

Research article

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ช่องปากของผู้มารับบริการทันตกรรม โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง ประเทศไทย

The Relationship between Oral Health Perception, Oral Health Literacy and Oral
Health Behaviors among Dental Service Recipients,
Trang Hospital, Trang Province, Thailand

ซาบีณา มะสาแม¹, ซูลฟาร์ บือแน², พุทธิพงศ์ บุญชู³
ชวานากร ศรีปรางค์³, ธนารัตน์ หมัดเขียว^{3*}

Sabina Masamae¹, Zulfa Buenae², Puttipong Boonchu³
Chavanakorn Sriprang³, Thanarat Mudchiew^{3*}

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาไม้แก้ว อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

³คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง สถาบันพระบรมราชชนก

¹Khao Mai Kaew Subdistrict Health Promoting Hospital,
Bang Lamung District, Chonburi Province

²Koh Taew Subdistrict Health Promoting Hospital,
Mueang District, Songkhla Province

³Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,
Sirindhorn College of Public Health, Trang, Praboromarajchanok Institute

*Corresponding Author, e-mail: thanarat@scphtrang.ac.th

Received: 15 February 2025 ; Revised: 20 August 2025 ; Accepted: 9 September 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้มารับบริการทันตกรรมโรงพยาบาลตรัง ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 340 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง ในเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน คือ Chi-square test and Spearman rank correlation test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 33.37±12.39 ปี ร้อยละ 81.76 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในภาพรวมทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับพอใช้ (คะแนนเฉลี่ย 104.88±17.26 คะแนน) มีพฤติกรรมการแปรงฟันระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 4.05±0.60 คะแนน) และมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปากระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.17±0.82 คะแนน) พบปัจจัยในเรื่อง เพศ การรับรู้ที่เป็นด้านความพึงพอใจต่อสุขภาพช่องปาก และการได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและความรู้รอบด้านสุขภาพช่องปากโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟัน (p-value < 0.05) และเมื่อแยกรายด้านของความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟัน คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านทักษะการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ และด้านทักษะการจัดการตนเอง ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปาก (p-value < 0.05) ได้แก่ ระดับการศึกษา การรับรู้ด้านความพึงพอใจต่อสุขภาพช่องปากและความรู้รอบด้านสุขภาพช่องปาก 5 ด้าน คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ ด้านความรู้ ความเข้าใจ ด้านทักษะการสื่อสาร

เพิ่มความเชี่ยวชาญ ด้านทักษะการจัดการตนเอง ด้านการตัดสินใจ
ดังนั้น ควรจัดกิจกรรมที่เน้นการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ
ช่องปาก โดยเน้นการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การพัฒนาความเข้าใจ
และเสริมทักษะการสื่อสาร เพื่อช่วยให้ประชาชนกลุ่มวัยทำงาน
สามารถจัดการดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: วัยทำงาน, ผู้มารับบริการทันตกรรม, การรับรู้ด้าน
สุขภาพช่องปาก, ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก, การแปรงฟัน,
การใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปาก

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to investigate personal information, oral health perception, oral health literacy, oral health care behaviors, and factors associated with oral health care behaviors among dental service users at Trang Hospital. A total of 340 participants were selected from dental service recipients using accidental sampling. Data were collected using a self-administered questionnaire during June-July 2024. Data analysis was performed using descriptive statistics and inferential statistics, including the Chi-square test and Spearman rank correlation coefficient at a significance level of 0.05.

Study results showed that the majority of participants were female, with an average age of 33.37±12.39 years. Approximately 81.76% had previously received oral health education. Overall oral health literacy across six domains was rated at a moderate level (mean score: 104.88±17.26). Toothbrushing behavior was rated at a high level (mean score 4.05±0.60), while the use of additional oral hygiene adjuncts was rated at a moderate level (mean score 3.17±0.82).

Factors significantly associated with toothbrushing behavior (p-value < 0.05) included gender, perceived satisfaction with oral health, having received oral health education, and overall oral health literacy. Specific domains of oral health literacy found to be significantly associated with toothbrushing behavior were: access to health information and services, knowledge and understanding, communication skills for enhancing expertise, and self-management skills.

Factors significantly associated with the use of additional oral hygiene adjuncts (p-value < 0.05) included: education level, perceived satisfaction with oral health, and 5 of oral health literacy domains

which are the access to health information and services, knowledge and understanding, communication skills for enhancing expertise, self-management skills, and decision-making skills.

Therefore, programs or activities should be implemented to enhance oral health literacy, with a focus on improving access to health information, developing understanding, and strengthening communication skills. These efforts will help the working-age population effectively manage their oral health care.

Keywords: Working-age Population, Dental service recipients, Oral health perception, Oral health literacy, Toothbrushing, Use of oral hygiene adjuncts

บทนำ (Introduction)

ปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นปัญหาที่สำคัญของคนทุกกลุ่มวัย แต่คนส่วนใหญ่จะโฟกัสไปที่กลุ่มเด็ก และกลุ่มผู้สูงอายุ จากรายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8-9 ระดับประเทศไทย ในกลุ่มวัยทำงาน¹⁻² พบว่า ในรอบปีที่ผ่านมานี้ เคยไปหาทันตบุคลากรลดลง จากร้อยละ 42.30 เป็นร้อยละ 33.40 โดยเฉลี่ยคนละ 1.80 และ 1.70 ครั้ง ระดับภาคใต้ พบว่า เคยไปหาทันตบุคลากรลดลง จากร้อยละ 43.60 เป็นร้อยละ 31.60 ระดับเขตบริการสุขภาพที่ 12 พบว่า เคยไปหาทันตบุคลากรลดลง จากร้อยละ 47.20 เป็นร้อยละ 31.30 การไปหาทันตบุคลากรในเขตเมืองและกรุงเทพมหานครจะมีมากกว่าในเขตชนบท ซึ่งเหตุผลที่คนวัยทำงานไม่ไปหาทันตบุคลากรในการสำรวจ ครั้งที่ 8 คือ ไม่คิดว่าตัวเองมีความผิดปกติ และไม่มีเวลา (ร้อยละ 68.60 และ 25.70 ตามลำดับ) และในการสำรวจ ครั้งที่ 9 คือ ไม่มีอาการผิดปกติ รองลงมาคือ ไม่มีเวลา และการระบาดโควิด 19 (ร้อยละ 62.00, 25.50 และ 11.80 ตามลำดับ)

จากรายงานผู้ป่วยนอก อายุ 15-59 ปีที่มารับบริการทางทันตกรรม ปีงบประมาณ 2566 จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข³ พบว่า ระดับประเทศไทย มีผู้มารับบริการทางทันตกรรม จำนวน 2,793,714 คน (ร้อยละ 10.00) หรือ 1.40 คนต่อครั้ง ระดับเขตบริการสุขภาพที่ 12 มีผู้มารับบริการทางทันตกรรม 238,499 คน (ร้อยละ 9.40) หรือ 1.90 คนต่อครั้ง ระดับจังหวัดตรัง มีผู้มารับบริการทางทันตกรรม 55,433 คน (ร้อยละ 17.60) หรือ 1.60 คนต่อครั้ง ซึ่งสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในกลุ่มวัยทำงาน ในปีงบประมาณ 2566 ไว้ว่า ประชากรในกลุ่มวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี ควรได้รับบริการทางทันตกรรม ร้อยละ 25.00 ซึ่งจากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าประชากรในกลุ่มวัยทำงาน

