

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: June 23, 2022

Revised: Sept. 5, 2022

Accepted: Sept. 23, 2022

Published: Oct. 5, 2022

ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน
โรคฟันผุในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานี
Oral Health Literacy and Associated Factors of Dental Caries
Prevention Behavior among Junior High School Students in Rural Areas
Ubon Ratchathani Province, Thailand

กิตติยา ศรีมาฤทธิ์¹, นิยม จันทร์นวล^{2*}

¹วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี,

²วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

Kittiya Srimarit¹, Niyom Junnual^{2*}

¹Sirindhorn College of Public Health Ubon Ratchathani,

² College of Medicine and Public health, Ubon Ratchathani University

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานี สุ่มตัวอย่างแบบหลาย จำนวน 402 คน จากนักเรียน 18,042 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุด้วย Multivariable linear regression

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.75 มีอายุเฉลี่ย 13.97 ปี กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มากที่สุด ร้อยละ 39.80 ผู้ปกครองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 63.43 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 49.75 ส่วนใหญ่นักเรียนไม่ได้พักอาศัยอยู่กับพ่อแม่ ร้อยละ 55.47 ไปใช้บริการทางทันตกรรมเมื่อมีอาการผิดปกติเท่านั้น ร้อยละ 81.84 โดยไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากที่สุด ร้อยละ 48.25 และส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 96.27 มีพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.37 ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.90 โดยตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ ได้แก่ ทักษะความรู้ ความเข้าใจข้อมูล ($B = -0.73$, 95%CI = $-0.90 - -0.57$) การพักอาศัยกับพ่อแม่ ($B = 3.53$, 95%CI = $1.12-5.93$) และรับบริการทันตกรรมที่โรงเรียน ($B = 5.86$, 95% CI = $1.44-10.28$) ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถอธิบายความผันแปรของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุได้ร้อยละ 20

ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมการเรียนรู้ โดยการให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคฟันผุกับ ผู้ปกครองที่ไม่ใช่พ่อแม่โดยตรง เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุที่ดี และสนับสนุนให้มีหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ที่โรงเรียน เพื่อส่งเสริมการป้องกันโรคฟันผุในกลุ่มวัยนี้ลดการเกิดโรคฟันผุในฟันแท้และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการไปรับบริการทางทันตกรรม

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก / พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ / นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

Corresponding author: นิยม จันทร์นวล E-mail: niyom.j@ubu.ac.th

Original article

Abstract

Received: June 23,2022

Revised: Sept.5,2022

Accepted: Sept. 23,2022

Published: Oct. 5, 2022

This cross-sectional analytical study aimed to study the level of oral health literacy, level of dental caries prevention behavior, and factors related to caries prevention behaviors among junior high school students in rural areas, Ubon Ratchathani Province, Thailand. A multistage random sampling of 402 students from 18,042 students was conducted. Data were collected using an oral health literacy questionnaire. Data were analyzed with descriptive statistics. We analyzed factors related to dental caries prevention behavior by multiple regression analysis. .

The results showed that a little over half of participants were male (50.75%), average age was 13.97 years, 39.80% were studying at the Mathayom 2 level (2nd year of junior high school). Most of their parents (63.43%) were employed in agriculture, 49.75% completed primary education. Most of the students (55.47%) did not live with their parents. 81.84% went to dental services only when they had abnormal symptoms. Almost half of them (48.25%) went to the sub-district health promoting hospitals. Most of them utilized universal health coverage to pay for their dental care (96.27%). 75.37% of participants had the dental caries prevention behaviors at a moderate level. 70.90% of them had overall oral health literacy at a moderate level. The variables related to dental caries prevention behavior included cognitive and information comprehension skills ($B = -0.73$, 95%CI = -0.90, -0.57), living with parents ($B = 3.53$, 95%CI = 1.12, 5.93), and receiving dental services at school ($B = 5.86$, 95%CI = 1.44, 10.28). All independent variables accounted for 20 percent of the variation in caries prevention behavior scores.

Therefore, relevant agencies should promote learning by providing information on dental caries to parents as well as caregivers who are not directly parents to encourage students to have good dental caries prevention behaviors. Our findings also support having a mobile dental unit at the school to help promote the prevention of caries in this age group to reduce the incidence of caries in permanent teeth, and help reduce the cost of dental services.

Keywords: oral health literacy, dental caries prevention behavior, junior high school students

