

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้วยการเยี่ยมบ้านที่ส่งผลต่อพฤติกรรม ความเชื่อ การปฏิบัติตนในการดูแลทันตสุขภาพ และสภาวะทันตสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสนับสนุนและประกอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับคนพิการ
 - 1.1 ความหมายของคนพิการ
 - 1.2 การจำแนกประเภทคนพิการ
 - 1.3 กฎหมายเกี่ยวกับคนพิการ
 - 1.4 ปัญหาทันตสุขภาพของคนพิการ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพในคนพิการ
3. ทฤษฎีความเชื่อความสามารถแห่งตน (Self- efficacy Theory)
4. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม
 - 4.1 ความหมายของพฤติกรรม
 - 4.2 พฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลทันตสุขภาพ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 5.1 งานวิจัยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพช่องปาก
 - 5.2 งานวิจัยเกี่ยวกับคนพิการ
 - 5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ
 - 5.4 งานวิจัยเกี่ยวกับความเชื่อในความสามารถ
 - 5.5 งานวิจัยเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้าน

1. แนวคิดเกี่ยวกับคนพิการ

องค์การอนามัยโลก (WHO 2018) พบว่ามีคนพิการทั่วโลกกว่าหนึ่งพันล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากรทั่วโลก ซึ่งพบว่าคนพิการมีโอกาสเข้าถึงบริการด้านสุขภาพน้อยและไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านบริการสุขภาพ จากอุปสรรคในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ เช่น จากค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่าใช้จ่ายในการรับบริการสุขภาพ อุปสรรคทางกายภาพ การไม่มีห้องน้ำสำหรับคนพิการ ไม่มีทางลาดสำหรับคนพิการ ทักษะและความรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรที่ไม่เพียงพอในการดูแลรักษาคนพิการ ในขณะที่ปัจจุบันพบว่าอัตราความพิการเพิ่มขึ้นเนื่องจากการเพิ่มจำนวนประชากรสูงอายุและการเกิดโรคเรื้อรังที่เพิ่มสูงขึ้น อย่างไรก็ตามคนพิการทุกคนมีความต้องการด้านการดูแลสุขภาพทั่วไปเช่นเดียวกับคนทั่วไป ดังนั้นจึงควรส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพในกลุ่มคนพิการเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในสังคม และลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคแทรกซ้อนต่างๆ ในคนพิการ เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ซึ่งมีเป้าหมายหลักคือเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

1.1 ความหมายของคนพิการ

นิยามตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ 2550) ได้กำหนดความหมายคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ ดังนี้

1.1.1 คนพิการ หมายความว่า บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม

ในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่างๆ และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใดเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป ทั้งนี้ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศกำหนด

นิยามตาม International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2555) ได้ให้ความหมายของความพิการที่เกิดขึ้นในระดับของการทำงานหรือโครงสร้างของร่างกาย เรียกว่า ความบกพร่อง (Impairments) ถ้าเกิดขึ้นในภาพรวมของการทำกิจกรรมต่างๆ เรียกว่า ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม (Activity limitations) และถ้าเกิดขึ้นในระดับบทบาทของบุคคลนั้นในสังคม เรียกว่า อุปสรรคในการมีส่วนร่วม (Participation restrictions) และได้มีการขยายความในคำจำกัดความ ความพิการ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2550) ดังนี้

1.1.2 ความบกพร่อง (Impairment) หมายถึง การสูญเสียหรือความผิดปกติของโครงสร้างของร่างกายหรือการใช้งานของร่างกาย (รวมถึงการทำงานด้านจิตใจ) ที่สังเกตหรือเห็นได้ชัด ดังนั้นความบกพร่องจะพิจารณาที่ “อวัยวะ” หรือ “ระบบการทำงาน” ของส่วนต่างๆ ของมนุษย์ เช่น ตาบอด หูหนวก เป็นใบ้ อัมพาต ออทิสติก เป็นต้น

ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม (Activity limitation) หมายถึง ความยากลำบากในการกระทำการกิจกรรมของแต่ละบุคคลเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลทั่วไปที่ไม่มีปัญหาทางสุขภาพจะพึงทำได้ อาจมีความยากลำบากได้ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงระดับมาก ดังนั้นข้อจำกัดในการทำกิจกรรมจะพิจารณาที่ “ความสามารถ” ของบุคคลโดยรวมว่า สามารถทำกิจกรรมหนึ่งๆ จนเสร็จสิ้นได้หรือไม่ ถ้าได้จะต้องทำด้วยความลำบากหรือไม่ โดยไม่สนใจว่าบุคคลนั้นมีความบกพร่องอะไรบ้าง

1.1.3 ข้อจำกัดในการมีส่วนร่วม (Participation restriction) หมายถึง ปัญหาที่บุคคลประสบเมื่ออยู่ในสถานการณ์หนึ่งของชีวิต โดยเปรียบเทียบกับสิ่งที่บุคคลนั้นทำได้กับสิ่งที่คาดหวังว่าบุคคลที่ไม่มีความพิการสามารถทำได้ในสังคมหรือวัฒนธรรมเดียวกัน เช่น การประกอบอาชีพ การเดินทาง การดูแลบุตร การทำงานบ้าน และการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เป็นต้น

1.2 การจำแนกประเภทคนพิการ

ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 (ราชกิจจานุเบกษา 2555) ได้มีการกำหนดประเภทของผู้พิการเป็น 7 ประเภท ได้แก่

- 1.2.1 ความพิการทางการเห็น
- 1.2.2 ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
- 1.2.3 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
- 1.2.4 ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
- 1.2.5 ความพิการทางสติปัญญา
- 1.2.6 ความพิการทางการเรียนรู้
- 1.2.7 ความพิการทางออทิสติก

โดยมีหลักเกณฑ์กำหนดลักษณะความพิการแต่ละประเภท ดังนี้

1.2.1 ความพิการทางการเห็น

ความพิการทางการเห็นครอบคลุม 2 ลักษณะ คือ

- 1) ตาเห็นเลือนราง หมายถึง การมีสายตาข้างที่ดีที่สุดเมื่อใช้แว่นตาธรรมดาแล้วอยู่ในระดับตั้งแต่ 3 ส่วน 60 เมตร (3/60) หรือ 20 ส่วน 400 ฟุต (20/400) ไปจนถึงต่ำกว่า 6

ส่วน 18 เมตร (6/18) หรือ 20 ส่วน 70 ฟุต (20/70) หรือมีลานสายตาแคบกว่า 30 องศา ลงไป จนถึง 10 องศา

2) *ตาบอด* หมายถึง การมีสายตาข้างที่ด้อยที่สุดเมื่อใช้แว่นตาธรรมดาแล้วอยู่ในระดับต่ำกว่า 3 ส่วน 60 เมตร (3/60) หรือ 20 ส่วน 400 ฟุต (20/400) ลงมาจนกระทั่งมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง หรือมีลานสายตาแคบกว่า 10 องศา

1.2.2 ความพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย

1) *หูหนวก* หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีข้อบกพร่องในการได้ยินจนไม่สามารถรับข้อมูลผ่านทางทางการได้ยิน เมื่อตรวจการได้ยินโดยใช้คลื่นความถี่ที่ 500 เฮิรตซ์ 1,000 เฮิรตซ์ และ 2,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียง 90 เดซิเบลขึ้นไป

2) *หูตึง* หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีข้อบกพร่องในการได้ยินจนไม่สามารถรับข้อมูลผ่านทางทางการได้ยิน เมื่อตรวจการได้ยินโดยใช้คลื่นความถี่ที่ 500 เฮิรตซ์ 1,000 เฮิรตซ์ และ 2,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียงน้อยกว่า 90 เดซิเบล ลงมาจนถึง 40 เดซิเบล

3) *ความพิการทางการสื่อความหมาย* หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีข้อบกพร่องทางการสื่อความหมาย เช่น พูดไม่ได้ พูดหรือฟังแล้วผู้อื่นไม่เข้าใจ เป็นต้น

1.2.3 ความพิการทางการเคลื่อนไหว หรือทางร่างกาย

1) *ความพิการทางการเคลื่อนไหว* หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือในการเข้าไปร่วมในกิจกรรมในสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุอัมพาต แขนขาอ่อนแรง แขนขาขาด หรือจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงานของมือ เท้า แขน หรือขา

2) *ความพิการทางกาย* หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือในการเข้าไปร่วมในกิจกรรมในสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัว และภาพลักษณ์ภายนอกของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน เช่น กระดูกสันหลังโก่งงอ แขนขาพิการ หรือการไม่มีแขน เป็นต้น

1.2.4 ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องหรือผิดปกติทางจิตใจหรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์ หรือความคิด

1.2.5 ความพิการทางสติปัญญา

ความพิการทางสติปัญญา หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีพัฒนาการช้ากว่าปกติ หรือมีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป โดยความผิดปกตินั้นแสดงก่อนอายุ 18 ปี

1.2.6 ความพิการทางการเรียนรู้

ความพิการทางการเรียนรู้ หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม โดยเฉพาะด้านการเรียนรู้ในห้องเรียนปกติ แตกต่างจากนักเรียนอื่น ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องหรือความผิดปกติทางสมอง ทำให้ขาดความสามารถในการอ่าน การเขียนสะกดคำ และ/หรือ การคิดคำนวณเลข หรือทำได้แต่มีความสามารถต่ำกว่าเด็กอื่นที่อายุเท่ากัน 2 ชั้นเรียน ทั้งที่มีระดับสติปัญญาปกติ

1.2.7 ความพิการออทิสติก

ความพิการออทิสติก หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องทางพัฒนาการด้านสังคม ภาษาและการสื่อความหมาย พฤติกรรมและอารมณ์ โดยมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของสมอง และความผิดปกติที่แสดงก่อนอายุ 2 ปีครึ่ง ทั้งนี้ให้รวมถึงการวินิจฉัยกลุ่มออทิสติกสเปกตรัมอื่นๆ เช่น แอสเพอร์เกอร์ (Asperger)

