

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อที่จะเป็นแนวทางในการกำหนดการศึกษาวิจัย โดยแบ่งประเด็นในการนำเสนอ ดังนี้

1. ความรู้โรคเบาหวาน
2. เบาหวานกับสุขภาพช่องปาก
3. การดูแลสุขภาพช่องปาก
4. แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
5. แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ
6. แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความรู้โรคเบาหวาน

1.1 คำจำกัดความของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน เป็นความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมซึ่งมีลักษณะสำคัญ คือ ระดับน้ำตาลกลูโคสสูงในเลือด (Hyperglycemia) ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องในการหลั่งอินซูลิน หรือ การออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองร่วมกัน การเกิดภาวะน้ำตาลสูงในเลือดเป็นระยะเวลานานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังซึ่งเป็นผลให้มีการทำลาย การเสื่อมสมรรถภาพ และการล้มเหลวในการทำงานของอวัยวะต่างๆ ที่สำคัญ ได้แก่ ตา ไต เส้นประสาท และหลอดเลือดแดงทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่ (สุทธิ สตรีชัยภาพ, วรณี นิธิยานันท์, 2548)

1.2 ชนิดของโรคเบาหวาน

องค์การอนามัยโลก โดย Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus (2000) ได้แบ่งประเภทของเบาหวานตามลักษณะทางคลินิก (Clinical Classes) โดยแบ่งเป็น 4 ประเภท คือ

1.2.1 โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 Diabetes Mellitus) หมายถึง โรคเบาหวานที่เกิดจากไอส์เล็ทบีตาเซลล์ของตับอ่อนถูกทำลายอย่างมากจนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้เพียงพอ ผู้ป่วยจะมีลักษณะที่สำคัญ คือ มีภาวะขาดอินซูลินอย่างรุนแรงโดยสิ้นเชิง (Absolute Insulin Deficiency) และเกิดภาวะคีโตอะซิโดสิสได้ง่าย มักเกิดในเด็กและวัยรุ่นแต่ก็สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงอายุ

จนถึงอายุมากกว่า 80 ปี ผู้ป่วยมักมีรูปร่างผอม โดยในเด็กและวัยรุ่นจะมีอัตราการตายไอส์เล็ท บีตาเซลล์เร็วจึงมักมีอาการของโรคเบาหวานรุนแรงและมีภาวะคีโตซิโดซิสเกิดขึ้นได้ง่าย และจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการฉีดอินซูลินทุกวัน มิฉะนั้นอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนมีอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ง่าย

1.2.2 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus) เป็นเบาหวานที่พบมากที่สุด ในประเทศไทยร้อยละ 96 (เทพ หิมะทองคำ, 2546) ผลจากพยาธิปัจจัยที่สำคัญ 2 ประการร่วมกัน ได้แก่ ภาวะดื้ออินซูลิน (Insulin Resistance) และภาวะขาดอินซูลินสัมพัทธ์ (Relative Insulin Deficiency) โดยที่ผู้ป่วยอาจมีภาวะใดภาวะหนึ่งเด่นกว่าอีกภาวะหนึ่งก็ได้ ลักษณะทางคลินิกที่สำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยมักอ้วนหรือถ้าไม่อ้วนก็มักมีไขมันที่ท้องมาก ในระยะแรกๆ ภาวะน้ำตาลสูงในเลือดจะไม่รุนแรงและผู้ป่วยมักไม่มีอาการ ผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่หลอดเลือดแดงใหญ่ ตา ไต เท้า สมอ และช่องปาก ภาวะคีโตอะซิโดซิสจะไม่เกิดขึ้นได้ง่ายเหมือนโรคเบาหวานชนิดที่ 1 แต่อาจเกิดขึ้นเมื่อมีภาวะเครียดที่รุนแรง ผู้ป่วยเบาหวานไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ พันธุกรรม อายุที่เพิ่มขึ้น ความอ้วน ไม่ออกกำลังกาย ประวัติโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความดันเลือดสูง และความผิดปกติของไขมันในเลือด

1.2.3 โรคเบาหวานชนิดอื่น ๆ (Other Specific Types) คือ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรม เช่น บีตาเซลล์ทำงานบกพร่องจากความผิดปกติทางพันธุกรรม ความบกพร่องในการออกฤทธิ์ทางชีวภาพของอินซูลินจากความผิดปกติทางพันธุกรรม โรคของตับอ่อน โรคต่อมไร้ท่อต่าง ๆ ยาและสารเคมี ภาวะติดเชื้อ โรคเบาหวานจากกระบวนการออโตอิมมูนแบบอื่น ๆ และโรคพันธุกรรมอื่น ๆ

1.2.4 โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes) คือ ความผิดปกติในความทนต่อน้ำตาลกลูโคส ซึ่งเกิดขึ้นหรือวินิจฉัยได้ครั้งแรกในขณะตั้งครรภ์ โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโดยวิธีใด และโรคเบาหวานจะหายไปหรือไม่หลังการตั้งครรภ์สิ้นสุด

1.3 การวินิจฉัยโรค

สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกากำหนดวิธีและเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน อ้างถึงในสุทิน ศรีอัญญาพร, วรณิ นิธิยานันท์ (2548) ไว้ดังนี้

1.3.1 Fasting Plasma Glucose (FPG) มากกว่า 126 มก./ดล. เป็นวิธีที่นิยมมาก (Fasting หมายถึง อดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง) หรือ

1.3.2 การมีกลุ่มอาการของโรคเบาหวานร่วมกับระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาเมื่อเวลาใดก็ได้ (Random plasma glucose) 200 มก./ดล.ขึ้นไป กลุ่มอาการหลักของเบาหวานได้แก่ ปัสสาวะมาก ดื่มน้ำมาก และการมีน้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ หรือ

1.3.3 การมีระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาเมื่อ 2 ชั่วโมงหลังการทำ Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) 200 มก./ดล.ขึ้นไป วิธีการที่องค์การอนามัยโลกกำหนดคือ ให้ดื่มน้ำตาลกลูโคส (Anhydrous Glucose) ที่ละลายในน้ำในปริมาณ 75 กรัม

1.4 อาการของโรคเบาหวาน

1.4.1 ปัสสาวะบ่อยและมีปริมาณมาก (Polyuria) เนื่องจากกระบวนการกรองน้ำตาลในเลือดที่สูงมากออกมาทางปัสสาวะ โดยไตนี้จำเป็นต้องดึงน้ำออกมาด้วย ดังนั้นผู้ป่วยยังมีระดับน้ำตาลสูงมากเท่าใดก็ยิ่งปัสสาวะบ่อยและมากขึ้นเท่านั้น ทำให้ต้องตื่นมาเข้าห้องน้ำตอนกลางคืนหลายครั้ง

1.4.2 คอแห้ง กระหายน้ำ และดื่มน้ำมาก (Polydipsia) เป็นผลจากการที่ร่างกายเสียน้ำไปจากการปัสสาวะบ่อยและมาก ทำให้ศูนย์ควบคุมการกระหายน้ำ (Thirst Center) ถูกกระตุ้นทำให้รู้สึกกระหายน้ำมาก จึงต้องดื่มน้ำบ่อยและเพิ่มมากขึ้น

1.4.3 หิวบ่อยและรับประทานอาหารจุ (Polyphagia) เนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลมาใช้ได้อย่างปกติ จึงสลายเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ มาใช้เป็นพลังงานเพื่อชดเชยภาวะนี้ ทำให้มีอาการหิวบ่อย รับประทานอาหารมากแต่น้ำหนักลด

1.4.4 น้ำหนักลด ผอมลง (Weight loss) เนื่องจากในภาวะที่ขาดอินซูลิน ร่างกายไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้ร่างกาย ก็จะสลายไขมันและโปรตีนที่เก็บสะสมไว้มาใช้เป็นพลังงานทดแทน จึงเกิดการสูญเสียเนื้อเยื่อร่วมกับภาวะที่ร่างกายขาดน้ำ น้ำหนักจึงลดลงอย่างรวดเร็ว (เทพ หิมะทองคำ, 2546)

1.4.5 ถ้าเป็นแผลจะหายยาก มีการติดเชื้อตามผิวหนัง เกิดฝีบ่อย เนื่องจากน้ำตาลสูง ทำให้ความสามารถของเม็ดเลือดขาวในการกำจัดเชื้อโรคลดลง

1.4.6 มีคันตามผิวหนัง มีการติดเชื้อรา โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณช่องคลอดของผู้ป่วย เพศหญิงสาเหตุของอาการคันเกิดขึ้นได้หลายอย่าง เช่น ผิวหนังแห้งเกินไป หรือการอักเสบของผิวหนัง ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยเบาหวาน

1.4.7 ตาพร่ามัว การที่ตาพร่ามัวในผู้ป่วยเบาหวาน มีสาเหตุหลายประการ เช่น อาจเป็นเพราะสายตาเปลี่ยน (สายตาสั้นลง) มีน้ำตาลในเลือดสูงและน้ำตาลไปคั่งอยู่ในตาอาจเกิดจากต้อกระจก หรือจอตาผิดปกติจากโรคเบาหวาน

1.4.8 ชาปลายมือปลายเท้า หย่อนสมรรถภาพทางเพศเนื่องจากน้ำตาลที่สูงมากๆ ทำให้เส้นประสาทเสื่อม เกิดแผลที่เท้าได้ง่าย เพราะไม่รู้สึกรู้ว่าเท้าจะทรานแผลก็ลุกลามมาก ติดเชื้อได้ง่าย รวมทั้งสมรรถภาพลดลง (สุนทร ตัณฑนนท์, 2539)

1.5 ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

1.5.1 ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันของโรคเบาหวาน (Acute Complication) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยเบาหวานมีอาการผิดปกติรุนแรงรวดเร็วต้องการการรักษาอย่างรีบด่วน มิฉะนั้นอาจเป็นอันตราย (สุเมธชา เสรีรัตน์, 2539) ได้แก่

1.5.1.1 ภาวะหมดสติ สาเหตุน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) เป็นภาวะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าปกติ คือต่ำกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิกรัม สาเหตุอาจเนื่องมาจากฉีดยาอินซูลินมากเกินไป ออกกำลังกายมาก หรือได้รับยาขนาดปกติแต่รับประทานอาหารน้อยหรือช้าเกินไป ทำให้มีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ อาการที่เกิดขึ้นผู้ป่วยจะมีอาการหิวบ่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง มึนงง ไม่รู้สึกตัวจนหมดสติ

