

ประสิทธิผลในการใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดเตียง: การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม

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

อาณัติ มาตระกูล¹, จริญญา หุ่นศรีสกุล¹ และ อัจฉรา วัฒนาภา¹

Arnut Martragul¹, Jaranya Hunsrisakhun¹, Achara Watanapa¹

¹ภาควิชาทันตกรรมป้องกัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จ.สงขลา

¹Department of Preventive Dentistry, Faculty of Dentistry, Prince of Songkla University, Songkhla

บทคัดย่อ

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ดูแลในการให้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียง เปรียบเทียบกับการให้ทันตสุขภาพแบบเดิม โดยการศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาแบบผสมผสาน (mixed methods) โดยนำเสนอในส่วนการศึกษาเชิงปริมาณ ศึกษาในผู้สูงอายุติดเตียงภายในจังหวัดกระบี่ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าแล้ว 62 ราย และคงอยู่จนถึงขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ 54 ราย แบ่งเป็นกลุ่มศึกษาที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 28 ราย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับทันตสุขภาพแบบเดิม 26 ราย ในระยะก่อนการศึกษา พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ทั้งในส่วนของการประเมินคราบจุลินทรีย์ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ยกเว้นลักษณะอาหารที่ผู้สูงอายุรับประทาน จำนวนฟันแท้ของผู้สูงอายุ ระดับการศึกษาและอายุของผู้ดูแล ($p < 0.05$) เมื่อสิ้นสุดการศึกษา พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมในกลุ่มศึกษามีมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมในเรื่อง การแปรงฟันด้วยยาสีฟันฟลูออไรด์ การใช้น้ำยาบ้วนปาก ความถี่ของการทำความสะอาด การตรวจสอบความสะอาดซ้ำ การสังเกตสภาพของช่องปากภายหลังการทำความสะอาดและระดับทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก พบความแตกต่างของปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ภายในแต่ละกลุ่ม ($p < 0.05$) แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุติดเตียง, ผู้ดูแล, การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ, สุขภาพช่องปาก

Abstract

The proposes of this study were to compare the effective on promoting oral health care for bedridden elderly people between applying motivational interviewing (MI) and conventional dental health education (CDE). This study was a quantitative part of a mix method based on an explanatory sequential design. Sixty-two elders and family caregivers in Krabi Province were randomly assigned to an intervention or a control group. In the 3 months' follow up, 28 and 26 participants remained in the intervention and control group, respectively. At baseline, there were no significant differences between the intervention and control groups on levels of plaque index, oral health behavior care for elders as well as general characteristics of elders and caregivers except elder's diet types, number of permanent teeth, caregivers' education and age ($p < 0.05$). At 3 months' follow-up, the proportion of appropriate oral health care for the elders in the intervention group was significantly different from the control

group ($p < 0.05$) such as toothbrushing with fluoride toothpaste, rinsing with mouthrinse, frequency on oral hygiene care, oral hygiene and oral status-check after oral hygiene care. Furthermore, level of positive attitudes towards oral health care was increased at 3 months' follow-up in an intervention-group. There were no significant differences of level of plaque index between groups, but dental plaque index of each group decreased comparing with their baselines.

Keywords: Bedridden elderly people, Caregiver, Motivational interviewing, Oral health

Received Date: Dec 20,2017

Accepted Date: Mar 28,2018

doi: 10.14456/jdat.2018.29

ติดต่อเกี่ยวกับบทความ:

จรรย์ญา หุ่นศรีสกุล ภาควิชาทันตกรรมป้องกัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90112 โทรศัพท์: 0815415841
อีเมล: hjaranya@hotmail.com

Correspondence to:

Jaranya Hunsrisakhun Department of Preventive Dentistry, Faculty of Dentistry, Prince of Songkla University, Songkhla 90112 Thailand
Tel: 0815415841 Email: hjaranya@hotmail.com

บทนำ

สังคมไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ ดังนั้นทุกส่วนจึงควรเตรียมพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ รวมทั้งการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่มีโรคทางระบบร่วมกับความเสื่อมร่างกาย ทำให้การดูแลมีความซับซ้อนมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากโดยกรมอนามัย ปี พ.ศ.2555 พบว่าผู้สูงอายุในประเทศไทยยังคงมีปัญหาทางสุขภาพช่องปากหลายประการ เช่น การมีโรคฟันผุ โรคปริทันต์ การสูญเสียฟัน การขาดฟันหลังที่เป็นคู่สบในการบดเคี้ยวอาหาร โดยพบว่า สภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในประเทศไทยในภาคใต้มีความรุนแรงกว่าระดับประเทศทั้งในจำนวนซี่ฟันที่ใช้งานได้และระดับความรุนแรงในสภาพช่องปากของฟันที่มีเหลืออยู่¹ ข้อมูลดังกล่าวเป็นการสำรวจโดยเก็บข้อมูลผ่านกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของผู้สูงอายุในช่วง 60-89 ปี โดยที่ไม่ได้ระบุว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจนั้นมีระดับการฟุ้งเป็นอย่างไร (ติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง) แต่สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟุ้งนั้น ไม่พบว่ามีข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปากที่ชัดเจน ซึ่งคาดว่าสภาวะสุขภาพช่องปากน่าจะมีปัญหามากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ เนื่องจากภาวะทุพพลภาพ อาจมีข้อจำกัดในการดูแลความสะอาดช่องปากได้

จากการสำรวจในอินเดียพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟุ้งในบ้านพักคนชรานั้นมีปัญหาสุขภาพช่องปากโดยพบคราบจุลินทรีย์บนฟันแท้ คราบอ่อน คราบจุลินทรีย์บนฟันเทียม และโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียม (denture stomatitis) อยู่ในระดับสูง² ซึ่งการมีสุขภาพอนามัยช่องปากที่ไม่ดี ทำให้สามารถตรวจพบเชื้อก่อโรคได้ในน้ำลายของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟุ้ง อีกทั้งพบว่าผู้สูงอายุเหล่านี้มักจะสูญเสียกลไกการป้องกันตนเองขณะนอนหลับ ทำให้มีโอกาสน้ำลายที่มีเชื้อก่อโรครดค้างแล้ว เข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ ก่อให้เกิดโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ^{3,4} ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของผู้สูงอายุและได้มีการศึกษาที่พบว่า การทำความสะอาดช่องปากสามารถลดเชื้อโรครดในน้ำลายผู้สูงอายุได้ และมีประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจได้⁵ แต่อย่างไรก็ตาม กลับพบว่าผู้สูงอายุภาวะฟุ้งฟุ้งเหล่านี้ไม่สามารถดูแลความสะอาดช่องปากได้เอง อีกทั้งการอาศัยความช่วยเหลือในการแปรงฟันจากผู้ดูแลผู้สูงอายุก็เป็นไปได้ยาก โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้ให้ความเห็นว่าเกิดจากการขาดอุปกรณ์ในการทำมาสะอาดและผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีความมั่นใจ วิตกกังวล และอึดอัดในการทำมาสะอาดช่องปากให้ผู้สูงอายุ⁶ ดังนั้นจึงเป็นที่น่าสนใจหากจะมีวิธีการในการจูงใจให้ผู้ดูแลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการทำมาสะอาดช่องปากผู้สูงอายุ