งานวิจัยนี้เน้นการศึกษาเกี่ยวกับคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางกายในอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก แต่ยังสามารถในการหีบจับแปรงสีฟันเองได้ เพื่อให้ยังมีความสามารถในการดูแลทันตสุขภาพของตนเอง เนื่องจากเป็นกลุ่มคนพิการที่มีจำนวนมากที่สุดในอำเภอบางระกำ อีกทั้งเป็นกลุ่มที่สามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ เพื่อให้คนพิการสามารถมีสุขภาพที่ดี

1.3 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ

สำหรับคนพิการในฐานะประชาชนของประเทศ ได้มีกระบวนการพิทักษ์สิทธิและส่งเสริมการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จริง นับตั้งแต่มีการประกาศวันคนพิการสากลแห่งสหประชาชาติตั้งแต่ 3 ธันวาคม 2524 และตามมาด้วยแผนปฏิบัติการ โลกเพื่อสร้างโอกาสที่เท่าเทียมในการมีส่วนร่วม

ในสังคมของคนพิการ รวมทั้งมีมติสมัชชาสหประชาชาติว่าด้วยกฎมาตรฐาน 22 ข้อ เพื่อช่วยให้บรรลุเป้าหมายแผนดังกล่าวเมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2537 ในมติดังกล่าวระบุถึงเงื่อนไขสำคัญที่ต้องทำให้เกิดขึ้นเพื่อนำไปสู่การมีโอกาสที่เท่าเทียมกันได้จริง คือ การสร้างความตระหนักในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสิทธิของคนพิการ การมีบริการทางการแพทย์และการฟื้นฟูสมรรถภาพ มี บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการและการบริการทางสังคม รวมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จริงในสังคม นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเกื้อหนุนผ่านกระบวนการทางกฎหมายทั้งระดับชาติและนานาชาติ โดยมีจุดมุ่งเน้นเดียวกันคือ การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ดังนี้

1.3.1 อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (Convention on the Rights of Persons with Disabilities: CRPD) (องค์การอนามัยโลก 2010) สากลให้การยอมรับถึงการมีโอกาสได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เท่าเทียมกับคนทั่วไปของคนพิการ และการไม่ถูกเลือกปฏิบัติ ว่าเป็นเรื่องสิทธิมนุษยชน ซึ่งนำมาสู่การประกาศอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (Convention on the Rights of Persons with Disabilities: CRPD) เมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2550 นับเป็นกฎหมายระหว่างประเทศที่คุ้มครองสิทธิมนุษยชนของคนพิการอย่างเป็นรูปธรรม กำหนดแนวคิดหลักในการทำงานของภาครัฐต่อคนพิการ โดยเปลี่ยนจากหลักเมตตาธรรมและการสงเคราะห์ เป็นหลักสิทธิเสรีภาพและการคุ้มครองสิทธิ ซึ่งประเทศไทยได้เข้าเป็นภาคีและให้สัตยาบัน เมื่อ 29 กรกฎาคม 2551 และอนุสัญญามีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2551

1.3.2 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 (ราชกิจจานุเบกษา 2550 และราชกิจจานุเบกษา 2560) และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ได้กำหนดให้รัฐกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพึงตนเองและตัดสินใจในกิจการของท้องถิ่นได้เอง ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดำเนินการตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ และเป็นหน่วยงานหลักในการจัดทำบริการสาธารณะ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาในพื้นที่ นอกจากนี้ได้กล่าวถึงการคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความเสมอภาคของบุคคล รวมถึงการห้ามเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมเพราะเหตุแห่งความพิการ (รธน. ปี 2550 มาตรา 30, รธน ปี 2560 มาตรา 27) ได้ระบุสิทธิบุคคลพิการหรือทุพพลภาพในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกและความช่วยเหลือจากรัฐ (รธน. ปี 2550 มาตรา 54) การสงเคราะห์และจัดสวัสดิการแก่คนพิการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งพาตนเองได้ (รธน. ปี 2550 มาตรา 80, รธน. ปี 2560 มาตรา 71) และการให้รัฐต้องปฏิบัติตามสนธิสัญญาด้านสิทธิมนุษยชนที่ประเทศไทยเป็นภาคี (รธน. ปี 2550 มาตรา 82) บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่โดยทั่วไปในการดูแลและจัดทำบริการสาธารณะ เพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น ซึ่งจะเห็นได้ว่าทิศทางของระบบสาธารณสุข

จะต้องมุ่งเน้นไปในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็เป็นหน่วยงานหลักที่จะเป็นผู้จัดบริการสาธารณะในท้องถิ่นอันรวมถึงภารกิจในการสร้างเสริมสุขภาพด้วย

1.3.3 พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 และ พ.ศ. 2556 (ราชกิจจานุเบกษา 2550 และราชกิจจานุเบกษา 2556) ได้ระบุว่า คนพิการ หมายถึงบุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการมีส่วนร่วม ทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องและมีอุปสรรคด้านต่างๆ และเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพ ชีวิตคนพิการ ให้ราชการส่วนท้องถิ่นออกข้อบัญญัติ เทศบัญญัติ ข้อกำหนด ระเบียบหรือประกาศ โดยมีสาระสำคัญประกอบด้วย ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการจัดสวัสดิการสังคมให้แก่คนพิการทั้งบุคคลและกลุ่ม ในด้านต่างๆ อันประกอบด้วย การจัดหาสวัสดิการเบี่ยงความพิการ การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การส่งเสริมกิจกรรมเพื่อให้เกิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชนอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงการเข้าถึงการศึกษา การฝึกอาชีพ การส่งเสริม สนับสนุนให้คนพิการได้เข้ามามีส่วนร่วมทางสังคม เช่น การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การส่งเสริมให้คนพิการได้เข้าถึงสิทธิการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่ประสานงานหน่วยงานภาครัฐที่ทำหน้าที่ให้บริการในเรื่องต่างๆ เป็นต้น

จากการทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้องพบว่าให้ความสำคัญกับการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยเฉพาะรัฐธรรมนูญราชอาณาจักรไทย ซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศไทย และพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ซึ่งให้เห็นถึงทิศทางของระบบสาธารณสุขว่าจะต้องมุ่งเน้นไปในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อจุดมุ่งหมายที่สำคัญที่สุดคือการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ การวิจัยในครั้งนี้จึงมีการมุ่งเน้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากของคนพิการซึ่งมีผลต่อสุขภาพทางร่างกายและคุณภาพชีวิตของคนพิการด้วย

1.4 ปัญหาทันตสุขภาพของคนพิการ

ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สำนักสถิติแห่งชาติ 2555) พบว่า ปัญหาของคนพิการคือ เป็นประชากรที่มีความลำบากหรือปัญหาสุขภาพที่เป็นข้อจำกัดในการทำกิจกรรมถึง 1.4 ล้านคน จากจำนวนคนพิการในประเทศไทย 1.5 ล้านคน และจำนวนประชากร 72,500,000 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 2.1 ของประชากรในประเทศไทยหรือร้อยละ 93.3 ของคนพิการ ซึ่งมีปัญหาด้านสุขภาพ และพบประชากรที่มีความลำบากในการดูแลตนเอง ทำกิจวัตรส่วนตัว ประมาณ 362,500 ราย ร้อยละ 0.5 ของประชากรประเทศไทย หรือคิดเป็นร้อยละ 24.2 ของคนพิการและในจำนวนนี้คนพิการมีความลำบากในการดูแลตนเองด้านการล้างหน้าแปรงฟัน สูงถึงร้อยละ 61.4 การรับบริการของผู้พิการพบว่ารับบริการเฉลี่ย 2.58 ครั้งต่อปี และแต่ละครั้งของการรับบริการยังได้รับบริการเฉลี่ย 1.05 บริการโดยมีอัตราการรับบริการนอกพื้นที่ เพียงร้อยละ 1.10 ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพ ในการ

บริหารจัดการระบบสุขภาพของประเทศไทย (เพชร เหล่าพิลัย และมานพ คณะ โต 2559) จากการวิจัยนี้ คนพิการในการวิจัย คือ คนที่มีความพิการทางการเคลื่อนไหว หรือทางร่างกาย เนื่องจากเป็นกลุ่มคนพิการที่พบมากที่สุด ในอำเภอบางระกำถึงร้อยละ 61.0 ของคนพิการทุกประเภท รวมถึงเป็นกลุ่มคนพิการที่สามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ โดยไม่จำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแล เพื่อให้คนพิการมีสุขภาพที่ดี เนื่องจากสุขภาพที่ดีเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการ ขณะที่คนพิการคือ ผู้ที่มีรูปร่างหรือการทำหน้าที่ของร่างกายผิดไปจากปกติ ผลพวงของความพิการทำให้เกิดข้อจำกัด หรือสูญเสียสมรรถภาพที่จะทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง ที่ควรจะได้ทำ หรือเคยทำได้ในชีวิตประจำวัน แล้วกลับกลายเป็นทำไม่ได้ โดยเฉพาะความพิการที่มีปัญหาสุขภาพร่วมด้วยจะทำให้เกิดปัญหาเพิ่มมากขึ้น (ยศพล เหลืองโสมนา และคณะ 2554) พบว่าในคนพิการทางกายส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพในช่องปากจากการขาดความใส่ใจในการดูแลสุขภาพ คิดว่าตนเองไม่สามารถทำการทำความสะอาดช่องปากได้ การขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากและทักษะในการทำความสะอาดช่องปาก การเลือกรับประทานอาหาร ความยากลำบากในการเดินทางไปรับบริการ รวมถึงการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพ เศรษฐฐานะและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก (ภัทรกิติ โกมลกิติ 2554) อย่างไรก็ตามการป้องกันปัญหาสุขภาพช่องปากสามารถทำได้ด้วยการแปรงฟันซึ่งคนพิการทางกายส่วนใหญ่ยังสามารถปฏิบัติเองได้ และการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอโดยทันตบุคลากร แต่พบว่าพื้นที่อำเภอบางระกำเป็นพื้นที่ใหญ่มีประชากรกว่า 93,216 ราย มีศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 21 แห่ง แต่มีทันตบุคลากรประจำเพียง 7 แห่ง และมีทันตบุคลากรหมุนเวียน 4 แห่งเท่านั้น จึงทำให้คนพิการในบางพื้นที่เข้าถึงบริการทันตสุขภาพได้ยาก ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนาการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มคนพิการทางกายจึงควรส่งเสริมทันตสุขภาพในคนพิการเพื่อให้คนพิการมีพฤติกรรมในการดูแลทันตสุขภาพและมีสภาวะทันตสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะจัดเป็นบริการเชิงรุกด้วยการเยี่ยมบ้านคนพิการ เพื่อให้คนพิการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

2. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพในคนพิการ

2.1 นิยามที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ

ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ได้กำหนดความหมายคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ ดังนี้

2.1.1 การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ หมายความว่า การเสริมสร้างสมรรถภาพ หรือความสามารถของคนพิการให้มีสภาพที่ดีขึ้น หรือดำรงสมรรถภาพหรือความสามารถที่มีอยู่เดิมไว้

โดยอาศัยกระบวนการทางการแพทย์ การศาสนา การศึกษา สังคม อาชีพ หรือกระบวนการอื่นใด เพื่อให้คนพิการได้มีโอกาสทำงานหรือดำรงชีวิตในสังคมอย่างเต็มศักยภาพ

2.1.2 การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ หมายความว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ การจัดสวัสดิการ การส่งเสริมและการพิทักษ์สิทธิ การสนับสนุนให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอิสระ มีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์และเสมอภาคกับบุคคลทั่วไป มีส่วนร่วมทางสังคมอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ ภายใต้สภาพแวดล้อมที่คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้

2.2 กลยุทธ์/กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

กฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (the Ottawa charter for Health Promotion) ปี ค.ศ. 1986 (องค์การอนามัยโลก 2010) ระบุว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มการควบคุมและพัฒนาสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพเน้นที่การจัดการกับปัจจัยทางด้านสุขภาพที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น รูปแบบการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้น รายได้ สถานะทางสังคม การศึกษา การจ้างงานและสภาพการทำงาน การเข้าถึงบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสม การส่งเสริมสุขภาพไม่จำเป็นต้องใช้ยารักษาหรือพึ่งพาเทคโนโลยี แต่เป็นการดำเนินการเชิงสังคมซึ่งเป็นระดับพื้นฐานที่สุด ซึ่งต้องการการลงทุนส่วนบุคคลในด้านเวลาและพลังงาน เช่น การรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพ ศักยภาพทางสุขภาพของคนพิการมักถูกมองข้าม ดังนั้นคนพิการจึงมักถูกแยกออกจากกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างๆ กฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพได้กำหนดกรอบในการดำเนินงาน ซึ่งช่วยการสร้างกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพและการนำกลยุทธ์ดังกล่าวไปปฏิบัติ มี 5 ด้าน ได้แก่

2.2.1 สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ พัฒนากฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องสุขภาพของชุมชนร่วมกับทุกภาคส่วนในชุมชน โดยให้มีสินค้าและบริการที่ปลอดภัยและดีต่อสุขภาพมากขึ้น มีบริการสาธารณะที่สะอาดและส่งเสริม สุขภาพ รวมทั้งมีสิ่งแวดล้อมที่สร้างสุข

2.2.2 ออกแบบสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อให้สภาพการดำรงชีวิตและการทำงานมีความปลอดภัย สร้างความกระตือรือร้น นำพึงพอใจ และรื่นรมย์

2.2.3 เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ใช้กระบวนการทางสังคมในการจัดการปัญหาสุขภาพที่มีองค์ประกอบจากสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจสังคมและการเมืองมาเกี่ยวข้องอย่างชัดเจน เสริมพลังของชุมชนให้สามารถจัดลำดับความสำคัญ ตัดสินใจ วางแผน กลยุทธ์ และนำกลยุทธ์ไปใช้เพื่อให้บรรลุการมีสุขภาพที่ดีกว่า

2.2.4 สร้างทักษะส่วนบุคคล ให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพเพื่อสร้างทักษะของประชาชนให้ลงมือควบคุมสุขภาพและสภาพแวดล้อมของตนเองมากขึ้น รวมทั้งสร้างทางเลือกที่ดีกว่าในการปรับปรุงสภาวะสุขภาพของพวกเขาให้ดียิ่งขึ้น

2.2.5 ปรับบริการด้านสุขภาพ นอกเหนือจากความรับผิดชอบในการจัดการบริการทางคลินิกและการรักษาพยาบาล หน่วยงานด้านสุขภาพต้องเดินทางไปสู่การส่งเสริมสุขภาพด้วยสำหรับการส่งเสริมทันตสุขภาพในคนพิการโดยการเยี่ยมบ้าน เป็นการนำกลยุทธ์ในการสร้างทักษะส่วนบุคคล และการปรับบริการด้านสุขภาพ โดยการสร้างทักษะส่วนบุคคลเป็นการให้ข้อมูลและความรู้ด้านทันตสุขภาพ รวมทั้งสร้างทางเลือกที่ดีกว่าในการปรับปรุงสภาวะทันตสุขภาพของคนพิการ โดยการใช้โปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพ ร่วมกับการประเมินสภาวะทันตสุขภาพที่คนพิการสามารถเห็นได้อย่างชัดเจนด้วยการย้อมสีฟัน ส่วนการปรับบริการด้านสุขภาพได้เน้นการให้บริการส่งเสริมสุขภาพในเชิงรุกโดยการเยี่ยมบ้านคนพิการ และปรับปรุงเชื่อมโยงระบบการส่งต่อคนพิการในการส่งต่อเพื่อไปรับบริการที่โรงพยาบาล

2.3 สิทธิด้านสุขภาพของคนพิการ

สิทธิด้านสุขภาพโดยไม่มีการแบ่งแยก ถูกระบุไว้ในตราสารต่างๆ ในระดับนานาชาติ ดังบทบัญญัติขององค์การอนามัยโลกที่กล่าวไว้ว่า “การมีสุขภาพตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยไม่มีการแบ่งแยกเชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อทางการเมือง สภาวะทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นหนึ่งในสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน” อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities; CRPD) ได้กล่าวถึงสิทธิด้านสุขภาพของคนพิการไว้ในข้อที่ 25 เรียกร้องให้ประเทศสมาชิก “ยอมรับว่าคนพิการมีสิทธิที่จะมีสุขภาพตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยไม่มีการแบ่งแยกถึงความพิการ” รวมถึงข้อที่ 20 การเข้าถึง (accessibility) และข้อที่ 26 การส่งเสริมสมรรถภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพ (habilitation and rehabilitation) ได้กำหนดมาตรการต่างๆ ที่ประเทศสมาชิกควรปฏิบัติเพื่อให้แน่ใจว่าคนพิการสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่คำนึงถึงความละเอียดอ่อนเชิงเพศ รวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตามหลักฐานทางวิชาการแสดงให้เห็นว่าคนพิการมักมีระดับสุขภาพที่ต่ำกว่าประชากรทั่วไป และประสบปัญหามากมายในการมีสิทธิด้านสุขภาพ สิทธิด้านสุขภาพไม่ได้หมายถึงการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพเท่านั้น แต่รวมถึงประเด็นอื่นๆ ที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ เช่น การมีน้ำดื่มที่สะอาด การมีบ้านและการสุขภาพที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังหมายถึงความอิสระ และการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ ความอิสระหมายถึงการมีสิทธิที่จะไม่ได้รับการรักษาทางการแพทย์หากไม่ยินยอม เช่น ในการทดลองและการวิจัย สิทธิที่จะไม่ได้รับการรักษาที่ทารุณ ก่อให้เกิดความทรมาน หรือ ทำให้เกิดความอับอาย ส่วนสิทธิประโยชน์ ได้แก่ สิทธิด้านการป้องกันโรคและการรักษา สิทธิด้านการควบคุมโรค การเข้าถึงยาที่จำเป็น และการมี

ส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (Community-based rehabilitation; CBR) ช่วยสนับสนุนให้คนพิการมีสถานะสุขภาพในระดับสูงสุดเท่าที่เป็นไปได้ โดยมุ่งเน้นการทำงานใน 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ การส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพและการให้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

2.4 อุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ

คนพิการมักมีระดับสุขภาพต่ำกว่าคนทั่วไป (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2555) เนื่องจากต้องประสบกับอุปสรรคหลายอย่างในการพัฒนาสุขภาพตนเอง เช่น การขาดความรู้ในการดูแลรักษาสุขภาพที่ถูกต้องและถูกวิธี มีภาวะโภชนาการที่ส่งผลให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง ขาดสารอาหาร ไม่สามารถออกกำลังกายหรือไม่ได้รับคำแนะนำในการออกกำลังกายที่ถูกวิธี เป็นผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนหรือเกิดการเสื่อมสภาพของอวัยวะ นอกจากนี้ หน่วยบริการขั้นต้นที่ให้บริการด้านสาธารณสุข อาทิ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชน ยังขาดแคลนเอกสารเพื่อเผยแพร่ข่าวสารด้านสุขภาพแก่คนพิการ ขาดแคลนอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่จะให้บริการอย่างเหมาะสมและทั่วถึง

อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ จากปัญหาความยากลำบากในการเข้าถึงบริการต่างๆ อาทิ อุปสรรคด้านเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพ ทั้งในเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล และการรอรับการรักษาคงต้องใช้เวลานาน ประกอบกับความยากจนของคนพิการและครอบครัว ทำให้คนพิการถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับการปฏิบัติที่เหมาะสม ไม่สามารถเข้าถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพ และมักถูกละเมิดสิทธิขั้นพื้นฐาน

อุปสรรคด้านกายภาพและภูมิศาสตร์ ปัญหาด้านคมนาคม ตลอดจนอาคารสถานที่ อุปกรณ์การแพทย์ หรือสื่อที่ไม่เอื้อต่อการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ของคนพิการ และระยะทางที่ห่างไกลในการมาใช้บริการในเมืองใหญ่