1.5.1.2 ภาวะเป็นกรด ซึ่งทำให้เกิดอาการรุนแรงถึงกับหมดสติได้เกิดขึ้นจากมีภาวะเป็นกรดที่เรียกว่า คีโตอะซิโดซิส (Ketoacidosis) เกิดจากร่างกายไม่สามารถเผาผลาญน้ำตาลได้ มาใช้ไขมันแทนทำให้เกิดภาวะเป็นกรดค้างค้ำในร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยหมดสติ หรือมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงโดยไม่มีภาวะกรด มักเกิดในผู้สูงอายุ เลือดที่มีน้ำตาลกลูโคสมากและมีความเข้มข้นสูง อาจทำให้ผู้ป่วยมีอัมพาตครึ่งซีก หรือชักกระตุกได้ มีภาวะเป็นกรดชนิด Lactic acidotic coma มักมีอาการช็อคร่วมด้วย และพบได้บ่อยในรายที่มีโรคตับและไตพิการร่วมด้วย

1.5.1.3 การติดเชื้อ (Infection) ผู้ป่วยเบาหวานจะเกิดการติดเชื้อได้ง่าย แม้ว่าจะเป็นแค่เพียงเชื้อโรคที่อยู่ตามผิวหนังของตนเองก็ตาม เนื่องมาจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้เม็ดเลือดขาวทำหน้าที่ได้ไม่เต็มที่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ติดเชื้อทางผิวหนังจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาทันที มิฉะนั้นจะลุกลามรวดเร็วจนเป็นฝี ซึ่งมักพบบริเวณรักแร้ ค้นคอ และบริเวณก้น อาการอักเสบอาจเป็นที่นิ้วเท้า ส้นเท้า หรือฝ่าเท้า เนื่องจากหลอดเลือดอาจถูกทำลาย หรือเท้าถูกบีบรัดทำให้ส่วนนั้นขาดเลือด เกิดแผลเน่าเปื่อย เนื้อตาย นอกจากนี้ระบบต่างๆ เช่น ระบบขับถ่าย ปัสสาวะอาจอักเสบ พบได้บ่อยถึง 2-3 เท่าของคนปกติ การติดเชื้อระบบหายใจเป็นต้น (สุนทร ตัณฑนนท์, 2539)

1.5.2 ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง (ออร์ตา ไคคกุล, จิรพันธ์ พันธุ์วุฒิกร, วัชระ จังศิริวัฒนธำรง, 2537) ภาวะเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวานและระดับการควบคุมโรคเบาหวาน กล่าวคือ ยิ่งเป็นโรคเบาหวานระยะเวลานานเท่าใด โอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนก็จะมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี นอกจากนี้



การเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังยังมีปัจจัยเกี่ยวข้องทางพันธุกรรม ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ความอ้วน การสูบบุหรี่ และการขาดการออกกำลังกาย ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่ปรากฏดังนี้

1.5.2.1 ภาวะแทรกซ้อนทางตา (Retinopathy) ประมาณ 65% ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จะมีพยาธิสภาพของตา บริเวณ Posterior Retinal Pole หลอดเลือดเล็ก ๆ ที่มาเลี้ยงผิวของจอภาพจะมีการเปลี่ยนแปลง โดยจะมีหลอดเลือดดำเล็กขยายตัว รวมทั้งมีการโป่งพองของหลอดเลือดแดงฝอย แล้วเกิดมีเลือดออกซ้ำๆ ไหลเข้าไปใน vitreous ทำให้เกิด fibrosis มีผลตามมาคือทำให้จอภาพขาดการยึดเกาะเกิดต้อหิน และในที่สุดทำให้ตาบอดได้

1.5.2.2 ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท (Neuropathy) ระบบประสาททุกระบบค่อย ๆ ถูกทำลายทำให้ทำหน้าที่ได้ไม่เต็มที่ โดยเฉพาะเส้นประสาทรับความรู้สึกส่วนปลาย พบบ่อยคือ ปลายมือและเท้า ผู้ป่วยมีอาการชา เป็นเหน็บหรือมีความรู้สึกที่ไวผิดปกติต่อการสัมผัส ความเจ็บปวดหรือการตอบสนองต่อสิ่งเร้าผิดปกติ รวมทั้งอาจรู้สึกปวดแสบปวดร้อน การชาทำให้เกิดปัญหาได้ เนื่องจากผู้ป่วยจะไม่รู้สึกเจ็บปวดเมื่อเป็นแผล แผลก็จะลุกลามแพร่ขยาย โดยเฉพาะในบริเวณที่ถูกด เช่น ฝ่าเท้า ถ้ามีการติดเชื้อร่วมด้วยและบาดแผลลึกถึงกระดูกก็จะทำให้เกิด osteomyelitis ได้

1.5.2.3 ภาวะแทรกซ้อนทางไต (Nephropathy) พยาธิสภาพของไตจะพบได้ประมาณ 40% ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 เป็นเวลาติดต่อกันนานประมาณ 30 ปี อาการเริ่มแรกของโรคไตคือ มีโปรตีนถูกขับออกทางปัสสาวะ ต่อมาผู้ป่วยจะมีความดันเลือดสูง และไตขับถ่ายได้ไม่ดี มี glomerular filtration และ creatinine clearance ลดลง ถ้าอาการรุนแรงอาจถึงขั้นไตวายได้

1.5.2.4 ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด (Macroangiopathy) พยาธิสภาพของหลอดเลือดใหญ่ในผู้ป่วยเบาหวานซึ่งมีการหนาตัวของผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแข็งตัวขาดความยืดหยุ่นและเกิดการตีบตันทำให้หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจหรือหลอดเลือดสมองตีบ ผู้ป่วยมักมีปัญหาของกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด (MI)

2. เบาหวานกับสุขภาพช่องปาก

2.1 โรคเบาหวานกับโรคปริทันต์อักเสบ

โรคปริทันต์เป็นโรคที่เกิดกับเนื้อเยื่อปริทันต์ เกิดขึ้นได้ทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นชนิดเรื้อรัง มีการดำเนินโรคระยะแรก ๆ มาตั้งแต่วัยเด็ก ซึ่งมีอาการที่ไม่รุนแรงนัก คือมีการอักเสบบวมแดงที่ขอบเหงือก มีเลือดออกเมื่อแปรงฟัน เรียกว่าเหงือกอักเสบ เกิดจากการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี คนส่วนมากมักจะละเลยปล่อยให้โรคดำเนินต่อไปจนถึงระยะรุนแรงในวัย

ผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ และหากผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มปัจจัยเสี่ยงด้วยการสูบบุหรี่มากกว่า 10 มวนต่อวัน และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ (FBS \geq 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และมีค่า HbA_{1c} \geq 7.5%) เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 3 เดือน (กองทันตสาธารณสุข, 2544) จะยังมีการทำลายเนื้อเยื่อปริทันต์ เรียกว่าปริทันต์อักเสบ ซึ่งจะมีการทำลายของอวัยวะปริทันต์มากกว่าคนป่วยปกติ และมีอาการแสดงออกที่รุนแรงขึ้น ได้แก่ มีอาการปวด ฟันโยก มีฝีปลายรากฟัน มีหนองเกิดขึ้น ซึ่งเป็นระยะที่เนื้อเยื่อปริทันต์ถูกทำลายไปมาก จนอาจจะไม่สามารถเก็บรักษาฟันไว้ (กองทันตสาธารณสุข, 2548) สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรุนแรงของโรคปริทันต์มากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน เนื่องจากการเป็นโรคเบาหวานจะทำให้ผู้ป่วยมีระบบภูมิคุ้มกันที่เสื่อมลง ทำให้เกิดการติดเชื้อต่างๆ และการเกิดโรคปริทันต์ได้ง่ายกว่าคนปกติที่มีระบบภูมิคุ้มกันที่มีประสิทธิภาพ แสดงให้เห็นว่าโรคปริทันต์อักเสบรุนแรงมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลินจากการค้นพบดังกล่าวจึงมีข้อเสนอแนะว่า โรคปริทันต์เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งต่อการทวีความรุนแรงของโรคเบาหวาน ซึ่งการรักษาโรคปริทันต์ทำได้ โดยการขูดหินน้ำลายและการเกลารากฟัน รวมถึงการให้ยาปฏิชีวนะร่วมด้วย (คณะทันตแพทยศาสตรมหาวิทาลัยขอนแก่น, 2548)

2.2 โรคเบาหวานกับโรคฟันผุ

โรคฟันผุเป็นโรคของเนื้อเยื่อฟัน (ผิวเคลือบฟัน เนื้อฟัน และผิวเคลือบรากฟัน) โดยมีการทำลายแร่ธาตุ ที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของเนื้อเยื่อเหล่านี้ เริ่มด้วยการทำลายเคลือบฟัน แล้วลุกลามลงไปทำลายเนื้อฟัน เมื่อผิวเคลือบฟันไม่มีเนื้อฟันรองรับ ก็จะอ่อนแอ และแตกกลายเป็นโพรง การทำลายจะลุกลามต่อจนสูญเสียฟันทั้งซี่ สภาพแวดล้อมในปาก มีอิทธิพลต่อความรุนแรงในการทำลายของโรคฟันผุ ได้แก่ น้ำตาล ควบจุลินทรีย์ น้ำลาย (กองทันตสาธารณสุข, 2548) ซึ่งมีการศึกษาโรคฟันผุกับเบาหวานแต่ในปัจจุบันยังไม่สามารถระบุความสัมพันธ์ที่ชัดเจนได้ เนื่องจากความสัมพันธ์เบาหวานกับโรคฟันผุมีความซับซ้อน ในกลุ่มเด็กเบาหวาน Type 1 จะมีการจำกัดอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูงอาหารที่เสี่ยงต่อโรคฟันผุ ในทางตรงกันข้ามในกลุ่มเด็กและผู้ใหญ่ที่เป็นเบาหวาน Type 2 พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะโรคอ้วน ซึ่งการได้รับอาหารที่ให้พลังงานสูงและอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตมาก จึงมีโอกาสสัมผัสกับอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุมากขึ้น นอกจากนี้อัตราการไหลของน้ำลายลดลงในผู้ป่วยเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุด้วย (Lamster, Lalla, Borgnakke and Taylor, 2008)

2.3 โรคเบาหวานกับปัจจัยน้ำลาย

มีการรายงานในผู้ป่วยเบาหวาน ถึงภาวะปากแห้ง (Xerostomia) ซึ่งเป็นการขาดที่จะวินิจฉัยการทำงานที่ไม่ปกติของน้ำลาย เพราะการไหลของน้ำลายอาจเกิดจากผลกระทบหลายอย่าง

