำนายการใช้บริการทันตกรรมในผู้สูงอายุ เป็นการศึกษาระบบภาคตัดขวางในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 2,166 คน ที่อาศัยอยู่ในรัฐโอไฮโอ ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษา คือ ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส และการศึกษา ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความยากจน และประสุขภาพทางทันตกรรม และปัจจัยความจำเป็น ได้แก่ ปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต จากการศึกษา พบว่า เพศหญิง สถานภาพสมรสแล้ว ไม่ยากจน การมีระดับการศึกษาที่สูง และการมีประกันสุขภาพทางทันตกรรมเอกชน มีโอกาสที่สูงขึ้นในการใช้บริการทันตกรรม นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตที่มีอัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรสูง มีแนวโน้มที่จะใช้บริการทางทันตกรรมมากกว่า (odds ratio = 1.10; P = .03)

Mariño, Khan, Tham, Khew & Stevenson (2014) ศึกษารูปแบบและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในชนบทของรัฐวิกตอเรีย เป็นการศึกษาระบบภาคตัดขวาง ศึกษาในผู้ใหญ่ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเมือง Greater Bendigo รัฐวิกตอเรีย ประเทศออสเตรเลีย จำนวน 226 คน จากการศึกษา พบว่า ร้อยละ 51.2 เคยไปพบทันตแพทย์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา อุปสรรคในการไปใช้บริการทันตกรรม ได้แก่ ค่าบริการ (ร้อยละ 32.7) ความกลัว

ทันตแพทย์ (ร้อยละ 25.8) ระยะเวลารอคอย (ร้อยละ 18.1) และความพร้อมในการให้บริการดูแลสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 11.1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรม พบว่า การอยู่คนเดียว เพศชาย รายได้ต่ำ การขาดการศึกษา การรับรู้ตนเองเกี่ยวกับความต้องการด้านสุขภาพช่องปากในระดับต่ำ การรับรู้ตนเองเกี่ยวกับอุปสรรค ผู้ที่มีส้นเหงือกกว้าง และผู้ที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว มีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการใช้บริการทางทันตกรรมที่น้อยลง ($p < 0.0001$)

Montini, Tseng, Patel & Shelley (2014) ศึกษาอุปสรรคในการให้บริการทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจอุปสรรคในการเข้าถึงการให้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน 184 คน โดยทำการตรวจสุขภาพช่องปาก และกลุ่มตัวอย่างที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา จะติดต่อไป 6-12 สัปดาห์ต่อมา เพื่อตรวจสอบว่าพวกเขาสามารถเข้าถึงการรักษาได้หรือไม่ จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 89 จำเป็นต้องได้รับการรักษาทางทันตกรรม หลังจาก 6 สัปดาห์ พบว่า ร้อยละ 52 ได้รับการรักษา และร้อยละ 48 ไม่ได้รับการรักษา โดยเหตุผลที่ถูกอ้างว่าไม่สามารถเข้าถึงการบริการได้ ได้แก่ การขาดแคลนทางด้านการเงิน ขาดแคลนด้านการขนส่ง และขาดความช่วยเหลือในการเดินทางมาใช้บริการทันตกรรม

Davis & Reisine (2015) ศึกษาอุปสรรคในการดูแลทางทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มน้อย มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจปัจจัยที่จูงใจหรือปัจจัยที่กีดกันการให้บริการทางทันตกรรมในผู้สูงอายุกลุ่มน้อยที่มีรายได้น้อย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราผู้มีรายได้น้อยในเมืองฮาร์ตฟอร์ด รัฐคอนเนตทิคัต ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง จำนวน 17 คน จากการศึกษา พบว่า อุปสรรคสำคัญในการใช้บริการทางทันตกรรม ได้แก่ ราคาหรือการขาดแคลนประกันทางทันตกรรม ความกลัวหรือความไม่ไว้วางใจต่อทันตแพทย์ และปัญหาด้านพาหนะเดินทาง ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ การมีปัญหาทางการแพทย์ที่ซับซ้อน ความรู้สึกที่ไม่จำเป็นต้องรักษา และขาดความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก

Azevedo, Azevedo, Oliveira, Correa & Demarco (2017) ได้ศึกษาอัตราความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความจำเป็นในการใส่ฟันเทียมและการใช้งานฟันเทียมของผู้สูงอายุชาวบราซิล ตามการสำรวจสุขภาพช่องปากแห่งชาติ (SBBrazil 2010) ทำการศึกษาในผู้สูงอายุ 65-74 ปี จำนวน 7,496 คน ตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ลักษณะทางประชากรและเศรษฐกิจสังคม การใช้บริการทันตกรรม และสุขภาพช่องปากที่ประเมินด้วยตนเอง จากการศึกษา พบว่า อัตราความชุกของการใช้งานฟันเทียม และความจำเป็นในการใส่ฟันเทียม เป็นร้อยละ 78.2 และ 68.7 ตามลำดับ โดยภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้มีความชุกในการใช้งานฟันเทียมสูงสุด (ร้อยละ 71.3) และมีความจำเป็นในการใส่ฟันเทียมมากที่สุด (ร้อยละ 82.9) ผลการวิเคราะห์การถดถอยพบว่า มีการใช้งานฟันเทียมมากขึ้นในเพศหญิง ผู้ที่เรียนในโรงเรียน 5-7 ปี และผู้ใช้บริการทันตกรรมเอกชน และพบมี

การใช้งานฟันเทียมน้อยลงในคนผิวดำ และผู้ที่ประเมินตนเองว่าจำเป็นต้องใส่ฟันเทียม ในส่วนของความจำเป็นในการใส่ฟันเทียม พบว่า มีความจำเป็นน้อยลงในเพศหญิง และผู้ที่ใช้บริการในเอกชน และพบมีความจำเป็นมากขึ้นในผู้ที่ประเมินตนเองว่าจำเป็นต้องใส่ฟันเทียม จากการศึกษา ยังพบว่า ภูมิภาคที่แตกต่างกันจะมีการกระจายตัวของการใช้งานฟันเทียม และความจำเป็นในการใส่ฟันเทียมที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ตัวแปรทางเศรษฐกิจสังคมและประชากร และการใช้บริการทันตกรรม ยังมีอิทธิพลต่อการใช้งาน และความจำเป็นในการใส่ฟันเทียมอีกด้วย

Herkrath, Vettore & Werneck (2018) ศึกษาปัจจัยบริบทและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้ใหญ่ชาวบราซิล ศึกษาในผู้ใหญ่จำนวน 27,017 คน ซึ่งได้รับการสัมภาษณ์ในการสำรวจสุขภาพแห่งชาติของบราซิล ในปี 2013 ตัวแปรตาม คือ การไม่ใช้บริการทันตกรรม และการใช้บริการทันตกรรมในรอบ 12 เดือน ที่ผ่านมา ตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ/สีผิว การศึกษา และเครือข่ายสังคมออนไลน์ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ รายได้ การประกันสุขภาพ และการลงทะเบียนในสาธารณสุขมูลฐาน และปัจจัยความจำเป็น ได้แก่ การรับรู้ตนเองเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก และการประเมินตนเองเกี่ยวกับฟันที่สูญเสียไป จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยนำ (OR = 0.89; 95% CI 0.81–0.97) และปัจจัยเอื้อ (OR = 0.90; 95% CI 0.85–0.96) มีความสัมพันธ์กับการไม่ใช้บริการทันตกรรม ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ เชื้อชาติ/สีผิว และการศึกษา ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ รายได้ และการประกันสุขภาพ และปัจจัยความจำเป็น ได้แก่ การรับรู้ตนเองเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก และฟันที่สูญเสียไป มีความสัมพันธ์กับการไม่ใช้บริการทันตกรรม และการใช้บริการทันตกรรมในรอบ 12 เดือน ที่ผ่านมา

Maia และคณะ (2018) ศึกษาอิทธิพลของสถานะการใส่ฟันเทียมที่มีต่อการรับรู้ตนเองเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสุขภาพและการรักษา ของผู้ใหญ่วัยกลางคนที่เป็นโรคเรื้อรัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใส่ฟันเทียมและความจำเป็นในการใส่ฟันเทียม ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ตนเองในด้านสุขภาพและความจำเป็นในการรักษาทางทันตกรรม ในผู้ใหญ่วัยกลางคนที่เป็นโรคเรื้อรัง เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 50-65 ปี จำนวน 210 คน จากการศึกษาพบว่า การใช้งานฟันเทียมบนต่อฟันเทียมล่าง มีสัดส่วนเป็น 2.2:1 ความจำเป็นในการใส่ฟันเทียม พบว่า จำเป็นต้องใส่ฟันเทียมบน ร้อยละ 90 และจำเป็นต้องใส่ฟันเทียมล่าง ร้อยละ 95 และพบว่า การรับรู้ตนเองในด้านสุขภาพและความจำเป็นในการรักษาทางทันตกรรมมีความสัมพันธ์กับการใช้งานฟันเทียมและความจำเป็นในการใส่ฟันเทียม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

Oliveira, Carneiro, Ambrosano & Meneghim (2020) การรับรู้ตนเองเกี่ยวกับความจำเป็นในการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตนเองเกี่ยวกับความจำเป็นในการใส่ฟันเทียม โดยศึกษาในผู้สูงอายุ จำนวน 208 คน จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตนเองเกี่ยวกับความจำเป็นในการใส่ฟันเทียม อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ คือ ความจำเป็นในการใส่ฟันเทียมที่ประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ การมีสันเหงือกกว้าง การประเมินตนเองเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก คุณภาพชีวิต และศาสนา ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตนเองเกี่ยวกับความจำเป็นในการใส่ฟันเทียม ได้แก่ เพศ อายุ การรับรู้ถึงสุขภาพของตนเอง รายได้ ระดับการศึกษา การใส่ฟันเทียม และสถานภาพสมรส

สรุปผลจากการทบทวนวรรณกรรม

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และแนวคิดเรื่องการตัดสินใจ ซึ่งกล่าวว่า กระบวนการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภค ประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การรับรู้ปัญหา การค้นหาข้อมูล การประเมินทางเลือก การตัดสินใจซื้อ และพฤติกรรมหลังการซื้อ ผู้วิจัยได้นำตัวแปรอิสระที่สนใจมาศึกษาดังต่อไปนี้

1. กระบวนการรับรู้ปัญหา ตัวแปรอิสระที่สนใจ ได้แก่ ความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม และแรงจูงใจในการใส่ฟันเทียม เนื่องจากเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความคิดเกี่ยวกับการใส่ฟันเทียม
 2. กระบวนการค้นหาข้อมูล ตัวแปรอิสระที่สนใจ ได้แก่ อิทธิพลจากครอบครัวหรือญาติ อิทธิพลจากเพื่อน อิทธิพลจากทันตบุคลากร และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อความคิด และทัศนคติของผู้สูงอายุในการตัดสินใจใช้บริการต่างๆ ได้
 3. กระบวนการประเมินทางเลือก ตัวแปรอิสระที่สนใจ ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ ระยะทางในการเดินทางมาสถานบริการใส่ฟันเทียม และอุปสรรคในการใช้บริการใส่ฟันเทียม เนื่องจากความรู้ และทัศนคติ มีผลต่อแบบแผนความคิดของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ระยะทางในการเดินทาง และอุปสรรคในการใช้บริการ ยังเป็นอีกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ และมีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการของผู้สูงอายุได้
 4. กระบวนการตัดสินใจซื้อ ตัวแปรอิสระที่สนใจ ได้แก่ ประสพการณ์ใส่ฟันเทียม เนื่องจากประสพการณ์จะมีผลต่อความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่มีต่อการใส่ฟันเทียม นอกจากนี้ในกระบวนการนี้ยังมีตัวแปรที่มากเกี่ยวข้อง คือ อิทธิพลจากครอบครัวหรือญาติ อิทธิพลจากเพื่อน และอิทธิพลจากทันตบุคลากรอีกด้วย
 5. พฤติกรรมหลังการซื้อ ตัวแปรอิสระที่สนใจ ได้แก่ ความคาดหวัง เนื่องจากมีผลต่อการกลับมาใช้บริการซ้ำ และการตัดสินใจใส่ฟันเทียมในอนาคตของผู้สูงอายุได้
- นอกจากนี้ยังมีอิทธิพลภายในตัวบุคคล ที่ผู้วิจัยสนใจนำมาศึกษา คือ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสุขภาพ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลักหรืออาชีพในอดีต รายได้เฉลี่ย ภาระทางการเงิน สิทธิการรักษา เขตที่อยู่อาศัย และการอยู่อาศัยกับครอบครัว เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้จะเป็นตัวบ่งบอกชั้นทางสังคม (Social Class) บุคคลที่มีชั้นทางสังคมที่ต่างกัน จะมีความคิด ความชอบ และพฤติกรรมของผู้บริโภคที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ ลักษณะทางประชากรศาสตร์ที่แตกต่างกันยังส่งผลให้มีแบบของการใช้ชีวิต (Lifestyle) ของแต่ละคนแตกต่างกันอีกด้วย

และปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ จำนวนซี่ฟันที่เหลือในช่องปาก จำนวนคู่สบฟันหลังโรคประจำตัว และความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง เนื่องจากจำนวนซี่ฟันที่เหลือในช่องปาก และจำนวนคู่สบฟันหลัง มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หากมีฟันหรือคู่สบที่น้อยลงจะส่งผลต่อความสามารถในการบดเคี้ยวอาหารที่ลดลงด้วย นอกจากนี้การมีโรคประจำตัว และความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง มีผลต่ออุปสรรคในการมาใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุได้ ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรเหล่านี้มาทำการศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดเรื่องการตัดสินใจของ Kotler & Keller (2009) มากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย และได้จัดตัวแปรอิสระที่จะศึกษา โดยแบ่งออกเป็น ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านจิตวิทยา และปัจจัยสถานการณ์ ดังนี้



ภาพ 4 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร มีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) เพื่อศึกษาระดับการตัดสินใจใส่ฟันเทียม และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร และมีฟันแท่นน้อยกว่า 20 ซี่ หรือมีคู่สบฟันหลังน้อยกว่า 4 คู่สบ

กลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้การประมาณค่าสัดส่วนประชากร กรณีไม่ทราบจำนวนประชากร ใช้สูตรของ Wayne (1995) ดังนี้

$$n = \frac{z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} p(1-p)}{d^2}$$

n = กลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ = ค่ามาตรฐานที่ช่วงเชื่อมั่น 95% ($\alpha = 0.05$) เท่ากับ 1.96

p = ค่าสัดส่วนที่ต้องการให้ผู้สูงอายุใส่ฟันเทียมตามเกณฑ์ เท่ากับ 0.6

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ เท่ากับ 0.06

แทนค่าสูตร

$$n = \frac{(1.96^2)(0.6)(0.4)}{(0.06^2)}$$

$$n = 257$$

จากการศึกษาในผู้สูงอายุที่ผ่านมา พบว่า อาจมีการสูญหายของข้อมูลได้ ร้อยละ 4 – 10 (ธิดา รัตนวิไลศักดิ์, 2554; นภาพร ศรีบุญเรือง, 2559) เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 10% จากจำนวนตัวอย่างตัวอย่างที่คำนวณได้ คือ ประมาณ 26 คน ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ 283 คน

วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากประชากรมีขนาดใหญ่ และขอบข่ายกว้าง ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 แบ่งชั้นภูมิพื้นที่ออกเป็น 7 ตำบล ได้แก่ ประชาสุขสันต์ ช่องลม หนองหลวง ลานกระบือ โนนพลวง บึงทับแรต และจันทิมา โดยกำหนดสัดส่วนของขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละตำบลเป็นจำนวนเท่าๆ กัน

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มหาหมู่บ้านตัวอย่าง ด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 3 แบ่งชั้นภูมิตามกลุ่มอายุ ได้แก่ อายุ 60 – 74 ปี และ 75 ปีขึ้นไป โดยกำหนดสัดส่วนขนาดกลุ่มตัวตามสัดส่วนอายุของผู้สูงอายุในอำเภอลานกระบือ คือ อายุ 60 – 74 ปี ต่อ 75 ปี ขึ้นไป เป็นสัดส่วน 3 ต่อ 1

ขั้นตอนที่ 4 สุ่มหากกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

รายละเอียดของกลุ่มตัวอย่างสามารถจำแนกได้ ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายตำบล

ตำบล	กลุ่มอายุ		รวม
	60 – 74 ปี	75 ปีขึ้นไป	
ประชาสุขสันต์	30	11	41
ช่องลม	30	11	41
หนองหลวง	30	11	41
ลานกระบือ	29	11	40
โนนพลวง	29	11	40
บึงทับแรต	29	11	40
จันทิมา	30	10	40
รวม	207	76	283

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป
2. มีสติสัมปชัญญะ สามารถพูดคุยสื่อสารได้ โดยต้องผ่านการทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination, Thai version, 2002)

เกณฑ์การคัดออก

1. ไม่ยินยอมและไม่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
2. กำลังใส่ฟันเทียมอยู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์หลักแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบไปด้วย 2 ฉบับ ได้แก่

ฉบับที่ 1 เป็นแบบบันทึกผลการตรวจฟัน และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลด้วยตนเอง

ฉบับที่ 2 เป็นแบบสอบถามปัจจัยด้านต่างๆ โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูล ซึ่งแบบประเมินทั้ง 2 ฉบับ มีรายละเอียด ดังนี้

1. ฉบับที่ 1 แบบบันทึกผลการตรวจฟัน และความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ

1.1 ส่วนที่ 1 บันทึกจำนวนซี่ฟันที่เหลือในช่องปาก

1.2 ส่วนที่ 2 บันทึกจำนวนคู่สบฟันหลัง

1.3 ส่วนที่ 3 แบบบันทึกความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบ

ประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL)

โดยมีเกณฑ์การประเมิน คือ

คะแนน 12 คะแนน ขึ้นไป หมายถึง ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม)

คะแนนอยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน)

คะแนนอยู่ในช่วง 0 – 4 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง)

2. ฉบับที่ 2 แบบสอบถาม (Questionnaires) ซึ่งประกอบไปด้วย 6 ส่วน คือ

2.1 ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลักหรืออาชีพในอดีต รายได้เฉลี่ย ภาระทางการเงิน สิทธิการรักษา เขตที่อยู่อาศัย และการอยู่อาศัยกับครอบครัว จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกเพียงคำตอบเดียว และคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความ

2.2 ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านสุขภาพ มีจำนวน 2 ข้อ ประกอบไปด้วย ประสบการณ์การใส่ฟันเทียม และโรคประจำตัว มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกเพียงคำตอบเดียว

2.3 ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านสังคม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบไปด้วย อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียม และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

2.3.1 อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียม ประกอบไปด้วย อิทธิพลจากครอบครัวหรือญาติ จำนวน 5 ข้อ อิทธิพลจากเพื่อน จำนวน 5 ข้อ และอิทธิพลจากทันตบุคลากร จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกตอบในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ โดยผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวเลือก	คะแนน
มาก	ให้ 3 คะแนน
ปานกลาง	ให้ 2 คะแนน
น้อย	ให้ 1 คะแนน

การแปลผล

อิทธิพลจากครอบครัวหรือญาติ อิทธิพลจากเพื่อน และอิทธิพลจากทันตบุคลากร รายข้อและภาพรวม จำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม ตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสต์ (Best, 1977)

คะแนนเฉลี่ย

1.00 – 1.66 หมายถึง อิทธิพลจากครอบครัวหรือญาติ อิทธิพลจากเพื่อน และอิทธิพลจากทันตบุคลากร อยู่ในระดับน้อย

1.67 – 2.33 หมายถึง อิทธิพลจากครอบครัวหรือญาติ อิทธิพลจากเพื่อน และอิทธิพลจากทันตบุคลากร อยู่ในระดับปานกลาง

2.34 – 3.00 หมายถึง อิทธิพลจากครอบครัวหรือญาติ อิทธิพลจากเพื่อน และอิทธิพลจากทันตบุคลากร อยู่ในระดับมาก

2.3.2 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกตอบในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ โดยผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวเลือก	คะแนน
มาก	ให้ 3 คะแนน
ปานกลาง	ให้ 2 คะแนน
น้อย	ให้ 1 คะแนน

การแปลผล

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม รายข้อและภาพรวม จำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม ตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977)

โดย กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย

1.00 – 1.66 หมายถึง การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม อยู่ในระดับน้อย

1.67 – 2.33 หมายถึง การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง

2.34 – 3.00 หมายถึง การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม อยู่ในระดับมาก