อุปสรรคด้านข้อมูลและการสื่อสาร ความยากลำบากในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ เช่น คนหูหนวก อาจมีความยากลำบากในการสื่อสาร บอกอาการของตนแก่แพทย์ และข้อมูลด้านสุขภาพมักไม่มีอยู่ในรูปแบบที่เข้าถึงได้ง่ายสำหรับคนพิการ เช่น ข้อมูลในรูปแบบภาพสำหรับผู้มีความบกพร่องด้านสติปัญญา

อุปสรรคด้านบุคลากรทางการแพทย์ การขาดความรู้เกี่ยวกับคนพิการของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ทักษะที่ไม่เหมาะสม มีอคติ เพิกเฉย ขาดความตระหนักและมักขาดความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการจัดการปัญหาสุขภาพในคนพิการ การศึกษาของเพชรี เหล่าพิลัย (เพชรี เหล่าพิลัย และมานพ คณะโต 2559) พบว่าคนพิการที่จดทะเบียนที่เข้ารับบริการสุขภาพเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ มีทั้งสิ้นเพียงร้อยละ 44.00 ของคนพิการที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด ยังคงมีคนพิการที่ไม่ได้เข้ารับบริการ

มากกว่าครึ่งหนึ่งซึ่งจะเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสุขภาพของคนพิการและมีผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เพื่อเป็นการป้องกันโรคที่อาจส่งผลถึงความพิการจึงเป็นมาตรการที่สำคัญ

การศึกษาของโชยิตา ภาวสุทธิพิสิฐ และคณะ (2561) พบว่าจำนวนเด็กพิการที่มีการขึ้นทะเบียนในฐานข้อมูลในการดำเนินงานของระบบสุขภาพไทยที่ปรากฏตามฐานข้อมูลของ 3 หน่วยงานรัฐที่ดูแลบริการด้านสังคม สุขภาพและการศึกษา คือ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพคนพิการแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกระทรวงศึกษาธิการ นอกจากจะมีความแตกต่างกันแล้ว ยังพบว่ามีจำนวนน้อยกว่าตัวเลขประมาณการที่ได้จากการสำรวจในพื้นที่จริงของ 9 ตำบลถึง 10.6 เท่า 24.6 เท่า และ 27.3 เท่า เมื่อเทียบกับฐานข้อมูลของกระทรวงศึกษาธิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพคนพิการแห่งชาติ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามลำดับ ความแตกต่างดังกล่าวทำให้อนุมานได้ว่า เด็กพิการที่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐ (ได้รับการขึ้นทะเบียน) มีจำนวนน้อยกว่าเด็กพิการที่มีอยู่จริงในพื้นที่เป็นจำนวนมาก (โชยิตา ภาวสุทธิพิสิฐ และคณะ 2561)

จากการศึกษาต่างๆ จะพบว่า คนพิการสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้น้อยจากอุปสรรคของคนพิการในแต่ละด้าน ดังนั้นเพื่อให้เกิดการส่งเสริมทันตสุขภาพในคนพิการซึ่งมีอุปสรรคและข้อจำกัดมากมาย ในการวิจัยครั้งนี้จึงได้จัดบริการเยี่ยมบ้านคนพิการเพื่อลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ จากอุปสรรคด้านเศรษฐกิจและอุปสรรคด้านกายภาพและภูมิศาสตร์ เพื่อให้คนพิการสามารถได้รับบริการส่งเสริมทันตสุขภาพได้อย่างสะดวกมากยิ่งขึ้น

3. ทฤษฎีความเชื่อความสามารถแห่งตน (Self- efficacy Theory)

ความเชื่อความสามารถแห่งตน (Bandura 1994) เกี่ยวข้องกับความเชื่อของผู้คนในความสามารถในการควบคุมการทำงานของตนเองและเหตุการณ์ที่ส่งผลต่อชีวิตของพวกเขา ความเชื่อในการรับรู้ความสามารถแห่งตนมีผลต่อการเลือกใช้ชีวิต ระดับของแรงจูงใจ คุณภาพการทำงาน ความยืดหยุ่นต่อความทุกข์ยาก ความเครียด และความกดดัน ความเชื่อของประชาชนในการรับรู้ความสามารถของตนได้รับการพัฒนาโดยสี่แหล่งอิทธิพลหลัก ได้แก่ ประสบการณ์การเรียนรู้การได้เห็นคนที่คล้ายคลึงกับตัวเองในการจัดการได้สำเร็จ แบบจำลองทางสังคม การจูงใจทางสังคมที่มีความสามารถในการประสบความสำเร็จในกิจกรรมที่กำหนด การรับรู้บ่งบอกถึงจุดแข็งและจุดอ่อนของบุคคล ความเป็นจริงเป็นเรื่องที่เต็มไปด้วยอุปสรรค ความทุกข์ยาก ความพ่ายแพ้ ความกดดันและความไม่เสมอภาค ดังนั้นผู้คนจึงต้องมีประสิทธิภาพในการรับมือกับความพยายามที่อดทนต่อความสำเร็จ ช่วงเวลาที่ประสบความสำเร็จในชีวิตแสดงถึงการพัฒนาสมรรถนะด้านประสิทธิภาพส่วนบุคคลเพื่อให้การทำงาน

ประสบความสำเร็จ ลักษณะและขอบเขตของการรับรู้ความสามารถของตนเองได้รับการเปลี่ยนแปลงตลอดอายุการใช้งาน

3.1 แหล่งที่มาของความเชื่อความสามารถแห่งตน

แบนดูราเสนอว่ามีอยู่ด้วยกัน 4 วิธี (Bandura 1977, 1986, 1997) คือ

3.1.1 ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Performance accomplishments) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรงทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาสามารถทำได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถแห่งตนนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกมีการทักษะอย่างเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้

3.3.2 การเรียนรู้โดยการสังเกต (vicarious learning) การที่ได้สังเกตบุคคลต้นแบบที่คล้ายกับตัวเองประสบความสำเร็จ จากความพยายามอย่างต่อเนื่องและได้รับผลเป็นที่น่าพึงพอใจ จะทำให้ผู้สังเกตการณ์มีความเชื่อมั่นว่าตนก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้เช่นเดียวกับบุคคลต้นแบบ

3.3.3 การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) วิธีการดังกล่าวนี้ค่อนข้างง่ายและใช้กันทั่วไปซึ่ง ถ้าจะให้ได้ผล ควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อยๆ สร้างความเชื่อในความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไปและให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถแห่งตน

3.3.4 การประเมินสถานะทางสรีรวิทยาและอารมณ์ (Physiological Information) พบว่าสถานะทางจิตใจและอารมณ์ส่งผลต่อความเชื่อในความสามารถแห่งตนในสภาพที่มีความวิตกกังวล ความกดดันและความเครียด เนื่องจากความตึงเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ทำให้ร่างกายขาดประสิทธิภาพในการรับรู้ความสามารถ พบว่าคนที่ไม่เครียดสามารถประสบความสำเร็จมากขึ้น จึงมุ่งเน้นการลดปฏิกิริยาความเครียด เปลี่ยนแปลงอารมณ์เชิงลบ และการตีความผิดๆ เกี่ยวกับสถานะทางกายภาพของตน และให้มองในเชิงบวก

3.2 กระบวนการสร้างความเชื่อความสามารถแห่งตน

งานวิจัยจำนวนมากพบว่าความเชื่อในความสามารถของตนเองส่งผลต่อการทำงานของมนุษย์ (Bandura 1994)

3.2.1 กระบวนการคิด (Cognitive process)

ความเชื่อความสามารถแห่งตนมีผลต่อกระบวนการคิดที่สามารถสนับสนุนหรือบั่นทอนความพยายามที่จะปฏิบัติภารกิจ จากการประเมินและคาดการณ์ต่อสถานการณ์ในอนาคต ตามระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในคนที่มีความเชื่อความสามารถของตนเองมากก็จะมี

เป้าหมายที่ท้าทายสูงขึ้น มองเห็นภาพความสำเร็จที่ให้แนวทางเชิงบวกและสนับสนุนการปฏิบัติงาน ขณะที่คนที่มีความเชื่อความสามารถของตนเองต่ำจะตีความว่าสถานการณ์มีความเสี่ยง มีแนวโน้มความล้มเหลว ซึ่งเป็นการยากที่จะประสบความสำเร็จในขณะที่ต่อสู้กับความกังวล หน้าที่หลักของกระบวนการคิดคือช่วยให้ผู้คนสามารถทำนายเหตุการณ์และพัฒนาวิธีการควบคุมความคิดที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของพวกเขา เนื่องจากการกำหนดเป้าหมายจะได้รับอิทธิพลจากการประเมินความสามารถของตนเองและการรับรู้ความสามารถของตน จึงควรมีการให้คำแนะนำในเชิงบวกและการพัฒนาประสิทธิภาพเพื่อเพิ่มความเชื่อในความสามารถ

3.2.2 กระบวนการสร้างแรงบันดาลใจ (Motivation process)

ความเชื่อความสามารถแห่งตนมีบทบาทสำคัญในการควบคุมแรงจูงใจของตนเอง แรงจูงใจคือการสร้างความรู้ ความเข้าใจในการกระทำ สร้างความเชื่อมั่นเกี่ยวกับสิ่งที่พวกเขาสามารถทำได้ คาดการณ์ถึงแนวโน้มของการกระทำในอนาคต สร้างเป้าหมายและวางแผนการกระทำ

3.2.3 กระบวนการด้านอารมณ์ (Affective process)

