



มกราคม – ธันวาคม 2568

วิทยาศาสตร์ทันตสาธารณสุข

เว็บไซต์: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThDPHJo>



นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาแบบความรอบรู้สุขภาพช่องปากเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งช่องปากของผู้สูงอายุ

ในเขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข

ศัทธา นามาราช*¹พรสุข หุ่นนิรันดร์²

¹นักศึกษาคณะทันตแพทยศาสตร์ สาขาวิชาทันตสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ประเทศไทย

²บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ประเทศไทย

คำสำคัญ

บทคัดย่อ

ความรอบรู้สุขภาพช่องปาก

มะเร็งช่องปาก

ผู้สูงอายุ

โรคมะเร็งช่องปากส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบความรอบรู้สุขภาพช่องปากด้านการป้องกันมะเร็งช่องปากของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การวิจัยแบบผสมผสาน 3 ระยะ ได้แก่ (1) การวินิจฉัยปัญหาและความต้องการ ด้วยข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้สูงอายุ จำนวน 372 คน และด้วยข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ทันตแพทย์ ทันตภิบาล อาสาสมัครสาธารณสุขบ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชน รวม 18 คน (2) การพัฒนาแบบและ (3) การทดลองใช้และประเมินผล โดยกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์และติดตามผลอีก 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลา 6 สัปดาห์ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพช่องปากเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งช่องปากของผู้สูงอายุ แบบแนวทางสัมภาษณ์เชิงลึก และกิจกรรมการเรียนรู้ 7 กิจกรรม ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพช่องปาก การสร้างความเข้าใจข้อมูลสุขภาพช่องปาก การโต้ตอบแลกเปลี่ยน และซักถาม การตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปาก การบอกต่อข้อมูลสุขภาพช่องปาก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การตรวจสอบโรคในช่องปากด้วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำและการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการพัฒนา ผู้สูงอายุมีระดับความรอบรู้สุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมเท่ากับ 1.50 ± 0.42 หลังเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ทั้ง 7 กิจกรรม พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สรุปว่า รูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้ 7 กิจกรรม สามารถเพิ่มระดับความรอบรู้สุขภาพช่องปากเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งช่องปากในกลุ่มตัวอย่างนี้ได้

วันที่รับบทความ

5 พฤศจิกายน 2568

วันที่แก้ไขบทความ

28 พฤศจิกายน 2568

วันที่ตอบรับบทความ

2 ธันวาคม 2568

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ

ศัทธา นามาราช อีเมล: Non_god@yahoo.com doi: 10.14456/thdentphj.2025.10



January – December 2025

Thai Dental Public Health Journal

Homepage: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThDPHJo>

Original Article

Development of Health Oral Health Literacy Model about Oral Cancer Prevention of Older Adults in the 4TH Regional Health Ministry of Public Health

Katna Namarach^{*1}, Pornsuk Hunnirun²¹Doctor of Philosophy Program in Public Health student, Western University, Thailand²Graduate school, Western University, Thailand

KEYWORDS

Oral health literacy
Oral cancer
Older adults

ABSTRACT

Oral cancer affects the quality of life of older adults. This study aimed to develop a model of oral health literacy for oral cancer prevention among older adults in Health Region 4, Thailand. This study employed a three-phase mixed-methods research design: (1) problem diagnosis and needs assessment. Quantitative data were collected from 372 older adults, while qualitative data were obtained from 18 participants, including dentists, dental auxiliaries, village health volunteers, and community leaders. (2) model development and (3) model evaluation, the intervention involved an experimental group (n = 40) over four weeks with a two-week follow-up, totaling six weeks. Research instruments included oral health literacy for oral cancer prevention questionnaire, in-depth interview guide and seven learning activities, comprising: accessing health information, understanding oral health information, communicating and interacting, decision-making, sharing health information, modifying health behaviors, and self-oral examination for oral cancer prevention. Each activity lasted approximately 30 minutes. Data were analyzed using descriptive statistics, one-way repeated measures ANOVA, and content analysis. Results showed that before the intervention, older adults exhibited moderate level of oral health literacy, with an overall mean score of 1.50 ± 0.42 . After participating in the seven learning activities, the mean OHL score significantly increased ($p < 0.05$). The developed oral health literacy model effectively enhanced oral health literacy for oral cancer prevention in this sample.

