



Approved by TCI during 2020 - 2024

วารสารทันตภิบาล

THAI DENTAL NURSE JOURNAL

ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2567



ISSN: 0857-880X (PRINT)
ISSN: 2697-665X (ONLINE)

กองบรรณาธิการวารสารทันตภิบาล
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก
90/1 ถ.อนามัย ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทร: 043-222-741 ต่อ 177

วารสารทันตภิบาล Thai Dental Nurse Journal

เว็บไซต์วารสาร <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TDNJ/index>

อีเมลวารสาร tdn.journal@gmail.com

บรรณาธิการ

ทพ.วีระชาติ ยุทธชาวิทย์
อีเมล ywerachat@hotmail.com

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.ทพ.วุฒิกุล ธนากาญจนภักดี
อีเมล wuttikul@scphkk.ac.th

กองบรรณาธิการ

ทพญ.วิกุล วิศาลเสสส์
อีเมล drwikul@gmail.com

นพ.ปรีดา แต่อารักษ์
อีเมล preeda.tae@gmail.com

รศ.ดร.ทพ.สุวิทย์ อุดมพาณิชย์
อีเมล suwudo@kku.ac.th

ผศ.ดร.ทพ.ทีฆายุ พลางกูรจอร์นส์
อีเมล teepla@kku.ac.th

ผศ.ดร.ทพ.ณัฐวุธ แก้วสุทธา
อีเมล ballswu@gmail.com

รศ.ดร.สงครามชัยย์ ลีทองดีสกุล
อีเมล songkramchai@gmail.com

ผศ.ดร.นิรุวรรณ (อุประชัย) เทรินโบล์
อีเมล niruwan_0@yahoo.com

ร.อ.หญิง ดร.สดใส ศรีสะอาด
อีเมล sodsaisrisaad@yahoo.com

นางยลฤดี ตันพลสิทธิ์
อีเมล yolludee@hotmail.com

ดร.ปริญญา จิตอร่าม
อีเมล dr.parinyaa@gmail.com

ทพ.เอกชัย ด้านชาญชัย

ดร.ทพญ.อรวรรณ นามมนตรี
อีเมล orawann16@hotmail.com

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
มือถือ 081-717-2019

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
มือถือ 081-662-1429

ทันตแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักทันตสาธารณสุข
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
โทรศัพท์ 02-590-4215

รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
มือถือ 063-969-9539

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มือถือ 081-261-0325

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มือถือ 081-828-3486

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
มือถือ 085-163-8780

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มือถือ 089-895-7898

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มือถือ 086-854-3879

นักวิจัยอิสระ

ข้าราชการบำนาญ ที่อยู่ คลินิกทันตกรรมเด็นทิสต้า
จ.กรุงเทพมหานคร
มือถือ 089-573-6047

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
มือถือ 089-212-9949

ทันตแพทย์อิสระ ที่อยู่ 90/70 ถ.ชวนชื่น
ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
มือถือ 089-714-5038

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
มือถือ 083-599-2960

กองบรรณาธิการ

ดร.สุพัตรา วัฒนแสน

อีเมลล์ osupatra@yahoo.com

ดร.บัณฑิต นิตยคำหาญ

อีเมลล์ bandit@scpbkk.ac.th

ผศ.ดร.รชานนท์ ง่วนใจรัก

อีเมลล์ racha_ng@hotmail.com

ทพญ.วรยา มณีลังกา

อีเมลล์ woraya14@hotmail.com

ดร.ทพญ.โสรัยา เฉลยจิต

อีเมลล์ soraya_mam@hotmail.com

กองบริหารจัดการวารสาร

ทพญ.ศิริภา คงศรี

อีเมลล์ siripa@scpbkk.ac.th

อ.รัฐติภรณ์ สีทองดี

อีเมลล์ rathiporn@scpbkk.ac.th

ส.อ.ดร.วัชรพล วิวรรศน์ เถาว์พันธ์

อีเมลล์ wacharaphol@scpbkk.ac.th

นายรวิน จุลสวัสดิ์

อีเมลล์ rawin@scpbkk.ac.th

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

มือถือ 081-715-0407

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

มือถือ 081-261-1294

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

มือถือ 081-534-5099

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

มือถือ 088-557-7870

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

มือถือ 081-420-9822

ข้าราชการบำนาญ ที่อยู่ 360/172 ถ.เลี้ยวเมือง

ต.เมืองเก่า อ.เมือง จ.ขอนแก่น

มือถือ 089-710-7195

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

มือถือ 096-146-5616

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

มือถือ 085-011-9832

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

มือถือ 064-850-5306

วารสารทันตภิบาล Thai Dental Nurse Journal

เว็บไซต์วารสาร <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TDNJ/index>

อีเมลวารสาร tdn.journal@gmail.com

บรรณาธิการ

ทพ.วีระชาติ ยุทธชาวิทย์

อีเมล ywerachat@hotmail.com

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

มือถือ 081 717 2019

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.ทพ.วุฒิกุล ธนากาญจนภักดี

อีเมล wuttikul@scphkk.ac.th

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

มือถือ 081 662 1429

กองบรรณาธิการ

ทพญ.วิกุล วิสาลเสสส์

อีเมล drwikul@gmail.com

นพ.ปรีดา เต๋ออารักษ์

อีเมล preeda.tae@gmail.com

รศ.ดร.ทพ.สุวิทย์ อุดมพานิชย์

อีเมล suwudo@kku.ac.th

ผศ.ดร.ทพ.ทีฆายุ พลางกูรจอร์นส

อีเมล teepla@kku.ac.th

ผศ.ดร.ทพ.ณัฐวุธ แก้วสุทธา

อีเมล ballswu@gmail.com

รศ.ดร.สงครามชัย สีทองดี

อีเมล songkramchai@gmail.com

ผศ.ดร.นิรุวรรณ (อุประชัย) เทรินโบล

อีเมล niruwana_0@yahoo.com

ดร.สดไส ศรีสะอาด

อีเมล sodsaisrisaad@yahoo.com

นางยลฤดี ตันทสิทธิ์

อีเมล yolludee@hotmail.com

ทันตแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

กระทรวงสาธารณสุข

โทรศัพท์ 02 590 4215

รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

มือถือ 063 969 9539

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มือถือ 081 261 0325

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มือถือ 081 828 3486

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

มือถือ 085 163 8780

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

มือถือ 089 895 7898

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

มือถือ 086 854 3879

นักวิจัยอิสระ

ข้าราชการบำนาญ ที่อยู่ คลินิกทันตกรรมเด็นทิสต้า

จ.กรุงเทพมหานคร

มือถือ 089 573 6047

กองบรรณาธิการ

ดร.ปริญญญา จิตอร่าม

อีเมลล์ dr.parinayaa@gmail.com

ทพ.เอกชัย ด้านชาญชัย

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

มือถือ 089 212 9949

ทันตแพทย์อิสระ

ที่อยู่ 90/70 ถ.ชวนชื่น ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000

มือถือ 089 714 5038

ดร.ทพญ.อรวรรณ นามมนตรี

อีเมลล์ orawann16@hotmail.com

ดร.สุพัตรา วัฒนเสน

อีเมลล์ osupatra@yahoo.com

ดร.บัณฑิต นิตยคำหาญ

อีเมลล์ bandit@scpbkk.ac.th

ดร.รชานนท์ ง่วนใจรัก

อีเมลล์ racha_ng@hotmail.com

ทพญ.วรยา มณีลังกา

อีเมลล์ Woraya14@hotmail.com

ดร.ทพญ.โสรัยา เฉลยจิต

อีเมลล์ soraya_mam@hotmail.com

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

มือถือ 083 599 2960

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

มือถือ 081 715 0407

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

มือถือ 081 261 1294

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

มือถือ 081 534 5099

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

มือถือ 088 557 7870

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

มือถือ 081 420 9822

กองบริหารจัดการวารสาร

ทพญ.ศิริภา คงศรี

อีเมลล์ siripa@scpbkk.ac.th

อ.รัฐติภรณ์ สีทองดี

อีเมลล์ rathiporn@scpbkk.ac.th

ส.อ.ดร.วัชรพล วิวรรณ เก้าวพันธ์

อีเมลล์ wacharaphol@scpbkk.ac.th

นายรวิน จุลสวัสดิ์

อีเมลล์ rawin@scpbkk.ac.th

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

มือถือ 089 710 7195

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

มือถือ 096 146 5616

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

มือถือ 085 011 9832

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

มือถือ 064 850 5306

วารสารทันตภิบาล กำหนดเผยแพร่ปีละ 2 ครั้ง ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม

Thai Dental Nurse Journal Vol.35 No.1 January - June 2024

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ส่งบทความ (กำหนดเริ่มใช้ตั้งแต่ ปีที่ 27 ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 เป็นต้นไป)

วารสารทันตภิบาล เป็นวารสารวิชาการทางด้านทันตสาธารณสุข จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ความรู้ทางทันตสาธารณสุข ให้กับทันตบุคลากร โดยเฉพาะกลุ่มเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และเปิดโอกาสให้ทันตบุคลากรได้นำเสนอผลงานวิชาการ ได้แก่ ผลงานวิจัย รายงานผู้ป่วย บทความที่น่าสนใจอันเป็นวิชาการใหม่ๆ ทางด้านทันตกรรม ทบพทววรรณกรรม เพื่อเป็นประโยชน์แก่ทันตบุคลากร และผู้สนใจรวมถึงจะส่งผลกระทบต่อประชาชนผู้มารับบริการทางทันตกรรมต่อไป

บทความที่จะลงตีพิมพ์ในวารสารทันตภิบาล

เป็นบทความที่เกี่ยวข้องกับงาน ทันตสาธารณสุข ได้แก่ งานส่งเสริมป้องกัน และงานรักษาทางทันตกรรม สรุปได้เป็นกลุ่มดังนี้

1. บทความวิจัย (Research article)

เป็นบทความทั้งวิจัยพื้นฐานและบทความวิจัยประยุกต์ ทางทันตสาธารณสุข

2. รายงานผู้ป่วย (Case report)

เป็นบทความที่นำเสนอรายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจ ในด้านใดด้านหนึ่งได้แก่ การค้นพบโรคใหม่ การพบความสัมพันธ์ ความเกี่ยวเนื่องของโรคหรือปรากฏการณ์ใด ๆ ที่เกิดร่วมกันอย่างมีความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจน ซึ่งไม่เคยมีมาก่อนหรือการค้นพบวิธีการรักษาโรคแบบใหม่ ยาใหม่หรือแม้กระทั่งผลการรักษาโรคจากยาเดิมซึ่งให้ผลแตกต่างจากปกติโดยมีเหตุผลรองรับทางวิทยาศาสตร์

3. บทความวิชาการคลินิก (Clinical science article)

เป็นบทความที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทางทันตกรรม เทคนิค วิธีการ รวมทั้งข้อมูลในห้วงปฏิบัติการ

4. บทความทางการศึกษา (Education and academic article)

เป็นบทความที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา การเรียนการสอนทางทันตสาธารณสุข

5. นโยบายทางทันตสาธารณสุข (Oral Health Policy)

เป็นบทความที่เกี่ยวกับนโยบายทางทันตสาธารณสุข

6. บทความปริทัศน์ (Review article)

เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งทางทันตกรรม ซึ่งได้ตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสือ นำมาเรียบเรียง วิเคราะห์ วิวิจารณ์ หรือเปรียบเทียบกันเพื่อให้เกิดความกระจ่างในเรื่องนี้มากยิ่งขึ้น

การเตรียมต้นฉบับ

- ต้นฉบับที่ไม่สมบูรณ์หรือถูกต้องจะส่งคืนเจ้าของบทความเพื่อแก้ไขก่อนส่งให้ผู้ตรวจสอบบทความ (Reviewer)
- ให้ส่งต้นฉบับที่จะตีพิมพ์ ภาพประกอบ กราฟ ตาราง เป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้โปรแกรม Microsoft Word for Window ใช้แบบอักษร TH Sarabun PSK ขนาดอักษร 16 โดยส่งทาง E-mail: tdn.journal@gmail.com
- จำนวนหน้าไม่เกิน 10 หน้า (รวมภาพประกอบ กราฟ ตาราง และเอกสารอ้างอิง) ใช้ภาษาที่ง่าย กระชับรัดชัดเจน ยึดหลักการเขียนทับศัพท์ และศัพท์บัญญัติตามพจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน ยกเว้นคำที่แปลไม่ได้หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจนอนุโลมให้ใช้ภาษาอังกฤษ ชื่อบุคคลที่เป็นภาษาต่างประเทศให้ใช้ภาษาต่างประเทศนั้น ๆ และใช้ปี พ.ศ. แทนปี ค.ศ.
- คำย่อใช้เฉพาะที่เป็นสากลเท่านั้น และต้องวงเล็บคำเต็มครั้งแรกก่อน
- ชื่อยา หรือสารเคมี ใช้ generic name

- การระบุชื่อฟันอาจเรียกชื่อฟัน เช่น ฟันซี่บนขวา หรือใช้สัญลักษณ์ตามระบบ FDI two-digit notation เช่น ตรวจพบฟันซี่ 13 กำลังขึ้นมาในช่องปาก
- วัสดุทางทันตกรรม อนุโลมให้ใช้ภาษาอังกฤษ ยกเว้นมีศัพท์บัญญัติทางทันตกรรม
- หน้าแรก (Title page) เขียนเป็น **ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ** ประกอบด้วย
 - 1) ชื่อเรื่อง
 - 2) ชื่อ สกุลของผู้เขียน
 - 3) ตำแหน่ง และสถานที่ทำงาน Email address และเบอร์โทรศัพท์
 - 4) บทคัดย่อ (ไม่เกิน 300 คำ)
 - 5) คำสำคัญ (Keywords) สำหรับจัดทำดัชนี ระบุไว้ได้บทคัดย่อ จำนวน 3-6 คำ

การเขียนบทความ

บทความวิจัย ให้ลำดับเนื้อหาดังต่อไปนี้

- 1) บทนำ (Introduction)
- 2) วัสดุและวิธีการ (Materials and methods)
- 3) ผลการศึกษา (Results)
- 4) บทวิจารณ์ (Discussion)
- 5) สรุป (Conclusions)
- 6) กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) (ถ้ามี)
- 7) เอกสารอ้างอิง (References)

รายงานผู้ป่วย ให้ลำดับเนื้อหาดังต่อไปนี้

- 1) บทนำ (Introduction)
- 2) รายงานผู้ป่วย (Case report)
- 3) บทวิจารณ์ (Discussion)
- 4) สรุป (Conclusions)
- 5) เอกสารอ้างอิง (References)

การนำเสนอรายงานผู้ป่วยต้องได้รับการอนุญาตจากผู้ป่วยในการนำเสนอบทความเป็นลายลักษณ์อักษร

บทความอื่น ๆ อนุโลมตามผู้เขียน แต่ให้มีขอบข่ายรูปแบบการเขียนคล้ายบทความวิจัย โดยประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ เนื้อหา และสรุป

- ตาราง พิมพ์แยกไว้ด้านหลังบทความ พร้อมเขียนเลขที่ตาราง และคำอธิบายตาราง รวมถึงแหล่งที่มา กรณีคัดลอกหรือดัดแปลงมา
- ภาพประกอบ พิมพ์แยกไว้ด้านหลังบทความ พร้อมเขียนหมายเลขภาพ และพิมพ์คำบรรยายไว้ใต้ภาพ รวมถึงแหล่งที่มา กรณีคัดลอกหรือดัดแปลงมา
- กราฟ พิมพ์แยกไว้ด้านหลังบทความ พร้อมเขียนหมายเลขกราฟและพิมพ์คำบรรยายไว้ใต้กราฟ รวมถึงแหล่งที่มา กรณีคัดลอกหรือดัดแปลงมา

การอ้างอิงเอกสาร

ใช้การอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่หมายเลขเรียงลำดับที่อ้างอิงในบทความพิมพ์ ยกเว้นกรณีเนื้อหาข้อความที่อ้างถึงโดยไม่ต้องใส่วงเล็บ ส่วนการเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความการย่อชื่อวารสารใช้ตาม Index Medicus

ถ้าผู้เขียนไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคนถ้ามากกว่า 6 คน ใส่ชื่อ 3 คนแรก และตามด้วย “et al.” ชื่อวารสาร/หนังสือ/ตำรา ให้ทำตัวหนาและเอียง

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงเอกสารท้ายบทความ

1. อ้างอิงบทความวารสาร (Journal article)

Griffin SO, Jones K, Gray SK, Malvitz DM, Gooch BF. Exploring four-handed delivery and retention of resin-based sealants. *JADA*. 2008; 139(3): 281-89.

จินดา เลิศศิริวรกุล. โอลิโกดอนเทียพร้อม
กับฟันตัดข้างบนเกิน: รายงานผู้ป่วย 1
ราย. *วิทยาสาร ทันตแพทยศาสตร์*.
2552; 59(2): 81-9.

2. อ้างอิงบทคัดย่อ (Abstract)

Abed HM, Razzoog ME, Lang BR,
Yaman P. Effect of Core Thickness
on the Fracture Resistance of
Procera All-Ceramic Crowns.
[Abstract 394].
J Dent Res. 1997; 76: 63.

3. อ้างอิงบทความใน (Supplement)

Ripa LW. Sealants revisited: an
update of the effectiveness of pit
and fissure sealants. *Caries Res*.
1993; 27(suppl 1): 77-82.

4. อ้างอิงจากหนังสือหรือตำรา (Books and
monographs)

Frencken J, Pitiphat W,
Phantumvanit P, Pilot T. *Manual
Atraumatic Restorative
Treatment technique of dental
caries*. Germany: WPA
Adverstising; 1994.
วรยา มณีลังกา, บรรณาธิการ. *ความรู้
พื้นฐานทางทันตกรรมบูรณะ*. โครงการ
สวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราช
ชนก. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส จำกัด; 2550.

5. อ้างอิงบทในหนังสือ หรือตำรา (Chapter
in a book)

Meltzer PS, Lallioniemi A, Trent
JM. Chromosome alterations in
human solid tumors. In:
Vogelstein B, Kinzler KW, editors,
*The genetic basis of human
cancer*.
New York: McGraw-Hill; 2002:
p.93-113.

วีระชาติ ยุทธชาวิทย์. ความรู้พื้นฐาน
ทางทันตวัสดุ. ใน: วรยา มณีลังกา,
บรรณาธิการ. *ความรู้พื้นฐาน ทางทันต
กรรมบูรณะ. โครงการสวัสดิการวิชาการ
สถาบันพระบรมราชชนก*. กรุงเทพฯ:
ธนาเพรส จำกัด; 2550: หน้า 69-78.

6. เอกสารสรุปผลการประชุม (Conference
paper)

Christensen S, Oppacher F. An
analysis of Koza's computational
effort statistic for genetic
programming. In: Foster JA,
Lutton E, Miller J, et al. Editors.
*Genetic programming.
Proceedings of the 5th
European Conference on
Genetic Programming*; 2002 Apr
3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin:
Springer; 2002: 182-91.

การเขียนจากงานที่ได้พิมพ์เป็นชุด
(scientific or technical report)

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข. *รายงานผลการ
สำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก
ระดับประเทศ ครั้งที่ 6 ประเทศไทย
พ.ศ.2549-2550*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์
สำนักกิจการองค์การทหารผ่านศึก;
2551.

7. อ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ให้ระบุวันที่
สืบค้น และ Homepage/web site บทความ
วารสารทางอินเทอร์เน็ต (Journal article on
the Internet)

Azarpazhooh A, Main AP. Pit and
Fissure Sealants in the Prevention of
Dental Caries in Children and
Adolescents: Systematicreview. *JCDA*
2008 [cited 2009 Oct 15]; 74(2): 171-
77. Available from: [https://www.cda-
adc.ca/jcda/vol-74/issue-2/171.pdf](https://www.cda-adc.ca/jcda/vol-74/issue-2/171.pdf)

หนังสือทางอินเทอร์เน็ต (Monograph on the Internet)

Field MJ, Behrman RE. *Where children die: improving palliative and end-of-life care for children and their families* [Monograph on the Internet]. Washington: National Academy Press; 2003 [cited 2008 Sep 26]. Available from: https://nap.edu/openbook.php?record_id=1039&page=1

โฮมเพจ/เว็บไซต์ (Homepage/Web site)

Cancer-Pain.org. Specialty Pain Management Center [Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; 2001 [cited 2008 Oct 3]. Available from: <https://www.cancer-pain.org/>
พจนารถ พุ่มประกอบศรี. **วิธีการรักษาอาการ ปากแห้ง** [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลตำรวจ; 2551 [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2551] เข้าถึงได้จาก: <https://woman.impaqmsn.com/articles/678/78000640.sapx>

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ Factors Related to Oral Health - Related Quality of Life of Grade 6 Students in Kaengkhro District, Chaiyaphum Province นฤชา นนทมิตร, อรวรรณ นามมนตรี	1
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ Factors Related to Oral Health - Related Quality of Life among Elderly with Diabetes Mellitus Type 2 in Nong Hong District, Buriram Province เก็จวไลย นาคศิริชัยกุล, อรวรรณ นามมนตรี	13
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม Factors Related to Oral Health Care Behaviors among the Village Health Volunteers at the Service Area of Health Promoting Hospital, Na Kae District, Nakhon Phanom Province บุญญพัฒน์ วิษเนศรังสรรค์, วัชรพล วิวรรณ เก้าวพันธ์, ภาณุวัฒน์ ศรีโยธา, กลวัชร บุตรี, คณาธิป ศลาสินิธิ์ณกุล	24
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันแห้งของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด Factors Related to Dry Teeth-Brushing Technique Behavior among Senior High School Students in Secondary Schools, Roi Et Province วัชรพล วิวรรณ เก้าวพันธ์, นฤพร ชูเสน, รัฐติกรณ์ ลีทองดี, กรรณิการ์ อินทร์บุตร, พิมพกานต์ สวยาม	37
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์ Factors Influencing Oral Health Behavior of Caregivers for Dependent Elderly in Bueng Sam Phan District, Phetchabun Province เกียรติศักดิ์ หิรัญวิริยะกุล, ธิติรัตน์ ราศิริ	49

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
การเข้าถึงบริการทันตกรรมและสถานะทันตสุขภาพของเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ Accessing to Dental Services and Dental Health Status of Local Government Officers at Huai Mek District, Kalasin Province เบญญาภา กาลเข้ว่า, สมสาย ผลศิริ, ประทีป กาลเข้ว่า	60
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการบริการทางทันตกรรม และเพิ่มรายได้ตามชนิดบริการ เครือข่ายบริการสุขภาพวังโป่ง อำเภอวังโป่ง จังหวัดเพชรบูรณ์ ปี 2562 - 2566 Developing a System for Oral Healthcare Delivery to Improve Accessibilit and Revenue Service at the Wangpong Health Care Network in Phetchabun Province from 2019 to 2023 นิธินันท์ สกุลทอง	71
ปัจจัยส่วนบุคคล สถานะช่องปาก กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของประชากร อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป Personal Factor, Oral Health Status and Oral Health-Related Quality of Life in Population Aged 40 Years and Over เกตชดา โพธิ์รุกข์, วัชรินทร์ คำภูวรรณ, ศาสวัตี สุร่าไพ, วรุตม์ จินดาเวชช์	82
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 6 Factors Associated with Oral Health Care Behaviors and Oral Status of Village Health Volunteers in Region 6 Health Provider ปาริชาติ แยมสี่, สุภา เพ่งพิศ, อสิริย์ฐิกา ชัยสวัสดิ์ จันทร์ส่องสุข	98
การประเมินและพัฒนารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา โดยการประยุกต์ใช้ สบช.โมเดล (ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี) Assessment and Development of Health Behavior Patterns of Students by Applying the PBRI Model (7-Color of Life Traffic Ping-Pong) เพ็ญศิริ ทานให้, ธรินธร นามวรรณ, กาญจน์ เรืองมนตรี, สถุષดี ผาอาจ	109

Research article

Factors Related to Oral Health - Related Quality of Life of Grade 6 Students in Kaengkro District, Chaiyaphum Province

Naruecha Nontamit

Student,
Master of Public Health Program,
Sirindhorn College of Public Health,
Khon Kaen Province,
Faculty of Public Health
and Allied Health Sciences,
Praboromarajchanok Institute

Orawan Nammontri

Dentist, Senior Professional Level,
Sirindhorn College of Public Health,
Khon Kaen Province,
Faculty of Public Health
and Allied Health Sciences,
Praboromarajchanok Institute

Abstract

This cross - sectional analytical research aimed to investigate oral health - related quality of life, oral health literacy and sense of coherence and to assess the factors associated with oral health - related quality of life of Grade 6 students in Kaengkro district, Chaiyaphum province. The samples were 614 grade 6 students who were recruited into the study by stratified random sampling. Data were collected using the questionnaires. The content validity representing by index of item congruence (IOC) was 0.67 - 1. The reliability of the questionnaires was between 0.70 - 0.89. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation, median, minimum and maximum. Inferential statistics with Chi - square test and multiple logistic regression were performed.

The findings revealed that most samples were female accounted for 53.10%. Mean age was 11.84 (S.D. = 0.36). Most samples had good oral health - related quality of life (92.5%), moderate level of oral health literacy (78%) and low level of sense of coherence (88.6%). Regarding factors related to oral health - related quality of life oral health literacy and sense of coherence were found to be statistically associated with oral health - related quality of life (AOR = 1.70, 95%CI 1.43 - 3.10, p-value = 0.017 and AOR = 2.04, 95%CI 1.68 - 4.66, p-value = 0.013 respectively).

Corresponding author

Orawan Nammontri

E-mail: orawann16@gmail.com

Received date : 17 June 2024

Revised date : 26 July 2024

Accepted date : 28 August 2024

Keyword: Oral health literacy,

Sense of coherence,

Oral health - related quality of life, Students

บทความวิจัย (Research article)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของนักเรียน
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

นฤชา นนทมิตร

นักศึกษา

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

จังหวัดขอนแก่น

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก

อรวรรณ นามมนตรี

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

จังหวัดขอนแก่น

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในอำเภอแก่งคร้อจำนวน 614 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกและแบบประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก มีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.67 - 1 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0.70 - 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์และสถิติพหุคูณด้อยลงอิสระก่าหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 326 คน คิดเป็นร้อยละ 53.10 (S.D. = 0.50) อายุเฉลี่ย 11.84 ปี (S.D. = 0.36) กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในระดับมาก (การได้รับผลกระทบจากปัญหาในช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวันน้อย) คิดเป็นร้อยละ 92.5 ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 78 มีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 88.60 เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากพบว่า ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพและความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพต่ำถึงปานกลางจะมีโอกาสที่มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากไม่ดีเป็น 1.70 เท่าของผู้ที่มีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพสูง (AOR = 1.70, 95% CI 1.43 - 3.10, p-value = 0.017) และผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำมีโอกาสมี่คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากไม่ดีเป็น 2.04 เท่าของผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกปานกลางถึงสูง (AOR = 2.04, 95% CI 1.68 - 4.66, p-value = 0.013)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ, ความเข้มแข็งในการมองโลก, คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก, นักเรียนประถมศึกษา

ผู้รับผิดชอบบทความ

อรวรรณ นามมนตรี

อีเมล: orawann16@gmail.com

วันที่ได้รับบทความ : 17 มิถุนายน 2567

วันที่แก้ไขบทความ : 26 กรกฎาคม 2567

วันตอบรับบทความ : 28 สิงหาคม 2567

บทนำ

เด็กวัยเรียนกลุ่มอายุ 12 ปีเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยาเนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีฟันแท้ขึ้นครบ 28 ซี่ในช่องปาก อัตราการเกิดโรคช่องปากในวัยนี้จะใช้เพื่อทำนายแนวโน้มการเกิดโรคฟันผุในวัยผู้ใหญ่ สุขภาพช่องปากเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพร่างกายโดยรวม ในการประเมินสุขภาพช่องปากนั้น การใช้ดัชนีชี้วัดทางด้านคลินิกเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอในการประเมินสุขภาพได้ ตามนิยามของคำว่า “สุขภาพ” หรือ “สุขภาวะ” ที่ให้ไว้โดยองค์การอนามัยโลก¹ การประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากโดยใช้ดัชนีชี้วัดทางสังคมร่วมด้วยจะทำให้ทราบถึงผลกระทบจากปัญหาสุขภาพช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของเด็กวัยเรียน

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่ทำให้เกิดแรงจูงใจ คัดวิเคราะห์และใช้ข้อมูลเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง^{2,3} ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากเป็นทักษะใหม่ที่ต้องพัฒนา⁴ เนื่องจากเป็นประโยชน์และสามารถนำข้อมูลไปปฏิบัติจริงในชีวิตเพื่อให้ตัวเองมีสุขภาพช่องปากที่ดีและบอกต่อบุคคลอื่นได้ ปัจจุบันองค์กรด้านสุขภาพทั่วโลกให้ความสำคัญกับความรอบรู้ทางสุขภาพช่องปากของประชากรเนื่องจากเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญไม่เพียงแต่สุขภาพช่องปาก แต่อาจส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมและคุณภาพชีวิตของบุคคล บุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพช่องปากน้อยจะส่งผลให้การใช้บริการทางทันตกรรมแบบฉุกเฉินเพิ่มขึ้น กระจ่ายของโรคมากขึ้น มีอาการปวดฟันมากกว่าและค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นกว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพช่องปากที่ดีกว่า⁵⁻⁹

ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นปัจจัยทางจิตวิทยา นอกจากช่วยสนับสนุนให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาและจัดการกับปัญหารวมถึงความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสมแล้ว ยังช่วยให้บุคคลมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกว้างและรอบด้าน^{10,11} จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงสัมพันธ์กับการมีสุขภาพดี¹²⁻¹⁵ นอกจากนี้ความเข้มแข็งในการมองโลกสูงสัมพันธ์กับการมีสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดี¹⁶⁻²¹ การพัฒนาและปรับปรุงปัจจัยต่างๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากช่วยลดผลกระทบจากปัญหาสุขภาพและช่วยให้สามารถวางแผนพัฒนาสุขภาพช่องปากได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ความเข้มแข็งในการมองโลกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2566 - ตุลาคม 2566

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก หมายถึง ผลกระทบของสภาวะช่องปากที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การนอน การเรียน

ความรู้ด้านทันตสุขภาพ หมายถึง ทักษะทางปัญญา และสังคมของบุคคลในความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทันตสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อการรู้เท่าทันสื่อเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง

ความเข้มแข็งในการมองโลก หมายถึง ความคิดและความสามารถของบุคคลในการเผชิญกับปัญหา รวมถึงความเจ็บป่วย ความสามารถในการจัดการปัญหาและเห็นคุณค่าต่อการเผชิญปัญหาหรือจัดการแก้ไขปัญหานั้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional analytical study) ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกและแบบประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ใน อำเภอแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ เพศชายและเพศหญิงในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 1,070 คน (ฐานข้อมูลสุขภาพจังหวัดชัยภูมิ ณ วันที่ 30 กันยายน 2565)

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง คือเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในปีการศึกษา 2566 ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในอำเภอแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยและไม่มีปัญหาในเรื่องของการสื่อสาร สามารถอ่านเขียนได้

มีเกณฑ์การคัดออกคือ ไม่มาเรียนในวันที่เก็บรวบรวมข้อมูลหรือมีปัญหาสุขภาพร้ายแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลวิจัยได้

คำนวณขนาดตัวอย่างตามรูปแบบการวิจัยและวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุลอจิสติก (Multiple logistic regression)²² โดยใช้ข้อมูลจากงานวิจัยของจุฬาริน วิทยวรรณกุล และคณะ (2562) ที่ได้ศึกษาสภาวะทันตสุขภาพและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของ นักเรียนประถมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น²³

จากนั้น ทำการปรับอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยค่า Variance inflation factor (VIF) ได้กลุ่มตัวอย่างสุดท้ายจำนวน 614 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วนมีข้อคำถามจำนวน 65 ข้อ โดยมีรายละเอียดของแบบสอบถาม ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ตำบล โรงเรียน โดยเป็นข้อความแบบเลือกตอบ (Check - list) และเติมข้อความในช่องว่าง จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ โดยการประยุกต์ข้อคำถามจากแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข²⁴ ตามแนวคิดของ Nutbeam^{3,4} ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ จำนวน 32 ข้อ ได้แก่

องค์ประกอบที่ 1 ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง แบบสอบถามปลายปิด (Closed - form) จำนวน 7 ข้อ เลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่/ไม่ทราบ โดยตอบถูกต้อง 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน รวมมีค่าระหว่าง 0 - 7 คะแนน

องค์ประกอบที่ 2,3,4,5,6 ข้อคำถามความรู้ด้านทันตสุขภาพลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คำถามเชิงบวก

ไม่ปฏิบัติเลย	= 4 คะแนน
ปฏิบัติมานานๆครั้ง	= 3 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	= 2 คะแนน
ปฏิบัติทุกครั้ง	= 1 คะแนน

คำถามเชิงลบ

ไม่ปฏิบัติเลย	= 1 คะแนน
ปฏิบัติมานานๆครั้ง	= 2 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	= 3 คะแนน
ปฏิบัติทุกครั้ง	= 4 คะแนน

นำคะแนนรวมทั้ง 6 องค์ประกอบมาจัดระดับความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพเป็น 3 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์²⁵ โดยแบ่งอันตรภาคชั้นมีช่วงคะแนนคำนวณจากการนำคะแนนที่เป็นไปได้สูงสุดลบต่ำสุดแล้วหารด้วยจำนวนระดับ สามารถจัดระดับความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพได้ดังนี้ ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพระดับน้อย (0 - 35.66 คะแนน) ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพระดับปานกลาง (35.67 - 71.33 คะแนน) และ ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพระดับมาก (71.34 - 91 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ความเข้มแข็งในการมองโลก เก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกของ Nammontri และคณะ²¹ จำนวน 13 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามที่มีคำตอบหัวท้าย (Semantic scale) 7 ระดับ จาก 1 ถึง 7 ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบด้านความสามารถทำความเข้าใจ จำนวน 5 ข้อ องค์ประกอบด้านความสามารถในการจัดการ จำนวน 4 ข้อ และองค์ประกอบด้านความสามารถให้ความหมาย จำนวน 4 ข้อ จัดระดับความเข้มแข็งในการมองโลกโดยใช้เกณฑ์ของเบสท์²⁵ แบ่งคะแนนแบบอันตรภาคชั้น โดยกำหนดช่วงคะแนนระดับความเข้มแข็งในการมองโลกจากการนำคะแนนที่เป็นไปได้สูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนระดับ สามารถจัดระดับความเข้มแข็งในการมองโลกได้ 3 ระดับ คือ ความเข้มแข็งในการมองโลกระดับน้อย (13 - 39 คะแนน) ความเข้มแข็งในการมองโลกปานกลาง (40 - 65 คะแนน) และความเข้มแข็งในการมองโลกระดับมาก (66 - 91 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบวัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของประชากรวัยเด็ก Child Perceptions Questionnaire (CPQ) ซึ่งแปลเป็นฉบับภาษาไทยฉบับย่อ 16 ข้อ โดย Gururatana และคณะ²⁶ เป็นการประเมินผลกระทบของปัญหาสุขภาพช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวันในปัจจุบันและย้อนไปในระยะเวลา 3 เดือน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) มีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ เกิดขึ้นทุกครั้ง/เกือบทุกวัน(4) เคยบ่อยครั้ง(3) เคยบางครั้ง(2) เคยหนึ่งถึงสองครั้ง(1) และไม่เคยเลย(0) จัดระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากโดยใช้เกณฑ์ของเบสท์²⁵ ได้ 3 ระดับ คือ

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากระดับน้อย (ได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพช่องปากมาก) (42.67 - 64 คะแนน)

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง (21.34 - 42.66 คะแนน)

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากระดับมาก (ได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพช่องปากน้อย) (0 - 21.33 คะแนน)

การสร้างและทดสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างและปรับแบบสอบถามบางส่วนที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและทดสอบคุณภาพของแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คำนวณค่าความตรงของเนื้อหา (Index of item - Objective congruence; IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1 โดยมีการปรับปรุงเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขต่อไปทดสอบความเที่ยง (Reliability) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ระหว่าง 0.70 - 0.89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น รหัสโครงการวิจัย HE652095 วันที่ 29 มีนาคม 2566

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสานผู้อำนวยการโรงเรียนเพื่อขอเก็บข้อมูลวิจัย
2. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างโดยมีเวลาให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจก่อนเข้าร่วมวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองลงชื่อในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง
4. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากระดับความรู้ด้านทันตสุขภาพ ระดับความเข้มแข็งในการมองโลกโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum)

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) สถิติถดถอยพหุคูณโลจิสติก (Multiple logistic regression) นำเสนอข้อมูลด้วย Crude odds ratio (COR), นำเสนอข้อมูลด้วย Adjusted odds ratio (AOR) และค่าความเชื่อมั่นที่ 95% Confidence interval (95%CI) (p-value <0.05)

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 326 คน คิดเป็นร้อยละ 53.10 (S.D. = 0.50) เพศชาย จำนวน 288 คน คิดเป็นร้อยละ 46.90 อายุอยู่ระหว่าง 11 ถึง 12 ปี อายุเฉลี่ย 11.84 ปี (S.D. = 0.36)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 92.5 (ตารางที่ 1) เมื่อจัดกลุ่มระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากโดยใช้ค่ามัธยฐานพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากไม่ดีหรือการได้รับผลกระทบจากปัญหาในช่องปากมากจำนวน 382 คนคิดเป็นร้อยละ 62.20 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

Table 1 Frequency and percentage of the sample classified by the level of oral health - related quality of life (n=614)

Level of oral health - related to quality of life	Frequency	Percentage
Low	0	0
Moderate	46	7.50
High	568	92.5
Mean (S.D.) 11.14 (6.58) Median 10 Min - Max 0 - 36		

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากโดยใช้คะแนนมัธยฐาน

Table 2 Frequency and percentage of the sample classified by the level of oral health - related quality of life using median score (n=614)

Level of oral health - related to quality of life	Frequency	Percentage
Not good	382	62.20
Good	232	37.80

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพในระดับปานกลาง จำนวน 479 คน คิดเป็นร้อยละ 78 และอยู่ในระดับสูง จำนวน 135 คน คิดเป็นร้อยละร้อยละ 22 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ด้านทันตสุขภาพ

Table 3 Frequency and percentage of the sample classified by the level of oral health literacy (n=614)

Level of oral health literacy	Frequency	Percentage
Low	0	0
Moderate	479	78
High	135	22

Mean (S.D.) 74.43.14 (5.39) Median 76 Min - Max 64 - 84

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 88.60 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความเข้มแข็งในการมองโลก

Tabel 4 Frequency and percentage of the sample classified by the level of sense of coherence (n=614)

Level of sense of coherence	Frequency	Percentage
Low	544	88.60
Moderate	70	11.40
High	0	0

Mean 33.57 (8.19) Median 33 Min - Max 23 - 58

ก่อนการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวแปรเป็น 2 กลุ่มโดยใช้ค่ามัธยฐานในการแบ่งกลุ่มคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ส่วนความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพและความเข้มแข็งในการมองโลกจัดกลุ่มโดยพิจารณาจากสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มย่อยให้มีความใกล้เคียงกัน จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากพบว่าความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพและความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพน้อยถึงปานกลางจะมีโอกาสที่มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากไม่ดีเป็น 1.70 เท่าของผู้ที่มีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพสูง (AOR = 1.70, 95%CI 1.43 - 3.10, p-value = 0.017) และผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกน้อยมีโอกาสนี้จะมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากไม่ดี

เป็น 2.04 เท่าของผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกปานกลางถึงสูง (AOR = 2.04, 95%CI 1.68 - 4.66, p-value = 0.013) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

Table 5 Factors associated with oral health related quality of life

Variables	Oral health related quality of life		Crude OR	Adjusted OR	95%CI	p- value
	n (%)	n (%)				
Gender						
Male	168 (58.30)	120 (41.70)	0.73	0.73	(0.52-1.02)	0.07
Female	214 (65.60)	112 (34.40)				
Age (Year)						
11	59 (62.80)	35 (37.20)	0.91	0.95	(0.60-1.51)	0.82
12	323 (62.10)	197 (37.90)				
Oral health literacy						
Low - Moderate	317 (66.20)	162 (33.80)	2.11	1.70	(1.43-3.10)	0.017*
High	65 (48.10)	70 (51.90)				
Sense of coherence						
Low	354 (65.10)	190 (34.90)	2.79	2.04	(1.68-4.66)	0.013*
Moderate - High	28 (40)	42 (60)				

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จำนวน 568 คน มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 92.50 แต่เมื่อจัดกลุ่มระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากโดยใช้ค่ามัธยฐานพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในระดับที่ไม่ดีหรือการได้รับผลกระทบจากปัญหาในช่องปากมากจำนวน 382 คน คิดเป็นร้อยละ 62.20 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ค่อนข้างแตกต่างกัน บางคนอาจได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพช่องปากมากแต่บางคนอาจจะมีน้อยหรือมีน้อยมาก หากมีการตรวจสุขภาพช่องปากร่วมด้วยก็จะทำให้อธิบายความแตกต่างนี้ได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 78 เมื่อวิเคราะห์แยกรายองค์ประกอบพบว่า องค์ประกอบที่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลางได้แก่ การสื่อสารเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง การจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก การรู้เท่าทันสื่อเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง การตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก องค์ประกอบที่มีคะแนนอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง การเข้าถึงข้อมูลและบริการเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ผลการศึกษาในภาพรวมของความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษาของ รอซิกิน สาเร๊ะ และคณะ (2564)²⁷ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยรุ่น ผลการวิจัยพบว่าความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ อนุพงษ์ สอดสี (2562)²⁸ ที่ได้ศึกษาประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของนักเรียนประถมศึกษา พบว่าความสามารถในการเข้าถึงความเข้าใจ การประเมิน และการใช้ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณี เฮงตระกูลเวนิช และคณะ (2563)²⁹ ที่ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก การมีฟันผุและคุณภาพชีวิตของเด็กอายุ 12 ปี ที่ได้จัดกลุ่มตามกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ แปรงฟันสม่ำเสมอและควบคุมอาหารที่เสี่ยงต่อโรคฟันผุ แปรงฟันสม่ำเสมอ ควบคุมอาหารเสี่ยงต่อโรคฟันผุ และไม่มีกิจกรรมและพบว่าโดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคฟันผุในระดับปานกลาง

กลุ่มตัวอย่างมีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 88.60 อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างยังเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อายุยังน้อย เป็นกลุ่มที่กำลังมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านกายภาพ บุคลิกภาพ และจิตใจ ส่งผลต่อความสามารถในการทำความเข้าใจกับสิ่งต่างๆ รวมทั้งสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัว ความสามารถในการจัดการทรัพยากร การเห็นคุณค่าและความหมายกับสิ่งที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต จึงทำให้ความเข้มแข็งในการมองโลกยังอยู่ในระดับน้อย

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก พบว่า ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพและความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพสูงจะสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการทางทันตกรรมได้มากกว่าและมีทักษะในการคิดวิเคราะห์ สามารถตัดสินใจและจัดการสุขภาพของตนเองได้ดีกว่า ทำให้มีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี ส่วนความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นทักษะของบุคคลในการทำความเข้าใจและรับมือกับปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆ ในชีวิต ผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะสามารถนำเอาทรัพยากรที่ตนมีอยู่มาใช้ได้อย่างเหมาะสม ทำให้มีพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี เช่น การแปรงฟันสม่ำเสมอการไปรับบริการทันตกรรมเป็นประจำ การรับประทานอาหารที่ส่งผลดีต่อสุขภาพช่องปากและฟันและการงดสูบบุหรี่ ส่งผลให้มีสภาวะปริทันต์ที่ดีเป็นโรคปริทันต์และโรคฟันผุน้อยส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันน้อยมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดี¹⁶ ผลการศึกษาค้นนี้สอดคล้องกับการศึกษาเชิงทดลองของ Nammontri และคณะ³⁰ ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งในการมองโลกต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในเด็กวัยเรียน 12 ปี และพบว่านักเรียนกลุ่มทดลองที่ได้รับการพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลก มีพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก สภาวะทันตสุขภาพและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้มแข็งในการมองโลก การส่งเสริมปัจจัยดังกล่าวอาจช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในเด็กวัยเรียน

ข้อเสนอแนะ**1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย**

1.1 ส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกผ่านกิจกรรมต่างๆในโรงเรียนและที่บ้าน ฝึกให้เด็กแก้ไขปัญหา โดยได้รับคำแนะนำจากผู้ปกครองและครู

1.2 ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะการรู้เท่าทันสื่อเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง ควรมีการพูดคุยประสบการณ์หรือปัญหาทางด้านทันตสุขภาพระหว่างเพื่อน สมาชิกในครอบครัว ครูที่โรงเรียนที่เพิ่มมากขึ้นเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ทันตสุขภาพได้อย่างเหมาะสม การจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากควรเริ่มจากที่บ้านซึ่งผู้ปกครองควรตระหนักและเอาใจใส่ ตลอดไปจนถึงครูที่โรงเรียน ชี้แนะแนวทางการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องและเหมาะสม ควรมีสื่อป้ายประชาสัมพันธ์ต่างๆ เกี่ยวกับทันตสุขภาพเพื่อสร้างทักษะในกระบวนการคิดของตนเอง เพื่อเป็นประโยชน์และได้แนวทางทางการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านทันตสุขภาพ ทั้งด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านทันตสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสารเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง ด้านทักษะการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก และด้านการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดี

2.2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกตามองค์ประกอบของความเข้มแข็งในการมองโลกเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดี

2.3 ควรศึกษาตัวแปรสภาวะทันตสุขภาพร่วมด้วยเพื่อช่วยอธิบายความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Constitution of the World Health Organization. In: World Health Organization: Basic documents. 45th ed. Geneva: World Health Organization; 2005.
2. Nutbeam D. Health promotion glossary. Health Promotion International. 1998; 13(4): 349-64.
3. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social science & medicine 2008; 67(12): 2072-78.
4. อนุพงษ์ สอดสี, ภาสกร ศรีไทย, อธิราภรณ์ พนาวัลย์. ความฉลาดทางสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของนักเรียน: กรณีศึกษาโรงเรียนประถมศึกษาในความร่วมมือกับวิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินคร จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารคณะพลศึกษา. 2560; 20(2): 150-58.
5. Ueno M, Takeuchi S, Oshiro A, Kawaguchi Y. Relationship between oral health literacy and oral health behaviors and clinical status in Japanese adults. Journal of Dental Sciences 2013; 8: 170-76.
6. American Dental Association. Health literacy in dentistry strategic action plan 2010 - 2015. United States: American Dental Association; 2010.
7. Horowitz AM, Kleinman DV. Oral Health Literacy: The New Imperative to Better Oral Health. Dental Clinics of North America. 2008; 52(2): 333-44.