ระดับความเชื่อความสามารถแห่งตนที่แตกต่างกันส่งผลต่อสภาวะทางอารมณ์ต่างกัน เมื่อต้องเผชิญกับงานที่มีความยากและซับซ้อน คือ หากบุคคลที่มีระดับความเชื่อในความสามารถของตนเองต่ำ จะเกิดความเครียด วิตกกังวล กลัว และสับสน ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลมีระดับความเชื่อในความสามารถของตนเองสูง จะไม่เกิดความเครียด ไม่วิตกกังวล ไม่กลัว และไม่สับสน นอกจากนี้ยังชอบงานที่มีความยาก ท้าทาย ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อความสำเร็จของภารกิจต่างๆ ความเชื่อในความสามารถในการจัดการความคิดและรับมือกับปัญหาจะควบคุมความเครียดและหลีกเลี่ยงความวิตกกังวล ซึ่งประสิทธิภาพในการควบคุมกระบวนการคิดเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมความเครียดที่เกิดจากความคิดและความกดดัน

3.2.4 กระบวนการคัดเลือก (Selection process)

การสร้างสภาพแวดล้อมที่เป็นประโยชน์และการกำกับติดตามจะมีผลต่อความเชื่อในความสามารถ เนื่องจากคนส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากสภาพแวดล้อมของพวกเขา ดังนั้นความเชื่อในความสามารถส่วนบุคคลทำให้เห็นถึงการดำเนินชีวิตที่มีอิทธิพลจากการกระทำและสิ่งแวดล้อม พบว่าบุคคลมักหลีกเลี่ยงกิจกรรมและสถานการณ์ที่พวกเขาเชื่อว่าเกินขีดความสามารถในการเผชิญปัญหา ในขณะที่พร้อมทำกิจกรรมที่ท้าทายและเลือกสถานการณ์ที่พวกเขาตัดสินใจสามารถจัดการได้

การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันมาก โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรม

ของบุคคล ซึ่งจะเห็นได้จากภาพความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นดังกล่าวแน่นอน แต่ถ้ามีเพียงด้านใดสูงหรือต่ำ บุคคลนั้นมีแนวโน้มจะไม่แสดงพฤติกรรม

		ความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น	
		สูง	ต่ำ
การรับรู้ ความสามารถ ของตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำ แน่นอน	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำแน่นอน

ภาพที่ 2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง
และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (Bandura 1997)

พบว่าคนพิการมีปัญหาการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำ ในขณะที่การรับรู้ความสามารถมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการส่งเสริมทัศนสุขภาพ โดยเน้นด้านการเพิ่มความเชื่อความสามารถและการปฏิบัติตนในการดูแลทัศนสุขภาพ เนื่องจากปัจจุบันคนพิการในอำเภอบางระกำพบมากถึง 3,353 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.59 และพบว่ามีคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางกายสูงที่สุดจำนวน 2,044 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.19 ซึ่งความพิการที่พบบนนั้นทำให้ลดความสามารถในการดูแลช่วยเหลือตนเองเบื้องต้น แต่กลุ่มคนพิการเป็นกลุ่มที่สามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ และพบว่าคนพิการส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพช่องปาก ซึ่งเกิดจากขาดความใส่ใจในการดูแลสุขภาพ คิดว่าตนเองไม่สามารถทำความสะอาดช่องปากได้ การขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากและทักษะในการทำความสะอาดช่องปาก การเลือกรับประทานอาหาร รวมถึงการเข้าถึงบริการทัศนสุขภาพ อย่างไรก็ตามทฤษฎีความเชื่อความสามารถแห่งตนให้ความสำคัญว่าคนจะมีพฤติกรรมสุขภาพปัจจัยสำคัญต้องมีความเชื่อในความสามารถ ดังนั้นในการ

ส่งเสริมทันตสุขภาพ ต้องมีการพัฒนาความเชื่อในความสามารถ โดยมีการส่งเสริมให้มีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ร่วมกับการใช้คำพูดชักจูงภายใต้สภาพแวดล้อมเชิงบวกที่ไม่มีแรงกดดัน และโน้มน้าวให้มีการปฏิบัติตนในการดูแลทันตสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลดีกับทันตสุขภาพของคนพิการ ลดการเกิดโรคในช่องปาก ลดการสูญเสียฟัน ส่งผลให้คนพิการมีฟันในช่องปากเพียงพอในการบดเคี้ยวอาหาร มีสุขภาพร่างกายและสุขภาพช่องปากที่ดี

4. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม

4.1 ความหมายของพฤติกรรม

พฤติกรรม หมายถึง (สำนักงานราชบัณฑิตยสภา 2550) การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด และความรู้สึกเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า เช่น สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ โดย พฤติกรรมเน้นที่การกระทำของมนุษย์หรือสัตว์

พฤติกรรม หมายถึงการกระทำหรือการแสดงออกของสิ่งมีชีวิตทั้งที่ปรากฏออกมาให้เห็นหรือสัมผัสได้ และไม่สามารถเห็นหรือสัมผัสได้ เป็นสิ่งที่สิ่งมีชีวิตกระทำหรือปฏิบัติต่างๆ ซึ่งแสดงออกทั้งภายในและภายนอก ทั้งนี้พฤติกรรมสามารถสังเกตได้และสังเกตไม่ได้หรือสัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัสทั้ง 5 หรือสามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือ

4.2 พฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลทันตสุขภาพ

พฤติกรรมทันตสุขภาพ (เจนจิรา แซ่ลิ้ม 2548) เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของช่องปาก ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลรักษามือในช่องปาก พฤติกรรมการแปรงฟัน พฤติกรรมการบริโภคตามชนิดรูปแบบและแบบแผนที่มีประโยชน์ต่อทันตสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคที่หลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นโทษต่อสุขภาพ พฤติกรรมการใช้ฟันอย่างถูกต้อง พฤติกรรมการตรวจและเฝ้าระวังช่องปากของตนเอง รวมทั้งพฤติกรรมการให้บริการและรับบริการด้านทันตสุขภาพ เป็นต้น

พฤติกรรมทันตสุขภาพที่สำคัญเป็นเรื่องของการปฏิบัติในกิจวัตรประจำวันซึ่งจะต้องสร้างและปลูกฝังตั้งแต่วัยเด็กเพื่อให้ปฏิบัติจนเกิดความเคยชินและเป็นนิสัยถาวรเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ พฤติกรรมทันตสุขภาพที่สำคัญนี้ คือ พฤติกรรมการแปรงฟันและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

4.2.1 พฤติกรรมการแปรงฟันกับการเกิดโรคฟันผุ และโรคปริทันต์

โรคฟันผุและโรคปริทันต์โรคที่พบบ่อยที่สุดในช่องปากและเป็นสาเหตุของการสูญเสียฟัน โดยพบว่ามีสาเหตุที่สำคัญมาจากคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก คราบจุลินทรีย์แบ่งเป็นสองชนิด คือ คราบจุลินทรีย์ที่อยู่ตำแหน่งเหนือเหงือกและคราบจุลินทรีย์ที่อยู่ใต้เหงือก การเกิดของ

คราบจุลินทรีย์จากการมีเชื้อจุลินทรีย์เริ่มเกาะที่บริเวณเนื้อเหงือกก่อนโดยจะนำเอาอาหารจำพวกน้ำตาลทำให้เกิดเป็นสารยึดเกาะบนผิวฟัน สารนี้ไม่ละลายน้ำ มีคุณสมบัติติดแน่นไม่สามารถกำจัดโดยการบ้วนปาก และยังทำให้เกิดการสะสมคราบจุลินทรีย์อายุมากขึ้น คราบจุลินทรีย์ระยะเริ่มแรกจะประกอบด้วยเชื้อจุลินทรีย์ปกติในช่องปาก แต่เมื่อเชื้อจุลินทรีย์มากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงชนิดและจำนวนของเชื้อจุลินทรีย์เป็นเชื้อที่รุนแรงมากขึ้น ก่อให้เกิดการอักเสบบริเวณขอบเหงือก ทำให้เกิดการแยกตัวของขอบเหงือก และร่องเหงือกลึกมากขึ้นเมื่อเกิดคราบจุลินทรีย์ใต้เหงือก คราบจุลินทรีย์นี้จะมีส่วนประกอบของเชื้อจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรคปริทันต์ ซึ่งโรคปริทันต์เป็นโรคที่มีการทำลายอวัยวะรอบรากฟัน ทำให้เกิดอาการเหงือกอักเสบและปริทันต์อักเสบ โดยระยะเหงือกอักเสบ จะมีลักษณะบวม แดง เป็นมัน คอจุ มักพบมีเลือดออกบริเวณคอฟัน การรักษาโรคในระยะเหงือกอักเสบสามารถรักษาได้ด้วยการขูดหินปูนหรือการขูดหินน้ำลาย ในบางคนโรคจะหยุดยั้งอยู่ในระดับการอักเสบนี้แต่บางคนโรคจะลุกลามมากขึ้น มีการทำลายของกระดูกรองรับรากฟันต่อไป เข้าสู่ระยะโรคปริทันต์อักเสบ ในระยะปริทันต์อักเสบ พบว่าเริ่มมีการทำลายกระดูกรองรับรากฟัน ถ้าไม่ได้รับการรักษาด้วยการขูดหินปูน หรือเกลารากฟัน จะทำให้การทำลายลุกลาม เกิดการอักเสบมากขึ้น และเมื่อถึงปลายรากฟัน จะทำให้เกิด ฝีปลายราก มีอาการปวดบวม เป็นหนองร่วมด้วย จำเป็นต้องรับถอนฟันหรือการรักษาที่ยุ่งยากมากขึ้น

นอกจากนี้เชื้อจุลินทรีย์บางชนิดยังสามารถสร้างกรดจากน้ำตาลซึ่งจะมีผลในการละลายส่วนประกอบของฟันทำให้เกิดโรคฟันผุ ซึ่งการผุของฟันเริ่มที่ผิวเคลือบฟัน โดยเห็นเป็นจุดดำเล็กๆ หากปล่อยทิ้งไว้จะลุกลามไปถึงชั้นเนื้อฟัน มีอาการเสียวฟันเมื่อเคี้ยวอาหาร หรือเมื่อกระทบของเย็น บางครั้งมีอาการปวดได้และหากยังไม่ทำการรักษา จะลุกลามไปถึงชั้นโพรงประสาทฟัน ส่งผลให้เกิดการปวดรุนแรง เป็นหนอง และบวมบริเวณใบหน้าได้ การรักษาจะยุ่งยากขึ้น โดยต้องรักษาลงรากฟัน หรืออาจต้องสูญเสียฟันไป การผุบริเวณรากฟัน ต่างจากการผุที่ตัวฟัน เนื่องจากส่วนประกอบบริเวณรากฟัน ทำให้เวลาฟันผุ จะผุเร็ว และการผุมักเป็นบริเวณกว้างแต่ไม่ลึก การผุระยะเริ่มต้นสามารถรักษาได้ด้วยการใช้ฟลูออไรด์ ส่วนฟันที่ผุลึกสามารถรักษาได้ด้วยการอุดฟัน

