

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้มารับบริการทันตกรรม โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง

ซูลฟาร์ ปิโณ¹, ธนรัตน์ หมดเชื้อ^{2*}, ซาบีน่า มะสามะ³
พุทธิพงศ์ บุญชู² และชวนากร ศรีปรางค์²

รับบทความ: 24 กุมภาพันธ์ 2568; ส่งแก้ไข: 28 มีนาคม 2568; ตอรับ: 18 เมษายน 2568

บทคัดย่อ

บทนำ : ปัญหาด้านสุขภาพช่องปากของกลุ่มวัยทำงานเป็นปัญหาที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดมูลค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจของประเทศ ต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษาโรคที่มีราคาสูง โดยความรู้ด้านสุขภาพช่องปากเป็นกุญแจสำคัญสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่เกิดจากกระบวนการเรียนรู้และกระบวนการสื่อสารสุขภาพ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้มารับบริการทันตกรรมโรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง

วิธีดำเนินการวิจัย : เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม พ.ศ.2567 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มารับบริการทันตกรรมโรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรังที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี จำนวน 340 คน โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อการประมาณค่าสัดส่วน กรณีทราบประชากรที่แน่นอน และสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบบังเอิญ เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน คือ Chi-square test และ Spearman rank correlation test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุ 15-59 ปี อายุเฉลี่ย 33.37 ± 12.39 ปี ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพช่องปากทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับพอใช้ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ($p\text{-value} < 0.05$) คือ เพศ ระดับการศึกษา การได้รับความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านทักษะการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ ด้านทักษะการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านการตัดสินใจ และภาพรวมทั้ง 6 ด้าน

สรุป : หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำผลการศึกษานี้ไปจัดกิจกรรม เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างเหมาะสม เพื่อลดปัญหาสุขภาพช่องปากในประชากรกลุ่มวัยทำงาน

คำสำคัญ : วัยทำงาน ผู้มารับบริการทันตกรรม การรับรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง สถาบันพระบรมราชชนก จังหวัดตรัง 92110

²คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง สถาบันพระบรมราชชนก จังหวัดตรัง 92110 *อีเมลติดต่อ: thanarat@scphtrng.ac.th

³โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาไม้แก้ว อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี 20150

Factors Associated with Oral Health Care Behavior among Dental Service Clients at Trang Hospital, Trang Province

Zulfa Buenae¹, Thanarat Mudchiew^{2*}, Sabina Masamae³
Puttipong Boonchu², Chavanakorn Sriprang²

Received: February 24, 2025; Received revision: March 28, 2025; Accepted: April 18, 2025

Abstract

Background: Oral health issues among working-age populations can have physical and psychological impacts, leading to economic losses for the country and increased reliance on expensive medical services and treatments. Oral health literacy is a key factor in promoting behavioral changes in oral health, which are shaped by learning processes and health communication.

Objective: To examine personal information, oral health perceptions, oral health literacy, and oral health care behaviors, and to investigate factors associated with oral health care behaviors among dental service clients at Trang Hospital, Trang Province.

Materials and Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted using data collected between June and July 2024. The sample consisted of 340 dental service clients, aged 15–59 years. The sample was collected using proportional sampling based on a known population and accidental sampling. The data were collected using a questionnaire and analyzed using descriptive statistics, the chi-square test, and the Spearman rank correlation test. Associations with $p < 0.05$ were considered statistically significant.

Results: The findings revealed that the majority of the participants were female. The participants' ages ranged from 15–59 years, with an average age of 33.37 ± 12.39 years. Most participants had an education level below a bachelor's degree and reported having received oral health education. The average oral health literacy score and the average oral health care behavior score were both moderate. Factors significantly associated with oral health care behaviors (p -value < 0.05) included gender, education level, and oral health education and literacy. Specifically, oral health literacy encompasses six key dimensions: access to health information and services, knowledge and comprehension, communication skills for enhancing expertise, self-management skills, media literacy, decision-making, and overall literacy across these dimensions.

Conclusion: Relevant organizations should utilize the findings of this study to organize activities that promote oral health literacy and encourage appropriate changes in oral health care behaviors to reduce oral health issues in the working-age population.

Keywords: Working-age population, Dental service clients, Oral health perceptions, Oral health literacy, Oral health care behaviors

¹Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Bachelor of Public Health (Dental Public Health), Praboromarajchanok Sirindhorn College of Public Health, Trang Province Institute, Trang Province, 92110

²Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Sirindhorn College of Public Health, Trang Province, Praboromarajchanok Institute, Trang Province, 92110. *Corresponding E-mail: thanarat@scphtrang.ac.th

³Khao Mai Kaew Subdistrict Health Promoting Hospital, Bang Lamung District, Chonburi Province, 20150.

บทนำ

ปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นปัญหาที่สำคัญของคนทุกกลุ่มวัย แต่คนส่วนใหญ่มักจะกล่าวถึงกลุ่มเด็ก และกลุ่มผู้สูงอายุ โดยการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันโรคในช่องปาก เช่น โรคฟันผุ โรคเหงือกอักเสบ และมะเร็งในช่องปาก ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้อย่างมาก โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานที่มักประสบปัญหาการไม่ดูแลสุขภาพช่องปากอย่างเต็มที่ เนื่องจากภาระงานและเวลาที่จำกัดจากกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในชีวิตประจำวัน^[1] จากรายงานผู้ป่วยนอกอายุ 15-59 ปี ที่มารับบริการทางทันตกรรม ปีงบประมาณ 2566 จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข^[2] พบว่าระดับประเทศไทยมีผู้มารับบริการทางทันตกรรม ร้อยละ 10.02 ระดับจังหวัดตรัง มีผู้มารับบริการทางทันตกรรม ร้อยละ 17.64 ซึ่งสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดตัวชี้วัดการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในกลุ่มวัยทำงานไว้ว่า ประชากร อายุ 15-59 ปี ควรได้รับบริการทางทันตกรรม ร้อยละ 25.00 ซึ่งจากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ประชากรในกลุ่มวัยทำงานยังไม่สามารถเข้าถึงบริการทางทันตกรรมได้อย่างครบถ้วน และจากรายงานผู้ป่วยนอก อายุ 15-59 ปี ที่มารับบริการทันตกรรม 6 ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562-2567 ของโรงพยาบาลตรัง พบว่า จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการทันตกรรมสูงสุด คือ ปีงบประมาณ 2566 รองลงมา คือ ปีงบประมาณ 2562 (จำนวน 6,934 คน และ 6,925 คน ตามลำดับ) แต่ในช่วงสถานการณ์โควิด 19 ระหว่างปีงบประมาณ 2563-2565 ทำให้จำนวน ผู้มารับบริการทันตกรรมลดลงอย่างต่อเนื่องในทุก ๆ ปี (จำนวน 5,428 คน 4,622 คน และ 4,500 คน ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูล 5 เดือนแรกระหว่างปีงบประมาณ 2566 กับ 2567 คาดการณ์ว่า ใน