8. Dickson-Swift V, Kenny A, Farmer J, Gussy M, Larkins S. Measuring oral health literacy: a scoping review of existing tools. *BMC oral health*. 2014; 14(1): 148.
9. Batista MJ, Lawrence HP, Sousa MDLR. Oral health literacy and oral health outcomes in an adult population in Brazil *BMC public health*. 2018; 18: 1-9.
10. Antonovsky A. Health, stress, and coping. New perspectives on mental and physical well - being, San Francisco: Jossey-Bass. 1979; p.12-37.
11. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco, CA: Jossey - Bass; 1987.
12. Monica E. The sense of coherence: the concept and its relationship to health. *The Handbook of Salutogenesis*. Springer. 2022; p. 61-8.
13. Moksnes, Unni K. Sense of coherence. *Health promotion in health care - vital theories and research*. 2021; p.35-46.
14. Eriksson M, Lindstrom B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2007; 61: 938-44.
15. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2006; 60: 376-81.
16. อรฉัตร คุรุรัตน์. ความสำคัญของความเข้มแข็งในการมองโลกต่อสุขภาพช่องปาก. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 2562; 13(2): 140-50
17. Reddy KS, Doshi D, Kulkarni S, Reddy BS, Reddy MP. Correlation of sense of coherence with oral health behaviors, socioeconomic status, and periodontal status. *Journal of Indian Society of Periodontology*. 2016; 20(4): 453-9.
18. Elyasi M, Abreu LG, Badri P, Saltaji H, Flores-Mir C, Amin M. Impact of sense of coherence on oral health behaviors: A systematic review. *PloS One*. 2015; 10(8): e0133918.
19. Lindmark U, Hakeberg M, Hugoson A. Sense of coherence and its relationship with oral health - related behaviour and knowledge of and attitudes towards oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2011; 39: 542-53.
20. อรฉัตร คุรุรัตน์. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกที่มีต่อปริมาณคราบจุลินทรีย์และสภาวะเหงือกของเด็กนักเรียน. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 2561; 12: 1-11.
21. Nammontri O, Robinson PG, Baker SR. Enhancing oral health via sense of coherence: a cluster - randomized trial. *Journal of dental research*. 2013; 92(1): 26-31.
22. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Statistics in medicine*. 1998; 17(14): 1623-34.

23. จุฬนารินทร์ วิทยวรรณกุล, อรรรรณ นามมนตรี, วรวัฒน์ แก่นจันทร์. สภาวะทันตสุขภาพและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของนักเรียนประถมศึกษา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตภิบาล. 2562; 30(2): 131-41.
24. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็ก และเยาวชน อายุ 7-14 ปี และกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป; 2561.
25. Best JW. Research in Education, 4th Edition, New Delhi: Prentice Hall of India Pvt. Ltd.; 1981.
26. Gururatana O, Baker SR, Robinson PG. Psychometric properties of long and short forms of the Child Perceptions Questionnaire (CPQ). Community dental health. 2011; 28: 232-37.
27. รอซีกิน สาเร๊ะ, คันธมาพันธ์ กาญจนภูมิ, กัลยา ต้นสกุล. ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพกับการดูแลสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดยะลา. วารสารการสาธารณสุขชุมชน. 2564; 3(3): 27-39.
28. อนุพงษ์ สอดสี, นลินี ณ นคร, สังวรณั จัตุระโทก. การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของนักเรียนประถมศึกษา. วารสารทันตภิบาล. 2562; 30(2): 80-91.
29. กฤษณี เองตระกูลเวนิช, กนกวรรณ พรหมชาติ, รัชมี พึ่งไพศาล. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ฟันผุ และคุณภาพชีวิตของ เด็กอายุ 12 ปี อำเภอลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร. วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 2563; 25(1): 29-37.
30. Nammontri O, Robinson PG, Baker SR. Enhancing oral health via sense of coherence: a cluster - randomized trial. Journal of dental research. 2013; 92(1): 26-31.

Research article

Factors Related to Oral Health - Related Quality of Life among Elderly with Diabetes Mellitus Type 2 in Nong Hong District, Buriram Province

Ketwalai Naksirichaikul

Student,
Master of Public Health Program,
Sirindhorn College of Public Health,
Khon Kaen Province,
Faculty of Public Health
and Allied Health Sciences,
Praboromarajchanok Institute

Orawan Nammontri

Dentist, Senior Professional Level,
Sirindhorn College of Public Health,
Khon Kaen Province, Faculty of Public
Health and Allied Health Sciences,
Praboromarajchanok Institute

Abstract

This cross - sectional analytical study aimed to explore personal factors, oral health behaviors, sense of coherence, oral health status and oral health - related to quality of life and to assess the factors associated with oral health - related quality of life among the elderly with diabetes mellitus type 2 in Nong Hong district, Buriram province. Data were collected from 270 samples using the questionnaires involving demographic data, oral health behaviors and sense of coherence. Oral health status was also recorded. Oral health - related quality of life was assessed using Thai Oral Health Impact Profile (Thai OHIP-14).

The reliability of the oral health behavior, sense of coherence and oral health - related to quality of life questionnaires were 0.73, 0.75, and 0.92, respectively. Kappa statistics for oral examination were equal to 0.98. Descriptive data of all variables were analyzed using descriptive statistics. Factors related to oral health - related to quality of life were analyzed using multiple logistic regression with statistical significance at 0.05. The results of the study revealed that the sample group had moderate level of oral health care and sense of coherence accounted for 69.26% and 64.07% respectively. The samples with 20 or more teeth were 71.48% ($\bar{X}$ = 21.54 teeth/person). There were 4 or more posterior occlusal pair 53.70% ($\bar{X}$ = 4.23 pairs/person). Those with the Eichner A were 53.33%. Approximately 77.4% had no tooth mobility. Caries experience was 9.79 teeth/person. Most samples (74.07%) had high level of oral health - related quality of life. When analyzing the relationship the factors that correlated with oral health - related to quality of life were the number of the permanent teeth in the mouth (p-value = 0.009), having tooth mobility (p-value = 0.013), and sense of coherence. (p-value = 0.036)

Keywords: Oral health behaviors, Sense of coherence, Oral health status, Oral health related quality of life, Elderly diabetes mellitus type 2

Corresponding author

Orawan Nammontri

E-mail: orawann16@gmail.com

Received date : 15 June 2024

Revised date : 19 July 2024

Accepted date : 30 August 2024

บทความวิจัย (Research article)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ
ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์

เก็จวไลย นาคศิริชัยกุล

นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร
มหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์
และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

อรวรรณ นามมนตรี

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์
และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ความเข้มแข็งในการมองโลก สภาวะสุขภาพช่องปากคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 270 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ความเข้มแข็งในการมองโลก ข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปาก และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHIP-14) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ความเข้มแข็งในการมองโลกและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก เท่ากับ 0.73, 0.75 และ 0.92 ตามลำดับ วิเคราะห์ค่าความสอดคล้องในการตรวจฟันด้วยสถิติแคปปา มีค่า 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากโดยใช้ Multiple logistic regression กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง ร้อยละ 69.26 ความเข้มแข็งในการมองโลกระดับปานกลาง ร้อยละ 64.07 ด้านสภาวะสุขภาพช่องปากพบจำนวนฟันแท้ในช่องปากมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ซี่ ร้อยละ 71.48 ค่าเฉลี่ย 21.54 ซี่/คน คู่สบฟันหลังมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คู่สบ ร้อยละ 53.70 ค่าเฉลี่ย 4.23 คู่สบ/คน มีการสูญเสียฟันตามดัชนีของอิชนอร์แบบ A ร้อยละ 53.33 ไม่มีฟันโยก ร้อยละ 77.41 และค่าเฉลี่ยฟันผุถอน อุด 9.79 ซี่/คนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 74.07 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ได้แก่ จำนวนฟันแท้ในช่องปาก (p-value = 0.009) การมีฟันโยก (p-value = 0.013) และความเข้มแข็งในการมองโลก (p-value = 0.036)

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก, ความเข้มแข็งในการมองโลก, สภาวะสุขภาพช่องปาก, คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก, ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ผู้รับผิดชอบบทความ

อรวรรณ นามมนตรี

อีเมล: orawann16@gmail.com

วันที่ได้รับบทความ : 15 มิถุนายน 2567

วันที่แก้ไขบทความ : 19 กรกฎาคม 2567

วันตอบรับบทความ : 30 สิงหาคม 2567

บทนำ

สังคมผู้สูงอายุ (Ageing society) เป็นแนวโน้มที่ทุกชาติทั่วโลกหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยองค์การสหประชาชาติคาดการณ์ไว้ว่าทั่วโลกจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ประมาณ 1,200 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 และ 2,000 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 หรือคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรโลก¹ ตามคาดการณ์ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยจะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 20.66 ของประชากรทั้งประเทศ และในปี พ.ศ. 2578 จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 28.55 ของประชากรทั้งประเทศ²

จากแนวโน้มดังกล่าวนำมาซึ่งความเสี่ยงได้มาก โดยมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้สูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมในสังคม เกิดความเสื่อมตามสภาพทางร่างกาย กระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย หน้าที่การทำงานของอวัยวะลดลงเรื่อย ๆ โดยเฉพาะผู้ที่เป็โรคเรื้อรังร่วมด้วย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น³ ขณะเดียวกันปัญหาเรื่องสุขภาพช่องปากและฟัน เป็นอีกหนึ่งปัญหาที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิต ทั้งทางด้านกายภาพ (Physical) จิตใจ (Psychological) ส่งผลต่อความสุขในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยทางกายภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ การบริโภคอาหาร ปริมาณอาหารที่บริโภคได้ในแต่ละมื้อ ผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันทั้งปากจะส่งผลต่อการบดเคี้ยวอาหาร ไม่สามารถบดเคี้ยวอาหารได้ จึงต้องรับประทานอาหารที่เคี้ยวง่าย มีลักษณะนิ่ม และรับประทานอาหารนั้นซ้ำ ๆ เป็นประจำ ทำให้ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วนส่งผลต่อภาวะโภชนาการ การสูญเสียฟันธรรมชาติยังส่งผลต่อภาพลักษณ์ ความมั่นใจ ความสวยงาม เป็นต้น⁴ การมีฟันบางส่วนหายไป ทำให้ผู้สูงอายุหลายคน มีความรู้สึก อาย ไม่อยากยิ้ม ไม่มั่นใจในการเข้าสังคม การพูดคุย ซึ่งเป็นผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้การดูแลมีความซับซ้อนมากกว่าอื่น ๆ⁵

จากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพ ครั้งที่ 9 พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุ 60 - 74 ปี มีค่าเฉลี่ยจำนวนฟันถาวรที่มีในช่องปาก 19.6 ซี่ต่อคน เมื่อเปรียบเทียบกับรายภาค พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ 21.6 ซี่ต่อคน ในส่วนของการมีฟันเพียงพอดต่อการบดเคี้ยวอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างน้อย 20 ซี่ และมีคู่สบ ฟันหลังครบ 4 คู่สบ พบว่า มีผู้สูงอายุ 60 - 74 ปี ที่มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ ร้อยละ 60.9 มีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ ร้อยละ 43.7 มีฟันถาวรใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ และมีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ ร้อยละ 43.0 ในกลุ่มผู้สูงอายุ 80 - 85 ปี พบว่า มีค่าเฉลี่ยจำนวนฟันถาวรที่มีในช่องปาก 11.7 ซี่ต่อคน มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ ร้อยละ 27.7 มีคู่สบฟันหลังอย่างน้อย 4 คู่สบ ร้อยละ 15.7 มีฟันถาวรใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ และมีฟันหลัง 4 คู่สบ ร้อยละ 15.3⁶ ในอำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ มีผู้สูงอายุ 7,799 ราย เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 1,169 ราย โดยผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากทั้งหมด 6,645 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.20 มีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 67.80 มีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ และมีคู่สบฟันหลัง (แท้หรือเทียม) ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ ร้อยละ 33.76⁷ จากปัญหาดังกล่าวทำให้ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการบดเคี้ยว แม้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นจำนวนมากมีฟันแท้ใช้งานได้ 20 ซี่ แต่ฟันแท้ที่พบในช่องปากมีรอยโรค และความผิดปกติที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาและการดูแลที่เหมาะสมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการลุกลามที่นำไปสู่ความเจ็บปวด เสี่ยงต่อการอักเสบ ปวดบวม ติดเชื้อ และการสูญเสียฟัน⁸ ปัญหาสุขภาพช่องปากที่มักพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ การสูญเสียฟัน ฟันผุและรากฟันผุ เหงือกอักเสบ ภาวะน้ำลายแห้ง มะเร็งช่องปาก ฟันสึก และโรคช่องปากที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การมีสภาวะช่องปากดี ส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม⁵

ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นหลักสำคัญของทฤษฎีความผาสุกในชีวิต (The salutogenic model)⁹ เป็นคุณลักษณะภายในตัวบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเฝ้าระวัง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกลไกการเผชิญความเครียดที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ เรียนรู้ แก้ปัญหา และตัดสินใจ โดยบุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะให้

ความหมายต่อสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ว่าเป็นสิ่งท้าทาย มีคุณค่า สามารถเข้าใจสถานการณ์ อธิบายเหตุผล และคาดการณ์ล่วงหน้าได้ และจะเกิดการแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่างๆที่ช่วยในการเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลให้ความเครียดลดลง เกิดพฤติกรรมการปรับตัว ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพดี ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ จะให้ความหมายต่อสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ว่าไร้ค่า ไม่เข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ตลอดจนไม่ยอมแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่างๆ ในการรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าว เป็นผลให้มีพฤติกรรมการปรับตัวไม่เหมาะสม ซึ่งนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่เลวลง ผู้วิจัยได้ให้ความเห็นว่าความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นปัจจัยสำคัญในการสนับสนุน และเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพที่ตามมา¹⁰ นอกจากนี้งานวิจัยของน้ำฝน สร้อยวงษา สุบิน พัวศิริ และรัชฎา ฉายจิต ศึกษาเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุไทย ซึ่งเป็นการศึกษาแรกของไทยที่ขยายมุมมองความสัมพันธ์ของความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากทั้งในภาพรวม และทุกประเด็นย่อย¹¹

คุณภาพชีวิตที่ดีมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต คุณภาพชีวิตในมิติของสุขภาพช่องปาก (Oral health related quality of life: OHRQoL) เป็นการขยายมุมมองในเรื่องสุขภาพช่องปากให้กว้างขึ้นกว่าเดิม ทำให้สุขภาพช่องปาก หมายถึง สภาวะของสุขภาพช่องปากที่ส่งผลให้บุคคลมีความเป็นอยู่ที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ¹² ผลกระทบของปัญหาสุขภาพช่องปากที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวันหรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากเป็นแนวคิดหลายมิติทั้งมิติทางกาย ใจ และสังคม เป็นการรับรู้ความเข้าใจ และแสดงความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง สามารถวัดประเมินได้โดยใช้เครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน ดังนั้นคุณภาพชีวิตในมิติของสุขภาพช่องปาก จึงสามารถใช้ในการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพช่องปาก และการดูแลไม่ให้เกิดโรคในช่องปาก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยด้านต่างๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนดำเนินงานในด้านทันตสาธารณสุข และเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก ความเข้มแข็งในการมองโลก สภาวะสุขภาพช่องปาก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross - sectional analytical study)

ขอบเขตการวิจัยการศึกษา

เก็บข้อมูลในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในอำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ ทั้งหมดจำนวน 1,169 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) ของ Hsieh และคณะ¹³ โดยอ้างอิงค่าสัดส่วนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีพันโยกับการได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ¹⁴ จากการแทนค่าได้จำนวนตัวอย่าง 98 คน และทำการปรับค่าจำนวนตัวอย่างโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุเท่ากับ 0.80 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 270 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในอำเภอ

หนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และสามารถอ้าปากและรับการตรวจสุขภาพช่องปากได้ และเกณฑ์คัดออก คือ ผู้สูงอายุที่มีความพิการทางด้านร่างกาย สติ ปัญญาหรือการได้ยิน และผู้ที่มีการเจ็บป่วยอย่างรุนแรง เลืออกจากผู้ที่เข้ามาใช้บริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบตรวจสอบภาวะสุขภาพช่องปาก เก็บข้อมูลจำนวนฟันแท้ในช่องปาก, จำนวนคู่สบฟันหลัง, การมีฟันโยก, DMFT index และการสูญเสียฟันตามดัชนีการสูญเสียฟันตามอิชเนอร์ ด้วยการตรวจฟัน

แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษารายได้ อาชีพ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน การมีโรคร่วม ความถี่ในการเข้ารับบริการทันตกรรม ตอนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 12 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเกือบทุกวัน ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย

ตอนที่ 2 แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก อ้างอิงจาก อรรถวรรณ นามมนตรี และคณะ¹⁵ มีทั้งหมด 13 ข้อคำถาม เป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับ จาก 1 ถึง 7 (Guttman scale)¹⁶ โดยมีข้อคำถามตอบหัวท้าย ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบด้านความสามารถทำความเข้าใจ จำนวน 5 ข้อ องค์ประกอบด้านความสามารถในการจัดการ จำนวน 4 ข้อ และองค์ประกอบด้านความสามารถให้ความหมาย จำนวน 4 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก OHIP-14 ประกอบด้วยคำถาม 7 มิติ 14 ข้อ ได้แก่ ความจำกัดในการทำหน้าที่ 2 ข้อ, ความเจ็บปวดทางกายภาพ 2 ข้อ, ความรู้สึกไม่สบายทางจิตใจ 2 ข้อ, ความบกพร่องทางกายภาพ 2 ข้อ, ความบกพร่องทางจิตใจ 2 ข้อ, ความบกพร่องทางสังคม 2 ข้อ และความด้อยโอกาส 2 ข้อ ของอรรถวรรณ นามมนตรี และคณะ ที่พัฒนาและแปลมาจาก OHIP-14 โดยแบ่งระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพช่องปาก ออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยเลย (0 คะแนน), เคยหนึ่งถึงสองครั้ง (1 คะแนน), เคยบ้างบางครั้ง (2 คะแนน), เคยบ่อยครั้ง (3 คะแนน), และเกิดขึ้นเกือบทุกวันหรือทุกวัน (4 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การปรับมาตรฐานการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก ผู้วิจัยได้กำหนดให้ผู้ช่วยนักวิจัย คือ นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) จำนวน 2 คน และวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องด้วยสถิติ Kappa ที่ได้จากการปรับมาตรฐานในครั้งนี้ มีค่าเท่ากับ 0.98

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านทันตกรรมจำนวน 2 ท่าน และด้านสาธารณสุขจำนวน 1 ท่าน ซึ่งค่าความเที่ยงตรง (IOC) ที่ได้จากการคำนวณคะแนนจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 คน มีค่าเท่ากับ 0.95

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 ราย ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient) ที่ได้ทดลองใช้มีค่าดังนี้ แบบวัดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก มีค่า 0.61 แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก มีค่า 0.75 และแบบวัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก มีค่า 0.92

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่รับรอง HE661083 ลงวันที่ 24 มกราคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลแจกแจงนับนำเสนอโดย การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ข้อมูลต่อเนื่องนำเสนอโดย ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) วิเคราะห์แบบ Multiple logistic regression นำเสนอด้วยค่าขนาดของความสัมพันธ์ที่คำนึงถึงอิทธิพลจากตัวแปรอื่นๆ ด้วยอัตราเสี่ยง (Adjusted odds ratio; AOR) และการประมาณค่าช่วงเชื่อมั่น ร้อยละ 95 (95% Confidence interval; 95% CI), p-value

ผลการศึกษา

ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.25 อายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 77.44 ($\bar{X}$ = 66.99, S.D. = 6.57, Min = 60, Max = 89) สถานภาพสมรส ร้อยละ 66.67 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 64.67 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 94.44 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 82.96 มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 54.07 ($\bar{X}$ = 8.09, S.D. = 6.67, Min = 0, Max = 47) มีโรคร่วม ร้อยละ 65.19 มากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 46.02 และส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับบริการทันตกรรม ร้อยละ 64.81

ด้านพฤติกรรมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.26 ($\bar{X}$ = 28.52, S.D. = 6.06, Min = 9, Max = 45) พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุดในเรื่องการแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า และก่อนนอน ร้อยละ 71.85 รองลงมา คือ การแปรงลิ้นหลังแปรงฟัน ร้อยละ 41.85 และพฤติกรรมที่ไม่เคยปฏิบัติเลยมากที่สุดในเรื่องการสูบบุหรี่ ร้อยละ 87.04 รองลงมา คือ การเคี้ยวหมาก ร้อยละ 81.48

ด้านความเข้มแข็งในการมองโลก กลุ่มตัวอย่างมีความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.07 ($\bar{X}$ = 59.97, S.D. = 9.15, Min = 29.00, Max = 86.00) เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบย่อย 3 องค์ประกอบ พบว่า ด้านความสามารถเข้าใจได้ (Comprehensibility) มีค่าเฉลี่ย 23.48 คะแนน (S.D. = 4.26), ด้านความสามารถจัดการได้ (Manageability) มีค่าเฉลี่ย 17.65 คะแนน (S.D. = 3.71), และด้านการเห็นคุณค่าความหมาย (Meaningfulness) มีค่าเฉลี่ย 18.84 คะแนน (S.D. = 3.34)

ด้านสภาวะสุขภาพช่องปาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนฟันแท้ในช่องปากมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ซี่ ร้อยละ 71.48 ค่าเฉลี่ย 21.54 ซี่/คน (S.D. = 8.83, Min = 0, Max = 32) มีคู่สบฟันหลังมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คู่สบ ร้อยละ 53.70 ค่าเฉลี่ย 4.23 คู่สบ/คน (S.D. = 3.45, Min = 0, Max = 10) มีการสูญเสียฟันตามดัชนีของอิชนอร์แบบ A คือ มีบริเวณรองรับการสบฟันมากกว่าหรือเท่ากับ 4 บริเวณขึ้นไป ร้อยละ 53.33 และไม่มีฟันโยก ร้อยละ 77.41 มีฟันผุเฉลี่ย 0.90 ซี่/คน (S.D. = 2.81, Min = 0, Max = 32) ฟันที่ได้รับการอุดเฉลี่ย 0.19 ซี่/คน (S.D. = 0.71, Min = 0, Max = 6) และมีค่าเฉลี่ยผุ ถอน อุด 9.79 ซี่ต่อคน

ด้านคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 74.07 ($\bar{X}$ = 12.70, S.D. = 9.77, Min = 0, Max = 55) องค์ประกอบที่มีความรุนแรงของผลกระทบจากปัญหาสุขภาพต่อการดำรงชีวิตประจำวัน (OHIP-Severity) มากที่สุด คือ ด้านการสูญเสียความสามารถทางกายภาพ (Physical disability) ($\bar{X}$ = 2.70, S.D. = 2.28) รองลงมา คือ ด้านความเจ็บปวดทางกายภาพ (Physical pain) ($\bar{X}$ = 2.60, S.D. = 2.93) และองค์ประกอบที่มีความรุนแรงของผลกระทบจากปัญหาสุขภาพต่อการดำรงชีวิตประจำวัน (OHIP-Severity) น้อยที่สุด คือ ด้านการสูญเสียความสามารถทางจิตใจ (Psychological disability) ($\bar{X}$ = 1.09, S.D. = 1.67) รองลงมา คือ ด้านการสูญเสียความสามารถทางสังคม (Social disability) ($\bar{X}$ = 1.10, S.D. = 1.42) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยวิธีพหุคูณแบบโลจิสติกส์

Table 1 Analysis of factors related to oral health- related quality of life using multiple logistic regression

Factor	n	Percentage of low level Oral Health- Related Quality of Life	Crude OR	Adjusted OR	95% CI	p-value
Number of permanent teeth in the mouth						
less than 20 teeth	77	41.56	2.90	2.28	1.23 to 4.23	0.009
20 or more teeth	193	19.69	1	1		
Tooth mobility						
Yes	61	45.90	3.37	2.31	1.20 to 4.45	0.013
No	209	20.10	1	1		
Level of sense of coherence						
low and moderate level	176	31.25	2.39	2.03	1.05 to 3.95	0.036
High level	94	15.96	1	1		

จากตารางที่ 1 พบว่า ด้านความสัมพันธ์ และขนาดความสัมพันธ์ของระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ คราวละหลายตัวแปร (Multivariable analysis) พิจารณาจากค่า p-value <0.25 นำเข้าการวิเคราะห์ ได้แก่ อายุ จำนวนฟันแท้ในช่องปาก คู่สบฟันหลัง ลักษณะการสูญเสียฟันตามอักษเนอร์ การมีฟันโยก และความเข้มแข็งในการมองโลก ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในระดับต่ำในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ จำนวนฟันแท้ในช่องปาก โดยผู้ที่มีจำนวนฟันแท้ในช่องปากน้อยกว่า 20 ซี่ มีโอกาสมี

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในระดับต่ำเป็น 2.28 เท่าของผู้ที่มีฟันแท้ในช่องปากมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ซี่ (95%CI = 1.20 to 4.23, p-value = 0.009), การมีฟันโยก โดยผู้ที่มีฟันโยกในช่องปากมีโอกาสมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในระดับต่ำเป็น 2.31 เท่าของผู้ที่ไม่มีฟันโยกในช่องปาก (95%CI = 1.20 to 4.45, p-value = 0.013) และความเข้มแข็งในการมองโลก โดยผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับต่ำและปานกลาง มีโอกาสมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในระดับต่ำเป็น 2.03 เท่าของผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับสูง (95%CI = 1.05 to 3.95, p-value = 0.036)

บทวิจารณ์

จำนวนฟันแท้ การมีฟันในช่องปากอย่างน้อย 20 ซี่ ถือว่าเป็นจำนวนที่มากพอสมควรเพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันทั้งการรับประทานอาหาร การยิ้ม การหัวเราะให้เห็นฟันได้โดยไม่อาย มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ที่ปรากฏ ช่วยการพูดออกเสียงได้ชัดเจน ไม่ต้องกังวลในการเข้าสังคม และส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้งยังสนับสนุนการศึกษาของ Williams¹⁹ ว่ามนุษย์เราจำเป็นต้องมีฟันมากกว่า 20 ซี่ในช่องปากเพื่อใช้ในการบดเคี้ยวอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากมีฟันน้อยกว่านั้นจะเกิดปัญหาในการรับประทานอาหารและนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอารีย์ ภูมิประเสริฐโชค²⁰ ที่ศึกษาสภาวะสุขภาพช่องปาก และคุณภาพชีวิตด้านมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ พบว่า จำนวนซี่ฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่ในช่องปากน้อยกว่า 20 ซี่ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก 4.9 เท่าของผู้สูงอายุที่มีฟันธรรมชาติตั้งแต่ 20 ซี่ขึ้นไป

การมีฟันโยกทำให้เกิดความเจ็บปวดขณะเคี้ยวอาหาร หรือไม่สบายขณะกัดสบฟันส่งผลต่อการรับประทานอาหารหรือใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของรจนา ไวยวาจิ⁸ ศึกษาความสัมพันธ์ของสภาวะทันตสุขภาพและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดสระแก้ว พบว่า ฟันโยกมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (p-value <0.01)

ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก และเมื่อจำแนกตามองค์ประกอบ องค์ประกอบที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด คือ ด้านความสามารถเข้าใจได้ (Comprehensibility) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของน้ำฝน สร้อยวงษา และคณะ⁹ เรื่องความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุไทย ซึ่งเป็นการศึกษาที่ขยายมุมมองความสัมพันธ์ของความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากทั้งในภาพรวมและทุกประเด็นย่อย วัดโดย Oral impacts on daily Performances (OIDP) Index และการศึกษาของอรฉัตร ครุรัตน์ และฐิติมา เดียววัฒนวิวัฒน์²¹ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาธารณสุขศาสตร์ทันตสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี พบว่า จากผลการวิจัยพบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นปัจจัยเดียวที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญ (p <0.01) สนับสนุนงานตั้งของโมเดล Wilson and Cleary²² และหลักการแพทย์เชิงสังคม (Biopsychosocial model) เพราะปัจจัยทางคลินิกซึ่งวัดโดยค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด และสภาวะปริทันต์ไม่ได้มีผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก อีกทั้งยังสนับสนุนทฤษฎี Salutogenic ที่ Antonovsky เสนอไว้²³ และการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในเด็กและผู้ใหญ่²⁴ จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี นอกจากนี้ยังสนับสนุนแนวคิดตามทฤษฎีความผาสุกในชีวิต (The salutogenic model) ของแอรอน แอนโทโนฟสกี (Aaron Antonovsky) ซึ่งอธิบายไว้ว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับสูง สามารถเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง สามารถรับมือ และหาทางออกที่เหมาะสมให้กับตนเองได้ดีกว่าและส่งผลให้ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากน้อยกว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ

ลักษณะการสูญเสียฟันของอิซเนอร์ เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น ตัวแปรตามทีละคู่ (Bivariable analysis) พบว่า ลักษณะการสูญเสียฟันตามดัชนีอิซเนอร์มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของณภัทรพงษ์ หงษ์ทอง และคณะ²⁵ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการสูญเสียฟันตามดัชนีของอิซเนอร์กับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ และพบว่าผู้สูงอายุที่มีการสูญเสียฟันตามดัชนีของอิซเนอร์ในลักษณะบี และลักษณะซี ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากเป็น 2.3 เท่า และ 16.3 เท่า ตามลำดับ เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีการสูญเสียฟันตามดัชนีของอิซเนอร์ในลักษณะเอ อย่างไรก็ตามไม่พบความสัมพันธ์ของลักษณะการสูญเสียฟันตามดัชนีอิซเนอร์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากเมื่อวิเคราะห์ทีละหลายตัวแปร (Multivariate analysis) ทั้งนี้เนื่องจากอาการดังกล่าวจะส่งผลต่อการรับประทานอาหาร ทำให้รู้สึกเจ็บปวด ไม่สบายเวลารับประทานอาหาร และยังส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ การใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีคูสบฟันหลังน้อยกว่า 4 คูสบ หรือการสูญเสียฟันแบบ B และแบบ C ซึ่งมีบริเวณรองรับฟันน้อยกว่า 4 บริเวณ อาจมีฟันหน้าที่ช่วยในการบดเคี้ยวอาหาร และช่วยในการคงรูปของใบหน้า ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถบดเคี้ยวอาหาร ยืน และเข้าสังคมได้อย่างไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงทำให้ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

สรุป

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง ร้อยละ 69.26 ความเข้มแข็งในการมองโลกระดับปานกลาง ร้อยละ 64.07 ด้านสภาวะสุขภาพช่องปากพบจำนวนฟันแท้ในช่องปากมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ซี่ ร้อยละ 71.48 ค่าเฉลี่ย 21.54 ซี่/คน คูสบฟันหลังมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คูสบ ร้อยละ 53.70 ค่าเฉลี่ย 4.23 คูสบ/คน มีการสูญเสียฟันตามดัชนีของอิซเนอร์แบบ A ร้อยละ 53.33 ไม่มีฟันโยก ร้อยละ 77.41 และค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 9.79 ซี่/คนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 74.07 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ได้แก่ จำนวนฟันแท้ในช่องปาก ($p\text{-value} = 0.009$) การมีฟันโยก ($p\text{-value} = 0.013$) และความเข้มแข็งในการมองโลก ($p\text{-value} = 0.036$)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 เจ้าหน้าที่ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดบริการให้ความรู้ สร้างทัศนคติ และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานตั้งแต่เริ่มต้น เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก มีทัศนคติที่ดีในการเก็บรักษาฟันเพื่อใช้งานตลอดจนสามารถดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองเพื่อลดโอกาสในการถอนฟัน

1.2 จัดบริการทางทันตกรรมโดยเฉพาะการอุดฟัน และการรักษาโรคปริทันต์ให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อยับยั้งการดำเนินของโรคภายในช่องปากที่นำไปสู่การสูญเสียฟันที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

1.3 พัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลก โดยการสร้างโปรแกรมในการพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลก เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่รอบตัวดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาไปข้างหน้า (Prospective study) เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในลักษณะเหตุและผลเพื่ออธิบายความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากได้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น นำไปสู่การวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2.2 ควรมีการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) โดยการพัฒนาโปรแกรม เพื่อพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลกต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

2.3 พิจารณาทำวิจัยในผู้สูงอายุในโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อให้ทราบถึงปัญหาสุขภาพช่องปาก คุณภาพชีวิต ในมิติสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่อาจมีความแตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. United Nation. *World populations ageing 2020*. New York: United Nations Digital Library System; 2020.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. *ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580)*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2562.
3. Knodel J, Chayovan N. *Population ageing and the well-being of older persons in Thailand, papers in population ageing 5 UNFPA Thailand and country technical services team for East and South-East Asia*. Bangkok: UNFPA Thailand; 2008.
4. กลุ่มส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. *ตำรับอาหารบำรุงสมองผู้สูงอายุ และอาหารผู้สูงอายุมีปัญหาการเคี้ยว*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์ จำกัด; 2562.
5. ศศิกร นาคณัฏ. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุต่อการใส่ฟันเทียมพระราชทาน โรงพยาบาลบางปะกง. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*. 2561; 35(1): 30-9.
6. กระทรวงสาธารณสุข. *รายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2565-2566*. กรุงเทพฯ: สำนักงานทันตสาธารณสุข กรมอนามัย; 2565.
7. กลุ่มรายงานมาตรฐานข้อมูลสถานะสุขภาพช่องปาก ข้อมูลระดับจังหวัด : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ [อินเทอร์เน็ต]. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 6 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/know/1>
8. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.anamai.moph.go.th/ewt_news.php?nid=7041
9. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*. 1993; 36(6): 725-33.
10. วรพนิต ศุภระแพทย์, พรทิพา ทักขิณ, รณิดา ไชยสมิตร์กุล. ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. 2564; 31(1): 189-98.
11. น้ำฝน สร้อยวงษา, สุบิน พัวศิริ, รัชฎา ฉายจิต. ความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุไทย. *วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 2565; 25(1): 23-32.
12. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health*. 1988; 5(1): 3-18.
13. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Stat Med*. 1998; 17(14): 1623-34.

14. รณนา ไวยวาจี. ความสัมพันธ์ของสภาวะทันตสุขภาพและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดสระแก้ว. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข*. 2557; 19(2): 47-62.
15. Nammontri O, Robinson PG, Baker SR. Enhancing oral health via sense of coherence: a cluster-randomized trial. *J Dent Res*. 2013; 92(1): 26-31.
16. Nunnally JC. *Psychometric Theory*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 1978.
17. 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(6): 481-86.
18. Gera A, Cattaneo PM, Cornelis MA. A Danish version of the oral health impact profile-14 (OHIP-14): translation and cross-cultural adaptation. *BMC Oral Health*. 2020; 20(1): 254.
19. Williams B, Chang A, Landefeld C, Ahalt C, Conant R, Chen H. *Current Diagnosis & Treatment: Geriatrics, 2e*. New York: McGraw-Hill Education; 2014.
20. อารีย์ ภูมิประเสริฐโชค. สภาวะสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตด้านมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ. *พุทธชินราชเวชสาร*. 2566; 40(3): 246-59.
21. อรฉัตร ศุภรัตน์, ฐิติมา เดียววัฒนวิวัฒน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตทันตสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสจ. 2559; 10(2): 115-26.*
22. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*. 1995; 273(1): 59-65.
23. Antonovsky A. *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass. 1987; p.129-61.
24. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60(5): 376-81.
25. ณภัทรพงษ์ หงษ์ทอง, ศิริพร คำสะอาด, รัชฎา น้อยสมบัติ, รัชนิกร สาวสิทธิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการสูญเสียฟันตามดัชนีของอินเนอร์กับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ. *วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 2561; 21(1): 10-20.

Research Article

Factors Related to Oral Health Care Behaviors among the Village Health Volunteers at the Service Area of Health Promoting Hospital, Na Kae District, Nakhon Phanom Province

Poonyaphat WikkanesrungsunDental Assistant, Operational Level,
Kaeng Khro Hospital, Chaiyaphum**Wacharaphol Wiwat Thaopan**Lecturer, Sirindhorn College of Public
Health Khon Kaen, Faculty of Public
Health and Allied Health Sciences,
Praboromarajchanok Institute**Phanuwat Sriyotha**Lecturer, Sirindhorn College of Public
Health Khon Kaen, Faculty of Public
Health and Allied Health Sciences,
Praboromarajchanok Institute**Konlawat Boottree**Dental Public Health Technician,
Nong Sang Tambon Health Promoting
Hospital, Nakhon Phanom**Kanatip Salakinhiranyagun**Dental Assistant, Operational Level,
Phum Kae Tambon Health Promoting
Hospital, Nakhon Phanom**Abstract**

This descriptive cross-sectional study aimed to investigate oral health behaviors and associated factors among village health volunteers (VHVs) in the catchment area of Health Promoting Hospitals in Na Kae district, Nakhon Phanom province. A total of 250 VHVs were selected using multi-stage sampling. Data were collected using a questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and Fisher's Exact Test.

The results revealed statistically significant relationships (p-value <0.001, 0.011, 0.004, respectively) between predisposing factors (knowledge, attitudes, and health beliefs) and oral healthcare behaviors. The statistically significant relationships were also found between reinforcing factors (oral cleaning equipment and access to dental services) and oral healthcare behavior (p-value = 0.011 and 0.024, respectively). Similarly, statistically significant associations existed between enabling factors (receiving support from individuals and receiving information about oral healthcare) and oral healthcare behavior (p-value = 0.020, 0.003, respectively). Based on the research, it's recommended to equip VHVs with appropriate oral care tools, create a supportive network for knowledge sharing, and leverage digital platforms to facilitate communication and continuous learning.

Keywords: Oral health care behaviors,
Village health volunteers, Factors

Corresponding author

Wacharaphol Wiwat Thaopan

E-mail: wacharaphol@scphkk.ac.th**Received date :** 17 June 2024**Revised date :** 31 July 2024**Accepted date :** 15 August 2024

บทความวิจัย (Research article)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม

บุญญพัฒน์ วิชนศรีสรค์

เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงาน
โรงพยาบาลแก่งศรีภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

วัชรพล วิวรรณ เก้าวพันธ์

อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์
และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

กานวรัตน์ ศรีโยธา

อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์
และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

กลวัชร บุตรี

เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงาน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
หนองสังข์ จังหวัดนครพนม

คณาธิป ศลาสินธิ์ณกุล

เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงาน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพุ่มแก
นครพนม

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Descriptive cross-sectional research) นี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 250 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Fisher's exact test

ผลการศึกษา พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก และความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = <0.001, 0.011, 0.004$ ตามลำดับ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า อุปสรรคในการทำสะอาดช่องปาก และการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.011, 0.024$ ตามลำดับ) และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคคล การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.020, 0.003$ ตามลำดับ) จากผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่าควรส่งเสริมให้ใช้อุปกรณ์ที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับสภาพช่องปาก สร้างเครือข่าย อสม. เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เปิดโอกาส ให้ อสม. ได้แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการพัฒนาการทำงาน และสร้างช่องทางการสื่อสาร ที่สะดวก เช่น กลุ่มไลน์ กลุ่มเฟซบุ๊ก เพื่อเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก,
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ปัจจัย

ผู้รับผิดชอบบทความ

วัชรพล วิวรรณ เก้าวพันธ์

อีเมล: wacharaphol@scphkk.ac.th

วันที่ได้รับบทความ : 17 มิถุนายน 2567

วันที่แก้ไขบทความ : 31 กรกฎาคม 2567

วันที่ตอบรับบทความ : 15 สิงหาคม 2567

บทนำ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ที่มีบทบาทความสำคัญในองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งรวมไปถึงเรื่องสุขภาพช่องปาก โดยเป็นผู้นำการสร้างสุขภาพเชิงรุก เป็นนักพัฒนานักวิเคราะห์และวางแผนสุขภาพชุมชนให้อย่างสอดคล้องกับวิถีชีวิต พร้อมกับเป็นศูนย์กลางในการบูรณาการงานพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาครัฐ และกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน¹ อสม. มีบทบาทด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เกี่ยวข้องกับช่องปาก เช่น ฟันผุ เหงือกอักเสบ แนะนำการเลือกแปรงสีฟันและยาสีฟันที่เหมาะสม การตรวจสุขภาพช่องปากเบื้องต้น คัดกรองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากเพื่อส่งต่อไปยังหน่วยบริการสาธารณสุข กระตุ้นให้ประชาชนดูแลสุขภาพช่องปากเป็นประจำ ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทันตแพทย์ ทันตภิบาล เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการทางทันตกรรม รวมถึงเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพช่องปากให้กับคนในชุมชน

ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566 ได้สะท้อนให้เห็นภาพรวมของสุขภาพช่องปากของคนไทยในปัจจุบันอย่างชัดเจน โดยมีประเด็นสำคัญดังนี้ คือ ฟันผุยังคงเป็นปัญหาหลักของคนไทยทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กเล็ก โรคเหงือกพบมากขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ และมีความสัมพันธ์กับโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัตราการสูญเสียฟันยังคงสูง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อสุขภาพช่องปาก คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงเป็นประจำ การดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่ถูกต้อง เช่น การแปรงฟันไม่ถูกวิธี การไม่ใช้ไหมขัดฟัน เด็กมีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูง เนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคและการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่เหมาะสม ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพช่องปากหลายประเภท เช่น ฟันผุ โรคเหงือก และการสูญเสียฟัน รวมถึงผู้ที่มีโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปากสูงกว่าคนทั่วไป² อีกทั้ง อสม. เป็นกลุ่มหนึ่งที่อยู่ทั้งในวัยทำงานและวัยสูงอายุที่ต้องดูแลสุขภาพช่องปากตนเองให้มีสุขภาพดีและต้องทำหน้าที่เป็นผู้นำประชาชนด้านสุขภาพช่องปากด้วย

จากการสำรวจข้อมูลงานบริการทันตกรรมและการอบรมการดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม. ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอโนนสูง จังหวัดนครพนม พบว่า ยังไม่ได้รับการพัฒนาส่งเสริมด้านทันตสุขภาพมานานหลายปีในส่งผลให้ประชาชนกลุ่มวัยต่าง ๆ ในพื้นที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก รวมถึง อสม. ด้วยเช่นเดียวกัน³ การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากไม่มีความต่อเนื่อง นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จัดให้มีการประกวด อสม. เชี่ยวชาญ สาขาทันตสุขภาพขึ้น⁴ รวมไปถึงการพัฒนาให้ อสม. บางส่วนเข้ารับการอบรมเพื่อเป็น Care giver (CG) เพื่อช่วยดูแลผู้สูงอายุในระบบ Long term care (LTC) ในพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนให้มีสุขภาพดีขึ้นแบบองค์รวม⁵ ดังนั้น อสม. จึงมีบทบาทในการเป็นผู้นำด้านทันตสุขภาพชุมชน

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม. พบว่า ปัจจัยด้านความสามารถตนเองโดยรวมต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์ แต่ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากไม่มีความสัมพันธ์⁶ และอีกการศึกษาหนึ่ง พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึง เพศ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁷ จะเห็นได้ว่ามีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม. ซึ่งนอกจากองค์ความรู้ที่มีในการเผยแพร่หรือแนะนำบุคคลอื่นในสังคมแล้ว ยังต้องมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า PRECEDE Framework เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 7 ขั้นตอน การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ตรงกับแนวคิดในขั้นตอนที่ 4 ของกระบวนการคือการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ประกอบด้วย 4 ปัจจัยหลักคือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม⁸ และจากการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) พบว่า เป็นการใช้เพื่ออธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งพฤติกรรม การป้องกันโรค พฤติกรรมเจ็บป่วย รวมทั้งพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์⁹ โดยองค์ประกอบหลักที่นำมาใช้ศึกษาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม. คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity)

จากการศึกษาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม. ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเกาะกูด จังหวัดนครพนม เพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม. ในอันที่จะนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการพัฒนาให้ อสม. เกิดความตระหนักถึงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง สามารถปรับใช้กับตนเอง ครอบครัว สามารถเผยแพร่และกระตุ้นให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากไปในทางที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตพื้นที่อำเภอเกาะกูด จังหวัดนครพนม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตพื้นที่อำเภอเกาะกูด จังหวัดนครพนม

สมมติฐานงานวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม.
2. ปัจจัยนำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม.
3. ปัจจัยเอื้อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม.
4. ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม.