Corresponding author: Niyom Junnual E-mail: niyom.j@ubu.ac.th

บทนำ

โรคฟันผุ นับว่าเป็นโรคเรื้อรังที่ยังคงแพร่ขยายในวงกว้าง และเป็นหนึ่งความท้าทายหลักของระบบสาธารณสุขโลก จากรายงานของสมาพันธ์ทันตแพทย์โลกในปี ค.ศ. 2015 พบว่า ความชุกของการเกิดโรคฟันผุมากที่สุดในกลุ่มวัยเด็กอายุ 12 ปี ซึ่งเด็กไทยอายุ 12 ปี มีค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน 2.6 – 3.5 ซี่ต่อคน FDI oral health atlas (2015) จากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 7 และ 8 ในปี 2555 และ 2560 พบว่า กลุ่มอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพช่องปากสูงเป็นอันดับ 1 และ 2 คือ เด็กอายุ 15 และ 12 ปี โดยเด็กอายุ 12 ปี มีความชุกของการเกิดโรคฟันผุที่ลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 52.3 เป็นร้อยละ 52.0 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน ที่เพิ่มขึ้นจาก 1.3 เป็น 1.4 ซี่ต่อคน และเด็กอายุ 15 ปี มีความชุกการเกิดโรคฟันผุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 62.4 เป็นร้อยละ 62.7 ค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน เพิ่มขึ้นจาก 1.9 เป็น 2.0 ซี่ต่อคน เป็นสภาวะการเกิดโรคฟันผุที่เพิ่มขึ้น เมื่อแยกดูผลสำรวจสภาวะช่องปากรายภาคและรายเขตสุขภาพ พบว่าในกลุ่มอายุ 12 และ 15 ปีภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของการเกิดโรคฟันผุสูงที่สุด โดยในเด็กอายุ 12 ปี มีความชุกของการเกิดโรคฟันผุร้อยละ 61.1 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน เท่ากับ 1.6 ซี่ต่อคน มีความชุกของการเกิดโรคฟันผุในเขตชนบทสูงกว่าเขตอื่น และเด็กอายุ 15 ปี มีความชุกของการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 67.3 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน 2.2 ซี่ต่อคน มีความชุกของการเกิดโรคฟันผุในเขตชนบทสูงกว่าเขตอื่น เมื่อดูรายงานการเกิดโรคฟันผุของเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า เด็กอายุ 12 ปี มีความชุกในการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 60.1 ค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน 1.5 ซี่ต่อคน และเด็กอายุ 15 ปี มีความชุกในการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 65.0 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน 2.1 ซี่ต่อคน จะเห็นได้ว่าค่าเฉลี่ยความชุกของการเกิดโรคฟันผุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เขตชนบทและเขตสุขภาพที่ 10 มีค่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ (Bureau of Dental Health, Department of Health, 2018) และในจังหวัดอุบลราชธานีมีประชากร อายุ 12 ปี ทั้งหมด 21,605 คน ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก 14,087 คน มีค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน 0.89 ซี่ต่อคน มีค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอนสูงเป็นอันดับ 3 ของเขตสุขภาพที่ 10 (Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, 2020)

สภาวะสุขภาพช่องปากโรคฟันผุมีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลทุกกลุ่มอายุโดยเฉพาะเด็กวัยเรียน ที่มีการเปลี่ยนแปลงจากฟันน้ำนมเป็นฟันแท้ หากมีการเกิดฟันผุจะเกิดอาการปวดฟันจะทำให้ไม่อยากเคี้ยวอาหาร เคี้ยวลำบากและอาจทำให้อ่อนไม่หลับ ส่งผลให้ร่างกายเจริญเติบโตไม่เต็มที่เนื่องจากได้รับสารอาหาร ไม่ครบถ้วนและพักผ่อนไม่เพียงพอ อารมณ์แปรปรวน คุณภาพชีวิตลดลง และการที่ฟันน้ำนมผุจะทำให้ฟันแท้ นั้นผุไปด้วย เนื่องจากเชื้อโรคจากฟันผุอาจแพร่เชื้อเข้าสู่ฟันแท้ที่กำลังจะขึ้นใหม่นั้นทำให้ผุไปด้วย (Department of Health, 2018) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นมีหลายทฤษฎี ไม่ว่าจะเป็นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health believe model) ทฤษฎีการจัดการตนเอง (self-management) ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) ทฤษฎีปัญญาสังคม (social learning/social cognitive theory) ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (theory of planned behavior) ทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นอีกแนวทางที่สามารถทำให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีได้ (Hayden, 2008; Rongmuang, S., 2018) อีกทั้งยังสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่ให้ประเทศสมาชิก ให้ความสำคัญกับการพัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Osborne, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins, M. & Buchbinder, B., 2013) โดยความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นแนวคิดที่ประเทศไทยให้ความสำคัญมากขึ้น กำหนดในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable

Development Goals: SDGs) ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2560 - 2579) เพื่อใน 20 ปีข้างหน้าจะพัฒนาให้ก้าวเข้าสู่สังคมอุดมปัญญา (Department of Health, 2017) ปัจจัยที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ 3 ระดับ ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยระดับสังคม อีกทั้งแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพถูกนำไปใช้ในด้านสาธารณสุขหลายด้าน รวมถึงด้านทันตสาธารณสุข สำนักทันตสาธารณสุขนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพมาใช้เป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินงานทันตสาธารณสุข โดยได้มีการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (Oral health literacy) อย่างแพร่หลายและ Horowitz, A. M. & Kleinman, D. V., (2008) ได้เสนอว่าความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก คือ ทักษะใหม่ที่ต้องพัฒนาซึ่งจะช่วยในกระบวนการรับข้อมูลข่าวสาร การประเมิน การประยุกต์ใช้ การป้องกันโรคในช่องปากและการวางแผนการรักษาอย่าง (SodSee, A., 2020).

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของปัญหาโรคฟันผุในเด็กเรียน เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของเด็กกลุ่มวัยนี้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ถึงแม้ในปัจจุบันมีการให้ความรู้ในเรื่องโรคฟันผุในโรงเรียนในเขตชนบทจำนวนมาก แต่การที่มีแค่ความรู้อย่างเดียวนั้นยังไม่เพียงพอที่จะสามารถปรับเปลี่ยนให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุที่ดีได้ จึงจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ การเข้าถึง การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ การจัดการตนเอง และการตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปากซึ่งเป็นองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก เพื่อให้เด็กมีความรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่ดี สามารถพัฒนาตนเองให้มีทักษะและสามารถป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรคฟันผุได้ ส่งผลให้มีสุขภาพช่องปากที่ดี ไม่สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง ลดเวลาที่ต้องมาทำการรักษา และลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนำผลจากการวิจัยไปวางแผนและกำหนดแนวทางด้านการป้องกันโรคฟันผุและเพื่อแก้ไขปัญหาโรคฟันผุของนักเรียนให้ตรงประเด็นและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ และระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross – sectional Analytical Study) ใช้แบบสอบถามในการรวบรวมข้อมูลกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างวันที่ 12 ธันวาคม 2564 ถึง 7 มกราคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

