

บทวิทยานิพนธ์

ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพช่องปาก กับความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

อุดมลักษณ์ มณีวงศ์* พ.บ.

มุขิตา นันติชัย* พ.บ.

บทคัดย่อ

ความเชื่อส่งผลต่อการกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ ความเชื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค การเจ็บป่วย และการรักษา การวิจัยแบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพช่องปากกับความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่โรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ประชากรศึกษาเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลแม่ทะ และเริ่มรับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนมิถุนายน 2550 จำนวน 51 คน เป็นเพศชาย 20 คน หญิง 31 คนอายุเฉลี่ย $50.73 + 6.85$ ปี เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยเลือกผู้ป่วยเบาหวานที่มีลักษณะตรงตามข้อกำหนดแบบเจาะจง สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และใช้แบบวัดความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความเชื่ออำนาจภายในตน ด้านความเชื่ออำนาจผู้อื่นและด้านความเชื่ออำนาจบังเอิญโดยตรวจสอบสุขภาพช่องปากด้วย ดัชนีฟันผุ ถอน อุด (DMFT), ดัชนีปริทันต์ (Community periodontal index) และคราบนุ่มบนตัวฟัน (Debris index) ผลการศึกษาพบว่าประชากรศึกษากลุ่มนี้มีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความเชื่ออำนาจภายในตน $30.18 + 3.56$ ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความเชื่ออำนาจผู้อื่น $30.86 + 3.42$ และค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความเชื่ออำนาจบังเอิญ $22.76 + 4.46$ โดยมีสถานะฟันผุ ถอน อุด $2.29 + 3.02$ ซึ่งต่อคน ไม่มีผู้ป่วยเบาหวานที่มีสถานะปริทันต์ปกติ มีหินน้ำลายร้อยละ 54.90 มีร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ 4-5 มม.ขึ้นไปร้อยละ 41.17 และมีคราบนุ่มบนตัวฟันเฉลี่ยเท่ากับ $1.93 + 0.43$ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติในด้านความเชื่ออำนาจภายนอกระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีคราบนุ่มบนตัวฟันแตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.012$) แต่ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีสถานะฟันผุแตกต่างกันและผู้ที่ มีสถานะปริทันต์แตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติในด้านความเชื่ออำนาจภายนอกไม่มีความแตกต่างกัน และไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจภายในตน และคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจบังเอิญของผู้ป่วยเบาหวานที่มีสุขภาพช่องปากแตกต่างกัน

คำสำคัญ : สุขภาพช่องปาก, ความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพ, ผู้ป่วยเบาหวาน

* โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง

บทนำ

จากคำจำกัดความของคำว่า “สุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล”¹ ดังนั้นการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก บุคลากรสาธารณสุขจึงควรดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Approach) มองสุขภาพช่องปากในภาพรวม ไม่มองโรคในช่องปากอย่างแยกส่วนแต่จะมองโรคในช่องปากในมิติที่เชื่อมโยงกับสุขภาพสิ่งแวดล้อม และสัมพันธ์กับวิถีการดำรงชีวิต

ความเชื่อส่งผลต่อการกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ ความเชื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค การเจ็บป่วย และการรักษา รอตเตอร์² นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน ได้เสนอทฤษฎีเกี่ยวกับบุคลิกภาพของบุคคลโดยมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ซึ่งเชื่อว่าการที่บุคคลมีพฤติกรรมแตกต่างกันออกไปนั้น เนื่องจากความคิด ประสบการณ์ สภาวะแวดล้อมและความเชื่อของบุคคลที่แตกต่างกัน ต่อมาได้ถูกนำมาประยุกต์เป็นความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพ³ (Health locus of control) เพื่อให้สามารถนำมาทำนายพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีอำนาจสูงในการทำนายพฤติกรรม แบ่งเป็นความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal health locus of control) ซึ่งเป็นความเชื่อหรือความคาดหวังต่อสิ่งต่างๆ ที่ตนได้รับ ว่าเกิดจากการกระทำของตน ไม่ว่าจะป็นด้านดีหรือด้านร้ายก็ตาม ความเชื่ออำนาจผู้อื่น (Powerful other health locus of control) เป็นความเชื่อที่ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเป็นเพราะผู้อื่นกระทำให้เกิด ตนไม่สามารถควบคุมได้ ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ (Chance health locus of control) เป็นความเชื่อที่ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตน เป็นเพราะความบังเอิญที่ต้องเป็นเช่นนั้น หรือเป็นเพราะโชคชะตา

เคราะห์กรรม ซึ่งตนมีอาจเข้าไปควบคุมได้ ความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความพยายามในการควบคุมสุขภาพของตนเอง และการให้ความร่วมมือในการรักษา ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ สามารถวางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยได้มากขึ้น

โรคเบาหวานเป็นโรคที่เรื้อรังและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยเนื่องจากมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และมีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้เกือบทุกระบบของร่างกายทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ซึ่งเป็นอันตรายแก่ชีวิต สร้างความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว สังคมและประเทศชาติตามมา

ความสัมพันธ์ของโรคเบาหวานกับโรคปริทันต์ เป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์และทันตแพทย์มาเป็นเวลานาน สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา อ้างในพัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันทน์⁴ ได้กำหนดให้ภาวะเหงือกอักเสบเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานมีการเปลี่ยนแปลงเนื้อเยื่อในช่องปาก เช่นมีภาวะปากแห้ง มีการตอบสนองต่อเชื้อโรคต่ำ ติดเชื้อราได้ง่าย การหายของแผลช้า จึงเพิ่มโอกาสที่จะเกิดการอักเสบของเหงือกและมีโอกาสสูญเสียฟันและกระดูกเบ้ารากฟันได้ง่าย โดยเฉพาะในผู้ที่ไม่สามารถควบคุมปริมาณน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับดีได้ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมปริมาณน้ำตาลในเลือดให้อยู่ระดับดี ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุสูงกว่าคนปกติ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยเบาหวานมักชอบรับประทานอาหารบ่อยกินจุบจิบ โอกาสที่ฟันจะสัมผัสกับกรดที่ผลิตแบคทีเรียในช่องปาก จึงมีมากขึ้น หากผู้ป่วยมีการรักษาอนามัยช่องปากไม่ดี โอกาสเกิดฟันผุจะสูงกว่าคนทั่วไป สำหรับโรคปริทันต์เป็นโรคที่มีการดำเนินโรคอย่างช้าๆ และนำไปสู่การสูญเสียฟันเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ซึ่งถ้าได้รับความรู้มีการรักษาแบบป้องกัน มีความสามารถดูแลตนเอง

ตามความรู้ที่ได้รับ จะป้องกันไม่ให้เกิดการสูญเสียฟันได้ มีการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคปริทันต์ระดับรุนแรงเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือด ซึ่งการรักษาสุขภาพช่องปากโดยเฉพาะการอักเสบของเหงือกและอวัยวะรอบเขี้ยวสามารถช่วยให้การควบคุมโรคเบาหวานดีขึ้น

จากการศึกษาของ อูบล เลี้ยววาริณ⁵ พบว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมนั้น บุคคลจะต้องมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพมีความเชื่ออำนาจในตนเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพสูงและมีลักษณะมุ่งอนาคตสูงด้วย ดวงเดือน พันธุมนาวิน⁶ ได้สรุปไว้ว่า บุคคลที่สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะเกิดอะไรกับตน เช่น สุขภาพดีหรือเสื่อม สามารถที่จะอดได้รอได้ และกระทำการที่จะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนในวันข้างหน้า และมีความเชื่ออำนาจในตน เชื่อว่าการกระทำที่เหมาะสมของตนจะก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง และการกระทำที่ไม่เหมาะสมจะก่อให้เกิดผลเสียในวันหน้า และการมีสุขภาพที่ดีในวันหน้าขึ้นอยู่กับว่าวันนี้เราดูแลตนเองดีเพียงใด จะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

สุขภาพช่องปากของบุคคลที่ปรากฏให้เห็นในปัจจุบันเป็นภาวะที่สะสมมาจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ต่อเนื่อง ทั้งในด้านการส่งเสริมให้มีสุขภาพช่องปากที่ดี การป้องกันไม่ให้เกิดโรคในช่องปาก และการรักษาเพื่อควบคุมการลุกลามของโรค บุคคลที่มีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพที่เหมาะสมสามารถดูแลสุขภาพช่องปากและรักษาอนามัยช่องปากของตนเองได้ดี มีความตระหนักในการควบคุมและป้องกันโรคในช่องปาก การตรวจสุขภาพช่องปากโดยดูแลสุขภาพฟัน เหงือก อดัม กรามปริทันต์ คราบหินปูนตัวฟัน บ่งบอกถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของบุคคลนั้น

ความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพได้ถูกนำมาใช้ในการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อและสุขภาพช่องปาก รวมถึงพฤติกรรมการ

ดูแลสุขภาพช่องปาก⁷⁻¹⁴ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจการควบคุมตนกับโปรแกรมการป้องกันโรคปริทันต์ของ Galgut¹⁵ พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายนอกและความเชื่ออำนาจภายในตนกับการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกในทางที่ดีขึ้น แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่ออำนาจบังเอิญ

Kneckt และคณะ¹⁶ พบว่าความเชื่ออำนาจควบคุมตนด้านทันตกรรมในผู้ป่วยเบาหวานสามารถวัดพฤติกรรมและสภาวะสุขภาพได้โดยมีความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจการควบคุมตน และความถี่ในการไปรับการรักษาทางทันตกรรม และดัชนีต่างๆทางทันตกรรมได้แก่ คราบปริทันต์ ฟันผุ และรากฟันผุ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพช่องปากกับความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาการวางแผนรักษา และการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานให้มีความเหมาะสมต่อไป