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ อสม. ที่ทำงานมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตพื้นที่อำเภอเกาะกูด จังหวัดนครพนม จำนวน 1,884 คน¹⁰ เนื่องจากทราบจำนวนกลุ่มประชากรที่แน่นอน (Finite population) จึงคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร¹¹

$$\text{แทนค่า} \quad n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{e^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

$$n = \frac{1,884 (1.96)^2 (0.25) (1-0.25)}{(0.05)^2 (1,884-1) + (1.96)^2 (0.25) (1-0.25)}$$

$$n = 249.8 \text{ คน จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดคือ 250 คน}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ทราบขนาดประชากรใช้ .25)

e = ระดับความคาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมให้เกิดขึ้นได้

Z = ค่า Z ที่ระดับความเชื่อมั่นหรือระดับนัยสำคัญ

ระดับความเชื่อมั่น 95 % หรือระดับนัยสำคัญ 0.05 มีค่า $Z = 1.96$

ดังนั้น ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ $n = 250$ คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) สุ่มจำนวน อสม. โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วน (Proportional random sampling)¹² จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยคัดเลือกตัวแทนประชากรแต่ละ รพ.สต. โดยใช้ชื่อเรียงตามตัวอักษร จากนั้นทำการสุ่มรายชื่อ อสม. โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีจับสลาก (Lottery) แบบไม่แทนที่¹³ จากรายชื่อ อสม. ของ รพ.สต. นั้นเพื่อเป็นอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ เป็น อสม. อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ปีงบประมาณ 2566 และเป็นผู้ที่สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือตลอดเวลาในการศึกษา เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน เช่น การเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล และกลุ่มตัวอย่างย้ายไปอาศัยนอกพื้นที่อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ก่อนการวิจัยเสร็จสิ้น หรือลาออกจากการเป็นอาสาสมัครในช่วงระหว่างการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาพัฒนาจากการทบทวน เอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และประยุกต์ใช้เครื่องมือของ นิธินันท์ เจริญบัณฑิตย⁷ และศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์¹⁴ ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ เพื่อให้เครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหา โดยวัดดัชนีความสอดคล้องได้เท่ากับ 0.69 นำแบบสอบถามที่ได้แก้ไขปรับปรุงไปทดลองใช้ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยใช้คอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ได้เท่ากับ 0.973, 0.756, 0.882 และ 0.743 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.7.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็น อสม. ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อหาค่าความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-สูงสุด

3.7.2 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้สถิติอนุมาน (Inferential statistics) ไคสแควร์ (Chi-square test) ทดสอบนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 จากการวิเคราะห์ตัวแปรทั้งหมด ละเมิดเงื่อนไขไคสแควร์ จึงใช้ Fisher's exact test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ลำดับที่ 07/2566 เอกสารรับรองเลขที่ HE661007 รับรอง ณ วันที่ 29 มีนาคม 2566 ได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวชี้แจงกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยให้ทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมในการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใดๆ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.6 มีอายุระหว่าง 40 ปี - 59 ปี มากที่สุดร้อยละ 69.2 รองลงมาคือ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 19.20 ($\bar{X}$ = 50.9, S.D. = 9.9, Min = 26, Max = 74) สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 74.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 85.6 รองลงมาคือ รับจ้าง ร้อยละ 7.6 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.6 ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมากที่สุด 1-10 ปี ร้อยละ 41.6 รองลงมาคือ 11-20 ปี ร้อยละ 36.8 ($\bar{X}$ = 14.9, S.D. = 9.9, Min = 1, Max = 45) ไม่เคยสูบบุหรี่มากที่สุด ร้อยละ 90.4 และไม่เคยมั้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากที่สุด ร้อยละ 45.6

2. ความรู้ต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก

ความรู้ต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ต่อการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.2 ($\bar{X}$ = 11.1, S.D. = 1.6, Min = 7, Max = 15) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของความรู้ต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก (n = 250)

Table 1 Number and percentage of oral health care knowledge (n = 250)

Knowledge Level	Village Health Volunteer	
	Number	Percent
High	153	61.2
Medium	97	38.8
$\bar{X}$ = 11.1, S.D. = 1.6, Min = 7, Max = 15		

3. ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก

ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.8 ($\bar{X}$ = 35.1, S.D. = 4.2, Min = 23, Max = 45) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก (n = 250)

Table 2 Number and percentage of oral health care attitude (n = 250)

Attitude level	Village health volunteer	
	Number	Percent
High	99	39.6
Medium	147	58.8
Low	4	1.6
$\bar{X}$ = 35.1, S.D. = 4.2, Min = 23, Max = 45		

4. ความเชื่อต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก

ความเชื่อต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ส่วนใหญ่มีความเชื่อต่อการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 67.2 ($\bar{X}$ = 58.1, S.D. = 6.5, Min = 37, Max = 71) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของความเชื่อต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก (n = 250)

Table 3 Number and percentage of oral health care belief (n = 250)

Belief level	Village health volunteer	
	Number	Percent
High	168	67.2
Medium	82	32.8
$\bar{X}$ = 58.1, S.D. = 6.5, Min = 37, Max = 71		

5. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.0 ($\bar{X}$ = 32.4, S.D. = 3.4, Min = 23, Max = 42) (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก (n = 250)

Table 4 Number and percentage of oral health care behavior (n = 250)

Oral health care behavior level	Village health volunteer	
	Number	Percent
High	70	28.0
Medium	180	72.0
$\bar{X}$ = 32.4, S.D. = 3.4, Min = 23, Max = 42		

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และความเชื่อกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็น อสม. ประวัติการสูบบุหรี่ และประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 โดยทดสอบจาก Fisher exact test (p-value = 0.253, 0.327, 0.873, 1.000, 0.296, 0.200, 0.121, 0.399 ตามลำดับ) (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก (n = 250)

Table 5 Relationship between characteristic factors and oral health care behavior (n = 250)

Characteristic factors	Oral health care		χ^2	p-value
	behavior			
	High	Medium-low		
	n(%)	n(%)		
Sex				
- Male	8(3.2)	33(13.2)	1.753	0.253
- Female	62(24.8)	147(58.8)		
Age				
- 50 years and more	36(14.4)	80(32.0)	0.988	0.327
- Less than 50 years	34(13.6)	100(40.0)		
Occupation				
- Agriculturalist	60(24.0)	154(61.6)	0.001	1.000
- Other	10(4.0)	26(10.4)		
Education Level				
- Senior high school and higher	27(10.8)	56(22.4)	1.265	0.296
- Lower than senior high school	43(17.2)	124(49.6)		
Period of being VHV				
- 15 years and more	25(10.0)	82(32.8)	1.994	0.200
- Less than 15 years	45(18.0)	98(39.2)		
Smoking history				
- Smoke	1(0.4)	13(5.2)	3.200	0.121
- Do not smoke	69(27.6)	167(66.8)		
Drinking alcoholic history				
- Drink	35(14.0)	79(31.6)	0.759	0.399
- Do not drink	35(14.0)	101(40.4)		

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก และความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 โดยทดสอบจาก Fisher exact test (p-value = <0.001, 0.011, 0.004 ตามลำดับ) (ดังตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก (n = 250)

Table 6 Relationship between predisposing factors, reinforcing factors, enabling factors and oral health care behavior (n = 250)

Factors	Oral Health Care Behavior		χ^2	p-value
	High	Medium-Low		
	n(%)	n(%)		
<u>Predisposing factors</u>				
Knowledge about oral health care				<0.001
- High	58(23.2)	95(38.0)	19.204	
- Medium-low	12(4.8)	85(34.0)		
Attitude about oral health care				0.011
- High	55(22.0)	111(44.4)	6.456	
- Medium-low	15(6.0)	69(27.6)		
Health belief				0.004
- High	57(22.8)	112(44.8)	8.488	
- Medium-low	13(5.2)	68(27.2)		
<u>Reinforcing factors</u>				
Oral cleaning equipment				0.011
- Yes	40(16.0)	70(28.0)	6.816	
- No	30(12.0)	110(44.0)		
Access to dental services				0.024
- Yes	30(12.0)	50(20.0)	5.267	
- No	40(16..0)	130(52.0)		
<u>Enabling factors</u>				
Receiving support from others				0.020
- Yes	52(20.8)	105(42.0)	5.490	
- No	18(7.2)	75(30.0)		
Receiving information about oral health care				0.003
- Yes	43(17.2)	72(28.8)	9.317	
- No	27(10.8)	108(43.2)		

การอภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 40 ปี - 59 ปี ($\bar{X}$ = 50.9, S.D. = 9.9, Min = 26, Max = 74) สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตร จาอินต๊ะ¹⁵ เบญจวรรณ บัวชุม¹⁶ และรุ่งเพชร บุญทศ จริญญา สวัสดิ์ จันทร์จิรา อุดมผล ธัญชนก สงแจ้ง และศิณารักษ์ บุญศิริ⁶ จะเห็นได้ว่า อสม. ส่วนใหญ่ในพื้นที่ต่าง ๆ เป็นเพศหญิง และมีช่วงอายุไม่เกิน 60 ปี เนื่องจากผู้ชายส่วนใหญ่อาจทำหน้าที่อื่น ๆ มากกว่าการเป็น อสม. สถานภาพ สมรสคู่ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จบการศึกษาระดับประถมศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของจักรี ปัดพี และนวนลณี ประเสริฐสุข¹⁷ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข 1-10 ปี ($\bar{X}$ = 14.9, S.D. = 9.9, Min = 1, Max = 45) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจวรรณ บัวชุม¹⁶ และจักรี ปัดพี และนวนลณี ประเสริฐสุข¹⁷ พบว่าระยะเวลาการเป็น อสม. ระหว่าง 11-20 ปี ไม่เคยสูบบุหรี่ และไม่เคยมั้ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของสมจิตร จาอินต๊ะ¹⁵ แสดงให้เห็นว่า อสม. เป็นแบบอย่างที่ดีให้กับชาวบ้านในการดูแลสุขภาพของตนเองได้

สมมติฐานข้อที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม. พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็น อสม. ประวัติการสูบบุหรี่ และประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 (p-value = 0.253, 0.327, 0.873, 1.000, 0.296, 0.200, 0.121 และ 0.399 ตามลำดับ) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของภานุวัฒน์ พิทักษ์ธรรมากุล¹⁸ พบว่า ปัจจัยเป็นตัวแปรด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล มี 3 ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ในชุมชนต้นแบบ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (r = 0.528, p-value < 0.001) และระดับการศึกษา (p < 0.001) ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีประสบการณ์การเป็น อสม. ที่ยังไม่มากพอ

สมมติฐานข้อที่ 2 ปัจจัยนำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม. พบว่า ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 (p-value < 0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตร จาอินต๊ะ¹⁵ พบว่า ปัจจัยนำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ตำบลป่าซาง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงรายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจักรี ปัดพี และนวนลณี ประเสริฐสุข¹⁷ พบว่า ความสัมพันธ์ของความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r = -0.146) และสอดคล้องจากการศึกษาของ อรรณพร ผาเจริญ¹⁹ พบว่า ความรอบรู้สุขภาพช่องปาก ด้านการรู้เท่าทันสื่อเพื่อการดูแล สุขภาพช่องปาก (Beta = 0.291, p-value = 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตัวแปรดังกล่าวมีอำนาจ ในการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัยได้ร้อยละ 21.0 จะเห็นได้ว่าหาก อสม. มีองค์ความรู้ทางด้านการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างเพียงพอ สามารถทำให้ อสม. มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองด้านต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง และสามารถเป็นแบบอย่างและถ่ายทอดแก่ผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม

ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 (p-value = 0.011) สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตร จาอินต๊ะ¹⁵ ถึงแม้ว่า อสม. ส่วนใหญ่มีทัศนคติในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากระดับกลาง ดังนั้นอาจเป็นเพียงการรับรู้แต่อาจไม่ได้นำไปปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากใน อันที่จะป้องกันการเกิดโรคในช่องปากได้อย่างเหมาะสม

ความเชื่อต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ส่วนใหญ่มีความเชื่อต่อการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูง ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ($p\text{-value} = 0.004$) สอดคล้องกับการศึกษาของนิรันดร์ เจริญบัณฑิตย์⁷ จะเห็นได้ว่า หากมีความเชื่อใด ๆ จากการสั่งสมประสบการณ์หรือการบอกเล่าแนะนำจากบุคคลอื่น อาจนำไปสู่พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากได้

สมมติฐานข้อที่ 3 ปัจจัยเอื้อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม. พบว่า อุปสรรคในการทำมาสะอาดช่องปาก และการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ($p\text{-value} = 0.011$ และ 0.024 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตร จาอินต๊ะ¹⁵ พบว่า ปัจจัยเอื้อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จะเห็นได้ว่าหากมีอุปสรรคในการทำมาสะอาดช่องปากที่ดีและเพียงพอ รวมทั้งความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม อาจนำไปสู่แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้

สมมติฐานข้อที่ 4 ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม. พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคคล และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ($p\text{-value} = 0.020$ และ 0.003 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของจักรี ปัดพี และนวลฉวี ประเสริฐสุข¹⁷ พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการมีจิตอาสา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.01 ($r = 0.332, 0.302, 0.445$ ตามลำดับ) สอดคล้องจากการศึกษาของ อรรถพร ผาเจริญ¹⁹ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($Beta = 0.238, p\text{-value} = 0.011$) และแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจาก อสม. ($Beta = 0.171, p\text{-value} = 0.016$) ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตัวแปรทั้ง 2 ตัวมีอำนาจ ในการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัยได้ร้อยละ 21.0 และสอดคล้องกับการศึกษาของปรารค์ จักรไชย อภิชัย คุณิพงษ์ และวรเดช ช่างแก้ว²⁰ พบว่า ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของ อสม. ในทีมหมอครอบครัว จะเห็นได้ว่าหากได้รับการสนับสนุนจากบุคคลและการได้รับข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง จะนำไปสู่การดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไปด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 ความรู้ ทักษะ และความเชื่อด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ดังนั้นควรพัฒนาองค์ความรู้และทักษะ โดยการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก เน้นทักษะการแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟัน และวิธีการตรวจสุขภาพช่องปากเบื้องต้น ด้วยวิธีการนำเสนอข้อมูลผ่านสื่อที่เข้าใจง่าย เพื่อให้เกิดความเข้าใจและจดจำได้ง่าย พร้อมทั้งจัดอบรมเพิ่มเติมเป็นระยะ อีกทั้งจัดกิจกรรมกลุ่ม สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อให้ผู้เข้าร่วมได้มีส่วนร่วมและเกิดการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและความเชื่อ

1.2 การมีอุปกรณ์ในการทำความสะอาด การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ดังนั้นควรส่งเสริมให้ใช้อุปกรณ์ที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับสภาพช่องปาก สร้างเครือข่าย อสม. เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เปิดโอกาสให้ อสม. ได้แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการพัฒนาการทำงาน และสร้างช่องทางการสื่อสารที่สะดวก เช่น กลุ่มไลน์ กลุ่มเฟซบุ๊ก เพื่อเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมทันตสุขภาพของ อสม. เช่น การมีส่วนร่วมในชุมชน และปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เป็นต้น

2.2 ควรศึกษาเชิงทดลอง เช่น การเปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้สื่อการเรียนรู้แบบต่าง ๆ ในการฝึกอบรม อสม. และ การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานของ อสม. ก่อนและหลังการได้รับการฝึกอบรม เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. *คู่มือ อสม. ยุคใหม่*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2554.
2. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. *รายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566*. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2567.
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม. *รายงานการสำรวจข้อมูลงานบริการทันตกรรมและการอบรมการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน*. นครพนม: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอนาแก; 2565.
4. กลุ่มพัฒนาวิชาการและจัดการความรู้ สข. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. กรม สบส. เพิ่มสาขาทันตสุขภาพ ในการคัดเลือก อสม. ดีเด่น ...เริ่มปี 2561. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน*. 2560; 12(4): 2-3.
5. อรวรรณ ศรีเก็น, มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง, พรรณิภา ไชยรัตน์. การพัฒนาแนวทางอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ในการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*. 2562; 1(2): 39-54.
6. รุ่งเพชร บุญทศ, จริญญาณี สวัสดิ์, จันทร์จิรา อุดมผล, ธัญชนก สงแจ้ง, ศิณารักษ์ บุญศิริ. ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านปึก อำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี. *วารสารทันตภิบาล*. 2563; 31(2), 65-76.
7. นิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.
8. Green LW, Kreuter MW, Deeds SG, Partridge KB. *Health education planning: A diagnostic approach (1st ed.)*. California: Mayfield Publishing Company; 1980.
9. Becker MH. The Health Belief Model and Personal Health Behavior. *Health Education Monographs*. 1974; (4)2: 324-508.
10. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน; [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.พ. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaiphc.net/new2020/cremation/tambon?year=2562&district=4807>

11. อรุณ จิรวัดน์กุล. **สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : วิทย์พัฒน์. 2558.
12. สมชาย วรภิเกษมสกุล. **สถิติประยุกต์เพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์**. อุดรธานี: โรงพิมพ์อักษรศิลป์. 2554.
13. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2550.
14. ศิริพรรณ หอมแก่นจันทร์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง [**วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการการส่งเสริมสุขภาพ**]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2559.
15. สมจิตร จาอินตะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลป่าซาง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. **วารสารสุขภาพภาคประชาชน**. 2560; 12(1): 30-5.
16. เบญจวรรณ บัวชุม. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลป่าจี้ อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย. **วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ**. 2563; 16(3): 49-58.
17. จักรี ปัดพี, นวลฉวี ประเสริฐสุข. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี. **Veridian E-Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย มนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ**. 2559; 9(3): 1190-205.
18. ภาณุวัฒน์ พิทักษ์ธรรมากุล. **ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในชุมชนต้นแบบของเขตสุขภาพที่ 5**. ราชบุรี: กลุ่มสุขภาพภาคประชาชนและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 5; 2565.
19. อรรณพร ฝาเจริญ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัย (50-59 ปี) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิษฐ์ [**วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต**]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2565.
20. ปรารค์ จักรไชย, อภิชัย คุณิพงษ์, วรเดช ช่างแก้ว. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทีมหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี. **วารสารพยาบาลสาธารณสุข**. 2560; 31(1): 16-28.

Research Article

Factors Related to Dry Teeth-Brushing Technique Behavior among Senior High School Students in Secondary Schools, Roi Et Province

Wacharaphol Wiwat Thaopan

Lecturer, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

Naruephorn Choosen

Dentist, Senior Professional Level, Phanom Phrai Hospital, Roi Et

Rathiporn Leethongdee

Lecturer, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

Kannika Inbut

Dental Public Health Officer, Ban Pa Nai T.H.P. Hospital, Chiang Mai

Pimpakan Souygam

Dental Public Health Officer, Ban Huai Pa Sang T.H.P. Hospital, Chiang Mai

Abstract

This research was a cross-sectional descriptive study that aimed to investigate factors related to dry teeth-brushing behavior among senior high school students in a secondary school located in Roi Et province. The sample consisted of 218 students who were recruited using stratified and cluster random sampling. Data were collected using a questionnaire with a value of reliability 0.703. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test and Fisher's exact test.

The study showed that the majority of students had a mean age of 16.3 years (S.D. = 0.9) and most were female (60.1%). Most were in the 4th year of secondary schools (45.4%). The combined monthly income of their parents was predominantly 19,575.1 baht, accounting for 17.0% of the sample. A significant proportion of students (71.1%) had oral health problems, and 69.3% visited a dental professional more than once a year. The majority of students practiced dry brushing (64.7%). There was a statistically significant relationship between students' dry brushing behavior and their grade level and frequency of dental visits (p-value = 0.042 and 0.004, respectively).

Based on the results, a significant correlation exists between visits to dental personnel and dry teeth-brushing behavior. Therefore, dental professionals should provide ongoing dental health education to the public, with a particular focus on dry teeth-brushing.

Keywords: Teeth-brushing behavior,

Dry teeth-brushing technique,
High school student

Corresponding author

Rathiporn Leethongdee

E-mail: rathiporn@scphkk.ac.th

Received date : 21 June 2024

Revised date : 29 July 2024

Accepted date : 3 September 2024

บทความวิจัย (Research article)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันแท่งของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย
โรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด

วัชรพล วิวรรณณ์ เถาว์พันธ์ อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์ และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก นฤพร ชูเสน ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด รัฐติภรณ์ ลีทองดี อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์ และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กรรณิการ์ อินทร์บุตร นักวิชาการทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าไผ่ จังหวัดเชียงใหม่ พิมพ์กานต์ สวอยงาม นักวิชาการทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยป่าซาง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้รับผิดชอบบทความ รัฐติภรณ์ ลีทองดี อีเมล: rathiporn@scphkk.ac.th วันที่ได้รับบทความ : 21 มิถุนายน 2567 วันที่แก้ไขบทความ : 29 กรกฎาคม 2567 วันตอบรับบทความ : 3 กันยายน 2567	บทคัดย่อ การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันแท่งของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่าง 218 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ และการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster random sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันแท่ง มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.703 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ Chi-square และ Fisher's exact test ผลการศึกษา พบว่านักเรียนส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 16.3 ปี (S.D. = 0.9) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.1 ส่วนใหญ่อยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 45.4 รายได้บิดา/มารดา(รวมกันเฉลี่ยต่อเดือน) ส่วนใหญ่ อยู่ที่ 19,575.1 บาท คิดเป็นร้อยละ 17.0 นักเรียนส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 71.1 การไปพบทันตบุคลากรส่วนใหญ่เข้าพบมากกว่า 1 ปี ร้อยละ 69.3 พฤติกรรมการแปรงฟันแท่งของนักเรียนส่วนใหญ่แปรงฟันแท่ง ร้อยละ 64.7 และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการแปรงฟันแท่งของนักเรียนกับระดับชั้น และการไปพบทันตบุคลากรมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.042 และ 0.004 ตามลำดับ) จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การไปพบทันตบุคลากรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ดังนั้นทันตบุคลากรควรให้ทันตสุขศึกษาแก่ประชาชนทั่วไปโดยเฉพาะเรื่องการแปรงฟันแท่งอย่างต่อเนื่อง คำสำคัญ: พฤติกรรมการแปรงฟัน, การแปรงฟันแท่ง, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย
--	--

บทนำ

สุขภาพช่องปากเป็นปัจจัยพื้นฐานของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กไทย ที่จะต้องดูแลเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคในช่องปาก ดังนั้นความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากของตนเองเป็นสิ่งสำคัญอย่างมาก หากมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากที่ไม่ดีจะก่อให้เกิดโอกาสในการเกิดโรคในช่องปากและความรุนแรงของโรคในช่องปากต่าง ๆ ที่จะก่อให้เกิดการสูญเสียฟันและผลเสียต่อสุขภาพตามมาด้วย¹

ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาอายุ 15 ปี มีความชุกของโรคฟันผุร้อยละ 62.7 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 2.0 ซี่/คน โดยพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของโรคฟันผุสูงสุด ร้อยละ 67.3 รองลงมาคือภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคใต้ ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมกรแปรงฟันและใช้ยาสีฟันของกลุ่มอายุ 15 ปี พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 94.1 แปรงฟันหลังตื่นนอนตอนเช้าทุกวัน ส่วนการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันพบว่ามีเพียงร้อยละ 3.9 แปรงฟันหลังอาหารกลางวันทั้งโรงเรียนทุกวัน และร้อยละ 74.6 ตอบว่าไม่เคยแปรงเลย และร้อยละ 66.0 แปรงฟันก่อนนอนทุกวัน แต่มีเพียงร้อยละ 43.7 ที่แปรงฟันก่อนนอนแล้วเข้านอนทันที เด็กอายุ 15 ปี ร้อยละ 70.1 แปรงฟันนาน 2 นาที และ 2 นาทีขึ้นไป โดยร้อยละ 84.2 เลือกใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์²

ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตอำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าปี พ.ศ. 2559 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 1.97 ปราศจากฟันผุ (Caries free) ร้อยละ 39.4 ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) ร้อยละ 48.4 ปี พ.ศ. 2560 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 1.35 ปราศจากฟันผุ (Caries free) ร้อยละ 54.3 ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) ร้อยละ 64.2 ปี พ.ศ. 2561 มีค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 1.26 ปราศจากฟันผุ (Caries free) ร้อยละ 55.7 ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) ร้อยละ 75.8 ปี พ.ศ. 2562 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 0.96 ปราศจากฟันผุ (Caries free) ร้อยละ 59.2 ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) ร้อยละ 77.9 ปี พ.ศ. 2563 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 0.79 ปราศจากฟันผุ (Caries free) ร้อยละ 60.2 ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) ร้อยละ 83.0³

ประชากรไทยยังคงมีความชุกของโรคฟันผุสูง เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การรับประทานอาหาร พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก การเลือกใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ จากการสำรวจสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 พบว่ามีผู้ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ร้อยละ 87.1 84.2 86.1 และ 81.8 ของประชากรไทย อายุ 12 ปี 15 ปี 35-44 ปี และ 60-74 ปี ตามลำดับ แม้ว่าประชากรส่วนใหญ่ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ แต่ความชุกของโรคฟันผุก็ยังสูงอยู่ซึ่งปรากฏการณ์นี้ขัดแย้งกับหน้าที่ป้องกันของฟลูออไรด์ต่อโรคฟันผุ²

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ช่วยลดโรคฟันผุทันทีที่ฟันน้ำนมซี่แรกขึ้น⁴ องค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในอีกหนึ่งรูปแบบคือวิธีการแปรงแห้ง หรือ “Spit don't rinse” ซึ่งต่างจากวิธีแปรงฟันทั่วไป โดยการแปรงแห้งเป็นเทคนิคการแปรงฟันที่ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ตามปกติและแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง แต่เน้นการไม่บ้วนน้ำ มีงานวิจัยหลายชิ้นสนับสนุนว่าการบ้วนปากด้วยน้ำหลังแปรงฟันสัมพันธ์กับโรคฟันผุเมื่อเทียบกับการไม่บ้วนน้ำหลังแปรงฟัน แม้ว่าประชากรส่วนใหญ่จะใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ แต่ก็ไม่สามารถป้องกันโรคฟันผุได้ เนื่องจากความเข้มข้นของฟลูออไรด์ในน้ำลายจะลดลงเนื่องจากการบ้วนน้ำหลังแปรงฟัน^{2,5}

แปรงแห้ง หรือ “Spit don't rinse” เป็นเทคนิคที่ได้รับการแนะนำโดยสมาคมทันตแพทย์โลก (FDI World Dental Federation) ในปี 2558 และได้รับการยอมรับในหมู่ทันตแพทย์ไทยในปี 2560 การแปรงฟันแบบ “Spit don't rinse” คือการบ้วนน้ำลายโดยไม่ต้องบ้วนน้ำหรือน้ำยาบ้วนปากใด ๆ หลังแปรงฟัน แปรงเบา ๆ ที่โคนถึงปลายลิ้น 2-3 ครั้ง เพื่อไล่คราบยาสีฟันและบ้วนทิ้ง บ้วนต่อเนื่องจนกว่าจะรู้สึกสบายตัว หาก

จำเป็นต้องบ้วนปากด้วยน้ำให้ใช้ 1-2 ซ่อนชาหรือน้ำ 5-10 มิลลิลิตร แล้วบ้วนปากก่อนบ้วนทิ้ง ปริมาณน้ำนี้เป็นระดับต่ำสุดในการรักษาความเข้มข้นของฟลูออไรด์สูงในน้ำลาย⁶ ข้อมูลเกี่ยวกับเทคนิคการแปรงฟันแห้งหรือ “Spit don't rinse” มีอยู่อย่างกว้างขวางในแพลตฟอร์มสื่อต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม ผู้ที่ได้รับข้อมูลนี้จะรับรู้และเข้าใจ และนำไปปฏิบัติตามขั้นตอนที่ถูกต้องหรือไม่นั้นยังไม่มีคำตอบชัดเจน นอกจากนี้ยังไม่ทราบปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ที่ได้รับข้อมูลเหล่านี้ในการบรรลุเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติเกี่ยวกับการแปรงฟันแห้ง ซึ่งจะส่งผลต่อการป้องกันโรคฟันผุ⁷

ฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลพนมไพรมีการดำเนินงานให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีแปรงแห้งแก่ประชากรในพื้นที่ตั้งแต่ พ.ศ. 2558 จนถึงปัจจุบัน⁴ การศึกษาหนึ่งในต่างประเทศ ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างโรงเรียน โดยกลุ่มหนึ่งไม่ให้บ้วนน้ำระหว่างการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันที่โรงเรียน อีกกลุ่มบ้วนน้ำตามปกติ 3 ปี ผ่านไปเด็กในโรงเรียนที่ไม่บ้วนน้ำมีฟันผุเกิดขึ้นน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸ นอกจากนี้กลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาปลายเป็นกลุ่มวัยที่มีการรับรู้และเข้าถึงสื่อต่าง ๆ มากกว่ากลุ่มนักเรียนมัธยมต้นและประถมศึกษา ไม่ว่าจะเป็นสื่อสังคม หรือสื่อบุคคล⁹ ซึ่งความรู้ความเข้าใจ เจตคติ และค่านิยมเหล่านี้เป็นปัจจัยที่สนับสนุนหรือลดแรงจูงใจภายในตัวบุคคลที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมต่อการดูแลสุขภาพ จากข้อมูลสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับทฤษฎี PRECEDE Framework¹⁰ ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่นำมาใช้อธิบายพฤติกรรมทางสุขภาพในหลาย ๆ ด้าน โดยนำแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น ความรู้ เจตคติ ค่านิยม และปัจจัยภายนอกบุคคล เช่น เศรษฐกิจ การศึกษา สังคม และสิ่งแวดล้อม มาใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก¹¹

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันแห้งของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพของพื้นที่อำเภอพนมไพร และพื้นที่อื่น ๆ และเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันแห้งของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด

สมมติฐานงานวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันแห้ง
2. ปัจจัยนำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันแห้ง
3. ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันแห้ง
4. ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันแห้ง

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในอำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ปีการศึกษา 2566 จำนวน 984 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในอำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ปีการศึกษา 2566 จำนวน 218 คน

ใช้สูตรการคำนวณประมาณค่าสัดส่วน¹² จากสูตร
$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{e^2(N-1)+Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด ปีการศึกษา 2566 จำนวน 984 คน

$Z_{\frac{\alpha}{2}}^2$ = ค่า Z ที่ระดับ $\alpha = 0.05 = Z(0.025) = 1.96$

P = ค่าสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร กำหนดเท่ากับ 0.764

e = ค่าความคาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้ในงานวิจัยครั้งนี้ ($e = 0.05$)

แทนค่า
$$n = \frac{984(1.96)^2 \times 0.76(1-0.76)}{0.05^2(984-1) + (1.96)^2 \times 0.76(1-0.76)}$$

$n = 218$ คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นส่วนกับประชากรโดยเลือกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4, 5, และ 6 จากนั้นนำจำนวนทั้งหมดในแต่ละกลุ่มไปคำนวณหาค่าสัดส่วน และสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวน เอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นการเรียนรู้ รายได้บิดา/มารดา ปัญหาสุขภาพช่องปากของนักเรียน การไปพบทันตบุคลากร การแปรงฟันของนักเรียน จำนวน 7 ข้อ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมข้อความ (Open end)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการแปรงฟันแห้ง เป็นแบบสอบถามเจตคติต่อการดูแลทันตสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ ข้อคำถามเป็นลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ประยุกต์มาจากมาตราการวัดของลิเคิร์ท¹³ โดยผู้วิจัยประยุกต์มาใช้ 3 ระดับ คือ เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย โดยให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก การแบ่งระดับเจตคติแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ ลักษณะข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ นำคะแนนที่ได้มาแปลผล ตามเกณฑ์ของเบสท์¹⁴ (สูง ปานกลาง ต่ำ)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการแปรงฟันแห้ง แบบสอบถามเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำ ความสะอาดช่องปาก จำนวน 2 ข้อ มีระดับการวัดเป็นอัตราส่วนสเกล (Ratio scale) มีลักษณะให้เลือก 2 คำตอบ คือ มี ไม่มี

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการแปรงฟันแห้ง เป็นแบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการแปรงฟันจากทันตบุคลากร บุคลากรสาธารณสุข ผู้ปกครอง และโรงเรียน การได้รับการสนับสนุนจากบุคคล มีระดับการวัดเป็นอัตราส่วนสเกล (Ratio scale) มีลักษณะให้เลือก 2 คำตอบ คือ เคย และไม่เคย จำนวน 10 ข้อ นำคะแนนที่ได้มาแปลผล ตามเกณฑ์ของเบสท์¹⁴ (สูง ปานกลาง ต่ำ)

ส่วนที่ 5 ความรู้เกี่ยวกับการแปรงฟันแห้ง เป็นข้อคำถามรายข้อ จำนวน 9 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นปรนัยชนิดเลือกตอบ 2 ตัวเลือก มีระดับการวัดเป็นระดับช่วง (Interval scale) นำคะแนนที่ได้มาแปลผล ตามเกณฑ์ของเบสท์¹⁴ (สูง ปานกลาง ต่ำ)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าเท่ากับ 0.75 และนำไปทดสอบ (Tried out) จำนวน 40 คน ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับ

กลุ่มเป้าหมายในการวิจัย แล้ววิเคราะห์หาความน่าเชื่อถือ (Reliability) ด้านความรู้เกี่ยวกับการแปรงฟันแห้ง โดยใช้วิธีการของคูเดอร์ ริชาร์ด (Kuder-richradson 20: KR 20)15 มีค่าเท่ากับ 0.703 ค่าอำนาจจำแนกมีค่าเท่ากับ 0.223 - 0.551 ค่าความยาก - ย่างมีค่าเท่ากับ 0.20 - 0.77 และพฤติกรรมกรรมการแปรงฟันแห้ง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.703

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. **สถิติเชิงพรรณนา** ใช้วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation : S.D.) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum)

2. **สถิติเชิงอนุมาน** ใช้วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการแปรงฟันแห้งของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้สถิติ Chi-square หากละเมิดเงื่อนไขสถิติใช้ Fisher's exact test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ลำดับที่ 32/2566 เอกสารรับรองเลขที่ HE661032 รับรอง ณ วันที่ 25 กรกฎาคม 2566 ได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวชี้แจงกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย ให้ทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมในการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใด ๆ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 16.3 ปี (S.D. = 0.9) โดยมีอายุน้อยที่สุดคือ 15 ปี และมีอายุมากที่สุดคือ 18 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.1 เรียนอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 45.4 รองลงมาคือระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 32.6 รายได้บิดา/มารดา (รวมกันเฉลี่ยต่อเดือน) ส่วนใหญ่อยู่ที่ 10,000 บาท ร้อยละ 17.0 โดยมีรายได้น้อยที่สุด คือ 2,000 บาท และมีรายได้มากที่สุดคือ 100,000 บาท ส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 71.1 การไปพบทันตบุคลากรส่วนใหญ่เข้าพบมากกว่า 1 ปี ร้อยละ 69.3 พฤติกรรมการแปรงฟันแห้งของนักเรียนส่วนใหญ่แปรงฟันแห้ง ร้อยละ 64.7

2. ปัจจัยนำที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการแปรงฟันแห้ง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง จำนวน 144 คน ร้อยละ 66.0 รองลงมาในระดับปานกลาง จำนวน 54 คน ร้อยละ 24.8 และระดับต่ำ จำนวน 20 คน ร้อยละ 9.2 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละความรู้เกี่ยวกับการแปรงฟันแห้ง (n = 218)

Table 1 Number and percentage of knowledge about dry teeth-brushing (n = 218)

Knowledge about dry teeth-brushing	Number	Percent
High level	144	66.0
Medium level	54	24.8
Low level	20	9.2
$\bar{X}$ = 7.8, S.D. = 1.5, Med = 8.0, Min = 3, Max = 9		

เจตคติต่อการดูแลสุขภาพทันตสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีคะแนนเจตคติต่อการดูแลสุขภาพเฉลี่ย 15.2 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.9) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับเจตคติต่อการดูแลสุขภาพระดับสูง จำนวน 144 คน ร้อยละ 66.0 รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 69 คน ร้อยละ 31.7 และระดับต่ำ จำนวน 5 คน ร้อยละ 2.3 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับเจตคติต่อการดูแลสุขภาพ (n = 218)

Table 2 Number and percentage of attitude towards dental health care (n = 218)

Attitude towards dental health care	Number	Percent
High level	144	66.0
Medium level	69	31.7
Low level	5	2.3

$\bar{X}$ = 15.2, S.D. = 1.9, Med = 15.0, Min = 9, Max = 18

3. ปัจจัยเอื้อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการแปรงฟันแท้

ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีแปรงสีฟันที่ใช้การได้ จำนวน 217 คน ร้อยละ 99.5 และส่วนใหญ่มียาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์จำนวน 216 คน ร้อยละ 99.1 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก (n = 218)

Table 3 Number and percentage of oral hygiene tools (n = 218)

Oral hygiene tools	Yes		No	
	Number	Percent	Number	Percent
A functional toothbrush	217	99.5	1	0.5
Toothpaste that contains fluoride	216	99.1	2	0.9

4. ปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการแปรงฟันแท้

ผลการศึกษา พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการแปรงฟันแท้และการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 49.1 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 38.1 และระดับต่ำ ร้อยละ 12.8 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการแปรงฟันแท้และการได้รับการสนับสนุนจากบุคคล (n = 218)

Table 4 Number and percentage of receiving information about dry teeth-brushing and social support (n = 218)

Access to information	Number	Percent
High level	107	49.1
Medium level	83	38.1
Low level	28	12.8

$\bar{X}$ = 6.2, S.D. = 2.2, Med = 6.0, Min = 1, Max = 10

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันแห้ง

ผลการศึกษา พบว่า ระดับชั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันแห้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.042$) โดยส่วนมาก พบว่าชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีพฤติกรรมการแปรงฟันแห้ง ร้อยละ 77.1 และการไปพบทันตบุคลากรของนักเรียนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันแห้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.004$) โดยส่วนมากเข้าพบทุก ๆ 6 เดือนมีพฤติกรรมการแปรงฟันแห้ง ร้อยละ 81.6 ส่วนปัจจัยอื่น ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันแห้งอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการแปรงฟันแห้ง ($n = 218$)

Table 5 The relationship between personal factors, predisposing factors, enabling factors, and reinforcing factors and dry teeth-brushing behavior ($n = 218$)

Factors	Dry teeth-brushing behavior				χ^2	p-value
	Yes		No			
	n	%	n	%		
Sex						0.885 ^a
- Male	57	65.5	30	34.5	-	
- Female	84	64.1	47	35.9		
Grade level						0.042
- Grade 10	56	56.6	43	43.4	6.35	
- Grade 11	48	67.6	23	32.4		
- Grade 12	37	77.1	11	22.9		
Average monthly parental income						0.416 ^a
- Lower 17,714 baht	68	63.0	40	37.0	-	
- Higher 17,714 baht	45	69.2	20	30.8		
Oral health problems						0.073
- Had	103	66.5	52	33.5	5.23	
- Did not have	28	70.0	12	30.0		
- Did not know	10	43.5	13	56.5		
Visit dental personnel						0.004
- Every 6-month or once a year	40	81.6	9	18.4	10.81	
- More than a year	87	57.6	64	42.4		
- Never	14	77.8	4	22.2		
Knowledge about dry teeth-brushing						0.654 ^a
- Low-Medium	46	62.2	28	37.8	-	
- High	95	66.0	49	34.0		

Factors	Dry teeth-brushing behavior				χ^2	p-value
	Yes		No			
	n	%	n	%		
Attitudes towards dental health care						0.052 ^a
- Low-Medium	41	55.4	33	44.6	-	
- High	100	69.4	44	30.6		
Oral hygiene tools						0.554 ^a
- Had toothbrushes and fluoride toothpaste	138	64.2	77	35.8	-	
- Neither one nor the other	3	100.0	0	0.0		
Access to information						0.203 ^a
- Low-Medium	67	60.4	44	39.6	-	
- High	74	69.2	33	30.8		

^a Fisher's exact test

การอภิปรายผล

สมมติฐานข้อที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันแห้ง

ผลการศึกษา พบว่า ระดับชั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันแห้งของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.042$) โดยส่วนมากพบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จะมีพฤติกรรมการแปรงฟันแห้ง ร้อยละ 77.1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทั้งที่โรงเรียน ของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 มีความสัมพันธ์กับการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.482$)¹⁶ นักเรียนส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการแปรงฟันแห้งระดับสูง ร้อยละ 77.8 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับการแปรงแห้งและปัจจัยที่มีผลต่อความเข้าใจวิธีการแปรงแห้งของผู้รับบริการทางทันตกรรมในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล⁴ พบว่าผู้รับบริการทางทันตกรรมที่มีระดับการศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ส่วนมากมีความรู้เกี่ยวกับการแปรงแห้งอยู่ระดับปานกลาง-สูง ร้อยละ 14.4 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลพนมไพร เน้นให้ความรู้เกี่ยวกับการแปรงฟันแห้งในพื้นที่อำเภอพนมไพรอย่างต่อเนื่อง ทำให้นักเรียนส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจวิธีการแปรงฟันแห้งอยู่ในระดับสูงและมีพฤติกรรมการแปรงฟันแห้ง

สมมติฐานข้อที่ 2 ปัจจัยนำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันแห้ง

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการแปรงฟันแห้งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันแห้งอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.654$) โดยส่วนมาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับการแปรงฟันแห้งระดับสูง จะมีพฤติกรรมการแปรงฟันแห้ง ร้อยละ 66.0 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันในช่วงพักกลางวันทั้งที่โรงเรียนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนอนุบาลสุพรรณบุรี พบว่าความรู้ที่เกี่ยวกับการแปรงฟันในช่วงพักกลางวันของนักเรียนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันในช่วงพักกลางวันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.062$)¹⁷ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากของนักเรียนมัธยมศึกษา โรงเรียนนครวิทยาคม ตำบลสันมะเค็ด อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย¹⁸ พบว่า ปัจจัยนำด้านความรู้ ทัศนคติ ค่านิยม มีความสัมพันธ์

กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะนักเรียนส่วนใหญ่ไม่ค่อยเคยกับการแปรงฟันแบบเปี้ยก การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจึงต้องใช้เวลาและความพยายาม และ/หรือการบ้วนน้ำหลังแปรงฟันอาจรู้สึกสะอาด สดชื่น และง่ายต่อการทำความสะอาดฟองยาสีฟัน จึงทำให้นักเรียนเลือกที่จะแปรงตามเดิมถึงแม้จะได้รับความรู้การแปรงฟันที่ถูกต้องเพียงพอก็แล้ว

สมมติฐานข้อที่ 3 ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันแท้

ผลการศึกษา พบว่า อุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันแท้ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.554$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แปรงฟันด้วยยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์ ร้อยละ 99.1 เมื่อเทียบกับการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากครั้งที่ 8 พ.ศ.2560² ด้านพฤติกรรมการแปรงฟันในช่วงเวลาต่าง ๆ ในเด็กอายุ 15 ปี พบว่าเด็กอายุ 15 ปี มีการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในการแปรงฟัน ร้อยละ 84.2 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ที่โรงเรียนของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายในจังหวัดหนองบัวลำภู¹⁹ พบว่า เด็กนักเรียนที่มีอุปกรณ์ทำความสะอาดฟันเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ที่โรงเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p \leq 0.05$ ซึ่งอาจเนื่องจากระบบบริการทันตสาธารณสุขของกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลพนมไพรที่สามารถเข้าไปให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนได้เต็มที่ ทำให้นักเรียนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการเลือกใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์

สมมติฐานข้อที่ 4 ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันแท้

ผลการศึกษา พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนจากบุคคลเกี่ยวกับวิธีการการแปรงฟันแท้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันแท้ของกลุ่มตัวอย่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.203$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันในช่วงพักกลางวัน ที่โรงเรียนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนอนุบาลสุพรรณบุรี¹⁷ พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารในการดูแลช่องปากจากผู้ปกครองคุณครูและโรงเรียนบุคลากรทางสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันในช่วงพักกลางวันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.392$) ไม่สอดคล้องกับการได้รับแรงจูงใจจากบุคคลรอบข้างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันในช่วงพักกลางวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) และไม่สอดคล้องกับการศึกษากิจกรรมการแปรงฟันและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในโรงเรียนประถมศึกษาจังหวัดสงขลา ประเทศไทย²⁰ พบว่า การมีครูหรือผู้นำนักเรียนเป็นผู้ดูแล ชี้แนะหรือกระตุ้นการแปรงฟัน มีผลทำให้นักเรียนเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างมาก และสัมพันธ์กับจำนวนโรงเรียนที่มีนักเรียนเข้าร่วมกิจกรรมการแปรงฟันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งจากการศึกษานี้ พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนจากบุคคลเกี่ยวกับวิธีการแปรงฟันแท้ ระดับต่ำ-ปานกลางและระดับสูง มีพฤติกรรมการแปรงฟันแท้ใกล้เคียงกัน อาจเป็นเพราะพฤติกรรมการแปรงฟันเป็นนิสัยที่ทำซ้ำ ๆ มาตั้งแต่เด็ก การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจึงเป็นเรื่องที่ยาก และ/หรือการแปรงฟันแบบเปี้ยกอาจรู้สึกสะอาด สดชื่น และง่ายต่อการทำความสะอาดฟองยาสีฟันมากกว่า แม้ว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารจะเป็นปัจจัยสำคัญ แต่ก็ไม่ใช่ว่าปัจจัยเดียวที่กำหนดพฤติกรรมของนักเรียน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่างร่วมกัน เช่น การสร้างแรงจูงใจ การแก้ไขความเข้าใจผิด และการสนับสนุนจากสังคม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 นักเรียนส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการแปรงแท้โดยผู้ปกครองน้อยกว่าทันตบุคลากรและครูอนามัยโรงเรียน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าช่องทางการรับรู้ข้อมูลของนักเรียนมีความหลากหลาย และบทบาทของผู้ปกครองในการส่งเสริมสุขอนามัยช่องปากของบุตรหลานอาจยังไม่เข้มแข็งพอ ดังนั้นควรทำให้ผู้ปกครอง

ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากของบุตรหลาน และมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีให้กับเด็ก ๆ อย่างต่อเนื่อง

1.2 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างแปรงฟันด้วยยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์ ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศ อย่างไรก็ตาม ควรสนับสนุนให้นักเรียนมีพฤติกรรมการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ร่วมกับการแปรงฟันอย่างสม่ำเสมอ เพราะเป็นสิ่งที่สามารถปฏิบัติได้ง่ายและช่วยป้องกันฟันผุได้ 1.3 การไปพบทันตบุคลากรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ดังนั้นทันตบุคลากรควรให้ทันตสุขศึกษาแก่ประชาชนทั่วไปโดยเฉพาะเรื่องการแปรงฟันอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจสัมพันธ์กับพฤติกรรมแปรงฟันแห่งของนักเรียน เช่น ด้านสื่อออนไลน์

2.2 ควรศึกษาในกลุ่มที่ดูแลใกล้ชิดกับนักเรียน เช่น ผู้ปกครอง เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมทันตสุขภาพประชากรในพื้นที่ได้กว้างมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลเปาโลโชคชัย 4. “โรคฟันผุในเด็ก” ปัญหาเล็ก ๆ ที่อาจกลายเป็นเรื่องใหญ่ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.paolohospital.com/th-TH/chokchai4/Clinic/Details/%E0%B8%81%E0%B8%B8%E0%B8%A1%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B9%80%E0%B8%A7%E0%B8%8A>
2. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2561.
3. ฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลพนมไพร. *รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพตามกลุ่มวัยอำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด*. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลพนมไพร; 2564.
4. จิตติมา เอื้อรัตนวงศ์, ดลหทัย สิทธิพงษ์พร. การศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับการแปรงฟันและปัจจัยที่มีผลต่อความเข้าใจวิธีการแปรงฟันของผู้รับบริการทางทันตกรรมในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล. *วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*. 2565; 66(5): 311-20.
5. พรศรี ปฏิมานุกษม, ทักษิ ทรรปณจินดา, ธนพล ธีพลมหา. ปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำลายหลังการแปรงฟัน โดยบ้วน และไม่บ้วนปาก. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข*. 2555; 17(2): 109-16.
6. Sjögren K, Birkhed D. Effect of various post-brushing activities on salivary fluoride concentration after toothbrushing with a sodium fluoride dentifrice. *Caries Res*. 1994; 28(2): 127-31.
7. สุดาตวง กฤษณาพงษ์. แปรงฟัน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2560; 26 ฉบับเพิ่มเติม 2: 348-59.
8. Machiulskiene V, Richards A, Nyvad B, Baelum V. Prospective study of the effect of post-brushing rinsing behaviour on dental caries. *Caries Res*. 2002; 36(5): 301-7.
9. บุหงา ชัยสุวรรณ, พรพรรณ ประจักษ์เนตร. พฤติกรรมการใช้สื่อใหม่ของวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-19 ปี. *วารสารการสื่อสารและการจัดการ*. 2558; 1(1): 31-57.
10. Porter CM. Revisiting Precede-Proceed: A leading model for ecological and ethical health promotion. *Health Education Journal*. 2016; 75(6): 753-64.

11. ศุภกร ศิริบุรี, พันพัสส์ ปาระมี. การพัฒนารูปแบบการฝึกแปรงฟันในเด็กที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น โรงเรียนการศึกษาคนตาบอดแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย. *เชียงรายเวชสาร*. 2561; 10(1): 103-11.
12. อรุณ จิรวัดน์กุล. *สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย*. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์; 2553.
13. Likert R. *New Patterns of Management*. McGraw-Hill; 1961.
14. Best JW. *Research in education. 4th ed*. New Jersey: Prentice-Hall; 1981.
15. บุญชัย เมฆแก้ว. *การพัฒนาชุดช่วยวิเคราะห์ข้อมูลแบบเรียลไทม์หาค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบ (KR-20). รายงานวิจัยเพื่อพัฒนาการเรียนการสอน*. พังงา: วิทยาลัยชุมชนพังงา สถาบันวิทยาลัยชุมชน; 2563.
16. วรเมธ สุขพาสันติ, มานพ คณะโต. การแปรงฟันหลังอาหารกลางวันโรงเรียนของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 2559; 4(1): 113-26.
17. เบญญาภา ผิวนวน, ขวัญวิภา เวทการ, ปริญญา จิตอร่าม, ธนกฤต ธนวงศ์โกติน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันในช่วงพักกลางวันโรงเรียนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนอนุบาลสุพรรณบุรี. *วารสารทันตภิบาล*. 2562; 30(1): 15-28.
18. ศิริพร คุยเพียภูมิ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากของนักเรียนมัธยมศึกษา โรงเรียนนครวิทยาคม ตำบลสันมะเค็ด อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย [*วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต*]. พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา; 2555.
19. วรเมธ สุขพาสันติ, มานพ คณะโต, พูนรัตน์ ลียติกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันโรงเรียนของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายในจังหวัดหนองบัวลำภู. *ศรีนครินทร์เวชสาร*. 2559; 31(2): 169-77.
20. วรธนะ พิธพรชัยกุล, เสมอจิต พิธพรชัยกุล, ทรงชัย ฐิตโสสมกุล, อังคณา เขียวมนตรี, นุชนรี อัครชนิยากร, นงนุช อาภาสุวรรณ และคณะ. กิจกรรมการแปรงฟันและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในโรงเรียนประถมศึกษาจังหวัดสงขลา ประเทศไทย. *วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์*. 2552; 59(3): 190-99.

Research article

Factors Influencing Oral Health Behavior of Caregivers for Dependent Elderly in Bueng Sam Phan District, Phetchabun Province

Keattisak Hirunviriyakun

Student, Master of Public Health,
Sirindhorn College of Public
Health, Phitsanulok, Faculty of
Public Health and Allied Health
Sciences, Praboromarajchanok
Institute

Thitirat Rasiri

Lecturer, Sirindhorn College
of Public Health, Phitsanulok,
Faculty of Public Health
and Allied Health Sciences,
Praboromarajchanok Institute

Abstract

Oral health is important for the quality of life of dependent elderly. They need oral care from caregivers. The role of caregivers can meet the needs of them. This cross-sectional descriptive research aimed to investigate the oral health care for dependent elderly people of caregivers and associated factors in Bueng Sam Phan district, Phetchabun province. The study was conducted between February and March 2024. The sample group consisted of 161 primary caregivers responsible for providing care and assistance to elderly individuals living in Bueng Sam Phan district. The samples were recruited with stratified random sampling. Data were collected using the questionnaires. The validity of the questionnaires was analyzed with IOC index 0.67-1. The reliability was tested by the Cronbach's alpha coefficient value 0.75-0.96. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple statistics.

The results of the study showed that, overall, the oral health behavior for dependent elderly people of caregivers were at a moderate level, accounted for 48.40% ($(\bar{X}) = 26.03$, S.D. = 5.50). Most of them used toothpaste containing fluoride to clean oral cavity for dependent elderly ($(\bar{X}) = 2.39$, S.D. = 0.75). Factors affecting the oral health care behavior for dependent elderly people of caregivers with a statistical significance were oral health literacy ($B = 0.14$, $p < 0.001$), and attitude towards oral health care for dependent elderly people ($B = 0.29$, $p = 0.001$). They could jointly predict oral health behaviors for dependent elderly of caregivers at 51.5% ($R^2 = 0.51$). Therefore, related agencies and health personnel should design activities to promote oral health literacy and attitude towards oral health care for dependent elderly of caregivers.

Corresponding author

Thitirat Rasiri

E-mail: panda_19jung@hotmail.com

Received date : 17 July 2024

Revised date : 14 August 2024

Accepted date : 20 September 2024

Keyword: Caregivers, Dependent elderly,
Oral health behavior

บทความวิจัย (Research article)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุ
ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอป่าสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์

เกียรติศักดิ์ หิรัญวิริยะกุล

นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร
มหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุข
สิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
คณะสาธารณสุขศาสตร์และ
สหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

อิทธิรัตน์ ราศิริ

อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุข
สิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
คณะสาธารณสุขศาสตร์และ
สหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทคัดย่อ

สุขภาพช่องปากมีความสำคัญต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุ เพราะต้องได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากจากผู้ดูแล ซึ่งบทบาทของผู้ดูแลสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงสนใจทำงานวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้ โดยวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอป่าสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์ ดำเนินการระหว่างเดือน กุมภาพันธ์-มีนาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลหลัก ที่ทำหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในอำเภอป่าสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 161 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยวิเคราะห์หาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนี IOC ระหว่าง 0.67-1 และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ได้ค่าระหว่าง 0.75-0.96 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวม ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.40 ($(\bar{X}) = 26.03$, S.D. = 5.50) ส่วนใหญ่ใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ในการทำมาความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุ ($(\bar{X}) = 2.39$, S.D. = 0.75) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ($B = 0.14$, $p < 0.001$) และทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุ ($B = 0.29$, $p = 0.001$) ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 51.5 ($R^2 = 0.51$) ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ควรมีการออกแบบกิจกรรมในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุ เพื่อให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุ,
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

ผู้รับผิดชอบบทความ

อิทธิรัตน์ ราศิริ

อีเมล: panda_19jung@hotmail.com

วันที่ได้รับบทความ : 17 กรกฎาคม 2567

วันที่แก้ไขบทความ : 14 สิงหาคม 2567

วันตอบรับบทความ : 20 กันยายน 2567

บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลกในรอบทศวรรษ ในขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้วได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุเกือบทั้งหมด ประเทศกำลังพัฒนามีผู้สูงอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากอัตราเกิดลดต่ำลงและผู้คนมีชีวิตยืนยาวขึ้น ในปี ค.ศ. 2021 ประชากรโลกมีทั้งหมด 7,975 ล้านคน โดยมีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป 1,109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13.9 ของประชากรทั้งหมด ในภูมิภาคอาเซียนเป็นสังคมสูงอายุแล้ว ซึ่งมีผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 11.7 ของประชากร ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีจำนวนประชากรรวม 66 ล้านคน มีผู้สูงอายุ 12.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.4 ในปี พ.ศ. 2578 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด ซึ่งประชากรผู้สูงอายุจะมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด และอีก 20 ปี ข้างหน้า จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มเกือบเท่าตัว จาก 12.5 ล้านคน เป็น 18.9 ล้านคน¹

ผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564 พบว่ามีอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุเท่ากับ ร้อยละ 30.5 นั่นคือ ประชากรวัยทำงาน 100 คน จะต้องรับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุประมาณ 31 คน ซึ่งสะท้อนถึงความต้องการการดูแลในระยะยาวที่เพิ่มมากขึ้นในอนาคต² ผู้สูงอายุมักมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ได้แก่ การสูญเสียฟัน โดยเฉพาะการสูญเสียฟันทั้งปาก ส่วนผู้ที่มีฟันก็เป็นโรคที่ไม่ได้รับการรักษา เสี่ยงต่อการสูญเสียฟันในอนาคตมากขึ้น³ องค์การสหพันธ์ทันตกรรมโลก ได้ให้คำนิยามของคำว่า “สุขภาพช่องปาก” กำหนดให้เป็นส่วนสำคัญของสุขภาพโดยทั่วไปทั้งทางกายและจิตใจ การมีสุขภาพช่องปากที่ดี อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ย่อมส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มวัย⁴ สุขภาพช่องปากจึงมีความสำคัญต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง⁵ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมักไม่มีฟันธรรมชาติเหลืออยู่ในช่องปากเพียงพอต่อการบดเคี้ยวอาหาร การมีสุขภาพช่องปากที่ไม่ดีของผู้สูงอายุ นอกจากจะส่งผลกระทบต่อด้าน บดเคี้ยวอาหาร ด้านโภชนาการและคุณภาพชีวิตแล้ว ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังมีโอกาสสำลักน้ำลายที่มี เชื้อโรค อาจเข้าสู่ทางเดินหายใจ และก่อให้เกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจ และหากไม่ได้รับการดูแลสุขภาพ ช่องปากที่มีประสิทธิภาพจะทำให้เกิดภาวะเหงือกอักเสบ แผลในช่องปาก และอาจเกิดปอดอักเสบติดเชื้อจนทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตได้⁶

จากรายงานสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ.2566 พบว่าผู้สูงอายุ 60-74 ปี ร้อยละ 60.9 มีฟันถาวรใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ เฉลี่ย 19.6 ซี่/คน ร้อยละ 43.7 มีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ ในผู้สูงอายุตอนปลายอายุ 80-85 ปี พบว่ามีการสูญเสียฟันถาวรเพิ่มขึ้น มีเพียงร้อยละ 27.7 ที่มีฟันถาวรใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ เฉลี่ย 15.7 ซี่/คน ทำให้การบดเคี้ยวลดลงชัดเจน การสูญเสียฟันทั้งปาก ในผู้สูงอายุ 60-74 ปี พบร้อยละ 6.2 ในขณะที่ในกลุ่มอายุ 80-85 ปี พบการสูญเสียฟันทั้งปากเพิ่มขึ้นเกือบ 4 เท่า เป็นร้อยละ 23.1 ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านการเคี้ยวอาหาร⁷ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นจากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากที่ผ่านมายังไม่พบการสำรวจแยกเฉพาะในกลุ่มนี้ จากรายงานสรุปผลการดำเนินงานทันตสาธารณสุข อำเภอบึงสามพัน ปี พ.ศ.2566 พบว่า อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ร้อยละ 18.49 และในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ได้รับการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก เพียงร้อยละ 19.8⁷

จังหวัดเพชรบูรณ์ มีประชากรทั้งหมด 975,879 คน มีผู้สูงอายุจำนวน 196,116 คน คิดเป็นร้อยละ 20.10 ซึ่งเป็นลำดับที่ 26 ของประเทศ¹ อำเภอบึงสามพัน มีผู้สูงอายุจำนวน 14,022 คน คิดเป็นร้อยละ 19.79 จากคลังข้อมูลสุขภาพ (Health data center) มีผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงจำนวน 442 คน คิดเป็นร้อยละ 3.1 ของผู้สูงอายุอำเภอบึงสามพัน และพบว่า ผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบูรณ์ มีฟันใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ และมีฟันหลังแท้ใช้งานไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ ร้อยละ 32.07 และผู้สูงอายุอำเภอบึงสามพัน มีฟันใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ และมีฟันหลังแท้ใช้งานไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ ร้อยละ 25.86⁸ ซึ่งอำเภอบึงสามพัน มีผู้จัดการระบบ

การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care manager, CM) จำนวน 20 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 89 คน⁹

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำความสะอาดช่องปากที่เหมาะสมของผู้ดูแล ได้แก่ ประสิทธิภาพการได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ความรู้และทัศนคติในการจัดการกับอุปสรรค และแรงจูงใจในการทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุ¹⁰ นอกจากนี้ยังพบว่า ระบบบริการเฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุยังขาดบริการการดูแลระยะยาวและเรื้อรัง ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ บริการสุขภาพที่มีอยู่ไม่ครอบคลุม และผู้สูงอายุบางส่วนยังเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ เช่น ผู้สูงอายุที่แอ่บแ่บ่อยู่ในสถาบันต่าง ๆ เช่น วัด เรือนจำ ชุมชนชนบท ที่ห่างไกล ชนกลุ่มน้อย ระบบบริหารมีปัญหการประสานงานระหว่างภาคเอกชน-รัฐ-ชุมชน ขณะที่การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวก็มีแนวโน้มขาดคุณภาพและขาดผู้ดูแลในอนาคต ส่วนในเขตชนบท ยังขาดกลไกหลักที่จะดูแลระบบบริการให้เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรที่เกี่ยวข้องยังขาดความรู้ ทัศนคติและทักษะในการให้บริการอย่างรอบด้าน¹¹ โดยบทบาทของผู้ดูแลสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ¹²

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษากลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแล ด้านสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังมีการศึกษาน้อย และจากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจ ที่จะศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยการศึกษาครั้งนี้จะทราบประเด็นปัญหาด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ดูแล และนำไปใช้วางแผนการดำเนินงานทันตสาธารณสุข สร้างแนวทางการส่งเสริมด้านสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตามบริบทของผู้สูงอายุ ในอำเภอบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์

สมมุติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
2. แรงจูงใจในการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
4. ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
5. การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน ทันตบุคลากร และชุมชน มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

วัสดุและวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Study)

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลัก ที่ทำหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในอำเภอบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 291 คน⁸

กลุ่มตัวอย่าง ใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรเมื่อทราบค่าสัดส่วนของประชากร (Daniel, 2010)¹³ คือ

$$n = [N^2 \alpha / 2P(1-P)] / [(N-1)d^2 + Z^2 \alpha / 2P(1-P)]$$

โดย N คือ จำนวนประชากรที่ใช้ในการคำนวณวิจัย เท่ากับ 291

$N^2 \alpha / 2$ คือ ค่ามาตรฐานภายใต้เส้นโค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 เท่ากับ 1.96

P คือ ค่าสัดส่วนของประชากร เท่ากับ 0.749 (ร้อยละ 74.9) ซึ่งผู้วิจัยได้นำผลการศึกษา ปัจจัยทำนาย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้ดูแล ผู้สูงอายุติดเตียง ร้อยละ 74.9 เป็นผู้หญิง¹⁴

d คือ ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ กำหนดเท่ากับ 0.05

ได้จำนวน 146 คน เพื่อป้องกันความคลื่อนในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลและลดปัญหาการตอบกลับ ของ แบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ หรือน้อยกว่าที่กำหนด หรืออาจมีข้อมูลสูญหาย ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนตัวอย่าง ร้อย ละ 10 โดยคิดค่าความคลาดเคลื่อน 10% ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 161 คน¹⁵

การสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified sampling) โดยมีขั้นตอนการสุ่มกลุ่ม ตัวอย่างดังนี้

1. แบ่งประชากรออกเป็น 11 กลุ่มตามตำบล การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว⁸
2. เลือกกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละกลุ่ม จากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจำนวน 161 คน สุ่มมาจาก ประชากรที่แบ่งเป็น 11 กลุ่มดังกล่าว ในสัดส่วนที่เท่ากันของจำนวนประชากร คือสัดส่วน 1:1.8

เกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นบุคคลสัญชาติไทย และเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุระบุว่าให้การดูแล ผู้สูงอายุขณะที่อยู่บ้านมากที่สุดในครอบครัว และเป็นผู้ที่นำผู้สูงอายุมาตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลมากที่สุด ในครอบครัว ต้องมีระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 3 เดือน ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตพื้นที่อำเภอบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์ พูดคุยสื่อสารรู้เรื่องหรืออ่านออกเขียนได้ และยินดีให้ ความร่วมมือในการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก คือ กลุ่มตัวอย่างย้ายที่อยู่อาศัยนอกพื้นที่ก่อนเสร็จสิ้นการวิจัย หรือถอนตัวออก จากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) แบ่งออกเป็น 6 ส่วน

แบบสอบถามแบ่งเป็น 6 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถาม แบบเลือกตอบและคำถามปลายเปิดให้กรอกข้อมูล 2) แบบสอบถามแรงจูงใจในการปฏิบัติดูแลสุขภาพ ช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 9 ข้อ ลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ คือ เห็นด้วย, ไม่แน่ใจ, ไม่เห็นด้วย 3) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 24 ข้อ ลักษณะ มาตราส่วนประมาณค่า มี 5 ระดับ คือ มากที่สุด, มาก, ปานกลาง, น้อย, น้อยที่สุด 4) แบบสอบถามทัศนคติ ต่อการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 8 ข้อ ลักษณะมาตราส่วนประมาณค่ามี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง, เห็นด้วย, ไม่แน่ใจ, ไม่เห็นด้วย, ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5) แบบสอบถามการสนับสนุน

ทางสังคม จำนวน 6 ข้อ ลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า มี 3 ระดับ คือ เป็นประจำ, เป็นบางครั้ง, ไม่เคยได้รับ

6) แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุ จำนวน 12 ข้อ ลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ, ปฏิบัติบางครั้ง, ไม่เคยปฏิบัติ โดยผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ พบว่า ทุกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง ตั้งแต่ 0.67-1 ซึ่งผ่านเกณฑ์ 0.5 ขึ้นไป และการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม จากการทดลองใช้ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกัน จำนวน 30 คน พบว่า ผ่านเกณฑ์เกณฑ์ขั้นต่ำที่ 0.7 ขึ้นไป ดังนั้น แบบสอบถามแรงจูงใจในการปฏิบัติดูแลสุขภาพช่องปาก ได้ค่า 0.76, แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ได้ค่า 0.96, แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุ ได้ค่า 0.75, แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่า 0.87, แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุ ได้ค่า 0.79

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด
2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้วิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุ โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ SCPHPL 2/2567.3.2 เมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

ผลการศึกษา

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 161 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.5 มีอายุเฉลี่ย 51 ปี โดยอายุต่ำสุด 19 ปี และอายุสูงสุด 91 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 25.5 สถานภาพ คู่สมรส ร้อยละ 60.9 ระดับการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 52.8 ประกอบอาชีพเกษตรกรเป็นอาชีพหลัก ร้อยละ 35.4 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 6,732 บาท อยู่ในช่วงน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 87.6 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.3 ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 48.5 ผู้ดูแลมีระยะเวลาในการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุเฉลี่ย 6 ปี ไม่ค่อยสัมพันธ์กับ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุอยู่ในช่วงน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 60.2

2. ตัวแปรที่ศึกษา

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละตัวแปรที่ศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ในภาพรวม (n = 161)

Table 1 Number and percentage studied variables of the overall sample (n = 161)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. แรงจูงใจในการปฏิบัติดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุ		
ระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 9-15 คะแนน)	6	3.7
ระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 16-21 คะแนน)	22	13.7
ระดับสูง (ช่วงคะแนน 22-27 คะแนน)	133	82.6

($\bar{X}$ = 24.21, S.D. = 3.372, Min = 12, Max = 27)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก		
ระดับน้อย (ช่วงคะแนน 24-56 คะแนน)	20	12.4
ระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 57-89 คะแนน)	78	48.5
ระดับดีมาก (ช่วงคะแนน 90-120 คะแนน)	63	39.1
($\bar{X}$ = 82.13, S.D. = 22.203, Min = 24, Max = 120)		
3. ทักษะต่อการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
ระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 8-18.67 คะแนน)	2	1.2
ระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 18.68-29.35 คะแนน)	22	13.7
ระดับสูง (ช่วงคะแนน 29.36-40 คะแนน)	137	85.1
($\bar{X}$ = 32.97, S.D. = 4.349, Min = 12, Max = 40)		
4. แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		
ระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 6-10 คะแนน)	34	21.1
ระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 11-14 คะแนน)	66	41.0
ระดับสูง (ช่วงคะแนน 15-18 คะแนน)	61	37.9
($\bar{X}$ = 13.13, S.D. = 3.408, Min = 6, Max = 18)		
5. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
ระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 12-18.9 คะแนน)	14	8.7
ระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 19-27.9 คะแนน)	78	48.4
ระดับสูง (ช่วงคะแนน 28-36 คะแนน)	69	42.9
($\bar{X}$ = 26.03, S.D. = 5.508, Min = 12, Max = 36)		

พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.4 รองลงมา พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 42.9, แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 82.6 รองลงมาคือ แรงจูงใจในการปฏิบัติดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 13.7, มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.5 รองลงมาคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 39.1, มีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในภาพรวม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.1 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 13.7, ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.0 รองลงมา แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 37.9

3. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์ (n = 161)

Table 2 Factors Influencing Oral Health Care Behavior of Caregivers for Dependent Elderly in Bueng Sam Phan District, Phetchabun Province (n = 161)

Factor	B	Beta	t	p-value
Oral health literacy	0.140	0.564	8.485	<0.001
Attitude towards oral health care	0.292	0.231	3.469	0.001
p-value <0.001, Constant (a) = 4.916, R ² = 0.515, Adjust R ² = 0.508				

พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ($p < 0.001$) ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($p = 0.001$) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 51.50 (R square = 0.515)

การอภิปรายผล

วัตถุประสงค์การวิจัยที่ 1

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอ บึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.40 ($(\bar{X}) = 26.03$, S.D. = 5.50, Min = 12, Max = 36) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิวพร ชุ่มเย็น, ศิวไลซ์ วนรัตน์วิจิตร¹⁶ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิตถ์ ผลการศึกษาพบว่า ระดับของการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจมาจากระดับของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ดูแล ในแต่ละพื้นที่มีบริบทที่แตกต่างกันไป เช่น นโยบายสาธารณสุขในพื้นที่ การดำรงชีวิต รูปแบบการศึกษาของผู้วิจัย จึงทำให้ระดับของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความแตกต่างกัน โดยจากแบบสอบถาม พบว่า ส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($(\bar{X}) = 2.39$, S.D. = 0.75) คือ ท่านใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ในการทำ ความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($(\bar{X}) = 1.72$, S.D. = 0.76) คือ ท่านทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยอุปกรณ์อื่นๆ เช่น ไหมขัดฟัน แปรงชอกฟัน แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนมาก ใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ในการ ทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่ไม่ได้ใช้อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ ในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อาจเป็นเพราะว่า การเข้าถึงอุปกรณ์เสริมเหล่านี้ยังเข้าถึงยาก

วัตถุประสงค์การวิจัยที่ 2

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ อำเภอวังสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า

ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พบว่า มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุของผู้ดูแล อำเภอวังสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์ ($p < 0.001$) อาจเป็นเพราะว่าความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การสื่อสาร และสื่อออนไลน์ ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลการดูแลสุขภาพช่องปากที่สะดวก และรวดเร็ว ทำให้เกิดการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพช่องปาก สามารถความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพช่องปากที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ เกิดการตอบโต้ซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ นำไปสู่การตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปาก จนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และนำไปบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพช่องปาก จึงทำให้ ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุของผู้ดูแล อำเภอวังสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ตยารัตน์ พุทธิมนี และรุ่งนภา บ่องเกียรติชัย¹⁷ ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแล พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพเป็นหัวใจสำคัญสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแล ดังนั้น หากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุ มีความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก จะมีการจัดการสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุ เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ เกิดความร่วมมือกับทันตบุคลากรสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก นำไปสู่ผลลัพธ์ ทางสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุที่ดี

ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุ พบว่า มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุของผู้ดูแล อำเภอวังสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์ ($p = 0.001$) เนื่องจากการเข้าถึงสื่อออนไลน์ สามารถเข้าถึงข้อมูลการดูแลสุขภาพช่องปากได้ง่าย ประกอบกับมีการประชาสัมพันธ์ รมณรงค์ สื่อทันตสุขภาพตามผลิตภัณฑ์สุขภาพช่องปาก ตามสถานบริการทันตสุขภาพทำให้ ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิวพร ชุมเย็น และศิริโชค วรรณรัตน์¹⁶ พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุ สามารถทำนายการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของ ผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุได้ร้อยละ 66.70 และการศึกษาของ ฉัตรฤดี ภาระญาติ และคณะ¹⁸ พบว่า ทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุได้ร้อยละ 56.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การศึกษาของ อาณัติ มาตระกูล, จริญญา หุ่นศรีสกุล และอัจฉรา วัฒนาภา¹⁰ พบว่า ทัศนคติในการจัดการกับอุปสรรคจากความร่วมมือของผู้สูงอายุในการทำ ความสะอาดช่องปาก มีความสัมพันธ์ต่อการทำความสะอาดช่องปากที่เหมาะสมของผู้ดูแล เช่นเดียวกับการศึกษาของ มิ่งสมร กิตติธรรณ¹⁹ พบว่า ทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 หน่วยบริการสาธารณสุขควรมีการประชาสัมพันธ์ ให้ครบพบทันตบุคลากรปีละ 1-2 ครั้ง เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากและวางแผนการรักษา

1.2 หน่วยงานสาธารณสุขควรมีการส่งเสริมในการทำ ความสะอาดช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุ ด้วยอุปกรณ์อื่น ๆ เช่น ไม้ขัดฟัน แปรงซอกฟัน

1.3 หน่วยงานสาธารณสุข ควรสนับสนุนให้มีกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ และเกิดทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุ จัดทำโครงการเสริมสร้างพฤติกรรมด้านสุขภาพช่องปากให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุ สร้างรูปแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุ ของผู้ดูแล ให้มีความเหมาะสมกับสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ศึกษาเฉพาะปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งอาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาจทำให้ได้รับรายละเอียดไม่ครบถ้วน ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อหาปัจจัยเพิ่มเติม ให้ได้ข้อมูลมาสนับสนุน

2.2 ควรนำผลการศึกษานี้ ไปพัฒนาต่อยอด เพื่อสร้างโปรแกรมหรือรูปแบบการพัฒนาการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุในอนาคต

2.3 ควรเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุที่ได้รับการดูแล เพื่อศึกษาถึงความพึงพอใจ หรือความต้องการต่อการได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากจากผู้ดูแล

2.4 ในการเก็บข้อมูลควรลงเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง ก่อนการเก็บข้อมูล เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุ เพื่อการได้รับข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยประจำปี พ.ศ.2565**. (พิมพ์ครั้งที่ 1) กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน).
2. กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **การสำรวจประชากรสูงอายุประเทศไทย พ.ศ. 2564**. (พิมพ์ครั้งที่ 1) กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์.
3. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. **คู่มือการดูแลผู้สูงอายุ: ช่องปากสุขภาพ**. (พิมพ์ครั้งที่ 1) กรุงเทพฯ: โอเพ่นเวิลด์ส พับลิชชิง เฮาส์ จำกัด.
4. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. **รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560**. (พิมพ์ครั้งที่ 1) กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.
5. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ดิฉัน ดิฉัน : คู่มือสำหรับครอบครัวผู้ดูแล**. กรุงเทพฯ: แก้วเจ้าจอม.
6. กนกวรรณ งามมุก, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. การดูแลสุขภาพสะอาดช่องปากในผู้ป่วยวิกฤตเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. **วารสารการพยาบาล**. 2559; 18(2): 1-11.
7. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. **รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566**. (พิมพ์ครั้งที่ 1) กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
8. สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์. **ผลการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุ. คลังข้อมูลสุขภาพจังหวัดเพชรบูรณ์ (HDC)**. [เข้าถึงเมื่อ 1 ต.ค. 2566]. เข้าถึงจาก: https://pnb.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=db30e434e30565c12fbac44958e338d5
9. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบึงสามพัน. **รายงานจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุที่ผ่านการอบรม และจำนวนผู้ที่มีภาวะฟันผุที่ได้รับการดูแลปี พ.ศ.2566**. เพชรบูรณ์: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบึงสามพัน; 2566.

10. อาณัติ มาตระกูล, จริญญา พุ่มศรีสกุล, อัจฉรา วัฒนาภา. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำ
ความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้ดูแล ในจังหวัดกระบี่.** เอกสารที่นำเสนอ
ในการประชุม: การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษา ระดับนานาชาติ 2560;
วันที่ 10 มี.ค. 2560; ณ อาคารพจน์ สารสิน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
11. มุลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. **รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยประจำปี 2557.**
(พิมพ์ครั้งที่ 1) กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
12. รัตยานภิศ พละศึก, เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช. **ตัวแบบของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ.
วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.** 2560; 4(3): 135-50.
13. Daniel WW. **Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health
Sciences.** New York: John Wiley & Son; 2010.
14. สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. **การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ
อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์.**
2559; 9(3): 57-69.
15. ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์. **การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงพรรณนาในงานสาธารณสุข.
วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ.** 2566; 16(2): 9-17.
16. ศิวพร ชุ่มเย็น, ศิวไลซ์ วรรณวิจิตร. **ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี.** 2566;
34(1): 158-71.
17. ตยารัตน์ พุทธิมณี, รุ่งนภา ป้องเกียรติชัย. **ความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง
และผู้ดูแล. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ.** 2565; 9(2): 16-32.
18. ฉัตรฤดี ภาระญาติ, สุธิดา ธีระพิทยานนท์, รุจภา เจริญธนปจัย, อุทัยวรรณ เขียวไผ่ดี.
**ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของผู้ดูแลผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ.
วารสารพยาบาลตำรวจ.** 2564; 13(1): 43-51.
19. มิ่งสมร กิตติธีรนนท์. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียง
โดยผู้ดูแลในอำเภอร้อยบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ.**
2564; 2(2): 69-7.

Research article

Accessing to Dental Services and Dental Health Status of Local Government Officers at Huai Mek District, Kalasin Province

Benyapa Kankhwao

Assistant Professor, Sirindhorn
College of Public Health,
Khon Kaen, Faculty of Public
Health and Allied Health
Sciences, Praboromarajchanok
Institute

Somsai Pholsiri

Dental Public Health Officer,
Kutdon Sub-District Health
Promoting Hospital, Kalasin
Province

Prateep Kankhwao

Assistant Professor, Sirindhorn
College of Public Health,
Khon Kaen, Faculty of Public
Health and Allied Health
Sciences, Praboromarajchanok
Institute

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to investigate the access to dental services and dental health status of local government officers at Huai Mek district, Kalasin province. The samples were 209 local government officers who were selected by Simple random sampling. Data were collected using questionnaires. The reliability of questionnaires representing by Cronbach's alpha coefficient was 0.820. Data were analyzed by using software package STATA for Windows analysis in terms of frequency, percentage, mean, standard deviation and Multiple logistic regressions.

The results showed that most of the samples were female (63.64%), 43.54% aged 31-40 years ($\bar{X}$) = 39.78 years, S.D. = 8.81, 39.23% of income between 10,001 and 20,000 baht ($\bar{X}$) = 18,231.61 baht, S.D. = 8834.58) and 46.63% graduated with a bachelor's degree. Almost 60% of the sample married, 63.64% of them were government official, 49.76% had working period between 1-10 years ($\bar{X}$) = 10.27 years, S.D. = 6.20) and 85.65% of them had no medical diseases. Those with medical conditions involved high blood pressure, diabetes, thyroid, asthma, allergies, etc. The sample had access to dental services at high and moderate levels about 44.98% and 49.76%, respectively. There were 16.27% of the sample who bewared of their oral condition. Most of them used their civil servant benefits for dental treatment. In the last year, 48.80 % of the sample went to dental services. Dental services were mostly used at community hospitals accounted for 98.04%.

An educational level and distance from home to regularly used dental clinic were related to the access to services of local government officers In Huai Mek district. The samples with a bachelor's degree or higher had access to dental services 2.04 times when compared to those with less than a bachelor's degree (OR_{adj} = 2.04, 95%CI = 1.01 to 4.09). The samples whose houses were near the dental clinic were about 0.31 times to use dental services when compared to those who lived far from the service facility (OR_{adj} = 0.31, 95%CI = 0.17 to 0.58).

