

น้อมรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
เนื่องในโอกาสครบรอบ 125 ปี แห่งการพระราชสมภพ

วิทยาสารทันตสาธารณสุข

Thai Dental Public Health Journal

ปีที่ 30 มกราคม-ธันวาคม 2568 สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

ISSN 3027-7469 (online)



วิทยาสารทันตสาธารณสุข

Thai Dental Public Health Journal

จัดทำโดยสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พิมพ์ปีละ 1 ฉบับ เผยแพร่ในเดือนธันวาคม
เพื่อเป็นเวทีนำเสนอผลงานวิชาการ วิจัยด้านสุขภาพช่องปาก กรณีศึกษา และโครงการที่มีการวัดผลการเปลี่ยนแปลงตามหลักการวิจัยประเมินผล ในมิติการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การบริการ การฟื้นฟูสภาพ การบริหารจัดการเชิงคุณภาพและประสิทธิภาพ วัสดุและผลิตภัณฑ์ การคุ้มครองผู้บริโภค การสื่อสาร และสารสนเทศ ด้วยวิทยาการด้านระบาดวิทยา พฤติกรรมศาสตร์ เศรษฐศาสตร์สุขภาพ สังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ นิติศาสตร์ คอมพิวเตอร์ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ด้วยวัตถุประสงค์เพื่อยกระดับความสามารถในการผลิตและใช้องค์ความรู้และนวัตกรรมด้านสุขภาพช่องปากของประเทศ เพื่อเป็นสื่อกลางเชื่อมโยงองค์ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากและนวัตกรรมกับบุคลากร หน่วยงาน และองค์กรที่เกี่ยวข้องในด้านปฏิบัติการ วิชาการ และนโยบาย และเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้และนวัตกรรมแก่นักวิชาการทั่วไป

ที่ปรึกษา แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์ อธิบดีกรมอนามัย
นายแพทย์ ดร. ปองพล วรปาณิ รองอธิบดีกรมอนามัย
ทันตแพทย์หญิงวรางคนา เวชวิธี ทันตแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านทันตสาธารณสุข) กรมอนามัย
ทันตแพทย์ดำรง ธำรงเลาหะพันธุ์ ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข
บรรณาธิการ ทันตแพทย์หญิง ดร. อรฉัตร คุรุรัตนะ สำนักทันตสาธารณสุข
บรรณาธิการรอง นายกลวัชร ปาวงค์ สำนักทันตสาธารณสุข
กองบรรณาธิการ
รองศาสตราจารย์ฉวีวรรณ บุญสุยา นักวิชาการอิสระ
ทันตแพทย์หญิงจันทนา อึ้งชูศักดิ์ ที่ปรึกษากรมอนามัย
ทันตแพทย์หญิงปิยะดา ประเสริฐสม ที่ปรึกษากรมอนามัย
รองศาสตราจารย์วรานุช ปิติพัฒน์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ทรงชัย ฐิตโสมกุล คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รองศาสตราจารย์สุกัญญา เธียรวิวัฒน์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ณัฐวุธ แก้วสุทธา คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์วีระศักดิ์ พุทธาศรี สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
ทันตแพทย์หญิง ดร.กนิษฐา บุญธรรมเจริญ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
ทันตแพทย์หญิงสุวรรณา สมถวิล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี
ทันตแพทย์สุรชัย อภินวถาวรกุล โรงพยาบาลหาดใหญ่
ทันตแพทย์หญิงทัศนี สลัดยะนันท์ โรงพยาบาลสันป่าตอง
ผู้ประสานงาน นายอธิวัฒน์ ทรัพย์เสถียร สำนักทันตสาธารณสุข
สำนักงาน สำนักทันตสาธารณสุข (กลุ่มสนับสนุนวิชาการและการวิจัย)
กรมอนามัย (อาคาร 5 ชั้น 3) กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0 2590 4476 email: ThDPHJo@gmail.com

เว็บไซต์ https://www.tci-thaijo.org/index.php/ThDPHJo/index

ความรับผิดชอบ ผู้นิพนธ์เป็นผู้รับผิดชอบการจัดทำและเนื้อหาบทความ แม้ว่าคณะบรรณาธิการมีสิทธิปรับแก้บทความตามหลักภาษาและวิชาการ แต่ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยกับความคิดเห็นที่ปรากฏในบทความ

กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

วิทยาสารทันตสาธารณสุข

Thai Dental Public Health Journal

จดหมายจากบรรณาธิการ

ในโอกาสครบรอบ 125 ปี แห่งการพระราชสมภพของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ผู้ทรงเป็น "สมเด็จย่า" ของปวงชนชาวไทย ข้าพระพุทธเจ้าขอน้อมรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณที่ทรงวางรากฐานการสาธารณสุขไทย สมเด็จย่าทรงเล็งเห็นว่าการดูแลสุขภาพช่องปากเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของสุขภาพทั่วไป แนวพระราชดำริ้นี้เป็นหลักการพื้นฐานของการทันตสาธารณสุขไทยจนถึงปัจจุบัน พระราชวิสัยทัศน์ในการใช้การศึกษา เป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาประเทศ รวมถึงการศึกษาด้านสุขภาพ เป็นแรงบันดาลใจให้เกิดการพัฒนาหลักสูตรและการเรียนการสอนทางทันตสาธารณสุขที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน การที่พระองค์ทรงให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกชนชั้น โดยไม่เลือกปฏิบัติ เป็นหลักการสำคัญที่นำไปสู่การพัฒนาระบบทันตสาธารณสุขที่เน้นการเข้าถึงอย่างเท่าเทียมของประชาชนทุกกลุ่ม

วิทยาสารทันตสาธารณสุข ขอยึดมั่นในการสืบสานพระราชปณิธานของสมเด็จย่า ด้วยการเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่องค์ความรู้ทางทันตสาธารณสุขที่เป็นประโยชน์และส่งเสริมการวิจัยที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากของประชาชนชาวไทยสืบไป

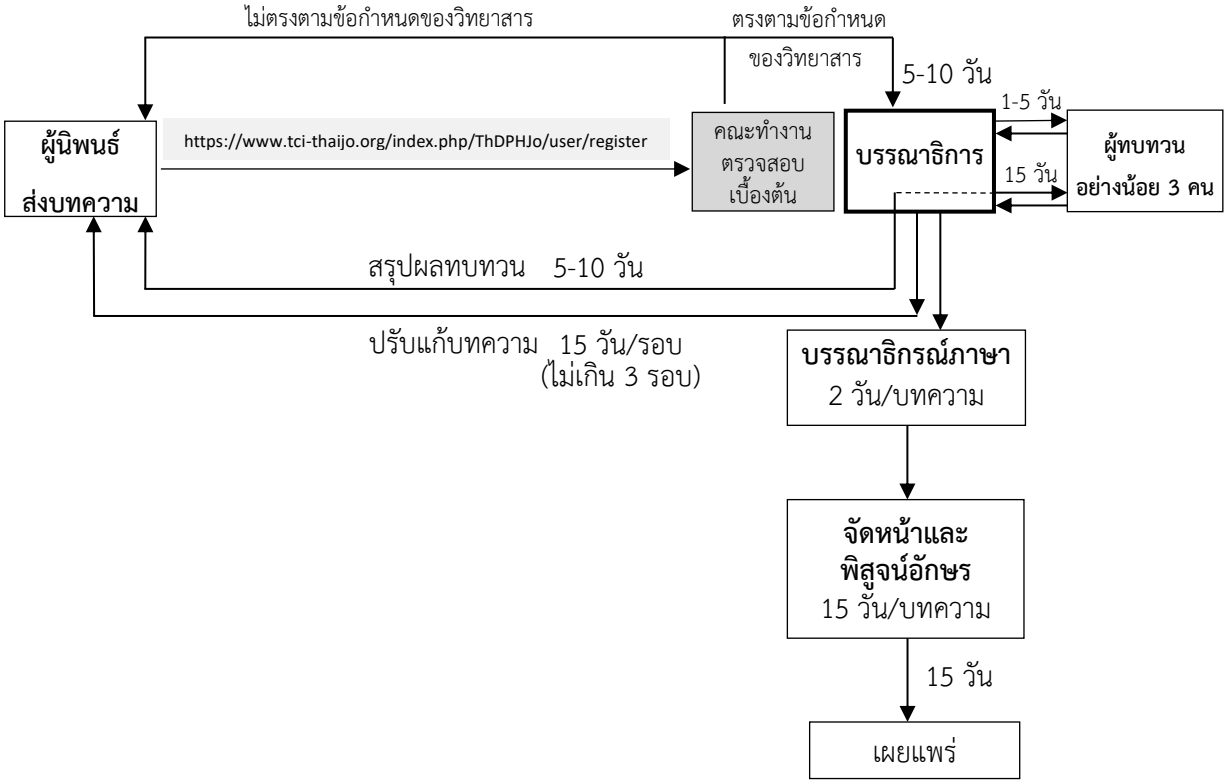
ทพญ.ดร.อรฉัตร คุรุรัตนะ
บรรณาธิการ

กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

วิทยาสารทันตสาธารณสุข

Thai Dental Public Health Journal

ขั้นตอนการดำเนินงานวิทยาสารทันตสาธารณสุข



กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

วิทยาสารทันตสาธารณสุข

Thai Dental Public Health Journal

วัตถุประสงค์และนโยบาย

วิทยาสารทันตสาธารณสุข จัดทำโดยสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พิมพ์ในรูปแบบออนไลน์ปีละ 1 ฉบับจำนวน 10 - 15 บทความ เผยแพร่ภายในเดือนธันวาคม เพื่อเป็นเวทีนำเสนอผลงานวิชาการ และวิจัยด้านสุขภาพช่องปาก รวมทั้งโครงการที่มีการวัดผลการเปลี่ยนแปลงตามหลักการวิจัยประเมินผล ในมิติการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การบริการ การฟื้นฟูสภาพ การบริหารจัดการเชิงคุณภาพและหรือประสิทธิภาพ วัสดุและผลิตภัณฑ์ การคุ้มครองผู้บริโภค การสื่อสาร และสารสนเทศ ด้วยวิทยาการด้านระบาดวิทยา พฤติกรรมศาสตร์ เศรษฐศาสตร์สุขภาพ สังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ นิติศาสตร์ คอมพิวเตอร์ และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ด้วยวัตถุประสงค์เพื่อยกระดับความสามารถในการผลิตและใช้องค์ความรู้และนวัตกรรมด้านสุขภาพช่องปากของประเทศ เพื่อเป็นสื่อกลางเชื่อมโยงองค์ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากและนวัตกรรมกับบุคลากร หน่วยงาน และองค์กรที่เกี่ยวข้องในด้านปฏิบัติการวิชาการ และนโยบาย และเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้และนวัตกรรมแก่นักวิชาการทั่วไป

วิทยาสารทันตสาธารณสุขยินดีรับบทความวิชาการภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ซึ่งบทความที่ส่งมาต้องไม่เคยเผยแพร่ในสิ่งพิมพ์ใด และต้องไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาของวารสารอื่น โดยกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาแก้ไขต้นฉบับและลงพิมพ์ตามลำดับก่อนหลังเมื่อต้นฉบับมีความถูกต้องสมบูรณ์แล้ว ซึ่งข้อความที่ปรากฏอยู่ในแต่ละบทความที่ตีพิมพ์ในวิทยาสารทันตสาธารณสุข เป็นความรับผิดชอบและความคิดเห็นส่วนตัวของผู้นิพนธ์ ไม่เกี่ยวข้องกับกองบรรณาธิการวิทยาสารทันตสาธารณสุขแต่อย่างใด

การพิจารณาประเมินบทความ

กระบวนการพิจารณาประเมินบทความ

เมื่อกองบรรณาธิการพิจารณาเห็นควรรับบทความไว้พิจารณาตีพิมพ์ จะส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องภายใน 1-5 วันเพื่อพิจารณาประเมินคุณภาพบทความ กรณีบทนิพนธ์ต้นฉบับ รายงานวิจัย นวัตกรรมหรือสิ่งประดิษฐ์ และบทความปริทัศน์ มีผู้ทบทวนอย่างน้อย 3 ท่านร่วมกับการพิจารณาของบรรณาธิการ ส่วนบทความพิเศษ บทฟื้นฟูวิทยาการ หรือปกิณกะ มีผู้ทบทวนอย่างน้อย 1 ท่านร่วมกับการพิจารณาของบรรณาธิการ

ในกระบวนการพิจารณาประเมินนี้ ผู้ประเมิน (reviewer) ไม่สามารถทราบข้อมูลของผู้นิพนธ์ และผู้นิพนธ์ก็ไม่ทราบว่าผู้ใดเป็นผู้ประเมินบทความ (double-blind peer review) โดยทั่วไปจะสามารถแจ้งผลการประเมินบทความให้ผู้นิพนธ์ทราบภายใน 90 วันทำการหลังจากได้รับบทความ

ประเภทของบทความที่รับพิมพ์

1. นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) เป็นรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ผนวกความรู้ปัจจุบันโดยมีคำถามการวิจัยหรือสมมติฐานที่ชัดเจน และดำเนินการโดยนักวิจัยเอง (primary research) อาจเก็บข้อมูลเองหรือใช้ข้อมูลที่มีการจัดเก็บอยู่แล้วมาวิเคราะห์ให้ได้ความรู้หรือข้อมูลเชิงประจักษ์ใหม่ ประกอบด้วย บทคัดย่อภาษาไทยและอังกฤษพร้อม

กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

วิทยาสารทันตสาธารณสุข

Thai Dental Public Health Journal

คำสำคัญ บทนำ ระเบียบวิธี การรับรองจริยธรรมการวิจัย ผล วิจารณ์ สรุป ข้อเสนอแนะ คำขอบคุณ และเอกสารอ้างอิง สำหรับวิจัยที่มีวัตถุประสงค์เดียว ความยาวควรเหมาะสมกับเนื้อหา ประมาณ 8-12 หน้ากระดาษ A4

โครงการหรือระบบบริการให้ใช้หัวข้อเหมือนกับการศึกษาวิจัย ในบทนำให้กล่าวถึงที่มา ความสำคัญ วัตถุประสงค์ของโครงการหรือระบบที่พัฒนา พร้อมการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และมีระเบียบวิธีในการประเมินผลโดยวัดเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการศึกษาโดยมีการทดสอบทางสถิติที่เหมาะสมสนับสนุนด้วย

2. รายงานวิจัยนวัตกรรมหรือสิ่งประดิษฐ์ (innovation) เป็นรูปแบบหนึ่งของนิพนธ์ต้นฉบับ ประกอบด้วย บทคัดย่อภาษาไทยและอังกฤษพร้อมคำสำคัญ บทนำ แนวคิดหลักการ ส่วนประกอบและวิธีการประดิษฐ์ การทำงานของสิ่งประดิษฐ์ ข้อดีและข้อด้อย การทดลองใช้และประเมินผลอย่างเป็นระบบ มีสถิติสนับสนุน วิจารณ์ สรุป ข้อเสนอแนะ คำขอบคุณ และเอกสารอ้างอิง ประมาณ 8 หน้ากระดาษ A4 หากทดลองใช้และหรือเก็บข้อมูลประเมินผลในคนต้องผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนด้วย

3. บทความปริทัศน์ (review article) เป็นการสังเคราะห์องค์ความรู้ปัจจุบันหรือวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อนำเสนอความรู้ความเข้าใจใหม่เฉพาะด้านหรือชี้ถึงช่องว่างขององค์ความรู้หรือวิจารณ์สถานการณ์ที่ให้ความรู้หรือข้อค้นพบในเรื่องที่น่าสนใจและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ โดยมีการทบทวนวรรณกรรมและอ้างอิงตามแบบแผนวิชาการเกี่ยวกับทฤษฎี การวิจัย และความรู้จากวารสารวิชาการและหนังสือทั้งในและต่างประเทศ รวมทั้งข้อมูลเชิงประจักษ์จากหน่วยงาน โดยผู้เขียนต้องแสดงความคิดเห็นหรือเสนอแนะร่วมด้วยแต่ไม่นับเป็นนิพนธ์ต้นฉบับ (original research) ประกอบด้วย บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและอังกฤษพร้อมคำสำคัญ บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน วิจารณ์และสรุป ข้อเสนอแนะ คำขอบคุณ และเอกสารอ้างอิง ความยาวเหมาะสมกับเนื้อหาประมาณ 8-12 หน้ากระดาษ A4

4. บทความพิเศษ (special article) มักแสดงทัศนะของผู้เขียนในประเด็นเฉพาะที่เชื่อมโยงกับเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ที่อยู่ในความสนใจเป็นพิเศษของสาธารณชน ความยาวไม่ควรเกิน 5 หน้ากระดาษ A4

5. รายงานกรณีศึกษา (case study report) เป็นรายงานเหตุการณ์หรืองานในมิติดังกล่าวข้างต้นที่ไม่เคยมีรายงานมาก่อนหรือมีรายงานน้อย แต่มีจำนวนตัวอย่างน้อยจึงไม่สามารถเป็นนิพนธ์ต้นฉบับและแสดงผลการเรียนรู้ได้อย่างชัดเจนในด้านการบริหารความเสี่ยง พัฒนาคุณภาพการทำงาน กำหนดประเด็นนโยบาย หรืออธิบายปรากฏการณ์ความเชื่อ การปฏิบัติ ประกอบด้วย บทนำ วัตถุประสงค์ เนื้อหา วิจารณ์ สรุป เอกสารอ้างอิง มีบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษพร้อมคำสำคัญ ยาวเหมาะสมกับเนื้อหา ไม่เกิน 5 หน้ากระดาษ A4

6. ปกิณกะ (miscellaneous) เป็นบทความสั้นๆ อาจเป็นรายงานผลการศึกษาโดยสังเขปหรือรายงานเบื้องต้น

7. จดหมายถึงบรรณาธิการหรือจดหมายโต้ตอบ เป็นพื้นที่ให้ผู้อ่านสื่อสารความเห็นที่แตกต่าง ข้อผิดพลาด หรือความไม่สมบูรณ์ของบทความถึงผู้นิพนธ์ โดยบรรณาธิการอาจวิพากษ์สนับสนุนหรือโต้แย้ง

กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

วิทยาสารทันตสาธารณสุข

Thai Dental Public Health Journal

<u>จริยธรรมในการตีพิมพ์</u> (Publication ethics)

เพื่อให้การสื่อสารทางวิชาการเป็นไปอย่างถูกต้อง มีคุณภาพโปร่งใส และสอดคล้องกับมาตรฐานการตีพิมพ์ วิทยาสารทันตสาธารณสุขได้กำหนดบทบาทหน้าที่สำหรับบุคคล 3 กลุ่ม ที่อยู่ในวงจรการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน ได้แก่ ผู้นิพนธ์ บรรณาธิการ และผู้ประเมินบทความ เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องทั้ง 3 กลุ่ม ได้ศึกษาและปฏิบัติตามข้อกำหนดอย่างเคร่งครัดเพื่อประโยชน์ต่อผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ดังนี้

บทบาทและหน้าที่ของผู้นิพนธ์ (duties of authors)

1. รับรองว่าบทความที่ส่งมาไม่เคยตีพิมพ์หรือเผยแพร่ที่ใดมาก่อน รวมการพิมพ์ในเอกสารการประชุมวิชาการ (proceeding) หากเป็นเรื่องที่เคยนำเสนอในงานประชุมวิชาการและมีเอกสารเผยแพร่**เฉพาะบทคัดย่อ** ให้ปรับชื่อเรื่องและเนื้อหาให้ไม่ซ้ำเดิมเพื่อหลีกเลี่ยง self plagiarism และใส่อ้างอิงเชิงอรรถระบุชื่อการประชุมนั้นด้วย
2. รับรองว่าข้อมูลในบทความเป็นข้อมูลจริงที่มีความถูกต้อง ไม่บิดเบือน และเกิดขึ้นจากการศึกษาของตนเองหรือของทีมตามชื่อที่ปรากฏในบทความ
3. แนบหลักฐานการรับรองจริยธรรมการวิจัยในกรณีที่เป็นการศึกษาวิจัยในคน
4. ไม่คัดลอกผลงานที่เคยเผยแพร่แล้วทั้งของตนเอง (self-plagiarism) หรือของผู้อื่น (plagiarism) หากมีการนำผลงานดังกล่าวมาใช้ในบทความ ต้องเขียนใหม่และอ้างอิงตามรูปแบบที่วิทยาสารทันตสาธารณสุขกำหนด
5. จัดทำบทความตามรูปแบบที่วิทยาสารทันตสาธารณสุขกำหนด
6. รับรองว่าผู้มีชื่อปรากฏในบทความรวมทั้งในคำขอบคุณ มีส่วนร่วมจริงตรงตามที่ระบุไว้
7. ระบุแหล่งทุนที่สนับสนุนการศึกษา (ถ้ามี)
8. ระบุผลประโยชน์ทับซ้อน (ถ้ามี)

บทบาทและหน้าที่ของบรรณาธิการ (duties of the editor)

1. รับผิดชอบต่อสิ่งที่เผยแพร่ในวิทยาสารทันตสาธารณสุข และปรับปรุงวิทยาสารอย่างสม่ำเสมอ
2. ดำเนินการทุกอย่างเพื่อให้มั่นใจในคุณภาพของบทความ คงไว้ซึ่งความถูกต้องของผลงานทางวิชาการ เพื่อรับรองคุณภาพของบทความที่พิมพ์
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการตรวจสอบประเมินบทความ (peer review) และทำให้มั่นใจว่าข้อมูลของผู้นิพนธ์และผู้ประเมินบทความจะได้รับการปกปิดเป็นความลับในระหว่างขั้นตอนการพิจารณาประเมิน
4. ตัดสินใจคัดเลือกบทความลงพิมพ์เฉพาะที่ผ่านกระบวนการการประเมินบทความแล้ว โดยพิจารณาจากความสำคัญ ความใหม่ และความสมบูรณ์ของบทความ ตลอดจนความสอดคล้องของเนื้อหากับนโยบายของวิทยาสารเป็นสำคัญ
5. ไม่ลงพิมพ์บทความเชิงวิชาการที่เคยพิมพ์เผยแพร่ที่อื่นมาแล้ว แต่อาจพิมพ์ซ้ำกฎหมาย ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติในเรื่องที่สำคัญเพื่อเผยแพร่ให้ทราบโดยทั่วกัน
6. ไม่ปฏิเสธการตีพิมพ์บทความเพราะความสงสัยหรือไม่แน่ใจ
7. ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์ และกับผู้ประเมิน

กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH
วิทยาสารทันตสาธารณสุข
Thai Dental Public Health Journal

8. ตรวจสอบบทความว่ามีการคัดลอกผลงานของผู้อื่น (plagiarism) และหรือของตนเอง (self-plagiarism) หรือไม่อย่างจริงจัง ด้วยโปรแกรมที่เชื่อถือได้
9. ระหว่างกระบวนการประเมินบทความ หากตรวจพบการคัดลอกผลงานของผู้อื่นและหรือตนเอง บรรณาธิการต้องหยุดกระบวนการประเมินและติดต่อขอคำชี้แจงจากผู้นิพนธ์ทันที เพื่อประกอบการตอบรับหรือปฏิเสธการตีพิมพ์บทความนั้น
10. เมื่อมีข้อผิดพลาดในบทความที่พิมพ์ไปแล้ว ต้องพร้อมแก้ไข ทำให้เกิดความกระจ่าง ถอดถอนบทความ และขออภัย
11. สนับสนุนเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็นโดยจัดช่องทางให้อุทธรณ์หรือแสดงความคิดเห็นได้เมื่อผู้นิพนธ์ ผู้ประเมินบทความ หรือกองบรรณาธิการ มีความคิดเห็นแตกต่างจากการตัดสินใจของบรรณาธิการ
12. จัดทำคำแนะนำแก่ผู้นิพนธ์และผู้ประเมินบทความ และปรับปรุงให้ทันสมัยอยู่เสมอ
13. ไม่ควรตอบรับบทความที่ผู้ประเมินเห็นพ้องกันว่า สมควรปฏิเสธ กรณีที่ผู้ประเมินมีความเห็นแย้งกัน บรรณาธิการอาจพิจารณาตัดสินเองหรือส่งให้ผู้ทบทวนอีกท่านพิจารณาประเมิน
14. กรณีที่ผู้ประเมินบทความส่งผลการประเมินไม่ครบหรือจะล่าช้ากว่ากำหนดจนอาจทำให้ผู้นิพนธ์เสียประโยชน์ บรรณาธิการอาจใช้ผลการประเมินตามที่ได้รับ หรือพิจารณาประเมินร่วมด้วย หรือส่งให้ผู้ทบทวนอีกท่านพิจารณาประเมินร่วมด้วย
15. กรณีมีการเปลี่ยนบรรณาธิการ บรรณาธิการใหม่ต้องไม่ตีพิมพ์บทความที่บรรณาธิการคนก่อนปฏิเสธไปแล้ว

บทบาทและหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ (duties of reviewers)

1. ในระหว่างขั้นตอนการพิจารณาประเมินบทความ ต้องไม่เปิดเผยชื่อเรื่องและเนื้อหาบทความที่กำลังพิจารณาแก่บุคคลอื่น
2. แจ้งให้บรรณาธิการทราบและปฏิเสธการประเมินบทความที่อาจมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์ มีความขัดแย้งกับผู้นิพนธ์ หรือเหตุผลอื่นที่อาจทำให้ไม่สามารถให้ข้อคิดและข้อเสนอแนะอย่างอิสระได้
3. ใช้เหตุผลที่มีข้อมูลเชิงประจักษ์หรือวิชาการรองรับเป็นเกณฑ์ในการตัดสินบทความ
4. แจ้งให้บรรณาธิการทราบหากพบว่า บางส่วนหรือทั้งหมดของบทความมีส่วนที่เหมือนกับผลงานชิ้นอื่น
5. ยกตัวอย่างงานวิจัยสำคัญที่สอดคล้องกับบทความที่กำลังประเมินแต่ผู้นิพนธ์ไม่ได้อ้างอิงถึง เพื่อให้บทความมีคุณค่าเพิ่มขึ้น
6. บันทึกผลการประเมินและสรุปว่าควรตอบรับหรือปฏิเสธการตีพิมพ์บทความตามระบบการประเมินบทความของวิทยาสารซึ่งปัจจุบันเป็นระบบออนไลน์ รวมทั้งส่งไฟล์ที่เกี่ยวข้องให้บรรณาธิการ ภายใน 15 วันทำการ

กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

วิทยาสารทันตสาธารณสุข

Thai Dental Public Health Journal

คำแนะนำผู้นิพนธ์

ก่อนส่งบทความรับการพิจารณาลงพิมพ์ขอให้ลงทะเบียนก่อนที่ https://www.tci-thaijo.org/index.php/ThDPHJo/user/register โดยศึกษาวิธีการส่งบทความได้จาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThDPHJo/about/submissions เอกสารที่ต้องส่งเข้าสู่ระบบประกอบด้วย ไฟล์ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย (COA) และต้นฉบับบทความในรูปแบบไฟล์ word และ pdf รวม 3 ไฟล์ กรณีที่เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เพื่อเผยแพร่สำหรับขอจบการศึกษาให้ทำหนังสือโดยที่ปรึกษาหลักลงนามเพิ่มอีก 1 ฉบับ ดาวน์โหลดตัวอย่างได้จาก https://drive.google.com/file/d/1JMVDoRzENsF38C_GFfX_JbjUBca4Nd08/view?usp=sharing แล้วส่งเข้าสู่ระบบ รวม 4 ไฟล์ มีวิธีเตรียมต้นฉบับบทความดังนี้

1. การพิมพ์บทความให้ใช้ตัวอักษร Th SarabunPSK ขนาดตัวอักษร 15 ขนาดหน้ากระดาษ A4 เว้นระยะห่าง 1 บรรทัด เว้นขอบด้านบน 3.5 เซนติเมตร ด้านล่าง ซ้าย และขวา ด้านละ 2.54 เซนติเมตร และใส่เลขหน้าที่มุมขวาด้านบนของหน้า
2. จัดหน้ากระดาษให้อยู่ในรูปแบบ 2 คอมลัมน์ โดยแต่ละคอลัมน์มีความกว้าง 8 เซนติเมตร ระยะห่างระหว่างคอลัมน์ 0.5 เซนติเมตร โดยเริ่มตั้งแต่บทนำ
3. ความยาวของต้นฉบับที่มีวัตถุประสงค์เดียว เมื่อรวมภาพและตารางแล้วไม่ควรเกิน 8-12 หน้ากระดาษ A4
4. การเขียนบทความ ให้ใช้รูปแบบดังนี้
   - 4.1 ชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและอังกฤษต้องมีความหมายตรงกัน บ่งถึงสาระสำคัญของเนื้อหาบทความยาวประมาณ 15-20 คำ และไม่ใช่คำย่อ ตัวอักษรแรกของคำศัพท์ภาษาอังกฤษทุกคำให้ใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ยกเว้นคำบุพบท
   - 4.2 ชื่อผู้นิพนธ์และช่องทางการติดต่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ที่ทำงาน ที่อยู่ และรหัสไปรษณีย์ พร้อมอีเมล หากมีหลายคนให้เรียงตามลำดับความสำคัญในการวิจัยหรือค้นคว้า และมีสัญลักษณ์แสดงความเป็น ผู้ประสานงาน (corresponding author) โดยชื่อผู้ประสานงานจะต้องเป็นผู้เดียวกันกับที่ส่งบทความเข้ามาในระบบเท่านั้น
   - 4.3 เนื้อหาให้ใช้ภาษาไทยล้วนหรืออังกฤษล้วน ถ้าใช้ภาษาไทยให้แปลศัพท์ภาษาอังกฤษที่มีปนกับภาษาไทยนั้นเป็นภาษาไทยตามหลักการของราชบัณฑิตยสถานและวงเล็บภาษาอังกฤษในครั้งแรกที่กล่าวถึงและใส่คำย่อภาษาอังกฤษต่อท้ายหากต้องการใช้คำย่ออีก เนื้อหาประกอบด้วยหัวข้อย่อยดังนี้
     - 4.3.1 บทคัดย่อ เป็นบทความสั้นที่กล่าวถึงวัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีการศึกษา และผลของการศึกษาแบบสรุปย่อให้ได้ใจความ และมีข้อเสนอแนะ ไม่เขียนเป็นหัวข้อ ไม่ต้องมีข้อสรุปจากการวิจารณ์ และมีคำสำคัญ (keywords) บทคัดย่อภาษาไทยควรยาวไม่เกินครึ่งหน้ากระดาษ A4 ประมาณ 350 คำ และประมาณ 250 คำในภาษาอังกฤษ
     - 4.3.2 บทนำ กล่าวถึงลักษณะของปัญหาที่นำมาศึกษาวิจัย เริ่มจากสถานการณ์และความสำคัญของปัญหาที่ศึกษามีการปริทัศน์ (review) บทความวิชาการใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องในด้านปัจจัย ตัวแปร วิธีการ และเครื่องมือ อย่างเพียงพอที่จะนำมาปรับใช้โดยเฉพาะเมื่อมีการสร้างเครื่องมือในการศึกษา ตอนท้ายให้ระบุวัตถุประสงค์และประโยชน์จากเรื่องนี้ โดยเขียนให้กระชับเข้าใจได้ง่าย ไม่ควรยาวเกิน 2 หน้ากระดาษ A4
     - 4.3.3 ระเบียบวิธีวิจัย กล่าวถึง แบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (แสดงสูตรคำนวณและระบุค่าที่ใช้ในการคำนวณ ไม่ใช้สูตรไม่ใช้ยามาเน่ (Yamane) หากใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคำนวณขอให้ระบุที่มาของโปรแกรมและ

อ้างอิงตัวอย่างการศึกษาวิจัยที่คล้ายกันซึ่งเลือกใช้สูตรดังกล่าวด้วย) วิธีการสุ่มตามหลักวิชาการพร้อมเกณฑ์การรับอาสาสมัครเข้าและไม่รับเข้าในการศึกษาวิจัยและเกณฑ์ให้อาสาสมัครออกจากการศึกษา (สำหรับเกณฑ์การยุติการศึกษาอาจมีเป็นบางการศึกษา) เครื่องมือ (ระบุการพัฒนา การตรวจสอบคุณภาพ และ/หรือทดลองใช้ และปรับปรุง) ที่ใช้โดยมีการควบคุมความคลาดเคลื่อนหรืออคติที่ชัดเจนสามารถปฏิบัติตามได้ ขั้นตอนกระบวนการชี้แจงอาสาสมัครและขอความยินยอม วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ กรณีศึกษาวิจัยในคนต้องผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยโดยระบุชื่อคณะกรรมการ รหัสโครงการวิจัย หมายเลข วันที่ และช่วงระยะเวลาที่รับรอง

4.3.4 ผล บรรยายข้อค้นพบเฉพาะที่สำคัญหรือน่าสนใจด้วยข้อความก่อนแล้วระบุหมายเลขตาราง แผนภูมิ หรือภาพประกอบ

4.3.4.1 ภาพ (illustrations) หรือแผนภูมิ (chart) ที่อ้างถึงต้องมีหมายเลขและชื่อทั้งภาษาไทยและอังกฤษ เป็นภาพสี ภาพต้นฉบับต้องมีความคมชัดและสามารถแก้ไขได้ ขนาดอย่างน้อย 3 เมกะไบต์ต่อภาพ หลีกเลี่ยงการถ่ายภาพด้วยโทรศัพท์มือถือแล้วแทรกในบทความ ใช้คำภาษาอังกฤษหรือสัญลักษณ์ที่สื่อความหมายอย่างชัดเจน การอ้างถึงภาพ หรือแผนภูมิในบทความ ให้พิมพ์คำว่า “ภาพที่” หรือ “แผนภูมิที่” และหมายเลข

4.3.4.2 ตาราง (tables) ที่อ้างถึงต้องมีหมายเลขและชื่อทั้งภาษาไทยและอังกฤษและใช้ตัวอักษรแบบหนา คำอธิบายให้เขียนด้านบนสุดของตาราง โดยพิมพ์คำว่า “ตารางที่” และหมายเลข เป็นตารางต้นฉบับที่สามารถแก้ไขได้ เนื้อหาในตารางเป็นภาษาอังกฤษ อาจมีเชิงอรรถท้ายตารางเพื่อบรรยายตัวย่อในตารางหรือนัยสำคัญทางสถิติ ไม่ต้องมีเส้นแนวตั้งคั่นระหว่างคอลัมน์ สำหรับข้อมูลในตารางและเนื้อหาร้อยละให้ใช้ทศนิยม 1 ตำแหน่ง ส่วน p–value และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานใช้ทศนิยม 2 ตำแหน่ง ส่วนค่าเฉลี่ยเลขคณิตให้พิจารณาว่าเก็บข้อมูลมาอย่างไรแล้วเพิ่มทศนิยมอีก 1 ตำแหน่ง (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานต้องมีทศนิยมมากกว่าค่าเฉลี่ยเลขคณิต 1 ตำแหน่ง) การอ้างถึงตารางในบทความ ให้พิมพ์คำว่า “ตารางที่” และหมายเลข

4.3.5 วิจารณ์ เป็นการประเมินโดยผู้นิพนธ์เปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นว่าสอดคล้องหรือแตกต่างในด้านวิธีการและผลที่ได้ รวมทั้งข้อดีและข้อผิดพลาดของการวิจัย โดยมีข้อมูลของการศึกษาสนับสนุน

4.3.6 สรุป เป็นการสรุปผลของงานวิจัยและข้อสรุปการวิจารณ์

4.3.7 ข้อเสนอแนะ แบ่งเป็นข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการสำหรับการดำเนินงานหลังจากได้ผลการศึกษานี้ เชิงนโยบายเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานหรือการแก้ปัญหานั้น และเชิงวิชาการสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป โดยต้องมีข้อมูลจากวิธีการ ผลการศึกษา และวิจารณ์ รองรับข้อเสนอแนะดังกล่าว

4.4 คำขอบคุณ กล่าวขอบคุณต่อองค์การ หน่วยงาน และหรือบุคคลที่สนับสนุนหรือช่วยเหลือเฉพาะการศึกษาวิจัย ไม่รวมการสนับสนุนช่วยเหลือด้านจิตใจและความเป็นอยู่

4.5 ข้าพเจ้ายืนยันว่าได้เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับความขัดแย้งทางผลประโยชน์ (Conflict of Interest: COI) ทุกประการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย/บทความนี้แล้ว และข้าพเจ้ารับผิดชอบในการให้ข้อมูลที่โปร่งใสและถูกต้องเกี่ยวกับ COI ดังกล่าว

4.6 เอกสารอ้างอิง เป็นการแสดงรายการที่ถูกอ้างถึงในเนื้อหาบทความตามระบบแวนคูเวอร์ เขียนตัวเลขอารบิกกำกับเป็นตัวยกหลังข้อความ ข้อความที่อ้างอิงตามลำดับก่อนหลัง จำนวนรายการที่แสดงในหัวข้อนี้ต้องมีเนื้อหาตรงกันและจำนวนเท่ากันกับที่ถูกอ้างถึงในเนื้อหาบทความ เขียนเป็นภาษาอังกฤษ หากรายการที่นำมาอ้างอิงเป็นภาษาไทย ให้เพิ่มวงเล็บต่อท้ายว่า (in Thai) ให้อ้างอิงจากแหล่งข้อมูลแรก (primary source) ที่เกี่ยวข้อง เชื่อถือและตรวจสอบได้ โดยต้องเป็นนิพนธ์ต้นฉบับที่เผยแพร่ในวารสารวิชาการที่เป็นที่ยอมรับเช่น อยู่ในฐานข้อมูลของ TCI Scopus Web of

Science อย่างน้อย 15 รายการซึ่งมีบทความใหม่ในระยะ 5 ปีด้วย หลีกเลี่ยงการอ้างอิงข้อมูลส่วนบุคคลหรือหน่วยงานที่ตรวจสอบไม่ได้ (เช่น เอกสารอัดสำเนา) เว็บไซต์ที่ให้สมาชิกแก้ไขข้อมูลได้ รายงานวิจัยและผลงานวิชาการของบุคคลที่เผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ที่ไม่มีระบบการทบทวน

รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

4.6.1 บทความในเล่มวารสารวิชาการ (hard copy)

ชื่อสกุล ชื่อต้นของผู้เขียนคนที่หนึ่ง, ชื่อสกุล ชื่อต้นของผู้เขียนคนที่สอง หากมีหลายคนใส่ถึงคนที่หก. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารแบบย่อ (ถ้ามี) ค.ศ.ที่พิมพ์; จำนวนปีที่พิมพ์ (ฉบับ): หน้าแรก-หน้าสุดท้ายของบทความ.

Villalobos-Rodelo JJ, Mediha-Solis CE, Maupome G, Lamadrid-Figueroa H, Casanova-Rosado AJ, de Lourdes Marquez-Corona M. Dental needs and socioeconomic status associated with utilization of dental services in the presence of dental pain: a case-control study in children. J Orofac Pain 2010; 24(3): 279-86.

Lapying P. Oral care utilization among children aged 5-14 years in 2011 and 2013. Journal of Health Science 2015; 24(5): 975-88. (in Thai)

4.6.2 บทความในวารสารออนไลน์ (E Journal Articles)

ชื่อสกุล ชื่อต้นของผู้เขียน, หากมีหลายคนให้ใส่ชื่อถึงคนที่หก. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารแบบย่อ ค.ศ. ที่พิมพ์; จำนวนปีที่พิมพ์ (ฉบับ): หน้าแรก-หน้าสุดท้ายของบทความ. เลขบ่งชี้วัตถุดิจิตอล (DOI-number)

Nihtilä A, Widström E, Elonheimo O. Heavy consumption of dental services; a longitudinal cohort study among Finnish adults. BMC Oral Health 2013; 13: 18. doi:10.1186/1472-6831-13-18.

4.6.3 บทความในเว็บไซต์หน่วยงาน

ชื่อหน่วยงาน. ชื่อบทความ. [online] วันเดือน ค.ศ.ที่ upload ไฟล์ในเว็บไซต์ [ค.ศ. เดือนวันที่อ้างอิง]; Available from: URL

U.S. Department of Health and Human Services. Medicaid program. [online] 16 June 2011 [cited 2011 Sep 7]; Available from: URL:https://www.cms.gov/MedicaidGenInfo/

4.6.4 หนังสือหรือบทความของหน่วยงาน

ชื่อหน่วยงาน. ชื่อหนังสือ. สถานที่พิมพ์: ชื่อสำนักพิมพ์หรือหน่วยงานต้นสังกัด; ปีที่พิมพ์.

Bureau of Dental Health. The 7th national oral health survey 2012 of Thailand. Bangkok: Department of Health; 2013. (in Thai)

4.6.5 หนังสือที่ไม่มีบรรณาธิการ

ชื่อสกุล ชื่อต้นของผู้เขียน. ชื่อบท. in ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์หากไม่ใช่ครั้งแรก. สถานที่พิมพ์: ชื่อสำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. เลขหน้าของบทนั้น.

Cooper R, Kaplan RS. Using ABC for budgeting and transfer pricing. in The design of cost management systems: text and cases. 2nd ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 1999. p. 527-36.

4.6.6 หนังสือที่มีบรรณาธิการ

ชื่อสกุล ชื่อต้นของผู้เขียนบทนั้น. ชื่อบท. In ชื่อสกุล ชื่อต้นของบรรณาธิการ, (eds). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์ หากไม่ใช่ครั้งแรก. สถานที่พิมพ์: ชื่อสำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. เลขหน้าของบทนั้น.

Duton DB. Social class, health and illness. In Aiken LH, Mechanic D, (eds). Application of social science to clinical medicine and health policy. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 1986. p. 31-62.

4.6.7 วิทยานิพนธ์/ ปริญญานิพนธ์/ สารนิพนธ์/ ดุษฎีนิพนธ์

ชื่อสกุล ชื่อต้นของผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ระดับวิทยานิพนธ์ (ใช้ตามที่ระบุในต้นฉบับที่นำอ้างอิง). สถาบัน, เมือง; ปีที่สำเร็จ.

Lapying P. The demand analysis of oral care: a case study of Uthong district, Suphanburi. Dissertation. Mahidol University, Nakornpathom; 2000.

4.6.8 ประกาศหรือคำสั่งของหน่วยงาน

ชื่อหน่วยงานเจ้าของประกาศ. ชื่อประกาศ. วัน เดือน ปีของประกาศ.

The Comptroller General Department. Types and rates of prosthesis and equipment for disease treatments (3rd issue) 2016. 16 Jun 2016. (in Thai)

4.6.9 หนังสือราชการ

ชื่อหน่วยงานเจ้าของหนังสือ. เรื่องของหนังสือ. เลขที่ และวัน เดือน ปี ของหนังสือ.

The Comptroller General Department. The health service rates for reimbursement in public health facilities. Circular letter no. 0431.2/246 on 16 Jun 2016. (in Thai)

กรมอนามัย
Department of Health

มกราคม – ธันวาคม 2568

วิทยาสารทันตสาธารณสุข

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



นิพนธ์ต้นฉบับ

โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความสุขในการเรียนของนักศึกษาทันตแพทย์ชั้นคลินิกในสถาบันอุดมศึกษาของประเทศไทย

สุลิลทิพย์ พันธ์แก้ว วีรวรรณ วงศ์ปิ่นเพ็ชร์*

** สาขาจิตวิทยาการปรึกษา ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

คำสำคัญ

ความสุขในการเรียน
การสนับสนุนทางสังคม
ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก
การเห็นคุณค่าในตัวเอง
นักศึกษาทันตแพทย์ชั้นคลินิก

วันที่รับบทความ

3 พฤษภาคม 2567

วันที่แก้ไขบทความ

29 พฤศจิกายน 2567

วันที่ตอบรับบทความ

22 มกราคม 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการเรียนของนักศึกษาทันตแพทย์ชั้นคลินิก ในสถาบันอุดมศึกษาในประเทศไทย สุ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวน 368 คน โดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอนจากนักศึกษาทันตแพทย์ชั้นคลินิกทั่วประเทศไทย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ใช้สถิติเชิงบรรยาย การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นในการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัยพบว่าความสุขในการเรียนของนักศึกษาทันตแพทย์ชั้นคลินิกได้รับอิทธิพลจากการสนับสนุนทางสังคม และทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.82 และ 0.54 ตามลำดับ โดยทั้งสองตัวแปรสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสุขในการเรียนของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 84.0 นอกจากนี้ยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก และการเห็นคุณค่าในตัวเอง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.66 และ 0.54 รวมทั้งพบว่าทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกมีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตัวเอง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.59 จะเห็นได้ว่าตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อความสุขในการเรียนของนักศึกษา ทั้งการสนับสนุนจากอาจารย์ ครอบครัว และเพื่อน ดังนั้นจึงควรมีการสนับสนุนปัจจัยดังกล่าวให้กับนักศึกษาทันตแพทย์ชั้นคลินิก ทั้งในด้านอารมณ์ ด้านอุปกรณ์และบริการ และด้านข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้นักศึกษาทันตแพทย์ชั้นคลินิกสามารถเรียนและปฏิบัติงานในคลินิกได้อย่างมีความสุข

*** ติดต่อผู้นิพนธ์**

สุลิลทิพย์ พันธ์แก้ว

อีเมล: sulintip@gmail.com

doi: 10.14456/thdentphj.2025.1

January – December 2025

Thai Dental Public Health Journal

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



Original Article

Causal Relationship Model of the Learning Happiness among Clinical Dental Students in Higher Education Institutions of Thailand

Sulintip Punkaew Veerawan Wongpinpech*

Counseling Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Chiang Mai University

KEYWORDS

Learning happiness

Social support

Psychological capital

Self-esteem

Clinical dental students

Received date

3 May 2024

Revised date

29 November 2024

Accepted date

22 January 2025

ABSTRACT

This study aimed to investigate the factors that influenced the happiness of clinical dental students in higher education institutions in Thailand. A total of 368 student samples were randomly selected by multi-stage sampling. Data were collected through the questionnaire. Descriptive statistics, Pearson correlation, Exploratory factor analysis, Confirmatory factor analysis and Structural equation modelling (SEM) were used for the data analysis. The results indicated that the learning happiness of clinical dental students was influenced by social support and psychological capital (path coefficient of 0 .82 and 0 .54, respectively). Both variables were able to explain approximately 84.0 per cent of the variance in learning happiness among the samples. Besides, it was found that social support influenced both psychological capital and self-esteem (path coefficient of 0 .66 and 0 .54, respectively). Furthermore, the data showed that psychological capital had an influence on self-esteem (path coefficient of 0 .59). Evidently, social support variables had the most influence on students' learning happiness, which included support from teachers, family, and friends. Therefore, this factor should be advocated for clinical dental students in terms of emotional support, instrumental and service support, and informational support to ensure that they can study and work happily in a clinic.

* **Corresponding author**

Sulintip Punkaew

E-mail address: sulintip@gmail.com

doi: 10.14456/thdentphj.2025.1

บทนำ

วิชาชีพทันตแพทย์เป็นวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในระบบบริการสาธารณสุขที่มีความเฉพาะทาง และต้องรักษาคุณภาพของการดูแลรักษาให้ได้ตามมาตรฐาน ดังนั้นการเรียนการสอนหลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต จึงต้องเน้นทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติที่มีความละเอียดและเคร่งครัด เพื่อให้นักศึกษาสำเร็จการศึกษามาเป็นทันตแพทย์ที่มีคุณภาพ และสามารถให้บริการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ทำให้การเรียนการสอนในคณะทันตแพทยศาสตร์มีความตึงเครียดและความกดดันค่อนข้างสูง[1]

ในปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาทันตแพทย์ถือเป็นอีกปัญหาหนึ่งที่องค์กรผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทยให้ความสำคัญ[2] จากการศึกษาความเครียดในนักศึกษาทันตแพทย์ในปี 2021 พบว่านักศึกษาทันตแพทย์ชั้นปีที่ 5 มีความเครียดอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 41.3 และมีความเครียดอยู่ในระดับรุนแรงถึงร้อยละ 38.5[3] สอดคล้องกับการศึกษาในปีเดียวกันที่พบว่านักศึกษาทันตแพทย์มีความเครียดอยู่ในระดับสูงถึงรุนแรงร้อยละ 56.2 และจำนวนนักศึกษาที่มีความเครียดในระดับสูงถึงรุนแรงจะเพิ่มขึ้นเมื่อนักศึกษาอยู่ในชั้นปีที่สูงขึ้น[4] ขณะที่เมื่อพิจารณาด้านความสุขกลับพบว่าความสุขในการเรียนของนักศึกษาทันตแพทย์อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง[1] และพบว่านักศึกษากว่าร้อยละ 47.5 คิดว่าหลักสูตรเอื้อให้มี “ความสุข” น้อยถึงน้อยที่สุด โดยนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ซึ่งเป็นชั้นปีแรกของการเริ่มปฏิบัติการทางคลินิก เป็นชั้นปีที่มีความสุขน้อยที่สุด[5] ซึ่งหากนักศึกษายังคงมีความเครียดเพิ่มขึ้นและความสุขในการเรียนลดลงอย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลให้ประสิทธิภาพในการเรียนรู้ของนักศึกษาลดลง เกิดความเบื่อหน่ายในการเรียน ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การลาออกกลางคัน และการเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้[6-7] แม้ว่าจากการทบทวนวรรณกรรมจะยังไม่พบอย่างชัดเจนว่ามีปัจจัยใดที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการเรียนของนักศึกษาทันตแพทย์ แต่ก็พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการเรียนของนักศึกษาในคณะอื่น ๆ ที่มีลักษณะการเรียนการสอนใกล้เคียงกัน อาทิ การศึกษาในนักศึกษาพยาบาล ในปี 2014 พบว่าการเห็นคุณค่าในตัวเองเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงต่อความสุขของนักศึกษาพยาบาล[8] และการศึกษาต่อมาในปี 2015 ยังพบเพิ่มเติมอีกว่าความสุขที่แท้จริงของนักศึกษาพยาบาล ได้รับอิทธิพลทางตรงจากการสนับสนุนจากเพื่อน และได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากการสนับสนุนจากอาจารย์และครอบครัวผ่านทางทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก[9]

ดังนั้นในการศึกษาความสุขในการเรียนของนักศึกษาทันตแพทย์ชั้นคลินิกครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่าการสนับสนุนทางสังคม ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก และการเห็นคุณค่าในตัวเอง จะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการเรียนของนักศึกษาทันตแพทย์ชั้นคลินิกหรือไม่ ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาคาดว่าจะสามารถใช้เป็นแนวทางใน การจัดการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษาทันตแพทย์มีความสุขในการเรียน สามารถสำเร็จการศึกษาเป็นทันตแพทย์ที่มีคุณภาพในระบบบริการสาธารณสุขต่อไป

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความสุขในการเรียน โดยประชากรที่ทำการศึกษา คือ นักศึกษาทันตแพทย์ชั้นคลินิก ในสถาบันอุดมศึกษาของประเทศไทยทั้งภาครัฐและเอกชน จำนวน 16 มหาวิทยาลัย ประมาณการขนาดกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดกฎแห่งความชัดเจน (Rule of Thumb) ซึ่งกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับโมเดลสมการโครงสร้าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็น 10 - 20 เท่า ของจำนวนตัวแปรสังเกต[10] ซึ่งการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรสังเกตเริ่มต้นจำนวน 12 ตัวแปร คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20 เท่าของตัวแปรสังเกต ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมอย่างน้อย 240 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20.0 เพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายของข้อมูล ดังนั้นจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 288 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการสุ่มด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi- stage sampling) เริ่มต้นจากการจำแนกคณะทันตแพทยศาสตร์ตามภูมิภาค โดยพบว่าคณะทันตแพทยศาสตร์ในภาคเหนือมี 5 มหาวิทยาลัย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมี 2 มหาวิทยาลัย ภาคกลางมี 8 มหาวิทยาลัย และภาคใต้มี 1 มหาวิทยาลัย สุ่มคณะทันตแพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ในแต่ละ

ภูมิภาค อย่างน้อยร้อยละ 50.0 โดยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ได้คณะทันตแพทยศาสตร์ทั้งหมด 9 มหาวิทยาลัย จากนั้นจึงคัดเลือกนักศึกษาทันตแพทย์ชั้นคลินิกจากคณะทันตแพทยศาสตร์ในมหาวิทยาลัยที่ได้รับการสุ่มเลือก ด้วยวิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยได้รับความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจตอบแบบสอบถาม จำนวน 368 คน

การวิจัยครั้งนี้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้า คือ เป็นนักศึกษาทันตแพทย์ชั้นคลินิกระดับปริญญาตรีที่กำลังศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาที่ได้รับการสุ่มเลือก มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์ในการคัดออก คือ ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วนสมบูรณ์จนมีผลกระทบต่อการนำข้อมูลมาวิเคราะห์อย่างน่าเชื่อถือ และเกณฑ์ในการยุติการวิจัย คือ ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลาโดยไม่จำเป็นต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ และระดับชั้นปีการศึกษา

ตอนที่ 2 แบบวัดความสุขในการเรียน พัฒนาแบบวัดโดยผสมผสานแนวคิดความสุขของ Diener[11] ในปี 1984 แนวคิดความสุขที่แท้จริงของ Seligman[12] ในปี 2005 แนวคิดของความสุขในการเรียนของ Thongsom[13] ในปี 2011 และการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับการเรียนการสอนในคณะทันตแพทยศาสตร์ โดยจำแนกความสุขในการเรียนเป็น 3 องค์ประกอบ ดังนี้ ความพึงพอใจในการเรียน (Satisfaction in learning) การรับรู้ถึงคุณค่าและความหมายของการเรียน (Perception of value and meaning) และการเข้าใจธรรมชาติของการเรียน (Understanding the nature of learning) มีข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ (χ^2= 18.15, df = 24, p-value = 0.79, RMSEA = 0.00, SRMR = 0.04, GFI = 0.97, AGFI = 0.94, CFI = 1.00 และ CN = 277.06) มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแบบอัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.75 และมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.34 - 0.54 แบบวัดนี้เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ (จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย) นักศึกษาที่ได้คะแนนมากแสดงว่ามีความสุขในการเรียนมากกว่านักศึกษาที่ได้คะแนนน้อย

ตอนที่ 3 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม พัฒนาตามแนวคิดของ Haber[14] ในปี 2019 ซึ่งเชื่อว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมนั้น ควรได้รับทั้งด้านอารมณ์ ด้านอุปกรณ์และบริการ และด้านข้อมูลข่าวสาร โดยจำแนกการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 องค์ประกอบ ดังนี้ การสนับสนุนจากเพื่อน (Friend support) การสนับสนุนจากอาจารย์ (Teacher support) และการสนับสนุนจากครอบครัว (Family support) มีข้อคำถามทั้งหมด 29 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแบบอัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.86 และมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.21 - 0.71 แบบวัดนี้เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ (จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย) นักศึกษาที่ได้คะแนนมากแสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่านักศึกษาที่ได้คะแนนน้อย

ตอนที่ 4 แบบวัดทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก ใช้แบบวัดทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก จาก Vanno[15] ในปี 2013 โดยปรับข้อคำถามบางส่วนเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของนักศึกษาทันตแพทย์ชั้นคลินิก จำแนกเป็น 4 องค์ประกอบ ดังนี้ การเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) การมีความหวัง (Hope) การมองโลกในแง่ดี (Optimism) และการปรับฟื้นคืนสภาพ (Resilience) มีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแบบอัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.89 และมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.29 - 0.66 แบบวัดนี้เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (น้อยที่สุด ถึง มากที่สุด) นักศึกษาที่ได้คะแนนมากแสดงว่ามีทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกมากกว่านักศึกษาที่ได้คะแนนน้อย

ตอนที่ 5 แบบวัดการเห็นคุณค่าในตัวเอง ใช้แบบวัดการเห็นคุณค่าในตัวเอง ของ Rosenberg ฉบับปรับปรุงภาษาไทย โดย T Wongpakaran และ N Wongpakaran[16] ในปี 2012 มี 1 องค์ประกอบ คือ การเห็นคุณค่าในตัวเอง มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแบบอัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.88 และมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.21 - 0.74 แบบวัดนี้เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) นักศึกษาที่ได้คะแนน

มากแสดงว่ามีการเห็นคุณค่าในตัวเองมากกว่านักศึกษาที่ได้คะแนนน้อย

การศึกษาครั้งนี้ทำการเก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์และแบบกระดาษผ่านทางกิจการนักศึกษาหรือผู้ประสานงานในแต่ละมหาวิทยาลัยที่ได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูล โดยจัดส่งเอกสารเชิญชวนทั้งในรูปแบบกระดาษ รูปแบบ QR code และลิงค์แบบสอบถามออนไลน์ในกูเกิลฟอร์ม โดยทำการประชาสัมพันธ์ผ่านเพจของคณะและสถาบันอุดมศึกษา การศึกษานี้เป็นการขอความยินยอมโดยการกระทำ และมีการชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยผ่านเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยในรูปแบบของลิงค์ภายในแบบสอบถามและเอกสารปะหน้าในแบบสอบถาม รวมถึงให้ข้อมูลในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยอย่างอิสระ และขอความยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัยและใช้ข้อมูลในงานวิจัยหากเลือก “ยินยอม” ถือว่าเป็นการสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งในงานวิจัยนี้มีผู้เลือก “ไม่ยินยอม” จำนวน 2 ท่าน ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2566

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) ได้แก่ การหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis) และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis) เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบของตัวแปรความสุขในการเรียน ใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกต เพื่อตรวจสอบปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity) และใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น (Structural equation modeling: SEM) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความสุขในการเรียนของนักศึกษาทันตแพทย์ชั้นคลินิก

กระบวนการวิจัยในครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รหัสโครงการวิจัย CMUREC 66/004 COA No. 014/66 ระยะเวลาการรับรอง 30 มกราคม 2566 – 30 มกราคม 2567 ต่ออายุหนังสือรับรอง ถึง 30 มกราคม 2568

ผล

จากการศึกษาพบว่าจากกลุ่มตัวอย่าง 368 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.1 เพศชาย ร้อยละ 26.9 และเพศทางเลือก ร้อยละ 3.0 กลุ่มตัวอย่างศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 5 มากที่สุด 47.8 รองลงมาเป็นชั้นปีที่ 6 ร้อยละ 34.0 และชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 18.2

จากการวิเคราะห์ระดับของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสุขในการเรียน การสนับสนุนทางสังคม และทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.0 4.4 และ 3.4 ในส่วนของการเห็นคุณค่าในตัวเองอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.9

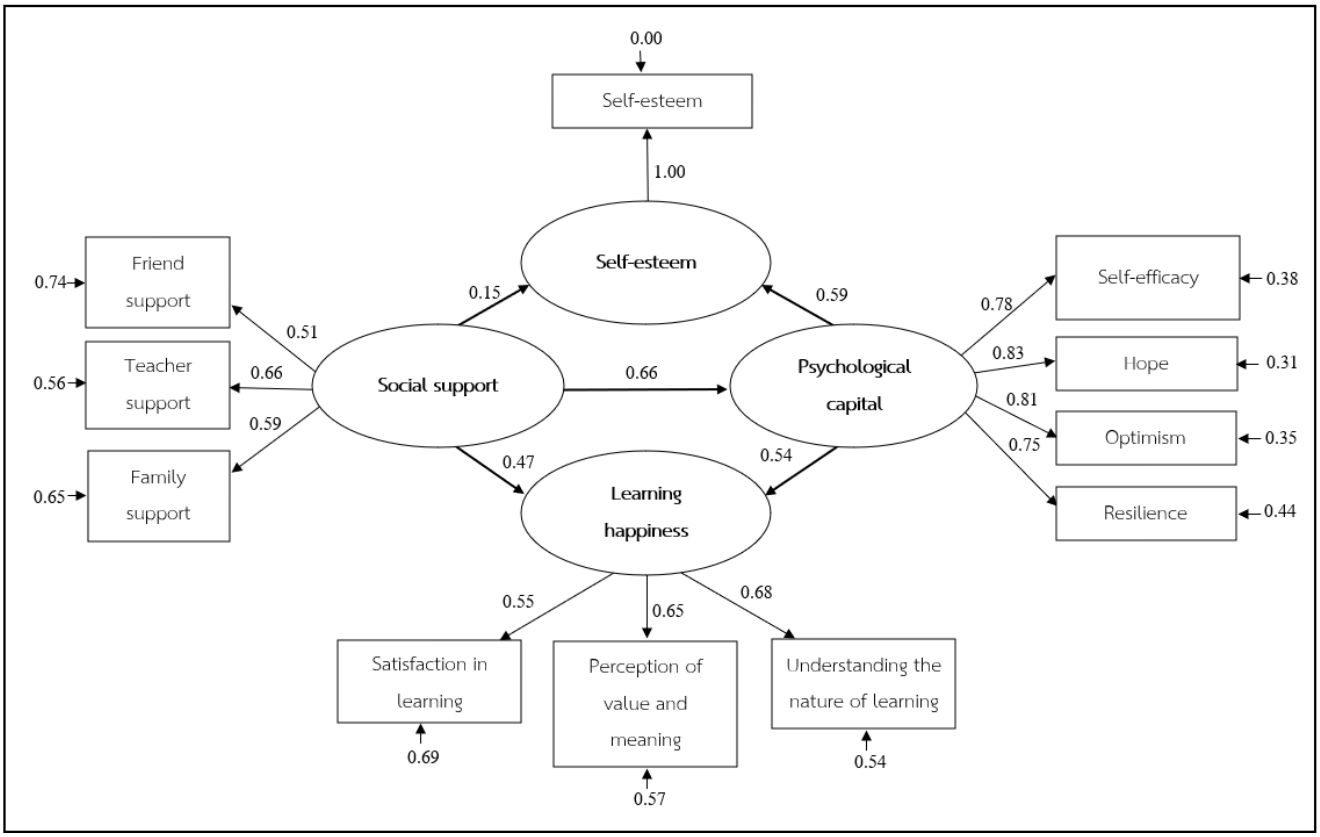
จากการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของตัวแปรสังเกตทุกตัวเพื่อตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุ[17] ด้วยการใช้สถิติเชิงบรรยาย และการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกต พบว่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรมีค่าตั้งแต่ 0.51 ถึง 0.91 (ควรมีค่าไม่เกิน 1) มีค่าความเบ้สูงสุดเท่ากับ -0.6 (ควรมีค่าไม่เกิน 3) มีค่าความโด่งสูงสุดเท่ากับ 0.9 (ควรมีค่าไม่เกิน 10) มีค่า Tolerance อยู่ระหว่าง 0.52 ถึง 0.74 (ควรมีค่ามากกว่า 0.01) มีค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.3 ถึง 1.9 (ควรมีค่าน้อยกว่า 10) และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ อยู่ระหว่าง 0.10 ถึง 0.68 (ควรมีค่าไม่เกิน 0.80) ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าข้อมูลที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

จากนั้นทำการทดสอบความสอดคล้องของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณา คือ ค่า χ^2 ไม่มีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามในกรณีกลุ่มตัวอย่างมีมากกว่า 250 คน มักจะพบว่าค่า χ^2 จะมีนัยสำคัญ จึงจำเป็นต้องพิจารณาค่าอื่น ๆ ร่วมด้วย ซึ่งหากเป็นไปตามเกณฑ์ ก็ถือว่าการมีนัยสำคัญนี้ยอมรับได้ ได้แก่ ค่า Relative chi-square (χ^2/df) มีค่าไม่เกิน 3 ค่า Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) มีค่าน้อย

กว่า 0.10 ค่า Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) มีค่าน้อยกว่า 0.08 ค่า Comparative fit index (CFI) Adjusted goodness-of-fit index (AGFI) Goodness-of-fit index (GFI) มีค่าตั้งแต่ 0.90 ขึ้นไป และค่า Critical N (CN) มีค่ามากกว่า 200[18-20] หลังจากทำการปรับโมเดลด้วยการเลือกตัดเส้นอิทธิพลที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติออกจากโมเดล คือ เส้นอิทธิพลจากตัวแปรการเห็นคุณค่าในตัวเองที่ส่งไปยังตัวแปรความสุขในการเรียน และเพิ่มเส้นอิทธิพลจากตัวแปรทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกไปยังตัวแปรการเห็นคุณค่าในตัวเองเข้าไปในโมเดลตามการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยเพิ่มเติม ผลจากการปรับโมเดล พบว่าโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความสุขในการเรียนของนักศึกษาทันตแพทย์ชั้นคลินิกในสถาบันอุดมศึกษาของประเทศไทย มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยเส้นอิทธิพลมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทุกตัวแปร (χ^2 = 78.58, df = 35, p-value = 0.00, RMSEA = 0.05, SRMR = 0.05, GFI = 0.96, AGFI = 0.93, ค่า CFI = 0.99 CN = 266.42) ดังแสดงในภาพที่ 1 และตารางที่ 1

ภาพที่ 1 แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความสุขในการเรียนของนักศึกษาทันตแพทย์ชั้นคลินิกในสถาบันอุดมศึกษาของประเทศไทย

Figure 1 Causal relationship model of the learning happiness among clinical dental students in higher education institutions of Thailand.



ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม อิทธิพลรวม และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุยกกำลังสองของตัวแปร

Table 1 Analysis of direct effects (DE), indirect effects (IE), total effects (TE) and squared multiple correlation (R^2) of variables.