ของประเทศไทย ภาคใต้ เขตบริการสุขภาพที่ 12 จังหวัดตรัง และโรงพยาบาลตรัง ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการทางทันตกรรมได้อย่างครบถ้วน

จากรายงานผู้ป่วยนอก อายุ 15-59 ปี ที่มารับบริการทันตกรรม 6 ปีย้อนหลัง (คน) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562-2567 ของโรงพยาบาลตรัง พบว่า จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการทันตกรรมสูงสุด คือ ปีงบประมาณ 2566 รองลงมา คือ ปีงบประมาณ 2562 (จำนวน 6,934 คน และ 6,925 คน ตามลำดับ) แต่ในช่วงสถานการณ์โควิด 19 ระหว่างปีงบประมาณ 2563-2565 ทำให้จำนวนผู้มารับบริการทันตกรรมลดลงอย่างต่อเนื่องในทุก ๆ ปี (จำนวน 5,428 คน, 4,622 คน และ 4,500 คน ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูล 5 เดือนแรกระหว่างปีงบประมาณ 2566 กับ 2567 คาดการณ์ว่าในปีงบประมาณ 2567 จำนวนผู้มารับบริการทันตกรรมลดลง โดยมีจำนวนผู้มารับบริการทันตกรรม 2,325 คน ส่งผลกระทบต่อการเกิดโรคในช่องปาก ได้แก่ โรคฟันผุ โรคเหงือกอักเสบ และระดับความรุนแรงของการเป็นโรคปริทันต์ ทำให้คุณภาพชีวิตของประชาชนในกลุ่มวัยทำงานลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าสภาวะในช่องปากนั้นมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งรอยโรคในช่องปากที่อาจกลายเป็นโรคมะเร็งในช่องปาก และเป็นสาเหตุการตายได้ จึงต้องให้ความสำคัญกับคนทำงานที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก^{1,2}

วัยทำงานนอกจากจะมีบทบาททางเศรษฐกิจของประเทศแล้วยังเป็นกำลังสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพร่างกาย รวมถึงสุขภาพในช่องปากด้วย เนื่องจากสามารถส่งต่อความรู้และการดูแลสุขภาพให้แก่กลุ่มเด็ก รวมถึงประชากรวัยผู้สูงอายุในครอบครัวได้ นอกจากนี้ ยังเป็นช่วงวัยที่ใช้ติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์สุขภาพช่องปากได้ โดยความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy: HL) เป็นแนวคิดที่ประเทศไทยให้ความสำคัญ ถูกกำหนดในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน และกำหนดในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) เพื่อใน 20 ปีข้างหน้าจะพัฒนาให้ก้าวเข้าสู่สังคมอุดมปัญญา⁴ ปัจจุบันเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ 3 ระดับ ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยระดับสังคม อีกทั้งแนวคิดนี้ถูกนำไปใช้ในหลายมิติด้านสาธารณสุข รวมถึงด้านทันตสาธารณสุข โดยความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (Oral Health Literacy: OHL) ได้รับการยอมรับว่าเป็นทักษะสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก เช่น การแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟัน การบริโภคอาหารและการใช้บริการทันตกรรม ทั้งยังมีผลเชื่อมโยงกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากโดยตรง⁵ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ที่มี OHL ต่ำมักใช้บริการทันตกรรมน้อยกว่า และมีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุและโรคปริทันต์สูงกว่า รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่มี OHL สูง⁶⁻⁷ สำหรับในประเทศไทยยังพบว่า OHL ต่ำมีความสัมพันธ์กับจำนวนฟันที่เหลือน้อยกว่า 20 ซี่ในผู้สูงอายุ รวมถึงมีความสัมพันธ์กับโรคปริทันต์ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2⁸⁻⁹ แสดงให้เห็นว่า OHL เป็นตัวแปรสำคัญ

ที่สะท้อนถึงการดูแลสุขภาพช่องปากและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ดังนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากจึงถือเป็นกลไกสำคัญที่ต้องได้รับการพัฒนาและบูรณาการเข้าสู่การดำเนินงานทันตสาธารณสุขในกลุ่มวัยทำงาน เนื่องจากมีผลต่อการป้องกันโรค การตัดสินใจใช้บริการทางทันตกรรม และคุณภาพชีวิตในระยะยาว งานวิจัยจำนวนมากในต่างประเทศชี้ให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก รวมทั้งผลลัพธ์ด้านสุขภาพช่องปากโดยตรง อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทยประเด็นนี้ยังถือเป็นเรื่องใหม่ การศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มผู้รับบริการทางทันตกรรมยังมีจำนวนจำกัด และยังไม่ครอบคลุมกลุ่มวัยทำงานในระดับพื้นที่อย่างเพียงพอ จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความจำเป็นในการศึกษาวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้มารับบริการทันตกรรมโรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง เพื่อทำความเข้าใจถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งข้อมูลที่ได้จะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากให้กับประชาชน และส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย (Method)

ประชากร คือ ผู้มารับบริการทันตกรรม โรงพยาบาลตรัง ระหว่างอายุ 15-59 ปี ในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 6,934 คน จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข³

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มารับบริการทันตกรรม โรงพยาบาลตรัง ระหว่างอายุ 15-59 ปี จำนวน 340 คน โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อการประมาณค่าสัดส่วน กรณีทราบประชากรที่แน่นอน¹⁰ และกำหนดค่าสัดส่วนจากการทบทวนวรรณกรรม (P) เท่ากับ 0.31⁸ และใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่ความน่าจะเป็น โดยใช้การสุ่มอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ ผู้ที่มารับบริการทางทันตกรรม อายุระหว่าง 15-59 ปี ทั้งรายเก่า และรายใหม่ที่มีสัญชาติไทย มีทะเบียนบ้านอยู่ในจังหวัดตรัง และสามารถอ่าน และเขียนภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้มารับบริการทางทันตกรรมตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน และเกณฑ์การยกเลิก หรือถอนตัวจากอาสาสมัคร คือ ผู้มารับบริการทางทันตกรรมขอลถอนตัวจากการวิจัยในระหว่างการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

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

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 3 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบปลายปิดที่ประยุกต์ใช้มาจากแบบประเมินการรับรู้ด้านสุขภาพช่องปากของการสำรวจ

สภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 และ 9 ประเทศไทย^{1,2} ประกอบด้วย ความพึงพอใจต่อสุขภาพช่องปากของตนเอง การมีปัญหาสุขภาพช่องปาก และการได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก

จำนวน 6 ตอน 44 ข้อ พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการปรับปรุงแบบวัดของ พันธธนา จิตติธม (2562)¹¹ และอิงเกณฑ์การจำแนก ระดับความรู้ด้านสุขภาพจาก กองสุศึกษา กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2562)¹² โดยแบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่

ตอนที่ 1 ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการ จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 50 คะแนน เป็นแบบสอบถามประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ทำเป็นประจำ ทำบ่อยครั้ง ทำบางครั้ง แทบไม่ทำ และไม่ทำเลย กำหนดคะแนนตั้งแต่ 5-1 คะแนน ตามลำดับ ในข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9 และ 10 และกำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน ตามลำดับ ในข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อที่ 4 และ 5 สำหรับการแปลผล แบ่งเกณฑ์ตามมาตรฐานการจำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพ ของกองสุศึกษา¹² สามารถแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับไม่ดี (น้อยกว่า 30.00 คะแนน) ระดับพอใช้ (30.00-34.99 คะแนน) ระดับดี (35.00-39.99 คะแนน) และระดับดีมาก (มากกว่าหรือเท่ากับ 40.00 คะแนน)

ตอนที่ 2 ด้านความรู้ ความเข้าใจ จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน มีลักษณะคำถามแบบถูก หรือผิด ถ้าตอบถูกต้องจะได้ 1 คะแนน และตอบไม่ถูกต้องจะได้ 0 คะแนน โดยข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อที่ 2, 3, 6, 7, 8 และ 9 ข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อที่ 1, 4, 5 และ 10 สำหรับการแปลผลแบ่ง เกณฑ์ตามมาตรฐานการจำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพ ของกองสุศึกษา¹² สามารถแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับไม่ดี (น้อยกว่า 6.00 คะแนน) ระดับพอใช้ (6.00-6.99 คะแนน) ระดับดี (7.00-7.99 คะแนน) และระดับดีมาก (มากกว่าหรือเท่ากับ 8.00 คะแนน)

ตอนที่ 3 ด้านทักษะการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ จำนวน 8 ข้อ คะแนนเต็ม 40 คะแนน เป็นแบบสอบถามประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ทำเป็นประจำ ทำบ่อยครั้ง ทำบางครั้ง แทบไม่ทำ และไม่ทำเลย กำหนดคะแนนตั้งแต่ 5-1 คะแนน ตามลำดับ โดยทั้งหมดเป็นข้อคำถามเชิงบวก สำหรับการแปลผลแบ่งเกณฑ์ตามมาตรฐานการจำแนกระดับ ความรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา¹² สามารถแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับไม่ดี (น้อยกว่า 24.00 คะแนน) ระดับพอใช้ (24.00-27.99 คะแนน) ระดับดี (28.00-31.99 คะแนน) และระดับดีมาก (มากกว่าหรือเท่ากับ 32.00 คะแนน)

ตอนที่ 4 ด้านทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 5 ข้อ คะแนนเต็ม 25 คะแนน เป็นแบบสอบถามประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ทำเป็นประจำ ทำบ่อยครั้ง ทำบางครั้ง แทบไม่ทำ และไม่ทำเลย กำหนดคะแนนตั้งแต่ 5-1 คะแนน ตามลำดับ

โดยทั้งหมดเป็นข้อคำถามเชิงบวก สำหรับการแปลผลแบ่ง เกณฑ์ตามมาตรฐานการจำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพ ของกองสุศึกษา¹² สามารถแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับไม่ดี (น้อยกว่า 15.00 คะแนน) ระดับพอใช้ (15.00-17.49 คะแนน) ระดับดี (17.50-19.99 คะแนน) และระดับดีมาก (มากกว่าหรือเท่ากับ 20.00 คะแนน)

ตอนที่ 5 ด้านการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 6 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน เป็นแบบสอบถามประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ทำเป็นประจำ ทำบ่อยครั้ง ทำบางครั้ง แทบไม่ทำ และไม่ทำเลย กำหนดคะแนนตั้งแต่ 5-1 คะแนน ตามลำดับ ใน ข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อที่ 1, 2 และ 3 กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน ตามลำดับ ในข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อที่ 4, 5 และ 6 สำหรับการแปลผลแบ่งเกณฑ์ตามมาตรฐานการจำแนก ระดับความรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา¹² สามารถแบ่ง เป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับไม่ดี (น้อยกว่า 18.00 คะแนน) ระดับ พอใช้ (18.00-20.99 คะแนน) ระดับดี (21.00-23.99 คะแนน) และระดับดีมาก (มากกว่าหรือเท่ากับ 24.00 คะแนน)

ตอนที่ 6 ด้านการตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ คะแนนเต็ม 5 คะแนน มีลักษณะคำถามแบบให้เลือกรับตอบ เป็นปรนัย 4 ตัวเลือก โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบในข้อที่ถูกต้องที่สุด ถ้าตอบถูกต้องจะได้ 1 คะแนน และตอบไม่ถูกต้องจะได้ 0 คะแนน โดยทั้งหมดเป็นข้อ คำถามเชิงบวก สำหรับการแปลผลแบ่งเกณฑ์ตามมาตรฐานการ จำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา¹² สามารถ แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับไม่ดี (น้อยกว่า 3.00 คะแนน) ระดับ พอใช้ (3.00-3.49 คะแนน) ระดับดี (3.50-3.99 คะแนน) และ ระดับดีมาก (มากกว่าหรือเท่ากับ 4.00 คะแนน)

สำหรับการแปลผลภาพรวม ทั้ง 6 ด้าน แบ่งเกณฑ์ตาม มาตรฐานการจำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพของกอง สุศึกษา¹² สามารถแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับไม่ดี (น้อยกว่า 96.00 คะแนน) ระดับพอใช้ (96.00-111.99 คะแนน) ระดับดี (112.00-127.99 คะแนน) และระดับดีมาก (มากกว่าหรือเท่ากับ 128.00 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