การแปรงฟันที่ถูกวิธีเป็นวิธีการในการกำจัดและควบคุมคราบจุลินทรีย์ที่มีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป (สำนักทันตสาธารณสุข 2554)

นอกจากโรคฟันผุ และโรคปริทันต์แล้ว รอยโรคในช่องปาก เป็นลักษณะที่สำคัญที่มีการตรวจประเมินในรายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 เนื่องจากประเทศไทยมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งบริเวณใบหน้าและช่องปากค่อนข้างมาก ซึ่งโรคที่สำคัญและเป็นปัญหาของประเทศไทยที่ได้รับการตรวจประเมินได้แก่ สถานะฟัน และความต้องการ

การรักษา ประกอบด้วยโรคฟันผุ รากฟันผุ และสภาวะฟันตกระ สภาวะปริทันต์ การสบฟัน การใส่ฟัน และความต้องการใส่ฟัน ฟันสึก และรอยโรคในช่องปาก (สำนักทันตสาธารณสุข 2561)

วัตถุประสงค์ของการแปรงฟันนอกจากเพื่อทำความสะอาดช่องปากขจัดเศษอาหารแล้วยังมุ่งเน้นในเรื่องการกำจัดคราบจุลินทรีย์ที่เกาะบริเวณผิวฟัน วิธีแปรงฟันที่ดีให้ประสิทธิผลที่ดีควรมุ่งเน้นที่การทำความสะอาดบริเวณคอฟัน เนื่องจากคราบจุลินทรีย์ในบริเวณดังกล่าวเป็นผลให้เกิดเหงือกอักเสบ นอกจากนั้นวิธีแปรงฟันที่ดีควรจะต้องปลอดภัยไม่ทำอันตรายต่อเหงือกและฟัน ระยะเวลาที่ใช้ในการแปรงฟันแต่ละครั้งมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการขจัดคราบจุลินทรีย์และความสะอาดของช่องปาก ข้อเสนอแนะทั่วไปสำหรับการแปรงฟันคือควรแปรงให้สม่ำเสมออย่างน้อยวันละสองครั้ง แปรงฟันอย่างน้อยเป็นเวลา 2 นาที และไม่รับประทานอาหารหลังจากการแปรงฟัน 2 ชั่วโมง การเลือกใช้แปรงสีฟัน นอกเหนือจากการเลือกสียี่ห้อ ขนาดแล้ว ควรพิจารณาเพิ่มเติม ดังนี้ (กรมอนามัย 2559)

- 1) **ขนแปรง** เป็นขนแปรงที่อ่อน มีสปริง หน้าตัดขนแปรงเรียบ ปลายมน ทำด้วยไนลอน เพราะจะ ไม่ทำอันตรายต่อเหงือกและฟัน และรักษาความสะอาดง่าย
- 2) **ขนาดแปรง** มีความกว้าง-ยาว เหมาะกับขนาดของปาก ไม่เกะกะเวลาเข้าทำความสะอาดฟัน
- 3) **ด้ามแปรง** ยาวพอเหมาะ จับได้ถนัดมือ หลังใช้แปรงสีฟันแล้ว ล้างน้ำให้สะอาด ผึ่งแห้งไว้ในที่อากาศถ่ายเท การเลือกใช้ยาสีฟัน ควรเลือกชนิดครีม มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ เลือกลีกรส ยี่ห้อได้ตามต้องการ ถ้าไม่เกิดการแพ้

มาตรฐานกรมอนามัย เรื่อง มาตรฐานวิชาการแปรงสีฟัน พ.ศ. 2559

คุณลักษณะที่ต้องการของแปรงสีฟัน

1. ขนาดของแปรงสีฟัน กำหนดความยาวของแปรงสีฟันเพื่อให้มีความยาวเพียงพอให้จับได้ถนัดมือ กำหนดขนาดของหัวแปรงทั้งความกว้าง ความยาว และความหนา เพื่อให้หัวแปรงมีขนาดเหมาะสมกับช่องปากของผู้ใช้แต่ละช่วงอายุ โดยสำหรับขนาดแปรงสีฟันผู้ใหญ่ ความยาวทั้งหมดของแปรงสีฟันไม่น้อยกว่า 150 มิลลิเมตร ความยาวของหัวแปรงไม่เกิน 34 มิลลิเมตร ความกว้างของหัวแปรง ไม่เกิน 15 มิลลิเมตร และความหนาของหัวแปรง ไม่เกิน 7 มิลลิเมตร
2. ชนิดของขนแปรงสีฟันแบ่งตามความอ่อนแข็งของขนแปรงเป็นสองชนิด ดังนี้ คือชนิดปานกลาง และชนิดนุ่มและนุ่มพิเศษ
3. วัสดุที่ใช้ทำขนแปรงต้องทำจากไนลอน (nylon) หรือ พียีที (PBT: polybutylene terephthalate) กรณีที่ใช้วัสดุอื่นให้มีหลักฐานแสดงคุณสมบัติของวัสดุชนิดนั้นว่ามีคุณสมบัติเทียบเท่าไนลอนหรือพียีที

4. ลักษณะขนแปรงต้องมีผิวเรียบไม่มีขอบคมขรุขระ หรือปลายขนแปรงเรียวแหลมต้องเป็นขนแปรงชนิดนุ่มเท่านั้น โดยขนแปรงต้องมีผิวเรียบไม่แหลมคมขรุขระ ปลายขนแปรงตรงไม่โค้ง หักงอ หรือปลายขนแปรงเรียวแหลมผสมปลายตัดต้องเป็นขนแปรงชนิดนุ่มเท่านั้น โดยปลายเรียวแหลมต้องมีผิวเรียบไม่แหลมคมขรุขระ ปลายขนแปรงตรงไม่โค้ง หักงอ และปลายตัดต้องไม่มีขอบคมหรือขรุขระ ถ้าขนแปรงที่มีลักษณะเป็นอย่างอื่นต้องแสดงหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่เชื่อถือได้ว่าขนแปรงดังกล่าวไม่ทำอันตรายต่อเหงือกและฟันของผู้ใช้

5. การติดแน่นของขนแปรง ขนแปรงแต่ละกระจุกต้องติดแน่นกับหัวแปรง โดยทนต่อแรงดันไม่น้อยกว่า 15 นิวตัน

6. คุณลักษณะอื่นที่จำเป็น หัวแปรงต้องไม่มีส่วนที่มีความคมหรือเป็นมุมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ใช้งาน ด้ามแปรงต้องแข็งแรง ไม่เปราะหรือแตกหักง่าย และต้องมีตราเครื่องหมายของผู้ผลิตหรือผู้จัดจำหน่ายบนด้ามแปรงสีฟัน

การเลือกใช้ยาสีฟันควรเลือกใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์เพื่อป้องกันการเกิดฟันผุ และลักษณะผงขัดเนื้อครีมไม่เป็นเม็ดหยาบ เนื่องจากผงขัดที่หยาบจะทำให้ฟันสึกเพิ่มมากขึ้น (สำนักทันตสาธารณสุข 2558)

4.2.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรับประทานอาหารเพื่อทำไม่ช่องปากที่ดี มีข้อเสนอแนะดังนี้ (สำนักทันตสาธารณสุข 2558)

ข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีหรือ โภชนบัญญัติ 9 ประการ ปฏิบัติโดย

1. กินอาหารครบ 5 หมู่แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และหมั่นดื่มน้ำหนักตัว
2. กินข้าวเป็นอาหารหลัก สลับอาหารประเภทแป้ง เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน เส้นหมี่ วุ้นเส้น ควรกินข้าวกล้อง หรือข้าวซ้อมมือ เพราะมีสารอาหารโปรตีน ไขมัน โยอาหาร และวิตามินสูง

3. กินผักให้มาก และกินผลไม้เป็นประจำ
4. กินปลา เน้นสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ต้ม ไข่ลวกเป็นประจำ ช่วยซ่อมแซมเนื้อเยื่อ

5. ดื่มนมพร่องมันเนย วันละ 1 แก้ว ร่วมกับการออกกำลังกาย ทำให้กระดูกแข็งแรง

6. กินอาหารที่มีไขมันพอควรเพื่อให้พลังงานและความอบอุ่น ไม่ควรกินอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง ตับ ปลาหมึก หอยนางรม กินอาหารทอด ผัด แกงกะทิ แต่พอควร

7. หลีกเลียงอาหารรสหวานจัด และเค็มจัด เลี่ยงการกินขนมหวาน น้ำหวาน อาหารหมักดอง เช่น ไข่เค็ม ปลา ร้า เต้าเจี้ยว ขนมขบเคี้ยว ขนมอบกรอบ อบฟู
8. กินอาหารที่สะอาด ปราศจากสิ่งปนเปื้อน เช่น สารกันรา ฟอร์มาลิน
9. งด หรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้เป็นการส่งเสริมทันตสุขภาพ เรื่อง ผลของการส่งเสริมทันตสุขภาพ ในคนพิการโดยการเยี่ยมบ้าน ด้วยทันตบุคลากร และไม่ใช่ทันตบุคลากร ของอำเภอบางระกำ จังหวัด พิษณุโลก โดยเน้นการพัฒนาความเชื่อความสามารถแห่งตน ร่วมกับการให้ทันตสุขภาพศึกษา เพื่อให้ คนพิการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และมีสภาวะทันตสุขภาพที่ดี