Causal variables	Outcome variables								
	Learning happiness			Psychological capital			Self-esteem		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE
Social support	0.47	0.35	0.82	0.66	-	0.66	0.15	0.39	0.54
Psychological capital	0.54	-	0.54	-	-	-	0.59	-	0.59
R^2	0.84			0.43			0.49		

จากภาพที่ 1 และตารางที่ 1 ในการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรงและทางอ้อม พบว่าตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมและทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกมีอิทธิพลทางตรงต่อความสุขในการเรียน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.47 และ 0.54 นอกจากนี้พบว่าตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.66 และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมและทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกมีอิทธิพลทางตรงต่อการเห็นคุณค่า ในตัวเอง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.15 และ 0.59 ในส่วนของอิทธิพลทางอ้อมพบว่าตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อความสุขในการเรียนและการเห็นคุณค่าในตัวเองผ่านทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.35 และ 0.39 เมื่อพิจารณาอิทธิพลรวมของตัวแปรที่มีผลต่อความสุขในการเรียนพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลรวมเท่ากับ 0.82 ในขณะที่ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกมีอิทธิพลรวมเท่ากับ 0.54 แสดงว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความสุขในการเรียนมากที่สุด รองลงมาคือทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก นอกจากนี้ยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก และการเห็นคุณค่าในตัวเอง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลรวม เท่ากับ 0.66 และ 0.54 รวมทั้งพบว่าทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกมีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตัวเอง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลรวม เท่ากับ 0.59

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุยกกำลังสองพบว่าความสุขในการเรียนมีค่าเท่ากับ 0.84 แสดงว่า ร้อยละ 84.0 ของความแปรปรวนของความสุขในการเรียนสามารถอธิบายได้ด้วยการสนับสนุนทางสังคมและทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกในส่วนของตัวแปรทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุยกกำลังสองเท่ากับ 0.43 แสดงว่าร้อยละ 43.0 ของความแปรปรวนของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกสามารถอธิบายได้ด้วย การสนับสนุนทางสังคมสำหรับตัวแปรการเห็นคุณค่าในตัวเอง พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุยกกำลังสองเท่ากับ 0.49 แสดงว่าร้อยละ 49.0 ของความแปรปรวนของการเห็นคุณค่าในตัวเองสามารถอธิบายได้ด้วยการสนับสนุนทางสังคม และทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก

วิจารณ์

จากการศึกษานี้พบว่าความสุขในการเรียนของนักศึกษาทันตแพทย์ชั้นคลินิกอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Nurash และ Kittonthom[1] ในปี 2015 ที่พบว่าความสุขของนักศึกษาทันตแพทย์อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง และการศึกษาของ Hunsrisakhun[5] ในปี 2011 ที่พบว่านักศึกษาทันตแพทย์ร้อยละ 47.5 คิดว่าหลักสูตรเอื้อให้มีความสุขน้อยถึงน้อยที่สุด ซึ่งจะเห็นได้ว่าตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันความสุขของนักศึกษาทันตแพทย์ยังคงระดับอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางเท่านั้น ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการเรียนของนักศึกษาทันตแพทย์จึงมีความสำคัญ

โดยจากการศึกษานี้พบว่าการสนับสนุนทางสังคมและทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสุขในการเรียน

ในส่วนของการสนับสนุนทางสังคมกับความสุขในการเรียนพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความสุขในการเรียนของนักศึกษา ทั้งนี้เนื่องมาจากการได้รับทรัพยากรทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ ไม่ว่าจะเป็นจากอาจารย์ เพื่อน หรือครอบครัว จะทำให้นักศึกษาเกิดความรู้สึกทางบวกมากขึ้น[11] ทำให้เมื่อนักศึกษาเจอกับปัญหาหรืออุปสรรคที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ นักศึกษาก็จะมีพลังใจในการรับมือกับปัญหานั้นมากขึ้น ส่งผลให้นักศึกษามีความสุขในการเรียนที่มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Surakarn[9] ในปี 2015 ที่ทำการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยของรัฐ พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและอาจารย์มีอิทธิพลทางอ้อมต่อความสุข ในขณะที่การสนับสนุนจากเพื่อนมีอิทธิพลทางตรงต่อความสุขของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Brajsa - Zganec และคณะ[21] ในปี 2017 ที่ศึกษาในนักศึกษาพยาบาลในโครเอเชียยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความสุขในนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ (β = 0.25, $p<0.01$)

นอกจากนี้พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลสำคัญของนักศึกษา จะทำให้นักศึกษารู้สึกถึงการได้รับความช่วยเหลือ มีกำลังใจ เกิดอารมณ์ทางบวก เกิดความสบายใจ และมีความเชื่อมั่นมากขึ้น[22] ส่งผลให้นักศึกษามีทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Li และคณะ[23] ในปี 2014 ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกในนักศึกษา นอกจากนี้จากการศึกษาของ Poot และ Cassidy[24] ในปี 2020 ที่ทำการศึกษาในนักศึกษาประเทศอังกฤษยังพบว่าการสนับสนุน ทางสังคมสามารถทำนายทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = 0.113, $p<0.05$)

มากไปกว่านั้นยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตัวเอง เนื่องจากการได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนที่ดีจากบุคคลใกล้ชิดจะทำให้นักศึกษามีการรับรู้ตัวเองในด้านที่ดี ส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตัวเองของนักศึกษา[25] สอดคล้องกับงานวิจัยของ Bum และ Jeon[26] ในปี 2016 ที่ศึกษาในนักศึกษาชาวเกาหลีใต้พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และอาจารย์มีอิทธิพลทางตรงต่อการเห็นคุณค่าในตัวเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$)

ในส่วนของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกกับความสุขในการเรียนพบว่าทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกส่งผลต่อความสุขในการเรียน ทั้งนี้เนื่องมาจากการที่นักศึกษามีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน มีความหวัง สามารถมองโลกในแง่ดี และสามารถฟื้นตัวจากความยุ่งยากใจได้นั้นจะทำให้นักศึกษามีอารมณ์ด้านบวก เกิดความเข้มแข็งในจิตใจ และเกิดความพึงพอใจกับเรื่องราวในชีวิต[27] อันจะส่งผลให้เกิดความสุขขึ้นทั้งกับในชีวิตประจำวันและการเรียน สอดคล้องกับการศึกษาของ Surakarn[9] ในปี 2015 และการศึกษาของ Poot และ Cassidy[24] ในปี 2020 ที่พบว่าทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกมีอิทธิพลทางตรงต่อความสุขของนักศึกษา

นอกจากนี้การที่นักศึกษามีทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกยังทำให้นักศึกษารู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเองมากขึ้น เนื่องจากการมีทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกทำให้เกิดความเข้มแข็งในจิตใจ มีความเชื่อและทัศนคติที่ดีต่อตนเองมีความภาคภูมิใจในสิ่งที่ตนเป็นและสิ่งที่ตนทำได้ เมื่อมองตนเอง ในแง่ดีและ มีจิตใจที่เข้มแข็งก็จะทำให้เมื่อต้องเผชิญกับปัญหา นักศึกษาก็จะไม่สูญเสียความเชื่อมั่นหรือลดคุณค่าในตัวเอง[6,28] สอดคล้องกับการศึกษาของ Li และคณะ[29] ในปี 2023 ที่พบว่าทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกมีอิทธิพลทางตรงต่อการเห็นคุณค่าในตัวเองในนักศึกษาในประเทศจีน และศึกษาของ Aweay และ Hatthasak[30] ในปี 2022 ที่พบว่ากิจกรรมแนะแนวทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกสามารถพัฒนาการเห็นคุณค่าในตัวเองของนักเรียนชั้นมัธยมในประเทศไทยได้

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการเห็นคุณค่าในตัวเองมีอิทธิพลต่อความสุขของนักศึกษา[8,26] แตกต่างจากการศึกษานี้ที่ไม่พบอิทธิพลของการเห็นคุณค่าในตัวเองที่มีต่อความสุขในการเรียน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเรียนการ

สอนในชั้นคลินิกที่มุ่งเน้นทั้งการทำงานในห้องปฏิบัติการ ทำงานในคลินิก และเรียนภาคทฤษฎีไปพร้อม ๆ กัน ทำให้ต้องอาศัยปัจจัยจากภายนอกที่จะทำให้เกิดความสุข อาทิเช่น ปัจจัยเรื่องของงานที่มีความยากง่ายต่างกัน ปัจจัยเรื่องการนัดคนไข้และลักษณะการจัดการคนไข้แต่ละคน ปัจจัยเรื่องอาจารย์ที่ช่วยสอนงานและตรวจงานที่มีความแตกต่างกัน หรือปัจจัยเรื่องเพื่อนที่จะคอยช่วยเหลือและให้กำลังใจกันในการทำงาน เป็นต้น ดังนั้นแม้ว่าการที่นักศึกษาจะมีการเห็นคุณค่าในตัวเอง แต่หากไม่ได้รับการสนับสนุนทั้งทางด้านอารมณ์ อุปกรณ์และบริการและข้อมูลข่าวสาร จากบุคคลที่เกี่ยวข้องในการเรียนก็อาจจะไม่เพียงพอให้นักศึกษาเกิดความสุขในการเรียนชั้นคลินิกได้

สรุป

ความสุขในการเรียนของนักศึกษาทันตแพทย์ชั้นคลินิกได้รับอิทธิพลจากการสนับสนุนทางสังคม และทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก โดยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการเรียนมากที่สุด ทั้งการสนับสนุนจากอาจารย์ ครอบครัว และเพื่อน รองลงมาคือปัจจัยทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก แต่ไม่พบอิทธิพลของการเห็นคุณค่าในตัวเองต่อความสุขในการเรียนของนักศึกษา ดังนั้นในการเรียนการสอนในคณะทันตแพทยศาสตร์จึงควรตระหนักถึงความจำเป็นในการส่งเสริมปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมและทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกให้กับนักศึกษา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

จากการศึกษานี้ทำให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมและทุนจากจิตวิทยาเชิงบวกมีความสำคัญต่อความสุขในการเรียนของนักศึกษาทันตแพทย์ชั้นคลินิก โดยเฉพาะการสนับสนุนทางสังคม ทั้งการสนับสนุนจากอาจารย์ ครอบครัว และเพื่อนในด้านอารมณ์ ด้านอุปกรณ์และบริการ และด้านข้อมูลข่าวสาร ดังนั้นจึงควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อให้ได้รายละเอียดของการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ที่นักศึกษาทันตแพทย์ชั้นคลินิกต้องการ นอกจากนี้ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมพัฒนาทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกที่เหมาะสมกับนักศึกษาทันตแพทย์ เพื่อที่จะสามารถนำโปรแกรมดังกล่าวมาใช้ในการส่งเสริมทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกให้กับนักศึกษาทันตแพทย์โดยตรง โดยในการเรียนการสอนในคณะทันตแพทยศาสตร์อาจมีการเพิ่มหน่วยงานสนับสนุนทางด้านจิตวิทยา เช่น การจัดตั้งหน่วยงาน Counseling center เพื่อช่วยสนับสนุนการทำงานทางด้านจิตวิทยาทั้งเชิงรับและเชิงรุกให้กับนักศึกษาทันตแพทย์

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

จากการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสุขในการเรียนของนักศึกษาทันตแพทย์ชั้นคลินิก ทั้งการสนับสนุนจากอาจารย์ ครอบครัว และเพื่อน ดังนั้นควรมีการสนับสนุนปัจจัยดังกล่าวให้กับนักศึกษา โดยในส่วนของการสนับสนุนจากอาจารย์ ควรมีการส่งเสริมให้อาจารย์ตระหนักถึงความสำคัญของตนเองที่จะมีส่วนช่วยในการส่งเสริมความสุขในการเรียนของนักศึกษาทันตแพทย์ โดยอาจมีการจัดบริการให้คำปรึกษาแก่อาจารย์ในเรื่องเกี่ยวกับวิธีการสอนและการดูแลนักศึกษาผ่านทางศูนย์ counseling center หรือจากหน่วยงานภายนอก เพื่อช่วยให้อาจารย์มีแนวทางในการดูแลนักศึกษาที่เหมาะสม นอกจากนี้การสนับสนุนจากครอบครัวก็เป็นส่วนสำคัญ ดังนั้นควรมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเรียนของนักศึกษา รวมถึงส่งเสริมความสามารถของครอบครัวในการเป็นที่พึ่งทางใจให้กับนักศึกษา โดยผ่านการให้บริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาจากนักจิตวิทยาการปรึกษา ในส่วนของการสนับสนุนจากเพื่อน ควรมีการส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดความร่วมมือร่วมใจกันในการเรียน มองว่าการเรียนเป็นการฝึกฝนเพื่อที่จะเติบโตเป็นทันตแพทย์ที่ดี มากกว่าเป็นการแข่งขันกันเองของนักศึกษา โดยอาจใช้การจัดกิจกรรมกลุ่มเชิงจิตวิทยาหรือการปรึกษาเชิงจิตวิทยาช่วยในการส่งเสริมปัจจัยดังกล่าว

นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่าทุนทางจิตวิทยาทางบวกเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อความสุขในการเรียน ดังนั้นทางสถาบันการศึกษาอาจพิจารณาเพิ่มการจัดกิจกรรมทางจิตวิทยาที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกให้กับนักศึกษาก่อนที่นักศึกษาจะเริ่มทำงานในชั้นคลินิก อาทิเช่น การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการหรือการจัดกิจกรรมกลุ่มทางจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ในสถาบันการศึกษาอาจมีนโยบายในการจัดตั้งหน่วยงานสนับสนุนทางด้านจิตวิทยาเพื่อช่วยสนับสนุนการทำงานทางด้านจิตวิทยาทั้งเชิงรับและเชิงรุก อาทิเช่น การให้การปรึกษากับอาจารย์ในการดูแลนักศึกษา การจัดกิจกรรมทางจิตวิทยาให้กับนักศึกษาและครอบครัวเพื่อช่วยเพิ่มความสามารถในการสนับสนุนด้านการเรียน หรือการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการเสริมสร้างปัจจัยทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกให้กับนักศึกษาตั้งแต่ชั้นปรีคลินิก เพื่อเป็นการเตรียมตัวให้กับนักศึกษาก่อนขึ้นชั้นคลินิก เป็นต้น โดยการพัฒนานโยบายดังกล่าวจะทำให้นักศึกษามีความสุขในการเรียนมากขึ้น สามารถเรียนจบมาเป็นทันตแพทย์ที่มีคุณภาพในระบบบริการสาธารณสุขต่อไป

คำขอบคุณ

ขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย เจ้าหน้าที่ นักศึกษา และอาจารย์ประจำคณะทันตแพทยศาสตร์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Nurash P, Kittonthom W. Psychological factors related to the learning to professional competency and happiness among dental students. JBSD 2015; 7(1): 97-118. (in Thai)
2. The dental council of Thailand. Declaration on mental health care in faculty of dentistry, Thailand. [Online 4 November 2022] [cited 2022 Dec 20]; Available from: URL: https://dentalcouncil.or.th/Articles/Contents/Detail/1/cIr61Wt8NAkO9dZP. (in Thai)
3. Chivaratanond P, Sununliganon L, Kankloy J, Chaibang K, Ekkawinsakul P, Supachawaroj N, et al. Stress of the 5th year dental student during pandemic spread of virus Covid-19 in Thailand. Proceedings of RSU international research conference 2021 on science and technology; 2021 Apr 30; Rungsit University. Thailand; 2021: p 200-9. doi:10.14458/RSU.res.2021.221.
4. Chongkonsatit W. The stress of dental students in a private university. Suthiparithat 2021; 35(4): 104-24. (in Thai)
5. Hunsrisakhun J. Situation of happiness in Thai dental students. In Paphangkorakit J, Hunsrisakhun J, Ngamwannagul P, Kaewsutha N, Korwanich K, (eds). Happy book. Khon Kaen: Klang Nana Witthaya printing house; 2011: p 5-6. (in Thai)
6. Bundasak T, Chaowiang K, Jangasem N. Happily learning among nursing students. JMPS 2017; 5(1): 357-69. (in Thai)
7. Wongrostrai Y, Deenamjoed W. Happy learning among undergraduate nursing students. JONAE 2020; 13(1): 43-57. (in Thai)
8. Wongsupaluk N, Sirisophon A, Suksawang P. A causal relationship model of the happiness for nursing science students. PNUJR 2014; 6(1): 60-72. (in Thai)
9. Surakarn A. The study of antecedents and consequences of psychological capital affecting authentic happiness and learning behavior of nursing students at government university. JBSD 2015; 7(1): 237-52. (in Thai)
10. Kline RB. Concepts and Tools. In Kenny DA, Little TD, (eds). Principles and practice of structural equation modeling. 4th ed. New York: guilford press; 2011: p 16.
11. Diener E. Subjective well-being. Psychological bulletin 1984; 95(3): 542–75. doi:10.1037/0033-2909.95.3.542
12. Peterson C, Park N, Seligman ME. Orientations to happiness and life satisfaction: the full life

versus the empty life. JOHS 2005; 6: 25-41. doi:10.1007/s10902-004-1278-z.

13. Thongsom P. The development of indicators of happiness in learning of students in nursing science undergraduate programs under the ministry of public health. JONAE 2011; 4(1): 88-111. (in Thai)
14. Haber D. Social/Emotional support, long-term care, and end-if-life care. In Sussman SW, (eds). Health promotion and aging: Practical applications for health professionals. 6th ed. New York: Springer Publishing Company; 2019. p. 315-9.
15. Vanno V. University students` positive psychological capital in group work: research and development of measurement model and enhancement programs. Dissertation. Chulalongkorn University, Bangkok; 2013. (in Thai)
16. Wongpakaran T, Wongpakaran N. A comparison of reliability and construct validity between the original and revised versions of the Rosenberg Self-Esteem Scale. Psychiatry Investig 2012; 9(1): 54-8. doi:10.4306/pi.2012.9.1.54.
17. Wiratchai N. LISREL model: analytic statistics for research. 3rd ed. Bangkok: Chula Press; 1999. P. 25-8. (in Thai)
18. Diamantopoulos A, Siguaw JA. Assessment of model fit. in Introducing LISREL. London: SAGE Publications; 2000. p. 82-101.
19. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Structural equations modeling overview. in Multivariate data analysis. 7th ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall; 2010. p. 604-60.
20. Chadcham S. Confirmatory factor analysis. Journal of Educational Research and Measurement Burapha University 2004; 2(1): 15-42. (in Thai)
21. Brajsa-Zganec A, Lipovcan LK, Ivanovic D, Larsen ZP. Well-being of nursing students: role of affect regulation, self-esteem, family cohesion and social support. Open Public Health Journal 2017; 10(1): 69-79. doi:10.2174/1874944501710010069.
22. Yuan G. The influence of social support on college students' subjective well-being: the mediating effect based on positive mental quality. CSS 2017; 13(10): 22-8. doi:10.3968/9954.
23. Li B, Ma H, Guo Y, Xu F, Yu F, Zhou Z. Positive psychological capital: a new approach to social support and subjective well-being. SBP 2014; 42(1): 135-44. doi:10.2224/sbp.2014.42.1.135.
24. Poots A, Cassidy T. Academic expectation, self-compassion, psychological capital, social support and student wellbeing. IJERs 2020; 99: Article 101506. doi:10.1016/j.ijer.2019.101506.
25. Ebru Ikiza F, Cakarb FS. Perceived social support and self-esteem in adolescence. Procedia Soc Behav Sci 2010; 5: 2338-42. doi:10.1016/j.sbspro.2010.07.460.
26. Bum CH, Jeon IK. Structural relationships between students' social support and self-esteem, depression, and happiness.SBP 2016; 44(11): 1761 - 74. doi:10.2224/sbp.2016.44.11.1761.
27. Kintarak S. Psychological capital: background, components, and application. Journal of Clinical Psychology 2018; 49(2): 55-69. (in Thai)

28. Arin N. The study of antecedents and consequences of psychological capital affecting psychological outcomes and work performance under adverse situation of public health officers in southern border provinces. Dissertation. Srinakharinwirot University, Bangkok; 2012. (in Thai)
29. Li ZH, Wang J, Cheng X, Mao YC, Zhang KD, Yu WJ, et al. The role of self-esteem in the relationship between psychological capital and anxiety of left-behind experience college students during COVID-19 pandemic: an online study. Psychol Res Behav Manag 2023; 16: 727-37. doi:10.2147/PRBM.S403399.
30. Aweay W, Hatthasak M. The effects of guidance activities based on positive psychological capital to increase self-esteem for Mathayomsuksa three students at Satri Wat Rakhang School. Srinakharinwirot Academic Journal of Education 2022; 23(1): 66-80. (in Thai)
31. Kong F, Zhao J, You X. Self-esteem as mediator and moderator of the relationship between social support and subjective well-being among chinese university students. Soc Indic Res 2013; 112(1): 151-61. doi:10.1007/s11205-012-0044-6.

กรมอนามัย
Department of Health

มกราคม – ธันวาคม 2568
วิทยาสารทันตสาธารณสุข
เว็บไซต์: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThDPHJo



นิพนธ์ต้นฉบับ

การวิเคราะห์บทบาทของโรงเรียนต่อสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียนในโรงเรียนที่มีทั้งเด็กไทยและต่างด้าวตามแนวคิดเชิงนิเวศวิทยา: การวิจัยแบบผสมผสานในโรงเรียนบ้านห้วยส้ม จังหวัดเชียงใหม่

ทัศนี สลัดยะนันท์[1] ปิยพร จันทร์คำ[2]

[1]ฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลสันป่าตอง ต.ยุหว่า อ.สันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ 50120

[2]โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยส้ม ต.สันกลาง อ.สันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ 50120

คำสำคัญ

แนวคิดเชิงนิเวศวิทยา
เด็กต่างด้าว
ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก
การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
เด็กวัยเรียน

วันที่รับบทความ
14 มิถุนายน 2567
วันที่แก้ไขบทความ
6 กุมภาพันธ์ 2568
วันที่ตอบรับบทความ
28 กุมภาพันธ์ 2568

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจบทบาทของโรงเรียนต่อสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนตามแนวคิดเชิงนิเวศวิทยา โดยเป็นการวิจัยแบบผสมผสานในโรงเรียนประถมศึกษาบ้านห้วยส้ม อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2565 ซึ่งมีสัดส่วนนักเรียนไทยต่อต่างด้าว 1.8:1 คน เก็บข้อมูลพฤติกรรมด้านสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนและการจัดการด้านสุขภาพช่องปากในโรงเรียนโดยการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการและครู ใช้แบบสอบถามผู้ปกครองเพื่อเก็บข้อมูลพฤติกรรมเมื่ออยู่ที่บ้านและใช้แบบทดสอบความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากสำหรับเด็กประถมศึกษาตอนปลายเพื่อวัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 จากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาพบว่า หลังจากปิดโรงเรียนด้วยสถานการณ์โควิด-19 ทั้งเด็กไทยและต่างด้าวมีอัตราการเกิดฟันผุเพิ่มขึ้น เด็กร้อยละ 23 ไม่แปรงฟันก่อนนอนและร้อยละ 72 รับประทานขนมกรุบกรอบเป็นประจำ แต่เมื่ออยู่ในโรงเรียนเด็กทุกคนแปรงฟันหลังอาหารกลางวันสม่ำเสมอและโรงเรียนมีการจัดการเรื่องอาหารและของว่างเพื่อสุขภาพ รวมถึงมีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก นักเรียนมีระดับความรอบรู้ผ่านเกณฑ์หลังเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียน ($\overline{X}$ = 21.5 ± 2.96) สรุปบทบาทของโรงเรียนได้ดังนี้ 1) ระดับบุคคล คือ การมีหลักสูตรและโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก 2) ระดับระหว่างบุคคล คือ การเน้นบทบาทของครูในการสนับสนุนพฤติกรรมเสริมสุขภาพช่องปากของเด็ก 3) ระดับองค์กรและระดับนโยบาย คือ ผู้นำและครูให้คุณค่ากับสุขภาพช่องปากและมีทัศนคติที่ดีต่อการบริหารจัดการและดำเนินการตามนโยบายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ 4) ระดับชุมชน คือ การประสานงานกับองค์กรในท้องที่เพื่อจัดบริการด้านสุขภาพให้กับเด็กทุกคน และประเด็นหลักในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียนในโรงเรียนที่มีทั้งเด็กไทยและต่างด้าวคือการให้โอกาสเด็กทุกคนได้มีสุขภาพช่องปากที่ดีโดยเท่าเทียมกัน

ผู้ประพันธ์บรรณกิจ

ทัศนี สลัดยะนันท์

อีเมล: saladyanantT@gmail.com

doi: 10.14456/thdentphj.2025.2

กรมอนามัย
Department of Health

January – December 2025

Thai Dental Public Health Journal

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



Original Article

The Analysis of School's Roles on the Oral Health of School Students in Mixed Thai-migrant Primary School under the Concept of Ecological Model: A Mixed-method Study at Ban Hauy-Som School, Chiang Mai

Thatsanee Saladyanant[1] *Piyaporn Jankham*[2]

[1]*Dental Department, Sanpatong Hospital, Yuwa, Sanpatong, Chiang Mai 501202*
[2]*Bann Hauy-Som Subdistrict Health Promotion Hospital, San Klang, Sanpatong, Chiang Mai, 50120*

KEYWORDS

Ecological model
Migrant student
Oral health literacy
Oral health promotion
School student

Received date
14 June 2024
Revised date
6 February 2025
Accepted date
28 February 2025

ABSTRACT

The study objective is to describe the school's roles in students' oral health under the Ecological model. In the school year 2022, a cross-sectional mixed-method study was performed at Ban Huay-Som Primary School, Sanpatong district, Chiang Mai, where the ratio of Thai to migrant students was 1.8:1. The school director and teachers were interviewed for student's oral health behaviors and school management information while student's parents were asked to answer the questionnaire about their children's behaviors at home. The Functional Oral Health Literacy Test was administered to 67 students in grades 4-6. Oral health records showed an increased caries rate in Thai and migrant students compared to the pre-COVID-19 period. Even though 23% of students neglected to brush before bed and 73% frequently consumed unhealthy snacks at home, 100% of them kept brushing their teeth at school every day after lunch, and the oral health literacy score was adequate ($\bar{x}$=21.5 ± 2.96). Results from the content analysis showed the school's roles in students' oral health as follows; 1) at an individual level, manipulating oral health projects to improve oral health literacy and oral health behavior, 2) at an interpersonal level, motivating teachers' awareness on students' oral health, 3) at an organization and policy level: giving precedence to school health promotion policies, 4) at a community level: cooperating with local organizations for oral health services. In conclusion: schools should equally give an opportunity to maintain good oral health for every student.

Corresponding author
Thatsanee Saladyanant
E-mail address: saladyanantT@gmail.com
doi: 10.14456/thdentphj.2025.2

บทนำ

เด็กวัยเรียน หมายถึง เด็กที่มีอายุในช่วง 6 - 12 ปี ที่อยู่ในช่วงวัยของการเรียนในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 6 เด็กวัยนี้จะมีพัฒนาการที่รวดเร็วทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และสังคม การเจริญเติบโตของเด็กในทุก ๆ ด้านได้รับอิทธิพลโดยตรงจากสิ่งแวดล้อมรอบตัว โดยเด็กในระดับประถมศึกษาตอนต้นที่มีอายุ 6 - 9 ปี จะมีรูปแบบพฤติกรรมตามการเลี้ยงดูของครอบครัวและเมื่อเติบโตสู่ระดับประถมศึกษาตอนปลายที่เด็กมีอายุในช่วง 10 - 12 ปี จะเป็นช่วงที่มีพัฒนาการทางด้านสังคมมากขึ้น อิทธิพลของเพื่อนและสิ่งแวดล้อมทางสังคมมีผลอย่างมากต่อรูปแบบพฤติกรรมของเด็กในช่วงวัยนี้[1, 2] พฤติกรรมทันตสุขภาพก็เป็นหนึ่งในพฤติกรรมที่พึงเริ่มต้นตั้งแต่ในวัยเด็กเพราะเป็นวัยที่เริ่มมีฟันถาวรขึ้นและมีฟันผุหรือเหงือกอักเสบได้หากไม่ทำความสะอาดอย่างถูกวิธีหรือจากการที่เด็กรับประทานอาหารที่ก่อให้เกิดฟันผุบ่อย ๆ[3, 4] การที่บุคคลจะมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีหรือไม่เกิดจากอิทธิพลของปัจจัยที่หลากหลายทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยเชิงสังคม ปัจจัยเชิงสังคมที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพช่องปากของเด็ก ยกตัวอย่างเช่น ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง รายได้ของครอบครัว การจ้างงาน สถานที่ตั้งของที่อยู่อาศัย สถานะทางการเงินของครอบครัว เชื้อชาติ สิทธิในการรักษา เป็นต้น[5 - 8]

พฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดเชิงนิเวศวิทยา (Ecological model) เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวบุคคลกับปัจจัยแวดล้อมในสังคมทั้งปัจจัยในระดับใกล้ตัว ระดับโครงสร้างและระบบที่ครอบคลุมสังคมนั้นๆ ไว้[9] ปัจจัยแวดล้อมในเชิงบวกจะส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยอิทธิพลของปัจจัยต่าง ๆ ต่อพฤติกรรมสุขภาพแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1) ปัจจัยระดับบุคคล (Individual level) เช่น ความรู้ ทัศนคติและทักษะต่าง ๆ 2) ปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal level) เช่น เครือข่ายความสัมพันธ์ในสังคม ครอบครัว กลุ่มเพื่อน 3) ปัจจัยระดับองค์กร (Organization level) เช่น โรงเรียน โรงพยาบาล องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น 4) ปัจจัยระดับชุมชน (Community level) และความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชน และ 5) ปัจจัยระดับนโยบาย (Policy level) ทั้งนโยบายทางการเมือง กฎเกณฑ์และกฎหมายที่ต้องปฏิบัติร่วมกันในระดับชุมชน ระดับเขตและระดับประเทศ[10, 11] ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมของเด็กในวัยเรียนคือ ครอบครัวและโรงเรียน ที่ซึ่งพฤติกรรมต่าง ๆ จะได้รับการพัฒนาขึ้นภายใต้อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมในชุมชน รวมถึงนโยบายสุขภาพในขณะนั้น[6, 7, 12]

นโยบายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion school) เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 เป็นหนึ่งในนโยบายสำคัญของกรมอนามัยที่ตั้งขึ้นตามแนวคิดของการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของเด็กนักเรียน มีวัตถุประสงค์ให้เด็กนักเรียนมีสุขภาพที่ดีควบคู่ไปกับผลสัมฤทธิ์ด้านการเรียน กิจกรรมส่วนใหญ่จึงมุ่งเน้นที่การสร้างหลักสูตรให้เด็กได้มีความรู้และสร้างทัศนคติที่ถูกต้องการในการดำเนินชีวิตและความสัมพันธ์ในสังคม ภายใต้แนวคิดที่ว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตั้งแต่วัยเด็กมีผลลดอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตในอนาคต[13] งานส่งเสริมสุขภาพช่องปากได้รับการผนวกให้เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการสร้างทักษะในการทำความสะอาดช่องปาก การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์แปรงสีฟันยาสีฟัน อ่างล้างหน้าแปรงฟัน การจัดสิ่งแวดล้อมในและนอกโรงเรียนและการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียน ในปัจจุบันได้เพิ่มการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (Oral health literacy) เพื่อให้เด็กมีทักษะในการดูแลตนเองอย่างเท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วของสังคมและข้อมูลข่าวสารจากสื่อที่หลากหลาย รวมไปถึงความก้าวหน้าของเทคโนโลยีที่เด็กเข้าถึงได้ง่ายในปัจจุบัน เด็กที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพช่องปากที่ดีจะสามารถตัดสินใจในเรื่องพฤติกรรมทันตสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องและยังสามารถบอกต่อไปยังกลุ่มเพื่อนของตนได้อีกด้วย[14 - 16]

นอกจากนี้การสร้างสิ่งแวดล้อมเชิงบวกในโรงเรียนยังมีส่วนช่วยลดความเหลื่อมล้ำที่เกิดจากความไม่เท่าเทียมกันในเชิงโครงสร้างของเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละครอบครัว[7, 16, 17] เนื่องจากในปัจจุบันมีการเคลื่อนย้ายของแรงงานต่างด้าวจำนวนมากเข้าสู่ประเทศไทยโดยเฉพาะจังหวัดที่ติดกับเขตชายแดนประเทศดังเช่นจังหวัดเชียงใหม่ ผู้อยู่ในวัยแรงงานเหล่านี้มักพาลูกหลานซึ่งอยู่ในวัยเรียนเข้ามาอยู่ด้วยจึงเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของสังคมไทยที่จะให้โอกาสเด็กเหล่านี้ได้เข้าสู่ระบบการเรียนตามปกติ เพื่อไม่ให้เด็กต้องขาดโอกาสใน

การเรียนหนังสือหรือถูกบังคับให้เข้าสู่ตลาดแรงงานตั้งแต่อยู่ในวัยเด็กซึ่งขัดต่อหลักสิทธิมนุษยชนและอาจก่อให้เกิดปัญหาสังคมเมื่อเด็กเติบโตขึ้น ในปัจจุบันกระทรวงศึกษาธิการได้ส่งเสริมให้เด็กต่างด้าวได้เข้าสู่ระบบการศึกษาปกติตั้งแต่ระดับก่อนประถมศึกษาจนถึงระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยมีการจัดสรรงบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัวในอัตราเดียวกับที่จัดสรรให้เด็กไทย[18, 19] การจัดบริการรักษาและส่งเสริมสุขภาพรวมถึงสุขภาพช่องปากจึงเป็นอีกหนึ่งนโยบายสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการดำเนินการร่วมกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนทุกคน

เป้าหมายของงานส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเด็กวัยเรียนของกรมอนามัยในปี พ.ศ. 2565 คือเด็กอายุ 12 ปีร้อยละ 71.0 ปราศจากฟันผุ (Caries free) ร้อยละ 82.0 ไม่มีรูผุ (Cavity free) เด็กร้อยละ 50.0 ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและเคลือบหลุมร่องฟันแท้และมีความรอบรู้ทางสุขภาพช่องปากระดับพื้นฐาน (Basic or Functional Health Literacy) ที่เพียงพอ[20] ในขณะที่ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2560 พบว่าเด็กวัยเรียนอายุ 12 ปี มีฟันผุร้อยละ 52.0 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ/ถอน/อุด 1.4 ซี่ต่อคน มีสภาวะเหงือกอักเสบร้อยละ 66.3 เด็กที่แปรงฟันหลังอาหารกลางวันมีเพียงร้อยละ 44.7 และอัตราเด็กที่รับประทานขนมกรุบกรอบ น้ำอัดลม ลูกอมและน้ำหวาน เพิ่มสูงขึ้น[21] การที่งานทันตสาธารณสุขจะบรรลุเป้าหมายสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กวัยเรียนได้จำเป็นต้องมีความเข้าใจในบทบาทและกลไกของปัจจัยแต่ละระดับที่อยู่รอบตัวเด็ก รวมทั้งเข้าใจการปรับเปลี่ยนปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวเด็กและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพช่องปากในแต่ละช่วงเวลาซึ่งแปรเปลี่ยนไปตามพัฒนาการของเด็กและการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม พื้นที่สำคัญที่ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กวัยเรียนทุกคนกับปัจจัยต่าง ๆ ได้อย่างเท่าเทียมกันคือ โรงเรียน โดยโรงเรียนเป็นตัวกลางในการเชื่อมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพช่องปากเข้ากับตัวเด็ก การวิเคราะห์บทบาทของปัจจัยแต่ละระดับในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกผ่านการถอดบทเรียนจากโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ โรงเรียนที่นำมาศึกษาเป็นโรงเรียนที่มีทั้งเด็กนักเรียนชาวไทยและเด็กต่างด้าวเรียนร่วมกันตามหลักสูตรปกติ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจในบทบาทของโรงเรียนต่อสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาในโรงเรียนที่มีทั้งเด็กไทยและเด็กต่างด้าวเรียนร่วมกัน เพื่อประโยชน์ในการนำไปใช้ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงผสมผสานแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional mixed-method study) ในโรงเรียนบ้านห้วยส้ม อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ มีนักเรียนระดับประถมศึกษาจำนวน 149 คน เป็นเด็กไทย 97 คน เด็กต่างด้าว 52 คน เป็นนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 จำนวน 67 คน และมีครูจำนวน 14 คน ทำการศึกษาระหว่าง เมษายนพ.ศ. 2565 ถึง เมษายน พ.ศ. 2566 จัดการประชุมชี้แจงวิธีการวิจัยให้กับคณะครูในโรงเรียนและขอความยินยอมจากผู้อำนวยการและครูผู้เข้าร่วมการสัมภาษณ์ มีการชี้แจงการวิจัยในที่ประชุมผู้ปกครองรวมถึงส่งจดหมายแสดงรายละเอียดงานวิจัยและขอความยินยอมจากผู้ปกครองก่อนเริ่มการวิจัย

เกณฑ์คัดเข้า

1) ผู้อำนวยการและครูอนามัยประจำโรงเรียน ที่สอนประจำในโรงเรียนบ้านห้วยส้มอย่างต่อเนื่องมาอย่างน้อย 3 ปี

2) ผู้ปกครองของเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาในโรงเรียนบ้านห้วยส้มที่เข้าใจภาษาไทยและ/หรือมีผู้ที่อ่านแบบสอบถามภาษาไทยให้

3) นักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 ที่กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2565 และไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

เกณฑ์คัดออก

1) นักเรียนที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

2) นักเรียนที่ย้ายเข้าในภาคเรียนที่ 2

เกณฑ์ยกเลิกจากการศึกษา ครูหรือผู้ปกครองของเด็กนักเรียนที่ต้องโยกย้ายไปยังสถานศึกษาอื่น

ขั้นตอนการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษานั้นผู้อำนวยการและครูประจำชั้นทุกคนทำงานในโรงเรียนแห่งนี้มามากกว่า 3 ปี มีครูอนุบาล 6 คน ครูประถมศึกษา 6 คนและครูที่ทำงานบริหาร 1 คน สัมภาษณ์ครูอนุบาล 2 คนและครูประถมศึกษา 4 คนซึ่งเป็นครูประจำชั้นประถมศึกษาปีที่ 1, 3, 4, 6 จนกระทั่งข้อมูลซ้ำและไม่มีการเปลี่ยนแปลง ส่วนครูประจำชั้นประถมศึกษาปีที่ 2

และ 5 กล่าวว่าข้อมูลเหมือนกับครูท่านอื่นและไม่มีอะไรเพิ่มเติม จึงยุติการสัมภาษณ์ไว้ที่ครู 6 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทั่วไปและส่งแบบสอบถามผู้ปกครองในช่วงภาคการศึกษาที่ 1 และทำการสัมภาษณ์ครูในช่วงภาคการศึกษาที่ 2 โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1) ข้อมูลจากรายงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพ ทส. 001 ประจำปีการศึกษา 2563, 2565, 2566 (ปี 2564 ไม่มีการเก็บข้อมูลเนื่องจากโรงเรียนปิดด้วยสถานการณ์การระบาดของโควิด - 19) ทส. 001 เป็นข้อมูลที่เก็บในทุกๆต้นปีการศึกษา

2) แบบสอบถามผู้ปกครองนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 1 - 6 เรื่องพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กนักเรียนระหว่างอยู่ที่บ้าน ประกอบไปด้วยคำถาม 4 หัวข้อ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง พฤติกรรมการทำความสะอาดฟันของเด็ก ชนิดของอาหารหรือขนมที่เด็กรับประทานขณะอยู่ที่บ้าน การเข้าถึงบริการทางทันตกรรม เก็บข้อมูลในช่วงก่อนเปิดปีการศึกษา

3) ข้อมูลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากโดยใช้แบบทดสอบความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากสำหรับเด็กประถมศึกษาตอนปลาย (Test of Functional Oral Health Literacy in Dentistry for Primary School Children; P-TOFHLiD)[22] ซึ่งจะวัดทั้งหมด 2 ครั้ง คือ ก่อนและ 1 เดือนหลังการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก

4) ข้อมูลกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากในโรงเรียน นโยบาย โครงการและการจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนโดยการสังเกตและสัมภาษณ์ผู้อำนวยการ ครูอนามัยโรงเรียนและครูประจำชั้น โดยมีแนวคำถามตามกรอบแนวคิดเชิงนิเวศวิทยา ได้แก่ 1.1) ระดับบุคคล - ถามครูประจำชั้น: *เด็กแต่ละชั้นดูแลทำความสะอาดช่องปากกันอย่างไร? เด็กมีอุปกรณ์พร้อมหรือไม่? ใครเป็นผู้จัดหาอุปกรณ์ให้? เด็กรับประทานขนมและอาหารอะไร อย่างไร เมื่ออยู่ที่โรงเรียน? เด็กมีความรู้ในการดูแลช่องปากถูกต้องหรือไม่? อย่างไร? ใครเป็นผู้สอนหรือผู้ดูแล? เด็กต่างด้าวกับเด็กไทยมีพฤติกรรมต่างกันหรือไม่?* 1.2) ระดับระหว่างบุคคล - ถามครูประจำชั้นและครูอนามัย: *ครูประจำชั้นมีบทบาทหน้าที่อย่างไรในการส่งเสริมการดูแลช่องปากของเด็กนักเรียน? ครูรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพช่องปากของเด็ก? เด็กต่างด้าวมีปัญหาในการดูแลมากกว่าเด็กไทยหรือไม่ อย่างไร? ครูอนามัยมีบทบาทหน้าที่อย่างไร? พ่อแม่ผู้ปกครองมีบทบาทหน้าที่อย่างไร?* 1.3) ระดับองค์กรและนโยบาย - ถามผู้อำนวยการและครูอนามัย: *โรงเรียนเข้าร่วมโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพหรือไม่? นโยบายด้านสุขภาพของเด็กไทยและเด็กต่างด้าวมีความแตกต่างกันหรือไม่? โรงเรียนแห่งนี้มีกิจกรรมด้านสุขภาพทั่วไปและสุขภาพช่องปากอะไรบ้าง? มีวิธีการดำเนินการอย่างไร? ใครบ้างที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในกิจกรรมและเกี่ยวข้องอย่างไร? มีวิธีการคิด แนวทาง การจัดการกิจกรรมอย่างไร? ผู้อำนวยการมีความรู้สึกอย่างไรกับเรื่องสุขภาพช่องปากของนักเรียนและมีแนวคิดในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ อย่างไร? งบประมาณที่ใช้ในการจัดกิจกรรมมีเพียงพอหรือไม่อย่างไร? มีการจัดการสิ่งแวดล้อมตามแนวทางโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพอย่างไร? ครูและนักเรียนมีความสนใจในเรื่องสุขภาพช่องปากมากน้อยแค่ไหน? ผู้ปกครองให้ความร่วมมือดีหรือไม่ อย่างไร?* 1.4) ระดับชุมชน - ถามผู้อำนวยการและครูอนามัย: *องค์กรอื่น ๆ ในชุมชนมีบทบาทอย่างไรในเรื่องสุขภาพช่องปากของนักเรียน? การสนับสนุนงบประมาณจากท้องถิ่นเป็นอย่างไร? โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและทันตาภิบาลเข้ามามีส่วนในการดำเนินงานอย่างไรบ้าง?* เก็บข้อมูลปลายปีการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและการสัมภาษณ์ครูในโรงเรียนจะได้รับการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสังเกตทั้งหมดมาสรุปเป็นหัวข้อสำคัญ (Topics) ที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของโรงเรียนต่อสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนภายใต้กรอบแนวคิดเชิงนิเวศวิทยาและนำรายละเอียดทั้งหมดมาวิเคราะห์เป็นประเด็นหลัก (Theme) ซึ่งเป็นแกนกลางในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพช่องปากที่เกิดขึ้นทั้งหมดในโรงเรียนแห่งนี้ ส่วนข้อมูลสนับสนุนอื่น ๆ ได้แก่ 1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กจากแบบสอบถามผู้ปกครองจะถูกนำเสนอโดยใช้ค่าร้อยละ 2) ข้อมูลที่ได้จากแบบทดสอบความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนจะถูกนำมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบก่อนและหลังการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้โดยใช้ค่าสถิติ Paired t - test เพื่อวิเคราะห์ความสำคัญของการจัดกิจกรรมและวิเคราะห์หาประเด็นความรู้

ที่จะต้องพัฒนาเพิ่มเติม การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสันป่าตอง เลขที่ 003/2565 รับรองตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2565 ถึง 30 เมษายน 2566

ผล

ข้อมูลทั่วไปและสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียน

โรงเรียนบ้านห้วยส้มเป็นโรงเรียนประจำตำบลที่เปิดรับนักเรียนตั้งแต่ระดับอนุบาลจนถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในปีการศึกษา 2565 มีจำนวนนักเรียนระดับประถมศึกษาทั้งหมด 149 คน เป็นเด็กไทยร้อยละ 65.0 และเด็กต่างด้าวร้อยละ 35.0 โรงเรียนดำเนินการเรียนการสอนตามหลักสูตรปกติไม่ได้แยกเด็กไทยและต่างด้าว แต่ละชั้นมีเด็กประมาณ 20 - 30 คน มีครูประจำชั้นอนุบาลห้องละ 2 คนและประถมศึกษาห้องละ 1 คน โดยเด็กส่วนใหญ่ทั้งเด็กไทยและต่างด้าวเริ่มเข้าเรียนตั้งแต่ระดับอนุบาล เด็กต่างด้าวจึงไม่มีปัญหาในการใช้ภาษาไทยเพราะเริ่มต้นเรียนตั้งแต่เล็กและพูดภาษาถิ่นเฉพาะตอนอยู่ที่บ้านเพราะที่โรงเรียนครูให้ใช้แต่ภาษาไทยอย่างเดียว เมื่ออยู่ระดับประถมศึกษาจึงสามารถใช้ภาษาไทยได้เหมือนกับเด็กไทย ชุมชนแห่งนี้เป็นชุมชนเกษตรกรรม ผู้คนส่วนใหญ่ทำอาชีพทางด้านการเกษตรและอาชีพรับจ้าง มีโรงงานอุตสาหกรรมที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์การเกษตรและอาหารขนาดใหญ่ซึ่งมีการจ้างแรงงานทั้งชาวไทยในพื้นที่และชาวต่างด้าวเป็นจำนวนมาก พ่อแม่ผู้ปกครองในวัยทำงานจึงนำลูกหลานย้ายตามและเข้ามาเรียนในโรงเรียนบ้านห้วยส้มเนื่องจากอยู่ใกล้โรงงาน หากผู้ปกครองต้องย้ายที่ทำงานเด็กก็ต้องย้ายโรงเรียนระหว่างชั้นปีเพื่อติดตามผู้ปกครองไปยังพื้นที่ทำงานแห่งใหม่ด้วย

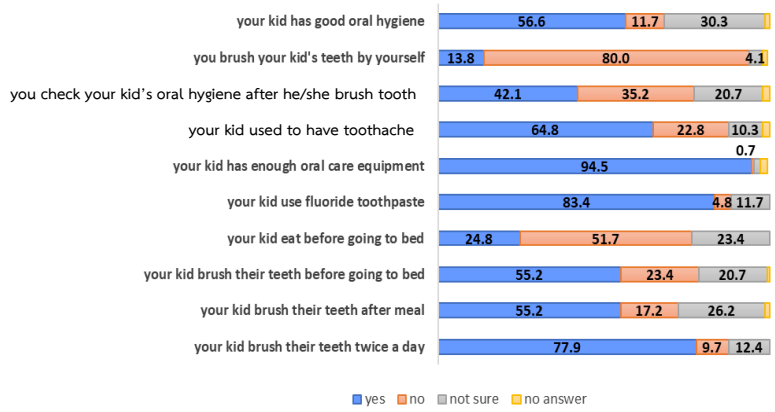
ผลจากแบบสอบถามข้อมูลผู้ปกครองและข้อมูลพฤติกรรมของเด็กเมื่ออยู่ที่บ้าน จำนวน 145 ชุดจากทั้งหมด 149 ชุด ร้อยละ 97.3 ได้ผลสรุปดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ผู้ปกครองที่ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.1 เพศชาย ร้อยละ 45.5 สถานภาพสมรส ร้อยละ 62.8 โสด ร้อยละ 14.5 และมีพ่อ/แม่เลี้ยงเดี่ยว ร้อยละ 11.0 ผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน กลุ่มผู้ปกครองมีความหลากหลายในเรื่องการศึกษาค่อนข้างมาก โดยพบมีผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือในระบบสูงถึง ร้อยละ 37.2 ผู้ที่ได้รับการศึกษาจนถึงระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 54.5 ส่วนผู้ที่ได้รับการศึกษาในระดับสูงมีเพียง ร้อยละ 7.6 ส่วนในเรื่องสถานะทางการเงินนั้น ส่วนใหญ่ ร้อยละ 47.6 ตอบว่าเพียงพอและมีเงินออม ร้อยละ 32.4 ตอบว่ามีรายได้พอ ๆ กับรายจ่ายและไม่มีเงินออมและมีผู้ปกครอง ร้อยละ 17.9 ที่ตอบว่ามีหนี้สินและร้อยละ 74.5 ของผู้ปกครองตอบว่ามีอาชีพรับจ้างทั่วไป

พฤติกรรมของเด็กเมื่ออยู่ที่บ้าน มีผู้ปกครอง ร้อยละ 77.9 ที่ตอบว่าเด็กแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งและร้อยละ 55.2 แปรงฟันก่อนเข้านอน มีเด็ก ร้อยละ 23.4 ที่ไม่แปรงฟันก่อนเข้านอนและอีก ร้อยละ 20.7 ที่ผู้ปกครองไม่แน่ใจว่าลูกแปรงหรือไม่ นอกจากนี้ยังมีเด็ก ร้อยละ 24.8 ที่รับประทานขนมหรืออาหารก่อนเข้านอนโดยไม่แปรงฟัน ผู้ปกครองร้อยละ 64.8 ตอบว่าบุตรหลานเคยมีอาการปวดฟัน ส่วนเรื่องอุปกรณ์การทำความสะอาดช่องปาก ร้อยละ 94.5 ตอบว่ามีอุปกรณ์แปรงสีฟันและยาสีฟันที่เพียงพอ ร้อยละ 83.5 ตอบว่าเด็กใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในการแปรงฟัน ร้อยละ 42.1 ของผู้ปกครองตอบว่าตรวจดูความสะอาดช่องปากของเด็กหลังจากที่เด็กแปรงฟันแล้วและมีเพียงร้อยละ 13.8 ที่ยังคงแปรงฟันให้เด็ก เมื่อถามว่า คิดว่าบุตรหลานมีสุขภาพฟันดีหรือไม่ ผู้ปกครองร้อยละ 56.7 ตอบว่าดี ร้อยละ 11.7 ตอบว่าไม่ดีและร้อยละ 30.3 ไม่แน่ใจ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 ร้อยละของเด็กนักเรียนแจกแจงตามพฤติกรรมการดูแลช่องปากเมื่ออยู่ที่บ้าน

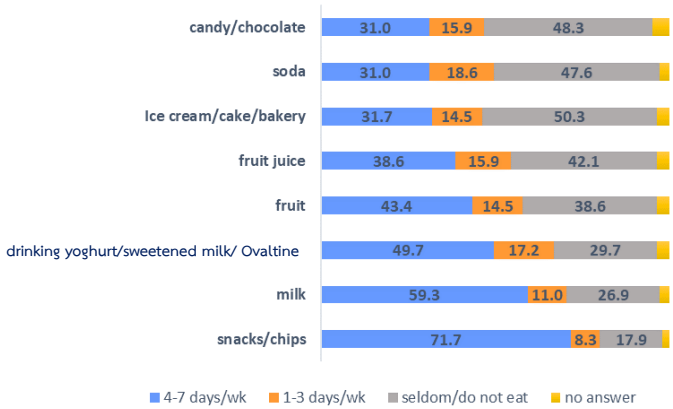
Chart 1: Students' oral health behaviours at home. Present in percentage. (n = 145)



อาหารและขนมที่เด็กรับประทานเมื่ออยู่ที่บ้าน ผู้ปกครองของเด็กร้อยละ 71.7 ตอบว่าเด็กรับประทานขนมกรุบกรอบสัปดาห์ละ 4 - 7 วันและมีเด็ก ร้อยละ 49.6 ที่ดื่มเครื่องดื่มรสหวานประเภท นมเปรี้ยว นมหวาน โอวัลติน เป็นประจำ ในขณะที่ ร้อยละ 31.0 รับประทานไอศกรีม เบเกอรี่ น้ำอัดลม ลูกอม อมยิ้ม ช็อคโกแล็ต บ่อยถึงสัปดาห์ละ 4 - 7 วัน แต่ก็ยังมีเด็กกว่าครึ่งที่ไม่ได้รับประทานขนมหรือเครื่องดื่มรสหวานเหล่านี้บ่อยนักเพียงแต่นาน ๆ ทีรับประทาน มีผู้ปกครองที่ตอบว่าเด็กรับประทานผลไม้เป็นประจำเพียงร้อยละ 43.0 อย่างไรก็ตามมีเด็กกว่า ร้อยละ 60.0 ดื่มนมรสจืดเป็นประจำ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2 ร้อยละของเด็กแจกแจงตามความถี่ของการรับประทานขนมและเครื่องดื่มที่บ้าน

Chart 2: Frequency of snack and beverage consumption at home. Present in percentage. (n = 145)



จากแบบรายงานสภาวะช่องปากของนักเรียนในงานเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากระดับโรงเรียน (ทส. 001) ในปีการศึกษา 2563, 2565, 2566 พบว่าเด็กมีฟันถาวรผุที่ยังไม่ได้รับการอุดร้อยละ 22.5, 27.5, 14.3 ตามลำดับ (ปี 2564 ไม่มีการสำรวจเนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโควิด-19) อัตราการผุในเด็กต่างด้าวสูงกว่าเด็กไทยและเด็กประถมศึกษาตอนปลายมีอัตราฟันถาวรผุมากกว่าเด็กประถมศึกษาตอนต้น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สภาวะฟันถาวรผุที่ยังไม่ได้รับการอุดของนักเรียนจากรายงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพระดับโรงเรียนในปีการศึกษา 2563, 2565, 2566

Table 1: Untreated dental caries status in permanent teeth of school students. Data retrieved from the school's oral surveillance annual reports, academic years 2020, 2022, and 2023.

Academic year	2563			2565			2566		
Number of students	Thai	non-Thai	total	Thai	non-Thai	total	Thai	non-Thai	total
total	105	37	142	97	52	149	108	66	174
tooth decay	22	11	32	27	14	41	10	15	25
caries rate (%)	20.9	29.7	**22.5**	27.8	26.9	**27.5**	9.2	22.7	**14.3**
By grade									
Grade 1-3 total	56	22	78	45	37	82	45	43	88
tooth decay	7	5	11	9	5	14	3	8	11
caries rate (%)	12.5	22.7	**14.1**	20.0	13.5	**17.0**	6.6	18.6	**12.5**
Grade 4 - 6 total	49	15	64	52	15	67	63	23	86
tooth decay	15	6	21	18	9	27	7	7	14
caries rate (%)	30.6	40.0	**32.8**	34.6	60.0	**40.3**	11.1	30.4	**16.2**

ประเด็นสำคัญในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ได้รับการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและนำมาจัดกลุ่มตามประเด็นของปัจจัยแต่ละระดับตามแนวคิดเชิงนิเวศวิทยา ได้เป็นหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของโรงเรียนต่อสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียน ดังนี้

1. ปัจจัยระดับบุคคล: หลักสูตรและโครงการต่าง ๆ ในโรงเรียนช่วยสร้างความรอบรู้ทางทันตสุขภาพให้กับเด็กทุกคน

- *โรงเรียนจัดหลักสูตรให้ความรู้เรื่องสุขภาพช่องปาก* ในชั้นเรียนปกติ ครูประจำชั้นใช้เวลาชั่วโมงโฮมรูมในการให้ความรู้กับเด็กนักเรียนทั้งชั้นอนุบาลและประถมศึกษาในเรื่องการดูแลสุขภาพร่างกายรวมถึงการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยครูประจำชั้นจะเป็นผู้สอนและควบคุมการแปรงฟันของนักเรียนในชั้นเรียนของตน ในทุก ๆ ปีโรงเรียนร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จะจัดโครงการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องสุขภาพช่องปากให้กับครูและนักเรียนทุกระดับชั้น โดยในปีงบประมาณ 2565 ทาง รพ.สต. บ้านห้วยส้มได้จัดการจัดอบรมให้ความรู้แก่ครูและนักเรียนในเรื่องการลดอาหารหวาน – มัน - เค็มและทันตาภิบาลร่วมกับทันตแพทย์จากโรงพยาบาลประจำอำเภอมาช่วยจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากให้กับนักเรียน ทำให้เด็กได้รับความรู้ที่จะนำไปใช้เพื่อดูแลสุขภาพร่างกายและสุขภาพช่องปากของตนเองไปพร้อม ๆ กันด้วย ทันตาภิบาลเล่าว่า *"ท่านผู้อำนวยการให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพมาก โรงเรียนกับ รพ.สต. มีโครงการร่วมกันอยู่เสมอและโรงเรียนก็ให้ความร่วมมือดีมากมาตลอดค่ะ อย่างปีนี้ก็มีโครงการลดหวาน – มัน - เค็ม ซึ่งก็ได้เรื่องฟันไปด้วย"* การจัดการอบรมได้ผลดีเพราะเมื่อวัดผลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในเด็กประถมศึกษาตอนปลายจำนวน 67 คน พบว่าหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากแล้ว เด็กนักเรียนมีคะแนนอยู่ในเกณฑ์เพียงพอโดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{x}$ = 21.5 ± 2.96) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนความรอบรู้ทางทันตสุขภาพเปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรม

Table 2 Test of Functional Health Literacy scores compared before and after oral training (n = 67)

Contents	Full scores	Before training Mean (SD)	After training Mean (SD)	95% CI		*p*-value
				upper	lower	
Part 1: Digestive organs & function	7	6.5 (0.98)	6.6 (0.69)	-0.46	0.16	0.32
Part 2: Dental caries	6	5.0 (0.97)	5.3 (0.83)	-0.56	0.04	0.08
Part 3: Oral care	7	5.0 (1.39)	5.7 (1.28)	-1.14	-0.19	0.01*
Part 4: Caries risk food-beverage	6	3.3 (1.22)	3.9 (1.41)	-1.05	-0.14	0.01*
Total scores	**26**	**19.9 (3.04)**	**21.5 (2.96)**	-2.77	-0.59	0.003*

*Significant level $p<0.05$

- *โรงเรียนจัดกิจกรรมนอกหลักสูตรเพื่อเพิ่มประสบการณ์ให้นักเรียน* เนื่องจากกระทรวงศึกษาธิการมีนโยบายให้มีกิจกรรมเสริมสร้างประสบการณ์ชีวิตและให้เพิ่มเวลาเรียนวิชาชีพหรือการเรียนรู้นอกหลักสูตรให้มากขึ้น ทางโรงเรียนจึงจัดให้กิจกรรมชุมนุมต่าง ๆ ขึ้น 4 ชุมนุม หนึ่งในนั้นคือชุมนุมทำอาหารซึ่งมีครูอนามัยเป็นที่ปรึกษา เด็ก ๆ จะได้เรียนรู้วิธีการทำอาหารเมนูต่าง ๆ โดยครูกับนักเรียนจะช่วยกันคิดเมนู ครูช่วยคำนวณแคลอรี่และควบคุมให้เด็ก ๆ ทำอาหารที่ไม่หวาน ไม่มัน และไม่เค็มเกินไป คุณครูประจำชั้นป.6 เล่าว่า *“เด็ก ๆ ชอบวิชาชุมนุมมากค่ะ ทุกครั้งก็จะเอาวัตถุดิบจากที่บ้านมาช่วยกันทำ คนโน้นเอานั่นนิดนี่หน่อย แล้วเอามาทำที่โรงอาหาร พอบ่ายวันศุกร์ก็เอามาขายให้เพื่อน ๆ ให้คุณครูกันเองนี่แหล่ะค่ะ”* เด็กนักเรียนที่เข้าชุมนุมจึงได้เรียนรู้เรื่องสูตรอาหารที่ไม่หวาน และไม่เค็มแต่ก็ยังมีรสชาติอร่อยและมีสีสันสวยงามน่ากิน

2. ปัจจัยระหว่างบุคคล: บทบาทของครูในการสนับสนุนดูแลการทำความสะอาดช่องปากของเด็ก

นอกจากการสอนทันตสุขศึกษาตามหลักสูตรในช่วงเวลาโฮมรูมแล้ว ครูประจำชั้นตั้งแต่ระดับอนุบาลถึงประถมศึกษามีหน้าที่ในการดูแลเรื่องการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันของเด็กนักเรียนและตรวจสอบอุปกรณ์การแปรงฟันว่ายังมีสภาพดีใช้งานได้ ครูอนุบาลจะดูแลการแปรงฟันของเด็กอย่างใกล้ชิดและแปรงให้เด็กบางคนที่แปรงไม่สะอาด ส่วนครูระดับประถมศึกษาจะดูแลให้เด็กนักเรียนในห้องให้แปรงฟันหลังอาหารกลางวันด้วยตนเองและกำชับให้เก็บอุปกรณ์ของตนเองให้ดีเพื่อให้เด็กรับรู้ว่าครูให้ความสำคัญกับเรื่องการแปรงฟันมาก ครูทุกคนตอบว่าให้ความสำคัญในการดูแลเด็กไทยและเด็กต่างด้าวเท่า ๆ กัน เด็กทุกคนมีความใกล้ชิดและเชื่อฟังครูเหมือน ๆ กัน โดยครูอนามัยได้เขียนโครงการของบประมาณจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเพื่อเบิกอุปกรณ์ที่ใช้ประจำวันให้กับเด็กทั้งเด็กไทยและต่างด้าวคนละ 1 ชุดต่อปี ประกอบด้วยถุงผ้า ช้อน ส้อม แก้วน้ำ แปรงสีฟัน ยาสีฟัน กระบอกน้ำหรือแก้วส่วนตัว ครูให้ชื่อชุดอุปกรณ์นี้ว่า “ถุงยังชีพ” อุปกรณ์นี้เด็กทุกคนทั้งไทยและต่างด้าวได้รับเหมือนกัน ครูอนามัยเล่าว่า *“ให้เด็กทุกคนมีไว้กับตัวคนละ 1 ชุดค่ะ ให้ใส่ทุกอย่างที่เป็นของใช้ส่วนตัวเด็กจะได้รู้จักดูแลข้าวของของตัวเองด้วย พอดีกับว่ามีโรคโควิดเข้ามา เราจะได้ควบคุมป้องกันการใช้ของร่วมกันด้วยค่ะ แล้วก็พอดีมีโครงการ ลด - แยกขยะเข้ามาที่โรงเรียนด้วย เราก็ฝึกให้เด็กใช้แก้วส่วนตัวสร้างนิสัยลดขยะด้วยค่ะ”* แต่เนื่องจากองค์กรบริหารส่วนตำบลอนุมัติงบประมาณให้ซื้อแปรงสีฟันยาสีฟันเพียง 1 ชุดต่อปี เมื่อยาสีฟันหมดหรือแปรงสีฟันใช้ไม่ได้แล้ว จึงเป็นหน้าที่ของผู้ปกครองที่

ต้องหาซื้อมาเพิ่มเติมให้เด็กเองผู้อำนวยการเล่าว่า *“ส่วนใหญ่ผู้ปกครองให้ความร่วมมือดีครับ พอครูประจำชั้นแจ้งไป ผู้ปกครองก็จะจัดหาแปรงสีฟันยาสีฟันมาเติมให้ แต่ถ้าคนไหนไม่มีจริง ๆ โรงเรียนหรือ รพ.สต. ก็จะช่วยจัดหาให้ บางปีถ้า รพ.สต. เขียนโครงการอบรมให้ความรู้ผ่านทางงบท้องถิ่นก็อาจจะได้เพิ่มเติมมาอีกครับ”* แต่ครูสังเกตว่าเมื่ออยู่ที่บ้านเด็กอาจไม่ได้ทำเหมือนอยู่ที่โรงเรียน โดยครูประจำชั้นทุกคนเห็นว่าหลังจากเปิดเทอมหลังโควิดใหม่ ๆ เด็ก ๆ มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปและมีฟันผุเพิ่มขึ้น ครูประจำชั้นป.1 และป.3 เล่าตรงกันว่า *“พอเปิดโรงเรียนหลังปิดโควิดมานานก็ต้องมาเริ่มใหม่กันหมดเลยค่ะ เด็ก ๆ ฟันผุเยอะ กินขนมเยอะ ตัวอ้วนขึ้นหลายคนแถมยังทำอะไรช้า ๆ พูดอะไรก็ไม่ค่อยฟังต้องย้ำบ่อย ๆ ก็ต้องมาจัดการกันใหม่หมดเลยค่ะ”*

3. ปัจจัยระดับองค์กรและระดับนโยบาย: ผู้อำนวยการและครูให้ความสำคัญกับสุขภาพช่องปากของเด็ก มีทัศนคติที่ดีต่องานส่งเสริมสุขภาพและจัดให้มีการดำเนินงานตามนโยบายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

- *นโยบายแปรงฟันหลังอาหารกลางวันร้อยเปอร์เซ็นต์* ในแต่ละวันครูประจำชั้นจะเน้นย้ำให้เด็กทุกคนทั้งชั้นประถมศึกษาและอนุบาลแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกคนทุกวัน และเมื่อถึงเวลาอาหารกลางวันเด็กนักเรียนจะนำถุงยังชีพของตนติดตัวมาเพื่อใช้อุปกรณ์ช้อน ส้อม กระบอกน้ำในการรับประทานอาหารและใช้แปรงสีฟัน ยาสีฟัน แก้วน้ำส่วนตัวในการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน หลังใช้เสร็จแล้วเด็กทุกคนมีหน้าที่ในการล้างทำความสะอาดอุปกรณ์ส่วนตัวแล้วเก็บใส่ถุงกลับบ้าน

- *นโยบายโรงอาหารอ่อนหวาน นโยบายโรงเรียนปลอดขนมหวานและน้ำอัดลม* โรงอาหารของโรงเรียนผ่านเกณฑ์สุขาภิบาลโรงเรียน มีการจัดอาหารกลางวันให้กับเด็กทุกคน ครูอนามัยเป็นผู้จัดเมนูอาหารรายสัปดาห์และมีการจัดป้ายให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสม มีป้ายแสดงปริมาณแคลอรี่ของอาหารแต่ละชนิดไว้รอบ ๆ โรงอาหาร ครูอนามัยเล่าว่า *“เราก็จัดให้มีอาหารครบทุกหมู่ในแต่ละมื้อค่ะ มีข้าว ผัก เนื้อสัตว์ และก็ผลไม้ทุกมื้อ ในโรงอาหารไม่มีการตั้งเครื่องปรุงรสไว้เลยค่ะ” “ครูหรือแม่ครัวเป็นคนตักให้เพราะฉะนั้นทุกคนก็จะต้องกินเหมือน ๆ กัน จะเลือกไม่ได้แต่จะให้เติมได้ค่ะ”* ที่โรงเรียนไม่มีร้านค้าจึงไม่มีการขายน้ำอัดลมและขนมกรุบกรอบ

- *การเหลื่อมเวลาอาหารกลางวันเพื่อความเพียงพอของสถานที่แปรงฟัน* ทางโรงเรียนได้รับงบประมาณในการก่อสร้างไม่เพียงพอที่จะสร้างอ่างแปรงฟันให้เพียงพอกับจำนวนเด็ก โดยโรงเรียนมีอ่างล้างมือที่ใช้สำหรับการแปรงฟันของเด็กประถมจำนวน 8 อ่าง และมีบริเวณล้างหน้าแปรงฟันของเด็กอนุบาลที่มีความสูงและขนาดที่เหมาะกับเด็กเล็กอีก 2 อ่าง จึงต้องมีการจัดสรรเวลาเพื่อให้เด็กทุกคนได้แปรงฟันหลังอาหาร อีกทั้งโรงอาหารมีขนาดเล็กเมื่อเกิดสถานการณ์โควิดเด็กต้องเว้นระยะห่างระหว่างรับประทานอาหาร ทำให้สถานที่ไม่เพียงพอที่จะให้เด็กทั้งโรงเรียนมารับประทานอาหารกลางวันพร้อมกันได้ ทางโรงเรียนจึงจัดให้มีการเหลื่อมเวลาในการรับประทานอาหารกลางวัน ผู้อำนวยการเล่าว่า *“พอโควิดมาก็ต้องเว้นระยะห่างตอนกินอาหาร เลยจัดให้เด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 3 เลิกเรียนคาบเช้าก่อนเวลาเล็กน้อยและเข้ามารับประทานอาหารกลางวันในโรงอาหารก่อน หลังจากเด็กกลุ่มนี้รับประทานอาหารเสร็จก็จะไปแปรงฟันซึ่งก็จะเป็นเวลาที่นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 เลิกเรียนคาบเช้าแล้วมากินอาหารกลางวัน พอเด็กโตกินข้าวเสร็จก็ไปล้างถาดอาหารของตัวเองแล้วก็แปรงฟัน ก็จะพอดีกับที่น้อง ๆ แปรงฟันเสร็จแล้ว พี่ ๆ ก็จะได้แปรงต่อได้ ไม่ต้องแย่งอ่างล้างหน้าแปรงฟันกัน ก็จะพอดี ๆ ครับ” “ส่วนน้อง ๆ อนุบาลก็แยกแปรงตรงหน้าห้องอนุบาลเลย มีอ่างไว้ให้ต่างหาก อ่างเตี้ย ๆ ให้เด็ก ๆ แปรงถึง มีกระจกให้ส่องด้วย คุณครูอนุบาลก็จะยืนดูและช่วยเด็ก ๆ แปรงอยู่ตรงอ่างนี้”*

- *สหกรณ์อ่อนหวาน* ทางโรงเรียนกำลังจะจัดตั้งสหกรณ์ร้านค้าขึ้นในช่วงปลายปี 2566 เพื่อให้เด็กนักเรียนได้เรียนรู้หลักการทำงานของสหกรณ์ ผู้อำนวยการคิดว่าหากมีสหกรณ์เด็กจะได้รู้จักเรื่องการลงทุนและเรื่องเงินปันผล อีกทั้งจะให้เด็ก ๆ ได้นำผลิตภัณฑ์จากที่บ้านของตนเองมาวางขายให้เด็กคนอื่นซื้อในราคาย่อมเยา นอกจากนี้จะให้นักเรียนที่อยู่ในชุมนุมอาหารทำเมนูอาหารว่างหวานน้อยมาตั้งขายในสหกรณ์แห่งนี้ด้วย

- *อาหารว่างอ่อนหวาน* ครูประจำชั้นสังเกตเห็นว่าเด็กบางคนนำขนมกรุบกรอบใส่กระเป๋ามารับประทานที่

โรงเรียน เมื่อสอบถามไปยังผู้ปกครองครูจึงได้ทราบว่าเนื่องจากโรงเรียนไม่มีร้านขายขนมและไม่อนุญาตให้รถเข็นขายขนมหรือเครื่องดื่มใด ๆ มาตั้งขายทั้งในและนอกบริเวณโรงเรียน อีกทั้งผู้ปกครองของเด็กบางคนต้องรีบไปทำงานไม่มีเวลาทำอาหารเช้าให้เด็กจึงทำให้ต้องซื้อขนมให้เด็กมารับประทานแทนอาหารเช้า เมื่อทราบดังนี้ผู้อำนวยการจึงนำเรื่องเข้าสู่ที่ประชุมครูและในที่สุดมีข้อตกลงว่าห้ามไม่ให้ผู้ปกครองนำขนมใส่กระเป๋ามาให้เด็ก แต่ทางโรงเรียนจะจัดขายอาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพให้ในราคาที่ถูกมากแทน คุณครูประจำชั้นอนุบาลเล่าว่า *“พ่อแม่เด็กหลายคนทำงานโรงงานตอนเช้าออกแต่เช้า ไม่มีเวลาเตรียมอาหารเช้าให้ลูกแต่ก็กลัวลูกจะหิวก็เลยเอาขนมถุงใส่กระเป๋ามาให้กินแทนอาหารเช้า บางคนก็เอานมหวานใส่กระเป๋ามาให้จนเด็กติดกินนมหวาน บางคนไม่ยอมกินนมโรงเรียนซึ่งเป็นนมจืดเลยด้วยซ้ำ”* ผู้อำนวยการเสริมว่า *“เข้าใจว่าเด็กชอบกินขนม เคยมีผู้ปกครองที่ขับรถขายขนมขับรถเข้ามาในโรงเรียนเพื่อรับลูกเค้าไม่ได้เข้ามาขายขนมนะครับแค่มารับลูก แต่พอเด็ก ๆ เห็นรถขายขนมเท่านั้นก็วิ่งกรูกันเข้าไปซื้อ พอถามว่าจะไปซื้ออะไร เด็กบางคนยังตอบว่าไม่รู้ว่าจะซื้ออะไรครับ รู้แต่ว่าตรงนั้นมีขนม”* ผู้อำนวยการมีความคิดเห็นว่า *“ขนมเป็นความสุขอย่างนึงของเด็กและก็เป็นความสุขของผู้ปกครองที่ได้ให้กับเด็ก แทนที่เราจะดึงขนมออกจากมือเด็ก ผมคิดว่าเรามาให้ขนมที่ดีต่อสุขภาพของเด็กจะดีกว่า เราจัดอาหารว่างที่ไม่หวานไม่เค็มไม่มันให้เด็กในราคาแค่ 5 บาท ถูกมากถ้าเทียบกับขนมถุงที่ราคา 20 - 30 บาท เด็ก ๆ ก็จะได้กินอาหารเช้าที่ดี ผู้ปกครองก็ไม่ต้องกังวลว่าลูกจะหิว อย่างนี้ผู้ปกครองก็จะให้ความร่วมมือกับเราแบบเต็มใจด้วย”* ครูประจำชั้นป.1เสริมว่า *“แค่ 5 บาท ได้อาหารว่าง 1 ชิ้น กับน้ำ 1 แก้ว อย่างวันนี้เป็นแซนวิชกับนมแคนตาลูปค่ะเด็ก ๆ ต่อแถวกันยาวทุกวัน”* เงินที่ได้ก็นำมาสนับสนุนซื้อของให้ชุมนุมต่าง ๆ ในโรงเรียนต่อไป

4. ปัจจัยระดับชุมชน: โรงเรียนประสานองค์กรในท้องที่เพื่อจัดบริการด้านสุขภาพให้กับเด็กนักเรียนทุกคนโดยไม่มีข้อจำกัดด้านเชื้อชาติ

องค์การบริหารส่วนท้องที่จัดสรรงบประมาณให้ทั้งเด็กไทยและเด็กต่างด้าวทุกคนที่มาเรียนในโรงเรียนแห่งนี้ทั้งเพื่อการจัดซื้ออุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากและสนับสนุนการทำโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก โดยในแต่ละปีงบประมาณก่อนเริ่มเปิดปีการศึกษาของโรงเรียนครูอนามัยโรงเรียนบ้านห้วยส้มและบุคลากรใน รพ.สต.บ้านห้วยส้มจะช่วยกันเขียนโครงการเพื่อของบประมาณสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนท้องที่และเมื่อโครงการได้รับการพิจารณาจนผ่านแล้ว ผู้อำนวยการโรงเรียนและผู้อำนวยการ รพ.สต. จะร่วมกันวางแผนและมอบหมายให้ครูและทันตาภิบาลร่วมกันดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและให้การรักษาตามความเหมาะสมกับเด็กทุกคนโดยไม่มีการแบ่งแยกตามเชื้อชาติหรือสิทธิในการรักษา

จากผลการศึกษาสรุปเป็นประเด็นหลักในเรื่องบทบาทของโรงเรียนต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนในโรงเรียนที่มีทั้งเด็กไทยและต่างด้าวได้ว่า *“บทบาทของโรงเรียนคือการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กทุกคนอย่างเท่าเทียมโดยไม่มีกำแพงด้านเชื้อชาติ ภายใต้กรอบแนวคิดการพัฒนาความรอบรู้และการสร้างทักษะในการดูแลตนเองให้กับนักเรียนและการดำเนินนโยบายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ”*

