



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ของประชากรก่อนสูงวัย  
(50 -59 ปี) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์



อรรณพร ผาเจริญ

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

ปีการศึกษา 2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ของประชากรก่อนสูงวัย  
(50 -59 ปี) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
ปีการศึกษา 2565  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ของประชากรก่อนสูงวัย  
(50 -59 ปี) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์"

ของ อรรณพร ผาเจริญ

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา-

### คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ถาวร มาตัน)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปัทมา สุพรรณกุล)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน  
(ดร.อนุสรณ์ สีหนาท)

อนุมัติ

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

<b>ชื่อเรื่อง</b>	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ของประชากร ก่อนสูงวัย (50 -59 ปี) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
<b>ผู้วิจัย</b>	อรรณพร ผาเจริญ
<b>ประธานที่ปรึกษา</b>	รองศาสตราจารย์ ดร.ปัทมา สุพรรณกุล
<b>ประเภทสารนิพนธ์</b>	วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2565
<b>คำสำคัญ</b>	ความรอบรู้สุขภาพช่องปาก, แรงสนับสนุนทางสังคม, พฤติกรรมการ ดูแลสุขภาพช่องปาก

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาอำนาจการพยากรณ์ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง 200 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ความถี่ ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Multiple Linear Regression แบบ Stepwise กำหนดค่านัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นผู้ที่มีความรอบรู้ระดับเพียงพอ ร้อยละ 67.0 รองลงมาเป็นผู้มีความรอบรู้มากเพียงพอ ร้อยละ 17.0 และความรอบรู้ยังไม่เพียงพอ ร้อยละ 16.0 กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนด้านกำลังใจ คำแนะนำ ความรู้ การช่วยเหลือดูแล และแรงกระตุ้นในการดูแลสุขภาพช่องปาก มากที่สุดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 65.5 รองลงมา ได้แก่ ครอบครัว ร้อยละ 55.5 และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 43.5 ตามลำดับ สำหรับแรงสนับสนุนที่ได้รับจากเพื่อน พบว่าได้รับแรงสนับสนุนในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.5 ในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 89.5 รองลงมา ได้แก่ ระดับดี ร้อยละ 8.0 ปัจจัยร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างที่มีอำนาจการพยากรณ์สูงสุด ได้แก่ ความรอบรู้สุขภาพช่องปาก ด้านการรู้เท่าทันสื่อเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก (Beta = 0.291, p-value = 0.001) รองลงมา ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Beta = 0.238, p-value = 0.011) และแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ

จาก อสม. (Beta = 0.171, p -value = 0.016) ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05  
ตัวแปรทั้ง 3 ตัวมีอำนาจ ในการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัย  
ได้ร้อยละ 21.0



<b>Title</b>	FACTORS INFLUENCING ORAL HEALTH CARE BEHAVIORS AMONG THE PRE-AGING (50-59 YEARS) IN MUANG DISTRICT, UTTARADIT PROVINCE.
<b>Author</b>	UNNAPORN PHACHAROEN
<b>Advisor</b>	Associate Professor Pattama Suphunnakul, Ph.D.
<b>Academic Paper</b>	M.P.H. Thesis in Public Health Program, Naresuan University, 2022
<b>Keywords</b>	Oral health literacy, Social support, Oral Health Care Behaviors

### ABSTRACT

The main objective of predictive research was to study factors predicting oral health care behavior among the pre-aged population (aged 50-59 years) in Mueang District Uttaradit Province. Data were collected with 200 questionnaires and analyzed with descriptive statistics as a percentage, frequency, mean, maximum, and minimum, and inference statistics such as Multiple Linear Regression (stepwise) for hypothesis testing at a significant level of 0.05. The results revealed that 67.0 percent of the participants had oral health care literacy at a sufficient level, followed by 17.0 percent with health literacy at a high enough level and 16.0 percent with health literacy at a not enough, respectively. 65.5 percent of them received support in terms of encouragement, advice, knowledge, assistance, and motivation for oral health care from health workers at a height level, followed by family at 55.5 percent, and village health volunteers (VHV) at 43.5 percent, respectively. 53.5 percent of friend support found that received at a moderate level. Most of the 89.5 percent of the sample had oral health care behaviors at a low level, followed by 8.0 percent at a high level. The results of the analysis found that media literacy was the strongest predictor of oral health care behavior (Beta = 0.291, p-value = 0.001), followed by health workers support (Beta = 0.238, p -value = 0.011), village health volunteers

support (Beta = 0.171, p -value = 0.016) with a significant level of 0.05 respectively. Three factors can predict oral health care behavior among the pre-aged population at 21.0 percent



## ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาช่วยเหลืออย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.ปัทมา สุพรรณกุล ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาอันมีค่าเป็นที่ปรึกษา พร้อมทั้งให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ ด้วยความเอาใจใส่ตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณ ทันตแพทย์สุรียา รักเจริญ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลปากท่า จังหวัดอุดรธานี ดร.อนุสรุ สีนานาท อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ และดร.ส่งศักดิ์ สุขสันต์ วิทยาจารย์ชำนาญการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลกที่กรุณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา เครื่องมือวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี สาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ตลอดจนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เกี่ยวข้อง ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์อนุญาตให้เป็นพื้นที่สำหรับการศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ และที่สำคัญอย่างยิ่งต้องขอขอบพระคุณกลุ่มอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้