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional study) ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานโดยแพทย์ในโรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานตามแนวเวชปฏิบัติเพื่อการบริหารจัดการภาวะโรคเขตภาคเหนือตอนบน 8 จังหวัด ประจำปี 2549-2550 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กล่าวคือ เมื่อค่าพลาสมากลูโคสขณะอดอาหารมากกว่า 126 มก./ดล. โดยตรวจซ้ำอีกครั้งในวันรุ่งขึ้นถ้ามากกว่า 126 มก./ดล. ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน¹⁷ โดยประชากรศึกษาเป็นผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง ที่มารับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง ตั้งแต่เดือนมกราคม 2550 ถึง

เดือนมิถุนายน 2550 จำนวน 51 คน เป็นเพศชาย 20 คน หญิง 31 คนอายุเฉลี่ย 50.73 ± 6.85 ปี (ตั้งแต่ 35 ปี ถึง 67 ปี)

ผู้ป่วยตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาโดยการศึกษานอกสารชี้แจงก่อนลงชื่อในแบบยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยโดยสมัครใจ เพื่อสำรวจสภาวะฟันผุ ถอน อุด (Decayed, Missing, Filled Teeth Index)[18]สภาวะปริทันต์ (CPITN)¹⁹ และคราบฟันบนตัวฟัน (Debris Index)²⁰

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก

2. แบบวัดความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติ (Multidimensional Health locus of control) แบบ B ซึ่งพัฒนาโดย Wallston, Wallston และ De Vellis³ ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็น ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่นและความเชื่ออำนาจบังเอิญ ด้านละ 6 ข้อ แต่ละข้อมี 6 ระดับคะแนน ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ในแต่ละด้านจะมีคะแนนจะอยู่ในช่วง 6-36 คะแนน โดยต้นฉบับภาษาอังกฤษ รายงานค่าความเชื่อมั่น Cronbach alphas อยู่ระหว่าง .60-.75 ค่า test-retest stability coefficients อยู่ระหว่าง .60-.70 และได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงทั้งด้านเนื้อหาและโครงสร้าง²¹ แบบสอบถามภาษาไทยฉบับนี้ได้ตรวจสอบความตรงทางภาษาด้วยการแปลจากภาษาอังกฤษโดยผู้วิจัยและแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษโดยผู้ที่สามารถสื่อสารได้ทั้ง 2 ภาษา

3. แบบบันทึกสุขภาพช่องปากขององค์การอนามัยโลก ซึ่งประกอบด้วย ดัชนีฟันผุ ถอน อุด (DMFT)¹⁸, ดัชนีปริทันต์ (Community Periodontal Index, CPITN, WHO, 1987)¹⁹ และคราบฟันบนตัวฟัน (Debris index) ของ Greene และ Vermillion²⁰

ข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรม

สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและสูงสุด ใช้สถิติทดสอบ Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis Test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไป

ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมการศึกษามีจำนวน 51 คน เป็นเพศชาย 20 คน หญิง 31 คน อายุเฉลี่ย 50.73 ± 6.85 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ประมาณร้อยละ 80.4 รองลงมาได้แก่ระดับมัธยมศึกษา โดยประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม เป็นส่วนใหญ่ ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เกิน 3,000 บาท ต่อเดือน ประมาณร้อยละ 43.1 สถานะทางครอบครัว ส่วนใหญ่สมรสแล้ว มีสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ 1 - 6 คนเฉลี่ย 4 คน จากข้อมูลการรักษาในโรงพยาบาล แม่ทะพบว่า ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด มีค่าเฉลี่ย 136.71 มก.% (ตั้งแต่ 93-251 มก.%) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคเบาหวาน และทราบว่าเป็นเบาหวานจากการตรวจคัดกรองสุขภาพ มีดัชนีมวลกายระหว่าง 16.88 - 35.53 โดยส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการรักษาทางทันตกรรมมาก่อนโดยระบุว่าไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ทำความสะอาดช่องปากด้วยการแปรงฟันเป็นหลัก คิดเป็นร้อยละ 94.1 โดยแปรงฟันเฉลี่ย 1.62 ครั้งต่อวัน และใช้ไหมขัดฟันช่วยในการทำทำความสะอาดช่องปากเป็นส่วนใหญ่

2. ความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติ

ความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพ (ตารางที่ 1) พบว่าด้านความเชื่ออำนาจภายในตน

ตารางที่ 1 แสดงข้อความความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพและระดับความคิดเห็น

Table 1 Multidimensional Health Locus of Control scale form

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย มากที่สุด (1 คะแนน)	ไม่เห็นด้วย ปานกลาง (2 คะแนน)	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย (3 คะแนน)	เห็นด้วย เล็กน้อย (4 คะแนน)	เห็นด้วย ปานกลาง (5 คะแนน)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (6 คะแนน)
1. เมื่อฉันเจ็บป่วยการปฏิบัติตัวของฉันจะทำให้ฉันหายเร็วหรือช้าได้						
2. ไม่ว่าฉันจะดูแลสุขภาพตนเองอย่างไร เมื่อถึงเวลาที่จะเจ็บป่วยก็ย่อมเจ็บป่วย						
3. การไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะช่วยไม่ให้ฉันเกิดการเจ็บป่วย						
4. สิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของฉันโดยส่วนใหญ่แล้วมักเกิดขึ้นโดยบังเอิญ						
5. เมื่อฉันรู้สึกไม่สบาย ฉันควรจะไปปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล						
6. ฉันเป็นผู้รับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง						
7. ผู้คนรอบข้างมีส่วนอย่างมากที่จะทำให้ฉันมีสุขภาพดีหรือเกิดการเจ็บป่วย						
8. เมื่อฉันเจ็บป่วย ฉันมักโทษตัวเองว่าเป็นต้นเหตุ						
9. โชคชะตาเป็นตัวกำหนดว่าฉันจะหายจากการเจ็บป่วยได้เร็วหรือช้า						
10. แพทย์และพยาบาลจะเป็นผู้ควบคุมภาวะสุขภาพของฉัน						
11. การที่ฉันมีสุขภาพดีเพราะฉันโชคดี						
12. ฉันมีสุขภาพแข็งแรงเพราะฉันดูแลตัวเอง						
13. เมื่อฉันไม่สบายนั้นเป็นเพราะฉันไม่ดูแลตัวเอง						
14. การได้รับความช่วยเหลือดูแลจากคนรอบข้างมีส่วนช่วยให้อาการของฉันดีขึ้น						
15. ถึงแม้ว่าฉันดูแลตัวเองเพียงใดก็ตาม ฉันก็ยังดูเหมือนเจ็บป่วยอยู่เสมอ						
16. การที่ฉันเจ็บป่วยเกิดจากโชคชะตาได้กำหนดมาแล้ว						
17. ถ้าฉันดูแลตัวเองอย่างดีฉันจะมีสุขภาพดีอยู่เสมอ						
18. ฉันปฏิบัติทุกอย่างตามแพทย์บอก เพื่อเป็นหนทางที่จะทำให้ฉันมีสุขภาพแข็งแรง						

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุดของความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติของตัวอย่าง (n=51)

Table 2 Means and standard deviation, median and interquartile range Multidimensional Health Locus of Control score by dimensions among study population (n=51)

ความเชื่ออำนาจควบคุมตนด้านสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย (x±SD)	มัธยฐาน (M±IQR)	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด
ความเชื่ออำนาจภายในตน	30.18 ± 3.56	31 ± 6	21	36
ความเชื่ออำนาจผู้อื่น	30.86 ± 3.42	30 ± 6	25	36
ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ	22.76 ± 4.46	23 ± 8	15	33

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุดของจำนวนฟันทั้งปาก, ฟันผุ, ฟันถอน, ฟันอุดและสภาวะฟันผุ ถอน อุดในผู้ป่วยเบาหวาน (n=51)

Table 3 Means and standard deviation, median and interquartile range number of teeth, Decayed teeth, Missing teeth, Filled teeth and DMFT of the diabetes patient by study area (n=51)

สภาวะฟันผุ ถอน อุด	ค่าเฉลี่ย (x±SD)	มัธยฐาน (M±IQR)	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด
จำนวนฟันทั้งปาก (ซี่/คน)	23.14 ± 6.31	26 ± 6	0	28
ฟันผุ (ซี่/คน)	1.24 ± 1.72	0 ± 2	0	7
ฟันถอน (ซี่/คน)	4.8 ± 6.31	2 ± 6	0	28
ฟันถอนเนื่องจากฟันผุ(ซี่/คน)	1.6 ± 2.93	0 ± 2	0	13
ฟันอุด (ซี่/คน)	0.06 ± 0.31	0 ± 0	0	2
ฟันผุ ถอน อุด (ซี่/คน)	2.29 ± 3.02	1 ± 3	0	13

และความเชื่ออำนาจภายนอกตนของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษามีค่าใกล้เคียงกัน และมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าคะแนนความเชื่ออำนาจบังเอิญ (ตารางที่ 2)

3. ผลการตรวจสุขภาพช่องปาก

3.1. ฟันผุ ถอน อุด

ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมการศึกษามีค่ามัธยฐานของจำนวนฟันในช่องปากเท่ากับ 26 ± 6 ซึ่งต่อคน โดยมีผู้ปราศจากฟันผุ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 13.7 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดเท่ากับ 2.29 ± 3.02 ซึ่งต่อคน ซึ่งการบันทึกว่าเป็น “เอ็ม”(M) เมื่อฟันชิ้นนั้นถูกถอนไปแล้วเนื่องจากฟันผุ (ตารางที่ 3)

3.2. สภาวะปริทันต์

ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมการศึกษา ส่วนใหญ่มีหินน้ำลายในช่องปาก คิดเป็นร้อยละ 54.9 รองลง

มาคือมีร่องลึกปริทันต์ 4-5 มิลลิเมตร คิดเป็นร้อยละ 33.3 และมีร่องลึกปริทันต์มากกว่า 6 มิลลิเมตร คิดเป็นร้อยละ 7.8 และเป็นที่น่าสังเกตว่าไม่มีผู้เข้าร่วมการศึกษาที่มีสภาวะปริทันต์ในระดับปกติเลย นอกจากนี้ ยังมีผู้ที่มีจำนวนฟันไม่เพียงพอต่อการวัดสภาวะปริทันต์ด้วย