ปีงบประมาณ 2567 จำนวนผู้มารับบริการทันตกรรมลดลง โดยมีจำนวนผู้มารับบริการทันตกรรม จำนวน 2,325 คน ซึ่งจากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ในกลุ่มวัยทำงาน^[3] พบว่า เหตุผลที่คนวัยทำงานไม่ไปหาทันตบุคลากร คือ ไม่มีอาการผิดปกติ รองลงมา คือ ไม่มีเวลา และการระบาดของโควิด 19 (ร้อยละ 62.00 25.50 และ 11.80 ตามลำดับ) ส่งผลกระทบต่อการเกิดโรคในช่องปาก ได้แก่ โรคฟันผุ โรคเหงือกอักเสบ และระดับความรุนแรงของการเป็นโรคปริทันต์ ทำให้คุณภาพชีวิตของประชาชนในกลุ่มวัยทำงานลดลง นอกจากนี้ยังพบว่า สภาวะในช่องปากนั้นมีความสัมพันธ์กับความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งรอยโรคในช่องปากที่อาจกลายเป็นโรคมะเร็งในช่องปาก และเป็นสาเหตุการตายได้ จึงต้องให้ความสำคัญกับคนทำงานที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก^[1]

การดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีเริ่มต้นจากพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น การแปรงฟันอย่างถูกวิธี การใช้ไหมขัดฟัน การเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพช่องปาก และการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง การศึกษาพฤติกรรมเหล่านี้จึงมีความสำคัญในการเสริมสร้างการตระหนักรู้และพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อป้องกันโรคในช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากไม่เพียงแต่เกี่ยวข้องกับการแปรงฟันเพียงอย่างเดียว แต่ยังรวมถึงการใช้อุปกรณ์เสริมในการทำมาดาสะอาดช่องปาก เช่น การใช้ไหมขัดฟัน แปรงซอกฟัน น้ำยาบ้วนปาก และการรับบริการด้านสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคช่องปากได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยทำงานระหว่างรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ปี พ.ศ.2560^[4] และรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ปี พ.ศ. 2566^[3]

พบว่า มีพฤติกรรมการแปรงฟันตอนเช้าทุกวัน เพิ่มขึ้น (จากร้อยละ 94.70 เป็นร้อยละ 96.10) แปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวันลดลง (จากร้อยละ 9.20 เป็นร้อยละ 7.90) แปรงฟันก่อนนอนทุกวันลดลง (จากร้อยละ 83.40 เป็นร้อยละ 80.10) ใช้เวลาในการแปรงฟันตั้งแต่ 2 นาทีขึ้นไปเพิ่มขึ้น (จากร้อยละ 42.50 เป็นร้อยละ 70.00) ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวันลดลง (จากร้อยละ 86.10 เป็นร้อยละ 67.20) สำหรับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะดวกช่องปาก พบว่า มีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะดวกช่องปากเพิ่มขึ้น (จากร้อยละ 53.00 เป็นร้อยละ 66.70) เมื่อแยกเป็นรายพฤติกรรม พบว่า ใช้ไหมขัดฟันเพิ่มขึ้น (จากร้อยละ 4.10 เป็นร้อยละ 18.30) ใช้แปรงซอกฟันเพิ่มขึ้น (จากร้อยละ 1.90 เป็นร้อยละ 2.1) และใช้น้ำยาบ้วนปากเพิ่มขึ้น (จากร้อยละ 20.30 เป็นร้อยละ 38.40) นอกจากนี้ มีพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานเพิ่มขึ้น (จากร้อยละ 20.20 เป็นร้อยละ 56.20) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่เหมาะสม เช่น การไม่แปรงฟันเป็นประจำ การบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงสูง เช่น อาหารที่มีแป้งและน้ำตาล น้ำอัดลม และการละเลยการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง เช่น ไม่แปรงฟันหลังรับประทานอาหาร การบริโภคลูกอม ขนมขบเคี้ยว และเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง^[5] ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพช่องปาก

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับแนวคิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ซึ่งถูกกำหนดไว้ในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน และในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี เพื่อมุ่งสู่การเป็นสังคมอุดมปัญญาในอีก 20 ปีข้างหน้า^[6] ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยระดับสังคม นอกจากนี้ แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพยังถูกนำไปประยุกต์ใช้ในหลายด้านของงานสาธารณสุข รวมถึงงานด้านทันตสาธารณสุข โดยสำนัก

ทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้นำแนวคิดนี้มาเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดำเนินงานทันตสาธารณสุข โดยมีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากอย่างแพร่หลาย ทั้งนี้ Horowitz, A. M. & Kleinman, D. V.^[7] ได้เสนอว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเป็นทักษะสำคัญที่ต้องได้รับการพัฒนา ซึ่งจะช่วยให้เสริมสร้างความสามารถในการรับข้อมูลข่าวสาร ประเมิน วิเคราะห์ นำไปใช้ ป้องกันโรคในช่องปาก และการวางแผนการรักษา^[8] ปัญหาสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย รวมถึงความสามารถหรือความรู้ตามช่วงวัยในการดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมด้านสุขภาพช่องปาก และปัจจัยทางสังคม ซึ่งอาจส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อม^[9] สำหรับปัจจัยด้านความรู้ พบว่า มีความเชื่อมโยงกับการขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก^[10] ซึ่งเป็นทักษะที่ช่วยให้บุคคลสามารถคิดวิเคราะห์และเข้าใจข้อมูลสุขภาพพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและบริการที่จำเป็นในการตัดสินใจด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม อีกทั้งยังมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น^[11] ความรอบรู้ด้านสุขภาพถือเป็นปัจจัยสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อันเกิดจากกระบวนการเรียนรู้และการสื่อสารด้านสุขภาพ รวมถึงการดำเนินพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ทั้งนี้ ปัญหาสุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยทำงานยังคงเป็นปัญหาที่อาจส่งผลกระทบต่อทั้งในระยะสั้นและระยะยาวต่อสุขภาพกายและใจ ซึ่งนำไปสู่ความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศ รวมถึงการพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษาโรคที่มีราคาสูงขึ้น^[12] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มวัยทำงาน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจ^[13] ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมการแปรงฟัน

การใช้ไหมขัดฟัน^[14] พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการเข้ารับบริการทางทันตกรรม^[15]

จากที่กล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นว่า การศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้มารับบริการทางทันตกรรม เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีความสำคัญมากขึ้น เพื่อพัฒนา และประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ซึ่งยังเป็นสิ่งใหม่สำหรับประเทศไทย และยังมีศึกษานี้ในจังหวัดตรังน้อยมาก อีกทั้งการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างผู้มารับบริการทางทันตกรรมไม่มีการศึกษาอย่างแพร่หลาย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตระหนักในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้มารับบริการทันตกรรมโรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง โดยประยุกต์ใช้แนวคิด และทฤษฎีข้างต้นมากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ให้แก่ประชาชนในกลุ่มวัยทำงาน จนนำไปสู่การมีสุขภาพช่องปากที่ดี ซึ่งจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1) เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้มารับบริการทันตกรรมโรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง

2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้มารับบริการทันตกรรมโรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยระหว่างเดือน มิถุนายน-กรกฎาคม พ.ศ. 2567

ประชากร คือ ผู้มารับบริการ ทันตกรรม โรงพยาบาลตรัง ระหว่างอายุ 15-59 ปี ในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 6,934 คน จากฐานข้อมูล HDC^[2]

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มารับบริการ ทันตกรรม โรงพยาบาลตรัง ระหว่างอายุ 15-59 ปี จำนวน 340 คน โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อการประมาณค่าสัดส่วน กรณีทราบประชากรที่แน่นอน^[16] และกำหนดค่าสัดส่วนจากการทบทวนวรรณกรรม (P) เท่ากับ 0.31^[14] และใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่ความน่าจะเป็น โดยใช้การสุ่มอย่างแบบบังเอิญ

เกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ที่มารับบริการทางทันตกรรม อายุระหว่าง 15-59 ปี ทั้งรายใหม่ และรายเก่าที่มีสัญชาติไทย มีทะเบียนบ้านอยู่ในจังหวัดตรัง และสามารถอ่าน และเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้มารับบริการทางทันตกรรมตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบสอบถามปลายเปิด-ปิด ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 3 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ประยุกต์ใช้มาจากแบบประเมินการรับรู้ด้านสุขภาพช่องปากของการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9^[3] ประกอบด้วย ความพึงพอใจต่อสุขภาพช่องปากของตนเอง การมีปัญหาสุขภาพช่องปาก และการได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 6 ตอน 44 ข้อ

คะแนนเต็ม 160 คะแนน โดยผู้วิจัยปรับปรุงแบบสอบถามจากผลงานวิจัยของ พันธน์ภา จิตติมณี ในปี พ.ศ. 2562^[17] ดังนี้

ตอนที่ 1 ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 50 คะแนน เป็นแบบสอบถามประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ทำเป็นประจำ ทำบ่อยครั้ง ทำบางครั้ง แทบไม่ทำ และไม่ทำเลย กำหนดคะแนนตั้งแต่ 5-1 คะแนน ตามลำดับ ในข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9 และ 10 และกำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน ตามลำดับ ในข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อที่ 4 และ 5 สามารถแบ่งเกณฑ์เป็น 4 ระดับ จำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา^[12] ดังนี้ ระดับไม่ดี (น้อยกว่า 30.00 คะแนน) ระดับพอใช้ (30.00–34.99 คะแนน) ระดับดี (35.00–39.99 คะแนน) และระดับดีมาก (มากกว่าหรือเท่ากับ 40.00 คะแนน)

ตอนที่ 2 ด้านความรู้ ความเข้าใจ จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน มีลักษณะคำถามแบบถูก หรือผิด ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน โดยข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อที่ 2, 3, 6, 7, 8 และ 9 ข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อที่ 1, 4, 5 และ 10 สามารถแบ่งเป็น 4 ระดับ จำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา^[12] ดังนี้ ระดับไม่ดี (น้อยกว่า 6.00 คะแนน) ระดับพอใช้ (6.00–6.99 คะแนน) ระดับดี (7.00–7.99 คะแนน) และระดับดีมาก (มากกว่าหรือเท่ากับ 8.00 คะแนน)

ตอนที่ 3 ด้านทักษะการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ จำนวน 8 ข้อ คะแนนเต็ม 40 คะแนน เป็นแบบสอบถามประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ทำเป็นประจำ ทำบ่อยครั้ง ทำบางครั้ง แทบไม่ทำ และไม่ทำเลย กำหนดคะแนนตั้งแต่ 5-1 คะแนน

ตามลำดับ โดยทั้งหมดเป็นข้อคำถามเชิงบวก สามารถแบ่งเป็น 4 ระดับ จำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา^[12] ดังนี้ ระดับไม่ดี (น้อยกว่า 24.00 คะแนน) ระดับพอใช้ (24.00–27.99 คะแนน) ระดับดี (28.00–31.99 คะแนน) และระดับดีมาก (มากกว่าหรือเท่ากับ 32.00 คะแนน)

ตอนที่ 4 ด้านทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 5 ข้อ คะแนนเต็ม 25 คะแนน เป็นแบบสอบถามประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ทำเป็นประจำ ทำบ่อยครั้ง ทำบางครั้ง แทบไม่ทำ และไม่ทำเลย กำหนดคะแนนตั้งแต่ 5-1 คะแนน ตามลำดับ โดยทั้งหมดเป็นข้อคำถามเชิงบวก สามารถแบ่งเป็น 4 ระดับ จำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา^[12] ดังนี้ ระดับไม่ดี (น้อยกว่า 15.00 คะแนน) ระดับพอใช้ (15.00–17.49 คะแนน) ระดับดี (17.50–19.99 คะแนน) และระดับดีมาก (มากกว่าหรือเท่ากับ 20.00 คะแนน)

ตอนที่ 5 ด้านการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 6 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน เป็นแบบสอบถามประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ทำเป็นประจำ ทำบ่อยครั้ง ทำบางครั้ง แทบไม่ทำ และไม่ทำเลย กำหนดคะแนนตั้งแต่ 5-1 คะแนน ตามลำดับ ในข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อที่ 1, 2 และ 3 กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน ตามลำดับ ในข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อที่ 4, 5 และ 6 สามารถแบ่งเป็น 4 ระดับ จำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา^[12] ดังนี้ ระดับไม่ดี (น้อยกว่า 18.00 คะแนน) ระดับพอใช้ (18.00–20.99 คะแนน) ระดับดี (21.00–23.99 คะแนน) และระดับดีมาก (มากกว่าหรือเท่ากับ 24.00 คะแนน)