เหนือสิ่งอื่นใดขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดาของผู้วิจัยที่ได้ให้กำลังใจ รวมถึงเพื่อน ๆ ทุกคน ที่ให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้านเป็นอย่างดี คุณค่า และคุณประโยชน์อันพึงได้จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า งานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อระบบสาธารณสุขด้านทันตสุขภาพ และผู้ที่สนใจ

อรณพร ผาเจริญ



# สารบัญ

## หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....จ	จ
ประกาศคุณูปการ.....ช	ช
สารบัญ.....ช	ช
สารบัญตาราง.....ญ	ญ
สารบัญภาพ.....ฉ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....1	1
ความเป็นมาของปัญหา.....1	1
คำถามการวิจัย.....5	5
วัตถุประสงค์การวิจัย.....5	5
สมมติฐานของการวิจัย.....5	5
ขอบเขตของงานวิจัย.....5	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....6	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....8	8
สภาวะสุขภาพช่องปากของประชากรวัยสูงอายุ และก่อนสูงวัย.....8	8
แนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากวัยสูงอายุของต่างประเทศ และในประเทศไทย..20	20
แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ.....33	33
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม.....40	40
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....44	44
กรอบแนวคิดการวิจัย.....48	48

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	49
พื้นที่ศึกษา .....	49
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	49
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	52
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ .....	54
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	54
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	55
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	55
บทที่ 4 ผลการวิจัย .....	56
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป.....	56
ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก.....	59
ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม .....	67
ส่วนที่ 4 พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก.....	72
ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี).....	74
บทที่ 5 บทสรุป.....	76
สรุปผลการวิจัย.....	76
อภิปรายผล .....	82
ข้อเสนอแนะ .....	83
บรรณานุกรม .....	85
ภาคผนวก .....	93
ประวัติผู้วิจัย .....	109

## สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงเปรียบเทียบแผนงานทันตสุขภาพต่างประเทศ และประเทศไทย .....	30
ตาราง 2 แสดงจำนวนประชากรก่อนสูงวัย อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ จำแนกตามเครือข่ายบริการ สุขภาพ (พื้นที่การให้บริการ) .....	50
ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) จำแนกตาม คุณลักษณะ ทางประชากร (n=200) .....	56
ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ จำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (n=200) .....	59
ตาราง 5 แสดงร้อยละคำตอบของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) เรื่องความรู้ความเข้าใจในการ ดูแลสุขภาพช่องปาก (n=200) .....	60
ตาราง 6 แสดงร้อยละคำตอบของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) เรื่องการเข้าถึงข้อมูล และ บริการเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก (n=200) .....	61
ตาราง 7 แสดงร้อยละคำตอบของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) เรื่องทักษะการสื่อสารการ ดูแลสุขภาพช่องปาก (n=200) .....	62
ตาราง 8 แสดงร้อยละคำตอบของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) เรื่องทักษะการจัดการตนเอง ในการดูแลสุขภาพช่องปาก (n=200) .....	63
ตาราง 9 แสดงร้อยละคำตอบของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) เรื่องการรู้เท่าทันสื่อเพื่อการ ดูแลสุขภาพช่องปาก (n=200) .....	64
ตาราง 10 แสดงร้อยละคำตอบของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) เรื่องการตัดสินใจเพื่อการ ปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก (n=200) .....	66
ตาราง 11 แสดงร้อยละประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเมื่อพบ ปัญหาสุขภาพช่องปาก จำแนกตามระดับและแหล่งสนับสนุนทางสังคม ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ (n=200) .....	67
ตาราง 12 แสดงร้อยละของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ที่ได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลใน ครอบครัวเมื่อพบปัญหาสุขภาพช่องปาก จำแนกรายประเด็น .....	68
ตาราง 13 แสดงร้อยละของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ที่ได้รับแรงสนับสนุนจาก เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขเมื่อพบปัญหาสุขภาพช่องปาก จำแนกรายประเด็น .....	69

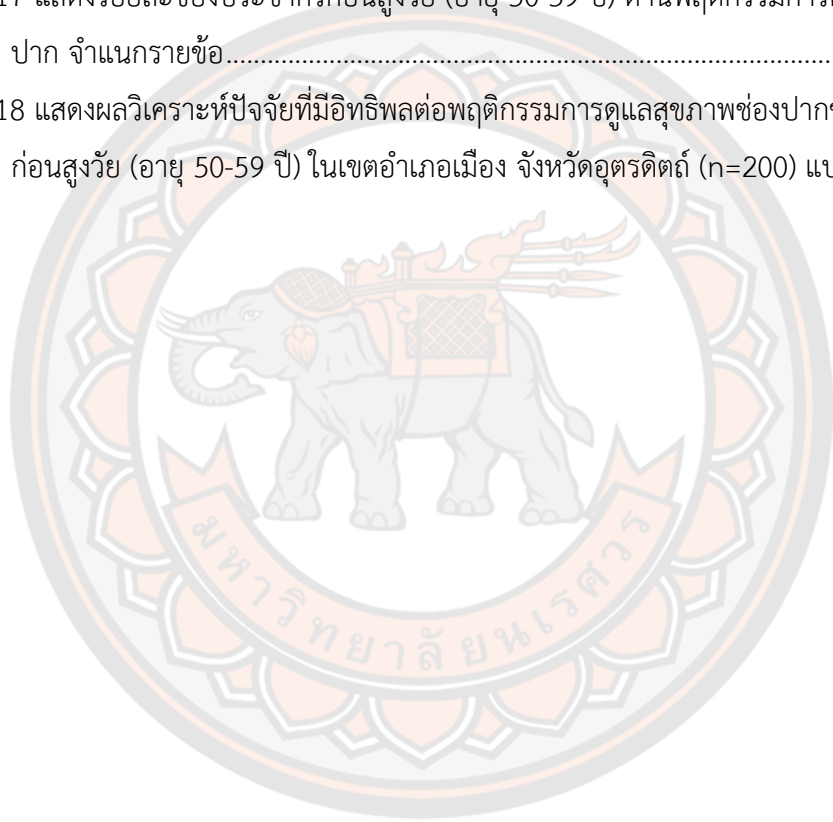
ตาราง 14 แสดงร้อยละของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ที่ได้รับแรงสนับสนุนจาก  
 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เมื่อพบปัญหาสุขภาพช่องปาก จำแนกราย  
 ประเด็น..... 70