เมื่อพิจารณาเป็นส่วนของช่องปาก พบว่าส่วนใหญ่มีหินน้ำลาย โดยมีค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปากที่มีหินน้ำลาย เท่ากับ 4.2 ส่วนต่อคน (ตารางที่ 4)

3.3. คราบหม่นบนตัวฟัน

ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมการศึกษามีจำนวนฟันคราบตามเกณฑ์การตรวจคราบหม่นบนตัวฟัน (Debris index) ของ Greene และ Vermillion จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 84.3 ของผู้ที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนร้อยละของผู้ที่เป็นโรคปริทันต์ในระดับต่างๆและจำนวนส่วนของช่องปาก และค่าเฉลี่ย ส่วนของช่องปากที่มีสภาวะปริทันต์ในระดับต่างๆในผู้ป่วยเบาหวาน (n=51)

Table 4 Percentage of study population by Periodontal status (n=51)

สภาวะปริทันต์		ผู้ที่เป็นโรคปริทันต์ ในระดับต่างๆ		ส่วนของช่องปากที่มี สภาวะปริทันต์ในระดับต่างๆ	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (ส่วน)	ค่าเฉลี่ย
เหงือกปกติ	(รหัส 0)	0	0	6	0.12
เหงือกมีเลือดออก	(รหัส 1)	0	0	12	0.24
มีหินน้ำลาย	(รหัส 2)	28	54.90	214	4.2
มีร่องลึกปริทันต์ 4-5 มม.	(รหัส 3)	17	33.33	44	0.86
มีร่องลึกปริทันต์มากกว่า 6 มม.	(รหัส 4)	4	7.84	7	0.14
Missing sextant	(รหัส 9)	2	3.92	23	0.45

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ของความเชื่ออำนาจควบคุมตนด้านสุขภาพ หลายมิติของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานแบ่งตามสภาวะฟันผุ ถอน อุด (n=51)

Table 5 Means and standard deviation, median Multidimensional Health Locus of Control score of study population by Dental Caries status group (n=51)

กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน		จำ นวน (คน)	คะแนนความเชื่ออำนาจควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติ					
สภาวะปริทันต์	กลุ่ม สภาวะ ฟันผุ		ความเชื่ออำนาจ ภายในตน		ความเชื่ออำนาจ ภายนอก		ความเชื่ออำนาจ บังเอิญ	
			ค่าเฉลี่ย	มัธยฐาน	ค่าเฉลี่ย	มัธยฐาน	ค่าเฉลี่ย	มัธยฐาน
DMF < 5	ต่ำมาก	45	30.33±3.59	31	22.78±4.47	31	31.07±3.37	23
5 ≤ DMF ≤ 8.9	ต่ำ	2	29.50±3.54	31.5	27.50±3.54	26.50	23.50±7.78	25.50
9.0 ≤ DMF ≤ 13.9	ปานกลาง	4	28.75±3.77	32	30.25±4.03	33.50	22.25±4.11	22.50
รวม		51	30.18±3.56	31	30.86±3.42	30	24.25±4.46	23
Kruskal-Wallis Test			0.988		0.367		0.988	

ทราบว่ามีค่าต่ำสุดเท่ากับ 1 และสูงสุดเท่ากับ 2.67
เฉลี่ยเท่ากับ 1.93 ± 0.43

4. ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพช่องปากกับ
ความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติ

4.1. ความสัมพันธ์ระหว่างฟันผุ ถอน อุด
กับความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพ

เนื่องจากสภาวะฟันผุ ถอน อุดของผู้ป่วย
เบาหวานที่เข้าร่วมการศึกษามีความแตกต่างกันมาก

ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มสภาวะฟันผุออกเป็น 4 กลุ่มตามเกณฑ์
การแบ่งสภาวะฟันผุขององค์การอนามัยโลก²² ได้แก่
(1) กลุ่มที่มีฟันผุต่ำมาก ได้แก่ ผู้ที่มีฟันผุถอนน้อยกว่า
5 ซี่ (2) กลุ่มที่มีฟันผุต่ำ ได้แก่ ผู้ที่มีฟันผุ ถอน อุด 5-
8.9 ซี่ (3) กลุ่มที่มีฟันผุปานกลาง ได้แก่ ผู้ที่มีฟันผุ ถอน
อุด 9.0-13.9 ซี่ และ (4) กลุ่มที่มีฟันผุสูง ได้แก่ ผู้ที่
ฟันผุ ถอน อุด มากกว่า 13.9 ซี่ขึ้นไป โดยการ
บันทึกว่าเป็น “เอ็ม”(M)เมื่อฟันซี่นั้นถูกถอนไปแล้ว

เนื่องจากฟันผุ

ไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติ ทั้งด้านความเชื่ออำนาจภายในตน ด้านความเชื่ออำนาจภายนอก และด้านความเชื่ออำนาจบังเอิญ ระหว่างกลุ่มสภาวะฟันผุแต่ละกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5)

4.2. ความสัมพันธ์ระหว่างกับสภาวะปริทันต์
ความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพ

เมื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานตามสภาวะโรคปริทันต์ เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีหินน้ำลาย ผู้ที่มีร่องลึกปริทันต์ 4-5 มิลลิเมตรและผู้ที่มีร่องลึกปริทันต์มากกว่า 6 มิลลิเมตรขึ้นไป พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติในแต่ละด้าน (ตารางที่ 6) พบว่าไม่มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติในทุกด้านระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานตามสภาวะปริทันต์แต่ละกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.3. ความสัมพันธ์ระหว่างคราบนุ่มบนตัว

ฟันกับความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพ

เมื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานตามความสามารถในการทำความสะอาดช่องปากโดยพิจารณาจากคราบนุ่มบนตัวฟัน (Debris index) เป็น 4 กลุ่มโดยใช้เกณฑ์จากการหาค่าเฉลี่ยคราบนุ่มบนตัวฟันตามคะแนนที่ใช้ในแบบบันทึกคราบนุ่มบนตัวฟัน (Debris index) ของ Greene และ Vermillion²⁰ ได้แก่ (1) กลุ่มผู้ที่มีคราบนุ่มบนตัวฟันน้อยหมายถึง ผู้ที่มีคราบนุ่มบนตัวฟันน้อยกว่า 1 (2) กลุ่มผู้ที่มีคราบนุ่มบนตัวฟันปานกลางหมายถึง ผู้ที่มีคราบนุ่มบนตัวฟันระหว่าง 1.1 ถึง 2 (3) กลุ่มผู้ที่มีคราบนุ่มบนตัวฟันมาก หมายถึง ผู้ที่มีคราบนุ่มบนตัวฟันมากกว่า 2 และ (4) กลุ่มผู้ที่ตรวจไม่ได้ หมายถึง ผู้ที่มีจำนวนฟันไม่ครบตามเกณฑ์การตรวจคราบนุ่มบนตัวฟัน

พบว่ามีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติในด้านความเชื่ออำนาจภายนอกระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีคราบนุ่มบนตัวฟันแตกต่างกันอย่างมีนัย

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ของความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานแบ่งตาม สภาวะปริทันต์ (n=51)

Table 6 Means and standard deviation, median Multidimensional Health Locus of Control score of study population by Periodontal status (n=51)

กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานตามสภาวะปริทันต์	จำนวน (คน)	คะแนนความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติ					
		ความเชื่ออำนาจภายในตน		ความเชื่ออำนาจภายนอก		ความเชื่ออำนาจบังเอิญ	
		ค่าเฉลี่ย	มัธยฐาน	ค่าเฉลี่ย	มัธยฐาน	ค่าเฉลี่ย	มัธยฐาน
มีหินน้ำลาย	28	30.96±3.28	28	30.96±3.74	30.5	23.36±4.56	24.50
มีร่องลึกปริทันต์ 4-5 มม.	17	29.29±3.35	29	30.35±2.76	30	22.29±4.43	23
มีร่องลึกปริทันต์มากกว่า 6 มม.	4	30.25±3.86	31	33.50±2.52	34	21.25±5.56	21
Missing sextant	2						
รวม	49	30.33	31	30.96±3.39	30	22.82±4.49	23
Kruskal-Wallis Test		0.279		0.228		0.602	

ตารางที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ของความเชื่ออำนาจควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานแบ่งตาม คราบไขมันบนตัวฟัน

Table 7 Means and standard deviation, median Multidimensional Health Locus of Control score of study population by Debris Index group (n=51)

กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ตามคราบไขมัน บนตัวฟัน (DI)	จำนวน (คน)	คะแนนความเชื่ออำนาจควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติ					
		ความเชื่ออำนาจ ภายในตน		ความเชื่ออำนาจ ภายนอก		ความเชื่ออำนาจ บังเอิญ	
		ค่าเฉลี่ย	มัธยฐาน	ค่าเฉลี่ย	มัธยฐาน	ค่าเฉลี่ย	มัธยฐาน
0-1	3	31.33±2.08	32	31.67±3.79	30	21.67±6.43	19
1.1-2	22	30.23±3.49	30.50	30.09±3.38 ^a	30	22.73±3.89	22
> 2	18	29.72±4.21	31	32.78±2.90 ^{ab}	33.50	22.72±4.03	23
ตรวจไม่ได้	8	30.62±2.88	31	28.38±2.50 ^b	27.50	23.38±6.65	23.50
รวม	51	30.18±3.56	31	30.86±3.42	30	22.7±4.46	23
Kruskal-Wallis Test		0.956		0.012		0.975	

Mann-Whitney U test : ^ap-value = 0.018, ^bp-value = 0.003

สำคัญทางสถิติ (p-value = 0.012) (ตารางที่ 7)

กลุ่มที่มีคราบไขมันสูงมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติ ในด้านความเชื่ออำนาจภายนอกสูงกว่ากลุ่มที่มีคราบไขมันปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (^ap-value = 0.018)

กลุ่มที่มีคราบไขมันสูงมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติ ในด้านความเชื่ออำนาจภายนอกสูงกว่ากลุ่มที่ตรวจไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (^bp-value = 0.003)

บทวิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่าความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ทำการศึกษามีเพียงด้านความเชื่ออำนาจภายนอกเท่านั้นที่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่มีคราบไขมันบนตัวฟันแตกต่างกัน

ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ทำการศึกษาซึ่งมีตั้งแต่ 35 ถึง 67 ปี อายุเฉลี่ย 50.73 ปี พบผู้ป่วยโรคฟันผุ

และ/หรือมีการสูญเสียฟันร้อยละ 86.3 ค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุด 2.29 + 3.02 ซึ่งต่อคนที่ดีกว่าผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพครั้งที่ 5²³ กลุ่มอายุ 35-44 ปีซึ่งพบผู้ป่วยโรคฟันผุและ/หรือมีการสูญเสียฟันร้อยละ 85.6 ค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุด 6.1 ซึ่งต่อคนและมีสถานะฟันผุดีกว่ากลุ่มอายุ 60-74 ปี ที่พบผู้ป่วยโรคฟันผุและ/หรือมีการสูญเสียฟันร้อยละ 95.6 ค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุด 14.4 ซึ่งต่อคน อย่างไรก็ตามพบว่าในค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดเท่ากับ 2.29 + 3.02 ซึ่งต่อคนนั้นมีสัดส่วนของฟันถอนมากที่สุด โดยมีฟันถอนเฉลี่ย 4.8 + 6.31 ซึ่งต่อคน โดยที่มีฟันถอนจากฟันผุ เฉลี่ย 1.63 + 2.93 ซึ่งต่อคน รองลงมาคือฟันผุ มีฟันผุเฉลี่ย 1.24 + 1.72 ซึ่งต่อคนและมีฟันอุดเฉลี่ยเพียง 0.06 ± 0.31 ซึ่งต่อคน เป็นที่น่าสังเกตว่าการสูญเสียฟันของผู้ป่วยที่ทำการศึกษามีสาเหตุมาจากปริทันต์และสาเหตุอื่นมากกว่าจากฟันผุ

กลุ่มผู้ป่วยที่มีคราบไขมันบนตัวฟันมากมีคะแนนความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติในด้านความเชื่ออำนาจภายนอกสูงที่สุดและมีความ

แตกต่างกับกลุ่มผู้ที่มีคราบน้ำตาลบนตัวฟัน ปานกลาง และกลุ่มผู้ที่มีจำนวนฟันไม่ครบตามเกณฑ์การตรวจคราบน้ำตาลบนตัวฟันซึ่งอาจมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Macgregor²⁴ ที่พบว่าความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความถี่ในการแปรงฟันในเด็กวัยรุ่นบางช่วงอายุ และความเชื่ออำนาจภายนอกตนมีความสัมพันธ์อย่างมากับการนัดมาตรวจซ้ำและให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการแปรงฟัน อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มที่มีคราบน้ำตาลบนตัวฟันน้อยมากไม่พบความแตกต่างกับกลุ่มใดเลย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีจำนวนผู้ที่มีคราบน้ำตาลบนตัวฟันน้อยมากมีจำนวนน้อย

แม้ว่าการศึกษาของ Borkowska²⁵ ที่พบว่าความเชื่ออำนาจภายนอกมีความสัมพันธ์กับภาวะเหงือกอักเสบ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าในกลุ่มผู้ที่มีสภาวะปริทันต์แตกต่างกันไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว ทั้งนี้ อาจเป็นผลจากการที่ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานไม่มีคนที่มีความสภาวะปริทันต์ปกติ กอปรกับโรคปริทันต์เป็นโรคเรื้อรังและไม่มีการแสดงทางคลินิกที่เด่นชัด ทั้งนี้เนื่องจากโรคปริทันต์เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ด้วยระดับความรุนแรงต่างกัน และจำนวนฟัน หรือจำนวนด้านที่เป็นโรค ก็แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละคน นอกจากนี้ในผู้ป่วยคนเดียวกัน ก็อาจมีการดำเนินโรคแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา²⁶

การดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพส่งเสริมและพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ เป็นงานที่สำคัญที่มุ่งแก้ไขปรับเปลี่ยนและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพ รวมทั้งการมีความคิดและความรับผิดชอบที่ว่าสุขภาพ เป็นเรื่องที่ต้องแต่ละคนจะต้องแสวงหาการดูแลรักษา²⁷ จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น พบว่าความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติ มีความแตกต่างกัน

ในความเชื่ออำนาจภายนอกและมีความสัมพันธ์กับสุขภาพช่องปาก ดังนั้นการพัฒนาการวางแผนรักษาและการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานให้มีความเหมาะสม ควรมีแนวทางที่สอดคล้องกับพื้นฐานความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย ทันตบุคลากรจึงควรสร้างภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ ตลอดจนสร้างการมีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพจากครอบครัวและชุมชนต่อไป

บทสรุป

1. สุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ของโรงพยาบาลแม่ทะที่เข้าร่วมการศึกษามีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สภาวะฟันผุ ถอนอุด กล่าวคือ มีตั้งแต่คนที่ปราศจากฟันผุ จนถึงมีฟันผุ ถอน อุด ทุกซี่ในช่องปาก และไม่มีผู้ป่วยเบาหวานรายใดเลยที่มีสภาวะปริทันต์ปกติ

2. ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปาก มีความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพในด้านความเชื่ออำนาจภายนอกตนแตกต่างกัน แต่ในผู้ที่มีสภาวะโรคฟันผุและสภาวะปริทันต์แตกต่างกันไม่มีความแตกต่างกัน

3. ไม่มีความแตกต่างของความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพในด้านความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจบังเอิญของผู้ป่วยเบาหวานที่มีสุขภาพช่องปากแตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ที่ให้ความร่วมมือและสละเวลาเข้าร่วมในการศึกษา โรงพยาบาลแม่ทะ ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัย และ อ.ภญ.ชิตชนก เรือนก้อน อ.ทพ.นฤมนัส คอวนิช ที่ให้คำปรึกษาในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ. พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: พิมพ์ลักษณ์;2550.
2. Rotter, Julian B. The development and applications of social learning theory. New York: Praeger;1982.
3. Wallston KA, Wallston BS, Devellis R. Development of the multidimensional health locus of control(MHLC) scale. Health Educ Monogr [serial online] 1978 [cited 2007 June 9];6:160-70
4. พัชราวรรณ ศรีศิลป์นันท์.การทบทวนองค์ความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ข้อเสนอเชิงนโยบาย ข้อเสนอเพื่อการศึกษา วิจัยและพัฒนา:สุขภาพช่องปากกับสุขภาพร่างกาย [cited 2007 June 9] [cited book/elderly/keld04.html.]
5. อุบล เลี้ยววาริณ. ความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร ปริญญานิพนธ์ ดุษฎีบัณฑิต สาขาพัฒนาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ:2534
6. ดวงเดือน พันธุมนาวิน. ทฤษฎีต้นไม้วัยธรรม การวิจัยและการพัฒนาบุคลากร โครงการส่งเสริมเอกสารวิชาการ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์: 2538
7. Bagley JG, Low KG. Enhancing flossing compliance in college freshmen. Clin Prev Dent [serial online] 1992[cited 2007 June 10] ; 14(6): 25-30.
8. Wolfe GR, Stewart JE, Hartz GW. Relationship of dental coping beliefs and oral hygiene. Community Dent Oral Epidemiol. [serial online] 1991[cited 2007 June 10]; 19(2): 112-5.
9. Scruggs RR, Warren DP, Levine P. Juvenile diabetics' oral health and locus of control. A pilot study. J Dent Hyg [serial online] 1989[cited 2007 June 10]; 63(8): 376-81.
10. Brandao IM, et al. Early childhood caries: the influence of socio-behavioral variables and health locus of control in a group of children from Araraquara, Sao Paulo, Brazil. Cad Saude Publica [serial online] 2006 [cited 2007 June 10]; 22(6): 1247-56.
11. Astrom AN, Blay D. Multidimensional health locus of control scales: applicability among Ghanaian adolescents. East Afr Med J[serial online] 2002[cited 2007 June 11];79(3): 128-33.
12. Bajwa A, Watts TL, Newton JT. Health control beliefs and quality of life considerations before and during periodontal treatment. Oral Health Prev Dent [serial online] 2007[cited 2007 June 11]; 5(2): 101-4.
13. Chase I, et al. Clinical outcomes for Early Childhood Caries (ECC): the influence of health locus of control. Eur J Paediatr Dent [serial online] 2004[cited 2007 June 10]; 5(2): 76-80.
14. Hollister MC, Anema MG. Health behavior models and oral health: a review. J Dent Hyg [serial online] 2004 [cited 2007 June 10]; 78(3): 6.
15. Galgut PN, et al. The relationship

บทนำ

จากคำจำกัดความของคำว่า “สุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล”¹ ดังนั้นการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก บุคลากรสาธารณสุขจึงควรดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Approach) มองสุขภาพช่องปากในภาพรวม ไม่มองโรคในช่องปากอย่างแยกส่วนแต่จะมองโรคในช่องปากในมิติที่เชื่อมโยงกับสุขภาพสิ่งแวดล้อม และสัมพันธ์กับวิถีการดำรงชีวิต