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพช่องปาก

กณิกนันต์ สุกใส (2552) ศึกษาปัญหาสุขภาพช่องปากและการเผชิญปัญหาการมารับ บริการทันตกรรมของเด็กนักเรียนประถมศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาคือนักเรียนชั้นประถมศึกษา ปีที่ 1-6 ในเขตตำบลสบสาย อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ จำนวน 5 โรงเรียน ผลการศึกษาพบว่า นักเรียน ส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพช่องปากและการเผชิญปัญหาการมารับบริการทันตกรรมอยู่ในระดับปานกลาง พบว่า สภาพครอบครัวมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมาพร เกษเทศ (2549) ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาและรายได้ กับปัจจัยด้านการรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก และปัจจัยด้านการเผชิญปัญหาในการรับบริการทางทันตกรรม และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก และการเผชิญปัญหาในการรับบริการทางทันตกรรม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่มารับบริการทางทันตกรรมในสถานบริการของรัฐ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 370 คน ผลการศึกษาพบว่า เพศ สถานภาพครอบครัวและระดับการศึกษา มีการรับรู้ด้านปัญหาสุขภาพช่องปาก และเผชิญปัญหาในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมแตกต่างกัน และ อายุ และรายได้ มีการรับรู้ด้าน ปัญหาสุขภาพช่องปากแตกต่างกัน แต่การเผชิญปัญหาในการเข้ารับบริการทันตกรรมไม่แตกต่างกัน การรับรู้ด้านปัญหาสุขภาพช่องปากกับการเผชิญปัญหาการเข้ารับบริการทางทันตกรรมมีความสัมพันธ์ ไปในทิศทางเดียวกัน

ศรุตฯ แสงทิพย์วร (2554) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการทางทันตกรรมของผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากที่มาใช้บริการในคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุและคลินิกทั่วไปศูนย์บริการสาธารณสุข 54 กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 335 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุร้อยละ 48.9 ใช้บริการทันตกรรมในปีที่ผ่านมาร้อยละ 48.1 ใช้บริการทันตกรรมที่ศูนย์บริการ 54 ร้อยละ 48.8 ไปเพื่อรับบริการถอนฟัน ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 88.5 ใช้บริการทันตกรรมเมื่อมีอาการปวด บวม หรือเสียวฟัน และมีผู้ป่วยสูงอายุเพียงร้อยละ 9 ที่ตรวจสุขภาพฟันเป็นประจำ สาเหตุหลักที่ผู้ป่วยสูงอายุไม่ได้ไปใช้บริการทันตกรรมคือไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว การมีผู้ดูแลมารับบริการ การรักษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 54 ค่ารักษาทันตกรรม ชนิดการรักษาที่ได้รับครั้งสุดท้าย การใช้บัตรประกันสุขภาพในการรักษาทันตกรรม สถานที่ที่ใช้บริการทันตกรรม การตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำ ทักษะการดูแลสุขภาพทางทันตกรรม และสภาวะสุขภาพช่องปาก

พิสมัย นานัน (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 338 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป และได้รับการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่โรงพยาบาลขอนแก่น ศูนย์แพทย์ชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพบโรคฟันผุที่ตัวฟันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 คือ การไม่เคยรับบริการทันตกรรมหรือรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปและการไม่มารับบริการทันตกรรม เนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติในช่องปาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพบโรคฟันผุที่รากฟันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ การได้รับการตรวจสุขภาพช่อง ปากครั้งสุดท้ายมากกว่า 3 ปีขึ้นไป หรือไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพบโรคปริทันต์อักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ การมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ระยะเวลา การเป็นโรคเบาหวานตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป การสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพช่องปากอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับบริการทันตกรรมครั้งล่าสุดตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปหรือไม่เคยมารับบริการ

5.2 งานวิจัยเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของคนพิการ

อนุชา นิลประพันธ์ (2548) ศึกษารูปแบบการพัฒนาสุขภาพคนพิการในชนบท จังหวัดขอนแก่นจากกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม จำนวนทั้งสิ้น 728 คน กลุ่มที่ 1 คนพิการ 290 คน กลุ่มที่ 2 ญาติคนพิการ 290 คน กลุ่มที่ 3 ผู้ที่เกี่ยวข้อง 207 คน ผลการศึกษาพบว่า คนพิการส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21 -45 ปี ร้อยละ 58.62 มีความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ร้อยละ 38.97 พิการทางการ

มองเห็น ปัญหาของคนพิการส่วนใหญ่คือ ปัญหาความยากจนไม่มีรายได้ ไม่มีอาชีพครองลงมาคือ ขาดแคลนเครื่องอุปโภค บริโภค ขาดแคลนอุปกรณ์เครื่องช่วยเหลือความพิการ ความต้องการของคนพิการเรียงลำดับจากมากไปน้อยคือ เงิน บัณฑิต มีอาชีพ ได้รับการศึกษา

อับดุล คาริมู (Abdul 2018) ศึกษาความต้องการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัย การเจริญพันธุ์ของคนพิการ พบว่าได้รับความสนใจน้อยจากรัฐบาลกานาในอดีต ซึ่งมีสาเหตุจากนโยบาย เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ไม่มีการบูรณาการด้านความพิการและการเข้าถึงบริการที่เข้าถึงได้ยาก สำหรับคนพิการ ในการรับทราบถึงนโยบายด้านอาชีวอนามัยในระดับชาติและระดับนานาชาติ กรอบและเครื่องมือทางกฎหมายที่เน้นการรวมคนพิการเข้าในกลุ่ม นโยบายด้านสุขภาพวัยรุ่นฉบับ ปี 2016 ระบุว่าต้องให้ความสนใจกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นและคนพิการ อย่างไรก็ตามยังไม่มีการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อวัยรุ่นที่มีความพิการ

5.3 งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ

สุริยัน นันทา (2558) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยทำการศึกษาประชากร กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 61 คน ประกอบด้วย คนพิการ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และบุคลากรภาครัฐ จำนวน 36 คน ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการ พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมทำให้ คนพิการได้รับคำแนะนำปรึกษา/ ความรู้เรื่องบทบาทหน้าที่ครอบครัวในการดูแลคนพิการเพิ่มขึ้นมาก ร้อยละ 24.59 ได้รับการปรับ สภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการอยู่อาศัยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 22.95 ได้รับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสิทธิ ผลประโยชน์คนพิการ และได้รับการยอมรับให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการเมืองเพิ่มขึ้น ร้อยละ 16.39 และทำให้เกิดแนวทางที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการในชุมชน

นิตยา บัวสาย (2551) ศึกษาการพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ที่บ้านใช้กรณีศึกษาในชุมชนแห่งหนึ่งเขตอำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ กรณีศึกษาคือ ชุมชนแห่งหนึ่งของอำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ ด้วยวิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ข้อเสนอกระบวนการทำงานจากการถอดบทเรียนการทำงานร่วมกันของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ผู้ดูแล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนและนักกายภาพบำบัดเป็นข้อความรู้ว่าการทำงาน ต้องเริ่มจากการแสวงหาคนที่มีความสนใจร่วมกันมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยใช้การเล่าสู่กันฟังเพื่อสร้างแรงบันดาลใจในการทำงาน วางแผน การทำงานร่วมกันในการไปเรียนรู้สถานการณ์จริงในพื้นที่

สุรพงษ์ ฝ่ายเคนา (2556) ศึกษาพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่

อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง 69 คน ประกอบด้วย คนพิการทางการเคลื่อนไหว 21 คน ผู้ดูแลหลักของคนพิการ 21 คน เจ้าหน้าที่ภาครัฐ 8 คน และผู้นำชุมชน 19 คน มีวิธีดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การศึกษาบริบทชุมชน การพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ และผลลัพธ์ของการพัฒนา โดยการพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นแรกการวางแผนด้วยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 2 ขั้นตอน คือ การค้นหาความจริง และการ สะท้อนความคิดวิเคราะห์ พร้อมทั้งกำหนดกิจกรรมและผู้รับผิดชอบ ขั้นที่สองการปฏิบัติและสังเกตด้วยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ขั้นที่สาม คือ การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ สังเกตการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา และการสะท้อนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว และขั้นที่สี่ คือการสังเคราะห์กระบวนการ และผลการปฏิบัติ ผลการศึกษาจะเน้นเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคนพิการ คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของคนพิการและคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติช่วยเหลือคนพิการของผู้ดูแลหลักสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการมีส่วนร่วมของประชาชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก

บุญสืบ โตโสม และคณะ (2555) เป็นการศึกษาพัฒนาชุมชนเข้มแข็งเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการ ศึกษาเทศบาลตำบลพุทไธสง อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี กระบวนการพัฒนาประกอบด้วย การสาธิตโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะของบุคคลในช่วงวัยต่างๆ แบ่งเป็นสามกลุ่ม คือกลุ่มก่อนวัยเรียน (3-6 ปี) ใช้แนวคิดอัตลักษณ์ของหญิงชายส่งเสริมสุขภาพเด็กหญิงและเด็กชายที่มีทั้งต่างและเหมือนกัน และแนวคิดความเสมอภาคหญิงชายส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มวัยทองใช้แนวคิดคำนึงถึงการตอบสนองอัตลักษณ์ของหญิงชาย การแบ่งงานกันทำของหญิงชายและบทบาทหญิงชาย คำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาของหญิงวัยทอง การสนับสนุนให้ผู้หญิงเป็นผู้ป้องกันความเจ็บป่วยของคนในครอบครัว และวัยสูงอายุ การสนับสนุนให้ผู้หญิงเป็นผู้ป้องกันความเจ็บป่วยของคนในครอบครัว คำนึงถึงความเหมาะสมกับความเป็นหญิงผู้สูงวัย และการให้ผู้ชายแบ่งเบาภาระของหญิง ข้อค้นพบจากประสบการณ์ของนักศึกษา มีดังนี้ การมีส่วนร่วมจากเครือข่ายบริการสุขภาพที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ และเพิ่มจำนวนคนใจดีให้เพียงพอ และพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เพื่อดูแลคนพิการอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ของการพัฒนาชี้ให้เห็นว่าอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เพื่อดูแลคนพิการสามารถให้บริการแบบเป็นเจ้าของไข้ (case management) เชื่อมต่อการดูแลสุขภาพสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้คนพิการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างแท้จริง