เช่น การไช้ยา อายุที่เพิ่มขึ้น และโรคทางระบบประสาทก็จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงภาวะปากแห้ง ทำให้กระหายน้ำ ซึ่งจากสาเหตุดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มผู้ใหญ่ (Lamster, Lalla, Borgnakke and Taylor, 2008) และภาวะปากแห้งเป็นอาการหนึ่งของโรคเบาหวานที่สามารถพบได้ตั้งแต่ยังไม่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้ อาการปากแห้งทำให้รู้สึกไม่สบายในปาก อาจเกิดแผลที่ทำให้เจ็บปวด มีแผลติดเชื้อ และทำให้ฟันผุ อาการปากแห้ง ซึ่งแสดงว่ามีปริมาณน้ำลายไม่เพียงพอ น้ำลายเป็นของเหลวตามธรรมชาติที่ช่วยปกป้องช่องปาก ช่วยควบคุมการเติบโตของเชื้อโรคที่ทำให้ฟันผุ และโรคติดเชื้ออื่นๆ ของช่องปาก ช่วยล้างอาหารเหนียวติดฟัน (ดาวเรือง แก้วจันทร์, 2546) นอกจากนี้ น้ำลายของผู้ป่วยเบาหวานยังมีระดับแคลเซียมและกลูโคสเพิ่มมากกว่าปกติ รวมถึงต่อมน้ำลาย Parotid มีขนาดใหญ่ขึ้น (อรสา ไวกฤต, จิรพันธ์ พันธุ์ฉกริ, วัชรระ จังศิริวัฒน์ ชีารง, 2537)

2.4 การรับรสและความผิดปกติของประสาทสัมผัสอื่นๆ

เคยมีการรายงานถึงการรับรสที่ไม่ดีในผู้ป่วยเบาหวาน แต่ก็ยังไม่มีการยืนยันที่ชัดเจน เนื่องจากกลุ่มอาการนี้มีความซับซ้อน อาจจะมีการสัมพันธ์กับอัตราการไหลของน้ำลาย และการเปลี่ยนอาหารของผู้ป่วย ส่วนอาการที่เกี่ยวกับความผิดปกติของประสาทสัมผัสอื่นๆ คือ ปวดแสบ ปวดร้อนในช่องปาก กลืนอาหารลำบาก และข้อจำกัดในการทำทำความสะอาดช่องปากซึ่งเป็นผลมาจากโรคทางระบบประสาทส่วนปลายและภาวะแทรกซ้อนทางตา ทำให้ความสามารถในการใช้มือของผู้ป่วยทำงานได้ไม่ปกติ (Lamster, Lalla, Borgnakke and Taylor, 2008)

2.5 โรคเบาหวานกับการติดเชื้อราในช่องปาก (Thrush)

เชื้อราแคนดิดา อัลบิแคนส์ (Candida Albicans) เป็นเชื้อที่พบได้ในช่องปากของบางคน โดยไม่ก่อให้เกิดโรค แต่จะทำให้เกิดโรคได้ในผู้ป่วยเบาหวาน (คณะทันตแพทยศาสตรมหาวิทาลัยขอนแก่น, 2548) เพราะเชื้อราเจริญได้ดีในน้ำลายที่มีระดับน้ำตาลกลูโคสสูง ผู้ที่สูบบุหรี่ ผู้ใส่ฟันปลอม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ใส่ตลอดเวลา ก็ติดเชื้อราได้ง่าย การรักษาการติดเชื้อราต้องไช้ยา ทั้งนี้การควบคุมโรคเบาหวานได้ดี การไม่สูบบุหรี่ การทำความสะอาดฟันปลอมทุกวันจะช่วยป้องกันการติดเชื้อราได้ (ดาวเรือง แก้วจันทร์, 2546)

2.6 โรคเบาหวานกับไลเคนพลาเนต

ไลเคนพลาเนตเป็นโรคเยื่อผิวที่พบบ่อย ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่เชื่อว่าความบกพร่องของภูมิคุ้มกันชนิดอาศัยเซลล์เป็นสื่อ (Cell-Medicated Immunity) มีบทบาทสำคัญในการเกิดพยาธิสภาพของโรค นอกจากนี้ได้มีการศึกษาและรายงานถึงปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับโรคไลเคนพลาเนต ได้แก่ โรคทางระบบ เช่น โรคเบาหวาน ลักษณะรอยโรคไลเคนพลาเนตมีหลายรูปแบบ ได้แก่ ร้างแห (Reticular) แผ่นฝ้าขาว (Plaque) ฝ่อลีบ (Atrophic) ตุ่มน้ำขนาดเล็กหรือตุ่มน้ำ

ขนาดใหญ่ (Vesicular หรือ Bullous) พบมากบริเวณเยื่อหุ้มกระพุ้งแก้ม ลิ้น เหงือกซึ่งผู้ป่วยอาจมีอาการปวดแสบปวดร้อนและรู้สึกไม่สบายในช่องปากได้ (คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2548)

3. การดูแลสุขภาพช่องปาก

การดูแลสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย การแปรงฟัน การทำความสะอาดซอกฟัน การทำความสะอาดฟันปลอม การบริโภคอาหาร การตรวจฟันด้วยตนเอง การไปพบทันตบุคลากร การบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า ลิ้น ค่อมน้ำลาย และการตรวจปริมาณคราบจุลินทรีย์

3.1 การแปรงฟัน

3.1.1 การเลือกแปรงสีฟันที่ถูกต้อง

การเลือกแปรงสีฟันควรเลือกให้เหมาะสมตามอายุ เลือกใช้แปรงขนนิ่ม หน้าตัดตรง ค้ำจับถนัดมือ เปลี่ยนแปรงใหม่อย่างสม่ำเสมอเมื่อขนแปรงเปลี่ยนสภาพไม่คงรูปร่างและการสปริงตัวแบบเดิม

3.1.2 การแปรงฟันที่ถูกต้อง

วิธีเบสส์ดัดแปลง (Modified Bass's Technique) เป็นการแปรงฟันที่มีประสิทธิภาพดี ใช้ได้กับสภาพฟันและเหงือกทั่วไป เหมาะสำหรับผู้ใหญ่เพราะเน้นถึงการทำความสะอาดบริเวณคอฟันและซอกฟัน และยังช่วยย่นหดเหงือก เป็นการลดการอักเสบและไม่ทำให้ฟันสึก แต่มีข้อเสียคือต้องใช้เวลาานมากขึ้น และทำให้เมื่อยมือได้ (ชนินทร์ เตชะประเสริฐวิทยา, 2544)

วิธีการแปรงฟัน วางขนแปรงเอียงเป็นมุม 45 องศากับคอฟัน ชี้นขนแปรงเข้าหาเหงือกขยับขนแปรงสั้นๆ ไปมาในแนวนอน ทำซ้ำประมาณ 10 ครั้งต่อตำแหน่ง เพื่อให้การแปรงฟันทั่วถึงทุกซี่ ควรวางแปรงเริ่มจากฟันหลังบนด้านขวาด้านซิดแก้มก่อน จึงไล่ไปฟันหน้าบนด้านซิดริมฝีปาก ฟันหลังซ้ายด้านซิดแก้ม ฟันหน้าล่างด้านซิดริมฝีปาก ฟันหลังล่างขวาด้านซิดแก้ม จากนั้นจึงเริ่มแปรงด้านซิดเพดานในฟันบนและด้านในฟันล่าง เรียงตามลำดับเช่นเดิม สำหรับด้านบดเคี้ยว วางแปรงบนด้านบดเคี้ยวของฟัน กดเบาๆ จากนั้นถูแปรงไปมาในแนวหน้า-หลัง ทำซ้ำประมาณ 20 ครั้งต่อตำแหน่งและภายหลังการแปรงฟันทุกครั้ง ต้องทำความสะอาดลิ้นด้วยเสมอเนื่องจากผิวลิ้นไม่เรียบเป็นที่กักของคราบอาหารและเชื้อจุลินทรีย์ได้ โดยการวางแปรงบริเวณด้านในลิ้น กดแปรงเบาๆ ถูแปรงและค่อยๆ ขยับออกมาทางปลายลิ้น ทำซ้ำหลายๆ ครั้งจนสะอาด เวลาที่ควรแปรงฟันได้แก่ เวลาตื่นนอนตอนเช้า หลังอาหารกลางวัน และก่อนนอน (คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2548)

3.2 การทำความสะอาดชอกฟัน

การแปรงฟันสามารถทำความสะอาดได้เฉพาะด้านซิกแก้มและด้านลิ้นของฟันเท่านั้น ขนแปรงไม่สามารถเข้าถึงบริเวณชอกฟันได้อย่างทั่วถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณด้านประชิดของฟันที่อยู่ติดกัน ดังนั้นอุปกรณ์ทำความสะอาดชอกฟันจึงมีความจำเป็น ได้แก่ ไหมขัดฟัน ไม้จิ้มฟัน แปรงกระจุกเดี่ยว และแปรงชอกฟัน

3.2.1 การใช้ไหมขัดฟัน

การใช้ไหมขัดฟัน ใช้เพื่อทำความสะอาดผิวฟันทั้งส่วนที่อยู่เหนือเหงือกและใต้เหงือกด้านชอกฟัน ทำได้โดยดึงไหมขัดฟันยาวประมาณ 15-18 นิ้วตัดออกจากกอล่อง ฟันใส่ปลายนิ้วกลางทั้งสองข้างเหลือไหมขัดอยู่ระหว่างนิ้วทั้งสองประมาณ 2-3 นิ้ว ใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้จับไหมเพื่อควบคุมขณะใช้งาน โดยดันไหมให้ผ่านชอกฟันลงไปจนกระทั่งไหมขัดฟันลงไปในเรื่องเหงือก โอบไหมขัดฟันรอบผิวฟันด้านหนึ่งไว้ให้แนบ ขยับไหมขัดฟันขึ้นลงในแนวตั้ง เพื่อเป็นการกำจัดคราบจุลินทรีย์ที่เกาะอยู่บริเวณชอกฟัน จากนั้นใช้นิ้วกลางข้างหนึ่งพันไหมส่วนที่ใช้แล้วเพื่อเปลี่ยนตำแหน่งให้ไหมขัดฟันส่วนที่สะอาดขัดชอกฟันของฟันอีกซี่หนึ่งต่อไป หลังจากนั้นค่อย ๆ เลื่อนไหมขัดฟันออกจากชอกฟันดังกล่าว และทำความสะอาดชอกฟันถัดไป โดยพยายามใช้ไหมขัดฟันส่วนที่สะอาดกับฟันซี่ใหม่เสมอ (คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2548)

