



วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (2021)
มกราคม – เมษายน 2564



วารสาร สาธารณสุขและสุขภาพศึกษา

Thai Journal of Public Health and Health Education
ISSN 2773-9007





วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา (Thai Journal of Public Health and Health Education)

นโยบายและขอบเขตการตีพิมพ์

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษาเป็นวารสารรับตีพิมพ์บทความทางวิชาการ และบทความวิจัยด้านการแพทย์ ด้านการสาธารณสุข ด้านการพยาบาล ด้านสุขภาพศึกษา ด้านสหวิทยาการพฤติกรรมสุขภาพ และด้านสหวิทยาการวิทยาศาสตร์สุขภาพและนวัตกรรม

กระบวนการพิจารณาบทความ

บทความทุกบทความจะต้องผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญอย่างน้อย 2 ท่านแบบผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่งไม่ทราบชื่อกันและกัน (double-blind review)

ประเภทของบทความ

บทความวิจัย (Research Article)

บทความวิชาการ (Academic Article)

บทความปริทัศน์ (Review Article)

กำหนดการเผยแพร่ กำหนดการตีพิมพ์ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

ติดต่อกองบรรณาธิการ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี 187 หมู่ 3 ถนนสถลมารค ตำบลเมืองศรีไค
อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190

โทรศัพท์มือถือ : 08-1389-9146 , 09-4520-9823 , 045-2102709 ต่อ 251

คณะกรรมการวารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ดร.อรรณพ สนธิไชย

ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดอุบลราชธานี

บรรณาธิการที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.บุญชม ศรีสะอาด

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รองศาสตราจารย์ ดร.จำลอง วงษ์ประเสริฐ

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

นายแพทย์สุรพร ลอยหา

มหาวิทยาลัยมหิดล

บรรณาธิการ

ดร.ภคิน ไชยช่วย

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

รองบรรณาธิการ

ดร.ปิยะพันธุ์ จันทวารีย์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

ดร.ปณิตา ครองยุทธ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

อาจารย์แก้วใจ มาลีสัย

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร. ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

รองศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา พนมเขต

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์

มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี บุตรสอน

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปวีณา ลิ้มปทีปการ

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทันตแพทย์หญิง รัชฎา ฉายจิต

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วารเดช

มหาวิทยาลัยทักษิณ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิสากร ชีวะเกตุ

มหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุดา หันกลาง

มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

ดร.อรุณ บุญสร้าง

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ดร.ภูเบศ แสงสว่าง

มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร.มณฑิรา จันทวารีย์

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

ดร.สินีนารถ แต่เจริญกุล

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ดร.พยงค์ เทพอักษร

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

กองบรรณาธิการ

ดร.พงศ์พิษณุ บุญตา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์(พิเศษ)ดร.สมตระกูล ราศรี

ดร.สุพัฒน์ อาสนะ

ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์

ดร.ปริญญา จิตธำม

ดร.สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์

ดร.นุสรา ประเสริฐศรี

ดร.อุไรวรรณ ศิริธรรมพันธ์

ดร.สฤณี ผาอาว

ดร.กชพงศ์ สารการ

ดร.ปาริชาติ นัตนราช

ดร.ธนอมศักดิ์ บุญสู่

ดร.อรุณรัช บุรณะคงคาตรี

ดร.เกศินี หาญจรัสสิทธิ์

ดร.รัชชัญญ์ เชื้อลี

ดร.นฤมล กิ่งแก้ว

อาจารย์อนุสรณ์ บุญทรง

อาจารย์วัชรพล ทองควั่น

อาจารย์ศุภชัย ยามะเรือง

นายสมบัติ ชัดโพธิ์

นายไมตรี แก้วมงคล

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

ฝ่ายจัดการ

นายศรเพชร ไตรศรี

อาจารย์ศตายุ ผลแก้ว

นางสาวพิราพรรณ บรรพบุตร

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี



บทบรรณาธิการ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา (Thai Journal of Public Health Education : TJPHE) ได้ดำเนินการจัดทำวารสารเป็นฉบับที่ 1 มีกำหนดตีพิมพ์ปีละ 3 ฉบับ ได้มีบทความวิจัยทางด้านสุขภาพที่หลากหลายส่งเข้ามาตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่ให้เกิดประโยชน์การทำงานของสาธารณสุข โดยมุ่งเน้นในด้านการวิชาการ ด้านการแพทย์ ด้านการสาธารณสุขด้านการพยาบาล และด้านสุขภาพศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของวารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษาที่จัดทำขึ้น เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยทางด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ได้นำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงาน แก้ไขและพัฒนาสาธารณสุขต่อไป ซึ่งทุกบทความได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิประจำวารสารอย่างถูกต้องแล้วหวังว่าจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจต่อไป

บรรณาธิการ

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
ประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเมืองศรีโค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กิตติยา ศรีมาฤทธิ์ และคณะ.....	1
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคซิฟิลิสในนักเรียนอาชีวศึกษา วรัญญา ไชยโคตร และคณะ.....	17
การรับรู้หลักการทำงานเวชปฏิบัติครอบครัวของทันตแพทย์เขตสุขภาพที่ 9 ชมพูนุท ศรีพรหม.....	32
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลแสนสุข อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ปณิดา ครองยุทธ และคณะ.....	47
ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ศตายุ ผลแก้ว และคณะ.....	61

ประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเมืองศรีโค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

กิตติยา ศรีมาฤทธิ์^{1*}, อลิษา มุลวงศ์², ธิดานันท์ ดาสด³, เพ็ญศิริ นาโสภ⁴, แก้วใจ มาลีสัย¹, ภคิน ไชยช่วย¹
และ พรพรรณ มั่นตะสูตร¹

¹วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

²โรงพยาบาลศรีสวรรค์ อำเภศรีสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี

³โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก อำเภศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

⁴โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแก่ง อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร

(วันที่รับบทความ: 17 ธันวาคม 2563; วันที่แก้ไข: 2 กุมภาพันธ์ 2564.; วันที่ตอบรับ: 5 กุมภาพันธ์ 2564)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันผุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลเมืองศรีโค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน เลือกแบบแบบเฉพาะเจาะจงจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเมืองศรีโค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มควบคุมจำนวน 45 คน จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยขยุง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เครื่องมือที่ใช้ คือ โปรแกรมทันตสุขศึกษา 4 กิจกรรม เก็บข้อมูลด้วยแบบทดสอบความรู้ ทักษะคิด การดูแลสุขภาพช่องปากและแบบบันทึกการปฏิบัติงาน เครื่องมือวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา ค่า IOC = 0.70 ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ KR - 20 เท่ากับ 0.70 แบบสอบถามทักษะคิดและพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.70 และ 0.73 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t - test และ Independent t-test

ผลการศึกษาหลังจากได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คะแนนเฉลี่ยค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองและลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โปรแกรมทันตสุขศึกษานี้มีประสิทธิภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันผุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถนำไปส่งเสริมพัฒนาด้านความรู้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติและปรับพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อป้องกันโรคฟันผุให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้

คำสำคัญ : โปรแกรมทันตสุขศึกษา, พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

The Effects of Dental Health Education Program for Dental Caries Prevention among Village Health Volunteers in Muang Sri kai Sub-District Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province

Kittiya Srimarit^{1*}, Alisa Moolwong², Thidanan Dalad³, Pensiri Nasok⁴, Kaewjai Maleelai¹,
Pakin Chaichuay¹ and Pomphat Muntasoot¹.

¹Sirindhorn College of Public Health Ubon Ratchathani

²Srisangwon sukhothai Hospital, Sri Samrong District, Sukhothai

³Bok Health Promoting Hospital

⁴Ban Kang Tambon Health Promoting Hospital

ABSTRACT

The Quasi-experimental the design aimed to study the effects of a health education program for dental caries prevention among village health volunteers (VHVs) in Muang Sri Kai Sub-District Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani province. A total of 45 samples were recruited from VHVs in Muang Sri Kai Sub-District, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani province. The control group was 45 sample recruited from Huai kha Yung Sub-District, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani province. The tool of research was dental health education program, and the tools for collecting data were knowledge and attitude questionnaires and plaque inspection. The content validity of tool was 0.70. The reliability of knowledge testing by KR 20 test was 0.71. Attitude questionnaire and oral care behavior by Cronbach 's alpha coefficient was 0.70 and 0.73 respectively. Data analyzed using descriptive statistics and inferential statistics- paired t-test and Independent t-test.

The results revealed that after receiving the dental health education program. The knowledge, attitude and practice about the dental health care of VHVs were higher than before receiving the dental health education program and higher than control group significantly different at the 0.05 level. The plaque index was lower than before the experiment and lower than the control group significantly different at the 0.05 level. This dental education program was effective in tooth decay prevention behaviors among VHVs. It can be used to promote knowledge development, change the attitude and behavior of oral health care to prevent dental caries among VHVs.

Keywords: Dental Health Education Program, Dental Caries Prevention, Village Health Volunteers

*Corresponding author : kittiya@scphub.ac.th

บทนำ

โรคฟันผุเป็นปัญหาด้านทันตสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งได้ทวีคูณความรุนแรงของโรคขึ้นในทุก ๆ ปี โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 35-44 ปี มีแนวโน้มของค่าร้อยละในการเกิดโรคฟันผุที่สูงขึ้นกว่ากลุ่มวัยอื่นจาก 86.7 เป็น 91.8 สภาวะโรคปริทันต์ที่มีหินน้ำลายและมีเลือดออกมีค่าร้อยละจาก 39.3 เป็น 51.0 ซึ่งในแต่ละกลุ่มอายุก็ยังคงมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการสูญเสียฟันที่สำคัญอยู่เช่นกัน จากการสำรวจสภาวะช่องปากครั้งที่ 8 ปี พ.ศ.2560 ระดับประเทศพบว่า กลุ่มวัยทำงานอายุ 35-44 ปี มีฟันใช้งานในช่องปากเฉลี่ย 28.4 ซี่ มีความชุกในการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 91.8 ค่าเฉลี่ยผุ ถอน อุด (DMFT) เท่ากับ 6.6 ซี่ต่อคน ปัญหาเกิดจากรอยโรคสะสม ทั้งปัญหาปริทันต์ การอักเสบของเหงือก มีเลือดออกง่าย ร้อยละ 51.0 และปัญหาโรคฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 43.3 โดยปัญหาดังกล่าวจะแสดงอาการที่รุนแรงจนเกิดความเจ็บปวดและการสูญเสียฟันในช่วงอายุต่อไป ถ้าไม่ได้รับการดูแล ป้องกันและการรักษาที่เหมาะสม (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561)

จากการศึกษา ความรู้ เจตคติ พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะโรคฟันผุของ อสม. อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าสภาวะโรคฟันผุของ อสม.ตำบลเมืองศรีโค จำนวน 72 คน มีจำนวนผู้มีฟันผุ คิดเป็นร้อยละ 15.79 มีค่าเฉลี่ย (DMFT) เท่ากับ 8.30 ซี่ต่อคน และสภาวะโรคฟันผุของอสม.ในตำบลธาตุ จำนวน 83 คน มีจำนวนผู้มีฟันผุ คิดเป็นร้อยละ 14.89 มีค่าเฉลี่ย (DMFT) เท่ากับ 7.69 ซี่ต่อคน ซึ่งรวมจำนวน ทั้งสิ้น 155 คน มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 68.30 ด้านเจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 75.50 และด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 69.70 (ชาลินี พสุนนท์ และคณะ, 2561)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ถือว่ามีบทบาทสำคัญในงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านโดยได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย สื่อสารข่าวสารด้านสาธารณสุข เผยแพร่ความรู้ และที่สำคัญเป็นบุคคลที่มีบทบาทใกล้ชิดกับประชาชน (แจ่มนภา ไชคำ และคณะ, 2561) อสม.ซึ่งถือว่าเป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและการปฏิบัติงานต่อประชาชนในหมู่บ้านด้วยความเสียสละทั้งแรงกาย แรงใจ เวลา และทุนทรัพย์ในการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านให้สามารถพึ่งตนเองได้ ด้วยเหตุนี้กระทรวงจึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญและยอมรับว่าอาสาสมัครสาธารณสุข คือ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในชุมชนและเป็นแกนนำความรู้ความสามารถที่มีอยู่ เรื่องสุขภาพอนามัย การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนการให้บริการสาธารณสุข ที่สำคัญคือการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง การป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลขั้นต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และการจัดกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน เพื่อช่วยส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรคต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับประชาชนและรับมือกับโรคต่าง ๆ ได้ทุกสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (สิทธิพร เกษจ้อย, 2560) โดยบทบาท

ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นอกจากการสร้างเสริมสุขภาพการควบคุม ป้องกันโรคในชุมชนแล้วยังเป็นส่วนหนึ่งของประชาชน ในชุมชนเช่นกัน เพราะฉะนั้นการเข้าถึงคนในชุมชน การรู้จุดแข็ง จุดอ่อนของชุมชนจึงเป็นส่วนสำคัญในการช่วยให้การทำงานในชุมชนง่ายขึ้นและเช่นเดียวกันพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านย่อมเป็นแบบอย่างให้คนในชุมชนได้เป็นอย่างดี การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องย่อมนำมาซึ่งสุขภาพที่ดีและเป็นต้นแบบให้กับคนในชุมชนได้ (ศตวรรษ ศรีสมบัติ, 2559)

โปรแกรมทันตสุขภาพศึกษา เป็นโปรแกรมการจัดการสอนตามแผนทันตสุขภาพศึกษา ซึ่งประกอบไปด้วยสื่อต่าง ๆ ที่ช่วยเพิ่มระดับความรู้ ปรับทัศนคติ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากอย่างถูกวิธี (จุมพล แสงเพชร และคณะ, 2559) ดังนั้น การส่งเสริมให้อสม. เป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก โดยการให้ความรู้ ปรับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก และปรับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากจากระดับปานกลางให้สูงขึ้น เพื่อเป็นแบบอย่างและแกนนำที่ดีในการช่วยส่งเสริมและป้องกันปัญหาโรคฟันผุหรือโรคในช่องปากต่าง ๆ ให้กับประชาชนต่อไป

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจนำโปรแกรมทันตสุขภาพศึกษามาศึกษาประสิทธิผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคฟันผุของอสม. อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี และเปรียบเทียบพฤติกรรมโรคฟันผุของอสม. ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมทันตสุขภาพศึกษา เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก โดยเฉพาะโรคฟันผุในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพในเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขภาพศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันผุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

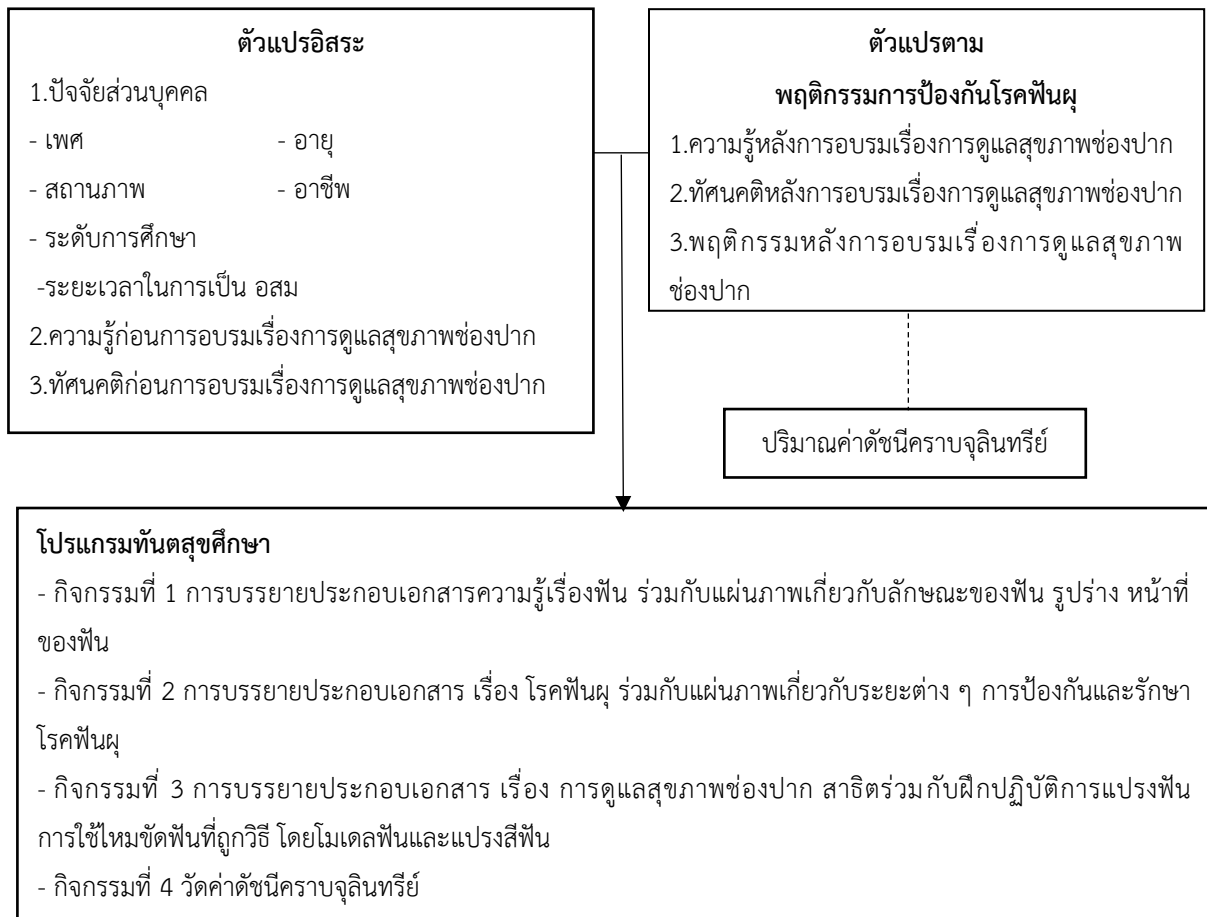
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4. เพื่อเปรียบเทียบค่าดัชนีความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี หลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

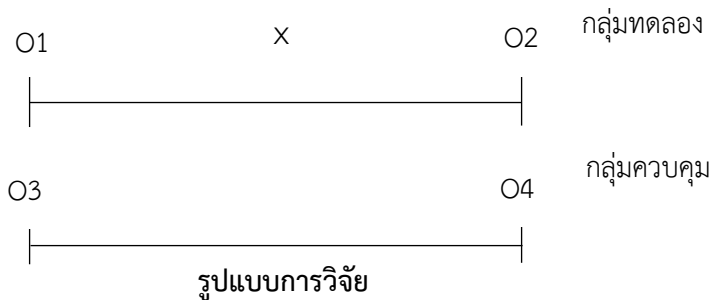
1. ภายหลังการทดลอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เพิ่มสูงขึ้น
2. ภายหลังการทดลอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติเพิ่มสูงขึ้น
3. ภายหลังการทดลอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุสูงขึ้น
4. ภายหลังการทดลอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีคะแนนเฉลี่ยค่าดัชนีความพึงพอใจลดลง

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

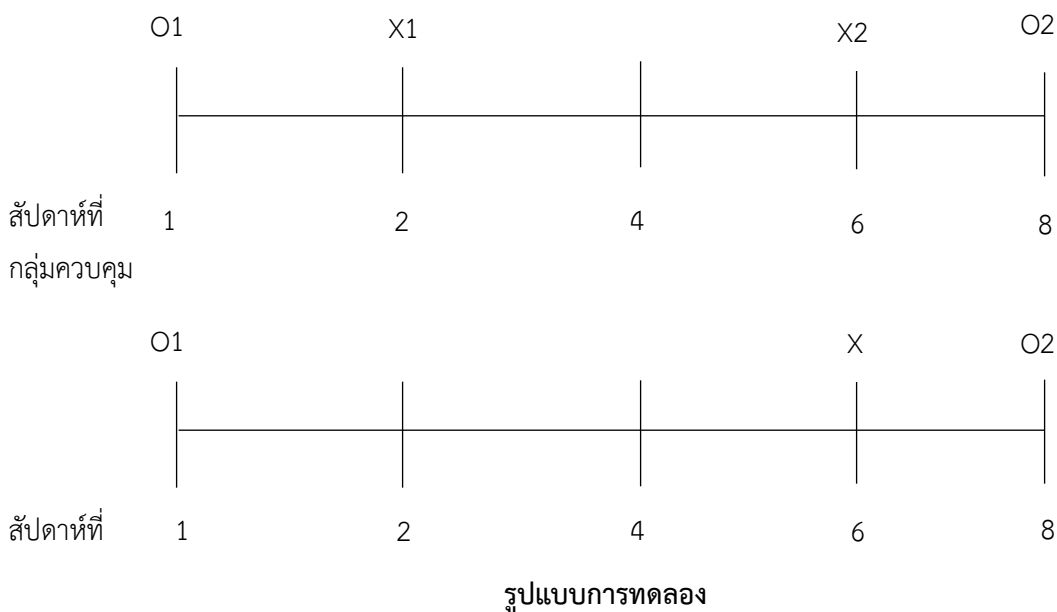
1.รูปแบบการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของ อสม. อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แบบแผนการทดลองแบบ Pre-post Test Two Group Comparison Design แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 45 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 45 คน



O1,O3 = การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ด้วยแบบสอบถาม เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม

O2,O4 = การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง ด้วยแบบสอบถาม เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม

X = โปรแกรมทันตสุขศึกษาร่วมกับแนวคิด ทฤษฎีความรู้ ทักษะและพฤติกรรมกลุ่มทดลอง



O1 = การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ด้วยแบบสอบถาม เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ ด้วยแบบบันทึกปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์

O2 = การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง ด้วยแบบสอบถาม เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ ด้วยแบบบันทึกปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์

X = แจกแบบสอบถามให้ความรู้โดยแผ่นพับ เกี่ยวกับโรคภายในช่องปาก รวมถึงการดูแลสุขภาพช่องปาก

X1 = ให้โปรแกรมทันตสุขศึกษา การให้ความรู้เรื่องฟัน โรคฟันผุ พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย

- การบรรยายประกอบเอกสาร เรื่องฟัน รูปร่าง ลักษณะ โครงสร้าง และหน้าที่ของฟัน
 - การบรรยายประกอบเอกสาร เกี่ยวกับความหมายของโรคฟันผุ ลักษณะอาการของโรค ผลเสีย วิธีการป้องกันรักษาโรคฟันผุ
 - การบรรยายประกอบเอกสาร เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การเลือกแปรงสีฟัน ยาสีฟัน การแปรงฟัน ด้วยวิธีขยับปัดและการใช้ไหมขัดฟัน สาธิตการแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟันที่ถูกต้องด้วยโมเดลฟันและแปรงสีฟันยักษ์ รวมถึงให้ผู้ทดลองปฏิบัติตาม
 - จัดทำแผ่นภาพความรู้เรื่องฟัน โรคฟันผุ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก
- X2 = ให้โปรแกรมทันตสุขศึกษา การให้ความรู้เรื่องฟัน โรคฟันผุ พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย
- การบรรยายประกอบเอกสาร เรื่องฟัน รูปร่าง ลักษณะ โครงสร้าง และหน้าที่ของฟัน
 - การบรรยายประกอบเอกสาร เกี่ยวกับความหมายของโรคฟันผุ ลักษณะอาการของโรค ผลเสีย วิธีการป้องกันรักษาโรคฟันผุ
 - การบรรยายประกอบเอกสาร เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การเลือกแปรงสีฟัน ยาสีฟัน การแปรงฟันด้วยวิธีขยับปัดและการใช้ไหมขัดฟัน สาธิตการแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟันที่ถูกต้องด้วยโมเดลฟันและแปรงสีฟันยักษ์ รวมถึงให้ผู้ทดลองปฏิบัติตาม
 - จัดทำแผ่นภาพความรู้เรื่องฟัน โรคฟันผุ และการปฏิบัติตนการดูแลสุขภาพช่องปาก