บอลลาร์ด มาร์ติน (Bollard 2017) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ ในกลุ่มตัวอย่างเพศชายที่มีความพิการทางสติปัญญาระดับปานกลางถึงปานกลางจำนวน 11 คน มีวิธีการศึกษาโดยการสัมภาษณ์ด้วยการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว ผู้เข้าร่วมสามารถทำความเข้าใจ

สุขภาพของตนเอง รวมถึงแสดงความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพที่ไม่แข็งแรงจากการเป็นโรค ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ศึกษา และรู้สึกมีคุณค่าโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อแพทย์ทั่วไปได้จัดทำคำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ที่มีความพิการทางสติปัญญาขึ้น โดยเฉพาะ การวิจัยเกี่ยวกับเรื่องเพศเพิ่มเติมที่รวมถึงมุมมองของประชากรเพศชายนี้เป็นสิ่งจำเป็นและการศึกษาขึ้นย่นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพของผู้ชายและผู้หญิงที่มีความพิการทางสติปัญญา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจสุขภาพของตนเอง จากการได้รับคำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพ

5.4 งานวิจัยที่เกี่ยวกับความเชื่อในความสามารถ

หัทธา ยาลังสี (2552) ศึกษาผลการเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการเลี้ยงทารกในโรงพยาบาลไพศาลี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาคือหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลไพศาลี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มกลุ่มละ 20 คน กลุ่มแรกใช้แนวคิดการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลแบบปกติ ผลการวิจัยพบว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการเตรียมความพร้อม มีการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการเลี้ยงทารกต้องมากกว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ยศวรวิทย์ กิรติภควัต (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลของมารดา ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบในบุตรปฐมวัย กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาที่มีบุตรปฐมวัยป่วยด้วยโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตำรวจ แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมดังนี้ คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ และเตรียมความพร้อมของมารดา 2) การให้ความรู้ 3) การกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม 4) การให้มารดาฝึกปฏิบัติทักษะที่จำเป็น 5) กิจกรรมการติดตามเยี่ยมมารดา ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการดูแลของมารดาในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบในบุตรปฐมวัย ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการพาลูกไปฉีดวัคซีนตามกำหนด และพฤติกรรมมารดาที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บุศรินทร์ รัตนาลิทธิ (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถและความเครียดจากความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ป่วยครั้งแรกและเข้ารับการรักษาที่สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพฯ เลือกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 25 ราย กลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนและให้ความรู้จำนวน 4 ครั้ง ภายในเวลา 8 วัน ด้วยการผ่อนคลายความเครียดด้วยการฝึกหายใจก่อนให้ความรู้ สนับสนุน

ญาติผู้ดูแลในการปรับบทบาทการเป็นผู้ดูแล การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยด้านการฟื้นฟูสภาพ และป้องกันภาวะแทรกซ้อน โภชนาการและการให้ยา ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและการรับรู้ความสามารถตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และพบว่าความเครียดของญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองลดลงกว่า ก่อนการทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ 0.011 ตามลำดับ ผลการวิจัยเสนอแนะว่าโปรแกรมนี้สามารถนำมาใช้ในการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีความรู้ ความสามารถพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง

จุฑาภาวดี กมลพรมงคล, พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ (2555) ศึกษาผลของการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และทักษะการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของนักเรียนประถมศึกษาชาย กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มนักเรียนประถมศึกษาชายที่เข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มนักเรียนประถมศึกษาชายที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิด ของแบนคูรา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและประยุกต์มาจากการศึกษาที่ผ่านมา โดยมีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้บุคคลมีสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นจากการเรียนรู้ผ่านแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง คือ การเรียนรู้ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การได้เห็น ตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่นในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้คำพูดชักจูง เพื่อให้บุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถจะประสบความสำเร็จในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ และการส่งเสริมสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ให้มีความพร้อมในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และทักษะการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

น้ำค้าง ว่องเกษญา (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูญเสียแขนขา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการตัดแขนและ/หรือขา และมาติดตามการรักษาที่หน่วยกายอุปกรณ์ที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 120 ราย ระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนตุลาคม 2540 ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูญเสียแขนขาส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยเฉพาะโดยรวม การรับรู้ภาวะสุขภาพและวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูญเสียแขนขาโดยรวม ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้

การรับรู้ความสามารถของตนเองโดยทั่วไป การรับรู้ความสามารถของตนเองโดยเฉพาะ การรับรู้ภาวะสุขภาพ

นุชนาถ สะกะมะณี (2541) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาครั้งแรกของมารดาหลังคลอดกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่มาคลอดที่โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี และโรงพยาบาลสิงห์บุรี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำและการสอนตามปกติร่วมกับการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้และการฝึกทักษะพฤติกรรมบทบาทมารดาในระยะหลังคลอดวันที่ 1-3 ขณะอยู่โรงพยาบาลและได้รับการกระตุ้นเตือนเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านในระยะ 2 สัปดาห์แรกโดยการติดตามเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำและการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำการ ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาครั้งแรกของมารดาหลังคลอดที่ได้ใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับมาก ความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาครั้งแรกของมารดาหลังคลอดที่ได้ใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ามารดาหลังคลอดที่ได้รับคำแนะนำและการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.5 งานวิจัยเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้าน

บริกเฮาส์ และคณะ (Brickhouse et al. 2013) ศึกษาเปรียบเทียบผลของของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านในการส่งเสริมสุขภาพเด็กและครอบครัว คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากฐานข้อมูล Medicaid ทั่วมลรัฐโดยใช้อัลกอริทึมการจับคู่เพื่อให้ตรงกับกลุ่มควบคุม ตัวแปรรวมเหล่านี้รวมถึงปัจจัยเสี่ยงคะแนนความชอบโดยประมาณ อายุ เชื้อชาติ เพศและวันที่มีสิทธิ์ในการใช้ประกัน พบว่าเด็กที่อยู่ในโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ มีแนวโน้มที่จะเข้ารับการตรวจฟันอย่างน้อย 1 ครั้ง และมีจำนวนการจ่ายเงินค่ารักษาทันตกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ฮอฟไมสเตอร์ และคณะ (Hofmeister et al. 2018) ศึกษาข้อสรุปผลของคุณภาพและการวัดผลสำคัญภายใต้การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ฐานข้อมูลจาก PubMed, Embase, CINAHL, Web of Science, Cochrane Library, EconLit, PsycINFO, ศูนย์ความคิดเห็นและเผยแพร่, ฐานข้อมูลการศึกษาผลกระทบ, และฐานข้อมูลการประเมินผลเศรษฐกิจบริการสุขภาพของประเทศ โดยมี 3 เงื่อนไข คือ การดูแลในบ้านของผู้ป่วย ตามที่กำหนดโดยการศึกษาผลที่มีการรายงาน และรายงานข้อมูลเดิม ผลการศึกษาจากข้อมูลที่คัดเลือกจำนวน 53 ชุด พบว่า จำแนกออกเป็น 5 ชุดรูปแบบ ได้แก่ การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนผู้ดูแล การดูแลโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การดูแลแบบสหสาขา และการพัฒนาคุณภาพ แต่ผลลัพธ์ด้านการใช้ทรัพยากร ภาระจาก

ความเจ็บป่วย คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจ ความกดดันของผู้ดูแล สถานที่ของการเสียชีวิต การวิเคราะห์ต้นทุนหรือการบรรยายประสบการณ์ ส่วนใหญ่ของการศึกษามีคุณภาพปานกลางหรือไม่ชัดเจน

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าคนพิการส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพรวมถึงทันตสุขภาพ แต่เข้าถึงบริการสุขภาพได้น้อย เนื่องจากการมีจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ รวมถึงอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นอุปสรรคด้านเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพ การรอรับการรักษาที่ต้องใช้เวลานาน อุปสรรคด้านกายภาพและภูมิศาสตร์ ปัญหาด้านคมนาคม ตลอดจนอาคารสถานที่ อุปกรณ์การแพทย์ หรือสื่อที่ไม่เอื้อต่อการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ของคนพิการ และพบว่าคนพิการมีปัญหาการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำ จากขาดความใส่ใจในการดูแลสุขภาพ คิดว่าตนเองไม่สามารถทำความสะอาดช่องปากได้ การขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก และทักษะในการทำทำความสะอาดช่องปาก การเลือกรับประทานอาหาร ในขณะที่การรับรู้ความสามารถมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ ซึ่งทฤษฎีความเชื่อความสามารถแห่งตนให้ความสำคัญว่าคนจะมีพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยสำคัญต้องมีความเชื่อในความสามารถ

ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการส่งเสริมทันตสุขภาพ โดยเน้นด้านการเพิ่มความเชื่อความสามารถและการปฏิบัติตนในการดูแลทันตสุขภาพ ในด้านประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ร่วมกับการใช้คำพูดชักจูงภายใต้สภาพแวดล้อมเชิงบวกที่ไม่มีแรงกดดัน และการปฏิบัติตนในการดูแลทันตสุขภาพ โดยการเยี่ยมบ้านคนพิการ เพื่อลดข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และทำให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถเข้าถึงและรับทราบปัญหาของคนพิการได้อย่างแท้จริง อีกทั้งจากปัญหาการขาดแคลนทันตบุคลากรในพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศไทย การส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ไม่ใช่ทันตบุคลากรสามารถทำงานส่งเสริมทันตสุขภาพให้กับคนพิการในพื้นที่ได้ จะทำให้เกิดความครอบคลุมในการดูแลคนพิการมากยิ่งขึ้น ซึ่งส่งผลให้คนพิการมีสุขภาพช่องปาก และสุขภาพร่างกายที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น