

Research article

Oral health behaviors and associated factor with oral health-related quality of life among prisoners in Nonthaburi prison

Permrattana Sareeratewin

Dentist, Senior Professional
Level Bureau of Dental
Health

Janpen Sritat

Registered Nurse,
Professional Level
Nonthaburi Prison

Prateep Kankhwao

Lecturer, Senior Professional
Level Sirindhorn College of
Public Health Khon Kaen

Abstract

The most prisoners tend to have poor oral hygiene. They are more likely to have less access to oral health promotion. This cross-sectional analytical study investigated oral health behaviors, oral health-related quality of life and associations between personal and social factors (age, income, and education), oral health behaviors and oral health-related quality of life among prisoners in Nonthaburi prison, Thailand. Data were collected from 337 prisoners using questionnaires, regarding knowledge, attitude, oral care practice and oral health related quality of life. The internal reliability was tested by Kuder – Richardson 20 for knowledge and Cronbach's alpha Coefficient for attitude, oral care practice and 14-item Oral Health Impact Profile (OHIP-14) and were accounted for 0.75, 0.73, 0.72 and 0.94, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and spearman's rank correlation coefficients. The results showed that most prisoners had oral health care knowledge at the low level (71.2%), oral health care attitude at the high level (57.30%) and oral health care practice at the moderate level (68.55%). OHIP severity were 13.83. The most prisoners had dental problems (76.60%). Knowledge and attitude were significantly related to oral health related quality of life ($r_s=0.190$, $p<0.001$ and $r_s=0.201$, $p<0.001$ respectively).

Corresponding author

Prateep Kankhwao

E-mail : Kankhwao@hotmail.com

Received date : 12 May 2021

Revised date : 5 October 2021

Accepted date : 2 December 2021

วารสารทันตภิบาล ปีที่ 32 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2564

Oral care practice was significantly related to oral health related quality of life ($r_s=-0.126$, $p=0.021$). Conclusion, the study suggests that it is necessary to focus on oral care practice and arrangement of environment for oral care.

Key words: prisoner, oral health behaviors, quality of life

วารสารทันตภิบาล ปีที่ 32 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2564

บทความวิจัย (Research article)

พฤติกรรมสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพ ชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ต้องขังในเรือนจำ จังหวัดนนทบุรี

เพิ่มรตนะ สรีระเทวิน

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
สำนักทันตสาธารณสุข
กรมอนามัย

จันทร์เพ็ญ ศรีทัศน์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
เรือนจำจังหวัดนนทบุรี

ประทีป กาลเขว้า

วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดขอนแก่น

บทคัดย่อ

ผู้ต้องขังมีสภาวะช่องปากที่ไม่ดีและเป็นกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพช่องปากค่อนข้างน้อย การศึกษาเป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและสังคม พฤติกรรมสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ต้องขัง 337 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก รวมทั้งแบบวัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHIP-14) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ พิจารณาจากวิธีการของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน เจตคติ การปฏิบัติ และแบบวัดผลคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก พิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค มีเท่ากับ 0.75, 0.73, 0.72 และ 0.94 ตามลำดับ ใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนในการวิเคราะห์ข้อมูล กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า ผู้ต้องขังมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากในระดับต่ำร้อยละ 71.2 เจตคติในการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับสูงร้อยละ 57.30 การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับปานกลางร้อยละ 68.55 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมีค่าความรุนแรงเท่ากับ 13.83 มีปัญหาสุขภาพช่องปากร้อยละ 76.60 ความรู้ และเจตคติ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ ($rs=0.190, P<0.001$ และ $rs=0.201, P<0.001$ ตามลำดับ) การปฏิบัติ มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำ ($rs=-0.126, P=0.021$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก สรุปการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ต้องขังเรือนจำจังหวัดนนทบุรีควรเน้นการปฏิบัติและจัดการสิ่งแวดล้อมหรือจัดสรรเวลาให้เอื้อต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก

คำสำคัญ : ผู้ต้องขัง พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก คุณภาพชีวิต

ผู้รับผิดชอบบทความ

ประทีป กาลเขว้า

อีเมลล์ : Kankhwao@hotmail.com

วันที่ได้รับต้นฉบับ : 12 พฤษภาคม 2564

วันที่แก้ไขบทความ : 5 ตุลาคม 2564

วันตอบรับบทความ : 2 ธันวาคม 2564

วารสารทันตภิบาล ปีที่ 32 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2564

บทนำ

ผู้ต้องขังนั้นเป็นกลุ่มด้อยโอกาสที่ยังไม่เข้าถึงบริการทันตกรรมเท่าที่ควร¹ เนื่องจากถูกจำกัดในด้านการใช้ชีวิตหลาย ๆ ด้าน สถิติผู้ต้องขังราชทัณฑ์ในประเทศไทย เมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2563 มีจำนวน 371,461 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น² จากพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550³ กล่าวถึงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเป็นนโยบายที่สำคัญ และต้องดำเนินการในทุกกลุ่มวัย เพื่อให้มีสุขภาพช่องปากที่ดี และสุขภาพที่สมบูรณ์เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลทั้งทางกาย จิต ปัญญาและสังคม

มีการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า^{1,4,5}ผู้ต้องขังมีสภาวะช่องปากที่ไม่ดีและเป็นกลุ่มที่ได้รับโอกาสในการส่งเสริมสุขภาพค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะด้านทันตสุขภาพ และกลุ่มผู้ต้องขังส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยแรงงานและผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง อีกทั้งถูกจำกัดในด้านการใช้ชีวิตในหลาย ๆ ด้าน ทั้งในด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น สถานที่ในการทำความสะอาดช่องปากที่ไม่เอื้ออำนวยซึ่งอาจเกิดจากความแออัดที่มีผู้ต้องขังจำนวนมากและมีพื้นที่จำกัด อีกทั้งยังมีความเร่งรีบภายในเรือนจำ จึงทำให้มีเวลาจำกัดและค่อนข้างน้อยในการทำความสะอาดช่องปาก ซึ่งอาจส่งผลต่อสุขภาพช่องปากได้⁶ และมีการศึกษาพบว่าการมีภาวะโรคในช่องปากที่สูงของผู้ต้องขังมีผลต่อคุณภาพชีวิต⁷