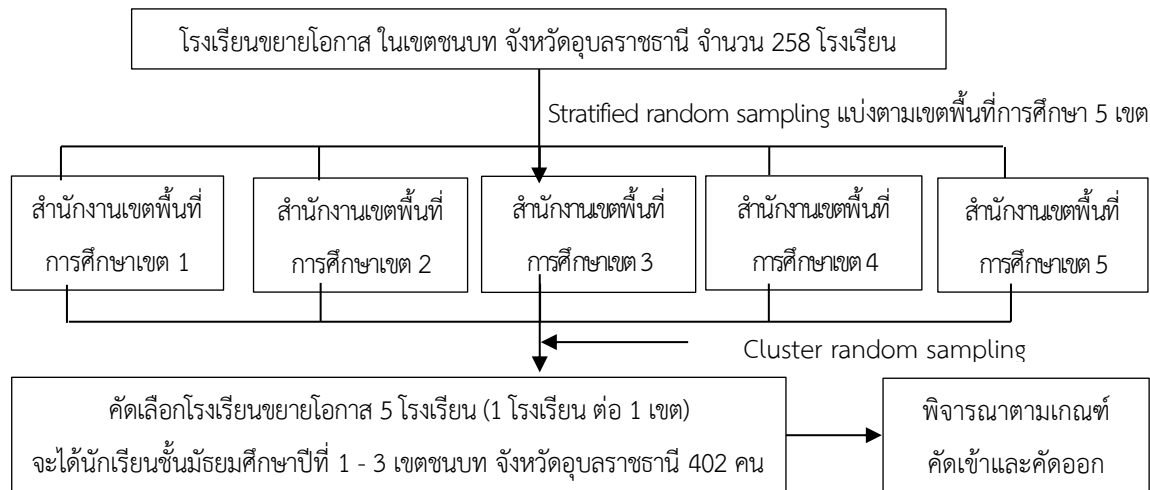
1) ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานีที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 1 – 3 ปีการศึกษา 2564 โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 258 โรงเรียน มีจำนวนนักเรียนทั้งหมด 18,042 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power ใช้ Test family เลือก F-test, Statistical test เลือก Linear multiple regression: fix model, R^2 deviation from zero กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size)=0.15 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่า Power = 0.8 ตัวแปรอิสระ (Number of predictors) 35 ตัวแปร จะได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำเท่ากับ 201 คน Cohen (1992) ค่า effect size (f^2) เท่ากับ 2 จะได้ขนาดตัวอย่าง 201×2 เท่ากับ 402 คน

สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling)



เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามพัฒนามาจาก Charophasrat. S., (2019) และ Sodsee, A., Nakorn, N. N., & Ngudgrtoke, S., (2019) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ Checklist ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นที่กำลังศึกษาในปัจจุบัน ค่าใช้จ่ายไปโรงเรียนในแต่ละวัน ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ปกครอง บุคคลที่พำนักอาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน ประวัติทางพันธุกรรม และสิทธิการใช้บริการทันตกรรม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ จำนวน 28 ข้อ

ตอนที่ 1 ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ การมีส่วนร่วมของคนในครอบครัวในการป้องกันโรคฟันผุ การมีส่วนร่วมของเพื่อนในการป้องกันโรคฟันผุ การมีส่วนร่วมของครูในการป้องกันโรคฟันผุ ประกอบด้วยคำถาม 16 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เป็นประจำ บางครั้ง และไม่เคย โดยมีระดับคะแนน 3 2 1 ตามลำดับ คะแนนเต็ม 48 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด / จำนวนชั้นที่ต้องการที่จะแบ่ง คือ ชั้น 3 ชั้น โดย $(48-16)/3 = 10.67 \approx 11$ (Best, 1981)

คะแนนรวม	หมายถึง
38 ขึ้นไป	มีคะแนนในระดับสูง
27 - 37	มีคะแนนในระดับปานกลาง
16 - 26	มีคะแนนในระดับต่ำ

ตอนที่ 2 ปัจจัยระดับสังคม ได้แก่ การให้บริการอนามัยช่องปากในโรงเรียน การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่ส่งเสริมการป้องกันฟันผุ และการให้ทันตสุขศึกษาในโรงเรียน ประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อ ในแต่ละคำถามมี 2 ตัวเลือก คือ มี และไม่มี โดยมีระดับคะแนน 2 1 ตามลำดับ หากตอบมีจะได้ 1 คะแนน ตอบไม่มีจะได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 12 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด / จำนวนขั้นที่ต้องการที่จะแบ่ง คือ ขั้น 3 ขั้น โดย $(12-0)/3 = 4$ (Best, 1981)

คะแนนรวม	หมายถึง
8 ขึ้นไป	มีคะแนนในระดับสูง
4 - 7	มีคะแนนในระดับปานกลาง
0 - 3	มีคะแนนในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 43 ข้อ ประกอบด้วยด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ทักษะความรู้ ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพช่องปากจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ถ้าตอบถูกจะได้ 1 คะแนน มีทั้งคำถามเชิงบวกและเชิงลบ แปลผลเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1971) ดังนี้