ซึ่งในปัจจุบันพบว่า การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพของมนุษย์ ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวาง และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง^{6,7} โดยมีการนำมาใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพ เช่น การเลิกสูบบุหรี่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย หรือที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรดดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กโดยผู้ปกครอง และการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบ แต่ยังไม่พบการศึกษาที่นำแนวทางการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยติดเตียงในบริบทประเทศไทยมาก่อน ทั้งนี้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นรูปแบบการปรึกษาที่เหมาะสมต่อแต่ละบุคคล ไม่ได้มีรูปแบบที่วางไว้อย่างเคร่งครัด เป็นการผสมผสานระหว่างการชี้แนะและการยึดถือผู้รับการศึกษาเป็นศูนย์กลางเพื่อที่จะกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ด้วยตัวเอง โดยผู้ให้การศึกษาจะทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยให้ผู้รับการศึกษาสำรวจและจัดการกับความรู้สึกลังเล (ambivalence) ในการที่จะปรับเปลี่ยนตนเอง ช่วยกำหนดแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ร่วมกับการให้กำลังใจ สนับสนุนผู้รับการศึกษา ซึ่งมีรูปแบบที่แตกต่างจากการให้ทัศนศึกษาโดยทั่วไปที่คาดหวังการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากการให้ความรู้ จากมุมมองของผู้สอนเป็นหลัก⁷

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลการประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเมื่อเปรียบเทียบกับการให้ทัศนศึกษาแบบเดิมต่อ

1. ระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์
2. ความสามารถของผู้ดูแลในการให้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียง
 - 2.1 การปฏิบัติในการให้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียง
 - 2.2 ทักษะการติดต่อการให้การดูแลสุขภาพช่องปาก

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มปกปิดทางเดียว (randomized controlled trial: single blind) โดยการปกปิดผู้ตรวจโดยทำการศึกษาในระยะเวลา 6 เดือน ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ.2559 ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ.2560 งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในทางการวิจัย รหัสโครงการ EC5908-29-P-LR และผ่านการลง

ทะเบียน Thai Clinical Trial Registry (TCTR) รหัส TCTR20170110002

การศึกษาครั้งนี้เลือกพื้นที่ศึกษาโดยการเลือกพื้นที่แบบจำเพาะเจาะจง (Purposive setting) ครอบคลุมในทุกอำเภอของจังหวัดกระบี่ โดยเริ่มต้นเลือกจากตำบลนำร่องโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) และตำบลที่สนใจเข้าร่วมการศึกษา รวมทั้งสิ้น 24 หน่วยบริการ โดยมีการกำหนดเกณฑ์คัดเลือกของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

1. อยู่ในเขตพื้นที่โครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง
2. เป็นบุคคลที่ได้รับการมอบหมายงานโดยญาติให้การดูแลหลักด้านสุขภาพช่องปากแก่ผู้สูงอายุติดเตียงที่อยู่ที่บ้าน

เกณฑ์คัดออก

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

ภายหลังการคำนวณกลุ่มตัวอย่างและอัตราการออกกลางค้นที่ร้อยละ 6 พบว่าคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 94 ราย และ ผู้วิจัยได้กำหนดกฎการยุติการศึกษา (stopping rule) ไว้ดังนี้

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

ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ดังกล่าวได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 62 ราย ทำการแบ่งกลุ่ม (allocation) ด้วยวิธีการจับสลาก (lottery) โดยการกำหนดอัตราส่วน กลุ่มศึกษาต่อกลุ่มควบคุมที่ 1:1 ทำให้ได้กลุ่มศึกษา 31 ราย และ กลุ่มควบคุม 31 ราย สำหรับผู้สูงอายุจะได้รับการตรวจช่องปากโดยผู้ตรวจ ซึ่งในการตรวจฟันผุ ฟันสึก และ หินปูนนั้นพิจารณาจากการมองเห็นด้วยตาเปล่า หรือ สามารถเช็ดติดโดยใช้ชุดตรวจช่องปากภายใต้แสงจากไฟฉาย การตรวจฟันโยกใช้ด้ามกระจกโดยใช้เกณฑ์ฟันโยกที่ระดับ 2 ขึ้นไป และ วัดคราบจุลินทรีย์โดยใช้ดัชนี Simplified Oral Hygiene Index (OHI-S)⁸ ย้อมด้วยสีย้อมอิริโทรซิน (erythrosine) ทั้งก่อนและหลังการศึกษา และได้ผลการปรับมาตรฐานผู้ตรวจ ในการตรวจระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์ตามหลักเกณฑ์กับผู้เชี่ยวชาญ (standardization) ได้สัมประสิทธิ์แคปปาในการเก็บข้อมูลระยะก่อนการศึกษาและระยะหลังการศึกษาเป็น 0.748 และ 0.847 ตามลำดับ และค่าความเที่ยงของการตรวจซ้ำ

ในบุคคลเดียวกัน (intra-examiner calibration) ได้สัมประสิทธิ์แคปปาในระยะก่อนการศึกษาและหลังการศึกษาเป็น 0.863 และ 0.840 ตามลำดับ ทั้งนี้ผู้ตรวจได้รับการปกปิดไม่ทราบกลุ่มที่ได้รับการตรวจ (Blind)

สำหรับผู้ดูแลได้รับการสัมภาษณ์โดยผู้สัมภาษณ์ (ผู้วิจัย) 1 คนทั้งก่อนและหลังการศึกษา โดยใช้แบบสัมภาษณ์ปลายปิดที่ประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตัวผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ความรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก และ ทักษะคดีของผู้ดูแลต่อการให้การดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวได้ผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) และค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ได้ค่าครอนบาชอัลฟาในระยะก่อนการศึกษาและหลังการศึกษาเป็น 0.86 และ 0.84 ตามลำดับ

ในการฝึกอบรมผู้ให้ทันตสุขศึกษาแบบเดิมสำหรับกลุ่มควบคุมนั้น จะดำเนินการอบรมเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข

จำนวน 24 รายซึ่งเป็นตัวแทนจากแต่ละพื้นที่ศึกษา ซึ่งเป็นผู้ที่มีหน้าที่ปฏิบัติตามแนวทางเดิมอยู่แล้ว เพื่อทำความเข้าใจวิธีการดำเนินการตามแนวทางการให้การทันตสุขศึกษาแบบดั้งเดิมให้ตรงกันมากขึ้น โดยอิงจากคู่มือของกรมอนามัย ซึ่งจะสร้างความเข้าใจในเรื่องความรู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ และการฝึกปฏิบัติในการทำความสะอาดช่องปากให้แก่ผู้ป่วยติดเตียง ส่วนการฝึกอบรมผู้ให้คำปรึกษาตามแนวทางการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนั้นจะมีการอบรมให้ความรู้และฝึกการปฏิบัติไม่แตกต่างจากในกลุ่มควบคุม โดยเพิ่มแนวคิดและการฝึกปฏิบัติตามแนวทางการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ที่จะให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพ การให้ความสำคัญกับความคิด ความเข้าใจของผู้ให้คำปรึกษา การยืดหยุ่นปรับเนื้อหา วิธีการให้เข้ากับบริบทของแต่ละคน ตลอดถึงเพิ่มเติมการสร้างกำลังใจ และให้ความช่วยเหลือ โดยมีผู้ช่วยทันตแพทย์ จำนวน 1 คน เป็นผู้รับการฝึกอบรมนี้ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะ และขั้นตอนการฝึกอบรมผู้ให้คำแนะนำของกลุ่มควบคุม และ กลุ่มศึกษา

Table 1 Comparing training program for oral health instructors between groups.