3.2.2 การใช้ไม้จิ้มฟัน

ไม้จิ้มฟันที่ถูกสุขลักษณะ ควรมีหน้าตัดเป็นรูปสามเหลี่ยมเรียวเล็กส่วนปลายแหลม เพื่อสอดเข้าไปตรงชอกฟันได้โดยไม่ทำอันตรายต่อเหงือกเวลาใช้ให้ฐานของสามเหลี่ยมอยู่ชิดเหงือก สอดไม้เข้าไปจนรู้สึกติด แล้วจึงดึงเข้าออก ด้านข้างของสามเหลี่ยมจะถูกกับผิวฟันทำให้ฟันสะอาดได้ การใช้ไม้จิ้มฟันเป็นวิธีที่ง่ายและสะดวก แต่ต้องใช้อย่างถูกต้อง ไม่ดันแรงเกินไป จะทำให้ฟันห่างได้ หรือดึงแรงไปจะทำให้ฟันสึกได้ (สุมนา สวัสดิ์-ชูโต, 2550)

3.2.3 การใช้แปรงชอกฟัน

ใช้ทำความสะอาดบริเวณชอกฟันที่เป็นช่องว่างขนาดใหญ่ หรือใช้ทำความสะอาดบริเวณช่องระหว่างรากฟันของฟันที่มีรากฟันโผล่จากการที่เหงือกกร่น หรือจากการผ่าตัดเหงือก เพื่อรักษาโรคปริทันต์ ลักษณะแปรงชอกฟันจะมีรูปร่างคล้ายแปรงล้างขวดอันเล็กๆ มี 2 แบบคือ แบบต้นสน (Taper) และแบบทรงกระบอก (Cylinder) เลือกใช้ตามขนาดของช่องว่างด้านประชิดของฟันแต่ละคน การใช้งานทำโดยการสอดขนแปรงเข้าไปในชอกฟันหรือร่องของรากฟัน ให้ขนแปรงชิดผิวฟัน แล้วดึงเข้าออก 5-6 ครั้ง การใช้ฟันกรามที่อยู่ด้านในอาจไม่ถนัดจึงควรใช้ด้ามจับช่วย (เพ็ญทิพย์ จิตต์จำนง, วิกุล วิศาลเสสธ, มัลลิกา ต้นทุลเวศม์, นนทินี ตั้งเจริญคดี, สุวิภา อนันต์ชนสวัสดิ์, จิตรา เสงี่ยมเฉย.บรรณารักษาร, 2547)

3.2.4 การใช้แปรงกระจุกเดียว

แปรงกระจุกเดียว ลักษณะเหมือนแปรงสีฟันแต่แทนที่จะมีขนแปรงเรียงเป็นแถวก็จะมีขนแปรงเพียงกระจุกเดียวใช้สำหรับแปรงฟันที่ซอกเหงือก ซึ่งแปรงสีฟันธรรมดาทำความสะอาดได้ไม่ทั่วถึง และใช้แปรงด้านหลังสุดของฟันซึ่งสุดท้ายซึ่งมักจะแปรงไม่ถึง หรือใช้แปรงธรรมดาแล้วคลื่นไส้จะอาเจียนเพราะขนาดใหญ่เกินไปใช้แปรงนี้ได้ นอกจากนี้แปรงกระจุกเดียวยังทำความสะอาดคอฟันได้ดี โดยเฉพาะด้านใกล้ลิ้น แปรงนี้ถ้าใช้อย่างถูกวิธีอาจทำความสะอาดผิวฟันที่อยู่ใต้เหงือกได้ด้วย (สุมนา สวัสดิ์-ชูโต, 2550)

3.3 การทำความสะอาดฟันปลอม

ฟันปลอมมี 2 ชนิดคือ ฟันปลอมชนิดถอดได้ และฟันปลอมชนิดติดแน่น

3.3.1 ฟันปลอมชนิดถอดได้ ควรถอดฟันปลอมทำความสะอาดทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร นอกจากนี้ควรถอดฟันปลอมออกก่อนนอนทุกครั้งทั้งกลางวันและกลางคืนเพื่อให้เหงือกได้พักผ่อน ใช้แปรงสีฟันและน้ำยาล้างจานหรือสบู่ ขัดถูฟันปลอมให้สะอาดก่อนหนึ่งครั้ง จากนั้นใช้แปรงสีฟันกับยาสีฟัน ขัดถูฟันปลอมให้สะอาด ล้างด้วยน้ำสะอาดอีกครั้ง การล้างควรมีภาชนะคอยรองรับเพื่อกันฟันปลอมตกแตก กรณีมีคราบหินปูน คราบขุ่นหรือเกาะติดฟันปลอม สามารถใช้น้ำยาเคมี หรือเม็ดสำหรับแช่ทำความสะอาดฟันปลอมได้ แต่ไม่เหมาะกับฟันปลอมที่มีโลหะเนื่องจากการกัดกร่อน แต่หลังจากแช่แล้วต้องล้างด้วยน้ำสะอาดและแช่ในน้ำสะอาดก่อนนำไปใช้

3.3.2 ฟันปลอมชนิดติดแน่น จะสวมทับลงไปบนซี่ฟัน หรือใช้ฟันข้างเคียงช่องว่างเป็นหลักยึด ฟันปลอมชนิดนี้จะไม่มีตะขอ หรือฐานบนเหงือก หรือเพดานปาก ไม่สามารถถอดออกได้ ดังนั้นการรักษาความสะอาด นอกจากการแปรงฟันตามปกติแล้ว ควรใช้ไหมขัดฟันสอดเข้าทำความสะอาดใต้ฟันปลอม และขอบเหงือกด้วย (กองทันตสาธารณสุข, 2548)

3.4 การบริโภคอาหารกับสุขภาพช่องปาก

ลักษณะของอาหารที่บริโภคมีผล (ประ โยชนันและ โทย) ต่อสุขภาพช่องปากได้ดังนี้

3.4.1 รูปแบบของอาหาร อาหารที่ได้โดยตรงจากธรรมชาติ เช่น ข้าว ข้าวโพด อ้อย ผัก และผลไม้ต่างๆ แป้งและน้ำตาลในอาหารเหล่านี้จะอยู่ในลักษณะหยาบจึงติดฟันน้อย และมีความหวานหรือส่วนประกอบของน้ำตาลน้อยกว่าอาหารซึ่งได้จากการสกัดหรือสังเคราะห์จากโรงงาน โดยสกัดเอาความหวานที่มีอยู่ในธรรมชาติออกหมด เช่น น้ำตาลทราย ลูกอม ช็อกโกแลต น้ำหวาน ทอฟฟี่ เป็นต้น อาหารในลักษณะหลังนี้จึงติดฟันได้ง่ายและมีรสหวาน มีส่วนประกอบของน้ำตาลสูง ซึ่งเป็นอันตรายต่อฟันและเหงือกมากกว่าอาหารในลักษณะแรก (ภรณ์ พิรินนท์, พิศาล เทพสิทธิ์, 2546)

3.4.2 ลักษณะของอาหาร ในแต่ละช่วงอายุควรมีการรับประทานอาหารเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อสุขภาพช่องปากและสุขภาพทั่วไป เช่น อาหารสำหรับวัยทำงาน ต้องระวังอาหารที่ทำให้เกิดการแตกหักของฟัน เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้น ฟันและอวัยวะปริทันต์รอบ ๆ จะมีความยืดหยุ่นน้อยลง และมีโอกาสแตกหักได้ง่าย จึงควรหลีกเลี่ยงอาหารแข็งเกินไป เช่น กระจุกอ่อน เม็ดมะขามคั่ว อาหารสำหรับผู้สูงอายุ ควรระวังเรื่องอาหารที่เหนียวติดฟัน ผู้สูงอายุมักมีฟันในช่องปากน้อยซี่หรือฟันอยู่ในสภาพไม่สมบูรณ์ ทำให้ผู้สูงอายุไม่ยอมเคี้ยวอาหารที่หยาบๆ นอกจากนั้นร่างกายของผู้สูงอายุจะผลิตน้ำลายน้อยลง ส่งผลให้การชะล้างคราบต่าง ๆ ในช่องปากลดลงและมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคฟันผุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บริเวณรากฟัน ควรรับประทานอาหารเส้นใยให้มากจะช่วยกระตุ้นการไหลของน้ำลาย ทำให้ช่องปากสะอาดและยังช่วยระบบขับถ่ายอีกด้วย (คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2548)

3.4.3 รสอาหาร อาหารที่มีรสเปรี้ยวจัด หรืออาหารที่มีกรด เช่น มะนาวสด หรือน้ำมะนาวมากเกินไป น้ำอัดลม อาจทำให้มีการกัดกร่อนของเคลือบฟัน โดยเฉพาะส่วนที่ติดกับเหงือกของฟันหน้าบน เพื่อป้องกันฟันกร่อน จึงควรคำนึงถึงเมื่อบริโภคอาหารประเภทดังกล่าว (ภรณี พิรินนท์, พิศาล เทพสิทธิ, 2546)

3.4.4 เวลาในการรับประทานอาหาร หรือระยะเวลาที่มีอาหาร การรับประทานอาหารควรเป็นเวลา การรับประทานอาหารควรให้จำกัดอยู่ในมื้ออาหารเท่านั้น ไม่ควรอมอาหารในปากนาน ๆ การรับประทานอาหารพร่ำเพรื่อ หรือรับประทานอาหารบ่อย ๆ จะทำให้ฟันมีโอกาสสัมผัสกรด ซึ่งเกิดจากปฏิกิริยาทางเคมีของแบคทีเรียกับเศษอาหารที่ติดค้างอยู่ในช่องปากบ่อยครั้ง โอกาสการเกิดโรคฟันผุจะมีมากขึ้นด้วย (ภรณี พิรินนท์, พิศาล เทพสิทธิ, 2546)

3.5 การตรวจฟันด้วยตนเอง การตรวจสภาพช่องปากโดยทั่วไปด้วยตนเองกระทำได้ โดยการตรวจเหงือก ฟัน กระพุ้งแก้ม ลิ้น เพดาน และเนื้อเยื่ออ่อนทั่วช่องปาก การตรวจเหงือกเพื่อดูว่าเหงือกอักเสบหรือไม่ ลักษณะที่อักเสบคือ บวม แดง มีเลือดออก เหงือกมีหินน้ำลายเกาะที่ฟันตามขอบเหงือกหรือไม่ ลักษณะฟันผุ ถ้าผุเล็กน้อยจะเห็นเป็นจุดสีดำ ถ้าผุมากจะเห็นเป็นร่องหรือหลุมชัดเจน กระพุ้งแก้ม มีรอยแผลเกิดขึ้นหรือไม่ ลิ้นมีรอยโรคหรือไม่ เช่น ฝ้าขาว เพดานปากมีแผลหรือไม่ ส่วนเนื้อเยื่ออ่อนทั่ว ๆ ไปมีรอยโรคปรากฏหรือไม่ ซึ่งแต่ละคนสามารถทำได้ด้วยการใช้กระจกส่องหน้าธรรมดา วิธีตรวจใช้นิ้วมือแหวกริมฝีปากให้เห็นฟันที่ละส่วน ทางด้านริมฝีปากและกระพุ้งแก้มด้านในต้องอ้าปากกว้าง วิธีตรวจฟันบนต้องเงยหน้าขึ้น เมื่อตรวจพบความผิดปกติในช่องปากแล้ว ควรรีบไปพบทันตบุคลากรเพื่อขอคำปรึกษา และรักษาตั้งแต่ต้นก่อนที่ปัญหาอนามัยในช่องปากจะลุกลามต่อไป (ภรณี พิรินนท์, พิศาล เทพสิทธิ, 2546)