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก เป็นการมองช่องปากโดยเชื่อมโยงกับสุขภาพและคุณภาพการใช้ชีวิตในสังคม⁸ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสุขภาพช่องปากที่ดีไม่ได้พิจารณาจากการมีโรคหรือไม่มีโรคในช่องปากเท่านั้น แต่รวมไปถึงการมีคุณภาพในการใช้ชีวิตทั้งทางกาย ใจและสังคม ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสภาวะช่องปากของบุคคลนั้น^{9,10} จึงครอบคลุมหลายมิติและซับซ้อนทั้งสภาวะช่องปาก สังคม บริบทที่เกี่ยวข้องตลอดจนส่วนอื่น ๆ ของร่างกายของบุคคล¹¹⁻¹³

พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก¹⁴⁻¹⁵เป็นสิ่งที่บุคคลกระทำเพื่อป้องกันและรักษาให้หายจากโรคในช่องปากทั้งที่อยู่ในสภาวะที่เป็นโรคหรือไม่เป็นก็ได้ และอาจสังเกตเห็นหรือไม่เห็นก็ได้ โดยองค์ประกอบของพฤติกรรมทางสุขภาพช่องปากมีส่วนต่างๆ เหล่านี้ ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1. องค์ประกอบด้านความรู้ความคิด (Cognitive domain) เป็นกระบวนการทางสมอง ได้แก่ การที่บุคคลมีความรู้และความเข้าใจในเนื้อหาวิชาการต่างๆ การจำข้อเท็จจริงต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถและทักษะทางสติปัญญาในทางด้านสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นจากเดิม 2. องค์ประกอบด้านเจตคติ (Affective domain) เป็นกระบวนการทางด้านจิตใจที่จะมีปฏิกิริยาต่อสิ่งแวดล้อมต่างๆ ทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรมได้แก่ การที่บุคคลมีปฏิกิริยาในด้านความรู้สึกต่อเรื่องสุขภาพช่องปากมากขึ้นกว่าเดิม และ 3. องค์ประกอบด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกทางร่างกายพฤติกรรมด้านนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายซึ่งต้องอาศัยพฤติกรรมด้านความรู้ และพฤติกรรมด้านทัศนคติเป็นส่วนประกอบ เป็นพฤติกรรมที่สามารถประเมินได้ง่ายแต่กระบวนการทำให้เกิดพฤติกรรมด้านนี้ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอนของบุคคล ในด้านสุขภาพอนามัยแล้วถือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคลเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยที่ดี สอดคล้องกับ Zheng และคณะ¹⁶ ความรู้ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทัศนคติ ทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมช่องปากและความรู้ ทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก

วารสารทันตภิบาล ปีที่ 32 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2564

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากยังมีความขัดแย้งกันอยู่ ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากได้แก่ อายุ¹⁷ รายได้¹⁸ ระดับการศึกษา¹⁹ Aishah และคณะในปี 2016²⁰ ศึกษาในครูโรงเรียนประถมประเทศคูเวตจำนวน 6 แห่งพบว่า ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวในสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ Bo-Ae Moon และคณะในปี 2015²¹ ศึกษาในประชากรกลุ่มวัยกลางคนพบว่าพฤติกรรมสุขภาพช่องปากไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ส่วนการศึกษาของ Hovsepyan ในปี 2019²² ศึกษาประชากรในเมือง Sevan และ Artashat ประเทศ Armenia พบว่า ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากไม่มีความสัมพันธ์กัน เช่นเดียวกับการศึกษาของสุพัตรา วัฒนเสนและคณะในปี 2557⁶ ศึกษาในกลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่นพบว่าพฤติกรรมสุขภาพช่องปากไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

เรือนจำจังหวัดนนทบุรีเป็นเรือนจำชาย มีผู้ต้องขังเพศชายทั้งหมด ประมาณ 2,900 คน แบ่งเป็นนักโทษเด็ดขาดจำนวน 2,159 คน คนต้องขัง 741 คน จากข้อมูลสถานพยาบาลเรือนจำจังหวัดนนทบุรีพบว่าผู้ต้องขังได้รับการตรวจช่องปาก 137 คนคิดเป็นร้อยละ 4.7 ถอนฟัน 99 คนคิดเป็นร้อยละ 3.4²³ การดำเนินงานทันตสาธารณสุขของเรือนจำจังหวัดนนทบุรีในปี 2563 คือ ผู้ต้องขังได้รับบริการถอนฟันจากการออกหน่วยของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าปีละ 1 ครั้ง และได้รับบริการตรวจฟัน ถอนฟัน อุดฟัน และชุดหินปูน จากทันตแพทย์ที่เกษียณแล้วมารักษาในเรือนจำทุกวันพุธครั้งละ 3 ชั่วโมง ซึ่งการได้รับบริการทันตกรรมและการส่งเสริมสุขภาพช่องปากค่อนข้างน้อย สาเหตุเกิดจากจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเรือนจำไม่เพียงพอ ผู้คุมที่จะพาไปโรงพยาบาลมีไม่เพียงพอ งบประมาณไม่เพียงพอต่อการสร้างเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาลภายในเรือนจำ กระบวนการขออนุญาตออกจากเรือนจำก็มีขั้นตอนยุ่งยาก ทำให้ผู้ต้องขังไม่ได้รับการดูแลสุขภาพทันทีเมื่อเจ็บป่วย²⁴⁻²⁵

การศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพในผู้ต้องขังยังมีน้อย ทำให้มีข้อมูลที่จำเป็นไม่เพียงพอในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมสุขภาพช่องปากในกลุ่มดังกล่าว และในปีงบประมาณ 2563 สำนักทันตสาธารณสุขได้จัดทำโครงการพัฒนาสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้ต้องขัง ปี 2563 ภายใต้โครงการพระราชดำริ “ราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์” โดยมุ่งหวังให้ผู้ต้องขังสามารถเข้าถึงบริการรักษา ส่งเสริม ฟันฟู สุขภาพช่องปากได้ตามสิทธิขั้นพื้นฐานและเท่าเทียมตามหลักมนุษยธรรม และร่วมคืนคนดี สุขภาพฟันดี สู้สังคมต่อไป จึงเป็นเหตุผลที่ต้องศึกษาเพิ่มเติมว่าในสถานะการณ์ปัจจุบันผู้ต้องขังมีพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก (ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ) เป็นอย่างไร ซึ่งอาจจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาพฤติกรรมสุขภาพช่องปากผู้ต้องขังเรือนจำจังหวัดนนทบุรีและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและสังคมกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

วารสารทันตภิบาล ปีที่ 32 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2564

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของนักโทษเด็ดขาดในเรือนจำจังหวัดนนทบุรี
2. ศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของนักโทษเด็ดขาดในเรือนจำจังหวัดนนทบุรี
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและสังคม พฤติกรรมสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของนักโทษเด็ดขาดในเรือนจำจังหวัดนนทบุรี

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) โดยศึกษาในนักโทษเด็ดขาดในเรือนจำจังหวัดนนทบุรี โดยเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมงานวิจัย (Inclusion Criteria) คือ 1. นักโทษเด็ดขาดที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ อ่านออกเขียนได้ 2. นักโทษเด็ดขาดที่เข้าเรือนจำก่อนวันที่ 28 เมษายน 2563 เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากงานวิจัย (Exclusion criteria) คือ 1. นักโทษเด็ดขาดมีความพิการที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามงานวิจัยได้ 2. นักโทษเด็ดขาดคดีอุกฉกรรจ์ 3. นักโทษเด็ดขาดจิตเวช 4. นักโทษเด็ดขาดต่างด้าว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในงานวิจัยนี้คือ นักโทษเด็ดขาดในเรือนจำจังหวัดนนทบุรีในปี 2563 ได้แก่ นักโทษเด็ดขาดคดีอาชญากรรมจำนวน 1,619 คน คดีชีวิต, ร่างกายจำนวน 128 คน คดีทรัพย์สินจำนวน 326 คน คดีเพศ, เสรีภาพจำนวน 55 คน และคดีอื่น ๆ จำนวน 31 คน รวมทั้งหมด 2,159 คน โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างการประมาณค่าเฉลี่ย กรณีที่ทราบขนาดประชากร²⁶ ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2\sigma^2}{e^2(N-1) + Z^2\sigma^2}$$

σ^2 คือ ความแปรปรวนของตัวแปรที่ใช้คำนวณขนาดตัวอย่าง การศึกษานี้ใช้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ สมรมน ช้วนปรีชา ปี 2559²⁷ ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังสูงอายุในเรือนจำและทัณฑสถานเขตกรุงเทพมหานคร ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับคุณภาพชีวิตรวม (s.d = 0.638) e^2 คือ ค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่กำหนดให้ โดยใช้ 2% ของค่าเฉลี่ยจากการศึกษาของ สมรมน ช้วนปรีชา ปี 2559²⁷ ค่าเฉลี่ยจากงานวิจัยคือ 3.14 ดังนั้นค่า 2% ของค่าเฉลี่ยคือ $0.0628 e^2 = 0.0628^2$ การศึกษานี้จะกำหนดขนาดตัวอย่าง 337 คน ทำการสุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) ตามฐานความผิด 5 ฐานความผิดดังกล่าว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพช่องปากประกอบด้วย ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากและแบบวัดผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดนนทบุรี ดัดแปลงจากการศึกษาของสุพัตราและคณะในปี 2557⁶ แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและสังคมจำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพช่องปาก จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก (ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปาก) แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 15 ข้อ ให้ตอบแบบถูก ผิด และไม่แน่ใจ โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจได้ 0 คะแนน ส่วนที่ 2 เจตคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า(Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับคือ มากที่สุด (5

วารสารทันตภิบาล ปีที่ 32 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2564

คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า(Rating scale) แบ่งเป็น 6 ระดับคือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) และปฏิบัติ(0 คะแนน)

ตอนที่ 3 แบบวัดผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประชากร (Oral Health Impact Profile : OHIP-14 จำนวน 14 ข้อ ของ Nammontri ในปี 2017²⁸ ข้อคำถามจะถามถึงในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา วัดผลกระทบต่อสุขภาพช่องปาก 14 ข้อ แบ่งเป็น 7 หมวด²⁹ แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 5 ข้อคือ ไม่เคย (0 คะแนน) เคยหนึ่งถึงสองครั้ง (1 คะแนน) เคยบ้างบางครั้ง (2 คะแนน) เคยบ้างบ่อยครั้ง (3 คะแนน) และเกิดขึ้นเกือบทุกวันหรือทุกวัน (4 คะแนน) ข้อคำถามเพิ่มเติม จำนวน 2 ข้อ คือ ข้อ 15 และ 16 เป็นการประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากและผลกระทบจากปัญหาช่องปากในภาพรวมเพิ่มเติมจากแบบวัดมาตรฐาน OHIP-14 ข้อ 15 มีคำตอบให้เลือก 5 ข้อ คือ ดีที่สุด ดีมาก ดี พอใช้ และไม่ดี ข้อ 16 มีคำตอบให้เลือก 5 ข้อ คือ ไม่กระทบกระเทือนเลย กระทบกระเทือนเล็กน้อย กระทบกระเทือนบ้าง กระทบกระเทือนมาก และกระทบกระเทือนมากที่สุด โดยคำนวณเป็นร้อยละของคำตอบที่เลือก