Oral health instructor(s)	Control group (CDE)	Intervention group (MI)
	24 Dental nurses from each sector	A dental assistant
Training process		
1. 70 hr. Elderly oral health care manual training program	Yes	Yes
2. Dependent elderly people's oral health care VDO	Yes	Yes
3. Dependent elderly people's oral health care Hand-on	Yes	Yes
4. Training for MI using document, VDO, role play.	No	Yes

สำหรับผู้ดูแลในกลุ่มควบคุม จะได้รับทันตสุขศึกษาแบบเดิม (conventional dental health education) โดยเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในพื้นที่ ใช้ระยะเวลาประมาณอย่างน้อย 15-20 นาทีที่ขึ้นกับบริบทของผู้ดูแลแต่ละคน โดยมีการกำหนดเนื้อหาที่เกี่ยวข้องไว้ในแนวทางปฏิบัติ (protocol) ได้แก่ ความสำคัญสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ การเลือกอาหารที่เหมาะสมต่อสุขภาพ วิธีการทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุ การสาธิตทดลองฝึกปฏิบัติ พร้อมแจกอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากแก่ผู้ดูแล

(ตารางที่ 2) โดยมีการควบคุมคุณภาพในการปฏิบัติโดยการประเมินผลโดยผู้วิจัยตามแบบฟอร์มอย่างน้อยรายละ 1 ครั้ง และในครั้งอื่น ๆ ควบคุมโดยการบันทึกเสียงขณะสนทนา และทำการถอดเทปเพื่อให้คะแนนความถูกต้องของการให้คำแนะนำและมีการสุ่มสังเกตการปฏิบัติงานจริงในระยะต้น เพื่อตรวจสอบว่าสอดคล้องกับแนวทางที่กำหนดสำหรับการให้ทันตสุขศึกษาแบบดั้งเดิมเพียงใด (Protocol) หากไม่ตรงจะมีการแนะนำปรับปรุงให้ถูกต้อง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบขั้นตอนการให้คำแนะนำของกลุ่มควบคุม และ กลุ่มศึกษา

Table 2 Comparing oral health care instruction process between groups.

	Control group (CDE)	Intervention group (MI)	
Oral health care products	1. Soft toothbrush		
	2. Sensodyne Multicare® 25 g.		
	3. 0.12 % Chlorhexidine mouthwash 100 ml.	Yes	Yes
	4. 0.05 % Sodium Fluoride mouthwash 100 ml.		
	5. Gauze		
Duration	15 – 20 min or more	Yes	Yes
Oral health care instruction protocol	1. Self-introduction to participants	Yes	Yes
	2. Talking for engagement	No	Yes
	3. Ask about general care	Yes	Yes
	4. Start MI session	No	Yes
	5. Diet counseling	Yes	Yes
	6. Oral health care importance	Yes	Yes
	7. Oral health care instruction and Hands-on (tailored to each participants)	Yes	Yes
	8. Delivered oral health care products and ask for questions	Yes	Yes
Follow-up session by phone	1 week after first session	No	Yes
Intervention accuracy control	All instructors were audited by researcher for first case and the remaining were audited by audiotape record using CDE-protocol	All MI-sessions were audiotaped to supervise by 2 reviewers from Faculty of Dentistry, PSU using the MITI Audit	

สำหรับผู้ดูแลในกลุ่มศึกษานั้นจะได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยผู้ให้คำปรึกษา 1 คน โดยใช้เวลาในการพูดคุยกับผู้ดูแลรวมถึงผู้สูงอายุประมาณ 15-20 นาที หรือมากกว่านั้นขึ้นกับบริบทของผู้ดูแลแต่ละคน โดยมีการกำหนดเนื้อหาที่เกี่ยวข้องไว้ได้แก่ ความสำคัญสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ การเลือกอาหารที่เหมาะสมต่อสุขภาพ วิธีการทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุ การสาธิตทดลองฝึกปฏิบัติ โดยนำหลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มาใช้เพื่อสร้างแรงจูงใจผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียงโดยเน้นให้ผู้ดูแลเกิดความต้องการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเอง ภายใต้ความพร้อม และบริบทของแต่ละครอบครัว พร้อมแจกอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากแก่ผู้ดูแล หลังจากนั้น 1 อาทิตย์ผู้ให้คำปรึกษาจะโทรศัพท์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจอีกครั้ง เพื่อเป็นการย้ำเตือนถึงการให้การดูแลสุขภาพช่องปาก สอบถามปัญหาและให้คำปรึกษาเพิ่มเติม ตลอดจนการให้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนั้นจะมีการบันทึกเสียงขณะสนทนา และทำการถอดเทปเพื่อให้คะแนนความถูกต้องของการให้คำแนะนำด้วยแบบประเมินความถูกต้อง

ของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing treatment integrity, MITI)

บันทึกข้อมูลด้วยโปรแกรม Epidata ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงโดยโปรแกรม SPSS โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ในการแจกแจงความถี่ในรูปแบบร้อยละ และใช้สถิติอนุมาน (Inferential statistics) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ 0.05 ในกรณีต่าง ๆ ดังนี้

1. สถิติอ้างอิงพารามิเตอร์ (Parametric statistics) ได้แก่ *t*-test ใช้กับตัวแปรที่มีการแจกแจงตามปกติ (normal distribution)

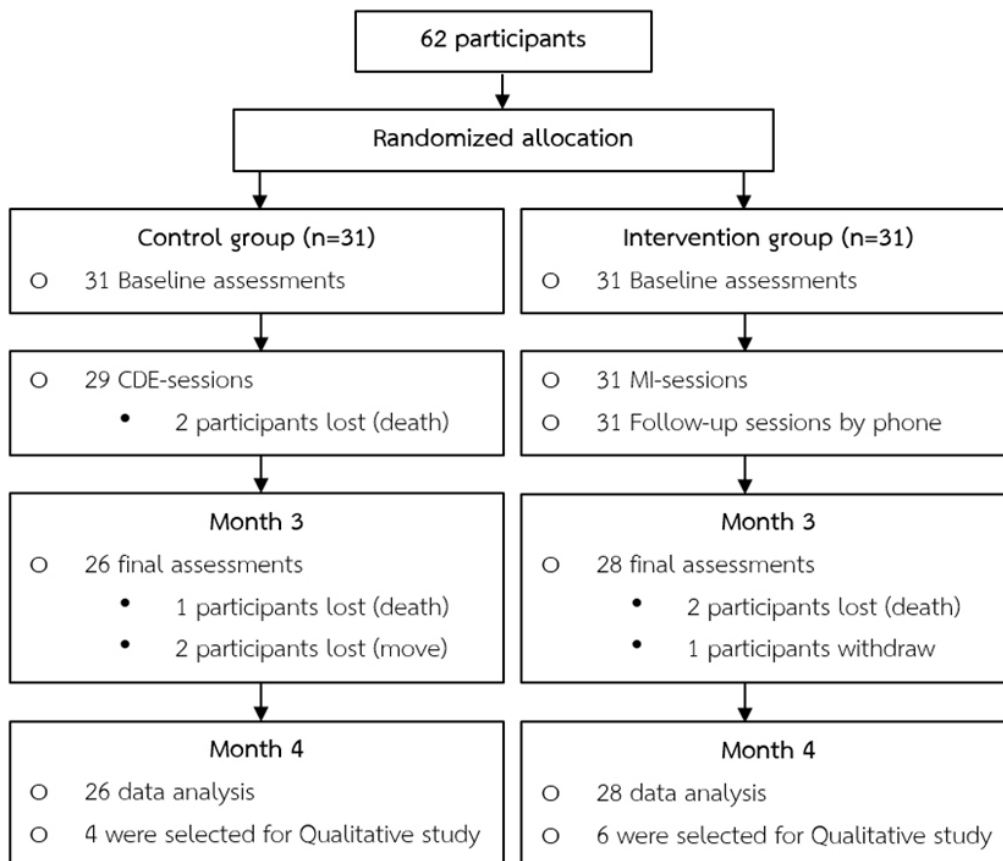
2. สถิติอ้างอิงไร้พารามิเตอร์ (Nonparametric statistics) ได้แก่ การทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon test) และ แมนวิทนี (Mann-Whitney test) สำหรับข้อมูลที่ไม่มีการแจกแจงตามปกติ และ สถิติ ไคสแควร์ (Chi-square) และ ฟิชเชอร์เอ็กแซคต์ (Fisher's Exact) สำหรับข้อมูลนามบัญญัติ (nominal scale) และ ข้อมูลเรียงอันดับ (interval scale)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปผู้สูงอายุ และ ผู้ดูแล

จากการเก็บข้อมูล มีผู้สูงอายุและผู้ดูแลทั้งหมดที่ผ่านการเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 62 รายแบ่งเป็นกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมอย่างละ 31 ราย และเมื่อสิ้นสุดการศึกษามีผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้