จำนวน 2 ตอน 12 ข้อ ดังนี้

ตอนที่ 1 การแปรงฟัน จำนวน 8 ข้อ และตอนที่ 2 การใช้อุปกรณ์ เสริมในการทำความสะอาดช่องปาก จำนวน 4 ข้อ โดยผู้วิจัย ปรับปรุง และพัฒนามาจากรายงานผลสำรวจสภาวะสุขภาพ ช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย^{1,2} เป็นแบบสอบถาม ประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่ทำเลย (0 วัน/ สัปดาห์) แทบไม่ทำ (1-2 วัน/สัปดาห์) ทำบางครั้ง (3-4 วัน/ สัปดาห์) ทำบ่อยครั้ง (5-6 วัน/สัปดาห์) และทำเป็นประจำ (7 วัน/ สัปดาห์) กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน ตามลำดับ โดย ทั้งหมดเป็นข้อคำถามเชิงบวก แบ่งระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการ ดูแลสุขภาพช่องปากเป็น 3 ระดับ ตามหลัก Best¹³ คือ ระดับ ต่ำ (1.00-2.33 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน) และระดับสูง (3.67-5.00 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พบว่า แบบสอบถามทั้งหมดมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และทดสอบความเชื่อมั่น โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้มารับบริการทางทันตกรรมในโรงพยาบาลกันตัง จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึง และมีพื้นที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยแยกเป็นรายส่วนได้ ดังนี้ ใช้สูตร KR-20 ในแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ตอนที่ 2 ด้านความรู้ ความเข้าใจ และตอนที่ 5 ด้านการรู้เท่าทันสื่อ (ได้เท่ากับ 0.75 และ 0.84 คะแนน) ใช้สูตร Cronbach's alpha ในแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ตอนที่ 1 ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการ ตอนที่ 3 ด้านทักษะการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ ตอนที่ 4 ด้านทักษะการจัดการตนเอง และตอนที่ 6 ด้านการตัดสินใจ (ได้เท่ากับ 0.95, 0.96, 0.91 และ 0.58) และส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก (ได้เท่ากับ 0.82) และตรวจสอบความยากง่ายในแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ตอนที่ 2 ด้านความรู้ ความเข้าใจ และตอนที่ 5 ด้านการรู้เท่าทันสื่อ (อยู่ระหว่าง 0.2-0.8 และอยู่ระหว่าง 0.4-0.8)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการโดยทีมผู้วิจัย ระหว่างเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ในวันอังคาร-วันพฤหัสบดี วันละ 25-30 คน เวลา 08:00-12:00 น. โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง ใช้เวลาในการตอบประมาณ 10-15 นาที ทั้งนี้ทีมผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสอบถามทุกฉบับก่อนนำเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง เอกสารรับรองเลขที่ PO29/2567 วันที่พิจารณา 26 เมษายน 2567 และรับรองเมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม 2567-2 พฤษภาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำที่สุด และใช้สถิติเชิงอนุมาน คือ Chi-square test ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ โรคประจำตัว และการรับรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก และใช้สถิติ Spearman rank correlation test ที่ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ และความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก โดยพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (ค่า r) ใช้เกณฑ์ Hinkle, D.E.(14) ดังนี้ 0.00-0.30 หมายถึง ระดับต่ำมาก 0.31-0.50 หมายถึง ระดับต่ำ 0.51-0.70 หมายถึง ระดับปานกลาง 0.71-0.90 หมายถึง ระดับมาก และ 0.91-1.00 หมายถึง ระดับสูงมาก

ผลการวิจัย (Results)

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 77.06 และ 22.94 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ย 33.37 ± 12.39 ปี ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 61.18) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ $11,570.37 \pm 10,209.49$ บาท และร้อยละ 12.06 มีโรคประจำตัว และการรับรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 67.35 มีความพึงพอใจต่อสุขภาพช่องปากในระดับพอใจ ร้อยละ 84.41 มีปัญหาสุขภาพช่องปาก และร้อยละ 81.76 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ดังตารางที่ 1

ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในภาพรวมทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับพอใช้ (คะแนนเฉลี่ย 104.88 ± 17.26 คะแนน) ซึ่งเมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี คือ ด้านทักษะการจัดการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และด้านทักษะการตัดสินใจ (คะแนนเฉลี่ย 18.39 ± 4.34 , 22.30 ± 3.56 และ 3.46 ± 1.40 คะแนน ตามลำดับ) และด้านที่มีคะแนนอยู่ในระดับไม่ดี คือ ด้านความรู้ความเข้าใจ และด้านทักษะการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ (คะแนนเฉลี่ย 5.92 ± 1.94 และ 22.61 ± 7.33 คะแนน ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง (n = 340 คน)

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

พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการแปรงฟัน อยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 4.05 ± 0.60 คะแนน) ซึ่งเมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การแปรงฟันหลังตื่นนอนเช้า (คะแนนเฉลี่ย 4.81 ± 0.60 คะแนน) และพฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน (คะแนนเฉลี่ย 2.93 ± 1.31 คะแนน) และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปาก อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.17 ± 0.82 คะแนน) ซึ่งเมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การใช้แปรงชอกฟัน (คะแนนเฉลี่ย 3.51 ± 1.56 คะแนน) และพฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การใช้ไม้จิ้มฟัน (คะแนนเฉลี่ย 2.61 ± 1.40 คะแนน) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการแปรงฟัน และการใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปาก (n = 340 คน)

พฤติกรรม	คะแนนเต็ม	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
การแปรงฟัน	5 คะแนน		4.05	0.60	ระดับสูง
1. หลังตื่นนอนตอนเช้าทุกวัน	5 คะแนน	88.82	4.81	0.60	ระดับสูง
2. หลังอาหารเช้าทุกวัน	5 คะแนน	26.18	3.22	1.39	ระดับปานกลาง
3. หลังอาหารกลางวันทุกวัน	5 คะแนน	16.47	2.93	1.31	ระดับปานกลาง
4. เป็นสิ่งสุดท้ายก่อนเข้านอน ทุกวัน	5 คะแนน	75.88	4.56	0.89	ระดับสูง
5. ใช้เวลาในการแปรงฟัน ครั้งละ 2 นาทีทุกวัน	5 คะแนน	61.76	4.39	0.92	ระดับสูง
6. ใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ทุกวัน	5 คะแนน	79.41	4.67	0.75	ระดับสูง
7. หลังจากแปรงฟันทุกครั้ง ทำนวดรับประทานอาหารอย่างน้อย ครั้งละ 30 นาที - 2 ชั่วโมงทุกวัน	5 คะแนน	40.59	3.82	1.17	ระดับสูง
8. แปรงลิ้นทุกครั้งหลังแปรงฟันทุกวัน	5 คะแนน	54.41	4.00	1.27	ระดับสูง
การใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปาก	5 คะแนน		3.17	0.82	ระดับปานกลาง
1. ใช้ไหมขัดฟันทุกวัน	5 คะแนน	17.06	2.64	1.46	ระดับปานกลาง
2. ใช้แปรงชอกฟันทุกวัน	5 คะแนน	40.88	3.51	1.56	ระดับปานกลาง
3. ใช้น้ำยาบ้วนปากทุกวัน	5 คะแนน	25.29	3.17	1.43	ระดับปานกลาง
4. ใช้ไม้จิ้มฟันทุกวัน	5 คะแนน	14.71	2.61	1.40	ระดับปานกลาง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการแปร่งฟัน ได้แก่ เพศ (p-value < 0.01) โดยเพศหญิง มีระดับพฤติกรรมกรรมการแปร่งฟันระดับสูงที่สูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 82.06 และ 61.54 ตามลำดับ) การรับรู้ด้านสุขภาพช่องปากเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อสุขภาพช่องปาก (p-value = 0.01) และการได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก (p-value = 0.01) โดยยิ่งกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อสุขภาพช่องปากของตนเองมากก็จะมีระดับพฤติกรรมกรรมการแปร่งฟันระดับสูงที่สูงขึ้น (ร้อยละ 61.11, 81.66 และ 82.05 ตามลำดับ) และกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากจะมีระดับพฤติกรรมกรรมการแปร่งฟันระดับสูงที่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 80.94 และ 61.29 ตามลำดับ) และความรู้รอบด้านสุขภาพช่องปาก (p-value < 0.05) ในด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการ ด้านความรู้ ความเข้าใจ ด้านทักษะการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ ด้านทักษะการจัดการตนเอง และความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในภาพรวมทั้ง 6 ด้าน โดยด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับระดับพฤติกรรมกรรมการแปร่งฟันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.34$, p-value < 0.01) ด้านความรู้ ความเข้าใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับระดับพฤติกรรมกรรมการแปร่งฟันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.20$, p-value < 0.01) ด้านทักษะการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับระดับพฤติกรรมกรรมการแปร่งฟันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.33$, p-value < 0.01) ด้านทักษะการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับระดับพฤติกรรมกรรมการแปร่งฟันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.49$, p-value < 0.01) และความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในภาพรวมทั้ง 6 ด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำกับระดับพฤติกรรมกรรมการแปร่งฟันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.43$, p-value < 0.01) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมกรรมการแปร่งฟันและการใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง (n = 340 คน)

ปัจจัย	พฤติกรรมกรรมการแปร่งฟัน			พฤติกรรมกรรมการใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปาก		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	ขนาดความสัมพันธ์	p – value	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	ขนาดความสัมพันธ์	p – value
	ปัจจัยส่วนบุคคล					
อายุ	0.07	ต่ำมาก	0.20	-0.02	ต่ำมาก	0.76
รายได้	0.10	ต่ำมาก	0.06	0.05	ต่ำมาก	0.34
ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	0.43	ต่ำ	<0.01**	0.37	ต่ำ	<0.01**
ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการ	0.34	ต่ำ	<0.01**	0.27	ต่ำมาก	<0.01**
ด้านความรู้ ความเข้าใจ	0.20	ต่ำมาก	<0.01**	0.30	ต่ำมาก	<0.01**
ด้านทักษะการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ	0.33	ต่ำ	<0.01**	0.27	ต่ำมาก	<0.01**
ด้านทักษะการจัดการตนเอง	0.49	ต่ำ	<0.01**	0.46	ต่ำ	<0.01**
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	0.03	ต่ำมาก	0.60	0.00	ต่ำมาก	0.96
ด้านการตัดสินใจ	0.09	ต่ำมาก	0.11	0.17	ต่ำมาก	<0.01**

p-value < 0.01**, p-value < 0.05*

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปาก ได้แก่ ระดับการศึกษา (p-value = 0.02) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีระดับพฤติกรรมกรรมการใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปากในระดับสูงที่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 37.88 และ 25.48 ตามลำดับ) การรับรู้ด้านสุขภาพช่องปากเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อสุขภาพช่องปาก (p-value = 0.04) โดยยิ่งกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อสุขภาพช่องปากของตนเองมากก็จะมีระดับการใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปากในระดับสูงที่สูงขึ้น (ร้อยละ 18.06, 33.19 และ 35.90 ตามลำดับ) และความรู้รอบด้านสุขภาพช่องปาก (p-value < 0.05) ในด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการ ด้านความรู้ ความเข้าใจ ด้านทักษะการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ ด้านทักษะการจัดการตนเอง ด้านการตัดสินใจ และความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในภาพรวมทั้ง 6 ด้าน โดยด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมกรรมการใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.27$, p-value < 0.01) ด้านความรู้ ความเข้าใจ มีความสัมพันธ์

ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์เสริมในการ
ทำความสะอาดช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.30$,
 $p\text{-value} < 0.01$) ด้านทักษะการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ
มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการใช้อุ
ปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปากอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($r_s = 0.27$, $p\text{-value} < 0.01$) ด้านทักษะการจัดการ
ตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการใช้อุ
ปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($r_s = 0.46$, $p\text{-value} < 0.01$) ด้านการตัดสินใจ มี
ความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก กับพฤติกรรมการใช้อุ
ปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปากอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($r_s = 0.17$, $p\text{-value} < 0.05$) และความรอบรู้ด้าน
สุขภาพช่องปากในภาพรวม ทั้ง 6 ด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวก
ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาด
สะอาดช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.37$, $p\text{-value}$
 < 0.01) ดังตารางที่ 4

อภิปรายผล (Discussion)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน
ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเฉลี่ย 104.88 ± 17.26 คะแนน
แปลผลได้ว่า มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากภาพรวม
อยู่ในระดับพอใช้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธันวา อินทร-
สุขสันติ¹⁵ ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้าน
สุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของผู้มารับบริการ
ทันตกรรม โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระดับ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากภาพรวม อยู่ในระดับพอใช้
ซึ่งหมายความว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูลและใช้ความรู้
บางด้านเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากได้ในระดับพื้นฐาน แต่ยังมี
ช่องว่างในด้านทักษะการสื่อสารและความเข้าใจเชิงลึก ซึ่งเป็น
องค์ประกอบสำคัญของกระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ด้าน
สุขภาพช่องปาก (Health Literacy Promotion Process)
ตามแบบจำลอง V-shape ที่ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่
การเข้าถึง การเข้าใจ การสื่อสาร การตัดสินใจ การเปลี่ยนแปลง
พฤติกรรม และการบอกต่อ¹⁶ เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของความ
รอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากแยกรายด้าน พบว่า องค์ประกอบที่
แปลผลได้ว่า ระดับดี มี 3 องค์ประกอบ คือ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ
ด้านทักษะการจัดการตนเอง และด้านการตัดสินใจ องค์ประกอบ
ที่แปลผลได้ว่า ระดับพอใช้ มี 1 องค์ประกอบ คือ ด้านการ
เข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการ และองค์ประกอบที่แปลผลได้ว่า
ระดับไม่ดี มี 2 องค์ประกอบ คือ ด้านทักษะการสื่อสารเพิ่ม
ความเชี่ยวชาญ และด้านความรู้ ความเข้าใจ ผลการศึกษาแสดง
ให้เห็นว่าแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจและจัดการตนเอง
ได้บ้าง แต่ยังคงได้รับการส่งเสริมด้านการเข้าถึงข้อมูล การ
เพิ่มความรู้ความเข้าใจ และพัฒนาทักษะการสื่อสาร เพื่อให้
สามารถแยกแยะข้อมูลที่ถูกต้อง ใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ
ในด้านสุขภาพช่องปาก และสามารถแลกเปลี่ยนความรู้กับ

ผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{6,9} ดังนั้น การส่งเสริมความรอบรู้
ด้านสุขภาพช่องปากควรเน้นการพัฒนาทุกองค์ประกอบของ
กระบวนการ โดยเฉพาะด้านที่อยู่ในระดับพอใช้และไม่ดี เพื่อให้
ผู้เข้าร่วมสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก
ได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

สำหรับด้านความรู้ความเข้าใจ ควรจัดกิจกรรมอบรมหรือ
เวิร์กช็อปให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น การ
แปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟัน และการป้องกันโรคช่องปาก โดยใช้
ภาพประกอบ แบบฝึกหัด หรือสื่อการเรียนรู้ที่เข้าใจง่าย
ส่วนด้านทักษะการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ ควรฝึกปฏิบัติ
เช่น การอธิบายหรือสาธิตการดูแลสุขภาพช่องปากต่อเพื่อนร่วมกลุ่ม
หรือจำลองสถานการณ์ เพื่อสร้างความมั่นใจและความสามารถในการ
ถ่ายทอดข้อมูลด้านสุขภาพช่องปากให้ผู้อื่นเข้าใจได้
อย่างชัดเจน สำหรับด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ
ควรส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมสามารถเลือกแหล่งข้อมูลและบริการ
ที่เหมาะสม เช่น เว็บไซต์ของกรมอนามัย คลินิกทันตกรรม
หรือสื่อออนไลน์ที่น่าเชื่อถือ พร้อมฝึกการตรวจสอบความ
ถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล จนนำไปสู่ความเข้าใจที่
ถูกต้องและสามารถสื่อสาร ถ่ายทอด หรือโน้มน้าวให้บุคคลอื่น
ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างเหมาะสม
ด้วยกระบวนการเหล่านี้ กลุ่มตัวอย่างจะพัฒนาความรอบรู้ด้าน
สุขภาพช่องปากอย่างเป็นขั้นตอน ตั้งแต่การเข้าถึงข้อมูล การ
เข้าใจเนื้อหา จนถึงการสื่อสารและแลกเปลี่ยนความรู้ ส่งผลให้
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากมีประสิทธิภาพมากขึ้น และ
สนับสนุนคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว⁷

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก กลุ่มวัยทำงานถูกจัด
เป็นช่วงวัยหนึ่งของกลุ่มอายุดัชนี (Indexed age group)
ช่วงวัยนี้เป็นช่วงวัยมาตรฐานที่ใช้ติดตามสถานการณ์สุขภาพ
ช่องปากของผู้ใหญ่ โดยกลุ่มอายุนี้อาจเป็นช่วงที่ได้รับอิทธิพล
สูงสุด จากการสะสมของโรคฟันผุ และโรคปริทันต์ ซึ่งมีสาเหตุ
มากจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก เมื่อเปรียบเทียบ
ผลการศึกษากับรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก
แห่งชาติ ครั้งที่ 9 ของกลุ่มวัยงาน ทั้งระดับเขตบริการสุขภาพที่
12 ภาคใต้ และประเทศ² พบว่า มีการแปรงฟันหลังอาหาร
กลางวันเป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 16.47 ซึ่งสูงกว่าระดับเขต
บริการสุขภาพที่ 12 ระดับภาคใต้ และระดับประเทศ (ร้อยละ
12.20, 10.80 และ 7.90) กลุ่มตัวอย่างแปรงฟันเป็นครั้งสุดท้าย
ก่อนเข้านอนโดยไม่รับประทานอาหารใดๆ เป็นประจำทุกวัน ร้อยละ
75.88 ซึ่งสูงกว่าระดับเขตบริการสุขภาพที่ 12 ระดับภาคใต้ และ
ระดับประเทศ (ร้อยละ 68.40, 62.00 และ 62.80)
กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการแปรงฟันนานครั้งละ 2 นาทีเป็นประจำ
ทุกวัน ร้อยละ 61.76 ซึ่งต่ำกว่าระดับเขตบริการสุขภาพที่ 12
ระดับภาคใต้ และระดับประเทศ (ร้อยละ 74.20, 72.40 และ
70.00) กลุ่มตัวอย่างใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์
เป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 79.41 ซึ่งสูงกว่าระดับเขตบริการ

สุขภาพที่ 12 ระดับภาคใต้ และระดับประเทศ (ร้อยละ 64.10, 65.60 และ 67.20) และเมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปากของกลุ่มตัวอย่างกับรายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ของกลุ่มวัยงาน ทั้งระดับเขตบริการสุขภาพที่ 12 ภาคใต้ และประเทศ² พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้ไหมขัดฟันเป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 17.06 ซึ่งสูงกว่าระดับเขตบริการสุขภาพที่ 12 และระดับภาคใต้ แต่ต่ำกว่าระดับประเทศ (ร้อยละ 13.70, 16.50 และ 18.30) กลุ่มตัวอย่างใช้แปรงซอกฟันเป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 40.88 ซึ่งสูงกว่าระดับเขตบริการสุขภาพที่ 12 ระดับภาคใต้ และระดับประเทศ (ร้อยละ 1.30, 1.00 และ 2.10) กลุ่มตัวอย่างใช้น้ำยาบ้วนปากเป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 25.29 ซึ่งต่ำกว่าระดับเขตบริการสุขภาพที่ 12 ระดับภาคใต้ และระดับประเทศ (ร้อยละ 35.70, 36.80 และ 38.40) และกลุ่มตัวอย่างใช้ไม้จิ้มฟันเป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 14.71 ซึ่งต่ำกว่าระดับเขตบริการสุขภาพที่ 12 ระดับภาคใต้ และระดับประเทศ (ร้อยละ 24.70, 25.60 และ 27.90)

ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากจึงควรเน้นให้สอดคล้องกับคำแนะนำของกรมอนามัย ได้แก่ การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง คือ หลังรับประทานอาหารเข้า และก่อนเข้านอน เป็นสิ่งสุดท้ายก่อนเข้านอน โดยแปรงครั้งละ 2 นาที และงดรับประทานอาหารหลังแปรงอย่างน้อย 30 นาที-2 ชั่วโมง นอกจากนี้ การใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อทำความสะอาดซอกฟันและป้องกันโรคปริทันต์ เช่น ไหมขัดฟันและแปรงซอกฟันเป็นสิ่งจำเป็นที่ควรได้รับการส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับรายงานวิจัยอื่นที่ระบุว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ใหญ่มีความแตกต่างกันและได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจ และสิ่งแวดล้อมรอบตัว การพัฒนาพฤติกรรมเหล่านี้ให้เหมาะสมจะช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคฟันผุและโรคปริทันต์ และส่งเสริมให้ผู้ใหญ่สามารถรักษาสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตได้อย่างยั่งยืน²

ปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ (p-value < 0.01) โดยเพศหญิงมีพฤติกรรมแปรงฟันที่ดีกว่าเพศชาย และเพศหญิงมีพฤติกรรมใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปากที่ดีกว่าเพศชาย (p-value = 0.03) และพฤติกรรมรับบริการด้านสุขภาพช่องปากที่ดีกว่าเพศชาย (p-value = 0.03) ซึ่งสอดคล้องกับวารลัญช์ หิรัญวิชญารัตน และคณะ¹⁷ ที่พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่าเพศชาย และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปาก (p-value = 0.05) โดยจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ยังมีการศึกษาที่สูงขึ้นก็จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sairat และ Phoosuwani¹⁸ ที่พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษา

สูงกว่ามีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีกว่า ปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ในเรื่องของความพึงพอใจต่อสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแปรงฟัน (p-value = 0.01) และพฤติกรรมใช้อุปกรณ์เสริมในการดูแลสุขภาพช่องปาก (p-value = 0.04) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจต่อสุขภาพช่องปากในระดับพอใจมากจะมีพฤติกรรมแปรงฟัน และพฤติกรรมใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปากที่สูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่พึงพอใจต่อสุขภาพช่องปาก อาจสะท้อนให้เห็นถึงการที่กลุ่มวัยทำงานที่รู้สึกพึงพอใจในสุขภาพช่องปากจะให้ความสำคัญในการดูแลรักษาความสะอาดช่องปากอย่างสม่ำเสมอ โดยความพึงพอใจในสุขภาพช่องปากสามารถส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขอนามัยช่องปาก โดยพฤติกรรมแปรงฟันเป็นกิจกรรมหลักในการดูแลสุขภาพช่องปาก ขณะที่พฤติกรรมใช้อุปกรณ์เสริม เช่น การใช้ไหมขัดฟัน หรือน้ำยาบ้วนปาก ก็สามารถแสดงถึงความเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพช่องปากให้สะอาด และป้องกันปัญหาสุขภาพช่องปากในระยะยาวได้ ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ด้วย Health Belief Model (HBM) ซึ่งเสนอว่าการรับรู้ถึงสภาพตนเองและความสำคัญของการป้องกันโรค มีผลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพของบุคคล เช่น หากบุคคลรู้สึกว่าคุณสมบัติสุขภาพช่องปากดีและพึงพอใจต่อสภาพนี้ ก็จะมีแรงจูงใจในการรักษาสุขภาพช่องปากให้คงอยู่โดยการแปรงฟันและใช้เครื่องมือทำความสะอาดช่องปากเสริมอย่างสม่ำเสมอ¹⁹⁻²⁰ และการที่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรับบริการด้านสุขภาพช่องปาก (p-value < 0.01) โดยการที่ประชาชนกลุ่มวัยทำงานมีการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพมากจะส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคและภัยสุขภาพมากด้วย²¹ นอกจากนี้ยังสามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งระบุว่าความสามารถในการเข้าถึง ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ มีผลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล²²⁻²³ การที่ประชาชนกลุ่มวัยทำงานที่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากจะมีพฤติกรรมในการป้องกันโรค และภัยสุขภาพที่มากขึ้นด้วยเช่นกัน ดังนั้น การให้ความรู้และส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากแก่กลุ่มวัยทำงาน จะช่วยเพิ่มพฤติกรรมป้องกันโรคและการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในภาพรวม ทั้ง 6 ด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำกับระดับพฤติกรรมแปรงฟันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.43$, p-value < 0.01) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.37$, p-value < 0.01) สอดคล้องกับการศึกษาของรอซีกิน สาเร๊ะ, คันธมาหนั กายจันภูมิ และกัลยา ดันสกุล²⁴ ที่

พบว่า ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดยะลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r_s = 0.516, p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ การพัฒนาองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงจะนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านบวก²⁵ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถของคนในการเข้าถึงเข้าใจประเมินและประยุกต์ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพเพื่อพิจารณาและตัดสินใจในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพการส่งเสริม และป้องกันโรคให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดช่วงอายุ ดังเช่นโมเดลในการสร้างเสริมสุขภาพของ Nutbeam²² ที่ได้อธิบายไว้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นเป็นผลมาจากการให้การศึกษา และยังเป็นตัวเชื่อมระหว่างการสร้างเสริมสุขภาพกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กล่าวคือ ผู้ที่มีความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ จะมีโอกาสสูงกว่าในการตัดสินใจเลือกพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น การแปรงฟันอย่างถูกวิธีและการใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปาก ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเชิงบวก นอกจากนี้ แนวคิดด้านความรอบรู้สุขภาพยังเชื่อมโยงกับทฤษฎีด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น Health Belief Model (HBM) ที่ชี้ว่าความรู้และการรับรู้ความเสี่ยงจะเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม²⁰ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ช่องปากในระดับที่เพียงพอ ย่อมสามารถรับรู้ถึงผลเสียของการละเลยการดูแลสุขภาพช่องปาก และตระหนักถึงประโยชน์ของการปฏิบัติที่เหมาะสม ส่งผลให้มีแนวโน้มปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 33.37±12.39 ปี การศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 11,570.37±10,209.49 บาท และร้อยละ 12.06 มีโรคประจำตัว ด้านการรับรู้สุขภาพช่องปาก พบว่า ร้อยละ 67.35 พึงพอใจต่อสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 84.41 มีปัญหาสุขภาพช่องปาก และร้อยละ 81.76 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ โดยด้านที่มีระดับดี ได้แก่ ทักษะการจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ ส่วนด้านที่ไม่ดี ได้แก่ ความรู้-ความเข้าใจ และทักษะการสื่อสารเพิ่มความ

เชี่ยวชาญ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากพบว่า การแปรงฟันอยู่ในระดับสูง โดยสูงสุด คือ การแปรงฟันหลังตื่นนอนเช้า และต่ำสุด คือ หลังอาหารกลางวัน ส่วนการใช้อุปกรณ์เสริมอยู่ในระดับปานกลาง สูงสุด คือ การใช้แปรงซอกฟัน และต่ำสุด คือ การใช้ไหมจิ้มฟัน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟัน ได้แก่ เพศ ความพึงพอใจต่อสุขภาพช่องปาก การได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก และความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในหลายองค์ประกอบ ส่วนพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์เสริมสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ความพึงพอใจต่อสุขภาพช่องปาก และความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในหลายองค์ประกอบ

ผลการศึกษานี้ให้เห็นว่ากลุ่มวัยทำงานที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมมากขึ้น โดยเฉพาะเพศหญิงและผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Health Literacy และ Health Belief Model อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดอยู่บ้าง เนื่องจากไม่ได้ประเมินทักษะการปฏิบัติจริงของผู้เข้าร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น การแปรงฟันหรือการใช้ไหมขัดฟันอย่างถูกวิธี จึงไม่สามารถวัดผลเชิงปฏิบัติได้โดยตรง นอกจากนี้ ข้อมูลบางส่วน เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก อาจได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ส่วนตัวและความจำของผู้ตอบ ทำให้ความแม่นยำของข้อมูลอาจมีข้อจำกัดบางประการ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลตรัง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง สามารถใช้ผลการศึกษานี้ในการกำหนดนโยบายพัฒนาการรับรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก โดยการจัดทำโครงการหรือกิจกรรมเกี่ยวกับด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ ทักษะการจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจที่ประชาชนกลุ่มวัยทำงานต้องปฏิบัติทั้งพฤติกรรมการแปรงฟัน และการใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปาก พร้อมทั้งการวัด และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความพร้อมในกลุ่มวัยทำงานในการดูแลสุขภาพช่องปาก

2. ควรรณรงค์ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการแปรงฟัน เช่น การแปรงฟันหลังอาหารเช้า หลังรับประทานอาหารกลางวันทุกวัน และการใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปาก และเพิ่มเติมความเข้าใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อยกระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากให้ดีขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่สุขภาพช่องปากที่ดียิ่งขึ้นในภาพรวม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก

และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มวัยทำงานในพื้นที่ โดยออกแบบกิจกรรมและสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสม เช่น การอบรม เวิร์กช็อป การฝึกปฏิบัติ และการใช้สื่อดิจิทัล พร้อมทั้งจัดให้มีการประเมินผลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (pre-test/post-test) เพื่อตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงในความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้เข้าร่วม การติดตามผลระยะสั้นและระยะยาว ควรถูกนำมาใช้เพื่อยืนยันว่าผู้เข้าร่วมสามารถปรับใช้ความรู้ในชีวิตประจำวันได้จริง ซึ่งจะช่วยให้เห็น คุณภาพและประสิทธิผลของโปรแกรมอย่างเป็นเชิงประจักษ์ และสามารถนำไปปรับปรุงกิจกรรมหรือขยายผลในกลุ่มประชากรอื่น ๆ ต่อไป

2. ควรศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหาร พฤติกรรมตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง หรือพฤติกรรมเข้ารับบริการทันตกรรม และศึกษาในกลุ่มวัยอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น กลุ่มวัยก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ (อายุ 45-59 ปี) หรือกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

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

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์; 2561.
2. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
3. ฐานข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลการเข้าถึงบริการทันตกรรมในผู้มีอายุ 15-59 ปี <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>. Accessed February 1, 2025
4. อรรถพล แก้วสมิทธิ. การขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสื่อสารสุขภาพ. กรมอนามัย; 2560. http://doh.hpc.go.th/data/HL/HL_DOH_drive.pdf. Accessed April 5, 2022
5. Horowitz AM, Kleinman DV. Oral health literacy: the new imperative to better oral health. *Dent Clin North Am*. 2008;52(2):333-vi. doi:10.1016/j.cden.2007.12.001
6. Alzahrani AY, El Meligy O, Bahdila D, Aljawi R, Bamashmous NO, Almushayt A. Health and oral health literacy: A comprehensive literature review from theory to practice.

- Int J Paediatr Dent. 2025;35(2):434-445. doi:10.1111/ipd.13255
7. Yu S, Huang S, Song S, Lin J, Liu F. Impact of oral health literacy on oral health behaviors and outcomes among the older adults: a scoping review. *BMC Geriatr*. 2024;24(1):858. Published 2024 Oct 22. doi:10.1186/s12877-024-05469-1
8. Piyakhunakorn P, Sermsuti-anuwat N. The associations between oral health literacy and oral health-related behaviours among community-dwelling older people in Thailand. *Glob J Health Sci*. 2021;13(3):1. doi:10.5539/gjhs.v13n3p1
9. Sermsuti-Anuwat N, Piyakhunakorn P. Association Between Oral Health Literacy and Number of Remaining Teeth Among the Thai Elderly: A Cross-Sectional Study. *Clin Cosmet Investig Dent*. 2021;13:113-119. Published 2021 Apr 12. doi:10.2147/CCIDE.S306110
10. Daniel WW. *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences*. 9th ed. Hoboken (NJ): Wiley; 2010.
11. พันธธนา จิตติมณี. การศึกษาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากในประชาชนทั่วไป. *วารสารสุศึกษาและสุขภาพ*. 2562;19(3):150-61.
12. กระทรวงสาธารณสุข กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. *แนวทางการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
13. Best J. *Research in education*. 7th ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1998.
14. Hinkle DE. *Statistical analysis: A guide to understanding and using SPSS*. 2nd ed. Boston (MA): Allyn and Bacon; 1998.
15. ธันวา อินทรสุขสันติ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางการแพทย์*. 2566;14(1):73-88.
16. วชิระ เพ็งจันทร์. *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)*. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
17. วรลัญช์ หิรัญวิษณุรัตน์, ธนวัฒน์ ขวัญฤดีรัตน์, รัญญาภัสร์ มุขเงิน, สุหทัยา ลิขิตธนสมบัติ, สรสิทธิ์ รังสิยานนท์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนนิสิตทันตแพทย์และทันตแพทย์ในกรุงเทพมหานคร. *วารสารคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*.

2564;14(2):48-64.

18. Sairat K, Phoosuwan N (2024) Factors associated with oral health care behavior of people with type 2 diabetes mellitus: A hospital-based, cross-sectional study. *PLoS ONE* 19(5): e0303530. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0303530>
19. Rosenstock IM. Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*. 1974;2(4):328-335. doi:10.1177/109019817400200403
20. Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: a decade later. *Health Educ Q*. 1984;11(1):1-47. doi:10.1177/109019818401100101
21. วิษัญญา ปาวัน, กรัณชรัตน์ บุญช่วยธนาลิทธิ์, จักรกฤษณ์ พลราชม, มาสรีน ศุกลปิษฐ์. การรับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ของประชาชนไทย ประจำปี 2559. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 2559;11(1):70-9.
22. Don Nutbeam, Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, *Health Promotion International*, Volume 15, Issue 3, September 2000, Pages 259–267, <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
23. 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. Published 2012 Jan 25. doi:10.1186/1471-2458-12-80
24. รอซีกิน สาเร๊ะ, คันธมาพันธ์ กาญจนภูมิ, กัลยา ตันสกุล. ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพกับการดูแลสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดยะลา. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*. 2564;3(3):27-39.
25. ศิริภา คงศรี. การศึกษาผลกระทบของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยทำงาน. *วารสารสุขภาพช่องปาก*. 2563;32(4):45-59.

การอ้างอิง

ชาบีธมา มะสาแม, ซูลฟาร์ บือแน, พุทธิพงษ์ บุญชู, ชวนากร ศรีปรังค์ และธนารัตน์ หมดเขียว. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ความรอบรู้ ด้านสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้มารับบริการทันตกรรม โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง ประเทศไทย: *วารสารวิชาการราชวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์* 2568;7(4):341-353. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jcra/article/view/273662>

Masamae S., Buenae Z., Boonchu P., Sriprang C. and Mudchiew T. The Relationship between Oral Health Perception, Oral Health Literacy and Oral Health Behaviors among Dental Service Recipients, Trang Hospital, Trang Province, Thailand. *J Chulabhorn Royal Acad*. 2025; 7(4): 341-353. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jcra/article/view/273662>

Online Access

<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jcra/article/view/273662>