คะแนน	หมายถึง
ได้คะแนน 10 - 12 คะแนน	มีความรู้ ความเข้าใจระดับสูง
ได้คะแนน 7 - 9 คะแนน	มีความรู้ ความเข้าใจระดับปานกลาง
ได้คะแนน 0 - 6 คะแนน	มีความรู้ ความเข้าใจระดับต่ำ

ทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพช่องปากจำนวน 6 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เข้าถึงได้ง่ายมาก เข้าถึงได้ง่าย เข้าถึงได้ยาก เข้าถึงได้ยากมาก เข้าถึงไม่เป็น โดยมีระดับคะแนน 5 4 3 2 1 ตามลำดับ คะแนนเต็ม 30 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด / จำนวนขั้นที่ต้องการที่จะแบ่ง คือ ขั้น 3 ขั้น โดย $(30-6)/3 = 8$ (Best, 1981)

คะแนนรวม	หมายถึง
22 ขึ้นไป	มีทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพช่องปากระดับสูง
14 - 21	มีทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง
6 - 13	มีทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพช่องปากระดับต่ำ

ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปากจำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ สื่อสารได้ง่ายมาก สื่อสารได้ง่าย สื่อสารได้ยาก สื่อสารได้ยากมาก สื่อสารไม่ได้ โดยมีระดับคะแนน 5 4 3 2 1 ตามลำดับ คะแนนเต็ม 25 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด / จำนวนขั้นที่ต้องการที่จะแบ่ง คือ ขั้น 3 ขั้น โดย $(25-5)/3 = 6.67 \approx 7$ (Best, 1981)

คะแนนรวม	หมายถึง
19 ขึ้นไป	มีทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปากระดับสูง
12 - 18	มีทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง
5 - 11	มีทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปากระดับต่ำ

ทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพช่องปากจำนวน 8 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ จัดการได้ง่ายมาก จัดการได้ง่าย จัดการได้ยาก จัดการได้ยากมาก จัดการไม่ได้ โดยมีระดับคะแนน 5 4 3 2 1 ตามลำดับ คะแนนเต็ม 40 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด / จำนวนชั้นที่ต้องการที่จะแบ่ง คือ ชั้น 3 ชั้น โดย $(40-8)/3 = 10.67 \approx 11$ (Best, 1981)

คะแนนรวม	หมายถึง
30 ขึ้นไป	มีทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพช่องปากระดับสูง
19 - 29	มีทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง
8 – 18	มีทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพช่องปากระดับต่ำ

ทักษะการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพช่องปากจำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ทำได้ง่ายมาก ทำได้ง่าย ทำได้ยาก ทำได้ยากมาก ทำไม่ได้ โดยมีระดับคะแนน 5 4 3 2 1 ตามลำดับ คะแนนเต็ม 25 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด / จำนวนชั้นที่ต้องการที่จะแบ่ง คือ ชั้น 3 ชั้น โดย $(25-5)/3 = 6.67 \approx 7$ (Best, 1981)

คะแนนรวม	หมายถึง
19 ขึ้นไป	มีทักษะการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพช่องปากระดับสูง
12 – 18	มีทักษะการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง
5 - 11	มีทักษะการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพช่องปากระดับต่ำ

ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปากจำนวน 7 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เข้าถึงได้ง่ายมาก เข้าถึงได้ง่าย เข้าถึงได้ยาก เข้าถึงได้ยากมาก เข้าถึงไม่เป็น โดยมีระดับคะแนน 5 4 3 2 1 ตามลำดับ คะแนนเต็ม 35 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด / จำนวนชั้นที่ต้องการที่จะแบ่ง คือ 3 ชั้น โดย $(35-7)/3 = 9.33 \approx 10$ (Best, 1981)

คะแนนรวม	หมายถึง
27 ขึ้นไป	มีทักษะการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติด้านสุขภาพช่องปากระดับสูง
17 – 26	มีทักษะการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติด้านสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง
7 – 16	มีทักษะการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติด้านสุขภาพช่องปากระดับต่ำ

ทั้งนี้ได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานจำแนกระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก โดยรวมทั้ง 6 องค์ประกอบ ผู้วิจัยได้ใช้การจำแนกระดับเป็น 3 ระดับคะแนนเต็ม 167 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด / จำนวนชั้นที่ต้องการที่จะแบ่ง คือ 3 ชั้น โดย $(167-31)/3 = 45.33 \approx 46$ ได้ดังนี้ (Bloom, 1971)

คะแนนรวม	หมายถึง
123 ขึ้นไป	เป็นผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในระดับสูง
77 – 122	เป็นผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในระดับปานกลาง
31 – 76	เป็นผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังโรคฟันผุ จำนวน 25 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่

เคยปฏิบัติเลย โดยมีระดับคะแนน 5 4 3 2 1 ตามลำดับ คะแนนเต็ม 125 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด / จำนวนชั้นที่ต้องการที่จะแบ่ง คือ 3 ชั้น โดย $(125-25)/3 = 33.33 \approx 34$ (Best, 1981)

คะแนนรวม	หมายถึง
27 ขึ้นไป	มีทักษะการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติด้านสุขภาพช่องปากระดับสูง
17 – 26	มีทักษะการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติด้านสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง
7 – 16	มีทักษะการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติด้านสุขภาพช่องปากระดับต่ำ

การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทั้งแบบสอบถาม มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.67 - 1 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3 เขตชนบท จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์ หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder Richardson 20: KR20) ในแบบสอบถามด้านทักษะความรู้ ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพช่องปากได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.81 และวิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นในแบบสอบถามด้านปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเท่ากับ 0.76 ปัจจัยระดับสังคมเท่ากับ 0.80 ทักษะความเข้าใจถึงข้อมูลเท่ากับ 0.85 ทักษะการสื่อสารเท่ากับ 0.88 ทักษะการจัดการตนเองเท่ากับ 0.78 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อเท่ากับ 0.78 ทักษะการตัดสินใจเท่ากับ 0.80 และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุเท่ากับ 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ติดต่อประสานงานกับพื้นที่ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการทำการศึกษาและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่วิจัยกับผู้อำนวยการโรงเรียนที่ทำการศึกษ แยกแบบยินยอมและแบบชี้แจงการเข้าร่วมวิจัย เพื่อให้ผู้ปกครองและนักเรียนกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอม หลังจากนั้นแจกและเก็บแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์แล้วนำมาวิเคราะห์ จำนวน 402 ชุด ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลคนละ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษา เพื่อทดสอบสมมุติฐานในการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS เวอร์ชัน 23 กำหนดนัยสำคัญที่ 0.05 ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลปัจจัยระดับบุคคลที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพจะวิเคราะห์ข้อมูลด้วย การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ข้อมูลปัจจัยระดับบุคคล ข้อมูลปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก 6 ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณจะวิเคราะห์ข้อมูลที่แจกแจงปกติด้วย ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) ส่วนข้อมูลที่แจกแจงไม่ปกติจะใช้ มัธฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ Interquartile range (IQR) และจากการทดสอบเบื้องต้นการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normality) ทั้งตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ตัวแปรที่มีระดับการวัดแบบ Categorical variable ผู้วิจัยได้มีการแปลงเป็นตัวแปรหุ่น Dummy variable ก่อนนำเข้า Model จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุ โดยจะนำข้อมูลเชิงคุณภาพ และข้อมูลเชิงปริมาณของแต่ละปัจจัยในตัวแปรต้นวิเคราะห์ข้อมูล Bivariate analysis โดยใช้สถิติ Simple linear Regression จากนั้นนำปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุไป

วิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple linear Regression กำหนดนัยสำคัญที่ 0.2 โดยวิธี Stepwise ในการเลือกตัวแปรเข้าโมเดล

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี หมายเลขใบรับรอง UBU-REC-112/2564 ลงวันที่ 22 พฤศจิกายน 2564 และในการเข้าร่วมการวิจัยนี้ต้องได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ในแบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง แต่ใช้รหัสในสอบถาม ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการวิจัยถูกเก็บเป็นความลับ มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่ได้อ่านและรับทราบข้อมูล โดยนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวม และทำลายข้อมูลภายหลังจากผลการวิจัยได้เผยแพร่และตีพิมพ์แล้ว

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.75 มีอายุเฉลี่ย 13.97 (S.D. = 0.78) กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มากที่สุดร้อยละ 39.80 ผู้ปกครองร้อยละ 64.18 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมจบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 49.75 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้พักอาศัยอยู่กับพ่อแม่ร้อยละ 51.74 กลุ่มตัวอย่างไปใช้บริการทางทันตกรรมเมื่อมีอาการผิดปกติเท่านั้นร้อยละ 81.84 สถานที่รับบริการส่วนมากคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร้อยละ 48.26 โดยใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 95.52

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 75.37 รองลงมาระดับปรับปรุงร้อยละ 16.17 และระดับดีร้อยละ 8.46 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานี (n = 402)

พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี	34	8.46
ระดับปานกลาง	303	75.37
ระดับปรับปรุง	65	16.17
รวม	402	100.00

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 70.90 เมื่อพิจารณา รายด้านพบว่า ทักษะความรู้ ความเข้าใจและทักษะการเข้าถึงอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 47.76 และ 50.00 ตามลำดับ) ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 41.79, 57.21, 50.75 และ 52.74 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานี (n = 402)

ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	สูง n (%)	ปานกลาง n (%)	ต่ำ n (%)
- ทักษะความรู้ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพช่องปาก	192 (47.76)	181 (45.03)	29 (7.21)
- ทักษะความเข้าใจถึงข้อมูลด้านสุขภาพช่องปาก	201 (50.00)	106 (26.37)	95 (23.63)
- ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปาก	105 (26.12)	168 (41.79)	129 (32.09)
- ทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพช่องปาก	37 (9.20)	230 (57.21)	135 (33.59)
- ทักษะการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพช่องปาก	52 (12.93)	204 (50.75)	146 (36.32)
- ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปาก	67 (16.66)	212 (52.74)	123 (30.60)
- ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	13 (3.23)	285 (70.90)	104 (25.87)
Mean = 92.86, SD = 30.57, Max = 157, Min = 31			

4. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ โดยใช้สถิติ Multiple linear Regression คัดเลือกตัวแปรอิสระที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานีที่มีค่า P-value < 0.2 เข้าโมเดล และผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในโมเดลสุดท้าย ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ทักษะความรู้ ความเข้าใจข้อมูล การพักอาศัยกับพ่อแม่และรับบริการทันตกรรมที่โรงเรียน ดังสมการต่อไปนี้

$$\begin{aligned} \text{คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ} = & 75.86 - 0.73(\text{ทักษะความรู้ ความเข้าใจข้อมูล}) + \\ & 3.53(\text{การพักอาศัยกับพ่อแม่}) + 2.26(\text{รับบริการทันตกรรมที่}) \\ & \text{โรงพยาบาล}) - 1.82(\text{รับบริการทันตกรรมที่คลินิก}) + \\ & 5.86(\text{รับบริการทันตกรรมที่โรงเรียน}) \end{aligned}$$

ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถอธิบายความผันแปรของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุได้ร้อยละ 20 และพบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุมากที่สุดเมื่อพิจารณาค่า Standardized Coefficients คือ ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ทักษะความรู้ ความเข้าใจข้อมูล โดยมีค่า $B = -0.73$ $\beta = 0.40$ รองลงมา คือ การพักอาศัยกับพ่อแม่ โดยมีค่า $B = 3.53$ $\beta = 0.13$

จากสมการที่ได้ แปรผลได้ดังนี้

เมื่อควบคุมตัวแปรรับบริการทันตกรรมที่โรงพยาบาล รับบริการทันตกรรมที่คลินิก รับบริการทันตกรรมที่โรงเรียน ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ทักษะความรู้ ความเข้าใจข้อมูล พบว่า นักเรียน ที่พักอาศัยกับพ่อแม่จะมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุมากกว่าผู้ที่ไม่ได้พักอาศัยกับพ่อแม่ 3.53 คะแนน (95%CI = 1.12 - 5.93)

เมื่อควบคุมตัวแปรการพักอาศัยกับพ่อแม่ รับบริการทันตกรรมที่โรงพยาบาล รับบริการทันตกรรมที่คลินิก ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ทักษะความรู้ ความเข้าใจข้อมูล พบว่า นักเรียนรับบริการทันตกรรมที่โรงเรียนจะมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับบริการทันตกรรมที่โรงเรียน 5.86 คะแนน (95% CI = 1.44 - 10.28)

เมื่อควบคุมตัวแปรการพักอาศัยกับพ่อแม่ นักเรียนรับบริการทันตกรรมที่โรงพยาบาล รับบริการทันตกรรมที่คลินิก รับบริการทันตกรรมที่โรงเรียน พบว่า เมื่อคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากทักษะความรู้ ความเข้าใจ ข้อมูลเพิ่มขึ้น 1 คะแนนจะส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุลดลง 0.73 คะแนน (95%CI = - 0.90 - - 0.57) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานี (n = 402)

ปัจจัยทำนาย	B	SE	β	t	95%CI	p – value
ทักษะความรู้ ความเข้าใจข้อมูล	-0.73	0.09	-0.40	-8.67	-0.90 - -0.57	<0.001
การพักอาศัยกับพ่อแม่	3.53	1.22	0.13	2.88	1.12-5.93	0.004
รับบริการทันตกรรมที่โรงพยาบาล	2.26	1.41	0.08	1.60	-0.51-5.03	0.110
รับบริการทันตกรรมที่ในคลินิก	-1.82	1.91	-0.05	-0.96	-5.57-1.93	0.340
รับบริการทันตกรรมที่โรงเรียน	5.86	2.25	0.12	2.61	1.44-10.28	0.010
ค่าคงที่ (Constant)	75.86	2.56				

R = 0.464 R Square = 0.215 adj R Square = 0.203 F = 17.672 p – value < 0.001

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากอาจจะไม่เห็นความสำคัญของช่องปากและการดูแลสุขภาพช่องปาก และด้วยวัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นที่เพื่อนค่อนข้างจะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตนได้ และบริบทของพื้นที่ของกลุ่มตัวอย่างเป็นพื้นที่ชนบท ผู้ปกครองที่เลี้ยงดูกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะไม่ใช่พ่อแม่ แต่จะเป็นปู่ย่าตายาย การให้ความสำคัญกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุน้อยกว่าผู้ปกครองที่เป็นพ่อแม่โดยตรง เนื่องจากมีความแตกต่างทางด้านความรู้ข้อมูลเรื่องโรคฟันผุหรือวิธีการป้องกัน โรคฟันผุที่ถูกต้อง และทันสมัย และพื้นที่ค่อนข้างจะอยู่ห่างไกลจากสถานที่รับบริการ และความหลากหลายในการเลือกรับบริการมีจำกัด ส่วนใหญ่จะรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หากจะเลือกใช้บริการที่อื่นจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และจากผลการศึกษาพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมการชอบรับประทานขนมหวาน เจลลี่ ลูกอม ช็อกโกแลต ชอบดื่มน้ำอัดลม ชอบรับประทานอาหารว่างขนมกรุบกรอบระหว่างมื้อ ไปพบทันตบุคลากรเมื่อปวดฟันเป็นบางครั้งเท่านั้น เมื่อมีอาการปวดฟันจะรักษาเองโดยอมน้ำเกลือและจะไปหาหมอหลังจากหายปวด พฤติกรรมเหล่านี้เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาในช่องปากได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Suwakhon, N. & Wongsawat, P., (2018) พบว่า ระดับการปฏิบัติกับการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากนักเรียนไม่เห็นความสำคัญขาดความตระหนักในการปฏิบัติดูแลสุขภาพช่องปากน้อยมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปากตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Sarae, R., Kanchanapoom, K. & Tansakul, K., (2021) พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในระดับถูกต้องแต่ไม่สม่ำเสมอ สะท้อนให้เห็นถึงความไม่ตระหนักของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ให้ความสำคัญกับการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากให้ดีเพื่อป้องกันการเกิดโรคในช่องปาก