Keywords: Accessing to dental services, Dental health status,
Local government organization official

Corresponding author

Prateep Kankhwao

E-mail: prateep@scphkk.ac.th

Received date : 4 October 2024

Revised date : 11 November 2024

Accepted date : 6 December 2024

บทความวิจัย (Research article)

การเข้าถึงบริการทันตกรรมและสภาวะทันตสุขภาพของเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

เบญญาภา กาลเขว้า ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และ สหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก สมสาย ผลศิริ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กุดโดน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประทีป กาลเขว้า ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และ สหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	บทคัดย่อ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงบริการทันตกรรม สภาวะทันตสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการของเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวนตัวอย่าง 209 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยวิเคราะห์ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) (อยู่ในช่วง 0.67-1.00) และค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยการหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.820 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA For Windows สถิติที่ใช้ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ สถิติการถดถอยพหุโลจิสติก ผลการวิจัย พบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.64 อายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 43.54 (เฉลี่ย 39.78 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.81) รายได้ระหว่าง 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 39.23 (เฉลี่ย 18,231.61 บาท, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8834.58) ระดับการศึกษาสูงสุด จบปริญญาตรี ร้อยละ 46.63 มีสถานะภาพสมรส ร้อยละ 59.81 เป็นตำแหน่งข้าราชการ ร้อยละ 63.64 ระยะเวลาปฏิบัติงานระหว่าง 1-10 ปี ร้อยละ 49.76 (ค่าเฉลี่ย 10.27 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.20), ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 85.65, โรคประจำตัวที่พบ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไทรอยด์ หอบหืด ภูมิแพ้ เป็นต้น ตัวอย่าง มีการเข้าถึงบริการทันตกรรม ในระดับสูง ร้อยละ 49.76 และระดับปานกลาง ร้อยละ 44.98 ทราบสภาวะช่องปากของตนเอง ร้อยละ 16.27 สิทธิการรักษาทางทันตกรรมหรือทำฟันใช้สวัสดิการข้าราชการมากที่สุด ร้อยละ 48.80 การไปใช้บริการทันตกรรมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 48.80 สถานบริการที่ใช้บริการทันตกรรมบ่อยที่สุด คือ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 98.04 ปัจจัยด้านระดับการศึกษาและ ด้านระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการทันตกรรมที่ใช้บริการประจำ มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการของเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอห้วยเม็ก โดยตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีการไปใช้บริการทันตกรรม มากเป็น 2.04 เท่าของผู้ที่มีการศึกษาด้านต่ำกว่าปริญญาตรี ($OR_{adj} = 2.04, 95\%CI = 1.01 \text{ ถึง } 4.09$) และ ตัวอย่างที่มีบ้านห่างจากสถานบริการทันตกรรมที่ใช้บริการประจำ (น้อยกว่าเท่ากับ 7 กิโลเมตร) มีการใช้บริการทันตกรรม น้อยกว่าผู้ที่มีบ้านห่างจากสถานบริการทันตกรรมที่ใช้บริการประจำ (มากกว่า 7 กิโลเมตร) เป็น 0.31 เท่า ($OR_{adj} = 0.31, 95\%CI = 0.17 \text{ ถึง } 0.58$) คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการทันตกรรม, สภาวะทันตสุขภาพ, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ผู้รับผิดชอบบทความ ประทีป กาลเขว้า อีเมล: prateep@scphkk.ac.th วันที่ได้รับบทความ : 4 ตุลาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความ : 11 พฤศจิกายน 2567 วันตอบรับบทความ : 20 ธันวาคม 2567	

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ปัญหาทันตสุขภาพเป็นปัญหาสาธารณสุขที่เรื้อรัง ปรากฏอยู่ในทุกกลุ่มอายุของประชากรทั่วโลกโดยพบว่าประชากรโลกมีโรคฟันผุประมาณ 3.5 พันล้านคน ปัญหาส่วนใหญ่ได้แก่ ปัญหาฟันแท้ที่ยังไม่ได้รับการรักษา¹ แม้ว่าปัญหาทันตสุขภาพจะไม่ใช่วิธีร้ายแรงที่ต้องรักษาอย่างเร่งด่วน หรือเป็นอันตรายต่อชีวิตในทันที แต่ก็ก่อให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน และ อาจทำให้เกิดโรคอื่น ๆ ตามมา เช่น โรคมะเร็งในช่องปาก เยื่อหู หูอักเสบ ซึ่งอาจลุกลามเป็นสาเหตุซ้ำเติมให้โรครุนแรงมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีผลต่อบุคลิกภาพและความสามารถในการทำงาน นอกจากจะส่งผลต่อร่างกายและจิตใจ แล้ว ยังส่งผลก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ทั้งส่วนรวมและส่วนบุคคลในด้านค่ารักษาและฟื้นฟูสุขภาพภายในช่องปาก²

จากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ. 2556 ในกลุ่มวัยทำงาน อายุ 35-44 ปี ปัญหาที่พบเกิดจากรอยโรคสะสม ทั้งปัญหาสภาวะปริทันต์ ที่พบการอักเสบของเหงือก มีเลือดออกง่าย ร้อยละ 39.3 ปัญหาปริทันต์อักเสบที่มีการทำลายของกระดูกรองรับรากฟันร่วมด้วย ซึ่งพบร้อยละ 15.6 และปัญหาโรคฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 35.2 โดยปัญหาดังกล่าว จะแสดงอาการที่รุนแรงจนเกิดความเจ็บปวดและการสูญเสียฟันในช่วงอายุต่อไป ถ้าไม่ได้รับการดูแล ป้องกัน รักษาที่เหมาะสมทันเวลา นอกจากนี้ในวัยนี้ยังมีพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ที่พบร้อยละ 19.6 เหลื้อย 11.7 มวนต่อวัน รวมทั้งพฤติกรรมการไปใช้บริการในรอบปีร้อยละ 37.9 ซึ่งในจำนวนนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 39.0 ไปรับบริการเมื่อมีอาการปวดและเสียวฟันแล้ว มีเพียงร้อยละ 10.1 เท่านั้นที่ไปรับบริการเพื่อต้องการตรวจเช็คโดยไม่มีอาการ สำหรับประชากรที่ไม่ไปรับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา ในกลุ่มวัยทำงาน มีร้อยละ 62.0 เหตุผลหลักของกลุ่มที่ไม่ไป คือ ยังไม่มีอาการผิดปกติใน ช่องปาก ร้อยละ 73.5 เหตุผลรองลงมาในกลุ่มวัยทำงาน คือ ไม่มีเวลา ร้อยละ 22.2 โดยกลุ่มวัยทำงานในเมืองและในกรุงเทพมหานคร จะมีปัญหานี้มากกว่าในชนบท ส่วนเหตุผลที่ไม่ไปรับบริการ เพราะไม่มีเงินหรือกลัวประสาทเสีย เป็นเหตุผลที่พบน้อยมาก³

จากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560 โดยสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย พบว่า กลุ่มวัยทำงานมีฟันใช้งานในช่องปากเฉลี่ย 28.4 ซี่ โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน (DMFT) 6.6 ซี่/คน ร้อยละของคนที่มีฟันผุยังไม่ได้รักษาและร้อยละของคนที่ได้รับการอุด พบว่าในเขตชนบทมีผู้ที่มีฟันผุแต่ยังไม่ได้รักษา มากที่สุดร้อยละ 46.6 ภาคใต้มีร้อยละของผู้ที่มีฟันผุยังไม่ได้รักษามากที่สุด ร้อยละ 47.4 รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคเหนือ ร้อยละ 44.3, 44.0 และ 39.5 ตามลำดับ กลุ่มวัยทำงานอายุ 35-44 ปี พบว่า มีร้อยละของผู้จำเป็นต้องรับบริการรักษา การอุดฟัน 1 ด้าน ร้อยละ 42.8 เฉลี่ย 1.2 ซี่/คน อุดฟัน 2 ด้าน ร้อยละ 19.0 เฉลี่ย 0.3 ซี่/คน ถอนฟันร้อยละ 27.7 เฉลี่ย 0.6 ซี่/คน รักษาโรคฟันร้อยละ 5.8 เฉลี่ย 0.1 ซี่/คน โดยในเขตชนบทมีร้อยละของผู้จำเป็นต้องรับบริการรักษา มากที่สุด โดยมีร้อยละของผู้จำเป็นต้องอุดฟัน 1 ด้าน ร้อยละ 44.2 และมีร้อยละ ของผู้จำเป็นต้องถอนฟันร้อยละ 31.4 โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีร้อยละของผู้จำเป็นต้องอุดฟัน 1 ด้านมากที่สุด ร้อยละ 48.0 ภาคกลางมีร้อยละของผู้จำเป็นต้องถอนฟันมากที่สุดร้อยละ 30.1⁴ และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย ทั้งความสามารถ หรือความรู้ตามวัยในการดูแลสุขภาพช่องปาก ปัจจัยด้านพฤติกรรมทันตสุขภาพ และปัจจัยทางสังคม อาจเป็นปัจจัยร่วมกันทั้งทางตรง และทางอ้อม^{5, 6}

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้มารับบริการรักษาทางทันตกรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ตั้งแต่ ปี 2559-2561 โปรแกรม HDC จังหวัดกาฬสินธุ์ ในกลุ่มอายุ 19-59 ปี พบว่า ผู้มารับบริการส่วนใหญ่มารับบริการถอนฟันร้อยละ 52.9, 46.6 และ 45.9 ตามลำดับ รองลงมาขอยาเพื่อระงับอาการปวดฟัน ร้อยละ 26.9, 35.4 และ 36.7 ตามลำดับ ผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพร้อยละ 87.5 รองลงมาได้แก่สิทธิรักษาประกันสังคมและข้าราชการพลเรือน โดยเป้าประสงค์ของกรมอนามัยในการส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม การพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมและมีพัฒนาการรับรู้ทางสุขภาพช่องปาก (Oral health literacy) การดูแลสุขภาพในช่องปากจึงเป็นองค์ประกอบหนึ่ง ที่มีความสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมให้มีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งสุขภาพอนามัยตลอดจนการดูแลสุขภาพสะอาดในช่องปาก หากมีความรู้ความเข้าใจพร้อมกับการดูแลเอาใจใส่จากทันตบุคลากรเป็นอย่างดี นอกจากจะทำให้สุขภาพในช่องปากของตนเองดีแล้วยังก่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการดูแลเอาใจใส่สุขภาพในช่องปากของตนตามมาอีกด้วย จากข้อมูลข้างต้น พบว่าปัญหาโรคในช่องปากของกลุ่มวัยทำงานยังคงเป็นปัญหาซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้เกิดโรคดังกล่าว ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมการบริโภค อาหาร พฤติกรรมการแปรงฟัน พฤติกรรมการบริโภคขนมหวาน แนวน้อมของปัญหาโรคในช่องปาก ยังมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ซึ่งปัญหาโรคฟันผุเป็นโรคที่มีการทำลายเนื้อฟันอย่างถาวร ร่างกายไม่สามารถซ่อมแซมส่วนที่ถูกทำลายให้กลับมาเป็นปกติได้ ทำให้ปวดฟัน จนไม่สามารถรักษาได้ด้วยการอุดฟัน ซึ่งส่วนใหญ่จะตัดสินใจถอนฟันทิ้ง ทำให้ไม่มีฟันเคี้ยวอาหาร หรือเคี้ยวอาหารไม่สะดวก มีผลต่อภาวะโภชนาการและส่งผลกระทบต่อใช้ชีวิตประจำวันและการดำรงชีวิต⁷

เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นกลุ่มผู้ใช้สิทธิการรักษาข้าราชการท้องถิ่นและสิทธิการรักษาประกันสังคมซึ่งสถานบริการสามารถดำเนินการเบิกค่ารักษาพยาบาลได้โดยไม่ต้องสำรองจ่ายก่อน จากข้อมูลการสำรวจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ในปีงบประมาณ 2563 พบว่า บุคลากร ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ เข้ารับบริการทันตกรรม ร้อยละ 72 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในเรื่องการเข้าถึงบริการทันตกรรมของเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อศึกษาระดับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการทันตกรรมในเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาการให้บริการสุขภาพช่องปากให้ครอบคลุมและตอบสนองกลุ่มวัยนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงบริการทันตกรรม ของเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาสถานะทันตสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการของเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

วัสดุและวิธีการ

วิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่การศึกษา คือ ข้าราชการ พนักงาน ลูกจ้าง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 11 แห่ง จำนวน 475 คน และคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างการประมาณค่าสัดส่วน กรณีที่ทราบขนาดประชากร⁸ ดังนี้

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{e^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

โดยที่ n คือ ขนาดตัวอย่าง

N คือ ขนาดประชากร จำนวน 475 คน

$Z_{\alpha/2}$ คือ ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน (Z) เมื่อความผิดพลาดของการสรุปลักษณะประชากรจากค่าสถิติของตัวอย่างเท่ากับ α (เมื่อกำหนด $\alpha = 0.05$ หรือ ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่า $Z_{0.025} = 1.96$)

p คือ ค่าสัดส่วนการเข้ารับบริการทันตกรรมของข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (รายงานประจำปี 2563 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน อำเภอยะหมิง จังหวัดกาฬสินธุ์)⁷ เท่ากับ ร้อยละ 72 (ดังนั้น $p = 0.72$)

e คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05

แทนค่าในสูตรข้างต้นได้ขนาดตัวอย่าง 209 คน

ใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยใส่ข้อมูลเลขที่ของข้าราชการ พนักงาน ลูกจ้าง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอยะหมิง จังหวัดกาฬสินธุ์ ทุกคนลงในโปรแกรมสุ่มตัวเลขออนไลน์ (Random number generator) จากเว็บไซต์ www.random.thaiware.com จากนั้นกดสุ่มหมายเลขจนครบตามจำนวน 209 คน ตามขนาดตัวอย่างที่ได้คำนวณไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. ข้อมูลส่วนบุคคล
2. ข้อมูลด้านทันตกรรม ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้เสนอแนะให้ใช้ดัชนี ฟันผุ ถอน อุด สำหรับโรคฟันผุ คือ การตรวจสถานะโรคฟันผุ โดยใช้ดัชนีฟันผุ ถอน อุด เป็น เครื่องชี้วัดสถานะโรคฟันผุ
3. ข้อมูลด้านการเข้าถึงบริการทันตกรรม โดยประยุกต์จากการเข้าถึงบริการสุขภาพของ Penchansky และ Thomas ในปี ค.ศ. 1981 ประกอบด้วย 5 มิติ คือ 1. Availability 2. Accessibility 3. Accommodation 4. Affordability 5. Acceptability และ ประยุกต์จากแบบสอบถามของ สุภาพร แสงอ่วม และคณะ⁹

กำหนดเกณฑ์การแปลผลระดับการเข้าถึงบริการทันตกรรม โดยใช้วิธีการคำนวณช่องกว้างระหว่างชั้น (Class width) (Best)¹⁰ โดยแบ่ง (จำนวนชั้น) เป็น 3 ระดับ ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่องกว้างระหว่างชั้น (Class width)} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= (4-1) / 3 \\ &= (3) / 3 \\ &= 1.0 \end{aligned}$$

เกณฑ์ในการแปลผลดังนี้

- คะแนน 1.00 - 2.00 หมายถึง มีการเข้าถึงบริการทันตกรรม อยู่ในระดับต่ำ
 คะแนน 2.01 - 3.00 หมายถึง มีการเข้าถึงบริการทันตกรรม อยู่ในระดับปานกลาง
 คะแนน 3.01 - 4.00 หมายถึง มีการเข้าถึงบริการทันตกรรม อยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรง (Validity) ใช้วิธีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ด้วยการหาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item-objective congruence: IOC) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC ของข้อคำถาม อยู่ระหว่าง 0.67-1.00

2) ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามการเข้าถึงบริการทันตกรรม ใช้วิธีการตรวจสอบด้วยการหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.820

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) สำหรับวิเคราะห์เพื่ออธิบายประชากรที่ศึกษา ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด หากเป็นข้อมูลแจกแจง นำเสนอด้วยจำนวน และร้อยละ

สถิติอนุมาน (Inferential statistics) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการของเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอห้วยเม็กโดยใช้สถิติ Multiple logistic regressions แบบ Forward stepwise

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE642041

ผลการศึกษา

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.64 อายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 43.54 (เฉลี่ย 39.78 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.81) รายได้ระหว่าง 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 39.23 (เฉลี่ย 18,231.61 บาท, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8834.58) ระดับการศึกษาสูงสุด จบปริญญาตรี ร้อยละ 46.63 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 59.81 เป็นตำแหน่งข้าราชการ ร้อยละ 63.64 ระยะเวลาปฏิบัติงานระหว่าง 1-10 ปี ร้อยละ 49.76 (ค่าเฉลี่ย 10.27 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.20), ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 85.65 โรคประจำตัวที่พบ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไทรอยด์ หอบหืด ภูมิแพ้ เป็นต้น (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 209)

Table 1 Demographics characteristics of samples (n=209)

Demographics characteristics	n	%
Gender		
Male	76	36.36
Female	133	63.64
Age (Years)		
20-30	32	15.31
31-40	91	43.54
41-50	50	23.92
More than 50	36	17.22

Mean = 39.78 (S.D. = 8.81), Median = 39.0 Min = 21 : Max = 62

Demographics characteristics	n	%
Income		
Less than equal to 10,000 bht.	48	22.97
10,001-20,000 bht.	82	39.23
20,001-30,000 bht.	46	22.01

กลุ่มตัวอย่าง ทราบสภาวะช่องปากของตนเอง ร้อยละ 16.27 ในจำนวนดังกล่าว (จำนวน 34 คน) ส่วนใหญ่มีอาการฟันผุ ร้อยละ 58.82 รองลงมา อาการเสียวฟัน ร้อยละ 44.58 สิทธิการรักษาทางทันตกรรมหรือทำฟัน ใช้สวัสดิการข้าราชการ มากที่สุด ร้อยละ 48.80 การไปใช้บริการทันตกรรมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 48.80 สถานบริการที่ไปใช้บริการทันตกรรมบ่อยที่สุด คือ โรงพยาบาลอำเภอ (โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 98.04 เหตุผลในการไปใช้บริการทันตกรรมในสถานที่ดังกล่าว คือ ใกล้เคียงในบริการ ร้อยละ 34.31 การใช้บริการทันตกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (สถานีอนามัย) ในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 20.10 คิดว่าโรคในช่องปาก เช่น โรคปริทันต์ (โรคเหงือก, โรคปริทันต์) โรคฟันผุ หรือไม่มีฟัน เป็นต้น มีผลกระทบต่อ ร่างกาย จิตใจ การทำงาน หรือการเข้าสังคม ร้อยละ 55.02 และ คิดว่าสุขภาพช่องปากมีความสำคัญ เพราะ ทำให้เคี้ยวอาหารได้อย่างเป็นปกติ/ทำให้สุขภาพจิตดี/มีความมั่นใจ/ส่งผลต่อระบบร่างกายส่วนต่าง ๆ และ มีความมั่นใจในตนเองและการทำงาน ร้อยละ 90.91

ข้อมูลด้านการเข้าถึงบริการทันตกรรม พบว่า ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการทันตกรรมที่ไปใช้บริการประจำ ส่วนใหญ่น้อยกว่าเท่ากับ 7 กม. ร้อยละ 54.07 (เฉลี่ย 6.71 กม., ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.99) บริการทันตกรรม ครั้งล่าสุด ที่ไปรับบริการที่สถานบริการ คือ ขูดหินปูน ร้อยละ 52.15 รองลงมาคือ ถอนฟัน และ อุดฟัน ร้อยละ 29.67 และ 25.36 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงบริการทันตกรรม ในระดับสูง ร้อยละ 49.76 และระดับปานกลาง ร้อยละ 44.98 เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า ด้านความเพียงพอของบริการทันตกรรม ด้านการอำนวยความสะดวกของการรับบริการทันตกรรม และ ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการทันตกรรม มีการเข้าถึงบริการทันตกรรม อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการเข้าถึงสถานบริการทันตกรรม และด้านความพึงพอใจของการรับบริการ ทันตกรรม อยู่ในระดับต่ำ (ดังตารางที่ 2 และ 3)

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละระดับการเข้าถึงบริการทันตกรรม (n = 209)

Table 2 Level of access to dental services (n = 209)

Level of access to dental services	n	%
Low	11	5.26
Moderate	94	44.98
High	104	49.76
Total	209	100

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการเข้าถึงบริการทันตกรรม
จำแนกรายด้าน (n = 209)

Table 3 Level of access to dental services Classified by component (n = 209)

Access to dental services	Average	S.D.	Level of access to dental services
Access to dental service	1.67	0.50	Low
Adequacy of dental services	1.72	0.46	Moderate
Facility of dental services	1.71	0.50	Moderate
Ability to pay for dental service	1.83	0.51	Moderate
Satisfaction of receiving dental service	1.65	0.47	Low

การเข้าถึงบริการทันตกรรม จำแนกรายด้านและรายชื่อ พบว่า ด้านการเข้าถึงสถานบริการทันตกรรม กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับปานกลาง ประเด็นที่มีความถี่มากที่สุดคือ การเดินทางไปสถานบริการทันตกรรมความสะดวกสบายและ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปสถานบริการทันตกรรมไม่แพงเกินไป (ร้อยละ 55.50 และ 55.50 ตามลำดับ) ด้านความเพียงพอของบริการทันตกรรม กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับปานกลาง ประเด็นที่มีความถี่มากที่สุดคือ สถานบริการที่ใช้บริการทันตกรรม มีบริการทันตกรรม เช่น อุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน รักษาคลองรากฟัน รักษาโรคเหงือก ครอบถาวร (ร้อยละ 57.89) ด้านการอำนวยความสะดวกของการรับบริการทันตกรรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับปานกลาง ประเด็นที่มีความถี่มากที่สุดคือ ได้รับความสะดวกในระหว่างไปใช้บริการทันตกรรมที่สถานบริการนั้น และ ได้รับความสะดวกในช่วงเวลาที่รอคิวรับบริการทันตกรรม (ร้อยละ 59.81 และ 59.81 ตามลำดับ) ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการทันตกรรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับปานกลาง ประเด็นที่มีความถี่มากที่สุดคือ คิดว่า ค่ารักษาในการให้บริการทันตกรรมมีความเหมาะสมไม่แพงเกินไป (ร้อยละ 70.05) ด้านความพึงพอใจของการรับบริการทันตกรรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับปานกลาง ประเด็นที่มีความถี่มากที่สุดคือ ไว้วางใจในการให้บริการทางทันตกรรมของสถานบริการ (ร้อยละ 60.29)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการของเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอห้วยเม็ก โดยใช้สถิติ Multiple logistic regressions แบบ Forward stepwise พบว่าปัจจัยด้านระดับการศึกษาและด้านระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการทันตกรรมที่ใช้บริการประจำ มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการของเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอห้วยเม็ก โดย ตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีการไปใช้บริการทันตกรรม มากเป็น 2.04 เท่าของผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ($OR_{adj} = 2.04$, 95%CI = 1.01 ถึง 4.09) และ ตัวอย่างที่มีบ้านห่างจากสถานบริการทันตกรรมที่ใช้บริการประจำ น้อยกว่าเท่ากับ 7 กิโลเมตร มีการใช้บริการทันตกรรม น้อยกว่าผู้ที่มีบ้านห่างจากสถานบริการทันตกรรมที่ใช้บริการประจำ มากกว่า 7 กิโลเมตร เป็น 0.31 เท่า ($OR_{adj} = 0.31$, 95%CI = 0.17 ถึง 0.58) (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการของเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นฯ (n = 209)

Table 4 Factors related to access to services by local administrative organization officials (n = 209)

Factor	Crude OR	Adjust OR	95%CI	p-value
Gender				
Female	1	1	-	-
Male	1.53	1.83	0.95 – 3.54	0.072
Age (Years)				
Less than equal to 40 yrs.	1	1	-	-
More than 40 yrs.	1.10	1.61	0.79 – 3.27	0.187
Education				
Under bachelor's degree	1	1	-	-
Bachelor's degree or higher	2.27	2.04	1.01-4.09	0.045
Income				
Less than equal to 20,000 bht.	1	1	-	-
More than 20,000 bht.	1.88	2.02	0.98 – 4.16	0.056
Distance from home to the dental service that you regularly use				
Less than equal to 7 km.	1	1	-	-
More than 7 km.	2.61	3.19	1.72 -5.92	<0.001

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.64 รายได้ระหว่าง 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 39.23 มีสถานะภาพสมรส ร้อยละ 59.81 เป็นตำแหน่งข้าราชการ ร้อยละ 63.64 ระยะเวลาปฏิบัติงาน ระหว่าง 1-10 ปี ร้อยละ 49.76 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 85.65 โรคประจำตัวที่พบ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไทรอยด์ หอบหืด ภูมิแพ้ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย⁴ ที่พบว่า ประชากรในกลุ่มวัยทำงาน สถานภาพสมรส ร้อยละ 70.2 สมรส อาชีพหลักที่พบมากคือข้าราชการ/พนักงานราชการ หรือลูกจ้างของรัฐ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 31.3 และสภาวะโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว โรคประจำตัวที่พบในคนกลุ่มนี้ได้แก่ โรคภูมิแพ้ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่าง ทราบสภาวะช่องปากของตนเอง ร้อยละ 16.27 ในจำนวนดังกล่าว (จำนวน 34 คน) ส่วนใหญ่มีอาการฟันผุ ร้อยละ 58.82 รองลงมา อาการเสียวฟัน ร้อยละ 44.58 การไปใช้บริการทันตกรรมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 48.80 ซึ่งพบว่าใกล้เคียงกับการศึกษาของ วิไลลักษณ์ ทิวกกรกฎ³ ที่พบว่า โดยในรอบปีที่ผ่านมา มีผู้ที่เคยเข้ารับบริการทันตกรรม ร้อยละ 46.8 และการศึกษาของ นันธิยา เศษณะเวช¹¹ ที่พบว่า กลุ่มอายุ 15-59 ปี ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแสง ตำบลสำราญใต้ อำเภอสสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ เข้าบริการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 47.8 รวมถึงผลการศึกษาของสำนัก

ทันตสาธารณสุข กรมอนามัย 4 ที่พบว่า ในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 42.3 ของกลุ่มวัยทำงานเคยไปหาหมอฟัน และ เหตุผลที่ทำให้กลุ่มวัยทำงานไปรับบริการมากที่สุดคือ รู้สึกมีหินปูน รองลงมาคือรู้สึกปวด/เสียวฟัน และ เห็นว่ามีฟันผุ/มีจุดดำร้อยละ 44.3, 27.8 และ 26.8 ตามลำดับ

ตัวอย่างที่มีการเข้าถึงบริการทันตกรรม ในระดับสูง ร้อยละ 49.76 และระดับปานกลาง ร้อยละ 44.98 การที่ตัวอย่าง มีการเข้าถึงบริการมากขึ้นอาจเนื่องมาจาก นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการปฏิรูประบบสุขภาพไทย มีความเด่นชัดขึ้นในปี พ.ศ. 2540 และพบว่าประเทศไทย มีการพัฒนาในเรื่องระบบการประกันสุขภาพมาอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ประชาชนชาวไทยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างกว้างขวางกว่าในอดีต^{12, 13}

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ ระดับการศึกษาและ ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการทันตกรรมที่ไปใช้บริการประจำ โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีการเข้าถึงบริการทันตกรรมมากกว่า ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูงจะตระหนักและให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพช่องปากวัยทำงาน อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม โดยพบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพช่องปากวัยทำงาน โดยเห็นได้จากผู้ที่มีการศึกษาสูงจะเป็นผู้ที่เคยเข้ารับบริการทันตกรรมและได้รับการ ตรวจสุขภาพช่องปากแบบครอบคลุม ซึ่งส่งผลให้มี สภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีกว่าทั้งด้านโรคฟันผุและโรคปริทันต์อักเสบ³

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษา พบว่า ในภาพรวม ตัวอย่างจำนวนไม่ถึงครึ่ง (ร้อยละ 49.76) มีการเข้าถึงบริการทันตกรรม ในระดับสูง และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความเพียงพอของบริการทันตกรรม ด้านการอำนวยความสะดวกของการรับบริการทันตกรรม และ ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการทันตกรรม มีการเข้าถึงบริการทันตกรรม อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น จึงควรปรับระบบบริหารจัดการ ในด้านอุปกรณ์ เครื่องมืออย่างเพียงพอ การให้บริการที่เหมาะสมทั้งช่วงเวลาให้บริการ การจัดคิวที่รวดเร็ว และเอื้อต่อการให้บริการ รวมทั้งระบบการใช้สิทธิเบิกจ่ายการรักษาที่สะดวก รวดเร็ว และราคาที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้มีการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมากขึ้นและส่งผลต่อความพึงพอใจของประชาชนให้มากที่สุด

ปัจจัยด้านระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งพบว่า ผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมีการเข้าถึงบริการทันตกรรมน้อยกว่ากลุ่มอื่น ดังนั้น บุคลากรด้านทันตสาธารณสุข จึงควรรณรงค์และส่งเสริมให้กลุ่มดังกล่าว ได้ตระหนักเห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพทางช่องปาก โดยเข้ารับการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำ แม้ว่าจะยังไม่รู้สึกว่ามีอาการผิดปกติใด ๆ ก็ตาม

สรุป

ตัวอย่าง มีการเข้าถึงบริการทันตกรรม ในระดับสูง ร้อยละ 49.76 ทราบสภาวะช่องปากของตนเอง ร้อยละ 16.27 การไปใช้บริการทันตกรรมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 48.80 สถานบริการที่ไปใช้บริการทันตกรรมบ่อยที่สุด คือ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 98.04

ปัจจัยด้านระดับการศึกษาและ ด้านระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการทันตกรรมที่ไปใช้บริการประจำ มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการของเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอห้วยเม็ก

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะกรรมการบริหารวิทยาลัยฯ และผู้บังคับบัญชาที่ได้ให้ความสำคัญและสนับสนุนทุนวิจัยต่องานวิจัยนี้ ขอขอบคุณ

ข้าราชการ พนักงาน ลูกจ้าง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. รพีภรณ์ พิพัฒน์ศาสตร์. ประสิทธิผลโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้ด้านทันตสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา [วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2562.
2. วิไลลักษณ์ ทิวารกรกฎ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพช่องปากวัยทำงาน อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*. 2560; 3(3): 237-49.
3. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ. 2556*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556.
4. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์; 2561.
5. Bashirian S, Seyedzadeh-Sabounchi S, Shirahmadi S, Soltanian A, Karimi-shahanjarini A, Vahdatinia F. *Socio-demographic determinants as predictors of oral hygiene status and gingivitis in schoolchildren aged 7-12 years old: A cross-sectional study* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 21]. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208886>
6. มารุต ภูพะเนียด และสุวิทย์ คุณาวิศรุต. ปัจจัยทางสังคมและพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน. *วารสารราชพฤกษ์*. 2562; 17(3): 75-82.
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์. *รายงานประจำปี 2563*. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน; 2564.
8. อรุณ จิรวัดนกุล . *สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์; 2556.
9. สุภาพร แสงอ่วม, นิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์, ภูติท เตชาติวัฒน์, ชญานินท์ ประทุมสูตร, กันยารัตน์ คอวนิช. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือตอนล่าง ประเทศไทย. *เชียงใหม่ทันตแพทยสาร*. 2558; 36(1): 53-61.
10. Best JW. *Research in Education*. 3rd ed. India, New Delhi: Prentice Hall, Inc.; 1978.
11. วิไลลักษณ์ ทิวารกรกฎ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพช่องปากวัยทำงาน อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารแพทย์เขต 4-5*. 2560; 36(4): 237-49.
12. เพ็ญรัตน์ สรีระเทวิน. การเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารทันตภิบาล*. 2562; 30(1): 151-66.
13. วิชุดา สาธิตพร. นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: พัฒนาการ แนวโน้ม และการสำรวจมาตรฐานด้านสุขภาพของไทย. *วารสารสถาบันพระปกเกล้า*. 2554; 9(3): 1-18.

Research article

Developing a System for Oral Healthcare Delivery to Improve Accessibility and Revenue Service at the Wangpong Health Care Network in Phetchabun Province from 2019 to 2023

Nithinan Sakunthong

Dentist, Senior Professional Level,
Wangpong Hospital, Phetchabun

Abstract

The three main objectives of this study were to: 1) improve oral health care delivery to the residents of Wangpong district, Phetchabun province; 2) increase access to specialized dental service treatment and 3) increase revenue from service fees. The HosxP, HOSSoffices, and HDC programs gathered the data. Descriptive statistics were employed in data analysis. According to the results, 35.90%, 31.38%, 29.45%, 35.59% and 36% of Wangpong residents' access to oral care delivery in 2019 - 2023 did not exceed the 40% threshold. Residents in Wangpong district were able to receive specialized dental care, such as endodontics orthodontics and prosthodontics. After deducting expenses, revenue service exceeded the objective in 2023

Keyword: Oral healthcare delivery,
Specialized dental care,
Revenue service

Corresponding author

Nithinan Sakunthong

E-mail: nithinan1624@gmail.com

Received date : 20 September 2024

Revised date : 19 October 2024

Accepted date : 2 December 2024

บทความวิจัย (Research article)

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทางทันตกรรม
และเพิ่มรายได้ตามชนิดบริการ เครือข่ายบริการสุขภาพวังโป่ง
อำเภอวังโป่ง จังหวัดเพชรบูรณ์ ปี 2562 - 2566

นิธินันท์ สกุลทอง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลวังโป่ง จังหวัดเพชรบูรณ์	บทคัดย่อ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทางสุขภาพช่องปากของประชาชนในเขตรับผิดชอบ (2) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมเฉพาะทางของประชาชนในเขตรับผิดชอบ (3) เพื่อเพิ่มรายได้ตามชนิดบริการ จากค่าบริการทางทันตกรรม โดยเก็บข้อมูลจากโปรแกรม HospXP HOSSoffice และ HDC ติดตามผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า ในปี 2562-2566 มีประชากรในเขตรับผิดชอบเข้าถึงบริการระบบบริการสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 35.90, 31.38, 29.45, 35.59 และ 36 ตามลำดับ ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ร้อยละ 40 จากการปรับระบบบริการสุขภาพช่องปากทำให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบมีโอกาสเข้าถึงงานบริการทางทันตกรรมเฉพาะทางได้หลากหลายสาขาเพิ่มมากขึ้น เช่น สาขารักษาคอลงรากฟัน สาขาทันตกรรมจัดฟันและสาขาทันตกรรมประดิษฐ์ รายได้ตามชนิดบริการ จากค่าบริการทางทันตกรรม มีรายได้หลังหักค่าใช้จ่ายมีแนวโน้มดีขึ้น สูงกว่าเป้าหมายในปี 2566 คำสำคัญ: ระบบบริการสุขภาพช่องปาก, บริการทันตกรรมเฉพาะทาง, รายได้ตามชนิดบริการ
ผู้รับผิดชอบบทความ นิธินันท์ สกุลทอง อีเมล: nithinan1624@gmail.com วันที่ได้รับบทความ : 20 กันยายน 2567 วันที่แก้ไขบทความ : 19 ตุลาคม 2567 วันตอบรับบทความ : 2 ธันวาคม 2567	

บทนำ

จากผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2560 ประชาชนได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจากระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ 3 ระบบหลักคือ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคมและสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลข้าราชการถึงร้อยละ 99.2 แต่การใช้บริการทางทันตกรรมมีเพียงร้อยละ 9.6¹ ในอำเภอวังโป่ง จังหวัดเพชรบูรณ์มีประชาชนเข้าถึงบริการทางทันตกรรมร้อยละ 30.55² โรงพยาบาลวังโป่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในเขตอำเภอวังโป่ง เป็นหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤตทางการเงิน (Risk score)³ ซึ่งแบ่งระดับวิกฤตทางการเงินไว้ 7 ระดับได้แก่ระดับ 0-1 ปกติ ระดับ 2 คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน ระดับ 3 คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน ระดับ 4 คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 6 เดือน ระดับ 5 คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 6 เดือน ระดับ 6 คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 3 เดือน ระดับ 7 มีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรงโดยโรงพยาบาลวังโป่งมีระดับวิกฤตทางการเงินในระดับ 7 เพื่อช่วยแก้ปัญหาดังกล่าว กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลวังโป่งซึ่งรับผิดชอบการให้บริการทางทันตกรรมสิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมทุกกลุ่มวัย ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ เด็กปฐมวัย เด็กเล็ก เด็กประถมศึกษา เด็กวัยรุ่น วัยทำงาน ผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง โดยให้บริการทางทันตกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด⁴ ซึ่งโรงพยาบาลจะได้รายได้เป็นเงินเหมาจ่ายรายหัว (Per capita) ร่วมกับบริการค่าใช้จ่ายสูง (High cost care) ประชาชนในกลุ่มสิทธิ์เบิกตรงข้าราชการสังกัดกรมบัญชีกลาง สิทธิ์เบิกตรงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ ประกันสังคมโรงพยาบาลจะได้รายได้ตามชนิดบริการ (Revenue service) ส่วนค่าบริการทางทันตกรรมที่อยู่นอกชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โรงพยาบาลจะเรียกเก็บค่าใช้จ่ายอ้างอิงตามอัตราค่าบริการเบิกจ่ายค่าบริการของกรมบัญชีกลางซึ่งประกาศใช้ในปี 2559⁵

การเข้าถึงบริการทางทันตกรรมเป็นแนวคิดสำคัญในเรื่องระบบบริการสุขภาพช่องปากโดยมีความหมายในมิติต่างๆได้แก่ บริการที่มี การเข้าถึงบริการ ความสะดวก ความสามารถจ่าย และการยอมรับ ทั้งจากผู้ให้และผู้รับบริการ⁶ ระบบบริการสุขภาพช่องปากมีทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟูสภาพบริการโดยทันตบุคลากรเกือบทั้งหมดเป็นงานหัตถการ (Operation) ความชำนาญของผู้ให้บริการ (Competence) วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ (Material and equipment) รวมทั้งการมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการให้บริการจึงมีความสำคัญต่อบริการ จึงใช้หลักแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (Six building blocks)^{7,8} ซึ่งประกอบด้วย ระบบการให้บริการ (Service delivery) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Health information system) เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Assess to essential medicine) การเงินค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Financial) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership and government) ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทางสุขภาพช่องปากของประชาชนในเขตรับผิดชอบ
2. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมเฉพาะทางของประชาชนในเขตรับผิดชอบ
3. เพื่อเพิ่มรายได้ตามชนิดบริการ (Revenue service) จากค่าบริการทางทันตกรรม

กรอบแนวคิดการวิจัย**- ระบบการให้บริการ**

- จำนวนชั่วโมงในการให้บริการทันตกรรมของทันตบุคลากร /สัปดาห์
- จำนวนครั้งของการออกให้บริการทันตกรรมนอกโรงพยาบาล

- บุคลากรด้านทันตสุขภาพ

- จำนวนทันตบุคลากร
- จำนวนหลักสูตรในการพัฒนาศักยภาพของทันตบุคลากร

- ระบบข้อมูลและสารสนเทศ

- จำนวนแฟ้มข้อมูลทางทันตกรรม

- เทคโนโลยีทางการแพทย์

- จำนวน ชนิดของงานบริการทันตกรรมเฉพาะทางที่ให้บริการ

- การเงินค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ

- ค่าวัสดุทันตกรรม ค่าตอบแทนนอกเวลา

- ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

- การสนับสนุน ติดตาม คำแนะนำ

**- เพิ่มการเข้าถึงบริการทางสุขภาพช่องปาก**

- จำนวนคนในเขตรับผิดชอบที่ได้รับบริการทันตกรรม

- เพิ่มศักยภาพการบริการทันตกรรมเฉพาะทาง

- จำนวนครั้ง จำนวนราย จำนวนชิ้นงานของงานบริการทันตกรรมเฉพาะทาง

- เพิ่มรายได้ตามชนิดบริการ (Revenue service) จากค่าบริการทางทันตกรรม

- จำนวนเงินจากค่าบริการทันตกรรม

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพช่องปากเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอวังโป่ง
รูปแบบการศึกษาวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

เครื่องมือการวิจัย

โปรแกรม HospxP ในการเก็บข้อมูลผู้รับบริการทางทันตกรรม รายได้จากการให้บริการ ประมวลผลข้อมูลผู้รับบริการ รายได้จากการให้บริการทางทันตกรรม โปรแกรม HOSOffice เก็บข้อมูลและประมวลผลเกี่ยวกับมูลค่าวัสดุทางทันตกรรม ฐานข้อมูล HDC ประมวลผลข้อมูลความครอบคลุมและการเข้าถึงบริการทางทันตกรรม²

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยและพัฒนาระบบบริการประกอบด้วย 5 ขั้นตอนต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของเครือข่ายบริการสุขภาพ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ลักษณะของกลุ่มผู้รับบริการ ทรัพยากรที่มี จากข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาล ผู้มีส่วนได้ - เสียได้แก่คณะกรรมการบริหารสูงสุดของโรงพยาบาลจำนวน 5 คน ทันตบุคลากรจำนวน 14 คนประกอบด้วยทันตแพทย์ 4 คน ทันตภิบาล 6 คน ผู้ช่วยทันตแพทย์ 4 คน จากการสัมภาษณ์ สันทนา กลุ่ม

ระยะที่ 2 นำข้อมูลเชิงปริมาณมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยใช้ SWOT analysis⁹ วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน ภาวะคุกคามที่อาจจะส่งผลกระทบ

ระยะที่ 3 ออกแบบระบบกำหนดกลยุทธ์ในการดำเนินการโดยใช้หลักแนวคิดหกเสาหลักของระบบสุขภาพ (Six building blocks)⁷ มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก ดังนี้ ระบบการให้บริการ (Service delivery) กระจายทันตภิบาลให้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) ครอบคลุมทุกตำบล ใช้การส่งทีมทันตบุคลากรจากโรงพยาบาลไปช่วยออกหน่วยบริการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพิ่มการเข้าถึงบริการในกลุ่มเด็กเล็ก และกลุ่มเด็กประถมศึกษาโดยส่งทีมทันตบุคลากรจากโรงพยาบาล และเครือข่ายบริการทันตสาธารณสุขไปช่วยออกหน่วยหมุนเวียนในแต่ละโรงเรียนและแต่ละศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้ครบ 100 % กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) พัฒนาทักษะในการทำงาน เช่น สนับสนุนการเข้ารับการอบรมในหลักสูตรทางคลินิกระยะสั้นเพื่อพัฒนาศักยภาพในการให้บริการทางทันตกรรมเฉพาะทาง ปรับระบบการจ่ายค่าตอบแทนจากระบบเหมาจ่ายค่าแรง เป็นระบบจ่ายตามปริมาณงาน ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Health information system) จัดทีม IT ทีมสารสนเทศจากกลุ่มงานประกันสุขภาพมาให้คำแนะนำการบันทึกข้อมูล 43 แฟ้มให้ถูกต้องครบถ้วน มีการประมวลผลข้อมูลในหมวดการให้บริการ การเงิน เพื่อติดตามผลการดำเนินงาน เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Assess to essential medicine) สนับสนุนครุภัณฑ์และวัสดุทางทันตกรรมให้กับรพ.สต.ที่มีทันตภิบาลปฏิบัติงานทุกแห่ง ลงทุนจัดซื้อครุภัณฑ์และวัสดุทางทันตกรรมเพื่อใช้และช่วยอำนวยความสะดวกในการให้บริการงานทันตกรรมเฉพาะทาง เช่น อุปกรณ์เครื่องมือจัดฟัน ครุภัณฑ์เครื่องขยายคลองรากฟันแบบโรตารี การเงินค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Financial) สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานด้านส่งเสริมป้องกัน รักษาฟื้นฟูแก่ทันตบุคลากรในการทำงานทั้งเครือข่ายบริการสุขภาพ สนับสนุนการขอใช้งบจากกองทุนส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership and government) ทีมกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพใช้ภาวะผู้นำในการกล่าลงทุนในการปรับระบบบริการ การทดลองแนวทางปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้

ระยะที่ 4 การนำกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ (Action) ปี 2562

- ปรับระบบบริการคลินิกนอกเวลาราชการในเรื่องกำลังคน เพิ่มจำนวนผู้ให้บริการ ให้มีทันตแพทย์อยู่เวรนอกเวลาราชการทุกวันที่มีคลินิกนอกเวลาราชการ 1 คนเป็นผู้ปฏิบัติงานหลัก (Operator) ให้บริการคนไข้นัดหมายและคนไข้ที่มาใช้บริการงานทางทันตกรรมเฉพาะทาง ทันตภิบาล 1 คนมีหน้าที่คัดกรองนัดหมาย ตรวจสอบให้บริการคนไข้ที่มาโดยไม่ได้นัดหมาย ผู้ช่วยปฏิบัติงานทันตกรรม 2 คน จ่ายค่าตอบแทนเป็นระบบเหมาจ่ายค่าเวร

- ออกหน่วยให้บริการในโรงเรียนในเขต รับผิดชอบของเครือข่ายบริการสุขภาพ ทุกโรงเรียนออกหน่วยให้บริการในรพ.สต.ที่มีศูนย์ทันตกรรมแต่ไม่มีทันตภิบาลประจำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

- ให้บริการเชิงรุกในคลินิกพิเศษต่างๆของโรงพยาบาล เช่น คลินิกฝากครรภ์ คลินิกให้วัคซีนสำหรับเด็ก คลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกผู้สูงอายุ ปี 2563 ใช้รูปแบบการจัดบริการแบบเดียวกับปี 2562 ในไตรมาสที่ 1 และ 2 ในไตรมาสที่ 3 และ 4 เมื่อมีสถานการณ์ที่ต้องเฝ้าระวังโรคโควิด 19 ทำให้ต้องงดการบริการคลินิกนอกเวลาราชการ และให้บริการเฉพาะงานที่ไม่มีผ้อยละอองฟุ้งกระจาย ปี 2564 ไตรมาสที่ 1 และ 2 ให้บริการทางทันตกรรมในรูปแบบปกติเนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในเขตอำเภอวังโป่งยังไม่พบผู้ป่วยยังอยู่ในระยะที่ควบคุมได้ ไตรมาส 3 และ 4 มีสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ต้องปิดบริการคลินิกนอกเวลาและงดให้บริการในงานที่มีการฟุ้งกระจายของผ้อยละออง และไตรมาส 4 ปิดบริการทางทันตกรรมที่โรงพยาบาลเพื่อปรับปรุงห้องบริการทันตกรรมให้เป็นห้องแยกที่มีระบบเติมอากาศและระบายอากาศให้ถูกต้องตามหลักการควบคุมการติดเชื้อ ไปให้บริการใน รพ.สต.ที่มีศูนย์ทันตกรรมเป็นหลัก ปี 2565 ไตรมาส 1 2 3 กลับมาให้บริการที่โรงพยาบาลและเปิดบริการคลินิกนอกเวลาตามปกติ มีการตรวจคัดกรองโรคโควิด 19 ด้วย ATK ก่อนทำงานหัตถการที่มีการฟุ้งกระจาย ไตรมาสที่ 4 เริ่มเข้าสู่การทำงานวิถีใหม่ (New normal)

ปี 2566 จัดระบบบริการตามปกติ เปิดคลินิกนอกเวลาราชการตามปกติ ปรับระบบการจ่ายค่าตอบแทนคลินิกนอกเวลาราชการของทันตแพทย์จากเหมาจ่ายค่าเวรเป็นการจ่ายตามปริมาณงาน

ระยะที่ 5 การติดตามผลการดำเนินงาน (Monitoring and evaluation) โดยมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานจากโปรแกรม HospXP โปรแกรม HOSSoffice ฐานข้อมูล HDC โดยหัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม นำข้อมูลไปรวบรวมวิเคราะห์และนำเสนอ เป็นรายเดือน รายไตรมาส แก่คณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพ

วิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

- การเข้าถึงบริการทางทันตกรรม เป็นร้อยละ นำเสนอข้อมูลเป็นกราฟเส้น
- การได้รับบริการทันตกรรมเฉพาะทาง เป็น จำนวนครั้ง
- รายได้จากค่าบริการทันตกรรมตามชนิดงาน เป็น จำนวนเงิน (บาท) หลังหักค่าใช้จ่าย นำเสนอข้อมูลเป็นกราฟเส้น

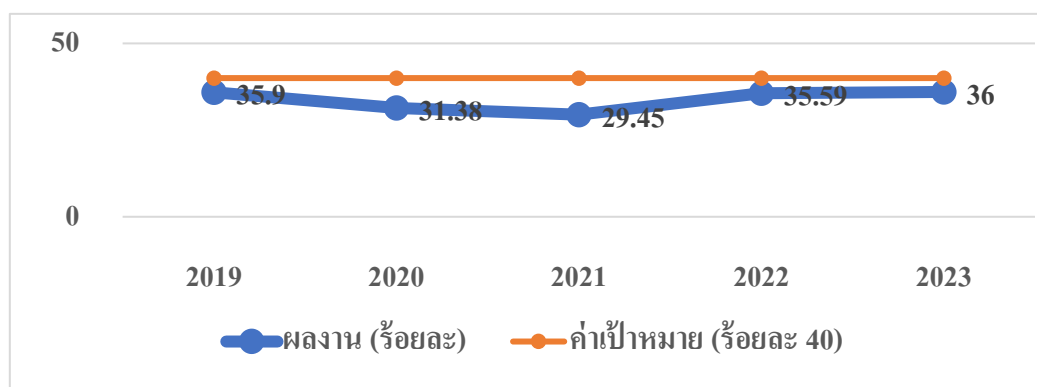
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ทะเบียนเลขที่ 118/2567 ลงวันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

ผลการศึกษา

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการทางสุขภาพช่องปากของประชาชนในเขตรับผิดชอบ

โดยในปี 2562-2566 มีประชากรในเขตรับผิดชอบเข้าถึงบริการระบบบริการสุขภาพช่องปากร้อยละ 35.90, 31.38, 29.45, 35.59 และ 36 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ร้อยละ 40



กราฟที่ 1 อัตราการเข้าถึงบริการระบบสุขภาพช่องปากของประชากรในเขตรับผิดชอบอำเภอวังโป่ง