คงเหลือทั้งสิ้น 54 ราย (มีผู้สูงอายุเสียชีวิต 4 ราย ผู้ดูแลเสียชีวิต 1 ราย ผู้สูงอายุย้ายที่อยู่ 2 ราย และยุติการเข้าร่วมการศึกษา 1 ราย เนื่องจากเปลี่ยนผู้ดูแล) โดยแบ่งเป็นกลุ่มศึกษา 28 ราย และ กลุ่มควบคุม 26 ราย (รูปที่1)



รูปที่ 1 แผนผังผู้เข้าร่วมการศึกษา

Figure 1 Participants flow chart

ผู้สูงอายุเป็นชาย 17 คน หญิง 37 คน ผู้สูงอายุมีอายุระหว่าง 64-98 ปี อายุเฉลี่ย 77.81 ปี (SD=8.38) ส่วนใหญ่มีค่าความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง (Modified Barthel Index; MBI) ซึ่งเป็นดัชนีที่ใช้วัดระดับความพึ่งพาของผู้ป่วย (คะแนน 0-20) อยู่ในระดับ 0 (ร้อยละ 38.9) มีโรคประจำตัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง (ร้อยละ 81.5) มีฟันแท่นน้อยกว่า 20 ซี่คิดเป็นร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีคราบหินปูน ฟันโยก เหงือกบวมหรือตุ่มหนอง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารทางปากได้ และอาหารที่รับประทานเป็นอาหารทั่วไป

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.2) มีอายุระหว่าง 24-90 ปี อายุเฉลี่ย 51.72 ปี (SD=14.47) และมีความ

สัมพันธ์เป็นลูกหลาน จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพส่วนใหญ่คือพ่อบ้าน แม่บ้าน มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 5,000-10,000 บาท ส่วนใหญ่พบว่าไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมาก่อน และไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุมาก่อน

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่คงเหลือในการศึกษาทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการศึกษาได้แสดงไว้ใน ตารางที่ 3 และ ตารางที่ 4 ตามลำดับ โดยพบว่าไม่มีความแตกต่างในปัจจัยต่าง ๆ ระหว่าง 2 กลุ่ม ยกเว้น ลักษณะอาหารที่ผู้สูงอายุรับประทาน จำนวนฟันแท่นของผู้สูงอายุ อายุและระดับการศึกษาของผู้ดูแล ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p < 0.05$)

2. ปริมาณคราบจุลินทรีย์

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแผ่นคราบจุลินทรีย์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งก่อนและหลังการศึกษา ($p < 0.05$) แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแผ่นคราบจุลินทรีย์ภายในแต่ละกลุ่มระหว่างการศึกษาก่อนและหลังการศึกษา พบว่า มีการลดลงของค่าเฉลี่ยแผ่นคราบจุลินทรีย์ของแต่ละกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 4)

3. ความสามารถของผู้ดูแลในการให้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียง

3.1 พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียง

จากข้อมูลก่อนการศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลให้แก่ผู้สูงอายุเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม โดยจากข้อมูลผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 61.1 มีการดูแลช่องปากที่เหมาะสม โดยมีการทำความสะอาดช่องปากด้วยการแปรงฟัน การเช็ดฟันหรือเนื้อเยื่อด้วยผ้า หรือการใช้น้ำยาบ้วนปาก อย่างน้อย 1 อย่าง ทั้งนี้ผู้ดูแลมีวิธีการทำความสะอาด

สะอาดช่องปากที่หลากหลาย เช่น การแปรงฟันด้วยยาสีฟันฟลูออไรด์ (ร้อยละ 38.9) เช็ดฟันด้วยผ้า (ร้อยละ 22.2) ให้บ้วนน้ำเปล่า (ร้อยละ 20.4) เช็ดเหงือกหรือกระพุ้งแก้มด้วยผ้า (ร้อยละ 19.4) ให้บ้วนน้ำยาบ้วนปาก (ร้อยละ 7.4) ส่วนใหญ่มีการทำความสะอาดช่องปากในช่วงเช้า (ร้อยละ 53.7) และมีพฤติกรรมให้ผู้สูงอายุบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุร้อยละ 83.3

เมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบว่าผู้ดูแลกลุ่มศึกษา มีการเพิ่มขึ้นของการทำความสะอาดช่องปากที่เหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุ ด้วยการแปรงฟันด้วยยาสีฟันฟลูออไรด์ การใช้น้ำยาบ้วนปาก และการเพิ่มความถี่ในการทำความสะอาด การตรวจสอบความสะอาด และ สังเกตสภาพของช่องปากภายหลังการทำความสะอาด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 6)

3.2 ทักษะคิดด้านการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

จากข้อมูลก่อนการศึกษาพบว่าผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่ม มีระดับคะแนนทักษะคิดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบว่ามีความแตกต่างระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยผู้ดูแลในกลุ่มศึกษาทั้งหมดมีคะแนนอยู่ในระดับ “ดี” ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาในระยะก่อนการศึกษา

Table 3 Comparison of characteristic of bedridden elderly at baseline between control and intervention groups.

Characteristics	N (%)			p-value	
	N (%)	Control gr. (n=26)	Intervention gr (n=28)		
1. Mean age(SD)		79.96 (7.55)	75.82 (8.74)	0.069	
2. Gender	Male	17 (31.5)	9 (34.6)	0.633	
	Female	37 (68.5)	17 (65.4)		20 (71.4)
3. MBI	0	21 (38.9)	8 (30.8)	0.369	
	1-2	13 (24.1)	6 (23.1)		7 (25.0)
	3-4	20 (37.0)	12 (46.1)		8 (28.6)
4. Medical problems	Cardiovascular dis.	44 (81.5)	20 (76.9)	24 (85.7)	0.494
	Hyperlipidemia	19 (35.2)	9 (34.6)	10 (35.7)	0.933
	Musculoskeletal dis.	15 (27.8)	7 (26.9)	8 (28.6)	0.893
	Diabetis	14 (25.9)	9 (34.6)	5 (17.9)	0.160
	Dementia	10 (18.5)	7 (26.9)	3 (10.7)	0.169
	Others	11 (20.4)	4 (15.4)	7 (25.0)	0.381

Characteristics		N (%)			p-value
		N (%)	Control gr. (n=26)	Intervention gr (n=28)	
5. Oral intake	Yes	47 (87.0)	23 (88.5)	24 (85.7)	1.000
6. Types of diet	Soft or liquid	17 (36.2)	4 (17.4)	13 (54.2)	0.009
	Normal	30 (63.8)	19 (82.6)	11 (45.8)	
7. Number of permanent teeth	Less than 20	27 (50.0)	9 (34.6)	18 (64.3)	0.029
8. Tooth mobility	Yes	26 (48.1)	14 (53.8)	12 (42.9)	0.419
9. Gumboil or fistula	Yes	46 (85.2)	22 (84.6)	24 (85.7)	1.000
10. Calculus	Yes	53 (98.1)	26 (100.0)	27 (96.4)	1.000
11. Mean plaque index (SD)			2.78 (0.25)	2.83 (0.32)	0.188

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาในระยะก่อนการศึกษา

Table 4 Comparison of caregivers' characteristics at baseline between control and intervention groups.