ความเชื่อส่งผลต่อการกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ ความเชื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค การเจ็บป่วย และการรักษา รอตเตอร์² นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน ได้เสนอทฤษฎีเกี่ยวกับบุคลิกภาพของบุคคลโดยมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ซึ่งเชื่อว่าการที่บุคคลมีพฤติกรรมแตกต่างกันออกไปนั้น เนื่องจากความคิด ประสบการณ์ สภาวะแวดล้อมและความเชื่อของบุคคลที่แตกต่างกัน ต่อมาได้ถูกนำมาประยุกต์เป็นความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพ³ (Health locus of control) เพื่อให้สามารถนำมาทำนายพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีอำนาจสูงในการทำนายพฤติกรรม แบ่งเป็นความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal health locus of control) ซึ่งเป็นความเชื่อหรือความคาดหวังต่อสิ่งต่างๆ ที่ตนได้รับ ว่าเกิดจากการกระทำของตน ไม่ว่าจะเป็นด้านดีหรือด้านร้ายก็ตาม ความเชื่ออำนาจผู้อื่น (Powerful other health locus of control) เป็นความเชื่อที่ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเป็นเพราะผู้อื่นกระทำให้เกิด ตนไม่สามารถควบคุมได้ ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ (Chance health locus of control) เป็นความเชื่อที่ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตน เป็นเพราะความบังเอิญที่ต้องเป็นเช่นนั้น หรือเป็นเพราะโชคชะตา

เคราะห์กรรม ซึ่งตนมีอาจเข้าไปควบคุมได้ ความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความพยายามในการควบคุมสุขภาพของตนเอง และการให้ความร่วมมือในการรักษา ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ สามารถวางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยได้มากขึ้น

โรคเบาหวานเป็นโรคที่เรื้อรังและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยเนื่องจากมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และมีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้เกือบทุกระบบของร่างกายทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ซึ่งเป็นอันตรายแก่ชีวิต สร้างความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว สังคมและประเทศชาติตามมา

ความสัมพันธ์ของโรคเบาหวานกับโรคปริทันต์ เป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์และทันตแพทย์มาเป็นเวลานาน สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา อ้างในพัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันทน์⁴ ได้กำหนดให้ภาวะเหงือกอักเสบเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานมีการเปลี่ยนแปลงเนื้อเยื่อในช่องปาก เช่นมีภาวะปากแห้ง มีการตอบสนองต่อเชื้อโรคต่ำ ติดเชื้อราได้ง่าย การหายของแผลช้า จึงเพิ่มโอกาสที่จะเกิดการอักเสบของเหงือกและมีโอกาสสูญเสียฟันและกระดูกเบ้ารากฟันได้ง่าย โดยเฉพาะในผู้ที่ไม่สามารถควบคุมปริมาณน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับดีได้ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมปริมาณน้ำตาลในเลือดให้อยู่ระดับดี ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุสูงกว่าคนปกติ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยเบาหวานมักชอบรับประทานอาหารบ่อยกินจุบจิบ โอกาสที่ฟันจะสัมผัสกับกรดที่ผลิตแบคทีเรียในช่องปากจึงมีมากขึ้น หากผู้ป่วยมีการรักษาอนามัยช่องปากไม่ดี โอกาสเกิดฟันผุจะสูงกว่าคนทั่วไป สำหรับโรคปริทันต์เป็นโรคที่มีการดำเนินโรคอย่างช้าๆ และนำไปสู่การสูญเสียฟันเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ซึ่งถ้าได้รับความรู้มีการรักษาแบบป้องกัน มีความสามารถดูแลตนเอง

ตามความรู้ที่ได้รับ จะป้องกันไม่ให้เกิดการสูญเสียฟันได้ มีการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคปริทันต์ระดับรุนแรงเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือด ซึ่งการรักษาสุขภาพช่องปากโดยเฉพาะการอักเสบของเหงือกและอวัยวะรอบเขี้ยวสามารถช่วยให้การควบคุมโรคเบาหวานดีขึ้น

จากการศึกษาของ อุบล เลี้ยววาริณ⁵ พบว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมนั้น บุคคลจะต้องมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพมีความเชื่ออำนาจในตนเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพสูงและมีลักษณะมุ่งอนาคตสูงด้วย ดวงเดือน พันธุมนาวิน⁶ ได้สรุปไว้ว่า บุคคลที่สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะเกิดอะไรกับตน เช่น สุขภาพดีหรือเสื่อม สามารถที่จะอดได้รอได้ และกระทำการที่จะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนในวันข้างหน้า และมีความเชื่ออำนาจในตน เชื่อว่าการกระทำที่เหมาะสมของตนจะก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง และการกระทำที่ไม่เหมาะสมจะก่อให้เกิดผลเสียในวันหน้า และการมีสุขภาพที่ดีในวันหน้าขึ้นอยู่กับว่าวันนี้เราดูแลตนเองดีเพียงใด จะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

สุขภาพช่องปากของบุคคลที่ปรากฏให้เห็นในปัจจุบันเป็นภาวะที่สะสมมาจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ต่อเนื่อง ทั้งในด้านการส่งเสริมให้มีสุขภาพช่องปากที่ดี การป้องกันไม่ให้เกิดโรคในช่องปาก และการรักษาเพื่อควบคุมการลุกลามของโรค บุคคลที่มีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพที่เหมาะสมสามารถดูแลสุขภาพช่องปากและรักษาอนามัยช่องปากของตนเองได้ดี มีความตระหนักในการควบคุมและป้องกันโรคในช่องปาก การตรวจสุขภาพช่องปากโดยดูแลสุขภาพฟัน เหงือก อดัม ภาวะปริทันต์ คราบหินปูนตัวฟัน บ่งบอกถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของบุคคลนั้น

ความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพได้ถูกนำมาใช้ในการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อและสุขภาพช่องปาก รวมถึงพฤติกรรมการ

ดูแลสุขภาพช่องปาก⁷⁻¹⁴ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจการควบคุมตนกับโปรแกรมการป้องกันโรคปริทันต์ของ Galgut¹⁵ พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายนอกและความเชื่ออำนาจภายในตนกับการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกในทางที่ดีขึ้น แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่ออำนาจบังเอิญ

Kneckt และคณะ¹⁶ พบว่าความเชื่ออำนาจควบคุมตนด้านทันตกรรมในผู้ป่วยเบาหวานสามารถวัดพฤติกรรมและสภาวะสุขภาพได้โดยมีความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจการควบคุมตน และความถี่ในการไปรับการรักษาทางทันตกรรม และดัชนีต่างๆทางทันตกรรมได้แก่ คราบปริทันต์ ฟันผุ และรากฟันผุ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพช่องปากกับความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาการวางแผนรักษา และการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานให้มีความเหมาะสมต่อไป

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional study) ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานโดยแพทย์ในโรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานตามแนวเวชปฏิบัติเพื่อการบริหารจัดการภาวะโรคเขตภาคเหนือตอนบน 8 จังหวัด ประจำปี 2549-2550 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กล่าวคือ เมื่อค่าพลาสมากลูโคสขณะอดอาหารมากกว่า 126 มก./ดล. โดยตรวจซ้ำอีกครั้งในวันรุ่งขึ้นถ้ามากกว่า 126 มก./ดล. ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน¹⁷ โดยประชากรศึกษาเป็นผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง ที่มารับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง ตั้งแต่เดือนมกราคม 2550 ถึง

เดือนมิถุนายน 2550 จำนวน 51 คน เป็นเพศชาย 20 คน หญิง 31 คนอายุเฉลี่ย 50.73 ± 6.85 ปี (ตั้งแต่ 35 ปี ถึง 67 ปี)

ผู้ป่วยตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาโดยการศึกษารายชื่อแจกก่อนลงชื่อในแบบยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยโดยสมัครใจ เพื่อสำรวจสภาวะฟันผุ ถอน อุด (Decayed, Missing, Filled Teeth Index)[18]สภาวะปริทันต์ (CPITN)¹⁹ และคราบฟันบนตัวฟัน (Debris Index)²⁰

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก

2. แบบวัดความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติ (Multidimensional Health locus of control) แบบ B ซึ่งพัฒนาโดย Wallston, Wallston และ De Vellis³ ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็น ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่นและความเชื่ออำนาจบังเอิญ ด้านละ 6 ข้อ แต่ละข้อมี 6 ระดับคะแนน ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ในแต่ละด้านจะมีคะแนนจะอยู่ในช่วง 6-36 คะแนน โดยต้นฉบับภาษาอังกฤษ รายงานค่าความเชื่อมั่น Cronbach alphas อยู่ระหว่าง .60-.75 ค่า test-retest stability coefficients อยู่ระหว่าง .60-.70 และได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงทั้งด้านเนื้อหาและโครงสร้าง²¹ แบบสอบถามภาษาไทยฉบับนี้ได้ตรวจสอบความตรงทางภาษาด้วยการแปลจากภาษาอังกฤษโดยผู้วิจัยและแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษโดยผู้ที่สามารถสื่อสารได้ทั้ง 2 ภาษา

3. แบบบันทึกสุขภาพช่องปากขององค์การอนามัยโลก ซึ่งประกอบด้วย ดัชนีฟันผุ ถอน อุด (DMFT)¹⁸, ดัชนีปริทันต์ (Community Periodontal Index, CPITN, WHO, 1987)¹⁹ และคราบฟันบนตัวฟัน (Debris index) ของ Greene และ Vermillion²⁰

ข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรม

สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและสูงสุด ใช้สถิติทดสอบ Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis Test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไป

ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมการศึกษามีจำนวน 51 คน เป็นเพศชาย 20 คน หญิง 31 คน อายุเฉลี่ย 50.73 ± 6.85 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ประมาณร้อยละ 80.4 รองลงมาได้แก่ระดับมัธยมศึกษา โดยประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม เป็นส่วนใหญ่ ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เกิน 3,000 บาท ต่อเดือน ประมาณร้อยละ 43.1 สถานะทางครอบครัว ส่วนใหญ่สมรสแล้ว มีสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ 1 - 6 คนเฉลี่ย 4 คน จากข้อมูลการรักษาในโรงพยาบาล แม่ทะพบว่า ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด มีค่าเฉลี่ย 136.71 มก.% (ตั้งแต่ 93-251 มก.%) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคเบาหวาน และทราบว่าเป็นเบาหวานจากการตรวจคัดกรองสุขภาพ มีดัชนีมวลกายระหว่าง 16.88 - 35.53 โดยส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการรักษาทางทันตกรรมมาก่อนโดยระบุว่าไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ทำความสะอาดช่องปากด้วยการแปรงฟันเป็นหลัก คิดเป็นร้อยละ 94.1 โดยแปรงฟันเฉลี่ย 1.62 ครั้งต่อวัน และใช้ไหมขัดฟันช่วยในการทำทำความสะอาดช่องปากเป็นส่วนใหญ่

2. ความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติ

ความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพ (ตารางที่ 1) พบว่าด้านความเชื่ออำนาจภายในตน

ตารางที่ 1 แสดงข้อความความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพและระดับความคิดเห็น

Table 1 Multidimensional Health Locus of Control scale form

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย มากที่สุด (1 คะแนน)	ไม่เห็นด้วย ปานกลาง (2 คะแนน)	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย (3 คะแนน)	เห็นด้วย เล็กน้อย (4 คะแนน)	เห็นด้วย ปานกลาง (5 คะแนน)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (6 คะแนน)
1. เมื่อฉันเจ็บป่วยการปฏิบัติตัวของฉันจะทำให้ฉันหายเร็วหรือช้าได้						
2. ไม่ว่าฉันจะดูแลสุขภาพตนเองอย่างไร เมื่อถึงเวลาที่จะเจ็บป่วยก็ย่อมเจ็บป่วย						
3. การไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะช่วยไม่ให้ฉันเกิดการเจ็บป่วย						
4. สิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของฉันโดยส่วนใหญ่แล้วมักเกิดขึ้นโดยบังเอิญ						
5. เมื่อฉันรู้สึกไม่สบาย ฉันควรจะไปปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล						
6. ฉันเป็นผู้รับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง						
7. ผู้คนรอบข้างมีส่วนอย่างมากที่จะทำให้ฉันมีสุขภาพดีหรือเกิดการเจ็บป่วย						
8. เมื่อฉันเจ็บป่วย ฉันมักโทษตัวเองว่าเป็นต้นเหตุ						
9. โชคชะตาเป็นตัวกำหนดว่าฉันจะหายจากการเจ็บป่วยได้เร็วหรือช้า						
10. แพทย์และพยาบาลจะเป็นผู้ควบคุมภาวะสุขภาพของฉัน						
11. การที่ฉันมีสุขภาพดีเพราะฉันโชคดี						
12. ฉันมีสุขภาพแข็งแรงเพราะฉันดูแลตัวเอง						
13. เมื่อฉันไม่สบายนั้นเป็นเพราะฉันไม่ดูแลตัวเอง						
14. การได้รับความช่วยเหลือดูแลจากคนรอบข้างมีส่วนช่วยให้อาการของฉันดีขึ้น						
15. ถึงแม้ว่าฉันดูแลตัวเองเพียงใดก็ตาม ฉันก็ยังดูเหมือนเจ็บป่วยอยู่เสมอ						
16. การที่ฉันเจ็บป่วยเกิดจากโชคชะตาได้กำหนดมาแล้ว						
17. ถ้าฉันดูแลตัวเองอย่างดีฉันจะมีสุขภาพดีอยู่เสมอ						
18. ฉันปฏิบัติทุกอย่างตามแพทย์บอก เพื่อเป็นหนทางที่จะทำให้ฉันมีสุขภาพแข็งแรง						

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุดของความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติของตัวอย่าง (n=51)

Table 2 Means and standard deviation, median and interquartile range Multidimensional Health Locus of Control score by dimensions among study population (n=51)

ความเชื่ออำนาจควบคุมตนด้านสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย (x±SD)	มัธยฐาน (M±IQR)	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด
ความเชื่ออำนาจภายในตน	30.18 ± 3.56	31 ± 6	21	36
ความเชื่ออำนาจผู้อื่น	30.86 ± 3.42	30 ± 6	25	36
ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ	22.76 ± 4.46	23 ± 8	15	33

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุดของจำนวนฟันทั้งปาก, ฟันผุ, ฟันถอน, ฟันอุดและสภาวะฟันผุ ถอน อุดในผู้ป่วยเบาหวาน (n=51)

Table 3 Means and standard deviation, median and interquartile range number of teeth, Decayed teeth, Missing teeth, Filled teeth and DMFT of the diabetes patient by study area (n=51)

สภาวะฟันผุ ถอน อุด	ค่าเฉลี่ย (x±SD)	มัธยฐาน (M±IQR)	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด
จำนวนฟันทั้งปาก (ซี่/คน)	23.14 ± 6.31	26 ± 6	0	28
ฟันผุ (ซี่/คน)	1.24 ± 1.72	0 ± 2	0	7
ฟันถอน (ซี่/คน)	4.8 ± 6.31	2 ± 6	0	28
ฟันถอนเนื่องจากฟันผุ(ซี่/คน)	1.6 ± 2.93	0 ± 2	0	13
ฟันอุด (ซี่/คน)	0.06 ± 0.31	0 ± 0	0	2
ฟันผุ ถอน อุด (ซี่/คน)	2.29 ± 3.02	1 ± 3	0	13

และความเชื่ออำนาจภายนอกตนของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษามีค่าใกล้เคียงกัน และมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าคะแนนความเชื่ออำนาจบังเอิญ (ตารางที่ 2)

3. ผลการตรวจสุขภาพช่องปาก

3.1. ฟันผุ ถอน อุด

ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมการศึกษามีค่ามัธยฐานของจำนวนฟันในช่องปากเท่ากับ 26 ± 6 ซึ่งต่อคน โดยมีผู้ปราศจากฟันผุ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 13.7 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดเท่ากับ 2.29 ± 3.02 ซึ่งต่อคน ซึ่งการบันทึกว่าเป็น “เอ็ม”(M) เมื่อฟันชิ้นนั้นถูกถอนไปแล้วเนื่องจากฟันผุ (ตารางที่ 3)

3.2. สภาวะปริทันต์

ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมการศึกษา ส่วนใหญ่มีหินน้ำลายในช่องปาก คิดเป็นร้อยละ 54.9 รองลง

มาคือมีร่องลึกปริทันต์ 4-5 มิลลิเมตร คิดเป็นร้อยละ 33.3 และมีร่องลึกปริทันต์มากกว่า 6 มิลลิเมตร คิดเป็นร้อยละ 7.8 และเป็นที่น่าสังเกตว่าไม่มีผู้เข้าร่วมการศึกษาที่มีสภาวะปริทันต์ในระดับปกติเลย นอกจากนี้ ยังมีผู้ที่มีจำนวนฟันไม่เพียงพอต่อการวัดสภาวะปริทันต์ด้วย

เมื่อพิจารณาเป็นส่วนของช่องปาก พบว่าส่วนใหญ่มีหินน้ำลาย โดยมีค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปากที่มีหินน้ำลาย เท่ากับ 4.2 ส่วนต่อคน (ตารางที่ 4)

3.3. คราบหม่นบนตัวฟัน

ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมการศึกษามีจำนวนฟันคราบตามเกณฑ์การตรวจคราบหม่นบนตัวฟัน (Debris index) ของ Greene และ Vermillion จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 84.3 ของผู้ที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนร้อยละของผู้ที่เป็นโรคปริทันต์ในระดับต่างๆและจำนวนส่วนของช่องปาก และค่าเฉลี่ย ส่วนของช่องปากที่มีสภาวะปริทันต์ในระดับต่างๆในผู้ป่วยเบาหวาน (n=51)

Table 4 Percentage of study population by Periodontal status (n=51)

สภาวะปริทันต์	ผู้ที่เป็นโรคปริทันต์ ในระดับต่างๆ	ส่วนของช่องปากที่มี สภาวะปริทันต์ในระดับต่างๆ			
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (ส่วน)	ค่าเฉลี่ย
เหงือกปกติ (รหัส 0)		0	0	6	0.12
เหงือกมีเลือดออก (รหัส 1)		0	0	12	0.24
มีหินน้ำลาย (รหัส 2)		28	54.90	214	4.2
มีร่องลึกปริทันต์ 4-5 มม. (รหัส 3)		17	33.33	44	0.86
มีร่องลึกปริทันต์มากกว่า 6 มม. (รหัส 4)		4	7.84	7	0.14
Missing sextant (รหัส 9)		2	3.92	23	0.45

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ของความเชื่ออำนาจควบคุมตนด้านสุขภาพ หลายมิติของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานแบ่งตามสภาวะฟันผุ ถอน อุด (n=51)

Table 5 Means and standard deviation, median Multidimensional Health Locus of Control score of study population by Dental Caries status group (n=51)

กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน		จำ นวน (คน)	คะแนนความเชื่ออำนาจควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติ					
สภาวะปริทันต์	กลุ่ม สภาวะ ฟันผุ		ความเชื่ออำนาจ ภายในตน		ความเชื่ออำนาจ ภายนอก		ความเชื่ออำนาจ บังเอิญ	
			ค่าเฉลี่ย	มัธยฐาน	ค่าเฉลี่ย	มัธยฐาน	ค่าเฉลี่ย	มัธยฐาน
DMF < 5	ต่ำมาก	45	30.33±3.59	31	22.78±4.47	31	31.07±3.37	23
5 ≤ DMF ≤ 8.9	ต่ำ	2	29.50±3.54	31.5	27.50±3.54	26.50	23.50±7.78	25.50
9.0 ≤ DMF ≤ 13.9	ปานกลาง	4	28.75±3.77	32	30.25±4.03	33.50	22.25±4.11	22.50
รวม		51	30.18±3.56	31	30.86±3.42	30	24.25±4.46	23
Kruskal-Wallis Test			0.988		0.367		0.988	

ทราบว่ามีค่าต่ำสุดเท่ากับ 1 และสูงสุดเท่ากับ 2.67
เฉลี่ยเท่ากับ 1.93 ± 0.43

4. ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพช่องปากกับ
ความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติ

4.1. ความสัมพันธ์ระหว่างฟันผุ ถอน อุด
กับความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพ

เนื่องจากสภาวะฟันผุ ถอน อุดของผู้ป่วย
เบาหวานที่เข้าร่วมการศึกษามีความแตกต่างกันมาก

ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มสภาวะฟันผุออกเป็น 4 กลุ่มตามเกณฑ์
การแบ่งสภาวะฟันผุขององค์การอนามัยโลก²² ได้แก่
(1) กลุ่มที่มีฟันผุต่ำมาก ได้แก่ ผู้ที่มีฟันผุถอนน้อยกว่า
5 ซี่ (2) กลุ่มที่มีฟันผุต่ำ ได้แก่ ผู้ที่มีฟันผุ ถอน อุด 5-
8.9 ซี่ (3) กลุ่มที่มีฟันผุปานกลาง ได้แก่ ผู้ที่มีฟันผุ ถอน
อุด 9.0-13.9 ซี่ และ (4) กลุ่มที่มีฟันผุสูง ได้แก่ ผู้ที่
ฟันผุ ถอน อุด มากกว่า 13.9 ซี่ขึ้นไป โดยการ
บันทึกว่าเป็น “เอ็ม”(M)เมื่อฟันซี่นั้นถูกถอนไปแล้ว

เนื่องจากฟันผุ

ไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติ ทั้งด้านความเชื่ออำนาจภายในตน ด้านความเชื่ออำนาจภายนอก และด้านความเชื่ออำนาจบังเอิญ ระหว่างกลุ่มสภาวะฟันผุแต่ละกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5)

4.2. ความสัมพันธ์ระหว่างกับสภาวะปริทันต์
ความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพ

เมื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานตามสภาวะโรคปริทันต์ เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีหินน้ำลาย ผู้ที่มีร่องลึกปริทันต์ 4-5 มิลลิเมตรและผู้ที่มีร่องลึกปริทันต์มากกว่า 6 มิลลิเมตรขึ้นไป พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติในแต่ละด้าน (ตารางที่ 6) พบว่าไม่มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติในทุกด้านระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานตามสภาวะปริทันต์แต่ละกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.3. ความสัมพันธ์ระหว่างคราบนุ่มบนตัว

ฟันกับความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพ

เมื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานตามความสามารถในการทำความสะอาดช่องปากโดยพิจารณาจากคราบนุ่มบนตัวฟัน (Debris index) เป็น 4 กลุ่มโดยใช้เกณฑ์จากการหาค่าเฉลี่ยคราบนุ่มบนตัวฟันตามคะแนนที่ใช้ในแบบบันทึกคราบนุ่มบนตัวฟัน (Debris index) ของ Greene และ Vermillion²⁰ ได้แก่ (1) กลุ่มผู้ที่มีคราบนุ่มบนตัวฟันน้อยหมายถึง ผู้ที่มีคราบนุ่มบนตัวฟันน้อยกว่า 1 (2) กลุ่มผู้ที่มีคราบนุ่มบนตัวฟันปานกลางหมายถึง ผู้ที่มีคราบนุ่มบนตัวฟันระหว่าง 1.1 ถึง 2 (3) กลุ่มผู้ที่มีคราบนุ่มบนตัวฟันมาก หมายถึง ผู้ที่มีคราบนุ่มบนตัวฟันมากกว่า 2 และ (4) กลุ่มผู้ที่ตรวจไม่ได้ หมายถึง ผู้ที่มีจำนวนฟันไม่ครบตามเกณฑ์การตรวจคราบนุ่มบนตัวฟัน

พบว่ามีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติในด้านความเชื่ออำนาจภายนอกระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีคราบนุ่มบนตัวฟันแตกต่างกันอย่างมีนัย

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ของความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานแบ่งตาม สภาวะปริทันต์ (n=51)

Table 6 Means and standard deviation, median Multidimensional Health Locus of Control score of study population by Periodontal status (n=51)

กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานตามสภาวะปริทันต์	จำนวน (คน)	คะแนนความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติ					
		ความเชื่ออำนาจภายในตน		ความเชื่ออำนาจภายนอก		ความเชื่ออำนาจบังเอิญ	
		ค่าเฉลี่ย	มัธยฐาน	ค่าเฉลี่ย	มัธยฐาน	ค่าเฉลี่ย	มัธยฐาน
มีหินน้ำลาย	28	30.96±3.28	28	30.96±3.74	30.5	23.36±4.56	24.50
มีร่องลึกปริทันต์ 4-5 มม.	17	29.29±3.35	29	30.35±2.76	30	22.29±4.43	23
มีร่องลึกปริทันต์มากกว่า 6 มม.	4	30.25±3.86	31	33.50±2.52	34	21.25±5.56	21
Missing sextant	2						
รวม	49	30.33	31	30.96±3.39	30	22.82±4.49	23
Kruskal-Wallis Test		0.279		0.228		0.602	

ตารางที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ของความเชื่ออำนาจควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานแบ่งตาม คราบน้ำตาลบนตัวฟัน

Table 7 Means and standard deviation, median Multidimensional Health Locus of Control score of study population by Debris Index group (n=51)

กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ตามคราบน้ำตาลบนตัวฟัน (DI)	จำนวน (คน)	คะแนนความเชื่ออำนาจควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติ					
		ความเชื่ออำนาจภายในตน		ความเชื่ออำนาจภายนอก		ความเชื่ออำนาจบังเอิญ	
		ค่าเฉลี่ย	มัธยฐาน	ค่าเฉลี่ย	มัธยฐาน	ค่าเฉลี่ย	มัธยฐาน
0-1	3	31.33±2.08	32	31.67±3.79	30	21.67±6.43	19
1.1-2	22	30.23±3.49	30.50	30.09±3.38 ^a	30	22.73±3.89	22
> 2	18	29.72±4.21	31	32.78±2.90 ^{ab}	33.50	22.72±4.03	23
ตรวจไม่ได้	8	30.62±2.88	31	28.38±2.50 ^b	27.50	23.38±6.65	23.50
รวม	51	30.18±3.56	31	30.86±3.42	30	22.7±4.46	23
Kruskal-Wallis Test		0.956		0.012		0.975	

Mann-Whitney U test : ^ap-value = 0.018, ^bp-value = 0.003

สำคัญทางสถิติ (p-value = 0.012) (ตารางที่ 7)

กลุ่มที่มีคราบน้ำตาลสูงมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติ ในด้านความเชื่ออำนาจภายนอกสูงกว่ากลุ่มที่มีคราบน้ำตาลปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (^ap-value = 0.018)

กลุ่มที่มีคราบน้ำตาลสูงมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติ ในด้านความเชื่ออำนาจภายนอกสูงกว่ากลุ่มที่ตรวจไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (^bp-value = 0.003)

บทวิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่าความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ทำการศึกษามีเพียงด้านความเชื่ออำนาจภายนอกเท่านั้นที่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่มีคราบน้ำตาลบนตัวฟันแตกต่างกัน

ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ทำการศึกษาซึ่งมีตั้งแต่ 35 ถึง 67 ปี อายุเฉลี่ย 50.73 ปี พบผู้ป่วยโรคฟันผุ

และ/หรือมีการสูญเสียฟันร้อยละ 86.3 ค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุด 2.29 + 3.02 ซึ่งต่อคนที่ดีกว่าผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพครั้งที่ 5²³ กลุ่มอายุ 35-44 ปีซึ่งพบผู้ป่วยโรคฟันผุและ/หรือมีการสูญเสียฟันร้อยละ 85.6 ค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุด 6.1 ซึ่งต่อคนและมีสถานะฟันผุดีกว่ากลุ่มอายุ 60-74 ปี ที่พบผู้ป่วยโรคฟันผุและ/หรือมีการสูญเสียฟันร้อยละ 95.6 ค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุด 14.4 ซึ่งต่อคน อย่างไรก็ตามพบว่าในค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดเท่ากับ 2.29 + 3.02 ซึ่งต่อคนนั้นมีสัดส่วนของฟันถอนมากที่สุด โดยมีฟันถอนเฉลี่ย 4.8 + 6.31 ซึ่งต่อคน โดยที่มีฟันถอนจากฟันผุ เฉลี่ย 1.63 + 2.93 ซึ่งต่อคน รองลงมาคือฟันผุ มีฟันผุเฉลี่ย 1.24 + 1.72 ซึ่งต่อคนและมีฟันอุดเฉลี่ยเพียง 0.06 ± 0.31 ซึ่งต่อคน เป็นที่น่าสังเกตว่าการสูญเสียฟันของผู้ป่วยที่ทำการศึกษามีสาเหตุมาจากปริทันต์และสาเหตุอื่นมากกว่าจากฟันผุ

กลุ่มผู้ป่วยที่มีคราบน้ำตาลบนตัวฟันมากมีคะแนนความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติในด้านความเชื่ออำนาจภายนอกสูงที่สุดและมีความ

แตกต่างกับกลุ่มผู้ที่มีคราบน้ำตาลบนตัวฟัน ปานกลาง และกลุ่มผู้ที่มีจำนวนฟันไม่ครบตามเกณฑ์การตรวจ คราบน้ำตาลบนตัวฟันซึ่งอาจมีความสอดคล้องกับการ ศึกษาของ Macgregor²⁴ ที่พบว่าความเชื่ออำนาจ การควบคุมตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความถี่ ในการแปรงฟันในเด็กวัยรุ่นบางช่วงอายุ และความ เชื่ออำนาจภายนอกตนมีความสัมพันธ์อย่างมากับการ นัดมาตรวจซ้ำและให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการแปรงฟัน อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มที่มีคราบน้ำตาลบนตัวฟันน้อยมาก ไม่พบความแตกต่างกับกลุ่มใดเลย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ มีจำนวนผู้ที่มีคราบน้ำตาลบนตัวฟันน้อยมากมีจำนวนน้อย

แม้ว่าการศึกษาของ Borkowska²⁵ ที่พบว่า ความเชื่ออำนาจภายนอกมีความสัมพันธ์กับภาวะ เหงือกอักเสบ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าในกลุ่มผู้ที่มีสภาวะ ปริทันต์แตกต่างกันไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว ทั้งนี้ อาจเป็นผลจากการที่ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานไม่มีคน ที่มีสภาวะปริทันต์ปกติ กอปรกับโรคปริทันต์เป็นโรค เรื้อรังและไม่มีการแสดงทางคลินิกที่เด่นชัด ทั้งนี้ เนื่องจากโรคปริทันต์เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ด้วยระดับ ความรุนแรงต่างกัน และจำนวนฟัน หรือจำนวนด้าน ที่เป็นโรค ก็แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละคน นอกจากนี้ ในผู้ป่วยคนเดียวกัน ก็อาจมีการดำเนินโรคแตกต่างกัน ในแต่ละช่วงเวลา²⁶

การดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาลักษณะ ส่งเสริมและพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ เป็นงาน ที่สำคัญที่มุ่งแก้ไขปรับเปลี่ยนและพัฒนาพฤติกรรม สุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือ พฤติกรรม การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพ รวมทั้งการมี ความคิดและความรับผิดชอบที่ว่าสุขภาพ เป็นเรื่อง ที่แต่ละคนจะต้องแสวงหาการดูแลรักษา²⁷ จากผลการ ศึกษาดังกล่าวข้างต้น พบว่าความเชื่ออำนาจในการ ควบคุมตนด้านสุขภาพหลายมิติ มีความแตกต่างกัน

ในความเชื่ออำนาจภายนอกและมีความสัมพันธ์กับ สุขภาพช่องปาก ดังนั้นการพัฒนาการวางแผนรักษา และการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน ให้มีความเหมาะสม ควรมีแนวทางที่สอดคล้องกับ พื้นฐานความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย ทันตบุคลากร จึงควรสร้างภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับ ทีมสุขภาพ ตลอดจนสร้างการมีส่วนร่วม ในการ ดูแลสุขภาพจากครอบครัวและชุมชนต่อไป

บทสรุป

1. สุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานราย ใหม่ของโรงพยาบาลแม่ทะที่เข้าร่วมการศึกษามี ความแตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สภาวะฟันผุ ถอน อุด กล่าวคือ มีตั้งแต่คนที่ปราศจากฟันผุ จนถึงมีฟัน ผุ ถอน อุด ทุกซี่ในช่องปาก และไม่มีผู้ป่วยเบาหวานรายใดเลยที่มีสภาวะปริทันต์ปกติ

2. ในผู้ป่วยเบาหวานที่มี ความสามารถในการ ดูแลสุขภาพช่องปาก มีความเชื่ออำนาจการ ควบคุมตนด้านสุขภาพในด้านความเชื่ออำนาจ ภายนอกตนแตกต่างกัน แต่ในผู้ที่มีสภาวะโรคฟันผุ และสภาวะปริทันต์แตกต่างกันไม่มีความแตกต่างกัน

3. ไม่มีความแตกต่างของความเชื่ออำนาจ การควบคุมตนด้านสุขภาพในด้านความเชื่ออำนาจ ภายในตนและความเชื่ออำนาจบังเอิญของผู้ป่วยเบาหวานที่มีสุขภาพช่องปากแตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอ แม่ทะ จังหวัดลำปาง ที่ให้ความร่วมมือและสละเวลา เข้าร่วมในการศึกษา โรงพยาบาลแม่ทะ ที่ให้การ สนับสนุนทุนวิจัย และ อ.ภญ.ชิตชนก เรือนก้อน อ.ทพ.นฤมนัส คอวนิช ที่ให้คำปรึกษาในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ. พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: พิมพ์ลักษณ์;2550.
2. Rotter, Julian B. The development and applications of social learning theory. New York: Praeger;1982.
3. Wallston KA, Wallston BS, Devellis R. Development of the multidimensional health locus of control(MHLC) scale. Health Educ Monogr [serial online] 1978 [cited 2007 June 9];6:160-70
4. พัชราวรรณ ศรีศิลป์นันท์.การทบทวนองค์ความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ข้อเสนอเชิงนโยบาย ข้อเสนอเพื่อการศึกษา วิจัยและพัฒนา:สุขภาพช่องปากกับสุขภาพร่างกาย [cited 2007 June 9] [cited book/elderly/keld04.html.]
5. อุบล เลี้ยววาริณ. ความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร ปริญญาโท คุรุศาสตร์ สาขาพัฒนาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ:2534
6. ดวงเดือน พันธุมนาวิน. ทฤษฎีต้นไม้วัยธรรม การวิจัยและการพัฒนาบุคลากร โครงการส่งเสริมเอกสารวิชาการ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์: 2538
7. Bagley JG, Low KG. Enhancing flossing compliance in college freshmen. Clin Prev Dent [serial online] 1992[cited 2007 June 10] ; 14(6): 25-30.
8. Wolfe GR, Stewart JE, Hartz GW. Relationship of dental coping beliefs and oral hygiene. Community Dent Oral Epidemiol. [serial online] 1991[cited 2007 June 10]; 19(2): 112-5.
9. Scruggs RR, Warren DP, Levine P. Juvenile diabetics' oral health and locus of control. A pilot study. J Dent Hyg [serial online] 1989[cited 2007 June 10]; 63(8): 376-81.
10. Brandao IM, et al. Early childhood caries: the influence of socio-behavioral variables and health locus of control in a group of children from Araraquara, Sao Paulo, Brazil. Cad Saude Publica [serial online] 2006 [cited 2007 June 10]; 22(6): 1247-56.
11. Astrom AN, Blay D. Multidimensional health locus of control scales: applicability among Ghanaian adolescents. East Afr Med J[serial online] 2002[cited 2007 June 11];79(3): 128-33.
12. Bajwa A, Watts TL, Newton JT. Health control beliefs and quality of life considerations before and during periodontal treatment. Oral Health Prev Dent [serial online] 2007[cited 2007 June 11]; 5(2): 101-4.
13. Chase I, et al. Clinical outcomes for Early Childhood Caries (ECC): the influence of health locus of control. Eur J Paediatr Dent [serial online] 2004[cited 2007 June 10]; 5(2): 76-80.
14. Hollister MC, Anema MG. Health behavior models and oral health: a review. J Dent Hyg [serial online] 2004 [cited 2007 June 10]; 78(3): 6.
15. Galgut PN, et al. The relationship

เอกสารอ้างอิง

- between the multidimensional health locus of control and the performance of subjects on a preventive periodontal programme. J Clin Periodontol [serial online] 1987[cited 2007 June 14]; 14(3): 171-5.
16. Knecht MC, AM Syrjala, ML Knuuttila. Locus of control beliefs predicting oral and diabetes health behavior and health status. Acta Odontol Scand.[serial online] 1999[cited 2007 June 9]; 57(3): 127-31.
17. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, แนวทางเวชปฏิบัติ เพื่อการบริหารจัดการภาวะโรค เขตภาคเหนือตอนบน 8 จังหวัด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน. 2549. 27-31
18. World Health Organization. Oral Health Surveys-Basic methods.4 th ed.:Dentition status and treatment need., Geneva 1997, 39-44
19. World Health Organization. Oral Health Surveys-Basic methods.4 rd ed.: Community Periodontal Index,Geneva 1997, 36-38
20. Greene JC,Vermillion JR. The Simplified Oral Hygiene Index. J Am Dent Assoc 1964;68:8-13
21. Wallston KA, Wallston BS.Health locus of control scales.In : Herbert ML,ed. Research with the locus of control construction. New York :Academic Press; 1981:189-239
22. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st centurythe approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol [serial online] 2003[cited 2007 May 5]; 31(1) : 3-24.
23. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5. 2543-2544. กรุงเทพฯ:บริษัทสมเจริญพานิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด;2545.
24. Macgregor IDM, Regis D, Balding J.Self-concept and dental health behaviours in adolescents. J Clin Periodontal [serial online] 1997[cited 2007 June 10]; 24(5): 335-9.
25. Borkowska ED, Watts TLP, Weinman J. The relationship of health beliefs and psychological mood to patient adherence to oral hygiene behaviour. J Clin Periodontol [serial online] 1998 [cited 2007 June 10]; 25(3): 187-93.
26. รัตนา อัมไพวรรธน และคณะ, การสร้างเกณฑ์คัดกรอง กลุ่มเสี่ยงโรคโรคปริทันต์. [cited 2007 June 10];[Availablefrom:<http://dental.anamai.moph.go.th/oralhealth/PR/E-book /risk/r02.htm>]
27. ศูนย์พัฒนาทรัพยากรการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. เอกสารประกอบการเรียน พฤติกรรมสุขภาพ [cited 2007 May 10]; vailable from :<http://cyberclass.msu.ac.th/cyberclass/library/library.php>]

Original Article

The relationship between oral health status and the multidimensional health locus of control

Among new case diabetes patients located in Maetha district, Lampang Province

Udomlux Maneewong* D.D.S.

Mukthita Nantichai* D.D.S.

Abstract

Locus of control scales have long been demonstrated the relationship to the decision in preventive and curative behavior in human being, psychological factors to physical disease and the response of patients to disease. This cross - sectional study aimed to investigate the relationship between locus of control and oral health status among new case diabetes patients at Maetha district, Lampang province. This study was carried out among 20 males and 31 females with average age 50.73 ± 6.85 years old. The Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scale was used to measure health locus of control with three dimensions; internal, external and chance. Oral health examination was performed by trained oral health personnel using WHO criteria for dental caries status (DMFT), Periodontal status (CPITN) and Debris index. Data was analyzed by using means and medians and non - parametric statistics. The results showed mean score of internal MHLC was 30.18 ± 3.56 , mean score of external MHLC was 30.86 ± 3.42 and mean score of chance MHLC 22.76 ± 4.46 . Dental caries status was varied from caries free to DMFT = 28, mean of DMFT was 2.29 ± 3.02 . It was found that subjects with calculus was 54.90%, with periodontal pocket dept more than 4-5 mm. was 41.17%. Debris index range from 1 to 2.67 with mean DI 1.93 ± 0.43 . It was found that there was significant correlation between the external MHLC dimension with debris index (p value = 0.012). This study suggests that oral health status related to external multidimensional health locus of control.

Keyword : oral health status, multidimensional health locus of control, diabetes patients

* Maetha hospital, Maetha district , Lampang Province