2.4 ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตวิทยา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบไปด้วย ความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม แรงจูงใจในการใส่ฟันเทียม ความรู้เกี่ยวกับผลของการใส่ฟันเทียมและการใช้บริการใส่ฟันเทียม ทักษะคติที่มีต่อการใส่ฟันเทียม และความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียม

2.4.1 ความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม เป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกเพียงคำตอบเดียว

2.4.2 แรงจูงใจในการใส่ฟันเทียม จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกตอบในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ โดยผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวเลือก	คะแนน
มาก	ให้ 3 คะแนน
ปานกลาง	ให้ 2 คะแนน
น้อย	ให้ 1 คะแนน

การแปลผล

แรงจูงใจในการใส่ฟันเทียม รายข้อและภาพรวม จำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม ตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977)

โดย กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย

- 1.00 – 1.66 หมายถึง แรงจูงใจในการใส่ฟันเทียม อยู่ในระดับน้อย
- 1.67 – 2.33 หมายถึง แรงจูงใจในการใส่ฟันเทียม อยู่ในระดับปานกลาง
- 2.34 – 3.00 หมายถึง แรงจูงใจในการใส่ฟันเทียม อยู่ในระดับมาก
- 2.4.3 ความรู้เกี่ยวกับผลของการใส่ฟันเทียมและการใช้บริการใส่ฟันเทียม

จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นข้อคำถามปลายปิด มีเลือกตอบ 2 ตัวเลือก โดยผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

ตอบผิด	0	คะแนน
ตอบถูก	1	คะแนน

การแปลผล

ความรู้เกี่ยวกับการใส่ฟันเทียม รายข้อและภาพรวม จำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม โดย กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนน

- 0 – 3 หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับผลของการใส่ฟันเทียมและการใช้บริการใส่ฟันเทียม อยู่ในระดับต่ำ
- 4 – 7 หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับผลของการใส่ฟันเทียมและการใช้บริการใส่ฟันเทียม อยู่ในระดับปานกลาง
- 8 – 10 หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับผลของการใส่ฟันเทียมและการใช้บริการใส่ฟันเทียม อยู่ในระดับสูง

2.4.4 ทักษะการที่มีต่อการใส่ฟันเทียม จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกตอบในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ โดยผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

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

การแปลผล

ทักษะการที่มีต่อการใส่ฟันเทียม รายข้อและภาพรวม จำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม ตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสต์ (Best, 1977)

โดย กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย

1.00 – 1.66 หมายถึง ทักษะการที่มีต่อการใส่ฟันเทียม อยู่ในระดับต่ำ

1.67 – 2.33 หมายถึง ทักษะการที่มีต่อการใส่ฟันเทียม อยู่ในระดับ

ปานกลาง

2.34 – 3.00 หมายถึง ทักษะการที่มีต่อการใส่ฟันเทียม อยู่ในระดับสูง

2.4.5 ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียม จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกตอบในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ โดยผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวเลือก	คะแนน
มาก	ให้ 3 คะแนน
ปานกลาง	ให้ 2 คะแนน
น้อย	ให้ 1 คะแนน

การแปลผล

ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียม รายข้อและภาพรวม จำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม ตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสต์ (Best, 1977)

โดย กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย

1.00 – 1.66 หมายถึง ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียม
อยู่ในระดับน้อย

1.67 – 2.33 หมายถึง ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียม
อยู่ในระดับปานกลาง

2.34 – 3.00 หมายถึง ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียม
อยู่ในระดับมาก

2.5 ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยสถานการณ์ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบไปด้วย ระยะเวลาในการเดินทางมาสถานบริการใส่ฟันเทียม และอุปสรรคในการใช้บริการใส่ฟันเทียม

2.5.1 ระยะเวลาในการเดินทางมาสถานบริการใส่ฟันเทียม มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความ

2.5.2 อุปสรรคในการใช้บริการใส่ฟันเทียม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกตอบในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ โดยผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวเลือก	คะแนน
มาก	ให้ 3 คะแนน
ปานกลาง	ให้ 2 คะแนน
น้อย	ให้ 1 คะแนน

การแปลผล

อุปสรรคในการใช้บริการใส่ฟันเทียม รายข้อและภาพรวม จำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม ตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสต์ (Best, 1977)

โดย กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย

1.00 – 1.66 หมายถึง อุปสรรคในการใช้บริการใส่ฟันเทียม อยู่ในระดับน้อย
1.67 – 2.33 หมายถึง อุปสรรคในการใช้บริการใส่ฟันเทียม อยู่ในระดับ
ปานกลาง

2.34 – 3.00 หมายถึง อุปสรรคในการใช้บริการใส่ฟันเทียม อยู่ในระดับ
มาก

2.6 ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการตัดสินใจใส่ฟันเทียม มีจำนวน 1 ข้อ มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกเพียงคำตอบเดียว

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยได้นำเสนอแบบสอบถามฉบับร่างที่ได้พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์คณะทันตแพทยศาสตร์ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญทางด้านทันตกรรมชุมชน 1 ท่าน อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในด้านระเบียบวิธีวิจัย 1 ท่าน และอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับหลักการสถิติ 1 ท่าน เพื่อช่วยตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม โดยพิจารณาความชัดเจนและถูกต้องของภาษา ความครอบคลุม และความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับนิยามตัวแปร โดยมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

- + 1 ข้อความนั้นสอดคล้องกับนิยามตัวแปร
- 0 ไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นสอดคล้องกับนิยามตัวแปร
- 1 ข้อความนั้นไม่สอดคล้องกับนิยามตัวแปร

จากนั้น นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามตัวแปรในแต่ละข้อ (Item-Index of Item-Objective Congruence: IOC) ในการศึกษาครั้งนี้กำหนดเกณฑ์ค่า IOC > 0.5 แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามฉบับร่างที่ผ่านการปรับปรุงและแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่อยู่ในอำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร ที่มีคุณลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's Alpha Coefficient) และสำหรับแบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับการใส่ฟันเทียมคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าความเที่ยงตรง Kruder – Richardson (KR 20) กำหนดเกณฑ์ค่าความเที่ยงที่มีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป จึงจะถือว่าแบบสอบถามดังกล่าวมีความน่าเชื่อถือ และสามารถนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ โดยมีรายละเอียดค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	Cronbrach's Alpha Coefficient
อิทธิพลจากครอบครัวหรือญาติ	.826
อิทธิพลจากเพื่อน	.760
อิทธิพลจากทันตบุคลากร	.837
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	.813
แรงจูงใจในการใส่ฟันเทียม	.774
ความรู้เกี่ยวกับผลของการใส่ฟันเทียมและการใช้บริการใส่ฟันเทียม	.733
ทัศนคติที่มีต่อการใส่ฟันเทียม	.748
ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียม	.839
อุปสรรคในการใช้บริการใส่ฟันเทียม	.885

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์ เสนอคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยนเรศวร ก่อนทำการวิจัย ซึ่งการศึกษานี้ผ่านการพิจารณาการประเมินด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลขโครงการวิจัย P3-0106/2563

ขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้อาสาสมัครทราบถึงสิทธิ์ที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมวิจัย โดยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบ โดยมีเอกสารชี้แจงประกอบ รวมถึงการอธิบายหรือตอบข้อซักถาม จนอาสาสมัครเข้าใจเป็นอย่างดี และแจกเอกสารข้อมูลและแบบขอความยินยอมให้อาสาสมัครนำไปพิจารณาเบื้องต้นตัดสินใจ จากนั้นชี้แจงว่าการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปด้วยความสมัครใจ และแจ้งให้ทราบว่าหากอาสาสมัครต้องการออกจากการศึกษาสามารถกระทำได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่ออาสาสมัคร และข้อมูลที่ได้จากอาสาสมัครจะถือเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อ หรือที่อยู่ของอาสาสมัคร โดยได้นำไปใช้ในประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น เมื่ออาสาสมัครให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยได้ให้ลงนามในเอกสารยินยอม ส่วนผลการวิจัยถูกนำเสนอในภาพรวม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากได้รับอนุมัติการพิจารณาจริยธรรมจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และมีขั้นตอนในการ ดำเนินการ ดังนี้

1. ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลลานกระบือ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลในอำเภอลานกระบือทุกแห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวม ข้อมูลกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของแต่ละแห่ง
2. ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจัดประชุมผู้ช่วยนักวิจัยเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันใน การใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้เก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบ เฝื่อนหน้า (face-to-face interview) โดยใช้แบบสอบถาม ขั้นตอนการประชุม คือ ร่วมกันกำหนด แนวทางการสัมภาษณ์ เช่น การใช้คำพูด ลำดับการซักถาม การเชื่อมโยงคำถาม เป็นต้น ฝึกการ สัมภาษณ์ร่วมกัน ทำการปรับแก้ไข และทดลองซ้ำ จนแน่ใจว่าผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยทำ การสัมภาษณ์ไปในแนวทางเดียวกันและได้ข้อมูลที่ตรงกันมากที่สุด
3. เข้าพบผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอ ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
4. ตรวจสอบสุขภาพช่องปากเพื่อนับจำนวนซี่ฟันและคู่สบฟันหลัง และประเมินความสามารถ ในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย
5. เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถาม โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเฝื่อนหน้า (face-to-face interview) โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย
6. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่นำมาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยสถิติที่ใช้ มีดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา

วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน

2.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square Test) หรือ Fisher's exact test

2.2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียม ใช้สถิติการวิเคราะห์ การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (Binary logistic regression analysis)

โดยมีขั้นตอนของการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ดังนี้

2.2.1 ขั้นตอนที่ 1 พิจารณานำตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียม ที่ระดับนัยสำคัญ 0.25 ($p\text{-value} < 0.25$) (บัณฑิต ถิ่นคำรพ, 2543, น. 87) จากการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดียว มาทำการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis)

2.2.2 ขั้นตอนที่ 2 ตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระทุกตัวว่าไม่มีความสัมพันธ์กันสูง (Multicollinearity) โดยตัวแปรอิสระทุกตัวควรมีระดับความสัมพันธ์กันไม่เกิน 0.80 (Stevens, 1996 อ้างถึงใน ชีระดา ภิญโญ, 2562) ซึ่งจะช่วยให้ไม่เกิดความสัมพันธ์เชิงพหุระหว่างปัจจัย และสามารถใช้ตัวแปรอิสระเหล่านี้ในการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกต่อไปได้

2.2.3 ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกโดยใช้วิธีคัดเลือกตัวแปรแบบ Backward stepwise: Wald

2.2.4 ขั้นตอนที่ 4 ตรวจสอบความเหมาะสมของสมการ โดยใช้ 2 วิธี (ชีระดา ภิญโญ, 2562) คือ

1) พิจารณาจากค่าความเป็นไปได้ (likelihood value) โดยวัดค่า $-2LL$ ($-2 \log \text{likelihood}$) ถ้าค่า $-2LL$ มีค่าน้อยหรือเข้าใกล้ศูนย์แสดงว่าสมการถดถอยโลจิสติกมีความเหมาะสม (ถ้าสมการมีความเหมาะสม 100% จะได้ค่า $-2LL = 0$) ซึ่งทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติได้โดยใช้ Model Chi – Square ที่ $df =$ จำนวนตัวแปรทำนายที่ใช้ในสมการ ถ้า χ^2 มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าตัวแปรทำนายอย่างน้อย 1 ตัว ร่วมกันทำนายโอกาสของการเกิดเหตุการณ์ที่สนใจ ($y = 1$) ด้วยความเชื่อมั่น $(1-\alpha)100\%$

2) พิจารณาจากสถิติทดสอบความเหมาะสมของ Hosmer and Lemeshow เมื่อค่า χ^2 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าโมเดลมีความเหมาะสม

2.2.5 ขั้นตอนที่ 5 พิจารณา ค่า R^2 ของ Cox & Snell หรือ Nagelkerke ซึ่งเป็นค่าที่แสดงสัดส่วนหรือร้อยละของการที่ตัวแปรอิสระหรือตัวแปรทำนายทุกตัวในสมการสามารถอธิบายการเกิดเหตุการณ์ที่สนใจในสมการ

2.2.6 ขั้นตอนที่ 6 ตรวจสอบค่านัยสำคัญทางสถิติของสัมประสิทธิ์ถดถอยโลจิสติกของตัวแปรทำนายแต่ละตัว โดยใช้สถิติทดสอบของ Wald (Wald Statistics)

2.3 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาระดับการตัดสินใจใส่ฟันเทียม และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ ในอำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และมีฟันแท่นน้อยกว่า 20 ซี่ หรือมีคู่สบฟันหลังน้อยกว่า 4 คู่สบ จำนวน 283 คน จากการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 283 คน คิดเป็นร้อยละ 100 และไม่มีการสูญหายของข้อมูล (missing data) ผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ หลักหรืออาชีพในอดีต รายได้เฉลี่ย ภาระทางการเงิน สิทธิการรักษา เขตที่อยู่อาศัย และการอยู่อาศัยกับครอบครัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ จำนวนซี่ฟันที่เหลือในช่องปาก จำนวนคู่สบฟันหลัง ประสบการณ์การใส่ฟันเทียม โรคประจำตัว และความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ อิทธิพลจากครอบครัวหรือญาติ อิทธิพลจากเพื่อน อิทธิพลจากทันตบุคลากร และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม แรงจูงใจในการใส่ฟันเทียม ความรู้เกี่ยวกับผลของการใส่ฟันเทียมและการใช้บริการใส่ฟันเทียม ทศนคติที่มีต่อการใส่ฟันเทียม และความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียม

ส่วนที่ 5 ข้อมูลปัจจัยสถานการณ์ ได้แก่ ระยะทางในการเดินทางมาสถานบริการใส่ฟันเทียม และอุปสรรคในการใช้บริการใส่ฟันเทียม

ส่วนที่ 6 ข้อมูลการตัดสินใจใส่ฟันเทียม

ส่วนที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียม

ส่วนที่ 8 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลักหรืออาชีพในอดีต รายได้เฉลี่ย ภาระทางการเงิน สิทธิการรักษา เขตที่อยู่อาศัย และการอยู่อาศัยกับครอบครัว วิเคราะห์ผลได้ดังนี้

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n=283)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	123	43.5
หญิง	160	56.5
อายุ		
60 – 74 ปี	207	73.1
75 ปีขึ้นไป	76	26.9
Min = 60, Max = 87, \bar{x} = 70.71, SD = 6.83		
สถานภาพสมรส		
โสด	4	1.4
สมรส	181	64.0
หม้าย	91	32.1
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	7	2.5
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	57	20.1
ประถมศึกษา	217	76.6
มัธยมศึกษา	7	2.5
ปวช. / ปวส. / อนุปริญญา	1	0.4
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	1	0.4
อาชีพหลักหรืออาชีพในอดีต		
เกษตรกร	179	63.3
ค้าขาย	12	4.2
รับจ้าง	89	31.4
ธุรกิจส่วนตัว	2	0.7

ตาราง 4 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พนักงานเอกชน	1	0.4
การทำงานในปัจจุบัน		
ทำงาน	82	29.0
ไม่ได้ทำงาน	201	71.0
แหล่งที่มาของรายได้หลัก		
จากการทำงานของตนเอง	63	22.3
เบี้ยผู้สูงอายุ	181	63.9
สามี / ภรรยา	5	1.8
บุตรหลาน	33	11.6
เบี้ยผู้พิการ	1	0.4
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน	131	46.3
1,000 – 5,000 บาทต่อเดือน	127	44.9
มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	25	8.8
Min = 600, Max = 30,000, \bar{x} = 2,286.57, SD = 3,355.43		
ภาวะทางการเงิน		
มีปัญหาทางการเงิน	165	58.3
ไม่มีปัญหาทางการเงิน	118	41.7
สิทธิการรักษา		
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สิทธิบัตรทอง)	267	94.3
ประกันสังคม	1	0.4
ข้าราชการ	13	4.6
บัตรทองนอกเขต	2	0.7
เขตที่อยู่อาศัย		
เขตเทศบาล	87	30.7
เขตองค์การบริหารส่วนตำบล	196	69.3

ตาราง 4 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การอยู่อาศัยกับครอบครัว		
อยู่ตัวคนเดียว	19	6.7
อยู่กับบุตรหลาน	80	28.3
อยู่กับญาติพี่น้อง	9	3.2
อยู่กับสามี / ภรรยา	66	23.3
อยู่กับสามี / ภรรยา และบุตรหลาน	109	38.5

จากตาราง 4 ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุจำนวน 283 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.5) และเพศชาย (ร้อยละ 43.5) มีอายุอยู่ระหว่าง 60 – 74 ปี (ร้อยละ 73.1) และอายุ 75 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 26.9) โดยมีอายุต่ำสุด 60 ปี และอายุมากที่สุด 87 ปี อายุเฉลี่ย 70.71 ปี (SD = 6.83) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 64.0) รองลงมา คือ หม้าย (ร้อยละ 32.1) และหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ (ร้อยละ 2.5) ตามลำดับ ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 76.6) รองลงมา คือ ไม่ได้เรียน (ร้อยละ 20.1) และมัธยมศึกษา (ร้อยละ 2.5) ตามลำดับ

ด้านอาชีพหลักหรืออาชีพในอดีต พบว่า ส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นเกษตรกร (ร้อยละ 63.3) รองลงมา คือ รับจ้าง (ร้อยละ 31.4) และค้าขาย (ร้อยละ 4.2) ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่ในปัจจุบันไม่ได้ทำงานแล้ว (ร้อยละ 71.0) แหล่งที่มาของรายได้หลัก ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยผู้สูงอายุ (ร้อยละ 63.9) รองลงมา คือ จากการทำงานของตนเอง (ร้อยละ 22.3) และจากบุตรหลาน (ร้อยละ 11.6) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 46.3) รองลงมา คือ 1,000 – 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 44.9) และมากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 8.8) ตามลำดับ โดยมีรายได้ต่อเดือนต่ำสุด 600 บาทต่อเดือน และสูงสุด 30,000 บาทต่อเดือน รายได้เฉลี่ย 2,286.57 บาทต่อเดือน (SD = 3,355.43) ด้านภาระทางการเงิน ส่วนใหญ่มีปัญหาทางการเงิน (ร้อยละ 58.3) รองลงมา คือ ไม่มีปัญหาทางการเงิน (ร้อยละ 41.7)

ด้านสิทธิการรักษา ส่วนใหญ่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 94.3) รองลงมา คือ สิทธิข้าราชการ (ร้อยละ 4.6) และสิทธิอื่นๆ (ร้อยละ 0.7) ตามลำดับ เขตที่อยู่อาศัย ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล (ร้อยละ 69.3) และอยู่ในเขตเทศบาล (ร้อยละ 30.7) และ

การอยู่อาศัยกับครอบครัว ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับสามีหรือภรรยา และบุตรหลาน (ร้อยละ 38.5) รองลงมา คือ อยู่กับบุตรหลาน (ร้อยละ 28.3) และอยู่กับสามีหรือภรรยา (ร้อยละ 23.3) ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยด้านสุขภาพ

ข้อมูลปัจจัยด้านสุขภาพ ประกอบไปด้วย จำนวนซี่ฟันที่เหลือในช่องปาก จำนวนคู่สบฟันหลัง ประสบการณ์การใส่ฟันเทียม โรคประจำตัว และความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง วิเคราะห์ผลได้ ดังนี้

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านสุขภาพ (n=283)

ปัจจัยด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนซี่ฟันที่เหลือในช่องปาก		
น้อยกว่า 20 ซี่	243	85.9
20 ซี่ขึ้นไป	40	14.1
Min = 0, Max = 24, \bar{X} = 11.03, SD = 6.99		
จำนวนคู่สบฟันหลัง		
0 คู่สบ	199	70.3
1 คู่สบขึ้นไป	84	29.7
Min = 0, Max = 5, \bar{X} = 0.58, SD = 1.00		
ประสบการณ์ใส่ฟันเทียม		
เคยใส่ และใช้งานได้ดี	18	6.4
เคยใส่ แต่ใช้งานไม่ได้	48	16.9
ไม่เคยใส่	217	76.7
โรคประจำตัว		
มี	221	78.1
ไม่มี	59	20.8
ไม่ทราบ / ไม่เคยตรวจ	3	1.1
ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง		
ช่วยเหลือตนเองได้	277	97.8
ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง	5	1.8
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	1	0.4