Characteristics		n (%)	N (%)		p-value
			Control gr. (n=26)	Intervention gr. (n=28)	
Mean age (SD)			57.54 (16.05)	46.32 (10.47)	0.003
1. Gender	Male	8 (14.8)	3 (11.5)	5 (17.9)	0.706
	Female	46 (85.2)	23 (88.5)	23 (82.1)	
2. Caregiver's relationship	Family caregiver	47 (87.0)	22 (84.6)	25 (89.3)	0.699
	Hired caregiver	7 (13.0)	4 (15.4)	3 (10.7)	
3. Religion	Buddhism	37 (68.5)	17 (65.4)	20 (71.4)	0.633
	Muslim	17 (31.5)	9 (34.6)	8 (28.6)	
4. Career	Unemployed	24 (44.4)	13 (50.0)	11 (39.3)	0.723
	Agriculture	12 (22.2)	5 (19.2)	7 (25.0)	
	Government employee or others	18 (33.3)	8 (30.8)	10 (35.7)	
4. Career	Unemployed	24 (44.4)	13 (50.0)	11 (39.3)	0.723
	Agriculture	12 (22.2)	5 (19.2)	7 (25.0)	
	Government employee or others	18 (33.3)	8 (30.8)	10 (35.7)	
5. Education level	Primary school or lower	29 (53.7)	19 (73.1)	10 (35.7)	0.006
	High school or more	25 (46.3)	7 (26.9)	18 (64.3)	
6. Salary per month (Thai Baht)	Lower than 15,000	27 (50.0)	14 (53.8)	13 (46.4)	0.586
	More than 15,001	27 (50.0)	12 (46.2)	15 (53.6)	
7. Location	Rural area	25 (46.3)	13 (50.0)	12 (42.9)	0.599
	Urban area	29 (53.7)	13 (50.0)	16 (57.1)	

Characteristics	n(%)	N (%)		p-value
		Control gr. (n=26)	Intervention gr. (n=28)	
8. Experience on bedridden care	13 (24.1)	7 (26.9)	6 (21.4)	0.637
9. Ever received oral health care instruction	7 (13.0)	3 (11.5)	4 (14.3)	1.000

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยแผ่นคราบจุลินทรีย์ (mean (SD)) ก่อนและหลังการศึกษา เปรียบเทียบทั้งระหว่าง และภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา

Table 5 Comparisons of mean dental plaque index at baseline and evaluation period between and in each group of control and intervention.

	Baseline	Evaluation	p-value1
Control gr. (n=26)	2.78 (0.25)	2.46 (0.42)	0.002 0.001
Intervention gr. (n=28)	2.83 (0.32)	2.46 (0.58)	
p-value2	0.188	0.785	

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบพฤติกรรมด้านสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะก่อนและหลังการศึกษา ทั้งระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา

Table 6 Comparison of caregivers' oral health care practice at baseline and evaluation period between control and intervention groups.

Oral health care practice	Baseline		p-value	Evaluation		p-value
	n (%)			n (%)		
	Control gr. (n=26)	Intervention gr. (n=28)		Control gr. (n=26)	Intervention gr. (n=28)	
1. Oral health care						
Proper	13 (50.0)	20 (71.4)	0.107	18 (69.2)	28 (100.0)	0.002
2. Oral clean time						
Morning	11 (42.3)	18 (64.3)	0.106	15 (57.7)	22 (78.6)	0.099
After meal	4 (15.4)	4 (14.3)	1.000	6 (23.1)	10 (35.7)	0.310
Evening	2 (7.7)	6 (21.4)	0.253	6 (21.4)	9 (32.1)	0.365
Before bed	2 (7.7)	5 (17.9)	0.423	6 (23.1)	13 (46.4)	0.073
Others	1 (3.8)	0	0.480	0	1 (3.6)	1.000
3. Frequency of oral hygiene care / day						
Less than 2 times	19 (73.1)	18 (64.3)	0.487	14 (53.8)	4 (14.3)	0.002
More than 2 times	7 (26.9)	10 (35.7)		12 (46.2)	24 (85.7)	
4. Oral hygiene-check after oral hygiene care						
Yes	3 (11.5)	5 (17.9)	0.706	2 (7.7)	18 (64.3)	<0.001

Oral health care practice	Baseline			Evaluation		
	n (%)		p-value	n (%)		p-value
	Control gr. (n=26)	Intervention gr. (n=28)		Control gr. (n=26)	Intervention gr. (n=28)	
5. Oral status-check after oral hygiene care						
Never	17 (65.4)	14 (50.0)	0.253	16 (61.5)	2 (7.1)	<0.001
Sometimes	9 (34.6)	14 (50.0)		9 (34.6)	23 (82.1)	
Everytime	0	0		1 (3.8)	3 (10.7)	
8. Dental attendance within 3 months						
Yes	0	0	NA	0	1 (3.6)	1.000
9. Cariogenic diet (sweets, sugar drink, snack)						
Yes	21 (80.8)	24 (85.7)	0.724	14 (53.8)	20 (71.4)	0.181

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนทัศนคติของผู้ดูแลในระยะก่อนและหลังการศึกษา ระหว่างกลุ่มควบคุม และ กลุ่มศึกษา

Table 7 Caregivers' oral health attitude level at baseline and evaluation period, comparison of control and intervention groups.

Oral health care attitude level	Baseline			Evaluation		
	N (%)		p-value	N (%)		p-value
	Control gr. (n=26)	Intervention gr. (n=28)		Control gr. (n=26)	Intervention gr. (n=28)	
Fair	15 (57.7)	16 (57.1)	0.967	12 (46.2)	0	<0.001
Good	11 (42.3)	12 (42.9)		14 (53.8)	28 (100.0)	

บทวิจารณ์

การศึกษาในส่วนนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาแบบผสมผสานแบบขั้นตอน ระหว่างวิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed sequential method) ที่ใช้เชิงปริมาณเป็นตัวนำและนำข้อมูลเชิงปริมาณมาเป็นตัวกำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งพบว่ามีความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์งานการศึกษา เนื่องจากต้องการพิสูจน์ถึงประสิทธิภาพระหว่างวิธีการสัมภาษณ์แบบสร้างแรงจูงใจซึ่งเป็นแนวทางแบบใหม่เปรียบเทียบกับวิธีที่ให้ทันตสุขศึกษาแบบเดิม ซึ่งควรทำในลักษณะการควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องและเน้นวัดผลเชิงปริมาณเพื่อตอบประเด็นการเปลี่ยนแปลงได้ชัดเจน จากนั้นจึงศึกษาเจาะลึกถึงเหตุผลหรือเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงต่อสถานะช่องปากและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยติดเตียงที่มีความหลากหลายตามบริบทของผู้ป่วย ซึ่งการศึกษาเชิง

คุณภาพเอื้อให้เจาะลึกในประเด็นที่ต้องการศึกษาแบบรอบด้าน เชื่อมโยง เปิดกว้าง ยืดหยุ่น ตามสภาพจริงมากขึ้น

ในส่วนของการศึกษาเชิงปริมาณซึ่งเป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่ม ที่ได้ทำการคัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษาตามเกณฑ์ที่กำหนดและทำการแบ่งกลุ่มด้วยวิธีการสุ่ม ทำให้ลดอคติจากการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (selection bias) และเกิดความใกล้เคียงกันระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ซึ่งพบว่าทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีลักษณะปัจจัยส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกัน และแม้มีปัจจัยบางประการที่มีความแตกต่างกัน แต่พบทั้งด้านที่อาจเป็นปัจจัยเชิงบวกหรือลบต่อระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์และความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลทั้งสองกลุ่ม เช่น พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ในกลุ่มศึกษามีจำนวนมากกว่ากลุ่มควบคุม รวมถึงมีการรับประทานอาหารเหลว หรือ

อาหารอ่อนที่มากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ก็พบว่าผู้ดูแลในกลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยอายุที่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และมีระดับการศึกษาที่สูงกว่า อย่างไรก็ตามในระยะเริ่มต้น ระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ในการสุ่มแยกเข้ากลุ่มนั้นจะแยกในสัดส่วนของในแต่ละพื้นที่ที่ใกล้เคียงกัน เพื่อลดปัจจัยที่เกิดจากความแตกต่างของพื้นที่ระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมได้อีกทางหนึ่ง ในส่วนของผู้ให้ทันตสุขศึกษาในกลุ่มควบคุมนั้น เป็นเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขผู้รับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง (Long term care) ที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งโรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงถือว่าเป็นตัวแทนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้ปฏิบัติงานจริงในปัจจุบันที่ใช้วิธีการให้ทันตสุขศึกษาแบบดั้งเดิมอยู่ และเหมาะสมที่จะนำมาเปรียบเทียบกับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งเป็นวิธีใหม่ และสามารถนำผลการศึกษาไปสรุปอ้างอิง (generalized) สู่ประชากรเป้าหมายที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในประเทศไทยได้