ตอนที่ 6 ด้านการตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน มี

ลักษณะคำถามแบบให้เลือกตอบ เป็นปรนัย 4 ตัวเลือก โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบในข้อที่ถูกต้องที่สุด ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบไม่ถูกต้อง 0 คะแนน โดยทั้งหมดเป็นข้อคำถามเชิงบวก สามารถแบ่งเป็น 4 ระดับ จำแนกระดับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา^[12] ดังนี้ ระดับไม่ดี (น้อยกว่า 3.00 คะแนน) ระดับพอใช้ (3.00–3.49 คะแนน) ระดับดี (3.50–3.99 คะแนน) และระดับดีมาก (มากกว่าหรือเท่ากับ 4.00 คะแนน)

สำหรับการแปลผลภาพรวม ทั้ง 6 ด้าน สามารถแบ่งเป็น 4 ระดับ จำแนกระดับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา^[10] ดังนี้ ระดับไม่ดี (น้อยกว่า 96.00 คะแนน) ระดับพอใช้ (96.00–111.99 คะแนน) ระดับดี (112.00–127.99 คะแนน) และระดับดีมาก (มากกว่าหรือเท่ากับ 128.00 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 5 ตอน คะแนนเต็ม 22 คะแนน โดยผู้วิจัยปรับปรุงและพัฒนาจากรายงานผลสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย^[3] ประกอบด้วย 5 ตอน คือ ตอนที่ 1 การแปรงฟัน จำนวน 8 ข้อ คะแนนเต็ม 5 คะแนน ตอนที่ 2 การใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปาก จำนวน 4 ข้อ คะแนนเต็ม 5 คะแนน ตอนที่ 3 การตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง จำนวน 1 ข้อ คะแนนเต็ม 5 คะแนน ตอนที่ 4 การบริโภคอาหาร จำนวน 7 ข้อ คะแนนเต็ม 5 คะแนน และตอนที่ 5 การรับบริการด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 1 ข้อ คะแนนเต็ม 2 คะแนน โดยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ตอนที่ 1–4 (ข้อที่ 1–20) เป็นแบบสอบถามประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ทำเป็นประจำ (7 วัน/สัปดาห์) ทำบ่อยครั้ง (5–6 วัน/สัปดาห์) ทำบางครั้ง (3–4 วัน/สัปดาห์) แทบไม่ทำ (1–2 วัน/สัปดาห์) และ

ไม่ทำเลย (0 วัน/สัปดาห์) กำหนดคะแนนตั้งแต่ 5–1 คะแนน ตามลำดับ ในข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20 และกำหนดคะแนนตั้งแต่ 1–5 คะแนน ตามลำดับ ในข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อที่ 17 แบ่งระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ตอนที่ 1–4 (ข้อที่ 1–20) เป็น 3 ระดับในแต่ละตอน ตามหลัก Best^[18] คือ ระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน) และระดับสูง (3.60–5.00 คะแนน) และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ตอนที่ 5 (ข้อที่ 21) เป็นแบบสอบถามปลายปิด คือ ในรอบ 1 ปี เคยเข้ารับบริการทันตกรรม หรือไม่ หากตอบว่าใช่จะได้ 2 คะแนน หากตอบว่าไม่แน่ใจจะได้ 1 คะแนน และหากตอบว่าไม่ใช่ จะได้ 0 คะแนน และแบ่งระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ตอนที่ 5 (ข้อที่ 21) เป็น 3 ระดับ ตามหลัก Best^[18] คือ ระดับต่ำ (น้อยกว่า 0.67 คะแนน) ระดับปานกลาง (0.67–1.33 คะแนน) และระดับสูง (มากกว่าหรือเท่ากับ 1.34 คะแนน)

สำหรับการแปลผลภาพรวมของระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก แบ่งระดับเป็น 3 ระดับ ตามหลัก Best^[18] คือ ระดับต่ำ (น้อยกว่า 5.67 คะแนน) ระดับปานกลาง (5.67–11.34 คะแนน) และระดับสูง (มากกว่าหรือเท่ากับ 11.35 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พบว่า แบบสอบถามทั้งหมดมีค่าดัชนีความสอดคล้อง อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 และทดสอบความเชื่อมั่น โดยนำแบบสอบถาม ทั้ง 4 ส่วนไปทดลองใช้กับผู้มารับบริการทางทันตกรรมในโรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น โดยแยกเป็นรายส่วน

ได้ ดังนี้ ใช้สูตร KR-20 ในแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ตอนที่ 2 ด้านความรู้ ความเข้าใจ และตอนที่ 6 ด้านการตัดสินใจ (ได้เท่ากับ 0.75 และ 0.58) ใช้สูตร Cronbach's alpha ในแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ตอนที่ 1 ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ ตอนที่ 3 ด้านทักษะการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ ตอนที่ 4 ด้านทักษะการจัดการตนเอง และตอนที่ 5 ด้านการรู้เท่าทันสื่อ (ได้เท่ากับ 0.95 0.96 0.91 และ 0.84) และตรวจสอบความยากง่ายในแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ตอนที่ 2 ด้านความรู้ ความเข้าใจ และตอนที่ 6 ด้านการตัดสินใจ (อยู่ระหว่าง 0.20–0.80 และอยู่ระหว่าง 0.40–0.80)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำที่สุด

2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน คือ chi-square test ในการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ โรคประจำตัว และการรับรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับระดับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก และใช้ Spearman rank correlation test ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ และความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับระดับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก พิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (ค่า r) ใช้เกณฑ์ Hinkle, D.E.^[19] ดังนี้ ระดับต่ำมาก (0.00-0.30) ระดับต่ำ (0.31-0.50) ระดับปานกลาง (0.51-0.70) ระดับมาก (0.71-0.90) และระดับสูงมาก (0.91-1.00) เนื่องจากภายหลังทดสอบการแจกแจงแบบปกติด้วย Normality test ด้วย Kolmogorov-Smirnov^a พบว่า ข้อมูล