ตาราง 15 แสดงร้อยละของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ที่ได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนเมื่อ  
 พบปัญหาสุขภาพช่องปาก จำแนกรายประเด็น..... 71

ตาราง 16 แสดงจำนวนและร้อยละของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ด้านพฤติกรรมการดูแล  
 สุขภาพช่องปาก ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ (n=200)..... 72

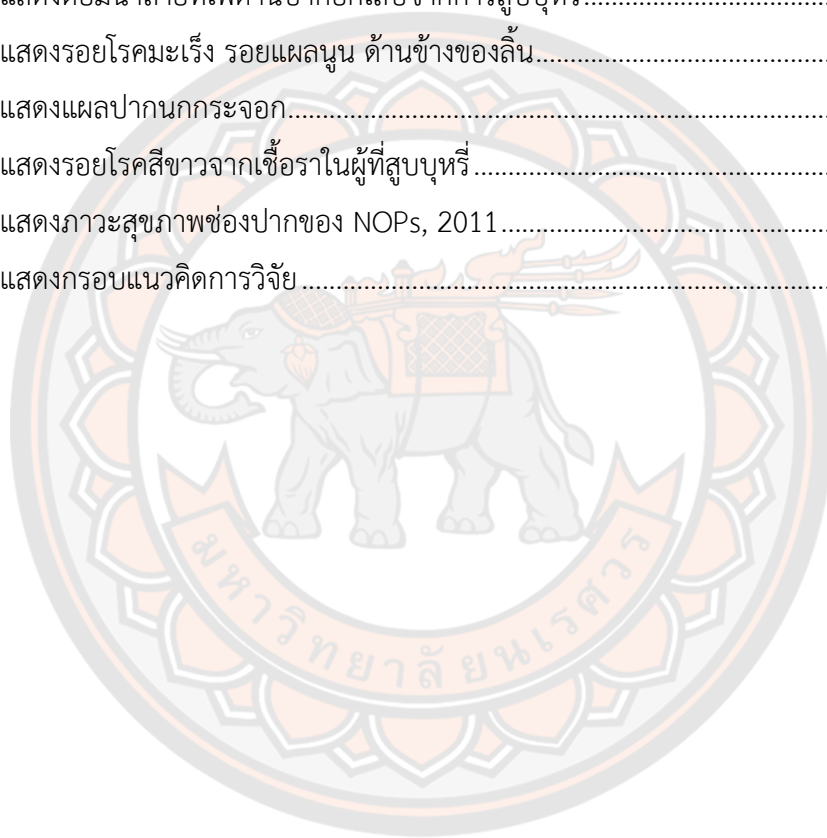
ตาราง 17 แสดงร้อยละของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ด้านพฤติกรรมการดูแล สุขภาพช่อง  
 ปาก จำแนกรายข้อ..... 72

ตาราง 18 แสดงผลวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากร  
 ก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ (n=200) แบบ Stepwise. 74



## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพ 1 แสดงความเชื่อมโยงจากโรคทางช่องปากสู่สุขภาพช่องปาก.....	9
ภาพ 2 แสดงฟันสึก/ผุ บริเวณคอฟัน/รากฟัน.....	13
ภาพ 3 แสดงเนื้อเยื่อปริทันต์ถูกทำลาย ทำให้เหงือกกร่น ฟันโยก.....	14
ภาพ 4 แสดงต่อมน้ำลายที่เพดานปากอักเสบจากการสูบบุหรี่.....	15
ภาพ 5 แสดงรอยโรคมะเร็ง รอยแผลเนื้องอก ด้านข้างของลิ้น.....	15
ภาพ 6 แสดงแผลปากนกกระจอก.....	18
ภาพ 7 แสดงรอยโรคสีขาวจากเชื้อราในผู้ที่สูบบุหรี่.....	18
ภาพ 8 แสดงภาวะสุขภาพช่องปากของ NOPs, 2011.....	25
ภาพ 9 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย.....	48



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาของปัญหา

ปัญหาสุขภาพช่องปาก เป็นปัญหาสำคัญ ที่ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตประชากร ในปี ค.ศ. 2018 ประเทศสหรัฐอเมริกาพบประชากรอายุ 30 ปี ขึ้นไป เป็นโรคปริทันต์ ร้อยละ 40 (Eke, 2018) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการติดเชื้อ และการอักเสบของเหงือก และกระดูกที่รองรับฟัน อีกทั้งโรคเรื้อรังบางโรคที่เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคปริทันต์ เช่น โรคเบาหวาน ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอ หากไม่ได้รับการรักษาในระยะแรก กระดูกรองรับรากฟันอาจถูกทำลาย ส่งผลถึงเหงือกติดเชื้อ ทำให้ฟันโยกส่งผลไปถึงการสูญเสียฟันในที่สุด ต่อมาในปี ค.ศ. 2019 สหรัฐอเมริกา พบประชากรมีฟันผุ ที่ยังไม่ได้รับการรักษา ช่วงอายุ 20-64 ปี มากถึงร้อยละ 26 ซึ่งสภาวะดังกล่าวอาจนำไปสู่ การสูญเสียฟัน เกิดการติดเชื้อรุนแรงใต้เหงือก ที่สามารถแพร่กระจายไปยังส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย หรือเกิดมะเร็งช่องปากตามมาได้ ซึ่งในบางกรณีอาจส่งผลถึงแก่ชีวิต

ในบางประเทศแถบภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก พบอุบัติการณ์ของมะเร็งช่องปากในกลุ่มมะเร็ง สามอันดับแรก (Ferlay et al., 2018) และพบผู้เสียชีวิตในแต่ละปี ประมาณ 180,000 ราย (International Agency for Research on Cancer, 2020) มะเร็งช่องปากพบได้บ่อยในผู้ชาย และ ในผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมากตามสภาพเศรษฐกิจ และสังคม (World Health Organization, 2021) ทำให้สูญเสียงบประมาณในการรักษาจำนวนมาก ในปี 2015 รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคในช่องปาก มากถึง 357 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ ในขณะที่สหภาพยุโรปใช้งบประมาณในการรักษาโรคในช่องปากมากถึง 90 พันล้านปอนด์ เป็นค่าใช้จ่ายที่สูงของโรคไม่ติดต่อเป็นอันดับสาม รองจากโรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง (World Health Organization, 2020) ในปี 2019 ประชากรของประเทศสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 40 มีปัญหาสุขภาพช่องปาก (Centers for Disease Control and Prevention, 2020) และได้ใช้เงินมากกว่า 124 พันล้านดอลลาร์ ในการดูแลด้านสุขภาพช่องปาก (Centers for Disease Control and Prevention, 2020) ซึ่งค่าใช้จ่ายมหาศาลนั้น ยังไม่ครอบคลุมในด้านการส่งเสริมป้องกันภาวะทันตสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ (World Health Organization, 2020)

จากการประชุมการส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 7 ขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2014 มีการระบุว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็น 1 ใน 5 ของหลักการส่งเสริมสุขภาพ (Petersen, 2010) ตั้งแต่ปี 2007 ความรอบรู้สุขภาพช่องปากเป็นสิ่งที่หลาย ๆ องค์กรให้ความสำคัญมาโดยตลอด



ซึ่งได้รับการศึกษาแล้วว่าเมื่อคนมีความรอบรู้สุขภาพในระดับที่ยังไม่เพียงพอจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคในช่องปากมากกว่าคนมีความรอบรู้สุขภาพในระดับมากเพียงพอ (Batista, 2018) ดังการศึกษาของ Horowitz & Kleinman (2012) ที่ทำการศึกษาในประชาชนอเมริกันและพบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในระดับยังไม่เพียงพอ ทำให้ส่งผลต่อการเกิดโรคในช่องปาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Blizniuk, Ueno, Zaitso & Kawaguchi (2015) และ Ueno, Takeuchi, Oshiro & Kawaguchi (2013) ที่ศึกษาในประชาชนรัสเซียและญี่ปุ่นตามลำดับ พบว่าผู้ที่มีความรอบรู้สุขภาพช่องปากที่ยังไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดการสูญเสียฟันร่วมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่แย่งทำให้เสี่ยงต่อโรคปริทันต์ที่มากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Sistani, Virtanen, Yazdani & Murtomaa (2017) ในอิหร่าน พบว่าความรอบรู้สุขภาพช่องปากมาเพียงพอ มีความสัมพันธ์กับการแปรงฟันทุกวัน การบริโภคขนม/เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลลดลง รวมถึงการเข้ารับบริการทันตกรรมทุก 6 เดือน ในปี 2021 และสำนักทันตสาธารณสุขประเทศไทยมีการศึกษาความรอบรู้สุขภาพช่องปาก ในอายุ 15 ปี ขึ้นไป พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ คือ ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป อ่านไม่ได้ เขียนไม่คล่อง ไม่ได้รับการศึกษา ไม่มีบทบาทในชุมชนส่งผลต่อสภาวะช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก (Bureau of Dental Public Health, 2021)

ในปี ค.ศ. 2018 องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศแผนดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในช่องปาก ซึ่งประกอบไปด้วยหลายกิจกรรม เช่น การลดการบริโภคน้ำตาล และเพิ่มการบริโภคผัก การป้องกันโรคในช่องปาก และโรคอื่น ๆ จากการใช้ยาสูบ การจัดโครงการเกี่ยวกับการใช้ฟลูออไรด์ในระดับชาติ เช่น การเติมฟลูออไรด์ในน้ำดื่ม เกลือ นม (World Health Organization, 2018) และสำหรับผู้สูงอายุ ประเทศไทยตั้งแต่ปี 2011 มีโครงการฟันเทียมพระราชทานเพื่อแก้ปัญหาสูญเสียฟันของผู้สูงอายุ (Department of Health, 2015) แต่โครงการนี้เป็นโครงการที่แก้ปัญหาในขั้นระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) คือแก้ปัญหาเมื่อมีการสูญเสียฟันไปแล้ว ดังนั้นการพัฒนางานสุขภาพช่องปากประเทศไทย ในปีต่อมาจึงมุ่งเน้นไปในการป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) ซึ่งการประชุมเชิงปฏิบัติการขับเคลื่อนแนวทางการดำเนินงานทันตสุขภาพประจำปีงบประมาณ 2022 (Bureau of Dental Public Health, 2021) มีแนวทางการดำเนินงานสุขภาพช่องปากวิธีใหม่ คือการเน้นสร้างความรอบรู้สุขภาพช่องปาก (Oral Health Literacy) ทุกกลุ่มวัย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก และพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพช่องปากในทุกกลุ่มวัย