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษามีลักษณะคล้ายคลึงกัน การตอบแบบสอบถามก็อาจจะคล้าย ๆ กัน มีลักษณะพื้นที่บริบททางเศรษฐกิจและทางสังคมที่ใกล้เคียงกัน และด้วยเหตุผลขบพบจะมีการดำรงชีวิตและการพักอาศัยที่ต่างจาก เขตอื่นอาจจะมีผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Hengtrakunvenit, K., Pormchat, K. & Phungpisan, R., (2020) พบว่า เด็กมีความรอบรู้เรื่องโรคฟันผุในระดับปานกลางอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างขาดความตระหนักในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคฟันผุ หรืออาจจะมียกขาะความรอบรู้ที่อยู่ข้างแต่ยังไม่สามารถปฏิบัติให้ตนเองมีพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมสอดคล้องกับการศึกษาของ Sarae, R., Kanchanapoom, K. & Tansakul, K., (2021) พบว่า ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพในการดูแลสุขภาพช่องปากโดยภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ สอดคล้องกับการศึกษาของ (SodSee, A., 2020) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.72$, $SD = 0.43$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Veerasamy, A., Kirk, P. R. & Gage, P. J. (2019) พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากปานกลาง ขาดทักษะความรู้ในการป้องกันโรคฟันผุ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในปัจจุบันมีแนวโน้มไม่เพียงพอต่อการป้องกันโรคฟันผุ และมี ส่วนน้อยเท่านั้นที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากดี ที่สามารถปฏิบัติตนป้องกันและจัดการโรคฟันผุได้ด้วยตนเอง

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ ในโมเดลสุดท้าย ได้แก่ ทักษะความรู้ ความเข้าใจข้อมูล ($B = -0.73$, $95\%CI = -0.90 - -0.57$) การพักอาศัยกับพ่อแม่ ($B = 3.53$, $95\%CI = 1.12 - 5.93$) และรับบริการทันตกรรมที่โรงเรียน ($B = 5.86$, $95\%CI = 1.44 - 10.28$) ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถอธิบายความผันแปรของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุได้ร้อยละ 20

ทักษะความรู้ ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ โดยพบว่านักเรียนที่มีคะแนนทักษะความรู้ ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ช่องปากเพิ่มขึ้น 1 คะแนนจะมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุลดลง 0.73 คะแนน เนื่องจาก นักเรียนมีการได้รับความรู้เรื่องโรคฟันผุจากการสอนในชั้นเรียนจากคุณครูจึงทำให้มีความรู้ แต่การมีความรู้นั้นกลับไม่ส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุนั้นดีไปด้วย อาจจะเนื่องจากนักเรียนมีความรู้ที่เป็นพื้นฐาน แต่ยังไม่สามารถนำเอาความรู้ที่มีมาประยุกต์วิเคราะห์หรือนำไปใช้ให้ตนเองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุที่ดีได้ และการมีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่ดีได้ จะต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่างร่วมด้วยการมีความรู้มากแต่มีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากไม่ดี อาจเป็นเพราะวัยนี้ให้ความสำคัญในเรื่องอื่นมากกว่าการป้องกันโรคฟันผุ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Darun, P. & Krairat, P., (2019) ที่พบว่าทักษะความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพสามารถร่วมทำนายระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างคือ ยิ่งกลุ่มตัวอย่างมีทักษะความรู้ ความเข้าใจมากจะทำให้ระดับพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น

การพักอาศัยกับพ่อแม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ โดยพบว่า นักเรียนที่พักอาศัยกับพ่อแม่จะมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุมากกว่านักเรียนที่พักอาศัยกับตายาย 3.53 คะแนน เนื่องจากบริบทของการศึกษาในครั้งนี้ จะพบว่านักเรียนส่วนใหญ่ร้อยละ 55.47 อาศัยอยู่กับตาและยาย พ่อแม่ไปทำงานต่างถิ่นฐาน ซึ่งตายายเป็นผู้สูงอายุที่อาจจะไม่เข้าใจพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุมากเท่าที่ควรแต่หาก

นักเรียนอาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่เป็นพ่อแม่ นั้น จะมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด มีหน้าที่ดูแลบุตรให้ความสนใจและให้ความสำคัญกับพฤติกรรมของบุตร และด้วยวัยรุ่นเองยังต้องพึ่งพาพ่อแม่ เป็นต้นแบบอย่างในการมีพฤติกรรม การป้องกันโรคฟันผุที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Sornchom, P. & Chatiket, P., (2022) พบว่า บทบาทของผู้ปกครองโดยเฉพาะพ่อ แม่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพช่องปาก และเป็นแบบอย่างในการมีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่ดี