วิจารณ์

โรงเรียนนับเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีบทบาทต่อสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนทั้งในระดับบุคคล - ระหว่างบุคคล ระดับองค์กร - นโยบายและระดับชุมชน บทบาทในทุกระดับมีความเชื่อมโยงต่อกันและส่งอิทธิพลต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กนักเรียน ในโรงเรียนมีเด็กหลากหลายวัยที่มาจากพื้นฐานครอบครัวที่แตกต่างกัน ทั้งเชื้อชาติ ศาสนา ภาษา เศรษฐานะ วัฒนธรรมและความเชื่อเรื่องสุขภาพ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรในโรงเรียนและผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนจะต้องเข้าใจบทบาทของโรงเรียนภายใต้สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปตามแต่ละช่วงเวลา การศึกษาครั้งนี้จึงต้องการสร้างความเข้าใจในบทบาทของโรงเรียนต่อสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนในโรงเรียนที่มีทั้งเด็กนักเรียนไทยและต่างด้าวผ่านการวิเคราะห์ตามแนวคิดเชิงนิเวศวิทยา

ในส่วนปัจจัยระดับบุคคลนั้น เด็กวัยเรียนควรมีความรอบรู้ทางสุขภาพช่องปากที่เพียงพอและมีทักษะในการทำความสะอาดช่องปากตามพัฒนาการทางร่างกายอย่างเหมาะสม ความรอบรู้ทางสุขภาพจะพัฒนาขึ้นตามระดับ

เชาว์ปัญญา (Cognitive) ของเด็ก ดังนั้นจึงมีการวัดระดับเฉพาะในเด็กประถมศึกษาตอนปลายซึ่งมีระดับเชาว์ปัญญาที่เหมาะสมและสามารถตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ในระดับหนึ่งแล้ว[15, 16, 22] ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าเด็กมีความรอบรู้ในประเด็นโครงสร้างฟัน กระบวนการเกิดฟันผุและการทำความสะอาดฟันในระดับที่เพียงพออยู่แล้ว ซึ่งเป็นผลจากกิจกรรมการเรียนรู้ตามหลักสูตรและกิจกรรมการอบรมที่เกิดขึ้นประจำทุกปี แต่เด็กมีคะแนนความรอบรู้ในประเด็นเรื่องอาหารที่ก่อให้เกิดฟันผุในระดับที่ต่ำ สอดคล้องไปกับรายงานสถานการณ์ระดับประเทศที่เด็กไม่สามารถตอบคำถามในเรื่องอาหารก่อโรคได้มากพอโดยมีคะแนนเฉลี่ยระดับประเทศที่ 3.9 คะแนน[20] แสดงให้เห็นว่าควรมีการเพิ่มเติมความรู้ความเข้าใจในเรื่องการบริโภคอาหารที่ก่อให้เกิดฟันผุและเสริมทักษะในการเลือกอาหารให้กับเด็ก เช่น การฝึกอ่านฉลากโภชนาการ การแสดงปริมาณน้ำตาลในเมนูเครื่องดื่ม การแจกแจงปริมาณแคลอรี่และระดับความเค็ม ความหวานของรายการอาหารในแต่ละมื้อ เป็นต้น โดยในการศึกษาครั้งนี้เด็กมีคะแนนในหัวข้อนี้ดีขึ้นหลังผ่านกิจกรรมการให้ความรู้ จึงควรมีการออกแบบหลักสูตรให้มีความครอบคลุมในเรื่องอาหารเสี่ยงฟันผุเพิ่มขึ้น

ตามทฤษฎีการเรียนรู้ด้วยสังคม (Social Learning Theory) ของ Albert Bandura[23] พฤติกรรมของบุคคลเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้และลอกเลียนแบบในสังคม บุคคลเมื่ออยู่ในสังคมจะเกิดการรับรู้ถึงพฤติกรรมผู้อื่นและจะเกิดการปฏิบัติตามโดยเฉพาะพฤติกรรมที่สังคมให้คุณค่าและความสำคัญ ซึ่งสอดคล้องไปกับแนวคิดเชิงนิเวศวิทยาของพฤติกรรมสุขภาพที่กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพเกิดจากการเรียนรู้ในสังคมและเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับปัจจัยในระดับต่าง ๆ[10] ดังนั้น การสร้างนโยบายทันตสุขภาพในโรงเรียนจึงควรอยู่ภายใต้กรอบแนวคิดของการส่งเสริมคุณค่าของพฤติกรรมเป้าหมาย โดยถือว่าโรงเรียนเป็นองค์กรที่มีสังคมเฉพาะตัวที่รวบรวมเด็กนักเรียนที่มาจากพื้นฐานครอบครัวที่หลากหลายทั้งที่แตกต่างกันในเรื่องเชื้อชาติ ความเชื่อและวัฒนธรรมให้เข้ามามีส่วนร่วมกันในสังคมโรงเรียน[13] ถึงแม้พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากและการเลือกรับประทานอาหารของเด็กแต่ละคนเมื่ออยู่ที่บ้านอาจแตกต่างกันไปตามวิธีการดำเนินกิจวัตรประจำวันของแต่ละครอบครัว[24] แต่การที่เด็กได้มาใช้ชีวิตในโรงเรียนที่ให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพช่องปากที่ดีร่วมกับการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ภายใต้นโยบายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการที่ผู้อำนวยการให้ความสำคัญกับการดำเนินกิจกรรมตามนโยบาย การจัดสรรสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเท่าที่จะทำได้ การที่คณะครูแสดงออกให้เด็กเห็นถึงความใส่ใจในเรื่องการแปรงฟันของเด็ก การสอดแทรกความรู้ด้านสุขภาพช่องปากในหลักสูตรและในกิจกรรมสร้างเสริมประสบการณ์นอกห้องเรียน การสนับสนุนด้านงบประมาณและบุคลากรจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและ รพ.สต. เพื่อให้การส่งเสริมและรักษาทางทันตกรรมโดยไม่มีข้อจำกัดด้านเชื้อชาติหรือด้านสิทธิในการรักษาพยาบาลล้วนช่วยส่งเสริมให้เด็กเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากของตน ดังนั้น โรงเรียนจึงเป็นองค์กรที่สำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการด้านสุขภาพช่องปากให้กับเด็ก

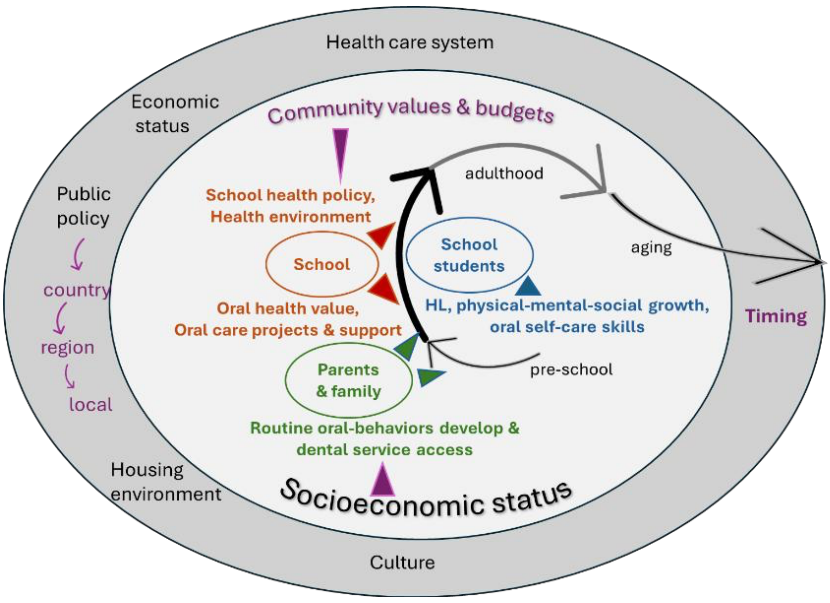
อย่างไรก็ตาม การที่เด็กยังคงชอบที่จะรับประทานขนมที่มีรสหวานและเหนียวติดฟัน เช่น นมเปรี้ยวและขนมกรุบกรอบเป็นประจำในแต่ละวันและอาจละเลยที่จะทำความสะอาดช่องปากอย่างสม่ำเสมอเป็นสาเหตุหลักที่ก่อโรคฟันผุ[21, 25] จากข้อมูลการผุของฟันถาวรที่ไม่ได้รับการอุดหลังมีการปิดโรงเรียน พบว่าเด็กมีฟันผุเพิ่มจาก ร้อยละ 22.6 ในปีพ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 27.5 ในปีพ.ศ. 2565 แต่หลังจากเปิดโรงเรียนและมีกิจกรรมส่งเสริมป้องกันและให้การรักษาทางทันตกรรมตามปกติพบว่ามีฟันถาวรผุที่ยังไม่ได้รักษาลดลงเหลือร้อยละ 14.4 สอดคล้องไปกับผลการสำรวจระดับประเทศที่มีระดับฟันผุลดลงหลังการเปิดภาคเรียนปกติ[20] ทั้งนี้ข้อมูลจากแบบสอบถามผู้ปกครองแสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างและเด็กกว่าร้อยละ 22.0 ไม่มีสิทธิในการรักษาใด ๆ และเด็กส่วนใหญ่ได้รับบริการทางทันตกรรมจากทันตาภิบาลใน รพ.สต. ในช่วงเวลาเปิดเทอม[17] การปิดโรงเรียนจากสถานการณ์โควิดที่ทำให้เด็กต้องอยู่ที่บ้านนาน ทำให้พฤติกรรมในการดูแลช่องปากของเด็กบางคนเปลี่ยนไปจากเมื่ออยู่ที่โรงเรียนและส่งผลต่อการมีฟันผุที่เพิ่มขึ้น ข้อมูลทั้งหมดบ่งชี้ถึงความสำคัญของการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนและการให้การรักษาทางทันตกรรมในช่วง

เปิดเทอมต่อการลดปัญหาฟันผุในเด็กนักเรียน ทั้งนี้ปัจจัยทางเศรษฐานะของครอบครัวเป็นหนึ่งปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพช่องปากของเด็ก[6-9] การจัดการในระดับนโยบายด้านสุขภาพช่องปากของเด็กทุกคนอย่างเท่าเทียมกันจะช่วยลดช่องว่างทางสุขภาพที่เกิดจากสถานะครอบครัวของเด็กลงได้[6, 12] ดังเช่นในการศึกษาครั้งนี้ที่มีนักเรียนที่มาจากทั้งครอบครัวไทยและต่างด้าวแต่เด็กทุกคนได้รับการรักษาและป้องกันทางทันตสุขภาพอย่างเท่าเทียมกันจนมีแนวโน้มที่เด็กทั้งสองกลุ่มจะมีฟันแท้ผุที่ไม่ได้รับการรักษาน้อยลง ช่วยลดภาระของผู้ปกครองและช่วยลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพช่องปากของเด็กที่เกิดจากปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ปกครองลงได้ ปัจจัยในระดับนโยบายจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถช่วยสร้างโอกาสในการเข้าถึงการส่งเสริมป้องกันและรักษาทางสุขภาพช่องปากให้กับเด็กวัยเรียนทุกคนในชุมชน

เมื่อโรงเรียนมีบทบาทในหลายระดับเช่นนี้ การส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนจึงควรให้ความสำคัญกับบทบาทในทุกระดับไปพร้อม ๆ กันมากกว่าที่จะส่งเสริมด้านความรู้ทางสุขภาพช่องปากเพียงอย่างเดียวซึ่งเป็นแนวทางที่ทุกโรงเรียนสามารถนำไปปรับใช้ตามบริบทของตนเองได้[12, 26, 27]

สรุป

การวิเคราะห์ตามแนวทางนิเวศวิทยาแสดงให้เห็นบทบาทที่หลากหลายของโรงเรียนต่อสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนโดยมีศูนย์กลางคือเด็กนักเรียน ในระดับบุคคลหลักสูตรและโครงการต่าง ๆ ในโรงเรียนช่วยสร้างความรอบรู้ทางทันตสุขภาพและทักษะในการทำความสะอาดช่องปากอย่างมีประสิทธิภาพให้กับเด็ก ในระดับระหว่างบุคคลครูมีบทบาทสำคัญในการกำกับดูแลพฤติกรรมสุขภาพของเด็กที่โรงเรียนและแสดงให้เด็กเห็นถึงความสำคัญของการดูแลช่องปาก ในระดับองค์กรและนโยบาย ทัศนคติของผู้นำและการบริหารจัดการตามนโยบายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพและการที่ครูให้คุณค่ากับสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนเป็นปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาพฤติกรรมทางสุขภาพช่องปากในระดับชุมชน การได้รับความร่วมมือและการได้รับความสำคัญจากองค์กรส่วนท้องถิ่น ล้วนเป็นปัจจัยที่สนับสนุนการพัฒนาพฤติกรรมทางทันตสุขภาพและลดความเหลื่อมล้ำที่เกิดจากปัจจัยด้านเชื้อชาติและเศรษฐานะของครอบครัวของเด็ก ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมข้อมูลทั้งหมดผนวกกับการทบทวนเอกสารและนำเสนอเป็นแนวคิดเพื่อใช้ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียนต่อไปตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 บทบาทของโรงเรียนต่อสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนตามแนวคิดเชิงนิเวศวิทยา โรงเรียนมีบทบาทหลายระดับตั้งแต่ 1) ระดับบุคคล ให้ความรอบรู้ทางสุขภาพช่องปาก สร้างพัฒนาการตามวัย ให้ทักษะในการทำความสะอาดช่องปาก 2) ระดับระหว่างบุคคล บทบาทของครูและผู้ปกครองในการพัฒนาพฤติกรรมทันตสุขภาพที่บ้านและที่โรงเรียน ที่จะช่วยลดอิทธิพลจากเศรษฐสถานะของครอบครัว 3) ระดับองค์กรและนโยบาย การบริหารจัดการตามนโยบายโรงเรียน

ส่งเสริมสุขภาพ สิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพช่องปาก โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพและการสร้างคุณค่าของสุขภาพช่องปาก 4) ระดับชุมชน การประสานงานเพื่อจัดการด้านงบประมาณและนโยบายสนับสนุน โดยปัจจัยทุกระดับอยู่ภายใต้อิทธิพลของปัจจัยระดับมหภาค

Figure 1: The school's roles in the oral health of school students based on the Ecological model. Multilevel roles include 1) Individual level: provide oral health literacy, physical-mental-social growth, oral self-care skills; 2) Interpersonal level: teachers' and parents' roles on students' oral health behaviour development to overcome the influence of family's socioeconomic status; 3) Organization & policy level: school health policy management, healthy environment, oral care project & support, oral health value; 4) Community level: cooperate with community organizations for policy support & budget allocation. All factors operated under the dynamic of the macro system.

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ ควรมีการนำปัจจัยในแต่ละระดับไปศึกษาเพิ่มเติมในเชิงปริมาณ เพื่อให้ทราบค่าน้ำหนักความสัมพันธ์ของปัจจัยแต่ละตัวและนำไปสู่การประยุกต์ใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ ทั้งเด็กวัยเรียนและผู้ปกครองควรได้รับความรู้เพิ่มเติมในเรื่องอาหารที่ก่อให้เกิดโรคฟันผุและทักษะในการเลือกรับประทานอาหารและการทำความสะอาดช่องปากเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของพฤติกรรมทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นและภาครัฐควรร่วมมือกันกำหนดนโยบายที่ชัดเจนทั้งเรื่องการจัดการโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพเพื่อนำไปสู่การกำหนดงบประมาณที่ตรงตามความต้องการของโรงเรียน

คำขอบคุณ

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการและคณะครูโรงเรียนบ้านห้วยส้มที่ให้ความอนุเคราะห์ในการศึกษาวิจัย รวมถึงขอบคุณผู้ปกครองนักเรียนที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ห้วยส้มและบุคลากรฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลสันป่าตองที่ร่วมจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับเด็กนักเรียน

เอกสารอ้างอิง

1. Keawkangwan S. Lifespan human development. 6th ed. Bangkok: Thammasat Prining house; 1995. p. 199-255. (in Thai)
2. Bureau of Mental Health Academic Affairs. Department of Mental Health. Ministry of Public Health. Mental Health care in school age manual. 3rd ed. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand Office of Printing; 2002. (In Thai)
3. Pitts NB, Zero DT. White Paper on Dental Caries Prevention and Management: A summary of the current evidence and the key issues in controlling this preventable disease. FDI World Dental Press Ltd, 2016. 59 p.
4. Selwitz R, Ismail A, Pitts N. Dental Caries. Lancet. 2007;369:51-9.
5. Sheiham A, Watt RG. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. Community Dent Oral Epidemiol. 2000;28(6):399-406.
6. Jenny J. Preventing dental disease in children: An ecological approach. Am J Public Health. 1974;64(12):1147-55.
7. Fisher-Owens SA, Gansky SA, Platt LJ, Weintraub JA, Soobader MJ, Bramlett MD, et al. Influences on children's oral health: a conceptual model. Pediatrics. 2007;120(3):e510-20.
8. Folayan MO, Tantawi ME, Virtanen JI, Feldens CA, Rashwan M, Kemoli AM, et al. An ecological study on the association between universal health service coverage index, health expenditures, and

early childhood caries. BMC Oral Health. 2021;21(1):126.

9. Do LG, Song YH, Du M, Spencer AJ, Ha DH. Socioecological determinants of child oral health-A scoping review. Community Dent Oral Epidemiol. 2023;51(5):1024-36.
10. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. Health Educ Q. 1988;15(4):351-77.
11. Supachai K. Ecological Model: An Intervention model addressing factors influencing health behaviors. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice. 2016;3(1):17-27. (In Thai)
12. Thanarat MCB, Katiya I. Oral Health Status and Associated Ecological Factors in Mixed Dentition among Early Primary School Students, Nonthaburi Province, Thailand. Thai Journal of Public Health. 2020;50(3):306-22.
13. Bureau of Health Promotion. Department of Health. Ministry of Public Health. Health promotion school operation manual. 3rd ed. Bangkok: Office of Silpakorn University Academic Services; 2515. (In Thai)
14. Baskaradoss JK. Relationship between oral health literacy and oral health status. BMC Oral Health. 2018;18(1):172.
15. Department of Health. Ministry of Public Health. Health literacy school. 1st ed. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand Office of Printing; 2020. (In Thai)
16. St Leger L. Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges. Health Promot Int. 2001;16(2):197-205.
17. Northridge ME, Kumar A, Kaur R. Disparities in Access to Oral Health Care. Annu Rev Public Health. 2020;41:513-35.
18. Chakkaphark R, Neawheangtham RK. The development of an educational management model for migrant children. JSRR. 2016;2:177-218. (In Thai)
19. Rodpaiboon N, Chaimadan C. The implementation of educational management policies on migrant children in Sa Kaeo province. Papojournal. 2020;1:22-43. (In Thai)
20. Bureau of Dental Health. Department of Health. Ministry of Public Health. The 9th National survey of dental health report, Thailand, 2023. Nontaburi. Samchareon Phanich (Bangkok) Co..LTD, 2018. (In Thai)
21. Bureau of Dental Health. Department of Health. Ministry of Public Health. The 8th National survey of dental health report, Thailand, 2017. Nontaburi. Samchareon Phanich (Bangkok) Co.,LTD, 2018. (In Thai)
22. Wanichsaithong P, Prasertsom P. Development and Validation of an Oral Health Literacy Measurement for Primary School Children in Thailand. Int J Dent. 2022;7:1-8.
23. Bandura A. Social Learning Theory. New York: General Learning Press; 1977.
24. Hunt SM, Macleod M. Health and behavioural change: some lay perspectives. Community Med. 1987;9(1):68-76.
25. Philip N, Suneja B, Walsh LJ. Ecological Approaches to Dental Caries Prevention: Paradigm Shift or Shibboleth? Caries Res. 2018;52(1-2):153-65.
26. Gargano L, Mason M, Northridge M. Advancing Oral Health Equity Through School-Based Oral Health Programs: An Ecological Model and Review. Frontiers in Public Health. 2019;7:359.
27. Vichayanrat T, Steckler A, Tanasugarn C, Lexomboon D. The evaluation of a multi-level oral health intervention to improve oral health

practices among caregivers of preschool children. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2012;43(2):526-39.

กรมอนามัย
Department of Health

มกราคม – ธันวาคม 2568
วิทยาสารทันตสาธารณสุข
เว็บไซต์: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThDPHJo



นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานที่มีสภาวะปริทันต์อักเสบ โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน

ชื่นฤดี กล่อมแก้ว
กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลบ้านธิ ต.บ้านธิ อ.บ้านธิ จ.ลำพูน 51180

คำสำคัญ

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน
โรคปริทันต์
โรคปริทันต์อักเสบ
โปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

วันที่รับบทความ
13 เมษายน 2567
วันที่แก้ไขบทความ
13 สิงหาคม 2567
วันที่ตอบรับบทความ
06 เมษายน 2568

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก ซึ่งมีผลกระทบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพช่องปาก เพื่อศึกษาสภาวะโรคปริทันต์อักเสบและผลของการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เปรียบเทียบคะแนนความรู้ตลอดจนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากก่อนและหลังการได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากร การศึกษาใช้รูปแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 51 คน ที่มีฟันแท้จำนวน 20 ซี่ขึ้นไป และมีร่องลึกปริทันต์เกิน 3 มิลลิเมตร ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบสำรวจผลการดูแลสุขภาพช่องปากและแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ระหว่างเดือนมกราคม – มิถุนายน 2567 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Paired Sample t-Test

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 61 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 63.9 กิโลกรัม และระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 141.2 มก./ดล. ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ยังไม่เหมาะสม เช่น ไม่ใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดซอกฟันและไม่ไปพบทันตแพทย์บ่อยครั้ง หลังจากการได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากจากทันตบุคลากร พบว่าสภาวะปริทันต์อักเสบลดลง และความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) สรุปได้ว่าการได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานที่มีสภาวะปริทันต์อักเสบ โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน โดยทันตบุคลากรมีผลทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น มีสภาวะปริทันต์อักเสบลดลง ซึ่งสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้อีก

ผู้ประพันธ์บรรณกิจ

ชื่นฤดี กล่อมแก้ว อีเมล: nidnut2515@gmail.com doi: 10.14456/thdentphj.2025.3

January – December 2025

Thai Dental Public Health Journal

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



Original Article

Study Results of the Oral Health Care Program for Diabetic Patients with Periodontitis Condition Banthi Hospital, Lamphun Province

Chiunrudee Klomkaew

Dental Department, Banthi Hospital, Banthi Sub-district, Banthi District, Lamphun 51180

KEYWORDS

Diabetes mellitus

Periodontal Disease

Periodontitis

Oral health promotion program

Received date

13 April 2024

Revised date

13 August 2024

Accepted date

06 April 2025

ABSTRACT

Diabetes is a major global health issue that significantly impacts the quality of life of patients, including effects on oral health. To examine the periodontal condition and the effects of oral healthcare in diabetic patients, the study aimed to compare knowledge scores and oral health care behaviors before and after receiving dental care from dental professionals. The study used a quasi-experimental design with a sample of 51 diabetic patients who had at least 20 natural teeth and periodontal pockets deeper than 3 millimeters, who received care at the diabetes clinic of Banthi Hospital in Lamphun Province. The data collection tools included an oral health care outcome survey and a knowledge test on oral health care. The study was conducted from January to June 2024. Data analysis utilized descriptive statistics and Paired Sample t-Test.

The results revealed that the average age of participants was 61 years, with an average weight of 63.9 kilograms and an average blood glucose level of 141.2 mg/dL. Most participants demonstrated inadequate oral health care behaviors, such as not using interproximal cleaning devices and infrequently visiting the dentist. After receiving oral health care from dental professionals, there was a significant reduction in periodontal conditions and a notable improvement in oral health knowledge (p-value < 0.05). In conclusion, enhancing the oral health care program for diabetic patients with periodontitis condition at Banthi hospital, Lamphun province delivered by dental professionals effectively improved the oral health care behaviors and overall oral health of diabetic patients, which may help reduce diabetes-related complications.

Corresponding author

Chiunrudee Klomkaew E-mail address: nidnut2515@gmail.com doi: 10.14456/thdentphj.2025.3

บทนำ

ในปัจจุบันโรคเบาหวานถือเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่ส่งผลกระทบทั้งในด้านสุขภาพและเศรษฐกิจทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดให้การลดภาระของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นหนึ่งในเป้าหมายระดับโลกที่ต้องบรรลุภายในปี พ.ศ. 2568 โดยโรคเบาหวานเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่รุนแรงในผู้ป่วย รวมถึงปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย (Immune system) มีบทบาทสำคัญทั้งในโรคเบาหวาน และโรคปริทันต์อักเสบ ความสัมพันธ์ของระบบภูมิคุ้มกันต่อการเกิดโรคเบาหวานและโรคปริทันต์อักเสบ คือ ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานทำให้ภูมิคุ้มกันอ่อนแอลง ส่งผลให้แบคทีเรียเจริญเติบโตดี การอักเสบเกิดขึ้นได้ง่าย เป็นโรคปริทันต์อักเสบได้ง่าย การอักเสบเรื้อรังทำให้กลไกการควบคุมน้ำตาลทำได้แย่ลงระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้โรคเบาหวานรุนแรงขึ้น ซึ่งเป็นความสัมพันธ์แบบ 2 ทาง ระหว่างโรคเบาหวานและโรคปริทันต์อักเสบ โดยโรคนี้เป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบเรื้อรังส่งผลให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อ หรืออวัยวะรอบ ๆ ตัวฟัน หากไม่ได้รับการรักษาจะส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียฟัน โรคเบาหวานส่งผลให้โรคปริทันต์อักเสบมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น และการอักเสบนี้ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนี้การติดเชื้อจากโรคปริทันต์อักเสบเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน[2] จึงทำให้ผู้ที่เป็นเบาหวานมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคปริทันต์อักเสบได้ง่ายและรุนแรงขึ้น ทำให้การควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานเป็นไปได้ยากขึ้น ในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจะมีสารสื่ออักเสบและสารบ่งชี้อื่น ๆ อีกหลายชนิดที่บ่งบอกถึงภาวะและความรุนแรงของโรค และยังมีรายงานการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นโรคปริทันต์อักเสบร่วมด้วย จะมีความบกพร่องในการควบคุมระดับน้ำตาลมากกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่เป็นโรคปริทันต์อักเสบร่วมด้วยถึง 6 เท่า[3]

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถือเป็นวิกฤตการณ์ทางสุขภาพและสังคม องค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดเป้าหมายระดับโลก 9 ประการ ในการจัดการแก้ปัญหาที่จะต้องบรรลุในปี พ.ศ.2568[6] ซึ่งการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร รวมทั้งเป็นภาระโรคของประชากรทั่วโลก และประเทศไทย ผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสถานพยาบาลในพื้นที่กรุงเทพมหานครสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 36.5 ซึ่งเป็นแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2557) และครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2563) พบความชุกของโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยความชุกโรคเบาหวาน พบร้อยละ 8.9 และ 9.5[8] และจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 – 2565 พบว่าความชุกโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน[9] พ.ศ. 2560 – 2565 พบว่าความชุกโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน[9]

ในประเทศไทย โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ในปี พ.ศ. 2563 พบว่าอัตราความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยมีการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 9.52 และจากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าในกลุ่มประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป โรคเบาหวานมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพียงร้อยละ 36.5 ซึ่งยังห่างไกลจากเป้าหมายที่ต้องการให้ผู้ป่วยร้อยละ 40 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี โดยโรคเบาหวานสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพในหลายด้าน โดยเฉพาะในระบบช่องปาก ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานมักมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคปริทันต์อักเสบ (Periodontal disease)[19] ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดจากการอักเสบเรื้อรังในช่องปาก และสามารถทำให้เกิดการสูญเสียฟันได้ หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง นอกจากนี้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดียังส่งผลให้การรักษาโรคปริทันต์อักเสบเป็นไปได้ยากขึ้น และ

โรคปริทันต์อักเสบ ยังสามารถส่งผลกระทบต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้เกิดความสัมพันธ์แบบสองทางระหว่างโรคเบาหวานและโรคปริทันต์อักเสบ ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเพิ่มขึ้นของโรคเบาหวาน ความชุกของโรคเบาหวานในกลุ่มวัยทำงานมีค่ามากขึ้น[11] ผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 60.8 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ร้อยละ 44.1 ของผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานทั้งหมดมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) มากกว่าร้อยละ 8.4 mg.% ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตา (Retinopathy) ภาวะแทรกซ้อนที่ไต (Nephropathy) ภาวะแทรกซ้อน เรื้อรังที่เส้นประสาท (Neuropathy) ภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดขนาดใหญ่ (Macro vascular disease) แผลหายช้า (Delay wound healing) และโรคปริทันต์อักเสบ (Periodontal disease)[1] ผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน มีจำนวน 750 คน กลุ่มที่ควบคุมเบาหวานได้ดี (HbA1c ต่ำกว่า 7 mg.%) มี 297 คน คิดเป็นร้อยละ 39.60 ซึ่งใกล้เคียงกับเป้าหมายของประเทศที่ต้องการให้มีกลุ่มที่สามารถควบคุมเบาหวานได้อย่างต่ำร้อยละ 40 ปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นโรคปริทันต์อักเสบ โดยผู้ป่วยเบาหวานประมาณร้อยละ 70 มีหินปูนและโรคปริทันต์อักเสบ

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะยาว โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคปริทันต์อักเสบ การพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรักษาสุขภาพช่องปากและควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการลดภาระจากโรคเบาหวานและโรคปริทันต์อักเสบในระยะยาว การศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีโรคปริทันต์อักเสบ จึงเป็นการศึกษาเชิงสำคัญที่มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยเบาหวาน โดยการตรวจสุขภาพช่องปาก การขูดหินปูน การเกลาราฟันขัดฟัน และการให้คำแนะนำในการดูแลช่องปาก จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรักษาความสะอาดช่องปากได้ดีขึ้นและลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากทั้งโรคเบาหวานและโรคปริทันต์อักเสบในระยะยาว ทันตบุคลากรควรให้ความสำคัญในการสร้างเสริมความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับการให้บริการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยรูปแบบของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคปริทันต์อักเสบ คือ การตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตแพทย์ผู้วิจัยและให้ข้อมูลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปากตนเอง ให้การรักษาโดยการขูดหินปูนร่วมกับเกลารากฟันขัดฟันและให้ทันตสุขศึกษาพร้อมกับสอนและฝึกแปรงฟันใช้ไหมขัดฟันถูกวิธี เพื่อมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานต่อสุขภาพช่องปากเพิ่มมากขึ้น จึงได้ดำเนินการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีสภาวะโรคปริทันต์อักเสบโรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน โดยทันตบุคลากร เพื่อวางแผน และแก้ไขปัญหาสภาวะโรคปริทันต์อักเสบในผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างถูกต้อง เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตัวเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ลดภาวะ แทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และลดการสูญเสียฟันจากสภาวะโรคปริทันต์อักเสบของผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นรูปแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานที่มีสภาวะโรคปริทันต์อักเสบ โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน ระหว่างเดือนมกราคม – มิถุนายน พ.ศ. 2567 ประชากรจำนวนทั้งหมด 750 คน มีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้าดังต่อไปนี้ มีฟันแท้จำนวน 20 ซี่ขึ้นไป มีร่องลึกปริทันต์เกิน 3 มิลลิเมตร สามารถอ่านออก เขียนได้ ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การพูด การมองเห็น สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการวิจัย โดยได้รับความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น 51 คน เกณฑ์การคัดออก คือ มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน

ที่รุนแรง ไม่สะดวกในการเดินทางมาร่วมงานวิจัย ผู้ร่วมวิจัยสามารถยุติการวิจัยได้เมื่อไม่ประสงค์จะเข้าร่วมวิจัยต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ได้แก่ แบบสำรวจผลการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบไปด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ที่อยู่ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้ำหนัก ส่วนสูง ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด FBS ข้อมูลสุขภาพช่องปาก ได้แก่ สภาวะช่องปาก จำนวนซี่ฟัน การมีหินน้ำลาย การมีเลือดออกที่เหงือก ข้อมูลการตรวจร่องลึกปริทันต์โดยใช้ดัชนี PSR ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ได้แก่ การแปรงฟัน การใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดซอกฟัน การมาตรวจฟันทำความสะอาดฟันกับทันตบุคลากรเป็นประจำทุกปี ส่วนที่ 2 ได้แก่ แบบทดสอบความรู้จำนวน 15 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่มีผลต่อสุขภาพช่องปาก และความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก มีลักษณะแบบสอบถามชนิดถูกผิด ขั้นตอนการหาคุณภาพเครื่องมือ นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบเพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content Validity) และครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อแนะนำของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (Tryout) กับผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขต ตำบลห้วยยาบ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน จำนวน 30 คน นำข้อมูลแบบทดสอบความรู้มาให้คะแนนโดยกำหนดให้ข้อที่ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูก 0 คะแนน แล้วนำไปหาอำนาจจำแนกเป็นรายข้อทดสอบด้วยสถิติ t-Test ข้อที่มีค่าตั้งแต่ 1.7 ขึ้นไปถือว่ามีค่าอำนาจจำแนกดี จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลทั้ง 2 ส่วน นำมาหาค่าความเชื่อมั่นได้ของข้อคำถาม (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient of Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8 การเก็บข้อมูลในงานวิจัยนี้ใช้แบบสำรวจในรูปแบบกระดาษ โดยเริ่มดำเนินการสำรวจและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในครั้งแรกที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน

จากนั้นผู้ร่วมการวิจัยจะได้รับการนัดหมายครั้งที่ 1 และ 2 ที่คลินิกบริการทันตกรรม เพื่อเข้ารับโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยทันตบุคลากรจะเป็นผู้ควบคุมการดำเนินการและดำเนินการทดสอบก่อนและหลังการเข้ารับโปรแกรม ซึ่งมีระยะเวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired Sample t-Test ระหว่างคะแนนความรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากก่อน และหลังการได้รับการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติให้สามารถดำเนินการวิจัยในมนุษย์ได้จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน เอกสารเลขที่ REC 2567-45 เมื่อวันที่ 3 มกราคม 2567 จนถึงวันที่ 3 มกราคม 2568

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ส่วนสูง น้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด อาชีพ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ข้อมูลจากตารางที่ 1 พบว่า การศึกษาผลการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการบริการคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน พบว่ามีฟันแท้จำนวน 20 ซี่ขึ้นไป มีร่องลึกปริทันต์เกิน 3 มม. จำนวน 51 คน จำแนกตามเพศ พบมากที่สุด คือ เพศชาย 16 คน ร้อยละ 31.4 และเพศหญิง 35 คน ร้อยละ 68.6 อายุเฉลี่ย 61.0 ปี น้อยที่สุด 37 ปี อายุมากที่สุด 77 ปี พบกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 54.9 รองลงมา คือ 51 – 60 ปี ร้อยละ 33.3 41 – 50 ปี ร้อยละ 9.8 และน้อยกว่า 40 ปีร้อยละ 2.0 ส่วนสูงเฉลี่ย 157.8 เซนติเมตร พบส่วนสูงน้อยที่สุด 145.0 เซนติเมตร และส่วนสูงมากที่สุด 175.0 เซนติเมตร น้ำหนักเฉลี่ย 63.9 กิโลกรัม พบน้ำหนักน้อยที่สุด 45.5 กิโลกรัม และน้ำหนักมากที่สุด 89.0 กิโลกรัม รอบเอวเฉลี่ย 89.2 เซนติเมตร พบรอบเอวน้อยที่สุด 59.0 เซนติเมตร และรอบเอวมากที่สุด 115.0 เซนติเมตรดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.45 พบกลุ่มอ้วนระดับ 1 มากที่สุด ร้อยละ 31.4 รองลงมาคือ น้ำหนักเกิน ร้อยละ 27.5 ปกติ ร้อยละ 25.5 อ้วนระดับ 2 ร้อยละ 15.7 และผอม ร้อยละ 0.0 ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 141.2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรน้อยสุด 96 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และมากสุด 292 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 8.6 ปี ต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 20 ปี พบมากที่สุด 6 – 10 ปี ร้อยละ 39.2 รองลงมาคือ น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 33.3 11 – 15 ปี ร้อยละ 15.7 และมากกว่า 6 ปี ร้อยละ 11.8 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ88.2 รองลงมาคือ อื่น ๆ เช่น ว่างงาน หรือแม่บ้าน ร้อยละ 7.8 เกษตรกรรม ร้อยละ 2.0 และรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 2.0 ตามลำดับสถานภาพสมรส/คู่มากที่สุด ร้อยละ 78.4 รองลงมาคือ หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 13.7 และโสด ร้อยละ 7.8 ระดับการศึกษาพบว่า ระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 60.8 รองลงมาคือ มัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 25.5 ไม่ได้ศึกษา ร้อยละ 5.9 อนุปริญญา/ปวส. ร้อยละ 5.9 ปริญญาตรี 1.0 และสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 0.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 3,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 80.4 รองลงมาคือ 3,001 – 5,000 บาท ร้อยละ11.8 7,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 5.9 10,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 2.0 และ 5,001 – 7,000 บาท ร้อยละ 0.0

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

Table 1 Personal data

Data	Number	Percentage
Sex		
Male	16	31.4
Female	35	68.6
Age (year)		
Less than 40	1	2.0
41 – 50	5	9.8
51 – 60	17	33.3
More than 60	28	54.9
Mean = 61.0, S.D. = 8.94, Min = 37, Max = 77		
Body Mass Index (BMI)		
Thin (<18.5)	0	0
Normal (18.5-22.9)	13	25.5
Overweight (23.0-24.9)	14	27.4
Obesity level 1 (25.0-29.9)	16	31.4
Obesity level 2 (>30.0)	8	15.7
Mean = 23.45, S.D. = 4.53, Min = 45.5, Max = 89.0		

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

Table 1 Personal data

Data	Number	Percentage
Fasting blood sugar (FBS) (mg./dl.)		
0 – 99	3	5.9
100 – 200	45	88.2
> 200	3	5.9
Mean = 141.2, S.D. = 37.54, Min = 96, Max = 292		
Duration of illness (year)		
Less than 5	17	33.3
6 – 10	20	39.2
11 – 15	8	15.7
More than 15	6	11.8
Mean = 8.6, S.D. = 5.26, Min = 1, Max = 20		
Occupation		
Employment career	45	88.2
Agricultural career	1	2.0
Government career	1	2.0
Other occupations	4	7.8
Marital status		
Single	4	7.8
Married	40	78.4
Widowed	7	13.8
Education		
Uneducated	3	5.9
Primary education	31	60.8
High school / vocational certificate	13	25.5
Diploma / High vocational certificate	3	5.9
Bachelor’s degree	1	1.9
Higher than bachelor’s degree	0	0
Everage monthly income (Baht)		
Less than 3,001	41	80.4
3,001 – 5,000	6	11.7
5,001 – 7,000	0	0
7.001 – 10,000	3	5.9
More than 10,000	1	2.0

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพช่องปาก ได้แก่ จำนวนซี่ฟัน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับบริการทันตกรรมและการประเมินสภาวะปริทันต์ก่อน และหลังได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากร

ข้อมูลจากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนซี่ฟันเฉลี่ย 27.3 ซี่ ต่ำสุด 20 ซี่ และสูงสุด 32 ซี่ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง (เช้า และก่อนนอน) ร้อยละ 100.0 ใช้เวลาแปรงฟันในแต่ละครั้งนานมากกว่า 2 นาทีขึ้นไปมากที่สุด รองลงมา คือ เกิน 1 นาทีแต่ไม่เกิน 2 นาที และน้อยกว่าจนถึง 1 นาที ร้อยละ 62.8, 29.4 และ 7.8 ใช้วิธีการแปรงฟันแบบแปรงขึ้น – แปรงลงมากที่สุด รองลงมา คือ ถูไป - ถูมา และขยับปัด ร้อยละ 58.8, 29.4 และ 11.8 มีการใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดซอกฟัน ร้อยละ 29.4 และไม่ใช้ ร้อยละ 70.6 ส่วนมากไม่ได้ไปพบทันตแพทย์ ร้อยละ 84.3 และไปพบหมอฟันเพื่อถอนฟัน/อุดฟัน/ขูดหินน้ำลาย ร้อยละ 15.7

ตารางที่ 2 ข้อมูลสุขภาพช่องปาก

Table 2 Oral health data

Data	Number	Percentage
Number of tooth (tooth)		
20 – 24	3	5.9
24 – 28	45	88.2
29 – 32	3	5.9
Mean = 27.3, S.D. = 4.00, Min = 20, Max = 32		
Oral healthcare behavior		
Brush teeth at least 2 times a day (morning and before bed)		
Yes	51	100.0
No	0	0.0
Take time each time for brush teeth		
Not more than 1 minute	4	7.8
more than 1 minute -2 minutes	16	31.4
more than 2 minutes	31	60.8
method of tooth brushing		
Rubbing and rubbing	15	29.4
Brush up brush down	30	58.8
Modified bass technique	6	11.8
Teeth cleaning equipment		
Use	15	29.4
Do not use	36	70.6
Receiving oral healthcare		
No	43	84.3
Oral health check	0	0.0
Extraction/Filling/Scaling	8	15.7

ข้อมูลจากตารางที่ 3 พบว่า สภาวะปริทันต์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากรด้วยการขูดหินปูนเกลารากฟันละขัดฟันร่วมกับให้ทันตสุขศึกษาและสอนฝึกการแปรงฟันใช้ไหมขัดฟันถูกวิธี ไม่พบสภาวะปริทันต์ปกติโดยทันตบุคลากรวินิจฉัย sextants ที่เป็นเหงือกอักเสบ (PSR = 1-2) ร้อยละ 27.1 และปริทันต์อักเสบ (PSR = 3-4) ร้อยละ 72.9 หลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากรวินิจฉัย sextants ที่เป็นเหงือกอักเสบ ร้อยละ 72.2 และปริทันต์อักเสบ ร้อยละ 27.8

เมื่อดูดีกรีปริทันต์อักเสบสูงสุดในช่องปากพบว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้ป่วยที่มีค่า PSR สูงสุดเป็น 3-4 ซึ่งถือว่าเป็นโรคปริทันต์อักเสบ มี 51 คน คิดเป็นร้อยละ 100 PSR = 3 มี 39 คน คิดเป็นร้อยละ 76.5 PSR = 4 มี 12 คน คิดเป็นร้อยละ 23.5 ผู้ป่วยที่มีค่า PSR สูงสุดเป็น 1-2 ซึ่งถือว่าเป็นโรคเหงือกอักเสบอักเสบ มี 0 คน คิดเป็นร้อยละ 0.0 หลังเข้ารับโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้ป่วยที่มีค่า PSR สูงสุดเป็น 3 - 4 ซึ่งถือว่าเป็นโรคปริทันต์อักเสบ มี 33 คน คิดเป็นร้อยละ 64.7 PSR = 3 มี 29 คน คิดเป็นร้อยละ 56.9 PSR = 4 มี 4 คน คิดเป็นร้อยละ 7.8 ผู้ป่วยที่มีค่า PSR สูงสุดเป็น 1-2 ซึ่งถือว่าเป็นโรคเหงือกอักเสบอักเสบ มี 18 คน คิดเป็นร้อยละ 35.3 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีสภาวะปริทันต์อักเสบลดลงภายหลังเข้ารับโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และมีสภาวะปริทันต์อักเสบระดับรุนแรง (PSR = 4) ลดลง

ตารางที่ 3 ข้อมูลการประเมินสภาวะปริทันต์ (PSR) ก่อน และหลังได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากร

Table 3 Periodontal assessment (PSR) before and after oral health care by dental personnel

Periodontal assessment	**Before**		**After**	
	Number (n=306 sextants)	percentage	Number (n=306 sextants)	percentage
Normal (PSR=0)	3	1.0	39	12.7
Gingivitis (PSR=1-2)	80	26.1	182	59.5
Periodontitis (PSR=3)	191	62.4	82	26.8
Periodontitis (PSR=4)	32	10.5	3	1.0
Highest Degree in Oral	**Before**		**After**	
	Number (n=51)	percentage	Number (n=51)	percentage
Normal (PSR=0)	0	0	0	0
Gingivitis (PSR=1-2)	0	0	18	35.3
Periodontitis (PSR=3)	39	76.5	29	56.9
Periodontitis (PSR=4)	12	23.5	4	7.8

การประเมินสภาวะปริทันต์ (Periodontal Screening & Recording or PSR) หมายถึง การตรวจโดยใช้ periodontal probe (แบบ WHO) หยั่งในร่องเหงือกโดยใช้แรงไม่เกิน 20 กรัม (ทดสอบโดยกดบนเล็บหัวแม่มือเบาๆ เพียงให้เล็บเริ่มซีดขาว และไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเจ็บ) วาง probe ให้ขนานกับ long axis ของฟัน เริ่มจากด้าน distal แล้วเดิน probe (walking probe) ไปทาง mesial ทั้งด้าน buccal และ lingual การตรวจร่องลึกปริทันต์ทำโดยทันตแพทย์ผู้วิจัยเพียงคนเดียว บันทึกคะแนนสูงสุดในแต่ละ sextant โดยการประเมินสภาวะปริทันต์วินิจฉัยได้ดังนี้

<u>Code สำหรับการวินิจฉัยโรค</u>

PSR = 0 ปกติ PSR = 1 เหงือกอักเสบ

PSR = 2 เหงือกอักเสบ PSR = 3 (pocket 3.5 – 5.5 mm.)

PSR = 4 (pocket > 5.5 mm.)

Code = *ฟันโยก, furcation involvement ปริทันต์อักเสบ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลคะแนนทดสอบความรู้การดูแลสุขภาพช่องปาก เมื่อเปรียบเทียบคะแนนทดสอบความรู้ก่อน และหลังได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากร พบว่า ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาก่อน และหลังได้รับการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยทันตบุคลากรมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) รายละเอียดดังตารางที่ 4 – 5

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามทดสอบความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากได้ถูกต้องก่อน และหลังได้รับการดูแลสุขภาพโดยทันตบุคลากร

Table 4 Comparison of numbers and percentages of participants who answered oral health care knowledge questions correctly before and after the oral health care program

Question	Before		After	
	Number	percentage	Number	percentage
1.Diabetes is a contributing factor to gum disease and periodontitis.	48	94.1	49	96.1
2. Elevated blood sugar levels increase the severity of gum disease and periodontitis.	48	94.1	49	96.1
3. The type of food consumed has no effect on gum and dental health.	21	41.1	42	82.3
4.The presence of dental calculus (tartar) causes gum disease and periodontitis.	43	84.3	46	90.2
5. Regular scaling of dental calculus will make the teeth loosen more.	47	92.1	46	90.2
6. If gums bleed in any area, tooth brushing should be avoided in that area.	17	33.3	48	94.1
7. Chewing betel nut helps strengthen the gums and teeth.	34	66.6	45	88.2
8. Our teeth have an expiration date; as we age, teeth will inevitably loosen and fall out.	41	80.4	45	88.2
9. Tooth extraction causes trauma and is harmful to the nerves and the brain.	22	43.1	47	92.1
10. To brush teeth properly, the toothbrush should be scrubbed back and forth vigorously.	37	72.5	47	92.1
11. A good toothbrush must have hard bristles.	50	98.1	47	92.1
12. Brushing teeth thoroughly requires more than 2 minutes.	47	92.2	47	92.1
13. Using dental floss causes injury to the gums, leading to bleeding.	31	60.8	47	92.1

Question	Before		After	
	Number	percentage	Number	percentage
14. The use of interdental cleaning devices for wide spaces between teeth.	26	50.9	47	92.1
15. Denture wearers must remove and clean their dentures, then soak them in water before bedtime; dentures must not be worn while sleeping.	45	88.2	47	92.1

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนทดสอบความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากก่อน และหลังได้รับการดูแลสุขภาพโดยทันตบุคลากร

Table 5 Comparison of oral health care knowledge scores before and after oral health care program

Score	Minimum	Maximum	$\bar{x}$	S.D.	t	*p*-value
Before	7	15	11.14	1.93	9.79	<0.001
After	6	15	14.53	1.33		
Diabetic literature						
Before	1	2	1.96	0.19	1.43	0.159
After	2	2	2.00	0.00		
Oral care literature						
Before	4	13	9.00	2.04	12.64	<0.001
After	10	13	12.63	0.72		

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและในผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นโรคปริทันต์อักเสบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรวรรณ อัศวกุล และการศึกษาของ Simpson TC, et al. พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวานและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีมีความเสี่ยงต่อโรคปริทันต์อักเสบ ซึ่งส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทำให้ควบคุมได้ยากขึ้น จำเป็นต้องได้รับการรักษาจากทันตแพทย์[7,15] สอดคล้องกับการศึกษาของ Stöhr J, et al. พบว่า ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเสี่ยงเป็นปริทันต์มากขึ้น และมีความเสี่ยงต่อปริทันต์อักเสบรุนแรง ควบคุมน้ำตาลได้ยากขึ้น[17] และยังพบความสอดคล้องจากการศึกษาของ Sanz M, et al. พบว่า การควบคุมเบาหวานและการดูแลช่องปากมีความสัมพันธ์กัน[18] อย่างไรก็ตาม ควรพิจารณาถึงปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ เช่น ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน และปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง

ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดซอกฟัน (ไหมขัดฟัน/แปรงซอกฟัน) มีเพียงการแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน ใช้เวลาแปรงฟันมากกว่า 2 นาที และมีเทคนิคการแปรงฟันแบบขึ้น – ลง ซึ่งสอดคล้องกับจิราพร ขีดดี พบว่า ร้อยละ 70.6 ของกลุ่มตัวอย่างไม่ใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดซอกฟัน แตกต่างจากผลสำรวจแห่งชาติที่พบว่าร้อยละ 70.7 ใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดฟัน[4] สอดคล้องกับการศึกษาของกฤตยา สายรัตน์ และนิรมล ภูสุวรรณ พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลช่องปาก ส่งผลต่อสุขภาพ

ช่องปาก โดยผู้ป่วยเบาหวานต้องมี พฤติกรรมดูแลช่องปากที่ดีเพื่อป้องกันโรคในช่องปาก[14] อาจเกิดจากความแตกต่างในการนิยามอุปกรณ์ทำความสะอาดซอกฟัน ซึ่งในงานวิจัยนี้หมายถึงไหมขัดฟันหรือแปรงซอกฟันเท่านั้น ขณะที่ผลสำรวจระดับชาตินั้นอุปกรณ์ทำความสะอาดฟันรวมถึงไม้จิ้มฟันและน้ำยาบ้วนปากด้วย การตีความผลลัพธ์จึงต้องคำนึงถึงเกณฑ์การวัดที่แตกต่างกัน

ผลการดูแลสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากรพบว่าก่อนรับบริการ ส่วนใหญ่มีภาวะปริทันต์อักเสบ และหลังได้รับการดูแลพบว่าอัตราการเกิดโรคปริทันต์อักเสบลดลง แต่มีภาวะเหงือกอักเสบเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุภาพร อัศวบวรชัย และคณะ ที่ระบุว่าการควบคุมโรคเบาหวานและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับภาวะปริทันต์อักเสบระดับรุนแรง[13] อย่างไรก็ตาม ควรมีการวิเคราะห์เพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการรักษาที่ใช้ และระยะเวลาการติดตามผลเพื่อยืนยันประสิทธิภาพของการดูแลช่องปาก

ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก พบว่าหลังได้รับการดูแลจากทันตบุคลากร ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนฤมล จันทร์สุข และคณะ[5] ที่ระบุว่าโปรแกรมทันตสุขภาพช่วยเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และสอดคล้องกับการศึกษาของปวีณา สนพะเนา และคณะ พบว่า ปัญหาสุขภาพช่องปากมีความเชื่อมโยงกับการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ดูแลช่องปาก และผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจะมีความเสี่ยงต่อสุขภาพช่องปากในหลายมิติ[16] จึงควรพิจารณาว่าองค์ประกอบของโปรแกรมสุขภาพช่องปากที่ใช้มีประสิทธิภาพเพียงพอหรือไม่ และควรมีการศึกษาในระยะยาวเพื่อประเมินผลลัพธ์ของการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในระยะยาว

นอกจากนี้ แม้ว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่มีผลต่อสุขภาพช่องปากจะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญก่อนและหลังการให้บริการทันตสุขภาพ แต่ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก กลับมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในเรื่องประเภทอาหารที่มีผลต่อสุขภาพช่องปาก การงดเว้นแปรงฟันบริเวณที่มีเลือดออกที่เหงือก และการใช้ไหมขัดฟัน ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของการให้ความรู้ในบางประเด็น ขณะที่บางเรื่องอาจต้องพัฒนาแนวทางการให้ความรู้เพิ่มเติมเพื่อเพิ่มความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับผลกระทบของโรคเบาหวานต่อสุขภาพช่องปาก

งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการดูแลสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากรมีผลต่อพฤติกรรมและภาวะสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุ ควรมีการศึกษาปัจจัยเพิ่มเติมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เช่น สถานะทางเศรษฐกิจ ความสามารถในการเข้าถึงบริการทันตกรรม และระดับความตระหนักรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย เพื่อพัฒนามาตรการดูแลสุขภาพช่องปากที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อให้ได้ข้อมูลมาวิเคราะห์ในการจัดบริการทางทันตกรรมให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2. ควรดำเนินการศึกษาปัญหา หรือปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคปริทันต์อักเสบในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อสรุปสาเหตุของปัญหา หรือปัจจัย มาใช้วางแผนเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยโรคเบาหวานได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. ทันตบุคลากรควรปรับรูปแบบในการให้สุขศึกษาโดยเน้นการสร้างการรับรู้ต่อปัญหาทันตสุขภาพโดยให้ผู้ป่วยดูสภาวะช่องปากตนเองไปพร้อมกับที่ทันตบุคลากรตรวจสุขภาพช่องปาก พร้อมอธิบายถึงประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก การเลือกรับประทานอาหาร สอนและฝึกการแปรงฟันและใช้ไหมขัดฟันถูกวิธี สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้จริงเพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น

2. กลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่ได้ไปพบทันตแพทย์เพื่อรับบริการทันตกรรม ร้อยละ 84.3 จึงควรจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในชุมชนเพิ่มขึ้น เพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

จะช่วยลดปัญหาการเกิดโรคปริทันต์อักเสบในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

3. ควรมีการนัดหมายตรวจเพื่อติดตามประเมินสภาวะช่องปาก รวมถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภายหลังจากการนัดติดตามครั้งแรกออกไปเป็นเวลา 3 เดือน เพื่อเป็นการช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้มีการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง และมาตรวจสุภาพช่องปากกับทันตบุคลากรอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรมีการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ และทันตบุคลากรที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ โดยเน้นรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่มีภาวะเบาหวานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคุณภาพ และประสิทธิภาพ

2. การดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยโรคเบาหวานควรเน้นการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดโรคปริทันต์อักเสบระดับรุนแรงอันจะนำมาซึ่งการสูญเสียฟันของผู้ป่วยเบาหวาน และจะส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

สรุป

การดำเนินโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะปริทันต์อักเสบ โดยทันตบุคลากรในโรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน พบว่ามีผลทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นและมีภาวะปริทันต์อักเสบลดลง ซึ่งสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก เช่น สถานะทางเศรษฐกิจ การเข้าถึงบริการทันตกรรม และความตระหนักรู้ของผู้ป่วยเพื่อพัฒนามาตรการดูแลสุขภาพช่องปากที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งการส่งเสริมการให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยควรจัดโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยเบาหวานให้ครอบคลุมทุกรายและมีการนัดติดตามเป็นประจำทุกปีในช่วงตรวจสุขภาพประจำปีของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองมีสุขภาพช่องปากที่ดี และมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Albert DA, Ward A, Allweiss P, Graves DT, Knowler WC, Kunzel C, et al. Diabetes and oral disease: implications for health professionals. Ann N Y Acad Sci. 2012;1255:1-15.
2. Lamster IB, Lalla E, Borgnakke WS, Taylor GW. The relationship between oral health and diabetes mellitus. J Am Dent Assoc. 2008;139:19-24.
3. Molina CA, Ojeda LF, Jiménez MS, Portillo CM, Olmedo IS, Hernández TM, et al. Diabetes and periodontal diseases: an established two-way relationship. J Diabetes Mellitus [Internet]. 2016 [cited 2020 Jan 31];6:209-29. Available from: http://www.scirp.org/journal/jdm
4. Kiddee J. The 8th National Oral Health Survey, Thailand, 2017. Nonthaburi: Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public Health; 2018. p. 98-102.
5. Chansuk N. Effects of oral health care model among elderly patients with type 2 diabetes mellitus. Udonthani Hosp Med J. 2019;27:30-9.
6. Mahidol University. National Physical Activity Survey 2012–2015. Bangkok: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2015.
7. Asavakul W. Oral health promotion and diabetes prevention among the elderly. Srinagarind Med J. 2020;35(3):362-70.
8. Aekplakorn V. The 6th Thai National Health Examination Survey 2019–2020. Bangkok: Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2021. p. 6-10.
9. Health Information Center. Standard screening report [Internet]. Lamphun: Lamphun Provincial Public Health Office; 2022 [cited 2023 Nov 15]. Available from: https://lpn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat

10. Diabetes Association of Thailand under the Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn, Endocrine Society of Thailand, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, National Health Security Office. Clinical practice guideline for diabetes, 2017. 3rd ed. Pathum Thani: Romyen Media Co., Ltd.; 2017. p. 21-33.
11. National Health Examination Survey Office (NHESO). The 5th Thai National Health Examination Survey 2014. Bangkok: NHESO; 2017.
12. Bureau of Health. Dental practice guideline: clinical practice guideline for dental clinics. 1st ed. Bangkok: Thanaporn Panich Co., Ltd.; 2011. p. 8-10.
13. Asavavorachai S, et al. Factors associated with severe periodontitis among type 2 diabetes mellitus patients in Sa Kaeo Province. The 4th Hatyai Academic Conference; 2013 May 10; Hatyai University; 2013.
14. Sairat K, Phoosuwan N. Factors associated with oral health care behavior of people with type 2 diabetes mellitus: a hospital-based, cross-sectional study. PLOS ONE. 2024;19(5):e0303530.
15. Simpson TC, Weldon JC, Worthington HV, Needleman I, Wild SH, Moles DR, et al. Treatment of periodontitis for glycaemic control in people with diabetes mellitus and periodontitis. Cochrane Database Syst Rev. 2022;4:CD004714.
16. Sonpanao P, Janebodin K, Namvichaisirikul N, Thongjit S, Jitprasertwong P. The prevalence of xerostomia in older Thai individuals with type II diabetes mellitus and its association with type of toothpaste and oral functions: a cross-sectional study using questionnaires. Geriatrics. 2023;8(4):76.
17. Stöhr J, Barbaresko J, Neuenschwander M, Schlesinger S. Bidirectional association between periodontal disease and diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. Sci Rep. 2021;11:13686.
18. Sanz M, Ceriello A, Buysschaert M, Chapple I, Demmer RT, Graziani F, et al. Baseline HbA1c level influences the effect of periodontal therapy on glycemic control. Diabetes Ther. 2021;12:1249-78.
19. Aekplakorn V. The 6th Thai National Health Examination Survey 2019–2020. 1st ed. Bangkok: Akas Graphic and Design Publishing; 2021. p. 6-10.

กรมอนามัย
Department of Health

มกราคม – ธันวาคม 2568

วิทยาสารทันตสาธารณสุข

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



นิพนธ์ต้นฉบับ

การประเมินผลโครงการฟันเทียม รากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 72 พรรษา 28 กรกฎาคม 2567 ในเขตสุขภาพที่ 10 พ.ศ. 2567

กานต์สิริ โตโพธิ์ไทย สิริรัตน์ วีระเดช สิริพินท์ ศิริโสภาพงษ์ เจนวิทย์ ศรพรหม*

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

คำสำคัญ

ฟันเทียมรองรับรากฟันเทียม
คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก
รากฟันเทียม
ประเมินผล

วันที่รับบทความ

13 เมษายน 2568

วันที่แก้ไขบทความ

18 สิงหาคม 2568

วันที่ตอบรับบทความ

26 สิงหาคม 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการฟันเทียมรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติฯ ในเขตสุขภาพที่ 10 (ตุลาคม 2565 - กันยายน 2567) โดยใช้ CIPP model เพื่อประเมินการขับเคลื่อนโครงการ ผลการดำเนินงานและคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการในเขต 10 ครอบคลุมจังหวัด อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และมุกดาหาร วิธีการคือทบทวนเอกสาร เก็บข้อมูลระหว่าง ระหว่าง มกราคม - มีนาคม 2567 ในกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม คือ ผู้บริหารจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 5 คน ผู้ปฏิบัติเป็นทันตแพทย์หัวหน้ากลุ่ม และทันตแพทย์ที่รับผิดชอบโครงการจำนวน 23 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ผู้รับบริการเป็นผู้สูงอายุที่รับบริการใส่ฟันเทียมรองรับรากฟันเทียมในโครงการ ที่ได้รับบริการอย่างน้อย 6 เดือนและยินดีให้ข้อมูล จำนวน 56 คน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) และข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ที่นัยสำคัญ 0.05 ด้านบริบท (Context) มีการจัดสรรหน้าที่และกระจายเป้าหมายในหน่วยบริการรากฟันเทียม จำนวน 23 แห่ง ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) มีการรับนโยบายทุกจังหวัด (ร้อยละ 100.0) มีการพัฒนาบุคลากรเพื่อฝังรากฟันเทียม สิทธิการรักษาฟันเทียมทำได้ทุกสิทธิ รากฟันเทียมตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุนนวัตกรรมรากฟันเทียมที่ใช้วัสดุไทเทเนียมเกรด 4 ด้านกระบวนการ (Process) ฟันเทียมมีการตั้งรับผู้รับบริการโดยคัดกรองตามเกณฑ์ งานรากฟันเทียมค้นหาเชิงรุกนอกพื้นที่เพื่อให้ความรู้และตรวจคัดกรอง ด้านผลผลิต (Output) ในไตรมาสที่ 4 (30 กันยายน 2567) มีการฝังรากฟันเทียมและฟันเทียม ร้อยละ 100 ตามเป้าหมาย พบปัจจัยความสำเร็จเกิดจากการวางแผน การมีส่วนร่วม และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี และผลการประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากผู้รับบริการดีขึ้นทั้ง 7 ด้าน ได้แก่ 1) รับประทานอาหาร 2) พูด 3) ทำความสะอาดช่องปาก 4) รักษาอารมณ์ 5) ยิ้ม หัวเราะโดยไม่อาย 6) พบปะผู้คน 7) การทำงาน และกิจวัตรประจำวัน (p-value < 0.05) โดยความพึงพอใจภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด สรุปได้ว่าผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตในมิติช่องปากดีขึ้น จากการดำเนินงานเชิงรุกและรับที่มีประสิทธิภาพ จึงเสนอให้มีการขยายสิทธิรากฟันเทียมให้ใช้ได้ทุกสิทธิเพื่อความครอบคลุม

ผู้ประพันธ์บรรณกิจ

กานต์สิริ โตโพธิ์ไทย อีเมล: kansiri.top@gmail.com doi: 10.14456/thdentphj.2025.4

January – December 2025

Thai Dental Public Health Journal

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



Original Article

Evaluation of the Dentures and Dental Implants Project in Honor of His Majesty the King on the Auspicious Occasion of His 72nd Birthday Anniversary, July 28, 2024, in Health Region 10, 2024

*Kansiri Topothai**, *Sirirat Weeradet, Siripin Sirisophaphong, Jenwit Sornpom*
Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchatani

KEYWORDS

Implant-retained Overdentures

Oral Health-Related Quality of Life

Dental implant Evaluation study

Received date
13 April 2025
Revised date
18 August 2025
Accepted date
26 April 2025

ABSTRACT

This research is cross-sectional study aimed to evaluate the dentures and dental implants in the 10th Public Health Region, (October 2022–September 2024) utilizing the CIPP model to assess program implementation, operational performance, and the quality of life among service recipients. The study covered the provinces of Ubon Ratchathani, Si Sa Ket, Yasothon, Amnat Charoen, and Mukdahan. Data collection was conducted from January to March 2024 through document review and fieldwork involving three groups: 1) 5 provincial public health office executives, 2) 28 project dentists, consisting of chief dental officers and program coordinators, both of which were purposively selected for evaluation. 3) 56 project recipients who had received Implant-retained overdentures for at least six months and consented to participate. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using statistical methods to compare mean scores of oral health-related quality of life with the Wilcoxon signed-rank test at a p-value of 0.05. In terms of context, there are 23 dental implant service units, which the responsibilities were being fairly distributed across the covered area. In terms of input, there was a 100% adherence to every provincial placement implementation. For instance, support for developing dental personnel's skills in implant placement, dentures accessibility all healthcare schemes. Dental implant funding from the National Health Security Fund based on patient numbers. Material resources include support for innovative grade IV titanium dental implants. For process, denture patients were primarily treated at hospitals while proactively screened and provided with education outside service area. Output data, by the fourth quarter (September 30, 2024), both dental implant placements and denture services had reached 100% completion. Success factors included effective planning, supportive systems, and technological utilization. Quality of life improvements were significant in seven aspects: eating, speaking, oral hygiene, emotional stability, smiling, working, and social interactions (p-value < 0.05). Overall, project recipients reported high satisfaction. The study showed improvement in quality of life, and satisfaction in patients through effective proactive interventions. Expanding dental implant coverage is highly recommended.