ประเทศไทยได้ทำการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของประเทศ ครั้งที่ 8 ปี 2017 พบการสูญเสียฟันทั้งปากในประชากรอายุ 60-74 ปี ร้อยละ 8.7 เมื่ออายุ 80-85 ปี เพิ่มสูงถึงร้อยละ 31.0 (Bureau of Dental Public Health, 2017) นอกจากนี้ ยังพบฟันแท้ผู้ที่ยังไม่ได้รับการรักษา

ร้อยละ 52.6 โรคปริทันต์ร้อยละ 36.3 โดยร้อยละ 12.2 เป็นโรคปริทันต์อักเสบที่อยู่ในระดับรุนแรงมาก(มีร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ 6 มม. ขึ้นไป) (Bureau of Dental Public Health, 2017) ปัญหาทางสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุนั้นเป็นปัญหาที่สะสมมาตั้งแต่วัยเด็ก และทวีความรุนแรงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (Bureau of Dental Health, Department of Health, 2005) นอกจากนี้ มีการศึกษาว่าประชากรที่อายุมากกว่า 55 ปี เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งช่องปาก (National Cancer Institute, 2016) สาเหตุสำคัญคือการใช้ยาสูบ แอลกอฮอล์ และหมาก Mehtash et al. (2017) ผู้สูงอายุมิพพฤติกรรมแปรงฟันก่อนนอน ร้อยละ 53.7 มีการใช้อุปกรณ์เสริมการแปรงฟัน ได้แก่ ไหมขัดฟัน แปรงชอกฟัน เพียงร้อยละ 4.1 และ 1.9 ตามลำดับ และมีการไปรับบริการทันตกรรมในปีที่ผ่านมา ร้อยละ 38.6 ในจำนวนนี้เหตุผลที่ไปรับบริการสูงสุด ร้อยละ 12.3 คือรู้สึกมีอาการปวดหรือเสียวฟัน การรักษาโดยการเก็บรักษาฟันไว้จึงมีความยุ่งยากซับซ้อนหลายขั้นตอนทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถมารับบริการต่อเนื่องได้จนถูกถอนฟันไปในที่สุด (Bureau of Dental Public Health, 2017)

ประเทศไทยโดยสำนักทันตสาธารณสุขจึงได้จัดทำแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประเทศไทย พ.ศ. 2015–2022 (Prasertsom, Dalodom & Vejmethi, 2021) และกำหนดเป้าหมายให้ผู้สูงอายुर้อยละ 80 มีสุขภาพช่องปากดี และมีฟันใช้งานได้อย่างเหมาะสม (อย่างน้อย 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบฟันหลัง) มีนวัตกรรมเพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุอย่างน้อย 5 ใน 7 ประเด็น ได้แก่ 1) การสูญเสียฟัน และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใส่ฟัน 2) ฟันผุ และรากฟันผุ 3) โรคปริทันต์ 4) แผล/มะเร็งช่องปาก 5) ภาวะน้ำลายแห้ง 6) ฟันสึก 7) ปัญหาสภาวะช่องปากอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับโรคทางระบบของสูงอายุ (Prasertsom, Dalodom & Vejmethi, 2021) โดยกลุ่มเป้าหมายคือผู้สูงอายุทุกกลุ่ม และกลุ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ (50–59 ปี)

จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาในปี 2021 ประเทศไทยพบประชากรก่อนสูงอายุ มีฟันถาวรใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ 4 คู่สบ ร้อยละ 38.77 (Health Data Center, 2020) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2020 ที่ร้อยละ 37.15 (Health Data Center, 2020) คิดเป็นร้อยละ 1.52 เท่านั้น สำหรับผู้สูงอายุในปี 2021 มีฟันถาวรใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ 4 คู่สบ ร้อยละ 32.21 (Health Data Center, 2021) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2020 ที่ร้อยละ 31.68 คิดเป็นร้อยละ 0.53 (Health Data Center, 2020) อย่างไรก็ตามยังคงพบว่าผลการปฏิบัติงานยังไม่บรรลุเป้าหมายที่แผนงานทันตสุขภาพได้ตั้งไว้ คือประชากรสูงอายुर้อยละ 80 ต้องมีฟันอย่างน้อย 20 ซี่ 4 คู่สบ (Bureau of Dental Public Health, 2021) ดังนั้นในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีสามารถพึ่งตนเองได้ทั้งเรื่องของสุขภาพกาย สุขภาพจิต รวมไปถึงสุขภาพช่องปากวัยก่อนสูงอายุจึงเป็นช่วงวัยสำคัญในการเตรียมความพร้อม