รับบริการทันตกรรมที่โรงเรียนมีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับพฤติกรรม การป้องกันโรคฟันผุ โดยพบว่า นักเรียนที่รับบริการทันตกรรมที่โรงเรียนจะมีคะแนนพฤติกรรม การป้องกันฟันผุที่มากกว่านักเรียนที่รับบริการ ทันตกรรมที่อื่น 5.86 คะแนน เนื่องจากบริบทของกลุ่มตัวอย่างอยู่เขตชนบท สถานที่ให้เลือกรับบริการทันตกรรมตัวเลือกค่อนข้างมีไม่มากนักและสถานที่รับบริการที่ใกล้ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล และหน่วยบริการทันตกรรมเคลื่อนที่ที่โรงเรียน และด้วยนักเรียนเองต้องไปเรียนหนังสือทุกวัน หากเลือกรับบริการทันตกรรมที่โรงเรียนก็จะสะดวกในการเข้ารับบริการต่อตนเองและผู้ปกครองที่จะไม่เสียเวลาไปหาหมอในเวลาอื่น ไม่ต้องหยุดเรียนเพื่อไปทำฟันและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาในแต่ละครั้งได้ สอดคล้องกับ Health Education Division (2016) จัดกิจกรรมรณรงค์ ฟันสะอาด เหงือกแข็งแรง เพื่อส่งเสริมให้เด็กไทยมีฟันสะอาด เหงือกแข็งแรง และป้องกันการเกิดโรคฟันผุ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมการเรียนรู้ โดยการให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคฟันผุกับผู้ปกครองที่ไม่ใช่พ่อแม่โดยตรง เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนมีพฤติกรรม การป้องกันโรคฟันผุที่ดี เนื่องจากผู้ปกครองมีความสำคัญและเป็นต้นแบบอย่างในการมีพฤติกรรม การป้องกันโรคฟันผุ
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนให้มีหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ที่โรงเรียน และเพิ่มกลุ่มวัยนี้เข้ารับบริการด้วย เพื่อช่วยส่งเสริมการป้องกันโรคฟันผุในกลุ่มวัยนี้ ลดปัญหาการเกิด โรคฟันผุในฟันแท้และช่วยอำนวยความสะดวกค่าใช้จ่ายในการไปรับบริการทางทันตกรรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาเชิงเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากระหว่างนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเขตเมืองและเขตกึ่งเมือง เขตกึ่งชนบท เนื่องจากแต่ละพื้นที่จะมีบริบทที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็น การกิน การดำรงชีวิต วัฒนธรรม ล้วนอาจจะเป็นปัจจัยกำหนดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากให้แตกต่างกันได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะที่ดี ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงเรียน คณะครู และนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนขยายโอกาส ในเขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานีที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล วิจัยในครั้งนี้

References

- Best, J. W. (1981). *Research in education: 3rd ed.* Prentice-Hall.
- Bloom. (1971). *Mastery learning.* Holt, Rinehart & Winston.
- Bureau of Dental Health, Department of Health. (2018). *Report of the results of the 8th National Oral Health Survey, Thailand, 2017.* Bangkok: Sam Charoen Panich. (in Thai)
- Charophasrat, S. (2019). *Development of Oral Health Literacy Measure for Adult Dental Clients in The Context of Thai Society.* Master of Science Thesis: Prince of Songkla University. (in Thai)
- Cohen, J. (1992). "A power primer", *Psychological Bulletin.* 112(1): 155–159.
- Darun, P. & Krairat, P. (2019). Health Literacy Factors Influencing on Health Behavior of Population in Bueng Kan Province. *Journal of Department of Health Service Support,* 15(3): 71-82. (in Thai)
- Department of Health. (2017). *Mobility of Health Awareness and Health Communication Department of Health.* Retrieved 5 April 2022, from http://doh.hpc.go.th/data/HL/HL_DOH_drive.pdf. (in Thai)
- Department of Health. (2018). Thai children with dental caries Big problems affecting the future. *AnamaiMedia.* Retrieved 5 April 2022, from <https://multimedia.anamai.moph.go.th/help-knowledgs/kid-and-decay-tooth/>. (in Thai)
- Hayden, J. (2008). *Introduction to Health Behavior Theory.* Sudbury Mass: Jones & Bartlett Learning.
- Health Education Division. (2016). *Campaign activities - clean teeth - strong gums.* Retrieved 10 August 2022, from <http://www.hed.go.th/news/5098>.
- Hengtrakunvenit, K., Pormchat, K. & Phungpisan, R. (2020). Oral health promotion, oral health literacy, dental caries and quality of life among 12-year-old children, Klonglan district, Kamphangphet province. *Thai Dental Public Health Journal,* 25, 27–40. (in Thai)
- Horowitz, A. M. and Kleinman, D. V. (2008). Oral health literacy: The new imperative to better oral health. *Dental Clinics of North America,* 52(2): 333–344.
- Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. (2020). *HDC Ministry of Public Health.* Retrieved 1 July 2021, from <https://shorturl.asia/DwMqm>. (in Thai)
- Osborne, R.H., Batterham, R.W., Elsworth, G.R., Hawkins, H. & Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health,* 13(1), 658-675.

- Rongmuang, S., (2018). Applying Health Promotion Theories for Behavioral Modification to Prevent and Control Obesity. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*, 35(1): 87–102. (in Thai)
- Sarae, R., Kanchanapoom, K. & Tansakul, K. (2021). Oral Health Literacy and Oral Health Care of Early Adolescents in Yala Province. *Journal of Council of Community Public Health*, 3(3), 27–39. (in Thai)
- Sodsee, A., Nakorn, N. N. & Ngudgrtoke, S. (2019). Assessment of oral health literacy of primary school students. *Thai Dental Nurse Journal*, 30(2), 80–91. (in Thai)
- SodSee, A. (2020). Oral Health literacy and Experience in Dental Treatments of Grade 4-6 Students in Suphanburi Province. *Journal of Council of Community Public Health*, 2(1), 18–28. (in Thai)
- Sornchom, P. & Chatiketu, P. (2022). Relationship between Caregiver Oral Health Literacy and Dental Caries Status of Pre-school Children in Kongkailas District, Sukhothai Province. *The Journal of the Dental Association of Thailand*, 72(2): 329-339.
- Suwakhon, N. & Wongsawat, P. (2018). Factors Influencing Tooth Cleaning Behaviors for Dental Caries Prevention of Grade 6 Students in Muang District, Phitsanulok Province. *EAU Heritage Journal Science and Technology*, 12(2), 273–286. (in Thai)
- Veerasamy, A., Kirk, P. R., & Gage, P.J. (2019). Oral Health Literacy of Adolescents of Tamil Nadu, India. *Scholars Journal of Dental Sciences*, 3(4), 112–120.