วิเคราะห์ข้อมูล OHIP-14 จำนวน 14 ข้อเป็นค่า OHIP severity²⁹ คือผลรวมของคะแนนความถี่ของทุกข้อ (มีช่วงคะแนนในผู้ตอบแต่ละคน 0-56 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านทำการพิจารณาถึงความเห็นเพื่อความสะดวกคล่องกับเนื้อหาที่ต้องการวัด ใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence : IOC) มีค่าดัชนีระหว่าง 0.67 – 1.00 แบบวัดความรู้ มีค่าความยากง่าย อยู่ระหว่าง 0.23 ถึง 0.80 ค่าอำนาจจำแนก อยู่ระหว่าง 0.20-0.67 ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson 20:KR 20) เท่ากับ 0.75 ความเชื่อมั่นของแบบวัดเจตคติและการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากและแบบวัดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.73, 0.72 และ 0.94 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและสังคม พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลและสังคม พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย กรมอนามัย รหัสโครงการ 405

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างผู้ต้องขัง 337 คน เพศชาย อายุระหว่าง 18-67 ปี เฉลี่ย 36.07 ปี (SD=8.51) รายได้จากการทำงานในเรือนจำเฉลี่ย/เดือนระหว่างอยู่ในเรือนจำ 45.46 บาท (SD=13.70) ดังตารางที่ 1

วารสารทันตภิบาล ปีที่ 32 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2564

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าต่ำสุด (Min) และค่าสูงสุด (Max) ของข้อมูลอายุ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ต้องขังเรือนจำจังหวัดนนทบุรี

ข้อมูล	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
อายุ (ปี)	36.07	8.51	18	67
รายได้เฉลี่ย/เดือน (บาท)	45.46	13.70	20	100

ผู้ต้องขังส่วนมากได้รับการศึกษาร้อยละ 95.50 ประเมินตนเองพบว่ามีปัญหาสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 76.60 ปัญหาที่พบได้แก่ มีเศษอาหารติดฟันเป็นประจำ ร้อยละ 35.00 เลือดออกขณะแปรงฟัน ร้อยละ 30.60 ฟันผุ หรือจุดดำ ๆ บนตัวฟัน ร้อยละ 30.30 มีกลิ่นปาก ร้อยละ 29.70 มีอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปากทั้งแปรงสีฟัน ยาสีฟัน ร้อยละ 87.50 มีแปรงสีฟันอย่างเดียว ร้อยละ 6.20 ไม่มีแปรงสีฟัน ยาสีฟัน ร้อยละ 5.60 และมียาสีฟันอย่างเดียว ร้อยละ 0.60 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของระดับการศึกษาและข้อมูลสุขภาพช่องปากของผู้ต้องขังเรือนจำ จังหวัดนนทบุรี

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้รับการศึกษา	15	4.50
ได้รับการศึกษา	322	95.50
ปัญหาสุขภาพช่องปาก		
ไม่มี	79	23.40
มี	258	76.60
อุปกรณ์ในการดูแลช่องปาก		
ไม่มีแปรงสีฟัน ยาสีฟัน	19	5.60
มีแปรงสีฟัน ยาสีฟัน	295	87.50
มีแปรงสีฟันอย่างเดียว	21	6.20
มียาสีฟันอย่างเดียว	2	0.60
การรับข้อมูล/ข่าวสารทางทันตกรรม(รอบ 6 เดือนที่ผ่านมา)		
ไม่เคย	285	84.60
เคย	52	15.40
ข้อมูลการแปรงฟัน/วัน		
จำนวน 1 ครั้ง	13	3.90
จำนวน 2 ครั้ง	273	81.00
จำนวน 3 ครั้ง	51	15.10
ความต้องการแปรงฟัน 3 ครั้ง/วัน		
ต้องการ	171	50.74
ไม่ต้องการ	115	34.12
ไม่ตอบ	51	15.13

วารสารทันตภิบาล ปีที่ 32 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2564

ผู้ต้องขัง 337 คน ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ไม่เคยได้รับข้อมูล/ข่าวสารทางทันตกรรม ร้อยละ 84.60 เคยได้รับ ร้อยละ 15.40 แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 81.00 แปรงฟันวันละ 3 ครั้ง ร้อยละ 15.10 และแปรงฟันวันละ 1 ครั้ง ร้อยละ 3.90 ผู้ต้องขังประมาณครึ่งหนึ่งมีความต้องการแปรงฟัน 3 ครั้ง/วัน ไม่ต้องการ ร้อยละ 34.12 และไม่ตอบ ร้อยละ 15.13 ดังตารางที่ 2

ระดับความรู้แปลผลระดับตามเกณฑ์ของ Bloom ปี 1988³⁰ เจตคติ และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากแปลผลระดับตามเกณฑ์ของ Best ในปี 1977³¹ และ Daniel ในปี 1995³² พบว่า ผู้ต้องขังส่วนมากมีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 71.20 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 27.60 และระดับสูง ร้อยละ 1.20 เจตคติส่วนมากอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 57.30 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 42.10 และระดับต่ำ ร้อยละ 0.60 ส่วนการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.55 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 29.08 ระดับสูง ร้อยละ 2.37 ดังตารางที่ 3 ผู้ต้องขังส่วนมากไม่มีความรู้ในเรื่องโรคฟันผุ (ร้อยละ 92.90) อุบัติการณ์ทำความสะอาดฟัน (ร้อยละ 84.30) ผู้ต้องขังมีเจตคติที่ดีในเรื่องการแปรงฟัน (ร้อยละ 77.45) การรักษาโรคฟันผุ (ร้อยละ 76.56) ส่วนเจตคติที่ไม่ดีคือ การถอนฟันมีผลทำให้เป็นโรคประสาท (ร้อยละ 39.17) และการปฏิบัติตัวผู้ต้องขังส่วนมากดื่มน้ำอัดลม (ร้อยละ 42.14)

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ จำแนกระดับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปาก

พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก	ระดับ					
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้	240	71.20	93	27.60	4	1.20
เจตคติ	2	0.60	142	42.10	193	57.30
การปฏิบัติ	98	29.08	231	68.55	8	2.37

ผู้ต้องขังมีค่าเฉลี่ยความรุนแรงของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHIP severity) ในภาพรวมเท่ากับ 13.83 โดยคะแนนที่มากจะมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี เมื่อพิจารณาผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากรายหมวดของแบบวัดผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิต แต่ละหมวดมีคะแนนเต็ม 8 คะแนน พบว่ามีผลกระทบมากที่สุดหมวดความรู้สึกไม่สบายทางจิตใจ (2.60 ± 2.44) ความเจ็บปวดทางกายภาพ (2.33 ± 2.05) และความบกพร่องทางกายภาพ (2.23 ± 2.09) ผลกระทบน้อยที่สุดในหมวดความจำกัดในการทำหน้าที่ (1.41 ± 1.86) ความด้อยโอกาสทางสังคม (1.55 ± 1.77) และความบกพร่องทางสังคม (1.73 ± 1.99) ดังตารางที่ 4

ผู้ต้องขังส่วนมากคิดว่าตนเองมีสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 32.64 และสุขภาพช่องปากไม่มีผลกระทบกับการทำกิจวัตรประจำวันเลย ร้อยละ 40.65

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลและสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ต้องขังเรือนจำจังหวัดนนทบุรี โดยใช้ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนพบว่า ตัวแปรความรู้ เจตคติ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำส่วนการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, $p < 0.001$ และ $p = 0.021$ ตามลำดับ) ตัวแปร ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.348$) ส่วนตัวแปร อายุ และรายได้ มีความสัมพันธ์ทางลบใน

วารสารทันตภิบาล ปีที่ 32 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2564

ระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ($p=0.887$ และ $p=0.464$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในแต่ละหมวดของผู้ต้องขังเรือนจำจังหวัดนนทบุรี

หมวดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) OHIP severity	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)
1. ความจำกัดในการทำหน้าที่ (functional limitation)	1.41	1.86
2. ความเจ็บปวดทางกายภาพ (physical pain)	2.33	2.05
3. ความรู้สึกไม่สบายทางจิตใจ (psychological discomfort)	2.60	2.44
4. ความบกพร่องทางกายภาพ (physical disability)	2.23	2.09
5. ความบกพร่องทางจิตใจ (psychological disability)	1.99	1.88
6. ความบกพร่องทางสังคม (social disability)	1.73	1.99
7. ความด้อยโอกาสทางสังคม (handicap)	1.55	1.77
ภาพรวม	13.83	11.72

ตารางที่ 5 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Spearman ระหว่างตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลและสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ต้องขังเรือนจำจังหวัดนนทบุรี

พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก	คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของ Spearman(rs)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
อายุ	-0.01	0.887	ต่ำ
ระดับการศึกษา	-0.05	0.348	ต่ำ
รายได้	-0.04	0.464	ต่ำ
ความรู้	0.19	<0.001	ต่ำ
เจตคติ	0.20	<0.001	ต่ำ
การปฏิบัติ	-0.13	0.021	ต่ำ

บทวิจารณ์

ผู้ต้องขังส่วนมากรับรู้ว่ามีปัญหาสุขภาพช่องปากร้อยละ 76.60 โดยมากรับรู้ว่ามีเศษอาหารติดเป็นประจํา เลือดออกขณะแปรงฟัน และฟันผุหรือมีจุดดำ ๆ บนตัวฟัน มีกลิ่นปาก ทั้งนี้เนื่องจากผู้ต้องขังมีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับต่ำ ไม่เคยได้รับรู้ข่าวสาร/ข้อมูลทางทันตกรรม (ร้อยละ 84.60) และได้รับบริการทันตกรรมค่อนข้างน้อยคือ การออกหน่วยบริการถอนฟันจากโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าปีละ 1 ครั้ง และได้รับบริการตรวจฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 ชั่วโมง ส่วนมากมีแปรงสีฟันและยาสีฟัน ร้อยละ 87.50 เนื่องจากเรือนจำในประเทศไทยมีการสนับสนุนอุปกรณ์ของใช้เพื่อสุขภาพช่องปากและฟัน³³ ผู้ต้องขังส่วนมากแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง (ร้อยละ 81.00) และประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.74) มีความต้องการแปรงฟันวันละ 3 ครั้ง แสดงให้เห็นว่าผู้ต้องขังมีความต้องการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งเรือนจำจะมีเวลาให้ผู้ต้องขังอาบน้ำแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง แต่จำนวนผู้ต้องขังที่มากทำให้มีเวลาในการแปรงฟันไม่เพียงพอ

วารสารทันตภิบาล ปีที่ 32 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2564

ด้านพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้ต้องขังส่วนมากมีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 71.20) ส่วนมากไม่มีความรู้ในเรื่องฟันผุ (ร้อยละ 92.90) อุปกรณ์ทำความสะอาดฟัน (ร้อยละ 84.30) อาจเนื่องจากผู้ต้องขังส่วนมากไม่ได้รับรู้ข่าวสาร/ข้อมูลทางทันตกรรม (ร้อยละ 84.60) การศึกษาของ Digra และคณะในปี 2015³⁴ พบว่าผู้ต้องขังใน Haryana ประเทศอินเดียประมาณครึ่งหนึ่งไม่มีความรู้ในเรื่องโรคฟันผุ เหงือกอักเสบ และร้อยละ 83 ไม่มีความรู้เรื่องคราบจุลินทรีย์ และสอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตราและคณะในปี 2557⁶ พบว่าผู้ต้องขังในเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น มีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับต่ำ ต่างกับการศึกษาของ Riswanto และคณะ ในปี 2013³⁵ พบว่าผู้ต้องขังใน Garut ประเทศอินโดนีเซียมีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับดี

ด้านเจตคติ ในการดูแลสุขภาพช่องปากพบว่าผู้ต้องขังมีเจตคติที่ดีในเรื่อง การแปรงฟัน (ร้อยละ 77.45) การรักษาโรคฟันผุ (ร้อยละ 76.56) โดยภาพรวมผู้ต้องขังมีเจตคติในการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นถึงแนวทางที่ดีที่จะช่วยให้งานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในผู้ต้องขังเป็นไปได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Riswanto และคณะในปี 2013³⁵ และการศึกษาของสุพัตราและคณะ ในปี 2557⁶ พบว่าผู้ต้องขังมีเจตคติในการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับดี

ด้านการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ผู้ต้องขังส่วนมากดื่มน้ำอัดลม (ร้อยละ 42.14) อาจเนื่องจากผู้ต้องขังส่วนมากเป็นผู้ต้องขังคดียาเสพติด โดยเฉพาะผู้เสพยาเมทแอมเฟตามีนเมื่อหยุดเสพยา ร่างกายจะมีอาการขาดน้ำ ปากแห้ง จึงดื่มน้ำอัดลมมากเพื่อบรรเทาอาการปากแห้งหลังการเสพยา^{36,37} โดยภาพรวมผู้ต้องขังมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Riswanto และคณะ ในปี 2013³⁵ และการศึกษาของสุพัตราและคณะ ในปี 2557⁶ พบว่าผู้ต้องขังมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง

ผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ผู้ต้องขังส่วนมากคิดว่าตนเองมีสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 32.64) คิดว่าตนเองไม่มีปัญหาไม่มีผลกระทบกับการทำกิจวัตรประจำวันเลย (ร้อยละ 40.65) และ ค่าความรุนแรง (OHIP severity) มีค่า 13.83 เมื่อพิจารณาผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากรายหมวดพบว่า มีผลกระทบมากที่สุดหมวดความรู้สึกไม่สบายทางจิตใจ (2.60 ± 2.44) ความเจ็บปวดทางกายภาพ (2.33 ± 2.05) ความบกพร่องทางกายภาพ (2.23 ± 2.09) จากการศึกษาของ Fotedar และคณะ ในปี 2021³⁸ พบว่าคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ต้องขังในประเทศอินเดียต่ำกว่าการศึกษานี้เล็กน้อย โดยมีค่าความรุนแรง (OHIP severity) เท่ากับ 14.57 ผลกระทบรายหมวดมากที่สุดพบว่าคล้ายกับการศึกษานี้คือ หมวดความเจ็บปวดทางกายภาพ (4.97 ± 2.22) ความบกพร่องทางกายภาพ (3.98 ± 2.31) และความบกพร่องทางจิตใจ (1.67 ± 1.50) ส่วนในประชาชนทั่วไปมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดีกว่า จากการศึกษาของ Slade ในปี 2005³⁹ พบว่าประชาชนทั่วไปในประเทศอังกฤษและออสเตรเลีย มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดีกว่าการศึกษานี้ มีค่าเฉลี่ยความรุนแรง (OHIP severity) เท่ากับ 5.1 และ 7.5 ตามลำดับ ทั้งสองประเทศมีผลกระทบมากที่สุดอยู่ในหมวดความเจ็บปวดทางกายภาพ และความรู้สึกไม่สบายทางจิตใจซึ่งคล้ายกับในการศึกษานี้

การศึกษานี้พบว่าอายุ รายได้ และระดับการศึกษาของผู้ต้องขังไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ความรู้ และเจตคติ มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ส่วนการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก อาจเนื่องจากผู้ต้องขังมาอยู่ในสถานที่เดียวกันจำนวนมากอย่างแออัดและต้องดำเนินชีวิต กิจวัตรประจำวันที่ได้รับตามกฎระเบียบที่เรือนจำกำหนด ถึงแม้ว่าผู้ต้องขังมีความรู้ และเจตคติที่ดี แต่ก็มีคุณภาพชีวิตในมิติ

วารสารทันตภิบาล ปีที่ 32 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2564

สุขภาพช่องปากลดลง ดังนั้นการปฏิบัติตัวที่ดีจึงทำให้มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดี เพราะฉะนั้นการส่งเสริมสุขภาพช่องปากควรเน้นให้ผู้ต้องขังฝึกปฏิบัติและจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก แตกต่างกับการศึกษาของสุพัตราและคณะ ในปี 2557⁶ ที่พบว่าความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ของผู้ต้องขังไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก และการศึกษาของ Zheng และคณะในปี 2021¹⁶ ศึกษาในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยพบว่าความรู้และการปฏิบัติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ส่วนเจตคติมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะให้รัฐต่าง ๆ มีนโยบายปฏิรูปเรือนจำ เพื่อพัฒนาการบริการสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพให้ชัดเจน⁴⁰ ในประเทศออสเตรเลียได้นำแนวคิดนี้ไปเป็นนโยบายที่เรียกว่า “Healthy Prison concept”⁴¹ ส่วนในประเทศไทย พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรรามาธิบดีศรีสินทรมหาวชิราลงกรณ พระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงมีพระราชดำริว่า⁴² “โรงพยาบาลราชทัณฑ์เป็นโรงพยาบาลแห่งเดียวในสังกัดกระทรวงยุติธรรม ต้องให้บริการแก่ผู้ต้องขัง ในกรณีเจ็บไข้ได้ป่วยเป็นจำนวนมากยังขาดแคลนบุคลากร เครื่องมือแพทย์ และเวชภัณฑ์ การดูแลสุขภาพของผู้ต้องขังถือเป็นหน้าที่สำคัญของกรมราชทัณฑ์ ในการที่จะให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรับการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมตามหลักมนุษยธรรม ทั้งนี้ เมื่อพ้นโทษจะได้มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งกายและใจ ออกมาสู่สังคมภายนอกและประกอบอาชีพสุจริตได้อย่างมีคุณภาพ” จึงเกิดโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ โดยพระราชทานความช่วยเหลือในเรื่องการจัดหาอุปกรณ์ และเครื่องมือทางการแพทย์ ตลอดจนการให้จิตอาสาพระราชทาน “เราทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์” ได้เข้าไปมีบทบาทในการช่วยเหลือทั้งทางด้านการแพทย์ การพยาบาล การอบรมให้ความรู้ต่าง ๆ จากแนวทางการดำเนินงานโครงการ และจากข้อมูลการวิจัยข้างต้นซึ่งพบว่าการปฏิบัติมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากจึงมีข้อเสนอแนะแนวทางเพื่อพัฒนาการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากของผู้ต้องขังเรือนจำจังหวัดนนทบุรีดังนี้