จังหวัดอุดรดิตถ์ มีทั้งหมด 9 อำเภอ เมื่อพิจารณารายอำเภอ พบว่าอำเภอเมืองอุดรดิตถ์ มีปัญหาในประชากรก่อนสูงอายุ และสูงอายุ ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด และอำเภอนี้มีประชากรมากที่สุดในทุกกลุ่มอายุ มีทั้งหมด 21 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 4 เขตบริการสุขภาพ ดังนั้นจึงมีการสำรวจในกลุ่มก่อนสูงอายุ ในปี 2020 มีฟันถาวรใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ 4 คู่สบ ร้อยละ 27.21 (Uttaradit Province Public Health Office, n.d) และเพิ่มขึ้นในปี 2021 ที่ร้อยละ 38.05 (Uttaradit Province Public Health Office, n.d) อยู่ร้อยละ 10.84 แต่เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ฟันถาวรที่ใช้งานลดลงอย่างต่อเนื่อง ในปี 2020 ประชากรสูงอายุ มีฟันถาวรใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ 4 คู่สบ ร้อยละ 25.94 (Uttaradit Province Public Health Office, n.d.) และในปี 2021 ร้อยละ 24.76 (Uttaradit Province Public Health Office, n.d) จะเห็นได้ว่าในปี 2021 ฟันถาวรใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ 4 คู่สบของประชากรจากก่อนสูงอายุเข้าสู่สูงอายุลดลงมากถึงร้อยละ 10.29 ถึงแม้ว่าจังหวัดอุดรดิตถ์ยังมีการดำเนินโครงการด้านทันตสุขภาพในทุกกลุ่มวัยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่กลุ่มวัยเด็กจนถึงกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ได้แก่ โครงการจัดให้ความรู้ จัดให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพศึกษา สอนการแปรงฟันที่ถูกวิธี แนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม โครงการออกตรวจฟัน บริการทันตกรรมเชิงรุก แต่ยังคงพบปัญหาสุขภาพช่องปากทั้งก่อนสูงวัย และกลุ่มสูงอายุ การสูญเสียฟัน เนื่องจากสาเหตุต่าง ๆ ในผู้สูงอายุมีจำนวนมากทำให้การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากกลุ่มวัยก่อนสูงอายุเป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับการแก้ไข (Bureau of Dental Public Health, 2017)

จากปัญหาดังกล่าวเห็นว่าการศึกษาในกลุ่มวัยก่อนสูงวัยมีความสำคัญ เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ และผู้วิจัยพบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับเพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ (Subbowon, 2019; Rodsawaeng, 2016; Wimardhani et al., 2018) แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก (Ruangdej, 2018) ความรอบรู้สุขภาพช่องปาก (Martragul et al, 2017; Chanjapoh & Duangson, 2019; Charophasrat, 2019; Han-A Cho, 2020) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากร ก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้ประโยชน์ ในการสร้างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากให้กับประชากรก่อนสูงวัย เพื่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดีในวัยสูงอายุต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. ความรอบรู้สุขภาพช่องปาก แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์อยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยใดมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้สุขภาพช่องปาก แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

### สมมติฐานของการวิจัย

ความรอบรู้สุขภาพช่องปาก แรงสนับสนุนทางสังคม ร่วมพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

### ขอบเขตของงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพยากรณ์ (Predictive research) มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

#### ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรก่อนสูงวัย อายุ 50-59 ปี ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

#### ขอบเขตด้านตัวแปร

**ตัวแปรต้น** ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก 6 ด้าน คือ ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปาก การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพช่องปาก และบริการเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะการสื่อสาร การดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก การรู้เท่าทันสื่อเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก และทักษะการตัดสินใจเพื่อปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก และแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน

## ตัวแปรตาม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัย

### ขอบเขตด้านระยะเวลา

เก็บข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน 2564 – มกราคม 2565

### นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) หมายถึง ทักษะทางปัญญาและทักษะสังคมของบุคคลเกี่ยวกับด้านสุขภาพช่องปาก ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ และสมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพช่องปาก เพื่อส่งเสริมและคงดำรงรักษาสุขภาพช่องปากตนเองให้ดี ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้

1.1 ความรู้ความเข้าใจ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ และจดจำได้เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก และสาเหตุการเกิดโรคในช่องปาก

1.2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการ หมายถึง การใช้ความสามารถในเลือกแหล่งบริการ รู้วิธีการค้นหาและตรวจสอบแหล่งข้อมูลให้น่าเชื่อถือเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก สาเหตุการเกิดโรคในช่องปาก รวมถึงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคในช่องปาก

1.3 ทักษะการสื่อสาร หมายถึง ความสามารถในการพูดอ่าน สื่อสาร ถ่ายทอดบอกต่อข้อมูล และโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจ เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก

1.4 ทักษะการจัดการตนเอง หมายถึง ความสามารถในการกำหนดแนวปฏิบัติ ปฏิบัติตามแผนอย่างถูกต้อง เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก

1.5 การรู้เท่าทันสื่อ หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ เปรียบเทียบ และประเมินได้เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก

1.6 การตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติ หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือก หรือเลือกวิธีการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก วัดด้วยแบบสอบถามความเป็นจริง 5 ตัวเลือก จำนวนองค์ประกอบละ 5 ข้อ รวมจำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็นมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

2. แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับการสนับสนุนและการกระตุ้นจากสังคม บุคคลในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงเพื่อน ในความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ความรู้ ข่าวสารต่างๆ คำแนะนำ และกำลังใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก วัดด้วยแบบสอบถาม มีคำตอบให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก ได้รับประจำ ได้รับบางครั้งไม่เคยได้รับ จำนวน 20 ข้อ