3.6 การไปพบทันตบุคลากร

ควรไปพบทันตบุคลากรทุก ๆ 6 เดือนเพื่อให้ทันตบุคลากรได้ตรวจสภาพช่องปากและทำการรักษาโรคฟันผุและโรคเหงือก อย่าคิดว่ายังไม่มีอาการ คงไม่เป็นไรหรือเจ็บนิดหน่อย รับประทานยาแก้หาย จึงควรเปลี่ยนแนวคิดใหม่เพราะโรคในช่องปากเมื่อเกิดโรคแล้วมักไม่หายเอง แต่จะดำเนินไปในลักษณะค่อยเป็นค่อยไป ไม่แสดงอาการตอนแรก การรับประทานยาจึงเป็นเพียงลดอาการชั่วคราวถ้าไม่รักษาก็มีโอกาสที่จะเกิดอาการขึ้นใหม่รุนแรงกว่าเดิม การไปพบทันตบุคลากรควรไปพบอย่างน้อยปีละ 2 ครั้งและควรปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (ภรณ์ พิรินนท์, พิศาล เทพสิทธิ, 2546) จากการศึกษาของ Bakhshandeh, Murtomaa, Vehkalahti & Suomalainen (2005) พบว่า การดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง และการไปรับบริการหมอฟันอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคในช่องปากได้

3.7 การบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า ลิ้น และนวดต่อมน้ำลาย เพื่อเป็นการกระตุ้นการทำงานของช่องปากให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

3.7.1 การบริหารใบหน้า เพื่อช่วยปลูกเส้นประสาท ให้เคลื่อนไหวได้ดีขึ้น ควรทำหลังล้างหน้าตอนเช้า เริ่มต้นด้วยสูดลมหายใจเข้าให้เต็มปอด เขยิบริมฝีปากออกไปด้านข้างเป็นแนวกว้าง ขยับให้แก้มสูง หลังคาให้สนิท อ้าปากกว้างและลิ้นคาให้กว้าง ปิดปากให้สนิทป้องกันลมเข้าปากซ้าย-ขวา

3.7.2 การบริหารลิ้น เป็นการกระตุ้นการหลั่งน้ำลาย ช่วยให้การเคลื่อนไหวของลิ้นดีขึ้น แนะนำให้ทำก่อนรับประทานอาหาร มีการบริหาร 2 แบบคือ การบริหารแบบเปิดปาก โดยการแลบลิ้นเข้าและออก แล้วเคลื่อนไหวไปทางซ้าย-ขวาหมุนลิ้นไปทางซ้าย ขวาเพื่อเลี้ยวรอบ ๆ ริมฝีปาก และขยับลิ้นขึ้นลงเพื่อที่จะเลียที่ปลายจมูกหรือคาง การบริหารแบบปิดปาก โดยดันริมฝีปากด้วยลิ้น ดันริมฝีปากล่างด้วยลิ้น และดันแก้มซ้าย ขวาด้วยลิ้นหมุนลิ้นไปรอบ ๆ ทั้งซ้ายและขวา

3.7.3 การกระตุ้นการทำงานของต่อมน้ำลาย ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จะเกิดภาวะปากแห้ง และน้ำลายลดลง การนวดต่อมน้ำลาย จะช่วยกระตุ้นให้ต่อมน้ำลายผลิตน้ำลายมากขึ้น ควรทำก่อนรับประทานอาหาร โดยนวดต่อมน้ำลาย 3 ต่อมน ได้แก่ ต่อมนใต้หู วางนิ้วก้อยถึงนิ้วชี้ไว้ที่แก้มแล้วหมุนแฉะๆ ฟันกรามบนวนจากข้างหลังไปหน้าทำ 10 ครั้ง ต่อมนใต้คางวางนิ้วโป้งตรงส่วนที่นุ่มตรงกระดูกคาง กดตั้งแต่บริเวณใต้หูจนถึงใต้คาง ประมาณ 5 ตำแหน่ง ๆ ละ 5 ครั้งตามลำดับและต่อมนใต้ลิ้น ใช้นิ้วโป้งของทั้ง 2 มือกดลงซ้ำ ๆ ที่บริเวณลิ้น ข้างใต้คาง 10 ครั้ง

3.8 การเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน

3.8.1 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างดี สามารถรับบริการทันตกรรมได้ทุกชนิด ยกเว้นกรณีมีโรคแทรกซ้อน ควรปรึกษาแพทย์ประจำตัวก่อนรับบริการ

3.8.2 การนัดหมายเวลารักษาทางทันตกรรม ควรเป็นช่วงที่ผู้ป่วยได้รับอินซูลินแล้ว ตั้งแต่ 30 นาทีจนถึง 8 ชั่วโมงแล้วแต่ชนิดของอินซูลิน ส่วนใหญ่แนะนำให้รับบริการช่วงเช้า

3.8.3 รับประทานอาหารให้เรียบร้อยตามมื้อปกติ

3.8.4 ไม่ควรให้ผู้ป่วยเครียดก่อนมารับบริการ เพราะจะกระตุ้นให้เกิดน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

3.8.5 ถ้าผู้ป่วยมีการตรวจวัดน้ำตาลด้วยตนเองอยู่แล้ว ให้ผู้ป่วยนำอุปกรณ์ที่ใช้วัดมา ด้วย (กองทันตสาธารณสุข, 2548)

3.9 การตรวจปริมาณคราบจุลินทรีย์

การสอนให้บุคคลสามารถประเมินทันตสุขภาพและดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง สามารถช่วยตัวเองได้ในระดับหนึ่ง การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการใช้ดัชนีตรวจคราบจุลินทรีย์ด้วยตนเอง (Self Inspection Plaque Index) จะเป็นเครื่องมือในการจูงใจให้คนทั่วไปสามารถดูแลสุขภาพเหงือกได้ด้วยตนเอง เพื่อประเมินความรู้ที่ได้รับจากสื่อ (อัญชิต คุชฎีพรรณ, 2542) รวมถึงการใช้ดัชนีคราบจุลินทรีย์ (Plaque Index) โดยเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข และจากการศึกษาของ Lee et al (2009) พบว่า หลังการทำกิจกรรมตาม โปรแกรมทันตสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวานมีปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลงกว่าก่อนทดลอง และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการมีปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลง น่าจะมีผลต่อผู้ป่วยเบาหวานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากไปในทางที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงนำมาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

4. แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพได้ถูกพัฒนาขึ้นมาระหว่าง ค.ศ. 1950-1960 โดยนักจิตวิทยา 4 คน คือ Godfrey M. Hochbaum, Stephen S. Kegeles, Howard Leventhal และ Irwin M. Rosenstock พื้นฐานแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ ได้รับแนวคิดมาจากทฤษฎีสถานม (Field Theory) และทฤษฎีแรงจูงใจ (Motivation Theory) เพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) แต่ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงนำไปใช้อธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย (Illness Behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (Sick-Role Behavior) และต่อมาได้ถูกนำมาพัฒนาและใช้อธิบายปัญหาในโครงการสาธารณสุขด้วย

Rosenstock และคณะได้พัฒนารูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นมาเพื่อใช้อธิบายพฤติกรรม การป้องกันโรคในระดับบุคคล โดยที่ได้อธิบายแนวคิดของรูปแบบความเชื่อด้านคุณภาพ (HBM) ว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้น จะต้องมีความเชื่อว่า 1. เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค 2. โรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิตเขา

3. การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคจะให้ผลดีต่อเขาในการช่วยลดโอกาสต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค และไม่ควรมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยา เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวกความเจ็บป่วยความอาย (Rosenstock, 1974 อ้างถึงในจุฬารัตน์ โสตะ, 2546)

4.1 องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

องค์ประกอบหลักของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรม การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและพฤติกรรมปฏิบัติตัวของผู้ป่วย มีดังนี้

4.1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตาม เพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่นเมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้นๆอีกจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก

4.1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต ความยากลำบาก และใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือการกระทบกระเทือนฐานะทางสังคม ผลกระทบต่อหน้าที่การงาน

การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้นได้ แม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงสูงเกินไปก็อาจจะทำให้จำข้อมแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้ และเมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ซึ่ง จากผลการวิจัยจำนวนมากพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการโรค เช่น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ Janz and Becker (1984, อ้างถึงในจุฬารัตน์ โสตะ, 2546) ได้สรุปผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่างปี ค.ศ. 1974-1984 พบว่า การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค สามารถอธิบายหรือ

ทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 85 และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้เพียงร้อยละ 36

ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึง อาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่กลัวความรุนแรงของอาการเหงือกบวมและเป็นหนองทั้งปาก จะให้ความร่วมมือในการไปรับบริการทางทันตกรรมตามนัดทุกครั้ง