ระดับบุคคล แนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ต้องขังโดยเน้นฝึกการปฏิบัติ เช่น ฝึกการแปรงฟัน อาจใช้แนวคิด Edutainment เพื่อให้เกิดความบันเทิงคู่ไปกับการฝึกปฏิบัติไปด้วย⁴³

ระดับหน่วยงาน จัดการสิ่งแวดล้อมหรือจัดสรรเวลาให้เอื้อต่อการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ต้องขังและบริบทของเรือนจำ เช่น การแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน การจำหน่ายน้ำอัดลมหรืออาหารหวานให้เหมาะสม เป็นต้น

ระดับนโยบาย กำหนดนโยบายให้ผู้ต้องขังได้มีเวลาดูแลสุขภาพสะอาดช่องปาก สนับสนุนงบประมาณในการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก และสนับสนุนให้มีระบบการรักษาหรือปรึกษาทางทันตกรรมทางไกล⁴⁴ (Teledentistry) ร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรม

ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงงานวิจัย ควรขยายงานวิจัยให้ได้ข้อมูลที่เป็นตัวแทนระดับประเทศ เพื่อนำมาวิเคราะห์และพัฒนาระบบการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากของผู้ต้องขังประเทศไทย

สรุป

อายุ รายได้ และระดับการศึกษาของผู้ต้องขังเรือนจำจังหวัดนนทบุรีไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ความรู้ และเจตคติ มีความสัมพันธ์เชิงบวก ส่วนการปฏิบัติมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมูลนิธิพระยูไลโกซซังสงเคราะห์ วัดธรรมปัญญาารามบางม่วงที่สนับสนุนทุนวิจัย อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน อธิบดีกรมราชทัณฑ์ เจ้าหน้าที่กรมราชทัณฑ์ ผู้บัญชาการและเจ้าหน้าที่เรือนจำ

วารสารทันตภิบาล ปีที่ 32 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2564

จังหวัดนนทบุรี เจ้าหน้าที่สำนักทันตสาธารณสุข ผู้ที่ให้การสนับสนุนทุกท่านและผู้ต้องขังเรือนจำจังหวัดนนทบุรี ที่ให้ความร่วมมือ

เอกสารอ้างอิง

1. จุรีรัตน์ ทะนงศักดิ์สกุล และพลินี เดชสมบุญรัตน์. การสำรวจสถานะทันตสุขภาพของผู้ต้องขังชายในทัณฑสถานบำบัดพิเศษจังหวัดปทุมธานี. ว.ทันต 2551 ต.ค.-ธ.ค.;58:255-262.
2. กรมราชทัณฑ์. รายงานสถิติผู้ต้องราชทัณฑ์ทั่วประเทศ.[ออนไลน์]2563 [อ้างเมื่อ 18กุมภาพันธ์ 2563] จาก http://www.correct.go.th/rt103pdf/report_result.php?date=2020-02-01&report=
3. กรมการแพทย์. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550.[ออนไลน์] 2550 [อ้างเมื่อ 18 กุมภาพันธ์ 2563]https://www.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Information_Center/Attach/25621124013609AM_17.pdf
4. Nobile CG, Fortunato L, Pavia M, Angelillo IF. Oral health status of male prisoners in Italy. International dental journal 2007;57(1):27-35.
5. Naidoo S, Yengopal V, Cohen B. A baseline survey: oral health status of prisoners—Western Cape. Journal of the South African Dental Association 2005;60(1):24-7.
6. สุพัตรา วัฒนเสน, อัยลา จันทะพา, กนิษฐา ตานิโก และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและ คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ต้องขังในเรือนจำกลาง จังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตภิบาล 2560 ม.ค.-มิ.ย.;28,101-113.
7. McGrath C. Oral health behind bars: a study of oral disease and its impact on the quality of an older prison population. Gerodontology 2002;19:109-114.
8. Cohen K, Jago JD. Towards the formulation of sociodental indicator. Int J Health Serv 1976;6:681-687.
9. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. Bulletin of the World Health Organization 2005;83(9):644.
10. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. Journal of dental research 2011;90(11):1264-1270.
11. Reisine ST. Theoretical considerations in formulating sociodental indicators. Social science & medicine 1981;15(6):745-750.
12. Dolan TA. Identification of appropriate outcomes for an aging population. Spec Care Dentist 1993;13(1):35-39.
13. Slade GD. Measuring oral health and quality of life. America: Chapel Hill;1997.