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก หมายถึง การปฏิบัติที่เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัย ตั้งแต่ป้องกันก่อนเกิดโรค ระหว่างเกิดโรค และหลังเกิดโรค ได้แก่ ความถี่ในการแปรงฟัน การใช้อุปกรณ์เสริมในการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับประทานอาหาร การเข้ารับบริการ และพบทันตบุคลากรประจำปี วัดด้วยแบบสอบถาม มีคำตอบให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก แบ่งเป็นปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 15 ข้อ



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้

1. สภาวะสุขภาพช่องปากของประชากรวัยสูงอายุ และก่อนสูงวัย
2. แนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากวัยสูงอายุของต่างประเทศ และในประเทศไทย
3. แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ
4. แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดการวิจัย

#### สภาวะสุขภาพช่องปากของประชากรวัยสูงอายุ และก่อนสูงวัย

ในการนำเสนอนี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอ สภาวะสุขภาพช่องปากในประเด็นเกี่ยวกับความหมาย สภาวะสุขภาพช่องปาก สถานการณ์สภาวะสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ตัวชี้วัดสภาวะสุขภาพช่องปาก ปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีผลต่อความผิดปกติในช่องปากผู้สูงอายุ และการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

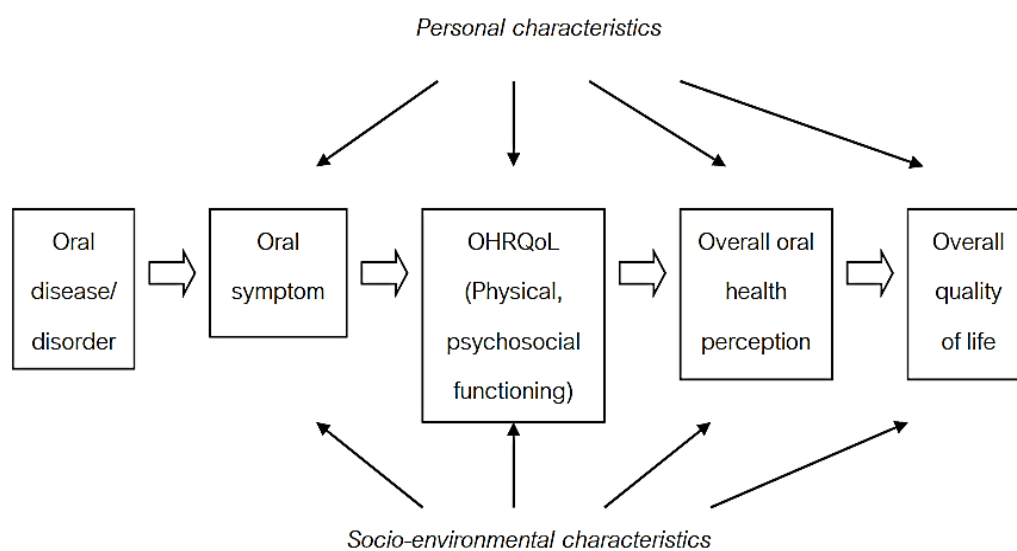
##### ความหมายสภาวะสุขภาพช่องปาก

สภาวะสุขภาพช่องปาก หมายถึง ลักษณะทางช่องปากที่ปกติ และผิดปกติ

ลักษณะหรืออาการที่ผิดปกติ เช่น โรคฟันผุ (dental caries) โรคเหงือกอักเสบ (gingivitis disease) โรคทางปริทันต์ (periodontal disease) โรคฟันตกกระ (dental fluorosis) สภาวะการสบฟันที่ผิดปกติ (malocclusion) เป็นต้น (Bureau of Dental Public Health, 2016)

องค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ.1946 ที่ว่า “สุขภาพ เป็นสภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งทางกายภาพ จิตใจ และสังคม (Kaewdamkerng, 2018) และไม่ใช่เฉพาะการไม่มีโรคหรือความเจ็บป่วยเท่านั้น” สุขภาพช่องปาก จะหมายถึง “การมีสภาวะช่องปากที่สมบูรณ์ซึ่งประกอบไปด้วย มีฟันครบ 32 ซี่ ที่ไม่ผุ เรียงตรงตามแนว และไม่มี ความผิดปกติหรือรอยโรคใด ๆ ของเนื้อเยื่อปริทันต์ และเนื้อเยื่อช่องปากซึ่งทำให้เกิดความผิดปกติสุขภาพ กายภาพ จิตใจ และสังคม” (Krisadapong, 2014)

Wilson & Cleary (1995) ได้นิยามสุขภาพช่องปาก จะไม่ได้ หมายถึงการปราศจากโรคในช่องปาก (absence of oral disease) เพียงอย่างเดียว ผู้เชี่ยวชาญเรื่องหลักการทันตสังคมได้ให้ความหมายของสุขภาพช่องปากไว้ต่าง ๆ กัน เนื้อหาทั้งหมดหลักที่ตรงกัน กล่าวคือ สุขภาพช่องปากประกอบไปด้วยความสามารถในการทำหน้าที่ของช่องปาก (function) ได้ตามปกติ และผลที่เกิดขึ้นกับสภาวะจิตใจ (psychology) ตลอดจนกิจกรรมทางสังคม (social) (Lock & Scheper, 1990) ในชีวิตประจำวันของบุคคลมากกว่าการตรวจพบของรอยโรคในช่องปาก ผู้เชี่ยวชาญบางท่านได้เน้นที่บทบาททางสังคมของบุคคลเป็นหลักโดยถือว่าการบอกว่าบุคคลนั้นมีสุขภาพช่องปากที่ดีหรือไม่ดีสามารถพิจารณาได้จากความสามารถของบุคคลนั้นในการประกอบกิจวัตรทางสังคมได้ตามปกติหรือไม่ (Krisadapong, 2014) ดังนั้นนิยามของสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม จึงหมายถึงการมีสภาวะของช่องปากที่ส่งผลให้บุคคลมีความปกติสุข (wellbeing) ทั้งทางกายภาพ (การทำหน้าที่) ทางจิตใจ และสังคม (Thasanapirom, 2016) (ภาพ 1)