จากตาราง 5 ผลการศึกษาปัจจัยด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจำนวน 283 คน พบว่า ส่วนใหญ่ มีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 85.9 และมากกว่า 20 ซี่ มีร้อยละ 14.1 โดยมีจำนวนซี่ฟันน้อยสุด 0 ซี่ และมากที่สุด 24 ซี่ จำนวนซี่ฟันเฉลี่ย 11.03 ซี่ (SD = 6.99) จำนวนคู่สบฟันหลัง ส่วนใหญ่มี 0 คู่สบ ร้อยละ 70.3 และ 1 คู่สบขึ้นไป มีร้อยละ 29.7 โดยมีจำนวนคู่สบน้อยสุด 0 คู่สบ และมากที่สุด 5 คู่สบ จำนวนคู่สบเฉลี่ย 0.58 คู่ (SD = 1.00)

ในด้านประสบการณ์ใส่ฟันเทียม พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยใส่ฟันเทียม (ร้อยละ 76.7) รองลงมา คือ เคยใส่ แต่ใช้งานได้ไม่ดี (ร้อยละ 16.9) และเคยใส่ และใช้งานได้ดี (ร้อยละ 6.4) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 78.1) รองลงมา คือ ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 20.8) และไม่ทราบหรือไม่เคยตรวจ (ร้อยละ 1.1) ตามลำดับ ในด้านความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง พบว่า ส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี (ร้อยละ 97.8) รองลงมา คือ ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (ร้อยละ 1.8) และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (ร้อยละ 0.4) ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยด้านสังคม

ข้อมูลปัจจัยด้านสังคม ประกอบไปด้วย อิทธิพลจากครอบครัวหรือญาติ อิทธิพลจากเพื่อน อิทธิพลจากทันตบุคลากร และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม วิเคราะห์ผลได้ดังนี้

ตาราง 6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของอิทธิพลจากครอบครัวหรือญาติ (n=283)

อิทธิพลจากครอบครัวหรือญาติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66)	165	58.3
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33)	56	19.8
ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00)	62	21.9
Min = 1.00, Max = 3.00, \bar{x} = 1.64, SD = 0.78		

จากตาราง 6 อิทธิพลจากครอบครัวหรือญาติ ของผู้สูงอายุจำนวน 283 คน พบว่า ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับน้อย จำนวน 165 คน คิดเป็นร้อยละ 58.3 รองลงมา คือ ระดับมาก จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 21.9 และระดับปานกลาง จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 19.8 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ 1.00 คะแนน คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ 3.00 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 1.64 คะแนน (SD = 0.78)

ตาราง 7 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามอิทธิพลจาก
ครอบครัวหรือญาติ โดยรวม และรายข้อ (n=283)

อิทธิพลจากครอบครัวหรือญาติ	ความคิดเห็น			\bar{x}	SD	การแปล ผล
	มาก	ปาน กลาง	น้อย			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1. คนในครอบครัวหรือญาติของท่าน บอกกล่าว หรือแนะนำให้ท่านใส่ฟันปลอม ทำให้ท่านจะไปใช้บริการใส่ฟันปลอม	71 (25.1)	38 (13.4)	174 (61.5)	1.64	0.86	น้อย
2. ท่านเห็นคนในครอบครัวหรือญาติของท่าน ใส่ฟันปลอมแล้วมีความสวยงาม ท่านจึงจะไปใช้บริการใส่ฟันปลอมบ้าง	59 (20.8)	41 (14.5)	183 (64.7)	1.56	0.82	น้อย
3. ท่านเห็นคนในครอบครัวหรือญาติของท่าน ใส่ฟันปลอมแล้วเคี้ยวอาหารได้ดีขึ้น ท่านจึงจะไปใช้บริการใส่ฟันปลอมบ้าง	70 (24.7)	30 (10.6)	183 (64.7)	1.60	0.86	น้อย
4. คนในครอบครัวหรือญาติของท่าน ให้การสนับสนุนในเรื่องค่าใช้จ่ายในการทำฟันปลอม ทำให้ท่านจะไปใช้บริการใส่ฟันปลอม	74 (26.1)	38 (13.5)	171 (60.4)	1.66	0.87	น้อย
5. คนในครอบครัวหรือญาติของท่าน ให้การสนับสนุนในการพาท่านไปทำฟันปลอม ทำให้ท่านจะไปใช้บริการใส่ฟันปลอม	86 (30.4)	33 (11.6)	164 (58.0)	1.72	0.90	ปาน กลาง
ค่าเฉลี่ยโดยรวม				1.64	0.78	น้อย

จากตาราง 7 เมื่อพิจารณาอิทธิพลจากครอบครัวหรือญาติ โดยรวม และรายข้อ พบว่า อิทธิพลจากครอบครัวหรือญาติ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x} = 1.64$, $SD = 0.78$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า อิทธิพลจากครอบครัวหรือญาติอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 1 ข้อ และระดับน้อย จำนวน 4 ข้อ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ “คนในครอบครัวหรือญาติของท่าน ให้การสนับสนุนในการพาท่านไปทำฟันปลอม ทำให้ท่านจะไปใช้บริการใส่ฟันปลอม” ($\bar{x} = 1.72$, $SD = 0.90$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ “ท่านเห็นคนในครอบครัวหรือญาติของท่าน ใส่ฟันปลอมแล้วมีความสวยงาม ท่านจึงจะไปใช้บริการใส่ฟันปลอมบ้าง” ($\bar{x} = 1.56$, $SD = 0.82$)

ตาราง 8 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของอิทธิพลจากเพื่อน (n=283)

อิทธิพลจากเพื่อน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66)	169	59.7
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33)	45	15.9
ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00)	69	24.4
Min = 1.00, Max = 3.00, $\bar{x} = 1.60$, $SD = 0.70$		

จากตาราง 8 อิทธิพลจากเพื่อน ของผู้สูงอายุจำนวน 283 คน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย จำนวน 169 คน คิดเป็นร้อยละ 59.7 รองลงมา คือ ระดับมาก จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 24.4 และระดับปานกลาง จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 15.9 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ 1.00 คะแนน คะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ 3.00 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 1.60 คะแนน ($SD = 0.70$)

ตาราง 9 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามอิทธิพลจากเพื่อน โดยรวม และรายข้อ (n=283)

อิทธิพลจากเพื่อน	ความคิดเห็น			\bar{x}	SD	การแปลผล
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1. เพื่อนบ้านของท่าน บอกกล่าวหรือแนะนำให้ท่านไปใส่ฟันปลอม ทำให้ท่านจะไปใช้บริการใส่ฟันปลอม	68 (24.0)	40 (14.2)	175 (61.8)	1.62	0.85	น้อย
2. ท่านเห็นเพื่อนบ้านของท่าน ใส่ฟันปลอมแล้วมีความสุข ท่านจึงจะไปใช้บริการใส่ฟันปลอมบ้าง	81 (28.6)	40 (14.2)	162 (57.2)	1.71	0.88	ปานกลาง
3. ท่านเห็นเพื่อนบ้านของท่าน ใส่ฟันปลอมแล้วเคี้ยวอาหารได้หลากหลายขึ้น ท่านจึงจะไปใช้บริการใส่ฟันปลอมบ้าง	94 (33.2)	26 (9.2)	163 (57.6)	1.76	0.92	ปานกลาง
4. เพื่อนบ้านของท่านบอกกับท่านว่า ฟันปลอมใช้งานได้ดี ใส่แล้วไม่เจ็บ ทำให้ท่านจะไปใช้บริการใส่ฟันปลอมบ้าง	77 (27.2)	41 (14.5)	165 (58.3)	1.69	0.87	ปานกลาง
5. เพื่อนบ้านล้อเลียนท่านเรื่อง การใส่ฟันปลอม ทำให้ท่านไม่ไปใช้บริการใส่ฟันปลอม	14 (4.9)	27 (9.6)	242 (85.5)	1.19	0.51	น้อย
ค่าเฉลี่ยโดยรวม				1.60	0.70	น้อย

จากตาราง 9 เมื่อพิจารณาอิทธิพลจากเพื่อน โดยรวม และรายข้อ พบว่า อิทธิพลจากเพื่อน มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x} = 1.60$, $SD = 0.70$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า อิทธิพลจากเพื่อนอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 3 ข้อ และระดับน้อย จำนวน 2 ข้อ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ “ท่านเห็นเพื่อนบ้านของท่าน ใส่ฟันปลอมแล้วเคี้ยวอาหารได้หลากหลายขึ้น ท่านจึงจะไปใช้บริการใส่ฟันปลอมบ้าง” ($\bar{x} = 1.76$, $SD = 0.92$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ “เพื่อนบ้านล้อเลียนท่านเรื่องการใส่ฟันปลอม ทำให้ท่านไม่ไปใช้บริการใส่ฟันปลอม” ($\bar{x} = 1.19$, $SD = 0.51$)

ตาราง 10 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของอิทธิพลจากทัศนบุคลการ (n=283)

อิทธิพลจากทัศนบุคลการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66)	136	48.1
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33)	22	7.7
ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00)	125	44.2
Min = 1.00, Max = 3.00, $\bar{x} = 1.97$, $SD = 0.91$		

จากตาราง 10 อิทธิพลจากทัศนบุคลการ ของผู้สูงอายุจำนวน 283 คน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย จำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 48.1 รองลงมา คือ ระดับมาก จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 44.2 และระดับปานกลาง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 7.7 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ 1.00 คะแนน คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ 3.00 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 1.97 คะแนน ($SD = 0.91$)

ตาราง 11 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามอิทธิพลจาก
ทัศนบุคลลากร โดยรวม และรายข้อ (n=283)

อิทธิพลจากทัศนบุคลลากร	ความคิดเห็น			\bar{x}	SD	การแปล ผล
	มาก	ปาน กลาง	น้อย			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1. ทัศนบุคลลากร แนะนำท่านให้ใส่ ฟันปลอม ทำให้ท่านจะไปใช้บริการ ใส่ฟันปลอม	119 (42.0)	37 (13.1)	127 (44.9)	1.97	0.93	ปานกลาง
2. ทัศนบุคลลากร แจ้งให้ท่านทราบ เกี่ยวกับ โครงการฟันเทียม พระราชทาน ทำให้ท่านจะไปใช้ บริการใส่ฟันปลอม	116 (41.0)	27 (9.5)	140 (49.5)	1.92	0.95	ปานกลาง
3. ทัศนบุคลลากร แจ้งให้ท่านทราบ เรื่องสิทธิการทำฟันปลอมฟรีใน โรงพยาบาลของรัฐ ตามสิทธิการ รักษาของท่าน ทำให้ท่านจะไปใช้ บริการใส่ฟันปลอม	125 (44.2)	21 (7.4)	137 (48.4)	1.96	0.96	ปานกลาง
4. ทัศนบุคลลากร ให้บริการแก่ท่าน เป็นอย่างดี น่าพึงพอใจ ทำให้ท่านจะ ไปใช้บริการใส่ฟันปลอม	135 (47.7)	23 (8.1)	125 (44.2)	2.04	0.96	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยโดยรวม				1.97	0.91	ปานกลาง

จากตาราง 11 เมื่อพิจารณาอิทธิพลจากทัศนบุคลลากร โดยรวม และรายข้อ พบว่า อิทธิพลจากทัศนบุคลลากร มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.97$, $SD = 0.91$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า อิทธิพลจากทัศนบุคลลากรอยู่ในระดับปานกลาง ทั้ง 4 ข้อ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ “ทัศนบุคลลากร ให้บริการแก่ท่านเป็นอย่างดี น่าพึงพอใจ ทำให้ท่านจะไปใช้บริการใส่ฟันปลอม” ($\bar{x} = 2.04$, $SD = 0.96$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ “ทัศนบุคลลากร แจ้งให้ท่านทราบเกี่ยวกับโครงการฟันเทียมพระราชทาน ทำให้ท่านจะไปใช้บริการใส่ฟันปลอม” ($\bar{x} = 1.92$, $SD = 0.95$)

ตาราง 12 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (n=283)

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66)	102	36.0
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33)	128	45.3
ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00)	53	18.7
Min = 1.00, Max = 3.00, \bar{x} = 1.86, SD = 0.52		

จากตาราง 12 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ของผู้สูงอายุ จำนวน 283 คน พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 45.3 รองลงมา คือ ระดับน้อย จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 36.0 และระดับมาก จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 18.7 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ 1.00 คะแนน คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ 3.00 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 1.86 คะแนน (SD = 0.52)

ตาราง 13 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม โดยรวม และรายข้อ (n=283)

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	ความคิดเห็น			\bar{x}	SD	การแปลผล
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1. ทานข้าวร่วมกันกับลูกหลานหรือญาติพี่น้อง	154 (54.4)	34 (12.0)	95 (33.6)	2.21	0.92	ปานกลาง
2. ไปเยี่ยมเยียนญาติมิตร หรือเพื่อนบ้าน	84 (29.7)	67 (23.7)	132 (46.6)	1.83	0.86	ปานกลาง
3. เข้าร่วมกิจกรรมจิตอาสาในชุมชน	53 (18.7)	61 (21.6)	169 (59.7)	1.59	0.79	น้อย
4. เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ	68 (24.0)	57 (20.2)	158 (55.8)	1.68	0.84	ปานกลาง
5. เข้าร่วมการประชุมในชุมชน	128 (45.2)	72 (25.4)	83 (29.3)	2.16	0.85	ปานกลาง

ตาราง 13 (ต่อ)

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	ความคิดเห็น			\bar{x}	SD	การแปลผล
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
6. ไปทำบุญที่วัดในวันพระ หรือวันสำคัญทางศาสนา	125 (44.2)	88 (31.1)	70 (24.7)	2.19	0.81	ปานกลาง
7. ไปเที่ยวกับลูกหลานญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้าน	26 (9.2)	58 (20.5)	199 (70.3)	1.39	0.65	น้อย
ค่าเฉลี่ยโดยรวม				1.86	0.52	ปานกลาง

จากตาราง 13 เมื่อพิจารณาการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม โดยรวม และรายข้อ พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.86$, $SD = 0.52$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 5 ข้อ และระดับน้อย จำนวน 2 ข้อ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ “ทานข้าวร่วมกันกับลูกหลานหรือญาติพี่น้อง” ($\bar{x} = 2.21$, $SD = 0.92$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ “ไปเที่ยวกับลูกหลาน ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนบ้าน” ($\bar{x} = 1.39$, $SD = 0.65$)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยด้านจิตวิทยา

ข้อมูลปัจจัยด้านจิตวิทยา ประกอบไปด้วย ความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม แรงจูงใจในการใส่ฟันเทียม ความรู้เกี่ยวกับผลของการใส่ฟันเทียมและการใช้บริการใส่ฟันเทียม ทศนคติที่มีต่อการใส่ฟันเทียม และความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียม วิเคราะห์ผล ได้ดังนี้

ตาราง 14 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม (n=283)

ความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รู้สึกจำเป็น	154	54.4
รู้สึกไม่จำเป็น	129	45.6

จากตาราง 14 ความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม ของผู้สูงอายุ จำนวน 283 คน พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้สึกที่ตนเองจำเป็นต้องใส่ฟันเทียม จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 54.4 ในขณะที่ ผู้สูงอายุจำนวน 129 คน มีความรู้สึกที่ตนเองไม่จำเป็นต้องใส่ฟันเทียม คิดเป็นร้อยละ 45.6

ตาราง 15 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของแรงจูงใจในการใส่ฟันเทียม (n=283)

แรงจูงใจในการใส่ฟันเทียม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66)	183	64.6
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33)	78	27.6
ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00)	22	7.8
Min = 1.00, Max = 3.00, \bar{x} = 1.57, SD = 0.47		

จากตาราง 15 แรงจูงใจในการใส่ฟันเทียม ของผู้สูงอายุจำนวน 283 คน พบว่า ส่วนใหญ่ มีแรงจูงใจในการใส่ฟันเทียมอยู่ในระดับน้อย จำนวน 183 คน คิดเป็นร้อยละ 64.6 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 27.6 และระดับมาก จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 7.8 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ 1.00 คะแนน คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ 3.00 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 1.57 คะแนน (SD = 0.47)

ตาราง 16 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามแรงจูงใจในการใส่ฟันเทียม โดยรวม และรายข้อ (n=283)

แรงจูงใจในการใส่ฟันเทียม	ความคิดเห็น			\bar{x}	SD	การแปลผล
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1. ท่านเคี้ยวอาหารไม่ค่อยได้	115 (40.6)	82 (29.0)	86 (30.4)	2.10	0.84	ปานกลาง
2. ท่านมีอาการท้องอืด การย่อยอาหารไม่ดี	46 (16.3)	94 (33.2)	143 (50.5)	1.66	0.74	น้อย

ตาราง 16 (ต่อ)

แรงจูงใจในการใส่ฟันเทียม	ความคิดเห็น			\bar{x}	SD	การแปลผล
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
	จำนวน	จำนวน	จำนวน			
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)			
3. ท่านรู้สึกพูดไม่ชัดจากการไม่มีฟันหรือฟันเหลือน้อย	32 (11.3)	88 (31.1)	163 (57.6)	1.54	0.69	น้อย
4. ท่านไม่กล้ายิ้มหรือหัวเราะเพราะไม่มีฟันหน้า	32 (11.3)	49 (17.3)	202 (71.4)	1.40	0.68	น้อย
5. ท่านรู้สึกว่าภาพลักษณ์ของตนดูไม่ดี มีแก้มตอ	36 (12.7)	67 (23.7)	180 (63.6)	1.49	0.71	น้อย
6. เศษอาหารหลุดร่วงออกมานอกปากเวลาที่ท่านเคี้ยวอาหาร	26 (9.2)	91 (32.1)	166 (58.7)	1.51	0.66	น้อย
7. ท่านไม่มีความมั่นใจในการเข้าสังคม	23 (8.1)	37 (13.1)	223 (78.8)	1.29	0.61	น้อย
ค่าเฉลี่ยโดยรวม				1.57	0.47	น้อย

จากตาราง 16 เมื่อพิจารณาแรงจูงใจในการใส่ฟันเทียม โดยรวม และรายข้อ พบว่าแรงจูงใจในการใส่ฟันเทียม มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x} = 1.57$, $SD = 0.47$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า แรงจูงใจในการใส่ฟันเทียม อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 1 ข้อ และระดับน้อย จำนวน 6 ข้อ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่สุด คือ “ท่านเคี้ยวอาหารไม่ค่อยได้” ($\bar{x} = 2.10$, $SD = 0.84$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ “ท่านไม่มีความมั่นใจในการเข้าสังคม” ($\bar{x} = 1.29$, $SD = 0.61$)

ตาราง 17 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของความรู้เกี่ยวกับผลของการใส่ฟันเทียมและการใช้บริการใส่ฟันเทียม (n=283)

ความรู้เกี่ยวกับผลของการใส่ฟันเทียมและการใช้บริการใส่ฟันเทียม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0 – 3 คะแนน)	8	2.8
ระดับปานกลาง (4 – 7 คะแนน)	154	54.4
ระดับสูง (8 – 10 คะแนน)	121	42.8
Min = 3, Max = 10, \bar{x} = 7.06, SD = 1.80		

จากตาราง 17 ความรู้เกี่ยวกับผลของการใส่ฟันเทียมและการใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ จำนวน 283 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับผลของการใส่ฟันเทียมและการใช้บริการใส่ฟันเทียมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 54.4 รองลงมาคือ ระดับสูง จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 42.8 และระดับต่ำ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 2.8 ตามลำดับ โดยมีคะแนนต่ำที่สุด คือ 3 คะแนน คะแนนมากที่สุด คือ 10 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.06 คะแนน (SD = 1.80)

ตาราง 18 แสดงจำนวน และร้อยละ จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับผลของการใส่ฟันเทียมและการใช้บริการใส่ฟันเทียม รายข้อ และการตอบได้ถูกต้อง (n=283)

ความรู้เกี่ยวกับผลของการใส่ฟันเทียมและการใช้บริการใส่ฟันเทียม	ตอบถูก	ตอบผิด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ผู้ที่มีฟันเหลือน้อยมีโอกาสเป็นโรคขาดสารอาหารได้	176 (62.2)	107 (37.8)
2. ถ้าไม่ใส่ฟันปลอมจะทำให้ฟันที่เหลืออยู่ล้มเอียงได้	161 (56.9)	122 (43.1)
3. การใส่ฟันปลอม จะช่วยให้การบดเคี้ยวอาหารดีขึ้น ทานอาหารได้หลากหลายขึ้น	240 (84.8)	43 (15.2)
4. ฟันปลอมจะช่วยรักษาโครงสร้างของใบหน้า ทำให้แก้มไม่ตอมนิ่เหี่ยวยุ่น ใบหน้าดูสวยขึ้น เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ม่มีฟัน	240 (84.8)	43 (15.2)