Received date

5 November 2025

Revised date

28 November 2025

Accepted date

2 December 2025

*Corresponding author

Katna Namarach E-mail address: Non_god@yahoo.com doi: 10.14456/thdentphj.2025.10

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹ ผู้สูงอายุเผชิญปัญหาสุขภาพทั้งจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและภาวะสุขภาพช่องปากที่เสื่อมถอย เช่น การสูญเสียฟัน โรคฟันผุ โรคเหงือกอักเสบ² พบว่าผู้ป่วยมะเร็งช่องปากร้อยละ 43.3% เป็นผู้สูงอายุ³ ปัญหาสุขภาพช่องปากเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการดำรงชีวิต การกินอาหาร การพูด และความมั่นใจในการเข้าสังคม Sischo และ Broder ระบุว่าคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากมีผลต่อภาวะสุขภาพของประชาชนโดยตรง⁴ มะเร็งช่องปากจัดเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยมีอัตราการเสียชีวิตสูง⁵ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงสะสมยาวนาน⁶

ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (Oral Health Literacy: OHL) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ความสามารถในการตัดสินใจ และการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ ซึ่งมักมีข้อจำกัดด้านร่างกาย สังคม และการรับรู้ข้อมูลสุขภาพ งานวิจัยในประเทศไทยสะท้อนความเชื่อมโยงดังกล่าวอย่างสม่ำเสมอ พงษ์ศักดิ์ คำรินทร์⁷ พบว่า ผู้สูงอายุที่มี OHL และการสนับสนุนทางสังคมสูงมีพฤติกรรมดูแลช่องปากที่ดีกว่าและไปพบทันตแพทย์มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ ญัฐพล เสริมสุทธิอนุวัฒน์⁸ รายงานว่า ผู้สูงอายุที่มี OHL สูงมีจำนวนฟันธรรมชาติเหลืออยู่มากกว่า แสดงให้เห็นผลเชิงป้องกันต่อวัยชราในช่องปาก นอกจากนี้ ภาณุช ปิยคุณากร⁹ พบว่าระดับการศึกษา และการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยทำนาย OHL และมีผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยสรุป OHL เป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก จำนวนฟันธรรมชาติ และการเข้ารับบริการของผู้สูงอายุไทย

ดังนั้น การพัฒนารูปแบบความรู้สุขภาพเพื่อการป้องกันมะเร็งช่องปากในผู้สูงอายุ จึงมีความสำคัญ

ต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดีในประชากรกลุ่มนี้¹⁰⁻¹² การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนารูปแบบความรู้สุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งช่องปากของผู้สูงอายุและเพื่อพัฒนารูปแบบความรู้สุขภาพช่องปากเกี่ยวกับมะเร็งช่องปากของผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย (ภาพที่ 1) การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้สุขภาพ (Health Literacy Concept)¹³ ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)¹⁴ เพื่อพัฒนารูปแบบความรู้สุขภาพในการป้องกันมะเร็งช่องปากของผู้สูงอายุ