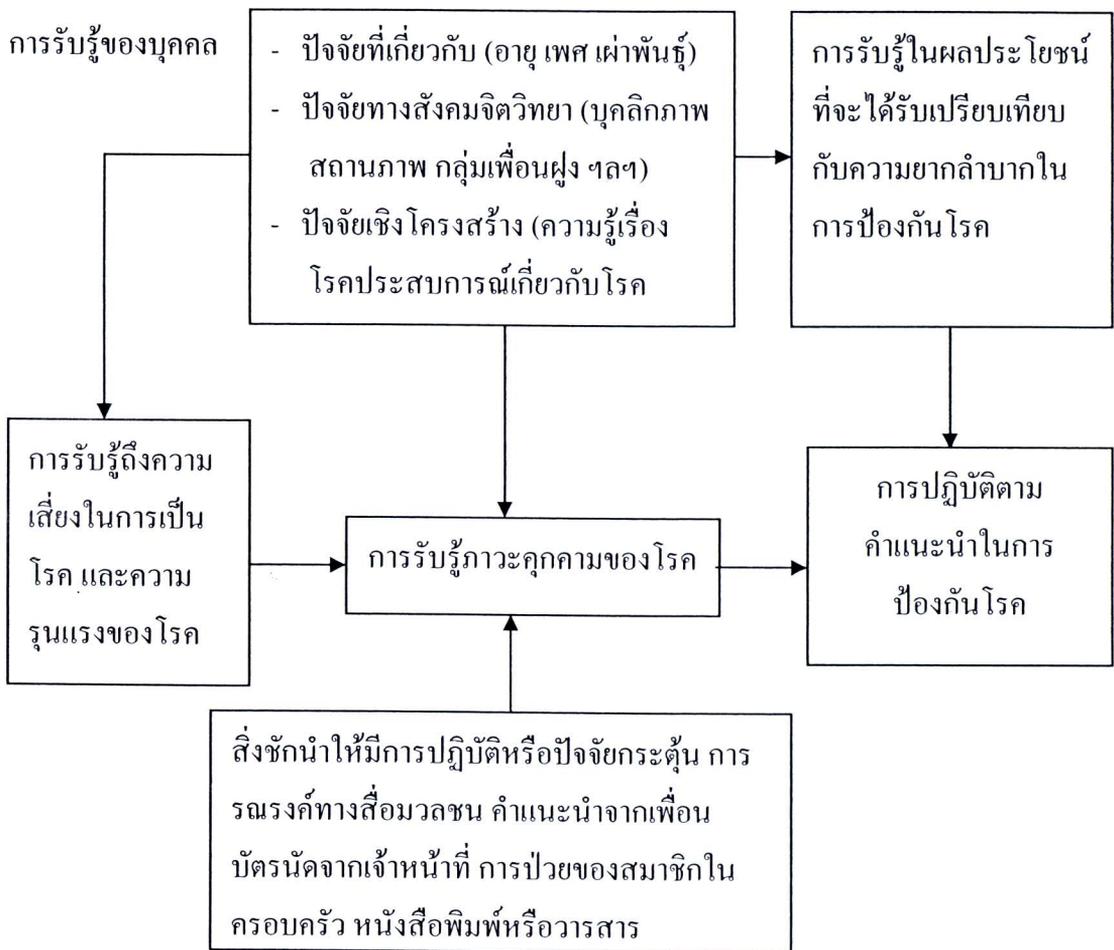
4.1.3. การรับรู้ถึงประโยชน์ – อุปสรรคในการปฏิบัติ (Perceived Benefits and Barriers to Taking Action) เป็นการประเมินส่วนบุคคลที่มีต่อคุณค่า หรือประโยชน์ที่จะได้รับ เช่น เมื่อปฏิบัติแล้วจะช่วยลดโอกาสเสี่ยง หรือลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้ กับสิ่งที่เป็อุปสรรคต่อการปฏิบัติ เช่น สูญเสียค่าใช้จ่าย การมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ เช่น ทำให้เกิดความเจ็บปวด ความไม่สะดวกสบาย หรือสิ่งไม่พึงปรารถนาต่าง ๆ ซึ่งบุคคลจะประเมินให้น้ำหนักระหว่างประโยชน์กับอุปสรรค และพิจารณาทางเลือกที่จะปฏิบัติต่อสุขภาพ โรเซนสตัด (Rosentock 1974 : 331 อ้างถึงในภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2546) กล่าวถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติว่า จะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิด “ข้อขัดแย้งทางจิตใจ” ถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูงในขณะที่มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติสูง จะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจมาก ยากแก่การแก้ไขก็จะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ นั้น ซึ่งถ้ากรณีมีทางเลือกในการปฏิบัติหลายทางก็ไม่ทำให้เกิดปัญหา สามารถเลือกการปฏิบัติที่ทำให้เกิดความพึงพอใจได้ เช่น บุคคลที่การรับรู้ถึงอันตรายและภาวะคุกคามของฟัน โรคปอด แต่กลัวผลกระทบจากการตรวจโรคจากการเอกซเรย์ปอด ก็อาจเลี่ยงไปโดยการ ใช้การทดสอบอื่นๆ

Janz and Becker (1984, อ้างถึงในจุฬารณ โสตะ, 2546) ได้สรุปการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วยมากกว่าพฤติกรรมป้องกันโรค เช่นเดียวกับการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

4.1.4 แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) หมายถึง ระดับความสนใจและห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพ ความปรารถนาที่จะดำรงรักษา สุขภาพและการหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วย แรงจูงใจนี้อาจเกิดความสนใจสุขภาพโดยทั่วไปของบุคคล หรือเกิดจากการกระตุ้นของความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อผลดีจากการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอจะไม่มีไร้ค่าและมีผลต่อการป้องกันโรคในช่องปากได้

(สมนึก โรจนรัตน์วณิชย์, 2538) รวมทั้งสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของแพทย์ ซึ่งสามารถกระตุ้นแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคลได้

4.1.5 ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) หมายถึง ปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ปัจจัยร่วมประกอบด้วยตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เผ่าพันธุ์ ของบุคคล ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ความซับซ้อน และผลข้างเคียงของการรักษา ตัวแปรด้านปฏิสัมพันธ์ เช่น ชนิดคุณภาพ ความต่อเนื่อง เป็นต้น (ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2546)



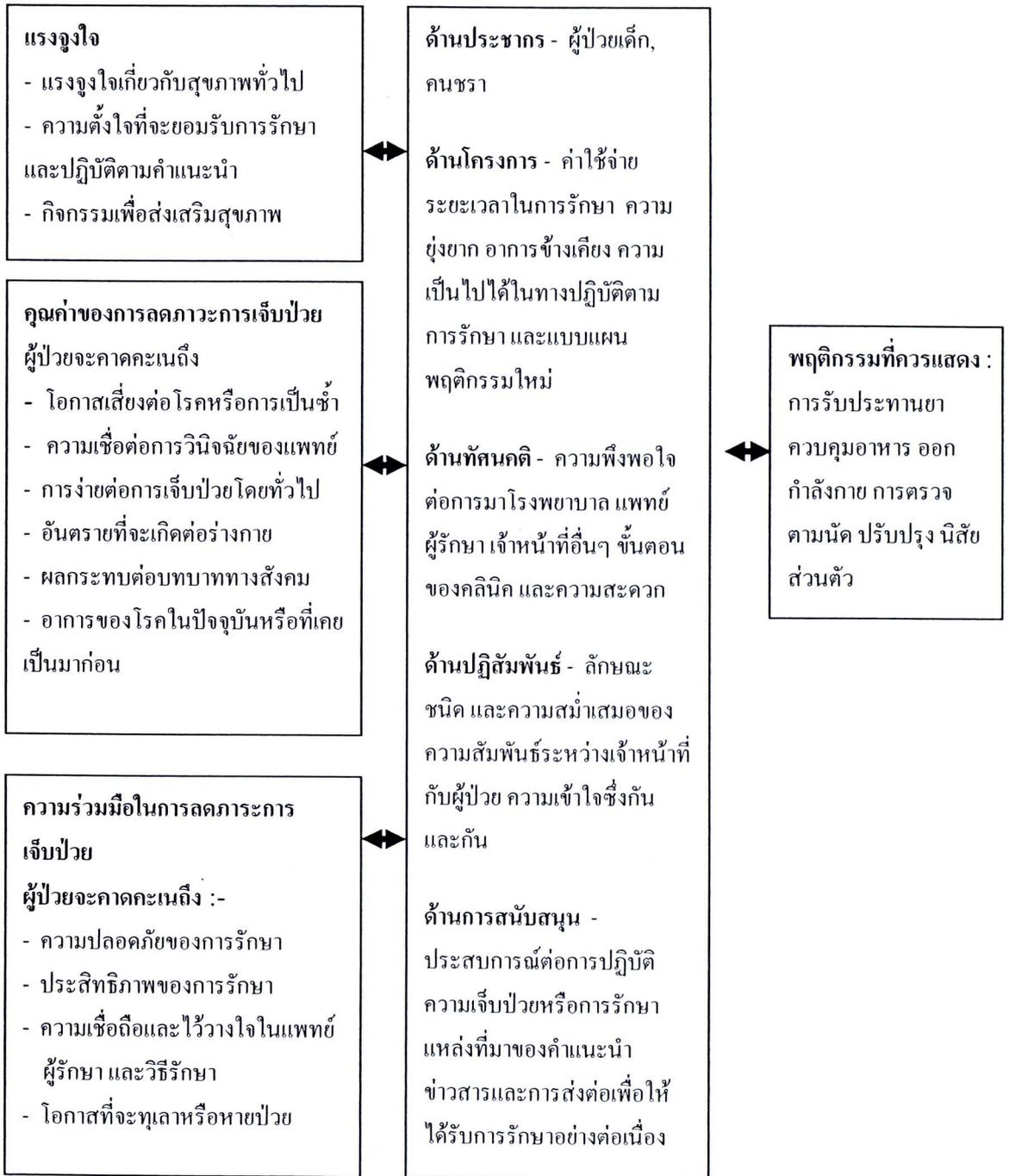
ภาพที่ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่พัฒนาขึ้น โดย Becker และคณะ เพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรค (Becker, 1974 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2546)

Bekcer และ Maiman (1980 อ้างถึงในประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ, 2536) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยในรูปแบบของการรับรู้และความเชื่อ โดยเพิ่มปัจจัยเกี่ยวกับแรงจูงใจในด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมต่างๆ เช่น สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ความต่อเนื่องของแพทย์ในการตรวจรักษาการกระตุ้นให้ปฏิบัติตนโดยเพื่อนและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยทางสังคม และปัจจัยทางด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ เป็นต้น ซึ่งสามารถนำไปใช้อธิบายพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ ได้กว้างขวางมากขึ้น ดังแสดงในภาพที่ 2

ความพร้อมที่จะให้ความร่วมมือ

ปัจจัยร่วม

พฤติกรรมความร่วมมือ



ภาพที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ทำนายและอธิบายพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นโดย Becker, Marshal and Maiman (1980 อ้างอิงในประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ, 2536)

4.2 วิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ, 2536)

(1) การให้ข้อมูล รายละเอียดของคำแนะนำที่ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติควรชัดเจนเข้าใจง่าย โดยการพูดคุยหรือการเขียน หรือมอบเอกสารเกี่ยวกับคำแนะนำที่จะต้องปฏิบัติแก่ผู้ป่วย มีการอธิบายซ้ำ และชี้ให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ตลอดจนมีการตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยว่าถูกต้องตรงกัน

(2) การปรับปรุงขั้นตอนการรักษา และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยให้เหมาะสมมีผลกระทบต่อพฤติกรรมเดิมหรือการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยน้อยที่สุด ใช้เวลาสั้น และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยมั่นใจและเห็นความสำคัญของการปฏิบัติโดยการช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นความก้าวหน้าของผลการรักษาและการปฏิบัติตัวนั้นๆ