ตาราง 18 (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับผลของการใส่ฟันเทียมและ การใช้บริการใส่ฟันเทียม	ตอบถูก	ตอบผิด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
5. ฟันปลอม สามารถทำได้ทันที โดยที่ไม่ต้องถอนฟันซี่ที่ผู้ผู้มาก ๆ หรือฟันโยกมาก ๆ ก็ได้	218 (77.0)	65 (23.0)
6. ฟันปลอม สามารถใส่ได้ตลอดทั้งวัน ทั้งคืน โดยไม่จำเป็นต้องถอดออกเลยก็ได้	214 (75.6)	69 (24.4)
7. ก่อนทำฟันปลอมต้องถอนฟันให้หมดทั้งปากก่อน	131 (46.3)	152 (53.7)
8. ถ้าใส่ฟันปลอมแล้วเจ็บหรือหลวม จะไม่สามารถแก้ไขได้ ต้องทำใหม่เท่านั้น	173 (61.1)	110 (38.9)
9. ทำฟันปลอมกับหมอตตามบ้าน หรือ หมอชาวบ้าน มีความปลอดภัย ไม่แตกต่างกับที่ทำกับทันตแพทย์	222 (78.4)	61 (21.6)
10. หมอชาวบ้านหรือหมอตตามบ้าน มีการใช้วัสดุอุปกรณ์ในการทำฟันปลอมที่ได้มาตรฐาน และสะอาดเช่นเดียวกับโรงพยาบาล	222 (78.4)	61 (21.6)

จากตาราง 18 เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับผลของการใส่ฟันเทียมและการใช้บริการใส่ฟันเทียม เป็นรายชื่อ พบว่า ข้อที่ตอบถูกมากที่สุดมีจำนวน 2 ข้อ คือ “การใส่ฟันปลอม จะช่วยให้การบดเคี้ยวอาหารดีขึ้น ทานอาหารได้หลากหลายขึ้น” และ “ฟันปลอมจะช่วยรักษาโครงสร้างของใบหน้า ทำให้แก้มไม่ตบ ไม่เหี่ยวยุบ ใบหน้าดูสวยขึ้น เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีฟัน” และข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือ “ก่อนทำฟันปลอมต้องถอนฟันให้หมดทั้งปากก่อน”

ตาราง 19 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของทัศนคติที่มีต่อการใส่ฟันเทียม (n=283)

ทัศนคติที่มีต่อการใส่ฟันเทียม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66)	33	11.7
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33)	131	46.3
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00)	119	42.0
Min = 1.13, Max = 3.00, \bar{x} = 2.22, SD = 0.45		

จากตาราง 19 ทัศนคติที่มีต่อการใส่ฟันเทียม ของผู้สูงอายุจำนวน 283 คน พบว่า ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่มีต่อการใส่ฟันเทียมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 131 คน คิดเป็นร้อยละ 46.3 รองลงมา คือ ระดับสูง จำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 42.0 และระดับต่ำ จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 11.7 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ 1.13 คะแนน คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ 3.00 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 2.22 คะแนน (SD = 0.45)

ตาราง 20 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามทัศนคติที่มีต่อการใส่ฟันเทียม โดยรวม และรายข้อ (n=283)

ทัศนคติที่มีต่อการใส่ฟันเทียม	ความคิดเห็น			\bar{x}	SD	การแปลผล
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1. ท่านคิดว่า ฟันปลอมสามารถใช้เคี้ยวอาหารได้ดีเหมือนฟันจริง	150 (53.0)	62 (21.9)	71 (25.1)	2.28	0.84	ปานกลาง
2. ท่านคิดว่า ใส่ฟันปลอมแล้วทำให้รู้สึกรำคาญ ไม่สบายช่องปาก	119 (42.0)	84 (29.7)	80 (28.3)	1.86	0.83	ปานกลาง
3. ท่านคิดว่า ใส่ฟันปลอมแล้วทำให้พูดไม่ชัดหรือออกเสียงได้ไม่ชัดเจน	114 (40.3)	83 (29.3)	86 (30.4)	1.90	0.84	ปานกลาง
4. ท่านคิดว่า ใส่ฟันปลอมแล้วมีความสวยงาม ดูเหมือนฟันจริง	213 (75.3)	41 (14.5)	29 (10.2)	2.65	0.66	สูง

ตาราง 20 (ต่อ)

ทัศนคติที่มีต่อการใส่ฟันเทียม	ความคิดเห็น			\bar{X}	SD	การแปลผล
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย			
	จำนวน	จำนวน	จำนวน			
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)			
5. ท่านคิดว่า การใส่ฟันปลอมเป็นเรื่องน่าอาย	15 (5.3)	18 (6.4)	250 (88.3)	2.83	0.50	สูง
6. ท่านคิดว่า ฟันปลอมมีความยุ่งยากในการใช้งาน	71 (25.1)	66 (23.3)	146 (51.6)	2.27	0.84	ปานกลาง
7. ท่านคิดว่า ใส่ฟันปลอมแล้วทำให้ปากมีกลิ่นเหม็น	97 (34.2)	78 (27.6)	108 (38.2)	2.04	0.85	ปานกลาง
8. ท่านคิดว่า ฟันปลอมมีราคาแพง ไม่คุ้มค่าที่จะทำฟันปลอม	114 (40.2)	63 (22.3)	106 (37.5)	1.97	0.88	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยโดยรวม				2.22	0.45	ปานกลาง

จากตาราง 20 เมื่อพิจารณาทัศนคติที่มีต่อการใส่ฟันเทียม โดยรวม และรายข้อ พบว่าทัศนคติที่มีต่อการใส่ฟันเทียม มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.22$, $SD = 0.45$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 และ 4 และมีข้อคำถามเชิงลบจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 5, 6, 7 และ 8 โดยทัศนคติที่มีต่อการใส่ฟันเทียม อยู่ในระดับสูงจำนวน 2 ข้อ และอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 6 ข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ “ท่านคิดว่า การใส่ฟันปลอมเป็นเรื่องน่าอาย” ($\bar{X} = 2.83$, $SD = 0.50$) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับข้อความเชิงลบนี้ จึงมีทัศนคติที่ดีที่สุดในเรื่องนี้ และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ “ท่านคิดว่า ใส่ฟันปลอมแล้วทำให้รู้สึกรำคาญ ไม่สบายช่องปาก” ($\bar{X} = 1.86$, $SD = 0.83$) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยกับข้อความเชิงลบนี้ จึงมีทัศนคติที่ไม่ดีที่สุดในเรื่องนี้

ตาราง 21 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียม (n=283)

ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66)	2	0.7
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33)	70	24.7
ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00)	211	74.6
Min = 1.00, Max = 3.00, \bar{X} = 2.67, SD = 0.44		

จากตาราง 21 ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียม ของผู้สูงอายุจำนวน 283 คน พบว่า ส่วนใหญ่มีความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียมอยู่ในระดับมาก จำนวน 211 คน คิดเป็นร้อยละ 74.6 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 24.7 และระดับน้อย จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.7 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ 1.00 คะแนน คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ 3.00 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 2.67 คะแนน (SD = 0.44)

ตาราง 22 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียม โดยรวม และรายข้อ (n=283)

ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียม	ความคิดเห็น			\bar{X}	SD	การแปลผล
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1. ท่านคาดหวังว่าเมื่อมารับบริการ ผู้ให้บริการจะให้บริการที่ดีที่สุดของท่าน	196 (69.3)	82 (28.9)	5 (1.8)	2.67	0.51	มาก
2. ท่านคาดหวังว่า เมื่อท่านมารับบริการใส่ฟันปลอม จะได้รับคำแนะนำจากทันตบุคลากรอย่างเป็นกันเอง	200 (70.7)	77 (27.2)	6 (2.1)	2.69	0.51	มาก
3. ท่านคาดหวังว่าเมื่อมารับบริการทันตบุคลากรจะสามารถแก้ปัญหาจากการไม่มีฟันให้ท่านได้	196 (69.3)	81 (28.6)	6 (2.1)	2.67	0.51	มาก

ตาราง 22 (ต่อ)

ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการ ใส่ฟันเทียม	ความคิดเห็น			\bar{x}	SD	การแปล ผล
	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)			
4. ท่านคาดหวังว่าเมื่อมารับบริการ ขั้นตอนการให้บริการจะไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน	187 (66.1)	92 (32.5)	4 (1.4)	2.65	0.51	มาก
5. ท่านคาดหวังว่าเมื่อมารับบริการ ระยะเวลาการรอคอยการรักษาจะใช้ เวลาไม่นาน	184 (65.0)	94 (33.2)	5 (1.8)	2.63	0.52	มาก
6. ท่านคาดหวังว่าเมื่อมารับบริการ การให้บริการจะมีความสะอาด ปลอดภัย	212 (74.9)	69 (24.4)	2 (0.7)	2.74	0.45	มาก
7. ท่านคาดหวังว่าเมื่อมารับบริการ ท่านจะได้ฟันปลอมที่มีความแข็งแรง ทนทาน และใช้ได้นาน	199 (70.3)	82 (29.0)	2 (0.7)	2.70	0.48	มาก
8. ท่านคาดหวังว่าเมื่อมารับบริการ ท่านจะได้ฟันปลอมที่สามารถใช้เคี้ยว อาหารได้ตามที่ต้องการ	189 (66.8)	91 (32.1)	3 (1.1)	2.66	0.50	มาก
9. ท่านคาดหวังว่าเมื่อมารับบริการ ท่านจะได้ฟันปลอมที่ใส่แล้วสวยงามดู เหมือนฟันจริง	188 (66.4)	94 (33.2)	1 (0.4)	2.66	0.48	มาก
ค่าเฉลี่ยโดยรวม				2.67	0.44	มาก

จากตาราง 22 เมื่อพิจารณาความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียม โดยรวม และรายข้อ พบว่า ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียม มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 2.67$, $SD = 0.44$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียม อยู่ในระดับมากทั้ง 9 ข้อ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ “ท่านคาดหวังว่าเมื่อมารับบริการ การให้บริการจะมีความสะอาด ปลอดภัย” ($\bar{x} = 2.74$, $SD = 0.45$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ “ท่านคาดหวังว่าเมื่อมารับบริการ ระยะเวลาการรอคอยการรักษาใช้เวลาไม่นาน” ($\bar{x} = 2.63$, $SD = 0.52$)

ส่วนที่ 5 ข้อมูลปัจจัยสถานการณ์

ข้อมูลปัจจัยสถานการณ์ ประกอบไปด้วย ระยะทางในการเดินทางมาสถานบริการใส่ฟันเทียม และอุปสรรคในการใช้บริการใส่ฟันเทียม วิเคราะห์ผลได้ดังนี้

ตาราง 23 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะทางในการเดินทางมาสถานบริการใส่ฟันเทียม (n=283)

ระยะทางในการเดินทางมาสถานบริการใส่ฟันเทียม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 กิโลเมตร	176	62.2
มากกว่า 10 กิโลเมตร	107	37.8
Min = 2, Max = 25, \bar{x} = 10.35, SD = 5.26		

จากตาราง 23 ระยะทางในการเดินทางมาสถานบริการใส่ฟันเทียม ของผู้สูงอายุ จำนวน 283 คน พบว่า ส่วนใหญ่ มีระยะทางในการเดินทางมาสถานบริการใส่ฟันเทียม น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 กิโลเมตร จำนวน 176 คน คิดเป็นร้อยละ 62.2 และมีระยะทางในการเดินทางมาสถานบริการใส่ฟันเทียม มากกว่า 10 กิโลเมตร จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 37.8 โดยมีระยะทางน้อยที่สุด คือ 2 กิโลเมตร และมากที่สุด คือ 25 กิโลเมตร ระยะทางเฉลี่ยเท่ากับ 10.35 กิโลเมตร (SD = 5.26)

ตาราง 24 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของอุปสรรคในการใช้บริการใส่ฟันเทียม (n=283)

อุปสรรคในการใช้บริการใส่ฟันเทียม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66)	170	60.1
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33)	87	30.7
ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00)	26	9.2
Min = 1.00, Max = 3.00, \bar{x} = 1.60, SD = 0.48		

จากตาราง 24 อุปสรรคในการใช้บริการใส่ฟันเทียม ของผู้สูงอายุจำนวน 283 คน พบว่า ส่วนใหญ่มีอุปสรรคในการใช้บริการใส่ฟันเทียมอยู่ในระดับน้อย จำนวน 170 คน คิดเป็นร้อยละ 60.1 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 30.7 และระดับน้อย จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 9.2 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ 1.00 คะแนน คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ 3.00 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 1.60 คะแนน (SD = 0.48)

ตาราง 25 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามอุปสรรคในการใช้บริการใส่ฟันเทียม โดยรวม และรายข้อ (n=283)

อุปสรรคในการใช้บริการใส่ฟันเทียม	ความคิดเห็น			\bar{x}	SD	การแปลผล
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1. ไม่สะดวกไปในเวลาทำการ เวลา 8.30 – 16.30 น.	31 (11.0)	38 (13.4)	214 (75.6)	1.35	0.67	น้อย
2. รอคิวทำฟันปลอมนาน	56 (19.8)	57 (20.1)	170 (60.1)	1.60	0.80	น้อย
3. สถานพยาบาลอยู่ไกล/เดินทาง ไม่สะดวก	48 (17.0)	60 (21.2)	175 (61.8)	1.55	0.77	น้อย
4. เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง	49 (17.3)	47 (16.6)	187 (66.1)	1.51	0.77	น้อย
5. ไม่มีเวลาไป เพราะต้อง ประกอบอาชีพหารายได้	20 (7.1)	28 (9.9)	235 (83.0)	1.24	0.57	น้อย
6. ต้องพึ่งพาผู้อื่นในเรื่องการ เดินทางไปรับบริการ	86 (30.4)	45 (15.9)	152 (53.7)	1.77	0.89	ปาน กลาง
7. ต้องพึ่งพาผู้อื่นในเรื่อง ค่าใช้จ่ายในการทำฟันปลอม	98 (34.6)	46 (16.3)	139 (49.1)	1.86	0.91	ปาน กลาง
8. มีปัญหาด้านสุขภาพ	57 (20.1)	57 (20.1)	169 (59.8)	1.60	0.80	น้อย
9. กลัวการทำฟัน	91 (32.2)	30 (10.6)	162 (57.2)	1.75	0.91	ปาน กลาง
10. ไม่อยากถอนฟันก่อนทำฟัน ปลอม	97 (34.3)	36 (12.7)	150 (53.0)	1.81	0.92	ปาน กลาง
ค่าเฉลี่ยโดยรวม				1.60	0.48	น้อย

จากตาราง 25 เมื่อพิจารณาอุปสรรคในการใช้บริการใส่ฟันเทียม โดยรวม และรายชื่อพบว่า อุปสรรคในการใช้บริการใส่ฟันเทียม มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x} = 1.60$, $SD = 0.48$) เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อพบว่า อุปสรรคในการใช้บริการใส่ฟันเทียม อยู่ในระดับปานกลาง 4 ข้อ และอยู่ในระดับน้อย 6 ข้อ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ “ต้องพึ่งพาผู้อื่นในเรื่องค่าใช้จ่ายในการทำฟันปลอม” ($\bar{x} = 1.86$, $SD = 0.91$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ “ไม่มีเวลาไป เพราะต้องประกอบอาชีพหารายได้” ($\bar{x} = 1.24$, $SD = 0.57$)

ส่วนที่ 6 ข้อมูลการตัดสินใจใส่ฟันเทียม

ตาราง 26 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการตัดสินใจใส่ฟันเทียม (n=283)

การตัดสินใจใส่ฟันเทียม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จะใส่ฟันเทียม	152	53.7
ไม่ใส่ฟันเทียม	131	46.3

จากตาราง 26 ข้อมูลการตัดสินใจใส่ฟันเทียม ของผู้สูงอายุ จำนวน 283 คน พบว่าส่วนใหญ่ มีการตัดสินใจที่จะใส่ฟันเทียม จำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 53.7 และตัดสินใจไม่ใส่ฟัน จำนวน 131 คน คิดเป็นร้อยละ 46.3

ส่วนที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียม

ตาราง 27 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ: การวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดียว (n=283)

ตัวแปร	การตัดสินใจใส่ฟันเทียม		รวม	OR _{crude}	95% CI	p-value *
	ใส่ จำนวน (%)	ไม่ใส่ จำนวน (%)				
ปัจจัยส่วนบุคคล						
เพศ						0.480
ชาย	69 (45.4)	54 (41.2)	123	1.19	0.74-1.90	
หญิง	83 (54.6)	77 (58.8)	160	Ref.		
รวม	152	131	283			
อายุ						<0.001 ^a
60 – 74 ปี	125 (82.2)	82 (62.6)	207	2.77	1.60-4.78	
75 ปีขึ้นไป	27 (17.8)	49 (37.4)	76	Ref.		
รวม	152	131	283			
สถานภาพสมรส						0.003 ^a
สมรส	109 (71.7)	72 (55.0)	181	2.08	1.27-3.40	
โสด, หม้าย, หย่าร้าง, แยกกันอยู่	43 (28.3)	59 (45.0)	102	Ref.		
รวม	152	131	283			
ระดับการศึกษา						0.024 ^a
ประถมศึกษาขึ้นไป	129 (84.9)	97 (74.0)	226	1.97	1.09-3.55	
ไม่ได้เรียน	23 (15.1)	34 (26.0)	57	Ref.		
รวม	152	131	283			
อาชีพหลัก/อาชีพในอดีต						0.480
เกษตรกรรม	99 (65.1)	80 (61.0)	179	1.19	0.73-1.93	
รับจ้าง, ค้าขาย, ธุรกิจ ส่วนตัว, พนักงานเอกชน	53 (34.9)	51 (38.9)	104	Ref.		
รวม	152	131	283			
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน						0.744
มากกว่า 5,000 บาท	15 (9.9)	10 (7.6)	25	1.39	0.58-3.32	
1,000 – 5,000 บาท	69 (45.4)	58 (44.3)	127	1.10	0.68-1.80	
น้อยกว่า 1,000 บาท	68 (44.7)	63 (48.1)	131	Ref.		
รวม	152	131	283			

ตาราง 27 (ต่อ)

ตัวแปร	การตัดสินใจใส่ฟันเทียม		รวม	OR _{crude}	95% CI	p-value *
	ใส่ จำนวน (%)	ไม่ใส่ จำนวน (%)				
ภาวะทางการเงิน						
มีปัญหาทางการเงิน	100 (65.8)	65 (49.6)	165	1.95	1.21-3.15	0.006 ^a
ไม่มีปัญหาทางการเงิน	52 (34.2)	66 (50.4)	118	Ref.		
รวม	152	131	283			
สิทธิการรักษา						
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สิทธิบัตรทอง)	144 (94.7)	123 (93.9)	267	1.17	0.43-3.21	0.759
ประกันสังคม, ข้าราชการ, บัตรทองนอกเขต	8 (5.3)	8 (6.1)	16	Ref.		
รวม	152	131	283			
เขตที่อยู่อาศัย						
เขตเทศบาล	53 (34.9)	34 (26.0)	87	1.53	0.91-2.55	0.105
เขตองค์การบริหารส่วนตำบล	99 (65.1)	97 (74.0)	196	Ref.		
รวม	152	131	283			
การอยู่อาศัยกับครอบครัว						
บุตรหลาน,ญาติพี่น้อง	43 (28.3)	46 (35.1)	89	3.51	1.08-11.39	0.001 ^a
สามี/ภรรยา	33 (21.7)	33 (25.2)	66	3.75	1.13-12.50	
สามี/ภรรยา และบุตรหลาน	72 (47.4)	37 (28.2)	109	7.30	2.26-23.56	
อยู่ตัวคนเดียว	4 (2.6)	15 (11.5)	19	Ref.		
รวม	152	131	283			
ปัจจัยด้านสุขภาพ						
จำนวนซี่ฟันที่เหลือในช่องปาก						
น้อยกว่า 20 ซี่	136 (89.5)	107 (81.7)	243	1.91	0.97-3.77	0.061
20 ซี่ขึ้นไป	16 (10.5)	24 (18.3)	40	Ref.		
รวม	152	131	283			
จำนวนคู่สบฟันหลัง						
0 คู่สบ	111 (73.0)	88 (67.2)	199	1.32	0.79-2.21	0.283
1 คู่สบขึ้นไป	41 (27.0)	43 (32.8)	84	Ref.		
รวม	152	131	283			