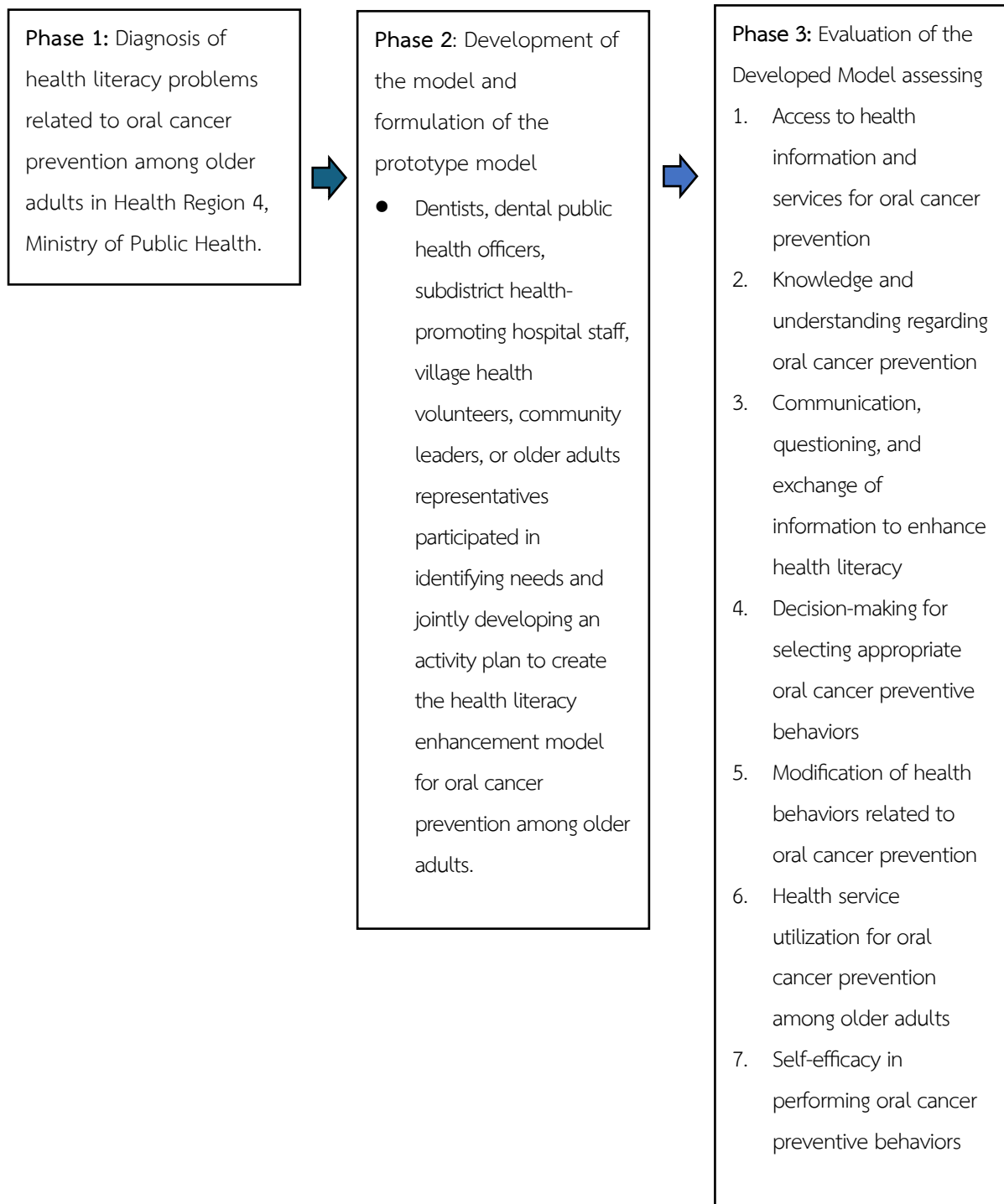
ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed-methods research) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 วินิจฉัยปัญหาและความต้องการ ด้านความรู้สุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งช่องปากของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 4 โดยการวิจัยเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลในผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 372 คน การวิจัยเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลจาก ทันตแพทย์ ทันตภิบาล อสม. และผู้นำชุมชน รวม 18 คน กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 372 คน ได้มาจากการคำนวณโดยใช้สูตรของ Daniel¹⁵ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($Z = 1.96$) ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมให้ได้ (d) เท่ากับ 0.05 และกำหนดสัดส่วนประชากรที่คาดว่าจะพบ (P) เท่ากับ 0.30 ตามงานวิจัยของ Kaewkamnerdpong¹⁶ ซึ่งรายงานว่ามีประมาณร้อยละ 30.2 ของผู้สูงอายุไทยมีปัญหาสุขภาพช่องปากหรือการเคี้ยวอาหาร โดยมีสมการการคำนวณดังนี้

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

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

Figure 1 Conceptual Framework



จากการคำนวณพบว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมคือ 323 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 ของจำนวนที่คำนวณได้ รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 372 คน การวิจัยนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage

Sampling)¹⁷ โดยสุ่มจังหวัด อำเภอก และตำบลตามสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ ครอบคลุม 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสระบุรี (อำเภอก่งคอง ตำบลตาลเดี่ยว; อำเภอกหนองแค ตำบลไผ่ต่า; อำเภอวิหารแดง ตำบลหนองหมู) และจังหวัดอ่างทอง (อำเภอไชโย ตำบลหลักฟ้า; อำเภอป่าโมก ตำบลทรายทอง; อำเภอโพธิ์ทอง ตำบลบางพลับ)