งานวิจัยชิ้นนี้ยังได้คำนึงถึงความลำเอียง (bias) ที่อาจจะเกิดขึ้นเช่น ผลกระทบฮอว์ธอร์น (Hawthorne) ที่เกิดจากการเฝ้าสังเกตของคนภายนอก (observer bias) ทำให้อาสาสมัครมีการปฏิบัติตัวที่ดีขึ้นกว่าปกติ ซึ่งป้องกันได้โดยการควบคุมให้ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลทั้งกลุ่มควบคุม และ กลุ่มทดลอง ได้รับการตรวจสัมภาษณ์ โดยผู้ตรวจ และ ผู้สัมภาษณ์คนเดิม และควบคุมปริมาณความถี่ในการเก็บข้อมูลให้เท่ากันตลอดทั้งสองกลุ่ม นอกจากนี้ยังมีการปกปิดผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสองกลุ่มว่า ทันตสุขศึกษาที่ตนเองได้รับนั้นเป็นวิธีใด ทำให้ไม่ทราบว่าจะตนเองอยู่ในกลุ่มศึกษาหรือกลุ่มควบคุม ช่วยป้องกันการเกิดผลกระทบจอห์นเฮนรี (John Henry effect) ที่เกิดจากการที่ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพราะทราบว่าตนเองกำลังอยู่ในกลุ่มศึกษา หรือ กลุ่มควบคุม

การคัดเลือกพื้นที่เข้าร่วมการศึกษานี้ อาศัยความสมัครใจของแต่ละพื้นที่ซึ่งมีพื้นที่สนใจเข้าร่วมการศึกษาทั้งสิ้น 24 หน่วยบริการจากจำนวนหน่วยบริการทั้งหมดในจังหวัดกระบี่ซึ่งมีทั้งสิ้น 94 หน่วยบริการ โดยเป็นพื้นที่ที่นำร่องในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงเป็นหลัก ส่วนพื้นที่ที่ยังไม่มีนโยบายในการให้การดูแลอย่างเป็นระบบ จึงไม่ประสงค์เข้าร่วมการศึกษา อีกทั้งการศึกษานี้มีการกำหนดเกณฑ์คัดเลือกที่ระบุถึงสภาพช่องปากผู้สูงอายุที่ต้องมีฟันแท้อย่างน้อย 2 sextant ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุติดเตียงมักจะมีจำนวนฟันแท้ไม่มาก หรือบางรายเป็นสันเหงือกทั่วทั้งปาก (All edentulous) ทำให้เกิดการคัดออกของผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก

จึงทำให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษามีจำนวนที่ต่ำกว่าการคำนวณตามสูตรที่กำหนดไว้ตอนต้น

ในการศึกษานี้ พบอัตราการออกกลางคันของการศึกษานี้ร้อยละ 12.9 ซึ่งสูงกว่าอัตราที่คำนวณไว้ อันเนื่องมาจากการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ การเสียชีวิตของผู้ดูแล และอีกทั้งในช่วงของการศึกษาได้เกิดเหตุอุทกภัยครั้งใหญ่ในภาคใต้ จึงทำให้เกิดการย้ายที่อยู่ของผู้สูงอายุ โดยมีจำนวนและเหตุผลที่ใกล้เคียงกันในการออกกลางคันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา และในการศึกษานี้ได้เลือกวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ Per Protocol analysis เนื่องจากเป็นการวิเคราะห์ผลผ่านตัวแทนที่แท้จริงที่คงเหลือในการศึกษา

การควบคุมคุณภาพของสิ่งแทรกแซงในส่วนของ การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เมื่อตรวจสอบคุณภาพของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ด้วยเครื่องมือ MITI พบว่า สัดส่วนของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ที่มีคะแนนองค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ (Relational global) อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Fair-Good) ร้อยละ 67.85 และคะแนนองค์ประกอบทางเทคนิค (Technical global) อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Fair-Good) ร้อยละ 100 การตรวจสอบคุณภาพดังกล่าวอาศัยการบันทึกเสียง ในขณะที่ให้การสัมภาษณ์และบันทึกค่าคะแนนต่าง ๆ เพื่อประเมินภาพรวมของการให้คำแนะนำว่าเป็นการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นสิ่งที่ได้รับการแนะนำจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ⁶ ว่าการประเมินความถูกต้องของวิธีการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นสิ่งสำคัญ ถึงแม้ว่าจากการศึกษาการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ พบว่า การศึกษาเกือบครึ่งหนึ่งมีความพยายามในการตรวจสอบความถูกต้องดังกล่าว แต่กลับใช้เกณฑ์ที่ไม่ชัดเจน มีเพียงการศึกษาของ Ismail และคณะ (2011) และ Stemann และคณะ (2012) เท่านั้นที่มีการกำหนดเกณฑ์ไว้อย่างชัดเจน^{10,11}

สภาวะช่องปาก

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงทั้ง 2 กลุ่ม มีปัญหาสุขภาพช่องปากหลายประการ เช่น การมีโรคฟันผุ ฟันสึก การมีอนามัยช่องปากที่ไม่ดี มีคราบจุลินทรีย์และคราบหินปูนสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Khanagar และคณะ (2015) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านพักคนชราประเทศอินเดียมีปริมาณคราบจุลินทรีย์ และคราบอ่อนสูง อันเนื่องมาจากการขาดการดูแลความสะอาดของช่องปากโดยผู้ดูแล² อนึ่งการสำรวจสภาวะช่องปากของผู้ป่วยติดเตียง ในการศึกษาที่ใช้วิธีการตรวจและเกณฑ์ที่ใช้ในการทำงานประจำของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ซึ่งเกณฑ์

ไม่ได้แยกแยะความแตกต่างอย่างละเอียดของระดับฟันผุ ฟันสึก ฟันโยก และ หินปูน เมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่มีนิยามกันที่มีความไว (sensitivity) สูง จึงอาจทำให้ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาช่องปากของการศึกษานี้อาจน้อยกว่าการศึกษาอื่น ๆ

ระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์ภายในกลุ่มระหว่างก่อนและหลังการศึกษา พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์โดยพบว่าการลดลงอย่างมีนัยสำคัญภายหลังการศึกษา แสดงให้เห็นถึงความมีประสิทธิภาพในการควบคุมคราบจุลินทรีย์ของผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่ม แต่อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวยังไม่ชัดเจน อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดในเรื่องช่องปากของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์ก่อนการศึกษาในปริมาณสูงอยู่แล้ว เนื่องจากมีสภาวะช่องปากที่เป็นแหล่งกักเก็บเชื้อโรค (reservoir) ได้แก่ ฟันผุ ฟันสึก ตอฟัน คราบหินปูน คราบหมาก เป็นต้น ซึ่งไม่ได้มีการปรับเปลี่ยน ดังนั้นการทำความสะอาดช่องปากโดยผู้ดูแลเพียงอย่างเดียว อาจจะไม่เพียงพอให้เกิดการลดลงของคราบจุลินทรีย์จนเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน

ภายหลังการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์ และ ค่าคะแนนคราบจุลินทรีย์ในกลุ่มศึกษาไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งที่พบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทำความสะอาดช่องปากในกลุ่มศึกษา เช่น การแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ การเพิ่มความถี่การแปรงฟัน การตรวจสอบความสะอาด และ สภาพช่องปากภายหลังการทำทำความสะอาด ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า พฤติกรรมการดูแลที่ขึ้นดังกล่าวเป็นการเพิ่ม “ปริมาณ” การทำความสะอาด แต่อาจจะมีข้อจำกัดของ “คุณภาพ” ในการทำความสะอาด จึงไม่ส่งผลให้แผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงจนเห็นความแตกต่างทางสถิติ ในขณะที่การให้ทันตสุขศึกษาแบบเดิมนั้น ไม่สามารถเพิ่ม “ปริมาณความถี่” ในการดูแลได้ แต่กลับพบว่าสามารถลดคราบจุลินทรีย์ได้ในระดับที่น้อยกว่ากลุ่มศึกษาเล็กน้อย ซึ่งอาจเกิดจากอาการให้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนั้นผู้สัมภาษณ์เน้นไปที่การเพิ่มแรงจูงใจให้ผู้ดูแลหันมาให้การดูแลช่องปากแก่ผู้สูงอายุ มากกว่าเน้นวิธีการทำความสะอาดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งต่างจากทันตสุขศึกษาแบบเดิมที่เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขจะเน้นที่วิธีการที่ถูกต้องในการทำความสะอาดเป็นหลักมากกว่าสร้างแรงจูงใจ เพราะในกลุ่มควบคุมได้มีการกำหนดขั้นตอนเรื่องเทคนิควิธีทำความสะอาดไว้ในแนวทางปฏิบัติ (protocol) ให้กับปฏิบัติกับผู้ป่วยทุกคน แต่ในกลุ่มศึกษาจะไม่ได้ระบุไว้ชัดเจน จะปรับตามสภาพการยอมรับของผู้ป่วยและผู้ดูแล เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ใกล้เคียงพบ

ว่ามีการศึกษาของ Godard และคณะ (2011) ที่ได้ศึกษาการใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคปริทันต์ พบว่าเมื่อสิ้นสุดการศึกษาที่ 4 อาทิตย์ กลุ่มทดลองที่ใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (15-20 นาที) มีระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับทันตสุขศึกษาแบบมาตรฐาน ที่มีการให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก การได้รับแผ่นฟัน และการได้รับบริการชุดหินน้ำลาย ชัดฟัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)¹² แต่อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างดังกล่าวอาจเกิดจากเกณฑ์ที่ใช้ในการวัดปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ที่แตกต่างกัน และเป็นการทำความสะอาดด้วยตัวผู้ป่วยเอง แตกต่างจากการศึกษาในครั้งนี้เป็นการทำความสะอาดโดยผู้ดูแลซึ่งอาจจะมีควมยากกว่าในการปฏิบัติ

สำหรับพฤติกรรมมารีโภคะอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุนั้นเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา เมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบว่าไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Freudenthal และ Bowen (2010) ที่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของการพฤติกรรมของผู้ปกครองในการให้เด็กเล็กบริโภคอาหารหวาน โดยผู้ศึกษาได้อภิปรายว่า พฤติกรรมมารีโภคะอาหารนั้นต้องใช้เวลาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยาวนานกว่านี้ จึงจะเห็นการเปลี่ยนแปลง¹³ ทั้งนี้ในการศึกษานี้ ได้ใช้เวลาในการศึกษา 90 วัน ซึ่งมากพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ซึ่งเริ่มพบได้ในกลุ่มควบคุม แต่ไม่พบในกลุ่มศึกษา ซึ่งอาจเกิดจากการที่ทางผู้วิจัยได้สร้างแนวทางปฏิบัติ (protocol) สำหรับเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขในการให้ทันตสุขศึกษาแบบเดิมแก่กลุ่มควบคุม ซึ่งในแนวทางปฏิบัตินั้นได้มีการกำหนดไว้ว่าต้องให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุด้วย ซึ่งไม่ปรากฏแนวทางดังกล่าวในกลุ่มศึกษา จึงอาจเป็นเหตุให้ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลในส่วนนี้ และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าว อีกทั้งการลดลงของการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุในกลุ่มควบคุมนี้อาจส่งผลทางชีวโมเลกุลของช่องปากของผู้สูงอายุติดเตียงกล่าวคือ ทำให้เกิดการลดลงของการก่อตัวของแผ่นคราบจุลินทรีย์บนผิวฟัน จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยแผ่นคราบจุลินทรีย์ในกลุ่มควบคุมลดลง

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

จากการศึกษานี้พบว่าร้อยละ 61.1 ของผู้ป่วยติดเตียงที่ได้รับการดูแลช่องปากที่เหมาะสม โดยมีสัดส่วนที่มากกว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาของ Coleman และ Watson (2006) ที่พบว่าผู้มีสูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ได้รับการทำความสะอาดช่องปากจากผู้ดูแลเพียงร้อยละ 16.14¹⁴ ทั้งนี้วิธีการประเมินความ

เหมาะสมของการทำความสะอาด ของการศึกษานี้ไม่ได้ใช้เกณฑ์ เฉพาะการทำความสะอาดฟันด้วยการแปรงฟันหรือบ้วนน้ำยา บ้วนปากเท่านั้น แต่ยังคงครอบคลุมทำความสะอาดด้วยการเช็ดฟัน ด้วยผ้าหรือการทำความสะอาดเยื่อเมือกอย่างใดอย่างหนึ่งก็ได้ และเน้นการใช้น้ำเปล่าบ้วนปากหรือการไม่ได้ทำ ว่าเป็นการ ทำความสะอาดช่องปากที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น ร้อยละของผู้ที่ได้รับ การทำความสะอาดอย่างเหมาะสมของการศึกษานี้จึงมีโอกา สที่จะสูงกว่าการศึกษาอื่นได้

ภายหลังการศึกษาพบว่าผู้ดูแลกลุ่มศึกษาที่ได้รับการ สัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลช่องปากผู้สูงอายุหลายประการ เช่น พบว่ามีจำนวนผู้ดูแล ที่ทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้น การเพิ่ม ขึ้นของการแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ และการใช้น้ำยา บ้วนปาก การเพิ่มความถี่ในการทำความสะอาดต่อวัน ทั้งนี้จาก การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพทำให้ทราบว่าผู้ที่ผู้ดูแลที่ได้รับการ สัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนั้นทำให้ได้รับข้อมูลเชิงบวกเกี่ยว กับการมีสุขภาพช่องปากที่สะอาด และการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับ วิธีการที่ช่วยเอื้อให้การปฏิบัติทำได้ง่ายขึ้น รวมไปถึงการถาม คำถามปลายเปิดให้ผู้ดูแลได้คิดเปรียบเทียบโดยใช้ประสบการณ์ ของตนเอง เพื่อตัดสินใจเลือกวิธีการทำความสะอาดที่ควรจะเป็น อีกประเด็นที่ผู้ดูแลได้รับ คือ การได้ทราบถึงเทคนิค วิธีการในการ ทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุที่ง่ายและถูกต้อง รวมไปถึงการ ได้ลองฝึกปฏิบัติจริง อีกทั้งในกลุ่มศึกษาที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อ เสริมสร้างแรงจูงใจทางโทรศัพท์นั้น พบว่าช่วยทำให้เกิดกำลังใจ ในการดูแลมากขึ้น

ทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก

สำหรับคะแนนทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภายหลังการศึกษาพบว่ากลุ่มศึกษา มีจำนวนผู้ดูแลที่มี คะแนนทัศนคติ อยู่ในเกณฑ์ “ดี” เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Almomani และคณะ (2009) ที่พบ ว่าการใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ สามารถเพิ่ม คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคในช่องปากของผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วย ทางจิตใจ (severe mental illness) ได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อ เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม¹⁵ อีกทั้งการศึกษาของ Stewart และ คณะ (1996) ก็พบว่าการใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ สามารถเพิ่มคะแนนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากในทหาร ผ่านศึกได้ดีเท่ากับกลุ่มควบคุม¹⁶ โดยสามารถอธิบายได้ว่าการ เพิ่มขึ้นของทัศนคติในการศึกษานี้เป็นสิ่งสำคัญส่วนหนึ่ง ที่ทำให้ ผู้ดูแลในกลุ่มศึกษามีพฤติกรรมดูแลช่องปากผู้สูงอายุที่ดีขึ้น