2. ประชากรในการศึกษา

2.1 แหล่งที่มาของประชากร

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2562 โดยผู้วิจัยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในเขตตำบลเมืองศรีไค จำนวน 121 คน และตำบลห้วยขะยุง จำนวน 138 คน และเป็นอส. อย่างน้อย 1 ปี

2.2 การได้มาซึ่งประชากรศึกษา

กลุ่มประชากรที่ศึกษาได้มาจากวิธีการ Matching โดยพิจารณาลักษณะที่สอดคล้องตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยต้องการที่จะศึกษา โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกตำบลในอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่จะศึกษาไว้ว่า

2 ตำบลต้องมีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน คือ มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอายุ 25 - 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ทำงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างน้อย 1 ปี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

1. ในตำบลต้องมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอายุที่ใกล้เคียงกัน
2. ในตำบลต้องมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจำนวนที่ใกล้เคียงกันทั้งสองตำบลจะต้องไม่มีรอยต่ออาณาเขตที่ติดต่อกัน เพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.2.1 กลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกอำเภอที่ใช้ในการวิจัย คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งใช้เกณฑ์ในการคัดเลือก คือ คัดเลือกชุมชนในเขต อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก โดยมีกลุ่มทดลอง 45 คน และ กลุ่มควบคุม 45 คน โดยมี

(1) เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion Criteria)

- เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองศรีโคและตำบลห้วยชะยุ้ง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีอายุ 25-59 ปี และมีอายุการทำงานอย่างน้อย 1 ปี

- เป็นบุคคลที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงพร้อมเข้าร่วมกิจกรรมได้
- ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา

(2) เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย (Exclusion Criteria)

- เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่มาในวันทีลงเก็บข้อมูลและไม่สามารถติดต่อได้หลังจากติดตามแล้ว 2 ครั้ง

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา (Simple size) มีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณด้วยด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.4 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 45 คน
2. ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง ทางคณะผู้วิจัยได้ออกแบบการได้มาซึ่งประชากรกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน โดยใช้การกระจายแบบสัดส่วน ดังนี้ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2555)

สูตร จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน = $\frac{N_i \times n}{N} = 121$ คน

3. แบ่งกลุ่มประชากรที่ศึกษา

3.1 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ เป็นการสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic Random Sampling) โดยเลือกสุ่มจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ที่มีลักษณะประชากร ที่ใกล้เคียงกัน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีขั้นตอนดังนี้

- 1) สร้างกรอบการสุ่มตัวอย่างโดยนำรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มาเรียงลำดับตามตัวอักษร และคำนวณการกำหนดช่วงการสุ่มตัวอย่าง

$$\text{จากสูตร } I = \frac{N}{n}$$

กลุ่มทดลอง	$I = \frac{121}{45} = 2.68 = 3$
กลุ่มควบคุม	$I = \frac{138}{45} = 3.06 = 3$

2) ทำการสุ่มตัวอย่างสมาชิกคนแรกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สุ่มได้เลข เท่ากับ 3

3) ทำการคำนวณนับช่วงของการสุ่ม โดยเริ่มจากเลข 3 สำหรับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สุ่มตัวอย่างข้ามทีละ 3 คน และกลุ่มควบคุม สุ่มตัวอย่างข้ามทีละ 3 คนเช่นเดียวกัน จนกว่าจะได้ครบตามขนาดตัวอย่างที่ต้องการ

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ใช้โปรแกรมทันตสุขภาพ พัฒนามาจากจุฬพล แสงเพชร (2559) การศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมทันตสุขภาพแบบประยุกต์ต่อพฤติกรรมป้องกันฟันผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนประชารัฐสามัคคี (ธนาครกรุงเท 13) จังหวัดอุบลราชธานี มีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมการส่งเสริมทันตสุขภาพ โดยมุ่งเน้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ ความเข้าใจ ในเนื้อหา ดังนี้

1). แผนการสอนที่ 1 เรื่องฟันการบรรยายประกอบเอกสารการเรียนรู้ดังนี้ หน้าที่ของฟัน โครงสร้างฟัน ประเภทของฟัน และรูปร่างลักษณะของฟัน จัดทำแผ่นภาพความรู้เรื่องฟันให้กับ อสม.ร่วมการอภิปรายและเปิดโอกาสให้ซักถาม

2). แผนการสอนที่ 2 เรื่องโรคฟันผุ การบรรยายประกอบเอกสารการเรียนรู้ ความหมายของโรคฟันผุ ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุ ระยะต่างๆของฟันผุ การป้องกันและการรักษา โรคฟันผุ จัดทำแผ่นภาพความรู้เรื่องโรคฟันผุให้กับ อสม. ร่วมการอภิปรายและเปิดโอกาสให้ซักถาม

3). แผนการสอนที่ 3 เรื่องพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก

- การบรรยายประกอบเอกสารการเรียนรู้ การทำความสะอาดช่องปาก การเลือกแปรงสีฟัน และยาสีฟัน การแปรงฟันด้วยวิธีขยับปิด ข้อแนะนำในการแปรงฟันและสาธิตและปฏิบัติวิธีการแปรงฟันด้วยวิธีขยับปิด และการใช้ไหมขัดฟันที่ถูกต้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ชุดที่ 1 แบบสอบถามผลของโปรแกรมทันตสุขภาพแบบพื้นฐาน ใช้แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยพัฒนาข้อคำถามของจุฬพล แสงเพชร (2559) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามผลของโปรแกรมทันตสุขภาพ แบบทดสอบด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 14 ข้อ, แบบสอบถามด้านทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 15 ข้อ และแบบสอบถามด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 ข้อ

2. ชุดที่ 2 แบบวัดค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ ใช้แบบบันทึกการวัดคราบจุลินทรีย์ (Plaque Index) (พรพรรณ, 2562) พัฒนามาจากแบบบันทึกประวัติผู้ป่วยของภาควิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ปีการศึกษา 2562 เป็นตัวชี้วัดทักษะการดูแลทันตสุขภาพโดยการตรวจฟันทั้งปาก ซึ่งมีเกณฑ์การบันทึก ดังนี้

เครื่องหมาย	(-)	= มีคราบจุลินทรีย์ที่ติดบนคอฟัน
ไม่ได้ใส่เครื่องหมาย	()	= ไม่มีคราบจุลินทรีย์ที่ติดบนคอฟัน
ไม่มีฟันขึ้นหรือไม่พบฟันขึ้น	(O)	

การคิดคะแนนปริมาณคราบจุลินทรีย์ของแต่ละคน

$$\text{คะแนนคราบจุลินทรีย์ของแต่ละคน} = \frac{\text{จำนวนด้านที่ติดสีย้อมคราบจุลินทรีย์} \times 100}{\text{จำนวนฟันในช่องปาก} \times 4}$$

เกณฑ์ในการแบ่งระดับปริมาณคราบจุลินทรีย์

คะแนนคราบจุลินทรีย์ < 30% หมายถึง มีทักษะการดูแลทันตสุขภาพในระดับดี

คะแนนคราบจุลินทรีย์ ≥ 30% หมายถึง มีทักษะการดูแลทันตสุขภาพในระดับควรปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity)

กลุ่มผู้วิจัยได้สร้างแบบแผนการสอนแล้วนำแบบแผนการสอนที่ได้ไปตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านวิชาชีพ 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้องที่มีค่ามากกว่า หรือเท่ากับ 0.66 ก็แสดงว่าข้อคำถามหรือประเด็นที่จะทำการรวบรวมมีความตรง (วาโร เฟิงส์วีสดี, 2551)

ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยค่าความสอดคล้องรวมของแบบสอบถาม แบบสอบถาม 3 ส่วน ส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4 มีค่าเฉลี่ยค่าความสอดคล้องเท่ากับ 0.71 0.98 และ 1 ตามลำดับ

การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

นำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ใกล้เคียงกัน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลคำขวาง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน จากนั้นนำมาทดสอบความเชื่อมั่นและเพื่อนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) ในการหาค่าความเชื่อมั่นในแบบทดสอบด้านความรู้ ข้อพิจารณาความเชื่อมั่นมากกว่าหรือเท่ากับ 0.7 ในแต่ละข้อ ถ้าน้อยกว่านี้จะนำผลที่ได้ไปพัฒนาแบบสอบถามให้ถูกต้องสมบูรณ์

ผลวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก เท่ากับ 0.70 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก เท่ากับ 0.70 และค่าความเชื่อมั่นของพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก เท่ากับ 0.73

การหาค่าความยากง่าย (Difficulty Index) เป็นค่าแสดงถึงร้อยละหรือสัดส่วนของผู้ที่ตอบข้อนั้นถูก เขียนแทนด้วย สัญลักษณ์ “p” มีค่าตั้งแต่ 0.00 ถึง 1.00 โดยคำนวณจากสูตร

$$p = \frac{R}{N} \text{ หรือ } p = \frac{Ru+RI}{2f} \text{ หรือ } p = \frac{PU+PL}{2}$$

แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ของกลุ่มเปรียบเทียบความสามารถระหว่างผู้สอบ ข้อสอบที่ง่าย เกินไปหรือยาก เกินไปจึงถือว่าเป็นข้อสอบที่ไม่สมควรนำมาใช้วัด ค่า p ที่อยู่ในเกณฑ์เหมาะสมอยู่ ระหว่าง 0.20 - 0.80 (บุญชม ศรีสะอาด, 2556)

การหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) คือ ประสิทธิภาพในการจำแนกผู้สอบออกเป็นกลุ่มสูง กับกลุ่มต่ำ นิยมเขียนแทนด้วยสัญลักษณ์ “r” มีค่าอยู่ระหว่าง -1.00 ถึง +1.00 โดยคำนวณจากสูตร

$$R = \frac{Ru+RI}{f} \text{ หรือ } r = PU - PL$$

ข้อสอบที่มีคุณภาพในด้านอำนาจจำแนก ควรมีค่าอำนาจจำแนกเป็นบวก ยิ่งมีค่ามากยิ่งดี ข้อที่ได้รับการคัดเลือกเป็นแบบทดสอบ จะต้องมีความอำนาจจำแนกไม่ต่ำกว่า 0.20 (บุญชม ศรีสะอาด, 2556)

การปรับมาตรฐานผู้ตรวจ

การปรับมาตรฐานในระหว่างผู้ตรวจ (Inter-examiner calibration) โดยให้ผู้ตรวจทุกคนตรวจตัวอย่าง ชุดเดียวกันประมาณ 20 คน และเปรียบเทียบผลการตรวจ หากได้ผลตรงกันไม่ถึงร้อยละ 80 จะให้ตรวจตัวอย่างเดิม เพื่ออภิปรายหาข้อสรุปกันในกลุ่มผู้ตรวจ หากมีผู้ตรวจคนใดให้ผลการตรวจแตกต่างจากกลุ่มมาก จะให้ฝึกปฏิบัติซ้ำ ใหม่ จนกว่าจะได้ผลตรงกันตามที่เกณฑ์กำหนด หากยังไม่สามารถปรับได้ จะถูกคัดออกจากทีมสำรวจ (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561)

จากนั้นนำผลการตรวจของผู้ตรวจทุกคนจะถูกนำมาวิเคราะห์ เพื่อหาค่าความตรงของผู้ตรวจกับมาตรฐาน ด้วยค่าสถิติ Kappa และ % agreement โดยเป้าหมายค่า Kappa สำหรับค่าดัชนีความตรง ต้องอยู่ในเกณฑ์ 0.8 ขึ้นไป (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561)

ผลการปรับมาตรฐานผู้ตรวจ ได้ดังนี้ การปรับมาตรฐานผู้ตรวจคนเดียวและการปรับ มาตรฐานในระหว่าง ผู้ตรวจมากกว่าหนึ่งคน คิดเป็นร้อยละ 84.82 นำมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความตรง ของผู้ตรวจกับมาตรฐานด้วยค่าสถิติ Kappa มีค่าเท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อเพื่อขออนุญาตในการทำวิจัยไปยังอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บใบขออนุญาตในการทำวิจัย

3. การเตรียมเอกสารที่ใช้การบันทึกปริมาณค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน แบบสอบถามผลของโปรแกรมทันตสุขภาพ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติและชุดตรวจ

4. ชักซ้อมความเข้าใจในระหว่างผู้วิจัยว่าควรมีขอบเขตเนื้อหาในการสอนอย่างไรในแต่ละกลุ่ม

ขั้นดำเนินการ

1. เป็นขั้นตอนการดำเนินการทดลอง โดยการให้โปรแกรมทันตสุขภาพ โดยใช้ทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม ดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง โดยการให้โปรแกรมทันตสุขภาพ

สัปดาห์	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
0	1. วัดค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ 2. แจกแบบสอบถามผลของโปรแกรมทันตสุขภาพ และเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม “ถ้าอสม.มาไม่ครบตามจำนวนทั้งหมดก็จะมีการลงมาเก็บข้อมูลซ้ำอีกครั้งในวันถัดไป”	1. วัดค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ 2. แจกแบบสอบถามผลของโปรแกรมทันตสุขภาพ และเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม “ถ้าอสม.มาไม่ครบตามจำนวนจะมีการลงมาเก็บข้อมูลซ้ำอีกครั้งในวันถัดไป”
2-6	การให้โปรแกรมทันตสุขภาพโดยแบ่งเป็นกิจกรรมการเรียนรู้ ตามแผนการเรียนรู้ที่กำหนดไว้ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การบรรยายประกอบเอกสารความรู้เรื่อง ฟัน ร่วมกับแผ่นภาพเกี่ยวกับลักษณะของฟัน รูปร่างหน้าที่ของฟัน กิจกรรมที่ 2 การบรรยายประกอบเอกสาร เรื่อง โรคฟันผุ ร่วมกับแผ่นภาพเกี่ยวกับระยะต่าง ๆ การป้องกันและรักษาโรคฟันผุ กิจกรรมที่ 3 การบรรยายประกอบเอกสาร เรื่อง การดูแลสุขภาพช่องปาก สาธิตร่วมกับฝึกปฏิบัติการแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟันที่ถูกต้องวิธี	แจกแผนพับให้ความรู้เรื่องฟัน รูปร่างของฟัน หน้าที่ของฟัน โรคฟันผุ การรักษาโรคฟันผุระยะต่างๆของโรคฟันผุ การป้องกันโรคฟันผุ วิธีการแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟันที่ถูกต้องวิธี
8	เก็บข้อมูลหลังการให้โปรแกรม	

สัปดาห์	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	1. วัดค่าดัชนีการเจ็บป่วย 2. แจกแบบสอบถามผลของโปรแกรมทันตสุขภาพและเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม “ ถ้าสม.มาไม่ครบตามจำนวนจะมีการลงมาเก็บข้อมูลซ้ำอีกครั้งในวันถัดไป”	1. วัดค่าดัชนีการเจ็บป่วย 2. แจกแบบสอบถามผลของโปรแกรมทันตสุขภาพและเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม “ ถ้าสม.มาไม่ครบตามจำนวนจะมีการลงมาเก็บข้อมูลซ้ำอีกครั้งในวันถัดไป”

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติวิเคราะห์เชิงบรรยาย

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติวิเคราะห์เชิงอนุมาน

1) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านการดูแลทันตสุขภาพ ทักษะด้านการดูแลทันตสุขภาพ พฤติกรรมด้านทันตสุขภาพ และค่าดัชนีการเจ็บป่วยก่อนและหลังการทดลอง โดยทดสอบค่า t (Paired sample t –test เพื่อทดสอบสมมติฐาน)

2) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านการดูแลทันตสุขภาพ ทักษะด้านการดูแลทันตสุขภาพ พฤติกรรมด้านการดูแลทันตสุขภาพ และค่าดัชนีการเจ็บป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง โดยการทดสอบค่า t (Independent sample t - test)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ทำในมนุษย์ โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมในการวิจัย ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี มีมติเห็นชอบอนุมัติให้ดำเนินการโครงการวิจัย เลขรับรองเลขที่ SCPHUB 043/2562 รับรองตั้งแต่วันที่ 21 พฤศจิกายน 2562

ผลการวิจัย

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 82.20 อายุส่วนใหญ่ 52 และ 53 ปี ร้อยละ 13.30 สถานภาพส่วนใหญ่สมรสร้อยละ 80 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 66.70 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 46.70 ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง 10 – 19 ปี ร้อยละ 24.40 จากการทดลอง พบว่า ระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของสม. ตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี อยู่ในระดับสูงจำนวน 36 คน ร้อยละ 80 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 8 คน ร้อยละ 17.80 และระดับต่ำจำนวน 1 คน ร้อยละ 2.20 ระดับทัศนคติด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับสูงจำนวน 35 คน ร้อยละ 77.80 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 10 คน ร้อยละ 22.20 ระดับพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 42 คน ร้อยละ 99.30

รองลงมา อยู่ในระดับต่ำจำนวน 3 คน ร้อยละ 6.70 ค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ มีค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ที่ลดลงอยู่ในระดับควรปรับปรุง จำนวน 33 คน ร้อยละ 73.30) และในระดับดี จำนวน 12 คน ร้อยละ 26.70

อภิปรายผล

จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันผุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเมืองศรีโค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากภายหลังการทดลองอสม. ได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพ มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่าอสม. กลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมทันตสุขภาพมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ จากการได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพที่เน้นให้กลุ่มทดลองมีความสนใจและสามารถจำได้ในสิ่งที่เรียนรู้ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง โดยรูปแบบสื่อการสอน เป็นการบรรยาย ภาพประกอบ การสาธิต และกิจกรรมกลุ่ม ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้น โดยสอดคล้องกับการศึกษาของศตวรรษ ศรีสมบัติ (2559) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขภาพเพื่อแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ภายหลังการได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพมีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากที่สูงกว่าเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมติฐานที่ 1

ทัศนคติด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก ภายหลังการทดลองอสม. ในกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพ มีทัศนคติด้านการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่าอสม. กลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมทันตสุขภาพมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ จากการได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพที่เน้นให้กลุ่มทดลองมีความรู้ที่ถูกต้องและตระหนักถึงโทษของการไม่ดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง โดยการใช้สื่อแผ่นพับ ในการนำเสนอให้เห็นถึงความรุนแรงและผลกระทบที่ตามมา ซึ่งส่งผลให้มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอ ทำให้กลุ่มทดลองมีทัศนคติสูงขึ้น โดยสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณรัตน์ ชื่นปลัด, ยินดี พรหมศิริไพบูลย์ และวันเพ็ญ แก้วปาน (2560) ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมทันตสุขภาพ มีทัศนคติด้านการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในระยะเวลา 10 สัปดาห์ สอดคล้องกับสมมติฐานที่ 2

พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก ภายหลังการทดลองอสม. ในกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพ มีพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมทันตสุขภาพมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เนื่องจากการได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพที่มีรูปแบบการสอนอย่างเป็นกิจกรรมกลุ่ม มีสื่อการสอนที่น่าสนใจ ระบุถึงโทษของการไม่ดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่

ไม่ได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษา จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้ และการปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยสอดคล้องกับการศึกษาของศตวรรษ ศรีสมบัติ (2559) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาเพื่อแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ภายหลังการได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษามีพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปากที่สูงกว่าเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมติฐานที่ 3

ค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ ภายหลังการทดลองอสม. ในกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษามีค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษา แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมทันตสุขศึกษามีผลทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลองมีทักษะการแปรงฟันที่ดีกว่า อสม. กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษา เนื่องจากการได้มีการจัดกิจกรรม โดยสาธิตการแปรงฟันอย่างถูกวิธีจากโมเดลฟัน และมีการย้อมสีฟันในกลุ่มทดลอง จากนั้นให้กลุ่มทดลองแปรงฟันด้วยตนเอง ทำให้เห็นประสิทธิภาพการแปรงฟันของตนเอง เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มทดลองได้ฝึกปฏิบัติดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้จริง จนเกิดความเข้าใจและนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้อง โดยสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณรัตน์ ชื่นปลัด, ยินดี พรหมศิริไพบุลย์ และวันเพ็ญ แก้วปาน (2560) ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษา และลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมติฐานที่ 4

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาในการแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้เกิดการเรียนรู้ด้านทันตสาธารณสุขในชุมชน ทำให้เกิดความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตน การรับรู้ และการมีส่วนร่วมซึ่งสามารถนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในงานอื่นๆได้

2. สามารถนำงานวิจัยผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาในการแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปพัฒนาร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลวิจัยไปใช้ จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขในชุมชน จะมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นนั้น คนในชุมชนจะต้องกล้าที่จะเข้าร่วมกิจกรรมในด้านทันตสาธารณสุขเพิ่มขึ้น

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ เพิ่มเติมมาร่วมในการศึกษา และควรมีการศึกษาในระยะเวลาที่มากขึ้น เพื่อที่จะเพิ่มเวลาในการให้โปรแกรมทันตสุขศึกษาให้มีความน่าสนใจ สามารถจดจำ และทำได้มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2555). *การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย Excel*. พิมพ์ครั้งที่ 4. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุมพล แสงเพชร และคณะ. (2559). ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาแบบประยุกต์ต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนพระราชรัษฎามัคคี (ธนาคารกรุงเทพ 13) จังหวัดอุบลราชธานี.
- แจ่มนภา ไชคำและคณะ. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอสม.ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ต.ธาตุ อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี. *วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 12(2), 59-68.
- ชาลินี พสุนนท์ และคณะ. (2561). ความรู้ เจตคติ พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะโรคฟันผุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.
- พรพรรณ มั่นตะสูตร. (2562). คู่มือและแบบประเมินทักษะการทำหัตถการ วิชาทันตกรรมคลินิกผสมผสาน 2. เอกสารประกอบการสอน วิชาทันตกรรมคลินิกผสมผสาน.
- วาโร เพ็งสวัสดิ์. (2551). *วิธีวิทยาการวิจัย*. กรุงเทพฯ:สุวีริยาสาส์น.
- ศตวรรษ ศรีสมบัติ. (2559). ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาเพื่อแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สิทธิพร เกษจ้อย. (2560). บทบาทการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลโนนท่อน อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสถาบันวิจัยพัฒนธรรม*, 4(1), 163-173.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคซิฟิลิสในนักเรียนอาชีวศึกษา

วรัญญา ไชยโคตร*, รัตติยา พานิชพัฒน์, เกศินี หาญงังสิทธิ์, ภคิน ไชยช่วย และ อรุณราช บุรณะคงคาตรี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

(วันที่รับบทความ: 1 ธันวาคม 2563; วันที่แก้ไข: 31 ธันวาคม 2563 ; วันที่ตอบรับ: 5 กุมภาพันธ์ 2564)

บทคัดย่อ

นักเรียน นักศึกษา จัดอยู่ในกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังการติดเชื้อซิฟิลิส เนื่องจากอยู่ในกลุ่มวัยเจริญพันธุ์และมีความอยากรู้อยากลอง เพื่อนฝูง สภาพแวดล้อมต่างๆ ซึ่งอาจทำให้เสี่ยงต่อการยั่วให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อซิฟิลิสได้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคซิฟิลิสในนักเรียนอาชีวศึกษา และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคซิฟิลิสในนักเรียนอาชีวศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนอาชีวศึกษา แห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 320 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว แบบทดสอบความสามารถในการอ่าน แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพเรื่องซิฟิลิส แบบสอบถามการรับรู้เรื่องโรคซิฟิลิส แบบสอบถามการควบคุมตน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ chi – square และสถิติ Spearman Rank correlation ที่ระดับนัยสำคัญสถิติ เท่ากับ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนอาชีวศึกษามีพฤติกรรมป้องกันโรคซิฟิลิสอยู่ในระดับปรับปรุง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคซิฟิลิสของนักเรียนอาชีวศึกษา คือ เพศ ผลการเรียนรู้ที่ผ่านมา สัมพันธภาพในครอบครัว ความฉลาดทางสุขภาพภาพ การ รับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคซิฟิลิส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่ง ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางให้กับสถานศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคซิฟิลิสและป้องกัน พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในนักเรียนอาชีวศึกษา

คำสำคัญ : ปัจจัย พฤติกรรม การป้องกัน โรคซิฟิลิส นักเรียนอาชีวศึกษา

Factors Related with Syphilis Prevention Behavior in Vocational Students

Waranya Chaiyakhot, Rattiya Paniphat, Kesinee Hanjangsitthi, Pakin Chaichuay and

Urarach Booranakhonkhatri

Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani

Abstract

Students are the group that needs surveillance for syphilis because they are reproductive age group, curiosity, and environments that may increase the risk of behavior for syphilis infection. This study was a cross - sectional analytical study. The objective of research was to study the preventive behavior of syphilis and to examine the factors related to the syphilis prevention behaviors of vocational students. The samples were 320 vocational students. The research instruments were questionnaire including a general information questionnaire, family relationship questionnaire, reading ability test, health literacy test about syphilis, awareness test about syphilis, and self-control questionnaire. The reliability of tool was 0.73. Data analyzed by frequency, percentage, mean and standard deviation. The correlation was analyzed by chi-square and Spearman Rank correlation at the statistical significance level of 0.05.