Graph 1 Oral health service access rate of the population in Wangpong district

2. เพิ่มการเข้าถึงงานบริการทางทันตกรรมเฉพาะทางของประชาชนในเขตรับผิดชอบ

จากการปรับระบบบริการสุขภาพช่องปากทำให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบมีโอกาสเข้าถึงงานบริการทางทันตกรรมเฉพาะทางได้หลากหลายสาขาเพิ่มมากขึ้น เช่น สาขาทันตกรรมจัดฟัน สาขารักษาคอลงรากฟัน

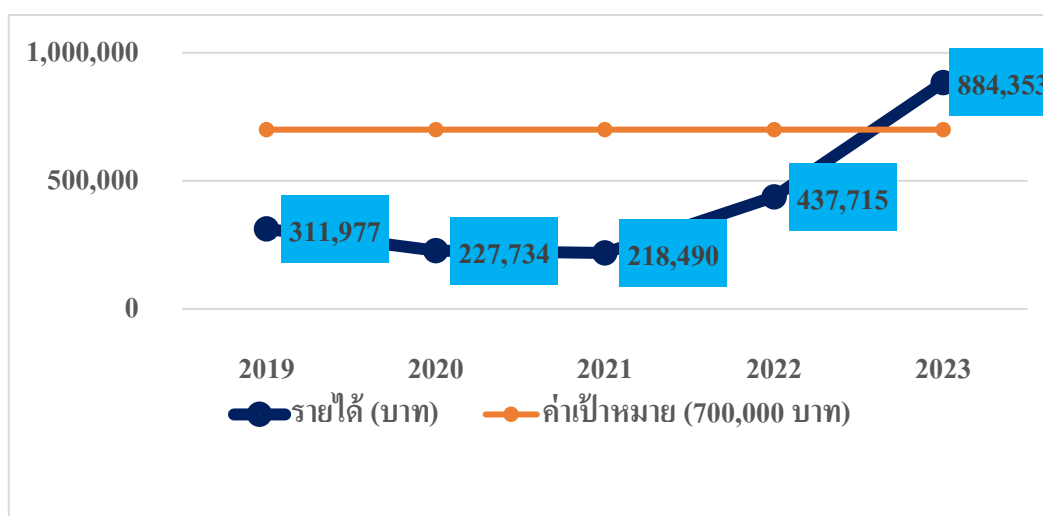
ตารางที่ 1 จำนวนการให้บริการทางทันตกรรมเฉพาะทางประชาชนในเขตรับผิดชอบ

Table 1 Number of patients received specialized dental services

Operative	2019	2020	2021	2022	2023
Endodontics	5	4	4	13	22
Periodontics	179	135	128	143	93
Pediatric dentistry	90	51	5	8	19
Prosthodontics	256	209	151	181	330
Orthodontics	0	0	3	6	7
Oral and maxillofacial surgery	141	97	101	121	147

3. เพิ่มรายได้ตามชนิดบริการ (Revenue service)

จากการปรับปรุงระบบบริการเพื่อให้มีรายได้ตามชนิดบริการ จากค่าบริการทางทันตกรรมที่เก็บตามอัตราการศึกษาค่าบริการทางทันตกรรมของกรมบัญชีกลาง พบว่าในปี 2562-2565 มีรายได้หลังหักค่าใช้จ่ายจากค่าวัสดุทันตกรรม ค่าจ้างเหมาทำชิ้นงานทางทันตกรรมประดิษฐ์ และค่าปฏิบัติงานคลินิกนอกเวลาของเจ้าหน้าที่ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้และสูงกว่าเป้าหมายที่จำนวนเงิน 700,000 บาทในปี 2566



กราฟที่ 2 รายได้ตามชนิดบริการทางทันตกรรม (Revenue service) จากค่าบริการทางทันตกรรม

Graph 2 Revenue by dental service type

การอภิปรายผล

ผลการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอวังโป่งทำให้อัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในเขตรับผิดชอบใกล้เคียงเป้าหมายที่ตั้งไว้ร้อยละ 40 ในปี 2562 แต่มีแนวโน้มลดลงในปี 2563 และ 2564 ซึ่งคาดว่าน่าจะมีผลกระทบมาจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในโรงพยาบาลสุรินทร์¹⁰ สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งประกาศนโยบาย Social distancing การเข้ารับบริการบริการทางทันตกรรมมีข้อจำกัดงดให้บริการทางทันตกรรมในงานที่มีการ

ฟังก์กระจายของฝอยละออง การต้องตรวจหาเชื้อโควิดก่อนเข้ารับบริการทางทันตกรรม ในปี 2565 2566 สถานการณ์การระบาดโรคโควิด 19 เริ่มผ่อนคลาย สถานบริการสาธารณสุขใช้นโยบายวิถีใหม่ (New Normal) ทำให้การเข้าถึงบริการระบบสุขภาพช่องปากมีแนวโน้มดีขึ้นในปี 2566 อัตราการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมของประชาชนในเขตรับผิดชอบอยู่ที่ร้อยละ 36 ซึ่งสูงกว่าระดับจังหวัด และระดับประเทศที่ร้อยละ 23.56 และ 26.80 ตามลำดับ² และสูงกว่าผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ผลการใช้บริการทันตกรรมของกลุ่มที่สำรวจอยู่ที่ร้อยละ 10.2¹¹

ส่วนการเพิ่มการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมเฉพาะทางมีแนวโน้มดีขึ้นภายหลังการปรับระบบบริการ^{12,13} มีการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมเฉพาะทางได้หลากหลายสาขามากขึ้น เช่น การรักษาคอลงรากฟัน การจัดฟันทันตกรรมประดิษฐ์ สาเหตุที่ทางกลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลวังโป่งปรับระบบบริการเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมเฉพาะทางให้มากขึ้นเนื่องจากในพื้นที่อำเภอวังโป่งไม่มีคลินิกภาคเอกชนเปิดให้บริการเพื่อลดปัญหาเด็กวัยรุ่นไปจัดฟันแพ้น้ำกับหมอลือและประกอบกับอำเภอวังโป่งเป็นพื้นที่ชายขอบของจังหวัดเพชรบูรณ์ การไปรับบริการทางทันตกรรมเฉพาะทางในโรงพยาบาลทั่วไปและคลินิกภาคเอกชนเป็นไปได้ด้วยความลำบาก แต่ในขณะเดียวกันในด้านของผู้ให้บริการ การเข้ารับการศึกษาต่อเป็นผู้เชี่ยวชาญในงานทันตกรรมเฉพาะทางสาขาต่างๆมีข้อจำกัดด้วยเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กระดับ เพื่อพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) ทางกลุ่มงานทันตกรรมจึงมีการสนับสนุนให้มีการศึกษาต่อในงานทันตกรรมเฉพาะทางในระดับประกาศนียบัตรบัณฑิตชั้นสูงทางคลินิกหลังปริญญา หลักสูตรทางคลินิกระยะสั้น 4 เดือน การเข้าอบรมเพิ่มศักยภาพในการให้บริการกับภาคเอกชน และจากการที่มีการเพิ่มการเข้าถึงงานบริการทางทันตกรรมเฉพาะทางเพิ่มมากขึ้นซึ่งเป็นงานที่ต้องใช้เวลาในการบริการ (Chair time) ทำให้ต้องมีการปรับระบบบริการของคลินิกนอกเวลาราชการที่มีอยู่โดยมีการประชุมตกลงหารือร่วมกันในทีมทันตบุคลากร โดยจะไม่เพิ่มจำนวนวันที่เปิดให้บริการคลินิกนอกเวลาราชการเนื่องจากทีมทันตบุคลากร ต้องการคงเวลาสมดุลชีวิตของการทำงาน (Work life balance) แต่จะเพิ่มจำนวนทันตบุคลากรผู้ให้บริการในเวลาที่เปิดให้บริการนอกเวลาแทน และเพิ่มแรงจูงใจในการทำงานโดยจ่ายค่าตอบแทนคลินิกนอกเวลาราชการตามปริมาณงาน โดยมีการประกันรายได้ขั้นต่ำด้วยค่าเหมาจ่ายค่าเวรซึ่งเป็นสิ่งที่พึงพอใจของผู้ให้บริการ และแสดงถึงภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership and government) ที่กล้าตัดสินใจ กล้าลงทุน ของทีมกรรมการบริหาร การสนับสนุน ทรัพยากรและวัสดุทางทันตกรรมเพื่ออำนวยความสะดวกและสร้างความผูกพันในการให้บริการคนไข้ของทันตแพทย์^{14,15} ซึ่งจากการปรับระบบการให้บริการ (Service delivery) ดังกล่าวทำให้ประชาชนที่ใช้สิทธิข้าราชการ/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ ประกันสังคม มีทางเลือกและโอกาสในการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมเพิ่มมากขึ้นโดยไม่รบกวนเวลาทำงานและสามารถเบิกค่าใช้จ่ายจากสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลที่ตนเองมีได้ ในขณะเดียวกันในเวลาราชการปกติการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมของประชาชนที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ยังคงอยู่เหมือนเดิม

ส่วนในเรื่องเป้าหมายในการเพิ่มรายได้จากค่าบริการทางทันตกรรมแบบจ่ายตามชนิดบริการ ในปี 2562 2563 2564 ไม่บรรลุเป้าหมาย เนื่องจากปี 2562 เพิ่งเริ่มต้นการดำเนินงานซึ่งยังไม่มีแรงจูงใจในการเพิ่มผลผลิตของงาน (Productivity) และในปี 2563 2564 มีการระบาดของโรคโควิด 19 การให้บริการทางทันตกรรมทำได้ไม่เต็มศักยภาพ มีการปิดบริการทางทันตกรรมชั่วคราวเพื่อปรับปรุงห้องบริการทันตกรรมให้ถูกหลักการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อและฝอยละอองขนาดเล็ก และในปี 2564 เริ่มเพิ่มงานบริการทางทันตกรรมเฉพาะทาง สาขาจัดฟันเข้ามา ทำให้รายได้แบบจ่ายตามชนิดบริการเพิ่มมากขึ้น ปี 2565 มีการเพิ่มขึ้นของรายได้หลังหักค่าใช้จ่ายต้นทุนวัสดุทันตกรรม ค่าจ้างทำชิ้นงานทันตกรรมประดิษฐ์ ค่าตอบแทนนอกเวลาราชการมากกว่าปี 2564 ถึง 2 เท่า ในปี 2566 รายได้หลังหักค่าใช้จ่ายสูงกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ แต่จากการ

ปรับตัวเพิ่มขึ้นของค่าวัสดุทางทันตกรรมและค่าจ้างทำชิ้นงานทางทันตกรรมประดิษฐ์ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคณะทันตแพทยมหาวิทยาลัยมหิดล¹⁶ อาจจะต้องมีการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนในการให้บริการทางทันตกรรมอย่างเป็นรูปธรรมเพิ่มมากขึ้น

บทสรุป

การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพช่องปากเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในเขตรับผิดชอบและเพิ่มรายได้จากค่าบริการทางทันตกรรมแบบจ่ายตามชนิดบริการ สามารถทำได้โดยการบริหารจัดการโดยใช้กรอบแนวคิด Six building blocks มาช่วยทำให้ประชาชนมีโอกาสเพิ่มการเข้าถึงการบริการทางทันตกรรมเฉพาะทางได้เพิ่มมากขึ้น เพิ่มรายได้ตามชนิดบริการ (Revenue service) จากค่าบริการทางทันตกรรม เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาการขาดสภาพคล่องทางการเงินของโรงพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 ในการเพิ่มการเข้าถึงบริการทางระบบสุขภาพช่องปากของประชาชนในเขตรับผิดชอบจำเป็นต้องใช้การเข้าถึงบริการทางด้านงานส่งเสริมป้องกันมาช่วยเนื่องจากการส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมด้วยงานหัตถการอาจจะเพิ่มได้ไม่มากเนื่องจากเป็นงานที่ต้องใช้เวลาและทันตบุคลากรเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ อาจจะมีการเพิ่มศักยภาพในการให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่นควบคู่ไปด้วย เช่น พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่ไม่มีทันตภิบาลปฏิบัติงาน

1.2 การรักษาทันตแพทย์ให้คงอยู่องค์กร ในระบบราชการเป็นเรื่องที่ต้องทำและส่งเสริมให้มีแหล่งฝึกอบรมระยะสั้นเพื่อพัฒนาศักยภาพในการให้บริการทางทันตกรรมเฉพาะทางเพิ่มมากขึ้นและควรส่งเสริมความก้าวหน้าในสายอาชีพ (Career path)

1.3 การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน และปรับกลยุทธ์ในการเพิ่มรายได้จากค่าบริการทางทันตกรรมแบบจ่ายตามชนิดบริการ เป็นเรื่องที่ต้องทำสม่ำเสมอ

2. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

2.1 การรวบรวมผลการดำเนินงานมาเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบในรูปแบบของงานวิจัย การใช้การสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้ร่วมงาน ผู้บริหาร สามารถช่วยพัฒนางานให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการพัฒนากระบวนการเพื่อลดต้นทุนในการให้บริการ ศึกษาถึงต้นทุนในการให้บริการทางทันตกรรมอย่างเป็นรูปธรรม

3.2 ควรมีการพัฒนากระบวนการทันตกรรมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ทพญ.มนทกานต์ สีหะวงษ์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ (ด้านทันตกรรม) ทพญ.สุปรียา เครือสาร ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลหล่มสัก ที่ปรึกษางานวิจัยที่ได้ให้คำแนะนำในการทำงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. *การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2560* [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 30 พ.ย. 2567] เข้าถึงได้จาก:
https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230505165851_76026.pdf
2. กระทรวงสาธารณสุข. *กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก >> OHSP อัตรา (ร้อยละ) การใช้บริการทันตกรรมรวมทุกสิทธิเฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)* [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 30 พ.ย. 2567] เข้าถึงได้จาก:
https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=db30e434e30565c12fbac44958e338d5&id=99ccd1e29a5cdb81256fb3fa587698ef
3. ศศิธร ยอดสะอี่. การประเมินผลการจัดการภาวะวิกฤตการเงินการคลัง โรงพยาบาลน้ำพอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*. 2567; 17(1): 45-58.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. *สิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมสำหรับประชาชนสิทธิบัตรทอง 30 บาท*. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 12 ต.ค. 2567] เข้าถึงได้จาก:
<https://www.nhso.go.th/news/4448>
5. ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข. *หนังสือแจ้งเวียนกรมบัญชีกลาง (ว246)* [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 12 ต.ค. 2567] เข้าถึงได้จาก:
<https://dmsic.moph.go.th/index/detail/6664>
6. เพ็ญแข ลาภยั้ง. การใช้บริการสุขภาพช่องปาก. *วิทยาศาสตร์สาธารณสุข*. 2542; 4(2): 52-62.
7. World Health Organization. *Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies*. Geneva: WHO Document Product Services; 2010.
8. สมฤทธิ จิโรจน์วิชชากร. ประสิทธิภาพงานทันตสาธารณสุขตามแนวทาง 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 12. *วิทยาศาสตร์สาธารณสุข*. 2566; 28(1): 147-60.
9. กระทรวงสาธารณสุข. *การวิเคราะห์ SWOT (SWOT Analysis)* [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 30 พ.ย. 2567] เข้าถึงได้จาก:
https://psdgc.anamai.moph.go.th/th/internal02/download?id=84102&mid=29662&mkey=m_document&lang=th&did=26440
10. สายสมร สบู่แก้ว. การบริการทันตกรรมของโรงพยาบาลสุรินทร์ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วิทยาศาสตร์สาธารณสุข*. 2565; 27(1): 77-87.
11. กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. *การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2566* [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 30 พ.ย. 2567] เข้าถึงได้จาก:
https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230929131046_99194.pdf
12. สุปรียา เครือสาร. การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพช่องปาก อำเภอหล่มสักจังหวัดเพชรบูรณ์ (ปี2560-2561) ตามกรอบแนวคิด six building blocks. *วารสารทันตภิบาล*. 2562; 30(1): 120-30.

13. นิรมล ลีลาอดิสร. การบริหารจัดการอัตรากำลังทันตแพทย์ในกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาล ร้อยเอ็ด. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข*. 2565; 27(1): 106-20.
14. ศีดา ณ นคร, วิศรุต ศรีสินธร, ณัฐพร ยูรวงศ์. ความผูกพันในงานและปัจจัยเกี่ยวข้องในทันตแพทย์ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาคใต้ของประเทศไทย. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข*. 2564; 26(1): 14-23.
15. ภัทรวิทย์ เงินทอง. คุณภาพชีวิตการทำงานของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข*. 2555; 17(2): 60-70.
16. พิมลพรรณ ตัวงาม, อรุณรัตน์ ธรรมะสา, ไพพงษ์ ตัวงาม. การวิเคราะห์ต้นทุนวัสดุทันตกรรม Lab ทางทันตกรรมประดิษฐ์ และวัสดุงานรากเทียม ของคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. *วารสาร Mahidol R2R e-Journal*. 2563; 7(2): 54-63.

Research article

Personal Factor, Oral Health Status and Oral Health-Related Quality of Life in Population Aged 40 Years and Over

Ketchada Pothiruk

Dentist, Senior Professional Level,
Sirindhorn College of Public Health,
Khon Kaen, Faculty of Public Health
and Allied Health Sciences,
Praboromarajchanok Institute

Watcharin Kampuwan

Dental Public Health Officer,
Tha Sawan Sub-District Health Promoting
Hospital, Na Duang District, Loei

Satsawat Surampai

Dental Public Health Officer,
Ban Saen Phan Sub-District Health
Promoting Hospital, Kusuman District,
Sakon Nakhon

Warut Jindavech

Dentist, Senior Professional Level,
Dental Department, Maharat Nakhon
Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to investigate the relationship between personal factors, oral clinical status and quality of life in the oral health dimension. The study was conducted among 323 subjects who aged 40 years and above in health service areas of Prathai hospital, Nakhon Ratchasima province. Data were collected by the questionnaire (OHIP-14) and oral examination and were analyzed by descriptive statistics and multiple logistic regression with a significant level at 0.05.

The results revealed that the subjects had mean age 60.09 ± 10.63 years old. The average DMFT and root caries were 14.23 and 0.33 teeth/person respectively. The average sextants/person with pocket formation 4-5 mm. and pocket formation from 6 mm. and above were 1.18 and 0.11 respectively. The mean score of OHIP-14 was 10.53 ± 10.04 . Oral status that associated with oral health-related quality of life were DMFT (Adjusted OR 0.24; 95%CI 0.08-0.70, p-value 0.009) and root status (Adjusted OR 4.15; 95%CI 1.15-14.90, p-value 0.029). In conclusion, people aged 40 years and over who had 10 or more decayed, extracted and filled teeth had worse quality of life in the oral health dimension. The presence of root caries or pulpal tissue exposure due to tooth wear are interesting factors may be considered for further study.

Keywords: Personal factor, Oral health status,
Oral health-related quality of life

Corresponding author

Nithinan Sakunthong

E-mail: nithinan1624@gmail.com

Received date : 13 September 2024

Revised date : 19 October 2024

Accepted date : 5 November 2024

บทความวิจัย (Research article)

ปัจจัยส่วนบุคคล สภาวะช่องปาก กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก
ของประชากรอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป

เกตชดา โพธิ์รุกข์ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก วัชรินทร์ คำภีร์วรรณ นักวิชาการทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสวรรค์ อำเภอนาดูน จังหวัดเลย ศาสวดี สุรไพ นักวิชาการทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแสนพัน อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร วรุตม์ จินดาเวชช์ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา	บทคัดย่อ การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและสภาวะช่องปากที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของประชากรอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ในเขตบริการสุขภาพโรงพยาบาลประทาย จังหวัดนครราชสีมา จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 323 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (OHIP-14) และการตรวจช่องปาก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติการถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (Multiple logistic regression analysis) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 323 คน อายุเฉลี่ย 60.09 ± 10.63 ปี มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอนอุด 14.23 ซี่/คน รากฟันผุ 0.33 ซี่/คน มีร่องลึกปริทันต์ 4-5 มม. เฉลี่ย 1.18 ส่วนของช่องปาก/คน และมีร่องลึกปริทันต์ 6 มม.ขึ้นไป เฉลี่ย 0.11 ส่วนของช่องปาก/คน คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHIP-14) เท่ากับ 10.53 ± 10.04 สภาวะช่องปากที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก คือ ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอนอุด (Adjusted OR 0.24; 95%CI 0.08-0.70, p-value 0.009) และสภาวะของรากฟัน (Adjusted OR 4.15; 95%CI 1.15-14.90, p-value 0.029) จากผล การศึกษานี้ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปที่มีฟันผุ ถอนอุด ตั้งแต่ 10 ซี่ขึ้นไปจะมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากแย่ลง ส่วนการมีรากฟันผุและ/หรือสึกทะลุโพรงประสาทฟันเป็นปัจจัยที่น่าสนใจ ซึ่งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงแนวโน้มความสัมพันธ์ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น คำสำคัญ: ปัจจัยส่วนบุคคล, สภาวะช่องปาก, คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก
ผู้รับผิดชอบบทความ นิตินันท์ สุกุลทอง อีเมล: nithinan1624@gmail.com วันที่ได้รับบทความ : 13 กันยายน 2567 วันที่แก้ไขบทความ : 19 ตุลาคม 2567 วันตอบรับบทความ : 5 พฤศจิกายน 2567	

บทนำ

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (Oral health related quality of life; OHRQoL) ได้รับความสนใจในวงการด้านทันตสาธารณสุขทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานทางคลินิกและการวิจัยด้านทันตกรรม คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากเป็นส่วนสำคัญของสุขภาพและความเป็นอยู่ทั่วไป โดยเป็นโครงสร้างหลายมิติอันประกอบด้วย การประเมินสุขภาพช่องปาก ความเป็นอยู่ที่ดีในด้านการใช้งานและทางด้านจิตใจ ความคาดหวังและความพึงพอใจของบุคคลนั้น¹

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากนั้น มีแตกต่างรูปแบบในกลุ่มวัยต่าง ๆ ทั้งในวัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุ สำหรับแบบวัดในวัยเด็ก เช่น Child perceptions questionnaire (CPQ11-14)² Child perceptions questionnaire (CPQ8-10)³ และ Child oral impact on daily performances index (Child-OIDP)⁴ CPQ11-14 และ CPQ8-10 แบบสอบถามจะประกอบไปด้วยคำถามด้านต่าง ๆ ได้แก่ อาการในช่องปาก ข้อจำกัดในการทำงานของอวัยวะในช่องปาก สุขภาวะทางอารมณ์ และสุขภาวะทางสังคม Child-OIDP จะเป็นข้อคำถามที่ประเมินผลกระทบของสภาวะช่องปากในทางสังคม ส่วนแบบวัดที่ใช้สำหรับวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เช่น The general oral health assessment index (GOHAI)⁵ The Oral health impact profile (OHIP)⁶ และ The oral impacts on daily performance index (OIDP)⁷ Oral health impact profile (OHIP) แบบสอบถามจะเป็นคำถามในด้านผลกระทบของสภาวะในช่องปากต่อการทำงานของอวัยวะในช่องปาก สังคมและจิตใจ โดยมีคำถามทั้งหมด 49 ข้อ ต่อมามีการพัฒนาแบบสั้น (Short form) เป็น OHIP-14 (Oral health impact profile-14 items) มีจำนวนข้อคำถามเพียง 14 ข้อ สะดวกต่อผู้ตอบแบบสอบถามที่สามารถตอบได้ด้วยตนเอง^{6,8} ซึ่งปัจจุบันได้มีการนำแบบสอบถามนี้มาใช้เป็นเครื่องมือในการวัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากโดยพัฒนาแบบสอบถามในหลากหลายภาษา รวมถึงภาษาไทย การศึกษาวัดค่าความเที่ยงตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ของ OHIP-14 ในรูปแบบภาษาไทย พบอยู่ในเกณฑ์ที่ดีมาก⁹

ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ปี พ.ศ. 2566 ปัญหาโรคฟันผุ รากฟันผุ เหงือกอักเสบ ปริทันต์อักเสบ และการสูญเสียฟัน ยังคงเป็นปัญหาที่ต้องติดตามป้องกันควบคุมโรค รักษา และฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง¹⁰ ซึ่งจากข้อมูลในปัจจุบันเป็นที่ทราบดีว่า สภาวะในช่องปากมีผลต่อคุณภาพชีวิตบุคคลนั้น การศึกษาจำนวนมากได้รายงานความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม พฤติกรรมทางทันตสุขภาพ รวมถึงสภาวะและโรคในช่องปาก โดยเฉพาะสภาวะและโรคในช่องปากได้มีการศึกษาในประชากรกลุ่มต่างๆ ที่หลากหลาย มีทั้งการวัดในรูปแบบของผลกระทบโดยรวมและผลกระทบแบบเจาะจงสภาวะ¹¹⁻¹² อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่จะมีความจำเพาะในกลุ่มประชากร เช่น กลุ่มผู้ป่วยบางโรค และการศึกษาในประเทศไทยยังมีค่อนข้างน้อย นอกจากนี้ประชากรในกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไปเป็นช่วงอายุที่ปัญหาในช่องปากมีความหลากหลาย ทั้งการเกิดฟันผุ โรคปริทันต์ การสูญเสียฟัน และการได้รับบริการทางทันตกรรมด้านต่าง ๆ เช่น อุดฟัน ถอนฟัน และใส่ฟันปลอม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและสภาวะช่องปากกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในประชากรอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป

รูปแบบวิธีการวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย คือ บุคคลที่อายุ 40 ปีขึ้นไป ซึ่งมาเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากในเขตบริการสุขภาพ โรงพยาบาลประทาย จังหวัดนครราชสีมา (ผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป จะได้รับการตรวจคัดกรองทุกคน) ประกอบด้วย 14 เขตบริการ ได้แก่ 1) เขตโรงพยาบาลประทาย 2) รพ.สต.บ้านประทาย 3) รพ.สต.หนองข่างตาย 4) รพ.สต.โคกสี 5) รพ.สต.หัวหนอง 6) รพ.สต.หญ้าคา 7) รพ.สต.คอกหมู 8) รพ.สต.โคกกลาง 9) รพ.สต.สำโรง 10) รพ.สต.หนองคู 11) รพ.สต.สีเหลี่ยม 12) รพ.สต.เยี้ยตะแบง 13) รพ.สต.หันท้ายทราย 14) รพ.สต.โนนไผ่ล้อม

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณได้จากการประมาณค่าสัดส่วน จากสูตรที่ไม่ทราบค่าจำนวน¹³ โดยใช้สูตร

$$n = \frac{Z^2(\alpha/2)P(1-P)}{e^2}$$

เมื่อ n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$Z^2(\alpha/2)$ คือ ค่า Z ที่ระดับ $\alpha = 0.05 = Z(0.025) = 1.96$

P แทนค่าสัดส่วน P เป็น 0.7 (จากรายงานวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะช่องปากกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของพลทหารแรกเข้าภาคใต้ ประเทศไทย คือ มีอาการปวดในช่องปากเป็นจำนวนร้อยละ 70)¹⁴

e คือ ค่าความกระชับของการประมาณค่า เป็น 0.05

$$\begin{aligned} \text{แทนค่า จะได้ } n &= \frac{(1.96)^2 (0.7) (1-0.7)}{(0.05)^2} \\ &= 0.806/0.0025 \\ &= 322.4 \\ &\approx 323 \end{aligned}$$

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการแบ่งกลุ่มผู้ที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งช่องปากออกเป็นเขตบริการตามจำนวนผู้ที่เข้าร่วม การคัดกรองมะเร็งช่องปาก ทั้งหมด 14 เขตบริการ ซึ่งได้อัตราส่วน N:n ของแต่ละเขตบริการ เท่ากับ 93.61:1 จากนั้นทำการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic sampling) ในแต่ละเขตบริการ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 323 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

แบบบันทึกเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 12 ข้อ
2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก Thai OHIP-14 สัมภาษณ์กิจกรรมต่าง ๆ ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา เป็นแบบมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert type scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยเลย เคยหนึ่งถึงสอง ครั้ง เคยบ้างบางครั้ง เคยบ่อยครั้ง เกิดขึ้นเกือบทุกวันหรือทุกวัน จำนวนทั้งหมด 14 ข้อ

กรณีวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก กำหนดการให้คะแนนซึ่งแบ่งเป็น 2 ระดับ ตามแนวคิดของ Best¹⁵ ดังนี้ 0-28 ระดับคุณภาพชีวิตดี 29-56 ระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี

3. แบบตรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก ดัดแปลงจากแบบสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8¹⁶

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผลการวิเคราะห์แบบสอบถาม Thai OHIP-14 ได้ค่าความเชื่อมั่นจากค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแบบ Cronbach's alpha มีค่าระหว่าง 0.7-0.90 การปรับมาตรฐานผู้ตรวจ จำนวน 3 คน นำผลการตรวจของแต่ละคนมาคิดค่า Kappa และค่าความสอดคล้อง (% Agreement) ของการตรวจ ได้ค่า Kappa 0.93 0.86 และ 0.81 ค่าความสอดคล้อง 95.30% 90.60% และ 87.61%

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติ ดังนี้

1. **สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)** ในการแปลผลข้อมูลเพื่อหาร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: S.D.) ของข้อมูลทั่วไป สภาวะสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

2. **สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)** เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากโดยใช้สถิติการถดถอยโลจิสติก และเลือกตัวแปรข้อมูลทั่วไปและสภาวะช่องปากที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติ (ค่า p-value) น้อยกว่า 0.25 ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปร โดยใช้สถิติการถดถอยโลจิสติกเชิงพหุแบบกำจัดถอยหลัง (Multiple logistic regression analysis, Backward elimination type)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่การรับรอง HE622042 ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามหลักของ Belmont Report ประกอบด้วยหลัก 3 ประการ ได้แก่ 1. หลักความเคารพในบุคคล (Respect for persons) 2. หลักคุณประโยชน์ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence) และ 3. หลักความยุติธรรม (Justice)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 323)

Table 1 Number and percentage of characteristic variables (n = 323)

Variables	Number	Percentage
Gender		
Female	247	76.47
Male	76	23.53
Age		
40-59 years	150	46.44
60-79 years	161	49.85
≥ 80 years	12	3.72
Mean = 60.09, S.D. = 10.63, Median = 60.0, Min = 41, Max = 96		
Marital status		
Married	251	77.71
Single/Widowed/Divorced	72	22.29

Variables	Number	Percentage
Education level		
Primary education	243	75.23
Secondary education/Vocational certificate	76	23.53
Higher vocational certificate	1	0.31
Bachelor's degree	3	0.93
Occupation		
Farmer	289	89.47
Other	34	10.53
Systemic disease		
No	195	60.37
Yes	128	39.63
Medical treatment rights		
Universal coverage scheme (UCS)	224	69.35
Other	99	30.65
Average monthly income		
No income	9	2.79
1-5000 bath	247	76.47
5001-15000 bath	57	17.65
>15,000 bath	10	3.10
Smoking behavior		
Never smoked	276	85.45
Used to smoke but now quit	20	6.19
Still smoking until now	27	8.36
Drinking alcohol behavior		
Never drank	250	77.40
Drink only on festivals or special days	62	19.20
Drink regularly	11	3.41
Betel nut chewing behavior		
Never chewed	282	87.31
Used to chew but now quit	11	3.41
Still chewing until now	30	9.29

2. ข้อมูลคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง (n=323)

Table 2 Number and percentage of oral health related quality of life level of the sample group (n = 323)

Oral health related quality of life level	Number	Percentage
Poor level (score 29-56)	21	6.50
Good level (score 0-28)	302	93.50
Mean = 10.53, S.D. = 10.04, Median = 7.0, IQR = 14.0, Min = 0, Max = 43		

3. ข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปาก

ภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 14.23 ซี่ต่อคน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.10) โดยกลุ่มอายุที่มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด มากที่สุด คือ 80 ปีขึ้นไป (26.92 ซี่ต่อคน) น้อยที่สุด คือ กลุ่มอายุ 40-49 ปี (7.34 ซี่ต่อคน) ไม่มีร่องลึกปริทันต์ 3.69 ส่วนของช่องปากต่อคน มีร่องลึกปริทันต์ 4-5 มม. 1.18 ส่วนของช่องปากต่อคน และมีร่องลึกปริทันต์ 6 มม. ขึ้นไป 0.11 ส่วนของช่องปากต่อคน ข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปากด้านต่างๆ (ดังตารางที่ 3-7)

ตารางที่ 3 จำนวนและค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปากต่อคนที่มีสภาวะปริทันต์ระดับต่าง ๆ

(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) จำแนกตามกลุ่มอายุ (n = 323)

Table 3 Number and mean sextant per person with various levels of periodontal disease (S.D.) classified by age group (n = 323)

Age group	Number (percentage)	No periodontal pocket	Periodontal pocket 4-5 mm.	Periodontal pocket ≥ 6 mm.
40-49 years	59 (18.27)	4.86 (2.00)	0.80 (1.83)	0.07 (0.52)
50-59 years	91 (28.17)	4.54 (1.93)	0.93 (1.55)	0.03 (0.23)
60-69 years	112 (34.67)	3.06 (2.23)	1.49 (1.82)	0.22 (0.71)
70-79 years	49 (15.17)	2.63 (2.32)	1.51 (1.86)	0.08 (0.28)
≥ 80 years	12 (37.15)	1.67 (1.92)	0.75 (0.87)	0 (0.00)
Total	323 (100)	3.69(2.31)	1.18 (1.75)	0.11 (0.50)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด และสภาวะรากฟัน (ชี้ต่อคน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน))

จำแนกตามกลุ่มอายุ (n = 323)

Table 4 Mean of DMFT index and root status (Teeth per person (S.D.)) classified by age group (n = 323)

Age group	Number (percentage)	Mean DMFT	Sound root	Decayed root	Filled with decay	Filled with no decay	Wear with loss of contour	Wear with pulp exposed	Unexposed root
40-49 Years	59 (18.27)	7.34 (5.50)	0.10 (0.58)	0.12 (0.91)	0 (0.00)	0 (0.00)	0.31 (1.12)	0.22 (0.67)	27.27 (4.44)
50-59 Years	91 (28.17)	10.63 (8.28)	0.96 (3.95)	0.09 (0.35)	0 (0.00)	0.01 (0.10)	1.27 (3.81)	0.58 (1.73)	24.06 (8.22)
60-69 Years	112 (34.67)	16.15 (9.45)	4.06 (7.84)	0.46 (1.63)	0.03 (0.21)	0.06 (0.47)	2.58 (4.93)	0.94 (2.39)	14.20 (11.04)
70-79 Years	49 (15.17)	21.73 (10.39)	3.16 (7.59)	0.61 (1.77)	0 (0.00)	0 (0.00)	1.57 (3.56)	1.94 (3.76)	12.08 (10.58)
≥80 Years	12 (3.72)	26.92 (8.11)	0.42 (0.10)	0.33 (0.78)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2.92 (3.87)	6.33 (8.55)
Total	323 (100)	14.23 (10.10)	2.19 (6.08)	0.31 (1.27)	0.01 (0.12)	0.02 (0.28)	1.55 (3.91)	0.93 (2.43)	18.75 (11.17)

ตารางที่ 5 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ที่ใส่ฟันเทียมชนิดต่างๆ ในขากรรไกรบนและล่าง (n = 323)

Table 5 Number (percentage) of people wearing various types of dentures in the upper and lower jaws (n = 323)

Prosthetic status	No artificial teeth	One bridge	More than one bridge	Partial denture	Both bridge(s) and partial denture(s)	Full removable denture
Upper jaw	307 (95.05)	4 (1.24)	2 (0.62)	2 (0.62)	1 (0.31)	7 (2.17)
Lower jaw	304 (94.12)	7 (2.17)	1 (0.31)	3 (0.93)	1 (0.31)	7 (2.17)

ตารางที่ 6 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ที่มีความจำเป็นในการใส่ฟันเทียมชนิดต่าง ๆ ในขากรรไกรบนและล่าง (n = 323)

Table 6 Number (Percentage) of people who need to wear various types of dentures in the upper and lower jaws (n = 323)

Prosthetic need	No prosthesis need	Need for one-unit bridge prosthesis	Need for multi-unit bridge prosthesis	Need for full prosthesis	Need for repair denture
Upper jaw	194 (60.06)	53 (16.41)	46 (14.24)	30 (9.29)	0 (0.00)
Lower jaw	191 (59.13)	50 (15.48)	56 (17.34)	26 (8.05)	0 (0.00)

ตารางที่ 7 จำนวน (ร้อยละ) ของจำนวนฟันคู่สบฟันหลัง การมีรอยโรคในช่องปาก และลักษณะการสบฟัน (n = 323)

Table 7 Number (Percentage) of the number of posterior occlusal pair, oral lesions, and occlusion characteristics (n = 323)

Number of posterior occlusal pair	Number (Percentage)	Occlusion characteristics	Number (Percentage)
No posterior occlusal pair	57 (17.65)	Angle's class I occlusion	73 (22.60)
< 4 posterior occlusal pairs	71 (21.98)	Angle's class I malocclusion	90 (27.86)
≥ 4 posterior occlusal pairs	195 (60.37)	Angle's class II malocclusion	89 (27.55)
Oral lesions		Angle's class III malocclusion	13 (4.02)
No oral lesion	307 (95.05)	Deep bite	4 (1.24)
White lesion	5 (1.55)	Posterior crossbite	1 (0.31)
Red lesion	7 (2.17)		
Red and white lesion	1 (0.31)		
Nodule or mass	3 (0.93)		

4. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปและสภาวะสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก
ตารางที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปและสภาวะสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (n=323)

Table 8 Relationship between characteristic variables, oral health status and oral health related quality of life (n=323)

Variables	Number of people with good quality of life (Percentage)	Crude OR (95%CI)	p-value	Adjusted OR (95%CI)	p-value
Mean DMFT			0.033		0.009
≤10 teeth/person	142 (43.96)	1		1	
>10 teeth/person	160 (49.54)	0.35 (0.13-0.99)		0.24 (0.08-0.70)	
Root status			0.106		0.029
No decayed root/no wear exposed pulp	212 (65.63)	1		1	
Decayed root/wear exposed pulp	90 (27.86)	2.55 (0.73-8.86)		4.15 (1.15-14.90)	
Gender			0.581		
Male	70 (21.67)	1			
Female	232 (71.83)	1.33 (0.50-3.55)			
Age			0.027		
< 60 years	145 (44.89)	1			
≥ 60 years	157 (48.61)	0.34 (0.12-0.95)			
Marital status			0.487		
Single/Widowed/Divorced	66 (20.43)	1			
Married	236 (73.07)	1.43 (0.53-3.83)			
Education level			0.224		
< Secondary education	225 (69.66)	1			
≥ Secondary education	77 (23.84)	2.05			
Occupation			0.327		
Farmer	269 (83.28)	1			
Other	33 (10.22)	2.45 (0.32-18.88)			
Systemic disease			0.094		
No	186 (57.59)	1			
Yes	116 (35.91)	0.47 (0.19-1.14)			

Variables	Number of people with good quality of life (Percentage)	Crude OR (95%CI)	p-value	Adjusted OR (95%CI)	p-value
Medical treatment rights			0.472		
UCS	208 (64.40)	1			
Other	94 (29.10)	1.45 (0.51-4.06)			
Average monthly income			0.724		
≤ 5000 baht	240 (74.30)	1			
> 5000 baht	62 (19.20)	0.83 (0.29-2.34)			
Smoking behavior			0.349		
No	278 (86.07)	1			
Yes	24 (7.43)	0.52 (0.14-1.88)			
Drinking alcohol behavior			0.097		
No	237 (73.37)	1			
Yes	65 (20.12)	0.45 (0.18-1.12)			
Betel nut chewing behavior			0.444		
No	275 (85.14)	1			
Yes	27 (8.36)	0.59 (0.16-2.13)			
Periodontal status			0.916		
Periodontal pocket < 4 mm.	169 (52.32)	1			
Periodontal pocket ≥ 4 mm.	133 (41.18)	1.05 (0.43-2.56)			
Number of posterior occlusal pair			0.094		
< 4 posterior occlusal pairs	116 (35.91)	1			
≥ 4 posterior occlusal pairs	186 (57.59)	2.14 (0.87-5.23)			
Prosthetic status			0.211		
Not wear denture	283 (87.62)	1			
Wear denture	19 (5.88)	0.40 (0.11-1.49)			
Prosthetic need			0.477		
No need	168 (52.01)	1			
Need	134 (41.49)	0.73 (0.30-1.76)			
Oral lesions			0.914		
No lesion	286 (88.54)	1			
Have a lesion	16 (4.95)	1.12 (0.14-8.87)			

Variables	Number of people with good quality of life (Percentage)	Crude OR (95%CI)	p-value	Adjusted OR (95%CI)	p-value
Occlusion characteristics			0.106		
Angle's class I occlusion	71 (21.98)	1			
Malocclusion	231 (71.52)	0.34 (0.08-1.51)			

การอภิปรายผล

ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 323 คน อายุเฉลี่ย 60.09 ปี พบค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในกลุ่มอายุ 40-49 ปี 7.3 ซึ่งต่อคน กลุ่มอายุ 60-69 ปี 16.1 ซึ่งต่อคน และกลุ่ม 80 ปีขึ้นไป 26.9 ซึ่งต่อคน ซึ่งมีค่าสูงกว่าเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ประเทศไทย ครั้งที่ 9 ที่พบว่าในกลุ่มอายุ 35-44 ปี มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 7.1 ซึ่งต่อคน กลุ่มอายุ 60-74 ปี 15.3 ซึ่งต่อคน และกลุ่ม 80-85 ปี 22.8 ซึ่งต่อคน ตามลำดับ สภาวะรากฟันผุ พบมีค่า 0.1 ซึ่งต่อคนในกลุ่ม 40-49 ปี 0.46 ซึ่งต่อคนในกลุ่ม 60-69 ปี และ 0.3 ซึ่งต่อคนในกลุ่ม 80 ปีขึ้นไป ซึ่งมีค่าน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ประเทศไทย ครั้งที่ 9 ที่ได้ค่า 0.4 0.9 และ 0.9 ซึ่งต่อคน ตามลำดับ ในด้านสภาวะปริทันต์พบมีค่าใกล้เคียงกับผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ประเทศไทย ครั้งที่ 9 โดยมีค่าเฉลี่ยต่อส่วนของช่องปาก ในส่วนที่ไม่มีร่องลึกปริทันต์ และมีร่องลึกปริทันต์ 6 มม.ขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ประเทศไทย ครั้งที่ 9 เล็กน้อย ขณะที่ส่วนที่มีร่องลึกปริทันต์ 4-5 มม. มีค่าเฉลี่ยมากกว่าเล็กน้อย¹⁰ ซึ่งค่าที่ต่างกันอาจเป็นผลจากความแตกต่างในช่วงเวลาการเก็บข้อมูลและกลุ่มประชากร โดยในการศึกษานี้เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในอำเภอประทาย จ.นครราชสีมา ขณะที่การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในทุกภูมิภาคของประเทศไทย ในด้านจำนวนคู่สบฟันหลังการศึกษานี้แบ่งกลุ่มจำนวนคู่สบฟันหลัง เป็นกลุ่มน้อยกว่า 4 คู่สบ และตั้งแต่ 4 คู่สบขึ้นไป ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ซึ่งเป็นเกณฑ์ สอดคล้องกับเป้าหมายของแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย¹⁷

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบรายปัจจัย พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุและค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (Crude OR 0.34; 95%CI 0.12-0.95, p-value = 0.027 และ Crude OR 0.35; 95%CI 0.13-0.99, p-value = 0.033 ตามลำดับ) อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบหลายปัจจัย ปัจจัยที่พบมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (Adjusted OR 0.24; 95%CI 0.08-0.70, p-value 0.009) และสภาวะของรากฟัน (Adjusted OR 4.15; 95%CI 1.15-14.90, p-value 0.029) จะเห็นได้ว่าปัจจัยในด้านการมีฟันผุ ถอน อุด ในช่องปาก ยังคงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก โดยผู้ที่มีฟันผุ ถอน อุด สูงจะมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากแย่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Shaharuddin และคณะ และ Alsaif และคณะ ที่พบความสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.017 และ p-value <0.0001 ตามลำดับ)¹⁸⁻¹⁹ ซึ่งเป็นผลจากการมีฟันผุในช่องปาก ส่งผลให้เกิดอาการเสียวฟันและความเจ็บปวด อันเนื่องมาจากฟัน ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวอาหารลดลง และส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาที่พบความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ^{20,26} ในด้านสภาวะของรากฟันที่มีผลต่อ

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสอดคล้องกับการศึกษาของนุจรีและคณะ ซึ่งพบความสัมพันธ์ของการมีฟันผุเหลือ แต่รากกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR = 1.13, 95% CI = 0.20-2.05)¹⁴ ผู้ที่มีรากฟันผุมักจะมีตัวฟันผุร่วมด้วยและน่าจะมาจากความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยจึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Zeng และคณะ ที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุประเทศจีน พบว่า ความสามารถในการเคี้ยวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการมีฟันผุทั้งที่เป็นรากฟันผุหรือตัวฟันผุและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก²¹ อย่างไรก็ตาม ค่าแนวโน้มความเสี่ยงต่อการมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากยังเป็นสิ่งที่น่าจะต้องศึกษาต่อไป เนื่องจากการศึกษานี้แสดงผลของแนวโน้มการมีรากฟันผุและ/หรือสึกทะลุโพรงประสาทฟันมีแนวโน้มไปในเชิงบวกกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งอาจเป็นผลจากกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าคุณภาพชีวิตไม่ดีในกลุ่มนี้ค่อนข้างน้อย

ในด้านจำนวนคู่สบฟันหลัง การศึกษาส่วนใหญ่พบความสัมพันธ์ของจำนวนคู่สบฟันหลังกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{22-24,26} ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษานี้ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบแนวโน้มของการมีจำนวนคู่สบฟันหลังตั้งแต่ 4 คู่สบขึ้นไป ทำให้มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดีกว่าการมีจำนวนคู่สบฟันหลังน้อยกว่า 4 คู่ (Crude OR 2.41; 95%CI 0.87-5.23, p-value 0.094) ในด้านการใส่ฟันเทียม การศึกษานี้พบมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติคุณและ Joseph และคณะ^{23,25} อย่างไรก็ตาม ความต้องการในการใส่ฟันปลอมพบความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรและ Joseph และคณะ²⁴⁻²⁵ การสบฟันในการศึกษานี้พบความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Alsair และคณะ¹⁹ ทั้งนี้การศึกษาในด้านการสบฟันกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากยังมีค่อนข้างน้อย อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบแนวโน้มของการสบฟันผิดปกติทำให้มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่แย่กว่าการสบฟันปกติ (Crude OR 0.34; 95%CI 0.08-1.51, p-value 0.106) ในด้านสภาวะปริทันต์และการมีรอยโรคในช่องปากพบความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุเทียนและคณะ²⁶ และ Bernabe & Marcenes²⁷ อาจเป็นไปได้ว่าในการศึกษานี้ ผู้ที่มีร่องลึกปริทันต์ในระดับลึกมากกว่า 6 มม. ขึ้นไป มีค่อนข้างน้อย เนื่องจากฟันที่มีปัญหาปริทันต์มากก็ได้รับการถอนฟันไปแล้ว ส่วนการมีร่องลึกปริทันต์ในระดับ 4-5 มม. ก็เป็นระดับที่มักไม่พบมีอาการของปริทันต์อักเสบที่ชัดเจน

ในด้านปัจจัยส่วนบุคคล การศึกษานี้พบปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในการวิเคราะห์แบบรายปัจจัยแต่เมื่อวิเคราะห์แบบหลายปัจจัยพบความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยอื่นพบความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงมีทั้งข้อมูลที่มีและไม่มีความสัมพันธ์กับการศึกษาที่ผ่านมา^{20,23,28}

สรุปผลการวิจัย

ปัจจัยที่พบมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (Adjusted OR 0.24; 95%CI 0.08-0.70, p-value = 0.009) และสภาวะของรากฟัน (Adjusted OR 4.15; 95%CI 1.15-14.90, p-value = 0.029) โดยค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ที่มากกว่า 10 ซี่ต่อคนเป็นปัจจัยป้องกันการมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดี ขณะที่สภาวะของการมีรากฟันผุ/สึกทะลุโพรงประสาทฟันเป็นปัจจัยในทิศทางบวกต่อการมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดี ส่วนปัจจัยอื่น ๆ พบมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว สิทธิการรักษา รายได้ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มี

แอลกอฮอล์ การเคี้ยวหมาก สภาวะปริทันต์ จำนวนคู่สบฟันหลัง การใส่ฟันเทียม รอยโรคในช่องปาก และ
ลักษณะการสบฟัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 ควรมีการศึกษาในประชากรเขตพื้นที่อื่นเพิ่มเติม และอาจเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้มีความ
ชัดเจนในผลการศึกษามากขึ้น

1.2 ควรส่งเสริมงานด้านทันตกรรมป้องกันซึ่งจะช่วยลดการเกิดปัญหาในช่องปาก การมีฟันผุถอนอด
น้อยจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย และ
ขอขอบพระคุณบุคลากรทุกท่านในโรงพยาบาลประทาย จังหวัดนครราชสีมา ที่ให้ความช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res.* 2011; 90(11): 1264-70.
2. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. *J Dent Res.* 2002; 81(7): 459-63.
3. Jokovic A, Locker D, Tompson B, Guyatt G. Questionnaire for measuring oral health-related quality of life in eight- to ten-year-old children. *Pediatr Dent.* 2004; 26(6): 512-8.
4. Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. Developing and evaluating an oral health-related quality of life index for children; the CHILD-OIDP. *Community Dent Health.* 2004; 21(2): 161-9.
5. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ.* 1990; 54(11): 680-7.
6. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health.* 1994; 11(1): 3-11.
7. Adulyanon S, Vourapukjaru J, Sheiham A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1996; 24(6): 385-9.
8. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997; 25(4): 284-90.
9. 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(6): 481-86.

10. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. **รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566**. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
11. Deana NF, Pardo Y, Ferrer M, Espinoza-Espinoza G, Garin O, Muñoz-Millán P, et al. Evaluating conceptual model measurement and psychometric properties of Oral health-related quality of life instruments available for older adults: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*. 2024; 22(1): 5.
12. Azami-Aghdash S, Pournaghi-Azar F, Moosavi A, Mohseni M, Derakhshani N, Kalajahi RA. Oral Health and Related Quality of Life in Older People: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iran J Public Health*. 2021; 50(4): 689-700.
13. อรุณ จิรวัฒน์กุล. **สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย**. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์. 2552; หน้า 160.
14. นุจรี พาณิชยเจริญรัตน์, เสมอจิต พิธพรชัยกุล, สุกัญญา เขียววิวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะช่องปากกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของพลทหารแรกเข้าภาคใต้ ประเทศไทย. **วารสารทันตแพทยศาสตร์**. 2562; 69(2): 209-16.
15. Best JW. *Research in Education*. 3rd ed. New Jersey: Prentice hall Inc.; 1977.
16. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. **รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560**. นนทบุรี : สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
17. มูลนิธิทันตนวัตกรรม. **แผนทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ. 2558-2565**. ประเทศไทย; 2557.
18. Mohd SI, Rajali A, Nik Z, Nik R, Hussein KH, Wan H, et al. Prevalence of Dental Caries and Their Relation to Oral Health Impact Profile (OHIP-14) among National Contact Sports Athletes: A Cross-Sectional Study. *Journal of International Oral Health*. 2021; 13(6): 593-600
19. Alsaif AA, Alkhadra TA, AUameel AH. Impact of DMFT, PUFA, DAI, and TDIs on Oral Health-Related Quality of Life (OHRQoL) Among Foundling, Delinquent, and Mainstream School Children: A Preliminary Study. *Front Public Health*. 2022; 10: 894638.
20. อรฉัตร ศุภรัตน์, ฐิติมา เตียววัฒนวิวัฒน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์ ทันตสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี. **วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**. 2559; 10(2): 115-26.
21. Zeng X, Sheiham A, Tsakos G. Relationship between clinical dental status and eating difficulty in an old Chinese population. *J Oral Rehabil*. 2008; 35(1): 37-44.
22. สิริพร สาสกุล, สุวัฒน์ ตันยะ, พชรวรรณ ศรีศิลป์นันท์. คุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากกับจำนวนฟันที่เหลือในช่องปากของผู้สูงอายุไทยในชนบท ภาคเหนือ. **วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. 2564; 20(1): 1-10.

23. กิตติคุณ บัวบาน. ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ
อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*.
2560; 16(2): 45-56.
24. พิชรี เรืองงาม. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลพราน
กระต่าย. *วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3*. 2564; 18(2): 130-41.
25. Joseph AG, Janakiram C, Mathew A. Prosthetic Status, Needs and Oral Health
Related Quality of Life (OHRQOL) in the Elderly Population of Aluva, India.
J Clin Diagn Res. 2016; 10(11): ZC05-ZC09.
26. สุเทียน แก้วมะคำ, อารีย์ แก้วมะคำ. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้าน
ในอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย. *เชียงรายเวชสาร*. 2561; 10(1): 37-47.
27. Bernabe E, Marcenes W. Periodontal disease and quality of life in British adults.
J Clin Periodontol. 2010; 37(11): 968-72.
28. An R, Li S, Li Q, Luo Y, Wu Z, Liu M, Chen W. Oral Health Behaviors and Oral
Health-Related Quality of Life Among Dental Patients in China: A Cross-Sectional
Study. *Patient Prefer Adherence*. 2022; 16: 3045-58.

Research article

Factors Associated with Oral Health Care Behaviors and Oral Status of Village Health Volunteers in Region 6 Health Provider

Parichart Yamsri

Student, Major in Health
Education and Health Promotion,
Faculty of Public Health, Mahidol
University

Supa Pengpid

Professor, Department of Health
Education and Behavioral
Sciences, Faculty of Public
Health, Mahidol University

Isareethika Jayasvasti**Chantarasongsuk**

Associate Professor, Nutrition
Promotion Unit, Institute of
Nutrition, Mahidol University

Abstract

Many factors determine health behavior, including oral health behavior. The purpose of this cross-sectional survey was to investigate the factors related to oral health care. The samples were 410 village health volunteers in region 6 health providers and were recruited into the study by multi-stage cluster sampling. Data were collected using a self-administered questionnaire and oral health examination form. Data were analyzed using descriptive statistics and chi-square and Spearman Rank tests.

The results revealed that the sample group had sufficient oral health behavior (28.4%), and good oral status (59.0%). Factors significantly associated with oral health care included educational level and predisposing, enabling, and reinforcing factors ($p < 0.001$). Factors significantly associated with oral status includes age, educational level, and the duration of work as a village health volunteer.

It is suggested that the government and dental health agencies should improve an access to dental services. Enhancing an awareness of oral health problems and recognize the benefits of oral health care for the village health volunteers should be trained continuously.

Keywords: Oral healthcare behaviors, Village health volunteers, Oral status

Corresponding author

Supa Pengpid

E-mail: supa.pen@mahidol.ac.th

Received date : 14 September 2024

Revised date : 2 October 2024

Accepted date : 26 November 2024

บทความวิจัย (Research article)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 6

ปาริชาติ แยมลี

นักศึกษา สาขาสุขศึกษาและส่งเสริม
สุขภาพ มหาวิทยาลัยมหิดล

สุภา เพ่งพิศ

ศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขศึกษาและ
พฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุข
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อิสริย์ฐิกา ชัยสวัสดิ์ จันทร์ส่องสุข

รองศาสตราจารย์ หน่วยส่งเสริม
โภชนาการและสุขภาพะ สถาบัน
โภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

พฤติกรรมสุขภาพมีหลายปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรม
รวมถึงพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้จึงมี
วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลทันต
สุขภาพของ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 410 คน เป็นการวิจัย
เชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-
stage cluster Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม
และแบบสำรวจสภาวะช่องปาก วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิง
พรรณนา หาค่าความสัมพันธ์โดยสถิติไคสแควร์ และสเปียร์แมน
ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ
เพียงพอ (ร้อยละ 28.4) สภาวะช่องปากในระดับดี (ร้อยละ 59.0)
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษา ปัจจัยนำ เอื้อ เสริม (p-
value <0.001) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะช่องปากอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการ
ปฏิบัติงานเป็น อสม.

ผลการวิจัยให้ข้อเสนอแนะว่า ภาครัฐและหน่วยงานทันต
สาธารณสุข ควรจัดให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงการบริการทัน
ตกรรม มีการอบรมเสริมสร้างการรับรู้ปัญหาทันตสุขภาพและรับรู้
ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพใน อสม.อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ, อสม., สภาวะช่องปาก

ผู้รับผิดชอบบทความ

สุภา เพ่งพิศ

อีเมล: supa.pen@mahidol.ac.th

วันที่ได้รับบทความ : 14 กันยายน 2567

วันที่แก้ไขบทความ : 2 ตุลาคม 2567

วันตอบรับบทความ : 26 พฤศจิกายน 2567

บทนำ

โรคในช่องปาก ได้แก่ ฟันผุ ปริทันต์อักเสบ เกิดขึ้นในวงกว้างของประชากรโลกทุกกลุ่มวัย องค์การสหประชาชาติระบุว่าโรคในช่องปากเป็นปัญหาที่สำคัญของประชากรโลก¹ สำหรับประเทศไทย พบว่าเมื่อประชาชนมีอายุเพิ่มขึ้นจำนวนฟันแท้ในช่องปากมีแนวโน้มลดลง ในการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพครั้งที่ 8 พบว่าในกลุ่มวัยทำงานถึงวัยสูงอายุมีการสูญเสียฟันถึง ร้อยละ 85.3 ผู้สูงอายุ (อายุ 60 - 74 ปี) พบฟันผุที่ไม่ได้รักษา มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ ร้อยละ 56.1 ในเขตสุขภาพที่ 6 พบว่ามีผู้ที่มีฟันถาวรใช้งาน 20 ซี่ น้อยที่สุดในประเทศ คือร้อยละ 27.8 เท่านั้น² ปัญหาการสูญเสียฟันถาวรสามารถป้องกันได้จากการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม ทั้งในเรื่องการทำความสะอาดช่องปากที่พบว่าผู้สูงอายุแปรงฟันก่อนนอน ร้อยละ 53.7 มีการใช้อุปกรณ์เสริมร่วมกับการแปรงฟัน อาทิ ไหมขัดฟัน และแปรงชอกฟัน ร้อยละ 4.1 และ 1.9 มีการไปรับบริการทันตกรรมในปีที่ผ่านมา ร้อยละ 38.6² จากการศึกษาพฤติกรรมทันตสุขภาพของ อสม. พบว่ามีอายุเฉลี่ย 45 ปี³ และ 55-69 ปี⁴ ซึ่งเป็นประชาชนที่อยู่ในกลุ่มวัยทำงานถึงผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับกลุ่มวัยที่มีการสูญเสียฟันถาวรสูงในการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพครั้งที่ 8

พฤติกรรมดูแลสุขภาพมีหลายปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรม จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส และระยะเวลาการปฏิบัติงานในการเป็น อสม.^{3,4} จากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่พบว่าได้มีการสำรวจปัจจัยส่วนบุคคลของ อสม. แต่ยังไม่ได้ศึกษาว่าปัจจัยเหล่านั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของ อสม. หรือไม่อย่างไร ในส่วนของปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ จากแนวคิด PRECEDE MODEL ของ Green et al. ความเสี่ยงด้านสุขภาพและสุขภาพขึ้นอยู่กับตัวกำหนดหลายอย่าง ความพยายามที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากหลากหลายมิติ ทั้งสิ่งแวดล้อมและสังคม ซึ่งก็คือกระบวนการใช้ปัจจัยนำ เอื้อ เสริม ในการประเมินผลสุขภาพ⁵ ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในการสื่อสารข้อมูลและแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องไปยังชุมชน และยังพบการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ ปัจจัยนำ ด้านการรับรู้ต่อปัญหาทันตสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก ปัจจัยเอื้อ ด้านการเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพ และปัจจัยเสริม ด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม⁶ ซึ่งทำการศึกษาในผู้สูงอายุ

ในการสื่อสารให้ความรู้ ช่องทางที่ประชาชนเข้าถึงและได้รับข้อมูลสูงสุดคือ การสื่อสารผ่านบุคลากรสาธารณสุข² ซึ่งสอดคล้องกับหน้าที่ของ อสม. ที่มีบทบาทในการสื่อสารสุขภาพ และเป็นต้นแบบที่ดีด้านสุขภาพของชุมชน ดังนั้นการที่ อสม. จะสามารถสื่อสาร ถ่ายทอดได้ดีนั้น อสม. จำเป็นต้องพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีด้วย ซึ่งจากรายการศึกษายังพบว่า อสม. มีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคฟันผุในระดับพอใช้ แต่ยังมีข้อจำกัด ๑ ในเรื่องการถอนฟันทำให้เป็นโรคประสาท การเคี้ยวหมากสามารถป้องกันฟันผุได้⁷

ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิด PRECEDE MODEL⁵ มาประยุกต์ใช้ในการศึกษากับ อสม. ใช้เป็นกรอบในการอธิบายปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพและสภาวะช่องปากของ อสม. โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพและสภาวะช่องปากของ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 6 เพื่อให้ได้ข้อมูล ปัจจัยสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยนำเข้าในการจัดโครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริม ป้องกันโรคในช่องปาก และการเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงด้านการดูแลสุขภาพที่สำคัญของชุมชนต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม โดยใช้วิธีให้ อสม. ตอบด้วยตนเอง และแบบสำรวจสถานะช่องปาก ในระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ - มีนาคม 2567

ประชากร เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 6 จำนวนทั้งสิ้น 75,606 คน⁸

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณตามสูตรการประมาณค่าสัดส่วนแบบทราบขนาดประชากรของดาเนียล⁹ ดังนี้

$$n = \frac{NZ \frac{2}{\alpha} P(1-P)}{d^2 (N-1) + Z \frac{2}{\alpha} P(1-P)}$$

เมื่อ n คือ ขนาดตัวอย่าง

N คือ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 6 จำนวน

75,606 คน

Z = 1.96 (alpha 0.05)

P คือ ค่าสัดส่วนของประชากรในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากยังไม่พบงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพของ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 6 ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงใช้ค่าสัดส่วนสูงสุดที่ยอมรับได้ = 0.5

d คือ ค่าความคาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับให้เกิดขึ้น = 0.5

ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 383 คน ซึ่งจากการศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 6 เพื่อความสมบูรณ์และป้องกันการสูญหายของการได้มาซึ่งแบบสอบถาม กำหนดการปรับขนาดตัวอย่างเพิ่ม 10 %¹⁰ จึงได้กลุ่มตัวอย่างเป็น 422 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปีขึ้นไป มีระยะเวลาปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี ยินดีและสมัครใจทำแบบสอบถาม และได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวน 410 คน **การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง** ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Cluster Sampling) ทำการคัดเลือกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 ใช้ วิธี Cluster Sampling โดย cluster ได้มา 3 จังหวัด จาก 8 จากนั้นใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Sampling) ได้จังหวัดที่อยู่ในเขตปริมณฑล 1 จังหวัด และจังหวัดที่อยู่นอกเขตปริมณฑล 2 จังหวัด ต่อมาสุ่มเลือกอำเภอตัวอย่างจากจังหวัดในเขตปริมณฑลและจังหวัดที่อยู่นอกเขตปริมณฑล โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก จังหวัดละ 2 อำเภอ รวมเป็น 6 อำเภอ ด้วยวิธีการจับฉลาก อำเภอละ 2 ตำบล ในเขตเทศบาล 1 และนอกเขตเทศบาล 1 รวมเป็น 12 ตำบล ต่อมาทำการสุ่มเลือกตัวอย่าง อสม. โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างตามสัดส่วน อสม. ในแต่ละตำบล ดังนี้ บางบ่อ 29 คน บางเสาธง 64 คน บ้านระกาศ 12 คน ศีรสะเกษ 18 คน ศรีราชา 30 คน บ้านบึง 57 คน บ่อวิน 45 คน หนองอิรุณ 44 คน กบินทร์ 46 คน ประจันตคาม 25 คน บ้านนา 25 คน และคำโตนด 27 คน แต่ละตำบลนำรายชื่อ อสม. ทุกราย มาจัดเรียงลำดับตั้งแต่ 1 ไปจนถึงลำดับสุดท้าย จากนั้นทำการสุ่มแบบเป็นระบบ จนได้จำนวน อสม. ครบตามขนาดตัวอย่าง ทำการคัดเลือกผู้ช่วยวิจัย 12 คน โดยพิจารณาจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในพื้นที่กลุ่มตัวอย่าง จัดประชุมชี้แจงถึงรายละเอียดโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ทบทวนการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม รวมถึงชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล **การเก็บข้อมูล** ประสานพื้นที่ นัดหมายเวลา ลงพื้นที่ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการแบบสอบถาม ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอม ทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามและสำรวจสถานะช่องปาก โดยใช้เวลาในการเก็บข้อมูลเฉลี่ย 35 นาที ต่อคน หากผู้เข้าร่วมวิจัย รู้สึกไม่สบายใจ ไม่สะดวกในการทำแบบสอบถามหรือตรวจช่องปาก สามารถยุติการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล สร้างขึ้นจากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาใน อสม.^{4,7,10} จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ทุกข้อคำถามตอบตามความเป็นจริง

ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม สร้างขึ้นจากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ⁵ แบบสอบถามด้านปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ปัญหาทันตสุขภาพและการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ 12 ข้อ และแบบสอบถามด้านปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพช่องปาก 6 ข้อ ทุกด้านของคำถาม มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับตามความคิดเห็น (เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) มีเกณฑ์ให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวก 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ แบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ที่ประยุกต์แนวคิดของบลูม¹¹ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูง ปานกลาง และต่ำ แบบสอบถามด้านปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีข้อคำถาม 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นความถี่ แบ่งเป็น 4 ตัวเลือก (ได้รับประจำ ได้รับบางครั้ง ได้รับนาน ๆ ครั้ง ไม่ได้รับ) มีเกณฑ์ให้คะแนน 3, 2, 1 และ 0 ตามลำดับ แบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ที่ประยุกต์แนวคิดของบลูม¹¹

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สร้างขึ้นจากเกณฑ์มาตรฐานในการสำรวจพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ประเทศไทย จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ความถี่ในการแปรงฟันหรือแปรงฟันปลอม (ตามเกณฑ์มาตรฐาน คือ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ตอนเช้าและก่อนนอน) เวลาในการแปรงฟัน (ตามเกณฑ์มาตรฐาน คือ นาน 2 นาที ไม่รับประทานหลังแปรงฟัน 2 ชั่วโมง) การแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ และการไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากและฟันทุก 6 เดือน -1 ปี (ใช่,ไม่ใช่) ประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยการจัดกลุ่มเพียงพอและไม่เพียงพอ

ตอนที่ 4 แบบสำรวจสภาวะช่องปาก สร้างขึ้นจากการทบทวนเกณฑ์มาตรฐานในการสำรวจสภาวะช่องปากประเทศไทย จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ จำนวนฟันที่เหลือในช่องปาก (< 20 ซี่, ≥ 20 ซี่) จำนวนฟันผุที่ได้รับการอุดฟันหรือครอบ (ระบุจำนวนซี่) และ จำนวนฟันผุที่ต้องได้รับการอุดฟันหรือ ถอนฟัน (ระบุจำนวนซี่) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยระบุตามจำนวนที่ตรวจพบจริง ประเมินสภาวะโดยการจัดกลุ่มดีและไม่ดี แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นนั้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประเมินความสอดคล้องระหว่างรายการข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย พบว่าทุกข้อมีดัชนีความสอดคล้องระหว่างรายการข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัยมากกว่า 0.67 และมีการปรับรายการคำถามบางข้อตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้ไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้คะแนนแต่ละปัจจัยดังนี้คือ ปัจจัยนำ (0.805) ปัจจัยเอื้อ (0.747) และปัจจัยเสริม (0.809) วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและคะแนนตัวแปรที่ศึกษา ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและสภาวะช่องปาก ด้วยสถิติอนุมาน Chi-square test และ Spearman's rank correlation coefficient โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองเลขที่ COA. No. MUPH 2023-156 ระหว่างวันที่ 25 ธันวาคม 2566 ถึงวันที่ 24 ธันวาคม 2567

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและสภาวะช่องปากของ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 410 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.1 และเพศชาย ร้อยละ 15.9 มีกลุ่มอายุอยู่ระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 38.5 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 62.0 จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 47.6 ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 50.5 พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของ อสม. พบว่า จัดอยู่ในกลุ่มเพียงพอ ร้อยละ 28.4 ไม่เพียงพอ ร้อยละ 71.6 ความถี่ในการแปรงฟันส่วนใหญ่แปรงฟันหรือแปรงฟันปลอม วันละ 2 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 93.2 เวลาในการแปรงฟันต่อครั้งนาน 2 นาทีขึ้นไป ร้อยละ 88.3 งดรับประทานอาหารหลังแปรงฟัน 2 ชั่วโมงขึ้นไปเพียง ร้อยละ 9.8 การแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์อย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 75.1 การใช้อุปกรณ์เสริมแปรงฟัน มีการใช้ไหมขัดฟัน แปรงซอกฟัน ไม้จิ้มฟัน และน้ำยาบ้วนปากบางครั้ง ร้อยละ 34.9, 20.0, 57.6, 54.1 ตามลำดับ ไปพบทันตบุคลากรเพื่อตรวจสุขภาพช่องปากและฟันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 54.9 และไม่เคยไปพบ ร้อยละ 45.1 และสภาวะช่องปากของ อสม. พบว่า สภาวะช่องปากโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 59.0 และไม่ดี ร้อยละ 41.0 ส่วนใหญ่มีฟันที่เหลือในช่องปาก 20 ซี่ขึ้นไป ร้อยละ 67.3 ไม่พบจำนวนฟันผุที่ได้รับการอุดฟันหรือครอบฟัน ร้อยละ 50.7 ไม่พบจำนวนฟันผุที่ต้องได้รับการอุดฟันหรือถอนฟัน ร้อยละ 60.0 ในส่วนของปัจจัยนำด้านการรับรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูงถึงปานกลาง ร้อยละ 49.8 การรับรู้ปัญหาทันตสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.9 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.4 ปัจจัยเอื้อ การเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 75.4 และปัจจัยเสริม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 61.0

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 6 คือปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.009$) โดย อสม. มีระดับการศึกษาที่สูงจะมีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเพียงพอ มากกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาน้อย ปัจจัยนำด้านการรับรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.259$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยการรับรู้ปัญหาทันตสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ การเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพ และปัจจัยเสริม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.187$, $p\text{-value} < 0.001$), ($r = 0.239$, $p\text{-value} < 0.001$), ($r = 0.145$, $p\text{-value} = 0.003$) และ ($r = 0.233$, $p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ ในส่วนของสภาวะช่องปาก จำนวนฟันที่เหลือในช่องปากและจำนวนฟันผุที่ได้รับการบูรณะกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดย อสม. ที่มีจำนวนฟันที่เหลือในช่องปาก 20 ซี่ขึ้นไป และไม่พบจำนวนฟันผุที่ได้รับการบูรณะ (ฟันดีไม่มีผุ) จะมีพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพเพียงพอ (ตาราง 1) ตัวแปรที่ไม่พบความสัมพันธ์ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. และจำนวนฟันผุที่ต้องได้รับการอุดฟันหรือ ถอนฟัน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สภาวะช่องปากของ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 6 คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับสภาวะช่องปากของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.135$, $p\text{-value} = 0.007$) ระดับการศึกษา กับสภาวะช่องปากของ อสม. มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.035$) อสม. ที่มีระดับการศึกษามัธยมต้นขึ้นไปจะมีสภาวะช่องปากดีกว่า อสม. มีระดับการศึกษาน้อย ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. กับสภาวะช่องปากมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.025$) และตัวแปรปัจจัยที่ไม่พบความสัมพันธ์กับสภาวะช่องปาก ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ตาราง 1 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 6 ($n = 405^*$)

Table 1 Factors associated with oral healthcare behavior of Village health volunteers in Region 6 Health Provider ($n = 405^*$)

Factors	r	χ^2	p-value
Personal factors		11.596 ^a	0.009 [*]
Education			
Predisposing, Enabling, and Reinforcing factors			
Perception of oral health problems	0.187 ^{**}		< 0.001
Perception of the benefits of oral healthcare	0.239 ^{**}		< 0.001
Predisposing factors to overall perception	0.259 ^{**}		< 0.001
Access to oral care services	0.145 ^{**}		0.003
Receiving social support	0.233 ^{**}		< 0.001
Oral status			
Number of teeth remaining in the mouth		17.696 ^a	< 0.001 ^{**}
Number of cavities restored		17.732 ^a	< 0.001 ^{**}

* The sample group with a behavioral score of 0 was eliminated, leaving a sample of 405.)

** p-value from Spearman Rank Correlation test statistics., ^a p-value from Chi-square test.

** Correlation is significant at the 0.01 level (2 - tailed).

บทวิจารณ์

พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของ อสม. พบว่าส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 71.6 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม. บ้านปึก ชลบุรี อยู่ในระดับดี⁴ พฤติกรรมในการป้องกันฟันผุของ อสม. เขตเมือง หนองบัวลำภู อยู่ในระดับพอใช้⁷ และจากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับปานกลาง⁵ พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเกิดจากหลายปัจจัย สิ่งที่น่าประหม่นพฤติกรรมอาจแตกต่างกัน ซึ่งการศึกษานี้ประเมินพฤติกรรมจากการแปร่งฟันถูกต้องตามเกณฑ์มาตรฐาน 2 - 2 - 2 (แปร่งฟันวันละ 2 ครั้ง แปร่งนาน 2 นาที และงดรับประทานอาหารหลังแปร่งฟัน 2 ชั่วโมง) และการแปร่งฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ซึ่งพฤติกรรมการงด

รับประทานอาหารหลังแปรงฟันพบว่า น้อยกว่า 2 ชั่วโมงมากถึง ร้อยละ 90.2 จึงมีผลทำให้พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของ อสม. ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ

สภาวะช่องปากส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีฟันที่เหลือในช่องปาก 20 ซี่ขึ้นไป ร้อยละ 67.3 ไม่พบฟันที่ได้รับการอุดฟันหรือครอบฟัน (ฟันดีไม่มีผุ; caries free) ร้อยละ 50.7 ไม่พบจำนวนฟันผุที่ต้องได้รับการอุดฟันหรือถอนฟัน ร้อยละ 60.0 ไกล่เคียงกับผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติที่พบว่า กลุ่มอายุ 60 - 74 มีฟันที่เหลือในช่องปาก 20 ซี่ขึ้นไป ร้อยละ 56.1 มีจำนวนฟันผุที่ต้องได้รับการอุดฟันหรือถอนฟัน ร้อยละ 53.6² และแตกต่างการผลสำรวจในผู้สูงอายุ ที่พบว่ามีจำนวนฟันถาวรใช้งาน 20 ซี่น้อยที่สุดคือ ภาคกลาง² ซึ่งรวมถึงเขตสุขภาพที่ 6

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของ อสม. ได้แก่ ระดับการศึกษา ปัจจัยนำเอื้อ เสริม ระดับการศึกษาพบว่า อสม. ที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพที่แตกต่างกันโดย อสม. ที่มีระดับการศึกษาที่สูงจะมีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเพียงพอมากกว่า อสม. ที่มีระดับการศึกษาน้อย ไกล่เคียงกับการศึกษาของ มั่นสนันท์ ชัยประทาน และสมเดช พินิจสุนทร ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้อยู่เกี่ยวกับเรื่องฟันผุของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ปัจจัยด้านการศึกษา⁷ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของรุ่งเพชร บุญทศ และคณะที่พบว่า ระดับการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของ อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กัน⁴ ปัจจัยนำด้านรับรู้ปัญหาทันตสุขภาพและการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไกล่เคียงกับการศึกษาของ ปณิดา ครองยุทธ และคณะ ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากและการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2⁶ ปัจจัยเอื้อ การเข้าถึงบริการการดูแลทันตสุขภาพ คณะกรรมการเข้าถึงบริการการดูแลทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไกล่เคียงกับการศึกษาของ สุภาพร ผุดผ่อง ที่พบว่า การเข้ารับบริการทันตกรรม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹² ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ปณิดา ครองยุทธ และคณะ ที่ไม่พบความสัมพันธ์การเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2⁶ ปัจจัยเสริม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม คณะกรรมการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไกล่เคียงกับการศึกษาของ สุภาพร ผุดผ่อง ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹² ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของปณิดา ครองยุทธ และคณะ ที่ไม่พบความสัมพันธ์การได้รับการสนับสนุนจากบุคคล กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2⁶

ปัจจัยนำด้านการรับรู้ปัญหาทันตสุขภาพ การรับรู้ปัญหาทันตสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ การเข้าถึงบริการการดูแลทันตสุขภาพ ปัจจัยเสริม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งหมายความว่า อสม. ที่มีคะแนนปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่เพิ่มขึ้นจะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพที่เพียงพอเพิ่มขึ้นด้วย ปัจจัยนำ เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นปัจจัยพื้นฐานที่เป็นแรงจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมอย่างมีเหตุผลนำไปสู่การกระทำ¹³ ปัจจัยเอื้อ เป็นปัจจัยภายนอก ที่เอื้อต่อการกระทำพฤติกรรมช่วยให้การแสดงพฤติกรรมของบุคคลเป็นไปได้ง่ายขึ้น เช่น ความสามารถที่จะใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ หรือทรัพยากรที่เกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรม^{13, 14} ปัจจัยเสริม เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นหลังจากที่บุคคล

ได้แสดงพฤติกรรมแล้ว หรือเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับจากบุคคลอื่นหลังแสดงพฤติกรรมออกมาที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติหรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด อาจจะสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมของบุคคล เช่น คำชมเชย การยอมรับ การให้กำลังใจ การกระตุ้นเตือน หรืออาจเป็นรางวัลที่เป็นสิ่งของ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น ๆ เช่น เพื่อนบ้าน บุคคลในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข^{13,15} หรือเรียกโดยรวมว่าแรงสนับสนุนทางสังคม ถ้าแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้คนมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพก็จะทำให้สุขภาพบุคคลนั้นหรือกลุ่มบุคคลนั้นดีไปด้วย¹⁶ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ อสม. ที่มีคะแนนปัจจัยนำด้านการรับรู้ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมสูงจึงมีแนวโน้มที่จะทำให้พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพที่เพียงพอเพิ่มขึ้นด้วย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะช่องปากของ อสม. ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. โดยอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับสภาวะช่องปาก ซึ่งหมายความว่า อสม. ที่มีอายุน้อยจะมีสภาวะช่องปากดี หรืออีกนัยหนึ่งอายุที่มากขึ้นจะทำให้มีสภาวะช่องปากที่ไม่ดีเพิ่มขึ้น และ อสม. ที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานน้อย ปฏิบัติงาน 1-5 ปี มีสภาวะช่องปากที่ดีมากกว่า อสม. ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลานาน การปฏิบัติงานมาเป็นเวลานานแสดงถึงการมีอายุที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลทำให้สภาวะช่องปากที่ไม่ดีเพิ่มขึ้น ซึ่งจากผลการสำรวจทันตสุขภาพ สภาวะช่องปากของคนไทย ยังคงใกล้เคียงกับเมื่อ 5 ปีที่ผ่านมา ที่พบว่าในกลุ่มวัยทำงานถึงวัยสูงอายุ ปัญหาหลักที่พบคือการสูญเสียฟันที่เพิ่มมากขึ้นตามอายุ² และ อสม. ที่มีระดับการศึกษามัธยมต้นขึ้นไปมีสภาวะช่องปากที่ดีกว่า อสม. ที่มีระดับชั้นประถมศึกษา ซึ่ง แตกต่างกับการศึกษาของ สุธาสนิสมานชาติ ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับโรคปริทันต์ของผู้สูงอายุ ได้แก่ ระดับการศึกษา ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับชั้นมัธยมศึกษาเป็นโรคปริทันต์มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีการศึกษาหรือการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา¹⁷ ในส่วนของปัจจัยนำ เอื้อ เสริมกับสภาวะช่องปากของ อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากโมเดลของ PRECEDE-PROCEED ปัจจัยนำ เอื้อ เสริมเป็นการประเมินผลในระยะสั้น แต่สภาวะเป็นการประเมินผลในระยะกลางถึงระยะยาว⁵

สรุป

อสม. ในเขตสุขภาพที่ 6 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพได้ดีไม่เพียงพอ สภาวะช่องปากอยู่ในระดับดี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษา ปัจจัยนำ เอื้อ เสริม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะช่องปากของ อสม. ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม.

ข้อเสนอแนะ

1. ในด้านของการนำไปปฏิบัติ ทันทบุคลากรควรมีการจัดอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้และกระตุ้นเตือนให้เกิดการแปร่งฟันแบบ 2-2-2 (แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง แปรงนาน 2 นาที และงดรับประทานอาหารหลังแปรงฟัน 2 ชั่วโมง) แก่ อสม. อย่างสม่ำเสมอ
2. ควรพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพตามปัจจัยที่สัมพันธ์ เช่น ความรู้ด้านทันตสุขภาพ การเข้าถึงแหล่งบริการ และแรงสนับสนุนทางสังคมว่ามีผลอย่างไรต่อพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพของ อสม. หรือในกลุ่มวัยอื่น ๆ
3. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุผลที่ อสม. มีพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ทำไมถึงมีพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ทำไมถึงมีสภาวะช่องปากอยู่ในระดับไม่ดี เพราะนอกจากปัจจัยจากที่ศึกษานี้ อาจมีประเด็นและปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพและสภาวะช่องปาก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย และขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี ผู้ช่วยวิจัย และ อสม. ทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. United Nation. *Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases*. Resolution A/66/L1. New York: United Nation General Assembly; 2011.
2. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560*. นนทบุรี: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2561.
3. แก้วใจ มาลีสัย, ปณวัตร กิงมาลา, ซาลินี พสุนนท์ ธนัตติฐา แก้วกันยา, วัชรพงษ์ เบญจมาตย์, อัมพิกา พ้อบาล และคณะ. ความรู้และเจตคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัววัด อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*. 2563; 6(4): 51-60.
4. รุ่งเพชร บุญทศ, จริญญาณี สวัสดิ์, จันทรจิรา อุดมผล, ธัญชนก สงแจ้ง, ศิณารักษ์ บุญศิริ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านปึก อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. *วารสารทันตภิบาล*. 2563; 31(2): 65-76.
5. Lawrence WG, Andrea CG, Judith MO, Darleen VP, Marshall WK. *Health Program Planning, Implementation, and Evaluation: Creating Behavioral, Environmental, and Policy Change*. Maryland: Johns Hopkins University Press; 2022
6. ปณิตา ครองยุทธ, จิราวรรณ แผ่นจันทร์, ภาณุมาศ เครือคำ, วิมลรัตน์ ฉิมพลีพันธ์. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลแสนสุข อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*. 2564; 1(1): 47-60.
7. มนัสนันท์ ชัยประทาน, สมเดช พินิจสุนทร. ความรู้ ทศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคฟันผุของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 2558; 3(3): 357-66.
8. ระบบสารสนเทศงานด้านสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน [อินเทอร์เน็ต]. *รายงานจำนวน อสม.จำแนกตามระดับการศึกษา ตามจังหวัด /อำเภอ /ตำบล*. [เข้าถึงเมื่อ 2 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaiphc.net/thaiphcweb/index.php?r=staticContent/show&id=1>
9. Wayne WD. *Biostatistics: A Foundation of Analysis in the Health Sciences (6th ed)*. Wiley. 1995; p.180.
10. ดารุ่ง เยาวกุล. ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 6. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*. 2565; 15(1): 257-72.

11. Bloom BS. *Learning for Mastery. Instruction and Curriculum. Regional Education Laboratory for the Carolinas and Virginia, Topical Papers and Reprints, Number 1*. North Carolina: Regional Education Laboratory for the Carolinas and Virginia. 1968; p.1-12.
12. สุภาพร ผุดผ่อง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์*. 2563; 4(1): 101-19.
13. Becker MH, Drachman RH, Kirscht JP. A new approach to explaining sick-role behavior in low-income populations. *Am J Public Health*. 1974; 64(3): 205-16.
14. Green LW, Kreuter MW, Deeds SG, Partridge KB. *Health education planning: A diagnostic approach*. California: Mayfield Publishing Company; 1980.
15. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. *การสร้างเสริมและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ*. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
16. สุปรียา ต้นสกุล. *ทฤษฎีและโมเดลการประยุกต์ใช้ในงานสุกศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ (ฉบับปรับปรุง)*. กรุงเทพฯ: ยุทธรินทร์การพิมพ์. 2548; หน้า 8.
17. สุธาสินี สมานชาติ, ฉวีวรรณ บุญสุยา, ศัตติยา อีวาโนวิช. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากกับโรคปริทันต์ของผู้สูงอายุที่มารับบริการทันตกรรม โรงพยาบาลเทศบาลเมือง สาขาโรงพยาบาลสระบุรี. *Thai Journal of Public Health (THJPH)*. 2565, 52(2): 154-63.

Research article

Assessment and Development of Health Behavior Patterns of Students by Applying the PBRI Model (7-Color of Life Traffic Ping-Pong)

Pensiri Thanhai

Lecturer, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

Tharinthorn Namwan

Assoc. Prof., Faculty of Education, Mahasarakham University

Karn Ruangmontri

Asst. Prof., Faculty of Education, Mahasarakham University

Sarit Pa-arch

Lecturer, Sirindhorn College of Public Health, Yala, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

Abstract

The mixed methods research aimed to study the assessment and development of health behavior patterns of students by applying the PBRI model (7-color ping pong) in a group of 150 students. The research instruments consisted of 1) outcome management tools and 2) health behavior knowledge test. Data were analyzed using descriptive statistics, inferential statistic, and qualitative content analysis. Results of the study showed that Phase 1, Health behavior situation of students, it is found that most samples were females with a proportional BMI. Students assessed themselves that the behaviors that they could not perform were exercise, choosing to eat healthy food, and weight control, respectively. The causes of undesirable health behaviors were the lack of appropriate health promotion activities and the environment that was not conducive to the development of good behaviors. In phase 2, implementation of health behavior modification activities for students, such as annual health check-ups and providing knowledge about health behaviors, the students had significantly increased knowledge about health behavior modification (p -value < 0.001). In addition, the Green & Clean public health project helped promote waste reduction. There were also environmental innovations such as the My Glass project, which helped create environmentally friendly behaviors in the college. Phase 3, evaluation, the students participated in creating cooperation in promoting health behaviors, resulting in a network of students conducting activities, which reduced the risk of various diseases, as well as reduced resource use and waste, with statistical significance (p -value < 0.001). In addition, there was a model for development leading to the goal of preventing health problems, reducing disease, reducing danger, and caring for the environment in the college.