ตาราง 27 (ต่อ)

ตัวแปร	การตัดสินใจใส่ฟันเทียม		รวม	OR _{crude}	95% CI	p-value *
	ใส่ จำนวน (%)	ไม่ใส่ จำนวน (%)				
ประสบการณ์ใส่ฟันเทียม						0.017 ^a
เคยใส่ และใช้งานได้ดี	14 (9.2)	4 (3.0)	18	3.60	1.15-11.28	
เคยใส่ แต่ใช้งานได้ไม่ดี	31 (20.4)	17 (13.0)	48	1.88	0.98-3.59	
ไม่เคยใส่	107 (70.4)	110 (84.0)	217	Ref.		
รวม	152	131	283			
โรคประจำตัว						0.026 ^a
ไม่มี/ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ	41 (27.0)	21 (16.0)	62	1.94	1.07-3.49	
มี	111 (73.0)	110 (84.0)	221	Ref.		
รวม	152	131	283			
ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง						0.420 [#]
พึ่งตนเองได้	150 (98.7)	127 (96.9)	277	2.36	0.43-13.11	
ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง, พึ่งตนเองไม่ได้	2 (1.3)	4 (3.1)	6	Ref.		
รวม	152	131	283			
ปัจจัยด้านสังคม						
อิทธิพลจากครอบครัวหรือญาติ						< 0.001 ^a
ระดับมาก/ปานกลาง	104 (68.4)	14 (10.7)	118	18.11	9.44-34.73	
ระดับน้อย	48 (31.6)	117 (89.3)	165	Ref.		
รวม	152	131	283			
อิทธิพลจากเพื่อน						< 0.001 ^a
ระดับมาก/ปานกลาง	97 (63.8)	17 (13.0)	114	11.83	6.44-21.71	
ระดับน้อย	55 (36.2)	114 (87.0)	169	Ref.		
รวม	152	131	283			
อิทธิพลจากทันตบุคลากร						< 0.001 ^a
ระดับมาก/ปานกลาง	123 (80.9)	24 (18.3)	147	18.91	10.38-34.45	
ระดับน้อย	29 (19.1)	107 (81.7)	136	Ref.		
รวม	152	131	283			

ตาราง 27 (ต่อ)

ตัวแปร	การตัดสินใจใส่ฟันเทียม		รวม	OR _{crude}	95% CI	p-value *
	ใส่ จำนวน (%)	ไม่ใส่ จำนวน (%)				
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม						0.035 ^a
ระดับมาก	36 (23.7)	17 (13.0)	53	2.48	1.24-4.97	
ระดับปานกลาง	69 (45.4)	59 (45.0)	128	1.37	0.81-2.31	
ระดับน้อย	47 (30.9)	55 (42.0)	102	Ref.		
รวม	152	131	283			
ปัจจัยด้านจิตวิทยา						
ความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม						< 0.001 ^a
รู้สึกจำเป็น	136 (89.5)	18 (13.7)	154	53.36	26.02-109.43	
รู้สึกไม่จำเป็น	16 (10.5)	113 (86.3)	129	Ref.		
รวม	152	131	283			
แรงจูงใจในการใส่ฟันเทียม						< 0.001 ^a
ระดับมาก/ปานกลาง	83 (54.6)	17 (13.0)	100	8.07	4.42-14.72	
ระดับน้อย	69 (45.4)	114 (87.0)	183	Ref.		
รวม	152	131	283			
ความรู้เกี่ยวกับผลของการใส่ฟันเทียมและการใช้บริการใส่ฟันเทียม						0.002 ^a
ระดับสูง	78 (51.3)	43 (32.8)	121	2.16	1.33-3.50	
ระดับปานกลาง/ต่ำ	74 (48.7)	88 (67.2)	162	Ref.		
รวม	152	131	283			
ทัศนคติที่มีต่อการใส่ฟันเทียม						< 0.001 ^a
ระดับสูง	82 (53.9)	37 (28.2)	119	2.98	1.81-4.89	
ระดับปานกลาง/ต่ำ	70 (46.1)	94 (71.8)	164	Ref.		
รวม	152	131	283			

ตาราง 27 (ต่อ)

ตัวแปร	การตัดสินใจใส่ฟันเทียม		รวม	OR _{crude}	95% CI	p-value *
	ใส่ จำนวน (%)	ไม่ใส่ จำนวน (%)				
ความคาดหวังเกี่ยวกับการ ใช้บริการใส่ฟันเทียม						< 0.001 ^a
ระดับมาก	143 (94.1)	68 (51.9)	211	14.72	6.91-31.34	
ระดับน้อยและปานกลาง	9 (5.9)	63 (48.1)	72	Ref.		
รวม	152	131	283			
ปัจจัยสถานการณ์						
ระยะทางในการเดินทางมา สถานบริการใส่ฟันเทียม						0.385
มากกว่า 10 กิโลเมตร	61 (40.1)	46 (35.1)	107	1.24	0.76-2.01	
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 กิโลเมตร	91 (59.9)	85 (64.9)	176	Ref.		
รวม	152	131	283			
อุปสรรคในการใช้บริการ ใส่ฟันเทียม						0.018 ^a
ระดับน้อย	101 (66.4)	69 (52.7)	170	1.78	1.10-2.88	
ระดับปานกลาง/มาก	51 (33.6)	62 (47.3)	113	Ref.		
รวม	152	131	283			

หมายเหตุ: *Chi-square test, #Fisher exact test, a p<0.05, Ref. = กลุ่มอ้างอิง

จากตาราง 27 แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ โดยการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดี่ยว (Univariate analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้แก่

ปัจจัยส่วนบุคคล ผลการวิเคราะห์ พบว่า

อายุ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) โดยพบว่า ผู้สูงอายุ 60 – 74 ปี มีโอกาสตัดสินใจใส่ฟันเทียมมากกว่า อายุ 75 ปีขึ้นไป 2.77 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.60-4.78)

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.003) โดยพบว่า สถานภาพสมรสมีโอกาสตัดสินใจใส่ฟันเทียมมากกว่า สถานภาพโสด หม้าย หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ 2.08 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.27-3.40)

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.024) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาชั้นประถมศึกษาขึ้นไปมีโอกาสตัดสินใจใส่ฟันเทียมมากกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียน 1.97 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.09-3.55)

ภาวะทางการเงิน มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.022) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางการเงินมีโอกาสตัดสินใจใส่ฟันเทียมมากกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาทางการเงิน 1.95 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.21-3.15)

การอยู่อาศัยกับครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.001) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรหลานหรือญาติพี่น้องมีโอกาสตัดสินใจใส่ฟันเทียมมากกว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตัวคนเดียว 3.51 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.08-11.39) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับสามีหรือภรรยา มีโอกาสตัดสินใจใส่ฟันเทียมมากกว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตัวคนเดียว 3.75 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.13-12.50) และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับสามีหรือภรรยา และบุตรหลาน มีโอกาสตัดสินใจใส่ฟันเทียมมากกว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตัวคนเดียว 7.30 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 2.26-23.56)

ปัจจัยด้านสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ พบว่า

ประสบการณ์ใส่ฟันเทียม มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.017) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่เคยใส่ฟันเทียมและใช้งานได้ดี มีโอกาสตัดสินใจใส่ฟันเทียมมากกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่เคยใส่ฟันเทียม 3.60 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.15-11.28) และผู้สูงอายุที่เคยใส่ฟันเทียม แต่ใช้งานไม่ได้ มีโอกาสตัดสินใจใส่ฟันเทียมมากกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่เคยใส่ฟันเทียม 1.88 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 0.98-3.59)

โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.026) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว ไม่ทราบ หรือไม่เคยตรวจ มีโอกาสตัดสินใจใส่ฟันเทียมมากกว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว 1.94 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.07-3.49)

ปัจจัยด้านสังคม ผลการวิเคราะห์ พบว่า

อิทธิพลจากครอบครัวหรือญาติ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับอิทธิพลจากครอบครัวหรือญาติในระดับมากและระดับปานกลาง มีโอกาสตัดสินใจใส่ฟันเทียมมากกว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับอิทธิพลจากครอบครัวหรือญาติในระดับน้อย 18.11 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 9.44-34.73)

อิทธิพลจากเพื่อน มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับอิทธิพลจากเพื่อนในระดับมากและระดับปานกลาง มีโอกาสตัดสินใจใส่ฟันเทียมมากกว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับอิทธิพลจากเพื่อนในระดับน้อย 11.83 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 6.44-21.71)

อิทธิพลจากทันตบุคลากร มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับอิทธิพลจากทันตบุคลากรในระดับมากและระดับปานกลาง มีโอกาสตัดสินใจใส่ฟันเทียมมากกว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับอิทธิพลจากทันตบุคลากรในระดับน้อย 18.91 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 10.38-34.45)

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.035$) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในระดับมาก มีโอกาสตัดสินใจใส่ฟันเทียมมากกว่า ผู้สูงอายุที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในระดับน้อย 2.48 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.24-4.97) และผู้สูงอายุที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในระดับปานกลาง มีโอกาสตัดสินใจใส่ฟันเทียมมากกว่า ผู้สูงอายุที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในระดับน้อย 1.37 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 0.81-2.31)

ปัจจัยด้านจิตวิทยา ผลการวิเคราะห์ พบว่า

ความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าตนเองจำเป็นต้องใส่ฟันเทียม มีโอกาสตัดสินใจใส่ฟันเทียมมากกว่า ผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าตนเองไม่จำเป็นต้องใส่ฟันเทียม 53.36 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 26.02-109.43)

แรงจูงใจในการใส่ฟันเทียม มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีแรงจูงใจในการใส่ฟันเทียมในระดับมากและระดับปานกลาง มีโอกาสตัดสินใจใส่ฟันเทียมมากกว่า ผู้สูงอายุที่มีแรงจูงใจในการใส่ฟันเทียมในระดับน้อย 8.07 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 4.42-14.72)

ความรู้เกี่ยวกับผลของการใส่ฟันเทียมและการใช้บริการใส่ฟันเทียม มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.002$) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้เกี่ยวกับผลของการใส่ฟันเทียมและการใช้บริการใส่ฟันเทียมในระดับสูง มีโอกาสตัดสินใจใส่ฟันเทียมมากกว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้เกี่ยวกับผลของการใส่ฟันเทียมและการใช้บริการใส่ฟันเทียมในระดับปานกลางและระดับต่ำ 2.16 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.33-3.50)

ทัศนคติที่มีต่อการใส่ฟันเทียม มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีทัศนคติต่อการใส่ฟันเทียมในระดับสูง มีโอกาสตัดสินใจใส่ฟันเทียมมากกว่า ผู้สูงอายุที่มีทัศนคติต่อการใส่ฟันเทียมในระดับปานกลางและระดับต่ำ 2.98 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.81-4.89)

ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียม มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียมในระดับมาก มีโอกาสตัดสินใจใส่ฟันเทียมมากกว่า ผู้สูงอายุที่มีความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียมในระดับปานกลางและระดับน้อย 14.72 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 6.91-31.34)

ปัจจัยสถานการณ์ ผลการวิเคราะห์ พบว่า

อุปสรรคในการใช้บริการใส่ฟันเทียม มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.018$) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอุปสรรคในการใช้บริการใส่ฟันเทียมในระดับน้อย มีโอกาสตัดสินใจใส่ฟันเทียมมากกว่า ผู้สูงอายุที่มีอุปสรรคในการใช้บริการใส่ฟันเทียมในระดับปานกลางและระดับมาก 1.78 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.10-2.88)

ส่วนที่ 8 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียม

การวิเคราะห์ตัวแปรแบบพหุ (Multivariate analysis) โดยพิจารณาดำเนินการวิเคราะห์ที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียม ที่ระดับนัยสำคัญ 0.25 ($p\text{-value} < 0.25$) จากการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดียว มาทำการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ซึ่งมีทั้งสิ้น 19 ตัวแปร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ภาระทางการเงิน เขตที่อยู่อาศัย การอยู่อาศัยกับครอบครัว จำนวนซี่ฟันที่เหลือในช่องปาก ประสบการณ์ใส่ฟันเทียม โรคประจำตัว อิทธิพลจากครอบครัวหรือญาติ อิทธิพลจากเพื่อน อิทธิพลจากทันตบุคลากร การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม แรงจูงใจในการใส่ฟันเทียม ความรู้เกี่ยวกับผลของการใส่ฟันเทียม และการใช้บริการใส่ฟันเทียม ทัศนคติที่มีต่อการใส่ฟันเทียม ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียม และอุปสรรคในการใช้บริการใส่ฟันเทียม และจากการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัว พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัว มีค่าอยู่ระหว่าง 0.003 - 0.664 แสดงว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กัน (Multicollinearity)

ตาราง 28 แสดงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ โดยสถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี โดยใช้วิธีคัดเลือกตัวแปรแบบ Backward stepwise: Wald (n=283)

ตัวแปร	B	Wald	OR _{adjust}	95% CI	p-value
เขตที่อยู่อาศัย					
เขตเทศบาล	1.040	4.184	2.83	1.04-7.66	0.041*
เขตองค์การบริหารส่วนตำบล			Ref.		
อิทธิพลจากทันตบุคลากร					
ระดับมากและปานกลาง	1.532	12.832	4.63	2.00-10.69	<0.001*
ระดับน้อย			Ref.		
ความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม					
รู้สึกจำเป็น	3.077	52.876	21.69	9.46-49.70	<0.001*
รู้สึกไม่จำเป็น			Ref.		
แรงจูงใจในการใส่ฟันเทียม					
ระดับมากและปานกลาง	1.238	7.097	3.45	1.39-8.57	0.008*
ระดับน้อย			Ref.		
ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียม					
ระดับมาก	1.979	12.747	7.24	2.44-21.44	<0.001*
ระดับน้อยและปานกลาง			Ref.		
Constant	-4.437	48.742	0.01		<0.001
-2 Log likelihood = 157.027, Model Chi - square ที่ df = 5; p < 0.001					
Hosmer and Lemeshow Test: $\chi^2 = 3.283$, df = 8, p = 0.915					
Nagelkerke R Square = 0.751					

* p<0.05

จากตาราง 28 เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียม โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (Binary logistic regression analysis) และใช้วิธีคัดเลือกตัวแปรแบบ Backward stepwise (Wald)

การตรวจสอบความเหมาะสมของสมการถดถอยโลจิสติก โดยพิจารณาจากค่าความเป็นไปได้ (likelihood value) พบว่า ได้ค่า $-2LL$ ($-2 \log$ likelihood) เท่ากับ 157.027 ซึ่งถ้าค่า $-2LL$ มีค่าน้อยหรือเข้าใกล้ศูนย์แสดงว่าสมการถดถอยโลจิสติกมีความเหมาะสม โดยทดสอบนัยสำคัญ ความเหมาะสมของสมการโลจิสติก โดยใช้สถิติ Chi-square test พบว่า ได้ค่า p-value เท่ากับ <0.001 ค่า χ^2 มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ตัวแปรทำนายอย่างน้อย 1 ตัว สามารถร่วมกันทำนายโอกาสของการตัดสินใจใส่ฟันเทียมได้ ด้วยความเชื่อมั่น 95% นั่นคือ model มีความเหมาะสม และเมื่อพิจารณาจากสถิติทดสอบความเหมาะสมของ Hosmer and Lemeshow พบว่า ค่า $\chi^2 = 3.283$, $df = 8$, $p = 0.915$ ค่า χ^2 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า model มีความเหมาะสม

การวัดระดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายกับการตัดสินใจใส่ฟันเทียม โดยใช้สถิติทดสอบ Nagelkerke R square พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.751 แสดงว่า ตัวแปรทำนายสามารถอธิบายโอกาสการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 75.1

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ พบว่า เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่

เขตที่อยู่อาศัย โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล มีโอกาสตัดสินใจใส่ฟันเทียมมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล 2.83 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.04-7.66)

อิทธิพลจากทันตบุคลากร โดยผู้สูงอายุที่ได้รับอิทธิพลจากทันตบุคลากรในระดับมากและระดับปานกลาง มีโอกาสตัดสินใจใส่ฟันเทียมมากกว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับอิทธิพลจากทันตบุคลากรในระดับน้อย 4.63 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 2.00-10.69)

ความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม โดยผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าตนเองจำเป็นต้องใส่ฟันเทียม มีโอกาสตัดสินใจใส่ฟันเทียมมากกว่า ผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าตนเองไม่จำเป็นต้องใส่ฟันเทียม 21.69 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 9.46-49.70)

แรงจูงใจในการใส่ฟันเทียม โดยผู้สูงอายุที่มีแรงจูงใจในการใส่ฟันเทียมในระดับมากและระดับปานกลาง มีโอกาสตัดสินใจใส่ฟันเทียมมากกว่า ผู้สูงอายุที่มีแรงจูงใจในการใส่ฟันเทียมระดับน้อย 3.45 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.39-8.57)

ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียม โดยผู้สูงอายุที่มีความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียมในระดับมาก มีโอกาสตัดสินใจใส่ฟันเทียมมากกว่า ผู้สูงอายุที่มีความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียมในระดับน้อยและระดับปานกลาง 7.24 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 2.44-21.44)

บทที่ 5

บทสรุป

การศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อำเภอ ลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาระดับการตัดสินใจใส่ฟันเทียม และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุในอำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 283 คน ใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามที่ถูกพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียม โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square Test) หรือ Fisher's exact test และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (Binary logistic regression analysis) ซึ่งสามารถสรุป และอภิปรายผลได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.5) มีอายุ อยู่ระหว่าง 60-87 ปีอายุเฉลี่ย 70.71 ปี (SD = 6.83) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 64.0) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 76.6) ส่วนใหญ่มีอาชีพหลักหรืออาชีพในอดีต คือ เกษตรกรรม (ร้อยละ 63.3) โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 1,000 บาท ต่อเดือน (ร้อยละ 46.3) ซึ่งค่าเฉลี่ยของรายได้เท่ากับ 2,286.57 บาท (SD=3,355.43) และส่วนใหญ่มีปัญหาทางการเงิน (ร้อยละ 58.3) ด้านสิทธิการรักษาส่วนใหญ่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 94.3) มีเขตที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล (ร้อยละ 69.3) และการอยู่อาศัย ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับสามีหรือภรรยาและบุตรหลาน (ร้อยละ 38.5)

ด้านปัจจัยด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ (ร้อยละ 85.9) ทั้งนี้ฟันที่ยังมีอยู่โดยเฉลี่ยเท่ากับ 11.03 ซี่ (SD=6.99) ไม่มีจำนวนคู่สบฟันหลัง (ร้อยละ 70.3) และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ใส่ฟันเทียม มีโรคประจำตัว และสามารถช่วยเหลือตนเองในการดำรงกิจวัตรประจำวันได้ดี คิดเป็นร้อยละ 76.7, 78.1 และ 97.8 ตามลำดับ

ด้านปัจจัยด้านสังคม พบว่า อิทธิพลจากครอบครัวหรือญาติโดยรวมอยู่ในระดับน้อย (Mean=1.64, SD=0.78) อิทธิพลจากเพื่อนโดยรวมอยู่ในระดับน้อย (Mean=1.60, SD=0.70) อิทธิพลจากทันตบุคลากรโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=1.97, SD=0.91) และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=1.86, SD=0.52)

ด้านปัจจัยด้านจิตวิทยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกว่าจะตนเองจำเป็นต้องใส่ฟันเทียม (ร้อยละ 54.4) มีแรงจูงใจในการใส่ฟันเทียมโดยรวมอยู่ในระดับน้อย (Mean=1.57, SD=0.47) ความรู้เกี่ยวกับผลของการใส่ฟันเทียมและการใช้บริการใส่ฟันเทียมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.4) ทศนคติที่มีต่อการใส่ฟันเทียมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.22, SD=0.45) และความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียมโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=2.67, SD=0.44)

ด้านปัจจัยสถานการณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะทางในการเดินทางมาสถานบริการใส่ฟันเทียมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 กิโลเมตร (ร้อยละ 62.2) (Mean=10.35, SD=5.26) และมีอุปสรรคในการใช้บริการใส่ฟันเทียมโดยรวมอยู่ในระดับน้อย (Mean=1.60, SD=0.48) และข้อมูลการตัดสินใจใส่ฟันเทียม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการตัดสินใจที่จะใส่ฟันเทียม ร้อยละ 53.7 และตัดสินใจไม่ใส่ฟันเทียม ร้อยละ 46.3