The results found that vocational students had preventive behavior for syphilis at the low level. Factors related to the preventive behavior for syphilis of vocational students were gender, learning achievement, family relationships, Health Literacy, perception of violence, and the perception of benefits in preventing syphilis significant at the 0.05 level. The results can be used as guidelines for educational institutions for promoting syphilis prevention behavior and prevention of sexually transmitted infections in vocational students.

Keywords: Factors, Behavior, Prevention, Syphilis, Vocational Students

*Corresponding author : tonnam37881@gmail.com

บทนำ

โรคซิฟิลิส (Syphilis) เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อแบคทีเรีย *Treponema pallidum* เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ทำให้ประชาชนทุกภูมิภาคทั่วโลกเจ็บป่วยถึงขั้นเสียชีวิต เป็นโรคปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย จากรายงานสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั่วโลกขององค์การอนามัยโลก ปี 2558 พบว่ามีผู้ติดเชื้อจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั่วโลกมากกว่า 1 ล้านคนต่อวัน พบว่าเป็นผู้ป่วยโรคซิฟิลิส 5.6 ล้านคน (WHO, 2019) โดยประเทศไทยเคยมีการแพร่ระบาดในปี พ.ศ. 2543 ได้มีการควบคุมโรคทำให้การระบาดของโรคลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ในพ.ศ. 2556 พบว่าโรคซิฟิลิสกลับมาระบาดในประเทศไทยอีกครั้ง ซึ่งมีอัตราป่วยสูงถึง 5.3 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงชันมากกว่าปี 2543 ถึง 2 เท่า และยังมีการระบาดเพิ่มขึ้นในทุกๆปี (วารสาร มั่นสุกุล, 2559) ปัจจุบันพบอัตราป่วย 8.86 ต่อแสนประชากร ส่วนใหญ่พบในเพศชาย (กรมควบคุมโรค, 2562) ซึ่งภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบผู้ติดเชื้อมากเป็นอันดับ 3 ของประเทศ (สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคกลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2560) และจังหวัดอุบลราชธานี มีอัตราป่วยด้วยโรคซิฟิลิสติดอันดับ 8 ของประเทศ ที่มีอัตราป่วยเท่ากับ 9.38 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าอัตราป่วยสูงสุดที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ (กรมควบคุมโรค สำนักระบาดวิทยา, 2562) โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 15-24 ปี ที่เป็นกลุ่มของนักเรียน นักศึกษา พบว่ามีอัตราป่วยสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (สำนักระบาดวิทยา, 2562) แสดงให้เห็นถึงการมีเพศสัมพันธ์อย่างไม่ปลอดภัย (จุไรรัตน์ รัตนเลิศนารีและคณะ, 2562) ส่งผลกระทบต่อรัฐบาล ต้องสูญเสียงบประมาณที่ใช้เพื่อพัฒนาประเทศมาเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย และจัดทำโครงการหรือกิจกรรมในการรณรงค์แก้ไขปัญหาระบาดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (รายงานสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2560)

โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคซิฟิลิส ได้แก่ ปัจจัยทางพฤติกรรม การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่สวมถุงยางอนามัย การมีคู่นอนหลายคน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยเหล่านี้ต่างมีความเกี่ยวเนื่องกัน โดยเฉพาะการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งจะทำให้ระดับการรับรู้ลดลงและส่งผลให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (สมิตตา สว่างทุกข์, 2558) และปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่กับครอบครัว (จุฬามาศ เบ้าคำทอง, 2562) การเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ อาทิเช่น การอ่านหนังสือ การดูวิดีโอ หรือสื่อที่เกี่ยวข้องกับสิ่งปลุกเร้าทางเพศเป็นประจำทุกวัน (กฤษกันทร สุวรรณพันธ์, 2562) และการเข้าถึงสถานบันเทิง (นิชาภัทร ปุ่มมีกิจ, 2559) สาเหตุที่โรคซิฟิลิสกลับมาอีกครั้ง เนื่องจากกลุ่มนักเรียน นักศึกษามีพฤติกรรมทางเพศที่เปลี่ยนไป สิ่งหนึ่งที่จะนำไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต่อเหมาะสม และอาจเป็นตัวแปรสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของนักเรียนนักศึกษาได้คือ ความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy) ซึ่งเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึงเข้าใจ

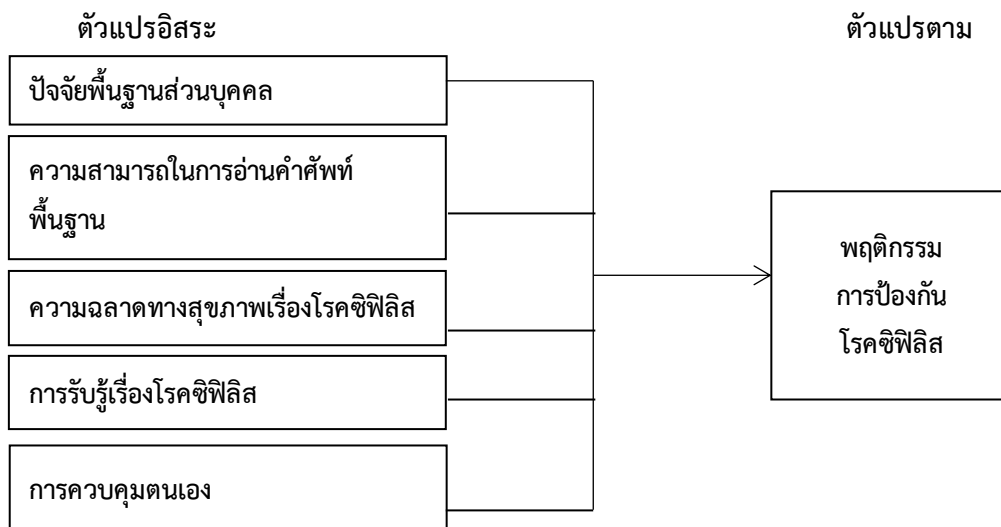
ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้คงที่อยู่เสมอ (World Health Organization, 1998) ดังนั้น ความฉลาดทางสุขภาพเป็นเสมือนกุญแจที่ไขไปสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าโรคซิฟิลิสที่เคยระบาดในอดีตนั้นได้มีการกลับมาระบาดอีกครั้ง และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มอายุ 15 – 24 ปี โดยเฉพาะกลุ่มของนักเรียนนักศึกษา (รายงานสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2562) การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษาเป็นกลุ่มที่ต้องมีการเฝ้าระวังการติดเชื้อซิฟิลิส เนื่องจากนักเรียนอาชีวศึกษาอยู่ในกลุ่มวัยเจริญพันธุ์และมีความอยากรู้อยากลอง และมีสถิติการมีเพศสัมพันธ์สูงกว่านักเรียนและนักศึกษาในระดับอื่น(กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคเอดส์วันโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักระบาดวิทยา, 2562) ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องทราบความฉลาดทางสุขภาพของนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อสร้างความเข้าใจประเด็นสุขภาพ และพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลเพื่อการรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน สามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้และกำหนดเป้าหมายในการดูแลสุขภาพตนเองได้ (กฤษกันทร สุวรรณพันธ์, 2562) ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบของปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศในวัยรุ่น และเป็นแนวทางในการกำหนดมาตรการในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคซิฟิลิสในนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคซิฟิลิสในนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross - Sectional Analytical Study Design) ทำการเก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาเป็นนักเรียนอาชีวศึกษาที่กำลังศึกษาในวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี และวิทยาลัยการอาชีพวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ระดับการศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) และระดับปริญญาต่อเนื่อง ขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้ใช้สูตรการหาขนาดตัวอย่างในการทดสอบสมมติฐานสัมพันธ์ (อรุณ จิรวรรณกุล, 2553) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 320 คน

$$n = \left(\frac{Z_{\alpha/2} + Z_{\beta}}{Z_r} \right)^2 + 3$$

โดยกำหนดให้ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$$Z_r = \frac{1}{2} \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right) = 0.182$$

($r = 0.18$ สัมพันธ์ภาพ ในครอบครัวกับกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ (วนิดา ภูพันหงษ์, 2559))

$$\alpha = 0.05 \quad Z_{0.025} = 1.96$$

$$\text{อำนาจการทดสอบ } 0.90 \quad Z_{0.01} = 1.28$$

$$\alpha_{\text{error}} = 1.96 \text{ และ } \beta_{\text{error}} = 1.28$$

แทนค่าลงในสูตร

$$\begin{aligned} n &= \left(\frac{1.96+1.28}{0.182} \right)^2 + 3 \\ &= 319.92 \\ &\approx 320 \end{aligned}$$

จากการแทนค่าในสูตรได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 320 คน

หมายเหตุ ใช้ $Z(\alpha/2)$ ในสูตรกรณีการทดลองสมมติฐานเป็นแบบ 2 ด้าน

ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling)

1.กำหนดกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่เป็นนักศึกษาในวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี และวิทยาลัยการอาชีพวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 320 คน

2. คำนวณโดยใช้ค่าสัดส่วนแบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละวิทยาลัยวิทยาลัย

3. นำกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยจำแนกประชากรตามระดับการศึกษาทั้งหมด 3 ระดับ ได้แก่ระดับการศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) และระดับปริญญาตรี (ต่อเนื่อง) โดยการสุ่มอย่างง่าย

โดยมีเกณฑ์รับเข้าศึกษาคือเป็นผู้ที่กำลังศึกษาในวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี และวิทยาลัยการอาชีพวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ปีการศึกษา 2562 ระดับการศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) และระดับปริญญาต่อเนื่องอายุ 15-24 ปี สามารถอ่านออกเขียนได้ สื่อสารรู้เรื่อง มีความสนใจและยินยอมให้เก็บข้อมูลวิจัย เกณฑ์คัดออกจากการศึกษาคือผู้ไม่อยู่หรือลาในวันเวลาที่ลงเก็บข้อมูล หลังจากติดตามแล้ว 2 ครั้ง

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัยมีทั้งหมด 5 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ตอนที่ 2 แบบทดสอบความสามารถในการอ่านคำศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ วัดความสามารถในการอ่านพัฒนามาจากแบบประเมินความสามารถในการอ่านคำศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วทั้งหมด 66 คำ ตอนที่ 3 แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพเรื่องโรคซิฟิลิส พัฒนามาจากแบบวัดความรู้เรื่องโรคเอดส์ ตอนที่ 4 แบบทดสอบการรับรู้เรื่องโรคซิฟิลิส พัฒนามาจากแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ และตอนที่ 5 แบบทดสอบการควบคุมตนเอง พัฒนามาจากแบบวัดความสามารถในการควบคุมตนเอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณาให้คะแนนความตรงด้านเนื้อหา มีค่า IOC เท่ากับ 0.70 และค่าความเชื่อมั่น Alpha ของ Cronbach เท่ากับ 0.73

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการวิทยาลัยอาชีวศึกษาจังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยและผู้ช่วยแนะนำตัวต่อกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมที่จะเข้าร่วมวิจัยจะทำการทำแบบทดสอบและแบบสอบถามทันทีโดยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสัมภาษณ์ซึ่งใช้เวลาตอบประมาณ 30 นาที

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean), ร้อยละ (Percent), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation), ค่ามัธยฐาน, เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25, 75 และสถิติเชิงวิเคราะห์ ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์

ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมการป้องกันโรคซิกา วิเคราะห์โดยใช้สถิติ chi – square test , Fisher s Exact test และ Spearman Rank Correlation ที่ระดับนัยสำคัญสถิติ เท่ากับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยการสาธารณสุข - สิรินคร จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SCPHUB 070/2562 วันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ.2562 และผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลในกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตัวเอง ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับ และผู้วิจัยนำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของนักเรียนอาชีวศึกษา

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของนักเรียนอาชีวศึกษา จำแนกตามปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน) N = 320	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	119	37.2
หญิง	201	62.8
อายุ		
ต่ำกว่า 17 ปี	124	38.8
17 ปี ขึ้นไป	196	61.3
ผลการเรียนภาคเรียนที่ผ่านมา		
เกรดเฉลี่ยน้อยกว่า 3.00	154	48.1
เกรดเฉลี่ยตั้งแต่ 3.00 ขึ้นไป	166	51.9
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ดื่ม	100	31.3
ไม่ดื่ม	220	68.8
สัมพันธภาพในครอบครัว		
ปรับปรุง	101	31.6
ดี	219	68.4

ตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าผู้ตอบแบบสอบถามและทำแบบทดสอบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าร้อยละ 60 มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 17 ปี มากกว่าร้อยละ 40 มีผลการเรียนน้อยกว่า 3.00 มีการดื่มเครื่องดื่มผสม แอลกอฮอล์ มากกว่าร้อยละ 30 สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีมากกว่าร้อยละ 60

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการป้องกันโรคซิฟิลิส

ระดับคะแนน	จำนวน (N=103)	ร้อยละ
พฤติกรรมการป้องกันโรคซิฟิลิส		
ดี	28	27.2
ปรับปรุง	75	72.8

ตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่านักเรียนอาชีวศึกษามีพฤติกรรมการป้องกันโรคซิฟิลิสส่วนใหญ่อยู่ในระดับปรับปรุงมากถึงร้อยละ 72.8 และอยู่ในระดับดีเพียงร้อยละ 27.2

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับความฉลาดทางสุขภาพเรื่องโรคซิฟิลิส ในนักเรียนอาชีวศึกษา

ความฉลาดทางสุขภาพ	ระดับความฉลาด		
	ดี	ปานกลาง	ปรับปรุง
	จำนวน%	จำนวน%	จำนวน%
ความฉลาดทางสุขภาพเรื่องโรคซิฟิลิสรวม	87(27.2)	146(45.6)	87(27.2)
ความรู้เรื่องโรคซิฟิลิส	60(18.8)	181(56.6)	79(24.7)
การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและการบริการทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคซิฟิลิส	69(21.6)	123(66.6)	38(11.9)
ทักษะการสื่อสารด้านการป้องกันโรคซิฟิลิส	61(19.1)	183(57.2)	76(23.8)
ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคซิฟิลิส	0(0.0)	257(80.3)	63(19.7)
การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคซิฟิลิส	0(0.0)	250(78.1)	70(21.9)
ความรู้เท่าทันสื่อเรื่องโรคซิฟิลิสในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	21(6.6)	278(86.9)	21(6.6)

ตารางที่ 3 แสดงให้เห็นระดับความฉลาดทางสุขภาพเรื่องโรคซิฟิลิสของนักเรียนอาชีวศึกษาภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 45.6 เมื่อแบ่งรายด้านพบว่าทั้ง 6 ด้านมีระดับความฉลาดทางสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง แต่ในด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยและความรู้เท่าทันสื่อนั้น พบว่าไม่มีผู้ที่อยู่ในระดับที่ดี

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของระดับความฉลาดทางสุขภาพเรื่องโรคซิฟิลิส ในนักเรียนอาชีวศึกษา

ความรู้เรื่องซิฟิลิส	ระดับความฉลาด		
	ดี	ปานกลาง	ปรับปรุง
	จำนวน%	จำนวน%	จำนวน%
การรับรู้เกี่ยวกับโรคซิฟิลิสภาพรวมโรคซิฟิลิส	198(61.9)	115(35.9)	7(2.2)
การรับรู้ความรุนแรงของโรคซิฟิลิส	166(51.9)	144(45.0)	10(3.1)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อซิฟิลิส	56(17.5)	220(68.8)	44(13.8)
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคซิฟิลิส	149(46.6)	150(46.9)	21(6.6)
การควบคุมตนเอง	36(11.3)	244(76.3)	40(12.5)

ตารางที่ 4 แสดงให้เห็นการรับรู้เกี่ยวกับโรคซิฟิลิสของนักเรียนอาชีวศึกษา โดยการรับรู้ภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีร้อยละ 61.9 เมื่อแบ่งรายด้านพบว่า การรับรู้ความรุนแรงส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีร้อยละ 51.9 การรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 68.8 แต่ในด้านของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคที่มีการรับรู้ที่อยู่ในระดับดี และระดับปานกลางไม่แตกต่างกัน การควบคุมตนเองพบว่านักเรียนอาชีวศึกษาส่วนใหญ่มีการ ควบคุมตนเองในระดับปานกลางมากถึงร้อยละ 76.3

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคซิฟิลิส

Chi – square test

ตัวแปร	ระดับพฤติกรรม		χ^2	p-value
	ดี (จำนวน)	ปรับปรุง (จำนวน)		
เพศ			6.542	0.011*
ชาย	5(12.8)	34(87.2)		
หญิง	23(35.9)	41(64.1)		
อายุ			2.336	0.126
ต่ำกว่า 17 ปี	7(18.4)	31(81.6)		
17 ปี ขึ้นไป	21(32.2)	44(67.7)		
ผลการเรียนภาคเรียนที่ผ่านมา			8.800	0.003*
เกรดเฉลี่ยน้อยกว่า 3.00	10(16.4)	51(83.6)		
ตารางที่ 5 (ต่อ)				
เกรดเฉลี่ยตั้งแต่ 3.00 ขึ้นไป	18(42.9)	24(57.1)		
การดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์			3.518	0.061
ดื่ม	7(17.1)	34(82.9)		
ไม่ดื่ม	21(33.9)	41(66.1)		
สัมพันธภาพในครอบครัว			4.942	0.026*
ปรับปรุง	5(13.9)	31(86.1)		
ดี	23(34.3)	44(65.7)		
การอ่านคำศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ เรื่องโรคซิฟิลิส			0.761	0.383

ต่ำกว่าประถมศึกษาปีที่ 6	-	2(100)
ประถมศึกษาปีที่ 6 ขึ้นไป	73(72.3)	28(27.7)

*p < 0.05

ตารางที่ 5 แสดงให้เห็นปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคซิฟิลิส คือ เพศ ผลการเรียนรู้ภาคเรียนที่ผ่านมา และสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคซิฟิลิส ในขณะที่อายุ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และทักษะการอ่านคำศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคซิฟิลิสในนักเรียนอาชีวศึกษา

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคซิฟิลิส

Spearman Rank Correlation

ตัวแปร	พฤติกรรมการป้องกันโรคซิฟิลิส	
	r	p-value
ความฉลาดทางสุขภาพเรื่องโรคซิฟิลิสรวม	0.294	0.003*
ความรู้เรื่องโรคซิฟิลิส	0.122	0.221
การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและการบริการทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคซิฟิลิส	0.171	0.84
ทักษะการสื่อสารด้านการป้องกันโรคซิฟิลิส	0.105	0.289
ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคซิฟิลิส	0.242	0.014*
การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคซิฟิลิส	0.175	0.078
ความรู้เท่าทันสื่อเรื่องโรคซิฟิลิสในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	0.178	0.072
การรับรู้เรื่องโรคซิฟิลิส	0.268	0.006*
การรับรู้ความรุนแรงของโรคซิฟิลิส	0.254	0.010*
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อซิฟิลิส	0.043	0.666
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคซิฟิลิส	0.251	0.011*
การควบคุมตนเอง	0.040	0.692

*p < 0.05

ตารางที่ 6 แสดงให้เห็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของนักเรียนอาชีวศึกษา พบว่าความฉลาดทางสุขภาพเรื่องโรคซิฟิลิสรวม โดยเฉพาะด้านทักษะการตัดสินใจในการป้องกัน โรคซิฟิลิส การรับรู้เรื่องโรคซิฟิลิสรวม โดยเฉพาะในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ซิฟิลิส และด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคซิฟิลิส มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมป้องกันโรคซิฟิลิสของนักเรียนอาชีวศึกษา (p < 0.05)

อภิปรายผล

นักเรียนอาชีวศึกษามีพฤติกรรมการป้องกันโรคซิฟิลิสอยู่ในระดับต่ำ โดยปัจจัยที่มีความความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคซิฟิลิสของนักเรียนอาชีวศึกษาคือ เพศ ผลการเรียนรู้ที่ผ่านมา สัมพันธภาพในครอบครัว ความฉลาดทางสุขภาพภาพรวม ทักษะการตัดสินใจ การรับรู้ภาพรวม การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคซิฟิลิส

นักเรียนอาชีวศึกษามีพฤติกรรมการป้องกันโรคซิฟิลิสอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่านักเรียนอาชีวศึกษายังขาดความรู้เรื่องโรคซิฟิลิส อาจเนื่องจากโรคซิฟิลิสเป็นโรคที่เคยมีการระบาดในอดีตซึ่งได้หายไปแล้ว แต่ปัจจุบันนั้นได้มีการกลับมาระบาดอีกครั้งจึงทำให้กลุ่มของนักเรียนนั้นยังขาดความรู้เรื่องโรคในเรื่องของอาการ การติดต่อ การป้องกันโรค ความรู้ดังกล่าวมีผลต่อความฉลาดทางสุขภาพและการรับรู้เรื่องโรคซิฟิลิส ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของนักเรียนอาชีวศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญยง เกี่ยวการค้า (2554) และ ศุภกานต์ นุสรณ์รัมย์(2557)

เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคซิฟิลิสของนักเรียนอาชีวศึกษา โดยเพศหญิงจะมีพฤติกรรมป้องกันที่ดีกว่าเพศชาย ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่าในการมีความสัมพันธ์ทางเพศของวัยรุ่นปัจจุบัน ผู้หญิงมักเป็นฝ่ายที่ต้องรับผิดชอบในการป้องกันมากกว่าผู้ชาย เพราะนอกจากจะเสี่ยงที่จะติดโรคแล้ว เพศหญิงนั้นกลัวว่า จะมีความเสี่ยงที่อาจจะเกิดการตั้งครรภ์ได้ จึงทำให้เพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันที่ดีกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ พอเพ็ญ ไกรนรา (2556)

ผลการเรียนรู้ที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคซิฟิลิสของนักเรียนอาชีวศึกษา ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่านักเรียนที่มีผลการเรียนสูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันที่ดี เนื่องจากระดับของผลการเรียนเป็นตัวบ่งบอกถึงความรู้ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ของบุคคล ความสามารถในการควบคุมตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จึงทำให้นักเรียนกลุ่มนี้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคซิฟิลิสที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ณิชภัทร ปุ่มมีกิจ (2559)

การดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคซิฟิลิสของนักเรียนอาชีวศึกษา ทั้งนี้การศึกษาพบว่า หากยังมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องนั้น อาจนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและส่งผลให้เกิดการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตามมาได้ จึงทำให้มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคซิฟิลิสของนักเรียนอาชีวศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิวานิตย์ ทองคำ (2562)

สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคซิฟิลิสของนักเรียนอาชีวศึกษา ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่า การพึ่งพาอาศัยกันของคนในครอบครัว ความไว้วางใจ การทำกิจกรรมร่วมกัน และการอาศัยอยู่กับผู้ปกครอง มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคซิฟิลิสของนักเรียนอาชีวศึกษา การได้รับการอบรมสั่งสอนที่ถูกต้อง