จากนั้นสุ่มรายชื่อผู้สูงอายุที่เข้าเกณฑ์ เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณระยะที่ 1 ได้แก่ อายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่อย่างน้อย 6 เดือน สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ สามารถตอบแบบสอบถามได้ และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์คัดออกของกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณระยะที่ 1 ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วย ระยะที่ 2: พัฒนารูปแบบโดยอ้างอิงแนวคิดความรอบรู้สุขภาพ 6 มิติ ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ระยะที่ 3 ทดลองใช้กิจกรรมที่พัฒนาขึ้น ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากตำบลบ้านกรด อำเภอ บางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างระยะที่ 3 ได้แก่ เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่จัดกิจกรรม มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ทั้ง 7 กิจกรรม อ่านออกเขียนได้ และสื่อสารได้ ยินยอมเข้าร่วมและสามารถเข้าร่วมได้ครบตลอดระยะเวลา 6 สัปดาห์ เกณฑ์คัดออกของกลุ่มตัวอย่างระยะที่ 3 ได้แก่ มีโรคเรื้อรังระยะรุนแรง ไม่สามารถติดตามประเมินผลหลังการเข้าร่วม หรือถอนตัวระหว่างการศึกษ ออกจากกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมผ่านการเรียนรู้ 7 ฐาน ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การโต้ตอบแลกเปลี่ยนและซักถาม การตัดสินใจด้านสุขภาพ การบอกต่อข้อมูลสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการตรวจรอยโรคในช่องปากด้วยตนเองกิจกรรมแต่ละฐานใช้เวลาฐานละประมาณ 30 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ และติดตามผล 2 สัปดาห์ รวม 6 สัปดาห์

แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพช่องปากเพื่อการป้องกันมะเร็งช่องปาก ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ กนกวรรณ ศรีธากุล¹⁸ โดยปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และเพิ่มเติมประเด็นการป้องกันมะเร็งช่องปาก เช่น การตรวจรอยโรคด้วยตนเองและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง แบบสอบถามครอบคลุม 7 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงความเข้าใจ การสื่อสาร การตัดสินใจ การบอกต่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการตรวจรอยโรคในช่องปาก ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือพบว่า มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) (Index of Item-Objective

Congruence; IOC) 0.87–1.00 และค่าความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.87 ผลการประเมินกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพทั้ง 7 กิจกรรมจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พบว่ามีความเหมาะสมของเนื้อหา และขั้นตอนกิจกรรมครอบคลุมทุกมิติของกรอบแนวคิด และเหมาะสมต่อการประยุกต์ใช้ในผู้สูงอายุ และผลการทดสอบแบบประเมินความพึงพอใจ มีค่าความตรงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.91 และค่าความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha) 0.88 สะท้อนความความตรงและความสอดคล้องในระดับสูง

กิจกรรมทั้งหมดดำเนินการโดยผู้วิจัยผู้เดียว การเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม ก่อนและหลังการทดลองดำเนินการโดย ทันตแพทย์ในภาคีเครือข่าย ซึ่งได้มีการประชุมและปรับความเข้าใจ (Calibration) ร่วมกับผู้วิจัยก่อนเก็บข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติเชิงอนุมานได้แก่การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว One-way repeated measures ANOVA เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งช่องปากของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าสู่วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยจัดหมวดหมู่ประเด็นจากการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อสังเคราะห์ความเห็นและประสบการณ์ของผู้สูงอายุ อสม. และผู้นำชุมชน เพื่อนำไปสู่การสรุปองค์ความรู้ ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคในการพัฒนารูปแบบ

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัย เวสเทิร์น เลขที่ HE-WTU 2568-0048

ผล

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ (ระยะที่ 1) พบว่าผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 69.13 ปี (SD $\pm$ 7.04) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถม

รายได้จำกัด และอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว ภาวะปัญหา รู้สุขภาพช่องปากเพื่อการป้องกันมะเร็งช่องปาก โดยรวม
สุขภาพช่องปากพบค่อนข้างสูง โดยผู้สูงอายุจำนวนมาก อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะด้านการ
เคยมีประสบการณ์อาการผิดปกติในช่องปาก เช่น ฟันผุ เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ใน
เสียฟัน และปัญหาเหงือก (ตารางที่ 1) ระดับความรอบ ระดับต่ำสุดเมื่อเทียบกับมิติอื่น

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการศึกษา (n = 372)

Table 1 General Characteristics of Older Adult Participants (n = 372)