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียม

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้แก่ อายุ ($p < 0.001$) สถานภาพสมรส ($p = 0.003$) ระดับการศึกษา ($p = 0.024$) ภาระทางการเงิน ($p = 0.006$) การอยู่อาศัยกับครอบครัว ($p = 0.001$) ประสบการณ์ใส่ฟันเทียม ($p = 0.017$) โรคประจำตัว ($p = 0.026$) อิทธิพลจากครอบครัวหรือญาติ ($p < 0.001$) อิทธิพลจากเพื่อน ($p < 0.001$) อิทธิพลจากทันตบุคลากร ($p < 0.001$) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ($p = 0.035$) ความรู้สึกจำเป็นต้องใส่ฟันเทียม ($p < 0.001$) แรงจูงใจในการใส่ฟันเทียม ($p < 0.001$) ความรู้เกี่ยวกับผลของการใส่ฟันเทียมและการใช้บริการใส่ฟันเทียม ($p = 0.002$) ทศนคติที่มีต่อการใส่ฟันเทียม ($p < 0.001$) ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียม ($p < 0.001$) และอุปสรรคในการใช้บริการใส่ฟันเทียม ($p = 0.018$)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียม

จากการศึกษา พบว่า เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ แล้ว ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความรู้สึกจำเป็นต้องใส่ฟันเทียม ($OR_{Adj} = 21.69$; 95%CI: 9.46-49.70; $p < 0.001$) ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียม ($OR_{Adj} = 7.24$; 95%CI: 2.44-21.44; $p < 0.001$) อิทธิพลจากทันตบุคลากร ($OR_{Adj} = 4.63$; 95%CI: 2.00-10.69; $p < 0.001$) แรงจูงใจในการใส่ฟันเทียม ($OR_{Adj} = 3.45$; 95%CI: 1.39-

8.57; $p=0.008$) และเขตที่อยู่อาศัย ($OR_{Adj}=2.83$; 95%CI: 1.04-7.66; $p=0.041$) โดยปัจจัยเหล่านี้สามารถอธิบายโอกาสการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 75.1

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีการตัดสินใจใส่ฟันเทียมประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุทั้งหมด (ร้อยละ 53.7) สอดคล้องกับการศึกษาของสถาพร จันทร (2551) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา มีความต้องการใส่ฟันเทียม ร้อยละ 52.96 และสอดคล้องกับการศึกษาของ เกศศินี วีระพันธ์ (2559) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในอำเภอบ่อเกลือ จังหวัดน่าน มีการไปใช้บริการใส่ฟันเทียม ร้อยละ 55.8 แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ Jung & Kim (2008) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ในเมืองแทกู จังหวัดคยองซังบุกโด ประเทศเกาหลีใต้ เลือกที่จะเข้ารับการรักษาโดยการใส่ฟันเทียม ร้อยละ 68.1 และขัดแย้งกับการศึกษาของ รัตนา สิทธิปริษาชาญ (2560) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก มีความต้องการใส่ฟันเทียม ร้อยละ 67.5 ความแตกต่างกันของแต่ละการศึกษานี้อาจเป็นเพราะว่า อายุของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และบริบทที่แตกต่างกันของแต่ละพื้นที่ อีกทั้งการตัดสินใจใช้บริการหนึ่งๆ นั้น จะผ่านกระบวนการหลายขั้นตอนก่อนที่จะเกิดการตัดสินใจ ทั้งการรับรู้ปัญหา การค้นหาข้อมูล การประเมินทางเลือก การตัดสินใจซื้อ และพฤติกรรมหลังการซื้อ ซึ่งในแต่ละกระบวนการจะมีปัจจัยต่างๆ ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคลที่เข้ามามีบทบาท ทำให้แต่ละบุคคลมีการตัดสินใจที่แตกต่างกัน

การศึกษานี้ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียม อิทธิพลจากทันตบุคลากร แรงจูงใจในการใส่ฟันเทียม และเขตที่อยู่อาศัย

ด้านความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมนั้น พบว่า ผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าตนเองจำเป็นต้องใส่ฟันเทียม มีโอกาสตัดสินใจใส่ฟันเทียมมากกว่าผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าตนเองไม่จำเป็นต้องใส่ฟันเทียม 21.69 เท่า อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองได้รับผลกระทบในการดำรงชีวิตจากการที่ตนเองมีฟันเหลือน้อย จึงแสวงหาแนวทางหรือดำเนินการใดๆ เพื่อให้ได้รับการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุจะไปขอคำปรึกษาจากผู้ให้บริการใส่ฟันเทียมเพื่อให้ได้รับการรักษา ในขณะที่ผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าตนเองไม่จำเป็นต้องใส่ฟันเทียมนั้น อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุคิดว่าการสูญเสียฟันเป็นเรื่องธรรมดาตามอายุที่เพิ่มขึ้น การมีฟันเหลือน้อยก็สามารถเลือกรับประทานอาหารอ่อนๆ ได้ และไม่อายุในการเข้าสังคม เพราะผู้สูงอายุคนอื่นๆ ก็มีฟันเหลือน้อยเช่นเดียวกัน จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่เกิดความตระหนักถึงความจำเป็นในการใส่ฟันเทียม และในอีกทางหนึ่ง ผู้สูงอายุมองว่าสุขภาพร่างกายและชีวิตความเป็นอยู่ของตนเองและครอบครัว เป็นเรื่องที่มีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตมากกว่าสุขภาพช่องปาก จึงทำให้ความสนใจในการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากเป็นเรื่องรองลงมา ซึ่งสอดคล้อง

กับการศึกษาของสุดาตวง เกร็นพงษ์ และคณะ (2550) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้ดีกว่าจำเป็นต้องใส่ฟันเทียม มากกว่าครึ่งหนึ่งได้ไปเข้าคิวเพื่อรับบริการใส่ฟันเทียมแล้ว และพบว่า ผู้สูงอายุที่รู้ดีกว่าไม่จำเป็นต้องใส่ฟันเทียม ทุกคนเป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาใดๆ ในคุณภาพชีวิต ทั้งการรับประทานอาหาร การเข้าสังคม และด้านการพูด และสอดคล้องกับการศึกษาของ Maia และคณะ (2018) ที่พบว่า ความรู้ที่จำเป็นในการรักษามีความสัมพันธ์กับการใส่ฟันเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ด้านความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียมนั้น พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียมในระดับมาก มีโอกาสตัดสินใจใส่ฟันเทียมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียมในระดับน้อยและปานกลาง 7.24 เท่า อาจเป็นเพราะว่า ผู้สูงอายุเคยมีประสบการณ์ในการใช้บริการ หรือเคยได้รับข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียม จึงเกิดความสนใจ และเกิดความคาดหวังในสิ่งที่ตนเองจะได้รับหากไปใช้บริการใส่ฟันเทียม ความคาดหวังมากที่สุดที่พบจากการศึกษานี้ คือ คาดหวังว่าการให้บริการจะมีความสะอาด ปลอดภัย อาจเป็นเพราะว่าการใส่ฟันเทียมนั้นเป็นกระบวนการรักษาอย่างหนึ่ง และเป็น การกระทำในช่องปาก ดังนั้น ความสะอาดและปลอดภัยของสถานที่ และการมีเครื่องมือทางการแพทย์ที่สะอาดและปราศจากเชื้อ จะส่งผลต่อความเชื่อมั่นในการรับบริการของผู้สูงอายุได้ ความคาดหวังรองลงมา คือ คาดหวังที่จะได้ฟันเทียมที่มีความแข็งแรง ทนทาน และใช้ได้นาน อาจเป็นเพราะว่าเมื่อตนเองไม่มีฟันใช้เคี้ยวอาหารและต้องใส่ฟันเทียมทดแทนนั้น ก็อยากจะได้ฟันเทียมที่มีความแข็งแรง สามารถใช้เคี้ยวอาหารได้ตามที่ตนเองต้องการได้ และต้องมีความทนทาน ไม่แตกหักง่าย สามารถใช้งานได้ตลอดไป ไม่ต้องทำบ่อยหลายครั้ง นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีความคาดหวังว่าจะได้รับคำแนะนำจากทันตบุคลากรอย่างเป็นกันเอง ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้รับบริการทุกคนอยากจะได้รับเมื่อมารับบริการ การที่ทันตบุคลากรมีมนุษยสัมพันธ์ดี พูดจาสุภาพ เรียบร้อย และให้คำแนะนำการรักษาอย่างเป็นกันเอง จะช่วยสร้างประสบการณ์ที่ดี และเพิ่มโอกาสการกลับมาใช้บริการต่อได้ ทั้งการใส่ฟันเทียม และการรักษาอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jung & Kim (2008) ที่พบว่า ความคาดหวังเกี่ยวกับการรักษาโดยการใส่ฟันเทียมมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียม ($p = 0.035$) โดยเพิ่มโอกาสการตัดสินใจใส่ฟันเทียม 1.312 เท่า และสอดคล้องกับการศึกษาของศรีธญา ญัฐเศรษฐสกุล และคณะ (2561) ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรมจากคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มากที่สุด คือ ด้านความไว้วางใจในคุณภาพ รองลงมา คือ ด้านการให้บริการที่สามารถตอบสนองความเจ็บป่วยตรงกับความต้องการของผู้มารับบริการได้ และด้านบุคลากรที่ให้บริการเป็นอย่างดี ตามลำดับ

ด้านอิทธิพลจากทันตบุคลากรนั้น พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับอิทธิพลจากทันตบุคลากรในระดับมากและปานกลาง มีโอกาสตัดสินใจใส่ฟันเทียมมากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับอิทธิพลจากทันตบุคลากรในระดับน้อย 4.63 เท่า อาจเป็นเพราะว่าทันตบุคลากรเป็นแหล่งข้อมูลทางตรงที่

สามารถให้ข้อมูลที่ถูกต้องและตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุได้ ผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำจากทันตบุคลากร จึงเพิ่มโอกาสการตัดสินใจใส่ฟันเทียมมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่ตัดสินใจใส่ฟันเทียม ส่วนใหญ่เคยไปปรึกษาเรื่องการใส่ฟันเทียมจากทันตบุคลากร หรือเคยไปรับบริการทันตกรรมด้านอื่นๆ แล้วได้รับคำแนะนำจากทันตบุคลากรให้ใส่ฟันเทียม และยังได้รับทราบข้อมูลในเรื่องของการทำฟันเทียมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามสิทธิการรักษาของตนเอง จึงเกิดความสนใจที่จะใส่ฟันเทียมมากขึ้น ซึ่งในอำเภอลานกระบือทั้งหมด 7 ตำบลนั้น มีสถานบริการ 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 แห่ง ที่มีทันตบุคลากรคอยให้คำแนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับการใส่ฟันเทียมได้ ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับทราบข้อมูลและอยากใส่ฟันเทียมมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธิดา รัตนะวิไลศักดิ์ (2554) ที่พบว่า การมีทันตแพทย์ที่รักษาและให้คำปรึกษาประจำมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของเกศศิณี วีระพันธ์ (2559) ที่พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากทันตบุคลากร มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ ($r = 0.169$, $p = 0.045$) แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของอุดมพร ทรัพย์บวร (2561) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุมีความคิด มีความเชื่อมั่น และมีประสบการณ์ที่สามารถพิจารณาและกระทำสิ่งต่างๆ ได้เอง จึงทำให้บุคคลอื่นๆ ไม่มีอิทธิพลต่อความคิดหรือการกระทำของตนในการไปใช้บริการทันตกรรมหรือแม้แต่การไปใช้บริการใส่ฟันเทียมก็ตาม

ด้านแรงจูงใจในการใส่ฟันเทียมนั้น พบว่า ผู้สูงอายุที่มีแรงจูงใจในการใส่ฟันเทียมในระดับมากและปานกลาง มีโอกาสตัดสินใจใส่ฟันเทียมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีแรงจูงใจในการใส่ฟันเทียมระดับน้อย 3.45 เท่า อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุที่มีแรงจูงใจในการใส่ฟันเทียมนั้น มีการรับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการที่ฟันเหลือน้อยลง และปัญหานั้นส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของตนเอง จึงเกิดความต้องการที่จะแก้ไขปัญหา และมีแนวโน้มที่จะเข้ารับบริการเพื่อรักษามากขึ้น โดยสิ่งที่เป็นแรงขับเคลื่อนให้เกิดแรงจูงใจในการใส่ฟันเทียมมากที่สุดจากการศึกษานี้ คือ การเคี้ยวอาหารไม่ค่อยสะดวก รองลงมาคือ มีอาการท้องอืด การย่อยอาหารไม่ดี และรู้สึกพูดไม่ชัดจากการไม่มีฟันหรือฟันเหลือน้อย ตามลำดับ ซึ่งเป็นผลกระทบโดยตรงจากการที่สูญเสียฟันไปเป็นจำนวนมาก ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ไม่มีแรงจูงใจในการใส่ฟันเทียม หรือมีแรงจูงใจในระดับน้อยนั้น อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานะที่ไม่มีฟันได้ สามารถใช้ฟันที่เหลืออยู่หรือใช้เหงือกในการเคี้ยวอาหารได้โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าฟันที่เหลืออยู่พอใช้เคี้ยวอาหารได้ หรือใช้เหงือกเคี้ยวอาหารได้ไม่มีปัญหาอะไร โดยเลือกรับประทานอาหารอ่อนๆ เช่น ผักต้ม ข้าวต้ม เนื้อปลาหรือเนื้อสัตว์ต้มเปื่อย เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุดาตวง เกรัมย์พงษ์ และคณะ (2550) ที่พบว่า ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบของการมีสันเหงือกวางต่อคุณภาพชีวิต โดยเกือบทุก

คนในการศึกษานี้ รายงานถึงปัญหาในเรื่องการรับประทานอาหาร อันเนื่องมาจากอาการเจ็บและความสามารถอันจำกัดในการเคี้ยว และสอดคล้องกับการศึกษาของกนกกร โพรธีศรี และจิรานันท์ วิทยาไพโรจน์ (2561) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาการต่างๆ ในช่องปาก จะมีโอกาสที่จะมารับบริการทางทันตกรรมเป็น 1.51 เท่า ของกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีอาการใดๆ ในช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR=1.51, 95%CI[1.03,2.33]) แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของธิดา รัตนวิไลศักดิ์ (2554) ที่พบว่า การมีความเจ็บปวดไม่สบายจากโรคในช่องปาก ความคิดเห็นต่อสุขภาพช่องปากโดยรวม และการมีอาการแสดงของโรคในช่องปาก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความแตกต่างกันของแต่ละการศึกษา อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่มีการให้ความสำคัญของสุขภาพช่องปาก และการตอบสนองต่อแรงจูงใจที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดพฤติกรรมการแสดงออกต่อการใช้บริการที่แตกต่างกัน

ด้านเขตที่อยู่อาศัยนั้น พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล มีโอกาสตัดสินใจใส่ฟันเทียมมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล 2.83 เท่า อาจเป็นเพราะว่า เขตเทศบาล เป็นชุมชนที่มีขนาดใหญ่เมื่อเทียบกับชุมชนที่อยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งในอำเภอลานกระบือ มีเทศบาลตำบลอยู่ 2 แห่ง คือ เทศบาลตำบลลานกระบือ และเทศบาลตำบลช่องลม ทั้งสองแห่งเป็นพื้นที่ที่มีความเจริญ มีการเข้าถึงบริการสาธารณะได้ดี รวมถึงบริการทางด้านสาธารณสุขด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุณี วงศ์คงคาเทพ (2558) ที่ศึกษาการเปรียบเทียบการใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุไทยระหว่างปี พ.ศ. 2552 กับปี พ.ศ. 2556 พบว่า การใช้บริการฟันเทียมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล มีการใช้บริการเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 14.9 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 18.8 ในปี พ.ศ. 2556 ในขณะที่ผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลมีการใช้บริการที่ลดลง จากร้อยละ 16.7 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 15.2 ในปี พ.ศ. 2556 และสอดคล้องกับการศึกษาของกนกกร โพรธีศรี และจิรานันท์ วิทยาไพโรจน์ (2561) ที่พบว่า ปัจจัยที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) กับการมารับบริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุ โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น มีโอกาสที่จะมารับบริการทางทันตกรรมเป็น 2.2 เท่าของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตเทศบาลนครขอนแก่น แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของเพิ่มรัตน์ สิริระเทวิน (2562) ที่ศึกษาการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล มีการเข้าถึงบริการทันตกรรมน้อยกว่าผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาล ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่าการที่มีการออกหน่วยให้บริการทันตกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่มีทันตภิบาลประจำ ทำให้ผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลสามารถเข้าถึงบริการทันตกรรมได้มากขึ้น

ปัจจัยทั้ง 5 นี้สามารถร่วมกันทำนายโอกาสการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุได้มากถึงร้อยละ 75.1 ซึ่งเป็นไปตามหลักแนวคิดเรื่องการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภคของ Kotler & Keller (2009) ซึ่งมีกระบวนการ 5 ขั้นตอน ประกอบไปด้วย การรับรู้ปัญหา การค้นหาข้อมูล การประเมิน

ทางเลือก การตัดสินใจซื้อ และพฤติกรรมหลังการซื้อ นั่นคือ การตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุนั้น เริ่มต้นมาจากการรับรู้ปัญหาจากการสูญเสียฟัน การมีความรู้สึกที่ว่าตนเองจำเป็นต้องใส่ฟันเทียม และการมีแรงจูงใจในการใส่ฟันเทียม จึงเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีความคิดเกี่ยวกับการใส่ฟันเทียม เกิดขึ้น เมื่อเกิดความต้องการใส่ฟันเทียม ผู้สูงอายุจะมีการค้นหาข้อมูล ซึ่งในกระบวนการนี้ ทันตบุคลากรจะมีบทบาทอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นแหล่งข้อมูลทางตรงที่สามารถให้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนเกี่ยวกับการใส่ฟันเทียมได้ นอกจากนี้ทันตบุคลากรยังมีบทบาทในกระบวนการประเมินทางเลือก และกระบวนการตัดสินใจซื้อ ทั้งการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใส่ฟันเทียม และการปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อการใส่ฟันเทียม จะช่วยเพิ่มโอกาสการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุได้มากขึ้น โดยที่เขตที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุนั้น จะเป็นปัจจัยภายนอกที่มีส่วนสำคัญในกระบวนการประเมินทางเลือกของผู้สูงอายุ เนื่องจากมีผลกระทบต่อระยะทางในการเดินทาง และอุปสรรคในการมาใช้บริการใส่ฟันเทียม และสุดท้ายกระบวนการพฤติกรรมหลังการซื้อ โดยก่อนที่ผู้สูงอายุจะมาใช้บริการนั้น จะเกิดความคาดหวังในการมาใช้บริการ ในกระบวนการนี้ความพึงพอใจหลังการใช้บริการจะมีความสัมพันธ์กับความคาดหวัง กล่าวคือ หากหลังใช้บริการแล้วมีความพึงพอใจต่ำกว่าความคาดหวัง ผู้สูงอายุจะเกิดความผิดหวังและมีแนวโน้มที่จะไม่กลับมาใช้บริการซ้ำ ในทางกลับกัน หากหลังใช้บริการแล้วมีความพึงพอใจเป็นไปตามความคาดหวัง หรือมากกว่าความคาดหวัง ก็มีแนวโน้มที่ผู้สูงอายุจะกลับมาใช้บริการซ้ำได้เช่นเดียวกัน

ผลการศึกษานี้ ได้นำเสนอให้เห็นถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ และได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการใส่ฟันเทียม และการพัฒนาคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพช่องปากให้แก่ผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี ตรงตามเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้เป็นเพียงข้อมูลที่ได้จากผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่ง อาจได้ผลที่แตกต่างหากนำไปศึกษาในพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทแตกต่างกัน หรือนำไปศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีขนาดที่ใหญ่ขึ้นทั้งในระดับจังหวัด และระดับประเทศ ดังนั้นเพื่อเป็นควรเสริมสร้างองค์ความรู้ และเพิ่มฐานข้อมูลเกี่ยวกับการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุให้มากขึ้น จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในบริบทอื่นๆ ต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากการศึกษานี้ พบว่า ผู้สูงอายุประมาณครึ่งหนึ่งมีอุปสรรคในระดับปานกลางถึงมาก ในเรื่องของการต้องพึ่งพาผู้อื่นในเรื่องการเดินทางไปรับบริการ ดังนั้น โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล ควรมีการวางแผนร่วมกัน เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุในการใช้บริการใส่ฟันเทียมได้มากขึ้น เช่น การจัดบริการรถรับ-ส่งผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ โรงพยาบาลควรมีนโยบายการให้บริการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ใช้บริการที่ใกล้บ้านได้