โดยเฉพาะเรื่องพฤติกรรมเพศตั้งแต่อยู่กับครอบครัว การสร้างความคุ้นเคย การเปิดโอกาสสนทนากันของผู้ปกครองและวัยรุ่นนั้นจะช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น และยังช่วยในการแสดงออกบทบาททางสังคมได้อีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีญาญ เจริญศิริ (2562)

การอ่านคำศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์เรื่องโรคซิฟิลิส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคซิฟิลิสของนักเรียนอาชีวศึกษา ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่านักเรียนส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการอ่านอยู่ในระดับประถมศึกษาปีที่ 6 ขึ้นไป แต่นักเรียนอาชีวศึกษายังคงขาดความรู้ด้านสุขภาพที่จะเป็นตัวช่วยให้เกิดผลลัพธ์ทางพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญยง เกี่ยวการค้า (2554)

ความฉลาดทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคซิฟิลิสของนักเรียนอาชีวศึกษา โดยเฉพาะในด้านทักษะการตัดสินใจ ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่า การไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อให้ตนเองมีสติ การปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนไปเที่ยวสถานบริการทางเพศ และปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนจากคนที่เพิ่งรู้จักชักชวนให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคได้ ซึ่งทักษะการตัดสินใจปฏิเสธถือเป็นพฤติกรรมการป้องกันโรคซิฟิลิสที่ดี ซึ่งความสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาวณิ มนตรี (2557) และ กฤษกันทร สุวรรณพันธ์ (2562)

การรับรู้เรื่องโรคซิฟิลิส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคซิฟิลิสของนักเรียนอาชีวศึกษา โดยเฉพาะในด้านการรับรู้ความรุนแรง ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่านักเรียนอาชีวศึกษาเชื่อว่าหากป่วยโรคซิฟิลิสจะมีผลกระทบต่อตนเอง คนใกล้ชิด และภาพลักษณ์ที่คนอื่นมอง จึงทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดี และในด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค จากการศึกษาพบว่านักเรียนอาชีวศึกษาเชื่อว่าหากสวมใส่ถุงยางอนามัยจะสามารถป้องกันโรคซิฟิลิสได้ การมีคู่นอนเพียงคนเดียวจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อซิฟิลิส ทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคซิฟิลิสที่ดี สอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจากการศึกษาของ ศุภกานต์ นุสรณ์รัมย์ (2557)

การควบคุมตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคซิฟิลิสของนักเรียนอาชีวศึกษา ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่า ในการแก้ไขนิสัยที่ไม่ดีของตนเองหรือการยับยั้งชั่งใจของบุคคล ที่สามารถบังคับตนเองหรือพฤติกรรมของตนเองได้ เมื่อเจอสิ่งยั่วยุจะช่วยให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมแม้มีอุปสรรคไม่ได้มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าตัวบุคคลยังขาดความฉลาดทางสุขภาพและการรับรู้เรื่องโรคซิฟิลิสที่เพียงพอ ทำให้ไม่มีเป้าหมายในการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายในการควบคุมตนเอง ซึ่งทำให้ไม่มีพฤติกรรมการป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ พนมพร ปิยะกุล (2559)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายหรือการรณรงค์ เรื่องการป้องกันโรคซิฟิลิสในนักเรียนอาชีวศึกษา โดยเฉพาะความฉลาดทางสุขภาพและการรับรู้เรื่องโรคซิฟิลิส

2. เป็นแนวทางในการให้ความรู้เรื่องโรคซิฟิลิสแก่นักเรียนอาชีวศึกษา โดยการเน้นย้ำในเรื่องความรุนแรงของโรคและประโยชน์ของการป้องกันโรคซิฟิลิส เนื่องจากโรคซิฟิลิสนั้นเป็นโรคที่เคยระบาดในอดีตและได้หายไปแล้ว แต่ในปัจจุบันได้กลับมาระบาดอีกครั้งจึงจำเป็นต้องมีการให้ความรู้แก่นักเรียน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคในระยะยาว

3. ควรมีการให้ความรู้เรื่องโรคซิฟิลิสแก่นักเรียนอาชีวศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเน้นย้ำในเรื่องความฉลาดทางสุขภาพด้านทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคซิฟิลิส การปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ปฏิบัติพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคและด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ดี

4. ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับเรื่องโรคซิฟิลิส เพื่อนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของนักเรียนอาชีวศึกษา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ดังนั้นการศึกษากครั้งต่อไปควรเป็นการศึกษาไปข้างหน้าจากเหตุไปผล

2. การศึกษากครั้งต่อไปควรมีการนำโปรแกรมสุขศึกษาเข้าไปเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก่อนและหลังการให้สุขศึกษา

เอกสารอ้างอิง

- กฤษกันทร สุวรรณพันธ์ และคณะ. (2562). ปัจจัยความฉลาดทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายเพศชายในจังหวัดบึงกาฬ. *สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 26(2), 71 – 82.
- กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคเอดส์วันโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักระบาดวิทยา. (2562). รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนักเรียน ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561 (พิมพ์ครั้งที่ 1). กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคเอดส์วันโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักระบาดวิทยา
- จุฑามาศ เบ้าคำกองและสุภารัตน์ คตะตา. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษา: กรณีศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. *สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 26(1), 67 – 76.
- จุไรรัตน์ รัตนเลิศนาวิ และอภิชาภา รัศมี. (2562). ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีในแรงงานข้ามชาติที่เป็นโรคซิฟิลิสและมี พฤติกรรมเสี่ยงด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์: กรณีศึกษา อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 33(1), 46-57.
- ณิชาภัทร ปุ่มมีกิจ. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เมืองพัทยา [วิทยานิพนธ์]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พนมพร ปิยะกุล. (2559). พฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดสมุทรปราการ [วิทยานิพนธ์]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พอเพ็ญ ไกรนรา. (2556). ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนระดับมัธยมในโรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองสระบุรี. *วารสารศูนย์การศึกษาทางแพทยศาสตร์ คลินิกโรงพยาบาลปกเกล้า*, 30(4), 274-286.
- ภาวิณี มนต์รี. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคเอดส์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์ของข้าราชการทหารกองพลทหารปืนใหญ่ ค่ายพิบูลสงคราม จังหวัดลพบุรี [วิทยานิพนธ์]. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- วรางคณา มั่นสกุล. (2559). การติดเชื้อซิฟิลิสและเอชไอวี. *วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร*, 60(2), 147-158.
- วัชรพร เชยสุวรรณ. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : แนวคิดและการประยุกต์สู่ การปฏิบัติการ พยาบาล. *วารสารแพทยนาวิ*, 44(3), 183 – 195.

- ศรัญญา เจริญศิริ, ชัญญิดาคุชฎีและ ยุวดี สีสักนาวิระ. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในนักศึกษาชายของการศึกษานอกระบบโรงเรียน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลปกเกล้า, 30(2), 14-25.
- ศิวานิตย์ ทองคำ, ฉวีวรรณ บุญสุยา, เสาวนีย์ ทอง นพคุณและ สาวิตรี วิษณุโยธิน. (2562). พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนช่วงชั้นที่ 2 ในพื้นที่อุตสาหกรรม จังหวัดชลบุรี. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 15(1), 86-98.
- สำนักงานโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2561). รายงานประจำปี พ.ศ. 2560 สำนักงานโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (พิมพ์ครั้งที่ 1). โรงพิมพ์ เจ.เอส. การพิมพ์.
- สุมิตตา สว่างทุกซ์และ ปาริชาติ ทาโน. (2558). การศึกษาการตระหนักรู้ในพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนวัยรุ่น. วารสารเกื้อการุณย์, 22(2), 41 – 56.
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2560). ยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ พ.ศ.2560 – 2564 (พิมพ์ครั้งที่1). กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

การรับรู้หลักการทำงานเวชปฏิบัติครอบครัวของทันตแพทย์เขตสุขภาพที่ 9

ชมพูนุท ศรีพรม

โรงพยาบาลจักราช ตำบลจักราช อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา

(วันที่รับบทความ: 18 พฤศจิกายน 2563 ; วันที่แก้ไข: 11 กุมภาพันธ์ 2564 ; วันที่ตอบรับ: 15 กุมภาพันธ์ 2564)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้หลักการทำงานเวชปฏิบัติครอบครัวของทันตแพทย์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม หัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 9 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 73 คน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในเขตนครชัยบุรินทร์ 89 แห่ง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) การรับรู้หลักการทำงานเวชปฏิบัติครอบครัว 6 ด้าน และ 3) ข้อเสนอแนะ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.64 ประสบการณ์การทำงาน 0 -11 มากที่สุด ร้อยละ 52.5 โรงพยาบาลที่มีแผนจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว และมีแผนจัดตั้งเพิ่มแห่งอื่นอีก ร้อยละ 35.60 ทันตแพทย์ส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นผู้รับผิดชอบการดำเนินงานทันตสุขภาพแต่ไม่ได้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 42.50 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ไม่ได้ลงปฏิบัติงาน ร้อยละ 78.10 และการรับรู้หลักการทำงานเวชปฏิบัติครอบครัว 6 ด้าน จำแนกตามเกณฑ์ระดับการรับรู้ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับการรับรู้สูง ร้อยละ 58.90 อยู่ในระดับการรับรู้ปานกลาง ร้อยละ 23.30 และอยู่ในระดับการรับรู้ต่ำ ร้อยละ 17.80 ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ เท่ากับ 33.84 ± 6.13

คำสำคัญ: เวชปฏิบัติครอบครัว, ทันตแพทย์เขตสุขภาพที่ 9, การรับรู้หลักการทำงานเวชปฏิบัติครอบครัว 6 ด้าน

Perception Principles of Family Practice of Dentist in Health Region 9th

Chompoonut Sriprom

Chakkarat Hospital, Chakkarat District, Nakhon Ratchasima Province

Abstract

The purpose of this research was to study perception principals of family practice of dentist for head of department in the Health Region 9th.The descriptive study design was conducted. The sample was 73 head of dentist's department who work in the Health Region 9th, 89 Nakhonchaiburin Hospital.

Electronic survey forms were distributed for collecting data that including 1) Personal data, 2) Perception to 6 principals of family practice of dentist, and 3) the recommendations.Descriptive statistics were used to analyses the data that including frequency, average and percentage and standard deviation.The results found that most samples were female (61.64%), 11 years of work experience was the most (52.5 %). Hospitals have been established family doctor and 35.60 percent will establish in the future.

Most of samples were responsible for performing dental health operations, but they have not performed 42.50%. Dentists responsible for Dental Health were not on duty (78.10%) in last 6 months. Perception to 6 principals of family practice of dentist was high level (58.9%), moderate level (23.3%) and low level (17.80%). The mean of perception principles of family practice of dentist was 33.84 (SD $\pm$ 6.1).

Keywords: family practice, dentist, Health Region 9th, perception principles

*Corresponding author : Champoo2499@hotmail.com

บทนำ

ระบบบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขของไทย ปัจจุบันเปรียบเสมือนสามเหลี่ยมหัวกลับที่ตั้งอยู่บนยอดสามเหลี่ยม ขาดความมั่นคงในระบบ การบริการถูกขับเคลื่อนด้วยโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ให้บริการโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาดูแลผู้ป่วยเป็นรายโรค รายอวัยวะขาดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ทั้งเรื่องความแออัด ระยะเวลารอคอยรับบริการที่นาน ความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับบริการของประชาชน ส่งผลให้ประชาชนเกิดความไม่พึงพอใจในบริการ กระทรวงสาธารณสุข และรัฐบาลชุดปัจจุบันต้องการแก้ปัญหาระบบบริการที่เป็นอยู่ให้กลับมาตั้งอยู่บนฐานสามเหลี่ยมที่ควรเป็น คือ ระบบบริการระดับปฐมภูมิที่เน้นการดูแลรักษา ป้องกันโรคง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) โดยปี พ.ศ.2559 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินนโยบายพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิภายใต้นโยบายคลินิกหมอครอบครัว ซึ่งจะขยายให้ครอบคลุมหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งประเทศในอีก 10 ปีข้างหน้า (สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 มาตรา 55 ที่กำหนดให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง และมีมาตรฐานที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และกำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561) องค์การอนามัยโลกได้เน้นให้เห็นความสำคัญของการบริการปฐมภูมิ ว่ามิใช่เป็นบริการการรักษาพยาบาลที่เป็นเพียงการคัดกรองโรคเบื้องต้น แต่เป็นบริการที่ผสมผสานอยู่ในหน่วยบริการใกล้บ้าน มีการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับประชาชนในการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (WHO, 2008) มีการประสานบริการกับบริการเฉพาะทางหรือบริการทางสังคมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (Starfield B, 1998) เน้นคุณภาพการให้บริการเชิงสังคมควบคู่ไปกับบริการเชิงเทคนิค โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นผู้จัดบริการแก่ประชาชนตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ การให้คำปรึกษา การให้สุขศึกษา การวินิจฉัยและการรักษาความเจ็บป่วยของประชากรที่ดูแล (AAP, 2019)

คลินิกหมอครอบครัวถือเป็นนโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทยซึ่งเป็นระบบที่มีมานานกว่า 10 ปี ส่งผลดีต่อประชาชน เปรียบเสมือนเป็น “ยุคทองของเวชศาสตร์ครอบครัว” และเป็น “โอกาส” ที่จะทำให้มีแพทย์เวชศาสตร์เพิ่มขึ้น (เดชา คนธภักดี และคณะ, 2561) นโยบายนี้มุ่งเน้นที่จะพลิกกลับสามเหลี่ยมการให้บริการของระบบสาธารณสุขไทยเพื่อความแข็งแรงของระบบ โดยการจัดให้มีทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข และวิชาชีพอื่น ๆ รวมเป็นทีมหมอครอบครัว ร่วมดูแลประชาชนที่รับผิดชอบโดยใช้หลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลมีแนวคิดที่สำคัญ 5 ประการ คือ การเป็นผู้ดูแลแต่แรก (primary medical care or care on first contact basis) ให้บริการทางการแพทย์แบบองค์รวม (holistic care) การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (continuing care) การดูแลแบบครอบคลุมผสมผสาน (comprehensive care) และการมีระบบการให้คำปรึกษาและการส่งต่อ

(consultation and referral system) ที่มีประสิทธิภาพ¹ การที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมหมอครอบครัว จะสามารถให้การดูแลประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ได้จำเป็น ต้องมีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะความสามารถดำเนิน กิจกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านแรกคือ ด้านการจัดการบริการปฐมภูมิ (primary care management) ซึ่งถือเป็นบริการ ด้านแรกของระบบบริการสาธารณสุขในลักษณะของการจัดการแบบผสมผสาน การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องด้วยแนวคิดแบบองค์รวมแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน มีระบบการส่งต่อ และประสานงานกับองค์กรชุมชน เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเองทั้งยามป่วยและไม่ป่วย ได้อย่างสมดุล (คณะอนุกรรมการการพัฒนาเครือข่ายบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2545), (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2541) ด้านที่สองคือด้านการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการดูแลแบบองค์รวม (person-centered and holistic care) คือ การที่ผู้ป่วย และแพทย์ต่างก็มีส่วนร่วมในการจัดการดูแลความเจ็บป่วย (Bauman AE, Fardy HJ, Harris PG, 2019) มุ่งเน้นการดูแลทุกมิติของผู้ป่วย คำนึงถึงประสบการณ์การเจ็บป่วย ของผู้ป่วยแต่ละรายรวมถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยนั้น ๆ (E. B, 1969), (Stewart M, 2001) เน้นการสร้างความสัมพันธ์ และการสื่อสารที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในการดูแล (Mead N, Bower P, 2000), (Illingworth R, 2010), (Stewart M et al., 2003) จากหลายการศึกษาพบว่า การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สามารถลดการฟ้องร้องทางการแพทย์ได้ (Benefits of Patient-Centered Care, 2011), (Eastaugh SR, 2004), (Foster HP, Schwartz J, DeRenzo E, 2002), (Saxton JW, 2001) ด้านที่สามคือ ด้านการมีทักษะการแก้ปัญหา เฉพาะ (specific problem-solving skill) โดยผ่านกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (ราชวิทยาลัยแพทย์เวช ศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย, 2553), (Aveyard H, Sharp P, Woolliams M, 2011) ด้านที่สี่คือด้านการดูแล แบบครอบคลุม (comprehensive approach) ด้านที่ห้าคือด้านการดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว (family oriented approach) และด้านสุดท้ายคือด้านการดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน (community oriented approach) (วิชุดา จิรพรเจริญ, 2561), (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ทศนีย์ ญาณะ, และณัฐกา สงวนวงษ์, 2556)

โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งประกอบด้วย จังหวัดนครราชสีมา สุรินทร์ บุรีรัมย์และชัยภูมิมีโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน 89 แห่ง ข้อมูลจากกลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 ถึง 2562 เขตสุขภาพที่ 9 มีการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวแล้วทั้งสิ้น 111 แห่ง และมีแผนที่จะจัดตั้งเพิ่มอีก 191 แห่ง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ซึ่งตามเกณฑ์ต้องมีทันตแพทย์ร่วมเป็นทีมหมอครอบครัว ดังนั้นจึงจำเป็นที่ทันตแพทย์ ต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนมีทักษะความสามารถในการปฏิบัติงานตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวทั้ง 6 ด้าน ที่กล่าวมาจึงจะดำเนินงานในคลินิกหมอครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาการรับรู้หลักการทำงานเวชปฏิบัติครอบครัวของทันตแพทย์ในเขตสุขภาพที่ 9 ครอบคลุม ทั้ง 6 ด้าน โดยศึกษาในทันตแพทย์หัวหน้ากลุ่มงาน / หัวหน้าฝ่ายเพราะเป็นผู้ที่รับนโยบาย ถ่ายทอดนโยบายสู่ ทันตแพทย์ผู้ปฏิบัติ ควบคุมกำกับ ติดตามการดำเนินงานมีบทบาทในการออกแบบ / กำหนดวิธีการทำงานและอาจต้อง

ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวด้วยเช่นกัน ผลการศึกษาที่ได้จะนำไปใช้จัดอบรมให้ความรู้ด้านเวชปฏิบัติครอบครัวที่รับผิดชอบ และที่ลงไปปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวของเขตสุขภาพที่ 9 ให้สามารถดูแลสุขภาพช่องปากประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

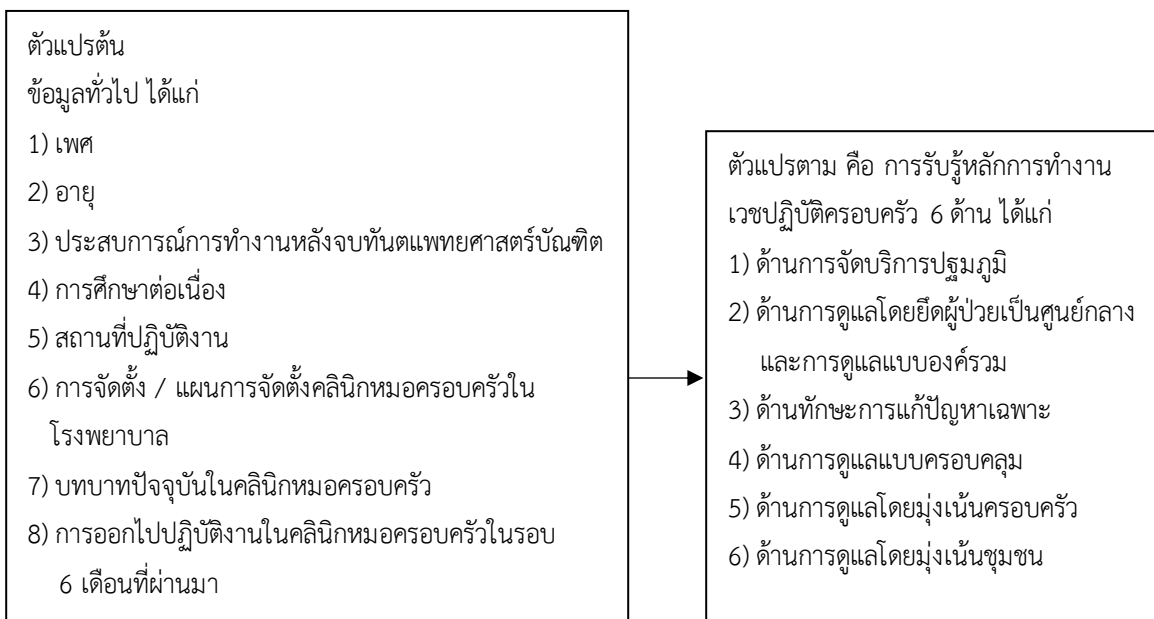
เพื่อศึกษาการรับรู้หลักการทำงานเวชปฏิบัติครอบครัวของทันตแพทย์หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม / หัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 9

สมมติฐานการวิจัย

ทันตแพทย์หัวหน้ากลุ่มงาน / หัวหน้าฝ่ายในเขตสุขภาพที่ 9 มีการรับรู้หลักการทำงานเวชปฏิบัติครอบครัวอย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระดับการรับรู้หลักการทำงานเวชปฏิบัติครอบครัว



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลรูปแบบภาคตัดขวาง

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรทันตแพทย์หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม/หัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ของจังหวัดนครราชสีมา สุรินทร์ บุรีรัมย์ และชัยภูมิทั้งหมด 89 แห่ง จำนวน 89 คน โดยเก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมด ยอมรับได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างยอมรับได้ทั้งหมดเท่ากับ 72 คน การคำนวณโดยใช้สูตรสำหรับการประเมินค่าสัดส่วนประชากร (Morris Evan, 2000 อ้างอิงใน วไลยสินี ปิงแก้ว, 2549)

เครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ วิธีตอบแบบเลือกตอบในช่องตามความคิดเห็นของท่าน เลือกตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ / 1 ข้อคำถาม หัวข้อดังนี้

- 1) เพศ
- 2) อายุ
- 3) ประสบการณ์การทำงานหลังจบทันตแพทยศาสตรบัณฑิต
- 4) การศึกษาต่อเนื่อง
- 5) สถานที่ปฏิบัติงาน
- 6) การจัดตั้ง / แผนการจัดตั้งคลินิกหัตถการในโรงพยาบาล
- 7) บทบาทปัจจุบันในคลินิกหัตถการ
- 8) การออกไปปฏิบัติงานในคลินิกหัตถการในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา

ตอนที่ 2. การรับรู้หลักการทำงานเวชปฏิบัติครอบครัว 6 ด้าน 45 ข้อ วิธีตอบแบบเลือกตอบ คือ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่ เลือกตอบได้เพียง 1 คำตอบ / 1 ข้อคำถาม หัวข้อดังนี้

- 1) การจัดการบริการปฐมภูมิ (Primary Care Management) 10 ข้อ
- 2) การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม (Person-Centered and Holistic care) 8 ข้อ
- 3) ทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะ (Specific Problem-Solving Skills) 5 ข้อ
- 4) การดูแลแบบครอบคลุม (Comprehensive Approach) 6 ข้อ
- 5) การดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว (Family Oriented Approach) 9 ข้อ
- 6) การดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน (Community Oriented Approach) 7 ข้อ

ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์คลินิกหัตถการ วิธีตอบแบบอัตนัย หัวข้อดังนี้