Characteristics	n	%
Age (years)		
60–80	351	94.4
> 80	21	5.6
Sex		
Male	107	28.8
Female	265	71.2
Religion		
Buddhist	361	97.0
Christian	4	1.1
Islam	7	1.9
Living arrangement		
Living alone	65	17.5
Living with family	307	82.5
Educational level		
No formal education	4	1.1
Primary school	160	43.0
Lower secondary	35	9.4
Upper secondary / Vocational (Vocational Certificate)	52	14.0
Diploma or Higher Vocational Certificate	64	17.2
Bachelor's degree	49	13.2
Master's degree	8	2.1
Doctoral degree	0	0.0
History of oral problems		
Yes	253	68.0
No	119	32.0
Type of oral health problems		
Food impaction	59	15.9

Characteristics	n	%
Halitosis	63	16.9
Difficulty chewing hard food	49	13.2
Dental caries or dark spots	109	29.3
Toothache or tooth sensitivity	89	23.9
Dental calculus	44	11.8
Gingival bleeding / gingivitis	29	7.8
Tooth mobility	63	16.9
Denture pain / Loose denture	5	1.3
Other abnormalities	25	6.7
Oral problems in the past year		
Yes	85	22.8
No	287	77.2

ผู้สูงอายุมีคะแนนค่อนข้างดีในด้านความรู้พื้นฐานและการสื่อสารบางด้าน แต่ยังมีช่องว่างเด่นชัดในด้านการค้นหาและตีความสารสุขภาพเชิงลึก การตัดสินใจเลือกพฤติกรรมป้องกันที่เหมาะสม การอ่านสื่อ/เข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพียง 2.50 คะแนน และความสามารถในการตรวจรอยโรคในช่องปากด้วยตนเอง โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับตำแหน่งรอยโรคระยะเริ่มต้นและผลของปัจจัยเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งมีอัตราการตอบผิดในสัดส่วนสูง (ตารางที่ 2) ผลลัพธ์ดังกล่าวชี้ให้เห็น “ช่องว่างด้านความรู้ ทักษะ และการประเมินข้อมูลสุขภาพ” ที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบ

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ (ระยะที่ 1) การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลัก 18 คน ประกอบด้วยทันตแพทย์/ทันตภิบาล อสม. และผู้นำชุมชน ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) พบประเด็นสำคัญ 3 ข้อ ได้แก่ (1) ความเข้าใจผิดและทัศนคติของผู้สูงอายุ ซึ่งมักเชื่อว่า “ไม่มีฟันแล้วไม่จำเป็นต้องดูแลช่องปากหรือเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก” (ผู้นำชุมชน เพศหญิง อายุ 50 ปี ทำให้ละเลยการตรวจสุขภาพแม้เริ่มมีอาการผิดปกติ (2)

ข้อจำกัดเชิงทรัพยากรและการเข้าถึงบริการ โดยหลายพื้นที่ยังขาดบริการทันตกรรมในระดับตำบล-หมู่บ้าน “รพ.สต. มีหมอพื้นมาบ้างไม่มาบ้าง จะให้ผู้สูงอายุไปตรวจทุกปีก็ทำไม่ได้ เพราะไม่มีคนตรวจ” (อสม. เพศหญิง อายุ 49 ปี) และขาดสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ “เขียนเยอะ ทีมงานก็อ่านไม่ค่อยออก ผู้สูงอายุยังไม่รู้เรื่อง ต้องมีแบบภาพง่าย ๆ มากกว่า” (ทันตภิบาล เพศหญิง อายุ 45 ปี) ทำให้การสื่อสารเรื่องมะเร็งช่องปากไม่ต่อเนื่องและเข้าใจยาก และ (3) ระบบสนับสนุนและโอกาสในการส่งเสริมสุขภาพ แม้มีโครงการหมอมือสมัครใจและชมรมผู้สูงอายุ แต่ยังไม่บูรณาการประเด็นมะเร็งช่องปากอย่างเป็นระบบ กิจกรรมส่วนใหญ่เป็นครั้งคราว ไม่มีการติดตามประเมินความเสี่ยงและการปรับพฤติกรรมระยะยาว “มีกิจกรรมอยู่ แต่ทำปีละครั้งสองครั้ง ไม่มีการตามต่อว่าผู้สูงอายุปรับพฤติกรรมหรือยัง” (ผู้นำชุมชน เพศชาย อายุ 60 ปี) ผู้ให้ข้อมูลเสนอให้พัฒนารูปแบบการเรียนรู้ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ผลิตแบบบาทครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ พร้อมใช้สื่อและเทคโนโลยีที่เข้าถึงได้ในระดับชุมชน