วารสารทันตภิบาล ปีที่ 32 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2564

14. นฤมล สี่ประโค และรุ่งพร ห้างเหล็ก. ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคในช่องปาก ความเชื่อใน ประสิทธิภาพแห่งตน การบริโภคอาหาร และการป้องกันการเกิดโรคในช่องปาก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2550.
15. สุชาติ โสมประยูร และเอมอัสมา วัฒนบุรานนท์. การสอนสุขศึกษา. กรุงเทพมหานคร: สุขภาพใจ; 2542.
16. Zheng S, Zhao L, Ju N, Hua T, Zhang S, Liao S. Relationship between oral health-related knowledge, attitudes, practice, self-rated oral health and oral health-related quality of life among Chinese college students: a structural equation modeling approach. *BMC Oral Health* 2021;1-11.
17. Dahl KE, Wang NJ, Skau I, Öhrn K. Oral health-related quality of life and associated factors in Norwegian adults. *Acta Odontologica Scandinavica* 2011; 69:208-214.
18. Marilisa CLG, Samuel JM, Simone TM, Marcia O, Maria TAO, Marcos PP. Social, economic, and behavioral variables associated with oral health-related quality of life among Brazilian adults. *Ciênc. saúde coletiva* 2015; 20(5):1531-1540.
19. Tsakos G, Sheiham A, Iliffe S et al. The impact of educational level on oral health-related quality of life in older people in London. *Eur J Oral Sci* 2009;117(3):286-292.
20. Alsumait A, Elsalhy M, Almunezaa E. Relationship Between Oral Health Knowledge, Attitude and Practices of Primary School Teachers and Their Oral Health-related Quality of Life: A Cross-sectional Study. *Oral Health & Preventive Dentistry* 2016;14:519-528.
21. Moon B-A, Jeong S-R, Jang J-Y, Kim K-Y. Health-related quality of life by oral health behavior and oral health status for the Middle-aged people. *Journal of Korean Society of Dental Hygiene* 2005;15:197-204.
22. Hovsepyan S. Oral health-related quality of life and oral hygiene knowledge, attitudes, and practices of the general population in Sevan and Artashat cities, Armenia: Turpanjian School of Public Health American University of Armenia; 2019.
23. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพผู้ต้องขัง ผู้สูงอายุและก่อนวัยสูงอายุในโครงการ ราชทัณฑ์ ปันสุขทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์. [ออนไลน์]2563 [อ้างเมื่อ 18 กุมภาพันธ์ 2563] จาก http://dental.anamai.moph.go.th/data_dental/report_ra.php
24. วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ. ปัญหาสุขภาพผู้ต้องขัง.[ออนไลน์]2559 [อ้างเมื่อ 27 เมษายน 2563] จาก <https://www.doctor.or.th/article/detail/400416>
25. สิริวุฒิ รวีไชยวัฒน์. คุณโรคแดนคุก ดูแลสุขภาพผู้ต้องขัง.[ออนไลน์]2559 [อ้างเมื่อ 27 เมษายน 2563] จาก <https://mgronline.com/qol/detail/9590000092678>

วารสารทันตภิบาล ปีที่ 32 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2564

26. อรุณ จิรวรรณกุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์;2552.
27. สมรมน ช้วนปรีชา และพิศมัย จารุจิตติพันธ์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังสูงอายุในเรือนจำและทัณฑสถานเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารเกษมบัณฑิต 2559;17(1):110-126.
28. Nammontri O. Validation of the Thai Version of the 14- Item Oral Health Impact Profile (Thai OHIP-14) amongst the General Thai Adult Population in a Community Setting. J Health Res 2017;31:481-486.
29. สุดาดวง กฤษฎาพงษ์. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (Oral Health-Related Quality of Life). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;2557.
30. Bloom BS. Taxonomy of Education Objective. The Classification of Education Goals, Handbook I : Cognitive Domain. New York: David McKay Company;1988.
31. Best JW. Research in Education. Prentice-Hall;1977.
32. Daniel WW. Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences. Singapore: Wiley&Sons;1995.
33. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. คู่มือการจัดบริการสุขภาพช่องปากในเรือนจำ. นนทบุรี: บริษัท เอ ดรีม สตูดิโอ จำกัด;2563.
34. Digra R, Gupta N, Arora V, Gupta P. Oral health Knowledge, attitude and practice (KAP) among prison inmates of Ambala District, Haryana (India). Dent Oral Craniofac Res 2015;1:101-104.
35. Riswanto MB, Agustina A, Wardani R. Knowledge, Attitude, and Practice of Prisoners' Oral Health Care Aged 35-44 Years in Prison of Class IIB Garut, [cited 2021 Apr 13]; Available from: <http://www.aasic.org/proc/aasic/article/view/61>
36. Clague J, Belin TR, Shetty V. Mechanisms underlying methamphetamine-related dental disease. Journal of the American Dental Association 2017;148(6):377-386.
37. Morio KA, Marshall TA, Qian F, Morgan TA. Comparing diet, oral hygiene and caries status of adult methamphetamine users and nonusers: a pilot study. Journal of the American Dental Association 2008;139(2):171-176.
38. Fotedar S, Chauhan A, Bhardwaj V, Manchanda K, Fotedar V. Association Between Oral Health Status and Oral Health-Related Quality of Life among the Prison Inmate Population of Kanda Model Jail, Shimla, Himachal Pradesh, India. Indian Journal of Public Health 2021;60(2):150-153.
39. Slade GD, Nuttall N, Sanders AE, Steele JG, Allen PF, Lahti S. Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. British dental journal 2005;198(8):489-493.

วารสารทันตภิบาล ปีที่ 32 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2564

40. World Health Organization. Health in prisons A WHO guide to the essentials in prison health. [cited 2021 Apr 13]. Available from:
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf
41. Ryan J. Corrections Management (General Operating) Policy 2010. [cited 2021 Apr 13]. Available from: <https://legislation.act.gov.au/DownloadFile/ni/2010-398/current/PDF/2010-398.PDF>
42. ราชกิจจานุเบกษา. แต่งตั้งคณะกรรมการโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์. [ออนไลน์] 2564 [อ้างเมื่อ 13 เมษายน 2564] จาก
http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2564/E/008/T_0001.PDF
43. เทียมยศ ปะสาวะโน. เอดูเทนเมนต์ : การศึกษาแนวใหม่ที่โดนใจวัยรุ่น. วารสารครุศาสตร์อุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี 2556;1:25-35.
44. Petcu R, Ologeanu-Taddei R, Bourdon I, Kimble C, Giraudeau N. Acceptance and Organizational Aspects of Oral tele-Consultation: a French Study. [cited 2021 Apr 13]; Available from: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01273672/document>