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติงาน

1. จากการศึกษา พบว่า กลุ่มอ้างอิงทั้งบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน และทันตบุคลากร มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ ดังนั้น ทันตบุคลากรจึงมีบทบาทสำคัญเป็นอย่างมาก ทั้งทางตรงและทางอ้อม ทางตรง เช่น การให้คำแนะนำ ให้ความรู้ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันเทียม และการให้บริการที่ดีต่อผู้สูงอายุ จะช่วยเพิ่มโอกาสการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุได้ ส่วนทางอ้อม เช่น การให้การรักษามีคุณภาพ มีความสะอาด และปลอดภัย สามารถตอบสนองความเจ็บป่วยตรงกับความต้องการของผู้มารับบริการ และการให้บริการที่ดี จะเป็นการสร้างประสบการณ์ที่ดีต่อผู้มารับบริการ ทำให้เกิดการบอกต่อจากบุคคลในครอบครัว และเพื่อนบ้าน ไปยังผู้สูงอายุได้

2. จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่า ก่อนทำฟันเทียมต้องถอนฟันให้หมดทั้งปากก่อน ดังนั้น ทันตบุคลากรควรสื่อสารทำความเข้าใจ หรือมีการให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้สูงอายุ ในเรื่องของขั้นตอนการทำฟันเทียม และการใช้บริการใส่ฟันเทียม

3. จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมีความรู้สึกว่าจะตนเองจำเป็นต้องใส่ฟันเทียม ดังนั้น ทันตบุคลากรควรมีการติดตาม เยี่ยมบ้านในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกว่าจะตนเองจำเป็นต้องใส่ฟันเทียม เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใส่ฟันเทียมและขั้นตอนการให้บริการใส่ฟันเทียม และสอบถามพูดคุยถึงปัญหาอุปสรรคในการไปใช้บริการใส่ฟันเทียม รวมถึงติดตามการเข้าคิวใส่ฟันเทียมให้แก่ผู้สูงอายุด้วย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องการเปรียบเทียบระหว่างการตัดสินใจใส่ฟันเทียมกับการมาใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ และศึกษาปัญหาอุปสรรคของผลต่างนั้น

2. การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ หรือน้อยกว่า 4 คู่สบ เพื่อเป็นการเพิ่มการใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้ที่มีฟันเหลือน้อย ดังนั้น ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประชาชนทุกกลุ่มวัยที่มีฟันเหลือน้อยกว่า 20 ซี่ หรือน้อยกว่า 4 คู่สบ ด้วย

3. การศึกษาครั้งนี้มีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่ได้รับการศึกษา มีสัดส่วนเพียงเล็กน้อย ดังนั้น ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องของความต้องการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และติดเตียง

บรรณานุกรม

- กนกอร โพธิ์ศรี, และจีรานันท์ วิทยาไพโรจน์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุ 60-74 ปี ใน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารทันตภิบาล*, 29(2), 84-97.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2560). *ชุดความรู้การดูแลตนเองและพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุ "สุขภาพดี"*. สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2563, จาก http://www.dop.go.th/download/formdownload/th1529476181-813_3.pdf
- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2562). *มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง) (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- กลุ่มพัฒนาทันตสุขภาพวัยทำงานและผู้สูงอายุ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2562). *รายงานผลการจัดบริการใส่ฟันเทียมโครงการฟันเทียมพระราชทาน ปี 2548-ปัจจุบัน*. สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2564, จาก http://dental.anamai.moph.go.th/elderly/denture_all.php
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2548). *คู่มือดำเนินงานโครงการ "ฟันเทียมพระราชทาน" เพื่อการรณรงค์ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เอลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ในวาระมหามงคล 80 พรรษา ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2548 "ร่วมคืนรอยยิ้ม แก่ผู้สูงวัย"*. นนทบุรี: กรมอนามัย.
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2550). *มหกรรมการประชุมวิชาการ "คืนรอยยิ้มที่สดใสให้ผู้สูงวัย" ในโครงการฟันเทียมพระราชทาน เอลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสมหามงคล เอลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2551). *รายงานผลการสำรวจ สภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 6 ประเทศไทย พ.ศ. 2549-2550*. กรุงเทพฯ: กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.
- กุลนันท์ พุ่มไม้, และปิยะนารถ จาติเกตุ. (2560). กระบวนการไตร่ตรองของผู้ใช้บริการหมอฟันที่บ้านโดยใช้แบบจำลองการโน้มน้าวใจ. *ชม. ทันตสาร*, 38(2), 139-150.
- เกศศิณี วีระพันธ์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบ่อเกลือ อำเภอบ่อเกลือ จังหวัดน่าน. ใน *การประชุมนเรศวรวิจัย ครั้งที่ 12: วิจัยและนวัตกรรมกับการพัฒนาประเทศ* (น. 695-705). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- งานทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลลานกระบือ. (2562). *รายงานฟันเทียมพระราชทาน โรงพยาบาลลานกระบือ*. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลลานกระบือ.
- งานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. (2561). *รายงานสรุปผลสำรวจสภาวะ*

- สุขภาพช่องปาก (survey) ปี 2561. กำแพงเพชร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร.
งานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. (2562). รายงานผลการดำเนินงานตาม
ตัวชี้วัดปี 62 เดือน ต.ค.61-ก.ย.62. กำแพงเพชร: งานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดกำแพงเพชร.
- ธิดา รัตนวิไลศักดิ์. (2554). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง
บุรีรัมย์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ธีระดา ภิญโญ. (2562). การศึกษาการรายงานผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์สำหรับงานวิจัย.
Veridian E-Journal, 12(5), 544-558.
- นภาพร ศรีบุญเรือง. (2559). การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ฟันเทียมพระราชทานและ
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทาน อำเภอเมือง ลำปาง
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บัณฑิต ถิ่นคำพร. (2543). การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพโดยใช้การถดถอย
โลจิสติก. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันท์. (2558). ตำราการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ. เชียงใหม่:
นันทกานต์.
- เพิ่มรัตน์ะ สิริระเทวิน. (2562). การเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัด
เพชรบูรณ์. *วารสารทันตภิบาล*, 30(1), 151-166.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2561). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: โรง
พิมพ์เดือนตุลา.
- รัตนา สิทธิปรีชาชาญ. (2560). การเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ. *พุทธชินราชเวชสาร*, 34(2),
199-210.
- ศรัณยา ญัฐเศรษฐสกุล, วลัยพร ราชคมน์, และวรัญญา เขยตุ้ย. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจ
เลือกรับบริการทางทันตกรรมจากคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. *วารสาร
Mahidol R2R e-Journal*, 5(1), 131-150.
- สถาพร จันท. (2551). คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง
ฉะเชิงเทรา. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข*, 13(3), 158-167.
- สมคิด บางโม. (2558). *องค์การและการจัดการ* (พิมพ์ครั้งที่ 7, ปรับปรุงใหม่). กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.
- สาขาวิชาวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (2548). *เอกสารการสอนชุดวิชาองค์การ
และการจัดการ Organization and management* (พิมพ์ครั้งที่ 6). นนทบุรี:
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2562). *มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 11*. กรุงเทพฯ:
พิมพ์สิริพัฒนา.

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. (2562). *ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพโดยรัฐ*. สืบค้นเมื่อ 5 กันยายน 2563, จาก https://kpt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=2dd52135c6fe0be88dc455a59202bcd5&id=cf2875fcdf1ca8a5f49b2d60d8a6409
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2561). 10 ปี *ทันตกรรมสิทธิบัตรทอง เสริมสุขภาพ ปชช. เพิ่มความสุข มีฟันบดเคี้ยว*. สืบค้นเมื่อ 10 พฤษภาคม 2563, จาก <https://www.nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=MjM2Nw==>
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2556). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2561ก). *แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ประจำปี 2562*. สืบค้นเมื่อ 10 พฤษภาคม 2563, จาก <http://dental2.anamai.moph.go.th/download/elderly/แนวทางการดำเนินงาน2562.pdf>
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2561ข). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. (2562). *ระบบสถิติทางการทะเบียน*. สืบค้นเมื่อ 2 กันยายน 2563, จาก <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMenu/newStat/home.php>
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2556). *รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ*. นนทบุรี: วัชรินทร์ พี.พี.
- สิริกัญจน์ กมลปิยะพัฒน์. (2556). *การตัดสินใจเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- สุณี วงศ์คงคาเทพ. (2555). *การใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุไทย ปี 2552*. *วิทยาศาสตร์ทันตสาธารณสุข*, 17(2), 45-59.
- สุณี วงศ์คงคาเทพ. (2558). *เปรียบเทียบการใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุไทยระหว่าง ปี 2552 กับ ปี 2556*. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 9(1), 1-12.
- สุดาดวง เกรัมย์พงษ์, ญาติา พวงสอาด, พรรณพพร นิยมศรีสุขกุล, พัชชา วรรณจารุรัตน์, ศิริณา พฤตมิรวงศ์, และสุปรีดา สุภานันตชาติ. (2550). *คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุไทยกลุ่มหนึ่งที่มีความจำเป็นทางวิชาชีพต่อการใส่ฟันเทียม*. *วิทยาศาสตร์ทันตแพทยศาสตร์*, 57(1), 13-22.
- องค์กรผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย. (2543). *เพื่อรอยยิ้มใส...วัยสูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: องค์กรผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย.
- อดุลย์ จาตุรงค์กุล. (2546). *การบริหารการตลาด: กลยุทธ์และยุทธวิธี* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ:

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- อุดมพร ทรัพย์บวร. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตตำบลนครชัยศรี อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 37(4), 306-317.
- Azevedo, J. S., Azevedo, M. S., Oliveira, L. J. C., Correa, M. B., & Demarco, F. F. (2017). Needs for dental prostheses and their use in elderly Brazilians according to the National Oral Health Survey (SBBrazil 2010): Prevalence rates and associated factors. *Cad Saude Publica*, 33(8), e00054016. doi: 10.1590/0102-311x00054016
- Best, J. W. (1977). *Research in Education* (3rd ed.). New Jersey: Prentice hall.
- Davis, D. L., & Reisine, S. (2015). Barriers to dental care for older minority adults. *Spec Care Dentist*, 35(4), 182-189. doi: 10.1111/scd. 12109
- Gomes-Filho, I. S., Passos, J. S., & Seixas da Cruz, S. (2010). Respiratory disease and the role of oral bacteria. *Journal Oral Microbiol*, 2. doi: 10.3402/jom.v2i0.5811
- Herkath, F. J., Vettore, M. V., & Werneck, G. L. (2018). Contextual and individual factors associated with dental services utilisation by Brazilian adults: A multilevel analysis. *PLoS One*, 13(2), e0192771. doi: 10.1371/journal.pone.0192771
- Joshipura, K. J., Hung, H. C., Rimm, E. B., Willett, W. C., & Ascherio, A. (2003). Periodontal disease, tooth loss, and incidence of ischemic stroke. *Stroke*, 34(1), 47-52. doi: 10.1161/01.str.0000052974.79428.0c
- Joshipura, K. J., Rimm, E. B., Douglass, C. W., Trichopoulos, D., Ascherio, A., & Willett, W. C. (1996). Poor oral health and coronary heart disease. *Journal of dental research*, 75(9), 1631-1636. doi: 10.1177/00220345960750090301
- Jung, H. K., & Kim, H. G. (2008). Factors affecting patients' decision-making for dental prosthetic treatment. *The Journal of Korean Academy of Prosthodontics*, 46(6), 610-619. doi: 10.4047/jkap.2008.46.6.610
- Kotler, P., & Keller, K. L. (2009). *Marketing management* (13th ed.). Upper Saddle River, N.J: Pearson prentice hal.
- Lee, W., Kim, S. J., Albert, J. M., Nelson, S. (2014). Community factors predicting dental care utilization among older adults. *The Journal of the American Dental Association*, 145(2), 150-158. doi: 10.14219/jada.2013.22
- Leite, R. S., Marlow, N. M., Fernandes, J. K., & Hermayer, K. (2013). Oral health and type 2 diabetes. *The American journal of the medical sciences*, 345(4), 271-273. doi: 10.1097/MAJ.0b013e31828bdeedf

- Maia, F. B., de Sousa, E. T., de Sousa, J. P., Scudine, K. G., Freitas, C. M., Sampaio, F. C., & Forte, F. D. (2018). Influence of the dental prosthetic status on self-perceptions of health and treatment needs: A cross-sectional study of middle-aged adults with chronic disease. *J Clin Exp Dent*, *10*(6), e567-e573. doi: 10.4317/jced.54783
- Mariño, R. J., Khan, A., Tham, R., Khew, C. W., & Stevenson, C. (2014). Pattern and factors associated with utilization of dental services among older adults in rural Victoria. *Australian dental journal*, *59*(4), 504-510. doi: 10.1111/adj.12216
- Montini, T., Tseng, T.-Y., Patel, H., & Shelley, D. (2014). Barriers to dental services for older adults. *American journal of health behavior*, *38*(5), 781-788. doi: 10.5993/AJHB.38.5.15
- Oliveira, A. M. G., Carneiro, J. D. B., Ambrosano G. M. B. Meneghim, M. C. (2020). Self-perception on the institutionalized elderly need of dental prosthesis. Retrieved October 15, 2021, from <https://www.scielo.br/j/pboci/a/KwJJ99jSCckxqGK7FsWT3MK/?lang=en>
- Shimazaki, Y., Soh, I., Saito, T., Yamashita, Y., Koga, T., Miyazaki, H., & Takehara, T. (2001). Influence of dentition status on physical disability, mental impairment, and mortality in institutionalized elderly people. *Journal of dental research*, *80*(1), 340-345. doi: 10.1177/00220345010800010801
- Shirao, N. D., Deshmukh, S. P., Pande, N. A., & Radke, U. M. (2016). An evaluation of patient's decisions regarding dental prosthetic treatment. *The Journal of the Indian Prosthodontic Society*, *16*(4), 366-371. doi: 10.4103/0972-4052.191287
- United Nations. (2019). World population prospects 2019: Highlights. Retrieved August 31, 2020, from https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf
- Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: a foundation of analysis in the health sciences* (6th ed.). New York: John Wiley&Sons.



ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ ดร.นิทรา กิจธีระวุฒิวิงษ์
อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรวรรณ กิริติสิโรจน์
อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาพร แสงอ่วม
อาจารย์ประจำคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร



ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย

MMSE – Thai 2002

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4 ,9 และ 10

บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง คะแนน
(ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)

1. Orientation for time (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

- 1.1 วันนี้ วันที่เท่าไร
- 1.2 วันนี้ วันอะไร
- 1.3 เดือนนี้ เดือนอะไร
- 1.4 ปีนี้ ปีอะไร
- 1.5 ฤดูนี้ ฤดูอะไร

2. Orientation for place (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล

- 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ.....ชื่อว่าอะไร
- 2.1.2 ขณะนี้ท่านอยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตึกอาคาร
- 2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ - เขตอะไร
- 2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร
- 2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร

2.2 กรณีอยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ

- 2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และบ้านเลขที่เท่าไร
- 2.2.2 ที่นี้หมู่บ้าน หรือละแวก/คุ้ม/ย่าน/ถนนอะไร
- 2.2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ/เขตอะไร
- 2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร
- 2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร

บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง คะแนน
(ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)

3. Registration (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นารทดสอบความจำ ผม (ดิฉัน) จะบอกชื่อของสามอย่าง คุณ (ตา,ยาย,...) ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อผม (ดิฉัน) พูดจบ ให้คุณ (ตา,ยาย,...) พูดทบทวนตามที่ได้ยิน ให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดีเดียว ผม (ดิฉัน) ถามซ้ำ

* การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป
(ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)

ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้ ทะเล รถยนต์

4. Attention/Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา,ยาย,...) คิดเลขในใจเป็นไหม?
(ถ้าตอบคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2)

4.1 “ข้อนี้คิดในใจ เอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อย ๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไรออกมา”

.....

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง

ถ้าลบได้ 1, 2, หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 “ผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่า มะนาว ให้คุณ (ตา,ยาย,...) ฟัง แล้วให้คุณ (ตา,ยาย,...) สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่า มะนาว สะกดว่า มอมา-สระอะ-นอหนู-สระอา-วอแหวน

ไหนคุณ (ตา,ยาย,...) สะกดถอยหลังให้ฟังซิ”

.....

ว า น ะ ม

บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง คะแนน
(ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)

5. Recall (3 คะแนน)

“เมื่อสักครู่ที่ให้อำนาจของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง”(ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้ ทะเล รถยนต์

6. Naming (2 คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

6.2 ชี้นำฝีกาข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

7. Repetition (1 คะแนน)

(พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

“ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้ แล้วให้คุณ (ตา,ยาย,...) พูดตาม ผม (ดิฉัน) เพียงครั้งเดียว”

“ใครใครขายไข่ไก่”

8. Verbal command (3 คะแนน)

“ฟังให้ดิฉัน เตียวผม (ดิฉัน) ส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ (ตา,ยาย,...) รับด้วยมือขวา พับครึ่ง แล้ววางไว้ที่.....” (พื้น,โต๊ะ,เตียง)

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

รับด้วยมือขวา พับครึ่ง วางไว้ที่ (พื้น,โต๊ะ,เตียง)

9. Written command (1 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา,ยาย,...) อ่านแล้วทำตาม คุณ (ตา,ยาย,...) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้

ผู้ถูกทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตา” หลับตาได้

บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง คะแนน
(ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด)

10. Writing (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “ให้คุณ (ตา,ยาย,...) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง
หรือมีความหมายมา 1 ประโยค

ประโยคมีความหมาย

11. Visuoconstruction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง” (ในที่ว่างด้านข้างของภาพตัวอย่าง)



คะแนนรวม
.....

ลงชื่อผู้ทำการทดสอบ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

จุดตัด (cut-off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยสถานะสมองเสื่อม (cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	≤ 14	23 (ไม่ต้องทำ 4, 9, 10)
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา	≤ 17	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30

ที่มา: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวง
สาธารณสุข

เอกสารบันทึกข้อมูลการวิจัย

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ

อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

ฉบับที่ 1 แบบบันทึกผลการตรวจฟัน และความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง

1. แบบบันทึกผลการตรวจสุขภาพช่องปาก

1. จำนวนซี่ฟันที่เหลือในช่องปาก (นับเฉพาะฟันแท้)	จำนวน.....ซี่
2. จำนวนคู่สบฟันหลัง	จำนวน.....คู่

2. แบบบันทึกความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง

แบบประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL)

การประเมินกิจวัตรประจำวัน	คะแนน
1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า) <ul style="list-style-type: none"> 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ 	
2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา) <ul style="list-style-type: none"> 0. ต้องการความช่วยเหลือ 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้) 	
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) <ul style="list-style-type: none"> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย 3. ทำได้เอง 	
4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ) <ul style="list-style-type: none"> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความ 	

การประเมินกิจวัตรประจำวัน	คะแนน
<p>ช่วยเหลือในบางสิ่ง</p> <p>2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)</p>	
<p>5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)</p> <p>0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้</p> <p>1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้อง หรือ ประตูได้</p> <p>2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย</p> <p>3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง</p>	
<p>6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)</p> <p>0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย</p> <p>1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย</p> <p>2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)</p>	
<p>7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)</p> <p>0. ไม่สามารถทำได้</p> <p>1. ต้องการคนช่วย</p> <p>2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)</p>	
<p>8. Bathing (การอาบน้ำ)</p> <p>0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้</p> <p>1. อาบน้ำเองได้</p>	
<p>9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)</p> <p>0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ</p> <p>1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)</p> <p>2. กลั่นได้เป็นปกติ</p>	
<p>10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)</p> <p>0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้</p> <p>1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)</p> <p>2. กลั่นได้เป็นปกติ</p>	
รวม	
12 คะแนน ขึ้นไป = พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม)	
5 – 11 คะแนน = ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน)	
0 – 4 คะแนน = พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง)	

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ
อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

ฉบับที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้าน

จิตวิทยา ปัจจัยสถานการณ์ และการตัดสินใจใส่ฟันปลอม

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หน้าข้อความที่ตรงกับท่าน

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี (ใส่ตัวเลข)
3. สถานภาพสมรส
() โสด () สมรส () หม้าย () หย่าร้าง / แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา
() ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษา () ปวช. / ปวส. / อนุปริญญา
()ปริญญาตรี หรือสูงกว่า () อื่นๆ (โปรดระบุ).....
5. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพอะไร
(หรือ ถ้าหากท่านไม่ได้ประกอบอาชีพแล้ว ในอดีตท่านประกอบอาชีพอะไร)
() เกษตรกร () รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ
() ค้าขาย () ธุรกิจส่วนตัว
() รับจ้าง () พนักงานเอกชน
() อื่นๆ (โปรดระบุ).....
6. ปัจจุบันท่านทำงานอยู่หรือไม่
() ทำงาน () ไม่ได้ทำงาน
7. ท่านมีรายได้หลักมาจากแหล่งใด (ที่ได้มากที่สุด)
() จากการทำงานของตนเอง () สามี / ภรรยา () บุตรหลาน
() เบี้ยผู้สูงอายุ () เงินบำนาญ () ญาติพี่น้อง
() อื่นๆ (โปรดระบุ).....