ผลระยะที่ 2: การพัฒนารูปแบบกิจกรรม ได้ออกแบบกิจกรรม “7 ฐานการเรียนรู้” จากผลการศึกษาในระยะที่ 1 ในการกำหนด โดยประเด็นที่พบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนต่ำ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ, การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลและการตรวจรอยโรคในช่องปากด้วยตนเอง ถูกนำไปใช้เป็นหัวข้อหลักของการพัฒนาเนื้อหาและ กิจกรรมการเรียนรู้ จากข้อมูลพบว่าผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ จึงออกแบบ ฐานที่ 1: การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เพื่อฝึกการค้นหาข้อมูลจากแหล่งที่เชื่อถือได้ จากคะแนนต่ำด้านการตัดสินใจและการประเมินข้อมูล จึงกำหนด ฐานที่ 2: การทำความเข้าใจและประเมินข้อมูลสุขภาพ โดยใช้สื่อฝึกปฏิบัติและกรณีศึกษาจากข้อมูลพบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากไม่เคยตรวจช่องปาก

ด้วยตนเอง จึงพัฒนา ฐานที่ 7: การตรวจคัดกรองรอยโรคในช่องปากด้วยตนเอง พร้อมแบบฝึกปฏิบัติจริง รูปแบบกิจกรรม และประเด็นการเรียนรู้ที่ตอบสนองต่อปัญหาและข้อจำกัดที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุ

ผลระยะที่ 3: ทดลองใช้และติดตามผล เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้สุขภาพช่องปากด้านการป้องกันมะเร็งช่องปาก พบว่ามีคะแนนความรอบรู้สุขภาพช่องปากด้านการป้องกันมะเร็งช่องปากสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3) ผลการประเมินความพึงพอใจหลังการเข้าร่วมกิจกรรมพบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระดับสูง ในความเหมาะสม ความเข้าใจง่าย การมีส่วนร่วม และการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 2 ความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งช่องปากของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 4 (n = 372)

Table 2 Health Literacy on Oral Cancer Prevention among Older Adults in Health Region 4 (n = 372)

Dimension of Health Literacy on Oral Cancer Prevention	Mean $\pm$ SD	Level
1) Access to oral cancer prevention information and services	2.45 $\pm$ 0.38	Moderate
2) Knowledge and understanding of risk factors and oral care for cancer prevention	2.38 $\pm$ 0.42	Moderate
3) Interaction, questioning, and exchange of opinions about oral health	2.57 $\pm$ 0.35	High
4) Decision-making in choosing appropriate behaviors and oral health services	2.41 $\pm$ 0.40	Moderate
5) Communication and dissemination of information about oral cancer screening	2.29 $\pm$ 0.46	Moderate

Dimension of Health		
Literacy on Oral Cancer	Mean $\pm$ SD	Level
Prevention		
6) Behavioral changes in oral care (e.g., toothbrushing, avoiding risk factors)	2.51 $\pm$ 0.39	High
7) Self-examination and observation of abnormal oral lesions	2.18 $\pm$ 0.44	Moderate
Overall average	2.40 $\pm$ 0.41	Moderate

Note: Mean scores between 1.00–1.49 = Low, 1.50–2.49 = Moderate, and 2.50–3.00 = High.

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งช่องปากของผู้สูงอายุ (n=40) ก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล

Table 3 Comparison of Health Literacy Scores on Oral Cancer Prevention among Older Adults (n = 40) Before, After, and Follow-up Periods

Dimension	Before Model Implementation Mean $\pm$ SD	After Model Implementation Mean $\pm$ SD	Follow- up Mean $\pm$ SD	p-value (One-way Repeated ANOVA)
1) Access to health information and services	1.59 $\pm$ 0.61	3.25 $\pm$ 0.63	3.38 $\pm$ 0.85	0.01
2) Knowledge and understanding of oral health/risks	1.30 $\pm$ 0.17	2.48 $\pm$ 0.14	2.74 $\pm$ 0.30	0.01
3) Communication for interaction/questioning/exchange	1.65 $\pm$ 0.63	2.69 $\pm$ 0.58	2.74 $\pm$ 0.30	0.03
4) Decision-making on oral health practices	1.25 $\pm$ 0.20	2.71 $\pm$ 0.28	2.75 $\pm$ 0.18	0.01
5) Media literacy and health information sharing	1.78 $\pm$ 0.98	3.36 $\pm$ 0.78	3.42 $\pm$ 0.80	0.02
6) Preventive oral health behaviors	1.55 $\pm$ 0.40	3.05 $\pm$ 0.55	3.18 $\pm$ 0.62	0.04
7) Self-examination for oral lesions	1.40 $\pm$ 0.35	2.85 $\pm$ 0.42	2.90 $\pm$ 0.50	0.01
Total Oral Health Literacy	1.50 $\pm$ 0.42	2.91 $\pm$ 0.36	3.02 $\pm$ 0.38	0.01