Keywords: Assessment and development, Application of the PBRI model (7-color ping-pong), Health behavior models

Corresponding author

Pensiri Thanhai

E-mail: pensiri@scphkk.ac.th

Received date : 11 September 2024

Revised date : 9 October 2024

Accepted date : 22 November 2024

บทความวิจัย (Research article)

การประเมินและพัฒนารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาโดยการประยุกต์ใช้

สขช.โมเดล (ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี)

เพ็ญศิริ ทานให้

อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์
และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ธรินธร นามวรรณ

รองศาสตราจารย์
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

กาญจน์ เรืองมนตรี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สฤณี ผาอาจ

อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดยะลา คณะสาธารณสุขศาสตร์
และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods research) เพื่อศึกษาการประเมินและพัฒนารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ สขช.โมเดล (ป้องกัน 7 สี) ในกลุ่มนักศึกษาจำนวน 150 คน เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือจัดการเชิงผลลัพธ์ 2) แบบทดสอบความรู้พฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติอนุมานและการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ ผลการศึกษา ระยะที่ 1 สถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีค่าดัชนีมวลกายสมส่วน นักศึกษาประเมินตนเองว่าพฤติกรรมที่นักศึกษาส่วนใหญ่ปฏิบัติไม่ได้ คือ การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการควบคุมน้ำหนักตามลำดับ สาเหตุของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ มาจากการขาดกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพที่เหมาะสมและสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการพัฒนาพฤติกรรมที่ดี ระยะที่ 2 การดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี และการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า นักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) อีกทั้งโครงการ Green & Clean public health ช่วยส่งเสริมการลดปริมาณขยะ และเกิดนวัตกรรมรักษ์สิ่งแวดล้อม เช่นโครงการ My glass ช่วยสร้างพฤติกรรมที่ดีต่อสิ่งแวดล้อมในวิทยาลัยฯ ระยะที่ 3 การประเมินผล พบว่า นักศึกษาเข้ามามีส่วนร่วมสร้างความร่วมมือในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพส่งผลให้มีเครือข่ายนักศึกษาในการดำเนินกิจกรรม ทำให้ลดความเสี่ยงจากการเกิดโรคต่าง ๆ รวมทั้งลดการใช้ทรัพยากรและขยะลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) นอกจากนี้ยังได้เกิดรูปแบบจากการพัฒนา นำไปสู่เป้าหมายเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพ ลดโรค ลดภัยใส่ใจสิ่งแวดล้อมในวิทยาลัย

คำสำคัญ: การประเมินและพัฒนารูปแบบ,
การประยุกต์ใช้ สขช.โมเดล (ป้องกัน 7 สี),
พฤติกรรมสุขภาพ

ผู้รับผิดชอบบทความ

เพ็ญศิริ ทานให้

อีเมล: pensiri@scphkk.ac.th

วันที่ได้รับบทความ : 11 กันยายน 2567

วันที่แก้ไขบทความ : 9 ตุลาคม 2567

วันตอบรับบทความ : 22 พฤศจิกายน 2567

บทนำ

สุขภาพของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษามีสำคัญต่อการดำเนินชีวิตที่ส่งผลโดยตรงกับประสิทธิภาพการเรียนรู้ และคุณภาพชีวิต การเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาในสาขาสุขภาพซึ่งมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่ประชาชน การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจึงเป็นสำหรับการสร้างพื้นฐานสุขภาพที่แข็งแรงให้แก่นักศึกษา หนึ่งในโมเดลที่ได้รับการพัฒนา และนำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา คือ สถาบันพระบรมราชชนกโมเดล (สบช.โมเดล) โดยการนำเครื่องมือป้องกันจรรยาบรรณชีวิต 7 สี ซึ่งเป็นโมเดลที่เน้นการดูแลสุขภาพในทุกมิติ ประกอบด้วย 7 ด้านหลัก ได้แก่ สุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคม สุขภาพอารมณ์ สุขภาพจิตวิญญาณ สุขภาพการทำงาน และสุขภาพสิ่งแวดล้อม โมเดลนี้ได้รับการออกแบบเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพที่สมดุลในทุกด้าน¹ จากสถานการณ์ปัจจุบัน พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ นอนหลับไม่เพียงพอ หรือมีความเครียดจากการเรียน ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพในระยะยาว ซึ่งอาจลดประสิทธิภาพการเรียนรู้ และเพิ่มโอกาสการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดหัวใจ² จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ยังชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในกลุ่มนักศึกษา สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเหล่านี้ได้อย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาของ Smith & Jones พบว่า การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผ่านโปรแกรมที่ครอบคลุมทุกด้านของสุขภาพ สามารถปรับปรุงพฤติกรรมด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และสุขภาพจิตของนักศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ³ ซึ่งการนำ สบช.โมเดล โดยการนำเครื่องมือป้องกันจรรยาบรรณชีวิต 7 สี มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยในสังกัดคณะสาธารณสุขศาสตร์ และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนานักศึกษาให้เป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความสามารถในการดูแลตนเอง พร้อมกับมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁴ ด้วยการบูรณาการการพัฒนากระบวนการดำเนินงานตามวงจรคุณภาพ PAOR (Plan, Action, Observation, and Reflection) ของ Kemmis & McTaggart มาเพื่อประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยรวม การประเมินและพัฒนารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาโดยใช้ สบช.โมเดล จะทำให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนในการพัฒนาการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของนักศึกษา และนำไปสู่การปรับปรุงรูปแบบการเรียนการสอนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบและประเมินพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ สบช.โมเดล (ป้องกันจรรยาบรรณชีวิต 7 สี) ในวิทยาลัยฯในสังกัดคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา
2. เพื่อศึกษารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ สบช.โมเดล (ป้องกันจรรยาบรรณชีวิต 7 สี)
3. เพื่อสร้างและประเมินรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ สบช.โมเดล (ป้องกันจรรยาบรรณชีวิต 7 สี)

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) การดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566 ถึง กันยายน พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มนักศึกษาเพื่อค้นหาปัญหา ความต้องการ และสร้างแนวทางในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาใช้วิธีการกำหนดผู้ร่วมวิจัยแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (สาขาสาธารณสุขชุมชน) นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (สาขาทันตสาธารณสุข) นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงเทคนิคเภสัชกรรม และนักศึกษาศูนย์ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ รวมทั้งสิ้น จำนวน 150 คน

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 5 ส่วน ดังนี้

1.1 แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ หลักสูตร น้ำหนัก ส่วนสูง และค่าดัชนีมวลกาย

1.2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก สบช. โมเดล 3อ 3ล จำนวน 18 ข้อ

1.3 แบบการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ตามหลัก สบช. โมเดล 3อ 3ล จำนวน 12 ข้อ

1.4 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ อธิบายประเด็นพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติ และความต้องการที่จะปรับพฤติกรรมอะไรให้ระบุมาย่างน้อย 3 พฤติกรรมพร้อมวิธีการที่จะปรับพฤติกรรมสุขภาพ

1.5 แบบบันทึกกระบวนการสนทนากลุ่ม ในข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ อธิบายผลการปรับพฤติกรรม ภายหลังจากดำเนินการไปแล้วเป็นเวลา 21 วัน สะท้อนคิดและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ว่ามีสาเหตุ ปัจจัยใดที่ทำให้ได้สำเร็จหรือไม่สำเร็จ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อใช้เป็นเครื่องมือจัดการเชิงผลลัพธ์ ซึ่งเป็นแผนการดำเนินงานและกิจกรรมมีขั้นตอนการศึกษา 3 ระยะ คือ (1) ระยะวิเคราะห์ผลการประเมินสถานการณ์ และการค้นหาปัญหา, (2) ระยะดำเนินการ, และ (3) ระยะประเมินผล รายละเอียด ตามขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ระยะวิเคราะห์ผลการประเมินสถานการณ์ และการค้นหาปัญหา มีกิจกรรมการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้

1.1 การเตรียมข้อมูล ศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย และนำไปสู่การออกแบบการวิจัย รวบรวมข้อมูลพื้นฐานของนักศึกษา ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ และข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมและวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของนักศึกษา

1.2 การเตรียมนักศึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์การทำการวิจัย และกำหนดกลุ่มเป้าหมาย โดยการประสานงานกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือและให้การสนับสนุนในการดำเนินการวิจัย โดยประสานงานกับหลักสูตรที่นักศึกษาในสังกัดวิทยาลัยฯ ทั้ง 4 หลักสูตร เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ วิธดำเนินงาน และระยะเวลาดำเนินการวิจัย ตลอดจนขอความร่วมมือให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมกิจกรรมในการวิจัยครั้งนี้

1.3 การจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จะใช้ในกระบวนการวิจัยให้มีความพร้อม และมีจำนวนเพียงพอ ตลอดจนการวางแผนและการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอนของการวิจัย

1.4 การค้นหาปัญหาโดยใช้เครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ สบช. โมเดล ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา ด้วยการประยุกต์ใช้ สบช. โมเดล เพื่อค้นหาปัญหาด้วยเครื่องมือป้องกันจรรยาบรรณชีวิต 7 สี ในการ

ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 3ล ด้วยตนเอง เป็นเครื่องบ่งชี้ที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีพฤติกรรมสุขภาพดีนำไปสู่ผลลัพธ์ที่เป้าหมายที่คาดหวังไว้

2. ระยะดำเนินการวิจัย (Research Phase)

ด้วยการบูรณาการการพัฒนากระบวนการดำเนินงานตามวงจรคุณภาพ PAOR (Plan, Action, Observation, and Reflection) ของ Kemmis & McTaggart⁵ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) ประกอบด้วย

1) การสำรวจข้อมูลพื้นฐานของนักศึกษา ได้แก่ สุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคม สุขภาพอารมณ์ สุขภาพจิตวิญญาณ สุขภาพการทำงาน และสุขภาพสิ่งแวดล้อม โดยโมเดลนี้ได้รับการออกแบบเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพที่สมดุลในทุกด้าน รวมทั้งความคิดเห็น และข้อเสนอแนะพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา

2) การกำหนดแนวทางการดำเนินงานโดยการพัฒนาแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน ตาม สบช.โมเดล 3อ 3ล ประกอบด้วย อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ลดบุหรี่ยาลดแอลกอฮอล์ และลดอ้วน เป็นเครื่องมือบ่งชี้ที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีพฤติกรรมสุขภาพดี เพื่อศึกษาการประเมินและพัฒนารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา ในวิทยาลัยฯอย่างยั่งยืน ด้วยการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการระดับหลักสูตร การกำหนดแนวทางและวางแผนแก้ไขปัญหา โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการและการวางแผนแบบมีส่วนร่วมโดยใช้เครื่องมือป้องกันปัจจัยเสี่ยงชีวิต 7 สีในการวิเคราะห์ปัญหาที่ได้จากการศึกษา และวางแผนในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ระหว่างผู้วิจัย และนักศึกษาวิทยาลัยฯ

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action) การปฏิบัติตามแผนการดำเนินงานการมีส่วนร่วมของนักศึกษาในการพัฒนารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ สบช.โมเดล (ป้องกันปัจจัยเสี่ยงชีวิต 7 สี) ในวิทยาลัยฯโดยดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ระหว่างเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2567 ตามแผนงาน และแนวทางการดำเนินงานที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมได้ 2 โครงการ คือ

1) โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา ตาม สบช. โมเดล

2) โครงการ Green & Clean public health โดยมีกิจกรรมการตรวจสุขภาพ ปีละ 1 ครั้ง วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ และได้รับการแก้ไขเชิงระบบ เกิดนวัตกรรม My Glass เป็นหนึ่งในการขับเคลื่อนของ สบช. โมเดล เพื่อป้องกันการปัญหาสุขภาพ ลดโรค ลดภัย ใส่ใจสิ่งแวดล้อมในวิทยาลัยฯ

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation) การสังเกตการจัดกิจกรรมการดำเนินงานการบูรณาการทั้ง 7 ด้าน เพื่อขับเคลื่อน สบช. โมเดล ในวิทยาลัยฯ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) การนำผลการสังเกต และการสะท้อนความคิดเห็นผู้เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา ในวิทยาลัยฯเสนอต่อที่ประชุม ผู้ร่วมวิจัยวิเคราะห์ ประเมินผลและประมวลผลการศึกษากำหนดรูปแบบการดำเนินกิจกรรมของนักศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ สบช.โมเดล ในวิทยาลัยฯอย่างยั่งยืน

3. ระยะประเมินผล (Evaluation)

การสรุปผลการวิจัยผู้วิจัยนำผลการวิจัยมาเรียบเรียง วิเคราะห์ข้อมูล และประมวลผลอย่างเป็นระบบ ยึดหลักการเขียนสรุปรายงานบนพื้นฐานข้อมูลที่เป็นจริง และอภิปรายผลอิงหลักวิชาการให้เกิดแนวคิดหลากหลาย และเป็นองค์ความรู้ใหม่ ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งการประเมินออกเป็น 2 ช่วง คือ การประเมินผลระหว่างดำเนินการ และการประเมินผลสรุปเมื่อครบกำหนดเวลาการศึกษา ดังนี้

3.1 การประเมินผลระหว่างดำเนินการ ประกอบด้วย

1) การประเมินผลการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยกระบวนการแบบมีส่วนร่วมของนักศึกษา ด้านกระบวนการ และรูปแบบการดำเนินงานที่เกิดขึ้นหลังจากใช้การวางแผนแบบมีส่วนร่วมของนักศึกษา

2) การประเมินผลระหว่างการนำรูปแบบไปในวิทยาลัยฯ เป็นการสะท้อนปฏิบัติ เมื่อนำรูปแบบการดำเนินงานที่ได้ไปใช้ในวิทยาลัยที่ศึกษาของผู้วิจัย และนักศึกษา เพื่อทราบความก้าวหน้าของการดำเนินงาน รวมถึงปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น เป็นการติดตามประเมินความรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาการมีส่วนร่วมจากนักศึกษาเกิดผลลัพธ์ระดับวิทยาลัย

3.2 การประเมินผลสรุปเมื่อครบกำหนดเวลาการศึกษา เป็นการประเมินผลลัพธ์ที่ได้หลังจากการดำเนินกิจกรรมโดยการประยุกต์ใช้ สบช. โมเดล (ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี) ในวิทยาลัยฯ ดังนี้

1) ด้านความรู้ เป็นการประเมินความรู้เรื่อง และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา

2) ด้านการมีส่วนร่วม เป็นการประเมินการมีส่วนร่วมจากนักศึกษา เกิดผลลัพธ์ระดับวิทยาลัยฯ คือ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ การทบทวนความรู้ หรือเพื่อนช่วยเพื่อน การเล่นเกม ดนตรี และจิตอาสาในวิทยาลัยฯ ที่สมัครใจ และยินดีเข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 150 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะวิเคราะห์ผลการประเมินสถานการณ์ และการค้นหาปัญหา เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยแบบสอบถาม

2. ระยะดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview), การสนทนากลุ่ม (Focus group interview) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant observation) และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participant observation) ของกลุ่มผู้ร่วมวิจัย

3. ระยะประเมินผล การติดตามข้อมูลผลการปฏิบัติงานด้วยข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่รวบรวมมาจากระยะที่ 2 เพื่อประกอบการพิจารณาในการเก็บรวบรวมในงานวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่สำคัญ คือ ผู้วิจัยซึ่งผ่านกระบวนการศึกษาในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ และมีประสบการณ์ในการวิจัย รวมทั้งการเรียนรู้จากการอบรม ประชุมเกี่ยวกับการทำวิจัย และเครื่องมือเชิงปริมาณซึ่งเป็นแบบทดสอบความรู้ในการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา โดยใช้ประเมินกลุ่มนักศึกษาซึ่งเป็นผู้รับผลการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งมีค่าความตรงระหว่าง 0.67-1.000 และความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ จากการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยในกลุ่มวิทยาลัยด้านสุขภาพที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยทดสอบด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช เท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงปริมาณ ด้วยสถิติพรรณนา เพื่ออธิบาย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด ส่วนสถิติอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ก่อน-หลังการดำเนินงานโครงการในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่อิสระต่อกัน (Paired t-test) เพื่ออธิบาย Mean difference, 95% Confidence of interval (95%CI) โดยทดสอบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05 สถิติเชิงคุณภาพนำมาเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหา ด้วยการรวบรวมจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสนทนากลุ่ม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ได้ยึดหลักเกณฑ์การดำเนินการวิจัยตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of helsinki) โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่โครงการ: HE652079 ณ วันที่ 13 ธันวาคม 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลที่ค้นพบจากการประเมินสภาพปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา

การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ นักศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ สบช. โมเดล (ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี) พบว่า นักศึกษาจำนวน 150 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 อายุ อายุเฉลี่ย 18.91 ปี อายุระหว่าง 17-26 ปี มีค่าดัชนีมวลกาย 18.50-22.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตรอยู่ใน ระดับร่างกายสมส่วน ร้อยละ 48.00 พฤติกรรมที่ นักศึกษาที่ประเมินตนเองว่าปฏิบัติได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด 3 อ คือ การออกกำลังกาย ร้อยละ 36.00 อาหาร ร้อยละ 48.00 และอารมณ์ ร้อยละ 78 และพฤติกรรม 3 ล ปฏิบัติได้ ดังนี้ ลดการสูบบุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 98 ลดการดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์ ร้อยละ 96 และ ลดอ้วน ร้อยละ 28.00 ตามลำดับมีพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับป้องกันเสียก่อนและเสียแล้ว ร้อยละ 58.00 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา (N=150)

Table 1 Number and percentage of students' health behaviors (N=150)

Information of health behavior	Number (n)	Percentage (%)
General characteristics:		
Female	120	80.00
Male	30	20.00
Age Average: 18.91 years (S.D. = 1.12) Minimize = 17 years, Maximize = 26 years		
Body mass index (BMI)		
Underweight (<18.50)	36	24.00
Normal weight (18.50-22.99)	72	48.00
Overweight (23.00-24.90)	12	8.00
Obese class 1 (25.00-29.90)	27	18.00
Obese class 2 (≥30.00)	3	2.00
Exercise behavior		
Can exercise	54	36.00
Cannot exercise	96	64.00
Diet behavior		
Can maintain a good diet	72	48.00
Cannot maintain a good diet	78	52.00
Smoking behavior		
No-smoking	147	98.00
Smoking	3	2.00

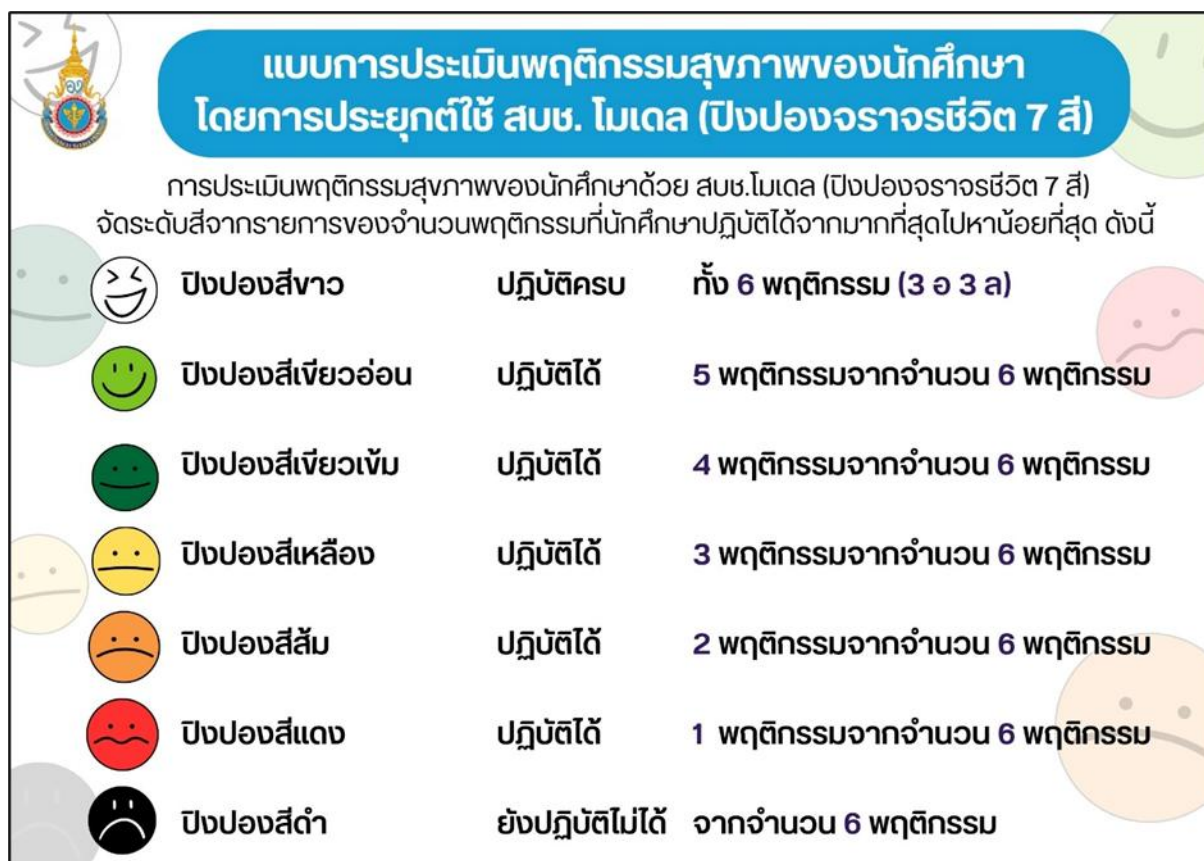
Information of health behavior	Number (n)	Percentage (%)
Alcohol consumption behavior		
Does not drink alcohol	144	96.00
Drinks alcohol	6	4.00
Health Behavior 7-color of life traffic ping-pong		
White (Practiced all 6 behaviors)	27	18.00
Light Green (Practiced 5 behaviors)	48	32.00
Dark Green (Practiced 4 behaviors)	39	26.00
Yellow (Practiced 3 behaviors)	15	10.00
Orange (Practiced 2 behaviors)	12	8.00
Red (Practiced 1 behavior)	9	6.00
Black (Unable to practice any health behaviors)	0	0.00

2. ผลการศึกษารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ สบช. โมเดล (ป้องกัน จราจรชีวิต 7 สี) ในวิทยาลัยฯ

การนำเอากระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ด้วยกระบวนการพัฒนางวลือคุณภาพ PAOR (Plan, Action, Observation, and Reflection) ของ Kemmis & McTaggart⁵ มาใช้เป็นเครื่องมือเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม ดังนี้

2.1 โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยฯ สรุปลักษณะที่ดำเนินการ ดังนี้

นักศึกษาได้รับการตรวจสุขภาพ ปีละ 1 ครั้ง ซึ่งมีการได้รับการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ และได้รับการแก้ไขเชิงระบบ โดยมีการดำเนินกิจกรรม ดังนี้ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดัน เจาะเลือดตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด โดยใช้หลักการของป้องกันจราจรชีวิต 7 สีเข้ามาเป็นโมเดลในการดำเนินงานครั้งนี้ เป็นเครื่องมือในการคัดกรอง และจัดระดับความรุนแรงของโรค ด้วยการเทียบกับป้องกันจราจรชีวิต 7 สี เพื่อที่ง่ายต่อการจัดแบ่งกลุ่มนักศึกษา ออกเป็น 4 กลุ่มโดยประกอบด้วยกลุ่มปกติสีขาว กลุ่มเสี่ยงสีเขียวอ่อน กลุ่มป่วยระดับสูงมีสีเขียวเข้ม ระดับ 1 สีเหลือง, ระดับ 2 สีส้ม, และระดับ 3 สีแดง ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนให้ใช้สีดำ ส่วนการแก้ไขปัญหามุ่งเน้นไปที่การป้องกันไม่ให้เกิดผู้ป่วยหน้าใหม่ คือ สีเหลือง ลดความรุนแรงของโรคจากสีแดงให้เป็นสีส้มสีเหลือง และสีเขียวเข้มรวมทั้งลดความเสี่ยงของผู้ป่วยกลุ่มสีแดงไม่มีโรคแทรกซ้อน คือ สีดำ เป็นต้น และมีแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ สบช. โมเดล การค้นหาปัญหาด้วยเครื่องมือขึ้นนี้ ป้องกันจราจรชีวิต 7 สี เป็นเครื่องมือ เชิงสัญลักษณ์ในการประเมินพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองตามหลัก สบช.โมเดล 30 3ล โดยใช้แบบสอบถาม และนำผลการประเมินมาจัดระดับสีโดยการนับจำนวนของพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติได้ จากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด ดังนี้ สีขาว: ปฏิบัติได้ครบทั้ง 6 พฤติกรรม สีเขียวอ่อน: ปฏิบัติได้ 5 พฤติกรรม สีเขียวเข้ม: ปฏิบัติได้ 4 พฤติกรรม สีเหลือง: ปฏิบัติได้ 3 พฤติกรรม สีส้ม: ปฏิบัติได้ 2 พฤติกรรม สีแดง: ปฏิบัติได้ 1 พฤติกรรม และสีดำ: ยังปฏิบัติไม่ได้ เครื่องมือที่ใช้ส่งเสริมให้นักศึกษาประเมินพฤติกรรมสุขภาพของตนเองในรูปแบบ ป้องกัน 7 สี เป็นเกณฑ์ในการจัดระดับที่เข้าใจง่าย โดยแสดงระดับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจากมากที่สุดไปจนถึงน้อยที่สุด (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 แสดงการประเมินพฤติกรรมสุขภาพด้วย สบช. โมเดล (ป้องกันจراثิวิต 7 สี)

การทดสอบความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยฯ ก่อนและหลังดำเนินการ กิจกรรม ดังนี้ ก่อนการทำการกิจกรรม พบว่า นักศึกษา ส่วนใหญ่ร้อยละ 64.00 มีระดับความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย 2.27 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.88 ซึ่งแสดงถึงความหลากหลายของระดับความรู้ค่อนข้างสูง ($\bar{X} = 2.09$, S.D. = 0.86) หลังการทำการกิจกรรม พบว่า นักศึกษาทุกคนมีความรู้เพิ่มขึ้นมาอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 100 ($\bar{X} = 3.72$, S.D. = 0.75) ซึ่งพบว่า นักศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น 1.62 คะแนน (95%CI = 0.87-2.42) ซึ่งแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 รายละเอียด (ดังตารางที่ 2 และ ตารางที่ 3 ตามลำดับ)

ตารางที่ 2 แสดงระดับและค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการฯ (N=150)

Table 2 Levels and mean score of knowledge before and after intervention (N=150)

Level of knowledge	Before intervention		After intervention	
	Number	Percentage (%)	Number	Percentage (%)
High (3.67-5.00)	96	64.00	150	100.00
Moderate (2.34-3.66)	54	36.00	0	0.00
Low (1.00-2.33)	0	0.00		0.00
Mean $\pm$ S.D.	2.09 $\pm$ 0.86		3.72 $\pm$ 0.75	

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการฯ (N=150)

Table 3 Comparison mean score of knowledge before and after intervention (N=150)

Periods	Mean	S.D.	Mean diff.	95%CI	p-value
Before intervention	2.09	0.86	1.62	0.87-2.42	<0.001*
After intervention	3.72	0.75			

*test significantly with paired t-test

2.2 โครงการ Green & Clean public health ในวิทยาลัยฯ สามารถดำเนินกิจกรรมและสรุปผล ดังนี้ การดำเนินกิจกรรมโครงการ Green & Clean public health ในวิทยาลัย เกิดจากการมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมรับผิดชอบของนักศึกษา มีการนำข้อมูลปัญหาทางด้านสภาพแวดล้อม การเปิดใช้น้ำ ไข้ไฟ มีขยะล้นถัง อาทิ ขวดพลาสติก แก้วน้ำ และถุงพลาสติก เป็นต้น มาวิเคราะห์ร่วมกันโดยการนำเครื่องมือป้องกัน จราจรชีวิต 7 สี มาใช้ในการแยกประเด็น โดยใช้เครื่องมือ PAR ค้นหาปัญหาเชิงลึก และครอบคลุมทุกด้านได้ ครบถ้วนอย่างสมบูรณ์ สู่การจัดทำแผนการดำเนินงานโครงการ Green & Clean public health ร่วมกันนำสู่ การจัดการแก้ไขปัญหাসุภาพ ลดโรค ลดภัย ใส่ใจสิ่งแวดล้อมในวิทยาลัยฯ โดยการปรับปรุงภูมิทัศน์ มีการ จัดการคัดแยกขยะ สามารถแบ่งตามลักษณะทางกายภาพ ของขยะได้เป็น 4 ประเภท ได้แก่ (1) ขยะอินทรีย์ หรือขยะย่อยสลายได้, (2) ขยะรีไซเคิล, (3) ขยะทั่วไป, และ (4) ขยะอันตราย ซึ่งแต่ละประเภท หากเรามีการ คัดแยกขยะแล้ว จะทำให้เราสามารถจัดหาวิธีในการนำไปจัดการ และกำจัดได้อย่างถูกวิธี และเหมาะสม สามารถนำกลับมาใช้ประโยชน์ใหม่ได้อีก มีการจัดอบรมสร้างทีมครู ข โดยการเข้ารับการอบรมความรู้ในการ ประเมิน และให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ สบช. โมเดล (ป้องกัน จราจรชีวิต 7 สี) เพื่อลดปัญหาสุขภาพที่ตามมา นักศึกษาในวิทยาลัยฯ เพื่อดำเนินการออกให้ความรู้ในกลุ่ม นักศึกษาด้วยกันในวิทยาลัยฯ จำนวน 680 คน ให้รู้จักการดูแลสุขภาพของตนเองที่ถูกต้อง เช่น สุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคม สุขภาพอารมณ์ สุขภาพจิตวิญญาณ สุขภาพการทำงาน(การเรียนรู้) และสุขภาพ สิ่งแวดล้อม เป็นต้น มีการดำเนินกิจกรรมในวิทยาลัยฯ แบบบูรณาการอย่างต่อเนื่อง และยังมีการคิดค้น นวัตกรรม เกิดนวัตกรรม กิจกรรมภารกิจปรับพฤติกรรม 3 อ.ภายใน 21 วัน โดยใช้ทฤษฎีการผลักดัน หรือ ทฤษฎีสะกิด (Nudge Theory)⁶ เป็นการสะกิดความคิดสะกิดพฤติกรรมสร้างแรงจูงใจอย่างแนบเนียนที่จะ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีสุขภาพดี ประกอบด้วยกิจกรรมชวนเพื่อน ออกกำลังกาย รับประทานอาหารเพื่อ สุขภาพ สวดมนต์และนั่งสมาธิ นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ 6-8 ชั่วโมง นักศึกษาชั้นปีที่ 1 สนใจเข้าร่วม กิจกรรม ร้อยละ 72 และ My Glass เป็นหนึ่งในการขับเคลื่อนของสบช.โมเดล เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพ ลด โรค ลดภัย ใส่ใจสิ่งแวดล้อมในวิทยาลัยฯ ได้เป็นอย่างดี โดยทีมนักศึกษาในวิทยาลัยฯ มีการณรงค์ใช้แก้วน้ำ ส่วนตัว เพื่อลดขยะ และแก้วพลาสติกในวิทยาลัยฯ และให้คำแนะนำในคัดแยกขยะที่ถูก เพื่อลดการใช้ ทรัพยากร และลดขยะมูลฝอย ซึ่งจากการดำเนินกิจกรรมการบูรณาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ นักศึกษาวิทยาลัยฯ อย่างเข้มแข็งต่อเนื่อง พบว่า ทำให้สถิติการเกิดโรค และภัยสุขภาพ ลดการใช้ทรัพยากร และขยะมูลฝอยลดลง ร้อยละ 70

3. ผลการพัฒนารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ สบช. โมเดล (ป้องกัน จราจรชีวิต 7 สี) ในวิทยาลัยฯ

ผลจากการดำเนินงานสามารถพบข้อค้นพบจากการพัฒนารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาโดย การประยุกต์ใช้ สบช. โมเดล (ป้องกันจราจรชีวิต 7 สี) ในวิทยาลัยฯ ดังนี้

3.1 การประยุกต์ใช้ สบข. โมเดล (ป้องกันจรรยาบรรณชีวิต 7 สี) การนำหลักการของโมเดลมาปรับใช้เพื่อสร้างความเข้าใจง่าย และส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ เช่น การจัดกิจกรรมสุขศึกษา การรณรงค์ในเรื่องการใส่ใจสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม การลดปัจจัยเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดโรค และการป้องกันภัยในวิทยาลัย

3.2 การประเมินผล และปรับปรุง มีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาหลังจากการดำเนินกิจกรรม โดยเน้นการวัดผลด้านการลดโรค การใส่ใจสิ่งแวดล้อม และการลดภัยทางสุขภาพในสถานศึกษา

3.3 การนำเสนอข้อค้นพบ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอาจเน้นไปที่การออกแบบกิจกรรมสุขภาพที่เป็นสีสันและน่าสนใจ โดยให้ผู้เข้าร่วมสามารถเห็นประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง รวมถึงการสร้างบรรยากาศเชิงบวกในสถานศึกษา รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจะเน้นที่การสร้างพฤติกรรมที่มีความยั่งยืน เช่น การป้องกันโรค ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภัยสุขภาพ และการดูแลสิ่งแวดล้อมในสถานศึกษา เพื่อให้เกิดผลดีทั้งระยะสั้น และระยะยาวต่อสุขภาพของนักศึกษา นำสู่เป้าหมาย คือ เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพ ลดโรค ลดภัยใส่ใจสิ่งแวดล้อมในวิทยาลัยฯ

การอภิปรายผล

สถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพ ผลการวิจัย พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 80.00 อายุ อายุเฉลี่ย 18.91 ปี มีค่าดัชนีมวลกายร่างกายสมส่วน ร้อยละ 48.00, และ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ส่วนใหญ่ปฏิบัติได้ 4-5 จากทั้งหมด 6 พฤติกรรม 30 30 อยู่ในระดับป้องกันสี่เขียวอ่อน ร้อยละ 32.00 และสีเขียวเข้ม ร้อยละ 26 พฤติกรรมที่นักศึกษาส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่าปฏิบัติไม่ได้ คือ การออกกำลังกาย ร้อยละ 64.00 รับประทานอาหารลดหวาน มันและเค็ม ร้อยละ 52.00 และลดอ้วน ร้อยละ 28.00 ตามลำดับ สาเหตุการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ เนื่องจากการขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ การใช้เวลาว่างไม่เกิดประโยชน์ ไม่มีการทบทวนความรู้หลังเรียน ขาดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่รวมเข้าร่วมกิจกรรม อาทิ การเล่นกีฬา ดนตรี และจิตอาสา และทางด้านสภาพแวดล้อม เกิดขยะล้นถัง อาทิ ขวดพลาสติก แก้วน้ำ และถุงพลาสติก นำสู่การการค้นหาปัญหาโดยการใช้เครื่องมือเชิงผลลัพธ์โดยการประยุกต์ใช้ สบข. โมเดล (ป้องกันจรรยาบรรณชีวิต 7 สี)⁴ มีกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมโดย ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องประกอบด้วย นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (สาขาสาธารณสุขชุมชน) นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (สาขาทันตสาธารณสุข) นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงเทคนิคเภสัชกรรม และนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ รวมทั้งสิ้น จำนวน 150 คน โดยใช้กระบวนการประชุมชี้แจง การพัฒนารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ สบข. โมเดล (ป้องกันจรรยาบรรณชีวิต 7 สี) ในวิทยาลัยฯ ทำให้มีเครือข่ายนักศึกษาในวิทยาลัยฯ เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างความเข้าใจง่าย และส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพทั้ง 6 ด้าน 30 30 ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของภุริษา พชรธรรมากุล⁷ พบว่า ความสำเร็จที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะเป็นกุญแจสำคัญในการขับเคลื่อนมาตรการ และการขับเคลื่อนงานในการดำเนินการแก้ไขหรือป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจร การมีส่วนร่วมโดยทั่วไปในการ ตัดสินใจในขั้นตอนการปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ รวมทั้งการประเมินผล และการสะท้อนกลับได้ปรับให้ มีความเหมาะสมตามบริบทของเครือข่ายในพื้นที่ ทำให้เกิดการดำเนินกิจกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุอย่างต่อเนื่องโดยการร่วมมือจากภาคีเครือข่าย จากการให้ความสำคัญของผู้บริหารระดับท้องถิ่น ด้วยการสนับสนุนงบประมาณ และรวมทั้งมีเครือข่ายของนักศึกษาเข้ามาเป็นแนวร่วมทำให้เกิดความเข้มแข็งในการดำเนินงานขึ้น ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คือ มีเครือข่ายนักศึกษาในวิทยาลัยฯ คະແນນความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นจากก่อนการได้รับความรู้ สอดคล้องกับรูปแบบของการศึกษาของ ศิริเนตร สุขดี⁸ ด้วยแนวคิดการพัฒนาแบบการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า การมีส่วนร่วมตั้งแต่การเข้าใจบริบทของพื้นที่และกลุ่มประชากร การสร้างความตระหนัก การหาแนวทางแก้ปัญหา การพัฒนาแนวทางเพื่อการปรับเปลี่ยน การสร้างผู้นำ การจัดกิจกรรมกลุ่มที่ตรงตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย การติดตามประเมินผล และการสะท้อน (Reflect) ผลการปฏิบัติงาน ย่อมก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น เช่นเดียวกับการเกิดโครงการ Green & Clean public health ในวิทยาลัย พบว่า ทำให้สถิติการเกิดโรค และภัยสุขภาพลดการใช้ทรัพยากร และขยะมูลฝอยลดลง และได้รูปแบบจากการพัฒนา (1) การประยุกต์ใช้ สบช. โมเดล (ป้องกันจราจรชีวิต 7 สี): เช่น การจัดกิจกรรมสุขศึกษา การณรงค์ในเรื่องการใส่ใจสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม การลดปัจจัยเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดโรค และการป้องกันภัยในวิทยาลัย, (2) การประเมินผล และปรับปรุง: มีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาภายหลังจากการดำเนินกิจกรรม โดยเน้นการวัดผลด้านการลดโรค การใส่ใจสิ่งแวดล้อม และการลดภัยทางสุขภาพในสถานศึกษา และ 3. การนำเสนอข้อค้นพบ: รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอาจนำไปใช้การออกแบบกิจกรรมสุขภาพที่น่าสนใจเป็นการขับเคลื่อน อาจารย์ บุคลากร และนักศึกษาในการบูรณาการการจัดการเรียนการสอน การสื่อสารเชิงสุขภาพ โดยให้ผู้เข้าร่วมสามารถเห็นประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และจากผลการวิจัยพบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดี คือ ไม่สูบบุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้า มากสุด ร้อยละ 98.00 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเพ็ญศิริ ทานให้⁹ พบว่านักศึกษาที่เข้าร่วมโครงการนักศึกษาทันตสาธารณสุขกับบทบาทในการควบคุมการบริโภคยาสูบป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ ได้ช่วยให้นักศึกษาทั้งวิทยาลัย มีความรู้ ความเข้าใจถึงพิษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพและการเลิกบุหรี่ และมีความคิดเห็นว่าบุหรี่เป็นภัยต่อสุขภาพต่อตนเองและบุคคลใกล้ชิด ในระดับมากที่สุด เป็นการส่งผลต่อเจตคติต่อพฤติกรรมการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมโดยการ ลด ละ เลิกการสูบบุหรี่จากนักศึกษารุ่นต่อรุ่นมาเป็นระยะเวลาหลายปีติดต่อกันส่งผลให้นักศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่จึงเป็นการปลูกฝังต้นแบบการดูแลสุขภาพตนเองในการลดบุหรี่ได้เป็นอย่างดี รวมถึงการสร้างบรรยากาศวิชาการเชิงบวกในสถานศึกษา รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจะเน้นที่การสร้างพฤติกรรมที่มีความยั่งยืน ผ่านการดำเนินงาน สบช.โมเดล ที่สอดคล้องกับงานวิจัยของวิชัย เทียนถาวรและคณะ⁴ การศึกษาพัฒนาวิจัยและนวัตกรรมสุขภาพด้านการส่งเสริมและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภายใต้ โครงการสร้างชุมชนสุขภาพด้วย สบช. โมเดล 2022: 1 วิทยาลัย 1 ชุมชน เทิดพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระ วชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว พบว่า มีนโยบายให้วิทยาลัยในสังกัดได้สร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมในการส่งเสริมการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนโดยใช้ สบช.โมเดล โดยการศึกษาของ Hatfield, et al.¹⁰ พบว่าโครงการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมของมหาวิทยาลัยอาจสัมพันธ์กับแนวปฏิบัติที่สนับสนุนสุขภาพมากขึ้น มหาวิทยาลัยอาจได้รับประโยชน์จากการดำเนินการเปลี่ยนแปลงนโยบาย/แนวปฏิบัติที่สอดคล้องประสานกัน เพื่อสนับสนุนการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่ดี เช่นเดียวกับข้อสรุปการศึกษาของ Cunningham-Sabo, et al.¹¹ พบว่า การดำเนินโครงการที่ประสบผลสำเร็จได้เกิดจากการมีส่วนร่วมของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ นอกจากนี้ ความสำคัญของการดำเนินงานย่อมขึ้นอยู่กับรูปแบบของการประเมินที่เหมาะสมและสามารถนำไปพัฒนาและปรับปรุงได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นในบทบาทของสถานศึกษา คือ การป้องกันโรค ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภัยสุขภาพ และการดูแลสิ่งแวดล้อมในสถานศึกษา เพื่อให้เกิดผลดีทั้งระยะสั้น และระยะยาวต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตใจของนักศึกษา นำสู่เป้าหมาย คือ เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพ ลดโรค ลดภัย ใส่ใจสิ่งแวดล้อมในวิทยาลัย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

- 1.1 วิทยาลัยควรสร้างเวทีการมีส่วนร่วมกับนักศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา
- 1.2 ควรมีการจัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมหรือกระตุ้นให้มีการดำเนินงานเป็นไปตามแผนงานและกิจกรรมที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
- 1.3 ควรมีการจัดสรรงบประมาณในแต่ละปีงบประมาณให้เพียงพอและเหมาะสมสำหรับการดำเนินงานหรือโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยฯ อย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 2.1 ควรใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ในการศึกษาวิจัย และการออกแบบกิจกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติได้ง่ายและน่าสนใจ โดยให้ผู้เข้าร่วมสามารถเห็นประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง รวมถึงการสร้างบรรยากาศเชิงบวกในสถานศึกษา รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจะเน้นที่การสร้างพฤติกรรมที่มีความยั่งยืน เช่น การป้องกันโรค ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภัยสุขภาพ และการดูแลสิ่งแวดล้อมในสถานศึกษา เพื่อให้เกิดผลดีทั้งระยะสั้น และระยะยาวต่อสุขภาพของนักศึกษา
- 2.2 ควรมีการนำผลการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา หรือนำไปขยายผลต่อยังประชาชน หรือหน่วยงานอื่น ๆ เป็นต้น
- 2.3 ควรมีการติดตาม และส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ เพื่อกระตุ้นให้นักศึกษาเกิดความตระหนัก และดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา และรวมไปถึงกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวเนื่องในวิทยาลัยในสังกัดอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันพระบรมราชชนก. *คู่มือการส่งเสริมสุขภาพด้วย สบช. โมเดล (ป้องกันจรรยาจริย 7 สี)*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
2. World Health Organization. *Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: WHO Press; 2021.
3. Smith A, Jones B. The impact of comprehensive health behavior promotion on college students' health outcomes. *Journal of Health Promotion*. 2019; 45(3): 123-34.
4. วิชัย เทียนถาวร, วณิชา ชื่นกองแก้ว, วสุธร ตันวัฒนกุล, พยงค์ เทพอักษร. การพัฒนาวิจัยและนวัตกรรมสุขภาพด้านการส่งเสริมและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภายใต้ โครงการสร้างชุมชนสุขภาพด้วย สบช. โมเดล 2022: 1 วิทยาลัย 1 ชุมชน เทิดพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว (2565-2567). *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 2565; 5(2): 187-94.
5. Kemmis S, McTaggart R. *The Action research planner*. 3rd ed. Geelong: Deakin University; 1988.
6. เฉลิมชัย เอื้อวิริยะวิทย์. *Nudge Theory ทฤษฎี Nudge เป็นแนวคิดที่ยืดหยุ่นและทันสมัย สำหรับ:* [อินเทอร์เนต]. 2021 [เข้าถึงเมื่อ 14 ต.ค. 2567]. เข้าถึงจาก: <https://chai56.medium.com/nudge-theory-70169762fadd>

7. ฐริษา พัชรธรรมากุล. *การบูรณาการการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ภายใต้การดำเนินชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสังขยง ตำบลสะอาดสมบูรณ์ อำเภอร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด*. การประชุมวิชาการวันหมออนามัยแห่งชาติ. วันที่ 13-14 กันยายน 2563. ปทุมธานี: สมาคมหมออนามัย; 2563. หน้า 1-13.
8. ศิริเนตร สุขดี. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน. [*ปริญญานิพนธ์ การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์*] กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2560.
9. เพ็ญศิริ ทานให้. นักศึกษาทันตสาธารณสุขกับบทบาทในการควบคุมการบริโภคยาสูบป้องกันนักสูบน้ำใหม่. *วารสารทันตภิบาล*. 2563; 31(2): 90-106.
10. Hatfield DP, Sharma S, Bailey CP, Bakun P, Hennessy E, Simon C, et al. Implementation of nutrition and physical activity-related policies and practices on college campuses participating in the Healthier Campus initiative. *Journal of American College Health*. 2022; 72(4): 1192-99.
11. Cunningham-Sabo L, Tagtow A, Mi S, Engelken J, Johnston K, Herman DR. Partnerships and Community Engagement Key to Policy, Systems, and Environmental Achievements for Healthy Eating and Active Living: a Systematic Mapping Review. *Prev Chronic Dis*. 2022; 19: E54.

บทความภายในเล่ม

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันแห้งของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์
- การเข้าถึงบริการทันตกรรมและสภาวะทันตสุขภาพของเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์
- การพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการบริการทางทันตกรรม และเพิ่มรายได้ตามชนิดบริการ เครือข่ายบริการสุขภาพวังโป่ง อำเภอวังโป่ง จังหวัดเพชรบูรณ์ ปี 2562 - 2566
- ปัจจัยส่วนบุคคล สภาวะช่องปาก กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ของประชากรอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทันตสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 6
- การประเมินและพัฒนารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา โดยการประยุกต์ใช้ สบช.โมเดล (ป้องกันจรรยาชีวิต 7 ส)