- 1) ด้านนโยบาย
- 2) ด้านระบบข้อมูล
- 3) ด้านบริหารจัดการ และทรัพยากร
- 4) ด้านขวัญกำลังใจ และ5) อื่น ๆ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ทันตแพทย์ที่มีประสบการณ์บริหารงานระดับจังหวัด 1 ท่าน และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 ท่าน ตรวจสอบความตรง (Validity) ความถูกต้อง ความครอบคลุม เนื้อหาตามกรอบแนวคิดของการวิจัย พิจารณาแบบสอบถามแล้วลงมติว่า เนื้อหา การใช้ภาษาและโครงสร้างของแบบสอบถามถูกต้อง ผู้วิจัยจึงได้แก้ไข ตามคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อปรับมาตรฐานการตรวจให้มีความถูกต้องตรงกัน จากนั้นได้ทำการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) ของแบบสอบถามและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่า IOC เท่ากับ .95 และนำไปทดลองใช้กับทันตแพทย์เขต 10 จังหวัด อุบลราชธานี ศรีสะเกษ มุกดาหาร ยโสธร มุกดาหาร ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าความเที่ยงมากกว่า 0.70 จึงจะยอมรับว่ามีความเที่ยงตรงเชื่อถือได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างทันตแพทย์หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม / หัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 9 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 73 คน โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ การรับรู้หลักการทำงานเวชปฏิบัติครอบครัว 6 ด้าน 45 ข้อ และข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์คลินิกหมอครอบครัว ใช้แบบสอบถามส่งทางอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ถึงกลุ่มประชากรที่ศึกษา ระยะเวลาการตอบกลับ 2 สัปดาห์ นับจากวันที่ผู้วิจัยส่งแบบสอบถาม และหากมีการตอบกลับน้อยกว่าร้อยละ 80 ของกลุ่มประชากรที่ศึกษา ผู้วิจัยจะส่งแบบสอบถามซ้ำถึงกลุ่มประชากรที่ศึกษาอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) โดยหาค่าร้อยละ (Percentage) การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่ KHE 2020-026 ลงวันที่ 12 มิถุนายน พ.ศ.2563 และผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลในกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตัวเอง ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับ และผู้วิจัยนำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 73)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	28	38.36
หญิง	45	61.64
อายุ		
23.5 – 35	37	50.68
35.5 – 47	21	28.77
47.5 – 59	15	20.55
ประสบการณ์การทำงานหลังจบทันตแพทยศาสตรบัณฑิต		
0 - 11 ปี	38	52.05
12 - 23 ปี	27	37.00
24 – 35 ปี	8	10.95
การศึกษาต่อเนื่อง		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ		
ศึกษาต่อ	15	20.55
ไม่ได้ศึกษาต่อ	58	79.45
ปริญญาโท		
ศึกษาต่อ	20	27.40
ไม่ได้ศึกษาต่อ	53	72.60
วุฒิปัตร์		
ศึกษาต่อ	2	2.73
ไม่ได้ศึกษาต่อ	71	97.27
สถานที่ปฏิบัติงาน		
โรงพยาบาลศูนย์	2	2.73
โรงพยาบาลทั่วไป	2	2.73
โรงพยาบาลชุมชน	69	94.54

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 73) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การจัดตั้ง / แผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวในโรงพยาบาล		
จัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวแล้วและมีแผนจัดตั้งแห่งอื่นอีก	26	35.60
จัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวแล้ว และไม่มีแผนจัดตั้งแห่งอื่นอีก	8	11.00
กำลังจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวแห่งแรกโดยยังไม่พร้อมดำเนินการ	8	11.00
มีแผนจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวแต่ยังไม่ได้จัดตั้ง	19	26.00
ยังไม่ได้จัดตั้งและยังไม่มีแผนจัดตั้ง	3	4.10
ไม่ทราบ ไม่แน่ใจ	9	12.30
บทบาทปัจจุบันในคลินิกหมอครอบครัว		
เป็นผู้ปฏิบัติงานด้านทันตสุขภาพ	4	5.50
เป็นผู้รับผิดชอบการดำเนินงานทันตสุขภาพ และปฏิบัติงาน	10	13.70
เป็นผู้รับผิดชอบการดำเนินงานทันตสุขภาพแต่ไม่ได้ปฏิบัติงาน	31	42.50
ไม่มีบทบาทใดๆ	28	38.40
การออกไปปฏิบัติงาน ในคลินิกหมอครอบครัวในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา		
ลงปฏิบัติงาน 1 วัน / สัปดาห์	14	19.10
ลงปฏิบัติงาน 2 วัน / สัปดาห์	1	1.40
ลงปฏิบัติงาน 5 วัน / สัปดาห์	1	1.40
ไม่ได้ลงปฏิบัติงาน	57	78.10

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเรื่อง เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงานหลังจบทันตแพทยศาสตรบัณฑิต การศึกษาต่อเนื่อง สถานที่ปฏิบัติงาน การจัดตั้ง / แผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวในโรงพยาบาล บทบาทปัจจุบัน ในคลินิกหมอครอบครัว และการออกไปปฏิบัติงาน ในคลินิกหมอครอบครัวในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 73 คน พบว่า มีโรงพยาบาลที่มีแผนจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวแล้ว และมีแผนจัดตั้งเพิ่มแห่งอื่นอีก ร้อยละ 35.60 ทันตแพทย์ส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นผู้รับผิดชอบการดำเนินงานทันตสุขภาพแต่ไม่ได้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 42.50 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ไม่ได้ลงปฏิบัติงาน ร้อยละ 78.10

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ของคนที่ตอบคำถามถูกทุกข้อในแต่ละด้าน 6 ด้าน จำแนกตามเกณฑ์ระดับการรับรู้ (n = 73)

หลักการทำงานเวชปฏิบัติครอบครัว	การรับรู้	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์	S.D.
ด้านที่ 1. การจัดการบริการปฐมภูมิ	ต่ำ	13	17.80	8.02	1.48
	ปานกลาง	8	11.00		
	สูง	52	71.20		
รวม		73	100		
ด้านที่ 2. การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม	ต่ำ	18	24.70	6.10	1.51
	ปานกลาง	8	11.00		
	สูง	47	64.40		
รวม		73	100		
ด้านที่ 3. ทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะ	ต่ำ	31	42.50	3.52	0.72
	ปานกลาง	40	54.80		
	สูง	2	2.70		
รวม		73	100		
ด้านที่ 4. การดูแลแบบครอบครัว	ต่ำ	59	80.80	4.08	0.54
	ปานกลาง	14	19.20		
รวม		73	100		
ด้านที่ 5. การดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว	ต่ำ	15	20.50	6.95	1.77
	ปานกลาง	5	6.80		
	สูง	53	72.60		
รวม		73	100		
ด้านที่ 6. การดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน	ต่ำ	9	12.30	5.15	0.92
	ปานกลาง	37	50.70		
	สูง	27	37.00		
รวม		73	100		

ผลการศึกษา จำนวน และร้อยละ ของคนที่ตอบคำถามถูกทุกข้อในแต่ละด้าน 6 ด้าน จำแนกตามเกณฑ์ระดับการรับรู้ (n = 73) พบว่า ด้านที่ส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับสูง คือ ด้านที่ 1. การจัดการบริการปฐมภูมิ ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ เท่ากับ 8.02 ± 1.48 ด้านที่ 2. การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการดูแลแบบองค์รวมค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ เท่ากับ 6.10 ± 1.51 และด้านที่ 5. การดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์เท่ากับ 6.95 ± 1.77 ด้านที่ส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับต่ำ คือ ด้านที่ 4. การดูแลแบบครอบครัว ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ เท่ากับ 4.08 ± 0.54

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และร้อยละ ของคนที่ตอบข้อคำถามถูกจำแนกตามเกณฑ์ระดับการรับรู้หลักการทำงานเวชปฏิบัติครอบครัว 6 ด้าน (n = 73)

ระดับการรับรู้	จำนวน (คน) N=73	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์	S.D.
ต่ำ (ตอบถูกน้อยกว่า 27 ข้อ)	13	17.80		
ปานกลาง (ตอบถูก 27 – 36 ข้อ)	17	23.30	33.84	6.13
สูง (ตอบถูกมากกว่า 36 ข้อ)	43	58.90		
รวม	73	100.00		

ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ย และร้อยละ ของคนที่ตอบข้อคำถามถูกจำแนกตามเกณฑ์ระดับการรับรู้หลักการทำงานเวชปฏิบัติครอบครัว 6 ด้าน (n = 73) พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อยู่ในระดับการรับรู้สูง จำนวน 43 คน ร้อยละ 58.90 ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ เท่ากับ 33.84 ± 6.13

ข้อเสนอแนะนโยบายคลินิกหมอครอบครัว

ด้านนโยบาย สรุปได้ดังต่อไปนี้ ผู้บริหารควรให้ความสำคัญในการดำเนินงานให้มีความชัดเจน ถูกต้อง มีมาตรฐาน และสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามบริบทพื้นที่ มีการสื่อสารที่ดี สามารถติดตามผลได้ต่อเนื่อง ควรมีการสนับสนุนให้ครอบคลุมทั้งบุคลากร เงิน และทรัพยากร ควรจัดให้มีอาสาสมัคร สร้างเสริมศักยภาพของ อสม. ในด้านทันตสุขภาพและร่วมกันทำงานเป็นทีมโดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม และให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาร่วมกันกำหนดนโยบาย พร้อมบุคลากรควรมีการจัดการหลักสูตรอบรมให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่เพื่อให้สามารถกำหนดเป้าหมาย และนโยบายโดยมีจุดมุ่งหมายไปในทิศทางเดียวกัน

ด้านบริหารจัดการ และทรัพยากร สรุปได้ดังนี้ สาธารณสุขนั้นมีกำลัง อสม. ที่มีจำนวนมาก แต่แต่ยังขาดกำลังในส่วนบุคลากรทางการแพทย์ ความพร้อมในส่วนของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ไม่เพียงพอ รวมถึงปัจจัยด้านงบประมาณที่มีอย่างจำกัด และในเรื่องของการมีส่วนร่วมในภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อช่วยมาเสริมในการสนับสนุนและช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ

ด้านระบบข้อมูล สรุปได้ดังนี้ ควรมีการใช้เทคโนโลยีมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้มีความเสถียร เป็น ระบบเดียวกัน และไม่ซับซ้อนเข้าถึงได้ง่าย และควรมีการอัปเดตข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน เชื่อมโยงทุกแม่ข่ายและสามารถตอบกลับหรือส่งต่อข้อมูลได้ การแสดงผลข้อมูลควรใช้เป็นข้อมูลสุขภาพรายบุคคลใช้ประกอบในการรักษา ไม่ควรนำมาเป็นข้อมูลตัวชี้วัดผล

ด้านขวัญกำลังใจ สรุปได้ดังนี้ ควรมีความครอบคลุมทุกวิชาชีพ และควรมีค่าตอบแทนค่าล่วงเวลาเมื่อไปปฏิบัติงานนอกเหนืองานราชการ ยกตัวอย่างเช่น ค่าตอบแทนตามจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการรักษา ควรมีการ

จัดสรรเงินงบประมาณในการสนับสนุนกิจกรรม โครงการต่าง ๆ เพื่อขับเคลื่อนให้บุคลากรมีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น ด้านอื่น ๆ สรุปได้ดังนี้ ควรมีการวางแผนจัดสรรเงินงบประมาณส่วนอื่น ๆ มาช่วยหากไม่มีเงินสนับสนุนเพิ่มเติมหรือควรมีการประสานงานกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตามบริบทพื้นที่เพื่อร่วมกันสนับสนุนทั้งทางด้านกำลังคน ทุน การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ และให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานร่วมกัน

อภิปรายผล

วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อศึกษาการรับรู้หลักการทำงานเวชปฏิบัติครอบครัวของทันตแพทย์หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม / หัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 9

ผลการศึกษา พบว่า จำนวน และร้อยละ ของคนที่ตอบคำถามถูกทุกข้อในแต่ละด้าน 6 ด้าน จำแนกตามเกณฑ์ระดับการรับรู้ ($n = 73$) พบว่า ด้านที่ส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับสูง คือ ด้านที่ 1.การจัดบริการปฐมภูมิ ด้านที่ 2. การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการดูแลแบบองค์รวม และด้านที่ 5. การดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว ด้านที่ส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง คือ ด้านที่ 3. ทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะและด้านที่ 6. การดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน และด้านที่ส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับต่ำ คือ ด้านที่ 4. การดูแลแบบครอบครัว หากจำแนกตามคนที่ตอบข้อคำถามถูกทุกข้อรวมทั้ง 6 ด้าน แบ่งตามเกณฑ์ระดับการรับรู้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับสูง จำนวน 43 คน ร้อยละ 58.90 การรับรู้ในระดับปานกลาง จำนวน 17 คน ร้อยละ 23.30 และการรับรู้ในระดับต่ำ จำนวน 13 คน ร้อยละ 17.80 ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยคลินิกหมอครอบครัวเป็นนโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้นโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้ปฏิบัติงานปฐมภูมิมาจากการประชุมถ่ายทอดนโยบายเป็นหลักเป็นการสื่อสารทางเดียว ทำให้มีความเข้าใจนโยบายที่แตกต่างกัน มีการรับรู้ที่แตกต่างกัน (เดชา คนธภักดี และคณะ, 2561) และสอดคล้องกับการวิจัยความเข้าใจในบทบาทแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของผู้บริหารงานบริการปฐมภูมิในระดับอำเภอ จังหวัดมุกดาหาร พบว่า ผู้บริหารงานบริการปฐมภูมিরะดับอำเภอในจังหวัดมุกดาหารมีความเข้าใจในแนวคิดบริการปฐมภูมิแต่ยังไม่ครอบคลุม เข้าใจในบทบาทแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวยังไม่ครบทุกด้าน และยังมีความต้องการให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมกันปฏิบัติงานเป็นทีม แม้จะมีข้อจำกัดบางประการที่เป็นข้อกั่วงวลจึงขานรับนโยบายและจัดทำหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวขึ้นเป็นกรณีเร่งด่วนพิเศษ โดยจะขอเปิดดำเนินการเรียนการสอนในปีการศึกษา พ.ศ. 2544 เป็นต้นไป หลักสูตรดังกล่าวจะได้อ้างอิงหลักสูตรกลางของแพทยสภาว่าด้วยการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว (อนุวัตร แก้วเชียงใหม่, เสาวนันทน์ บาเรอราช, และกฤติณ ศีลนันท์, 2556) แต่จะเห็นได้ว่าผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามที่หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน หรือหลักการเวชศาสตร์ครอบครัวของประเทศไทยที่มีการอบรมระดับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งกำหนดหลักการไว้ว่าแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะต้องสามารถดำเนินงานโดยเป็นแพทย์ที่เข้ากับผู้ป่วย และครอบครัวได้ดี สามารถให้การดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพในทุกกลุ่มวัยรวมทั้งดูแลสุขภาพในระดับชุมชนได้ (สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, 2561)

และขัดแย้งกับการศึกษานโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย คือ การรับรู้ของผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานภายใต้นโยบายนำไปสู่การปฏิบัติทำให้ผู้บริหารทราบข้อมูลย้อนกลับจากการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงานที่จะนำไปสู่การตัดสินใจ กำหนดเป้าหมาย และทิศทางของนโยบายสู่การพัฒนาคุณภาพระบบสุขภาพ และนโยบายคลินิกหมอครอบครัว รัฐธรรมนูญ ปี พ.ศ. 2560 ได้กำหนดว่าให้มีระบบแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีทันตบุคลากรร่วมเป็นทีมด้วยนั้น จำเป็นต้องรับรู้ และเข้าใจนโยบายต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมให้เกิดการดูแลสุขภาพแบบองค์ตามเป้าประสงค์ของนโยบายคลินิกหมอครอบครัว ดังนั้นการรับรู้ของนโยบายของผู้ที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ผู้นำนโยบายไปขยายต่อจนถึงผู้ปฏิบัติงานจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง (เดชา คนธกัฒน์ และคณะ, 2561)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

เพื่อเป็นแนวทางนำไปใช้จัดอบรมให้ความรู้ด้านเวชปฏิบัติครอบครัวแก่ทันตแพทย์หัวหน้ากลุ่มงาน /หัวหน้าฝ่ายรวมถึงทันตบุคลากรที่ลงปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวของเขตสุขภาพที่ 9 ให้สามารถดูแลประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเสนอผลการศึกษาต่อผู้บริหารคลินิกหมอครอบครัวเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการนิเทศและประเมินผลการดำเนินงานด้านทันตกรรมในคลินิกหมอครอบครัวต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปเป็นที่น่าสังเกตว่าทันตแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 23.5 – 35 ปี และมีประสบการณ์ทำงานที่น้อย ส่วนใหญ่อายุการทำงานระหว่าง 0 - 11 ปี ไม่ได้มีบทบาทการทำงานที่ชัดเจนและไม่ได้ลงปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีการประเมินผลความรู้ และปัจจัยอื่นร่วมด้วย เพื่อนำมาวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลเชื่อมโยงต่อกัน และนำเสนอผลการศึกษาในครั้งนี้ให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบถึงข้อมูล เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาและฝึกอบรมพัฒนาองค์ความรู้เพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงาน การรับรู้ ควรมีการบรรจุเป็นหลักสูตรการเรียนของทันตแพทย์ และทันตบุคลากร เพราะในอนาคตบุคลากรในกลุ่มนี้ก็จะเป็นผู้รับนโยบาย และเป็นผู้ปฏิบัติงานในแต่ละพื้นที่เพื่อประโยชน์แก่ผู้รับบริการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- คณะอนุกรรมการการพัฒนาเครือข่ายบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. (2545). *เอกสารข้อเสนอเชิงนโยบาย เล่มที่ 3 เรื่อง การจัดเครือข่ายบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- เดชา คนธกัฒน์ และคณะ. (2561). การรับรู้ของผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานปฎิบัติงานปฎิบัติงานนโยบายคลินิกหมอครอบครัว: ความเข้าใจ ความรู้สึก ความคาดหวัง ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(2). 267-279.
- ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. (2553). *หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรประกอบความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 พ.ศ. 2553*.
- วิชุดา จิรพรเจริญ. (2561). แนะนำหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Introduction to Family Medicine Training) ใน ชวินทร์ เลิศศรีมิ่งคล, วิชุดา จิรพรเจริญ. *เวชปฏิบัติครอบครัว (Family Practice) พิมพ์ครั้งที่ 2*. เชียงใหม่: Box Office Graphic Design, 6-7.
- วัลลภ ปิงแก้ว. (2549). *สภาวะพันธุและพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพโดยผู้ปกครองของเด็กอายุ 4-5 ปี อำเภอมะหะจังหวัดลำปาง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2541). *สรุปเนื้อหาสำคัญโครงการศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปโครงการศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทย*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ทศนีย์ ญาณะ และณัฐกา สงวนวงษ์. (2556). *สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. สมรรถนะหลักด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชปฏิบัติทั่วไปของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ. สมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขปฐมภูมิ. 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด; 2-12.*
- สุรเกียรติ์ อาชานภาพ. (2561). *คู่มือหมอครอบครัวฉบับสมบูรณ์: 1. คู่มือหมอครอบครัว*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). สมุทรสาคร: หมอชาวบ้าน.

อนุวัตร แก้วเชียงหวาง, เสาวนันท บารอราช, กฤตติน ศิลาพันธ์. (2556). ความเข้าใจในบทบาทแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของผู้บริหารงานบริการปฐมภูมิในระดับอำเภอ จังหวัดมุกดาหาร. *วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 1(3), 73-80.

เอกสารประกอบการอบรมเรื่องการฝึกปฏิบัติงาน Primary care. วันที่ 1-12 กันยายน 2557. เข้าถึงเมื่อ 6 เม.ย.2563.

American Academy of Family Physicians. Primary care. (2019). [cited 2019 Feb 9]; available from: <http://www.aafp.org/about/policies/all/primary-care.html>

Aveyard H, Sharp P, Woolliams M. (2011). *A Beginner's Guide to Critical thinking and writing in Health and Social care*. UK: Open University Press.

Benefits of Patient-Centered Care. (2011). [homepage on the internet]. *Eaker Epidemiology Enterprises* [cite, July 02]. Available from: <http://www.talktoyourdoc.com/advbenefits.html>

E. B. (1969). The possibilities of patient-centred medicine. *Journal of the Royal College of General Practice* ;17. Epub 34.

Eastaugh SR. (2004). Reducing litigation costs through better patient communication. *Physician Exec*; 30(3);36-38.

Foster HP, Schwartz J, DeRenzo E. (2002). Reducing legal risk by practicing patient-centred medicine. *Arch Intern Med* 2002; 162(11):1217-19.

Illingworth R. (2010). What dose 'patient-centred' mean in relation to the consultation *The Clinical Teacher* ;7(2):116-20.

Mead N, Bower P. (2000). Patient-centredness; a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social science & Medicine* ; 51(7):1087-110.

Saxton JW. (2001). How to increase economic returns and reduce liability exposure: Part 1-Patient satisfaction as an economic tool. *J Med Pract Manage*; 17(3):142-44.

Starfield B. (1998). *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. Oxford: Oxford University Press.

Stewart M. (2001). Towards a global definition of patient centred care. *BMJ. British Medical Journal* ;322(7284);444-5.

Stewart M, Brouwn JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. (2003). *Patient- Centered Medicine Transforming the Clinical Method*. In: Stewart M, Brouwn JB, Freeman TR, editors. 2nd ed. United Kingdom: Radcliffe Medical Press

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลแสนสุข อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ปณิตา ครองยุทธ^{1*}, จิราวรรณ แผ่นจันทร์², ภาณุมาศ เครือคำ³ และ วิมลรัตน์ ฉิมพลีพันธุ์⁴

¹ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

² โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโจด อำเภอกุเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

³ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแกใหญ่ อำเภอกุเมือง จังหวัดสุรินทร์

⁴ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสูงชัน อำเภอนอก จังหวัดบุรีรัมย์

(วันที่รับบทความ: 7 มกราคม 2564 ; วันที่แก้ไข: 12 กุมภาพันธ์ 2564 ; วันที่ตอบรับ: 15 กุมภาพันธ์ 2564)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลแสนสุข อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 111 คน เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม 6 ส่วน ประกอบด้วย 1.ข้อมูลส่วนบุคคล 2.การรับรู้ต่อปัญหาทันตสุขภาพ 3.การเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพช่องปาก 4.การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม 5.พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และ 6.แบบตรวจสภาวะสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.77 อายุเฉลี่ย 66.90 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมทันตสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.75$, $SD. = 5.37$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคทางสุขภาพช่องปากและการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก

ผลการวิจัยในครั้งนี้มีข้อเสนอแนะ คือ หน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการบริการทันตกรรมแก่ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ควรให้ความสำคัญต่อการให้บริการทันตกรรมและส่งเสริมการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ประโยชน์ในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อเสริมสร้างสุขภาพช่องปากที่ดี

คำสำคัญ: สุขภาพช่องปาก , พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ , ผู้สูงอายุ

Oral Health Care Behaviors of Elderly with Type 2 Diabetes Mellitus

Panita Krongyuth^{1*}, Jirawan Panjan², Phanumas Khruakham³ and Wimonrat Chimpleelpan⁴

¹Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani

²Ban Jot Health Promoting Hospital, Khu Mueang District, Buriram Province

³Kae Yai Health Promoting Hospital, Mueang District, Surin Province

⁴Lung Khi Nu Sub-district Health Promoting Hospital, Nong Ki District, Buriram Province

Abstract

This research was cross-sectional study aimed to assess dental health behavior and examine the factors that associated with oral health behavior. The sample was 111 elderly people with type 2 Diabetes (DMT2) in Tumbon Sansuk, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. The instruments used for collection data were 6 questionnaires including 1. Personal data, 2. Perception of oral health problem, 3. Accessing to oral health care services, 4. Supporting of social support, 5. Oral health care behaviors and 6. Examine of oral care by dentists. The data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson Correlation Coefficient. The results found that most elderly were female (74.77%), mean age was 66.90 years. The level of dental health behavior among elder was a moderate level (mean = 3.75, SD $\pm$ 5.37). Perceived risk of dental health and perceived benefit of dental care showed substantial correlation of the oral health behavior.

This study recommended that the health care team should promote dental services and encourage perception related to dental care. It is essential to increase the involvement of other health professional for elderly people to overcome their needs in dental health services and improve self-care capacity in oral health.