(3) การตรวจสอบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ได้แก่ ความสนใจ ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรค ความรุนแรงของโรค เปรียบเทียบผลดีที่จะได้รับการได้รับคำแนะนำ ซึ่งเจ้าหน้าที่สามารถนำมาใช้วางแผนชักชวนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำได้ตรงจุดขึ้น

(4) การปรับปรุงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการ และผู้รับบริการให้ดีขึ้น มีผลทำให้ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อเจ้าหน้าที่และบริการที่ได้รับเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามมากขึ้น

(5) การใช้วิธีการสร้างสัญญาาระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ (Patient-Contact) โดยมีการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดขั้นตอนการรักษา และปฏิบัติตนกับผู้ให้บริการ มีการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม

จุดเด่นของแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพ ก็คือ จะช่วยวินิจฉัยสาเหตุของพฤติกรรมและการค้นหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล เป็นกรอบแนวคิดที่มีประโยชน์ในการออกแบบยุทธวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาข้อมูลข่าวสารที่จะจูงใจให้บุคคลตัดสินใจกระทำอย่างถูกต้องในเรื่องสุขภาพ (วสันต์ ศิลปสุวรรณ, พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2541) และจากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบดินทรเดชา พิมพ์พา (2550) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพต่อโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนใหญ่มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 67.60 รองลงมา มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพมาก ร้อยละ 17.60 และมีระดับความเชื่อด้านสุขภาพน้อย ร้อยละ 14.70 ดังนั้นควรมีการเผยแพร่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ เพื่อให้ประชาชนทราบข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และให้ประชาชนตระหนักและเห็นความสำคัญของโรคเบาหวาน โดยให้ความรู้และสุขศึกษารายกลุ่มและรายบุคคล ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและประชาชน เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องและเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะ

เกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยเบาหวาน จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถนำความรู้มาปฏิบัติตัวตนในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้อง และจากการศึกษาของศรีเกษ รัชญาวิณิชกุล (2538) ถึงรูปแบบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนจัด โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องการศึกษาศุภศักดิ์ ธรรมเป็นจิตต์ (2541) เรื่องการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่าภายหลังการให้โปรแกรมผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลตนเองในด้านการควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ความรู้เกี่ยวกับโรคและความคาดหวังผลดีในการปฏิบัติตัว ดีวก่อนทดลอง และดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปรารธนา เพียรทอง (2545) ได้ศึกษาผลของการให้โปรแกรมโภชนาการโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลปทุมธานี ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ค่าเฉลี่ยของปริมาณพลังงาน โปรตีน ธาตุเหล็กและวิตามินซีในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการศึกษาและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และระดับความเข้มข้นของโลหิตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ จากการศึกษาของสุปรียา ต้นสกุลและคณะ (2546) การป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์ พบว่าภายหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค รวมทั้งมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และระดับความเข้มข้นของโลหิตมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ จากการศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ของอรุณี ศรีนวล (2548) พบว่า ภายหลังดำเนินกิจกรรมประชาชนกลุ่มเสี่ยง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการจัดกิจกรรมให้คำแนะนำโดยให้กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมเป็นการกระตุ้นให้เกิดการรวมกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ร่วมกันจัดกิจกรรมในการดูแลสุขภาพและการให้การสนับสนุนกลุ่มส่งเสริมสุขภาพในชุมชนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ

อาสาสมัครสาธารณสุข นับว่าเป็นส่วนสำคัญในความสำเร็จของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ สัจจา (2551) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสตรีอายุ 35-60 ปี เพื่อมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 2 เทศบาลเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์และการรับรู้ต่ออุปสรรค สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 และบุญมี แก้วจันทร์ (2551) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลตนเอง และแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปและปัจจัยร่วมในระดับสูง ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและอุปสรรคในการปฏิบัติตนอยู่ในระดับกลาง และผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ดังนั้นการมีความรู้ และการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค รวมถึงมีการปฏิบัติตัวที่ดี น่าจะมีผลต่อผู้ป่วยเบาหวานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากไปในทางที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงนำมาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

5. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

5.1 พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง ปฏิบัติหรือกิจกรรมทุกชนิดที่มนุษย์กระทำแม้ว่าจะสังเกตได้หรือไม่ก็ตาม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536)

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ของร่างกายที่แสดงออกมาเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอก (Covert and Overt Behavior) ที่คาดหวังให้บุคคลนั้น มีสุขภาพอนามัยที่ดี ไม่เป็นโรคและป้องกันไม่ให้เกิดโรคหรืออยู่ในสภาวะที่ไม่ทำให้เกิดโรคได้ง่าย ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพนั้นจะเป็นกิจกรรมที่สังเกตเห็นได้หรือไม่ สามารถสังเกตเห็นได้ แต่สามารถวินิจฉัยได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ มีหรือไม่มี โดยใช้วิธีการหรือเครื่องมือทางด้านจิตวิทยา พฤติกรรมดังกล่าวมี องค์ประกอบ 3 ส่วน คือ

5.1.1 พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) เป็นพฤติกรรมขั้นต้นซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจโดยการมองเห็น ได้ยิน ได้ฟัง ได้สัมผัส เป็นประสบการณ์เกี่ยวกับข้อเท็จจริง เป็นเกณฑ์และโครงสร้างที่เกิดขึ้นมาจากการศึกษาค้นคว้า หรือเป็นความรู้ที่ได้จากการสังเกต ตรวจสอบหรือรายงานซึ่งต้องอาศัยความชัดเจนและระยะเวลาในการศึกษา ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยจัดเป็นวิทยาศาสตร์สุขภาพและการปรับปรุงส่งเสริมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้นและเพื่อการดำรงชีวิตอยู่อย่างผู้ที่มีสุขภาพที่ดี ความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอนามัยนั้นเป็นความรู้ระดับขั้นความสามารถในการนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์และการประมาณค่าเป็นระดับความรู้ขั้นที่จะสามารถกระตุ้นเตือนให้บุคคลรู้จักสำรวจตรวจสอบตนเองและสามารถเกิดการกระทำได้

5.1.2 พฤติกรรมด้านทัศนคติ (Affective Domain) ทัศนคติเป็นความเชื่อของบุคคล การกระทำ สถานการณ์หรืออื่น ๆ รวมทั้งท่าทีแสดงออกที่บ่งถึงสภาพจิตใจที่มีต่อสิ่งหนึ่งพฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับจิตใจ ลักษณะนิสัย คุณธรรม และค่านิยม 5 ขั้นตอน คือ การยอมรับ การตอบสนอง การสร้างคุณค่าหรือค่านิยม การจัดระบบหรือจัดกลุ่ม คุณค่าแสดงคุณลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ

5.1.3 พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่แสดงออก พฤติกรรมด้านการปฏิบัติเป็นส่วนต่อมาจากพฤติกรรมความรู้และพฤติกรรมด้านทัศนคติพฤติกรรมด้านนี้เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกของร่างกายซึ่งรวมถึงการปฏิบัติที่แสดงออกมาในสถานการณ์หนึ่ง ๆ พฤติกรรมด้านนี้ต้องอาศัยความรู้ ความคิด และทัศนคติเป็นส่วนประกอบ เป็นพฤติกรรมที่ประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่ทำให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอนในด้านสุขภาพถือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคลเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลมีสุข (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536)

การใช้คำว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้น ส่วนใหญ่จะ หมายถึง พฤติกรรมของผู้ที่ยังไม่เจ็บหรือเจ็บป่วยเล็กน้อย หรืออีกนัยหนึ่ง คือ เน้นในเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรค หรือปัญหาสุขภาพ คือการดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวให้แข็งแรงสมบูรณ์ โดยการดูแลสุขภาพให้แข็งแรงมี 2 ลักษณะ คือ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

การดูแลส่งเสริมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่อันตรายต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร ไม้ดื่มสุรา ไม้สูบบุหรี่ และตรวจสุขภาพประจำปีอันเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่ร่างกายแข็งแรง

การป้องกันโรค เป็นการจัดกิจกรรมที่ช่วยทั้งบุคคลที่สุขภาพดีและเจ็บป่วยให้พ้นจากการเกิดโรค เช่น การให้ภูมิคุ้มกันแก่ละวัย ถ้าเกิดการเจ็บป่วยจะช่วยให้พ้นจากความเจ็บปวดและ

ความทุกข์ทรมาน โดยให้ความรู้ สอนวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ช่วยเหลือและจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน (พรทิวา อินทร์พรหม, 2539)

6. ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

แนวคิดเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมมีพื้นฐานมาจากการศึกษาทางด้านสังคมและจิตวิทยา ซึ่งในช่วงเวลาที่ผ่านมาได้มีการศึกษาถึงผลกระทบของแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ รวมทั้งต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วย ซึ่งถ้าแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้คนมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพก็จะทำให้ สุขภาพของบุคคลนั้นหรือกลุ่มนั้นดีไปด้วย (ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2546)

6.1 ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม

กลวิธีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ได้ถูกนำมาใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งสุขภาพจิตและสุขภาพกาย ต่อมาก็ได้มีผู้ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในการที่จะให้คนไปปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้านการรักษาโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง การให้คนใช้รับประทานยาสม่ำเสมอ การมีพฤติกรรมที่เอื้ออำนวยต่อการรักษาโรค เช่น การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ เป็นต้น การนำกลวิธีแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ได้ขยายออกไปอีกในแง่ของพฤติกรรมการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการวางแผนครอบครัว ได้มีผู้วิจัยและให้ความหมายคำจำกัดความไว้ดังนี้

Caplan (1977 อ้างถึงในจุฬารัตน์ โสตะ, 2546) ได้ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นข่าวสาร เงิน กำลังงานหรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการ

Cobb (1976 อ้างถึงในจุฬารัตน์ โสตะ, 2546) ได้ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า มีความรับและสนใจ มีคนยกย่อง และมองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่ง “ผู้ได้รับแรงสนับสนุน” ได้รับจาก “ผู้ให้การสนับสนุน” ได้แก่ ข่าวสาร ข้อมูล วัสดุสิ่งของ รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านจิตใจหรืออารมณ์ เพื่อช่วยให้การแก้ปัญหาทำให้บุคคลนั้นๆ มีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึง การมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคม อันมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง ญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนักเรียน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์, 2528)

6.2 แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

โดยปกติทางสังคมจัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนม และมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมกลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่ามีเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

อาจกล่าวได้ว่า แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้น มีทั้งแหล่งปฐมภูมิและแหล่งทุติยภูมิแรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทุติยภูมิ ถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรอื่นๆ ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสารความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพ

6.3 หลักการของการสนับสนุนทางสังคม

หลักการให้แรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย

6.3.1 จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้ และผู้รับการสนับสนุน