Corresponding author
Kansiri Topothai E-mail address: kansiri.top@gmail.com doi: 10.14456/thdentphj.2025.4

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ทำให้พบปัญหาสุขภาพและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น รวมถึงปัญหาสุขภาพช่องปาก ประชาชนที่มารับบริการทางทันตกรรมมักเกิดสภาวะสูญเสียฟันโดยมีผลกระทบโดยตรงต่อความสามารถในการบดเคี้ยว สูญเสียความมั่นใจ การออกเสียง และส่งผลต่อเนื่องไปยังสภาวะโภชนาการจากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9[1] พบว่าร้อยละของผู้ไม่มีฟันทั้งปากในกลุ่มอายุ 60-74 ปี และ 80-85 ปี มีร้อยละ 6.2 และ 23.1 ตามลำดับ ฟันเทียมชนิดถอดได้ ได้รับการบรรจุในทุกสิทธิ์ของประชาชน จากข้อมูลฟันเทียมพระราชทาน[2] พบว่ามีผู้ที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียมทั้งปากและใส่ฟันเทียมตั้งแต่ 16 ซี่ขึ้นไปตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562-2566 ในระดับเขตสุขภาพที่ 10 (อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และ มุกดาหาร) จำนวน 11,641 คนระหว่างปี 2567-2568 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการฟันเทียม รากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติฯ เนื่องจากพบว่าร้อยละ 10.0 ของผู้ใส่ฟันเทียมทั้งปาก มีสภาพสันเหงือกยุบตัวจากความเสื่อมของอวัยวะ ทำให้ฟันเทียมหลวม หลุดเวลาเคี้ยว หรือไม่สามารถใช้บดเคี้ยวได้ จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดฝังรากฟันเทียม จึงมีโครงการฟันเทียม รากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาส มหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 72 พรรษา 28 กรกฎาคม 2567 ดำเนินการจัดบริการตามนโยบายให้ประชาชนเข้าถึงบริการรากฟันเทียม โดยการฝังรากฟันเทียมเพื่อให้ฟันเทียมที่แน่นขึ้นและมีประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[3] เขตสุขภาพที่ 10 ได้รับเป้าหมายในการดำเนินงานคือ รากฟันเทียม 243 ราย และฟันเทียม 2,825 ราย ทั้งนี้ในเขตสุขภาพที่ 10 ยังไม่มีการติดตามและประเมินการขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ อีกทั้งการศึกษาครั้งนี้มีความคาดหวังที่จะประเมินผลลัพธ์การเข้าถึงบริการรากฟันเทียมและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากภายหลังโครงการ และใช้ผลการศึกษาประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายทันตสาธารณสุขต่อไป

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินโครงการฟันเทียม รากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเนื่องในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 72 พรรษา 28 กรกฎาคม 2567 เขตสุขภาพที่ 10 เพื่อหาแนวทางการขับเคลื่อนดำเนินงานของแต่ละจังหวัด นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาต่อยอดและขยายผลให้พื้นที่นำไปพัฒนางานให้พื้นที่ปรับใช้ และเพิ่มเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุที่มีปัญหาการสูญเสียฟัน ให้มีฟันเทียมรองรับรากฟันเทียมที่ใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีสุขภาพกาย ใจแข็งแรง และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Descriptive cross-sectional Study) เป็นการประเมินผลโดยใช้กรอบการศึกษา CIPP Model การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการแบบผสมประกอบด้วยข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคมถึงมีนาคม พ.ศ. 2567 ทั้งนี้จำนวนผู้ใส่ฟันเทียมและรากฟันเทียมใช้ข้อมูลจากระบบข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขของเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ซึ่งอยู่ในช่วงระยะเวลาดำเนินโครงการ ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้มาจากการทบทวนเอกสารโครงการ และรายงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้ประเมินในส่วนของบริบทและปัจจัยเบื้องต้น รวมทั้งข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลกลาง ได้แก่ Health Data Center (HDC) และระบบข้อมูลการเบิกจ่ายและการเข้าถึงบริการรากฟันเทียมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้มาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการ เช่น เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ โดยมุ่งเน้นข้อมูลด้านการขับเคลื่อนและบริหารจัดการโครงการ รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องในโครงการฯ จำแนกเป็นผู้บริหารและทันตแพทย์ที่รับผิดชอบ และผู้รับบริการเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับบริการฝังรากฟันเทียมและใส่ฟันเทียม

กลุ่มตัวอย่าง ผู้รับผิดชอบโครงการฯ แบ่งเป็น ผู้บริหาร คือ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย จังหวัดละ 1 คน รวม 5 คน และทันตแพทย์ผู้รับผิดชอบโครงการฯ ได้แก่หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรมในโรงพยาบาลที่เป็นศูนย์กลาง (Center) บริการรากฟันเทียมของกลุ่มเครือข่ายย่อยในพื้นที่ (Node) รวม 10 คน ทันตแพทย์ที่รับผิดชอบโครงการรากฟันเทียม ในเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 11 คน และ

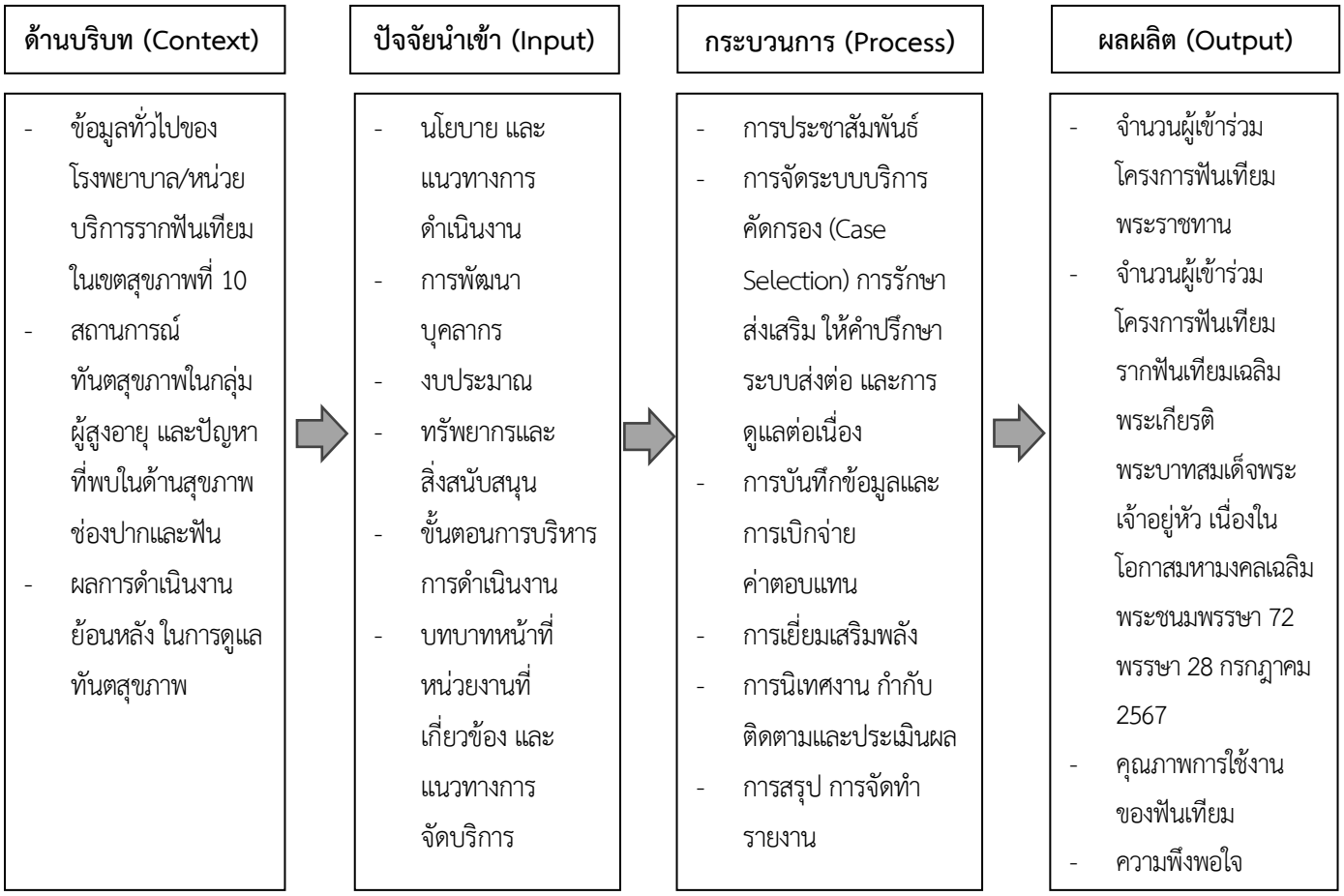
ทันตแพทย์ที่เป็นทั้งหัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรมและรับผิดชอบโครงการจำนวน 2 คน รวมทั้งหมด 28 คน โดย คัดเลือกแบบเจาะจง ดังตาราง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้รับผิดชอบโครงการฯ ทั้งผู้บริหารและทันตแพทย์ผู้รับผิดชอบโครงการฯ ต้องรับผิดชอบงานอย่างน้อย 6 เดือน เกณฑ์การแยกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการให้ข้อมูล เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างขอออกจากกลุ่มก่อนสิ้นสุดการสัมภาษณ์

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างในเขตสุขภาพที่ 10

Table 1 Population and Sample in Health Region 10

Province	Executive (Chief or Deputy Provincial Health Officer / Chief of Dental Public Health) (persons)	Chief of Dental Unit in Hospitals with Implant Centers (persons)	Dentists Responsible for the Implant Project (persons)	Chief of Dental Unit who also oversees the Implant Project (persons)	Total per Province (persons)
Ubon Ratchathani	1	4	5	-	10
Si Sa Ket	1	3	3	2	9
Yasothon	1	1	1	-	3
Amnat Charoen	1	1	1	-	3
Mukdahan	1	1	1	-	3
Total (Region)	5	10	11	2	28



กลุ่มที่ 2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้รับบริการในเขตสุขภาพที่ 10 ก่อนหลังการรับบริการโครงการ ฟันเทียม รากฟันเทียมเฉลิม พระเกียรติฯ ประชากร คือ ประชาชนที่มีการสูญเสียฟันมากกว่า 16 ซี่ขึ้นไป ได้รับการใส่ฟันเทียม และเป็นผู้รับบริการในโครงการฟันเทียม รากฟันเทียมฯ ในเขตสุขภาพที่ 10 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการเปรียบเทียบการค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มไม่เป็นอิสระต่อกัน

ประชากร คือ ประชาชนที่มีการสูญเสียฟันมากกว่า 16 ซี่ขึ้นไปและได้รับการใส่ฟันเทียมบางส่วนหรือทั้งปาก ในเขตสุขภาพที่ 10

$$n/gr = \frac{(Z_a + Z_\beta)^2\ \sigma_d^2}{(\mu_d)^2}$$

$$= \frac{(1.96\text{-}0.84)^2(10.2)^2}{(4.2)^2} = 46.24 = 47$$

Z_a = ความเชื่อมั่นที่กำหนด Z_a = 1.96

Z_β = อำนาจการทดสอบ Z_β = 0.84

σ_d^2 = ความแปรปรวน σ = 10.2

μ_d = ผลต่างค่าเฉลี่ย μ_d = 4.2

μ_d คือผลต่างค่าเฉลี่ย ได้จากการศึกษาของณฤดี ลิ้มปวงทิพย์ และคณะ[4]เพื่อป้องกันการสูญหายของขนาดตัวอย่าง จึงมีการเพิ่มขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาร้อยละ 20.0 ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งสิ้นจำนวน 56 คนโดยคัดเลือกจากการสุ่มอย่างง่าย

เกณฑ์การคัดเข้า เป็นผู้รับบริการผู้รับบริการในโครงการฟันเทียม รากฟันเทียมฯ ในเขตสุขภาพที่ 10 โดยได้รับบริการอย่างน้อย 6 เดือน ใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือฟันเทียมถอดได้มากกว่า 16 ซี่ขึ้นไป โดยได้รับบริการในหน่วยบริการภาครัฐเขตสุขภาพที่ 10 เกณฑ์การแยกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการให้ข้อมูล เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างขอออกจากกลุ่มก่อนสิ้นสุดการสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในรูปแบบการประเมินแบบซิปป์ (CIPP model) จำนวน 3 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบตรวจสอบรายการเพื่อประเมินเอกสาร เป็นแบบเลือกตอบ มี/ไม่มี ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ผู้บริหาร ด้านการบริหารจัดการและชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ทันตแพทย์ที่รับผิดชอบโครงการฯ ด้านการดำเนินการ ทั้ง 2 ชุด เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi – structured

interview) ใช้ก่อนและหลังดำเนินโครงการ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้รับบริการในเขตสุขภาพที่ 10 เปรียบเทียบก่อน-หลังใส่ฟันเทียมรองรับรากฟันเทียม มีจำนวน 2 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (Oral Impacts on Daily Performances: OIDP)[5] ใช้ก่อนและหลังดำเนินโครงการ เป็นแบบสอบถามปลายปิด 5 ระดับ แบบมีโครงสร้าง โดยนำเครื่องมือมาใช้จาก Adulyanon และ Sheiham[5] ที่มีการใช้ซ้ำ และทดสอบความถูกต้องโดย Srisilapanan และ Sheiham[6] ชุดที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจเป็นปลายปิด แบบมีโครงสร้าง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

เครื่องมือทั้งหมดที่ผู้วิจัยสร้างเองผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (IOC = 0.88) ตรวจสอบความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) และผ่านการทดสอบเบื้องต้นกับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก (Pilot test) เพื่อปรับปรุงความชัดเจนของคำถาม

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ระดับเขตสุขภาพที่ 10 เมื่อวันที่ 10 มกราคม 2567 เอกสารรับรองเลขที่ ID-09-66-02-E และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เมื่อวันที่ 14 มีนาคม 2567 เอกสารรับรองหมายเลข 006/67 S

ผู้สัมภาษณ์ประกอบด้วยทันตแพทย์ และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 4 คน ได้รับการปรับมาตรฐานจากผู้วิจัยที่ผ่านการอบรม การเก็บข้อมูลผู้สัมภาษณ์เป็นผู้อ่านแบบคำถามในแบบสอบถามและสัมภาษณ์รายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุเนื่องจากสายตามีปัญหาและการอ่านไม่คล่องแคล่ว ใช้แบบสัมภาษณ์ สัมภาษณ์ต่อหน้าโดยมีแนบเอกสารชี้แจงอาสาสมัครและเอกสารแสดงความยินยอมหลังจากได้ข้อมูลได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และนำมาประมวลผลวิเคราะห์ข้อมูล

รูปแบบการประเมิน CIPP model วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และการวิเคราะห์ผลลัพธ์เพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาคุณภาพชีวิตก่อนและหลังของผู้รับบริการที่ได้รับการใส่ฟันเทียมรากฟันเทียมในเขตสุขภาพที่ 10 ใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากต่อกิจวัตรประจำวัน ก่อนและหลัง รายงานผลด้วย ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Mean difference) และ p-value ที่ 0.05 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินระดับความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลค่าความหมาย

ผล

ผลการประเมินผลโครงการ ฟันเทียม รากฟันเทียม เฉลิมพระเกียรติฯ ในกลุ่มทันตแพทย์ผู้รับผิดชอบโครงการเขตสุขภาพที่ 10 โดยใช้รูปแบบการประเมินแบบซิปป์ (CIPP model) ดังนี้ บริบท (context) ขอบเขตของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย 5 จังหวัดได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และมุกดาหาร หนึ่งในปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ คือ การสูญเสียฟันจากสาเหตุโรคปริทันต์และฟันผุ โดยในประเทศไทย และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้สูงอายุมีสูญเสียฟันทั้งปากร้อยละ 6.2 และ 4.2 ตามลำดับ[1] ทำให้มีความจำเป็นต้องได้รับการบูรณะด้วยการทำฟันเทียม โดยปี พ.ศ. 2566 เขตสุขภาพที่ 10 มีการให้บริการผู้ที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียม (ทั้งปากและบางส่วน) จำนวน 5,272 ราย[2] ในขั้นตอนคงสภาพหรือประเมินสภาพฟันปลอมรายที่มีปัญหาเรื่องฟันเทียมหลวม ไม่กระชับ และสันเหงือกยุบตัวจำเป็นต้องใส่รากฟันเทียมเพื่อยึดฟันเทียมให้แน่น โดยเป้าหมายการให้บริการรากฟันเทียมเมื่อสิ้นสุดโครงการ คือ 243 ราย มีการจัดสรรบทบาทและหน้าที่ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีบทบาทในการขับเคลื่อนประสานและกำกับดูแลโครงการฟันเทียมรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติฯ ในจังหวัด มีการกระจายเป้าหมายการคัดกรองผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ในการทำรากฟันเทียมในโรงพยาบาลทั่วไปและชุมชน มีศูนย์อนามัยประสานงานระดับเขต สนับสนุนด้านวิชาการและติดตามประเมินผล มีศูนย์บริหารจัดการรากฟันเทียมในแต่ละจังหวัด หน่วยบริการรากฟันเทียมในเขตสุขภาพที่ 10 มีจำนวนเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2566 ที่มีหน่วยให้บริการรากฟันเทียม 5 แห่ง จังหวัดละ 1 แห่ง ต่อมา เนื่องจากในระยะ

เริ่มต้นโครงการคือบุคลากรที่สามารถฝังรากฟันเทียมมีจำกัด ต่อมาในปี 2567 มีหน่วยให้บริการรากฟันเทียมเพิ่มขึ้นเป็น 23 แห่ง ประกอบด้วยจังหวัด อุบลราชธานี 8 แห่ง ศรีสะเกษ 12 แห่ง ยโสธร 1 แห่ง อำนาจเจริญ 1 แห่ง และมุกดาหาร 1 แห่ง เนื่องจากมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและมีการสร้างกระแส ประชาสัมพันธ์งานรากฟันเทียมในเขตสุขภาพที่ 10 ทำให้โรงพยาบาลทุกแห่งและทันตบุคลากรมีการตื่นตัวในการให้บริการรากฟันเทียม

ปัจจัยนำเข้า (Input) พบการบริหารจัดการของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ ดังนี้ ด้านนโยบาย โครงการฟันเทียมพระราชทานเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมีการดำเนินงานตั้งแต่ปี 2548 จนในปี 2565 ได้ต่อยอดโครงการพระราชดำริ โดยกรมอนามัยเป็นหน่วยประสานความร่วมมือของภาคีเครือข่าย นำนโยบายไปสู่จังหวัดโดยสำนักงานสาธารณสุข ทันตแพทย์ที่รับนโยบายบางท่านมีโอกาสดูแลโครงการรากฟันเทียมตั้งแต่โครงการรัชกาลที่ 9 ต่อเนื่องมาถึงรัชกาลที่ 10 การดำเนินงานมีการขับเคลื่อนทั้ง 5 จังหวัดร้อยละ 100.0 โดยมีการขับเคลื่อนทั้งในภาพเขตและจังหวัด ได้แก่ การจัดมหกรรม kick off การพัฒนาบุคลากร การจัดประชุมวิชาการ การให้บริการและการกำกับติดตาม ด้านบุคลากร มีการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรในการฝังรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปากตามชุดสิทธิประโยชน์ทั้งในระดับประเทศ ภาพเขตและจังหวัด โดยความร่วมมือของกรมการแพทย์ กรมอนามัย และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเขตสุขภาพ 10 มีการจัดประชุมอบรมพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรเพื่อสนับสนุนการจัดบริการฟันเทียม รากฟันเทียมในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 แก่ทันตบุคลากร จำนวน 156 คน รวมถึงมีการศึกษาดูงานในผู้ป่วยที่มาฝังรากฟันเทียมและฝึกปฏิบัติโดยมีทันตแพทย์ที่มีประสบการณ์ให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด ด้านงบดำเนินการโครงการ 4,177,900 บาท โครงการนี้ใช้บุคลากรจากหลายหน่วยงานทั่วประเทศ ทั้งในระดับนโยบาย (คณะกรรมการ คณะทำงาน) และระดับปฏิบัติการ (ทันตแพทย์ ผู้ช่วยทันตแพทย์ หน่วยบริการในแต่ละจังหวัด) ฟันเทียมสามารถทำได้ทุกสิทธิการรักษา (สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/ข้าราชการ/ประกันสังคม) ในขณะที่รากฟันเทียม ได้รับงบประมาณจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือค่าผ่าตัดใส่รากฟันเทียม จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 17,500 บาทต่อราย ในขั้นตอนคงสภาพปีแรกจ่ายในอัตรา 700 บาทต่อครั้ง ค่าติดตามการรักษาปีที่ 2 - 5 จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,800 บาทต่อปี ผ่านการจัดการระบบการเบิกจ่ายการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ (e-claim) ส่วนค่าใช้จ่ายส่วนอื่น โรงพยาบาลให้การสนับสนุน ด้านการสนับสนุนทรัพยากร สนับสนุนนวัตกรรมรากฟันเทียม โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผู้ดำเนินการจัดซื้อรากฟันเทียม จากบริษัทร้อยละ 90.0 จะกระจายไปยังจังหวัดโดยมีศูนย์กระจายรากฟันเทียมประจำพื้นที่นั้น ๆ เป็นผู้กระจายและอีกร้อยละ 10.0 อยู่ที่ส่วนกลาง (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย) เป็นผู้บริหารจัดการ

กระบวนการ (Process) พบว่า เขตสุขภาพที่ 10 ดำเนินการสอดคล้องตามที่ส่วนกลางกำหนด โดยศูนย์อนามัยสนับสนุนสร้างกระแสระดับเขต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรับนโยบาย ชี้แจง และแบ่งเป้าหมายการดำเนินงานตามจำนวนทันตแพทย์ในแต่ละหน่วยบริการในส่วนโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 10 ได้มีการดำเนินงานเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ฟันเทียมใช้การตั้งรับคนไข้ฟันเทียมที่มารักษาที่โรงพยาบาล 2) ส่วนรากฟันเทียมใช้การค้นหาเชิงรุก ได้มอบเป้าหมายให้หน่วยบริการรากฟันเทียม (โรงพยาบาลแม่ข่าย) ที่มีศักยภาพฝังรากฟันเทียมแก่ผู้ป่วย โดยโรงพยาบาลอื่น (โรงพยาบาลลูกข่าย) ให้การช่วยเหลือในการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วย มีการประชาสัมพันธ์ ประสานงานระหว่างหน่วยงานและกำกับติดตามปัญหาอุปสรรค ในการคัดกรองหาคนไข้ที่สามารถฝังรากฟันเทียมหลังจากทำฟันเทียม คนไข้ที่ตรงกับหลักเกณฑ์เหมาะสมกับการฝังรากฟันเทียมมีจำนวนน้อย เนื่องจากปัญหาด้านการเดินทางและคนไข้มีความพึงพอใจกับฟันเทียมของตนเอง ไม่ต้องการผ่าตัดรากฟันเทียมให้แน่นเพิ่มขึ้น คนไข้บางคนมีความกลัวและกังวล เนื่องจากเป็นการผ่าตัดแล้วกลัวเจ็บ โดยพื้นที่ใช้ขับเคลื่อนแก้ปัญหา ได้แก่ การหาผู้ป่วยเชิงรุก เช่น คัดกรองจากเรือนจำและ รพ.สต. ให้ทันตแพทย์จากหน่วยบริการรากฟันเทียมนำอุปกรณ์ออกไปให้บริการในพื้นที่ดูแลรับส่งผู้ป่วยด้วยรถของโรงพยาบาล เพิ่มหน่วยบริการรากฟันเทียม ใช้ทันตกรรมทางไกลติดตามผลเพื่อลดขั้นตอน

การเดินทางของคนไข้ ซึ่งแต่ละจังหวัดมีจุดเด่นและการบริหารจัดการแตกต่างกันไปดังนี้

ตารางที่ 2 จุดเด่นเชิงกระบวนการของแต่ละจังหวัด

Table 2 Key Process Strengths by Province

Province	Management Characteristics	Key Process Strengths
Ubon Ratchatani	Large province with a regional hospital	- Presence of specialized dentists - Use of teledentistry for case consultations - Strong collaboration with other hospitals
Mukdahan	Large province with a network of general and provincial hospitals	- Strong inter-agency collaboration at the provincial level - Multi-role personnel involvement - Service delivery e10tended to multiple areas
Si Sa Ket	Small province	- Streamlined and efficient management - Clear and centralized service centers - Effective integration of proactive screening and referral systems - Reduced travel burden and improved service accessibility
Yasothon	Small province	- Management structure similar to Si Sa Ket - Clear central service point - Integrated services help reduce patient burden
Amnat Charoen	Small province	- Flexible and agile management - Appropriate use of area-based integrated approaches - Emphasis on treatment outcomes and service accessibility for the public

จังหวัดขนาดใหญ่ (อุบลราชธานี มุกดาหาร) ใช้ความร่วมมือแบบเครือข่ายระหว่างหลายโรงพยาบาลและมีการใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย จังหวัดขนาดเล็ก (ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ) เน้นการบริหารจัดการภายในพื้นที่อย่างกระชับ มีศูนย์กลางบริการชัดเจน และใช้การบูรณาการในชุมชนเพื่อลดภาระการเดินทางของผู้ป่วย

ผลผลิต (Output) จากการวิจัยนี้ ข้อมูลทั่วไปของผู้รับผิดชอบหรือมีส่วนเกี่ยวข้องในโครงการฟันเทียมรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติฯ ได้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 คน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นทันตแพทย์ที่รับผิดชอบโครงการ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 46.4 เพศหญิงร้อยละ 53.6 และเพศชาย ร้อยละ 46.4 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 64.3 โสด ร้อยละ 35.7 ระดับการศึกษา จบการศึกษาปริญญาตรี และผ่านจากฝึกอบรม 1 ปี ร้อยละ 39.3 จบปริญญาตรี ร้อยละ 21.4 ปริญญาเอก/วุฒิบัตร/อนุมัติบัตร ร้อยละ 25 และปริญญาโท

ร้อยละ 14.3 ระยะเวลาที่ทำงานในกลุ่มงานทันตสาธารณสุข เฉลี่ย 12.16 ปี

จากระบบข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข Health Data Center (HDC) และข้อมูลการเบิกจ่ายและเข้าถึงบริการรากฟันเทียม ในไตรมาสที่ 4 หลังจากโครงการสิ้นสุด มีการฝังรากฟันเทียมถึงยอด 435 รายจากเป้าหมาย 243 ราย ฟันเทียม 2,948 ราย จากเป้าหมาย 2,825 ราย (เกินเป้าหมายที่ตั้งไว้) ข้อมูล วันที่ 30 กันยายน 2567[8]

ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินโครงการมี ดังนี้ 1) มีการวางแผนก่อนจะมีการประกาศนโยบาย มีการผลักดันและขับเคลื่อนโครงการ มีการรับฟังข้อเสนอแนะ (feedback) เป็นระยะ เพื่อพัฒนาการทำงานให้ไร้รอยต่อ 2) มีส่วนร่วม แต่ละหน่วยงานมีบทบาทหน้าที่ ทำงานร่วมกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เช่น การส่งต่อผู้ป่วย การพัฒนาศักยภาพโดยเรียนรู้ทางทันตแพทย์ที่มีประสบการณ์มากกว่า 3) มีใช้เทคโนโลยีในการบริหารจัดการ เช่น การใช้ทันตกรรมทางไกล (teledentistry) เพื่อลดขั้นตอนการทำงาน การคัดกรองผู้ป่วยทางไกล หรือการติดตามการรักษา โดยมีการยกระดับการใช้ระบบทันตกรรมทางไกลให้เสถียรมากขึ้น 4) มีการติดตามประเมินผลในระดับ เขต จังหวัดและอำเภอต่อเนื่อง

จากผลการประเมินพบว่าการเข้าถึงบริการรากฟันเทียมในแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับจำนวนบุคลากรที่สามารถฝังรากฟันเทียมได้ ความพร้อมของหน่วยบริการ และการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับโครงการ ซึ่งถือเป็นสถานการณ์ที่สะท้อนถึงช่องว่างในการเข้าถึงบริการทันตกรรมเฉพาะทาง โดยเฉพาะในจังหวัดขนาดเล็กหรือพื้นที่ห่างไกลที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร โอกาสในการปรับปรุงโครงการ ได้แก่ 1) การพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทุกจังหวัดมีทันตแพทย์ที่สามารถให้บริการฝังรากฟันเทียมได้อย่างเพียงพอ 2) การเพิ่มความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชน โดยจัดกิจกรรมสื่อสารความรู้ผ่าน อสม. หรือการลงพื้นที่เชิงรุก เพื่อให้ประชาชนตัดสินใจเข้ารับบริการอย่างมีข้อมูล 3) การกระจายทรัพยากร เช่น รากฟันเทียมและอุปกรณ์ทันตกรรม ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่อย่างเท่าเทียม

จากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ จำนวน 56 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี รองลงมาคือ 70-79 ปี 50-59 ปี 80-89 ปี และ 40-49 ปี ร้อยละ 42.9 โดยเพศหญิงร้อยละ 53.6 และเพศชายร้อยละ 46.4 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 85.7 ประกอบอาชีพเกษตรกร/ประมง ร้อยละ 46.4 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,669.64 บาท ทราบข่าวโครงการมาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 87.5

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและความพึงพอใจของผู้รับบริการในเขตสุขภาพที่ 10 เปรียบเทียบก่อน-หลังโครงการ ฟันเทียม รากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติฯ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังจากที่เข้าร่วมโครงการพบว่ามีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 7 ด้าน ประกอบด้วย ได้แก่ 1) รับประทานอาหาร 2) พูด 3) ทำความสะอาดช่องปาก 4) รักษาอารมณ์ 5) ยิ้ม หัวเราะโดยไม่อาย 6) พบปะผู้คน 7) การทำงาน และกิจวัตรประจำวัน (p-value <0.05) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบของช่องปากต่อคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังโครงการฟันเทียม รากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติฯ (n=56)

Table 3 Comparison of the average oral impact on daily performance score before and after the project implementation (n=56)

Oral impact on daily performance aspect	Group	Mean (SD)	Median	Paired Mean diff	P-value
Eating	After	0.54 (2.04)	0.00	6.52	<0.05*
	Before	7.05 (4.58)	7.50		
Speaking	After	0.02 (0.13)	0.00	3.98	<0.05*

Oral impact on daily performance aspect	Group	Mean (SD)	Median	Paired Mean diff	P-value
	Before	4.00 (4.79)	1.00		
Oral hygiene	After	0.00 (0.00)	0.00	1.35	<0.05*
	Before	1.35 (3.36)	0.00		
Rest, including sleep	After	0.13(1.00)	0.00	0.58	<0.05*
	Before	0.71(0.13)	0.00		
Emotional stability, including irritability	After	0.38(1.94)	0.00	3.24	<0.05*
	Before	3.63(4.56)	0.00		
Smiling and laughing without embarrassment	After	0.00(0.00)	0.00	3.52	<0.05*
	Before	3.51(4.50)	0.00		
Working and daily routine	After	0.00(0.00)	0.00	0.88	<0.05*
	Before	0.88(3.01)	0.00		
Social interactions with friends, relatives, peers	After	0.00(0.00)	0.00	3.71	<0.05*
	Before	3.71(4.67)	0.00		

* สถิติ Wilcoxon signed-rank test *statistically significant with p-value<0.05

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการในเขตสุขภาพที่ 10 ต่อโครงการ ฟันเทียม รากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติฯ ภาพรวมผู้บริการมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ ความพึงพอใจต่อสถานที่ให้บริการ และความพึงพอใจต่อคำแนะนำหลังจากการใส่รากฟันเทียมแล้ว ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลค่าความหมายความพึงพอใจต่อโครงการฟันเทียม รากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติฯ (n=56)

Table 4 Mean, standard deviation, and interpretation of satisfaction scores (n=56)

Satisfaction Aspect	Mean	S. D.	Meaning
Satisfaction with service process			
Screening before dental implantation	4.93	0.26	Very satisfied
Appointment scheduling	4.93	0.26	Very satisfied
Post-implantation advice	4.96	0.19	Very satisfied
Satisfaction with service personnel	4.98	0.13	Very satisfied
Satisfaction with service location	4.96	0.19	Very satisfied
Satisfaction with facilities	4.92	0.32	Very satisfied
Overall satisfaction	**4.95**	**0.17**	**Very satisfied**

วิจารณ์

จากผลการประเมินรูปแบบซิปป์ (CIPP model) ในโครงการฟันเทียม รากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติฯ บริบท จากปัญหาการสูญเสียฟันของผู้สูงอายุทำให้เกิดโครงการ

ฟันเทียมรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติฯ มีการจัดสรรบทบาทและหน้าที่โดยหน่วยบริการรากฟันเทียมในเขตสุขภาพที่ 10 มีหน่วยบริการรากฟันเทียม 23 แห่งซึ่งเกิดจากโครงการ โดยมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและสร้างกระแส มีทันตแพทย์ที่มีศักยภาพในการให้บริการรากฟันเทียม ปัจจัยนำเข้า เขตสุขภาพที่ 10 ยังมีการศึกษาดูงานในผู้ป่วยที่มาฝังรากฟันเทียม และฝึกปฏิบัติโดยมีทันตแพทย์ที่มีประสบการณ์ให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด เช่นเดียวกับการพัฒนาศักยภาพในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่าทำให้ศักยภาพของทันตบุคลากรในการฝังรากฟันเทียมเพิ่มขึ้น โดยการพัฒนาศักยภาพสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ของ Bandura[9] และทฤษฎีตัวต้นแบบ (Symbolic modeling) ของธนยพร พิลึก และเสน่ห์ แสงเงิน[10] ที่บุคคลที่ได้รับการฝึกฝน เห็นตัวอย่างทำให้พึงพอใจในการกระทำที่มีความสำเร็จนั้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Fugill[11] ที่กล่าวถึงการฝึกปฏิบัติทางคลินิกของทันตแพทย์ ที่สาธิต (demonstration) การรักษาให้ดูก่อน จากนั้นให้ฝึกปฏิบัติจริง เป็นการผสมผสานทฤษฎีและปฏิบัติ (The integration of theory and practice) การพัฒนาศักยภาพในการฝังรากฟันเทียมทำให้บุคลากรมีความพร้อมส่งผลให้มีการขยายหน่วยรากฟันเทียมและทันตแพทย์ที่มีศักยภาพฝังรากฟันเทียมเพิ่มขึ้น ฟันเทียมสามารถทำได้ทุกสิทธิการรักษารากฟันเทียมได้งบประมาณจากสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) เพื่อให้หน่วยบริการได้รับงบประมาณสำหรับการจัดบริการสอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพและการใช้บริการของผู้มีสิทธิ โดย สปสช. ซึ่งครอบคลุมการรักษา และมีประสิทธิภาพในการเบิกจ่าย โดยข้อมูลการเบิกจ่ายสามารถใช้ประเมินการเข้าถึงบริการ ด้านทรัพยากรสนับสนุนนวัตกรรมรากฟันเทียม มีการกระจายอย่างเป็นระบบโดยมีศูนย์กลางในการกระจายรากแต่ละจังหวัด และในระดับประเทศ กระบวนการ มีการทำงานเชิงรุกและเชิงรับ โดยการดำเนินงานเชิงรุก ได้แก่การคัดกรองผู้ป่วยที่ รพ.สต. โดยทันตแพทย์ ทันตาภิบาล และ อสม. ทำให้เพิ่มการเข้าถึงของประชาชน เช่นเดียวกันกับการศึกษาของอุมาพร รัศมีทวีมานะ[12] ที่กล่าวว่า การทำงานเชิงรุกทำให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่เพิ่มมากขึ้น ทั้งด้านการเข้าถึงบริการทางทันตกรรม และการรับบริการทันตกรรมที่ครอบคลุมปัญหาช่องปาก และการศึกษาของ Crall[13] และยุวนุช สัตยสมบูรณ์[14] ที่กล่าวว่าการให้บริการทันตกรรมเชิงรุก ช่วยเพิ่มการเข้าถึงของประชาชนที่ไม่มีโอกาสหรือไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ส่งผลให้เกิดระบบการให้บริการทันตกรรม และเกิดการกระจายทรัพยากร ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้รับบริการ ปัญหาที่พบในการดำเนินงานคือ บางอำเภอยังไม่มีความครอบคลุมในการรักษา เนื่องจากคนไข้ยังมีความกลัว หรือเดินทางลำบาก อีกทั้งบุคลากรที่สามารถฝังรากฟันเทียมได้มีเฉพาะบางพื้นที่ไม่ครอบคลุม จึงแก้ไขปัญหาโดยการจัดพัฒนาศักยภาพบุคลากรภายในจังหวัดเดียวกัน สื่อสารประชาสัมพันธ์และให้ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ (Oral Health Literacy) ทำให้ตัดสินใจและยอมรับการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของศิริภา คงศรี[15] ที่กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก จะนำไปสู่การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง เมื่อประชาชนมีความเข้าใจต่อทันตสุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและตัดสินใจเข้าโครงการ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Nitschke[16] ที่กล่าวว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับรากฟันเทียมในผู้สูงอายุ เป็นการส่งเสริมการดูแลและสร้างแรงจูงใจในการรักษา จากผลการดำเนินงานในแต่ละจังหวัดพบว่าการบริหารจัดการในระดับพื้นที่มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของโครงการ โดยจังหวัดขนาดใหญ่ เช่น จังหวัด อุบลราชธานีและมุกดาหาร ใช้กลไกการประสานงานแบบเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนผ่านการใช้เทคโนโลยี เช่น ระบบทันตกรรมทางไกล (Teledentistry) ทำให้สามารถขยายการให้บริการได้ครอบคลุม และบริหารจัดการกรณีที่ขาดแคลนทันตแพทย์ในบางพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพในขณะที่จังหวัดขนาดเล็ก เช่น จังหวัดศรีสะเกษ ยโสธร และอำนาจเจริญ ใช้รูปแบบการบริหารจัดการที่ยืดหยุ่นและกระชับ โดยมีศูนย์บริการรากฟันเทียมที่ชัดเจน ใช้การบูรณาการงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น รพ.สต. ซึ่งเป็นการเพิ่มการเข้าถึงกลุ่มประชากรเป้าหมายที่มีข้อจำกัดด้านการเดินทางหรือต่อการรับรู้บริการ ทั้งนี้การลดภาระของผู้ป่วยในการเดินทาง และการมีระบบการส่งต่อที่ชัดเจน เป็นปัจจัยที่ช่วยให้จังหวัดเหล่านี้สามารถเพิ่มจำนวนผู้เข้ารับบริการได้อย่างมีนัยสำคัญ

ผลผลิต มีความพึงพอใจจากผู้รับบริการ และการฝังรากฟันเทียมเพื่อรองรับฟันเทียม และฟันเทียม ร้อยละ 100 (ข้อมูล เมื่อสิ้นสุดโครงการในไตรมาสที่ 4 (30 กันยายน 2567) เนื่องจากการประชาสัมพันธ์และขับเคลื่อนการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ มีการวิเคราะห์บริบทพื้นที่ และจัดทำแผนงานที่มีส่วนร่วมในทุกระดับ มีใช้ข้อมูลเชิงระบบเพื่อวางแผนและติดตามผล เช่น การใช้ระบบข้อมูล Health Data Center (HDC) หรือระบบ e-claim ในการติดตามความคืบหน้าของการให้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ วรางคนา เวชวิธี และสุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา[17] ที่กล่าวว่าการนำบริบทของพื้นที่มาวิเคราะห์และจัดทำแผนงานที่สอดคล้องกับนโยบาย มีการถ่ายทอดแผนงานทันตสุขภาพฯ ผ่านกลไกระดับประเทศและระดับพื้นที่ของกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับการกำกับติดตามระดับเขตและจังหวัด และการศึกษาของธวัชชัย ปินเครือ[18] ที่กล่าวว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนจากการทำแผนงานในทุกระดับส่งผลต่อความสำเร็จของโครงการเช่นเดียวการศึกษาของแพร จิตตินันทน์[19] ที่ประเมินผลโครงการฟันเทียมพระราชทานในจังหวัดนนทบุรี ดำเนินการที่โรงพยาบาลของรัฐเป็นหลัก สามารถทำเป้ารายปีได้ตามเป้าหมาย อย่างไรก็ตามการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น เช่น รพ.สต. และอสม. ในโครงการฟันเทียมพระราชทานยังต่ำกว่าโครงการฟันเทียมรากฟันเทียมฯ เนื่องจากรากฟันเทียมต้องคัดกรองคนไข้ที่ตรงตามเกณฑ์จึงต้องมีความร่วมมือในระดับพื้นที่มากกว่า

จากผลการประเมินเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 7 ด้าน ดังนี้ 1) การรับประทานอาหาร พบว่า คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาที่ผ่านมาทั้งหมดมีความสอดคล้อง กับการศึกษาของณฤดี ลิ้มปวงทิพย์ และคณะ[4] และแพร จิตตินันทน์[19] พบว่า การใส่ฟันเทียมทั้งปาก ทำให้ประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ Dieren [20] ได้กล่าวว่าจากฝังรากฟันเทียมเพื่อรองรับฟันเทียมทั้งปากทำให้ความสามารถในการบดเคี้ยวเพิ่มขึ้นกว่าการใส่ฟันเทียมอย่างเดียว เช่นเดียวกับ Guido[21] ที่กล่าวว่าคนไข้ที่ใส่รากฟันเทียมรองรับฟันเทียม มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าฟันเทียมทั่วไป จะเห็นว่าในผู้รับบริการที่ฟันเทียมหลวมเนื่องจากกระดูกละลาย มีความจำเป็นในการฝังรากฟันเทียมเพื่อให้ฟันเทียมแน่นขึ้นและขยับระหว่างเคี้ยวลดลง นำไปสู่ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวที่ดีขึ้น 2) การพูด พบว่า คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากด้านการพูดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Boucher [22] ช่วงแรกที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากคนไข้จะต้องปรับตัวในการพูดและออกเสียง โดยรู้สึกยากลำบากกว่าตอนไม่มีฟันเทียมเลย โดยเฉพาะเสียง “ส” เนื่องจากลิ้นถูกจำกัดด้วยฟันปลอมทั้งปาก ต้องใช้เวลาพอสมควรในการปรับตัว อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ Dieren[20] หลังจากมีการฝังรากฟันเทียมเพื่อรองรับฟันเทียม คนไข้มีความพึงพอใจต่อการพูดและออกเสียงชัดเจนขึ้นอย่างนัยสำคัญ จะเห็นว่าในผู้รับบริการที่ฟันเทียมหลวม แนะนำให้ฝังรากฟันเทียมเพื่อให้พูดชัดเจนขึ้นและเพิ่มประสิทธิภาพในการออกเสียง 3) การทำความสะอาดช่องปาก พบว่า คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Montero[23] ผลกระทบต่อการทำความสะอาดช่องปาก มีผลลดลงหลังจากใส่รากฟันเทียมเนื่องจาก หลังจากใส่รากฟันเทียมคนไข้ไม่สามารถทำความสะอาดรากฟันเทียมที่ใช้รองรับฟันเทียมได้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษานี้เนื่องที่การทำความสะอาดดีขึ้นเนื่องจากคนไข้ได้รับคำแนะนำในการดูแลความสะอาด รวมถึงอาการเจ็บหรือเศษอาหารติดใต้ฐานฟันเทียมลดลง 4) การรักษาอารมณ์ให้ปกติ การศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากด้านการรักษาอารมณ์ให้ปกติดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Montero[23] และ Al-Omiri[24] ที่กล่าวว่า การรักษาอารมณ์หลังการรักษาด้วยรากฟันเทียมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ลดความหงุดหงิดรำคาญจากการหลวมของฟันเทียม สามารถคงสภาพอารมณ์ และไม่หงุดหงิดอันเหตุจากฟันเทียม ในผู้รับบริการที่มีปัญหาจากฟันเทียมหลวม และรู้สึกรำคาญ จึงแนะนำการรักษาด้วยรากฟันเทียมเพื่อลดความรำคาญจากฟันเทียมที่หลวมหรือไม่สามารถใช้งานได้ 5) การยิ้ม หัวเราะให้เห็นฟันโดยไม่อาย คุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Melas[25] การใส่รากฟันเทียมรองรับฟันเทียมลดผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากต่อกิจวัตรประจำวันในการยิ้มและหัวเราะเห็นฟัน ทำให้คนไข้มีความมั่นใจในการใส่ฟันเทียม ไม่ขยับหรือหลุดจะเห็นว่าในผู้รับบริการที่ฟันเทียมหลวม แนะนำให้ฝังรากฟันเทียมเพื่อให้ สามารถยิ้มหัวเราะอย่างไม่อาย 6) การออกไปพบปะผู้คน ญาติสนิท มิตรสหาย ดีขึ้นอย่างมี

นัยสำคัญสอดคล้องกับการศึกษาของ Harris[26] ที่กล่าวว่า คุณภาพชีวิตในการเข้าสังคมดีขึ้น คนไข้มีความมั่นใจเนื่องจากฟันเทียม มีความแน่น และใช้งานได้ดีขึ้น จะเห็นว่าในผู้รับบริการที่มีปัญหาฟันเทียมหลวม มีความจำเป็นในการฝังรากฟันเทียมเพื่อให้ฟันเทียมแน่นขึ้น มั่นใจขึ้น ไม่หลุดระหว่างพูดคุย หัวเราะ นำไปสู่คุณภาพชีวิตในมิติสังคมที่สามารถออกไปพบปะผู้คนได้อย่างมั่นใจ 7) การทำงานบ้านและการทำกิจวัตรประจำวัน หลังจากฝังรากฟันเทียม พบว่า คุณภาพชีวิตในด้านการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาที่ผ่านมาทั้งหมดมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Harris[26] ที่กล่าวว่า หลังการรักษาด้วยรากฟันเทียม ผู้รับบริการสามารถทำอาหารที่หลากหลายมากขึ้นได้ ทำให้กิจกรรมประจำวัน เช่น การทำอาหาร การทำงานดีขึ้น ความพึงพอใจในระดับมากที่สุด โดยพบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจเกือบทุกด้าน โดยเฉพาะความพึงพอใจ 3 ประเด็นได้แก่ ความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่หรือบุคลากร ความพึงพอใจต่อสถานที่ให้บริการ ความพึงพอใจต่อคำแนะนำหลังจากการใส่รากฟันเทียมแล้วซึ่งสอดคล้อง เช่นเดียวกับศึกษาของจีระวัฒน์ บุตรโคตร[27] เนื่องจากผู้รับบริการในโครงการรากฟันเทียมพระราชทานเจ้าหน้าที่จะให้บริการในโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการที่มีความพร้อมเป็นหลัก ทั้งเป็นหัตถการที่ต้องประเมินผู้รับบริการในทุกด้านจึงมีการตรวจและอธิบายอย่างละเอียดโดยบุคลากรทันตสาธารณสุข ในขั้นตอนการให้บริการใส่รากฟันเทียมมีความเอาใจใส่ในขั้นตอนการรักษา ให้บริการผู้สูงอายุที่ใส่รากฟันเทียม มีการสอบถามอาการ แนะนำ เปิดโอกาสให้ซักถาม และฟันเทียมมีประสิทธิภาพในการใช้งานดีขึ้น

ข้อจำกัด และอคติของการศึกษาคือการที่ผู้ตอบแบบสอบถามอาจจะโน้มเอียงที่จะตอบเพื่อให้ผู้ถามพึงพอใจหรือเกรงจะได้รับผลกระทบหากตอบเชิงลบ ซึ่งผู้วิจัยตระหนักในข้อนี้ และได้ใช้วิธีการฝึกอบรมผู้สัมภาษณ์ให้เป็นกลาง มีแนวทางปฏิบัติในการไม่แสดงสีหน้า ท่าทาง หรือถ้อยคำที่อาจชี้นำคำตอบ ใช้คำถามตามลำดับที่กำหนดอย่างเป็นกลางและแบบสอบถามไม่ระบุตัวตน ชี้แจงผู้ให้ข้อมูลว่าข้อมูลจะถูกเก็บแบบไม่สามารถระบุตัวบุคคล ช่วยให้ผู้ตอบรู้สึกปลอดภัย และกล้าแสดงความคิดเห็นตามความรู้สึกที่แท้จริง

สรุป

จากการศึกษา สรุปได้ว่า การประเมินโครงการฟันเทียมรากฟันเทียมฯ อาศัยความร่วมมือจากหลายระดับ ทั้งจากผู้บริหารเขตสุขภาพ หน่วยบริการในจังหวัด ทันตแพทย์ และบุคลากรสนับสนุน มีการรับนโยบาย ถ่ายทอดแผนงานและดำเนินงานในจังหวัดร้อยละ 100.0 มีการพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรในการฝังรากฟันเทียม โดยจัดประชุมวิชาการระดับเขตและจังหวัดซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาศักยภาพทันตแพทย์ในการใส่ฟันเทียมทั้งปากและฝังรากฟันเทียมในระดับประเทศ งบประมาณเพียงพอ โดยรากฟันเทียมใช้การเบิกจ่ายผ่านระบบ e-claim ของ สปสช. แบบเหมาจ่าย 17,500 บาท/ราย และค่าติดตาม มีการสนับสนุนวัสดุและอุปกรณ์ (รากฟันเทียมไทเทเนียม) จากส่วนกลาง มีจุดเด่น คือ การบริการที่ครอบคลุม มีการจัดสรรพื้นที่บูรณาการการทำงานระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่าย ใช้การคัดกรองเชิงรุก ทันตกรรมทางไกล (Teledentistry) และมีระบบการติดตามผลต่อเนื่อง ซึ่งโครงการได้บรรลุในแง่เป้าหมายเชิงปริมาณ ของยอดฟันเทียมรากฟันเทียม เป้าหมายคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการดีขึ้นใน 7 ด้าน โดย การฝังรากฟันเทียมเพื่อรองรับฟันเทียม เป็นการรักษาที่แนะนำในคนไข้ที่ไม่มีฟันในสันเหงือกล่าง โดยกระบวนการการดำเนินโครงการได้รับการประเมินจาก CIPP model ที่เน้นการประสานงานและความร่วมมือระดับพื้นที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจระดับมากที่สุด จึงเสนอให้มีการขยายสิทธิรากฟันเทียมเพื่อรองรับฟันเทียมทั้งปากในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. จัดทำแผนการขับเคลื่อนโครงการในระดับเขตสุขภาพที่ชัดเจนในทุกจังหวัด โดยอิงตามบริบทและศักยภาพของแต่ละพื้นที่
2. ทันตบุคลากรพัฒนาเครือข่ายการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ สำหรับทันตแพทย์ในพื้นที่ที่ยังขาดบุคลากร โดยใช้รูปแบบพี่เลี้ยง (Mentorship) จากจังหวัดที่ดำเนินงานได้ผลดี
3. จัดกิจกรรมคัดกรองเชิงรุกแบบมีเป้าหมาย ร่วมกับ รพ.สต. หรือเรือนจำ ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่เข้าถึงยากในระดับจังหวัด

4. พัฒนาระบบนัดหมายและติดตามผล เช่น ระบบแจ้งเตือนผ่านมือถือ ทันตกรรมทางไกล หรือแบบสอบถามประเมินผลหลังรับบริการ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ขยายสิทธิการรักษาในคนไข้ที่ปักรากฟันเทียมให้สามารถใช้ได้ทุกสิทธิทำให้ขยายการรักษาได้ครอบคลุม

2. จัดทำแผนและเตรียมความพร้อมด้าน บุคลากร งบประมาณ ทรัพยากร และนโยบายเพื่อเตรียมความพร้อมในกรณีที่มีการขยายสิทธิการรักษา

3. จัดระบบการเชื่อมต่อบริการในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน

4. บูรณาการการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ เช่น กรมบัญชีกลาง สปสช. กรมอนามัย กรมการแพทย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เกิดความร่วมมือที่เป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

พิจารณาถึง งบหรือแผนสนับสนุนในขั้นตอนในการคงสภาพของรากฟันเทียมในอนาคตหลังจากผ่าตัดในโครงการแล้ว ควรศึกษาถึงอัตราการคงอยู่ (Survival rate) ขั้นตอนการคงสภาพ (Maintenance) และศึกษาภาวะแทรกซ้อน (Complication) ที่เกิดขึ้นหลังจากการดำเนินงานในช่วง 1-3 ปี

คำขอบคุณ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ทีมวิจัยและทีมอาจารย์ที่ปรึกษาทุกท่านจากศูนย์อนามัยที่ 10 และวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและคำปรึกษา ขอบพระคุณความร่วมมือของเครือข่ายระดับพื้นที่ทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 10 ทุกแห่ง รวมถึงอาสาสมัครที่เข้าร่วมในโครงการวิจัยทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of Dental Health. The 9th national oral health survey report 2023. Bangkok: Department of Health; 2024. (in Thai)

2. Bureau of Dental Health. The Denture and Oral Health Promotion and Prevention Project [online]. 2023 [cited 2024 Jan 15]; Available from: URL:https://ppdental.anamai.moph.go.th/elderly/inde10.php (in Thai)

3. Koshino H, Hirai T, Ishijima T, et al. Quality of life and masticatory function in denture wearers. Journal of oral rehabilitation. 2006;33(5):323-9.

4. Limpuangthip N, Arksornnukit M.Changes in oral health-related quality of life after prosthetic treatment: a prospective cohort study. CM Dent J. 2019; 38(1): 121-30. (In Thai)

5. Adulyanon S, Sheiham A, Slade G. Oral impacts on daily performances. Measuring oral health and quality of life. 1997;151:160.

6. Srisilapanan P, Sheiham A. The prevalence of dental impacts on daily performances in older people in Northern Thailand. Gerodontology. 2001;18(2):102-3. (In Thai)

7. National Health Security Office. DentalImplant01 [online]. 2023 [cited 2024 Jan 28]; Available from:https://bi.nhso.go.th/views/DentalImplant01/DentalImplant01?%3Aembed=y&%3AisGuestRedirectFromVizportal=y

8. National Health Security Office. DentalImplant01 [online]. 2023 [cited 2024 sept 30]; Available from:https://bi.nhso.go.th/views/DentalImplant01/DentalImplant01?%3Aembed=y&%3AisGuestRedirectFromVizportal=y

9. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control: Macmillan; 1997.

10. Philuek P, Saengngoen S. The effects of oral health promotion behavior program applying the social cognitive theory in grade 6, Lan krabue district, Kamphaeng phet province[master's thesis]. Phitsanulok: Naresuan University 2565 (In Thai)

11. Fugill M. Teaching and learning in dental student clinical practice. Eur J Dent.. 2005;9(3):131-6.

12. Rungratsametavemana U. Development of proactive oral health care for insured persons in Trakan Phuet Phon district, Ubon Ratchathani Province. TDNJ. 2018;29(2):107-22. (In Thai)

13. Crall JJ. Access to oral health care: professional and societal considerations. JDE. 2006;70(11):1133-8.

14. Sattayasomboon Y. Utilization of Dental Services among the Elderly in Thaluang District, Lopburi Province. TDNJ. 2024;35(1):1-12. (In Thai)

15. Kongsri S. Relationship between oral health literacy and oral health practices among Dental Public Health student of Sirindhorn College of Public Health KhonKaen. TDNJ. 2563;31(1):133-47. (In Thai)

16. Nitschke I, Krüger K, Jockusch J. Age-related knowledge deficit and attitudes towards oral implants: Survey-based e10amination of the correlation between patient age and implant therapy awareness. BMC Oral Health. 2024;24(1):403.

17. Vejvithee W, Mongkolchaiarunya S. The comprehensive evaluation of Thailand Oral Health Plan for the Elderly Phase 1 (2015 – 2018). Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health 2022;45.2:76-88. (In Thai)

18. Pinkhrue T. Evaluation of the prototype project of Good teeth Sub-district, Mae Phrik Sub-district, Mae Phrik District, Lampang Province. AJCPH. 2020;6(02):83. (In Thai)

19. Chittinand P. Evaluation of the royal denture project, Nonthaburi province, 2015-2019. Thai Dental Public Health Journal 29 (2024): 112-129. (In Thai)

20. Dierens M, Collaert B, Deschepper E, Browaeys H, Klinge B, De Bruyn H. Patient-centered outcome of immediately loaded implants in the rehabilitation of fully edentulous jaws. Clin Oral Implan res. 2009;20(10):1070-7.

21. Heydecke G, Locker D, Awad MA, Lund JP, Feine JS. Oral and general health-related quality of life with conventional and implant dentures. Community Dent oral epidemiol. 2003;31(3):161-8.

22. Boucher CO, Hickey JC, Zarb GA. Boucher's prosthodontic treatment for edentulous patients. 10th ed. St Louis: CV Mosby; 1980.

23. Montero J, Dolz J, Silvestre F-J, Flores J, Dib A, Gómez-Polo C. Changes in oral health-related quality of life after three different strategies of implant therapy: a clinical trial. Odontology. 2019;107(3):383-92.

24. Al-Omiri MK, Hammad OA, Lynch E, Lamey P-J, Clifford TJ. Impacts of implant treatment on daily living. Int J Oral Ma10illofac Implants 2011;26(4).

25. Melas F, Marcenes W, Wright PS. Oral health impact on daily performance in patients with implant-stabilized overdentures and patients with conventional complete dentures. Int J Oral Ma10illofac Implants. 2001;16(5).

26. Harris D, Höfer S, O'Boyle CA, Sheridan S, Marley J, Benington IC, et al. A comparison of implant-retained mandibular overdentures and conventional dentures on quality of life in edentulous patients: a randomized, prospective, within-subject controlled clinical trial. Clin Oral Implan res. 2013;24(1):96-103.

27. Butkhot J. Satisfaction and oral health related quality of life among the elderly people who received dental implants services in according to the Royal Dental Implant Project Phuwiang-

Nongnakham-Wiangkao district, Khon Kaen. TDNJ.
2017;28:73-86. (In Thai)

กรมอนามัย
Department of Health

มกราคม – ธันวาคม 2568
วิทยาสารทันตสาธารณสุข
เว็บไซต์: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThDPHJo



นิพนธ์ต้นฉบับ

ระบบบริการสุขภาพช่องปากและข้อเสนอการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ภายใต้ระบบกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐ: กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร

วรุต ชลิทธิกุล[1] ปิยะดา ประเสริฐสม[2] วรมน อัครสุต[1] วรางคณา จิรรัตนโสภา[3]*

[1]สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 [2]คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม แขวงบางหว้า เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร 10160 [3]ภาควิชาทันตกรรมเด็ก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

คำสำคัญ

บริการสุขภาพช่องปาก

ทันตกรรม

หญิงตั้งครรภ์

ระบบกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐ

กรุงเทพมหานคร

วันที่รับบทความ

12 มิถุนายน 2568

วันที่แก้ไขบทความ

5 กันยายน 2568

วันที่ตอบรับบทความ

8 กันยายน 2568

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางด้วยวิธีแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจและสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาทางเลือกการจัดบริการด้านสุขภาพช่องปากสำหรับหญิงตั้งครรภ์ในกรุงเทพมหานคร และการดำเนินงานตามหลักประกันสุขภาพและกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐที่เกี่ยวข้อง วิธีวิจัยประกอบด้วยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 46 คน ได้แก่ ผู้เกี่ยวข้องด้านนโยบาย ผู้ให้บริการฝากครรภ์และทันตกรรม และหญิงตั้งครรภ์ในฐานะผู้รับบริการ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มเกี่ยวกับแนวคิดของนโยบายเพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพช่องปาก การจัดบริการประสบการณ์และความคาดหวัง ร่วมกับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามจากหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยในกรุงเทพมหานคร 388 คน เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป สภาวะสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก การเข้ารับบริการทันตกรรม และความคิดเห็นต่อทางเลือกการจัดบริการ ผลการศึกษาพบว่า ผู้เกี่ยวข้องด้านนโยบายมีแนวคิดลดความเหลื่อมล้ำโดยการขยายหน่วยบริการให้ครอบคลุมภาคเอกชน ขยายสิทธิประโยชน์ และเพิ่มค่าชดเชยบริการ ขณะที่ผู้ให้บริการได้มีการจัดบริการทันตกรรมโดยเฉพาะสำหรับหญิงตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตาม หญิงตั้งครรภ์มีความเห็นว่าหน่วยบริการมีจำนวนน้อย การประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง ไม่ทราบสิทธิประโยชน์ระหว่างตั้งครรภ์ และมีข้อจำกัดด้านเวลา ความสะดวก และสิทธิประโยชน์ที่ไม่ครอบคลุม นอกจากนี้การติดตามผลการให้บริการยังไม่สมบูรณ์และขาดการเชื่อมต่อข้อมูล ผลจากแบบสอบถามพบว่า หญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 61.3 ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เพียงร้อยละ 24.2 ได้รับบริการขัดและทำความสะอาดฟัน มีฟันผุร้อยละ 61.0 มีหินน้ำลายร้อยละ 75.2 โดยมีถึงร้อยละ 59.8 ที่ไม่ทราบสิทธิทันตกรรมระหว่างตั้งครรภ์ การศึกษานี้สรุปว่า ควรมีการพัฒนานโยบายที่ส่งเสริมการรับรู้สิทธิและเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการทันตกรรมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคของสวัสดิการข้าราชการและสิทธิประกันสังคม ให้เข้าถึงได้สะดวกมากขึ้นโดยคลินิกนวัตกรรมบริการ และคำนึงถึงความคิดเห็นของผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นพื้นฐาน ร่วมกับแนวคิดทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง

* **ผู้ประพันธ์บรรณกิจ**

วรุต ชลิทธิกุล อีเมล: warut.chalittikul@gmail.com doi: 10.14456/thdentphj.2025.5

January – December 2025

Thai Dental Public Health Journal

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



Original Article

Oral Health Service System and Service Model Strengthening for Pregnant Women Under National Health Insurance Schemes: A Current Situation in Bangkok

Warut Chalittikul[1*] *Piyada Prasertsom*[2] *Voramon Agrasuta*[1] *Varangkanar Jirarattanasopa*[3]

[1]*Bureau of Dental Health, Department of Health, Talat Khwan Sub District, Nonthaburi, Thailand 11000*
[2]*Faculty of Dentistry, Siam University, Phasi Charoen, Bangkok, Thailand 10160* [3]*Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry, Mahidol University, Ratchathewi District, Bangkok, Thailand 10400*

KEYWORDS

Oral health service
Dentistry
Pregnant women
National health insurance schemes
Bangkok

Received date
12 June 2025
Revised date
5 September 2025
Accepted date
8 September 2025

ABSTRACT

This cross-sectional mixed-method exploratory study aimed to explore and synthesize policy recommendations for developing alternative oral health services for pregnant women in Bangkok and related national health insurance schemes. The methodology included qualitative data collection from 46 stakeholders (policy stakeholders, antenatal and oral health service providers, and pregnant women as service recipients) through in-depth interviews and focus group discussions about policies to reduce oral health inequalities, service arrangements, experiences, and expectations. Quantitative data were collected via questionnaires from 388 Thai pregnant women in Bangkok regarding general information, oral health status, oral health behaviors, service utilization, and opinions on service alternatives. Findings revealed that policy stakeholders proposed reducing disparities by expanding service units to include private sectors, extending benefit packages, and increasing service reimbursement. While service providers offered specialized oral health services for pregnant women, recipients reported limited-service units, insufficient publicity, lack of awareness about prenatal oral health benefit packages, and constraints related to time, convenience, and coverage. Additionally, service follow-up systems were incomplete with disconnected information. Survey results showed 61.3% of pregnant women received oral health examinations, only 24.2% received oral prophylaxis and polishing, 61.0% had caries, 75.2% had calculus, and only 59.8% were not aware of oral health benefit packages during pregnancy. The study concludes that policies should be developed to promote awareness of oral health benefit packages and improve service accessibility for pregnant women. Especially regarding access to oral health promotion services and disease prevention for civil service beneficiaries and insured persons under the social security insurance, to make access more convenient through service innovation clinics, based on provider and recipient perspectives alongside relevant academic evidence.

* **Corresponding author**
Warut Chalittikul E-mail address: warut.chalittikul@gmail.com doi: 10.14456/thdentphj.2025.5

บทนำ

หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะสุขภาพช่องปากที่เป็นปัญหาพบบ่อยเช่นโรคปริทันต์อักเสบ[1] งานวิจัยพบว่าปริทันต์อักเสบเรื้อรังส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีปริทันต์อักเสบมีโอกาสคลอดทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มากกว่าผู้มีสุขภาพเหงือกปกติ 2-4 เท่า[2] นอกจากนี้มารดาที่มีฟันผุมักส่งผลให้ลูกมีฟันผุด้วย[3] ประเทศไทยมีมาตรการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในหญิงตั้งครรภ์ โดยหญิงตั้งครรภ์คนไทยทุกคนมีสิทธิรับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟันโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในหน่วยบริการของภาครัฐ[4] แต่ในความเป็นจริง การรับบริการอย่างต่อเนื่องเป็นไปได้ยากที่หญิงตั้งครรภ์ทุกคนจะเข้าถึงบริการนี้ ซึ่งในปี 2566 มีหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปากเพียงร้อยละ 58.33[5] และได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟันเพียงร้อยละ 25.05[6] เนื่องจากข้อจำกัดของหน่วยบริการที่สามารถเข้ารับบริการได้ภายใต้สิทธิ ไม่เพียงพอและไม่สะดวก[7]

กรุงเทพมหานครนั้นมีบริบทพิเศษคือมีการกระจายตัวของหน่วยบริการเอกชนอย่างทั่วถึง ต่างจากหน่วยบริการภาครัฐที่มีค่อนข้างจำกัดและไม่เพียงพอต่อการให้บริการเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรในกรุงเทพฯ แต่ละกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐจึงมีการบริหารจัดการที่ร่วมบริการระหว่างรัฐ-เอกชน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนในพื้นที่กรุงเทพฯ แม้ว่าจะมีจำนวนหน่วยบริการที่มากกว่าชนบทและมีระบบบริการระหว่างรัฐ-เอกชน แต่จากการศึกษาสภาวะสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า มากกว่าร้อยละ 70 ของหญิงตั้งครรภ์ในกรุงเทพฯ ประสบปัญหาฟันผุและโรคปริทันต์ มีค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุด 4.74 ซี่ต่อคน[8] เพื่อแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพช่องปาก ทั้งการเข้าถึงบริการทันตกรรม ทั้งความต่อเนื่องในการรับบริการ สิทธิในการรักษา และจำนวนหน่วยบริการที่ใช้สิทธิได้ จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากสำหรับหญิงตั้งครรภ์ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและลดผลกระทบต่อทารก จึงควรมีการศึกษาเพื่อสำรวจและสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาทางเลือกการจัดบริการด้านสุขภาพช่องปากสำหรับหญิงตั้งครรภ์ในกรุงเทพฯ และการดำเนินงานตามหลักประกันสุขภาพและกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางด้วยวิธีแบบผสมผสานนี้ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่มเพื่อสังเคราะห์ทางเลือกของระบบบริการสุขภาพช่องปาก มีกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายด้านระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วยตัวแทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม (สปส.) กระทรวงสาธารณสุข สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร สำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร 2) ผู้ให้บริการสุขภาพ ประกอบด้วยตัวแทนผู้ให้บริการรับฝากครรภ์ ตัวแทนของผู้ให้บริการทันตกรรม ทั้งภาครัฐและเอกชน 3) ผู้รับบริการ ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์คนไทยทั้งสามสิทธิ ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ มาไม่น้อยกว่า 6 เดือน และอยู่ในระหว่างการฝากครรภ์ วิเคราะห์ผลด้วยวิธีการแก่นสาระ (thematic analysis)[9] เมื่อสังเคราะห์ทางเลือกของระบบบริการสุขภาพจากวิธีการเชิงคุณภาพแล้ว จึงนำทางเลือกดังกล่าวไปสำรวจความคิดเห็นของหญิงตั้งครรภ์ในกรุงเทพฯ (ตามภาพที่ 1) ด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Daniel[10]

กำหนดค่าดังนี้

N = ขนาดประชากรหญิงตั้งครรภ์ในกรุงเทพมหานคร 69,000 คน (ข้อมูลปี 2565)

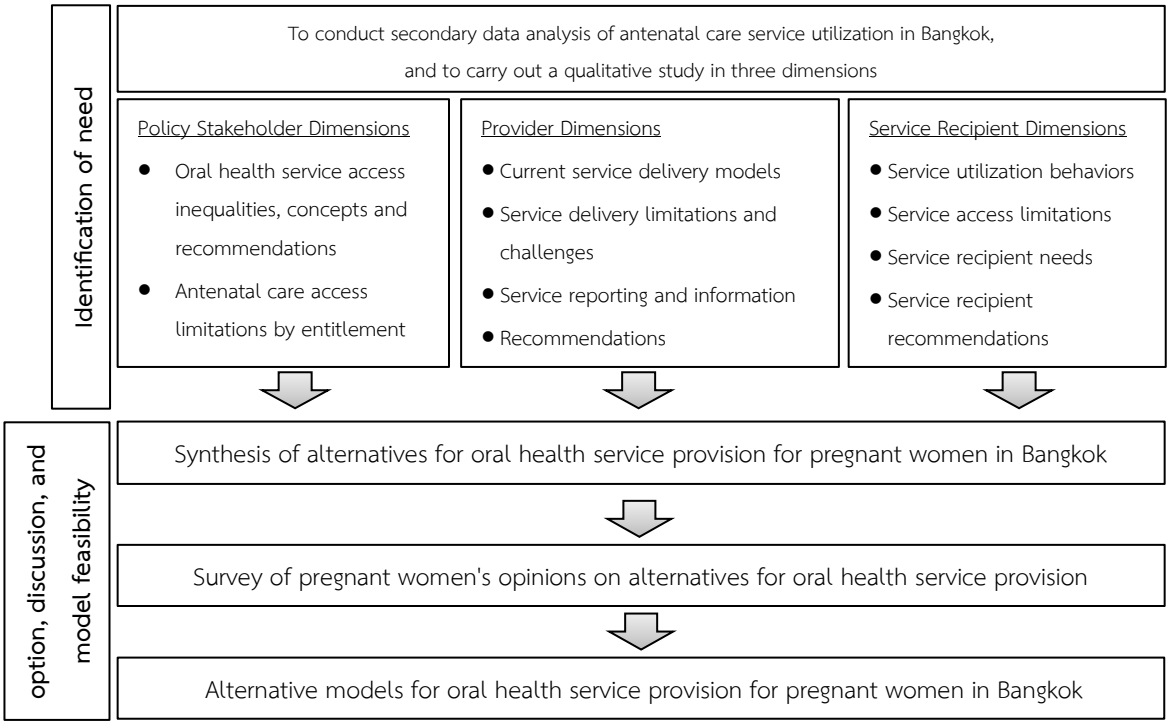
Z = กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95%

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับ เท่ากับ 0.05

P = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจของประชากร (สัดส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก เท่ากับ 0.36 จากรายงาน HDC ปี 2565)

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยดัดแปลงจากโมเดลการคัดเลือกนโยบายของ McCarthy ปี 1982[11]

Picture 1 Rational Planning Model Reproduced from McCarthy 1982



แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{1.96^2 \times (69000 \times 0.36)(1-0.36)}{1.96^2 \times 0.36(1-0.36) + (69000-1)0.05^2}$$

n = 388 คน (รวมการสุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมร้อยละ 10)

โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามสิทธิ 3 สิทธิ ได้แก่สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) 201 คน (ร้อยละ 51.69) สิทธิประกันสังคม 166 คน (ร้อยละ 42.64) และสวัสดิการข้าราชการ 21 คน (ร้อยละ 5.67) คำนวณจากสัดส่วนสิทธิการรักษาพยาบาลในกลุ่มผู้หญิงอายุ 25-49 ปี เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างแบ่งตาม Bangkok Health Zoning 5 โซน

จากทุกประเภทของหน่วยบริการฝากครรภ์ทั้งเอกชนและภาครัฐ กลุ่มตัวอย่างโซนละ 78-77 คน โดยแบ่งสัดส่วนตามสิทธิเช่นกัน ในระหว่างเดือน มกราคม - กันยายน 2567 โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบและปรับแก้ไขจากผู้เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข 3 ท่าน และทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามกับหญิงตั้งครรภ์ในเขตที่ไม่ได้เป็นเขตของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าทดสอบซ้ำ (test-retest) เท่ากับ 0.86 ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ประวัติการได้รับบริการสุขภาพช่องปาก ประวัติสภาวะสุขภาพช่องปาก ประสบการณ์การเข้ารับบริการทันตกรรม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และความคิดเห็นต่อโมเดลทางเลือกการจัดบริการสุขภาพช่องปาก สัมภาษณ์โดยผู้สัมภาษณ์ที่ผ่านการอบรม การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก 3 หน่วยงาน ได้แก่ สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (IHRR 092-2566) สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร (AL 04.1/03.0) และคณะกรรมการวิจัยกรมแพทย์ทหารเรือ (NMD-REC 041/66)

ผล

ผลการศึกษาแบ่งออกเป็นสองส่วน ส่วนแรก คือ ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม และส่วนที่สอง คือ ผลจากการสำรวจความคิดเห็นต่อโมเดลทางเลือกการจัดบริการในหญิงตั้งครรภ์ กรุงเทพมหานคร

ส่วนแรก ข้อมูลเชิงคุณภาพ

มิติผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับนโยบาย

ทั้งสามกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐมีแนวคิดลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพช่องปาก และได้พยายามลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทันตกรรม โดย

กรมบัญชีกลางได้ชี้แจงว่าทั้งสามกองทุนใช้หลักความกลมกลืนเพื่อทำให้ทุกกองทุนมีความแตกต่างน้อยที่สุดทั้งในด้านอัตราจ่าย วิธีการส่งข้อมูล และสิทธิประโยชน์ โดยกรมบัญชีกลางได้พยายามปรับให้เทียบเท่า สปสช. เช่น การให้บริการรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปาก แต่ด้วยระบบการจ่ายแบบรายหัตถการ ทำให้ราคามีแนวโน้มสูงกว่าที่ สปสช. กำหนด ทางด้านสำนักงานประกันสังคมมีคณะกรรมการการแพทย์ที่มีอำนาจโดยตรงตาม พ.ร.บ. ประกันสังคมในการกำหนดนโยบายและอัตราค่าบริการ โดยศึกษาข้อมูลจากสถิติเปรียบเทียบกับกองทุนอื่น และขอข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการทบทวนอย่างต่อเนื่องและพิจารณาความเร่งด่วนจากข้อร้องเรียนมาพัฒนาสิทธิประกันสังคม ส่วน สปสช. ใช้แนวคิดการให้สิทธิตามความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปาก ด้วยระบบเหมาจ่ายทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้โดยไม่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย แม้จะมีงบประมาณจำกัด แต่ก็พยายามเพิ่มการเข้าถึงบริการในหน่วยบริการเอกชน โดยเฉพาะในกรุงเทพฯ ที่ใช้การจ่ายแบบรายบริการ ซึ่งผู้มีสิทธิไม่ต้องจ่ายส่วนต่างและหน่วยบริการไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการเพิ่มเติม