8. ปัจจุบันท่านมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประมาณ.....บาท (ใส่ตัวเลข)
9. ภาระทางการเงิน
- () มีปัญหาทางการเงิน
- () ไม่มีปัญหาทางการเงิน
10. สิทธิการรักษาของท่าน
- () หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สิทธิบัตรทอง)
- () ประกันสังคม
- () ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ
- () อื่นๆ (โปรดระบุ).....
11. เขตที่อยู่อาศัย
- () อยู่ในเขต เทศบาล () อยู่ในเขต องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)
12. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร
- () อยู่ตัวคนเดียว () สามี / ภรรยา
- () ลูกหลาน () สามี / ภรรยา และลูกหลาน
- () ญาติพี่น้อง () อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านสุขภาพ

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หน้าข้อความที่ตรงกับท่าน

1. ท่านเคยใส่ฟันปลอมมาก่อนหรือไม่
- () เคยใส่ และใช้งานได้ดี () เคยใส่ แต่ใช้งานได้ไม่ดี () ไม่เคยใส่
2. โรคประจำตัว
- () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ / ไม่เคยตรวจ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านสังคม

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความแต่ละข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. อิทธิพลจาก คนในครอบครัวหรือญาติ ที่มีต่อการตัดสินใจใส่ฟันปลอม

อิทธิพลจากคนในครอบครัวหรือญาติ	ระดับความคิดเห็น		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. คนในครอบครัวหรือญาติของท่าน บอกกล่าว หรือแนะนำให้ท่านใส่ฟันปลอม ทำให้ท่านจะไปใช้บริการใส่ฟันปลอม			
2. ท่านเห็นคนในครอบครัวหรือญาติของท่าน ใส่ฟันปลอมแล้วมีความสุข ท่านจึงจะไปใช้บริการใส่ฟันปลอมบ้าง			
3. ท่านเห็นคนในครอบครัวหรือญาติของท่าน ใส่ฟันปลอมแล้วเคี้ยวอาหารได้ดีขึ้น ท่านจึงจะไปใช้บริการใส่ฟันปลอมบ้าง			
4. คนในครอบครัวหรือญาติของท่าน ให้การสนับสนุนในเรื่องค่าใช้จ่ายในการทำฟันปลอม ทำให้ท่านจะไปใช้บริการใส่ฟันปลอม			
5. คนในครอบครัวหรือญาติของท่าน ให้การสนับสนุนในการพาท่านไปทำฟันปลอม ทำให้ท่านจะไปใช้บริการใส่ฟันปลอม			

2. อิทธิพลจาก เพื่อนบ้าน ที่มีต่อการตัดสินใจใส่ฟันปลอม

อิทธิพลจากเพื่อนบ้าน	ระดับความคิดเห็น		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. เพื่อนบ้านของท่าน บอกกล่าว หรือแนะนำให้ท่านไปใส่ฟันปลอม ทำให้ท่านจะไปใช้บริการใส่ฟันปลอม			
2. ท่านเห็นเพื่อนบ้านของท่าน ใส่ฟันปลอมแล้วมีความสุข ท่านจึงจะไปใช้บริการใส่ฟันปลอมบ้าง			
3. ท่านเห็นเพื่อนบ้านของท่าน ใส่ฟันปลอมแล้วเคี้ยวอาหารได้หลากหลายขึ้น ท่านจึงจะไปใช้บริการใส่ฟันปลอมบ้าง			

อิทธิพลจากเพื่อนบ้าน	ระดับความคิดเห็น		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
4. เพื่อนบ้านของท่านบอกกับท่านว่า ฟันปลอมใช้งานได้ดี ใส่แล้วไม่เจ็บ ทำให้ท่านจะไปใช้บริการใส่ฟันปลอมบ้าง			
5. เพื่อนบ้านล้อเลียนท่านเรื่องการใส่ฟันปลอม ทำให้ท่าน <u>ไม่</u> ไปใช้บริการใส่ฟันปลอม			

3. อิทธิพลจาก ทันตบุคลากร ที่มีต่อการตัดสินใจใส่ฟันปลอม

อิทธิพลจากทันตบุคลากร	ระดับความคิดเห็น		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ทันตบุคลากร แนะนำท่านให้ใส่ฟันปลอม ทำให้ท่านจะไปใช้บริการใส่ฟันปลอม			
2. ทันตบุคลากร แจ้งให้ท่านทราบเกี่ยวกับโครงการฟันเทียมพระราชทาน ทำให้ท่านจะไปใช้บริการใส่ฟันปลอม			
3. ทันตบุคลากร แจ้งให้ท่านทราบเรื่องสิทธิการทำฟันปลอมฟรีในโรงพยาบาลของรัฐ ตามสิทธิการรักษาของท่าน ทำให้ท่านจะไปใช้บริการใส่ฟันปลอม			
4. ทันตบุคลากร ให้บริการแก่ท่านเป็นอย่างดี น่าพึงพอใจ ทำให้ท่านจะไปใช้บริการใส่ฟันปลอม			

4. การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

ระดับการเข้าร่วมมาก หมายถึง ท่านเข้าร่วมกิจกรรมนั้นทุกครั้ง หรือเกือบทุกครั้ง

ระดับการเข้าร่วมปานกลาง หมายถึง ท่านเข้าร่วมกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้ง

ระดับการเข้าร่วมน้อย หมายถึง ท่านไม่ค่อยเข้าร่วมกิจกรรมนั้น หรือไม่ได้ทำกิจกรรมนั้น

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	ระดับการเข้าร่วม		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ทานเข้าร่วมกันกับลูกหลานหรือญาติพี่น้อง			
2. ไปเยี่ยมเยียนญาติมิตร หรือเพื่อนบ้าน			
3. เข้าร่วมกิจกรรมจิตอาสาในชุมชน			
4. เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ			
5. เข้าร่วมการประชุมในชุมชน			
6. ไปทำบุญที่วัดในวันพระ หรือวันสำคัญทางศาสนา			
7. ไปเที่ยวกับลูกหลาน ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนบ้าน			

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตวิทยา

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความแต่ละข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. ความรู้สึกจำเป็นในการใส่ฟันปลอม

ท่านคิดว่าตนเองมีความจำเป็นต้องใส่ฟันปลอมหรือไม่	() คิดว่า ตนเอง <u>จำเป็น</u> ต้องใส่ฟันปลอม	() คิดว่า ตนเอง <u>ไม่จำเป็น</u> ต้องใส่ฟันปลอม
--	---	--

2. แรงจูงใจในการใส่ฟันปลอม

แรงจูงใจในการใส่ฟันปลอม	ระดับความคิดเห็น		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ท่านเคี้ยวอาหารไม่ค่อยได้			
2. ท่านมีอาการท้องอืด การย่อยอาหารไม่ดี			
3. ท่านรู้สึกพูดไม่ชัดจากการไม่มีฟันหรือฟันเหลือน้อย			
4. ท่านไม่กล้ายิ้มหรือหัวเราะเพราะไม่มีฟันหน้า			
5. ท่านรู้สึกว่าภาพลักษณ์ของตนดูไม่ดี มีแก้มตอบ			
6. เศษอาหารหลุดร่วงออกมานอกปากเวลาที่ท่านเคี้ยวอาหาร			
7. ท่านไม่มีความมั่นใจในการเข้าสังคม			

3. ความรู้เกี่ยวกับผลของการใส่ฟันปลอมและการใช้บริการใส่ฟันปลอม

ความรู้เกี่ยวกับผลของการใส่ฟันปลอม และการใช้บริการใส่ฟันปลอม	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ที่มีฟันเหลือน้อยมีโอกาสเป็นโรคขาดสารอาหารได้		
2. ถ้าไม่ใส่ฟันปลอมจะทำให้ฟันที่เหลืออยู่ล้มเอียงได้		
3. การใส่ฟันปลอม จะช่วยให้การบดเคี้ยวอาหารดีขึ้น ทานอาหารได้หลากหลายขึ้น		
4. ฟันปลอมจะช่วยรักษาโครงสร้างของใบหน้า ทำให้แก้มไม่ตอบ ไม่เหี่ยวยุบ ใบหน้าดูสวยขึ้น เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีฟัน		
5. ฟันปลอม สามารถทำได้ทันที โดยที่ไม่ต้องถอนฟันซี่ที่ผุมาก ๆ หรือฟันโยกมาก ๆ ก็ได้		
6. ฟันปลอม สามารถใส่ได้ตลอดทั้งวัน ทั้งคืน โดยไม่จำเป็นต้องถอดออกเลยก็ได้		
7. ก่อนทำฟันปลอมต้องถอนฟันให้หมดทั้งปากก่อน		
8. ถ้าใส่ฟันปลอมแล้วเจ็บหรือหลวม จะไม่สามารถแก้ไขได้ ต้องทำใหม่เท่านั้น		
9. ทำฟันปลอมกับหมอตตามบ้าน หรือ หมอชาวบ้าน มีความปลอดภัย ไม่แตกต่างกับที่ทำกับทันตแพทย์		
10. หมอชาวบ้านหรือหมอตตามบ้าน มีการใช้วัสดุอุปกรณ์ในการทำฟันปลอมที่ได้มาตรฐาน และสะอาดเช่นเดียว กับโรงพยาบาล		

4. ทศนคติที่มีต่อการใส่ฟันปลอม

ทศนคติที่มีต่อการใส่ฟันปลอม	ความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่เห็นใจ	ไม่เห็นด้วย
1. ท่านคิดว่า ฟันปลอมสามารถใช้เคี้ยวอาหารได้ดีเหมือนฟันจริง			
2. ท่านคิดว่า ใส่ฟันปลอมแล้วทำให้รู้สึกรำคาญ ไม่สบายช่องปาก			
3. ท่านคิดว่า ใส่ฟันปลอมแล้วทำให้พูดไม่ชัดหรือออกเสียงได้ไม่ชัดเจน			
4. ท่านคิดว่า ใส่ฟันปลอมแล้วมีความสุข คุณเหมือนฟันจริง			
5. ท่านคิดว่า การใส่ฟันปลอมเป็นเรื่องน่าอาย			
6. ท่านคิดว่า ฟันปลอมมีความยุ่งยากในการใช้งาน			
7. ท่านคิดว่า ใส่ฟันปลอมแล้วทำให้ปากมีกลิ่นเหม็น			
8. ท่านคิดว่า ฟันปลอมมีราคาแพง ไม่คุ้มค่าที่จะทำฟันปลอม			

5. ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันปลอม

ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันปลอม	ระดับความคาดหวัง		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ท่านคาดหวังว่าเมื่อมารับบริการ ผู้ให้บริการจะให้บริการที่ดีต่อท่าน			
2. ท่านคาดหวังว่า เมื่อท่านมารับบริการใส่ฟันปลอม จะได้รับคำแนะนำจากทันตบุคลากรอย่างเป็นกันเอง			
3. ท่านคาดหวังว่าเมื่อมารับบริการ ทันตบุคลากรจะสามารถแก้ปัญหาจากการไม่มีฟันให้ท่านได้			
4. ท่านคาดหวังว่าเมื่อมารับบริการ ขั้นตอนการให้บริการจะไม่ยุ่งยากซับซ้อน			
5. ท่านคาดหวังว่าเมื่อมารับบริการ ระยะเวลาการรอคอยการรักษาจะใช้เวลาไม่นาน			
6. ท่านคาดหวังว่าเมื่อมารับบริการ การให้บริการจะมีความสะอาดปลอดภัย			

ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการใส่ฟันปลอม	ระดับความคาดหวัง		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
7. ท่านคาดหวังว่าเมื่อมารับบริการ ท่านจะได้ฟันปลอมที่มีความแข็งแรงทนทาน และใช้ได้นาน			
8. ท่านคาดหวังว่าเมื่อมารับบริการ ท่านจะได้ฟันปลอมที่สามารถใช้เคี้ยวอาหารได้ตามที่ต้องการ			
9. ท่านคาดหวังว่าเมื่อมารับบริการ ท่านจะได้ฟันปลอมที่ใส่แล้วสวยงามดูเหมือนฟันจริง			

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยสถานการณ์

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความแต่ละข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. ระยะเวลาในการไปใช้บริการใส่ฟันปลอม

สถานบริการที่ท่านคิดว่าจะไปใช้บริการ อยู่ห่างจากบ้านของท่าน เป็นระยะทางประมาณกี่กิโลเมตร กิโลเมตร (ใส่ตัวเลข)
--	----------------------------

2. ท่านมีอุปสรรคใดบ้างในการไปใช้บริการใส่ฟันปลอม

อุปสรรคในการใช้บริการใส่ฟันเทียม	ระดับความคิดเห็น		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ไม่สะดวกไปในเวลาทำการ เวลา 8.30 – 16.30 น.			
2. รอคิวทำฟันปลอมนาน			
3. สถานพยาบาลอยู่ไกล/เดินทางไม่สะดวก			
4. เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง			
5. ไม่มีเวลาไป เพราะต้องประกอบอาชีพหารายได้			
6. ต้องพึ่งพาผู้อื่นในเรื่องการเดินทางไปรับบริการ			
7. ต้องพึ่งพาผู้อื่นในเรื่องค่าใช้จ่ายในการทำฟันปลอม			
8. มีปัญหาด้านสุขภาพ			

อุปสรรคในการใช้บริการใส่ฟันเทียม	ระดับความคิดเห็น		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
9. กลัวการทำฟัน			
10. ไม่อยากถอนฟันก่อนทำฟันปลอม			

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการตัดสินใจใส่ฟันปลอม

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หน้าข้อความที่ตรงกับความคิดของท่าน

ท่านตัดสินใจว่าจะใส่ฟันปลอมหรือไม่	() จะใส่ ฟันปลอม	() ไม่ใส่ ฟันปลอม
------------------------------------	-------------------	--------------------



ภาคผนวก ค เอกสารรับรองอนุมัติให้ทำวิจัยในมนุษย์

COA No. 419/2020
IRB No. P3-0106/2563



AF 08-09/5.0

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 5296

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

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

ชื่อโครงการ : บัณฑิตที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อำเภอสามกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร
ผู้วิจัยหลัก : นายเทพฤทธิ์ ไตรพันธ์
สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์
วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 07 ตุลาคม 2563
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 07 ตุลาคม 2563
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 07 ตุลาคม 2563
4. สรุปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 05 ตุลาคม 2563
5. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 05 ตุลาคม 2563
6. AF 04-10 (สำหรับกลุ่มอาสาสมัครผู้สูงอายุทดลองใช้เครื่องมือ) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 20 ตุลาคม 2563
7. AF 04-10 (สำหรับอาสาสมัครผู้สูงอายุ) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 07 ตุลาคม 2563
8. AF 05-10 (สำหรับอาสาสมัครกลุ่มทดลองใช้เครื่องมือ) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 20 ตุลาคม 2563
9. AF 05-10 (สำหรับอาสาสมัครอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 20 ตุลาคม 2563
10. ประวัติผู้วิจัยหลัก เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 07 ตุลาคม 2563
11. แบบทดสอบสภาพมองเห็นเบื้องต้นฉบับภาษาไทย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 20 ตุลาคม 2563
12. แบบสอบถาม เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 07 ตุลาคม 2563
13. งบประมาณของโครงการวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 07 ตุลาคม 2563

ลงนาม *วิศิษฐ์ อนันต์พงษ์กุล*
(นายแพทย์สมบูรณ์ ต้นสุกสวัสดิกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

วันที่รับรอง : 21 ตุลาคม 2563
วันหมดอายุ : 21 ตุลาคม 2564

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

2. การตรวจสอบความเหมาะสมของสมการถดถอยโลจิสติก

2.1 พิจารณาค่าความเป็นไปได้ (likelihood value)

Model Summary			
Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	136.801 ^a	.592	.791
2	136.822 ^a	.592	.791
3	136.957 ^a	.592	.791
4	137.191 ^a	.592	.791
5	137.508 ^a	.591	.790
6	137.980 ^a	.591	.789
7	138.664 ^a	.590	.788
8	139.240 ^a	.589	.787
9	139.936 ^a	.588	.785
10	140.690 ^b	.587	.784
11	143.538 ^b	.583	.778
12	145.177 ^b	.580	.775
13	150.170 ^b	.573	.765
14	154.474 ^b	.566	.756
15	157.027 ^b	.562	.751

a. Estimation terminated at iteration number 7 because parameter estimates changed by less than .001.

b. Estimation terminated at iteration number 6 because parameter estimates changed by less than .001.

Omnibus Tests of Model Coefficients				
		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	253.961	23	0.000
	Block	253.961	23	0.000
	Model	253.961	23	0.000
Step 2 ^a	Step	-0.021	1	0.884
	Block	253.940	22	0.000
	Model	253.940	22	0.000
Step 3 ^a	Step	-0.135	1	0.713
	Block	253.805	21	0.000
	Model	253.805	21	0.000
Step 4 ^a	Step	-0.234	1	0.629
	Block	253.571	20	0.000
	Model	253.571	20	0.000
Step 5 ^a	Step	-0.317	1	0.573
	Block	253.254	19	0.000
	Model	253.254	19	0.000
Step 6 ^a	Step	-0.472	1	0.492
	Block	252.782	18	0.000
	Model	252.782	18	0.000
Step 7 ^a	Step	-0.685	1	0.408
	Block	252.097	17	0.000
	Model	252.097	17	0.000
Step 8 ^a	Step	-0.576	1	0.448
	Block	251.521	16	0.000
	Model	251.521	16	0.000
Step 9 ^a	Step	-0.696	1	0.404
	Block	250.825	15	0.000
	Model	250.825	15	0.000
Step 10 ^a	Step	-0.754	1	0.385
	Block	250.072	14	0.000
	Model	250.072	14	0.000
Step 11 ^a	Step	-2.848	3	0.416
	Block	247.224	11	0.000
	Model	247.224	11	0.000
Step 12 ^a	Step	-1.640	1	0.200
	Block	245.584	10	0.000
	Model	245.584	10	0.000
Step 13 ^a	Step	-4.993	2	0.082
	Block	240.591	8	0.000
	Model	240.591	8	0.000
Step 14 ^a	Step	-4.303	2	0.116
	Block	236.288	6	0.000
	Model	236.288	6	0.000
Step 15 ^a	Step	-2.553	1	0.110
	Block	233.735	5	0.000
	Model	233.735	5	0.000

a. A negative Chi-squares value indicates that the Chi-squares value has decreased from the previous step.

2.2 พิจารณาจากสถิติทดสอบความเหมาะสมของ Hosmer and Lemeshow

Hosmer and Lemeshow Test			
Step	Chi-square	df	Sig.
1	7.300	8	.505
2	7.293	8	.505
3	5.957	8	.652
4	5.566	8	.696
5	5.674	8	.684
6	9.744	8	.283
7	9.917	8	.271
8	8.513	8	.385
9	6.915	8	.546
10	5.466	8	.707
11	5.395	8	.715
12	3.835	8	.872
13	4.749	8	.784
14	5.660	8	.685
15	3.283	8	.915

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล เทพฤทธิ์ ไตรพิน
วัน เดือน ปี เกิด
ที่อยู่ปัจจุบัน
ที่ทำงานปัจจุบัน โรงพยาบาลลานกระบือ อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน ทันตแพทย์ชำนาญการ
ประสบการณ์การทำงาน พ.ศ. 2556 ท.บ. (ทันตแพทยศาสตร์) มหาวิทยาลัยนเรศวร