Keywords : Oral Health ,Oral Health Care Behaviors, Elderly

*Corresponding author : kpanita@scphub.ac.th

บทนำ

โรคในช่องปากเป็นปัญหาหนึ่งที่พบมากในผู้สูงอายุไทย การสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก ระดับประเทศ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 พบว่าปัญหาทันตสุขภาพในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นต่อเนื่องตามอายุ ผู้สูงอายุ 60-74 ปี ร้อยละ 56.1 มีฟันถาวรใช้อย่างอย่างน้อย 20 ซี่ โดยเฉลี่ย 18.6 ซี่ต่อคน ร้อยละ 40.2 มีฟันหลังสบอย่างน้อย 4 คู่สบและลดลงในผู้สูงอายุตอนปลายอายุ 80-85 ปี มีเพียงร้อยละ 22.4 ที่มีฟันถาวรใช้อย่างอย่างน้อย 20 ซี่ เฉลี่ย 10 ซี่ต่อคนและมีฟันหลังสบกัน 4 คู่สบเพียงร้อยละ 12.1 ทำให้ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวลดลงชัดเจน (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการของโรคไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพและสุขภาพช่องปาก โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีความสัมพันธ์กับโรคในช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก เช่น การสูญเสียฟัน การเกิดโรคเหงือกอักเสบ โรคปริทันต์อักเสบ และโรคของเนื้อเยื่ออ่อนภายในช่องปาก และผลที่ตามมา คือ การสูญเสียฟันและภาวะแทรกซ้อนในช่องปากอื่น ๆ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงอัตราการไหลของน้ำลายทำให้เกิดภาวะปากแห้ง จากการศึกษาปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี มีผลต่อสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานมากกว่า 15 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับโรคในช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.05$) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานจะเกิดโรคฟันผุได้ง่ายและมากกว่า คนปกติ 3-4 เท่า (กนกนุช เนตรงามทวี, 2559; Southerland et al., 2012; ธีรวิมล ตีลการย์, 2560) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการของโรคไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพและสุขภาพช่องปาก

พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน มีความสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรค เพื่อลดอัตราการสูญเสียฟัน การคงไว้ซึ่งทันตสุขภาพ และการมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์โดยตรงต่อระบบบดเคี้ยว ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อภาวะโภชนาการ และสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุโดยรวม ปัญหาในช่องปาก ได้แก่ จำนวนฟันแท้ที่ใช้งานได้ จำนวนฟันหลังคู่สบ สภาวะของเหงือก รวมไปถึงรอยโรค หรือแผลในช่องปาก ล้วนมีสาเหตุจากพฤติกรรมทั้งสิ้น (กรมอนามัย, 2555; ปริญญา ผกานนท์, 2558) องค์การอนามัยโลกกล่าวว่า “สุขภาพช่องปากเป็นองค์ประกอบอย่างหนึ่งที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีสภาวะทางร่างกาย และคุณภาพชีวิตที่ดี” (WHO, 2005) ในประเทศไทยแผนงานทันตกรรมผู้สูงอายุแห่งชาติ (พ.ศ. 2558 - 2565) ได้กำหนดเป้าหมายให้ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากดี และมีฟันใช้งานได้เหมาะสมอย่างน้อย 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบฟันหลัง และมีนวัตกรรมเพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุอย่างน้อย 5 ใน 7 ประเด็นได้แก่ 1) การสูญเสียฟันและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใส่ฟันเทียม 2) ฟันผุและรากฟันผุ 3) แผล/มะเร็งช่องปาก 4) สภาวะน้ำลายแห้ง 5) ฟันสึก 6) โรคปริทันต์และ 7) สภาวะช่องปากอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับโรคทางระบบของผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

จังหวัดอุบลราชธานี มีแนวโน้มอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่อำเภอวารินชำราบ มีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 118 ต่อประชากรแสนคนและส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีอุบัติการณ์ 115.75 ต่อแสนประชากรโดยเฉพาะในตำบลแสนสุขมีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเบาหวาน 43,762.07 ต่อประชากรแสนคนและมีภาวะแทรกซ้อน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2561) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลแสนสุข อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดทฤษฎี PRECEDE-PROCEED MODEL ของกรีน และครูเตอร์ (1991) ในขั้นตอนที่ 4 มาใช้เพื่ออธิบายพฤติกรรมทันตสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทันตสุขภาพโดยแนวคิดทฤษฎี PRECEDE-PROCEED MODEL เห็นว่า พฤติกรรมด้านสุขภาพมาจากหลายปัจจัยและหลายสาเหตุ ทั้งปัจจัยภายในบุคคล และภายนอกบุคคล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งประกอบไปด้วย ปัจจัยนำ คือ การรับรู้ต่อปัญหาทันตสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก ปัจจัยเอื้อ คือ การรับบริการการดูแลสุขภาพช่องปาก และปัจจัยเสริม คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยศึกษาทั้งสามปัจจัยเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลแสนสุข อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลแสนสุข อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

สมมติฐานงานวิจัย

ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อปัญหาโรคทางช่องปาก การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับบริการการดูแลสุขภาพช่องปากและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากทันตสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2

วิธีดำเนินการ

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยใช้วิธีการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลแสนสุข อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวนทั้งสิ้น 3,841 คน โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างแบบทราบนขนาดของประชากรจากสูตรของ จีรวิวัฒน์กุล (2550) แล้วทำการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic Random sampling) จนครบจำนวน 111 คน

โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ 2) มีอายุระหว่าง 60 – 74 ปีทั้งเพศชายและเพศหญิง 3) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 หรือมีภาวะโรคร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง, โรคไขมันในเลือดสูง 4) สามารถอ่านออก เขียน หรือ สื่อสารภาษาไทยได้ และ 5) มีความสนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลเป็นแบบเลือกตอบและแบบปลายเปิดให้เขียนตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ต่อปัญหาทันตสุขภาพ โดยผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก 6 ข้อ และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก 4 ข้อ ลักษณะตัวเลือกเป็นมาตรวัดการประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง, เห็นด้วย, ไม่แน่ใจ, ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์แบ่งคะแนน โดยระดับดี (4.01 - 5.00) ระดับปานกลาง (3.01 - 4.00) และระดับปรับปรุง (1.00 - 3.00)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 6 ข้อ ลักษณะตัวเลือกเป็นมาตรวัดการประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ บ่อยครั้ง ปานกลาง บางครั้ง ไม่เคยเลย เกณฑ์แบ่งคะแนน โดยระดับดี (4.01 - 5.00) ระดับปานกลาง (3.01 - 4.00) และระดับปรับปรุง (1.00-3.00)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 20 ข้อประกอบด้วย แรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว 7 ข้อ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน 6 ข้อ และแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ 7 ข้อ ลักษณะตัวเลือกเป็นมาตรวัดการประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ มาก, ปานกลาง, น้อย เลย เกณฑ์แบ่งคะแนน โดยระดับดี (2.01 - 3.00) ระดับปานกลาง (1.01 - 2.00) และระดับปรับปรุง (0.00 - 1.00)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก โดยผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมการแปรงฟัน 5 ข้อ และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพช่องปาก 2 ข้อ และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพช่องปาก 3 ข้อ ลักษณะตัวเลือกเป็นมาตรวัดการประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ บ่อยครั้ง ปานกลาง บางครั้ง ไม่เคยเลย เกณฑ์แบ่งคะแนน โดยระดับดี (4.01 - 5.00) ระดับปานกลาง (3.01 - 4.00) และระดับปรับปรุง (1.00 - 3.00)

ส่วนที่ 7 แบบตรวจสอบภาวะสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากร เป็นการบันทึกผลการตรวจสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย จำนวนฟันแท้ทั้งหมด จำนวนฟันคู่สบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

โดยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน (IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00) และทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.61-0.87

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี หมายเลข SCPHUB S002/2561 และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมชี้แจงการเก็บข้อมูลแล้ว โดยใช้แบบสอบถามกับผู้สูงอายุที่บ้านหรือสถานที่ในชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ใช้ในการอธิบายวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ โดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของการรับรู้ต่อปัญหาทันตสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก การเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมดูแลสุขภาพ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

คุณลักษณะของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.8 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 66.9 ปี (SD. = 4.42) โดยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 60 - 64 ปี ร้อยละ 36.04 อายุน้อยที่สุด 60 ปี อายุมากที่สุด 70 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 60.36 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 7.21 ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 48.65 รองลงมา คือ เกษตรกร ร้อยละ 30.63 และมีรายได้เฉลี่ย 1,802.70 บาท (SD. = 4118.350) รายได้ส่วนใหญ่น้อยกว่า 1,500 บาท ร้อยละ 89.19 สำหรับระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน พบว่า มีระยะเวลาในการป่วยเฉลี่ย 12.38 (SD. = 8.239) ระยะเวลาป่วยน้อยที่สุด คือ 1 ปี และสูงสุด 40 ปี (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะของผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 (n = 111)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	28	25.23
หญิง	83	74.77
อายุ		
60-64 ปี	40	36.04
65-69 ปี	36	32.43
70-74 ปี	35	31.53
$\bar{X}$ = 66.90, SD. = 4.417, Min = 60 , Max = 74		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะของผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 (n = 111) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	3	2.70
สมรส	67	60.36
หม้าย	38	34.23
หย่าร้าง	2	1.80
แยกกันอยู่	1	0.90
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	5	4.50
ประถมศึกษา	93	83.7
มัธยมศึกษา	8	7.21
ปวช./ปวส.	2	1.80
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3	2.70
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	55	49.55
เกษตรกร	34	30.63
ค้าขาย/รับจ้าง	18	16.22
ข้าราชการบำนาญ	4	3.60

ข้อมูลการเจ็บป่วยและสภาวะสุขภาพช่องปาก การศึกษารังนี้ พบว่าผู้สูงอายุมีดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 25.44 กก./ม.² (SD.=3.897) และส่วนใหญ่มีภาวะอ้วน ร้อยละ 53.15 ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 142.38 mg/dl (SD. = 40.64) และส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลสะสมมากกว่าหรือเท่ากับ 7 mg/dl ร้อยละ 35.14 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะโรคร่วมกับ คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 54.05 (ตาราง 1) และส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยรับประทานยา ร้อยละ 71.17 ส่วนสภาวะสุขภาพช่องปาก พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 87.39 ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่คือ มีมีฟันแท้ที่ใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ 20 ร้อยละ 53.15 (ตาราง 2)

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำนวนตามสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n = 111)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย (BMI)		
ผอม (< 18.5 kg/m ²)	8	7.21
ปกติ (20-24 kg/m ²)	44	59.64
อ้วน (> 25 kg/m ²)	59	53.13
$\bar{X}$ = 25.44, SD. = 3.89, Min = 18.00, Max = 37.50		
ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)		
< 120 mg/dl	32	39.20
>121 mg/dl	79	71.80
$\bar{X}$ = 142.38, SD. = 40.64, Min = 79, Max = 400		
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) (n=53)		
< 7 mg/dl	14	12.61
> 7 mg/dl	39	35.14
$\bar{X}$ = 8.78, SD. = 2.61, Min = 5.43, Max = 17.16		
สภาวะสุขภาพช่องปาก		
ไม่มีปัญหา	14	12.61
มีปัญหา	91	87.39
มีฟันแท้ที่ใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่	59	53.15
มีน้อยกว่า 4 คู่สบ	47	42.34
โรคเหงือก/ โรคปริทันต์	40	36.04

พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า พฤติกรรมทันตสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 4.90, SD. = 5.37) ด้านปัจจัยนำ พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคทางช่องปากอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ($\bar{X}$ = 1.68, SD. = 0.67) ผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ($\bar{X}$ = 2.41, SD. = 0.64) ส่วนปัจจัยเอื้อ พบว่า ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.94, SD. = 1.16) สำหรับปัจจัยเสริม พบว่า ผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากคนในครอบครัวอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ($\bar{X}$ = 1.93, SD. = 0.68) แรงสนับสนุนจากเพื่อนอยู่ในระดับปรับปรุง ($\bar{X}$ = 2.94, SD. = 0.26) และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ($\bar{X}$ = 1.99, SD. = 0.76) (ตาราง 3)

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ตัวแปร	Min	Max	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	2.30	4.90	3.75	5.37	ปานกลาง
ปัจจัยนำ					
การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคสุขภาพช่องปาก	1	4.33	1.68	0.67	ปรับปรุง
การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก	1	3.78	2.41	0.64	ปรับปรุง
ปัจจัยเอื้อ					
การเข้ารับบริการการดูแลสุขภาพช่องปาก	1	5	3.94	1.16	ปานกลาง
ปัจจัยเสริม					
แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว	1	3	1.93	0.68	ปรับปรุง
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	1	3	2.94	0.26	ปรับปรุง
แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์	1	3	1.99	0.76	ปรับปรุง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ($r = 0.140, p=0.142$) ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.266, p < 0.01$; $r = 0.253, p < 0.01$ ตามลำดับ) ด้านปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพช่องปากไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ($r = 0.126, p=0.064$) และด้านปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากคนในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ($r = 0.057, p < 0.555$; $r = 0.108, p=0.206$; $r = 0.076, p=0.427$ ตามลำดับ)

ตาราง 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ตัวแปร	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	
	r	p-value
อายุ	0.140	0.142
ปัจจัยนำ		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคสุขภาพช่องปาก	0.266	<0.001
การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก	0.253	<0.001
ปัจจัยเอื้อ		
การเข้ารับบริการการดูแลสุขภาพช่องปาก	0.126	0.064

ตาราง 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปร	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	
	r	p-value
ปัจจัยเสริม		
แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว	0.057	0.555
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	0.108	0.206
แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์	0.076	0.427

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกกร พัฒนกุล (2560) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตำบลบางพระ อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับต่ำ และ ภรณ์ ตั้งสุรัตน์และวิมลฤดี พงษ์ศิริบุญ (2556) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในเขตเทศบาลตำบลบางเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แตกต่างกับการศึกษาของอุดมพร ทรัพย์บวร (2562) ศึกษาปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล สถานะสุขภาพ ทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 88.00) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลจะมีการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการของชีวิต เมื่อเกิดภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม อันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วย บุคคลเหล่านั้นย่อมมีเป้าหมายในการรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพที่ดี (Orem, 1995)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

2.1 อายุกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากหรือน้อย อาจมีพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของศิริรัตน์ รอดแสง (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลทุ่งทอง อำเภอหนองบัว จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน และมนทิญา กงลาและจรรยา กงลา (2558) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าไผ่ อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทางด้านทันตสุขภาพ แตกต่างกับการศึกษาของ ศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์ (2559) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตแม่ทะ จังหวัดลำปาง พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางสุขภาพช่องปากพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ต่อปัญหาการดูแลสุขภาพช่องปากน้อย ทำให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากไม่ดี ในทางตรงกันข้าม การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางช่องปากมากทำให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากดี สอดคล้องกับการศึกษาของสิริพรรณ พันธ พิบูลย์ (2558) ธีรรัตน์ รอดแสง (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลทุ่งทอง อำเภอหนองบัว จังหวัดนครสวรรค์ ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของมนทิยา กงลาและจรวัย กงลา (2557) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าไฮ อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่ง Becker (1974) ได้อธิบายว่าปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ได้แก่ การรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประดยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นประโยชน์ภายในของตนเอง ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม

2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี ทำให้มีพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ดี ในทางตรงกันข้าม การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่ดีทำให้มีพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของธีรรัตน์ รอดแสง (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลทุ่งทอง อำเภอหนองบัว จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทันตสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของสิริพรรณ พันธพิบูลย์ (2558) ศึกษาพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทันตสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.4 การเข้ารับบริการทางทันตกรรมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่าความสะดวกของการเข้ารับบริการทางทันตกรรมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทันตสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติการได้รับบริการทางทันตกรรมอาจจะมีผลให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก แต่เนื่องจากอาจมีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมาก ทำให้ไม่สามารถให้คำแนะนำแก่ผู้มารับบริการได้อย่างเหมาะสม ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของชูลิพร ผ่านันมมงคล (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า การเข้ารับบริการทางทันตกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.5 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนและบุคลากรทางการแพทย์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางช่องปาก แสดงว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน/เพื่อนบ้าน และจากทันตบุคลากร ไม่ทำให้มีพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์ (2559) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตแม่ทะ จังหวัดลำปาง พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวิชชุดา เนตรกุล (2561) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อเสนอแนะของการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะทันตบุคลากรควรปรับเปลี่ยนเนื้อหาของข้อมูลข่าวสารด้านทันตสุขภาพและปรับเปลี่ยนรูปแบบในการสอนสุขศึกษา ที่เน้นการรับรู้ต่อปัญหาทันตสุขภาพ และประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก แทนเนื้อหาเพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น

2. ข้อเสนอแนะสำหรับวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานทันตสาธารณสุข

2.2. ควรมีการศึกษารูปแบบโปรแกรมการให้ความรู้ เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

- กนกนุช เนตรงามทวี. (2559). ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล สถานะสุขภาพ ทักษะคิดและพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 23(2), 23-27.
- กนกกร พัฒนกุล. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตำบลบางพรหม อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสาคร [ปริญญาณินพนธ์]. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง.
- กรมอนามัย สำนักทันตสาธารณสุข. (2555). *การสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ประสูลู่สุขภาพดีในทุกช่วงชีวิต* กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ชลสิทธิ์ เฝ้านิมมงคล. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบางป่อ จังหวัดสมุทรปราการ. *Journal of Gerontology and Geriatric Medicine*, 17(2), 10-19.
- นัฏฐา ติลกการย์. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาสุขภาพช่องปากและการมาใช้บริการทันตกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสงขลา. *วารสารทันตแพทย์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*, 5(2), 1-16.
- ปริญญา ผกานนท์. (2558). ผลของการกินหมากต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ตำบลคำน้ำแซบ อำเภอเวียงชัย จังหวัดอุบลราชธานี. การประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ “สร้างสรรค์และพัฒนาเพื่อก้าวหน้าสู่ประชาคมอาเซียน ครั้งที่ 2”; 18-19 มิถุนายน 2558; วิทยาลัยนครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา.
- ภรณ์ ดั่งสุรัตน์, วิมลฤดี พงษ์หิรัญญ์. (2556). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและงานวิจัย*, 20(1), 57-59.
- มนทิยา กงลาและจรวัย กงลา (2558). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลท่าไฮ อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี. การประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ: “สร้างสรรค์และพัฒนาเพื่อก้าวหน้าสู่ประชาคมอาเซียน ครั้งที่ 2”; 18-19 มิถุนายน 2558. วิทยาลัยนครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา.
- วิชชุดา เนตรกุล (2561). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน. *วิทยาลัยการสาธารณสุข*, 13(2), 69-73.
- ศิริรัตน์ รอดแสง (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลทุ่งทอง อำเภอหนองบัว จังหวัดนครสวรรค์. การประชุมวิชาการระดับชาตินครสวรรค์ ครั้งที่ 12: วิจัยและนวัตกรรมกับการพัฒนาประเทศ; 21-22 กรกฎาคม 2559. มหาวิทยาลัยนครสวรรค์. พิษณุโลก; คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์.

- ศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง. [วิทยานิพนธ์]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สิริพรรณ พันธุ์พิบูลย์. (2558). พฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, (7)2, 146-154.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ. 2558- 2565. กรุงเทพมหานคร; ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.*
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2561). *จำนวนผู้ป่วยรายใหม่เบาหวาน*. Retrieved from http://203.157.166.6/chronic/rep_serv_oldpt.php
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *รายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข.*
- อรุณ จิรวัดณ์กุล. (2550). *ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*
- อุดมพร ทรัพย์บวร. (2562). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในเขตตำบลนครชัยศรี อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 38, 244 -55.
- Becker MH. (1974). The Health Belief Model and Personal Health Behavior. *Health Education Monographs*. 324-508.
- Orem DE. (1995). *Nursing: Concepts of Practice 5thed*. St. Louis: Mosby-Year Book.
- Southerland JH., Moss K., Taylor GW, Beck JD., Pankow J, Gangula PR., and Offenbacher S. (2012). Periodontitis and Diabetes Association with Measures of Atherosclerosis and CHD. *Atherosclerosis*, 222(1), 196-201.
- World Health Organization (2005). *Oral Health Programme, Health Promotion, Department of Chronic Diabetes Prevention, Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster*. Global Data on Incidence of Oral Cancer, Geneva.

ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3

ศตายุ ผลแก้ว^{1*}, ธนกาญจน์ พรหมสาขา², สุจิตรา กิณโสง³, นัจรินทร์ เนืองเฉลิม¹, พนาไพร โฉมงาม¹

พาณิชา สร้อยทอง¹ และ ศุภกิตติ วิบูลย์ศักดิ์¹

¹ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

² ศูนย์อนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านรุน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดสุรินทร์

³ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตูมใหญ่ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดนครราชสีมา

(วันที่รับบทความ : 15 ธันวาคม 2563 ; วันที่แก้ไข : 24 ธันวาคม 2563 ; วันที่ตอบรับ : 5 กุมภาพันธ์ 2564)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนนาสว่าง อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี 70 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 35 และกลุ่มควบคุม 35 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมทันตสุขศึกษาประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และแบบบันทึกการตรวจสถานะทันตสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนด้วยสถิติ Pair Sample t-test

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่าง หลังได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษา ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีประสิทธิผลของโปรแกรมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบในภาพรวมทั้งหมดอยู่ในระดับมาก กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบ และการแปรงฟันที่ถูกต้อง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สูงกว่าก่อนการทดลอง ในส่วนของคะแนนเฉลี่ยปริมาณการบ้วนปากด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และต่ำวก่อนการทดลอง ส่วนของคะแนนเฉลี่ยสถานะเหงือกอักเสบ ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และต่ำวก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05

คำสำคัญ : โปรแกรมทันตสุขศึกษา, พฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

The Effect of Dental Health Education Program on Gingivitis Prevention Behavioral Among the Ninth Grade Student

Satayu Pholkaew^{1*}, Tanakarn Promsakha², Sujitra Kinthaisong³, Natjarin Nuangchalem¹

Panaprai Chomngam¹, Panicha Sroithong¹ and Suppakit Wiboonsak¹

¹Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani

²Queen Sirikit birthday celebration 60 years Ban Roon ,Phanom Dong Rak district, Surin

³Tom yai Tanbon Health Promoting Hospital, Chum Phuang district, Nakhon Ratchasima

ABSTRACT

The purpose of this quasi-experimental research aimed to study the effects of dental health education program by applying self-efficacy and social theories to gingivitis prevention of the 9th grade students. Of 70 sample was the 9th grade students of Nasong school, Ampher Detudom, Ubon Ratchathani that divided to experiment group 35 and control group 35 students. The tools of research included the dental health education program by applying self-efficacy and social theories, and collected data by the questionnaires and dental health examination record form. Data were analyzed by using descriptive statistics including frequency, percentage, median, and standard deviation. Pair sample t-test statistic was used to compare mean difference between experiment and control group.

The results found that after received the dental health education program in gingivitis prevention behaviors, the experimental group had a mean score of knowledge higher than comparison group. The experimental group had a mean score of self-efficacies higher than comparison group. The experimental group had a mean score of practice higher comparison group and before experiment. The experimental group had a mean score of dental plaque lower than comparison group and before experiment and the experimental group had a mean score of Gingivitis status lower than comparison group and before experiment significantly level 0.05.