อย่างไรก็ตามยังคงมีความท้าทายในการลดความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพทั้งสามกองทุน กรมบัญชีกลางเผชิญปัญหาในการบริหารสิทธิสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดูแลโดย สปสช. เนื่องจากบางสถานบริการไม่ยอมให้ข้าราชการใช้สิทธิ แต่ขาดการร้องเรียนอย่างเป็นทางการ และไม่มีผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพช่องปากประจำกรมบัญชีกลาง ต้องตั้งคณะทำงานโดยเชิญผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก ทำให้การทำงานบางอย่างล่าช้าไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของราคา เช่น การกำหนดราคาเบิกจ่าย กรมบัญชีกลางมองว่าแม้การรวมกองทุนอาจเป็นไปไม่ได้ แต่การสร้างความกลมกลืนเพื่อลดความเหลื่อมล้ำยังคงเป็นเป้าหมายสำคัญ สำนักงานประกันสังคมเน้นความยืดหยุ่นในการเข้าถึงบริการ โดยผู้ประกันตนสามารถเลือกโรงพยาบาลได้และเปลี่ยนได้ปีละครั้ง สำหรับบริการทันตกรรมสามารถใช้บริการที่ไหนก็ได้ไม่ขึ้นกับหน่วยบริการและใช้บริการนอกเวลาได้ ซึ่งแตกต่างจากรูปแบบเดิมที่เคยใช้ระบบเดียวกับบัตรทอง แต่ยังคงมีความท้าทายด้านเงินชดเชยที่ให้ 900 บาทต่อปี รวมถึงค่าชดเชยฟันเทียม ส่วน สปสช. พยายามเพิ่มการเข้าถึงบริการโดยเพิ่มหน่วยบริการเอกชนให้เข้าร่วมมากขึ้น พัฒนารูปแบบการจ่ายที่จูงใจหน่วยบริการ เช่น OP anywhere และการจ่ายตามรายบริการ โดยเฉพาะในกรุงเทพฯ ที่มีการพัฒนาการเข้าถึงบริการทันตกรรมทั้งเชิงรุกและเชิงรับ แม้จะประสบปัญหาบางช่วงจนเกิดการยกเลิกสัญญาร่วมบริการ

โดยทั้งสามกองทุนแสดงแนวคิดการลดความเหลื่อมล้ำที่มีความเป็นไปได้ ดังนี้ กรมบัญชีกลางมองว่าปัญหาทันตกรรมยังไม่ได้รับความสำคัญเท่าที่ควร แนวทางการแก้ไขคือการปรับการให้บริการโรงพยาบาลรัฐ เพิ่มหน่วยบริการเอกชนเพื่อรองรับกลุ่มคนวัยทำงานซึ่งเข้าถึงบริการได้น้อยที่สุด และพร้อมเพิ่มสิทธิให้เท่าเทียมโดยขอคำปรึกษาจากราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย รวมถึงมีแนวคิดให้ข้าราชการใช้บริการที่เอกชนได้โดยอยู่ในอัตราที่ทางราชการเบิกได้ ส่วน สปส. ได้บูรณาการสิทธิการตรวจสุขภาพช่องปากร่วมกับ สปสช. ทำให้ผู้ประกันตนได้ทั้งสิทธิพื้นฐานและสิทธิเพิ่มเติม หน่วยบริการประกันสังคมสามารถขึ้นทะเบียนกับ สปสช. ได้ สำหรับประเด็นผู้ประกันตนมีสิทธิด้านสุขภาพช่องปากน้อยกว่าสิทธิอื่นนั้น สปส. เปิดรับข้อเสนอเพื่อนำไปพิจารณาและกำลังอยู่ระหว่างศึกษาเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ สำหรับ สปสช. แม้จะให้สิทธิมากกว่ากองทุนอื่น แต่ปัญหาหลักคือการเข้าถึงบริการที่น้อย จึงได้เพิ่มช่องทางโดยจัดทำกองทุนทันตกรรม ปรับให้เข้าถึงหน่วยบริการเอกชนได้สะดวกขึ้น ในกรุงเทพฯ มีระบบการจ่ายแบบรายบริการและ นวัตกรรมบริการคลินิกทันตกรรม นอกจากนี้ สปสช. เสนอให้ทั้งสามกองทุนหารือกันก่อนปรับเพิ่มหรือลดสิทธิหรือราคาการจ่าย เพื่อให้แต่ละกองทุนสามารถดำเนินการได้อย่างเหมาะสม

กรุงเทพฯ มีแนวคิดที่จะลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ โดยเน้นงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค “สร้างนำซ่อม” ส่งเสริมให้ประชาชนสุขภาพช่องปากดี โดยเน้นส่งเสริมความรู้ความเข้าใจตั้งแต่หญิงตั้งครรภ์

จนถึงการคลอด ประชาสัมพันธ์สิทธิประโยชน์ให้หญิงตั้งครรภ์ทราบ ทำงานเชิงรุกเข้าเยี่ยมหญิงหลังคลอดและเข้าไปดูแลบุตรตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งมีฟันขึ้นมา เพิ่มการเข้าถึงบริการโดยใช้รถทันตกรรมเข้าถึงชุมชนบริการกลุ่มเปราะบาง เช่น หญิงตั้งครรภ์ได้เข้าถึงก่อน พร้อมทั้งมีนโยบายปรับแนวคิดของบุคลากรให้เน้นเรื่องส่งเสริมสุขภาพ ให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพเมื่อมาฝากครรภ์ โดยมีช่องทางพิเศษ และสามารถดูแลสุขภาพช่องปากตนเองได้มากขึ้น กอปรกับการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านทันตกรรมของหน่วยบริการในกรุงเทพมหานคร เพื่อให้ติดตามผลได้

มิติของผู้ให้บริการ

ความคิดเห็นของผู้ให้บริการสุขภาพชี้ให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำระหว่างสิทธิต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านทันตกรรมของสิทธิประกันสังคม ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มองว่าสิทธิประกันสังคมมีความเหลื่อมล้ำมากที่สุด โดยมีวงเงินเพียง 900 บาทต่อปี และขอบเขตบริการที่จำกัดเพียงการอุดฟัน ขูดหินน้ำลาย ถอนฟัน และผ่าฟันคุดเท่านั้น ในขณะที่สิทธิบัตรทองและสวัสดิการข้าราชการครอบคลุมบริการที่มากกว่า โดยไม่จำกัดวงเงิน หลายความเห็นเสนอให้เพิ่มวงเงินและขยายขอบเขตบริการสำหรับด้านคุณภาพการให้บริการฝากครรภ์ แม้จะมีรูปแบบบริการที่เหมือนกัน เช่น การฝากครรภ์ฟรีที่หน่วยบริการร่วมกับ สปสช. แต่คุณภาพการให้บริการมีความแตกต่างกัน ทั้งในแง่ของการได้พบแพทย์เฉพาะทางและคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ ผู้ให้บริการมีแนวคิดให้ขยายเวลารับบริการทันตกรรม โดยมีข้อเสนอให้ขยายเวลาการรับบริการทันตกรรมฟรีให้แก่หญิงตั้งครรภ์หลังคลอด เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มักมีความกังวลเกี่ยวกับการทำฟันในช่วงตั้งครรภ์ และเห็นตรงกันว่าหน่วยบริการทันตกรรมในกรุงเทพฯ ที่ร่วมกับ สปสช. นั้นไม่เพียงพอและการประสานงานส่งต่อมีปัญหา ผู้ให้บริการเสนอให้เพิ่มจำนวนคลินิกทันตกรรมในแต่ละพื้นที่ และพัฒนาระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการเข้าใจสิทธิของตนมากขึ้น และพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ทั้งนี้ยังมีปัญหาเรื่องการเบิกจ่ายกับ สปสช. ที่ล่าช้า และมีการเปลี่ยนระบบเบิกจ่ายบ่อย แม้ว่าระบบปัจจุบันผ่านธนาคารกรุงไทยจะดีขึ้น แต่ค่าชดเชยบริการบางรายการอาจน้อยเกินไป โดยเฉพาะสำหรับคลินิกทันตกรรมเอกชนที่มีต้นทุนสูงกว่าหน่วยบริการภาครัฐ มีข้อเสนอให้ปรับราคาจ่ายให้สอดคล้องกับต้นทุนที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อให้คลินิกเอกชนสามารถเข้าร่วมกับ สปสช. มากขึ้น

มิติผู้รับบริการ

จากการสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับประสบการณ์การเข้ารับบริการฝากครรภ์และทันตกรรม พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพที่คล้ายคลึงกันในระหว่างการตั้งครรภ์ โดยมักมีอาการแพ้ท้อง อาเจียน เวียนศีรษะ และปวดหัว นอกจากนี้ยังพบปัญหาสุขภาพช่องปากแทบทุกราย เช่น มีเลือดออกตามไรฟัน เสียวฟัน ฟันผุ และบางรายมีอาการปวดฟันอย่างรุนแรง การจัดการปัญหาสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์มักทำด้วยตนเองเบื้องต้น เช่น การแปรงฟัน บ้วนปาก หรือกลั้วปากหลังการอาเจียน และมีบางรายที่ไปพบทันตแพทย์เพื่อรับการรักษา เมื่อหญิงตั้งครรภ์ไปเข้ารับบริการทันตกรรม พบว่ามีปัญหาหลักคือการรอคิวนาน บางรายต้องรอถึง 2-3 ชั่วโมง หรือต้องลางานไปทั้งวันเพื่อเข้ารับบริการ นอกจากนี้ ยังมีปัญหาเรื่องการรับรู้ข้อมูลสิทธิที่ไม่ครบถ้วน ทำให้ไม่ทราบว่าตนเองมีสิทธิทำฟันฟรีในฐานะหญิงตั้งครรภ์ และบางรายรอคิวนานจนเลยช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับการทำฟันในระหว่างตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตาม มีหญิงตั้งครรภ์บางรายที่ได้รับบริการอย่างสะดวก ไม่ต้องรอนาน ซึ่งอาจเป็นเพราะมีคิวพิเศษสำหรับหญิงตั้งครรภ์โดยเฉพาะ

การรับรู้สิทธิเพื่อรับบริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์ยังเป็นปัญหาสำคัญ โดยหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองมีสิทธิรับบริการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟันฟรี โดยเฉพาะกลุ่มที่ฝากครรภ์กับคลินิกชุมชนอบอุ่นหรือหน่วยบริการสังกัดมหาวิทยาลัย ซึ่งไม่ได้มีการแจ้งข้อมูลสิทธินี้ให้ทราบ ในขณะที่หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในหน่วยบริการสังกัดกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่จะได้รับการแจ้งสิทธินี้จาก

หน่วยบริการ หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มักรับรู้ข้อมูลสิทธิและการดูแลสุขภาพจากอินเทอร์เน็ต เพื่อนร่วมงาน หรือสมาชิกในครอบครัว มากกว่าจากบุคลากรทางการแพทย์ ประสบการณ์การใช้สิทธิหลักในการรับบริการทันตกรรมแตกต่างกันไปตามประเภทสิทธิ ผู้ใช้สิทธิบัตรทองประสบปัญหาเรื่องการรอคิวนานและข้อจำกัดเรื่องเวลาในการเข้ารับบริการที่ต้องเป็นเวลาราชการ ทำให้ต้องลางาน ส่วนผู้ใช้สิทธิข้าราชการก็มีปัญหาคล้ายกัน ในขณะที่ผู้ใช้สิทธิประกันสังคมไม่ค่อยพบปัญหาเรื่องการรอคิวนานเนื่องจากสามารถเข้ารับบริการที่คลินิกเอกชนได้ แต่กลับพบปัญหาเรื่องการจ่ายค่าส่วนต่างที่อาจสูงถึง 900-2,000 บาทต่อครั้ง และสิทธิที่ไม่ครอบคลุมบริการบางอย่าง หญิงตั้งครรภ์มีข้อเสนอแนะหลายประการเพื่อปรับปรุงบริการสุขภาพในกรุงเทพฯ ประการแรกคือการเพิ่มหน่วยบริการฝากครรภ์และหน่วยบริการทันตกรรมให้มีมากขึ้นและกระจายอยู่ในพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อให้สามารถเข้าถึงได้สะดวกและลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ประการที่สองคือการขยายสิทธิการรักษา โดยหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สิทธิบัตรทองและข้าราชการอยากให้สามารถเข้ารับบริการที่คลินิกเอกชนได้ โดยอาจจ่ายค่าส่วนต่างประมาณร้อยละ 30-50 หรือ 2 ใน 3 ของค่ารักษา ส่วนผู้ใช้สิทธิประกันสังคมอยากให้เพิ่มวงเงินจาก 900 บาท เป็น 1,500-2,000 บาท และเพิ่มบริการอื่น ๆ นอกจากนี้ หญิงตั้งครรภ์ยังเสนอให้มีการประชาสัมพันธ์เรื่องสิทธิและบริการให้ทั่วถึงมากขึ้น มีการจัดระบบบริการให้มีช่องทางพิเศษสำหรับหญิงตั้งครรภ์ จัดระบบนัดหมายให้รวดเร็ว และลดเวลารอคิว รวมถึงการให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างละเอียด และให้หน่วยบริการฝากครรภ์แจ้งสิทธิการทำฟันให้ทราบอย่างชัดเจน หลายรายยังเสนอให้มีหน่วยบริการเคลื่อนที่สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาเรื่องการเดินทาง

ส่วนที่ 2 ผลการสำรวจจากแบบสอบถามของหญิงตั้งครรภ์ในกรุงเทพฯ โดยการสังเคราะห์โมเดลทางเลือกก่อนการสำรวจ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับนโยบาย ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมในการให้ข้อคิดเห็นต่อโมเดลทางเลือกระบบบริการสุขภาพช่องปากที่ผู้วิจัยสังเคราะห์ และมีความเห็นว่ามีความเป็นไปได้ และเพิ่มเติมประเด็นที่ต้องการทราบไว้ในแบบสอบถามนี้ด้วย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์

Table 1 Demographic of pregnant women

Demographic (n=388)	n	%
Education		
Sub-bachelor	278	71.6
Bachelor's degree	107	27.6
Post-bachelor's	3	0.8
Employment status		
Unemployed	120	30.9
Employed	268	69.1
Health insurance		
Universal Coverage (UC)	201	51.8
Social Security Insurance (SSI)	166	42.8

Demographic (n=388)	n	%
Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS)	21	5.4
Voluntary Health Insurance		
None	347	89.4
Yes, company-provided	16	4.1
Yes, self-paid	25	6.5
Antenatal Care Unit		
Public hospitals under Bangkok Metropolitan Administration (BMA)	107	27.6
BMA Healthcare Centers	2	0.5
Other Public Hospitals	243	62.6
Private Hospitals	9	2.3
Private Primary Care Clinics	27	7.0
Personal Health Record Book (Pink Book)		
No health record book	33	8.5
Have health record book	355	91.5

การสัมภาษณ์ในหญิงตั้งครรภ์เขตกรุงเทพฯ ทั้งหมด 388 คน มีอายุเฉลี่ย 28.6±6.28 ปี และอายุการตั้งครรภ์เฉลี่ย 24.9±8.53 สัปดาห์ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 71.6 และประกอบอาชีพร้อยละ 69.1 ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลรัฐสังกัดอื่นร้อยละ 62.6 ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดกระทรวงกลาโหม มีบันทึกสุขภาพประจำตัว (สมุดสีชมพู) ร้อยละ 91.5 (ตารางที่ 1) สำหรับประวัติการเข้ารับบริการสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ ด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากตามสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์จะได้รับการส่งต่อเข้ารับบริการทันตกรรม ได้แก่ บริการตรวจสุขภาพช่องปาก ขัดและทำความสะอาดฟัน (รวมขูดหินน้ำลาย) พร้อมได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยส่วนใหญ่ได้รับบริการตรวจสุขภาพร้อยละ 61.3 หญิงตั้งครรภ์แต่ละสิทธิได้รับบริการใกล้เคียงกัน บัตรทองร้อยละ 61.7 ประกันสังคมร้อยละ 61.5 และข้าราชการร้อยละ 57.2 อย่างไรก็ตามมีเพียงร้อยละ 24.2 ที่ได้รับบริการขัดและทำความสะอาดฟัน ซึ่งหญิงตั้งครรภ์แต่ละสิทธิได้รับบริการใกล้เคียงกัน บัตรทองร้อยละ 22.9 ประกันสังคมร้อยละ 25.9 และข้าราชการร้อยละ 23.8 นอกจากนี้ร้อยละ 51.5 ได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก (ตารางที่ 2) จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่ามีความชุกโรคฟันผุในหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 61.0 โดยมีฟันผุเฉลี่ย 2.9±1.67 ซี่ต่อคน (สูงสุด 11 ซี่ และต่ำสุด 1 ซี่) มีหินน้ำลายร้อยละ 75.2 มีเหงือกปกติร้อยละ 8 โดยข้อมูลสุขภาพช่องปากมาจากสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวระหว่างการตั้งครรภ์ (สมุดสีชมพู) นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เข้ารับบริการทันตกรรมที่โรงพยาบาลรัฐสังกัดอื่น ๆ ได้แก่ สังกัดกระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

ตารางที่ 2 ประวัติการได้รับบริการทันตกรรม และสภาวะสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์

Table 2 History of receiving dental services and oral health status of pregnant women

History of dental services (n=388)	All coverage		By insurance type (n (%))		
Oral health examination	**n**	**%**	**UCS**	**CSMBS**	**SSI**
No service received	150	38.7	77 (38.3)	9 (42.8)	64 (38.5)
Service received	238	61.3	124 (61.7)	12 (57.2)	102 (61.5)
Oral prophylaxis and polishing					
No service received	294	75.8	155 (77.1)	16 (76.2)	123 (74.1)
Service received	94	24.2	46 (22.9)	5 (23.8)	43 (25.9)
Oral hygiene instruction					
No service received	188	48.5	92 (45.8)	10 (47.6)	86 (51.8)
Service received	200	51.5	109 (54.2)	11 (52.4)	80 (48.2)
Oral health status (n=238)	**All coverage**		**By insurance type (n (%))**		
Dental caries	**n**	**%**	**UCS**	**CSMBS**	**SSI**
Without caries	93	39.0	40 (32.2)	9 (75.0)	44 (43.1)
With caries	145	61.0	84 (67.8)	3 (25.0)	58 (56.9)
Dental calculus					
Without dental calculus	59	24.8	28 (22.6)	5 (41.7)	26 (25.5)
With calculus	179	75.2	96 (77.4)	7 (58.3)	76 (74.5)
Periodontal status					
Normal	201	84.5	107 (86.3)	9 (75.0)	85 (83.3)
Gingivitis	36	15.1	16 (12.3)	3 (25.0)	17 (16.7)
Periodontitis	1	0.4	1 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
Service units accessed					
BMA Public Hospitals	76	32.0	32 (25.9)	5 (41.7)	39 (38.3)
BMA Healthcare centers	4	1.7	2 (1.6)	0 (0.0)	2 (1.9)
Other Public Hospitals	139	58.4	82 (66.1)	7 (58.3)	50 (49.0)
Private Hospitals	7	2.9	4 (3.2)	0 (0.0)	3 (2.9)
Private Primary Care Clinics	12	5.0	4 (3.2)	0 (0.0)	8 (7.9)

Note: Responses limited to participants with previous dental service experience only (n=238)

กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงกลาโหม มากถึงร้อยละ 58.4 รองลงมาคือโรงพยาบาลรัฐสังกัดกรุงเทพมหานครร้อยละ 31.9 นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 80.7 แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง รองลงมาแปรงฟันวันละ 3 ครั้ง ร้อยละ 18.3 แปรงฟันน้อยสุด 1 ครั้งต่อวัน และมากสุด 5 ครั้งต่อวัน ส่วนใหญ่แปรงฟันหลังตื่นนอนตอนเช้าร้อยละ 99.5 และก่อนนอนร้อยละ 99.7 และหญิงตั้งครรภ์กว่าร้อยละ 40 ไม่ทราบ

ว่ายาสีฟันที่ใช้อยู่มีส่วนประกอบฟลูออไรด์หรือไม่ ด้านการรับรู้สิทธิ หญิงตั้งครรภ์ได้รับคำแนะนำให้ไปพบทันตแพทย์ร้อยละ 75 โดยส่วนใหญ่รับรู้จากหน่วยบริการรับฝากครรภ์ แต่ไม่ได้รับรู้สิทธิทันตกรรมที่ตนเองมีร้อยละ 59.8 ยิ่งไปกว่านั้นหญิงตั้งครรภ์มีประสบการณ์ที่ทำให้ไม่อยากเข้ารับบริการทันตกรรมร้อยละ 45.8 มาจาก 3 เหตุผลหลัก ได้แก่ ค่ารักษาสูง รอคิวนาน และหน่วยบริการอยู่ไกลเดินทางลำบาก (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ประสบการณ์ที่ไม่อยากเข้ารับบริการของหญิงตั้งครรภ์

Table 3 Experience that discouraged seeking dental services

Experience that discouraged seeking dental services	n	%
No experiences	129	54.2
Had experiences	109	45.8
High treatment costs	79	-
Long waiting times	26	-
Service facilities located far away, difficult to travel	4	-

Note: Responses limited to participants with previous dental service experience only (n=238), Multiple responses were permitted for reasons discouraging service utilization among those reporting negative experiences (n=109). Percentages for specific barriers are not shown as respondents could select more than one option.

สำหรับความคิดเห็นต่อโมเดลทางเลือกการจัดบริการทันตกรรมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ในกรุงเทพฯ นั้น ส่วนใหญ่ร้อยละ 80.4 มีความคิดเห็นว่าการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับรู้สิทธิยังไม่ทั่วถึง และเห็นด้วยว่าควรประชาสัมพันธ์ให้หลากหลายช่องทางมากขึ้น เช่น ผ่าน social media ผ่านองค์กรที่ทำงาน ลงชุมชน ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร และที่สำคัญ คือ หน่วยบริการรับฝากครรภ์ ในส่วนของการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากหญิงตั้งครรภ์ให้ความเห็นว่า ควรใช้รูปแบบจองคิวทำฟันผ่านแอปพลิเคชัน เช่น แอปพลิเคชันเป๋าตัง เลือกรายชื่อหน่วยบริการที่กำหนดไว้ในแอปพลิเคชัน โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ร้อยละ 44.7 รองลงมา ร้อยละ 39.4 คือ เลือกรูปแบบให้หน่วยบริการรับฝากครรภ์ ส่งตัวไปที่หน่วยบริการทันตกรรมที่จัดบริการร่วมกัน โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และเลือกรูปแบบรับคูปองไปรับบริการมูลค่า 500 บาท เพิ่มเติมที่หน่วยบริการใดก็ได้ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ร้อยละ 12.9 สำหรับด้านการรักษาจะแบ่งความคิดเห็นของหญิงตั้งครรภ์ตามสิทธิ หญิงตั้งครรภ์สิทธิบัตรทองเห็นด้วยมากถึงร้อยละ 95 กับหน่วยนวัตกรรมบริการคลินิกทันตกรรมเอกชนเข้าร่วมให้บริการประชาชนสิทธิบัตรทอง ซึ่งประชาชนสามารถเข้ารับบริการ 3 ครั้งต่อปี โดยหน่วยบริการเอกชนจะได้เงินชดเชยค่าบริการ 700 บาทต่อครั้ง

หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สิทธิประกันสังคมเห็นด้วยกับรูปแบบเดิม แต่ขอให้เพิ่มรายการรักษา และเพิ่มวงเงินรักษา หญิงตั้งครรภ์ได้แสดงความคิดเห็นว่าควรเพิ่มรายการรักษาใดให้ครอบคลุม และควรเพิ่มวงเงินเท่าใด ดังตารางที่ 4 พบว่า กว่าร้อยละ 60 อยากให้มีสิทธิประโยชน์รักษารากฟันเพิ่มในสิทธิประกันสังคม รองลงมา คือ ครอบฟัน (ร้อยละ 27.6) และอยากให้เหมือนกันทุกสิทธิหรือเท่ากับสิทธิบัตรทองร้อยละ 18 นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ยังได้แสดงความคิดเห็นต่อวงเงินการรักษาทางทันตกรรมเดิมที่มีค่า 900 บาทต่อคนต่อปี พบว่า ร้อยละ 86.6 ของหญิงตั้งครรภ์สิทธิประกันสังคมอยากให้มีวงเงินเพิ่มขึ้นระหว่าง 1,000 – 2,000 บาท โดยมีค่าเฉลี่ยของวงเงินชดเชยการรักษาทางทันตกรรมที่ 1,837.9 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 536.94) นอกจากนี้ ร้อยละ 27.1 เลือกใช้รูปแบบคล้ายบัตรทอง โดยเข้ารับบริการที่หน่วยบริการที่ตนขึ้นทะเบียน โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และหากเข้ารับบริการคลินิกทันตกรรมเอกชนให้ใช้หลักเกณฑ์เดียวกับบัตรทองด้วยเช่นกัน และร้อยละ 18.1 เลือกใช้รูปแบบคล้ายบัตรทอง เข้ารับบริการที่หน่วยบริการที่ตนขึ้นทะเบียน โดยไม่เสีย

ค่าใช้จ่าย และหากเข้ารับบริการคลินิกทันตกรรมเอกชนให้ใช้วงเงินเดิม 900 บาท และร้อยละ 5.4 เห็นด้วยว่าใช้รูปแบบเดิม คือ สิทธิเท่าเดิม แต่เพิ่มวงเงินการรักษา

หญิงตั้งครรภ์สิทธิสวัสดิการข้าราชการส่วนใหญ่ร้อยละ 85.7 ต้องการให้เพิ่มรูปแบบเข้ารับบริการที่หน่วยบริการทันตกรรมเอกชนได้ โดยมีความคิดเห็นต่อการร่วมจ่ายในอัตราร้อยละ 30 ถึง 50 โดยมีความเห็นจากหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 52.4 ว่าสามารถร่วมจ่ายค่ารักษาทางทันตกรรมได้ร้อยละ 30 (กรมบัญชีกลาง 70 : ตนเองจ่าย 30) และหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 47.6 สามารถร่วมจ่ายค่ารักษาทางทันตกรรมได้ถึงร้อยละ 50 (กรมบัญชีกลาง 50 : ตนเองจ่าย 50)

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่าสภาวะสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ในกรุงเทพฯ อยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วง โดยพบอัตราการเกิดฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาสูงถึงร้อยละ 61.0 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศที่พบในวัยทำงานอายุ 35-44 ปี (ร้อยละ 52.9) นอกจากนี้ยังพบหินน้ำลายในหญิงตั้งครรภ์สูงถึงร้อยละ 75.2 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศในกลุ่มวัยทำงาน (ร้อยละ 10.5) และยังสูงกว่าค่าเฉลี่ยของผู้มีหินน้ำลายและมีเลือดออก

ตารางที่ 4 ความคิดเห็นของหญิงตั้งครรภ์สิทธิประกันสังคมต่อการเพิ่มรายการรักษา และวงเงินชดเชยการรักษาทางทันตกรรมที่ควรจะเป็น

Table 4 Opinions of pregnant women with Social Security Insurance regarding additional dental treatment items and appropriate dental care compensation amounts

Opinions of pregnant women with Social Security Insurance	n	%
Benefit items that should be added (multiple responses allowed) n=116		
Dental crowns	32	27.6
Root canal treatment	67	57.7
Periodontal treatment	8	6.9
Equal to all insurance schemes or equivalent to Universal Coverage Scheme	18	15.5
Appropriate dental care compensation amount (n=166)		
1,000 – 1,500	85	51.3
1,501 – 2,000	62	37.3
2,001 and above	19	11.4
Average 1,837.9 THB (1,837.9±536.94)		

Note: Responses limited to pregnant women with Social Security Insurance who indicated a need for expanded benefits (n=116) and increased compensation amounts (n=166)

ในกลุ่มวัยทำงานของระดับประเทศ (ร้อยละ 51.8)[12] แม้ว่าจากการศึกษาจะพบว่ามีเหงือกอักเสบร้อยละ 15.1 ซึ่งค่อนข้างน้อย อาจจะเป็นเพราะหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยที่แตกต่างกัน กรุงเทพฯ อาจจะต้องมีการทบทวนอีกครั้ง จากสถานการณ์สุขภาพช่องปากนี้สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างในเขตกรุงเทพฯ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากสูงกว่าประชากรทั่วไป ปัญหาสุขภาพช่องปากที่พบนี้อาจสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและพฤติกรรมระหว่างการตั้งครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่าสภาวะสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์มักแย่ลงภายหลังการตั้งครรภ์อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน การแพ้ท้อง การอาเจียน และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ

งานวิจัยของ Gaszynska และคณะ (2015)[13] ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคปริทันต์และฟันผุเพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์

นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่าการเข้าถึงบริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์ในกรุงเทพฯ ยังอยู่ในระดับต่ำ แม้จะมีหญิงตั้งครรภ์ได้รับคำแนะนำให้ไปพบทันตแพทย์ถึงร้อยละ 75 แต่มีเพียงร้อยละ 61.3 ที่ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก และมีเพียงร้อยละ 24.2 เท่านั้นที่ได้รับบริการขัดและทำความสะอาดฟัน ซึ่งเป็นบริการพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการป้องกันโรคในช่องปาก สถานการณ์นี้สะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างระหว่างการรับรู้ถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากกับการได้รับบริการจริง ดังนั้นหน่วยบริการฝากครรภ์อาจจะมีส่วนสำคัญที่ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้การดูแลสุขภาพช่องปากได้ โดยอาจจะมีการให้ความรู้ ฝึกปฏิบัติการดูแลความสะอาดช่องปากโดยบุคลากรในหน่วยบริการฝากครรภ์ที่ผ่านการอบรมจากทันตบุคลากร โดยผนวกเรื่องการบริโภคอาหารและโภชนาการร่วมด้วย และช่วยให้หญิงตั้งครรภ์รับรู้สิทธิทันตกรรมได้ จากผลการศึกษาที่พบว่ามีหญิงตั้งครรภ์เพียงร้อยละ 59.8 เท่านั้นที่ทราบเรื่องสิทธิทันตกรรมระหว่างการตั้งครรภ์ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้อัตราการเข้ารับบริการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rocha และคณะ (2018)[14] ที่พบว่าการขาดความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้ารับบริการของหญิงตั้งครรภ์

ผลการศึกษายังชี้ให้เห็นว่ามีอุปสรรคหลายประการที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์ในกรุงเทพฯ โดยพบว่าร้อยละ 80.4 ของหญิงตั้งครรภ์เห็นว่าการประชาสัมพันธ์เรื่องสิทธิทันตกรรมยังไม่ทั่วถึง นอกจากนี้ อุปสรรคสำคัญอื่น ๆ รวมถึงประสบการณ์ในอดีตที่ไม่ดีจากการเข้ารับบริการ (ร้อยละ 45.8) เช่น ค่ารักษาสูง การรอคิวนาน และความยากลำบากในการเดินทาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rocha และคณะ (2018)[15] และ การศึกษาของ Bahramian และคณะ (2018)[16] ที่พบว่าปัจจัยด้านค่าใช้จ่าย ระยะเวลารอคอย และการเข้าถึงหน่วยบริการเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้ารับบริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์ ไม่แตกต่างกับการศึกษาในประเทศไทยของสุวรรณา และพัชรวรรณ (2022)[17] ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ไม่เข้ารับบริการทันตกรรมด้วยเหตุผล คือ ไม่มีปัญหาช่องปาก ท้องโตใกล้คลอด ไม่มีเวลา เดินทางไม่สะดวก ไปทำที่คลินิกย้ายที่อยู่ กลัวการทำฟัน และไม่รับรู้ว่าสามารถเข้ารับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟันได้ฟรี นอกจากนี้ความแตกต่างของสิทธิประโยชน์ระหว่างกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐต่าง ๆ ยังเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทันตกรรม[18] แม้ว่าผลการศึกษาจะพบว่าหญิงตั้งครรภ์ทุกสิทธิได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากใกล้เคียงกัน แต่ความแตกต่างในเงื่อนไขและขอบเขตการให้บริการระหว่างสิทธิบัตรทอง สิทธิประกันสังคม และสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการอาจส่งผลต่อคุณภาพและความครอบคลุมของบริการที่ได้รับ ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ต่อรูปแบบการให้บริการทันตกรรมที่มีความสะดวกและเข้าถึงได้ง่าย โดยร้อยละ 44.7 ของหญิงตั้งครรภ์เห็นด้วยกับทางเลือกในการจองคิวทำฟันผ่านแอปพลิเคชัน พร้อมค้นหารายชื่อหน่วยบริการผ่านแอปพลิเคชัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงบริการสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pierce และคณะ (2023)[19] ที่พบว่าการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสามารถช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของหญิงตั้งครรภ์ นอกจากนี้ หญิงตั้งครรภ์ยังมีความคาดหวังต่อการปรับปรุงสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ประกันตน ที่เห็นว่าควรมีการปรับวงเงินชดเชยค่ารักษาทางทันตกรรมเพิ่มขึ้นจากเดิม 900 บาทต่อปี เป็นมากกว่า 1,000 บาทขึ้นไป (ค่าเฉลี่ยประมาณ 1,800 บาทต่อปี)

ระบบบริการทันตกรรมในกรุงเทพฯ มีความซับซ้อนและมีความหลากหลายของผู้ให้บริการ ทั้งหน่วยบริการภาครัฐ คลินิกเอกชน โรงพยาบาลเอกชน และหน่วย

บริการปฐมภูมิที่รับการฝากครรภ์ (คลินิกชุมชนอบอุ่น) ซึ่งมีรูปแบบการบริหารจัดการและการเบิกจ่ายค่าชดเชยบริการที่แตกต่างกัน ความหลากหลายนี้อาจเป็นทั้งโอกาสและความท้าทายในการพัฒนาระบบบริการทันตกรรมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ การบูรณาการระหว่างหน่วยบริการฝากครรภ์และหน่วยบริการทันตกรรมเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์[20,21] การพัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการทันตกรรมให้ครอบคลุมและกระจายตัวอย่างเหมาะสมในพื้นที่กรุงเทพฯ จึงเป็นความท้าทายสำคัญในการพัฒนาระบบบริการทันตกรรมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ สอดคล้องกับข้อเสนอจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับนโยบายที่เห็นว่าควรมีการเพิ่มหน่วยบริการทันตกรรมเอกชนให้เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และควรมีการกระจายตัวของหน่วยบริการอย่างเหมาะสมกับจำนวนประชากร

จากผลการศึกษา มีข้อเสนอแนะหลายประการสำหรับการพัฒนาระบบบริการทันตกรรมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ในกรุงเทพฯ ได้แก่ การเพิ่มการประชาสัมพันธ์เรื่องสิทธิทันตกรรมให้ทั่วถึงมากขึ้น การพัฒนาระบบการค้นหาหน่วยบริการและการนัดหมายผ่านแอปพลิเคชัน การปรับปรุงสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมให้ครอบคลุมและเพียงพอ การบูรณาการระบบบริการระหว่างกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐต่าง ๆ และการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการติดตามและประเมินผลโดยสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันระหว่างกองทุนประกันสุขภาพได้ด้วย นอกจากนี้การพัฒนาระบบบริการเชิงรุก เช่น การจัดบริการทันตกรรมในชุมชนหรือในสถานที่ทำงาน และการขยายเวลาให้บริการนอกเวลาราชการยังเป็นแนวทางสำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์ สอดคล้องกับนโยบายของกรุงเทพฯ ที่มุ่งเน้นการทำงานเชิงรุกและการให้บริการถึงในชุมชน รวมไปถึงการลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐ[22,23,24] โดยการพัฒนาระบบให้ประชาชนสามารถเข้ารับบริการทันตกรรมที่หน่วยบริการที่มีข้อตกลงร่วมกันกับกองทุน จะช่วยเพิ่มทางเลือกและความสะดวกในการเข้ารับบริการของหญิงตั้งครรภ์ สอดคล้องกับแนวคิดของทั้งสามกองทุนประกันสุขภาพที่มุ่งลดความเหลื่อมล้ำที่เกิดขึ้น

การศึกษานี้มีข้อจำกัดด้านรูปแบบการวิจัยแบบภาคตัดขวาง ซึ่งไม่สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงระยะยาวของสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมการใช้บริการของหญิงตั้งครรภ์ได้ กลุ่มตัวอย่างได้มาจากหน่วยบริการฝากครรภ์อาจไม่ได้เป็นตัวแทนที่สมบูรณ์ของประชากรหญิงตั้งครรภ์ในกรุงเทพฯ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ หรือไม่ได้มีการฝากครรภ์ นอกจากนี้ข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปากมาจากสมุดบันทึกสุขภาพสีชมพูซึ่งเป็นข้อมูลทุติยภูมิที่บันทึกจากทันตบุคลากรหลายหน่วยบริการ ซึ่งไม่สามารถอ้างอิงความชุกโรคในช่องปากได้ดีเท่ากับการสำรวจสุขภาพช่องปากที่มีการปรับมาตรฐานผู้ตรวจ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการจัดบริการที่แตกต่างกันในการเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์ รวมถึงการศึกษาต้นทุนประสิทธิผลของการลงทุนด้านทันตกรรมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลต่อการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาว และการศึกษารูปแบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความตระหนักเรื่องสุขภาพช่องปากในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

หน่วยบริการฝากครรภ์ควรมีการบูรณาการงานทันตกรรมเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลระหว่างตั้งครรภ์อย่างเป็นระบบ โดยเพิ่มเติมการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปาก รวมทั้งเชื่อมโยงเรื่องของอาหารและโภชนาการที่หน่วยบริการฝากครรภ์ด้วย และจัดให้มีระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไปยังหน่วยบริการทันตกรรมและมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ควรมีการพัฒนาระบบการนัดหมายผ่านแอปพลิเคชันเพื่อลดระยะเวลารอคอย และเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการ ควรมีการจัดบริการทันตกรรมนอกเวลาราชการ

สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานประจำ รวมถึงการจัดช่องทางพิเศษ (fast track) สำหรับหญิงตั้งครรภ์ในหน่วยบริการทันตกรรม และควรมีการพัฒนาสื่อให้ความรู้และประชาสัมพันธ์เรื่องสิทธิทันตกรรมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ผ่านหลากหลายช่องทาง โดยเฉพาะสื่อสังคมออนไลน์ที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้กว้างขวาง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

กองทุนประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามกองทุนควรมีการปรับสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมให้มีความสอดคล้องและใกล้เคียงกัน และขยายขอบเขตการรักษาให้ครอบคลุม ควรมีการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศร่วมระหว่างกองทุนประกันสุขภาพเพื่อติดตามการใช้บริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์ ส่งเสริมการเพิ่มจำนวนหน่วยบริการทันตกรรมโดยเฉพาะในภาคเอกชนให้เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการในระบบกองทุนประกันสุขภาพต่าง ๆ และควรเพิ่มการประเมินความเป็นไปได้ในการดำเนินการในมาตรการต่าง ๆ เช่น การเพิ่มจำนวนหน่วยบริการทันตกรรม การขยายสิทธิประโยชน์ และการพัฒนามาตรการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งทุกคนทุกสิทธิ มีสิทธิได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก การตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน โดยปัจจุบัน สปสช. มีโครงการหน่วยบริการนวัตกรรม คลินิกทันตกรรม (คลินิกเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ 30 บาทรักษาทุกที่) แต่ สปสช. ยังไม่ได้เปิดโอกาสให้กลุ่มสิทธิประกันสังคมและข้าราชการเข้ารับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากในคลินิกนวัตกรรมที่เข้าร่วมโครงการนี้ หาก สปสช. เปิดโอกาสให้สิทธิประกันสังคมและข้าราชการเข้ารับบริการสร้างเสริมสุขภาพในคลินิกนวัตกรรมนี้ อาจจะทำให้หญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการได้สะดวกยิ่งขึ้น

สรุป

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากสำหรับหญิงตั้งครรภ์ควรประกอบด้วยกระบวนการที่เริ่มต้นจากหน่วยบริการฝากครรภ์ในการให้ข้อมูลสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมอย่างเป็นระบบและครบถ้วน โดยบูรณาการบริการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ตามมาตรฐาน เพื่อเอื้อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเข้าถึงบริการทันตกรรมผ่านทั้งระบบการส่งต่อโดยตรงจากหน่วยบริการฝากครรภ์ และการเลือกหน่วยบริการทันตกรรมด้วยตนเองผ่านกลไกสนับสนุนการค้นหาข้อมูลที่เป็นระบบ

กองทุนประกันสุขภาพภาครัฐควรดำเนินการลดความเหลื่อมล้ำโดยกำหนดสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมให้มีความสอดคล้องกันระหว่างทุกระบบกองทุน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรเปราะบางอย่างหญิงตั้งครรภ์ ควบคู่กับการขยายเครือข่ายหน่วยบริการทันตกรรมให้ครอบคลุมพื้นที่อย่างเหมาะสม ประชาชนทุกกลุ่มสิทธิควรสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงภายใต้เครือข่ายบริการของทุกกองทุน โดยไม่มีข้อจำกัดหรือเงื่อนไขที่เป็นอุปสรรคต่อการรับบริการ รวมถึงการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพทั้งของกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐ และของกรุงเทพฯ เพื่อการติดตามและประเมินผลการเข้าถึงบริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่กรุงเทพฯ อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนานโยบายด้านสุขภาพช่องปากที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับต่อไป

คำขอบคุณ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำหรับการสนับสนุนทุนวิจัยที่ทำให้การศึกษานี้เกิดขึ้นได้ ขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานคร สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัย ขอขอบคุณบุคลากรจากหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลสังกัดอื่น ๆ และคลินิกชุมชนอบอุ่น ที่สละเวลาอันมีค่าในการให้ข้อมูลและข้อคิดเห็นที่มีคุณค่า รวมถึงการอำนวยความสะดวกด้านสถานที่ในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณหญิงตั้งครรภ์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและแบ่งปันประสบการณ์อันเป็นประโยชน์ การมีส่วนร่วมของทุก

ท่านมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของงานวิจัยและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากที่ตอบสนองความต้องการของหญิงตั้งครรภ์อย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. Puertas A, Magan-Fernandez A, Blanc V, Revelles L, O'Valle F, Pozo E, León R, Mesa F. Association of periodontitis with preterm birth and low birth weight: a comprehensive review. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine 2018; 31(5): 597-602.
2. Shanthi V, Vanka A, Bhambal A, Saxena V, Saxena S, Kumar SS. Association of pregnant women periodontal status to preterm and low-birth weight babies: A systematic and evidence-based review. Dent Res J (Isfahan) 2012; 9(4): 368-80.
3. Weintraub JA, Prakash P, Shain SG, Laccabue M, Gansky SA. Mothers' caries increases odds of children's caries. J Dent Res 2010; 89(9): 954-8.
4. National Health Security Committee. National Health Security Committee announcement on payment for public health services in the case of health promotion and disease prevention services for basic services, payment according to service list B.E. 2566. 22 May 2023. (in Thai)
5. Information and Communication Technology Center, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. OHSP Percentage of pregnant women who received oral health examinations in responsible area (persons) (coverage model) [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2022 [cited 2025 Aug 20]. Available from: https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/dc5463af059cd3e6c55613fc418ce36e (in Thai)
6. Information and Communication Technology Center, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. OHSP Percentage of pregnant women who received oral health examinations and professional tooth cleaning in responsible area (persons) (coverage model) [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2022 [cited 2025 Aug 20]. Available from: https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/8897d18c21ad97d18cfb0a98abc5fb3f (in Thai)
7. Seubsingkan C, Kanha S, Nammontri O, Thongpathomwong N. Caries experiences and factors related to receiving dental treatment of pregnancy at Sangkhom hospital, Nong Khai Province. TDNJ 2017; 28(1): 60-72. (in Thai)
8. Traisuwan W. Oral health status and behaviors of pregnant migrant workers in Bangkok, Thailand: a cross-sectional study. BMC Oral Health 2021; 21(1): 379.
9. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol 2006; 3(2): 77-101.
10. Daniel WW. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 7th ed. New York: John Wiley & Sons; 1999.
11. McCarthy M. Epidemiology and policies for health planning. London: King Edward's Hospital Fund for London; 1982. p. 10-4.
12. Bureau of Dental Health. The 9th national oral health survey 2023 of Thailand.

Nonthaburi: Department of Health; 2024. (in Thai)

13. Gaszynska E, Klepacz-Szewczyk J, Trafalska E, Garus-Pakowska A, Szatko F. Dental awareness and oral health of pregnant women in Poland. Int J Occup Med Environ Health 2015; 28(3): 603-11.
14. Rocha JS, Arima LY, Werneck RI, Moyses SJ, Baldani MH. Determinants of dental care attendance during pregnancy: a systematic review. Caries Res 2018; 52(1-2): 139-52.
15. Rocha JS, Arima L, Chibinski AC, Werneck RI, Moysés SJ, Baldani MH. Barriers and facilitators to dental care during pregnancy: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. Cad Saude Publica 2018; 34: e00130817.
16. Bahramian H, Mohebbi SZ, Khami MR, Quinonez RB. Qualitative exploration of barriers and facilitators of dental service utilization of pregnant women: a triangulation approach. BMC pregnancy and childbirth 2018; 18(1): 153.
17. Eua-atthakaroon S, Sukhumalind P. Evaluation of oral health promotion and prevention services focusing on access to dental care in pregnant women under the Fee Schedule policy. JHEALTH 2022; 45(2): 39-49.
18. Chaianant N, Tussanapirom T, Kettratad M, Prasertsom P, Vejvithee W, Niyomsilp K, et al. Inequalities in dental service utilization among Thai adults from 2000 to 2017. Community Dent Oral Epidemiol 2023; 51(4): 660-70.
19. Pierce P, Whitten M, Hillman S. The impact of digital healthcare on vulnerable pregnant women: A review of the use of the MyCare app in the maternity department at a central London tertiary unit. Front Digit Health 2023; 5: 1155708.
20. Adeniyi A, Donnelly L, Janssen P, Jevitt C, Kardeh B, Von Bergmann H, et al. Pregnant women's perspectives on integrating preventive oral health in prenatal care. BMC Pregnancy Childbirth 2021; 21(1): 271.
21. Al Agili DE, Khalaf ZI. The role of oral and prenatal healthcare providers in the promotion of oral health for pregnant women. BMC Pregnancy Childbirth 2023; 23(1): 313.
22. Ghanbarzadegan A, Balasubramanian M, Luzzi L, Brennan D, Bastani P. Inequality in dental services: a scoping review on the role of access toward achieving universal health coverage in oral health. BMC Oral Health 2021; 21(1): 404.
23. Tsakos G, Watt RG, Guarnizo-Herreño CC. Reflections on oral health inequalities: theories, pathways and next steps for research priorities. Community Dent Oral Epidemiol 2023; 51(1): 17-27.
24. Watt RG. Oral health inequalities-developments in research, policy and practice over the last 50 years. Community Dent Oral Epidemiol 2023; 51(4): 595-9.

กรมอนามัย
Department of Health
มกราคม – ธันวาคม 2568
วิทยาสารทันตสาธารณสุข
เว็บไซต์: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThDPHJo



นิพนธ์ต้นฉบับ

การสำรวจความต้องการของทันตแพทย์ในการศึกษาเพิ่มเติมด้านทันตสาธารณสุข

รัฐนันท์ โล่ศุภกาญจน์

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี

คำสำคัญ

การศึกษาต่อเนื่อง

ทันตสาธารณสุข

ความต้องการการศึกษาต่อ

วันที่รับบทความ

7 มีนาคม2568

วันที่แก้ไขบทความ

15 สิงหาคม 2568

วันที่ตอบรับบทความ

17 กันยายน 2568

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจแบบตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความต้องการของทันตแพทย์ในการศึกษาเพิ่มเติมด้านทันตสาธารณสุขและวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม 2566 – สิงหาคม 2567 โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากทันตแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 361 คน โดยไม่อาศัยความน่าจะเป็นแบบสโนว์บอล เก็บข้อมูลโดยการใช้แบบสอบถามออนไลน์ ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ภาระงานด้านทันตสาธารณสุข และความต้องการศึกษาเพิ่มเติมด้านทันตสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเชิงวิเคราะห์ ผลการศึกษาพบว่า ทันตแพทย์จำนวน 130 คน (ร้อยละ 36.0) มีความต้องการศึกษาเพิ่มเติมด้านทันตสาธารณสุข ซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับสถานที่ทำงานหลัก ภาระงานด้านทันตสาธารณสุข และความจำเป็นในการจัดทำโครงการวิจัย ทั้งในสถานที่ทำงานและเพื่อการเลื่อนตำแหน่ง จุดมุ่งหมายหลักของการศึกษาต่อคือเพื่อเพิ่มพูนความรู้ (ร้อยละ 83.1) และความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน (ร้อยละ 63.1) หัวข้อที่สนใจศึกษาเพิ่มเติมมากที่สุด คือ การบริหารงานสาธารณสุขและทันตสาธารณสุข (ร้อยละ 69.2) ลักษณะหลักสูตรที่ต้องการมากที่สุด คือ หลักสูตรอบรมระยะสั้น 4 เดือน ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ (ร้อยละ 42.3) ในรูปแบบการเรียนแบบผสมผสานระหว่างการเรียนในชั้นเรียนร่วมกับแบบออนไลน์ (ร้อยละ 61.5) ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจศึกษาต่อด้านทันตสาธารณสุขหลังปริญญามากที่สุด คือ ระยะเวลาในการศึกษามีความเหมาะสม (ร้อยละ 77.7) และอุปสรรคต่อการศึกษาต่อด้านทันตสาธารณสุขมากที่สุด คือ การไม่สามารถลาศึกษาต่อได้ (ร้อยละ 38.6) โดยสรุป ประมาณหนึ่งในสามของทันตแพทย์มีความสนใจศึกษาต่อด้านทันตสาธารณสุขเพื่อเพิ่มพูนความรู้และความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน โดยการอบรมระยะสั้นในรูปแบบการเรียนแบบผสมผสานเป็นลักษณะหลักสูตรที่ต้องการมากที่สุด ข้อมูลจากการศึกษานี้เป็นประโยชน์ในการพัฒนาหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องด้านทันตสาธารณสุขให้สอดคล้องกับความต้องการและข้อจำกัดของทันตแพทย์

ผู้ประพันธ์บรรณกิจ

รัฐนันท์ โล่ศุภกาญจน์ อีเมล: rattanun.l@anamai.mail.go.th doi: 10.14456/thdentphj.2025.6

January – December 2025

Thai Dental Public Health Journal

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



Original Article

A Survey of Dentists' Educational Needs for Further Education in Dental Public Health

Rattanun Losupakarn

Bureau of Dental Health, Department of Health, Talat Khwan Sub District, Nonthaburi, Thailand 11000

KEYWORDS

Continuing education

Dental public health

Postgraduate education

Received date

7 March 2025

Revised date

15 August 2025

Accepted date

17 September 2025

ABSTRACT

This cross-sectional survey study aimed to investigate the needs of dentists for further education in dental public health and to analyze factors associated with their interest in pursuing such education. Data were collected from August 2023 to August 2024. A total of 361 dentists under the Ministry of Public Health were recruited using non-probability snowball sampling. Data were collected through an online questionnaire comprising three sections: general information, dental public health workload, and further education needs in dental public health. Both descriptive statistics and analytical statistics were used for data analysis. The results showed that 130 dentists (36.0%) expressed interest in pursuing further education in dental public health. This interest was significantly associated with the main workplace, public health-related responsibilities, and the need to conduct research, either for job requirements or career advancement. The primary motivations were enhancing knowledge (83.1%) and career advancement (63.1%). The most desired topic of study was public health and dental public health administration (69.2%). The preferred program structure was a 4-month short course incorporating both theoretical and practical components (42.3), delivered through blended learning (61.5%). The most influential factor for pursuing further education in dental public health was the appropriateness of study duration (77.7%), while the major barrier was the inability to take study leave (38.6%). In summary, approximately one-third of dentists were interested in further education in dental public health. Short-term blended learning program was the most preferred format. The findings provide valuable insights for developing continuing education programs in dental public health that align with dentists' needs and constraints.

บทนำ

ทันตสาธารณสุขเป็นงานด้านสาธารณสุขศาสตร์ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากผ่านการดำเนินกิจกรรมในระดับประชากรหรือระดับชุมชนมากกว่าระดับบุคคล มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพช่องปากที่ดี[1] ในระดับสากล การพัฒนาศักยภาพทันตแพทย์ด้านทันตสาธารณสุขมีความสำคัญมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในภาครัฐ[2] เนื่องจากบทบาทของทันตแพทย์ในหลายประเทศได้ขยายจากการรักษาทางคลินิกสู่การมีส่วนร่วมในการวางแผน ส่งเสริม และประเมินผลโครงการสุขภาพช่องปากในระดับประชากร การศึกษาของ World Federation of Public Health Association (WFPHA) พบว่า แม้จะมีหลักสูตรระดับปริญญาด้านทันตสาธารณสุขในหลายประเทศ แต่มากกว่าร้อยละ 60 ของประเทศที่ตอบแบบสอบถามจำนวน 73 ประเทศครอบคลุมทุกภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก ยังไม่ได้บูรณาการทันตสาธารณสุขอย่างเต็มที่ในระบบสุขภาพ และจำนวนผู้เชี่ยวชาญในสาขานี้ยังมีจำกัด[3] สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการในการพัฒนาศักยภาพด้านทันตสาธารณสุขที่เป็นความท้าทายในระดับนานาชาติ อย่างไรก็ตาม แม้ทันตสาธารณสุขจะเป็นสาขาที่มีความสำคัญในระดับนโยบาย แต่การศึกษาหลายประเทศกลับพบว่า ความสนใจของทันตแพทย์ในการศึกษาต่อในสาขานี้ยังค่อนข้างต่ำ เมื่อเทียบกับสาขาคลินิกอื่น เช่น ศัลยกรรมช่องปาก ทันตกรรมจัดฟัน ทันตกรรมบูรณะ หรือทันตกรรมประดิษฐ์[4-7]

สำหรับประเทศไทยก็ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพทันตแพทย์ด้านทันตสาธารณสุขตั้งแต่ระดับก่อนปริญญา โดยทันตแพทยสภากำหนดสมรรถนะวิชาชีพเพื่อการประกอบวิชาชีพทันตกรรมได้ถูกต้องตามหลักวิชาการ รวมทั้งสามารถดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชนในระดับกลุ่มประชากร ครอบครัว ชุมชน โดยผ่านแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการบริหารจัดการทางสาธารณสุข หลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิตในประเทศไทยจึงได้กำหนดให้มีความรู้พื้นฐานด้านทันตสาธารณสุขในหลักสูตรตามเพื่อให้สอดคล้องกับสมรรถนะที่ทันตแพทยสภากำหนด[8] อย่างไรก็ตาม การศึกษาด้านทันตสาธารณสุขในระดับก่อนปริญญาอาจยังไม่เพียงพอสำหรับการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุขในพื้นที่ คณะทันตแพทยศาสตร์ในบางมหาวิทยาลัยจึงได้จัดการเรียนการสอนด้านทันตสาธาณสุขระดับหลังปริญญา ทั้งหลักสูตรปริญญาโท หลักสูตรประกาศนียบัตรบัณฑิตชั้นสูง หลักสูตรวุฒิบัตร และหลักสูตรปริญญาเอก[9-14] ซึ่งการศึกษาในรูปแบบดังกล่าวบางหลักสูตรจำเป็นต้องลาศึกษาต่อเป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 1 ปี สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย จึงได้จัดทำหลักสูตรอบรมระยะสั้น (4 เดือน) ทันตสาธารณสุข สำหรับทันตแพทย์ เพื่อให้ทันตแพทย์สามารถเรียนรู้ด้านทันตสาธารณสุขได้ในระยะสั้น โดยไม่ต้องลาศึกษาต่อ สอดคล้องกับวิถีการทำงานของทันตแพทย์ ผู้เข้ารับการอบรมจะได้เรียนรู้แนวคิดหลักการด้านทันตสาธารณสุขและสามารถนำความรู้และทักษะจากการฝึกปฏิบัติไปปฏิบัติตอบสนองต่อปัญหาในพื้นที่ของตนเองภายใต้ทรัพยากรที่มีได้ โดยหลักสูตรนี้ได้จัดขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2555 และได้รับการรับรองหลักสูตรจากสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ให้ทันตแพทย์ที่บรรจุหลัง พ.ศ. 2542 สามารถใช้เป็นวุฒิในการเลื่อนระดับเป็นทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษได้[15] สำนักทันตสาธารณสุขได้จัดหลักสูตรขึ้นเป็นประจำทุกปีและมีการปรับปรุงหลักสูตรอย่างต่อเนื่อง ในระยะหลังพบว่าแนวโน้มจำนวนทันตแพทย์ผู้เข้าร่วมการอบรมหลักสูตรมีแนวโน้มลดลง[16] การศึกษาเชิงสำรวจนี้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาหลักสูตรดังกล่าว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความต้องการของทันตแพทย์ในการศึกษาเพิ่มเติมด้านทันตสาธารณสุข ทั้งในด้านรูปแบบการเรียนการสอน ระยะเวลาในการศึกษา และหัวข้อที่สนใจ รวมถึงวิเคราะห์ปัจจัยที่อาจมีอิทธิพลต่อความต้องการศึกษาต่อ เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล สถานที่ทำงาน ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ทั้งนี้เพื่อให้ข้อมูลประกอบการพัฒนาหลักสูตรและระบบสนับสนุนการศึกษาต่อให้มีความเหมาะสมและตอบสนองต่อบริบทการทำงานจริงของทันตแพทย์มากยิ่งขึ้น

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (cross-sectional survey study) โดยสำรวจความต้องการของทันตแพทย์ในการศึกษาเพิ่มเติมด้านทันตสาธารณสุข ด้วยแบบสอบถามออนไลน์ กำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นทันตแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข[17] คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรการประมาณค่าสัดส่วนในประชากร เมื่อทราบขนาดประชากร ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2_{\propto/2}P(1-P)}{(N-1)e^2 + Z^2_{\propto/2}P(1-P)}$$

โดยกำหนดให้

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดประชากร ทันตแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จากข้อมูลรายงานข้อมูลบุคลากรด้านสาธารณสุขของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2565 เป็นจำนวน 5,990 คน[17]

$Z_{\propto/2}$ = ค่ามาตรฐานจากตาราง Z สำหรับค่า $\propto$ ที่กำหนด โดยกำหนดให้ $\propto = 0.05$

P = ค่าสัดส่วนของทันตแพทย์ที่ต้องการศึกษาเพิ่มเติมด้านทันตสาธารณสุข เนื่องจากไม่ทราบจำนวนสัดส่วนทันตแพทย์ที่ต้องการศึกษาเพิ่มเติมด้านทันตสาธารณสุข จึงกำหนด P = 0.5

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ กำหนดที่ร้อยละ 5

จากการคำนวณได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 361 คน โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยไม่อาศัยความน่าจะเป็นแบบสโนว์บอล (snowball sampling) เริ่มจากการเผยแพร่แบบสอบถามในกลุ่มทันตแพทย์ที่มีบทบาทด้านทันตสาธารณสุขผ่านช่องทางออนไลน์ เช่น กลุ่มไลน์ของเครือข่ายทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุขในระดับต่าง ๆ ทั่วประเทศ เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายทั้งในด้านภูมิภาค อายุการทำงาน และหน่วยงานที่สังกัด และขอให้ทันตแพทย์ในเครือข่ายเหล่านี้ช่วยแนะนำหรือส่งต่อแบบสอบถามไปยังทันตแพทย์คนอื่น ๆ ในเครือข่าย เกณฑ์คัดอาสาสมัครเข้าร่วมการศึกษา คือ ทันตแพทย์ที่ยังให้บริการทางทันตกรรมอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข อายุ 23-59 ปี อายุการทำงาน 6 เดือนขึ้นไป และเกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากการศึกษา คือ ผู้ที่อยู่ระหว่างการลาศึกษาต่อในสาขาอื่น ๆ ผู้ที่ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนในแบบสอบถาม หรือผู้ที่ศึกษาต่อด้านทันตสาธารณสุขมาแล้ว

เครื่องมือที่ใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามชนิดให้ผู้ตอบตอบเอง (self-administered questionnaires) โดยไม่ต้องระบุตัวตนผู้ตอบ แบบสอบถามออนไลน์สร้างด้วยแบบฟอร์มของกูเกิล (Google forms) แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ในรูปแบบเติมคำตอบและเลือกตอบ 11 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลเพศ อายุ ภูมิลำเนา สถาบันที่จบการศึกษาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต ปีที่สำเร็จการศึกษา ระยะเวลารับราชการ ระดับการศึกษาสูงสุดทางทันตแพทยศาสตร์ สถานที่ทำงานปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 ภาระงานด้านทันตสาธารณสุข ในรูปแบบเติมคำตอบและเลือกตอบ 4 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลภาระงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุข ความจำเป็นในการจัดทำโครงการวิจัย และประสบการณ์ด้านการจัดทำโครงการวิจัย

ส่วนที่ 3 ความต้องการศึกษาเพิ่มเติมด้านทันตสาธารณสุข ในรูปแบบเลือกตอบและเติมคำตอบ 8 ข้อ ประกอบด้วย เหตุผลของความต้องการศึกษาเพิ่มเติมด้านทันตสาธารณสุข หลักสูตรและระยะเวลาการศึกษาเพิ่มเติมที่ต้องการ หัวข้อด้านทันตสาธารณสุขที่สนใจ รูปแบบการเรียนการสอนที่ต้องการ ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกศึกษาต่อด้านทันตสาธารณสุข อุปสรรคในการศึกษาต่อด้านทันตสาธารณสุข ความต้องการศึกษาเพิ่มเติมด้านทันตสาธารณสุข และข้อเสนอแนะด้านการจัดการศึกษาเพิ่มเติมด้านทันตสาธารณสุข

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และคำนวณค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence: IOC) ผลการประเมินแบบสอบถามโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 0.91 แต่ละ

ข้ออยู่ในช่วงระหว่าง 0.67-1 เป็นช่วงคะแนนที่ยอมรับได้ และได้ทำการแก้ไขแบบสอบถามเพิ่มเติมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบฟอร์มของกูเกิล (Google forms) ระหว่างเดือนสิงหาคม 2566 – สิงหาคม 2567 ประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางออนไลน์ กลุ่มไลน์ชมรมทันตแพทย์ต่าง ๆ เช่น ชมรมทันตแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ชมรมทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชน ชมรมทันตแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และสมาพันธ์ทันตแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ก่อนเริ่มตอบแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล ความสมัครใจในการเข้าร่วม และการรักษาความลับของข้อมูล ผ่านหน้าแรกของแบบสอบถามออนไลน์ โดยการกดปุ่มถัดไปเพื่อเข้าสู่การตอบแบบสอบถามถือเป็นการแสดงความยินยอมโดยสมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษา

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และจัดกลุ่มเนื้อหาคำตอบของข้อคำถามปลายเปิด และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงวิเคราะห์ Chi-squared test

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย เลขที่ 644/2566 เมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม 2566

ผล

จากผู้ตอบแบบสอบถาม 361 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.0) อายุเฉลี่ย 35.7 ปี (SD=8.28) ภูมิลำเนาอยู่ที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล (ร้อยละ 32.1) ระยะเวลารับราชการในตำแหน่งทันตแพทย์เฉลี่ย 11.0 ปี (SD=8.16) ระดับการศึกษาสูงสุดทางทันตแพทยศาสตร์ คือ ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต (ร้อยละ 47.6) รองลงมาคือปริญญาโท (ร้อยละ 18.3) และประกาศนียบัตรบัณฑิต (ร้อยละ 12.7) สถานที่ทำงานหลักอยู่ที่โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 52.6) ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 27.1) จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า อายุ ระยะเวลาที่รับราชการ และสถานที่ทำงานหลักสัมพันธ์กับความต้องการศึกษาต่อด้านทันตสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญ ดังข้อมูลแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามความต้องการศึกษาต่อด้านทันตสาธารณสุข

Table 1 General information of participants categorized by their need for further education in dental public health

	Self-reported need for further education in dental public health			p-value
	Yes	No	Total	
Total	**130 (36.0%)**	**231 (64.0%)**	**361 (100.0%)**	
Gender				0.633[A]
Male	34 (34.3%)	65 (65.7%)	99	
Female	96 (36.9%)	164 (63.1%)	260	
Unspecified	0	2 (100.0%)	2	
Age				0.028[B,*]
≤ 35 years old	65 (31.2%)	143 (68.8%)	208	
> 35 years old	65 (42.5%)	88 (57.5%)	153	

	Self-reported need for further education in dental public health			p-value
	Yes	No	Total	
Region of residence				0.593[B]
Northern region	28 (44.4%)	35 (55.6%)	63	
Northeastern region	21 (34.4%)	40 (65.6%)	61	
Central and western region	27 (39.1%)	42 (60.9%)	69	
Eastern region	4 (30.8%)	9 (69.2%)	13	
Southern region	14 (35.9%)	25 (64.1%)	39	
Bangkok and metropolitan area	36 (31.0%)	80 (69.0%)	116	
Service years				0.018 [B,*]
0-10 years	65 (31.0%)	145 (69.0%)	210	
> 10 years	65 (43.0%)	86 (57.0%)	151	
Highest education in dentistry				0.748[B]
Doctor of Dental Surgery (DDS)	62 (36.0%)	110 (64.0%)	172	
Postgraduate diploma	18 (39.1%)	28 (60.9%)	46	
Master's degree	27 (40.9%)	39 (59.1%)	66	
Higher graduate diploma in dentistry	5 (25.0%)	15 (75.0%)	20	
Certificate (residency program)	12 (28.6%)	30 (71.4%)	42	
Diploma (Thai Board of Dentistry)	5 (45.5%)	6 (54.5%)	11	
Doctoral degree	1 (25.0%)	3 (75.0%)	4	
Current workplace				<0.001[B,*]
Community hospital	64 (33.7%)	126 (66.3%)	190	
General hospital	16 (30.8%)	36 (69.2%)	52	
Regional hospital	9 (32.1%)	19 (67.9%)	28	
Provincial public health office	25 (73.5%)	9 (26.5%)	34	
Regional health promotion center	3 (42.9%)	4 (57.1%)	7	
Central agency within the MOPH	11 (35.5%)	20 (64.5%)	31	
Educational institution / public health college	2 (10.5%)	17 (89.5%)	19	
Location of primary workplace				0.357[B]
Northern region	23 (41.8%)	32 (58.2%)	55	

	Self-reported need for further education in dental public health			p-value
	Yes	No	Total	
Northeastern region	29 (29.6%)	69 (70.4%)	98	
Central and western region	35 (38.9%)	55 (61.1%)	90	
Eastern region	11 (28.9%)	27 (71.1%)	38	
Southern region	14 (34.1%)	27 (65.9%)	41	
Bangkok and metropolitan area	18 (46.2%)	21 (53.8%)	39	

A Fisher's Exact test, B Chi-squared test, * significant level at $p < 0.05$

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 253 คน (ร้อยละ 70.1) ให้ข้อมูลว่ามีภาระงานเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุข นอกจากนี้ ร้อยละ 33.0 ของกลุ่มตัวอย่างมีความจำเป็นต้องจัดทำโครงการวิจัยในสถานที่ทำงาน และร้อยละ 60.4 มีความจำเป็นต้องจัดทำโครงการวิจัยเพื่อความก้าวหน้าในการเลื่อนตำแหน่ง ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าภาระงานด้านทันตสาธารณสุขและความจำเป็นในการจัดทำโครงการวิจัยมีความสัมพันธ์กับความต้องการศึกษาต่อด้านทันตสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามประสบการณ์ด้านการจัดทำโครงการวิจัยในอดีตไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มที่ต้องการศึกษาต่อด้านทันตสาธารณสุขและกลุ่มที่ไม่ต้องการ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.5) มีประสบการณ์ด้านการจัดทำโครงการวิจัยจากตอนศึกษาปริญญาตรี ดังข้อมูลแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลภาระงานด้านทันตสาธารณสุขและการจัดทำโครงการวิจัย จำแนกตามความต้องการศึกษาต่อด้านทันตสาธารณสุข

Table 2 Workload in dental public health and research project implementation categorized by their need for further education in dental public health

	Self-reported need for further education in dental public health			p-value
	Yes	No	Total	
Total	**130 (36.0%)**	**231 (64.0%)**	**361 (100.0%)**	
Relevance of workload to dental public health				<0.001*
Relevance	112 (44.3%)	141 (55.7%)	253	
Irrelevance	18 (16.7%)	90 (83.3%)	108	

	Self-reported need for further education in dental public health			p-value
	Yes	No	Total	
Required to conduct research at work				<0.001*
Yes	60 (50.4%)	59 (49.6%)	119	
No	70 (28.9%)	172 (71.1%)	242	
Research required for career advancement				<0.001*
Yes	104 (47.7%)	114 (52.3%)	218	
No	26 (18.2%)	117 (81.2%)	143	
Experience in conducting research projects				0.118
No experience	15 (26.8%)	41 (73.2%)	56	
Have experience during undergraduate studies	81 (36.5%)	141 (63.5%)	222	
Have experience during postgraduate studies	53 (36.8%)	91 (63.2%)	144	
Have experience in the workplace	26 (43.3%)	34 (56.7%)	60	

Chi-square test; * significant level at $p < 0.05$

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 คน (ร้อยละ 36.0) มีความต้องการศึกษาเพิ่มเติมด้านทันตสาธารณสุข โดยเหตุผลของความต้องการศึกษาเพิ่มเติมด้านทันตสาธารณสุข อันดับแรก ได้แก่ ความต้องการได้รับความรู้เพิ่มเติม (ร้อยละ 83.1) รองลงมา ได้แก่ ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน (ร้อยละ 63.1) ความต้องการเตรียมความพร้อมสำหรับการสอบเพื่ออนุมัติบัตร/วุฒิบัตรด้านทันตสาธารณสุข (ร้อยละ 27.7) และความต้องการของหน่วยงาน (ร้อยละ 26.2) สำหรับหัวข้อด้านทันตสาธารณสุขที่กลุ่มตัวอย่างสนใจศึกษาเพิ่มเติมมากที่สุด คือ หัวข้อการบริหารงานสาธารณสุขและทันตสาธารณสุข (ร้อยละ 69.2) รองลงมา คือ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 65.4) และการวางแผนและการประเมินผลแผนงานหรือโครงการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 61.5) ตามลำดับ ดังข้อมูลแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 รายละเอียดความต้องการศึกษาต่อของทันตแพทย์ที่สนใจศึกษาเพิ่มเติมด้านทันตสาธารณสุข (n=130)

Table 3 Details of educational needs in dental public health among interested dentists

Topic	Yes n (%)	No n (%)
Reasons for further education in dental public health		

Topic	Yes n (%)	No n (%)
Desire for additional knowledge	108 (83.1%)	22 (16.9%)
Career advancement	82 (63.1%)	48 (36.9%)
Preparation for certification	36 (27.7%)	94 (72.3%)
Organization requirement	34 (26.2%)	96 (73.8%)
Other	5 (3.8%)	125 (96.2%)
Topics of interest (top 5 topics)		
Public health and dental public health administration	90 (69.2%)	40 (30.8%)
Oral health promotion	85 (65.4%)	45 (34.6%)
Planning & evaluation for oral health	80 (61.5%)	50 (38.5%)
Oral health communication	77 (59.2%)	53 (40.8%)
Writing and presentation of a scientific paper	73 (56.2%)	57 (43.8%)