ตารางที่ 4 ความคิดเห็นต่อรูปแบบความรู้สุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งช่องปากของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุขหลังการเข้าร่วมกิจกรรม (n = 40)

Table 4 Opinions towards the Oral Health Literacy Model for Oral Cancer Prevention among Older Adults in Health Region 4, Ministry of Public Health, after Participation in the Activities (n = 40)

No.	Items of Opinion	Mean $\pm$ SD	Level	Percentage of “High” Satisfaction
1	The activity design of the developed model was appropriate for problem-solving.	4.83 $\pm$ 0.38	High	96.0
2	The issues and approaches used in the model development were clear and well-defined.	4.80 $\pm$ 0.41	High	95.0
3	Gained knowledge and understanding about oral cancer and its prevention.	4.83 $\pm$ 0.38	High	96.0
4	Able to transfer or recommend knowledge to family and community members.	4.90 $\pm$ 0.30	High	98.0
5	The model effectively met the needs of older adults.	4.75 $\pm$ 0.44	High	94.0
6	The model could be applied in daily life.	4.70 $\pm$ 0.46	High	93.0
7	The model encouraged older adults to take care of their own oral health.	4.78 $\pm$ 0.42	High	95.0
8	Overall satisfaction with the activities.	4.75 $\pm$ 0.44	High	94.0
	Overall average	4.79 $\pm$ 0.40	High	95.1

วิจารณ์

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่ารูปแบบความรู้สุขภาพที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มระดับความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจ และพฤติกรรม การป้องกันมะเร็งช่องปากของผู้สูงอายุได้ ทั้งหลังเข้าร่วมกิจกรรมและระยะติดตามผล ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดความรู้สุขภาพ (Health Literacy)¹⁹ ที่มุ่งเสริมศักยภาพให้บุคคลเข้าถึง เข้าใจ

และนำข้อมูลไปใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม

การที่คะแนนความรู้สุขภาพเพิ่มขึ้นและคงอยู่ต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่ากิจกรรม “7 ฐานการเรียนรู้” ซึ่งออกแบบตามมิติของแนวคิดความรู้สุขภาพ มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มสามารถปรับใช้ในระดับชุมชนได้จริง นอกจากนี้ การที่ผู้สูงอายุสะท้อนว่าครอบครัว อสม. และผู้นำชุมชนมีบทบาท

สำคัญในการสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ ยืนยันความสำคัญของทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)¹⁴ ที่เน้นอิทธิพลของเครือข่ายรอบตัวต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยในต่างประเทศ พบว่าแนวทางที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนช่วยให้ผลลัพธ์ของโปรแกรมสุขภาพมีความต่อเนื่อง เช่น การศึกษาของ Nutbeam¹⁰ ที่ชี้ว่าการแนวคิดความรอบรู้สุขภาพต้องอาศัยทั้งมิติความรู้และสภาพแวดล้อมสนับสนุน ขณะที่งานวิจัยในประเทศ เช่น งานของชนิษฐา ม่วงงาม²⁰ และนิลุบล ศรีสุข²¹ ก็รายงานว่าการใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการสนับสนุนทางสังคมช่วยเพิ่มพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุได้เช่นกัน นอกจากนี้การประเมินความพึงพอใจที่อยู่ในระดับสูงสะท้อนว่ารูปแบบนี้ตอบสนองความต้องการและบริบทของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง²² อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดคือการทดลองใช้ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 เพียงแห่งเดียว และติดตามในระยะเวลานั้น

สรุป

การศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งช่องปากอยู่ในระดับปานกลางถึง รูปแบบกิจกรรม “7 ฐานการเรียนรู้” ช่วยเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากด้านการป้องกันโรคมะเร็งช่องปากและผลยังคงอยู่ในระดับสูงในช่วงติดตามผล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

ควรมีการศึกษาที่ติดตามประเมินผลระยะยาวของการใช้รูปแบบกิจกรรม “7 ฐานการเรียนรู้” ในชุมชน ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

ควรส่งเสริมทักษะผู้สูงอายุ ในการสังเกตความผิดปกติของช่องปาก การตรวจคัดกรองเบื้องต้นด้วยตนเอง และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง พร้อมทั้งสนับสนุนให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดูแลสุขภาพอนามัยช่องปาก การเลือกพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม และการเข้ารับบริการตรวจช่องปากเป็นประจำ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันกำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพช่องปากด้านการป้องกันโรคมะเร็งช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้การป้องกันมะเร็งช่องปากเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม

คำขอบคุณ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ บุคลากรสาธารณสุข ทันตแพทย์ ทันตภิบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน ครอบครัว และผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 4 ที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. National Statistical Office of Thailand. The 2023 elderly population survey report [in Thai]. Bangkok: NSO; 2024.
2. Sermsuti-Anuwat N, Pongpirul K. Association between oral health literacy and number of remaining teeth among older Thai adults. J Int Soc Prev Community Dent. 2021;11(3):296–302. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8051955/>
3. Dhanuthai K, Rojanawatsirivej S, Subarnbhesaj A, Thosaporn W, Kintarak S. A multicenter study of oral malignant tumors from Thailand. J Oral Maxillofac Pathol. 2016 20(3):462-466.
4. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. J Dent Res. 2011;90(11):1264–1270.
5. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185

- countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209–49.
6. Petersen PE. Oral cancer prevention and control – The approach of the World Health Organization. Oral Oncol. 2009;45(4–5):454–60.
 7. Khamrin P, Thummathai P, Srisorrachatr S, Nuntaboot K. Factors associated with health literacy, self-efficacy, social support, and oral health care behaviors among elderly in northern border community, Thailand. Int J Dent Hyg. 2022;20(4):720–728.
 8. Sermsuti-anuwat N, Piyakhunakorn P. Association between oral health literacy and number of remaining teeth among the Thai elderly: a cross-sectional study. BMC Oral Health. 2021;21:190.
 9. Panat P, Sermsuti-anuwat N. The associations between oral health literacy and oral health-related behaviours among community-dwelling older people in Thailand. Int J Dent Hyg. 2021;19(2):157–164.
 10. 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.
 11. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12:80.
 12. Sermsuti-Anuwat N, Pongpirul K. Association between oral health literacy and oral health status among older adults in Thailand. PLoS One. 2021;16(6):e0252644.
 13. Pengjun W. Thai health literacy assessment manual [in Thai]. Nonthaburi: Department of Health Service Support, Ministry of Public Health; 2017.
 14. Schaffer MA. Social support. In: Rice VH, editor. Handbook of stress, coping, and health: Implications for nursing research, theory, and practice. Thousand Oaks (CA): Sage; 2004. p.129–47.
 15. Daniel WW. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 7th ed. New York: Wiley; 2010.
 16. Kaewkamnerdpong N, et al. Oral health and masticatory difficulty among Thai older adults: findings from the National Oral Health Survey. J Dent Public Health. 2023;53(2):85–94.
 17. Kumar R. Research methodology: a step-by-step guide for beginners. 5th ed. London: SAGE; 2019.
 18. Suttagul K, Hunnirun P. Development of oral health literacy model for elementary school students in Health Region 5. Journal of Nursing and Health Sciences. 2019;13(4):135–149.
 19. Hoonniran P, Riewpaiboon A, Kengganpanich M, Taneepanichskul S. Development and validation of the Thai health literacy scale. J Health Res. 2016;30(5):335–43.
 20. Khanittha S. Participatory learning process for improving oral health care behavior among Thai older adults. J Dent Public Health. 2013;23(2):75–84. [in Thai]
 21. Nilubon C. Community-based social support intervention to enhance oral health literacy

- and practices among the elderly. Thai J Health Promot. 2021;44(1):112–25. [in Thai]
22. Srisuwan P, Chantarasombat C. Satisfaction of older adults towards participatory oral health literacy activities in Health Region 4, Thailand. Thai Dent Public Health J. 2022;47(3):215–27. [in Thai]