ดังกล่าวไม่เป็นลักษณะการแจกแจงแบบปกติ จึงเลือกใช้ Spearman rank correlation test มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ผู้วิจัยทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ก่อนจัดทำหนังสือขอความร่วมมือและติดต่อฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลตรัง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล หลังจากนั้นได้จัดประชุมทีมเก็บข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับแบบสอบถาม ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลจำนวน 340 ชุด โดยการแนะนำตนเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลา 10–15 นาทีในการตอบแบบสอบถาม และนำข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้องและวิเคราะห์ผลต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์อาสาสมัคร ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง เอกสารรับรองการวิจัย เลขที่ P029/2567 รับรองเมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ.2567 - 2 พฤษภาคม พ.ศ.2568 โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยและแจ้งให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถูกเก็บเป็นความลับ การเก็บข้อมูล และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่มีการระบุชื่อ และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมวิจัยได้ให้ลงนามเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย ซึ่งในระหว่างเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือตลอดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุ 15.00-59.00 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 61.18) มีรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ $11,570.37 \pm 10,209.49$ บาท และมีเพียงร้อยละ 12.06 ที่มีโรคประจำตัว การรับรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อสุขภาพช่องปากในระดับพอใจ (ร้อยละ 67.35) มีปัญหาสุขภาพช่องปากถึงร้อยละ 84.41 และส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 81.76 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง (n = 340 คน)

ปัจจัย	n		ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก				Chi-square	p-value
			ระดับต่ำ และ ระดับปานกลาง		ระดับสูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ข้อมูลส่วนบุคคล								
เพศ							3.98	0.05*
ชาย	78	22.94	57	73.08	21	26.92		
หญิง	262	77.06	159	60.68	103	39.31		
ระดับการศึกษา							5.20	0.02*
ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี	208	61.18	142	68.27	66	31.73		
ระดับปริญญาตรีขึ้นไป	132	38.83	74	56.06	58	43.94		
โรคประจำตัว							0.50	0.48
ไม่มี	299	87.94	192	64.21	107	35.79		
มี	41	12.06	24	58.54	17	41.46		
การรับรู้ด้านสุขภาพช่องปาก								
ความพึงพอใจต่อสุขภาพช่องปาก							2.62	0.27
ไม่พอใจ	72	21.18	51	70.84	21	29.17		
พอใจ	229	67.35	139	60.70	90	39.30		
พอใจมาก	39	11.47	26	66.67	13	33.33		
การมีปัญหาสุขภาพช่องปาก							0.27	0.60
ไม่มี	53	15.59	32	60.38	21	39.62		
มี	287	84.41	184	64.11	103	35.89		
การได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก							6.31	0.01*
ไม่เคย	62	18.24	48	77.42	14	22.58		
เคย	278	81.76	168	60.43	110	39.57		

p-value < 0.05*

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ในภาพรวมทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับพอใช้ (คะแนนเฉลี่ย 104.88 ± 17.26 คะแนน จาก 160 คะแนน) ซึ่งเมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนอยู่ในระดับดี คือ ด้านทักษะการจัดการตนเอง (คะแนนเฉลี่ย 18.39 ± 4.34 คะแนน จาก 25 คะแนน) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ (คะแนนเฉลี่ย 22.30 ± 3.56 คะแนน

จาก 30 คะแนน) และด้านทักษะการตัดสินใจ (คะแนนเฉลี่ย 3.46 ± 1.40 คะแนน จาก 5 คะแนน) และด้านที่มีคะแนนอยู่ในระดับไม่ดี คือ ด้านความรู้ ความเข้าใจ (คะแนนเฉลี่ย 5.92 ± 1.94 คะแนน จาก 10 คะแนน) และด้านทักษะการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ (คะแนนเฉลี่ย 22.61 ± 7.33 คะแนน จาก 40 คะแนน) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง (n = 340 คน)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	คะแนนเต็ม	Mean	Std.	แปลผล
ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการ	50 คะแนน	32.20	6.09	พอใช้
ด้านความรู้ ความเข้าใจ	10 คะแนน	5.92	1.94	ไม่ดี
ด้านทักษะการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ	40 คะแนน	22.61	7.33	ไม่ดี
ด้านทักษะการจัดการตนเอง	25 คะแนน	18.39	4.34	ดี
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	30 คะแนน	22.30	3.56	ดี
ด้านทักษะการตัดสินใจ	5 คะแนน	3.46	1.40	ดี
รวม	160 คะแนน	104.88	17.26	พอใช้

ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในภาพ อยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 15.40 ± 2.26 คะแนน จาก 22 คะแนน) ซึ่งเมื่อพิจารณาในแต่ละพฤติกรรม พบว่า พฤติกรรมที่มีคะแนนอยู่ในระดับสูง คือ การแปรงฟัน (คะแนนเฉลี่ย 4.05 ± 0.60 คะแนน จาก 5 คะแนน) และการรับบริการด้านสุขภาพช่องปาก (คะแนนเฉลี่ย 1.57 ± 0.50 คะแนน จาก 2 คะแนน) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก (n = 340 คน)

พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก	คะแนนเต็ม	Mean	Std.	แปลผล
การแปรงฟัน	5 คะแนน	4.05	0.60	สูง
การใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปาก	5 คะแนน	3.17	0.82	ปานกลาง
การตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง	5 คะแนน	3.56	1.23	ปานกลาง
การบริโภคอาหาร	5 คะแนน	3.04	0.69	ปานกลาง
การรับบริการด้านสุขภาพช่องปาก	2 คะแนน	1.57	0.50	สูง
รวม	22 คะแนน	15.40	2.26	สูง

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา และการรับรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Chi-square test พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

($p\text{-value} < 0.05$) คือ เพศ ($p\text{-value} = 0.05$) โดยกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย (ร้อยละ 39.31 และ 26.92 ตามลำดับ) ระดับการศึกษา ($p\text{-value} = 0.02$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่ม

ตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 43.94 และ 31.73 ตามลำดับ) และการรับรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก (p -value < 0.05) คือ การได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก (p -value = 0.01) โดยกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากมีระดับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 39.57 และ 22.58 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยใช้ Spearman rank correlation test พบว่า ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.38$, p -value < 0.01) ด้านความรู้ ความเข้าใจ มีความสัมพันธ์

ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.28$, p -value < 0.01) ด้านทักษะการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.30$, p -value < 0.01) ด้านทักษะการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.58$, p -value < 0.01) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.17$, p -value < 0.01) ด้านทักษะการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.23$, p -value < 0.01) และภาพรวมทั้ง 6 ด้านของความรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.51$, p -value < 0.01) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยส่วนบุคคล และความรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง (n = 340 คน)

ปัจจัย	พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	ขนาดความสัมพันธ์	p - value
ปัจจัยส่วนบุคคล			
อายุ	0.04	ต่ำมาก	0.47
รายได้	0.09	ต่ำมาก	0.11
ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก			
ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการ	0.38	ต่ำ	<0.01**
ด้านความรู้ ความเข้าใจ	0.28	ต่ำมาก	<0.01**
ด้านทักษะการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ	0.30	ต่ำมาก	<0.01**
ด้านทักษะการจัดการตนเอง	0.58	ปานกลาง	<0.01**
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	0.17	ต่ำมาก	<0.01**
ด้านทักษะการตัดสินใจ	0.23	ต่ำมาก	<0.01**