ลักษณะหลักสูตรและระยะเวลาศึกษาเพิ่มเติมด้านทันตสาธารณสุขที่กลุ่มตัวอย่างต้องการมากที่สุด คือ หลักสูตรอบรมระยะสั้น 4 เดือน (5 วัน/สัปดาห์/เดือน) ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ (ร้อยละ 42.3) รองลงมา คือ หลักสูตรออนไลน์แบบ asynchronous course เช่น Coursera, Thai MOOC, MOOC Anamai (ร้อยละ 20.0) และหลักสูตรอบรมระยะสั้น ระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ เฉพาะภาคทฤษฎี (ร้อยละ 17.7) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการเรียนในรูปแบบผสมผสาน กล่าวคือ การเรียนในชั้นเรียนร่วมกับการเรียนแบบออนไลน์ (ร้อยละ 61.5) รองลงมา ได้แก่ การเรียนแบบออนไลน์ (ร้อยละ 23.1) และการเรียนในชั้นเรียน (ร้อยละ 15.4) ดังข้อมูลแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 รูปแบบการศึกษาต่อที่ต้องการของทันตแพทย์ที่สนใจศึกษาเพิ่มเติมด้านทันตสาธารณสุข (n=130)
Table 4 Preferred educational formats for dental public health studies among interested dentists (n = 130)

Topic	n = 130	%
Preferred course duration		
Short-term training (≤ 1 week, theory only)	23	17.7
4-month short-term training (5 days/week/month – theory & practical)	55	42.3
Master's degree (≤ 3 years)	11	8.5
Residency training (≤ 4 years)	7	5.4
Doctoral degree (≤ 5 years)	4	3.1
Online asynchronous (e.g. Coursera, MOOC)	26	20.0

Topic	n = 130	%
Other	4	3.1
Preferred learning format		
100% onsite	20	15.4
100% online	30	23.1
Blended (onsite + online)	80	61.5

ปัจจัยที่มีผลต่อการศึกษาต่อด้านทันตสาธารณสุขหลังปริญญา ได้แก่ ระยะเวลาในการศึกษามีความเหมาะสม (ร้อยละ 77.7) ได้รับการสนับสนุนจากที่ทำงาน (ร้อยละ 66.9) ค่าธรรมเนียมการศึกษามีความเหมาะสม (ร้อยละ 56.2) ความต้องการเพิ่มพูนทักษะ (ร้อยละ 54.6) และสถาบันอยู่ใกล้ภูมิลำเนา (ร้อยละ 46.2) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าการไม่สามารถลาศึกษาต่อได้เป็นอุปสรรคในการศึกษาต่อด้านทันตสาธารณสุขมากที่สุด (ร้อยละ 38.6) รองลงมาคือการไม่มีแหล่งทุน (ร้อยละ 30.7) และสถานที่ทำงานไม่สนับสนุนการศึกษาต่อในด้านนี้ (ร้อยละ 26.0) ดังข้อมูลแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยและอุปสรรคต่อการศึกษาต่อของทันตแพทย์ที่สนใจศึกษาเพิ่มเติมด้านทันตสาธารณสุข (n=130)
Table 5 Factors and barriers for further education in dental public health among interested dentists (n = 130)

Topic	Yes n (%)	No n (%)
Factors influencing decision for further education in dental public health		
Suitable duration	101 (77.7%)	29 (22.3%)
Support from workplace	87 (66.9%)	43 (33.1%)
Affordable tuition fees	73 (56.2%)	57 (43.8%)
Skill enhancement	71 (54.6%)	59 (45.4%)
Proximity to residence	60 (46.2%)	70 (53.8%)
Other	7 (5.4%)	123 (94.6%)
Barriers to further education		
Unable to take study leave	49 (38.6%)	78 (61.4%)
Lack of funding	39 (30.7%)	88 (69.3%)
No workplace support	33 (26.0%)	94 (74.0%)
Other	19 (15.0%)	108 (85.0%)
No barriers	34 (26.8%)	93 (73.2%)

วิจารณ์

จากการสำรวจความต้องการของทันตแพทย์ในการศึกษาเพิ่มเติมด้านทันตสาธารณสุข พบว่า ประมาณหนึ่งในสามของผู้ตอบแบบสอบถามมีความต้องการศึกษาต่อด้านทันตสาธารณสุข นับเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าหลายประเทศที่มีผู้สนใจศึกษาต่อด้านทันตสาธารณสุขต่ำกว่าร้อยละ 10[4, 6, 7, 18-20] ทั้งนี้มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ตอบแบบสอบถามได้รับการศึกษาต่อในระดับหลังปริญญาแล้ว จึงอาจไม่ได้มีความต้องการศึกษาด้านทันตสาธารณสุขเพิ่มเติม ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความต้องการศึกษาต่อด้านทันตสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุและระยะเวลารับราชการ ทันตแพทย์ผู้สนใจศึกษาต่อด้านทันตสาธารณสุขอายุเฉลี่ย 36.4 ปี รับราชการมาแล้วเฉลี่ย 11.7 ปี ซึ่งอาจเป็นช่วงอายุที่ทันตแพทย์เริ่มสนใจจะทำผลงานวิชาการเพื่อเลื่อนระดับเป็นชำนาญการพิเศษ สอดคล้องกับผลการศึกษาด้านเหตุผลที่ทันตแพทย์สนใจศึกษาต่อด้านทันตสาธารณสุขมากกว่าร้อยละ 60 ที่ต้องการความก้าวหน้าในวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ พ.ศ. 2565 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีมติเห็นชอบปรับหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินผลงานเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ และระดับชำนาญการพิเศษ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้ทันตแพทย์ที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งชำนาญการพิเศษไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีวุฒิการศึกษาเพิ่มเติมระดับประกาศนียบัตรบัณฑิตหรือเทียบเท่าแล้วก็ตาม[21]

อีกหนึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กับความต้องการศึกษาเพิ่มเติมด้านทันตสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญ คือ ปัจจัยสถานที่ทำงานหลัก โดยร้อยละ 49.2 และ 19.2 ของผู้สนใจศึกษาเพิ่มเติมด้านทันตสาธารณสุขเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตามลำดับ ซึ่งทันตแพทย์ที่มีสังกัดเหล่านี้มักมีหน้าที่นอกเหนือจากการรักษาทางคลินิก โดยอาจจำเป็นต้องดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุขระดับพื้นที่ เช่น การวางแผนงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การจัดทำโครงการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก การประเมินผลและติดตามผลการดำเนินงานเชิงระบบ ตลอดจนการสื่อสารกับภาคีเครือข่ายและชุมชน อีกทั้งทันตแพทย์กลุ่มนี้สามารถเลื่อนระดับชำนาญการพิเศษด้านทันตสาธารณสุขได้[22] จึงอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ทันตแพทย์สังกัดโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสนใจศึกษาเพิ่มเติมด้านทันตสาธารณสุขมากกว่าสังกัดอื่น ๆ

เหตุผลหลักที่ทันตแพทย์ต้องการศึกษาเพิ่มเติมด้านทันตสาธารณสุข คือ การได้รับความรู้เพิ่มเติมและเพื่อความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน สอดคล้องกับการศึกษาหนึ่งที่พบว่าทันตแพทย์ตัดสินใจศึกษาต่อในระดับหลังปริญญาเพื่อเติมเต็มความต้องการเรียนรู้ส่วนบุคคลและการพัฒนาเส้นทางอาชีพของตนเอง[23] อาจเป็นเพราะทันตแพทย์ส่วนใหญ่ที่สนใจศึกษาต่อด้านทันตสาธารณสุขเป็นผู้ที่ยังไม่ได้ศึกษาต่อเพิ่มเติมในระดับหลังปริญญาและปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จึงอาจสนใจศึกษาด้านทันตสาธารณสุขเพิ่มเติม เนื่องจากเป็นสาขาวิชาที่เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติงานและสอดคล้องกับภาระงานที่เกี่ยวข้องกับงานทันตสาธารณสุขที่ทันตแพทย์กลุ่มนี้ได้รับ โดยจากการศึกษานี้พบว่าทันตแพทย์ส่วนใหญ่มีภาระงานที่เกี่ยวข้องกับงานทันตสาธารณสุขและจำเป็นต้องจัดทำโครงการวิจัยในสถานที่ทำงานเพื่อความก้าวหน้าในการเลื่อนตำแหน่ง แม้ว่าทันตแพทย์กลุ่มนี้จะมีประสบการณ์ด้านการจัดทำโครงการวิจัยจากตอนศึกษาปริญญาตรีมาแล้ว แต่ประสบการณ์ด้านการจัดทำโครงการวิจัยในสถานที่ทำงานยังมีไม่มากนัก การศึกษาเพิ่มเติมด้านทันตสาธารณสุขจึงอาจตอบสนองความต้องการในการเพิ่มพูนประสบการณ์การจัดทำโครงการวิจัยในสถานที่ทำงานได้ มีการศึกษาที่ระบุว่าการศึกษาเพิ่มเติม (continuing education) ของทันตแพทย์ สามารถพัฒนาองค์ความรู้ของทันตแพทย์ได้ ส่งเสริมความก้าวหน้าในวิชาชีพ ตลอดจนสร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้ และช่วยสร้างเครือข่ายทันตแพทย์อีกด้วย[23-25]

หัวข้อด้านทันตสาธารณสุขที่ทันตแพทย์สนใจศึกษาต่อมากที่สุดสามอันดับแรก ได้แก่ การบริหารสาธารณสุขและทันตสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และ

การวางแผนและประเมินผลแผนงานหรือโครงการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับสมรรถนะใหม่ด้านทันตสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21 หลายประการ เช่น การจัดการโปรแกรมสุขภาพช่องปากสำหรับประชากร การออกแบบระบบเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การประเมินระบบการดูแลที่ส่งผลต่อสุขภาพช่องปาก การจัดทำโครงการวิจัยตอบสนองปัญหาด้านสุขภาพช่องปากและปัญหาสาธารณสุข โดยมุ่งเน้นเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ การพัฒนาความร่วมมือกับสหวิชาชีพ ตลอดจนความรู้ ทักษะ และความยืดหยุ่นในการจัดการกับปัญหาทันตสาธารณสุขที่มีความซับซ้อนที่เพิ่มมากขึ้น[26, 27] นอกจากนี้ยังมีผู้ตอบแบบสอบถามหลายรายเสนอหัวข้อด้านทันตสาธารณสุขที่สนใจเพิ่มเติมหลากหลายหัวข้อ เช่น การจัดการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพช่องปากและการนำไปใช้ประโยชน์ ระบบทันตสาธารณสุขในประเทศต่าง ๆ นวัตกรรมการจัดบริการทันตสาธารณสุข และการจัดการด้านนโยบายและระบบบริการอีกด้วย

ลักษณะหลักสูตรการศึกษาต่อด้านทันตสาธารณสุขที่ทันตแพทย์ต้องการมากที่สุด คือ การอบรมระยะสั้น 4 เดือน (5 วัน/สัปดาห์/เดือน) ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ การศึกษาในรูปแบบนี้ช่วยให้ผู้เรียนไม่จำเป็นต้องลาศึกษาต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลานาน และสามารถประยุกต์กับการทำงานในพื้นที่ได้ สอดรับกับความต้องการของทันตแพทย์ที่มีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบมาก หน่วยงานต้นสังกัดจึงไม่สามารถสนับสนุนให้ลาศึกษาระยะยาวได้ ลักษณะหลักสูตรที่ทันตแพทย์ต้องการรองลงมาคือ รูปแบบหลักสูตรออนไลน์แบบ asynchronous course เช่น Coursera, Thai MOOC, MOOC Anamai ซึ่งเป็นรูปแบบการศึกษาต่อด้านทันตแพทยศาสตร์ที่นิยมมากขึ้นในปัจจุบัน เนื่องจากการศึกษาออนไลน์มีความยืดหยุ่นด้านเวลาและสามารถเรียนซ้ำได้ตามต้องการ สอดรับกับความต้องการของทันตแพทย์บางกลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านเวลา ค่าใช้จ่าย และระยะทางในการศึกษาต่อในระดับหลังปริญญา อย่างไรก็ตามการเรียนออนไลน์ก็มีข้อจำกัดในการเรียนภาคปฏิบัติ[23, 28-30] รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ทันตแพทย์ผู้ตอบแบบสอบถามต้องการมากที่สุดคือการเรียนแบบผสมผสาน (blended learning) กล่าวคือเป็นการผสมผสานระหว่างการเรียนในห้องเรียน (on-site learning) และการเรียนออนไลน์ (online learning) ซึ่งเป็นที่นิยมมากยิ่งขึ้นในการจัดการเรียนการสอนทันตแพทยศาสตรศึกษา (dental education) ในหลายประเทศ ภายหลังการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19 pandemic)[31] อย่างไรก็ตามมีผู้ตอบแบบสอบถามหลายรายที่ต้องการศึกษาต่อในรูปแบบการเรียนในห้องเรียน โดยให้ความเห็นว่าการเรียนในห้องเรียนมีบรรยากาศการเรียนการสอนที่ดีกว่า เอื้อต่อการเรียนและการพัฒนางานวิจัยด้านทันตสาธารณสุขมากกว่า ในระหว่างการเรียนการสอน ผู้สอนและผู้เรียนสามารถมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกัน และสามารถอภิปรายร่วมกันในห้องเรียนได้ ซึ่งรูปแบบการเรียนการสอนในลักษณะนี้เป็นการดึงดูดความสนใจของทันตแพทย์เจเนอเรชันวาย[32] ซึ่งเป็นกลุ่มอายุของทันตแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามนี้มากที่สุด ในขณะเดียวกันผู้ตอบแบบสอบถามหลายรายยังต้องการการศึกษาต่อด้านทันตสาธารณสุขแบบออนไลน์เนื่องจากการเรียนการสอนในรูปแบบออนไลน์เอื้อต่อผู้เรียนที่มีครอบครัวและภาระที่ต้องดูแล ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาต่อของทันตแพทย์ทั้งข้อจำกัดด้านเวลาและค่าใช้จ่าย[28] นอกจากนี้มีผู้ตอบแบบสอบถามเสนอให้มีการจัดทำหลักสูตรออนไลน์หลากหลายรูปแบบ ทั้งแบบ synchronous course ที่ทำให้ยังสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับอาจารย์และเพื่อนร่วมชั้นเรียนโดยไม่ต้องเดินทางมาเรียนในห้องเรียน และ asynchronous course ที่เปิดกว้างให้ผู้เรียนสามารถเข้าถึงได้ตลอดตามต้องการและจัดตารางการพัฒนาตนเองได้

ข้อมูลในกลุ่มทันตแพทย์ที่สนใจศึกษาต่อด้านทันตสาธารณสุข ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกศึกษาต่อ ได้แก่ ระยะเวลาในการศึกษาที่เหมาะสม ซึ่งได้รับการเลือก

มากที่สุด รองลงมาได้แก่ การได้รับการสนับสนุนการศึกษาต่อจากหน่วยงานต้นสังกัด และค่าธรรมเนียมการศึกษาที่เหมาะสม ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนจากหน่วยงานต้นสังกัด ประสบการณ์ส่วนบุคคลของทันตแพทย์ ความน่าสนใจของหัวข้อการสอน อิทธิพลของสถานที่ศึกษาและตำแหน่งของสถานที่ศึกษา ระยะเวลาโปรแกรมการเรียนการสอน ตลอดจนค่าธรรมเนียมการศึกษา ล้วนมีผลต่อการตัดสินใจศึกษาต่อของทันตแพทย์[4, 23, 28, 33] ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ยังสะท้อนให้เห็นว่าทันตแพทย์จำนวนไม่น้อยมองว่าค่าใช้จ่ายเป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองโดยไม่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานต้นสังกัด นอกจากนี้ทันตแพทย์ผู้ตอบแบบสอบถามหลายรายยังเสนอให้มีการเสริมพลังให้ทันตแพทย์ที่สนใจศึกษาต่อด้านนี้ โดยการเพิ่มแรงจูงใจและค่าตอบแทนให้กับผู้ที่ศึกษาต่อในสาขาทันตสาธารณสุข เพื่อพัฒนาและขยายขอบเขตการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุข รวมถึงเสนอให้ส่วนกลางจัดสรรงบสนับสนุนการศึกษาด้านทันตสาธารณสุข เพื่อพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานโดยไม่กระทบกับการบริหารจัดการงบประมาณจากต้นสังกัด เพื่อลดอุปสรรคต่อการศึกษาต่อด้านทันตสาธารณสุข

การศึกษานี้มีข้อจำกัดในการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากเป็นการให้อาสาสมัครทันตแพทย์ตอบแบบสอบถามออนไลน์ตามความสมัครใจ จึงไม่สามารถควบคุมจำนวนทันตแพทย์ผู้เข้าร่วมให้เป็นสัดส่วนกับจำนวนทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานที่ที่แตกต่างกันได้ นอกจากนี้การสุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็นด้วยการส่งต่อแบบ snowball sampling อาจก่อให้เกิด selection bias หรือเกิดความเอนเอียงในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้อาจไม่เป็นตัวแทนของทันตแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดอย่างแท้จริง และเก็บข้อมูลเฉพาะจากทันตแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยไม่ได้รวมทันตแพทย์สังกัดอื่น เช่น มหาวิทยาลัย กระทรวงมหาดไทย กระทรวงกลาโหม หรือภาคเอกชน ซึ่งอาจมีความต้องการศึกษาต่อด้านทันตสาธารณสุขที่แตกต่างออกไป ภายใต้ข้อจำกัดนี้ ผลลัพธ์ที่ได้ไม่สามารถสะท้อนภาพรวมของทันตแพทย์ทั้งประเทศได้อย่างครบถ้วน และอาจสะท้อนเฉพาะมุมมองหรือความต้องการของทันตแพทย์บางกลุ่มที่อาจสนใจในด้านทันตสาธารณสุขอยู่แล้ว ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการประมาณการความต้องการศึกษาต่อที่สูงเกินจริง หรือคลาดเคลื่อนจากสภาพความเป็นจริง ดังนั้นการตีความผลการศึกษาในครั้งนี้ควรพิจารณาร่วมกับข้อจำกัดดังกล่าว และในอนาคตควรดำเนินการศึกษาเพิ่มเติมโดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอาศัยความน่าจะเป็น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความเที่ยงตรงและเป็นตัวแทนของประชากรเป้าหมายได้อย่างแท้จริง

สรุป

ประมาณหนึ่งในสามของทันตแพทย์มีความสนใจศึกษาต่อด้านทันตสาธารณสุข เพื่อเพิ่มเติมความรู้และความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน โดยการอบรมระยะสั้น 4 เดือน (5 วัน/สัปดาห์/เดือน) ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ในรูปแบบการเรียนการสอนผสมผสานระหว่างการเรียนในห้องเรียนและการเรียนออนไลน์ เป็นลักษณะหลักสูตรที่ต้องการมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก หรือการสนทนากลุ่ม เพื่อเข้าใจแรงจูงใจและอุปสรรคในการศึกษาต่อด้านทันตสาธารณสุขของทันตแพทย์ในเชิงลึก ตลอดจนการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบหลักสูตรที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

ควรพัฒนาหลักสูตรด้านทันตสาธารณสุขให้สอดคล้องกับความต้องการของทันตแพทย์ ทั้งในด้านเนื้อหาความรู้ภายในหลักสูตรที่ทันสมัย สามารถนำไปประยุกต์กับการดำเนินงานในพื้นที่ได้ และด้านรูปแบบการเรียนการสอนที่มีทางเลือกหลากหลายและเหมาะสมกับวิถีชีวิตของทันตแพทย์ในยุคปัจจุบัน ตลอดจนค่าธรรมเนียมเหมาะสม[23, 28]

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรมีการกำหนดให้การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านทันตสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข มีแนวทางที่ชัดเจนในการสนับสนุนการลาศึกษาต่อของทันตแพทย์ในสาขานี้[23, 28] โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนการศึกษาเพิ่มเติมด้านทันตสาธารณสุขทั้งจากส่วนกลางและหน่วยงานต้นสังกัด ทั้งในด้านโอกาสความก้าวหน้า ค่าตอบแทน และการสนับสนุนในระบบงาน เช่น การลาศึกษาต่อโดยไม่กระทบต่อภาระงาน หรือการจัดสรรงบประมาณจากส่วนกลางแทนการใช้งบจากหน่วยงานต้นสังกัด เพื่อจูงใจให้ทันตแพทย์สนใจศึกษาต่อด้านทันตสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น สามารถพัฒนาองค์ความรู้ด้านทันตสาธารณสุขและนำความรู้และทักษะด้านทันตสาธารณสุขไปประยุกต์ใช้ให้เป็นประโยชน์กับพื้นที่รับผิดชอบของตนเองได้

คำขอบคุณ

ขอขอบคุณ ทพญ.วรมน อัครสุต และ ทพ.วรุต ชลิทธิกุล ที่ให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาหลักสูตรด้านทันตสาธารณสุขต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Chestnutt IG. Dental Public Health at a Glance: Wiley; 2016.
2. Howell SEI. Attitudes and behaviors regarding public health of dental school graduates from A. T. Still University. J Dent Educ 2020; 84(6): 681-7.
3. Lomazzi M, Wordley V, Bedi R. Dental public health capacity worldwide: Results of a global survey. J Public Health Policy 2016; 37(4): 528-42.
4. Shin JH, Kinnunen TH, Zarchy M, Da Silva JD, Chang BMW, Wright RF. Factors Influencing Dental Students' Specialty Choice: A Survey of Ten Graduating Classes at One Institution. Journal of Dental Education 2015; 79(4): 369-77.
5. Thiem DGE, Puladi B, Seifert L, Becker P, Bjelopavlovic M, Magennis P, et al. Post-graduation career pathways: a nationwide survey among dental students in Germany. Clin Oral Investig 2024; 28(2): 134.
6. Thierer TE, Meyerowitz C. Trends in Generalist and Specialty Advanced Dental Education and Practice, 2005-06 to 2015-16 and Beyond. J Dent Educ 2017; 81(8): eS162-eS70.
7. Sonkar J, Bense S, ElSalhy M. Factors affecting pre-doctoral dental students' selection of advanced dental education: A cross-sectional study. J Dent Educ 2020; 84(12): 1388-98.
8. Thai Dental Council. Dental Professional Standards of the Thai Dental Council. [online] 10 January 2019. [cited 2023 March 21]; Available from: https://dentalcouncil.or.th/images/uploads/file/XEK5VKDF77QLPVXS.pdf (in Thai)
9. Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University. Graduate programs - Dental Public Health. [online] [cited 2023 March 21]; Available from: https://www.dent.chula.ac.th/graduate-programs/dental-public-health/ (in Thai)
10. Faculty of Dentistry, Chiang Mai University. Graduate Programs. [online] [cited 2023 March 21]; Available from: https://grad.dent.cmu.ac.th/graduate-programs (in Thai)
11. Faculty of Dentistry, Prince of Songkla University. Graduate Programs. [online] [cited 2023 March 21]; Available from:

https://www.dent.psu.ac.th/unit/postgrad1 / (in Thai)

12. Faculty of Dentistry, Khon Kaen University. Graduate Programs. [online] [cited 2025 May 13]. Available from: https://gsbooks.gs.kku.ac.th/67/manual/files/master/10-dent/mdent-01.pdf (in Thai)
13. Faculty of Dentistry, Naresuan University. Master of Science Program in Dentistry. [online] [cited 2025 May 13]. Available from: https://www.nu.ac.th/?page_id=4344#course (in Thai)
14. Faculty of Dentistry, Mahidol University. Master of Science Program in Dentistry Major in Community Dentistry. [online] [cited 2025 May 13]. Available from: https://dt.mahidol.ac.th/master-of-science-program-in-dentistry-major-in-community-dentistry-prospective-en/ (in Thai)
15. Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health. The performance evaluation for the position of Dentist (Senior Professional Level). Circular letter no. 0201.039/258 on 31 August 2010. (in Thai)
16. Dental Public Health System Development Group, Bureau of Dental Health. Personnel Capacity Development 2017–2022. [online] [cited 2023 March 21]; Available from: https://dental.anamai.moph.go.th/th/dental-public-health-system-development-group/?reload. (in Thai)
17. Strategy and Planning Division, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Annual Report on Public Health Personnel for the Year 2022. (in Thai)
18. Haworth JA, Jopson JL, Harrison JE, Cobourne MT, Cunningham SJ, McIntyre GT, et al. Perceptions of undertaking a higher degree alongside dental specialty training: A cross-sectional survey of UK dental specialty trainees. European Journal of Dental Education 2024; 28(4): 897-904.
19. Halawany HS, Binassfour AS, AlHassan WK, Alhejaily RA, Al Maflehi N, Jacob V, et al. Dental specialty, career preferences and their influencing factors among final year dental students in Saudi Arabia. The Saudi dental journal 2017; 29(1): 15-23.
20. García-Espona I, García-Espona E, Alarcón JA, Fernández-Serrano J. European inequalities and similarities in officially recognized dental specialties. BMC Oral Health 2023; 23(1): 280.
21. Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Criteria, Methods, and Conditions for Performance Evaluation for Promotion to Professional and Senior Professional Levels under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Circular letter no. 0208.08/1377 on 24 March 2022. (in Thai)
22. Ministry of Public Health. Guidelines for the submission of professional performance evaluation for senior dental practitioners in clinical and public health dentistry. Circular letter no. 0208.08/5708 on 17 October 2022. (in Thai)
23. Nazir M, Al-Ansari A, Alabdulaziz M, AlNasrallah Y, Alzain M. Reasons for and Barriers to Attending Continuing Education Activities and Priorities for Different Dental

Specialties. Open Access Maced J Med Sci 2018; 6(9): 1716-21.
24. Al-Ansari A, Nazir MA. Dentists' responses about the effectiveness of continuing education activities. Eur J Dent Educ 2018; 22(4): e737-e44.
25. Heir GM. Continuing education: Caveat emptor. J Am Dent Assoc 2017; 148(4): 201-3.
26. Altman D, Mascarenhas AK. New competencies for the 21st century dental public health specialist. J Public Health Dent 2016; 76(Suppl 1): S18-s28.
27. Weintraub JA, Rozier RG. Updated competencies for the dental public health specialist: using the past and present to frame the future. Journal of Public Health Dentistry 2016; 76(S1): S4-S10.
28. Eliav E. Editorial: The challenge of continuing dental education. Quintessence Int 2019; 50(10): 769.
29. Fontana M, González-Cabezas C, de Peralta T, Johnsen DC. Dental education required for the changing health care environment. Journal of dental education 2017; 81(8): eS153-eS61.
30. Kearney RC, Premaraj S, Smith BM, Olson GW, Williamson AE, Romanos G. Massive Open Online Courses in Dental Education: Two Viewpoints. Journal of Dental Education 2016; 80(2): 121-7.
31. Duś-Ilnicka I, Paradowska-Stolarz A, Mazur M, Radwan-Oczko M, Perra A, Paula VS, et al. Blended intensive programme's implementation in dental education: post-pandemic evolution of learning. BMC Med Educ 2024; 24(1): 352.
32. Berlin-Broner Y, Levin L. Editorial: Generation Y dental students' education: real-time and interactive. Quintessence Int 2019; 50(4): 257-8.
33. Harrison JL, Platia CL, Ferreira L, Soh M, Bugueño JM, Thompson TL, et al. Factors affecting dental students' postgraduate plans: A multi-site study. J Dent Educ 2022; 86(2): 124-35.

กรมอนามัย
Department of Health
มกราคม – ธันวาคม 2568
วิทยาสารทันตสาธารณสุข
เว็บไซต์: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThDPHJo



นิพนธ์ต้นฉบับ

การให้ความหมาย คุณค่า และรูปแบบในการเคี้ยวหมากของผู้สูงอายุบ้านเปิ่งเคลิ่ง ตำบลแม่จัน อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก

*ภานิดา พันธ์ผล ทิพย์ฤทัย ประยูรวงษ์ รัชดาภรณ์ เค้ามงคลกิจ ภัชรพล สำเนียง ธนิดา โพธิ์ดี**

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ต. ท่าโพธิ์ อ. เมืองพิษณุโลก จ.พิษณุโลก 65000

คำสำคัญ

หมาก

คำหมาก

เคี้ยวหมาก

ผู้สูงอายุ

วันที่รับบทความ

25 สิงหาคม 2568

วันที่แก้ไขบทความ

30 กันยายน 2568

วันที่ตอบรับบทความ

21 ตุลาคม 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้ความหมายและคุณค่า รวมถึงรูปแบบของการเคี้ยวหมากของผู้สูงอายุในหมู่บ้านเปิ่งเคลิ่ง ตำบลแม่จัน อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก ซึ่งเป็นพื้นที่ชายแดนไทย-พม่า มีการปลูกต้นหมากมากเป็นอันดับต้นของอำเภอ ผู้สูงอายุยังนิยมเคี้ยวหมาก และพบข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งช่องปากจำนวนมากที่สุดในอำเภอ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตโดยการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เคี้ยวหมากหรือเคยเคี้ยวหมาก และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยหรือภาษากะเหรี่ยง จำนวน 13 คน เก็บข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคมถึงธันวาคม พ.ศ.2567 ผลการศึกษาพบว่าการให้ความหมายของการเคี้ยวหมากในผู้สูงอายุบ้านเปิ่งเคลิ่ง มี 3 ประเด็น ได้แก่ การเคี้ยวหมากเพื่อความเพลิดเพลินยามว่าง เป็นเรื่องปกติธรรมดา แม้แต่เด็ก วัยรุ่น และผู้ใหญ่ในชุมชนก็ชอบเคี้ยวหมาก การเคี้ยวหมากไม่เป็นอันตราย ส่งผลกระทบต่อช่องปากเพียงเล็กน้อย และการเคี้ยวหมากแก้ง่วงนอนและช่วยให้ตื่นตัว ส่วนรูปแบบของการเคี้ยวหมากในชุมชนมี 2 แบบ ได้แก่ การเคี้ยวหมากที่ทำเองที่บ้าน และการเคี้ยวหมากที่ซื้อจากร้านค้า โดยผู้สูงอายุชอบเคี้ยวหมากที่ทำเองที่บ้านมากกว่า เนื่องจากมีรสชาติดีกว่า สะอาด และปลอดภัยมากกว่าหมากที่ซื้อจากร้านค้า ข้อเสนอแนะการวิจัย ควรเพิ่มการให้ความรู้เรื่องอันตรายของการเคี้ยวหมากแก่กลุ่มผู้สูงอายุ

* **ผู้ประพันธ์บรรณกิจ**

ธนิดา โพธิ์ดี อีเมล: thanidap@nu.ac.th doi: 10.14456/thdentphj.2025.7

กรมอนามัย
Department of Health

January – December 2025

Thai Dental Public Health Journal

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



Original Article

Meaning, Value, and Patterns of the Betel Quid Chewing among Elderly in Ban Peng Keling, Mae Chan Subdistrict, Umphang District, Tak Province

*Panida Panpon, Tipruthai Prayoonwong, Ruchadaporn Kaomongkolgit, Patcharaphol Samnieng, Thanida Pothidee**

Faculty of Dentistry, Naresuan University, Tha Pho Sub District, Phitsanulok 65000

KEYWORDS

Arica nut
Betel quid
Betel quid chewing
Elderly

Received date
25 August 2025
Revised date
30 September 2025
Accepted date
21 October 2025

ABSTRACT

This qualitative study aimed to examine the meanings, values, and patterns of betel quid chewing among the elderly in Ban Peng Keling, Mae Chan Sub-district, Umphang District, Tak Province. This area, located along the Thai–Myanmar border, is notable for its extensive areca palm cultivation and has the highest reported incidence of oral cancer in the district. Betel quid chewing remains a prevalent cultural practice among the elderly population. Data were collected from 13 elderly individuals aged 60 years and above, selected through purposive sampling. All participants were current or former betel quid chewers and were able to communicate in either Thai or Karen languages. In-depth interviews and observations were conducted between August and December 2024. The study found that the meanings associated with betel quid chewing among the elderly in Ban Peng Keling could be categorized into three main themes: Betel quid chewing as a leisure activity, perceived as a normal and enjoyable part of daily life; even children, teenagers, and adults in the community enjoy chewing. It is further perceived as relatively harmless, with key informants believing that betel quid poses minimal risk to oral health, while also serving as a means to alleviate drowsiness and enhance alertness. Regarding the patterns of betel quid chewing in the community, two types were identified: homemade betel quid and betel quid purchased from local shops. The elderly preferred homemade betel quid, citing better taste, cleanliness, and safety compared to the shop-bought variety. It is recommended that knowledge dissemination on the health risks of betel quid chewing should be enhanced among the elderly.

* **Corresponding author**
Thanida Pothidee E-mail address: thanidap@nu.ac.th doi: 10.14456/thdentphj.2025.7

บทนำ

การเคี้ยวหมากเป็นที่นิยมอย่างแพร่หลายในทวีปเอเชีย รวมถึงในประเทศต่าง ๆ ที่มีผู้อพยพชาวเอเชีย[1,2] สำหรับประเทศไทยการเคี้ยวหมากเป็นวัฒนธรรมที่คู่กับสังคมมานานตั้งแต่สมัยสุโขทัยเรื่อยมาจนถึงรัตนโกสินทร์ เป็นที่นิยมของประชาชนทั่วไปตลอดจนถึงชนชั้นสูง แต่เดิม “คำหมาก” จะมีส่วนประกอบ 3 อย่าง คือ หมาก ใบพลู และปูน (ขาวหรือแดง) อาจใส่เปลือกไม้ลงไปแล้วแต่ความนิยมในแต่ละท้องถิ่น ต่อมาเมื่อเริ่มมียาเส้น จึงนำยาเส้นมาใช้ประกอบการเคี้ยวหมาก บางคนใช้ยาเส้นถูฟันก่อนและหลังกินหมาก หรือใช้เช็ดปากระหว่างเคี้ยวหมากเมื่อรู้สึกว่าน้ำหมากจับปาก[3] ภายหลังคำหมากจึงมักประกอบด้วยเครื่องกินทั้งหมด 4 อย่าง ได้แก่ ผลหมาก ใบพลู ปูนแดง และยาเส้น และอาจมีการใส่เครื่องหอมหรือผสมเปลือกไม้อื่น ๆ เช่น กานพลู การบูร พิมเสน เปลือกสีเสียด เพื่อให้เกิดรสชาติที่ดีขึ้น[4]

ผลหมากมีสารแอลคาลอยด์ (Alkaloids) ได้แก่ อะรีโคลีน (arecoline) อะรีเคน (arecaidine) กูวาซีน (guvacine) และกูวาโคลีน (guvacoline) มีสรรพคุณช่วยกระตุ้นให้ผู้เคี้ยวรู้สึกสดชื่นกระปรี้กระเปร่า เป็นยาบรรเทาความเครียด และเป็นสารเสพติดที่มีฤทธิ์อ่อนๆ[4] องค์การวิจัยมะเร็งนานาชาติ (The International Agency for Research on Cancer; IARC) ได้จัดให้ “คำหมาก (Betel quid) ที่ไม่มีการใส่ยาสูบ” และ “ผลหมาก (areca nut)” เป็นสารก่อมะเร็ง กลุ่มที่ 1 (group 1 carcinogens)[1] ในการเคี้ยวหมากแม้ว่าจะคายคำหมากทิ้งไปแล้วยังสามารถพบชิ้นส่วนขององค์ประกอบในคำหมากตกค้างอยู่ในช่องปากได้เป็นระยะเวลานาน สารจากผลหมากสามารถทำให้เกิดรอยโรคมะเร็ง และรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปาก (Oral potentially malignant disorders: OPMD) ได้ เช่น รอยโรคสีขาวในช่องปาก (Oral leukoplakia) รอยโรคสีแดง (Erythroplakia) รอยโรคไลเคนอยด์ (Oral lichenoid lesions) และ ซับมิวคัสไฟโบรซิสช่องปาก (Oral submucous fibrosis) โดยความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งช่องปากจะขึ้นกับปริมาณที่ได้รับ (Dose-response) ทั้งความถี่ (Frequency) และระยะเวลา (Duration) ที่หมากอยู่ในช่องปาก[1] ดังนั้น ทั้งจำนวนคำหมากที่เคี้ยวในแต่ละวันและจำนวนปีที่เคี้ยวหมากจึงมีผลต่อความเสี่ยง[5] การเคี้ยวคำหมากที่มีส่วนผสมของใบยาสูบยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการมีรอยโรคในช่องปาก มะเร็งในช่องปาก ภาวะเหงือกอักเสบ และปริทันต์อักเสบ[5,6] มะเร็งหลอดอาหาร[7] และ มะเร็งช่องคอด้วย[8] การศึกษาในเขตตะโกน เมืองใหม่ตะวันออก (Dagon Myothit (East) Township) ประเทศพม่า พบว่าผู้ที่เคี้ยวหมากที่ไม่มีส่วนผสมของใบยาสูบมีโอกาสพบรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปากมากกว่าผู้ที่ไม่ได้เคี้ยวหมาก 6 เท่า แต่จะเพิ่มโอกาสสูงขึ้นเป็น 27 เท่าหากเป็นการเคี้ยวหมากที่มีใบยาสูบ[9]

อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก มีอาณาเขตติดกับรัฐกะเหรี่ยง ประเทศพม่า ในอดีตเป็นที่อยู่ของชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง ต่อมามีคนไทยจากภาคเหนืออพยพเข้ามาอาศัย ปัจจุบันมีเชื้อชาติหลากหลาย ทั้งคนไทย กะเหรี่ยง โพล่ว และม้ง ทำให้มีวิถีชีวิตและวัฒนธรรมที่ผสมผสานและมีความหลากหลาย[10] อาชีพหลักของประชาชน คือ การเกษตร มีพืชเศรษฐกิจหลัก ได้แก่ ข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ ข้าว มันสำปะหลัง หมาก และยางพารา ตามลำดับ โดยพื้นที่ตำบลแม่จัน เป็นพื้นที่ที่มีการปลูกหมากมากที่สุดในอำเภอ ประมาณ 9,932.5 ไร่ หรือร้อยละ 98 ของพื้นที่ปลูกหมากทั้งอำเภอ[11] โดยหมู่ 9 บ้านเปิ่งเคลิ่ง มีพื้นที่ปลูกหมากมากที่สุดเป็นอันดับ 2 รองจากหมู่ 10 โดยแต่ละหมู่บ้านปลูกหมากมากกว่า 4,000 ไร่ แตกต่างกัน 135 ไร่ เนื่องจากเป็นพืชที่ถูกส่งเสริมในการปลูกเพื่อการอนุรักษ์และฟื้นฟูสภาพป่า นอกจากนี้ยังเป็นพืชเศรษฐกิจใช้พื้นที่ปลูกน้อย ปลูกง่าย ขายได้ราคาดี ผลหมากสามารถเก็บไว้ได้นาน ไม่เน่าเสียง่ายระหว่างการขนส่ง ขายได้ทั้งแบบผลสดและผลแห้ง จึงมีการปลูกเพื่อส่งเสริมการส่งออกด้วย[12]

จากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอุ้มผาง 5 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ถึง พ.ศ. 2565 พบมีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นรอยโรคเสี่ยงมะเร็ง จำนวน 95 คน

และมะเร็งช่องปาก จำนวน 26 คน (รวม 121 คน) โดยผู้ป่วยมะเร็งเป็นชาย 17 คน (ร้อยละ 65.4) ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 16 คน (ร้อยละ 61.5) สถานะสุขภาพของผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) จำนวน 8 คน (ร้อยละ 30.8) และเสียชีวิต จำนวน 8 คน (ร้อยละ 30.8) เท่ากัน ผู้ป่วยมะเร็งมาจากตำบลแม่จัน 16 คน ตำบลโมโกร 5 คน ตำบลอุ้มผาง 4 คน ตำบลแม่กลอง 1 คน ส่วนในอีก 2 ตำบลไม่พบผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วย 16 คนที่อาศัยอยู่ตำบลแม่จัน พบว่าอาศัยอยู่ในหมู่ 9 บ้านเปิ่งเคลิ่งมากที่สุดจำนวน 8 คน (ร้อยละ 50) หมู่ 10 จำนวน 4 คน หมู่ 7 จำนวน 2 คน หมู่ 1 และ 2 จำนวนหมู่ละ 1 คน จากข้อมูลนี้จึงคาดว่าสาเหตุที่ประชาชนในหมู่บ้านเปิ่งเคลิ่งพบผู้ป่วยมะเร็งช่องปากมากที่สุดของอำเภอ น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเคี้ยวหมาก เนื่องจากมีพื้นที่ปลูกหมากมากเป็นอับดับต้นของอำเภอ

บ้านเปิ่งเคลิ่งอยู่ทางทิศตะวันตกของอำเภอติดกับประเทศพม่า ระยะทางห่างจากตัวอำเภอ 85 กิโลเมตร การคมนาคมยากลำบาก เนื่องจากลักษณะภูมิประเทศเป็นภูเขาล้อมรอบ มีด่านชายแดน มีความเจริญทางเศรษฐกิจ มีโรงเรียน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประชากรจึงอพยพโยกย้ายเข้ามาในพื้นที่จำนวนมากกลายเป็นหมู่บ้านขนาดใหญ่ ประชากรในพื้นที่มีทั้งคนไทยและกลุ่มชาติพันธุ์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้ความหมายและคุณค่า รวมถึงรูปแบบของการเคี้ยวหมากในผู้สูงอายุ เพื่อทำความเข้าใจและหาแนวทางในการป้องกันหรือแก้ไขได้อย่างเหมาะสม โดยเลือกหมู่บ้านเปิ่งเคลิ่ง หมู่ 9 ต.แม่จัน อ.อุ้มผาง จ.ตาก เป็นพื้นที่ในการศึกษา เนื่องจากมีการปลูกหมากมากที่สุดในอำเภอ ผู้สูงอายุยังนิยมเคี้ยวหมาก และพบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งช่องปากมากที่สุดในอำเภอ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยเป็นผู้สูงอายุ มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เคี้ยวหมากหรือเคยเคี้ยวหมาก อาศัยในบ้านเปิ่งเคลิ่ง ต. แม่จัน มีรายชื่ออยู่ในฐานเวชระเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปิ่งเคลิ่ง ทั้งกลุ่ม TYPEAREA 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง) หรือ TYPEAREA 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบแต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยหรือภาษากะเหรี่ยง เกณฑ์การคัดออก คือ เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ หรือมีอาการหลงลืม และจะยุติการเก็บข้อมูลกรณีมีการย้ายที่อยู่อาศัยหรือเสียชีวิต เก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล จำนวน 10-15 คน หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว ในช่วงเดือนสิงหาคม-ธันวาคม 2567

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผ่านสาธารณสุขอำเภอและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประชาสัมพันธ์เพื่อให้ผู้สูงอายุทราบ ก่อนเก็บข้อมูลอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการวิจัย และขอความยินยอมก่อนให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อหรือประทับลายนิ้วมือในหนังสือแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย โดยมีผู้ช่วยวิจัยที่สามารถสื่อสารได้ทั้งภาษาไทยและภาษากะเหรี่ยงเป็นผู้ให้ข้อมูลคำอธิบายและขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง เพื่อใช้ประกอบในการสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับการสังเกตในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่

- พฤติกรรมการเคี้ยวหมากเป็นอย่างไร เช่น ความถี่บ่อยในการเคี้ยวหมาก ช่วงเวลาที่เคี้ยวหมาก ระยะเวลาที่เริ่มเคี้ยวหมาก เหตุผลในการเคี้ยวหมาก ประโยชน์จากการเคี้ยวหมาก
- รูปแบบของคำหมากที่เคี้ยวเป็นแบบใดบ้าง มีส่วนผสมอย่างไร
- แหล่งที่มาของคำหมากหรือส่วนประกอบในคำหมาก มีการจัดหา หรือมีแหล่งที่เข้าถึงส่วนประกอบอย่างไร
- การใช้ประโยชน์ในด้านอื่น ๆ จากหมาก เช่น ขาย เป็นยา หรือใช้ในพิธีต่าง ๆ

- การรับรู้สุขภาพในช่องปากที่สัมพันธ์กับการเคี้ยวหมาก เช่น ผลกระทบจากการเคี้ยวหมากต่อสุขภาพในช่องปากและสุขภาพร่างกาย ความรุนแรง และวิธีการรักษา

การสัมภาษณ์ทำโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่เข้าใจภาษากะเหรี่ยง จำนวน 3 คน ซึ่งผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และเข้าใจวัตถุประสงค์ในการวิจัย โดยผู้ช่วยวิจัยจะทำหน้าที่เป็นล่ามในการสื่อสาร กรณีที่ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลพูดภาษากะเหรี่ยง ผู้ช่วยวิจัยจะทำหน้าที่สัมภาษณ์และแปล แต่หากมีข้อสงสัยผู้วิจัยจะให้ผู้ช่วยวิจัยช่วยถามซ้ำในทันทีเพื่อให้เข้าใจความหมายตรงกัน

การตรวจสอบความถูกต้องและความเพียงพอของข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (data triangulation) ด้วยการตรวจสอบข้อมูลเรื่องเดียวกัน เช่น การใช้คำถามต่าง ๆ เพื่อค้นหาความหมายของการเคี้ยวหมาก จากผู้ให้ข้อมูลในต่างช่วงเวลา ต่างสถานที่ และต่างบุคคล เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่มีน้ำหนักหรือมีหลักฐานสนับสนุนข้อมูลที่ได้รับอย่างเพียงพอ นอกจากนี้พิจารณาจากการบันทึกเทปและจากสมุดบันทึกเพื่อประเมินความถูกต้องของข้อมูลด้วย หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยนำข้อมูลที่ได้มาแยกประเภทและจัดหมวดหมู่ เชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล ระบุเป็นหัวเรื่องเพื่อสร้างข้อสรุป

การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ IRB No. P1-0038/2567 และ COA No. 233/2024 AF 11/6.0 ระยะเวลาในการรับรอง 14 กรกฎาคม 2567 ถึง 14 กรกฎาคม 2568

ผล

บริบทพื้นที่วิจัย

ประชาชนในบ้านเปิ่งเคลิ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีการปลูกหมากทั้งในบ้านและในสวนแทบทุกครัวเรือน บางบ้านปลูกต้นหมากตามแนวรั้ว อาจมีการปลูกต้นกล้วยแซม นอกจากการขายประชาชนยังนิยมนำหมากมาบริโภคกันเองภายในครัวเรือน จากการสังเกตพบว่าแทบทุกบ้านจะมีทั้งต้นหมากและพลูปลูกอยู่ภายในบ้าน ส่วนประกอบหลักของคำหมากจึงหาได้ง่าย ผู้ให้ข้อมูลทุกคนให้ข้อมูลว่าสมาชิกในบ้านของเขาที่เป็นผู้ใหญ่มักจะเคี้ยวหมาก ยกเว้นในเด็กกลุ่มนักเรียนและเด็กเล็ก

เนื่องจากเป็นหมู่บ้านที่มีด่านชายแดน มีความปลอดภัยจากการสู้รบทำให้เป็นพื้นที่บางส่วนของหมู่บ้านเป็นตลาดการค้า จากการสังเกตพบว่าตลอดระยะทางประมาณ 1 กิโลเมตรบนถนนสายหลักจากประตูชายแดนจนถึงทางออกหมู่บ้านมีร้านค้าทยอยเกิดขึ้น รวมถึงร้านขายคำหมากด้วย นับได้เกือบ 20 ร้าน ชาวบ้านจากฝั่งพม่านิยมเข้ามาจับจ่ายเพื่อซื้อของกินและของใช้

ลักษณะชุมชนพบว่าผู้คนมีความหลากหลายทั้งด้านชาติพันธุ์ วัฒนธรรม และภาษา ประชาชนประมาณครึ่งหนึ่งมีสัญชาติไทย อีกเกือบครึ่งหนึ่งที่ไม่มีสัญชาติไทย แต่เกือบทั้งหมดจะมีเชื้อสายกะเหรี่ยง ภาษาที่ใช้ในชีวิตประจำวันส่วนใหญ่จึงเป็นภาษากะเหรี่ยงทั้งกะเหรี่ยงน้ำและกะเหรี่ยงดอย บางครั้งมีการใช้ภาษาไทยร่วมกับภาษากะเหรี่ยงหรือภาษาพม่าด้วย ทำให้การสื่อสารประชาสัมพันธ์ด้านต่าง ๆ จากหน่วยราชการไปสู่ประชาชนมีความยุ่งยากทั้งด้านการกระจายสื่อเพื่อให้เข้าถึงประชาชน และด้านภาษาที่ใช้เพื่อการสื่อสาร

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 13 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.5) อายุต่ำสุด 60 ปี และสูงสุด 78 ปี เป็นกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง (ร้อยละ 61.5) สามารถใช้ภาษาไทยในการสื่อสาร (ร้อยละ 46.2) ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 69.2) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 76.9) พบมีผู้สูงอายุเพียง 2 คน (ร้อยละ 15.4) ที่ปัจจุบันเลิกเคี้ยวหมากแล้ว โดยส่วนใหญ่เคี้ยวหมากมานาน 21-40 ปี (ร้อยละ 38.5)

ส่วนประกอบของคำหมาก

ส่วนประกอบหลักในคำหมากของผู้สูงอายุจะประกอบด้วยหมาก ใบพลู และปูน แต่บางครั้งหากส่วนประกอบไม่ครบ การเคี้ยว/อมเฉพาะหมากเพียงอย่างเดียวก็สามารถช่วยแก้อาการ “เปรี้ยวปาก” ได้ *“ปกติกินหมากพลูปูน แต่ถ้าไม่มี มีแค่หมากก็ได้เอาแค่หายส้มปาก”* (P03 หญิง 74 ปี) รูปแบบของหมากที่นำมาใช้มีทั้งหมากสด (ทั้งอ่อนและแก่) และหมากแห้ง ส่วนใบพลูก็มีทั้งที่ใบพลูสดและใบพลูนึ่ง ซึ่งพลูสดจะมีรสชาติแส่ลิ้นมากกว่า ส่วนพลูนึ่งจะต้องนำพลูไปนึ่งบนไอน้ำร้อนก่อน เก็บได้เพียง 1-2 วัน พบว่าผู้สูงอายุบางคนจะชอบใช้ใบพลูนึ่งมากกว่าเนื่องจากมีความนิ่ม ไม่แสบลิ้น ส่วนปูนที่ใช้ มีใช้ทั้งปูนแดงและปูน(สี)ขาว ขึ้นกับว่าสามารถหาซื้อแบบใดได้ ให้รสชาติไม่แตกต่างกัน *“ชอบใส่ใบพลูกับปูน กินแบบพลูนึ่ง พลูสดกินไม่อร่อย ป้าปลูกที่สวนเอามานึ่งเอง หมากเอามาจากสวนเอามาปอกแล้วก็ตากเก็บไว้กินเอง..”* (P01 หญิง 74 ปี)

ยาสูบ เป็นส่วนประกอบที่ผู้สูงอายุในหมู่บ้านอาจใส่ลงไปในคำหมาก อย่างไรก็ตามพบผู้ให้ข้อมูลมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 53.8) ที่ไม่ใส่ยาสูบลงในคำหมาก โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ส่วนผู้ที่ใส่ยาสูบในคำหมากด้วยเป็นประจำบางคนเล่าว่าจะเลือกซื้อยาสูบจากเขตนอก (ฝั่งพม่า) เพราะเชื่อว่าปลอดภัยกว่า เนื่องจากไม่มีการใช้สารเคมีหรือยาฆ่าแมลงในการปลูก

การให้ความหมายและคุณค่ากับการเคี้ยวหมากของผู้สูงอายุ จำแนกได้เป็น 3 แบบ ดังนี้

เคี้ยวหมากเพื่อความเพลิดเพลินยามว่าง เป็นเรื่องธรรมดา โดยการเคี้ยวหมากของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นการเคี้ยวเพื่อความเพลิดเพลิน ให้เหตุผลว่าพบเห็นได้ทั่วไป มีคนในบ้านเคี้ยวก็เคี้ยวต่อ ๆ กันมา เคี้ยวตามกันจนกลายเป็นของที่ขาดไม่ได้ ถ้าขาดจะมีอาการเปรี้ยวปากหรือส้มปาก น้ำลายสอ รู้สึกอยู่ไม่สุข ไม่สดชื่น และมีความอยากเคี้ยวหมาก โดยผู้ให้ข้อมูลทั้ง 13 คน มีคนในครอบครัวที่เคี้ยวหมากอยู่ด้วย การเคี้ยวหมากจึงเป็นเรื่องปกติธรรมดา ยามว่างก็จะเคี้ยวหมากเพื่อความเพลิดเพลิน *“ตอนแรกไม่เคี้ยว แต่เห็นคนอื่นเค้าเคี้ยวก็เคี้ยวตาม ต่อมาก็ติด หลังจากกินข้าวเสร็จแล้วก็อยากเคี้ยวเพราะรู้สึกส้มปาก ถ้าไม่ได้เคี้ยวไม่ค่อยม่วน”* (P03 หญิง 74 ปี)

ผู้สูงอายุบางคนเคี้ยวหมากมาตั้งแต่วัยรุ่นอายุสิบกว่าปีจนปัจจุบันอายุ 75 ปี บางคนไม่มีฟันแต่ก็ยังสามารถเคี้ยวหมากได้เป็นปกติ *“ชอบกินแบบนี้ (คำหมากใส่ยาเส้น) เพราะอร่อย กินได้ทั้งวันตั้งแต่ตื่น หมากหนึ่งคำกินได้เกือบทั้งวัน ป้าไม่มีฟันเคี้ยวไม่ได้ก็ใช้อมเอา ไม่ชอบตำหมากเพราะไม่อร่อย อมเป็นคำ ใช้เหงือกค่อย ๆ กัดกินให้น้ำออกมาก็บ้วนทิ้งแบบนี้อร่อย ใช้ใบพลูนึ่งกับผลสดมันนิ่มกัดได้”* (P07 หญิง 72 ปี)

ปัจจุบันเด็ก ๆ ที่บ้านเปิ่งเคลิ่งก็นิยมเคี้ยวหมากซึ่งผู้ให้ข้อมูลเกือบทุกคนก็เห็นว่าเป็นเรื่องธรรมดา ไม่ผิดแปลกแต่อย่างใด แต่เมื่อเทียบกับสมัยก่อนของผู้ให้ข้อมูลบางท่านจะเล่าว่าในสมัยก่อนจะเริ่มเคี้ยวหมากกันเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่แล้ว แต่ปัจจุบันความนิยมในการเคี้ยวหมากในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นกลับเพิ่มขึ้น *“เคี้ยวหมากตอนแก่แล้ว สักตอนสามสิบปลาย ได้ลูกได้ผัวแล้ว .. แต่ตอนนี้คนหนุ่มสาวก็เห็นเค้ากินหมากกัน มันเป็นเรื่องปกติ อยากกินก็กิน เห็นกินกันทุกคน”* (P09 หญิง 63 ปี) *“เคยเห็นเด็ก ๆ เคี้ยวหมาก อายุประมาณ 7-8 ขวบ สัก 10 ขวบก็เห็น เด็กมันอยากจะกินก็ไม่รู้ว่าจะว่ายังไง ถือเป็นเรื่องปกติ ส่วนคนหนุ่มสาวก็กินเป็นบางคน”* (P06 ชาย 60 ปี)

สำหรับช่วงเวลาและความถี่ในการเคี้ยวหมาก พบว่า ผู้สูงอายุเคี้ยวหมากตั้งแต่ 2 คำ จนถึงมากกว่า 10 คำต่อวัน โดยเกือบทั้งหมดจะเคี้ยวหมากหลังรับประทานอาหาร มีบางท่านบอกว่าการเคี้ยวหมากก่อนอาหารจะทำให้ท้องเสีย *“ไม่กินตอนเช้า ต้องกินข้าวเช้าก่อนถึงจะกินหมาก ตอนข้าวเที่ยงถ้ามีก็กิน ไม่มีก็ไม่กิน .. อยากกินก็กิน แต่ถ้าไม่ได้กินข้าวก็ไม่กิน”* (P01 หญิง 74 ปี) *“เคี้ยวตลอดเวลาที่อยากกิน ตื่นมาเที่ยงคืนก็กิน ถ้าเวลาอยากกินหมากแต่ไม่ได้กินอยู่ไม่ค่อยสนุก ปากเปรี้ยวอย่างไรไม่รู้”* (P02 ชาย 75 ปี) ดังนั้น ในหนึ่งวันหากผู้สูงอายุรู้สึกเปรี้ยวปากไม่ว่าจะเป็นเวลาใดก็สามารถทำคำหมากมาเคี้ยวได้เลย ไม่ว่าจะเป็นเวลากลางวันหรือกลางคืน *“กินหมากไม่มีช่วงเวลา กินทั้งวันประมาณ 10 กว่าคำ อยากกินตอนไหนก็กิน กินตอนรู้สึกเปรี้ยว*

ปากหลังกินข้าว ถ้าไม่กินจะรู้สึกอยู่ไม่สนุก ไม่มีความสุข ขาดอะไรไปบางอย่าง” (P05 ชาย 77 ปี)

การให้ความหมายว่าการเคี้ยวหมากไม่เป็นอันตราย โดยจากการสัมภาษณ์พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ว่าการเคี้ยวหมากไม่มีอันตราย ไม่ส่งผลให้เกิดปัญหาใด ๆ ในช่องปาก ผลจากการเคี้ยวหมากอย่างมากมีเพียงแค่ปูนกัดปาก และหมากทิ่มเหงือก ซึ่งอาการเหล่านี้ถือเป็นเรื่องเล็กน้อย ปล่อยทิ้งไว้ไม่นานก็สามารถหายเองได้

“ปูนกัดปาก” เป็นอาการที่ถูกกล่าวถึงบ่อย ๆ หากใส่ปูนปริมาณมากเกินไป อาการที่พบ คือ มีรอยปูนกัด เหงือกลอก เจ็บ แสบ หรือรับประทานอาหารรสจัดไม่ได้ ซึ่งอาการเหล่านี้สามารถปล่อยไว้ให้หายเองได้ใน 1-2 วัน หรือหากจะรักษาก็สามารถทำได้ง่าย ๆ ตามความเชื่อ เช่น อมใบพลูดิบ ใช้ขี้บุหรี่แปะ ใช้เกลือถู ทายาม่วง (Gentian violet) เป็นต้น *“แสบช่วงปูนกัดใหม่ ๆ วิธีแก้ให้เคี้ยวใบพลูดิบอมไว้ อาการจะดีขึ้น เพราะใบพลูมีความซ่า ๆ เผ็ด ๆ”* (P12 หญิง 61 ปี) *“เคยโดนปูนกัดปากบ่อย มีอาการเจ็บแล้วก็แสบ เราก็เอาขี้บุหรี่จากคนในบ้านมาแปะก็จะอาการดีขึ้น วันเดียวแผลก็หาย”* (P10 ชาย 78 ปี) *“กินหมากแล้วก็ไม่มีปัญหาอะไรมีแต่ปูนกัด ถ้าไม่กินก็หายเองใช้เวลาวันสองวัน แต่ถ้าเป็นมากก็หยุดก่อน ทนเอา หายแล้วก็กินต่อ หรืออาจใช้ยาม่วงใส่รอยปูนกัด* (หยิบให้ดู) *ขวดสี่ห้าบาท ปกติใช้ใส่แผลในปากเด็กในบ้าน”* (P07 หญิง 72 ปี)

“หมากทิ่มเหงือก” มักเกิดได้กรณีที่ใช้หมากแห้ง ซึ่งหมากมีความแข็งมากกว่าหมากดิบหรือหมากอ่อน หากเคี้ยวพลาดหมากก็อาจจะไปทิ่มแทงอวัยวะในช่องปากได้ *“ถ้าได้เข้าสวนได้หมากดิบก็กินดิบ ชอบกินหมากแห้ง แต่ก็เจ็บปาก มันแข็งบางทีมันก็ทิ่มปาก”* (P09 หญิง 63 ปี) *“นอกจากปัญหาที่หมากทิ่มเหงือกแล้ว ยายไม่เคยมีปัญหาอื่นจากการกินหมาก”* (P08 หญิง 69 ปี เลิกเคี้ยวหมาก 2 ปี)

นอกจากการรับรู้ว่าการเคี้ยวหมากไม่มีอันตรายแล้ว ผู้ให้ข้อมูลยังรับรู้ว่าการเคี้ยวหมากยังสามารถช่วยลดกลิ่นปาก และลดอาการอยากสูบบุหรี่ด้วย *“ปัญหาในปากไม่มี รู้สึกว่ากินหมากแล้วปากไม่เหม็น”* (P01 หญิง 74 ปี) และ *“ไม่มี(ปัญหา)อะไร มีแต่ปูนกัดบ้าง แต่มันช่วยลดกลิ่นปากด้วย ลดความอยากบุหรี่ด้วย”* (P12 หญิง 61 ปี) ดังนั้น หากเปรียบเทียบกับการสูบบุหรี่แล้ว การเคี้ยวหมากน่าจะมีอันตรายน้อยกว่า เพราะผู้ให้ข้อมูลท่านนี้เล่าว่าสมัยก่อนเคยไปหาหมอที่โรงพยาบาล แล้วหมอแนะนำให้เคี้ยวหมากที่ใส่ยาสูบแทนการสูบบุหรี่ จึงเชื่อว่าการเคี้ยวหมากจึงไม่น่าจะเป็นปัญหาแต่อย่างใด *“เมื่อก่อนสูบบุหรี่ พอเลิกบุหรี่ก็ส้มปากก็เลยมากินหมาก หมอที่แม่สอดบอกว่าเวลากินหมากให้ใส่หมาก พลู ปูน และใบยาสูบ เพื่อให้เลิกบุหรี่ เวลากินหมากให้ใส่ใบยาสูบนิด ๆ เพื่อช่วยฆ่าเชื้อในลำคอ ป้าเลยกินหมากแทนสูบบุหรี่แบบนี้มาประมาณ 30 ปีแล้ว”* (P12 หญิง 61 ปี)

ผู้ให้ข้อมูลเกือบทั้งหมด ไม่มีใครพูดถึงเรื่องปัญหาสุขภาพในทางการแพทย์ที่เป็นผลจากการเคี้ยวหมาก เช่น โรคปริทันต์ ฟันผุ หรือโรคมะเร็ง ผลที่เกิดมีเพียงอาการปูนกัดหรือแผลถลอกเท่านั้น ดังนั้นเมื่อสอบถามถึงความต้องการในการเลิกเคี้ยวหมากจึงแทบจะไม่มีผู้สูงอายุคนใดคิดว่าจะเลิก *“ไม่มีปัญหาจากการเคี้ยวหมาก เลิกไม่ได้แม้หมอจะบอกว่ากินหมากไม่ดีต่อสุขภาพให้เลิก ก็คงจะรับปากหมอไปก่อนแต่กลับมาบ้านก็จะกินต่อ”* (P02 ชาย 75 ปี) *“เลิกได้เหรอ พอกินข้าวแล้วมันก็อยาก งดมื้อสองมื้อพอได้เลิกเลยทำไม่ได้หรอก ถึงลูกหลานบอกให้เลิกก็ไม่เลิก มันแก่แล้วก็กินไปเถอะ ให้เลิกเหล้ายาพอว่าอันนี้มันหมากเลิกไม่ได้หรอก ถ้ามันอยากก็กิน”* (P09 หญิง 63 ปี) อย่างไรก็ตามในผู้สูงอายุ 2 คน ที่เลิกหมากแล้ว พบว่าคนแรกไม่มีฟันทำให้กินอาหารได้น้อย เคยเคี้ยวหมากแล้วหมากทิ่มเหงือกเป็นแผลถลอก มีความความกังวลต่อโรคมะเร็งจึงเลิกเคี้ยวหมาก *“เลิกหมากเพราะเจ็บปาก มันทิ่มเหงือกก็เลยเลิก ไม่ได้เป็นแผล เป็นแค่รอยถลอก กลัวเป็นแผลเมิน ๆ* (นาน ๆ) *แล้วเป็นโรคมะเร็ง”* (P08 หญิง 69 ปี เลิกเคี้ยวหมาก 2 ปี) ส่วนคนที่สองไม่มีฟันเช่นกัน กล่าวว่าเคี้ยวหมากไม่มีประโยชน์จึงเลิก แม้ว่าจะเคยเคี้ยวหมากมานานถึง 37 ปีแล้วก็ตาม (P13 ชาย 67 ปี เลิกเคี้ยวหมาก 1 ปี)

เคี้ยวหมากแก้ง่วงนอน ทำให้ตื่นตัว โดยการเคี้ยวหมากจะช่วยให้ไม่มีอาการง่วงนอนในขณะที่ทำงาน ทำให้รู้สึกตื่นตัว อีกทั้งการเคี้ยวหมากยังมีความสะดวกมากกว่าการสูบบุหรี่เนื่องจากไม่ต้องใช้มือคีบเพื่อจับบุหรี่และไม่ต้องจุดไฟ ผู้สูงอายุท่านหนึ่งที่มีพฤติกรรมกรรมเคี้ยวหมากและสูบบุหรี่เปรียบเทียบให้ฟังว่า *"การเคี้ยวหมากมีความสะดวกมากกว่าการสูบบุหรี่ เนื่องจากขณะที่เคี้ยวหมากไม่ต้องใช้มือคีบจับบุหรี่ มือทั้งสองข้างของเราจะว่างสามารถทำงานได้สะดวก จึงเป็นที่นิยมของคนทำงาน"* (P04 หญิง 63 ปี) ขณะที่ผู้สูงอายุอีกท่านบอกว่า *"การเคี้ยวหมากแก้ง่วงได้ดีกว่าการสูบบุหรี่"* (P11 หญิง 68 ปี)

ผู้ให้ข้อมูล 1 คน ยังคงทำสวนและต้องขับรถยนต์เพื่อไปทำธุระที่ตัวอำเภออุ้มผางและแม่สอดเป็นประจำ เมื่อต้องขับรถจะมีการเคี้ยวหมากไปด้วยเพื่อลดอาการง่วงนอน โดยจะเตรียมหมากของที่บ้าน (เป็นร้านขายคำหมาก) ติดรถไปด้วยเสมอ หากหมดจะแวะซื้อจากร้านค้าระหว่างทาง ผู้สูงอายุท่านนี้สังเกตเองว่าเวลาเคี้ยวหมากแล้วไม่ง่วงจึงใช้การเคี้ยวหมากแก้ง่วงมาตลอด เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการอื่น ๆ ที่ช่วยลดอาการง่วงนอน การเคี้ยวหมากแก้ง่วงได้ดีกว่าวิธีอื่น รวมถึงการพกกล่องคำหมากสำเร็จรูปไปด้วยยังสามารถแบ่งปันให้กับเพื่อน ๆ หรือคนอื่นได้ด้วย *"เคยลองใช้วิธีอื่น เช่น ดื่มกาแฟหรือเครื่องดื่มชูกำลัง หรือใช้ลูกอม พบว่าเคี้ยวหมากแก้ง่วงได้ดีที่สุด .. อีกทั้งประหยัดด้วย สามารถแบ่งปันกับคนอื่น ๆ ได้ด้วย"* (P06 ชาย 60 ปี) หรือระหว่างการเข้าไปทำงานในสวนผู้สูงอายุก็จะมีการเคี้ยวหมากเพื่อให้รู้สึกสดชื่นและตื่นตัว *"ถ้าไม่ได้กินหลังกินข้าวก็จะส้มปาก สูบบุหรี่ก็ไม่หายต้องเคี้ยวหมากถึงจะดีขึ้น ตอนทำงานไปไร่ไปสวนก็เคี้ยวหมาก อมหมากไปด้วย"* (P11 หญิง 68 ปี)

มีผู้สูงอายุ 2 ท่าน ที่เล่าว่าเริ่มเคี้ยวหมากตอนคลอดลูกและอยู่ไฟ เนื่องจากในสมัยก่อนตอนอยู่ไฟจะมีการก่อกองไฟตลอดเวลา โดยแม่และลูกจะนอนอยู่ที่ใต้ถุนบ้านเป็นเวลา 7 วัน โดยไม่ต้องทำงานอะไร แต่ผู้เฒ่าผู้แก่จะบอกไม่ให้แม่หลับในช่วงเวลากลางวันเพื่อให้สามารถดูแลลูกที่ยังเล็กได้ตลอดเวลา จึงมีการนำหมากมาใช้เพื่อแก้อาการง่วงนอน *"ตอนคลอดลูกอยู่ไฟนั่งอยู่เปล่า ๆ ไม่มีงานจะทำ ก็เอาหมากมาเคี้ยว อยู่ไฟไปด้วย .. นั่งว่างเฝ้าลูกก็เลยเอาหมากมากิน แก้เหงาปาก แก้ง่วง"* (P04 หญิง 63 ปี)

นอกจากการใช้หมากเพื่อนำมาประกอบคำหมากสำหรับเคี้ยว ในชุมชนบ้านเปิ่งเคลิ่งยังมีการใช้ประโยชน์จากหมากเพื่อขาย บางบ้านเอาหมากไปทำบุญที่วัด เพื่อใช้สำหรับเลี้ยงพระและคนที่มาทำบุญ และบางบ้านนำหมากไปใช้เพื่อประกอบพิธีกรรม เช่น การผูกข้อมือ หรือทำบุญบ้าน

รูปแบบของการเคี้ยวหมาก

สำหรับรูปแบบของการเคี้ยวหมาก พบว่ามีการกล่าวถึงคำหมากที่ใช้เคี้ยวแตกต่างกัน 2 แบบ จำแนกตามขั้นตอนหรือวิธีการในการเตรียมคำหมาก คือ "คำหมากที่ทำเองที่บ้าน" ประกอบด้วย หมาก พลู และปูน โดยอาจใส่หรือไม่ใส่ยาสูบก็ได้ และ "คำหมากที่ซื้อจากร้านค้า" ซึ่งมีส่วนประกอบคล้ายกับคำหมากที่ทำเองที่บ้าน สิ่งที่แตกต่างกันคือคำหมากที่ซื้อจากร้านค้าจะมีการเติมสารอื่น ๆ เพื่อแต่งรสชาติ ให้เป็นสูตรและกลิ่นเฉพาะของแต่ละร้าน เช่น มีการเติมกะทิ เครื่องดื่มชูกำลัง ผงปรุงรส น้ำหวาน น้ำผึ้ง และอาจมีการเติมยาสูบเพิ่ม ทำให้คำหมากมีรสชาติหวาน มัน และมีกลิ่นที่แตกต่างตามเครื่องปรุงที่ใส่ คำหมากที่ขายในร้านค้าจะบรรจุในกล่องพลาสติก ราคา 20 บาท มีประมาณ 14-15 คำ จากการสังเกตพบว่าสารปรุงแต่งรสส่วนใหญ่จะผลิตในประเทศอินเดียและส่งมาขายในประเทศพม่าและแถบชายแดน มีทั้งแบบน้ำและผง

ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดชอบเคี้ยวหมากที่ทำเองที่บ้านโดยไม่นิยมซื้อคำหมากจากร้านค้า พบว่ามีผู้สูงอายุเพียง 1 คนที่บอกว่าชอบเคี้ยวหมากจากร้านค้ามากกว่า โดยให้เหตุผลว่ามีรสหวานอร่อย สะดวกต่อการนำมาเคี้ยวเนื่องจากเป็นคำสำเร็จ พกพาง่าย สะดวกต่อการเคี้ยวขณะที่ขับรถยนต์ และที่บ้านก็เป็นร้านขายคำหมากด้วย *"ผมกินแค่หมากกับใบพลู มีเติมน้ำหวานแบบที่ขายในร้านแบบอื่นกินบ้างถ้าไม่มีน้ำหวานเหลือ .. แต่ชอบแบบที่ใส่น้ำหวานมากกว่า เพราะมันหวาน ๆ หน่อย มีกลิ่น มีรส"*

(P06 ชาย 60 ปี) ส่วนอีก 1 คน ชอบเคี้ยวหมากแบบทำเองที่บ้านมากกว่า แต่ก็ซื้อหมากมาเคี้ยวได้กรณีที่จำเป็น เช่น เมื่อออกไปทำธุระนอกบ้าน *“แบบที่ขายในร้านก็อร่อย รสชาติอย่างหนึ่ง ชอบแบบที่บ้านมากกว่า แต่ถ้าออกไปข้างนอกไม่มีแบบนี้ก็ซื้อกินจากร้านเอา ซื้อเป็นบางครั้ง”* (P02 ชาย 75 ปี)

เหตุผลที่ผู้สูงอายุชอบหมากที่ทำเองที่บ้าน เนื่องจาก ชอบในกลิ่นและรสชาติ รู้สึกว่ารสชาติที่ได้อร่อยกว่า เป็นรสปกติ ธรรมชาติ ไม่มีการแต่งเติมสารอื่นๆ เพิ่มเข้าไป *“ไม่เคยซื้อคำหมากจากร้านค้าสักที เห็นลูกชายลูกสะใภ้ซื้อมาลอง กินแล้วมันไม่อร่อย มันเหม็นสาบ เค้าใส่เครื่อง บางคนเค้าก็เมา บางคนก็ว่าหวาน แล้วแต่คนชอบ แต่ป้าไม่ชอบ ไม่อร่อย รสชาติเฝื่อนเหม็นติดปากติดคอ”* (P09 หญิง 63 ปี) เชื่อว่าสะอาดมากกว่าเพราะทำเอง *“ป้าไม่เคยซื้อ ดูแล้วมันหวานไม่ชอบกิน ดูแล้วลื่น ๆ แล้วก็เหม็น ป้าชอบหมากของที่บ้านมันธรรมดา แล้วก็สะอาดกว่า เพราะที่ร้านใส่อะไรหลายอย่าง แล้วเค้าก็ใช้มือไปจับนู่นจับนี่ ดูเละเทะไม่น่ากิน ไม่อร่อยเท่าที่ทำเอง”* (P11 หญิง 68 ปี) *“ไม่ซื้อตามร้านค้า ไม่กินเพราะกินแล้วรู้สึกเมา ไม่ชอบหมากจากร้านแตกต่างจากที่ทำเองกัน คนที่ชอบก็กินได้ .. หมากที่ขายน่าจะมีเชื้อโรค”* (P13 ชาย 67 ปี เลิกเคี้ยวหมาก 1 ปี) มีความปลอดภัยมากกว่าเพราะรู้ส่วนประกอบที่ชัดเจน และไม่ทำให้เกิดอาการเมา *“หมากที่ร้านค้าใส่อะไรหลายอย่าง ยาอะไรก็ไม่รู้กลัวจะไม่ดีต่อสุขภาพ แต่ถ้าเป็นหมากที่ทำเองที่บ้านปลอดภัยกว่า ใส่แค่พวกหมาก ใบพลู ปูน”* (P05 ชาย 77 ปี)

อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความเห็นว่าคำหมากที่ซื้อจากร้านค้าจะเป็นที่นิยมในกลุ่มคนหนุ่มสาวและวัยรุ่นมากกว่า สามารถหาซื้อได้ง่าย ในราคาถูก *“เคยเห็นเด็กกินหมากเยอะมาก อายุสักสิบกว่าปีก็ไปซื้อตามร้านค้า คนหนุ่มคนสาวกินหมากเยอะแยะ เด็กกับคนหนุ่มสาวมักซื้อหมากตามร้านค้ามากิน”* (P11 หญิง 68 ปี) *“ลูกป้ากินหมากทุกคน .. แต่ลูกชอบกินหมากแบบซื้อที่ร้าน ไม่เหมือนป้า แต่ลูกเวลาไปสวนก็หากินในสวน ถ้าเพื่อนลูกมาก็จะไปซื้อกินจากร้าน”* (P01 หญิง 74 ปี)

วิจารณ์

จากข้อมูลพบว่า ผู้สูงอายุในบ้านเปิ่งเคลิ่งให้ความหมายกับการเคี้ยวหมาก 3 แบบ ได้แก่ การเคี้ยวหมากเป็นกิจกรรมเพื่อความเพลิดเพลินยามว่าง เป็นเรื่องธรรมดาที่ใคร ๆ ในหมู่บ้านก็ทำกัน แม้แต่เด็กเล็กหรือวัยรุ่นก็ยังเคี้ยวหมากได้ สามารถหาคำหมากมาเคี้ยวได้จากเครื่องหมากที่มีอยู่ใกล้ตัว หรือจะหาซื้อก็ทำได้ง่าย โดยผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าการเคี้ยวหมากของคนในหมู่บ้านก็เป็นที่นิยมในกลุ่มคนที่อายุน้อยลง ซึ่งข้อมูลนี้ขัดแย้งกับผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 และ 9 ที่แสดงแนวโน้มในการเคี้ยวหมากที่มีลดลงของประชากรไทย[13,14] แต่กลับพบได้บ่อยตามเขตแนวพรมแดนซึ่งอาจเป็นการแพร่กระจายทางวัฒนธรรม เพราะหากพิจารณาจากบริบทพื้นที่พบว่าบ้านเปิ่งเคลิ่งมีอาณาเขตติดกับประเทศพม่า ซึ่งจากการสำรวจพบประชากรพม่าประมาณร้อยละ 50-60 มีการเคี้ยวหมาก[9,15,16] แรงงานพม่า อายุระหว่าง 18-24 ปี ที่อพยพเข้ามาทำงานใน อ.แม่สอด จ.ตาก ก็มีการเคี้ยวหมากถึงร้อยละ 53.3 โดยส่วนใหญ่เริ่มเคี้ยวหมากเมื่ออายุน้อย 10-20 ปี ร้อยละ 86.2 และพบว่าร้อยละ 81.1 ยังไม่พร้อมที่จะเลิกหมากภายในระยะเวลา 6 เดือน[17] ดังนั้นหากประชาชนมีการบริโภคหมากเพิ่มขึ้นก็จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดรอยโรคและมะเร็งในช่องปาก[1,5,6,9] ทำให้ต้องสิ้นเปลืองทรัพยากรในขั้นตอนการรักษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น

การรับรู้ว่าการเคี้ยวหมากไม่มีอันตราย อาจมีเพียงอาการปูนกัดปากและหมากทิ่มเหงือกที่เกิดขึ้นได้บ่อย ๆ นอกจากนี้ยังมีการรับรู้ว่าหมากยังช่วยลดกลิ่นปากด้วย สอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดบุรีรัมย์พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีความเชื่อว่าการเคี้ยวหมากจะช่วยลดกลิ่นปากและทำให้ฟันแข็งแรง[18] ผู้สูงอายุบางคนยังเชื่อว่าการเคี้ยวหมากที่ใส่ยาสูบจะช่วยลดอาการอยากสูบบุหรี่ด้วย การวิจัยในประเทศพม่าหลายการศึกษาพบว่าประชาชนนิยมหันมาเคี้ยวหมากที่เติมใบยาสูบ ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการลดการบริโภคยาสูบ (smokeless tobacco) เพื่อทดแทนหรือช่วยในการเลิกสูบบุหรี่หรือยาสูบรูปแบบอื่น ๆ ซึ่งมี

กฎหมายเข้มงวดเพิ่มขึ้นในประเทศ[9,16] การเคี้ยวหมากในพม่าเป็นวัฒนธรรมและธรรมเนียมปฏิบัติโดยเฉพาะในช่วงของการฉลอง ชาวพม่าเชื่อว่าการเคี้ยวหมากที่มีส่วนผสมของยาสูบมีอันตรายน้อยกว่าการสูบบุหรี่และการเคี้ยวใบยาสูบดิบ นอกจากนี้ยังพบความชุกในการเคี้ยวหมากที่มีส่วนผสมของยาสูบในเด็กนักเรียนอายุ 13-15 ปี เพิ่มขึ้นในทั้งเพศชายและหญิง เนื่องจากมีความเชื่อว่ามีอันตรายน้อยกว่าการสูบบุหรี่[19] การรับรู้ว่าหมากมีไม่มีอันตรายหรือมีอันตรายเล็กน้อย ซ้ำยังมีข้อดีที่ช่วยลดกลิ่นปากและลดความอยากบุหรี่เช่นนี้ย่อมส่งผลต่อการคงอยู่ของพฤติกรรม ประกอบกับการที่ผู้ให้ข้อมูลอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีการผสมผสานระหว่างประเทศเช่นนี้ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ให้ข้อมูลไม่ค่อยอยากเลิกเคี้ยวหมาก นอกจากนี้ยังมีหลักฐานที่ยืนยันได้ว่าการเคี้ยวหมากมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาโดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรือเรียนน้อย[15,16] หรือการที่ครูและผู้ปกครองก็ไม่ได้ให้ความสำคัญในการตักเตือนในเรื่องการเคี้ยวหมากทั้งที่มีหรือไม่มีส่วนผสมของยาสูบด้วย[19] ทำให้พฤติกรรมการเคี้ยวหมากยังคงอยู่และเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มผู้ให้มูลในการศึกษานี้ ซึ่งไม่ได้เรียนหนังสือมากถึง ร้อยละ 70

การเคี้ยวหมากแก้ง่วงหรือทำให้ตื่นตัวเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน เนื่องจากหมากมีสารแอลคาลอยด์ซึ่งมีสรรพคุณช่วยกระตุ้นให้ผู้เคี้ยวรู้สึกสดชื่นกระปรี้กระเปร่า[4] สอดคล้องกับการศึกษาในพม่าที่พบว่ามีผู้ที่ใช้การเคี้ยวหมากเพื่อให้รู้สึกตื่นตัวมีถึงร้อยละ 14.5[9] และยังพบว่าการเคี้ยวหมากขณะทำงานนอกจากจะทำให้รู้สึกตื่นตัวแล้วยังช่วยทำให้การทำงานได้ยาวนานขึ้นด้วย[22]

รูปแบบของคำหมากที่ใช้เคี้ยว จำแนกได้เป็นการเคี้ยวหมากแบบที่ทำเองที่บ้าน และการเคี้ยวหมากที่ซื้อจากร้านค้า ซึ่งรูปแบบของคำหมากแบบหลังยังไม่ค่อยพบถูกกล่าวถึงในการศึกษาอื่น ๆ ที่มีการเก็บข้อมูลในประเทศไทย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความนิยมในการเคี้ยวหมากลดน้อยลง คำหมากที่ผู้สูงอายุบ้านเป่งเคลิ่งทำเองที่บ้าน มีส่วนประกอบไม่แตกต่างจากคำหมากที่ใช้เคี้ยวในภูมิภาคอื่น ๆ ของประเทศไทยมากนัก โดยส่วนประกอบหลักจะมีผลหมาก ใบพลู และปูน แต่บางครั้งอาจมีการใส่ยาเส้น (ยาสูบ) และเครื่องหอมหรือเครื่องเทศเพิ่ม[3,18,20] บทความของสุพิชฌาย์ จินดาวัฒนภูมิ และพจนก กาญจนจันทร กล่าวถึงส่วนประกอบในเชี่ยนหมากที่จะมีสีผึ้งหรือขี้ผึ้งสำหรับเคลือบริมฝีปากใช้เพื่อลดอาการปากตึงเพราะยางหมากและน้ำปูนด้วย[3,4] แต่ไม่มีการกล่าวถึงในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในงานวิจัยนี้ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจากส่วนประกอบหลักพบว่าผู้ให้ข้อมูลที่บ้านเป่งเคลิ่งมากกว่าครึ่งหนึ่งที่เคี้ยวหมากโดยไม่ใส่ยาเส้นผสมเข้าไปในคำหมาก เนื่องจากเชื่อว่ายาเส้นจะส่งผลให้เกิดอาการเมาหมาก

คำหมากแบบที่ซื้อจากร้านค้ามีการกล่าวถึงในงานของพจนก กาญจนจันทร ว่าได้รับความนิยมในประเทศไต้หวัน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ใช้แรงงาน เพศชาย และอาชีพขับรถ ผู้ขายจะใช้กลยุทธ์จ้างหญิงสาวหน้าตาดีแต่งกายเซ็กซี่เพื่อดึงดูดลูกค้า การขายหมากพบได้ตามชานเมืองมีทั้งแบบตั้งร้านให้ลูกค้านั่งและการเดินเร่ขายคำหมากสำเร็จรูปในถุงพลาสติกที่พร้อมเคี้ยว[3] เช่นเดียวกับในประเทศอินเดียที่มีร้านขายหมากอยู่ตามท้องถนนไปตั้งแต่ร้านขนาดเล็กไปจนถึงร้านใหญ่หรูหรา มีส่วนผสมต่าง ๆ บรรจุอยู่ในขวด ร้านขนาดใหญ่จะมีความสามารถในการปรุงหมากที่มีรสชาติต่างกันได้นับพันชนิด มีน้ำเชื่อมและเครื่องปรุงรสหลายรสชาติ และยังมีเทคนิคในการเสิร์ฟคำหมากให้ลูกค้า เช่น เสิร์ฟบนเกล็ดน้ำแข็ง เสิร์ฟโดยการจุดไฟใส่คำหมากแล้วป้อนให้ลูกค้าอย่างรวดเร็ว ทำให้รูปแบบของคำหมากสามารถตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคได้ทุกชนชั้น[21]

แม้ว่าผู้สูงอายุที่บ้านเป่งเคลิ่งจะไม่ค่อยนิยมซื้อคำหมากที่ทำจากร้านค้า เนื่องจากมีการเติมส่วนผสมที่เป็นสารปรุงรสทำคำหมากมีกลิ่นหรือรสชาติที่ผิดไปจากธรรมชาติ ทำให้รู้สึกว่าหมากที่ซื้อจากร้านค้าไม่อร่อย ไม่สะอาด และไม่ปลอดภัย แต่อย่างไรก็ตามกลับพบว่ารูปแบบของคำหมากที่ซื้อจากร้านค้ากลับได้รับความนิยมในกลุ่มเด็ก วัยรุ่น และผู้ใหญ่ตอนต้นในชุมชน

การศึกษานี้มีข้อจัดกัดเนื่องจากไม่ได้เฉพาะเจาะจงที่จะเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุกลุ่มที่ป่วยเป็นมะเร็งหรือรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปาก เนื่องจากต้องการทราบถึงการให้ความหมายและคุณค่าของการเคี้ยวหมากในกลุ่มผู้สูงอายุทั่ว ๆ ไปที่เคี้ยวหมากหรือเคยเคี้ยวหมากมาก่อน ทำให้ทราบว่าผู้ให้ข้อมูลไม่ได้รับรู้ถึงอันตรายของการเคี้ยวหมาก และเกือบทั้งหมดแทบจะไม่รู้จักโรคมะเร็งหรือรอยโรคเสี่ยงมะเร็งมาก่อน อย่างไรก็ตามหากมีการเพิ่มผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งหรือมีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งก็อาจจะเห็นการให้ความหมายต่อการเคี้ยวหมากที่แตกต่างออกไป อาจช่วยให้เข้าใจความหมายในมุมที่กว้างขึ้นด้วย

การใช้ภาษากะเหรี่ยง เพื่อเก็บข้อมูลผ่านล่าม อาจเพิ่มขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพการแปล เช่น ใช้การแปลกลับ (Back Translation) เพื่อลดข้อผิดพลาดหรืออคติ (information bias) ที่อาจเกิดขึ้นจากการแปลโดยใช้ผู้ช่วยวิจัยเป็นล่าม แต่จะมีค่าใช้จ่ายสูง

สรุป

ผู้สูงอายุที่เคี้ยวหมากในบ้านเปิ่งเคลิ่งให้ความหมายของการเคี้ยวหมากว่าเป็นเรื่องธรรมดา ช่วยสร้างความเพลิดเพลิน และทำให้ตื่นตัว โดยไม่ตระหนักถึงอันตรายที่อาจมีผลต่อสุขภาพ เห็นการเคี้ยวหมากของลูกหลานเป็นเรื่องปกติ ประกอบกับสามารถหาหมากมาเคี้ยวได้ง่าย ๆ และหมากยังเป็นการค้าในหมู่บ้าน สามารถขายเป็นสินค้าส่งออก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

การเคี้ยวหมากที่บ้านเปิ่งเคลิ่งได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมที่หยั่งลึกและผสมผสาน เนื่องจากเป็นพื้นที่ชายแดนไทย-พม่า ควรมีการสื่อสารให้ข้อมูลกับทันตบุคลากรและบุคลากรทางการแพทย์ถึงข้อมูลในเรื่องนี้ เพื่อการให้ความรู้กับประชาชนกลุ่มสูงอายุ และมีการเฝ้าระวังโดยตรวจคัดกรองโรคมะเร็งและรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปาก

ควรมีมาตรการเพื่อให้ความรู้ถึงผลเสียและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเคี้ยวหมากเพิ่มขึ้น เพื่อการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุพยายามลดหรือเลิกเคี้ยวหมาก โดยต้องทำสื่อทั้งภาษาไทยและภาษากะเหรี่ยงที่อาจเน้นการใช้ภาพหรือเสียงเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจในเนื้อหา เพื่อให้สามารถเข้าถึงทุกชาติพันธุ์ในชุมชน ทั้งนี้เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคต่อร่างกายทั้งในช่องปากและอวัยวะอื่น ๆ อันจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งเรื่องการเดินทางและการรักษาที่อาจเกิดขึ้นกับปัจเจกบุคคลและระบบสาธารณสุขของประเทศต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

ควรขยายการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มวัยอื่น ๆ ในพื้นที่ด้วย เนื่องจากยังพบการเคี้ยวหมากในหลายกลุ่มวัย หรืออาจศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งหรือมีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปาก หรืออาจขยายพื้นที่ศึกษาไปในเขตพื้นที่ชายแดนไทย-พม่า ซึ่งมีกลุ่มชาติพันธุ์หลากหลายที่อาจสัมพันธ์กับข้อมูลรายงานการเกิดมะเร็งช่องปากและ/หรือรอยโรคเสี่ยงมะเร็งด้วย

คำขอบคุณ

ขอขอบคุณคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่สนับสนุนทุนวิจัย และขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ไม่อาจเอ่ยนามได้ในที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. International Agency for Research on Cancer. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans: Volume 85 Betel-quid and Areca-nut Chewing and Some Areca-nut-derived Nitrosamines. 2004: Lyon, France.
2. Su D, Nguyen M, and Toure D. Correlates of Betel Nut Chewing among Burmese Refugees in Nebraska. Asian Pac J Cancer Prev. 2022; 23(4): 1103-1106. DOI:10.31557/APJCP.2022.23.4.1103.
3. Kanjanajuntorn P, (eds). Studying Objects, Understanding People: 30 Years of the Thammasat Chalermprakiat Museum. Pathum Thani: Thammasat Chalermprakiat Museum,

Faculty of Sociology and Anthropology, Thammasat University. 2017. (in Thai).

4. Jindawattanaphum S. The Betel Chewing Culture in Thai Society. The 10th NPRU National Academic Conference Nakhon Pathom Rajabhat University. Nakhon Pathom. 29 - 30 March 2018. P.1130-40. (in Thai).
5. Warnakulasuriya S and Chen THH. Areca Nut and Oral Cancer: Evidence from Studies conducted in Humans. J Dent Res. 2022; 101(10): 1139–1146. doi: 10.1177/00220345221092751.
6. Park JV, Pitchumani PK, and Tatakis DN. Periodontitis presenting among betel quid users: A case series. Clin Adv Periodontics. 2024; 1–8. DOI: 10.1002/cap.10311.
7. Phukan RK, Ali MS, Chetia CK, and Mahanta J. Betel nut and tobacco chewing; potential risk factors of cancer of oesophagus in Assam, India. British Journal of Cancer. 2001; 85(5): 661-7. doi: 10.1054/bjoc.2001.1920.
8. Secretan B, Straif K, Baan R, Grosse Y, Ghissassi FE, Bouvard V. WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group. A review of human carcinogens--Part E: tobacco, areca nut, alcohol, coal smoke, and salted fish. Lancet Oncol. 2009; 10(11) :1033-4. doi: 10.1016/s1470-2045(09)70326-2.
9. Zaw KK, Ohnmar M, Hlaing MM, Oo YTN, Win SS, Htike MMT. Betel Quid and Oral Potentially Malignant Disorders in a Periurban Township in Myanmar. PLOS ONE. 2016. doi.org/10.1371/journal.pone.0162081.
10. Community Development Department, Umphang District. History of Umphang District. [on line] 4 Oct 2016 [cited 2025 Apr 11]; Available from: URL: https://districtoldcdd.emskynet.com/umphang/about-us/ประวัติความเป็นมา/ (in Thai)
11. Department of Agricultural Extension, Tak Province. Umphang District profile. [on line] Jul 2023 [cited 2025 Apr 11]; Available from: URL: https://tak.doae.go.th/province/wp-content/uploads/2023/10/อ.อุ้มผาง.pdf (in Thai)
12. Office of Agricultural Extension, Umphang District, Tak Province. Farmer registration data from the Central Farmer Database System. Umphang: Office of Agricultural Extension, Umphang District; 2022. (in Thai)
13. The Bureau of Dental Health, Department of Health. (2018). The 8th Thailand National Oral Health Survey Report, 2017. Bangkok: Samcharoenpanich (Bangkok) Co., Ltd. (in Thai).
14. The Bureau of Dental Health, Department of Health. (2024). The 9th National Oral Health Survey Report, 2023. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing. (in Thai).
15. Sreeramareddy CT, Aye SN, and Venkateswaran SP. Tobacco use and betel quid chewing among adults in Myanmar- estimates and social determinants from demographic and health survey, 2015–16. BMC Public Health. 2021; 21: 277. doi.org/10.1186/s12889-021-10347-1.
16. Myint SK, Narksawat K, and Sillabutra J. Prevalence and factors influencing betal nut chewing among adults in west Insein township, Yangon, Myanmar. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2016; 47(5): 1089-97.
17. Htin K, Howteerakul N, Suwannapong N, and Tipayamongkholkul, M. Smoking, alcohol

consumption and betel quid chewing among young adult Myanmar laborers in Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2014; 45(4): 926-39.

18. Watthanasaen S, Rammaneerattanakul N, Janthapa A, and Ponnok P. Betel nut chewing and oral health: case study in Nang Rong District, Buriram. Research and Development Health System Journal 2021; 14(1): 1-12.
19. Kyaing NN, Sein T, Sein AA, Htike MT, Tun A, Shein NNN. Smokeless tobacco use in Myanmar. Indian J Cancer. 2012; 49(4): 347-51. doi: 10.4103/0019-509X.107727.
20. Srinoosud J and Tikam V. Betel Nut Culture: Sufficient Happiness Folklore of Villagers in Bang Sawan Subdistrict, PraSeang District, Suratthani Province. Journal of Humanities and Social Sciences Mahasarakham University 2018; 37(6): 52-64.
21. Chula Radio. Paan and Areca nut In Indian culture. [on line] 8 Jan 2022 [cited 2025 May 28]; Available from: URL: https://curadio.chula.ac.th/Program-Detail.php?id=11826. (in Thai)
22. Athukorala IA, Tilakaratne WM, Jayasinghe RD. Areca Nut Chewing: Initiation, Addiction, and Harmful Effects Emphasizing the Barriers and Importance of Cessation. J Addict. 2021: 1-9. doi: 10.1155/2021/9967097.

กรมอนามัย
Department of Health
มกราคม – ธันวาคม 2568
วิทยาสารทันตสาธารณสุข
เว็บไซต์: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThDPHJo



นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในสถานประกอบการต่อความรอบรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปฏิบัติงาน

นันท์มนัส แย้มบุตร เบญญาภา ธูปพุดซา สุชาดา สุราเลิศ*

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

คำสำคัญ

การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก

สถานประกอบการ

วัยทำงาน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก

พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก

วันที่รับบทความ

25 สิงหาคม 2568

วันที่แก้ไขบทความ

30 กันยายน 2568

วันที่ตอบรับบทความ

21 ตุลาคม 2568

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในสถานประกอบการ ผ่านการวัดระดับความรอบรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปฏิบัติงาน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบสองชั้นภูมิ โดยชั้นที่ 1 สุ่มสถานประกอบการแบบเฉพาะเจาะจง และชั้นที่ 2 สุ่มผู้ปฏิบัติงานแบบบังเอิญจากผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการที่มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ปี และสถานประกอบการที่ไม่มีการดำเนินงานดังกล่าว กลุ่มละ 9 แห่ง จำนวนทั้งหมด 678 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 - 30 กันยายน 2567 โดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในแบบฟอร์มอิเล็กทรอนิกส์ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และข้อมูลพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการที่มีการดำเนินงาน และไม่มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก โดยใช้สถิติ independent samples t-test ผลการศึกษาพบว่า สถานประกอบการที่มีการดำเนินงานและไม่มีการดำเนินโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก มีผู้ปฏิบัติงานที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเพียงพอ ร้อยละ 70.8 และ 50.5 ตามลำดับ และมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเฉลี่ย 91.4 และ 79.9 คะแนน ตามลำดับ (จากคะแนนเต็ม 136 คะแนน) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้ สถานประกอบการที่มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ยังพบผู้ปฏิบัติงานมีพฤติกรรมแปรงฟันนานอย่างน้อย 2 นาที ร้อยละ 67.0 และไปพบทันตแพทย์ในปีที่ผ่านมา ร้อยละ 90.3 ซึ่งสูงกว่าสถานประกอบการที่ไม่มีการดำเนินโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ที่พบการแสดงพฤติกรรมดังกล่าวเพียงร้อยละ 12.8 และ 29.8 ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างอย่างที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนี้ แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากที่ส่งผลต่อความรอบรู้ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการที่ร่วมโครงการ

* **ผู้ประพันธ์บรรณกิจ**

เบญญาภา ธูปพุดซา อีเมล: benyapa.t@anamai.mail.go.th doi: 10.14456/thdentphj.2025.8

January – December 2025

Thai Dental Public Health Journal

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



Original Article

The Study on the Effectiveness of the Workplace Oral Health Promotion Program in Improving Oral Health Literacy and Self-care Behaviors among Workers

Nanmanas Yaembut Benyapa Thoopputza Suchada Suralert*

Bureau of Dental Health, Department of Health, Talat Khwan Sub District, Nonthaburi, Thailand 11000

KEYWORDS

Oral health promotion program

Workplace

Working-age

Oral health literacy

Oral health behavior

Received date

25 August 2025

Revised date

30 September 2025

Accepted date

21 October 2025

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the effectiveness of an oral health promotion program in workplaces by assessing the oral health literacy and behaviors of workers. A two-stage sampling technique was used. At the first stage, workplaces were purposively selected. At the second stage, workers were selected through accidental sampling from workplaces that had continuously implemented oral health promotion programs for at least two years, as well as from workplaces without such programs. Nine establishments were included in each group, totaling 678 participants. Data were collected between September 1 and 30, 2024, through self-administered electronic questionnaires. General data, overall and categorical oral health literacy and behavior data were analyzed using descriptive statistics and compared between the two groups using the independent t-test. The result showed that in workplaces with and without oral health promotion programs, the proportion of workers with adequate oral health literacy was 70.8% and 50.5%, respectively. The mean oral health literacy scores were 91.4 and 79.9 out of a possible 136 points, showing a statistically significant difference ($p < 0.001$). Additionally, workers in the intervention group reported a higher prevalence of brushing for at least two minutes (67.0%) and dental visits within the past year (90.3%), compared with only 12.8% and 29.8%, respectively, in the control group. These differences were statistically significant at $p < 0.001$. The findings highlight the significant improvement of oral health promotion programs in both oral health literacy and oral health behaviors among workers in workplaces.

***Corresponding author**

Benyapa Thoopputza E-mail address: benyapa.t@anamai.mail.go.th doi: 10.14456/thdentphj.2025.8

บทนำ

ประชากรวัยทำงานเป็นกลุ่มประชากรที่มีขนาดใหญ่ที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มวัยอื่น ในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยมีประชากรอายุ 15-59 ปี จำนวน 41,722,764 คน หรือประมาณ 2 ใน 3 ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9 พ.ศ. 2566 พบกลุ่มวัยทำงานอายุ 35-44 ปี มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 52.9 มีปัญหาเหงือกอักเสบร้อยละ 81.0 และมีร่องลึกปริทันต์ร้อยละ 32.6[1] ปัญหาสุขภาพช่องปากที่เกิดขึ้นไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่ยังส่งผลกระทบด้านอื่น ๆ ทั้งด้านคุณภาพชีวิต ได้แก่ การขาดสมาธิในการทำงาน เนื่องจากปัญหาความเจ็บปวดจากโรคในช่องปาก ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง[2] และด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค ค่าเดินทางเข้ารับบริการทางทันตกรรม และอาจกระทบกับรายได้ที่สูญเสียไปจากการลาหยุดงาน เนื่องจากปัญหาทันตสุขภาพ หรือการลาหยุดงานเพื่อไปรับการรักษาทางทันตกรรมอีกด้วย[3] โรคในช่องปากส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ด้วยการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง พฤติกรรมดูแลช่องปากที่สำคัญและสัมพันธ์กับปัญหาการเกิดโรคฟันผุ โรคเหงือกอักเสบและปริทันต์อักเสบ ได้แก่ การแปรงฟันก่อนนอนด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ การรับประทานอาหารหวาน การสูบบุหรี่ และการพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปาก[4,5] หลายการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลช่องปาก และผลลัพธ์ทางทันตสุขภาพ โดยผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในระดับต่ำมักมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่เหมาะสม และมักพบโรคฟันผุ โรคปริทันต์อักเสบ หรือสูญเสียฟันมากกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในระดับเพียงพอ[7-9] นอกจากนี้ ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากระดับต่ำกับการเข้ารับการรักษาทางทันตกรรมแบบฉุกเฉินอีกด้วย[10]

หลายประเทศให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากกลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการ กิจกรรมที่พบบ่อยที่สุด คือ การให้ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากรายบุคคลและรายกลุ่ม และการตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากร[11] การจัดโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในสถานประกอบการช่วยสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ช่องปากเพิ่มมากขึ้น[12] มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารและเครื่องดื่มหวานน้อย การแปรงฟันในระหว่างวัน การใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ และการใช้อุปกรณ์เสริมทำความสะอาดซอกฟัน[12-14] นอกจากนี้ การจัดโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในสถานประกอบการช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีแนวโน้มรับการรักษาโรคปริทันต์น้อยกว่าผู้ปฏิบัติงานที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม และใช้เวลาในการรักษาทางทันตกรรมทั่วไปลดลง[15] และเนื่องจากโรคในช่องปากมีความสัมพันธ์กับโรคทางระบบ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด[16] ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในสถานประกอบการจึงส่งผลให้ค่ารักษาพยาบาลจากโรคเหล่านี้ลดลงอีกด้วย[17]

สำนักทันตสาธารณสุขดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากกลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 โดยพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการ และแนวทางการดำเนินงาน ประกอบด้วย 1) การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก 2) การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก และ 3) การจัดบริการทันตกรรมแก่ผู้ปฏิบัติงาน ในปี พ.ศ. 2565 - 2567 ได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานในสถานประกอบการที่สมัครใจ พร้อมสนับสนุนเครื่องมือประกอบการดำเนินงาน เช่น คู่มือสร้างเสริมสุขภาพช่องปากวัยทำงานในสถานประกอบการ[18] สำหรับนักจัดการงานบุคคล (HR) และเจ้าหน้าที่ความปลอดภัย (จป.) สื่อความรู้รูปแบบโปสเตอร์หรือสื่อโซเชียลมีเดีย และแอปพลิเคชันสร้างความรอบรู้และเฝ้าระวังสภาวะช่องปากด้วยตนเอง (Application Fun D) เป็นต้น ในปี พ.ศ. 2567 มีสถานประกอบการสะสมที่ร่วมดำเนินการ จำนวน 158 แห่ง ใน 64 จังหวัด อย่างไรก็ตาม ผู้ดำเนินงานยังไม่เคยมีการประเมินผลการดำเนินงาน ดังนั้น จึงมีความ

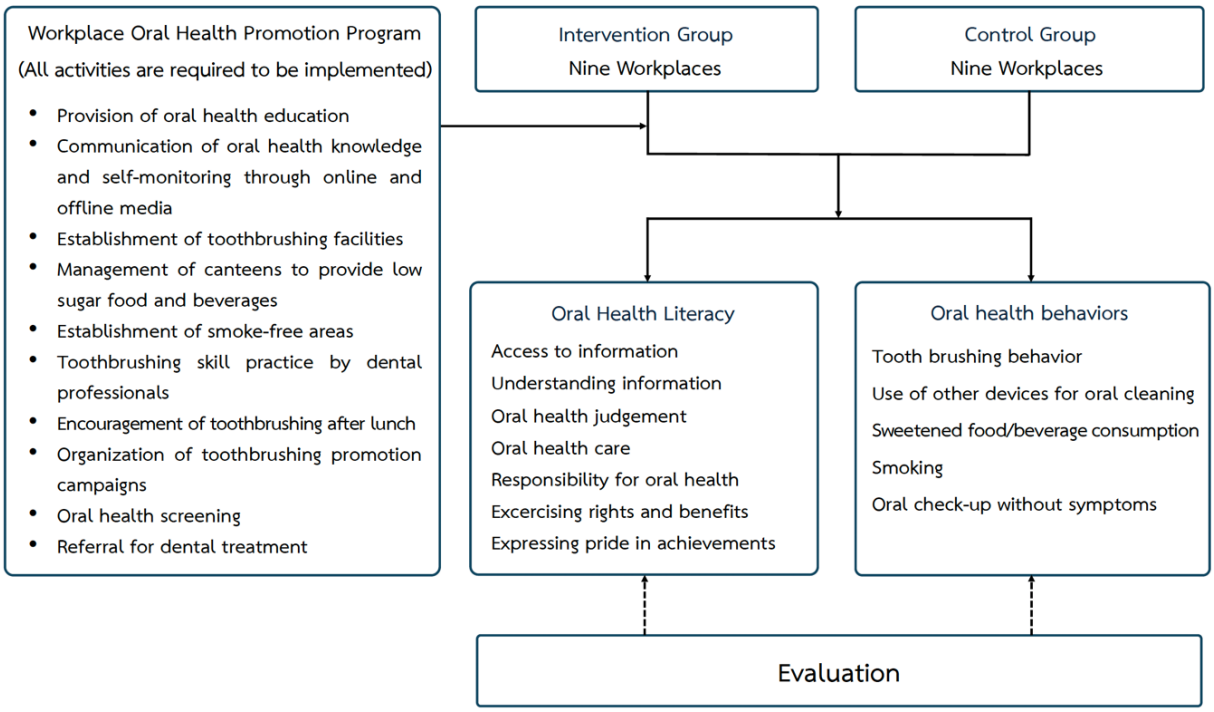
จำเป็นในการศึกษาประสิทธิผลของโครงการผ่านโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ที่มีต่อความรอบรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการ โดยกำหนดกิจกรรมในโปรแกรมฯที่ผู้ปฏิบัติงานทุกคนเข้าร่วม ได้แก่ 1) การให้ความรู้โดยทันตบุคลากรหรือแกนนำสุขภาพ 2) การสื่อสารความรู้และเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากตนเองทันตสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์และออฟไลน์ 3) การจัดสถานที่แปรงฟันให้ผู้ปฏิบัติงาน 4) การจัดการโรงอาหาร/ร้านค้า ให้มีการจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มหวานน้อย 5) การกำหนดพื้นที่ปฏิบัติงานเป็นพื้นที่ปลอดบุหรี่ 6) การฝึกทักษะการแปรงฟันโดยทันตบุคลากร 7) การแจ้งกระตุ้นเตือนให้เกิดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน 8) การจัดกิจกรรมรณรงค์สร้างกระแสการแปรงฟันในสถานประกอบการ 9) การตรวจคัดกรองสภาวะช่องปากผู้ปฏิบัติงาน และให้คำแนะนำตามความเสี่ยงของแต่ละบุคคล 10) การส่งต่อรักษาทางทันตกรรม ณ หน่วยบริการภาครัฐ หรือคลินิกเอกชน เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้พัฒนารูปแบบ และขยายผลการดำเนินงานไปยังสถานประกอบการอื่น ซึ่งนอกจากจะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีสภาวะสุขภาพช่องปากดีขึ้นแล้ว ยังเป็นการยกระดับสถานประกอบการสู่การเป็นองค์กรสร้างเสริมสุขภาพอีกด้วย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสังเกตเก็บข้อมูล ณ ช่วงเวลาหนึ่ง (cross-sectional observational study) โดยมีกรอบแนวคิดของการศึกษา ดังรูปที่ 1

รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา

Figure 1 Conceptual framework



กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณเพื่อทดสอบสมมุติฐานความแตกต่างของค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ดังนี้

$$n = \frac{2\sigma^2(Z\alpha + Z\beta)^2}{(\text{Expected Difference})^2} \times \text{deff}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม

σ^2 = ความแปรปรวนร่วมของค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 15.35 จากการศึกษาของพลอยกาญจน์ สร้อยสน[19] ในปี พ.ศ. 2566

Z_{α} = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.64

Z_{β} = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.28

Expected Difference ($\mu_1 - \mu_2$) = 1.25 จากการศึกษาของพลอยกาญจน์ สร้อยสน[19] ในปี พ.ศ. 2566

deff = เท่ากับ 1.5

เมื่อแทนค่าในสูตร จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 251.2 ≈ 252 คน จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบสองชั้นภูมิ (stratified two-stage sampling) โดยชั้นที่ 1 สุ่มสถานประกอบการแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ สถานประกอบการที่มีการดำเนินโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่อง ครบทุกกิจกรรมอย่างน้อยสองปี (กลุ่มทดลอง) และสถานประกอบการที่ไม่มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก (กลุ่มควบคุม) จำนวนกลุ่มละ 9 แห่ง ในจังหวัดปราจีนบุรี นครปฐม สระบุรี ลำพูน ระยอง ชลบุรี สุราษฎร์ธานี สุโขทัย และเป็นสถานประกอบการที่ผู้ประกอบการให้ความยินยอมในการเก็บข้อมูลการศึกษา ควบคุมปัจจัยกวนในการเลือกสถานประกอบการกลุ่มควบคุม ดังนี้

- อยู่ในจังหวัดเดียวกับสถานประกอบการกลุ่มทดลอง
- ไม่มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากใด ๆ ทั้งการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและการจัดบริการตรวจสุขภาพช่องปากผู้ปฏิบัติงานแต่อาจมี/ไม่มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพอื่น ๆ
- ไม่มีการจัดสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลเพิ่มเติม
- มีขนาดเดียวกับสถานประกอบการกลุ่มควบคุม

ทั้งนี้ แบ่งขนาดสถานประกอบการตามพระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2535 ได้แบ่งสถานประกอบการออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

ประเภทที่ 1 สถานประกอบการขนาดใหญ่ หมายถึง สถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 200-500 คน

ประเภทที่ 2 สถานประกอบการขนาดกลาง หมายถึง สถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 50-199 คน

ประเภทที่ 3 สถานประกอบการขนาดเล็ก หมายถึง สถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 30-49 คน

อย่างไรก็ตาม ในการศึกษานี้ ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในสถานประกอบการขนาดเล็ก เนื่องจากสถานประกอบการขนาดเล็กทุกแห่งที่ร่วมโครงการ ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมได้ครบถ้วน

เมื่อได้รายชื่อสถานประกอบการกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จะทราบจำนวนผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการทั้งหมด จึงทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างชั้นภูมิที่ 2 โดยนักจัดการงานบุคคล และเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยทำการสุ่มผู้ปฏิบัติงานแบบง่ายในสถานประกอบการตนเอง จำนวนร้อยละ 10 จากรายชื่อผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการเพื่อให้ได้จำนวนที่เพียงพอกับขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

Table 1 Number of sample size

Province	Workplace with oral health promotion activities (n = 9)			Workplace without oral health promotion activities (n = 9)		
	Workplaces	Number of workers	Number of sample size	Workplaces	Number of workers	Number of sample size
Prachin Buri	Workplace A1	1,204	120	Workplace B1	1,038	104
Nakhon Pathom	Workplace A2	473	47	Workplace B2	354	35
Saraburi	Workplace A3	530	53	Workplace B3	719	72

Province	Workplace with oral health promotion activities (n = 9)			Workplace without oral health promotion activities (n = 9)		
	Workplaces	Number of workers	Number of sample size	Workplaces	Number of workers	Number of sample size
Saraburi	Workplace A4	162	16	Workplace B4	128	13
Lamphun	Workplace A5	427	43	Workplace B5	377	38
Rayong	Workplace A6	198	20	Workplace B6	197	20
Chonburi	Workplace A7	88	9	Workplace B7	60	6
Surat Thani	Workplace A8	66	7	Workplace B8	55	6
Sukhothai	Workplace A9	344	34	Workplace B9	364	35
		total	349		total	329

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษา ได้แก่ ประชากรไทย อายุ 15 - 59 ปี ที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการอย่างน้อย 6 เดือน อ่านภาษาไทยเข้าใจ ไม่มีโรคทางช่องปากรุนแรงที่อยู่ระหว่างการรักษา มีเครื่องมือสื่อสารแบบสมาร์ตโฟน และมีทักษะการใช้เครื่องมือสื่อสารแบบสมาร์ตโฟน

เกณฑ์การแยกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการให้ข้อมูลตั้งแต่ต้น หรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวเมื่อตอบแบบสอบถามไปแล้วระยะเวลาหนึ่ง

เครื่องมือที่ใช้

แบบสอบถามความรอบรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากกลุ่มวัยทำงาน ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

<u>ส่วนที่ 1</u> ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย ชื่อสถานประกอบการ จังหวัดที่ตั้งของสถานประกอบการ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และสิทธิการรักษาพยาบาล

<u>ส่วนที่ 2</u> ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 34 ข้อ แบ่งเป็น 7 องค์ประกอบ ข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่าของลิเคิร์ท (Likert scale) 5 ตัวเลือก จากน้อยไปหามาก ดังนี้

0 = ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่เคยรู้ ไม่เคยมี หรือไม่เคยปฏิบัติตามข้อความเลย

1 = เล็กน้อย หมายถึง ท่านรู้เล็กน้อย หรือปฏิบัติเช่นนั้น นาน ๆ ครั้ง

2 = ปานกลาง หมายถึง ท่านรู้ปานกลาง หรือปฏิบัติเป็นบางครั้ง ทำบ้างไม่ทำบ้าง

3 = มาก หมายถึง ท่านรู้ค่อนข้างเยอะมาก หรือปฏิบัติเช่นนั้นเป็นส่วนใหญ่

4 = มากที่สุด หมายถึง ท่านรู้ครอบคลุมมากที่สุด หรือปฏิบัติเช่นนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอ

แบบสอบถามส่วนนี้ นำชุดคำถามมาจากแบบสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของประชาชนวัยทำงาน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งได้รับการพัฒนาโดย ผศ.ดร.นภาพร วาณิชย์กุล และคณะ ปีพ.ศ. 2563[20] ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้แก่

1) ความตรงเชิงเนื้อหา ตรวจสอบใน 3 ประเด็น คือ ความสอดคล้องกับคำจำกัดความ ความซ้ำซ้อนในกลุ่มข้อคำถาม และความชัดเจนทางภาษา พบว่าค่า Content validity index (CVI) อยู่ในช่วง 0.66 -1 ค่าที่ต่ำกว่า 0.8 ทีมวิจัยพัฒนาเครื่องมือได้ประชุม

ปรึกษาทีมผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิทางการศึกษาด้านทันตสาธารณสุข จำนวน 2 คน ทางการปฏิบัติงาน จำนวน 9 คน และตัวแทนองค์กรจากโรงงาน จำนวน 1 คน เพื่อหาข้อสรุปในการปรับแก้ จนเป็นเอกฉันท์

2) ความสอดคล้องภายใน พบว่าค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแต่ละองค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลความรู้ ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพจากสื่อ วิจารณญาณด้านสุขภาพ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การลงมือรักษ์สุขภาพช่องปาก การรักษาสิทธิประโยชน์ของตนเอง และการสำแดงความภูมิใจในความสำเร็จ เท่ากับ 0.83, 0.78, 0.76, 0.71, 0.78, 0.71, และ 0.8 ตามลำดับ

ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากภาพรวมเพียงพอ หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนรวมจากการทำแบบสำรวจฯ ตั้งแต่ 80 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 136 คะแนน และผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากรายด้านเพียงพอ หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนในแต่ละด้าน ตั้งแต่ 2.5 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนรายด้าน 4 คะแนน

<u>ส่วนที่ 3</u> พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วยการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพช่องปาก การแปรงฟัน การใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปาก การบริโภคเครื่องดื่มหวาน การสูบบุหรี่ และการไปรับบริการทันตกรรม แบบสอบถามส่วนนี้นำชุดคำถามมาจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมทันตสุขภาพ ในการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 พ.ศ. 2566 กรมอนามัย

เก็บข้อมูลโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสำรวจด้วยตนเอง ผ่านแบบฟอร์มอิเล็กทรอนิกส์ (google form) โดยมีการแสดงหน้าจอแบบสอบถามเป็น 3 ส่วน ตามกลุ่มคำถามในแบบสอบถาม และแสดงตัวเลือกคำตอบในแนวตั้ง เพื่อความสะดวกในการตอบคำถาม เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 - 30 กันยายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1.วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) หาค่าจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

2.วิเคราะห์ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากภาพรวมและรายด้าน และข้อมูลพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) และเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการที่มีการดำเนินงานและไม่มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก โดยใช้สถิติ independent t-test

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย เอกสารรับรองเลขที่ 755 วันที่ 22 สิงหาคม 2567 ระยะเวลารับรองถึงวันที่ 21 สิงหาคม 2568

วิธีดำเนินการ

ประสานงานและชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการตอบแบบสอบถามความรอบรู้ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากผ่านแบบฟอร์มอิเล็กทรอนิกส์ (google form) แก่เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย (จป.) หรือของสถานประกอบการเพื่อสื่อสารแก่ผู้ปฏิบัติงานที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และส่งต่อ QR code สำหรับเข้าถึงแบบสอบถาม ให้ผู้ปฏิบัติงานตอบแบบสอบถามด้วยตนเองเท่านั้น โดยเมื่อใดก็ได้ภายในช่วงระยะเวลาที่กำหนด

ผล

ก. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เมื่อแบ่งตามช่วงอายุ พบว่าส่วนใหญ่เป็นวัยทำงานตอนกลาง (อายุ 30 - 45 ปี) เมื่อแบ่งตามระดับการศึกษาสูงสุด พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนปลาย และปวส. ตามลำดับ ผู้ตอบแบบสอบถามเกือบทั้งหมดใช้สิทธิประกันสังคม (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของประชากร

Table 2 The demographic information

variable	Workplace with oral health promotion activities (N = 349) number (percent)	Workplace without oral health promotion activities (N = 329) number (percent)	Total (N = 678) number (percent)
Gender			
Male	112 (32.1)	151 (45.9)	263 (38.8)
Female	237 (67.9)	178 (54.1)	415 (61.2)
Age			
15 - 29 years	57 (16.3)	72 (21.9)	129 (19.0)
30 - 44 years	192 (55.0)	134 (40.7)	326 (48.1)
45 - 59 years	100 (28.7)	123 (37.4)	223 (32.9)
Highest level of education			
Primary education	28 (8.0)	34 (10.3)	62 (9.2)
Secondary education	113 (32.4)	90 (27.4)	203 (29.9)
Vocational certificate/ Higher vocational certificate	80 (22.9)	63 (19.1)	143 (21.1)
Bachelor's degree	119 (34.1)	127 (38.6)	246 (36.3)
Postgraduate degree	9 (2.6)	15 (4.6)	24 (3.5)
Primary healthcare entitlement			
Social security scheme	343 (53.3)	301 (91.5)	644 (94.99)
Universal health coverage	6 (17.7)	28 (8.5)	34 (5.01)

ข. ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้ปฏิบัติงาน

สถานประกอบการที่มีการดำเนินโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก (กลุ่มทดลอง) มีจำนวนผู้ปฏิบัติงานที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเพียงพอ ร้อยละ 70.8 และมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากโดยรวม เฉลี่ยเท่ากับ 91.4 (SD = 20.61) ซึ่งสูงกว่าสถานประกอบการที่ไม่มีการดำเนินโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก (กลุ่มควบคุม) มีจำนวนผู้ปฏิบัติงานที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเพียงพอ ร้อยละ 50.5 และมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 79.9 (SD = 19.33) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากรายด้าน พบว่า ผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มทดลอง มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากรายด้านเฉลี่ยสูงกว่าผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการทั้งสองกลุ่ม ยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากด้านการสำแดงความภูมิใจในความสำเร็จไม่เพียงพอ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากโดยรวมและรายด้านของผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการ

Table 3 The overall and categorized oral health literacy of workers in workplaces

Oral health literacy	Workplace with oral health promotion activities (n = 349)					Workplace without oral health promotion activities (n= 329)					*p*-value
	Not pass number (percent)	Pass number (percent)	min - max	average score (SD)	literacy level	Not pass number (percent)	Pass number (percent)	min - max	average score (SD)	literacy level	
Overall oral health literacy[†]	102 (29.2)	247 (70.8)	28 - 136	91.4 (20.61)	adequate	163 (49.5)	166 (50.5)	24 - 128	79.9 (19.33)	inadequate	< 0.001*
Oral health literacy by category[‡]											
Access to information	145 (41.5)	204 (58.5)	0.6 - 4.0	2.7 (0.66)	adequate	192 (58.4)	137 (41.6)	0.2 - 4.0	2.4 (0.67)	inadequate	< 0.001*
Understanding information	112 (32.1)	237 (67.9)	0.8 - 4.0	2.7 (0.67)	adequate	157 (47.7)	172 (52.3)	0.3 - 4.0	2.4 (0.63)	inadequate	< 0.001*
Oral health judgment	122 (35.0)	227 (65.0)	0.7 - 4.0	2.7 (0.65)	adequate	166 (50.5)	163 (49.5)	0.7 - 4.0	2.4 (0.63)	inadequate	< 0.001*
Oral health care	110 (31.5)	239 (68.5)	1.0 - 4.0	2.7 (0.64)	adequate	178 (54.1)	151 (45.9)	0.7 - 3.8	2.4 (0.61)	inadequate	< 0.001*
Responsibility for oral health	89 (25.5)	260 (74.5)	0.8 - 4.0	2.8 (0.66)	adequate	161 (48.9)	168 (51.1)	0.5 - 4.0	2.3 (0.70)	inadequate	< 0.001*
Exercising rights and benefits	119 (34.1)	230 (66.9)	0.6 - 4.0	2.8 (0.67)	adequate	196 (59.6)	133 (40.4)	0.4 - 4.0	2.4 (0.68)	inadequate	< 0.001*
Expressing pride in achievements	176 (50.4)	173 (49.6)	0.3 - 4.0	2.4 (0.73)	inadequate	225 (68.4)	104 (31.6)	0.0 - 3.8	2.0 (0.71)	inadequate	< 0.001*

*p-value < 0.05

[†]Overall oral health literacy: “Not pass” means score < 80, Pass number (percent) ≥ 80 Total score = 136

[‡] Oral health literacy by category: “Not pass” means score < 2.5 Pass number (percent) ≥ 2.5 Total score = 4

ค. พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก

สถานประกอบการที่มีการดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปากมีอัตราส่วนผู้ปฏิบัติงานที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง สูงกว่าสถานประกอบการที่ไม่มีการดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปาก โดยพบผู้ปฏิบัติงานแปรงฟันตอนเช้าและก่อนนอนทุกวัน ร้อยละ 86.8 แปรงฟันนานตั้งแต่ 2 นาทีขึ้นไป ร้อยละ 67.0 เปลี่ยนแปรงสีฟันทุก 1-3 เดือน ร้อยละ 57.0 เปลี่ยนแปรงสีฟันเมื่อขนแปรงบานหรือสกปรก ร้อยละ 14.9 เลือกใช้แปรงสีฟันที่ขนแปรงนุ่มหรือนุ่มพิเศษ ร้อยละ 64.5 ใช้อุปกรณ์เสริมทำความสะอาดช่องปาก ร้อยละ 69.3 ไม่ดื่มเครื่องดื่มหวานหรือดื่มเครื่องดื่มหวานไม่เกิน 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 73.0 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 88.8 พบทันตแพทย์ในปีที่ผ่านมา ร้อยละ 90.3 และรับบริการตรวจสุขภาพช่องปากโดยไม่มีอาการเป็นประจำ ร้อยละ 39.6 ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการที่ไม่มีการดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปาก มีการแปรงฟันตอนเช้าและก่อนนอนทุกวัน ร้อยละ 78.4 แปรงฟันนานตั้งแต่ 2 นาทีขึ้นไป ร้อยละ 40.7 เปลี่ยนแปรงสีฟันทุก 1-3 เดือน ร้อยละ 34.8 เปลี่ยนแปรงสีฟันเมื่อขนแปรงบานหรือสกปรก ร้อยละ 12.8 เลือกใช้แปรงสีฟันที่ขนแปรงนุ่มหรือนุ่มพิเศษ ร้อยละ 65.1 ใช้อุปกรณ์เสริมทำความสะอาดช่องปาก ร้อยละ 28.6 ดื่มเครื่องดื่มหวานไม่เกิน 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 36.2 สูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 86.0 พบทันตแพทย์ในปีที่ผ่านมา ร้อยละ 29.8 รับบริการตรวจสุขภาพช่องปากโดยไม่มีอาการเป็นประจำ ร้อยละ 12.7 ความแตกต่างด้านพฤติกรรมนี้ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.05 ในทุกพฤติกรรม ยกเว้นระยะเวลาการเปลี่ยนแปรงสีฟัน ที่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 พฤติกรรมดูแลช่องปากของผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการ

Table 4 Oral health behaviors of workers in workplaces

Oral health behaviors	Workplace with oral health promotion activities (n = 349) number (percent)	Workplace without oral health promotion activities (n = 329) number (percent)	*p*-value
Tooth brushing behavior			
Brush teeth every morning and before bed	303 (86.8)	258 (78.4)	0.004*
Brush teeth every morning and before bed only sometimes / Never	46 (13.2)	71 (21.6)	
Brushing duration			
At least 2 minutes	234 (67.0)	42 (12.8)	< 0.001*
Less than 2 minutes	42 (12.0)	226 (68.7)	
Do not know / Not sure	73 (21.0)	61 (18.5)	
Toothbrush replacement frequency			
Every 1-3 months	199 (57.0)	106 (32.2)	< 0.001*

Oral health behaviors	Workplace with oral health promotion activities (n = 349) number (percent)	Workplace without oral health promotion activities (n = 329) number (percent)	*p*-value
More than 3 months	98 (28.1)	181 (55.0)	
When bristles become frayed or dirty	52 (14.9)	42 (12.8)	
Characteristics of the toothbrush bristles used			
Soft / Super soft	225 (64.5)	214 (65.1)	< 0.067
Medium	62 (18.3)	62 (18.8)	
Uncertain	53 (15.2)	53 (16.1)	
Use of other devices for oral cleaning			
Used	242 (69.3)	94 (28.6)	< 0.001*
Not used	107 (30.7)	235 (71.4)	
Frequency of consuming sweetened beverages			
None	36 (10.3)	11 (3.4)	< 0.001*
1-3 days per week	219 (62.7)	108 (32.8)	
4-6 days per weeks	77 (22.1)	156 (47.4)	
Everyday	17 (4.9)	54 (16.4)	
Smoking status			
Ex-smoker	17(4.9)	23(7.0)	0.002*
Never	309(88.5)	260(79.0)	
Current smoker	23(6.6)	46(14.0)	
Visited a dentist in the past year			
Visited	315 (90.3)	98 (29.8)	< 0.001*
Not visited	34 (9.7)	231 (70.2)	
Oral check-up without symptoms			
Every year	138 (39.6)	42 (12.7)	< 0.001*
Sometimes	109 (31.2)	67 (20.4)	
Never	102 (29.2)	220 (66.9)	

*p-value < 0.05

วิจารณ์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในสถานประกอบการ ผ่านการประเมินความรอบรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปฏิบัติงาน ผลการศึกษาพบว่าสถานประกอบการที่มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ปี มีผู้ปฏิบัติงานที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากโดยรวมและรายด้านสูงกว่าสถานประกอบการที่ไม่มีการดำเนินงานดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยสถานประกอบการที่มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากมีผู้ปฏิบัติงานที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเพียงพอ ร้อยละ 59.8 และมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเฉลี่ย 91.4 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกับสถานประกอบการที่ไม่มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก มีผู้ปฏิบัติงานที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเพียงพอ ร้อยละ 40.2 และมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเฉลี่ย 79.9 คะแนนจากคะแนนเต็ม 136 คะแนน ความแตกต่างนี้ สอดคล้องกับการที่สถานประกอบการที่มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากมีการจัดกิจกรรมทันตสุขภาพ ได้แก่ การให้ความรู้โดยทันตบุคลากรหรือแกนนำสุขภาพที่ผ่านการอบรม การใช้สื่อออนไลน์และออฟไลน์ เช่น การเผยแพร่อินโฟกราฟิกและคลิปวีดิโอผ่านไลน์กลุ่ม การแนะนำให้ผู้ปฏิบัติงานใช้แอปพลิเคชันสร้างความรอบรู้และเฝ้าระวังสภาวะช่องปากตนเอง (Application Fun D) การตรวจสุขภาพช่องปากผู้ปฏิบัติงาน และให้คำแนะนำในการรับการรักษาทางทันตกรรมรายบุคคลตามความจำเป็น รวมถึงการฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น การประสานทันตบุคลากรฝึกแปรงฟันแก่ผู้ปฏิบัติงาน การฝึกตรวจสุขภาพช่องปากตนเอง การสร้างสภาพแวดล้อมในสถานประกอบการให้เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี เช่น การมีเมนูหวานน้อยในร้านขายเครื่องดื่มหวาน การกำหนดพื้นที่ปลอดบุหรี่ การแจ้งเตือนให้แปรงฟันหลังอาหารกลางวัน และการสนับสนุนจากหัวหน้างาน นักจัดการงานบุคคล (HR) หรือเจ้าหน้าที่ความปลอดภัย (จป.) ผ่านการจัดกิจกรรมรณรงค์สร้างกระแสการแปรงฟันในสถานประกอบการ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของหฤทัย สุขเจริญโกศล ในปีพ.ศ. 2560 ที่พบว่า การจัดโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในสถานประกอบการเป็นระยะเวลา 1 ปี ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารที่ดีต่อทันตสุขภาพ ระยะเวลาในการแปรงฟัน และประเภทของยาสีฟันที่ควรใช้[12] อย่างไรก็ตาม ผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการทั้งสองกลุ่มยังมีความรอบรู้ด้านการสำแดงความภูมิใจในความสำเร็จไม่เพียงพอ ซึ่งอาจสะท้อนถึงการขาดการเสริมแรงเชิงบวกหรือการยอมรับในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรได้รับการพัฒนาในโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากต่อไป เพื่อเชิดชูคุณค่าผู้ปฏิบัติงานให้สามารถเป็นแบบอย่าง ถ่ายทอด และให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากแก่เพื่อนร่วมงานหรือคนในครอบครัวได้

กิจกรรมดำเนินการในโครงการนี้ นอกจากจะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากแล้ว ยังส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากอีกด้วย ผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการที่มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากถูกต้องและเหมาะสมกว่าผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการที่ไม่มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากอย่างชัดเจน ทั้งพฤติกรรมการแปรงฟัน ระยะเวลาการแปรงฟัน ระยะเวลาเปลี่ยนแปรงสีฟัน การเลือกใช้แปรงสีฟัน การเลือกใช้อุปกรณ์เสริมทำความสะอาดช่องปาก ความถี่ของการดื่มเครื่องดื่มหวาน และการพบทันตแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Toyama ในปี ค.ศ. 2018 ที่พบว่าการจัดโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในสถานประกอบการส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้น เช่น การแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ และการใช้อุปกรณ์เสริมทำความสะอาดซอกฟันเพิ่มขึ้น[13]

และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Bakri ในปี ค.ศ. 2023 ที่แสดงให้เห็นว่า การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในสถานประกอบการส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น[11] ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพอื่น ๆ ในสถานประกอบการ ที่ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพดีขึ้น เช่น การจัดโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการ ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค และสามารถลด BMI ลงได้ หรือการจัดชุดกิจกรรมให้ความรู้ร่วมกับการจัดพื้นที่การออกกำลังกาย ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานออกกำลังกายเพิ่มขึ้น การมีพฤติกรรมดูแลช่องปากที่ถูกต้องอาจมาจาก 2 ปัจจัย ได้แก่ 1) ผู้ปฏิบัติงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ดังเช่นการศึกษาของ Batista MJ ในปี ค.ศ. 2017 ที่พบว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเพียงพอ จะมีพฤติกรรมดูแลอนามัยช่องปากดีกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่ำ กว่า 2 เท่า[7] หรือการศึกษาของ Alzeer ในปี ค.ศ. 2024 ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการแปรงฟันและการเข้ารับบริการทางทันตกรรม[14] 2) สถานประกอบการมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี เช่น การจัดตู้น้ำดื่มในโรงอาหารให้ผู้ปฏิบัติงานดื่มฟรี อาจส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานดื่มเครื่องดื่มหวานลดลง อ้างอิงจากการศึกษาของ Rosenthal ในปี ค.ศ. 2023 ที่พบว่าการเพิ่มจุดน้ำประปาดื่มได้ในสวนสาธารณะ เป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพที่ส่งผลให้ผู้ที่มาออกกำลังกายดื่มเครื่องดื่มหวานลดลง[21]

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ เป็นการศึกษาเชิงสังเกตเก็บข้อมูล ณ ช่วงเวลาหนึ่ง (cross-sectional observational study) และไม่มีการเก็บข้อมูลประเด็นที่ต้องการศึกษาก่อนการดำเนินโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ไม่สามารถระบุความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้อย่างชัดเจน การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลภายใต้บริบทของสถานประกอบการในพื้นที่ ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่สถานประกอบการที่มีและไม่มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ที่อาจไม่ครอบคลุมความหลากหลายของสถานประกอบการทั้งหมดในประเทศไทย และไม่สามารถควบคุมตัวแปรกวนได้ทั้งหมด เช่น ประเภทของแรงงานในสถานประกอบการ นอกจากนี้ การใช้แบบสอบถามประเมินตนเอง อาจมีอคติจากการตอบเพื่อให้ตนเองดูดี (social desirability bias) การศึกษาในระยะต่อไป ควรติดตามสถานประกอบการที่มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลามากกว่า 2 ปี เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการดำเนินงานต่อผลลัพธ์ด้านสภาวะช่องปาก และค่าใช้จ่ายทางทันตกรรมที่เกิดขึ้น และควรมีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้เข้าใจบริบทด้านสิ่งแวดล้อมของสถานประกอบการ และแรงจูงใจของการแสดงออกพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปฏิบัติงาน

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้เป็นหลักฐานสำคัญที่ยืนยันถึงประโยชน์ของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในสถานประกอบการ และสามารถใช้เป็นแนวทางในการขยายผลไปยังสถานประกอบการอื่น ๆ เพื่อพัฒนาสภาวะช่องปากของประชากรวัยทำงานต่อไป

สรุป

การดำเนินโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในสถานประกอบการ มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยพบผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการที่มีการดำเนินโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากโดยรวมและรายด้าน สูงกว่าผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการที่ไม่มีการดำเนินโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก และมีพฤติกรรมการแปรงฟัน ระยะเวลาการแปรงฟัน การเลือกใช้อุปกรณ์เสริมทำความสะอาดช่องปาก ความถี่ของการดื่มเครื่องดื่มหวาน การสูบบุหรี่ และการพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปาก

ที่เหมาะสมกว่าผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการที่ไม่มีการดำเนินโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากอย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- การจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพช่องปากในโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานได้ทราบสภาวะช่องปากตนเอง โดยไม่ต้องรอให้มีอาการเกิดขึ้นและจะได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที เมื่อมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ดังนั้น จึงควรยกระดับการดำเนินกิจกรรมสู่ข้อเสนอระดับนโยบาย ด้วยการประสานความร่วมมือกับกระทรวงแรงงาน ในการจัดทำประกาศหรือแนวทางสนับสนุนให้สถานประกอบการจัดโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ควบคู่กับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพกายและความปลอดภัยในการทำงาน
- ผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่าวัยทำงานในสถานประกอบการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ด้านการสำแดงความภูมิใจในความสำเร็จไม่เพียงพอ ดังนั้นจึงควรกำหนดนโยบายระดับสถานประกอบการ ยกย่องเชิดชูเกียรติผู้ปฏิบัติงานที่มีสภาวะช่องปากดี หรือมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเหมาะสม เพื่อสร้างแรงจูงใจให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งจะส่งต่อพฤติกรรมการดูแลช่องปากนี้สู่เพื่อร่วมงานและสมาชิกในครอบครัว

2) ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

- ควรมีการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพ HR/จป. และแกนนำสุขภาพ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการจัดโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากได้ด้วยตนเอง เช่น การถ่ายทอดความรู้ด้านทันตสุขภาพแก่ผู้ปฏิบัติงาน และจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี
- พัฒนาความต่อเนื่อง และความครอบคลุมของกิจกรรมในโปรแกรม เช่น การติดตั้งมุมแปรงฟันในทุกหน่วยงาน การแจ้งเตือนแปรงฟันหลังอาหารกลางวันผ่านแอปพลิเคชัน และการสร้างแคมเปญสื่อสารออนไลน์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดการคงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีระยะยาว

3) ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

- ควรมีการศึกษาวิจัยติดตามผลระยะยาว เนื่องจากการศึกษานี้เป็น cross-sectional ไม่สามารถระบุเหตุและผลได้อย่างชัดเจน การศึกษาครั้งต่อไปควรติดตามผลอย่างต่อเนื่องมากกว่า 2 ปี เพื่อตรวจสอบผลลัพธ์ต่อภาวะสุขภาพช่องปากและค่าใช้จ่ายทันตกรรม
- ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อเข้าใจแรงจูงใจและอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งปัจจัยสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการ
- ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพเพื่อประเมินความคุ้มค่าของโปรแกรม เช่น การลดค่าใช้จ่ายด้านทันตกรรมและการลดวันลาป่วยจากปัญหาสุขภาพช่องปาก

คำขอบคุณ

การศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือจากทันตบุคลากร และบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพวัยทำงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ และขอขอบคุณทันตบุคลากรในศูนย์อนามัยที่ 1-12 สถาบันพัฒนาสุขภาพวะเขตเมือง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่ร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากวัยทำงานในสถานประกอบการ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2565 เป็นต้นมา

เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of Dental Health. The 9th national oral health survey report 2017 of Thailand. Bangkok: Department of Health; 2018. (in Thai)
2. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, Listl S, et al. Oral diseases: a global public health challenge. Lancet 2019; 394: 249-60. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31146-8.

3. Righolt AJ, Jevdjevic M, Marcenes W, Listl S. Global-, Regional-, and Country-Level Economic Impacts of Dental Diseases in 2015. J Dent Res 2018; 97(5): 501-7.
4. Thivakorakot W. Associated factors of oral health status in working age population at Amphawa district, Samut Songkhram province. Reg 4-5 Med J 2017; 36(4): 237-49. (in Thai)
5. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol 2003; 31 (Suppl 1): 3-23. doi:10.1046/j.2003.com122.x.
6. World Health Organization. Health literacy and health behavior. [online] 010 [cited 2024 Aug 15]; Available from: URL: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/
7. Batista MJ, Lawrence HP, Sousa MDLR. Oral health literacy and oral health outcomes in an adult population in Brazil. BMC Public Health 2017; 18(1): 60. doi: 10.1186/s12889-017-4443-0.
8. Baskaradoss JK. Relationship between oral health literacy and oral health status. BMC Oral Health 2018; 18(1): 172. doi: 10.1186/s12903-018-0640-1. PMID: 30355347; PMCID: PMC6201552.
9. Tenani CF, Silva Junior MF, Lino CM, Sousa MDLR, Batista MJ. The role of health literacy as a factor associated with tooth loss. Rev Saude Publica 2021; 55: 116. doi: 10.11606/s1518-8787.2021055003506. PMID: 34932703; PMCID: PMC8664067.
10. Silva-Junior MF, Rosário de Sousa MDL, Batista MJ. Health literacy on oral health practice and condition in an adult and elderly population. Health Promot Int 2021; 36(4): 933-42. doi: 10.1093/heapro/daaa135. PMID: 33277894.
11. Bakri NN, Smith MB, Broadbent JM, Thomson WM. Oral health promotion activities in the workplace: a scoping review. Health Promot Int 2023; 38(3): daac039. doi: 10.1093/heapro/daac039. PMID: 35425975.
12. Sukcharoenkosol H, Vachirarojpisan T, Krisdapong S. Evaluation of one year workplace oral health promotion program in factories. J Health Res 2017; 31: 455-64.
13. Toyama N, Taniguchi-Tabata A, Sawada N, Sugiura Y, Fukuhara D, Uchida Y, Miyai H, Yokoi A, Mizutani S, Ekuni D, Morita M. Does Instruction of Oral Health Behavior for Workers Improve Work Performance? - Quasi-Randomized Trial. Int J Environ Res Public Health 2018; 15(12): 2630. doi: 10.3390/ijerph15122630. PMID: 30477210; PMCID: PMC6313762.
14. Alzeer M, AlJameel A, Rosing K, Øzhayat E. The association between oral health literacy and oral health-related behaviours among female adolescents in the Kingdom of Saudi Arabia: A cross-sectional study. Saudi Dent J 2024; 36(7): 1035-42.
15. Mochida Y, Fuchida S, Yamamoto T. Association between Participation in the

Short Version of a Workplace Oral Health Promotion Program and Medical and Dental Care Expenditures in Japanese Workers: A Longitudinal Study. Int J Environ Res Public Health 2022; 19(5): 3143. doi: 10.3390/ijerph19053143. PMID: 35270835; PMCID: PMC8910012.

16. Seitz MW, Listl S, Bartols A, Schubert I, Blaschke K, Haux C, Van Der Zande MM. Current knowledge on correlations between highly prevalent dental conditions and chronic diseases: an umbrella review. Prev Chronic Dis 2019; 16: E132. doi: 10.5888/pcd16.180641. PMID: 31560644; PMCID: PMC6795069.
17. Ichihashi T, Goto A, Myagmar-Ochir E, Haruyama Y, Muto T, Kobashi G. Association between the interval of worksite dental check-ups and dental and medical expenditures: a single-site, 12-year follow-up study in Japan. BMJ Open 2022; 12(10): e063658. doi: 10.1136/bmjopen-2022-063658. PMID: 36223958; PMCID: PMC9562720.
18. Bureau of Dental Health. Guideline for oral health promotion in workplace [online] 2022 [cited 2024 Aug 15]; Available from: URL: https://dental.anamai.moph.go.th/th/flip-image/3430#wow-book/9.
19. Soison P, Wattanaburanon A, Rodjarkpai Y, Thongnopakun S. *Effects of oral health literacy program on oral health care behaviors of working people in workplace.* Thai J Health Educ 2023; 46(2): 15-31. (in Thai)
20. Vanichkul N. *Manual for the Oral Health Literacy Questionnaire for Working-Age Adults for Public Health Officers;* 2021. (in Thai)
21. Rosenthal MD, Schmidt LA, Vargas R, Blacker LS, McCulloch CE, Ezennia J, Patel AI. Drink tap: a multisector program to promote water access and intake in San Francisco parks. Prev Chronic Dis 2023; 20: E74.doi: 10.5888/pcd20.230007. PMID: 37616470; PMCID: PMC10457103.

กรมอนามัย
Department of Health
มกราคม – ธันวาคม 2568
วิทยาสารทันตสาธารณสุข
เว็บไซต์: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThDPHJo



นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปากและระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลแม่สุก อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

ธิติพันธุ์ อวนมินทร์[1] ณัฐณิชา อุทธโยธา[2]*
[1]*กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา 56130*
[2]*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สุก อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา 56130*

คำสำคัญ

การเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์โดย อสม.
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปาก
ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร
กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ

วันที่รับบทความ
18 สิงหาคม 2568
วันที่แก้ไขบทความ
20 พฤศจิกายน 2568
วันที่ตอบรับบทความ
25 พฤศจิกายน 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปากและระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดำเนินการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลัง ระยะเวลา 6 เดือน ทั้งสองกลุ่มได้รับการให้คำปรึกษาตามหลักความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองได้รับการติดตามต่อเนื่องโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผ่านการเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ตามหลักการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ กลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับการติดตาม หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีสัดส่วนของผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับเพียงพอ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33.0 เป็นร้อยละ 100.0 ($p < 0.001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปาก ลดลงจาก 3.8 เหลือ 1.0 คะแนน ($p < 0.001$) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารลดลงจาก 113.7 เหลือ 96.9 มก./ดล. ($p < 0.001$) และพบว่าการโทรศัพท์ติดตาม จำนวน 8 ครั้งภายใน 4 เดือนแรกเพียงพอในการสร้างความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องได้ ในขณะที่หลังการทดลอง ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของสัดส่วนของผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับเพียงพอ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปากระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ แต่พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารของกลุ่มเปรียบเทียบ 105.5 มก./ดล.สูงกว่ากลุ่มทดลอง 96.9 มก./ดล.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.04$) แสดงว่าการติดตามต่อเนื่องทางโทรศัพท์ให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าการให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว สามารถนำไปใช้ในงานประจำเพื่อช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารในกลุ่มตัวอย่างนี้

* **ผู้ประพันธ์บรรณกิจ**

ธิติพันธุ์ อวนมินทร์ อีเมล์ : thitiphun.uanmin@gmail.com doi: 10.14456/thdentphj.2025.9

January – December 2025

Thai Dental Public Health Journal

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



Original Article

Effects of Telephone Home Visits on Health Literacy, Oral-Health Risk Behaviours and Fasting Blood Glucose among Patients with Impaired Fasting Glucose, Maesuk Subdistrict, Maechai district, Phayao province

Thitiphun Uanmin[1*] *Natnicha Utthayota*[2]

[1]*Maechai Hospital, Maechai District, Phayao 56130*

[2]*Maesuk Subdistrict Health Promoting Hospital, Maechai District, Phayao 56130*

KEYWORDS

Telephone home visit by village health volunteers

Health literacy

Oral health risk behaviours

Fasting Blood Sugar

Patient with Impaired Fasting Glucose

Motivational Interviewing

Received date

18 August 2025

Revised date

20 November 2025

Accepted date

25 November 2025

ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of the telephone-home visiting program in improving health literacy, reducing oral health risk behaviours and reducing fasting blood sugar (FBS) among patients with impaired fasting glucose (IFG). A non-equivalent control group pretest–posttest study was conducted over six months. Both groups received baseline counseling based on health literacy principles; however, the intervention group received additional follow-up through telephone home visits delivered by village health volunteers (VHV) using motivational interviewing techniques. Results indicated that the proportion of participants with adequate health literacy levels increased from 33.0% to 100.0% ($p < 0.001$). Their mean oral health risk behaviour scores decreased from 3.8 to 1.0 ($p < 0.001$), and mean FBS decreased from 113.7 to 96.9 mg/dL ($p < 0.001$). Notably, eight phone visits for four months were sufficient to establish sustained self-care capacity. In contrast, the comparison group's mean post-intervention FBS (105.5 mg/dL) remained significantly higher than that of the intervention group FBS (96.9 mg/dL, $p < 0.001$). These findings suggested that continuous telephone follow-up is more effective than counseling only. This approach could be integrated into routine practice to reduce FBS in this sample.

***Corresponding author**

Thitiphun Uanmin E-mail address: thitiphun.uanmin@gmail.com doi: 10.14456/thdentphj.2025.9

บทนำ

จากการระบาดของโรคโควิด 19 ที่ผ่านมา ทำให้การทำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิหยุดลง อำเภอแม่ใจมีอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ที่เพิ่มขึ้น[1] การออกแบบระบบงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิที่ลดการรวมกลุ่มหรือสัมผัสใกล้ชิดจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อเตรียมความพร้อมรับสถานการณ์การระบาดของโรคระบบทางเดินหายใจ

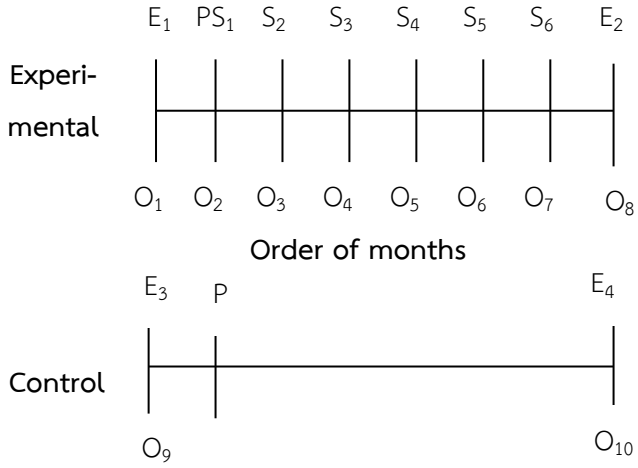
การส่งบริการสุขภาพทางไกลถึงผู้ป่วยในประเทศไทยพบว่าส่วนใหญ่เป็นบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์[2-5] แต่ในระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีข้อจำกัดทางทรัพยากร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยส่งบริการสุขภาพทางไกลถึงผู้ป่วยแทนบุคลากรทางการแพทย์ได้ ผู้วิจัยจึงออกแบบนวัตกรรมการทำงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพทางโทรศัพท์โดยอสม.ขึ้นและมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปากและระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งหวังผลใช้เป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพโดยประชาชนในชุมชนที่เข้มแข็งและปฏิบัติได้จริง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ชนิดมีกลุ่มเปรียบเทียบ วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Non-equivalent control group pretest–posttest design) ใช้เวลาวิจัย 6 เดือน เนื่องด้วยข้อจำกัดด้านจริยธรรม ไม่สามารถงดเว้นมาตรการพื้นฐานที่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มควรต้องได้รับเพื่อป้องกันการเพิ่มความรุนแรงของโรค ผู้วิจัยให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อให้ได้รับ lifestyle modification (LM) ในระดับพื้นฐานสำหรับดูแลตนเองในทั้งสองกลุ่ม แต่ติดตามต่อเนื่องทางโทรศัพท์โดย อสม.เฉพาะในกลุ่มทดลอง ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 แผนภูมิการทดลอง

Figure1 Experimental Flowchart



โดยกำหนดให้

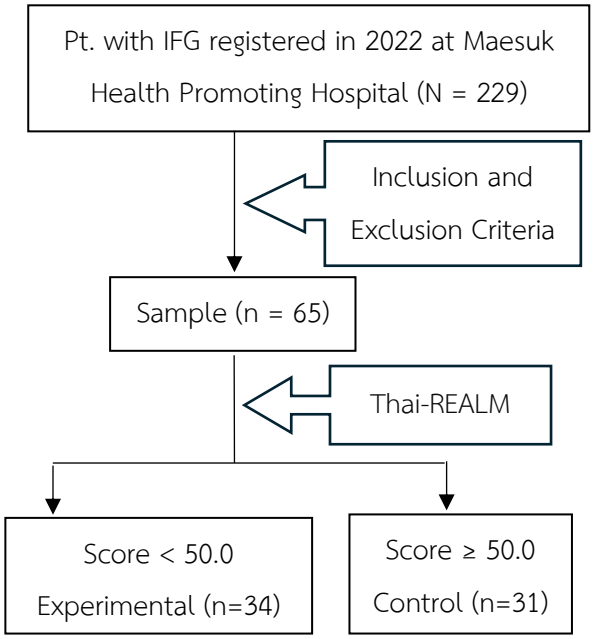
P	คือ	การให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อให้ได้รับ lifestyle modification (LM) ในระดับพื้นฐาน
O_1, O_9	คือ	การเก็บข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปากก่อนทดลอง
O_8, O_{10}	คือ	การเก็บข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปากหลังทดลอง
$O_2 – O_7$	คือ	การเก็บข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปากระหว่างทดลอง
E_1, E_3	คือ	การวัดระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารก่อนทดลอง
E_2, E_4	คือ	การวัดระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารหลังทดลอง
S_1-S_6	คือ	การติดตามต่อเนื่องด้วยการเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์โดยอสม. ตั้งแต่เดือนที่ 1-6

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คือ ผู้ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (Fasting Blood Sugar : FBS) อยู่ในช่วง

100.0-125.0 มก./ดล.[6] ที่ขึ้นทะเบียนในปี 2565 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สุก อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา จำนวน 229 คน คัดเลือกตัวอย่างด้วยวิธีเลือกแบบเจาะจง เกณฑ์คัดเข้า คือ ไม่เป็นผู้ที่ประกอบอาชีพด้านการแพทย์หรือการสาธารณสุข เกณฑ์คัดออก ได้แก่ สภาพร่างกายและจิตใจเป็นอุปสรรคในการร่วมทดลอง หรือมีเหตุให้ไม่สามารถอยู่ร่วมทดลองตลอดการวิจัยได้ เกณฑ์ยุติการวิจัย คือ กลุ่มตัวอย่างมีอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงจากการทดลอง เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำรุนแรง หรือกลุ่มตัวอย่างได้รับยาหรืออาหารเสริมที่เกี่ยวข้องกับระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างการทดลอง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power อ้างอิงจากการศึกษาที่ผ่านมาของสุเมธ นาจรัสและคณะ[7] ได้ขนาดผลกระทบปานกลางเท่ากับ 0.2 พลังการทดสอบเท่ากับ 0.8 สำหรับการวิจัยแบบกึ่งทดลอง 2 กลุ่ม วัดซ้ำ 5 ครั้ง ค่าความเชื่อมั่น 0.05 ได้จำนวนทั้งสิ้น 57 คน เนื่องจากข้อจำกัดด้านจริยธรรมและมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยในสถานพยาบาลที่ให้ความสำคัญกับความเสมอภาคทางสุขภาพ ไม่สามารถกำหนดให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่แตกต่างกันได้โดยไม่มีหลักเกณฑ์ทางวิชาการ ผู้วิจัยจึงใช้แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ ที่อยู่ในตอนที่ 3 ของแบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Thai-REALM)[8] ในการคัดเลือกผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับไม่เพียงพอ คือ ได้คะแนนน้อยกว่า 50.0 คะแนนจากคะแนนเต็ม 66.0 คะแนน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือเป็นพิเศษก่อน ให้ได้รับการดูแลติดตามต่อเนื่องในกลุ่มทดลอง เพื่อไม่ให้เกิดการลุกลามของโรคที่รุนแรงขึ้น ได้กลุ่มทดลอง 34 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 31 คน ได้คะแนน 50.0 คะแนนขึ้นไป เป็นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ มีแนวโน้มที่จะสามารถดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่ง จึงเลือกให้ได้รับ การให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อให้ได้รับ Lifestyle modification (LM) ในระดับพื้นฐานเพียงอย่างเดียว จากนั้นให้ดูแลตนเองต่อ โดยไม่มีการติดตามต่อเนื่อง กลุ่มเปรียบเทียบเป็นกลุ่มที่มีบริบทคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง อยู่ในเขตพื้นที่การดูแลของ รพ.สต.เดียวกัน การคัดเลือกและจัดตัวอย่างลงกลุ่มสรุปได้ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2 การคัดเลือกและจัดตัวอย่างลงกลุ่ม

Figure 2 Participant selection and group allocation



การควบคุมอคติในการวิจัย ทำโดยจัดให้มีกลุ่มเปรียบเทียบที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปากและระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารก่อนการทดลองไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่มทดลอง ดังตารางที่ 5 มีเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกที่ชัดเจน และจัดอบรมผู้เก็บข้อมูลให้ใช้วิธีการที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อลดความแตกต่างที่เกิดจากผู้เก็บข้อมูล

คณะผู้วิจัยใช้กระบวนการเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งมีการปรับปรุงจากของสุเมธ นาจรัสและคณะ[7] เป็นเครื่องมือในการทดลอง การติดตามทางโทรศัพท์ให้เป็นระบบทำโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายต่อผู้ปฏิบัติ ทดสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักวิชาการด้านการวิจัยและวัดผลการศึกษาและทันตแพทย์ทั่วไป ได้ค่าดัชนีความตรงระหว่าง 0.6-1.0 กระบวนการวิจัยเริ่มต้นจาก ผู้วิจัย

จัดอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพทีมงาน ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และอสม.ในการเยี่ยมบ้านตามกระบวนการเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 เตรียมความพร้อมสำหรับ LM ใช้แนวคิด “Health literacy : HL” โดยพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ประจำรพ.สต.ชักชวนสนทนารายบุคคล เริ่มจากเน้นย้ำสร้างการรับรู้และยอมรับปัญหาเสี่ยงโรคเบาหวานและพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปากของตนเองก่อนด้วยการชวนสนทนา 2 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นที่ 1 สอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยประยุกต์จาก 3 คำถามสุขภาพ (Ask Me 3) ของกรมอนามัย[9] โดยผู้ประเมินจะถามคำถาม 3 คำถาม ได้แก่ รู้ไหมว่าเสี่ยงโรคเบาหวาน (รับรู้โรค) ทำไมถึงเสี่ยง(รู้สาเหตุ) และต้องปฏิบัติตัวอย่างไร (รู้การปฏิบัติ) ประเด็นที่ 2 สอบถามพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปาก โดยประยุกต์ข้อคำถามจากแบบประเมินความเสี่ยงฟันผุของ American Dental Association[10] ร่วมกับ 66 Key Messages ประเด็นสื่อสารหลัก 66 ข้อ เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ของกรมอนามัย[11] ผู้ประเมินจะสอบถามข้อคำถาม 8 ข้อ ได้แก่ ดื่มเครื่องดื่มหวานจัดระหว่างมื้อหรือไม่ มีปัญหาปวดฟัน ปวดเหงือก เหงือกบวม เป็นหนองในปากหรือไม่ รู้หรือไม่ว่าปัญหาดังกล่าว ทำให้คุมเบาหวานไม่ได้ แปรงลิ้นหรือไม่ รู้หรือไม่ว่าแปรงลิ้นทำให้กินอาหารรสชาติจืดลงได้ แปรงฟันวันละ 2 ครั้งหรือไม่ แปรงฟันนาน 2 นาทีขึ้นไปหรือไม่ แปรงฟันแห้งด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์หรือไม่

หลังจากสร้างการรับรู้ปัญหาของตนเองแล้ว ขั้นต่อไปเป็นการฝึกให้วิเคราะห์พฤติกรรมสาเหตุของปัญหาหรือตัวกำหนดสุขภาพ (Determinants of health : DOH) เฉพาะบุคคลด้วยตัวเอง ทั้งวิถีชีวิตที่เป็นปัญหาเสี่ยงโรคเบาหวานและพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปาก ประยุกต์ใช้แนวคิด V shape ของกรมอนามัย[12] เน้นที่ขั้นตอน V1 เข้าถึง V2 เข้าใจ V3 โต้ตอบ/ซักถาม/แลกเปลี่ยน/ต่อรอง ด้วยการชวนสนทนาตาม “ตารางวิเคราะห์วิถีชีวิต” เป็นกลวิธีที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นสำหรับใช้ในพื้นที่อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยามาก่อนหน้านี้ ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยไม่บังคับจากการตระหนักรู้ด้วยตนเอง เกิดคุณลักษณะของบุคคลที่พึงประสงค์ตามหลักการของความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยจะชวนสนทนา 3 ประเด็น ได้แก่ วิถีชีวิตที่เป็นปัญหา (ให้กำหนดมา 1 ข้อ ที่คิดว่าเป็นปัญหาหลัก) จะเปลี่ยนแปลงตัวเองอย่างไร (เน้นให้ต่อรองเท่าที่ทำได้ กำหนดเป้าหมายให้ชัด) ต้องการอะไรจากผู้อื่นที่จะช่วยในการเปลี่ยนแปลงตัวเอง เช่น ความรู้ สื่อ อุปกรณ์ สถานที่ ขั้นตอนที่ 2 “ติดตามการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต” โดย อสม. จะโทรติดตามกลุ่มเสี่ยงทั้งปัญหาเสี่ยงโรคเบาหวานและพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปาก แนวคิดที่ใช้เป็นกรอบในการสนทนาทางโทรศัพท์ ประยุกต์ใช้กลยุทธ์การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจตามหลัก Motivation interviewing : MI ของกรมควบคุมโรค[13] อสม. จะโทรติดตามประเด็นที่ได้ให้พันธสัญญาไว้ในช่อง “จะเปลี่ยนแปลงตัวเองอย่างไร” จากตารางวิเคราะห์วิถีชีวิตในขั้นตอนที่ 1 โดยจะชวนสนทนาถามถึงความสำเร็จในการปฏิบัติตามเป้าหมายที่ให้พันธสัญญาไว้ รับฟังอุปสรรคที่ทำให้ไม่สำเร็จ ให้กำลังใจ เสริมพลัง ให้คำแนะนำในการลดอุปสรรคนั้นและเปิดโอกาสให้ต่อรองเพื่อตั้งเป้าหมายใหม่หากทำไม่สำเร็จ ในกรณีที่ทำสำเร็จให้ตั้งเป้าหมายพฤติกรรมอื่นๆ เพื่อรับการโทรศัพท์ติดตามในครั้งต่อไป คู่มือการให้คำแนะนำฉบับสั้นจะนำมาใช้ในขั้นตอนนี้ร่วมกับการให้คำแนะนำในการลดอุปสรรค การโทรศัพท์ติดตามโดย อสม. จะโทรจำนวน 10 ครั้ง ในระยะเวลา 6 เดือน โดยมีกำหนดการโทรดังนี้ เดือนแรก ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 4 ครั้ง เดือนที่สอง ติดตามทุก 2 สัปดาห์ รวม 2 ครั้ง เดือนที่สามถึงเดือนที่หก ติดตามเดือนละ 1 ครั้ง รวม 4 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 3 “ประเมินผล” เป็นช่วงที่กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลับมาพบกับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ประจำรพ.สต.เพื่อประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปากและระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปาก ทดสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการทดสอบ

ความตรงเชิงเนื้อหา จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักวิชาการด้านการวิจัยและวัดผลการศึกษาและทันตแพทย์ทั่วไป ได้ค่าดัชนีความตรงระหว่าง 0.6-1.0 เพื่อความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยได้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพทีมงาน เพื่อให้เข้าใจคำถามและวิธีการสัมภาษณ์ที่ตรงกัน วัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจากการสัมภาษณ์ 3 คำถาม ได้แก่ 1. รู้ไหมว่าเสี่ยงโรคเบาหวาน (รับรู้โรค) 2. ทำไมถึงเสี่ยง (รู้สาเหตุ) 3. ต้องปฏิบัติตัวอย่างไร (รู้การปฏิบัติ) หากตอบได้ครบทั้ง 3 คำถาม แปลผลว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับเพียงพอ หากตอบได้ไม่ครบทั้ง 3 คำถาม แปลผลว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับไม่เพียงพอ วัดพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปาก จากการสัมภาษณ์ 8 ข้อคำถาม หากตอบถูก ให้ 1.0 คะแนน ตอบผิด ให้ 0.0 คะแนน ตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยเครื่องตรวจปลายนิ้วชนิดพกพา ยี่ห้อ On Call® ซึ่งได้รับการสอบเทียบตัวเครื่องโดยกลุ่มงานชันสูตร โรงพยาบาลแม่ใจ ปีละ 1 ครั้งและสอบเทียบแถบวัดด้วยน้ำยาสอบเทียบของบริษัทผู้ผลิตก่อนใช้งาน วัดระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร 8 ชั่วโมงด้วยการตรวจเลือดปลายนิ้ว (Dextrostix : DTX)

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปาก โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง 6 ครั้ง เก็บข้อมูลในกลุ่มเปรียบเทียบ 2 ครั้ง เก็บข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร 2 ครั้ง ในทั้งสองกลุ่ม ดังภาพที่ 1

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ดังนี้ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองตั้งแต่เริ่ม ระหว่างและสิ้นสุดการทดลองด้วยสถิติ Cochran's Q test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปาก ภายในกลุ่มทดลองตั้งแต่เริ่ม ระหว่างและสิ้นสุดการทดลองด้วยสถิติ One-way repeated measures ANOVA เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือด ภายในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Paired sample t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ McNemar test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปากและระดับน้ำตาลในเลือดภายในกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Paired sample t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Chi-Square Test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปากและระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Independent sample t-testการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา เลขที่ 027/2565 วันที่ 8 กันยายน 2565 ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับทราบข้อมูลและให้คำยินยอมแบบลายลักษณ์อักษรก่อนเข้าร่วมการวิจัย

ผล

จากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จากโปรแกรม G*Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 57 คน จากนั้นผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เผื่อการสูญหายของข้อมูล ร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 65 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 31 คน เมื่อสิ้นสุดการทดลองสามารถติดตามเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างได้ครบถ้วนสมบูรณ์จำนวน 57 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 23 คน ได้ผลดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชาย (ร้อยละ 50.9) และเพศหญิง (ร้อยละ 49.1) ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน อยู่ในช่วงวัยสูงอายุ อายุเฉลี่ย 60.5 ปี (SD = 9.08) ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 56.1) และมีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 66.7)

วิถีชีวิตที่เป็นสาเหตุให้เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและมีพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปาก (Determinants of Health) และสิ่งที่ต้องการเพื่อช่วยปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในมุมมองของกลุ่มตัวอย่าง จากตารางที่ 1 เป็นผลลัพธ์ที่ได้จากการชวนสนทนาตาม "ตารางวิเคราะห์วิถีชีวิต" ในขั้น

การให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อให้ได้รับ lifestyle modification (LM) ในระดับพื้นฐาน มีเป้าหมายเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเข้าใจและรู้ตัวกำหนดสุขภาพของตนเองด้วยตนเอง พบว่าวิถีชีวิตที่เป็นปัญหาหลักในมุมมองของกลุ่มตัวอย่างที่ทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ได้แก่ กินข้าวเหนียวมากเกินไปเพราะ กินข้าวสวยแล้วไม่อยู่ท้อง คนในครอบครัวกินข้าวเหนียวกันหมด ทำให้รู้สึกยุ่งยากถ้าต้องหุงข้าวสวยเพิ่มอีก การกินข้าวสวยต้องทำกับข้าวที่กินเข้ากันซึ่งต่างจากกับข้าวที่กินกับข้าวเหนียว ทำให้ยุ่งยากต้องทำกับข้าวหลายอย่าง กินมื้อเย็นดึกเพราะรอครอบครัวพร้อมหน้ากัน กินผลไม้ในท้องถิ่นที่มีรสหวานตามฤดูกาลเพราะหาง่าย มีปลูกกันโดยทั่วไปในบ้านหรือในสวนของตนเอง เช่น ลำไย ลิ้นจี่ มะม่วงสุก มะขามหวาน กินขนมหวาน เช่น ข้าวเหนียวหน้าสังขยา ข้าวเหนียวปิ้ง เพื่อรองท้องตอนเช้ามืดก่อนออกไปทำเกษตรกรรมมักจะกินคู่กับกาแฟซอง (3 in 1) และเมื่อถึงเวลาสาย ก็กินอาหารเช้าอีกหนึ่งมื้อ รองลงมาคือการดื่มเครื่องดื่มหวานจัด เช่น กาแฟซอง (3 in 1) เครื่องดื่มชูกำลัง เพื่อเพิ่มความสดชื่น ความกระฉับกระเฉงระหว่างการทำงาน ส่วนนมถั่วเหลือง โกโก้ น้ำอัดลม ลูกหลานมักจะซื้อมาฝากเวลามาเยี่ยมหรือมารดน้ำดำหัวตามเทศกาลสำคัญ ในขณะที่พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปาก ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีมุมมองว่าไม่ได้แปรงลิ้น เพราะจะอาเจียน ไม่ได้แปรงฟันแห้ง เพราะไม่เคยรู้มาก่อนว่ามีวิธีนี้ แปรงฟันแห้งแล้วรู้สึกไม่สบายปาก มีรสหวานติดปาก กินอาหารไม่อร่อย กลัวอันตรายจากการกลืนยาสีฟันที่เหลือในช่องปาก ส่วนของการดื่มเครื่องดื่มหวานจัดระหว่างมื้อ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมที่สำคัญของโรคฟันผุและโรคเบาหวาน ในมุมมองของกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าเป็นปัญหาเพียงร้อยละ 14.0 นอกจากนี้ในส่วนของความไม่สบายจากปัญหาในช่องปากที่สัมพันธ์กับการดื้ออินซูลิน เช่น เหงือกบวม มีหนอง ฟันโยก ในมุมมองของกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าเป็นปัญหาน้อยมากเพียงร้อยละ 1.8 เมื่อถามถึงสิ่งที่ต้องการเพื่อช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พบว่าส่วนใหญ่ไม่ต้องการอะไร เพราะเข้าใจแล้วว่าต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและจะพยายามทำด้วยตนเอง ซึ่งไม่ต้องใช้ความรู้ทางวิชาการที่ลึกซึ้ง อุปกรณ์ เครื่องมือ หรือเทคโนโลยีอะไร แต่ในกรณีที่ต้องการความรู้เพิ่มเติม ต้องการในรูปแบบของการอบรมเกี่ยวกับการกินอาหารและการออกกำลังกายมากที่สุด ในส่วนของสื่อ มีความต้องการสื่อในรูปแบบที่จับต้องได้ เช่น หนังสือ แผ่นพับ ในส่วนของความต้องการเพื่อช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทันตสุขภาพ คือ อุปกรณ์ต่างๆ เช่น ยาสีฟัน แปรงสีฟัน ไม้ขูดลิ้น และคำแนะนำในการดูปริมาณฟลูออไรด์บนบรรจุภัณฑ์ยาสีฟัน

ตารางที่ 1 แสดงวิถีชีวิตที่เป็นสาเหตุให้เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและมีพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปาก (Determinants of Health) และปัจจัยที่ต้องการเพื่อช่วยปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตามความเห็นของกลุ่มตัวอย่าง (จำนวน 57 คน)

Table 1 Lifestyle factors associated with diabetes risk, oral-health risk behaviours (Determinants of Health), and perceived needs for lifestyle modification support (n=57)

Categories	Frequency (n)	Percentage (%)
Lifestyle factors contributing to diabetes risk		
• Consuming sweet fruits, desserts, excessive sticky rice, and eating late dinners	32	56.1
• Frequently drinking high-sugary beverages (e.g., instant coffee: 3 in 1, energy drinks, soy milk, cocoa, soft drinks)	23	40.4
• Alcohol consumption	1	1.8
• Lack of physical activity	1	1.8

Categories	Frequency (n)	Percentage (%)
Lifestyle factors contributing to oral-health risk behaviours		
• No tongue brushing due to gag reflex	18	31.6
• Rinsing after toothbrushing due to lack of knowledge	17	29.8
• Drinking sugary beverages between meals	8	14.0
• Brushing teeth for less than 2 minutes due to lack of knowledge	7	12.3
• Brushing teeth less than twice a day (especially not brushing at night due to being drunk or rushing to work)	5	8.8
• Illness resulting from oral problems associated with insulin resistance, including gingival swelling, dental abscess, and tooth mobility	1	1.8
Perceived needs to support lifestyle modification		
• No additional support needed; already understand and will attempt to change independently	23	40.4
• Educational training (e.g., nutrition, physical activity)	18	31.6
• Printed educational materials (e.g., books, pamphlets)	8	14.0
• Oral hygiene devices (e.g., toothpaste, toothbrush, tongue scraper) and instructions on how to check the fluoride concentration in toothpaste)	6	10.5
• Online educational content (e.g., LINE, YouTube, video clip)	1	1.8
• Access to exercise facilities	1	1.8

การเปรียบเทียบตัวแปรภายในกลุ่มทดลอง จากตารางที่ 2 พบว่า เมื่อสิ้นสุดการทดลอง สัดส่วนของผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับเพียงพอเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33.0 เป็นร้อยละ 100.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อพิจารณาแต่ละช่วงเวลา (ตารางที่ 4) พบว่า สัดส่วนของผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับเพียงพอมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับเพียงพอในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับเดือนที่ 0 ทุกเดือน และเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตั้งแต่เดือนที่ 1 หรือเท่ากับสัปดาห์ที่ 4 หลังจากเริ่มการทดลอง และในเดือนที่ 4 และ 5 สัดส่วนเริ่มคงที่ แสดงถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีคงที่แล้ว

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปากลดลงจาก 3.9 เหลือ 1.0 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีผลกระทบขนาดใหญ่มาก ($d_z = 1.8$, 95% CI [1.1, 2.5]) (ตารางที่ 2) เมื่อพิจารณาแต่ละ

ช่วงเวลา พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปากที่มีแนวโน้มลดลงเป็นลำดับ (ตารางที่ 4) เมื่อทดสอบด้วย One-way repeated measures ANOVA เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยรายคู่ จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมเสี่ยงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับเดือนที่ 0 ทุกเดือน ($p < 0.05$) โดยพบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตั้งแต่เดือนที่ 1 หรือเท่ากับสัปดาห์ที่ 4 หลังจากเริ่มการทดลอง และในเดือนที่ 4 และ 5 ผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปากเป็น 0 แสดงถึงพฤติกรรมดีคงที่ ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารเฉลี่ยลดลง 16.7 มก./ดล. จาก 113.7 เหลือ 96.9 มก./ดล. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงถึงความรุนแรงของโรคลดลงจากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานไปเป็นกลุ่มปรกติ โดยมีผลกระทบขนาดใหญ่ (dz = 1.2, 95% CI [0.8, 1.7]) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปากและระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารภายในกลุ่มทดลอง

Table 2 Comparison of health literacy, oral health risk behaviours, and FBS within the experimental group

Variables	Before	After	MD	95% CI	df	Test Statistic	p-value	Effect size (95% CI)	Interpretation
Proportion of participants with adequate HL levels (%)	33	100	-	-	1	χ^2=12.1	[a]<0.05*	-	-
Mean score of oral health risk behaviours (Mean±SD)	3.9 ±1.20	1.0 ±1.30	2.9*	2.1, 3.6	20	t = 8.2	[b]<0.05*	dz = 1.8 (1.1, 2.5)	Very Large
Mean score of FBS (Mean±SD) (mg/dL)	113.7 ±15.12	96.9 ±14.95	16.7*	11.9, 21.5	33	t = 7.1	[b]<0.05*	dz = 1.2 (0.7, 1.7)	Large

*p<0.05, [a]McNemar test, [b]paired t-test

ในกลุ่มเปรียบเทียบ จากตารางที่ 3 พบว่าเมื่อสิ้นสุดการทดลอง สัดส่วนของผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับเพียงพอ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปากและระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารเฉลี่ยลดลงจาก 116.6 เหลือ 105.5 มก./ดล. แสดงถึงความรุนแรงของโรคคงที่ เนื่องจากยังเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานเช่นเดิม

การเปรียบเทียบตัวแปรระหว่างกลุ่มก่อนการทดลอง จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะทุกตัวแปรไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 การเปลี่ยนแปลงความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปากและระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ

Table3 Comparison of Health literacy, Oral health risk behaviours, and FBS Within the Control Group

Variables	Before	After	MD	95% CI	df	Test Statistic	p-value	Effect size (95% CI)	Interpretation
Proportion of participants with adequate HL levels (%)	70	96	-	-	1	χ^2=4.2	[a]0.03*	-	-
Mean score of Oral health risk behaviours (Mean±SD)	3.4 ±1.44	1.4 ±1.23	2.0*	1.4, 2.6	22	t = 7.1	[b]<0.05*	dz = 1.5 (0.9, 2.1)	Very Large
Mean score of FBS (Mean±SD) (mg/dL)	116.6 ±20.37	105.5 ±14.63	11.1*	3.9, 18.3	22	t = 3.2	[b]<0.05*	dz = 0.7 (0.2, 1.1)	Medium –Large

*p<0.05, [a]McNemar test, [b]paired t-test

ตารางที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปาก ภายในกลุ่มทดลองจำแนกตามช่วงเวลาตั้งแต่เริ่ม ระหว่าง และสิ้นสุดการทดลอง

Table 4 Comparison of health literacy and oral health risk behaviours within the experimental group at baseline, between, and post-Intervention periods

Variables	Order of months					
	0	1st	2nd	3rd	4th	5th
Number of phone calls/month	-	4 (weekly)	2 (biweekly)	1 (monthly)	1 (monthly)	1 (monthly)
Proportion of participants with adequate HL levels (%)	33	86	81	86	95	100

Variables	Order of months					
	0	1st	2nd	3rd	4th	5th
Test Statistic, df, p-value	Cochran's Q = 44.8, df = 5, [a]p < 0.05*					
Mean score of oral health risk behaviours	3.8	2.1	1.8	1.7	1.0	1.0
Order of months	Pairwise Comparisons of Mean Differences in Oral health risk behaviours					
0	-	[b]1.6*	[b]2.0*	[b]2.0*	[b]2.8*	[b]2.8*
1st	-	-	0.3	-	-	-
2nd	-	-	-	0.1	-	-
3rd	-	-	-	-	0.7	
4th	-	-	-	-	-	0.0
Test Statistic, df, p-value	F(2.9,59.9)=15.3, [b]p<0.05*					

[a]Cochran's Q Test, [b] One-way repeated-measures ANOVA, *p<0.05

เมื่อสิ้นสุดการทดลอง พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารเฉลี่ยเป็นตัวแปรเดียวที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (p = 0.04) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปากและระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

Table5 Comparison of health literacy, oral health risk behaviours, and FBS between the experimental and control groups at baseline

Variables	experimental group	Control group	MD	95%CI	df	Test Statistic	p-value	Effect size (95% CI)	Inter pretation
Proportion of participants with adequate HL levels (%)	41.2	69.6	-	-	1	χ^2=0.1	[a]0.86	-	-
Mean score of Oral health risk behaviours	4.0±1.40	3.4±1.40	[b]0.6	-0.2,1.4	55	t = 1.6	[b]0.12	-	-

Variables	experimental group	Control group	MD	95%CI	df	Test Statistic	p-value	Effect size (95% CI)	Inter pretation
(Mean±SD)									
Mean score of FBS (Mean±SD) (mg/dL)	113.7 ±15.10	116.6 ±20.40	[b]2.9	6.5,12.3	55	t = 0.6	[b]0.54	-	-

*p<0.05, [a] Chi-Square Test, [b] Independent t-test, NS = Not Significant

ตารางที่ 6 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปากและระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

Table 6 Comparison of health literacy, oral health risk behaviours, and FBS between the experimental and control group at follow-up

Variables	experimental group	Control group	MD	95%CI	df	Test Statistic	p-value	Effect size (95% CI)	Interpretation
Proportion of participants with adequate HL levels (%)	100	95.7	-	-	1	χ^2=0.0	[a]1.00	-	-
Mean score of Oral health risk behaviours (Mean±SD)	1.0 ±1.30	1.3 ±1.23	[b]0.3	-0.4, 1.2	42	t = 1.0	[b]0.31	Hedges' g = 0.2 (0.4, 0.8)	Small, NS
Mean score of FBS (Mean±SD) (mg/dL)	96.9 ±14.95	105.5 ±14.63	[b]8.5*	5.3, 20.6	55	t = 2.1	[b]0.04*	Hedges' g = 0.6 (0.0, 1.1)	Medium

*p<0.05, [a] Chi-Square Test, [b] Independent t-test, NS = Not Significant

วิจารณ์

เมื่อสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปากและระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารดีขึ้นและมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากสมมติฐานได้ 2 ประการ ได้แก่ 1. การปูพื้นพฤติกรรมเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดเนื่องจากเป็นจุดเริ่มต้นของการยอมรับปัญหาและกำหนดแนวทางปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตด้วยตนเองอย่างเป็นรูปธรรม ผู้ให้คำปรึกษาต้องได้รับการฝึกฝนและเข้าใจการให้คำปรึกษาเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก่อน กล่าวคือต้องทำให้บุคคลมีลักษณะใฝ่รู้ กระตือรือร้นในการค้นหาคำตอบด้วยตนเอง (activated patients) เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองโดยรู้เหตุผลของการกระทำ ไม่เพียงแต่รู้แล้วไม่ทำ โดยเน้นที่การจัดการสิ่งแวดล้อมหรือตัวกำหนดสุขภาพเพื่อเอื้อให้เกิดคุณลักษณะของบุคคลที่พึงประสงค์ดังกล่าวข้างต้น[14] เห็นได้ว่าขั้นตอนการปูพื้นพฤติกรรมที่เริ่มต้นชวนสนทนาด้วย 3 คำถามสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ด้วยตนเอง ยอมรับปัญหาสุขภาพของตน กำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพที่จำเพาะกับตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของกองสุขศึกษาที่กล่าวว่าการใช้ 3 คำถามสุขภาพกับผู้ป่วยนั้นเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ใช้สร้างความตระหนักรู้แก่ผู้ป่วยให้ใส่ใจในปัญหาสำคัญของตนเองแบบรายบุคคลและช่วยให้มีส่วนร่วมในการรักษาโรคร่วมกัน เพื่อทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น[15] การใช้ตารางวิเคราะห์วิถีชีวิตเป็นเครื่องมือช่วยในการสนทนาเพื่อสร้างความตระหนักรู้ด้วยตนเอง เข้าใจตัวกำหนดสุขภาพที่จำเพาะกับตนเอง ตั้งเป้าหมายปรับเปลี่ยนตัวกำหนดสุขภาพนั้นด้วยตนเองโดยไม่รู้สึกว่าถูกบังคับ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้ผล ไม่ใช่การให้ความรู้เพื่อเปลี่ยนพฤติกรรม การเข้าใจ DOH ที่จำเพาะบุคคล ทำให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้คำแนะนำที่ตรงประเด็น ตรงบริบท ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้ผล ซึ่งสอดคล้องกับการใช้เครื่องมือสื่อสารทางวาจา 2 ใน 8 เทคนิคที่แนะนำโดยกองสุขศึกษา[15] คือเทคนิคเบื้องตนในการสื่อสารทางวาจาและเทคนิคการให้ข้อมูลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ ช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจง่าย นำไปสู่การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้รับบริการมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่ดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพ ทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ 6 เดือน พบว่ากลุ่มที่มีการนัดทำกิจกรรมกลุ่มจำนวน 3 ครั้งหลังจากนั้นโทรศัพท์ติดตามทุกๆ 2 สัปดาห์จนครบ 6 เดือนมีระดับ HbA1C ลดลงมากกว่าร้อยละ 0.5 และมีระดับ HbA1C คงเดิมในสัดส่วนที่สูงกว่า พฤติกรรมบริโภคและออกกำลังกายดีกว่าอีกกลุ่มหนึ่งที่ไม่มีนัดทำกิจกรรมกลุ่มแต่ได้รับการโทรศัพท์ติดตามเพียงอย่างเดียว[5] เห็นได้ว่าการมีกิจกรรมปูพื้นพฤติกรรมก่อนที่จะโทรศัพท์ติดตามพฤติกรรมให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าการโทรศัพท์ติดตามอย่างเดียว 2. การติดตามทางโทรศัพท์ตามหลัก MI เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานของสุเมธ นาจรัสและคณะ[7] ซึ่งเป็นการติดตามกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทางโทรศัพท์โดย อสม. เช่นกัน ในตำบลนำร่องพื้นที่อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา โทรติดตามจำนวน 5 ครั้ง ห่างกันประมาณ 1-2 สัปดาห์ ระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอยู่ในเกณฑ์ดี-ดีมาก ร้อยละ 100.0 มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี-ดีมากและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นและกลับไปอยู่ในกลุ่มปรกติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการใช้โทรเวชกรรมในกลุ่มป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของพิชเญศ วิริยะพงศ์และคณะ[4] ช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าการรักษาแบบปกติและสามารถช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวานได้อีกด้วย และการติดตามสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ดีผ่านการโทร Line Application โดยพยาบาลวิชาชีพ พบว่า FBS และ HbA1C ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น[3] ส่วนการใช้โทรศัพท์เป็นช่องทางในการติดตามร่วมกับ MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล พระใหญ่, สิทธิพร ครามานนท์ และภาสกร คุ้มศิริ[16] ที่พบว่าการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผ่านรูปแบบออนไลน์ในการควบคุมน้ำหนักได้ผลดีโดยเฉพาะทางโทรศัพท์และเพิ่มระดับการออกกำลังกายของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในชุมชนได้ดี ข้อเด่นของการวิจัยนี้คือเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาถูกพัฒนาให้ง่ายสำหรับผู้ปฏิบัติงานจริงในระดับปฐมภูมิ แต่อาจไม่มีอำนาจจำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพหรือพฤติกรรมเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่ผ่านกระบวนการเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับเพียงพอในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปากลดลง และระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารเฉลี่ยลดลง สามารถควบคุมระดับความรุนแรงของโรคเบาหวานจากกลุ่มเสี่ยงมาอยู่ในกลุ่มปรกติ ดังนั้นกระบวนการนี้จึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการทำงานเชิงบูรณาการสหสาขาเพื่อควบคุมโรคเบาหวานในระดับปฐมภูมิ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

ควรใช้กระบวนการเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์เป็นมาตรการเสริมในการ เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ ลดพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปาก และลดระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรกำหนดนโยบายให้มีการเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคระบบทางเดินหายใจ โดยพิจารณาให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

การศึกษาในอนาคตควรศึกษาโดยติดตามผลเป็นเป็นระยะเวลายาวนานขึ้น และศึกษาในพื้นที่อื่นเพิ่มเติม

คำขอบคุณ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงอย่างสมบูรณ์ไปได้ด้วยความกรุณาของ ดร.กนกวรรณ เอี่ยมชัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ที่ให้คำแนะนำด้านการวิจัย ประเมินผลและการวิเคราะห์ทางสถิติ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ รพ.สต.แม่สุกและเครือข่ายแกนนำ อสม.ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Health. Health data center: HDC item NCD service plan, 2022. [online] 16 Nov 2022 [cited 2022 Aug 12]; Available from: URL:https://hdc.moph.go.th/pyo/public/standard-report-detail/d_3aad6d7729c370287f43d1f094b3dd1. (in Thai)

2. Yaembut N, Pochanukul N, Soparat P, Sukhumalind P. Teledentistry for Development of Dental Health Service System. 2021; 44(2): 11-23. (in Thai)

3. Dermkhuntod N, Kwancharoen R, Chuantantikamol C, Paholpak P, Suraamornkul S. Effects of Telehealth Monitoring on Glycemic Control and Medication Adherence in Patients with Poorly Controlled Type 2 Diabetes. Vajira Med J 2021; 65 (Supplement November) : S75–90. doi: https://doi.org/10.14456/vmj.2021.54. (in Thai)

4. Wiriyapong P, Pongsura S, Fuanchan A, Dhippayom T. The use of telemedicine to support type 2 diabetes care. J Med Health Sci 2021; 28(2): 182-94. doi: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmhs/article/view/251572. (in Thai)

5. Moungngern Y, Sanguanthammarong S, Teparak P, Sriwijitkamol A. Effects of a

health promotion program conducted by nurses on stabilization of HbA1C in subjects at risk for diabetes: a phase III randomized controlled trial. J Med Assoc 2018; 101: 1343-8.

6. The Diabetes Association of Thailand under the Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn and The Endocrine Society of Thailand. Risk Assessment, Screening Guidelines, Diagnosis of Diabetes in Adults, and Initial Clinical Evaluation at Diagnosis. in Clinical Practice Guideline for Diabetes 2023. Thailand: Srimuang Printing Co., Ltd.; 2023. p. 15-27. (in Thai)
7. Najarus S, Choksomngam Y, Uanmin T, Jhomkhum W, Jirapornjaroen W. Effect of Health Literacy Program for Blood Sugar Control in Patients with Impaired Fasting Glucose, in a Subdistrict, Phayao Province. 2023; 6(2): 144-153. doi: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/PCFM/article/view/259604. (in Thai)
8. Health Education Division, Department of Health Service Support. Health Literacy. in Health education service processes for promoting health literacy in public healthcare facilities, integrated with Hospital Accreditation (HA) standards. Printing Office of Health Education Division, Ministry of Public Health: Health Education Division, Department of Health Service Support; 2017. p. 57-78. (in Thai)
9. Anamai Media Department of Health. Ask me 3. [online] 28 Dec 2018 [cited 2025 May 16]; Available from: URL:https://multimedia.anamai.moph.go.th/infographics/ask-me-3/. (in Thai)
10. American Dental Association. Caries Risk Assessment Form (Age >6). [online] 2011 [cited 2025 May 16]; Available from: URL: https://www.ada.org/-/media/project/ada-organization/ada/ada-org/files/resources/library/oral-health-topics/ada_caries_risk_assessment.pdf?rev=35c455eadb104d02aee629ed58513d0b&hash=CE1AD7AB75DBCDD697A05BAFF40ABD0D
11. AnamaiMedia Department of Health. Health Literacy 66 key message. [online] 31 Jul 2018 [cited 2025 May 16]; Available from: URL:https://multimedia.anamai.moph.go.th/ebooks/health-literacy-66-key-message/. (in Thai)
12. Tanasugarn C, Roma W, Samnonglang M. Concepts Related to Health Literacy. In Roma W, (eds). Conceptual Principles of Health-Literate Organizations. Office of the Initiative for Advancing Department of Health 4.0 Towards Enhancing Public Health Literacy; 2018. p. 3-8. (in Thai)
13. Sombatmai S, Wittayanugoonlug A, Phajuy A. Appendix 2: Strategies for Motivation. In Lerdpiriyasuwat C, Chareonsook S, Tanprasertsook S, Ornnom J. (eds). Technical

Guideline for Motivational Interviewing. Printing Office, National Office of Buddhism: Bureau of AIDS, Tuberculosis, and Sexually Transmitted Infections, Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2009. p. 32-34. (in Thai) (2552).

14. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008; 67(12):2072-2078. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.050

15. Health Education Division, Department of Health Service Support. Health Literacy Toolkit in Health Care Services. Nonthaburi: Department of Health; 2019. (in Thai)

16. Prayai N, Kramanon S, Koomsiri P. Motivational Interviewing (MI): Review Article. TJCP 2021; 52(1): 62-74. Doi: https://so03.tci-thaijo.org/index.ph.p/tci-thaijclinicpsy/article/view/252923

กรมอนามัย
Department of Health
มกราคม – ธันวาคม 2568
วิทยาสารทันตสาธารณสุข
เว็บไซต์: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThDPHJo



นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนารูปแบบความรอบรู้สุขภาพช่องปากเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งช่องปากของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข

คัทนา นามาราช[1]* *พรสุข หุ่นนิรันดร์*[2]
[1]*นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ประเทศไทย*
[2]*บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ประเทศไทย*

คำสำคัญ

ความรอบรู้สุขภาพช่องปาก
มะเร็งช่องปาก
ผู้สูงอายุ

วันที่รับบทความ
5 พฤศจิกายน 2568
วันที่แก้ไขบทความ
28 พฤศจิกายน 2568
วันที่ตอบรับบทความ
2 ธันวาคม 2568

บทคัดย่อ

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

* **ผู้ประพันธ์บรรณกิจ**

คัทนา นามาราช อีเมล์: 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 Hunnirun*[2]

[1]*Doctor of Philosophy Program in Public Health student, Western University, Thailand*
[2]*Graduate school, Western University, Thailand*

KEYWORDS

Oral health literacy

Oral cancer

Older adults

Received date

5 November 2025

Revised date

28 November 2025

Accepted date

2 December 2025

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.

***Corresponding author**

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

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1] ผู้สูงอายุเผชิญปัญหาสุขภาพทั้งจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและภาวะสุขภาพช่องปากที่เสื่อมถอย เช่น การสูญเสียฟัน โรคฟันผุ โรคเหงือกอักเสบ[2] พบว่าผู้ป่วยมะเร็งช่องปากร้อยละ 43.3% เป็นผู้สูงอายุ[3] ปัญหาสุขภาพช่องปากเหล่านี้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพในด้านการเคี้ยวอาหาร การพูด และความมั่นใจในการเข้าสังคม Sischo และ Broder ระบุว่าคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากมีผลต่อภาวะสุขภาวะของประชาชนโดยตรง[4] มะเร็งช่องปากจัดเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยมีอัตราการเสียชีวิตสูง[5] โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงสะสมยาวนาน[6]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (Oral Health Literacy: OHL) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ความสามารถในการตัดสินใจและการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ ซึ่งมักมีข้อจำกัดด้านร่างกาย สังคม และการรับข้อมูลสุขภาพ งานวิจัยในประเทศไทยสะท้อนความเชื่อมโยงดังกล่าวอย่างสม่ำเสมอ พงษ์ศักดิ์ คำรินทร์[7] พบว่า ผู้สูงอายุที่มี OHL และการสนับสนุนทางสังคมสูงมีพฤติกรรมดูแลช่องปากที่ดีกว่าและไปพบทันตแพทย์มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ ณัฐพล เสริมสุทธิอนุวัฒ[8] รายงานว่าผู้สูงอายุที่มี OHL สูงมีจำนวนฟันธรรมชาติเหลืออยู่มากกว่า แสดงให้เห็นผลเชิงป้องกันต่ออวัยวะในช่องปาก นอกจากนี้ ภาณัช ปิยคุณากร[9] พบว่าระดับการศึกษา อายุ และการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยทำนาย OHL และมีผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยสรุป OHL เป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก จำนวนฟันธรรมชาติ และการเข้ารับบริการของผู้สูงอายุไทย

ดังนั้น การพัฒนารูปแบบความรอบรู้สุขภาพเพื่อการป้องกันมะเร็งช่องปากในผู้สูงอายุ จึงมีความสำคัญต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดีในประชากรกลุ่มนี้[10-12] การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนารูปแบบความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งช่องปากของผู้สูงอายุและเพื่อพัฒนารูปแบบความรอบรู้สุขภาพช่องปากเกี่ยวกับมะเร็งช่องปากของผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย (ภาพที่ 1) การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้สุขภาพ (Health Literacy Concept)[13] ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)[14] เพื่อพัฒนารูปแบบความรอบรู้สุขภาพในการป้องกันมะเร็งช่องปากของผู้สูงอายุ

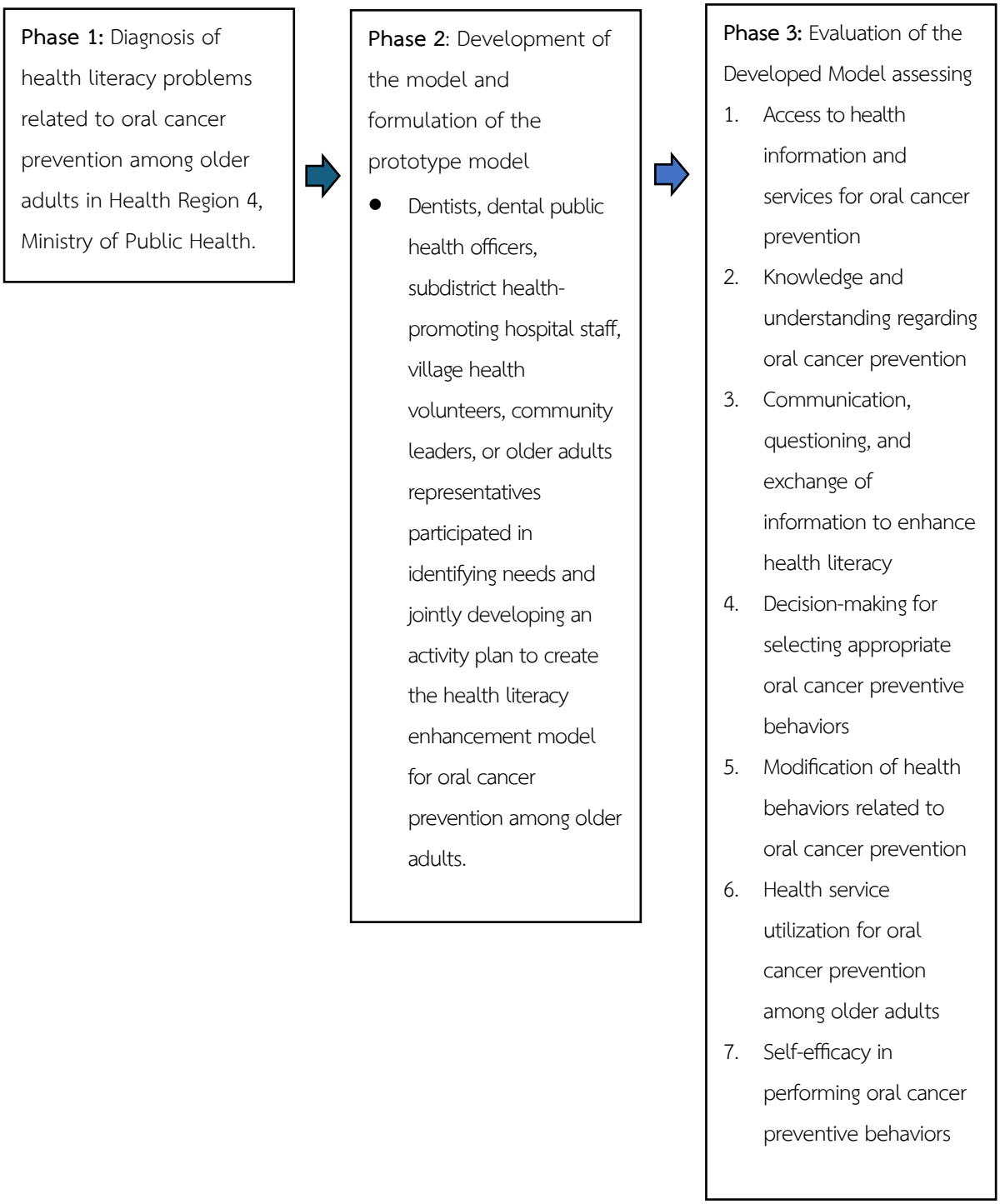
ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed-methods research) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 วินิจฉัยปัญหาและความต้องการ ด้านความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งช่องปากของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 4 โดยการวิจัยเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลในผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 372 คน การวิจัยเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลจาก ทันตแพทย์ ทันตาภิบาล อสม. และผู้นำชุมชน รวม 18 คน กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 372 คน ได้มาจากการคำนวณโดยใช้สูตรของ Daniel[15] โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (Z = 1.96) ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมให้ได้ (d) เท่ากับ 0.05 และกำหนดสัดส่วนประชากรที่คาดว่าจะพบ (P) เท่ากับ 0.30 ตามงานวิจัยของ Kaewkamnerdpong[16] ซึ่งรายงานว่าประมาณร้อยละ 30.2 ของผู้สูงอายุไทยมีปัญหาสุขภาพช่องปากหรือการเคี้ยวอาหาร โดยมีสมการการคำนวณดังนี้

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

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

Figure 1 Conceptual Framework



จากการคำนวณพบว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม คือ 323 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 ของจำนวนที่คำนวณได้ รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 372 คน การวิจัยนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling)[17] โดยสุ่มจังหวัด อำเภอ และตำบลตามสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ ครอบคลุม 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสระบุรี (อำเภอแก่งคอย ตำบลตาลเดี่ยว; อำเภอหนองแค ตำบลไผ่ต่ำ; 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 อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างระยะที่ 3 ได้แก่ เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยภายในพื้นที่ที่จัดกิจกรรม มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ทั้ง 7 กิจกรรม อ่านออกเขียนได้และสื่อสารได้ ยินยอมเข้าร่วมและสามารถเข้าร่วมได้ครบตลอดระยะเวลา 6 สัปดาห์ เกณฑ์คัดออกของกลุ่มตัวอย่างระยะที่ 3 ได้แก่ มีโรคเรื้อรังระยะรุนแรง ไม่สามารถติดตามประเมินผลหลังการเข้าร่วม หรือถอนตัวระหว่างการศึกษาออกจากกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมผ่านการเรียนรู้ 7 ฐาน ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การโต้ตอบแลกเปลี่ยนและซักถาม การตัดสินใจด้านสุขภาพ การบอกต่อข้อมูลสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการตรวจรอยโรคในช่องปากด้วยตนเองกิจกรรมแต่ละฐานใช้เวลาฐานละประมาณ 30 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ และติดตามผล 2 สัปดาห์ รวม 6 สัปดาห์

แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพช่องปากเพื่อการป้องกันมะเร็งช่องปาก ดัดแปลงจากแบบสอบถามของกนกวรรณ ศรัทธากุล[18] โดยปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และเพิ่มเติมประเด็นการป้องกันมะเร็งช่องปาก เช่น การตรวจรอยโรคด้วยตนเองและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง แบบสอบถามครอบคลุม 7 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงความเข้าใจ การสื่อสาร การตัดสินใจ การบอกต่อ การปรับพฤติกรรมสุขภาพ และการตรวจรอยโรคในช่องปาก ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือพบว่า มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) (Index of Item-Objective Congruence; IOC) 0.87–1.00 และค่าความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.87 ผลการประเมินกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพทั้ง 7 กิจกรรม จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พบว่ามีความเหมาะสมของเนื้อหาและขั้นตอนกิจกรรมครอบคลุมทุกมิติของกรอบแนวคิดและเหมาะสมต่อการประยุกต์ใช้ในผู้สูงอายุ 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 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งช่องปากของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าสู่กระบวนการพัฒนาความรอบรู้ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

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

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เลขที่ HE-WTU 2568–0048

ผล

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ (ระยะที่ 1) พบว่าผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 69.13 ปี (SD ± 7.04) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถม

รายได้จำกัด และอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว ภาระปัญหาสุขภาพช่องปากพบค่อนข้างสูง โดยผู้สูงอายุจำนวนมากเคยมีประสบการณ์อาการผิดปกติในช่องปาก เช่น ฟันผุ เสียวฟัน และปัญหาเหงือก (ตารางที่ 1) ระดับความรอบรู้สุขภาพช่องปากเพื่อการป้องกันมะเร็งช่องปาก โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางค่อนไปทางต่ำ โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำสุดเมื่อเทียบกับมิติอื่น

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 ทักษะและการประเมินข้อมูลสุขภาพ” ที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบ

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ (ระยะที่ 1) การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลัก 18 คน ประกอบด้วยทันตแพทย์/ทันตาภิบาล อสม. และผู้นำชุมชน ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) พบประเด็นสำคัญ 3 ธีม ได้แก่ (1) ความเข้าใจผิดและทัศนคติของผู้สูงอายุ ซึ่งมักเชื่อว่า “*ไม่มีฟันแล้วไม่จำเป็นต้องดูแลช่องปากหรือเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก*” (ผู้นำชุมชน เพศหญิง อายุ 50 ปี ทำให้ละเลยการตรวจสุขภาพแม้เริ่มมีอาการผิดปกติ (2) ข้อจำกัดเชิงทรัพยากรและการเข้าถึงบริการ โดยหลายพื้นที่ยังขาดบริการทันตกรรมในระดับตำบล–หมู่บ้าน “*รพ.สต. มีหมอฟันมาบ้างไม่มาบ้าง จะให้ผู้สูงอายุไปตรวจทุกปีก็ทำไม่ได้ เพราะไม่มีคนตรวจ*” (อสม. เพศหญิง อายุ 49 ปี) และขาดสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ “*เขียนเยอะ ทีมงานก็อ่านไม่ค่อยออก ผู้สูงอายุยิ่งไม่รู้เรื่อง ต้องมีแบบภาพง่าย ๆ มากกว่า*” (ทันตาภิบาล เพศหญิง อายุ 45 ปี) ทำให้การสื่อสารเรื่องมะเร็งช่องปากไม่ต่อเนื่องและเข้าใจยาก และ (3) ระบบสนับสนุนและโอกาสในการส่งเสริมสุขภาพ แม้มีโครงการหมอครอบครัวและชมรมผู้สูงอายุ แต่ยังไม่บูรณาการประเด็นมะเร็งช่องปากอย่างเป็นระบบ กิจกรรมส่วนใหญ่เป็นครั้งคราว ไม่มีการติดตามประเมินความเสี่ยงและการปรับพฤติกรรมระยะยาว “*มีกิจกรรมอยู่ แต่ทำปีละครั้งสองครั้ง ไม่มีการตามต่อว่าผู้สูงอายุปรับพฤติกรรมหรือยัง*” (ผู้นำชุมชน เพศชาย อายุ 60 ปี) ผู้ให้ข้อมูลเสนอให้พัฒนารูปแบบการเรียนรู้ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ผสานบทบาทครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ พร้อมใช้สื่อและเทคโนโลยีที่เข้าถึงได้ในระดับชุมชน

ผลระยะที่ 2: การพัฒนารูปแบบกิจกรรม ได้ออกแบบกิจกรรม “7 ฐานการเรียนรู้” จากผลการศึกษาในระยะที่ 1 ในการกำหนด โดยประเด็นที่พบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนต่ำ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ, การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลและการตรวจรอยโรคในช่องปากด้วยตนเอง ถูกนำไปใช้เป็นหัวข้อหลักของการพัฒนาเนื้อหาและกิจกรรมการเรียนรู้ จากข้อมูลที่พบว่าผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ จึงออกแบบ ฐานที่ 1: การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เพื่อฝึกการค้นหาข้อมูลจากแหล่งที่เชื่อถือได้ จากคะแนนต่ำด้านการตัดสินใจและการประเมินข้อมูล จึงกำหนด ฐานที่ 2: การทำความเข้าใจและประเมินข้อมูลสุขภาพ โดยใช้สื่อฝึกปฏิบัติและกรณีศึกษา จากข้อมูลที่พบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากไม่เคยตรวจช่องปากด้วยตนเอง 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 ± SD	Level
1) Access to oral cancer prevention information and services	2.45 ± 0.38	Moderate
2) Knowledge and understanding of risk factors and oral care for cancer prevention	2.38 ± 0.42	Moderate
3) Interaction, questioning, and exchange of opinions about oral health	2.57 ± 0.35	High
4) Decision-making in choosing appropriate behaviors and oral health services	2.41 ± 0.40	Moderate
5) Communication and dissemination of information about oral cancer screening	2.29 ± 0.46	Moderate

Dimension of Health Literacy on Oral Cancer Prevention	Mean ± SD	Level
6) Behavioral changes in oral care (e.g., toothbrushing, avoiding risk factors)	2.51 ± 0.39	High
7) Self-examination and observation of abnormal oral lesions	2.18 ± 0.44	Moderate
Overall average	2.40 ± 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 ± SD	After Model Implementation Mean ± SD	Follow-up Mean ± SD	p-value (One-way Repeated ANOVA)
1) Access to health information and services	1.59 ± 0.61	3.25 ± 0.63	3.38 ± 0.85	0.01
2) Knowledge and understanding of oral health/risks	1.30 ± 0.17	2.48 ± 0.14	2.74 ± 0.30	0.01
3) Communication for interaction/questioning/exchange	1.65 ± 0.63	2.69 ± 0.58	2.74 ± 0.30	0.03
4) Decision-making on oral health practices	1.25 ± 0.20	2.71 ± 0.28	2.75 ± 0.18	0.01
5) Media literacy and health information sharing	1.78 ± 0.98	3.36 ± 0.78	3.42 ± 0.80	0.02
6) Preventive oral health behaviors	1.55 ± 0.40	3.05 ± 0.55	3.18 ± 0.62	0.04
7) Self-examination for oral lesions	1.40 ± 0.35	2.85 ± 0.42	2.90 ± 0.50	0.01
Total Oral Health Literacy	1.50 ± 0.42	2.91 ± 0.36	3.02 ± 0.38	0.01

ตารางที่ 4 ความคิดเห็นต่อรูปแบบความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งช่องปากของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 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 ± SD	Level	Percentage of "High" Satisfaction
1	The activity design of the developed model was appropriate for problem-solving.	4.83 ± 0.38	High	96.0
2	The issues and approaches used in the model development were clear and well-defined.	4.80 ± 0.41	High	95.0
3	Gained knowledge and understanding about oral cancer and its prevention.	4.83 ± 0.38	High	96.0
4	Able to transfer or recommend knowledge to family and community members.	4.90 ± 0.30	High	98.0
5	The model effectively met the needs of older adults.	4.75 ± 0.44	High	94.0
6	The model could be applied in daily life.	4.70 ± 0.46	High	93.0
7	The model encouraged older adults to take care of their own oral health.	4.78 ± 0.42	High	95.0
8	Overall satisfaction with the activities.	4.75 ± 0.44	High	94.0
	Overall average	4.79 ± 0.40	High	95.1

วิจารณ์

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่ารูปแบบความรอบรู้สุขภาพที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มระดับความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจ และพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งช่องปากของผู้สูงอายุได้ ทั้งหลังเข้าร่วมกิจกรรมและระยะติดตามผล ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้สุขภาพ (Health Literacy)[19] ที่มุ่งเสริมศักยภาพให้บุคคลเข้าถึง เข้าใจ และนำข้อมูลไปใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม

การที่คะแนนความรอบรู้สุขภาพเพิ่มขึ้นและคงอยู่ต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่ากิจกรรม "7 ฐานการเรียนรู้" ซึ่งออกแบบตามมิติของแนวคิดความรอบรู้สุขภาพมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มสามารถปรับใช้ในระดับชุมชนได้จริง นอกจากนี้ การที่ผู้สูงอายุสะท้อนว่าครอบครัว อสม. และผู้นำชุมชนมีบทบาท

สำคัญในการสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ ยืนยันความสำคัญของทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)[14] ที่เน้นอิทธิพลของเครือข่ายรอบตัวต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยในต่างประเทศ พบว่าแนวทางที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนช่วยให้ผลลัพธ์ของโปรแกรมสุขภาพมีความต่อเนื่อง เช่น การศึกษาของ Nutbeam[10] ที่ชี้ว่าการแนวคิดความรอบรู้สุขภาพต้องอาศัยทั้งมิติความรู้และสภาพแวดล้อมสนับสนุน ขณะที่งานวิจัยในประเทศ เช่น งานของขนิษฐา ม่วงงาม[20] และนิลุบล ศรีสุข[21] ก็รายงานว่าการใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการสนับสนุนทางสังคมช่วยเพิ่มพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุได้เช่นกัน นอกจากนี้การประเมินความพึงพอใจที่อยู่ในระดับสูงสะท้อนว่ารูปแบบนี้ตอบสนองความต้องการและบริบทของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง[22] อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดคือการทดลองใช้ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 เพียงแห่งเดียว และติดตามในระยะเวลาสั้น

สรุป

การศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งช่องปากอยู่ในระดับปานกลางถึง รูปแบบกิจกรรม “7 ฐานการเรียนรู้” ช่วยเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากด้านการป้องกันโรคมะเร็งช่องปากและผลยังคงอยู่ในระดับสูงในช่วงติดตามผล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

ควรมีการศึกษาที่ติดตามประเมินผลระยะยาวของการใช้รูปแบบกิจกรรม “7 ฐานการเรียนรู้” ในชุมชน

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

ควรส่งเสริมทักษะผู้สูงอายุ ในการสังเกตความผิดปกติของช่องปาก การตรวจคัดกรองเบื้องต้นด้วยตนเอง และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง พร้อมทั้งสนับสนุนให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดูแลสุขอนามัยช่องปาก การเลือกพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม และการเข้ารับบริการตรวจช่องปากเป็นประจำ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันกำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพช่องปากด้านการป้องกันโรคมะเร็งช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้การป้องกันมะเร็งช่องปากเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม

คำขอบคุณ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ บุคลากรสาธารณสุข ทันตแพทย์ทันตาภิบาล 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]