โดยรวมแล้วการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการ ศึกษาครั้งนี้ แม้ว่าผลลัพธ์ของการทำความสะอาด ซึ่งก็คือแผ่นคราบ จุลินทรีย์ กลับไม่พบว่ามีประสิทธิภาพเหนือกว่าการให้ทันต สุขศึกษาแบบเดิมที่ชัดเจน แต่อย่างไรก็ตาม นับว่ามีความแตกต่าง จากการให้ทันตสุขศึกษาแบบเดิม โดยที่การสัมภาษณ์เพื่อเสริม สร้างแรงจูงใจนั้นเน้นไปที่การกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดความต้องการ ในการดูแลช่องปากผู้สูงอายุ เน้นการสร้างทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพ ช่องปาก และให้ผู้ดูแลเลือกวิธีการในการทำความสะอาดที่ตนเอง สามารถทำได้ตามบริบทของแต่ละครอบครัว ก่อให้เกิดแนวโน้ม ของการปฏิบัติที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น ซึ่งหากในอนาคตมีการเพิ่มเติม ในแง่การลดปัจจัยที่มีผลต่อข้อจำกัดจากสภาพภายในช่องปาก ร่วมด้วย เช่น การให้บริการการรักษา ลดหินปูน ถอนฟันที่ทำให้ เกิดอุปสรรคต่อการดูแลหรือมีผลต่อโรคในช่องปากมากขึ้น การ เน้นไปที่วิธีการทำความสะอาดเพื่อเน้นคุณภาพเพิ่มขึ้น รวมถึงการ ให้ระยะเวลาที่ต่อเนื่อง อาจเอื้อให้มีการดูแลมีเชิงประสิทธิภาพที่ ได้รับการยอมรับและเป็นไปได้ในระยะยาวมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าการ สัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ถูกนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการ ปรับพฤติกรรมผู้ป่วยโรคปริทันต์และโรคฟันผุในเด็ก ซึ่งทั้ง 2 โรค นี้เป็นโรคที่พบบ่อยในช่องปาก และการจัดการกับโรคต้องอาศัย พฤติกรรมการดูแลที่ดี ซึ่งพบว่าในส่วนของโรคปริทันต์นั้นผลการ ศึกษายังคงขัดแย้งกันอยู่ โดยพบว่าการศึกษาที่ระบุว่า การ สัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ทำให้เกิดผลที่ดีขึ้นนั้นมักจะเป็น การศึกษาที่มีระยะเวลาการเฝ้าสังเกตการเปลี่ยนแปลงใน ระยะเวลาสั้น (ไม่เกิน 8 อาทิตย์) ในขณะที่การศึกษาที่มีการเฝ้า สังเกตการเปลี่ยนแปลงที่นานกว่า (22 สัปดาห์ - 12 เดือน) กลับ ไม่พบความแตกต่างใด ๆ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม สำหรับโรคฟัน ผุนั้นพบว่าเกิดผลดีขึ้นในเรื่องของพฤติกรรมทำความสะอาด แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมกรบิโรค และการตีมนม จากขวด¹⁷ ทั้งนี้ในการศึกษานี้ ใช้เวลาประมาณ 3 เดือน ซึ่ง สอดคล้องกับผลการศึกษากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ดังกล่าวในแง่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์ แต่แตกต่างในแง่การศึกษาที่สามารถพบการเปลี่ยนแปลงในเชิง พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยติด เติงได้

สำหรับการนำการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจไป ใช้จริงนั้น Gao และคณะได้แนะนำว่า ควรคำนึงถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่ มีผลต่อความพร้อมและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จร่วมด้วย เช่น จำนวนครั้งในการให้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI session) เวลาที่ใช้ในแต่ละครั้ง และพื้นฐานอาชีพและความ

ชำนาญของผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งอาจมีผลต่อประสิทธิภาพของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ นอกจากนี้การศึกษาค่าความคุ้มค่า (cost-effectiveness) สำหรับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จะช่วยทำให้เกิดความกระจ่างได้ว่าควรใช้ การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในการให้คำแนะนำทางทันตกรรมหรือไม่ ในอนาคตต่อไปด้วย¹⁷

บทสรุป

การประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการให้ทันตสุขศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง นั้นมีประสิทธิภาพไม่แตกต่างในการเปลี่ยนแปลงระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์ของผู้ป่วยติดเตียงเมื่อเทียบกับการให้ทันตสุขศึกษาแบบเดิม แต่มีผลก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกได้มากกว่าในเรื่องการมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยติดเตียง และระดับทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแล

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Public Health. The 7th Thailand National Oral Health Survey report 2012.
2. Khanagar S, Naganandini S, Rajanna V, Naik S, Rao R, Madhuranjanswamy MS. Oral Hygiene Status of Institutionalised Dependent Elderly in India - a Cross-Sectional Survey. *Can Geriatr J* 2015 ;18:51-6.
3. Tada A, Watanabe T, Yokoe H, Hanada N, Tanzawa H. Oral bacteria influenced by the functional status of the elderly people and the type and quality of facilities for the bedridden. *J Appl Microbiol* 2002;93:487-91.
4. Senpukua H, Sogameb A, Inoshitac E, Tshaa Y, Miyazakid H, Hanadae N. Systemic Diseases in Association with Microbial Species in Oral Biofilm from Elderly Requiring Care. *Gerontology* 2003;49:301-9.
5. Sjogren P, Nilsson E, Forsell M, Johansson O, Hoogstraate J. A systematic review of the preventive effect of oral hygiene on

pneumonia and respiratory tract infection in elderly people in hospitals and nursing homes: effect estimates and methodological quality of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:2124-30.

6. Cascaes AM, Bielemann RM, Clark VL, Barros AJD. Effectiveness of motivational interviewing at improving oral health: a systematic review. *Rev Saude Publica* 2014;48:142-53.

7. Sangchanchai P. Training Course Manual Motivational Interviewing and Motivational Enhancement Therapy. Chiangmai; 2010. ISBN:

8. Greene JG, Vermillion JR. The Simplified Oral Hygiene Index. *J Am Dent Assoc* 1964;68:7-13.

9. Ministry of Public Health. Oral Health Promotion for Elderly vol.3. Bangkok; 2011

10. Ismail A, Ondersma S, Jedele M, Little R, Lepkowski J. Evaluation of a Brief Tailored Motivational Intervention to Prevent Early Childhood Caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011;39:433-48.

11. Stenman J, Lundgren J, Wennstrom JL, Ericsson JS, Abrahamsson KH. A single session of motivational interviewing as an additive means to improve adherence in periodontal infection control: a randomized controlled trial. *J Clin Periodontol* 2012;39:947-54.

12. Godard A, Dufour T, Jeanne S. Application of self-regulation theory and motivational interview for improving oral hygiene: a randomized controlled trial. *J Clin Periodontol* 2011;38:1099-105.

13. Freudenthal JJ, Bowen D. Motivational interviewing to decrease parental risk-related behaviors for early childhood caries. *Int J Dent Hyg* 2010;84:29-34.

14. Coleman P, Watson NM. Oral care provided by certified nursing assistants in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 2006;54:138-43.

15. Almomani F, Williams K, Catley D, Brown C. Effects of an oral health promotion program in people with mental illness. *J Dent Res* 2009;88:648-53.

16. Stewart JE, Wolfe GR, Maeder L, Hartz GW. Change in dental knowledge and self-efficacy scores following intervention to change oral hygiene behavior. *Patient Educ Couns* 1996;27:269-77.

17. Gao X, Lo EC, Kot SC, Chan KC. Motivational interviewing in improving oral health: a systematic review of randomized controlled trials. *J Periodontol* 2014;85:426-37.