** p -value < 0.01

อภิปรายผล

การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความตั้งใจ และความใส่ใจในการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง โดยเมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า การแปรงฟันมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ซึ่งการแปรงฟันเป็นพฤติกรรมที่สำคัญในการป้องกันการเกิดโรคในช่องปาก เช่น โรคฟันผุ โรคเหงือกอักเสบได้อย่างมีประสิทธิภาพ^[20] ในขณะที่พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะดวกช่องปาก การตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง และการบริโภคอาหาร มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการขาดความตระหนัก หรือความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในบางด้าน เช่น การใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะดวกช่องปาก และการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง ซึ่งทั้งสองปัจจัยนี้เป็นสิ่งที่สามารถช่วยเสริมสร้างสุขภาพช่องปากได้เป็นอย่างดี^[21] อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับบริการด้านสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูง ซึ่งบ่งชี้ว่ามีการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากและใช้บริการด้านทันตกรรมอย่างสม่ำเสมอ การเข้าถึงการรักษาและบริการทันตกรรมที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ดี^[22] จากผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมอยู่ในระดับที่ดี โดยเฉพาะในด้านการแปรงฟัน และการรับบริการด้านสุขภาพช่องปาก ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมการใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะดวกช่องปาก และการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเองให้มากขึ้น เพื่อให้การดูแลสุขภาพช่องปากมีความสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพช่องปากในครั้งนี้ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากภาพรวมทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับพอใช้ แสดงให้

เห็นถึงความจำเป็นในการปรับปรุงความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก เนื่องจากยังไม่เพียงพอที่จะส่งเสริมให้ประชากรมีสุขภาพช่องปากที่ดีได้อย่างยั่งยืน เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนอยู่ในระดับดี คือ ด้านทักษะการจัดการตนเอง สอดคล้องกับ Nutbeam^[23] ที่พบว่า ทักษะการจัดการตนเองมีความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากจะช่วยให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ สะท้อนถึงความสามารถของกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์และแยกแยะข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากสื่อต่าง ๆ อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม ด้านทักษะการตัดสินใจ ซึ่งให้คะแนนถึงศักยภาพในการประเมินตัวเลือกด้านสุขภาพและการตัดสินใจในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง แต่ในทางกลับกัน ด้านความรู้ความเข้าใจ และด้านทักษะการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ อยู่ในระดับไม่ดี อาจเกิดจากการขาดการให้ความรู้ที่เหมาะสม หรือการขาดทักษะในการสื่อสารในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับ Sorensen et al.^[24] ที่กล่าวว่า การเสริมสร้างความรู้และทักษะด้านสุขภาพช่องปากจำเป็นต้องมีการพัฒนากระบวนการเรียนรู้และการสื่อสารอย่างเป็นระบบ และระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยรวมอยู่ในระดับสูง แสดงถึงความใส่ใจในด้านสุขภาพช่องปากของประชากรกลุ่มนี้ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสร้างความรู้ในด้านสุขภาพช่องปาก เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระยะยาวต่อไป นอกจากนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในด้านทักษะการจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และด้านทักษะการตัดสินใจ สอดคล้องกับ ทฤษฎี K-shape^[25-26] ที่กล่าวถึงกระบวนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีลำดับขั้นตอน โดยสามารถตัดสินใจ และจัดการสุขภาพได้ดี การสร้างความเข้าใจและการตัดสินใจเป็นสิ่งสำคัญในด้านนี้

แต่ในด้านความรู้และความเข้าใจ มีคะแนนต่ำกว่ามาตรฐาน แสดงให้เห็นถึงความท้าทายในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในบางกลุ่มที่อาจยังขาดทักษะพื้นฐานในการประมวลผลข้อมูลและสร้างความเข้าใจในเรื่องสุขภาพช่องปาก ซึ่งตรงกับข้อบ่งชี้ของทฤษฎี K-shape^[25-26] ที่ว่าการใช้ทักษะการโต้ถามและสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญสามารถช่วยพัฒนาความเข้าใจที่ดีขึ้น สำหรับด้านทักษะการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ เป็นอีกด้านที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการเสริมทักษะการสื่อสารเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งทฤษฎี K-shape^[25-26] ได้กล่าวถึงการส่งเสริมการสร้างปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) เพื่อเพิ่มความรู้และความเข้าใจในด้านต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยทฤษฎี K-shape^[25-26] ช่วยแสดงให้เห็นถึงกระบวนการและลำดับขั้นตอนในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเริ่มต้นจากการเข้าถึงข้อมูล (access) ตามด้วยการสร้างความเข้าใจ (understand) ผ่านการใช้ทักษะพื้นฐานในการประมวลผลข้อมูล (functional health literacy) การใช้ทักษะการโต้ถาม (questioning) และ สร้างปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) ระหว่างบุคคลกับผู้เชี่ยวชาญ เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องและสมบูรณ์ในด้านต่าง ๆ จนสามารถตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ (make decision) และสามารถนำไปปฏิบัติได้ (apply) เพื่อสร้างสุขภาพที่ดีในที่สุด กระบวนการนี้แสดงให้เห็นถึงการพัฒนา health literacy อย่างเป็นระบบและครบถ้วน โดยให้ความสำคัญกับการเข้าใจข้อมูล การตรวจสอบความถูกต้อง และการใช้ด้านทักษะการตัดสินใจในบริบทต่าง ๆ ของสุขภาพ ดังนั้น ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จะมีการพัฒนาทักษะด้าน oral health literacy ในหลาย ๆ ด้าน เช่น การตัดสินใจและการจัดการตนเอง แต่ก็ยังมีช่องว่างในด้านความรู้พื้นฐานและทักษะการสื่อสารซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ช่องปากอย่างเต็มที่ การใช้ทฤษฎี K-shape อธิบายกระบวนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจึงสามารถช่วยให้เข้าใจถึงการเชื่อมโยงของทักษะต่าง ๆ และกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาในด้านที่ยังมีช่องว่าง

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความแตกต่างกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก (p -value < 0.05) คือ เพศ โดยกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย (ร้อยละ 39.31 และ 26.92 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kawamura M, Honkala E, Widstrom E, Komabayashi T. et al^[27-28] ที่พบว่า ผู้หญิงมักมีพฤติกรรมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพช่องปากมากกว่าผู้ชาย เนื่องจากความใส่ใจด้านสุขภาพ ความตระหนักรู้ต่อผลกระทบของปัญหาสุขภาพช่องปาก และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดีกว่า ผู้หญิงอาจมีแรงจูงใจที่เกี่ยวข้องกับความสวยงามและการปฏิบัติตัวเพื่อสุขภาพที่ดี ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น การแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟัน และการพบทันตบุคลากรเป็นประจำ มีแนวโน้มดีกว่าผู้ชาย ในทางกลับกัน ผู้ชายมักจะละเลยการดูแลสุขภาพช่องปาก เนื่องจากการขาดความตระหนักและการให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพนั้นน้อยกว่า^[29] ระดับการศึกษา โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 43.94 และ 31.73 ตามลำดับ) อาจเป็นเพราะการศึกษามีบทบาทสำคัญต่อความเข้าใจ และการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก รวมถึงการเข้าถึงข้อมูล และการนำความรู้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน การศึกษาสูงขึ้นมักส่งผลให้บุคคลตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากและมีการปฏิบัติที่เหมาะสม เช่น การแปรงฟันอย่างถูกวิธี การใช้ไหม

ขัดฟัน และการเข้ารับการตรวจสุขภาพช่องปาก อย่างสม่ำเสมอ

ด้านการรับรู้ด้านสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก (p -value < 0.05) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า การรับรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล^[30] การศึกษานี้ยังแสดงให้เห็นว่า การได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากยังมีความแตกต่างกับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.01) โดยกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากมีระดับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยได้รับความรู้ ข้อมูลนี้สนับสนุนแนวคิดของ Bandura^[31] ที่ชี้ว่าความรู้และการรับรู้ตนเอง (self-efficacy) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับที่แตกต่างกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่ม ตัวอย่าง ทั้งนี้ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและ บริการมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($r_s=0.38$, $p < 0.01$) แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการได้ดี มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แม้ว่าความสัมพันธ์ดังกล่าวจะไม่ได้สูงมาก แต่ สะท้อนถึงความสำคัญของการจัดการข้อมูลสุขภาพที่เข้าถึงง่าย และเหมาะสม^[32] ด้านความรู้ ความเข้าใจ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก ($r_s = 0.28$, $p < 0.01$) แสดงให้เห็นว่าความรู้ และ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากเพียงอย่าง เดียวอาจยังไม่เพียงพอที่จะส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากในระดับที่ชัดเจน จำเป็นต้อง ส่งเสริมองค์ประกอบอื่นควบคู่กัน เช่น การสื่อสาร และการปฏิบัติ^[33] ทักษะการสื่อสารเพื่อเพิ่มความ

เชี่ยวชาญและทักษะการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก ($r_s = 0.30$, $p < 0.01$) และปานกลาง ($r_s = 0.58$, $p < 0.01$) ตามลำดับ โดยเฉพาะทักษะการจัดการตนเอง ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการฝึกฝน และพัฒนาทักษะการจัดการตนเองเพื่อสนับสนุนพฤติกรรมที่ดีในระยะ ยาว^[34] ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และด้านทักษะการ ตัดสินใจ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก ($r_s = 0.17$ และ $r_s = 0.23$, $p < 0.01$) แสดงให้เห็นว่า การรู้เท่าทันสื่อและด้านทักษะการตัดสินใจที่เกี่ยวข้อง กับสุขภาพช่องปากยังคงมีผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพในระดับจำกัด อาจเป็นเพราะปัจจัยนี้ ต้องการการสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อม เช่น สื่อ สารสนเทศที่ชัดเจน และเข้าถึงง่าย^[35] เมื่อพิจารณา ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากทั้ง 6 ด้านรวมกัน พบว่า มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ($r_s = 0.51$, $p < 0.01$) สะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนาความรอบรู้ ในทุกด้านควบคู่กันสามารถส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่ง สอดคล้องกับแนวคิดด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ มีการบูรณาการองค์ประกอบหลากหลายเพื่อให้ เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี^[23]

สรุป

ผลการศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่ม ตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างการรับรู้ด้านสุขภาพ ช่องปาก ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับพอใจ และเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก โดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนา โดยด้านทักษะการ จัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อมีคะแนนดี ส่วน ความรู้ความเข้าใจและทักษะการสื่อสารอยู่ใน

ระดับไม่ดี ซึ่งสะท้อนถึงช่องว่างในการให้ความรู้ และการสื่อสารที่ยังไม่เพียงพอ จึงควรชี้แนะให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากในภาพรวม โดยควรมุ่งเน้นไปที่การเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ และทักษะด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ เพื่อให้มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างยั่งยืน และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในระดับสูง โดยเฉพาะการแปรงฟันและการรับบริการสุขภาพช่องปาก อย่างไรก็ตาม การใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปาก และการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งบ่งชี้ถึงการขาดความตระหนักในบางด้าน ในการศึกษายังพบว่า การพัฒนาทักษะต่าง ๆ เช่น การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ ด้านทักษะการตัดสินใจ และการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นในระยะยาว

ดังนั้น การพัฒนาและส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากในทุกด้าน รวมถึงการเสริมทักษะการสื่อสารและการตัดสินใจ จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ควบคู่กันได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนจนสามารถลดปัญหาสุขภาพช่องปากในประชากรกลุ่มวัยทำงานที่เป็นกำลังสำคัญของประเทศชาติต่อไปในอนาคตได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลตรัง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง สามารถนำผลการศึกษานี้มาใช้ในการกำหนดนโยบายที่มุ่งพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก โดยจัดทำโครงการและกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมความรู้ และการดูแลสุขภาพช่องปากให้แก่ประชาชนในกลุ่มวัยทำงาน โดยเฉพาะในด้านทักษะการสื่อสาร และความเข้าใจที่ยังไม่เพียงพอ เช่น การจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

ช่องปากในที่ทำงาน หรือการเผยแพร่ข้อมูลผ่านสื่อออนไลน์ เช่น แอปพลิเคชันที่แนะนำวิธีการแปรงฟันที่ถูกต้อง การใช้ไหมขัดฟัน การตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง และการเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพช่องปาก

2. ควรมีการรณรงค์เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มวัยทำงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น การส่งเสริมให้ใช้ไหมขัดฟันและตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการลดการทานอาหารระหว่างมื้อและการเข้ารับบริการสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่อง โดยการรณรงค์ควรมีการให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับประโยชน์จากพฤติกรรมเหล่านี้ เช่น การอธิบายถึงความสำคัญของการใช้ไหมขัดฟันในการป้องกันโรคในช่องปากทั้งโรคฟันผุ และโรคเหงือกอักเสบ และผลกระทบจากการไม่ดูแลสุขภาพช่องปากในระยะยาว นอกจากนี้ยังควรสนับสนุนให้ประชาชนที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากเข้ารับบริการทันตกรรมอย่างต่อเนื่อง หรืออย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง เพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรมและลดอัตราการสูญเสียฟัน

3. ควรพัฒนาแหล่งข้อมูลที่น่าสนใจและเข้าถึงง่ายสำหรับกลุ่มวัยทำงาน เช่น การจัดทำคู่มือหรือเว็บไซต์ที่มีเนื้อหาทั้งภาพและวิดีโอเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก รวมถึงการสร้างความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากในระยะยาว โดยเฉพาะในแง่ของการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น วิธีการแปรงฟันที่ถูกต้อง และการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม การใช้สื่อที่เข้าถึงง่าย เช่น อินโฟกราฟิกหรือวิดีโอสั้น ๆ เพื่ออธิบายวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างถูกต้อง จะช่วยให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าใจและนำไปปฏิบัติได้ง่ายขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาในผู้มารับบริการทันตกรรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์บริการสาธารณสุข หรือในทุกหน่วย

บริการของจังหวัดตรัง เพื่อให้ได้ทราบข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของ กลุ่มวัยทำงานที่มารับบริการทันตกรรมของกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง

3. ควรนำเทคนิคการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การศึกษาวิจัยเชิงกรณี (case study) มาใช้ทำการวิจัยเพื่อยืนยันความถูกต้องของผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น และควรมีการศึกษาวิจัยในพื้นที่อื่นเพิ่มเติม เพื่อยืนยันผลการวิจัยดังกล่าวอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. ปลูกกระแสวัยทำงานยุคใหม่ใส่ใจฟันสร้างก่อนซ่อมช่องปากดี [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: 2564 [สืบค้นเมื่อ 13 มกราคม 2567] เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th/?p=236980>
2. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเข้าถึงบริการทันตกรรมของกลุ่มวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี [อินเทอร์เน็ต]. ฐานข้อมูล HDC; 2566 [สืบค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2567] เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
3. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. นนทบุรี: พิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2567.
4. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ.

2560. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์; 2561.

5. ศุภกร ศิริบุรี. ความสัมพันธ์ของปัจจัยกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากด้วย PRECEDE Framework ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2559;11(3):355-68.
6. อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์. การขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพ และการสื่อสารสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 5 เมษายน 2022]. เข้าถึงได้จาก: http://doh.hpc.go.th/data/HL/HL_DOH_drive.pdf
7. Horowitz AM, Kleinman DV. Oral health literacy: The new imperative to better oral health. Dent Clin North Am. 2008;52(2):443-50.
8. อนุพงษ์ สอดสี. ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับประสบการณ์รักษาทางทันตกรรมของนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;2(1):18-28.
9. Bashirian S, Shirahmadi S, Seyedzadeh-Sabounchi Sh, Soltanian AR, Karimi-shahanjarini A, Vahdatinia F. Association of caries experience and dental plaque with sociodemographic characteristics in elementary school-aged children: a cross-sectional study. BMC Oral Health. 2018;18(1):1-12.
10. ปริญวิทย์ นุราช, อังคินันท์ อินทรกำแหง, เกศกาญจน์ เกศวสุธ. ผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการสื่อสารที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง. วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา. 2562;11(1):71-90.

11. Horowitz AM, Kleinman DV. Oral health literacy: the new imperative to better oral health. *Dent Clin North Am.* 2008;52(2):33-44.
12. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน. กรุงเทพฯ: กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2561.
13. ศิริภา คงศร, สดใส ศรีสะอาด. ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. *วารสารทันตภิบาล.* 2563;31(1):133-47.
14. ธันวา อินทรสุขสันติ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของผู้มารับบริการทันตกรรมโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ.* 2566;16(2):104-15.
15. วิไลลักษณ์ ทิวารกรกฎ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพช่องปากวัยทำงาน อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารแพทย์เขต 4-5.* 2560;36(4):237-49.
16. Daniel WW. *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences.* 9th ed. Hoboken (NJ): Wiley; 2010.
17. พันธันภา จิตติมณี, ยุวดี รอดจากภัย และนิภามหารัษฎพงศ์. การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข.* 2562;33(3):114-31.
18. Best J. *Research in education.* 7th ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1998.
19. Hinkle DE. *Statistical analysis: A guide to understanding and using SPSS.* 2nd ed. Boston (MA): Allyn and Bacon; 1998.
20. Attin T. & Hornecker E. Tooth brushing and oral health: how frequently and when should tooth brushing be performed?. *Oral Health Prev Dent.* 2005;3(3):135-40.
21. Nakao K, Ishikawa M, Yasuda T, et al. The importance of using interdental cleaning devices on prevention of tooth loss in an employee population: a cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 2024;24(1):1528.
22. Janto M., Iurcov R., Daina CM., et al. The Importance of Periodic Dental Control in the Oral Health Status of Elderly Patients. *Clin Pract.* 2023;18;13(2):537–552.
23. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000; 15(3): 259-67.
24. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health.* 2012; 12(1): 80
25. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้. 2nd ed. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2561.
26. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ขั้นพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ วิจัยญาณ. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2562.
27. Kawamura M., Honkala E., Widstrom E., Komabayashi T. Cross-cultural differences of self-reported oral health behavior in Japanese and Finnish dental students. *Int Dent J.* 2000;50(1):46–50.

28. Levin L., Shenkman A. The relationship between dental caries status and oral health attitudes and behavior in young Israeli adults. *J Dent Educ.* 2004; 68(11):1185–91.
29. Thomson WM., Williams SM., Broadbent JM., Poulton R., Locker D. Long-term dental visiting patterns and adult oral health. *J Dent Res.* 2010;89(3):307–11.
30. Rosenstock IM., Strecher VJ., Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Educ Q.* 1988;15(2):175-83.
31. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Prentice-Hall, Inc; 1986.
32. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social Soc Sci Med.* 2008; 67(12):2072-8.
33. Paasche-Orlow MK., Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *Am J Health Behav.* 2007;31(1):19-26.
34. Prochaska JO., Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J of Health Promot.* 1997;12:38-48.
35. Ishikawa H., Yano E. Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health Expect.* 2008;11(2):113-22.