Keywords: The Dental Health Education Program, Gingivitis Prevention Behavioral, Ninth Grade Student

*Corresponding author : Satayu@scphub.ac.th

บทนำ

ปัญหาทางสุขภาพช่องปากเป็นปัญหาทางสาธารณสุขสำคัญที่สร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจและทำลายสุขภาพของประชาชน โดยโรคในช่องปากที่พบมากและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญสองอันดับแรกในวัยรุ่นตอนต้น ได้แก่ โรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2556) จากการสำรวจครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 พบว่าเด็กอายุ 15 ปี มีสภาวะเหงือกอักเสบสูงกว่าการสำรวจในครั้งที่ 7 พ.ศ. 2555 จากร้อยละ 53.6 เป็นร้อยละ 69.9 ตามลำดับ พบเด็กที่มีเหงือกปกติ ร้อยละ 12.8 มีหินน้ำลาย ร้อยละ 17.3 มีเลือดออก ร้อยละ 24.7 มีหินน้ำลาย และมีเลือดออก ร้อยละ 45.2 ด้านพฤติกรรมทันตสุขภาพในเด็กกลุ่มนี้พบว่ามีพฤติกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันของเด็กอายุ 15 ปี ลดลง จากร้อยละ 33.8 เป็นร้อยละ 25.4 เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจครั้งที่ผ่านมามีพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ เช่น การสูบบุหรี่ เด็กกลุ่มนี้เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 8.6 และมีเด็กที่สูบบุหรี่ถึงปัจจุบัน ร้อยละ 3.4 โดยสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 3.7 มวน เด็กดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเทศกาลร้อยละ 26.2 และ ดื่มเป็นประจำร้อยละ 0.9 การรับรู้และการรับบริการด้านสุขภาพ เด็กอายุ 15 ปี เคยปวดฟัน ร้อยละ 12.7 เคยหยุดเรียนเพราะไปทำฟัน ร้อยละ 7.2 เคยได้รับการตรวจฟันร้อยละ 53.6 เคยได้รับ การรักษาฟันและเหงือก ร้อยละ 32.3 โดยสถานบริการภาครัฐยังคงเป็นสถานบริการหลักในการไปรับบริการในเด็กอายุ 15 ปี (สำนักงานทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561) ในปัจจุบันปัญหาสภาวะโรคเหงือกอักเสบในวัยรุ่นตอนต้น อายุ 15 ปี ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ามีสภาวะโรคเหงือกอักเสบร้อยละ 13.3 มีหินน้ำลาย ร้อยละ 17.5 มีเลือดออก ร้อยละ 28.6 และร้อยละ 40.6 มีหินน้ำลายและมีเลือดออก เขตสุขภาพที่ 10 ในเด็กกลุ่มอายุ 15 ปี มีสภาวะเหงือกปกติ ร้อยละ 5.1 มีหินน้ำลาย ร้อยละ 13.0 มีเลือดออก ร้อยละ 24.2 และร้อยละ 57.7 มีหินน้ำลายและมีเลือดออก (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2560)

ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญที่จะทำการศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในเขตอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy) ของ Bandura (1977) ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ของ House (1981) มาประยุกต์ใช้ร่วมกัน เพื่อใช้ในการจัดกิจกรรมทางทันตสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

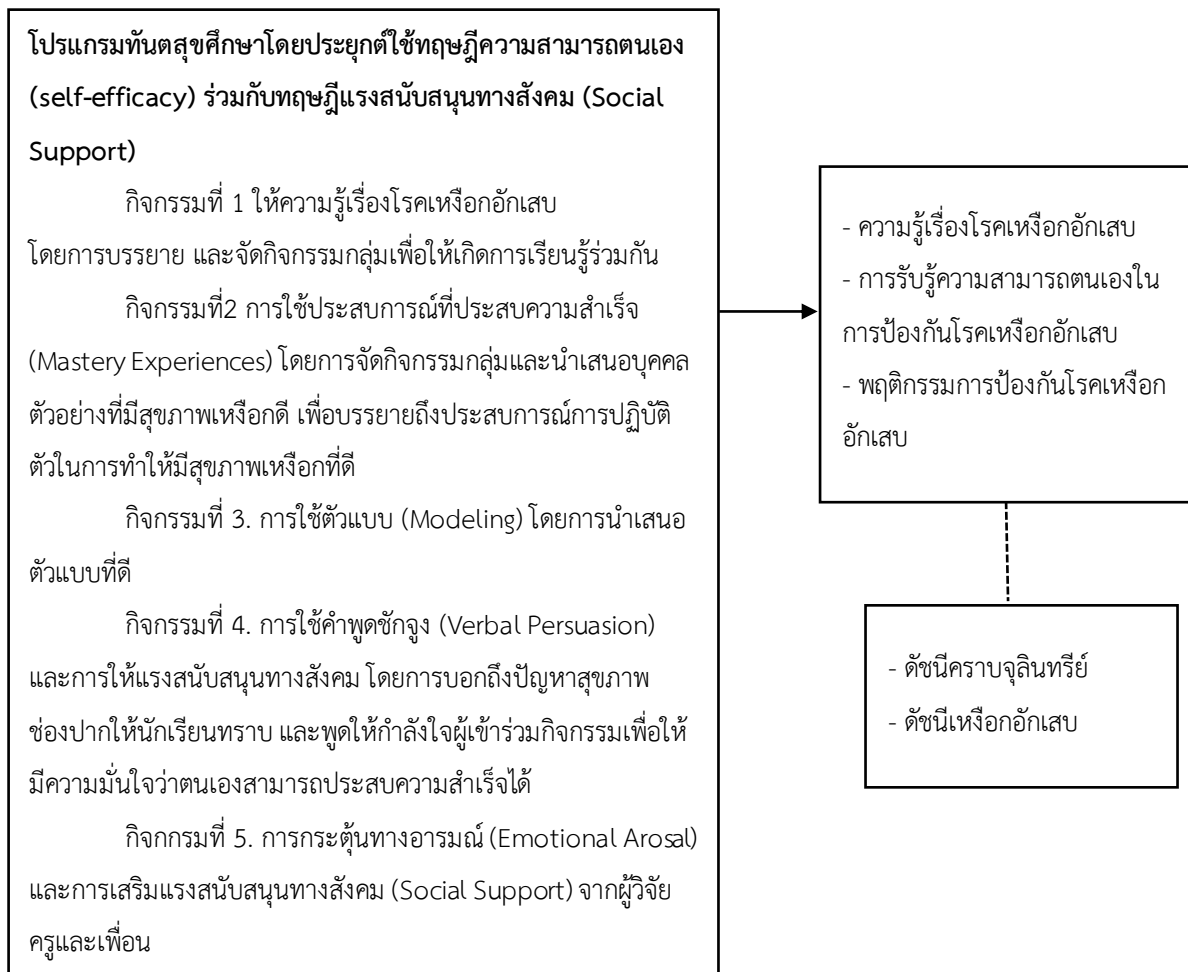
วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางด้านสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบและการแปรงฟันที่ถูกวิธี, การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบและการแปรงฟันที่ถูกวิธี, การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์และดัชนีเหงือกอักเสบของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง
4. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์และดัชนีเหงือกอักเสบของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย



รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) โดยเลือกกลุ่มโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) รูปแบบการวิจัยเป็นแบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (Two- Group Pretest – Posttest Design) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพตามที่ผู้วิจัยกำหนด กลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพ รวบรวมข้อมูลตามตัวแปรก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถาม, แบบการตรวจคราบจุลินทรีย์และสภาวะเหงือกอักเสบ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ Independent t – test

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

จำนวนประชากรที่จะศึกษา

การคัดเลือกประชากรที่ทำการศึกษา โดยการคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีจำนวนทั้ง 70 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 35 คน

การจัดผู้เข้าร่วมวิจัยเข้ากลุ่ม

จากการ Matching ประชากรที่จะศึกษา มี 2 กลุ่ม โดยได้โรงเรียนนาสว่างวิทยาและโรงเรียนบัวงามวิทยา โดยแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการจับฉลาก ดังนี้

1. กลุ่มทดลอง (Experimental group) คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนนาสว่างวิทยา อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 35 คน เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพ
2. กลุ่มควบคุม (Control group) คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนบัวงามวิทยา อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 35 คน ซึ่งจะได้รับการดูแลตามมาตรฐาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มี 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในดำเนินงานวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมทันตสุขภาพประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม และแบบบันทึกการตรวจสภาวะทันตสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหา (Content validity)

ค่าเฉลี่ยความสอดคล้องรวมของแบบสอบถามส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4 มีค่าเฉลี่ยความสอดคล้องเท่ากับ 0.71, 0.64 และ 0.74 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผลการวิเคราะห์ ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเห็อกอักเสบ เท่ากับ 0.88 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคเห็อกอักเสบ เท่ากับ 0.75 และแบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันโรคเห็อกอักเสบ เท่ากับ 0.72

ระยะเวลาในการดำเนินงาน

ระยะเวลาการดำเนินงาน ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ.2562- เดือนเมษายน พ.ศ.2563

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

- 1) ทำหนังสือ เพื่อขอความร่วมมือและขอเก็บข้อมูลในการทำการศึกา
- 2) ติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงเรียน ครูอนามัย และครูประจำชั้น ของโรงเรียนจะทำการศึกา พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 3) ศึกษาข้อมูลเพื่อใช้ในการสร้างแบบสอบถาม และโปรแกรมทันตสุขภาพ
- 4) เตรียมอุปกรณ์สื่อต่าง ๆ ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม เช่น คู่มือการการส่งเสริมทันตสุขภาพ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเห็อกอักเสบ แบบบันทึกเพื่อใช้ในการตรวจวัดปริมาณ แผ่นคราบจุลินทรีย์และสภาวะเหงือก
- 5) ประชุมชี้แจงครูประจำชั้นพร้อมกันการจดตารางการเรียนการสอนเพื่อวางแผนการจัดโปรแกรม ทันตสุขภาพและเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป, ความรู้เรื่องโรคเห็อกอักเสบ, การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ป้องกันโรคเห็อกอักเสบ, การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเห็อกอักเสบ, แบบบันทึกการตรวจสภาวะทันตสุขภาพ
- 6) ซักซ้อมความเข้าใจระหว่างผู้วิจัยว่าควรมีขอบเขตเนื้อหาการสอนอย่างไรในแต่ละกลุ่ม

ขั้นดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดและขั้นตอนการดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองโดยใช้แบบสอบถามตรวจดัชนีคราบจุลินทรีย์ และดัชนีเหงือกก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กิจกรรมที่ 2 การบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคเห็อกอักเสบโดยการเปิดวิดีโอ และจัดกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน

กิจกรรมที่ 3 เป็นการปฏิบัติเพื่อให้ได้รับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experience) และตัวแบบ (Modeling)

กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางอารมณ์ให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (Emotion arousal) และการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

กิจกรรมที่ 5 การปฏิบัติเพื่อให้ได้รับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experience) การกระตุ้นทางอารมณ์ให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (Emotion arousal) และการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ทำแบบทดสอบหลังเรียน (Post –test)

กิจกรรมที่ 6 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม ตรวจสอบดัชนีความเชื่อมั่นและดัชนีเที่ยงตรงหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัย เพื่อทดสอบสมมติฐานในการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมประมวลผลทางสถิติสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 ซึ่งเป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐานการวิจัย สถิติที่ใช้วิเคราะห์มี ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทางคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ในเรื่องความรู้เรื่องโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเหงือกอักเสบ พฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ ปริมาณการบ้วนปาก จุลินทรีย์ และสภาวะเหงือก ด้วยสถิติ Paired Sample t-test หากข้อมูลแจกแจงปกติ หรือ สถิติ Wilcoxon (Mathched Pairs) หากข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี หมายเลข SCPHUB 036/2562 ภายหลังได้รับการรับรอง ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวและชี้แจงกระบวนการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับให้ทราบถึง ว่าสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัย ได้ตลอดเวลา ซึ่งไม่มีผลต่อการเรียนการสอนในปัจจุบัน และข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้สรุปผล ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในเขตอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ดังต่อไปนี้

ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มทดลอง เพศชาย 18 คน คิดเป็นร้อยละ 51.4 เพศหญิง 17 คนคิดเป็นร้อยละ 48.7 ไม่เข้ารับบริการทางทันตกรรม 19 คน ร้อยละ 54.3 เข้ารับบริการทางทันตกรรม 1 ครั้ง 13 คน คิดเป็นร้อยละ 37.1 เข้ารับบริการทางทันตกรรม 2 ครั้ง 3 คน คิดเป็นร้อยละ 8.6 ไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก 14 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3

มีปัญหาเลือดออกจากเหงือก 5 คน คิดเป็นร้อยละ 11.9 มีคราบหินปูน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 มีปัญหาฟันผุ 11 คน คิดเป็นร้อยละ 26.2 มีปัญหากลิ่นปาก 5 คน คิดเป็นร้อยละ 11.9

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ เพศชาย 8 คน คิดเป็นร้อยละ 22.9 เพศหญิง 27 คนคิดเป็นร้อยละ 77.1 ไม่เข้ารับบริการทางทันตกรรม 17 คน ร้อยละ 48.6 เข้ารับบริการทางทันตกรรม 1 ครั้ง 13 คน คิดเป็นร้อยละ 37.1 เข้ารับบริการทางทันตกรรม 2 ครั้ง 3 คน คิดเป็นร้อยละ 8.6 เข้ารับบริการทางทันตกรรม มากกว่า 2 ครั้ง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.7 ไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก 12 คน คิดเป็นร้อยละ 22.2 มีปัญหาเหงือกอักเสบ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 7.5 มีปัญหาเลือดออกจากเหงือก 6 คนคิดเป็นร้อยละ 11.1 มีคราบหินปูน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 18.5 มีปัญหาฟันผุ 12 คน คิดเป็นร้อยละ 22.2 มีปัญหากลิ่นปาก 10 คน คิดเป็นร้อยละ 18.5

จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบและการแปรงฟันที่ถูกต้อง, การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบและการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

1. ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบและการแปรงฟันที่ถูกต้อง

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบและการแปรงฟันที่ถูกต้อง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบและการแปรงฟันที่ถูกต้อง อยู่ในระดับต่ำ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.7 ระดับปานกลาง 32 คน คิดเป็นร้อยละ 91.40 ระดับสูง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.90 ภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบและการแปรงฟันที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.90 ระดับสูง 29 คน คิดเป็นร้อยละ 97.10

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง มีค่าระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบและการแปรงฟันที่ถูกต้อง อยู่ในระดับต่ำ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 11.40 ระดับปานกลาง 29 คน คิดเป็นร้อยละ 82.90 ระดับสูง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.70 ภายหลังการทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง 29 คน คิดเป็นร้อยละ 82.90 ระดับสูง 6 คน คิดเป็นร้อยละ 17.10

2. ระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ

ระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม มีระดับคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบอยู่ในระดับปานกลาง 17 คน คิดเป็นร้อยละ 48.60 ระดับสูง 18 คน คิดเป็นร้อยละ 51.40 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีระดับคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบอยู่ในระดับปานกลาง 5 คน คิดเป็นร้อยละ 14.30 ระดับสูง 30 คน คิดเป็นร้อยละ 85.70

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม มีระดับคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบอยู่ในระดับปานกลาง 8 คน คิดเป็นร้อยละ 22.90 ระดับสูง 27 คน คิดเป็นร้อยละ 77.10 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีระดับคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบอยู่ในระดับปานกลาง 6 คน คิดเป็นร้อยละ 17.10 ระดับสูง 29 คน คิดเป็นร้อยละ 82.90

3. ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม มีระดับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบอยู่ในระดับปานกลาง 26 คน คิดเป็นร้อยละ 74.30 ระดับสูง 9 คน คิดเป็นร้อยละ 25.70 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบวิธีอยู่ในระดับปานกลาง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.70 ระดับสูง 33 คน คิดเป็นร้อยละ 94.3

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ส่วนใหญ่นักเรียนมีระดับระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบอยู่ในระดับปานกลาง 27 คน คิดเป็นร้อยละ 77.10 ระดับสูง 8 คน คิดเป็นร้อยละ 22.90 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบในระดับปานกลาง 25 คน คิดเป็นร้อยละ 71.40 ระดับสูง 10 คน คิดเป็นร้อยละ 28.60

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบและการแปรงฟันที่ถูกวิธี, การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

1. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบและการแปรงฟันที่ถูกวิธี กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการศึกษา เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการส่งเสริมทันตสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคเหงือกอักเสบและการแปรงฟันที่ถูกวิธี กลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 11.80, S.D. = 1.11) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X}$ = 8.20, S.D. = 2.62) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

2. เปรียบเทียบด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบกุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการศึกษา เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบกุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบกุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 4.24, S.D. = 0.56) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X}$ = 4.05, S.D. = 0.40) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

3. เปรียบเทียบด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบกุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการศึกษา เมื่อเปรียบเทียบ ความแตกต่างระหว่างคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบกุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบกุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 4.22, S.D. = 0.37) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X}$ = 3.41, S.D. = 0.35) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบและการแปรงฟันที่ถูกต้องวิธี, การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

1. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบและการแปรงฟันที่ถูกต้องวิธี กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการศึกษา เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนความรู้ในการส่งเสริมทันตสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบก่อนและหลังการทดลองพบว่า ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการส่งเสริมทันตสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ($\bar{X} = 11.80$, S.D. = 1.11) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 6.34$, S.D. = 1.43) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

2. เปรียบเทียบด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการศึกษา เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบก่อนและหลังการทดลองพบว่า ภายหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ($\bar{X} = 4.24$, S.D. = 0.46) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 3.82$, S.D. = 0.61) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

3. เปรียบเทียบด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการศึกษา เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบก่อนและหลังการทดลองพบว่า ภายหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ($\bar{X} = 4.24$, S.D. = 0.46) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 3.82$, S.D. = 0.61) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้านปริมาณคราบจุลินทรีย์และสภาวะเหงือกอักเสบต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในเขตอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

1. จำนวนและร้อยละปริมาณคราบจุลินทรีย์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ

จำนวนและร้อยละปริมาณคราบจุลินทรีย์ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม มีปริมาณคราบจุลินทรีย์ อยู่ในระดับปรับปรุง 26 คน ร้อยละ 74.3 ระดับพอใช้ 9 คน คิดเป็น ร้อยละ 25.70

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีปริมาณคราบจุลินทรีย์อยู่ในระดับปรับปรุง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.90 ระดับพอใช้ 12 คน คิดเป็นร้อยละ 34.30 ระดับสูง 22 คน คิดเป็น ร้อยละ 62.90

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ส่วนใหญ่นักเรียนมีปริมาณคราบจุลินทรีย์อยู่ในระดับปรับปรุง 18 คน คิดเป็นร้อยละ 51.40 ระดับพอใช้ 17 คน คิดเป็นร้อยละ 48.60 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ปริมาณคราบจุลินทรีย์อยู่ในระดับปรับปรุง 18 คน คิดเป็นร้อยละ 51.40 ระดับสูง 17 คน คิดเป็นร้อยละ 48.60

2. จำนวนและร้อยละสภาวะเหงือกอักเสบต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่นักเรียนมีสภาวะเหงือกอักเสบอยู่ในระดับเหงือกปกติ ร้อยละ 100 และหลังการทดลอง นักเรียนส่วนใหญ่มีสภาวะเหงือกอักเสบอยู่ในระดับเหงือกปกติ ร้อยละ 54.30

กลุ่มเปรียบเทียบ การศึกษาครั้งนี้พบว่า ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่นักเรียนมีสภาวะเหงือกอักเสบอยู่ในระดับเหงือกอักเสบ ร้อยละ 68.60 และหลังการทดลอง มีสภาวะเหงือกอักเสบอยู่ในระดับเหงือกอักเสบ ร้อยละ 91.40

3. เปรียบเทียบปริมาณคราบจุลินทรีย์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

เมื่อเปรียบเทียบ ความแตกต่างระหว่างปริมาณคราบจุลินทรีย์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสวก่อนและหลังการทดลอง พบว่าปริมาณคราบจุลินทรีย์ของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 0.67, S.D. = 0.39) ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X}$ = 1.99, S.D. = 0.49) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

4. เปรียบเทียบสภาวะเหงือกอักเสบต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

เมื่อเปรียบเทียบ ความแตกต่างระหว่างสภาวะเหงือกอักเสบเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสวก่อนและหลังการทดลอง พบว่า สภาวะเหงือกอักเสบของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 29.21, S.D. = 12.94) ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X}$ = 49.91, S.D. = 18.47) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้านปริมาณคราบจุลินทรีย์และสภาวะเหงือกอักเสบต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในเขตอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม

1. เปรียบเทียบปริมาณคราบจุลินทรีย์ กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

เมื่อเปรียบเทียบ ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคเหงือกอักเสวก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ปริมาณคราบจุลินทรีย์หลังการทดลอง ($\bar{X}$ = 0.67, S.D. = 0.39) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ = 2.28, S.D. = 0.57) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

2. เปรียบเทียบสภาวะเหงือกอักเสบ กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง สภาวะเหงือกอักเสบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมี สภาวะเหงือกอักเสบเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคเหงือกอักเสบ ($\bar{X} = 29.21$, S.D. = 22.88) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 74.89$, S.D. = 12.94) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคเหงือกอักเสบในนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในเขตอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ และสมมติฐาน การวิจัย ได้ดังนี้

1. ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาภายหลังการให้ทันตสุขศึกษาต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคเหงือกอักเสบ ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในเขตอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จากการศึกษา พบว่า หลังการเข้าร่วม โปรแกรมทันตสุขศึกษาจะแนความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบและการแปรงฟันที่ถูกต้อง, การรับรู้ความสามารถของ ตนเองในการป้องกันการโรคเหงือกอักเสบและการปฏิบัติตัวในการป้องกันการโรคเหงือกอักเสบของกลุ่มทดลอง สูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (.00) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษาที่ผู้วิจัยทำขึ้น เป็นไปตามทฤษฎี ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ของ House (1981) มาประยุกต์ใช้ ในการทดลองในกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมทันตสุขศึกษาประกอบด้วย 1. ประสบการณ์ ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) 2. การใช้ตัวแบบ (Modeling) 3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) 4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) และการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

จึงกล่าวได้ว่า ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคเหงือกอักเสบ ในนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น เพื่อส่งเสริมให้นักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีสภาวะเหงือกอักเสบ เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี โดยนำทฤษฎี ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา และทฤษฎี แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ของ House มาประยุกต์ใช้ในการทดลองทำให้นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปี ที่ 3 ในอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีสุขภาพช่องปากสภาวะเหงือกอักเสบ ได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษา ต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคเหงือกอักเสบ เกิดการประเมินถึงความรู้เรื่องโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้ความสามารถ ตนเองในการป้องกันการโรคเหงือกอักเสบ การปฏิบัติตัวในการป้องกันการโรคเหงือกอักเสบ ดัชนีคราบจุลินทรีย์ และดัชนี เหงือกอักเสบ เห็นถึงผลดีทางบวกที่จะเกิดขึ้นหากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก การให้ความรู้ ที่ถูกต้องถึงหลักการพฤติกรรมป้องกันการโรคเหงือกอักเสบ และแสดงความตั้งใจการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

สุขภาพช่องปาก เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีสภาวะเหงือกอักเสบเกิดความเชื่อมั่นในตนเองว่า สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ระดับประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ กลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมทันตสุขภาพ มีประสิทธิผลของโปรแกรมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ในด้านความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ อยู่ในระดับมาก และด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ อยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันตสุขภาพ มีประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ในด้านความรู้ อยู่ในระดับมาก ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ อยู่ในระดับมาก ด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ อยู่ในระดับมาก ด้านคราบจุลินทรีย์เพิ่มขึ้นจากระดับปรับปรุงเป็นระดับดี 61.5% และเพิ่มขึ้นจากระดับพอใช้ เป็นระดับดี 66.7% และด้านสภาวะเหงือกอักเสบเพิ่มขึ้นจากเหงือกอักเสบ เป็นสภาวะเหงือกปกติ 54.3% สอดคล้องกับการศึกษาของ อุมพร ชมโฉมและคณะ (2560) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานีโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนของแบนดูรา ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์เป็นกรอบแนวคิด ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ความคาดหวังในผลที่เกิดจากการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 คะแนนเฉลี่ยของปริมาณคราบจุลินทรีย์และสภาวะเหงือกอักเสบ ในกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองและลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สอดคล้องกับยุการ์ธน์ ทุมแก้ว (2561) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนประถมศึกษา อำเภอเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น ศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูมและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ผลการวิจัย พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเหงือกอักเสบ ทักษะและการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ มากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับ ปิยะลักษณ์ เตือนทอง (2556) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมทันตสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของด้านความรู้โรคเหงือกอักเสบ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดีต่อการป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และ วงษ์ทิพ อินัน (2557) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคฟันผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนอนุบาลปราจีนบุรีประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับ แรงสนับสนุนทางสังคม ผลของการศึกษาพบว่า นักเรียนมีความรู้ด้านทันตสุขภาพ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุ

มีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรคพิษณุ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคพิษณุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเหงือกอักเสบและการแปรงฟันที่ถูกต้อง, การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า นักเรียนที่มีสภาวะเหงือกอักเสบ กลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคเหงือกอักเสบและการแปรงฟันที่ถูกต้อง, การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของยุภารัตน์ ทุมแก้ว (2561) เรื่อง ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนประถมศึกษาอำเภอยางชุมน้อย จังหวัดขอนแก่น ซึ่งพบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเหงือกอักเสบทัศนคติและการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบบากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และสอดคล้องกับอุมาพร ชมโณมและคณะ (2560) อักเสบในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ความคาดหวังในผลที่เกิดจากการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบบากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อาจเนื่องมาจากการจัดโปรแกรมให้ความรู้เรื่องโรคเหงือกอักเสบ โดยการบรรยาย และจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน

3. คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบและการแปรงฟันที่ถูกต้อง, การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง พบว่า นักเรียนที่มีสภาวะเหงือกอักเสบในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบและการแปรงฟันที่ถูกต้อง, การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบบากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของยุภารัตน์ ทุมแก้ว (2561)

4. คะแนนเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์และสภาวะเหงือกอักเสบของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า นักเรียนที่มีปริมาณคราบจุลินทรีย์และสภาวะเหงือกอักเสบในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ มีค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์และสภาวะเหงือกอักเสบของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของวงษ์ทิพย์ อินปัน (2557) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคพิษณุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนอนุบาลปราจีนบุรี ซึ่งพบว่า นักเรียนมีความรู้ด้านทันตสุขภาพ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง

ของการเกิดโรคฟันผุ มีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรคฟันผุ และมีการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องมาจาก การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) และการให้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยการบอกถึงปัญหาสุขภาพช่องปากให้นักเรียนทราบ และพูดให้กำลังใจผู้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อให้มีความมั่นใจว่าตนเองสามารถประสบความสำเร็จได้

5. คะแนนเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์และสภาวะเหงือกอักเสบของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองพบว่า นักเรียนที่มีปริมาณคราบจุลินทรีย์และสภาวะเหงือกอักเสบในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพ ต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคเหงือกอักเสบ มีค่าปริมาณคราบจุลินทรีย์และสภาวะเหงือกอักเสبت่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของอุมพร ชมโณม และคณะ (2560) เรื่อง ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคเหงือกอักเสบในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการป้องกันการโรคเหงือกอักเสบ ความคาดหวังในผลที่เกิดจากการปฏิบัติตัวในการป้องกันการโรคเหงือกอักเสบ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันการโรคเหงือกอักเสบมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 คะแนนเฉลี่ยของปริมาณคราบจุลินทรีย์และสภาวะเหงือกอักเสบในกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองและลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อาจเนื่องจาก การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) และการให้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยการบอกถึงปัญหาสุขภาพช่องปากให้นักเรียนทราบ และพูดให้กำลังใจผู้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อให้มีความมั่นใจว่าตนเองสามารถประสบความสำเร็จได้และการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) จากผู้วิจัย ครูและเพื่อน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาวิจัย

1. จากการศึกษาพบว่า โปรแกรมทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคเหงือกอักเสบในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในเขตอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีสภาวะโรคเหงือกอักเสบในกลุ่มทดลองมีประสิทธิผลต่อพฤติกรรมปรับเปลี่ยนทันตสุขภาพ ควรนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนในพื้นที่ต่อไป
2. สถานศึกษาควรหันมาให้ความสำคัญกับกิจกรรมเสริมหลักสูตรด้านการส่งเสริมทันตสุขภาพของนักเรียนอย่างจริงจังและต่อเนื่อง
3. การทำวิจัยควรขยายเวลาในการดำเนินการวิจัยให้มากกว่า 8 สัปดาห์ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันตสุขภาพให้มีประสิทธิผลมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันตสุขภาพที่เป็นผลระยะยาวอย่างต่อเนื่อง
2. ควรติดตามกลุ่มตัวอย่างเมื่อครบ 1 ปี เพื่อศึกษาความคงอยู่ของพฤติกรรมทันตสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กุลชาติ วัฒนวงศ์เวฬุวนารักษ์, นิรุวรรณ เทรินโบล และประวิ อัมพันธ์. (2556). ผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ตำบลเมืองแคน อำเภอราชไสล จังหวัดศรีสะเกษ. *Thai Dental Nurse Journal*, 23(2), 32-41.
- ณัฐฐ์ แก้วสุทธา, อังคินันท์ อินทรกำแหง และพัชรี ดวงจันทร์. (2558). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลอนามัยช่องปากของวัยรุ่น *Journal of Srinakharinwirot Research and Development*, 8(15), 58-75.
- ปิยะลักษณ์ เดือนกอง และพรณี บุญพรตถกิจ. (2556). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมทันตสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. *Thai Dental Nurse Journal*, 24(1), 54-67.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์ (2556). *สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงของเหงือกอักเสบ*. กรุงเทพฯ:อมรินทร์สุขภาพ อมรินทร์ พรินต์ติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง
- วิรัชพล พลท้าว และพรณี บุญพรตถกิจ. (2557). ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษา ร่วมกับการใช้สื่อประสมช่วยสอน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบในนักเรียนระดับประถมศึกษา อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู. *Thai Dental Nurse Journal*, 25(2), 75-88.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *เอกสารแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ประจำปี 2561*. กรุงเทพมหานคร : กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (ม.ป.ป.). *ระยะการเกิดโรคเหงือกอักเสบ*. สืบค้น วันที่ 15 สิงหาคม 2562 . จาก <http://dental.anamai.moph.go.th>.
- อุมพร ชมโฉม, อารยา ปรานประวีตร และวันเพ็ญ แก้วปาน. (2560). ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(1), 234-252.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.

คำแนะนำสำหรับผู้แต่ง
วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา
(Thai Journal of Public Health and Health Education : TJPHE)

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับผู้เขียน

1. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษาเป็นวารสารรับตีพิมพ์บทความทางวิชาการ และบทความวิจัย ด้านการแพทย์ ด้านการสาธารณสุข ด้านการพยาบาล ด้านสุขภาพศึกษา ด้านสหวิทยาการพฤติกรรมสุขภาพ และด้านสหวิทยาการวิทยาศาสตร์สุขภาพและนวัตกรรม
2. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษากำหนดตีพิมพ์ปีละ 3 ฉบับ ได้แก่
 - มกราคม-เมษายน
 - พฤษภาคม-สิงหาคม
 - กันยายน-ธันวาคม
3. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษารับตีพิมพ์บทความทางวิชาการ และบทความวิจัย โดยต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น (หรือหากมีกรณีอธิบายในข้อความส่งถึงบรรณาธิการ)
4. กองบรรณาธิการจะพิจารณาค้นฉบับ (Manuscript) ตามข้อกำหนดของรูปแบบวารสารและส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวน 3 คน เป็นผู้อ่าน

ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Word
2. จัดพิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 โดยมีระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. และด้านขวา 2.54 cm.
3. ตัวอักษรใช้ TH SarabunPSK
4. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 1 หน้า
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)
6. รายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 30 รายการ

การเรียงลำดับเนื้อหาบทความ

1. ชื่อเรื่อง

- ภาษาไทย พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 17 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 17 point จัดกึ่งกลาง

2. ชื่อผู้เขียน

-ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 14 point อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 12 point ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้พิมพ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์และ e-mail ในส่วนล่างสุด

3. บทคัดย่อ

- ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point ความยาวไม่เกิน

1 หน้ากระดาษ

4. คำสำคัญ

-กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3 – 5 คำ ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

5. บทนำ

- ชื่อ “บทนำ” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา จัดขอบ
- ข้อความบทนำ พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point
- บรรยายประเด็นปัญหาของงานวิจัยและเหตุผลในการทำวิจัย

6. วัตถุประสงค์การวิจัย

- ชื่อ “วัตถุประสงค์การวิจัย” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา จัดขอบ
- ข้อความวัตถุประสงค์การวิจัย พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

7. สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

- ชื่อ “สมมติฐานการวิจัย” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา จัดขอบ
- ข้อความสมมติฐานการวิจัย พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

8. กรอบแนวคิดในการวิจัย (ถ้ามี)

- ชื่อ “กรอบแนวคิดในการวิจัย” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา จัดขอบ
- ข้อความกรอบแนวคิดในการวิจัย พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

9. ระเบียบวิธีวิจัย

- ชื่อ “ระเบียบวิธีวิจัย” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความระเบียบวิธีวิจัย พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point
- ระบุรูปแบบการวิจัย ประชากร เกณฑ์การคัดเลือกประชากรที่ศึกษา

10. เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อ “เครื่องมือการวิจัย” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความเครื่องมือการวิจัย พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

11. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

- ชื่อ “การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

12. การเก็บรวบรวมข้อมูล

- ชื่อ “การเก็บรวบรวมข้อมูล” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความการเก็บรวบรวมข้อมูล พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

13. การวิเคราะห์ข้อมูล

- ชื่อ “การวิเคราะห์ข้อมูล” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความการวิเคราะห์ข้อมูล พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

14. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

- ชื่อ “สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

15. จริยธรรมการวิจัย

- ชื่อ “จริยธรรมการวิจัย” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความจริยธรรมการวิจัย พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

16. ผลการวิจัย

- ชื่อ “ผลการวิจัย” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความผลการวิจัย พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point
- ตารางและข้อความในตาราง พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 14 point
- ควรนำเสนอผลการวิจัยเรียงตามลำดับให้สอดคล้องกับการตอบวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ถ้ามีการนำเสนอผลในรูปแบบตาราง กราฟ หรือรูปภาพ ควรมีการอธิบายผลที่สอดคล้องกัน

17. อภิปรายผล

- ชื่อ “อภิปรายผล” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความอภิปรายผล พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point
- การเขียนอภิปรายผลควรมุ่งไปที่ประเด็นสำคัญของการวิจัย และควรมีหลักฐานการอ้างอิงประกอบด้วย และสรุปผลเฉพาะเนื้อหาในแง่ของผลการวิจัยที่สำคัญ ๆ

18. การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

- ชื่อ “การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

19. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- ชื่อ “ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

20. เอกสารอ้างอิง

- ชื่อ “เอกสารอ้างอิง” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความเอกสารอ้างอิง พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิง

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงในเนื้อหา

- การอ้างอิงในเนื้อหาใช้รูปแบบการเขียนอ้างอิงแบบนาม-ปี โดยการระบุชื่อผู้เขียนและตามด้วยปีที่เขียน
เช่น

Bandura (1991) ให้นิยามว่า จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม ปัจจัยสู่ความสำเร็จของการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ คือการพัฒนาความสามารถของประชาชนให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้” (ธนสุกาญจน์, 2018)

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

1. หนังสือ

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)/ ชื่อเรื่อง./ (พิมพ์ครั้งที่)/ สำนักพิมพ์.

Author, A.A./ (Year)/ Title of the book/ (Edition ed.)/ Publisher.

เช่น

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2563). พฤติกรรมสุขภาพ : แนวคิดทฤษฎี และการประยุกต์ใช้
///////// (พิมพ์ครั้งที่ 3). สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.

Schmidt, N. A., & Brown, J. M. (2017). *Evidence-based practice for nurses: Appraisal
////////and application of research* (4th ed.). Jones & Bartlett Learning, LLC.

1.1 บทความหรือบทในหนังสือ

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์)/ ชื่อบทหรือชื่อบทความ./ ใน/ ชื่อบรรณาธิการ/ (บ.ก.),
//////// ชื่อหนังสือ/ (น./ xx-xxx)/ สำนักพิมพ์.

Author, A. A./ (Year)/ Title of the chapter./ In Editor/ (Eds.)/ Title of the
//////// book/ (pp./ xx-xxx)/ Publisher.

เช่น

วัลลภ สุขสวัสดิ์. (2561). แนวความคิดเรื่องชนชั้นนำทางการเมืองของกิตาโน มอสก้า กับชนชั้นนำ
////////ทางการเมืองไทยในยุคอาณานิคม. ใน วัชรพล ศุภจักรวัฒนา และวัชรพล พุทธิรักษา (บ.ก.),
//////// ว่าด้วยทฤษฎีรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ร่วมสมัย (พิมพ์ครั้งที่ 2). (น. 47-68).
//////// สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.

1.2 หนังสือแปล

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์)/ ชื่อเรื่องหนังสือภาษาต้นฉบับ/[ชื่อหนังสือภาษาไทย]
//////// (พิมพ์ครั้งที่)/ สำนักพิมพ์.

เช่น

แบร์รี สมาร์. (2555). *Michel Foucault* [มิเชล ฟูก็อดต์]. ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).

1.3 E-book

1.3.1 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ไม่มี DOI

ชื่อผู้แต่งในบท./ (ปีพิมพ์)/ ชื่อบท./ ใน/ ชื่อบรรณาธิการ/ (บรรณาธิการ)/ ชื่อหนังสือ
//////// (พิมพ์ครั้งที่)/ น./ xx-xxx)/ URL

Author, A. A./ (Year)/ Title of the chapter./ In Editor/ (Eds.)/ Title of the
//////// book/ (Edition ed./ pp./ xx-xxx)/ URL

เช่น

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2562). พฤติกรรมสุขภาพ : แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้.
//////// (พิมพ์ครั้งที่ 3). <https://www.ookbee.com>

Haslam, S. (2003). *Research Methods and Statistics in Psychology* (SAGE
//////// Foundations of Psychology series). <http://www.amazon.com>

1.3.2 บทความหรือบทในหนังสือ (Book chapter) ในรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์
ชื่อผู้แต่งในบท/(ปีพิมพ์)/ชื่อบท/ใน/ชื่อบรรณาธิการ/(บรรณาธิการ)/ชื่อหนังสือ
////////(พิมพ์ครั้งที่)/น./xx-xxx)/URL

Author, A. A./ (Year)/Title of the chapter./In Editor/(Eds.)/Title of the
////////book/(Edition ed.,pp./xx-xxx)/URL

เช่น

วัลลภ สุขสวัสดิ์. (2561). แนวความคิดเรื่องชนชั้นนำทางการเมืองของกิตาโน มอสก้า กับ
////////ชนชั้นนำทางการเมืองไทยในยุคมัลลามาไทย. ใน วัชรพล ศุภจักรวัฒนา และวัชรพล
////////พุทธรักษา (บ.ก.), ว่าด้วยทฤษฎีรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ร่วมสมัย (พิมพ์ครั้งที่
////////ที่ 2). (น. 47-68). สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.

1.3.3 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่มี DOI

ชื่อ นามสกุล/(ปีพิมพ์)/ชื่อหนังสือ/(พิมพ์ครั้งที่)/https://doi.org/xxxxxxx

Author, A. A. (Year)/Title of the book/(Edition ed.)/https://doi.org/xxxxxxx

เช่น

Chu, Z. (2022). *People-Oriented Education Transformation*.
////////https://doi.org/10.1007/978-981-16-6353-6

2. วิทยานิพนธ์

2.1 วิทยานิพนธ์ปริญญาโทและวิทยานิพนธ์ปริญญาเอกที่พิมพ์
ชื่อ นามสกุล/(ปีที่เผยแพร่)/ชื่อวิทยานิพนธ์/[วิทยานิพนธ์ปริญญาโทและปริญญาเอกที่พิมพ์
////////หรือวิทยานิพนธ์ปริญญาเอกที่พิมพ์ไม่ได้อ่าน]/ชื่อมหาวิทยาลัย.

Author, A. A. (Year)/Title/[Unpublished doctoral or master's thesis]/Name of
////////the Institution awarding the degree.

เช่น

สรุณา แสงเย็นพันธ์. (2559). *การพัฒนาแบบการเขียนบรรณานุกรมออนไลน์* [วิทยานิพนธ์]
////////ปริญญาเอกที่พิมพ์ไม่ได้อ่าน]. มหาวิทยาลัยนเรศวร

Stewart, Y. (2000). *Dressing the tarot* [Unpublished master's thesis]. Auckland
////////University of Technology.

2.2 วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตจากเว็บไซต์ไม่อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์

ชื่อ นามสกุล./ (ปีที่เผยแพร่) ./ ชื่อวิทยานิพนธ์ / [วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิบัณฑิต หรือ
///////// วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต./ ชื่อมหาวิทยาลัย] ./ ชื่อเว็บไซต์./ URL

2.3 วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตจากฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์

ชื่อ นามสกุล./ (ปีที่เผยแพร่) ./ ชื่อวิทยานิพนธ์ / (หมายเลข UMI หรือ เลขลำดับอื่น ๆ)
///////// [วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิบัณฑิต หรือวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,
///////// ชื่อมหาวิทยาลัย] ./ ชื่อฐานข้อมูล

เช่น

Becker, J. C. (2013). *Landscape-level influences on community composition
///////// and ecosystem function in a large river ecosystem* (Publication No.
///////// 3577776) [Doctoral dissertation, Graduate Council of Texas State
///////// University – San Marcos]. ProQuest Dissertations and Theses Global.

3. รายงานการประชุมเชิงวิชาการที่มี proceeding

3.1 ในรูปแบบรูปเล่ม

ชื่อ นามสกุล./ (ปี) ./ ชื่อบทความ./ ใน/ ชื่อบรรณาธิการ./ (บ.ก.) ./ ชื่อหัวข้อการประชุม./
///////// ชื่อการประชุม./ (น./ เลขหน้า) ./ ฐานข้อมูล.

Contributor, A. & Contributor, B./ (Year) ./ Title./ In/ Editor / (Ed. หรือ Eds.), Title of
///////// conference./ Title of conference / (pp./xx-xxx) ./ database.

กรณีมีเลข DOI หรือ URL ให้เติมต่อท้ายจากฐานข้อมูล ตัวอย่าง ชื่อฐานข้อมูล./ <https://doi.org/xxxx>

เช่น

วิตะ กัลป์กลาย, อลิสา คุ่มเคี่ยม, และอมลวรรณ วีระธรรมโม. (2553). ผลการพัฒนา
///////// บทเรียนสำเร็จรูป เรื่อง ภาษาไทยถิ่นใต้ ตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรีจังหวัด
///////// ปัตตานี สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3. ใน มนัส สุวรรณ (บ.ก.), *การจัดการ
///////// เรียนรู้ การวิจัยและนวัตกรรมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน. รายงานสืบเนื่องจากการประชุม
///////// วิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 53* (น. 3–14).
///////// บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.

3.2 ในรูปแบบวารสาร

ชื่อ นามสกุล./ (ปี)/ชื่อเรื่อง:/ชื่อเรื่องย่อ./ชื่อวารสาร./เลขของปีที่(เลขของฉบับที่)/เลขหน้า./
/////////URL

Contributor, A. & Contributor, B./ (Year)/Title:/ Sub-title./Journal./เลขของปีที่(เลข
/////////ของฉบับที่)/เลขหน้า./URL

เช่น

Herculano-Houzel, S., Collins, C. E., Wong, P., Kaas, J. H., & Lent, R. (2008).
/////////The basic nonuniformity of the cerebral cortex. *Proceedings of the National*
/////////Academy of Sciences of the United States of America, 105(34), 12593-12598.
/////////https://www.pnas.org/doi/full/10.1073/pnas.0805417105

4. การนำเสนองานวิจัยหรือการนำเสนอโปสเตอร์ (Paper/Poster Presentation)

ชื่อ นามสกุล./ (วัน./เดือน/ปี)/ชื่อเอกสาร หรือโปสเตอร์/[เอกสารนำเสนอในที่ประชุม หรือ
/////////โปสเตอร์นำเสนอในที่ประชุม]/ชื่อการประชุม./สถานที่.

Presenter, A & Presenter, B./ (Year./Month/day)/Title of conference paper or
/////////poster/[Paper presentation or Poster presentation]/Conference
/////////Name./Location.

เช่น

Mason, I. & Missingham, R. (2019, October 21–25). *Research libraries, data*
/////////curation, and workflows [Paper presentation]. eResearch Australasia
/////////Conference, Brisbane, QLD, Australia. https://bit.ly/2v1CjRg

5. รายงานการประชุม/การสัมมนา/อภิปราย

ชื่อหน่วยงานที่จัดประชุม./ (ปีพิมพ์)/ชื่อเรื่องการประชุม./ชื่อการประชุม./สถานที่จัดประชุม.

เช่น

ที่ประชุมคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยของรัฐ. (2565). การประชุมสามัญที่ประชุม
/////////คณบดีบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยของรัฐ และมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ.
/////////การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 53.
/////////มหาวิทยาลัยนเรศวร

6. หนังสือพิมพ์และหนังสือพิมพ์ออนไลน์

ชื่อผู้แต่ง./ (วัน/เดือน/ปี)/ชื่อคอลัมน์./ชื่อหนังสือพิมพ์./เลขหน้า.

เช่น

ทีมวไรตี้. (21 กุมภาพันธ์ 2565). จับตามลกระทบโควิดระลอกสามทำคนไทยหนีท่วม.

/////////เดลินิวส์. 1.

7. เว็บไซต์

ชื่อ นามสกุลผู้เขียน./ (วัน/เดือน/ปีที่เผยแพร่)/ชื่อบทความ./ชื่อเว็บไซต์./URL

Author, A. A./ (Year, Month date)/Title of the work: Subtitle./Website name./URL

เช่น

สรุณา แสงเย็นพันธ์. (18 กันยายน 2561). มาทำความเข้าใจระบบสี CMYK กับ RGB.

/////////สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร. <https://www.nupress.grad.nu.ac.th/cmyk->

/////////and-rgb/

Sparks, D. (2019). *Women's wellness: Lifestyle strategies ease some bladder*

/////////control problems. Mayo Clinic. <https://newsnetwork.mayoclinic.org/>

/////////discussion/womens-wellness-lifestyle-strategies-ease-some-bladder-

/////////control-problems/

-กรณีที่ไม่มีการวันที่เผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) หรือ (n.d.)

-กรณีที่มีปรากฏเฉพาะ พ.ศ. หรือ ค.ศ. ให้ใส่แค่ (ปี) เท่านั้น

-กรณีชื่อผู้เขียนและชื่อเว็บไซต์เป็นชื่อเดียวกัน ให้ตัดชื่อเว็บไซต์ออก

7.1 เว็บไซต์ไม่ระบุปีที่เผยแพร่

เช่น

Athletics New Zealand. (n.d.). *Form a new club*. <http://www.athletics.>

/////////org.nz/Clubs/Starting-a-New-Club

7.2 Wikipedia

เช่น

Global warming. (2019, December 9). In *Wikipedia*. <http://en.wikipedia.org/wiki/Global>

/////////_warming

Psychometric assessment. (n.d.). In *The psychology wiki*. Retrieved January 28,

/////////2009, from http://psychology.wikia.com/wiki/Psychometric_assessment



8. ราชกิจจานุเบกษา

ชื่อกฎหมาย/(วัน/เดือน/ปี)/ราชกิจจานุเบกษา/เล่ม/ตอนที่/หน้า/เลขหน้า.

เช่น

ประกาศ ก.พ.อ. เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการพิจารณาแต่งตั้งบุคคลให้ดำรงตำแหน่ง

/////////ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ และศาสตราจารย์ พ.ศ. 2564. (7 มกราคม

/////////2565). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 4 ง หน้า 22-50.

การส่งบทความ

ต้นฉบับผลงานวิจัยและหนังสือรับรองบทความ/ผลงานวิจัยที่ต้องส่งในระบบ Online ถึงบรรณาธิการวารสารที่ tjphe_editor@scphub.ac.th

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

ดร.ภคิน ไชยช่วย (บรรณาธิการวารสาร)

โทรศัพท์มือถือ : 08-1389-9146 , 094-520-9823 , 045-2102709 ต่อ 251

สำนักงานวารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา (Thai Journal of Public Health and Health Education) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี 187 ม.3 ถนนสถลมารค ตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190 tjphe_editor@scphub.ac.th