6.3.2 ลักษณะการติดต่อสัมพันธ์นี้นั้นจะต้อง ประกอบด้วย

(1) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีคนเอาใจใส่ มีความรัก ความหวังดีในตนอย่างจริงจัง

(2) ข้อมูลข่าวสารนั้น เป็นข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม

(3) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะผู้รับเชื่อว่า เขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์แก่สังคม

6.3.3 ปัจจัยนำมาของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือทางด้านจิตใจ

6.3.4 จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่ต้องการ

6.4 ประเภทของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม

การให้แรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกได้เป็นหลายรูปแบบ ซึ่ง House (1981 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2546) ได้แบ่งรูปแบบของพฤติกรรมในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 รูปแบบ คือ

6.4.1 การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การให้ความพอใจการยอมรับนับถือ ความห่วงใย การกระตุ้นเตือน

6.4.2 การสนับสนุนโดยการให้ประเมิน (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเห็นพ้อง การให้คำรับรอง หรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่นได้แสดงออกมา

6.4.3 การให้ข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่น การให้คำแนะนำ การตัดเตือน การให้คำปรึกษา และการให้ข่าวสาร

6.4.4 การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

6.5 ระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม

Gottlieb (1985 อ้างถึงในจุฬารักษ์ โสตะ, 2546) ได้แบ่งระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับ คือ

6.5.1 ระดับมหภาค หรือระดับกว้าง (Macro Level) คือ การวัดโดยพิจารณาถึงการเข้าร่วมและการมีส่วนร่วมในสังคม โดยวัดจากลักษณะต่างๆ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในชุมชน

6.5.2 ระดับกลาง หรือระดับกลุ่ม (Nezzo Level) คือ การวัดในระดับที่เฉพาะเจาะจงลงไปถึงบุคคลที่มีการติดต่ออยู่เสมอ เช่น กลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด เพื่อนบ้าน ญาติ

6.5.3 ระดับจุลภาค หรือระดับเล็ก (Micro Level) คือ การวัดที่พิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่สุด เพราะเชื่อว่าสิ่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมมาจากการให้การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนจะมีเพียงบางคนเท่านั้นที่ทำได้ เช่น สามี ภรรยา หรือคนรัก

6.6 ความสัมพันธ์ของการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพ สามารถแบ่งได้ 3 ด้านคือ

6.6.1 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพ ผู้ที่มีการติดต่อปฏิบัติสัมพันธ์กับกลุ่ม หรือการเข้าร่วมกลุ่ม มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย มีอัตราป่วย สูงกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า 2-5 เท่า (Minklee, 1981 อ้างถึงใน กชกร สมมั่ง, 2542)

6.6.2 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ

6.6.2.1 ทางด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ผู้ที่มีการติดต่อกับเพื่อนบ้าน และมีเพื่อนบ้านมาก มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ การตรวจฟัน ดีกว่าผู้ที่ติดต่อกับผู้อื่นน้อย (Langlie, 1977 อ้างถึงใน กชกร สมมั่ง, 2542)

6.6.2.2 ทางด้านพฤติกรรมการรักษาพยาบาล อิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มารับบริการสม่ำเสมอว่าผู้ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม (บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์, 2528)

6.6.2.3 ทางด้านพฤติกรรมด้านอารมณ์ จากการศึกษาของ Caplan (1974 อ้างถึงใน กชกร สมมั่ง, 2542) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ เป็นตัวช่วยลดความเครียด มีผลต่อร่างกาย และจิตใจ ช่วยให้บุคคลเพิ่มความอดทนต่อปัญหาได้มากขึ้น

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528) ได้เสนอขั้นตอนการแก้ปัญหาสาธารณสุข โดยเรียงสนับสนุนทางสังคม มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนแรก ให้ความรู้เพื่อกระตุ้นให้เกิดทัศนคติที่ดี

ขั้นตอนที่สอง กระตุ้นให้เกิดอำนาจการตัดสินใจ โดยหาบุคคลที่มีอำนาจในการตัดสินใจหรือบุคคลที่กำลังใช้วิธีการ หรือมีพฤติกรรมที่ต้องการและประสบผลสำเร็จ มาเป็นแบบฉบับ เพื่อให้บุคคลได้เห็น และปฏิบัติตาม

ขั้นตอนที่สาม นำวิธีสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ โดยให้กลุ่มเพื่อนบ้าน หรือผู้ที่ได้ผลดีจากการปฏิบัติ มาให้ความรู้ เพื่อให้เกิดแรงสนับสนุน และแน่ใจว่า สิ่งตนจะทำนั้นไม่ขัดต่อบรรทัดฐานทางสังคมของชุมชน

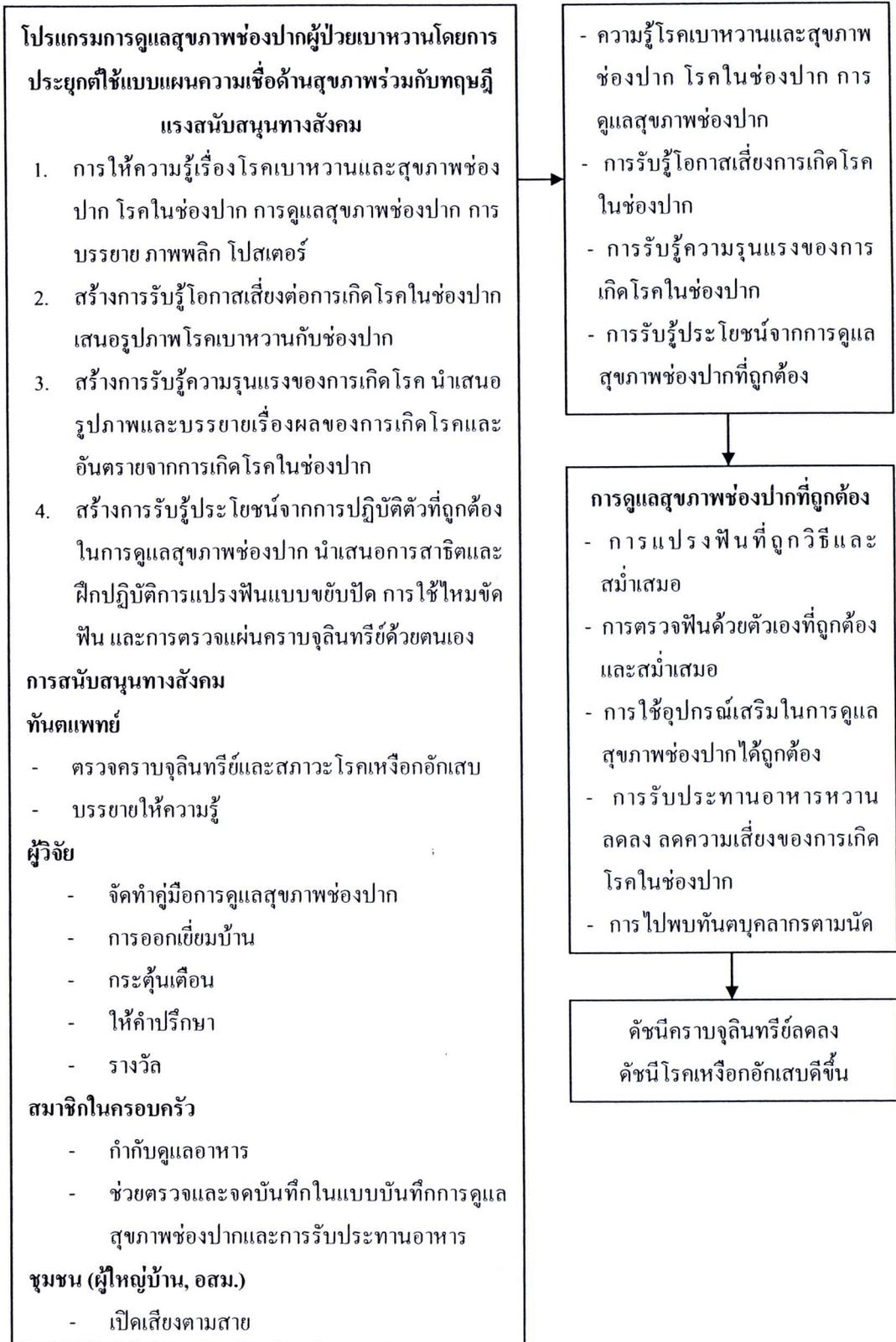
สรุปจากแนวคิด ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าสามารถนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข โดยนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของบุคคล ซึ่งในการศึกษานี้ จะเน้นการให้การสนับสนุนในทางการสื่อสาร โดยให้ข้อมูลข่าวสาร ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากกับเบาหวาน การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคในช่องปากและภาวะแทรกซ้อนเบาหวานในช่องปาก และการกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติจากครอบครัว ผู้ใหญ่บ้าน ผู้วิจัยและทันตบุคลากร ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของผู้ป่วยเบาหวาน จากการศึกษาของอรุณี ศรีนวล (2548) พบว่าการจัดกิจกรรมให้คำแนะนำโดยให้กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมเป็นการกระตุ้นให้เกิดการรวมกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และร่วมกันจัดกิจกรรมในการดูแลสุขภาพและการให้การสนับสนุนกลุ่มส่งเสริมสุขภาพในชุมชนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข นับว่าเป็นส่วนสำคัญในความสำเร็จของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ และจากการศึกษาของปริยาภรณ์ มณีแดง (2549) ได้ชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองทำให้มีการปฏิบัติในการควบคุมน้ำหนักได้อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการศึกษาของสุภาภรณ์ นารี (2550) พบว่าการได้รับการกระตุ้นจากผู้ปกครองรวมถึงคำแนะนำจากครูและเพื่อนจะช่วยในการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนดีขึ้น สุนทรา พรายงาม (2545) ได้ศึกษาผลการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินอำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี พบว่า ผลการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ 0.05 และการศึกษาของธีระ ภักดีจรัส (2548) พบว่า การใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานลดความเสี่ยงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของโรคเบาหวานได้

โดยสรุป การได้รับสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชน น่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานอีกปัจจัยหนึ่ง ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงได้นำการได้รับสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน มาเป็นตัวแปรหนึ่งในการวิจัยด้วย

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า หากผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค จะทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตามคำแนะนำ มีผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการรักษาโรค และหากได้รับการสนับสนุนจากทันตแพทย์ ผู้วิจัย สมาชิกในครอบครัว และผู้นำชุมชน จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม มาใช้ในการจัดทำโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรค และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องสม่ำเสมอส่งผลให้ผู้ป่วยมีปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลงรวมถึงสภาพเหงือกดีขึ้น ดังแสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย