



Effects of the Oral Health Promotion Program Using Sufficiency Economy Philosophy as a Framework on Knowledge, Attitude, and Skills towards Oral Health in Thai Novices*

Natma Thongteratham, RN, PhD¹, Wallada Chanruangvanich, RN, DNS¹, Suchada Pattramongkolrit, RN, PhD¹, Yoothapichai Phosri, RN, MNS¹, Orapan Tosingha, RN, DNS¹, Thimaporn Suetrong, RN, MNS¹, Jutharath Chanruangvanich, DDS²

Abstract

Purpose: To study the effects of the oral health promotion program using sufficiency economy philosophy as a framework for Thai novices' knowledge, attitude, and skills towards oral health.

Design: A quasi-experimental study using a one-group pre-and post-test design.

Methods: Participants of 104 Thai novices were selected from a rural Buddhist School. Data collection was at baseline, immediately, and one month after program implementing. The research instruments consisted of the personal record form, knowledge about oral health scale, attitude towards oral health scale, and skill towards oral health scale. Paired t-test was used to compare pre-and post-test scores.

Main findings: When compared average scores between baseline and after the program immediately, knowledge toward oral health in Thai novices were significantly decreased ($t = 32.03$, $p < .001$) while attitude and skills were significantly increased ($t = -96.92$, $p < .001$; and $t = -2.64$, $p = .010$, respectively). When compared average scores between baseline and one-month after the program, knowledge and attitudes became increased ($t = -56.37$, $p < .001$; and $t = -121.42$, $p < .001$, respectively) while skills decreased ($t = 2.55$, $p = .013$).

Conclusion and recommendations: The program using sufficiency economy philosophy as a framework could partly support its effectiveness by being able to improve knowledge and attitude, except skills, towards oral health in Thai novices at one-month after the program. The findings suggest that the program needs some revision by increasing the program duration and more attractive activities, as well as having buddy system, for example. Effects of the oral health promotion program using sufficiency economy philosophy as a framework in other specific vulnerable groups such as out-of-school children, layperson, immigrants, or aging people should be further studied.

Keywords: attitude, knowledge, oral health program, skills, sufficiency economy philosophy

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(2):87-107

Corresponding Author: Lecturer Natma Thongteratham, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, 10700, Thailand; e-mail: natma.the@mahidol.ac.th

* This research project is supported by China Medical Board of New York, Inc., Faculty of Nursing, Mahidol University

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

² Dental Center, Chaophya Hospital, Bangkok, Thailand

Received: 23 May 2021 / Revised: 4 February 2022 / Accepted: 7 February 2022



ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก ตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ต่อความรู้ ทักษะ และทักษะปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก ในสามเณรไทย*

ณัฐมา ทองธีรธรรม, ประ.ด.¹ วลัยลดา ฉันทะเรืองวณิชย์, พย.ด.¹ สุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์, ประ.ด.¹ ยุทธพิชัย โพธิ์ศรี, พย.ม.¹ อรพรรณ โตสิงห์, พย.ด.¹ ธิมาภรณ์ ชื้อตรง, พย.ม.¹ จุฑารัตน์ ฉันทะเรืองวณิชย์, ท.บ.²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร ตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงต่อความรู้ ทักษะ และทักษะปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: สามเณร 104 รูป ณ โรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษาแห่งหนึ่ง ได้รับเลือกเป็นตัวอย่างในการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ครั้งคือ ก่อนรับโปรแกรม หลังรับโปรแกรมทันที และหลังรับโปรแกรมหนึ่งเดือน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้การดูแลสุขภาพช่องปาก แบบประเมินทัศนคติการดูแลสุขภาพช่องปาก และแบบประเมินทักษะปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปาก การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติทดสอบที่แบบสองกลุ่มสัมพันธ์กัน

ผลการวิจัย: เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมทันทีพบว่า ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของสามเณรลดลง ($t = 32.03, p < .001$) แต่ทัศนคติและทักษะปฏิบัติดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -96.92, p < .001$; $t = -2.64, p = .010$ ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมหนึ่งเดือน ความรู้และทัศนคติเพิ่มขึ้น ($t = -56.37, p < .001$; $t = -121.42, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนทักษะปฏิบัติลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($t = 2.55, p = .013$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: ผลการวิจัยสนับสนุนประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงบางส่วน โดยภายหลังจากได้รับโปรแกรมหนึ่งเดือน สามเณรมีความรู้และทัศนคติดีขึ้น ยกเว้นเรื่องทักษะปฏิบัติ จึงควรปรับปรุงโปรแกรมโดยอาจเพิ่มจำนวนวันดำเนินการและกิจกรรมที่น่าสนใจ รวมถึงมีระบบพี่เลี้ยงหรือการกระตุ้นเตือน เป็นต้น และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยใช้กรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในกลุ่มเปราะบางอื่นๆ เช่น เด็กนอกโรงเรียน แรงงาน ผู้อพยพ หรือผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ทักษะ ความรู้ โปรแกรมดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะปฏิบัติ ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(2):87-107

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: อาจารย์ณัฐมา ทองธีรธรรม, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: natma.the@mahidol.ac.th

* โครงการวิจัยได้รับทุนจากเงินกองทุน ซี.เอ็ม.บี. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² ศูนย์ทันตกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยา

วันที่รับบทความ: 23 พฤษภาคม 2564 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 4 กุมภาพันธ์ 2565 / วันที่ตอบรับบทความ: 7 กุมภาพันธ์ 2565

ความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสุขภาพช่องปากในเด็กและเยาวชนเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก¹⁻² ซึ่งประเด็นปัญหาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการรักษาโรคช่องปากตั้งแต่วัยเด็ก¹⁻⁵ กล่าวคือต้องเข้ารับการรักษา เสียเงิน เสียเวลา และรัฐบาลต้องใช้งบประมาณเป็นจำนวนมาก เพื่อช่วยในการบรรเทาและแก้ปัญหาทันตสาธารณสุข⁴⁻⁵ และบั่นทอนสุขภาพโดยรวมของเด็กและเยาวชน¹⁻⁵ ถึงแม้ว่าปัญหาสุขภาพช่องปาก อาจไม่ได้เป็นโรคที่ร้ายแรง ร่งตัวหนักเฉฉิน หรือเป็นโรคที่ก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิต แต่เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพทางกายหรืออาจส่งผลต่อสุขภาพทางจิตสังคมได้ เช่น การพูด การออกเสียง บุคลิกภาพ ภาพลักษณ์ และความสามารถในการทำงาน เป็นต้น⁴⁻⁵ และที่สำคัญคือเป็นแหล่งการติดเชื้อสำคัญที่สามารถแพร่กระจายสู่วัยอื่นๆ ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้⁴⁻⁵ โรคในช่องปากบั่นทอนสุขภาพกายและสุขภาพจิตสังคมดังกล่าวมา ยังอาจเป็นการยากที่จะบำบัดรักษาฟันพุให้ดั่งเดิม

โรคช่องปากสามารถป้องกันได้ด้วยการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมตั้งแต่วัยเด็ก ประกอบด้วย การมีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก อาหารสุขภาพที่ดีต่อช่องปาก มีทักษะการแปรงฟันอย่างถูกวิธี ทักษะการใช้ไหมขัดฟันอย่างถูกต้อง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสม เป็นต้น¹⁻⁷ แต่ในปัจจุบันพบว่าแนวโน้มของการเกิดโรคช่องปากได้แก่ ฟันพุและเหงือกอักเสบ ยังคงมีอัตราสูง⁵⁻⁷ โดยกรมทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข กำหนดเป้าหมายสุขภาพดีช่องในวัยเด็ก พบโรคฟันพุไม่เกินร้อยละ 50 ในปี พ.ศ. 2563 แต่จากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติพบว่า โรคฟันพุในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นสูงมากกว่าเป้าหมายกำหนด¹⁻³ ดังนั้นถึงแม้ว่ามีนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพ

ช่องปากในเด็กและวัยรุ่น แต่ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมายตามนโยบายกำหนด ดังนั้นแนวทางการปฏิบัติในการแก้ไขปัญาสุขภาพช่องปากในเด็กและเยาวชน ยังคงต้องการการแก้ไข

สำหรับโรคฟันพุเป็นที่ทราบกันว่าเป็นปัญหาทางทันตสาธารณสุขมาต่อเนื่อง สามารถพบได้ในประชากรทุกเพศทุกวัย¹⁻⁶ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย¹⁻² พบว่ากว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี มีปัญหาฟันพุ (ร้อยละ 49.3-56.8)¹⁻⁶ และผลคือต้องเข้ารับการรักษาด้วยการถอนฟันประมาณ 1.5-1.7 ซี่ต่อคน¹⁻² จากผลสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 พบว่าร้อยละ 52.9¹ ของเด็กไทยอายุ 3 ปี มีฟันพุอย่างน้อย 1 ซี่¹ โดยเด็กแต่ละคนจะเป็นโรคฟันพุเฉลี่ยประมาณ 2.8 ซี่¹ จากที่มีฟันน้ำนมเกือบครบทุกซี่แล้ว (19.9 ซี่)¹ ซึ่งเป้าหมายทันตสุขภาพประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 ต้องการให้เด็กกลุ่มอายุ 3 ปี เป็นโรคฟันพุไม่เกินร้อยละ 50.3¹ และยังพบอีกด้วยว่าร้อยละ 52 ของเด็กอายุ 12 ปี¹ มีประสบการณ์การบิ่นโรคฟันพุ โดยค่าเฉลี่ยฟันพุ ถอน อุด (Decayed Missing and Filled permanent Tooth mean, DMFT) เท่ากับ 1.4 ซี่/คน¹ ทั้งนี้ในกลุ่มนี้มีการสูญเสียฟันร้อยละ 3.0 ซี่/คน¹ ตลอดจนเด็กที่มีฟันพุและยังไม่ได้รับการรักษาถึงร้อยละ 31.5¹ โดยพบว่าความชุกของการเกิดโรคฟันพุสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 61.1 รองลงมาคือ ภาคเหนือร้อยละ 51.1 ภาคกลางร้อยละ 49.2 และภาคใต้ร้อยละ 44.0 ตามลำดับ¹ ค่าเฉลี่ยฟันพุ ถอน อุด 1.6, 1.3, 1.3 และ 1.1 ซี่/คน ตามลำดับ¹ ความชุกการเกิดโรคฟันพุในเขตชนบทสูงกว่าเขตเมืองและกรุงเทพฯ โดยมีความชุกร้อยละ 55.8, 50.0 และ 40.6 ตามลำดับ¹ และมีค่าเฉลี่ยฟันพุ ถอน อุด ในเขตชนบท เขตเมือง และกรุงเทพมหานคร 1.5, 1.3 และ 1.1 ซี่/คน ตามลำดับ¹ ซึ่งสรุปได้ว่าเด็กในวัยดังกล่าวมีฟันพุสูง โดยเมื่อเปรียบเทียบกับจากการสำรวจครั้งที่ผ่านมา จะพบว่าแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น¹⁻⁶

สถานการณ์ปัญหาสภาวะเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์ในเด็กวัยเรียนและเยาวชน จากรายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งล่าสุดคือ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 จากผลสำรวจกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี มีสภาวะเหงือกอักเสบสูงกว่าการสำรวจครั้งก่อน จากร้อยละ 50.3 เป็นร้อยละ 66.3¹ ทั้งนี้ร้อยละ 34.5 มีเลือดออกและร้อยละ 31.8 มีหินน้ำลาย และมีเลือดออกร่วมด้วย¹ แต่ก็มีเด็กอีกร้อยละ 16.7 ที่มีหินน้ำลายในช่องปากโดยไม่มีการอักเสบของเหงือก¹ ซึ่งที่กล่าวมามีความจำเป็นต้องได้รับการชุดหินปูนเนื่องด้วยเด็กเหล่านี้มีโอกาสที่จะพัฒนาเกิดเป็นเหงือกอักเสบได้ พบว่าเด็กเขตเมืองจะมีสภาวะปริทันต์ดีกว่าเด็กในเขตชนบทเล็กน้อย ภาคกลางเป็นภาคที่พบเด็กมีปัญหาเหงือกอักเสบสูงสุด ซึ่งถือว่ามีความโน้มปัญหาที่รุนแรงมากขึ้น จากการผลการสำรวจสามารถสรุปได้ว่าเด็กวัยรุ่นอายุ 12 ปี ดังกล่าวมีพฤติกรรมในการทำความสะอาดช่องปากยังไม่มีประสิทธิภาพจนไปสู่การเกิดโรคเหงือกอักเสบ¹⁻²

สาเหตุของการเกิดโรคฟันผุในวัยเด็กมีความซับซ้อนและมีปัจจัยร่วมที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย⁴⁻⁷ ทั้งปัจจัยทางชีววิทยา ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมหลายการศึกษาเพื่อค้นหาปัจจัยของการเกิดโรคฟันผุในวัยเด็กจึงมุ่งเน้นไปที่ปัจจัยดังกล่าวข้างต้น เช่น พฤติกรรมการไม่ทำความสะอาดช่องปาก การแปรงฟันไม่ถูกวิธี การใช้ไหมขัดฟัน พฤติกรรมการรับประทานอาหารหวาน/ขนมหวานในเด็ก ปัจจัยทางเชื้อชาติและสังคมที่รวมถึงความไม่เท่าเทียมกันทางสังคมทำให้เกิดช่องว่างของการเข้าถึงบริการทันตสาธารณสุขที่แตกต่างกัน เป็นต้น⁴⁻⁷ จากหลายการศึกษายังระบุอีกว่าเด็กที่มีฟันน้ำนมมีเชื้อโรคในช่องปากมาก และมีโอกาสเสี่ยงที่ฟันแท้ผุ หรือเกิดการซ่อนเงื้อง่ได้สูง ปัจจัยสาเหตุของการเกิดโรคฟันน้ำนมผุที่ส่งผลเสียต่อวัยเด็กมีหลายประการ สาเหตุโรคฟันน้ำนมผุในกลุ่มเด็กและเยาวชนนั้นมีหลายประการ

ทั้งปัจจัยนอกเหนือการควบคุมได้ เช่น โครงสร้างของฟันที่สร้างไม่สมบูรณ์เนื่องจากคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัววันแรกเกิดน้อยหรือแม่มีการติดเชื้อขณะตั้งครรภ์ แต่ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่สามารถควบคุมและจัดการได้ ได้แก่ ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก อาหารสุขภาพดีต่อช่องปาก พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะการแปรงฟันอย่างถูกต้อง ทักษะการใช้ไหมขัดฟันอย่างถูกวิธี และทัศนคติและความเชื่อต่อการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง เป็นต้น โดยในบางครอบครัวเชื่อว่าฟันน้ำนมไม่มีความสำคัญ เมื่อต้องถอนก็ไม่ต้องรักษา ซึ่งแท้ที่จริงแล้วฟันน้ำนมมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตของใบหน้า และช่วยให้ฟันแท้เจริญเติบโตได้เป็นปกติ และขึ้นในตำแหน่งที่ถูกต้อง หากเด็กสูญเสียฟันน้ำนมก่อนกำหนดจะทำให้ไม่มีฟันเคี้ยวอาหาร หรือเคี้ยวอาหารไม่ละเอียด มีผลต่อภาวะโภชนาการ ส่งผลต่อการเจริญเติบโตของเด็ก ทำให้การเจริญเติบโตของเด็กลดลงตามจำนวนฟันที่เพิ่มขึ้น ซึ่งพบฟันผุในเด็กที่มีสภาวะทุพโภชนาการมากกว่าเด็กปกติ⁴⁻⁹

ผลกระทบจากการเกิดโรคในช่องปากในกลุ่มเด็กและเยาวชนปัจจุบัน คือ โรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ ซึ่งทั้งสองโรสดังกล่าวสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของเด็กในหลายๆ มิติ เช่น ปวดฟันทำให้รับประทานอาหารไม่ได้ เด็กนอนไม่หลับ การเคี้ยวอาหารที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโต เช่น ผัก ผลไม้ และเนื้อสัตว์ได้น้อยลง การได้รับสารอาหารที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตตามช่วงวัย และพัฒนาการไม่เพียงพอ ส่งผลให้เด็กสภาพร่างกายไม่แข็งแรง/อ่อนแอ การเจริญเติบโตช้า และอาจเป็นสาเหตุให้สูญเสียฟันก่อนวัยอันควร ตามมาด้วยปัญหาบุคลิกภาพในอนาคตได้จากการศึกษายังระบุอีกว่าเด็กที่มีฟันน้ำนมผุพบเชื้อโรคในช่องปากจำนวนมาก และมีโอกาสเสี่ยงที่ฟันแท้จะผุหรือเกิดการซ่อนเงื้อง่ได้สูงกว่า¹⁻⁷

ความสำคัญของพระพุทธศาสนาในสังคมไทย คือ เป็นศาสนาประจำชาติไทย โดยทั่วประเทศไทยมีวัดจำนวน 41,654 วัด พระภิกษุจำนวน 292,592 รูป และสามเณรจำนวน 59,439 รูป ตามลำดับ¹⁰ พระภิกษุและสามเณรในฐานะประชากรของประเทศไทย มีความต้องการการดูแลให้มีสุขภาวะที่ดี ตามมาตรฐานนโยบายรัฐ เช่นเดียวกับประชากรไทยกลุ่มอื่น¹⁰ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป และสุขภาพช่องปากของพระภิกษุและสามเณรไทย พบว่ามีอย่างจำกัดมากตลอดจนพบประเด็นที่น่าสนใจศึกษาจากบริบทของสามเณรไทย ซึ่งเป็นกลุ่มเด็กและเยาวชนที่บรรพชาบวชเรียนเข้าในระบบของโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา ได้รับการดูแล การอบรม และการศึกษาเล่าเรียนจากโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษาที่จัดระบบเฉพาะเน้นแผนการศึกษาสองส่วน คือ แผนการเรียนนักธรรมและภาษาบาลี และแผนการเรียนตามระบบการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มเด็กและเยาวชนไทยทั่วไป ตลอดจนการดูแลและการเลี้ยงดูสามเณรไทยดังกล่าว กลายเป็นบทบาทของพระภิกษุและครูโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษาแบบระบบโรงเรียนประจำ โดยสามเณรไทยต้องแยกมาจากครอบครัวเดิม คือ บิดา มารดา ปู่ย่าตายาย พี่น้อง และญาติ เพื่อการต้องถือวัตรปฏิบัติตามศีล 10 อย่างเคร่งครัด และสมบูรณ์¹⁰ ดังนั้นบทบาทผู้ดูแลดูแลสุขภาพของสามเณรไทยซึ่งยังอยู่วัยเด็กและเยาวชนที่กำลังเจริญเติบโต และต้องการพัฒนาการด้านร่างกายและจิตสังคม ถูกส่งผ่านจากครอบครัวสู่บุคลากรโรงเรียนพระปริยัติธรรม ในบทบาทผู้ดูแลสามเณร ตลอดระยะเวลาศึกษาเล่าเรียนในโรงเรียนประจำดังกล่าว ซึ่งบุคลากรดังกล่าวอาจขาดองค์ความรู้เฉพาะ และแนวปฏิบัติในการจัดการดูแลสุขภาพ

ในสามเณรอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะประเด็นที่สนใจในการศึกษานี้ คือ สุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กและเยาวชนจึงอาจเกิดปัญหาและผลกระทบของสุขภาพช่องปากตามที่กล่าวมาข้างต้นได้ โดยสามเณรไทย คือ กลุ่มเด็กและเยาวชนที่ยังเข้าไม่ถึงระบบการดูแลสุขภาพช่องปาก รวมทั้งเป็นกลุ่มเด็กและเยาวชนช่วงอายุ 12-20 ปี อันเป็นกลุ่มเปราะบางที่ต้องการการดูแลจากบุคลากรสุขภาพตามนโยบายการดูแลสุขภาพของรัฐเช่นเดียวกับกลุ่มอื่นประชากรไทยอื่นๆ^{1-7,10}

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มสามเณรไทยที่มีความจำเพาะตามบริบท¹⁰⁻¹¹ ซึ่งจากผลการตรวจสุขภาพช่องปากประจำปีของสามเณรไทยกลุ่มนี้¹¹ พบว่ายังคงต้องการการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มเติม รวมทั้งจะมีสามเณรกลุ่มเข้าใหม่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ทุกปีการศึกษา¹¹ ดังนั้นทีมสุขภาพจึงตระหนักเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในสามเณรไทย ซึ่งควรเป็นกระบวนการพัฒนา/สร้างพฤติกรรมที่มีความต่อเนื่องและยั่งยืน¹⁻² จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทีมสุขภาพ จะต้องให้ความสำคัญและสนใจรูปแบบการฝึกอบรมทางพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยดังกล่าวเพื่อลดปัญหาทันตสุขภาพของประเทศได้ในอนาคต¹⁻²

ปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นปัญหาทันตสาธารณสุขสำคัญของไทย ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรสาธารณสุขที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพที่ดีของประชาชนแบบองค์รวม จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากต่อ ความรู้ ทักษะคิตทักษะปฏิบัติ และสุขภาพช่องปากในสามเณร ในโรงเรียน

พระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา¹¹⁻¹⁴ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (Sufficiency Economy Philosophy, SEP) เป็นทฤษฎีซึ่งประกอบด้วย ความพอประมาณ ความมีเหตุผล การบริหารความเสี่ยง ความรู้ และคุณธรรม ภายใต้เงื่อนไขของการใช้ทรัพยากรอย่างมีความรู้และคุณธรรม¹²⁻¹⁴ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางสายกลางของพุทธศาสนา (middle way) ในพระภิกษุสามเณรไทย ดังอธิบายในกรอบแนวคิด ดังนั้นเพื่อจะนำผลการศึกษาที่ได้ครั้งนี้ไปใช้ต่อยอดปรับปรุง และการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากให้เหมาะสมกับบริบทของสามเณรและพื้นที่อย่างแท้จริง อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพช่องปากที่ดีอย่างยั่งยืนให้ครอบคลุมทุกมิติ และส่งผลให้สามเณรเรียนเก่ง ดี มีสุข และสุขภาพแข็งแรงต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (Sufficiency Economy Philosophy, SEP) เป็นปรัชญาที่คิดและพัฒนาโดยพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราชแห่งแผ่นดินไทย ตลอดระยะเวลา 60 ปี ในการทำงานพัฒนาประเทศอย่างไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย เพื่อยกระดับชีวิตของประชาชนชาวไทย และนำมาซึ่งความสุขที่แท้จริงและยั่งยืน¹²⁻¹⁴ เป้าหมายของการดำเนินการตาม SEP คือ การสร้างการพัฒนาที่สมดุลและมั่นคงในทุกๆระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคลครอบครัวและชุมชนไปจนถึงสังคมโดยรวม โดยการพัฒนาความสามารถในการรับมืออย่างเหมาะสมกับความท้าทายที่สำคัญ ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงอย่างกว้างขวางและรวดเร็วอย่างโลกาภิวัตน์ ในสภาพทางวัตถุสังคมสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมของโลก¹²⁻¹⁴ SEP ประกอบด้วย ความพอประมาณความมีเหตุผล

การบริหารความเสี่ยง ความรู้ และคุณธรรม¹²⁻¹⁴ SEP เป็นแนวคิดซึ่งนำการดำเนินชีวิตอย่างมั่นคง ปลอดภัย และมีคุณภาพ ภายใต้เงื่อนไขของการใช้ทรัพยากรอย่างมีความรู้และคุณธรรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางสายกลางของพุทธศาสนา (middle way) ของพระภิกษุสามเณรไทย ยึดหลักปฏิบัติอย่างเป็นปกติ (ศีลแปลว่า ปกติ) มีข้อห้ามปฏิบัติอันเป็นความเสี่ยง ไม่สมเหตุสมผล ไม่ปลอดภัย ไม่เหมาะสมไม่ควร และเกินความประมาณตนอย่างปกติวิสัยที่สามเณรพึงปฏิบัติ โดยกำหนดไว้ว่า “ศีล 10”¹⁰ ได้แก่ 1) จงดการฆ่าสัตว์ 2) จงดลักทรัพย์ 3) จงดการมีเพศสัมพันธ์ (หญิงพรหมจารี) 4) จงดพุดมสา 5) จงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภค 6) จงดอาหารในเวลากลางคืน (หลังเที่ยง) 7) จงดเต็นรำ ร้องเพลงประโคม และการแสดงละคร 8) จงดการแต่งกาย ทรงผม น้ำหอม เครื่องสำอาง และเครื่องขัดผิว 9) จงดนอนบนเตียง (เช่น วางเหนือที่นอนโดยไม่ใช้ผ้าฝ้าย) และ 10) จงดรับเงิน ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในสามเณรไทย ให้เหมาะสมกับวัตรปฏิบัติตามหลักศีล 10 อันเคร่งครัดตามหลักพระพุทธศาสนา และก่อให้เกิดประโยชน์อย่างแท้จริงและยั่งยืน จึงนำกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ เพื่อพัฒนาโปรแกรมในการศึกษาครั้งนี้¹⁰⁻¹⁴

โปรแกรมการสร้างเสริมการดูแลช่องปากในสามเณรพัฒนาขึ้นโดยทีมวิจัย ตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง¹²⁻¹⁴ โดยครอบคลุมผลลัพธ์ต่อปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ ทักษะปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อนำไปสู่การพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากอย่างเหมาะสมกับบริบทของสามเณรในพระพุทธศาสนาต่อไป (แสดงภาพที่ 1)

แนวปฏิบัติทางสายกลางของพระพุทธศาสนา (Buddhism middle way) ¹⁰			
กรอบแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง (The philosophy of sufficiency economy) ¹²⁻¹⁴			ศีล 10 สามเณร ¹⁰
ความพอประมาณ (moderation)	ความมีเหตุผล (reasonableness)	ภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี (risk management)	
1. สนับสนุนอุปกรณ์ดูแลสุขภาพช่องปากอย่างพอประมาณและอย่างสมเหตุผล ให้พอเพียงตามความจำเป็นพื้นฐานสามเณร: แปรงสีฟัน ยาสีฟัน ไหมขัดฟัน	3. การตัดสินใจดำเนินการเรื่องต่างๆ อย่างมีเหตุผลได้ถูกต้องตามหลักวิชาการและความรู้ ด้วยการให้ความรู้เรื่อง อาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพช่องปาก การแปรงฟัน และการใช้ไหมขัดฟันอย่างถูกวิธี	5. สร้างภูมิคุ้มกันสุขภาพช่องปาก โดยการตรวจสุขภาพช่องปาก โดยทันตแพทย์	1) งดการฆ่าสัตว์ 2) งดลักทรัพย์ 3) งดการมีเพศสัมพันธ์ 4) งดพูดมุสา 5) งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 6) งดอาหารในเวลากลางคืน
2. จัดบุคคลเป็นแหล่งสนับสนุนการดูแลสุขภาพช่องปากที่พอประมาณและอย่างมีเหตุผล ให้พอเพียงตามต้องการของสามเณร : สามเณรแกนนำ ครูพยาบาล เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการฯ	4. ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง เรื่องการแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟันอย่างถูกวิธี โดยมีสามเณรแกนนำ ครูพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพ ร่วมติดตามการปฏิบัติใกล้ชิด และให้คำแนะนำทันที เพื่อให้ผลได้ถูกต้องตามหลักวิชาการฯ	6. สร้างภูมิคุ้มกันสุขภาพช่องปาก โดยการให้คำแนะนำแก้ปัญหาการดูแลสุขภาพช่องปากแบบรายบุคคลทันที หลังการตรวจสุขภาพ โดยทันตแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ	7) งดเล่นรำ ร้องเพลงประโคม และการแสดงละคร 8) งดการแต่งกาย ทรงผม น้ำหอม เครื่องสำอาง และเครื่องประดับ 9) งดนอนบนเตียง 10) งดรับเงิน



เงื่อนไขความรู้ (knowledge) ¹²⁻¹⁴		เงื่อนไขคุณธรรม (virtue) ¹²⁻¹⁴
ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปาก (knowledge toward oral health)	ทักษะปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปาก (skills toward oral health)	ทัศนคติการดูแลสุขภาพช่องปาก (attitude toward oral health)

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยประยุกต์ตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (The Sufficiency Economy Philosophy, SEP)¹⁰⁻¹⁴

สำหรับแนวคิดหลักของปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง มุ่งเน้นการปฏิบัติเพื่อให้ชีวิตดำเนินไปในแบบทางสายกลาง ซึ่งเหมาะสมสอดคล้องกับวิถีปฏิบัติและความเป็นอยู่ของภิกษุและสามเณรไทย ที่เป็นอยู่อย่างวิถีเดิมที่สุด (Buddhism middle way) โดยยึดหลักความเป็นอยู่อันเรียบง่าย พอประมาณแก่ตน และสมเหตุผล ดังนั้นที่วิจัยจึงได้พัฒนาองค์ประกอบสำคัญของโปรแกรมฯ¹⁰⁻¹⁴ ได้ดังนี้

ความพอประมาณ (moderation) หมายถึง ความพอดีต่อความจำเป็นและเหมาะสมกับฐานะของสามเณร สังคมสิ่งแวดล้อม รวมทั้งวัฒนธรรมท้องถิ่น ไม่ให้มากเกินไป ไม่ให้น้อยเกินไป และต้องไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น

(avoiding extreme and overindulgence)¹⁰⁻¹⁴ ซึ่งในโปรแกรมคือ 1) การจัดหาและสนับสนุนอุปกรณ์การดูแลสุขภาพช่องปากอย่างเพียงพอและสมเหตุผล ตามความจำเป็นพื้นฐานของสามเณร ประกอบด้วย แปรงสีฟัน ยาสีฟัน ไหมขัดฟัน กระจก แก้วน้ำ/ขันน้ำ และ 2) จัดเตรียมบุคคลอย่างพอประมาณและสมเหตุผลให้เป็นแหล่งสนับสนุนการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งสามเณรสามารถเข้าถึงได้ ประกอบด้วย การเตรียมสามเณรแกนนำและครูพยาบาลของโรงเรียน เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการฯ เพราะสอดคล้องกับวัตรปฏิบัติของสามเณรที่เป็นอยู่เดิมมากที่สุดที่อยู่ด้วยกันตลอดเวลา

ความมีเหตุผล (reasonableness) หมายถึง การตัดสินใจดำเนินการเรื่องต่างๆ อย่างมีสมเหตุผล ได้ตามหลักวิชาการ หลักกฎหมาย หลักศีลธรรมจรรยา และวัฒนธรรมที่ดีงาม คิดถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างถ้วนถี่ โดยคำนึงถึงผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้นๆ ได้อย่างรอบคอบ (causal connection between actions and consequences)¹⁰⁻¹⁴ ส่วนนี้เปรียบเหมือนการสร้างปัญญาและความรอบรู้ให้สามเณร ซึ่งในโปรแกรม คือ 3) โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย การบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพช่องปาก วิธีการแปรงฟันและเทคนิคการใช้ไหมขัดฟันอย่างถูกวิธี ซึ่งจะเป็นหลักวิชาการในการตัดสินใจการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีเหตุผลต่อไป และ 4) การร่วมฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองเรื่องการฝึกแปรงฟัน และใช้ไหมขัดฟันอย่างถูกวิธี โดยมีสามเณรแกนนำ ครูพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพร่วมติดตามการปฏิบัติใกล้ชิด และให้คำแนะนำปรับแก้ไขทันทีเพื่อให้ผลได้ถูกต้องตามหลักวิชาการฯ

ภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี (risk management) หมายถึง การจัดการกับความเสี่ยงต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากที่อาจเกิดขึ้นเพื่อการเตรียมตัวพร้อมรับผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงตลอดจนสามารถปรับตัวและรับมือได้อย่างทันที่¹⁰⁻¹⁴ ซึ่งในโปรแกรมคือ 5) การตรวจประเมินสุขภาพช่องปากพร้อมกับการให้คำแนะนำโดยทันตแพทย์แบบรายบุคคล และ 6) สร้างภูมิคุ้มกันสุขภาพช่องปาก โดยการให้คำแนะนำแก้ปัญหาการดูแลสุขภาพช่องปากแบบรายบุคคลทันที หลังการตรวจสุขภาพโดยทันตแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ

เงื่อนไขความรู้ ในการนำวิชาการต่างๆ มาใช้วางแผนและดำเนินการทุกขั้นตอน และเงื่อนไขคุณธรรมเสริมสร้างพื้นฐานจิตใจของคนในชาติให้มีความซื่อสัตย์สุจริต รู้รัก สามัคคีไม่โลภ ไม่ตระหนี่ และรู้จักแบ่งปันให้ผู้อื่น¹⁰⁻¹⁴

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนน ความรู้ ทักษะ และทักษะปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร จากการได้รับโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ระหว่างก่อนการได้รับโปรแกรม และภายหลังการได้รับโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนความรู้ ทักษะ และทักษะปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปาก ในสามเณรที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ภายหลังการได้รับโปรแกรมทันที และภายหลังการได้รับโปรแกรมหนึ่งเดือน มากกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียว ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (one group pre- and post-test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สามเณร จำนวน 157 รูป ในโครงการบริการวิชาการเพื่อกิจกรรมความรับผิดชอบต่อสังคม (Corporate Social Responsibility, CSR) ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ณ โรงเรียนสอนพระพุทธศาสนาแห่งหนึ่ง จังหวัดสิงห์บุรี ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6

ขนาดกลุ่มตัวอย่างและวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (sample size and sampling)

จำนวนสามเณร ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ณ โรงเรียนสอนพระพุทธศาสนาแห่งหนึ่ง จังหวัดสิงห์บุรี เท่ากับ 157 รูป มีสามเณรที่เข้าร่วมโครงการบริการวิชาการฯ และ

ได้รับโปรแกรมฯ ครบถ้วน รวมทั้งได้เข้าร่วมการประเมินผล ครั้งที่ 1 (ระยะหลังรับโปรแกรมทันที) ด้วยจำนวน 108 รูป ส่วนในช่วงประเมินผลโปรแกรมฯ ครั้งที่ 2 (ระยะหลังรับโปรแกรมหนึ่งเดือน) มีสามเณรจำนวน 4 รูป ลากลับบ้าน ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลครบในการศึกษาเท่ากับ 104 รูป

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างเสริมการดูแลช่องปากในสามเณร ระยะเวลาหนึ่งวัน ซึ่งทีมวิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง^{10,12-14} ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ส่วนความพอประมาณ (moderation)^{10,12-14}

1) การจัดหาและสนับสนุนอุปกรณ์การดูแลช่องปากอย่างเพียงพอและสมเหตุผล ตามความจำเป็นพื้นฐานของสามเณร ประกอบด้วย แปรงสีฟัน ยาสีฟัน ไหมขัดฟัน กระจก แก้วน้ำ/ขันน้ำ และมอบลวายแก่สามเณร ระยะเวลาประมาณ 30 นาที ดำเนินกิจกรรมโดยพยาบาลวิชาชีพพร้อมกับครูพยาบาลโรงเรียน

2) การจัดเตรียมบุคคลอย่างพอประมาณและสมเหตุผล ให้เป็นแหล่งสนับสนุนการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งสามเณรสามารถเข้าถึงได้ ประกอบด้วย การเตรียมสามเณรแกนนำและครูพยาบาลโรงเรียน เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการฯ เพราะสอดคล้องกับวัตรปฏิบัติของสามเณรที่เป็นอยู่เดิมมากที่สุดที่อยู่ด้วยกันตลอดเวลา ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากประกอบด้วย การบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพช่องปาก วิธีการแปรงฟัน และเทคนิคการใช้ไหมขัดฟันอย่างถูกวิธี ระยะเวลาประมาณ 30 นาที ดำเนินกิจกรรมโดยพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 2 ส่วนความมีเหตุผล (reasonableness)^{10,12-14}

3) โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย การบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพช่องปาก วิธีการแปรงฟันและเทคนิคการใช้ไหมขัดฟันอย่างถูกวิธี ซึ่งจะเป็นหลักวิชาการในการตัดสินใจการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีเหตุผลต่อไป ระยะเวลาประมาณ 30 นาที ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมโดยพยาบาลวิชาชีพ

4) การร่วมฝึกปฏิบัติการดูแลช่องปากด้วยตนเองของสามเณร เรื่องการฝึกแปรงฟันและใช้ไหมขัดฟันอย่างถูกวิธี โดยมีสามเณรแกนนำที่ได้รับการเตรียมและทบทวนทักษะปฏิบัติ ครูพยาบาลประจำห้องพยาบาลโรงเรียน และพยาบาลวิชาชีพ ร่วมให้คำแนะนำและติดตามทักษะปฏิบัติแบบรายบุคคลอย่างใกล้ชิด ตลอดจนให้คำแนะนำปรับแก้ไขทันที เพื่อให้ผล ได้ถูกต้องตามหลักวิชาการฯ ระยะเวลาประมาณ 30 นาที

ส่วนที่ 3 ส่วนภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี (risk management)^{10,12-14}

5) การตรวจประเมินสุขภาพช่องปากของสามเณรแบบรายบุคคล ระยะเวลาประมาณ 5-10 นาที ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมโดยทันตแพทย์ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ

6) สร้างภูมิคุ้มกันสุขภาพช่องปากของสามเณร โดยการให้คำแนะนำแก้ปัญหาการดูแลช่องปากแบบรายบุคคลทันที หลังการตรวจสุขภาพ ระยะเวลาประมาณ 5-10 นาที ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมโดยทันตแพทย์ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลในสามเณร ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ประกอบด้วย ระดับชั้นการศึกษาปัจจุบัน ประวัติการเข้าร่วมกิจกรรม บริการวิชาการอบรมการดูแลสุขภาพช่องปาก (เคย/ไม่เคย) และจำนวนครั้งการเข้าร่วมกิจกรรมบริการวิชาการอบรม การดูแลสุขภาพช่องปาก (จำนวนครั้ง)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามสอบถามเกี่ยวกับประสพการณ์ของสามเณร ในรอบปีการศึกษาที่ผ่านมาได้แก่ อาการปวดฟัน การเข้ารับ การตรวจฟัน ใครเป็นผู้ตรวจฟันให้ การเข้ารับการรักษาฟัน และเหงือก สถานที่ไปรับการรักษาฟันและเหงือก สาเหตุ การหยุดเรียน การฉีมน้ำอัดลม การฉีมน้ำหวาน/น้ำผลไม้ การฉีมน้ำผลไม้ การฉีมนมผงกรุบกรอบ

2) แบบประเมินความรู้การดูแลสุขภาพช่องปาก ในสามเณร จำนวน 5 ข้อ ทีมวิจัยพัฒนาจากการทบทวน วรรณกรรมและเอกสารวิจัยที่เกี่ยวข้อง^{6-9,12-14,15-19} โดยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ และการนำไปใช้ เกี่ยวกับการรักษาความสะอาดปากฟัน ผลเสียของการ ไม่แปรงฟัน อาหารที่มีประโยชน์เสริมสร้างสุขภาพฟันดี การปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อสุขภาพฟันดี และการป้องกัน และรักษาฟัน โดยแบบประเมินเพื่อ วัดความรู้เกี่ยวกับการ ดูแลช่องปากและฟัน คำตอบเป็นแบบปรนัยมี 4 ตัวเลือก คะแนนอยู่ในช่วง 0-5 คะแนน ซึ่งผู้ตอบ ได้คะแนน สูงกว่าหมายถึงมีความรู้เกี่ยวกับการดูแล ช่องปากและฟันมากกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนน้อยกว่า ตามลำดับ

3) แบบประเมินทัศนคติการดูแลสุขภาพช่องปาก ในสามเณร จำนวน 10 ข้อ ทีมวิจัยพัฒนาจากการทบทวน วรรณกรรมและเอกสารวิจัยที่เกี่ยวข้อง^{6-9,12-14,15-19} ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกเชิงบวกของสามเณร

ต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน ว่าเป็นสิ่งที่ดี มีคุณค่า มีประโยชน์ สิ่งที่เราควรทำเพื่อการป้องกันโรค ควรปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ สบายใจที่จะปฏิบัติ ปฏิบัติแล้ว ให้ความรู้สึกสะอาด ปฏิบัติแล้วทำให้หายกังวล ทำให้ไม่มี กลิ่นปาก ไม่มีเหงือกบวม และไม่มีเลือดออก เป็นต้น ลักษณะคำตอบของแบบประเมินเป็นมาตรวัด (rating scale) มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เฉยๆ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนอยู่ในช่วง 10-50 คะแนน ซึ่งผู้ตอบได้คะแนนสูงกว่า หมายถึง มีทัศนคติการดูแลสุขภาพช่องปากดีกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนน น้อยกว่าตามลำดับ

4) แบบประเมินทักษะปฏิบัติการดูแลสุขภาพ ช่องปากในสามเณร จำนวน 6 ข้อ ทีมวิจัยพัฒนาจากการ ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารวิจัยที่เกี่ยวข้อง^{6-9,12-14,15-19} โดยข้อคำถามเกี่ยวกับทักษะปฏิบัติการทำความสะอาด ช่องปากและฟันอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ และในขั้นตอน ของการแปรงฟันสามเณรต้องสามารถปฏิบัติได้อย่าง ครบถ้วนและถูกเวลา ประกอบด้วยช่วงเวลาในการแปรงฟัน และการบ้วนน้ำในแต่ละครั้งหลังการแปรงฟัน เป็นต้น คำตอบเป็นแบบปรนัยมี 4 ตัวเลือก และคำตอบที่ถูกต้อง มีเพียงข้อเดียว คะแนนอยู่ในช่วง 0-6 คะแนน ซึ่งผู้ตอบ ได้คะแนนสูงกว่า หมายถึง มีทักษะปฏิบัติการดูแลสุขภาพ ช่องปากสูงกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนน้อยกว่าตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความเหมาะสมและประเมินความ ตรงตามกรอบแนวคิดที่ใช้พัฒนาโปรแกรมการ สร้างเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่านที่มีประสบการณ์ในด้านการดูแลสุขภาพ ช่องปากและการพยาบาล ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล ผู้มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 5 ปี จำนวน 3 ท่าน

และทันตแพทย์ผู้มีประสบการณ์ ในการทำงานมากกว่า 5 ปี จำนวน 1 ท่าน จากนั้นผู้วิจัย นำโปรแกรมดังกล่าว มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การหาความตรงด้านเนื้อหา (content validity) และการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลในสามแผนร 2) แบบประเมินความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากในสามแผนร 3) แบบประเมินทัศนคติการดูแลสุขภาพช่องปากในสามแผนร 4) แบบประเมินทักษะปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากในสามแผนร และ 5) โปรแกรมการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากในสามแผนร ตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง สำหรับความตรงด้านเนื้อหา (content validity) ดำเนินการก่อนเริ่มโครงการบริการวิชาการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากและการพยาบาล ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 5 ปี จำนวน 3 ท่าน และทันตแพทย์ผู้มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 5 ปี จำนวน 1 ท่าน จากนั้นทีมวิจัย ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทุกประการ และได้ความตรงตามเนื้อหาทุกเครื่องมือการวิจัย

สำหรับการหาค่าความเชื่อมั่นเครื่องมือ ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ดำเนินการวิเคราะห์จากข้อมูลปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสามแผนรในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 104 คน ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้เท่ากับ .60 ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินทัศนคติเท่ากับ .70 และค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินทักษะปฏิบัติเท่ากับ .70 ตามลำดับ ซึ่งค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน

ที่พัฒนา และได้รับการนำมาใช้ เป็นครั้งแรกอยู่ในระดับที่พอยอมรับได้

โครงการวิจัยนี้โครงการวิจัยนี้ได้รับเอกสารการยกเว้นการรับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล COA. No.IRB-NS2016/72.0711 ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2559 เนื่องจากการนำข้อมูลปฐมภูมิของโครงการบริการวิชาการ ประจำปี ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อนำมาศึกษาวิจัยโดยรับอนุญาตการใช้ข้อมูลปฐมภูมิของสามแผนรกลุ่มเป้าหมายจากพระอาจารย์ผู้อำนวยการโรงเรียนพระพุทธศาสนา ในฐานะที่เป็นผู้ปกครองของสามแผนร โดยผ่านผู้ช่วยคณบดีฝ่ายบริการวิชาการ และคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อนำข้อมูลมาใช้เพื่อการศึกษาวิจัยในลักษณะการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data analysis) ข้อมูลทั้งหมดดังกล่าวได้ถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อกลุ่มตัวอย่าง และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในสามแผนร ตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อยู่ภายใต้โครงการบริการวิชาการเพื่อกิจกรรมความรับผิดชอบต่อสังคม (CSR) คณะพยาบาลศาสตร์ ปิงปประมาณ พ.ศ. 2559 ซึ่งมีการดำเนินการโครงการฯ ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

1. ขั้นตอนการเตรียมการ ทีมวิจัยพัฒนาและทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ในส่วนค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือการวิจัยทั้งหมด ประกอบด้วย โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในสามแผนร ตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร แบบประเมินความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร แบบประเมินทัศนคติการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร และแบบประเมินทักษะปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปาก ในสามเณร ตามลำดับ ส่วนค่าความเชื่อมั่น (reliability) คำนวณจากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างสามเณร (จำนวน 104 รูป) ภายหลังสิ้นสุดการได้รับโปรแกรม

2. ขั้นตอนการ ประกอบด้วย โปรแกรมการ สร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ตามกรอบแนวคิดปรัชญา เศรษฐกิจพอเพียง เป็นโครงการบริการวิชาการเพื่อกิจกรรม ความรับผิดชอบต่อสังคม (CSR) ของคณะพยาบาลศาสตร์ ที่ดำเนินการ ในสามเณรจำนวน 157 รูป ณ โรงเรียน พระพุทธศาสนาแห่งหนึ่ง ซึ่งหลังจากโครงการวิจัยได้รับ เอกสารยืนยันการยกเว้นการรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ทีมวิจัยดำเนินการเข้าขออนุญาตการใช้ ข้อมูลของสามเณร จากพระอาจารย์ผู้อำนวยการโรงเรียน พระพุทธศาสนา ผ่านผู้ช่วยคณบดีฝ่ายบริการวิชาการ และ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ หลังได้รับการอนุมัติจาก ทุกฝ่ายเป็นหนังสือลงลายมือชื่อเรียบร้อยแล้ว จึงนำข้อมูล ดังกล่าวมาเพื่อวิเคราะห์ ตามวัตถุประสงค์และทดสอบตาม สมมติฐานการวิจัยในครั้งนี้ต่อไป สำหรับการดำเนินการ ตามโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ตามกรอบ แนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มีรายละเอียดดังนี้

ระยะก่อนการได้รับโปรแกรม สามเณรเข้ารับการ ประเมินครั้งที่ 1 ด้วยแบบประเมินที่พัฒนาขึ้น โดยทีมวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร แบบประเมินความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร

แบบประเมินทัศนคติการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร และแบบประเมินทักษะปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปาก ในสามเณร โดยสามเณรตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และ อาจารย์พี่เลี้ยงช่วยอ่านให้ฟัง กรณีที่อ่านหนังสือไม่ได้/ อ่านไม่เก่ง (ส่วนใหญ่เป็นสามเณรในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 และ 2) ใช้เวลาตอบแบบประเมินทั้งสิ้นประมาณ 15 นาที

ระยะได้รับโปรแกรม ซึ่งใช้ระยะเวลารวม 120 นาที ภายในหนึ่งวัน ประกอบด้วย สามเณรกลุ่มเป้าหมาย เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องอาหารสุขภาพ ต่อช่องปากประโยชน์ของการแปรงฟัน และโทษจาก การไม่แปรงฟัน หรือแปรงฟันไม่ถูกวิธี ชมการสาธิตวิธีการ แปรงฟันที่ถูกต้อง ใช้ระยะเวลาส่วนนี้ 45 นาที จากนั้น ได้รับการย้อมสีฟันเพื่อใช้ทดสอบการแปรงฟัน และเข้าร่วม การฝึกปฏิบัติการแปรงฟันและใช้ไหมขัดฟันอย่างถูกวิธี ด้วยตนเอง โดยมีครูพยาบาลโรงเรียน พยาบาลวิชาชีพ และ สามเณรแกนนำ เป็นพี่เลี้ยงในสัดส่วนพี่เลี้ยง 1 คนต่อ สามเณร 5-6 รูป/ครั้ง โดยทำหน้าที่ให้คำแนะนำเพิ่มเติม/ ปรับปรุงแก้ไขวิธีการแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟันทันที กรณีสามเณรปฏิบัติไม่ถูกต้อง/ไม่ถูกวิธี และแนะนำให้ สามเณรนำวิธีการแปรงฟันไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน อย่างต่อเนื่อง ใช้ระยะเวลากิจกรรมส่วนนี้ 45 นาที ต่อจากนั้นสามเณรทุกรูปจะได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และความสะอาดของปากและฟันโดยทันตแพทย์วิชาชีพ ขั้นตอนการสอนและฝึกทวนซ้ำทั้งสองกิจกรรมใช้ระยะเวลา ส่วนนี้รวม 30 นาทีต่อคน และบันทึกข้อมูลทั้งหมด ลงในแบบฟอร์มที่จัดเตรียมไว้โดยอาจารย์พี่เลี้ยง เมื่อเสร็จสิ้นการทำกิจกรรมแล้ว

เมื่อเสร็จสิ้นการได้รับโปรแกรมห้าสามเณร เข้ารับการประเมินครั้งที่ 2 หลังการได้รับโปรแกรมทันที

สามเณรทุกรูปได้รับการประเมินอีกครั้ง ด้วยแบบประเมินชุดเดียวกันกับครั้งที่ 1 โดยสามเณรตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และมีอาจารย์พี่เลี้ยงช่วยอ่านให้ฟัง กรณีที่อ่านหนังสือไม่ได้/อ่านไม่เก่ง ใช้เวลาตอบแบบประเมินประมาณ 15 นาที

จากนั้นการประเมินผลครั้งที่ 3 หลังการได้รับโปรแกรมหนึ่งเดือน สามเณรเข้ารับการประเมินซ้ำเป็นครั้งที่ 3 ด้วยแบบแบบประเมินชุดเดียวกันกับครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดยสามเณรตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และมีอาจารย์พี่เลี้ยงช่วยอ่านให้ฟัง กรณีที่อ่านหนังสือไม่ได้/อ่านไม่เก่ง ใช้เวลาตอบแบบประเมินประมาณ 15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและคะแนนความรู้ คะแนนทัศนคติ และคะแนนทักษะปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติแบบพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้ คะแนนทัศนคติ และคะแนนทักษะปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติทดสอบ paired t-test โดยได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานของสามเณร

สามเณร 104 รูป เป็นเพศชายทั้งหมด ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 11-18 ปี จำแนกตามระดับการศึกษาแบ่งเป็น 2 ระดับชั้นการศึกษาหลัก ได้แก่ ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 73 รูป คิดเป็นร้อยละ 70.2 และมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 31 รูป คิดเป็นร้อยละ 29.8 ตามลำดับ

2. สุขภาพช่องปากและพฤติกรรมบริโภคอาหารของสามเณร

ในระยะเวลาหนึ่งปีที่ผ่านมาพบว่า สามเณรส่วนใหญ่ไม่มีอาการปวดฟัน คิดเป็นร้อยละ 77.9 และสามเณรได้เข้ารับการตรวจสุขภาพช่องปาก คิดเป็นร้อยละ 77.9 รวมทั้งได้เข้ารับการรักษาสภาพช่องปาก/ฟัน/เหงือกโดยทันตแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 75.5 ซึ่งมาออกหน่วยตรวจและรักษาที่โรงเรียนโดยตรง และสามเณรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการฉีบน้ำหวาน/น้ำผลไม้ คิดเป็นร้อยละ 99 น้ำอัดลม คิดเป็นร้อยละ 98.1 ลูกอม คิดเป็นร้อยละ 92.3 และขนมกรุบกรอบคิดเป็นร้อยละ 92.3 ตามลำดับ ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานสุขภาพช่องปาก การตรวจและการดูแลรักษาสุขภาพช่องปาก ฟัน เหงือก และพฤติกรรมบริโภคอาหารของสามเณร ในระยะหนึ่งปีที่ผ่านมา (N = 104)

สุขภาพช่องปาก ในระยะ ๑ ปีที่ผ่านมา	จำนวน (รูป)	ร้อยละ
อาการปวดฟัน		
ไม่มี	81	77.9
มี	23	22.1
การตรวจสุขภาพช่องปาก/ฟันประจำปี		
ได้รับ	81	77.9
ไม่ได้รับ	23	22.1
ตรวจสุขภาพช่องปาก/ฟันโดย		
ทันตแพทย์	77	75.5
ครู/ครูห้องพยาบาล	27	24.5
การเข้ารับการรักษาสภาพช่องปาก/ฟัน/เหงือก		
ได้รับ	64	61.5
ไม่ได้รับ	40	38.5
เข้ารับการรักษาสภาพช่องปาก/ฟัน/เหงือกโดย		
ทันตแพทย์ที่มาที่โรงเรียน	84	80.6
ทันตแพทย์ที่โรงพยาบาล	14	13.6
ทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลเอกชน/คลินิก	6	5.8
พฤติกรรมบริโภคอาหารสุขภาพช่องปาก (การฉันทอาหาร) ในระยะ ๑ ปีที่ผ่านมา		
น้ำอัดลม		
ไม่ฉันท	2	1.9
ฉันท	102	98.1
น้ำหวาน/น้ำผลไม้		
ไม่ฉันท	1	1.0
ฉันท	103	99.0
ลูกอม		
ไม่ฉันท	8	7.7
ฉันท	96	92.3
ขนมกรุบกรอบ		
ไม่ฉันท	8	7.7
ฉันท	96	92.3

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ คะแนนทัศนคติ และคะแนนทักษะปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมของสามเณร

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ คะแนนทัศนคติ และคะแนนทักษะปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากของสามเณร ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมทันที พบว่า คะแนนความรู้ลดลง ($t = 32.03, p < .001$) คะแนนทัศนคติดีขึ้น

($t = -96.92, p < .001$) และคะแนนทักษะปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากของสามเณรดีขึ้น ($t = -2.64, p = .010$) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมหนึ่งเดือน พบว่าคะแนนความรู้ดีขึ้น ($t = -56.37, p < .001$) คะแนนทัศนคติดีขึ้น ($t = -121.42, p < .001$) แต่คะแนนทักษะปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากของสามเณรน้อยลง ($t = 2.55, p = .013$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ คะแนนทัศนคติ และคะแนนทักษะปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร ระหว่างก่อนการได้รับโปรแกรม หลังการได้รับโปรแกรมทันที และหลังการได้รับโปรแกรมหนึ่งเดือน (N = 104)

ตัวแปร	Range	Min-Max	$\bar{X}$ (SD)	Mean Differences	t	p
ความรู้	0-5					
ก่อนการได้รับโปรแกรม (ref.)		1-5	4.51 (.92)			
หลังการได้รับโปรแกรมทันที		0-5	4.31 (1.18)	0.2	32.03	< .001
หลังการได้รับโปรแกรมหนึ่งเดือน		2-5	4.64 (.69)	-0.13	-56.37	< .001
ทัศนคติ	10-50					
ก่อนการได้รับโปรแกรม (ref.)		33-50	40.28 (3.70)			
หลังการได้รับโปรแกรมทันที		34-50	41.69 (3.84)	-1.41	-96.92	< .001
หลังการได้รับโปรแกรมหนึ่งเดือน		36-50	41.63 (3.06)	-1.35	-121.42	< .001
ทักษะปฏิบัติ	0-6					
ก่อนการได้รับโปรแกรม (ref.)		0-3	.16 (.48)			
หลังการได้รับโปรแกรมทันที		0-3	.17 (.52)	-0.01	-2.64	.010
หลังการได้รับโปรแกรมหนึ่งเดือน		0-1	.09 (.29)	0.07	2.55	.013

* significance level at .05, (ref.) = reference group

* วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนก่อนกับหลังรับโปรแกรมทันที และคะแนนก่อนกับคะแนนหลังรับโปรแกรมหนึ่งเดือน

การอภิปรายผล

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของความรู้ ทัศนคติ และทักษะปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก ในสามเณรไทย ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

การสร้างเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก ตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมทันที ความรู้ลดลง แต่ทัศนคติและทักษะปฏิบัติมีคะแนนเพิ่มขึ้นที่นัยสำคัญ .05 แต่ภายหลังจากได้รับโปรแกรม

คะแนนความรู้กลับเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม รวมทั้งทัศนคติที่ดีขึ้น แต่ทักษะปฏิบัติกลับลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจอธิบายได้ดังต่อไปนี้

ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของสามเณร

เป็นที่น่าสนใจว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก ตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มีความรู้หลังการทดลองทันทีลดลง แต่ภายหลังการทดลอง 1 เดือน ความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อาจอธิบายได้ว่าโดยหลักปฏิบัติของพระพุทธศาสนาที่อาจเป็นข้อจำกัดต่อวิถีการเรียนรู้ของสามเณร ที่ไม่สามารถเข้าถึงแหล่งความรู้ได้ เช่น การค้นคว้าความรู้ผ่านทางอินเทอร์เน็ต ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ เป็นต้น เนื่องจากวิถีทางพุทธศาสนาที่เข้มงวด ตามหลักศีล 10 ซึ่งสามเณรไม่มีโทรศัพท์มือถือ ไม่ใช้อินเทอร์เน็ต ไม่มีคอมพิวเตอร์ ไม่มีโทรทัศน์/วิทยุ การพูดคุยซักถามกันต้องปฏิบัติอย่างสำรวมกิริยาเป็นต้น¹⁰ อาจส่งผลให้สามเณรได้รับความรู้อย่างจำกัด และเมื่อเข้าโปรแกรมในการศึกษาครั้งนี้ ได้รับเนื้อหาความรู้หลายส่วนที่เป็นเนื้อหาใหม่ เช่น อาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพช่องปาก การแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟันอย่างถูกวิธี เป็นต้น ประกอบกับเป็นการให้ความรู้ครั้งเดียวดังนั้นสามเณรจึงอาจยังไม่เข้าใจในเนื้อหาความรู้ใหม่ทั้งหมด และต้องใช้ระยะเวลาทำความเข้าใจให้นานมากขึ้น รวมถึงการได้รับข้อมูลเนื้อหาที่เป็นความรู้มากกว่าหนึ่งครั้ง และประกอบกับรูปแบบการให้ความรู้ เป็นการสอนบรรยายและสาธิตร่วมด้วย ซึ่งอาจไม่น่าสนใจมากพอ ตลอดจนอาจมีความแตกต่างของรูปแบบการเรียนรู้ในรายบุคคลของสามเณรแต่ละรูป (variance of learning style) ด้วย จึงทำให้ความรู้ไม่ได้เพิ่มขึ้นตามที่คาดหวัง แต่อย่างไรก็ตามเมื่อประเมินความรู้หลังการได้รับโปรแกรมหนึ่งเดือนพบว่า คะแนนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากต่อความรู้ในเด็ก

และวัยรุ่น^{8-9,15-19} ซึ่งอธิบายได้ว่า พัฒนาการของเด็กอายุระหว่าง 7-14 ปี เป็นช่วงที่มีการเพิ่มขึ้นของการเรียนรู้และสติปัญญาเด็กสามารถคิดเป็นเหตุเป็นผลมากขึ้น สามารถคิดและแก้ไขปัญหาได้มากขึ้น เริ่มเข้าใจแนวความคิดเชิงนามธรรมพื้นฐานง่ายๆ เริ่มสนใจอ่านหนังสือต่างๆ เพื่อที่จะร่วมอภิปราย/พูดคุยกับเพื่อนฝูงได้ ชอบแสดงออกทางความคิดและแสดงการมีส่วนร่วม และรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น มีความคิดริเริ่มทำสิ่งใหม่ๆ มีความอยากรู้อยากเห็น เรียนรู้และเข้าใจสิ่งต่างๆ ได้เร็ว การที่สามเณรได้เข้าร่วมโปรแกรมจึงเป็นโอกาสใหม่ๆ ที่ทำให้สามเณรเริ่มสนใจหรือให้ความใส่ใจในเรื่องสุขอนามัยของช่องปากมากขึ้น ประกอบกับมีทัศนคติต่อเรื่องนี้ดีขึ้น ทำให้สนใจในข้อมูลเรื่องสุขอนามัยช่องปากมากขึ้นด้วย อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่พบว่า ความรู้หลังโปรแกรมทันทีลดลงนั้น สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่อาจต้องมีการปรับรูปแบบของโปรแกรมในเรื่องของการให้ความรู้ด้วยเช่นกัน

ทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากของสามเณร

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก ตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มีทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีทัศนคติดีขึ้นทั้งหลังการได้รับโปรแกรมทันที และหลังการได้รับโปรแกรมหนึ่งเดือน ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมซึ่งพัฒนาจากกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (SEP) เป็นเครื่องมือการพัฒนาระบบที่ยั่งยืนในปัจจุบัน¹²⁻¹⁴ การศึกษานี้พบความแตกต่างด้านทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของสามเณรไทยในทิศทางที่ดีขึ้น อันเป็นผลหลังจากการได้รับโปรแกรมซึ่งอยู่ในส่วนของเงื่อนไขคุณธรรม (virtue) ผลการศึกษาสอดคล้องตามกรอบแนวคิดปรัชญาของ SEP อธิบายได้ว่าสามเณรหลังจากการได้รับโปรแกรม มีทัศนคติต่อสุขภาพช่องปากในระดับที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องมาจากผ่านกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบ

ตามหลักปรัชญาที่ใช้ การสร้างทัศนคติเริ่มจากแนวคิด ความพอประมาณ (moderation) ประกอบด้วยการสนับสนุน อุปกรณ์ เช่น แปรงสีฟัน ยาสีฟันไหมขัดฟัน เพื่อการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างพอประมาณ สมเหตุสมผล และพอเพียง ตามความจำเป็นพื้นฐานสามเณรเท่านั้นไม่มากเกินไป แต่ต้องไม่ให้เกิดแคลน อันเป็นในส่วนของ การสร้างความพอดี/พอประมาณ ต่อด้วยหลักสร้างความรอบรู้ ทำให้มีเหตุผลเหมาะสม (reasonableness) พัฒนาความสามารถในการตัดสินใจ ดำเนินการเรื่องต่างๆ อย่างมีเหตุผล ถูกต้องตามหลักวิชาการ และความรู้ ผ่านทางการให้ความรู้เรื่องอาหารที่มีประโยชน์ ต่อสุขภาพช่องปาก การแปรงฟัน และการใช้ไหมขัดฟันอย่างถูกวิธี ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง เรื่องการแปรงฟัน และการใช้ไหมขัดฟันอย่างถูกวิธี โดยมีสามเณรแกนนำ ครูพยาบาลโรงเรียน และพยาบาลวิชาชีพ ร่วมติดตามการปฏิบัติ ใกล้ชิด และให้คำแนะนำทันที เพื่อให้ผลได้ถูกต้องตามหลักวิชาการ และสุดท้ายมีการสร้างภูมิคุ้มกันให้ตนเองที่ดี (risk management) ด้วยปัญญาประเมินและประมาณตนเอง ไม่ประมาท ควบคุมกำกับตนเอง ผ่านการสร้างภูมิคุ้มกันสุขภาพช่องปาก ให้แข็งแรง โดยการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยทันตแพทย์วิชาชีพ ร่วมกับการสร้างภูมิคุ้มกันในตนเองของสามเณร โดยการให้คำแนะนำการแก้ปัญหาการดูแลสุขภาพช่องปากแบบรายบุคคลทันที หลังการตรวจสุขภาพโดยทันตแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติด้วยตนเอง ตลอดจนมีการจัดแหล่งสนับสนุน การดูแลสุขภาพช่องปากในระยะต่อเนื่องตามต้องการของสามเณร เช่น มีสามเณรแกนนำ ครูพยาบาล เป็นที่ปรึกษาสุขภาพช่องปาก ให้ด้วย เป็นต้น^{8-9,12-14,15-19}

จากโปรแกรมที่สามเณรได้รับดังกล่าว พบว่าส่งผลต่อ ด้านคุณธรรม (virtue) ตามกรอบแนวคิดการศึกษาอย่างชัดเจน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ด้านคุณธรรม (virtue) หมายถึง ทัศนคติ ต่อสุขภาพช่องปากของสามเณรเพิ่มมากขึ้น ซึ่งทัศนคติมีพื้นฐาน

ที่ยึดติดอยู่กับหลักคุณธรรมในตัวบุคคลอยู่^{14,15,19} ทัศนคติคือ ค่านิยมหรือเป็นบรรทัดฐานของบุคคล^{8-9,19} ซึ่ง SEP อธิบายไว้ว่า คุณธรรมอันเกิดนั้นจักยั่งยืน อาจสืบทอด เรียนรู้หรือเกิดเพิ่มขึ้นได้ ผ่านการสังเกตของบุคคลแบบพลวัตร^{12-14,19} อย่างไรก็ตาม ยังสามารถอธิบายเพิ่มเติมจากหลักพระพุทธศาสนาได้ว่า จากสามเณรมีวัตรปฏิบัติตนเพื่อการพัฒนาคุณธรรมในตนเอง อยู่เป็นกิจวัตรประจำวัน เช่น การปฏิบัติสมาธิ การทำวัตร สวดมนต์ และการถือศีล 10 เป็นต้น¹⁰ อันเป็นกิจปกติของสามเณร เพื่อการฝึกปฏิบัติพัฒนาจิตตน¹⁰ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสนับสนุนที่อาจ ส่งผลต่อทัศนคติที่เพิ่มมากขึ้นอย่างเด่นชัด จากผลการศึกษาที่ด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริม สุขภาพช่องปากต่อ ทัศนคติในเด็กและวัยรุ่น^{8-9,15-19} โดยพบว่า ทัศนคติมีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคฟันผุในเด็กและ วัยรุ่น^{8-9,15} ซึ่งทัศนคติของบุคคล (attitude) คือ ระดับความมากน้อย ของความรู้สึกในด้านบวกหรือลบที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งเป็น ความรู้สึกที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย ในการศึกษานี้คือการประเมินทางบวกหรือทางลบของสามเณร ต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก (การกระทำใดๆ) หรือเป็น ความรู้สึกโดยรวมของสามเณรในการสนับสนุนต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก (การกระทำนั้นๆ) ในทางบวกหรือทางลบ กล่าวโดยสรุปทัศนคติของสามเณรจากการผลการศึกษาครั้งนี้ คือคุณลักษณะทางจิตหรือคุณลักษณะภายในตัวบุคคลของสามเณร ที่มีการดูแลสุขภาพช่องปาก ว่ามีความพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก หรือตอบสนองต่อสถานการณ์ในการ ดูแลสุขภาพช่องปากนั้นออกมาได้ เพราะเกิดมีทัศนคติเชิงบวก เพิ่มมากขึ้นภายหลังการได้รับโปรแกรม^{8-9,15-19}

ทักษะปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากของสามเณร

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก ตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง พบว่ามีทักษะปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ระยะทันที

หลังได้รับโปรแกรมดีขึ้นเล็กน้อยจากก่อนการได้รับโปรแกรม อาจอธิบายได้ว่า โปรแกรมส่วนของทักษะปฏิบัติจะอยู่ในส่วน เจาะใจความรู้ (knowledge) ตามกรอบแนวคิด¹²⁻¹⁴ โดย จากกรณีในการศึกษานี้ ทักษะปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก หลังได้รับการฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมประกอบด้วย ทักษะ การแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟันอย่างถูกวิธี ซึ่งเป็นทักษะปฏิบัติ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความรู้ที่ได้รับจากโปรแกรกดังกล่าว มาข้างต้น ประกอบกับการได้ร่วมฝึกทักษะปฏิบัติรายบุคคล กับครูพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ ส่งผลให้สามเณรรับรู้ ทักษะปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้นทันทีหลังรับโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าบุคคลที่ยังพร่อง ในส่วนของความรู้ที่เพียงพอ จึงไม่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยน ทักษะปฏิบัติเพื่อสุขภาพในตัวบุคคลได้เหมาะสม^{8-9,15,19} สำหรับทักษะปฏิบัติต่อการปฏิบัติเพื่อสุขภาพนั้น^{8-9,15} ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรค (preventative health behavior) เป็นการปฏิบัติของบุคคล เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคขึ้น ได้แก่ การแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟัน หลังอาหารเพื่อการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ไม่มีโทษต่อฟัน เป็นต้น¹⁵ ส่วนพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (illness behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติหรือเกิดโรคขึ้น ได้แก่ การไปหาทันตแพทย์เพื่ออุดฟันหรือถอนฟัน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การพักผ่อน การถามเพื่อนฝูง เกี่ยวกับอาการของตน¹⁵ และส่วนพฤติกรรมที่เป็นบทบาท ของการเจ็บป่วย (sick-role behavior) คือ การปฏิบัติที่บุคคล กระทำหลังจากได้ทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว การดูแลสุขภาพ ฟันตนเองและไปรับการรักษอย่างต่อเนื่อง การลด หรือการเลิกกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรคยิ่งมากขึ้น เช่น การรับประทาน น้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบ ลูกอม น้ำหวาน เป็นต้น¹⁶

แต่อย่างไรก็ตามที่ระยะหลังการได้รับโปรแกรมหนึ่งเดือน พบว่าคะแนนทักษะปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากลดลงมาก จากก่อนการได้รับโปรแกรมอธิบายได้ว่า แม้ว่าความรู้ดีขึ้น ทักษะปฏิบัติดีขึ้น แต่สำหรับในส่วนของทักษะปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากไม่ดีขึ้น เพราะทักษะปฏิบัติอาจจะยังขึ้นกับปัจจัยเกี่ยวข้อง อีกหลายประการ ซึ่งในการศึกษารั้งนี้ อาจยังไม่ได้นำเข้าร่วม ในการศึกษา รวมทั้งข้อสังเกตที่น่าจะเป็นไปได้ คือ สามเณร ไม่ได้อยู่กับครอบครัว แต่อยู่รวมกันเป็นหมู่ใหญ่จำนวนมากกว่าร้อยละ แบบโรงเรียนประจำ และพระอาจารย์ที่เลี้ยงที่มีจำนวนน้อย และต้องประกอบกิจทางสงฆ์ด้วย อาจส่งผลต่อการดูแลใกล้ชิด การย้ำเตือน ให้มีวินัยในปฏิบัติการแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟัน อย่างต่อเนื่องด้วย ตลอดจนการประเมินทักษะปฏิบัติด้วย แบบข้อคำถามแบบมีตัวเลือกคำตอบ (Multiple Choice Question, MCQ) อาจมีความคาบเกี่ยวหรือทับซ้อนกับส่วนของ ความรู้ในการปฏิบัติ ดังนั้น ลักษณะของแบบประเมินอาจเป็น ข้อจำกัดประการหนึ่ง ที่ควรได้รับการพัฒนาปรับปรุงต่อไป

กล่าวสรุปได้ว่า การพัฒนาทัศนคติในการดูแลสุขภาพ ช่องปากในสามเณร อันเป็นส่วนหนึ่งของเจตคติคุณธรรม (virtue) จากผลการได้รับโปรแกรมนี เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน ในขณะที่ ผลของโปรแกรมต่อความรู้ อาจยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน แม้พบว่าความรู้เพิ่มขึ้นภายหลังการได้รับโปรแกรมหนึ่งเดือน ส่วนทักษะปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร ที่ไม่ได้ผลตามที่คาดหวัง สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมยังคงต้องการ การพัฒนารูปแบบที่มีลักษณะจำเพาะ ให้เป็นไปตามแนวบรรทัดฐาน หรือจริยธรรมทางพระพุทธศาสนา เพื่อวัตถุประสงค์พัฒนามุ่งเน้น ส่วนทักษะปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากของสามเณร เช่น โปรแกรมการสนทนาธรรมกลุ่มแบบเพื่อนช่วยเหลือเพื่อน ในการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีสติ เป็นต้น จากการศึกษา นี้ สังเกตได้ว่าการมีเพียงเจตคติคุณธรรม ยังไม่เพียงพอที่จะเพิ่ม ผลลัพธ์ที่ยั่งยืนในการดูแลสุขภาพช่องปากของสามเณรได้

เว้นแต่จะมีความรู้และทักษะปฏิบัติที่เพียงพอด้วย อันเป็นไปตามแนวคิด SEP รวมทั้งจากปรัชญาทางพุทธศาสนาที่สอนให้ต้องปฏิบัติตาม “ทางสายกลาง”¹⁰ ซึ่งทั้งสองแนวคิดนี้มีความเหมาะสมกับบริบทของสามเณรและนักบวชในพระพุทธศาสนาไทย ตลอดจนมีความเหมาะสมกับยุคโลกาภิวัตน์ ในการจัดการกับวิกฤตและความผันผวนของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ความเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อม ความยากจน และความไม่เท่าเทียมกัน ดังนั้น SEP จึงถูกมองว่าเป็นกรอบแนวคิดปรัชญาในการแก้ปัญหาในรูปแบบนี้ได้

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. รูปแบบการศึกษาเป็นแบบกลุ่มเดียวที่ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ทำให้มีข้อจำกัดในเรื่องของการควบคุมปัจจัยรบกวนอื่นๆ ที่อาจมีผลทางตรงหรือทางอ้อมต่อผลลัพธ์ของการศึกษาได้
2. การศึกษาครั้งนี้ไม่มีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากเป็นการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ ทำให้มีข้อจำกัดในการเป็นตัวแทนที่ดี และการอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรสามเณรในประเทศได้
3. การวิจัยครั้งนี้เป็นการนำข้อมูลจากโครงการบริการวิชาการ มาศึกษาวิจัย ซึ่งไม่ได้มีการออกแบบเก็บข้อมูลปัจจัยที่อาจมีผลต่อตัวแปรศึกษา เช่น ภาวะโรคร่วม โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่เกี่ยวข้องกับช่องปาก เป็นต้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยบางส่วน โดยโปรแกรมการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณรไทย ตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มีผลต่อการสร้างทัศนคติและทักษะปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณรกลุ่มเป้าหมายได้ดีภายหลังได้รับโปรแกรมทันที แต่ภายหลังการได้รับโปรแกรมหนึ่งเดือน ทัศนคดียังคงดีขึ้น และความรู้กลับมาเพิ่มขึ้น แต่ทักษะปฏิบัติกลับลดลง

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติพยาบาล

อาจต้องมีการปรับปรุงโปรแกรมในเรื่องของการเพิ่มระยะเวลาการเรียนรู้ เพิ่มการฝึกทักษะปฏิบัติโดยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ และควรปรับกิจกรรมการเรียนรู้ให้น่าสนใจมากขึ้น รวมถึงการปรับระบบพี่เลี้ยงและการกระตุ้นเตือนเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติที่มีความคงทน นอกจากนี้การนำกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง บูรณาการร่วมกับแนวปฏิบัติทางสายกลางของพระพุทธศาสนา (Buddhism middle way) มาใช้ในการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มเฉพาะ (ดังเช่นกลุ่มของสามเณรในการศึกษาครั้งนี้) จำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องตระหนักและคำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมและบริบทของประชากรที่มีความจำเพาะและแตกต่างจากประชากรทั่วไปอย่างมาก

ข้อเสนอแนะการวิจัยต่อไป

การศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก ตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ เช่น กลุ่มเด็กที่ไม่อยู่ในระบบโรงเรียน กลุ่มแรงงาน กลุ่มผู้ป่วย หรือกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป เพื่อการขยายผลกลุ่มเป้าหมายไปสู่กลุ่มเปราะบางอื่นๆ ให้ครอบคลุมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สำหรับทุนสนับสนุนโครงการวิจัยจากกองทุน ซี.เอ็ม.บี (China Medical Board, CMB) และขอขอบคุณภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ สำหรับการสนับสนุนตลอดการดำเนินโครงการวิจัยนี้จนสำเร็จ

References

1. Bureau of Dental Health. The 8th national survey of the oral health report in Thailand. Nonthaburi: Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public Health; 2019 [cited 2021 Feb 9]. Available from: http://dental2.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=2423&filename=dental_health_survey. (in Thai).
2. Division of Strategic Management, Bureau of Dental Health. Guidelines for the implementation of dental public health, the fiscal year 2021. Nonthaburi: Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public Health; 2021 [cited 2021 Feb 9]. Available from: http://dental2.anamai.moph.go.th/ewtadmin/ewt/dental/ewt_dl_link.php?nid=4411&filename=st. (in Thai).
3. Agrasuta V. Dental service utilization among Thai working age group and elderly in 2013 and 2015 health and welfare surveys. Thai Dental Public Health Journal. 2018;23(1):26-37. (in Thai).
4. Rugg-Gunn A, Durward C, Ungchusak C, Khitdee C. Early childhood caries – a major public health problem. Thai Dental Public Health Journal. 2017;22 Suppl:1-2.
5. Rugg-Gunn A, Woodward M. Review of the aetiology of early childhood caries. Thai Dental Public Health Journal. 2017;22 Suppl:14-43.
6. LA Al-Meedani, YH Al-Dlaigan. Prevalence of dental caries and associated social risk factors among preschool children in Riyadh, Saudi Arabia. Pak J Med Sci. 2016;32(2):452-6. doi: 10.12669/pjms.322.9439.
7. Peltzer K, Mongkolchat A, Satchaiyan G, Rajchagool S, Pimpak T. Sociobehavioral factors associated with caries increment: a longitudinal study from 24 to 36 months old children in Thailand. Int J Environ Res Public Health. 2014;11(10):10838-50. doi: 10.3390/ijerph111010838.
8. Raktao U, Wongwech C. Knowledge, attitude, and practice of parents/guardians regarding oral health care of pre-school children. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2015;2(1):52-64. (in Thai).
9. Tipsodsong A, Pithpornchaiyakul S. Oral health knowledge, attitude, and practices in care providers of visually impaired children. Songklanakarin Dental Journal. 2015;3(1):1-17. (in Thai).
10. Information Technology Division, Office of the Secretary, National Office of Buddhism. Basic information on Buddhism in 2018-2020. Nakhon Pathom: Office of the Secretary, National Office of Buddhism; 2020 [cited 2021 Feb 9]. Available from: <https://onab.go.th/th/page/item/index/id/1>. (in Thai).
11. Department of Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University. Annual report of cooperate social responsibility project (CSR) of promoting oral hygiene care behavior in novice at Phidum Temple, Inburi District, SinghaBuri Province. 2015. 2 July - 5 August. (in Thai).



12. Avery GC, Bergsteiner H. Sufficiency thinking: Thailand's gift to an unsustainable world. Oxfordshire: Routledge; 2016. 328 p.
13. Barua P, Tejavaddhana P. Impact of application of sufficiency economy philosophy on the well-being of Thai population: a systematic review and meta-analysis of relevant studies. J Popul Soc Stud. 2019; 27(3):195-219. doi: 10.25133/JPSSv27n3.0013.
14. Bergsteiner H, Dharmapiya P. The sufficiency economy philosophy process. In: sufficiency thinking: Thailand's gift to an unsustainable world. Avery GC, Bergsteiner H, editors. Oxfordshire: Routledge; 2016. p.32-52.
15. AGH Priya Devadas Nakre. Effectiveness of oral health education programs: a systematic review. J Int Soc Prev Community Dent. 2013;3(2):103-15. doi: 10.4103/2231-0762.127810.
16. Angelopoulou MV, Constantine J, Kavvadia K, Kavvadia O. School-based oral health-education program using experiential learning or traditional lecturing in adolescents: a clinical trial. Int Dent J. 2014;64(5):278-4. doi: 10.1111/idj.12123.
17. Bertness J, Holt K. Promoting oral health in young children: a resource guide. Washington DC: National Maternal and Child Oral Health Resource Center, Georgetown University; 2013. 24 p.
18. Ungchusak C. Oral health promotion and prevention of early childhood caries. Thai Dental Public Health Journal. 2017;22 Suppl:45-61.
19. Buathong C, Promsiripailoon Y, Vatchalavivat A. The effects of oral health promotion program on dental caries prevention behaviors of grade six students at Ban Banghean School at Plaipraya District, Krabi Province. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University. 2015;3(2):293-306. (in Thai).