ภาพ 1 แสดงความเชื่อมโยงจากโรคทางช่องปากสู่สุขภาพช่องปาก

ที่มา: Wilson & Cleary (1995)



จากแบบจำลองของ Wilson & Cleary (1995, pp. 59-65) ดังภาพ 1 จะเห็นได้ว่า ในลำดับแรกที่เป็นโรคหรือสภาวะสุขช่องปากนั้น สามารถวัดได้โดยดัชนีทางคลินิกโดยทันตแพทย์เป็นผู้วัดและประเมินผล ส่วนผลที่เกิดตามมาอีก 3 ลำดับที่สะท้อนความหมายของสุขภาพช่องปาก ได้แก่ อากาการ การทำหน้าที่ และความรู้สึกต่อสุขภาพช่องปากโดยรวมนั้นเป็นการประเมินจากตัวผู้ป่วยหรือประชาชนเอง ซึ่งสามารถทำได้หลายรูปแบบ เช่น ให้ประเมินค่าความเจ็บปวดเป็นค่าตัวเลขระดับต่าง ๆ ใช้แบบสอบถามที่มีหลายข้อคำถามที่สะท้อนการทำหน้าที่ของช่องปากทางกายภาพ จิตใจ และสังคม ใช้คำถามเดียวให้ประเมินระดับสุขภาพช่องปากหรือความพอใจต่อสุขภาพช่องปากของตนเองโดยรวม เป็นต้น (Krisadapong, 2014)

ความเชื่อมโยงจากสภาวะช่องปาก (oral status) หรือโรคทางช่องปาก (oral disease) ไปสู่สุขภาพช่องปาก (oral health) ได้ถูกถ่ายทอดออกมาในรูปแบบของแผนภาพเพื่อให้ เข้าใจง่าย โดยผู้เชี่ยวชาญหลายท่าน (Krisadapong, 2014) ตัวอย่างหนึ่งคือการประยุกต์จากแบบจำลองของ Wilson & Cleary (1995) ดังภาพ 1 ที่แสดงให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่าง 5 ขั้นตอนที่เป็นผลต่อเนื่องกันตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบทั้ง 5 ขั้นตอนนี้ไม่ได้ตรงไปตรงมาแต่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยส่วนบุคคล (เช่น ความเชื่อ ทศนคติ รายได้) และปัจจัยทางสภาวะแวดล้อม (เช่น วัฒนธรรม รูปแบบการใช้ชีวิตของคนในสังคมการบริการทางการแพทย์ การจ้างงาน ความสามัคคีของชุมชน) ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้จะมีผลทางบวก และทางลบต่อผลที่ตามมาทั้ง 4 ลำดับ จากการมีสภาวะช่องปากอย่างหนึ่งอย่างใด ลำดับความเชื่อมโยง 5 ขั้นตอน (Wilson & Cleary, 1995) ได้แก่

1. โรคหรือสภาวะช่องปาก (Oral diseases) เช่น ฟันผุ เหงือกอักเสบ ฟันซ้อนเก
2. อากาการในช่องปาก (Oral symptoms) เช่น ปวดฟัน เจ็บเหงือก สบฟันไม่ปกติ
3. การทำหน้าที่ของช่องปากทั้งทางกายภาพ จิตใจ และสังคม (Physical, psychological, social functions) เช่น การรับประทานอาหาร ความกังวลใจ การไปติดต่อบุคคลอื่น
4. ความรู้สึกโดยรวมต่อสุขภาพช่องปากของตนเอง (Overall oral health perceptions)
5. คุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall quality of life)

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้สรุปความหมายของสภาวะสุขภาพช่องปากไว้ว่า หมายถึง การที่มีสภาวะช่องปากที่ดี ไม่มีโรค ไม่มีอาการผิดปกติ ซึ่งจะทำให้เกิดความสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมไปด้วย

### สถานการณ์สภาวะสุขภาพช่องปากวัยสูงอายุ

จากการสำรวจกลุ่มวัยสูงอายุ 60-74 ปี และ 80-85 ปี ของสำนักทันตสุขภาพ (Bureau of Dental Public Health, 2017) พบว่า ผู้สูงอายุ 60-74 ปี 2560 ร้อยละ 56.1 มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ เฉลี่ย 18.6 ซี่/คน ร้อยละ 40.2 มีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ และลดลงในผู้สูงอายุตอนปลายอายุ 80-85 ปี มีเพียงร้อยละ 22.4 ที่มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ เฉลี่ย 10 ซี่/คน และมีฟันหลังสบกัน 4 คู่สบ เพียงร้อยละ 12.1 ทำให้ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวลดลงชัดเจนแม้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นจำนวนมากกว่าครึ่งมีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ แต่ฟันถาวร ที่เหลืออยู่นี้ยังมีปัญหาโรคและความผิดปกติในช่องปากที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการลุกลาม ที่นำไปสู่ความเจ็บปวดและการสูญเสียฟัน ซึ่งปัญหาสำคัญ ได้แก่ การสูญเสียฟัน โดยเฉพาะการสูญเสียฟันทั้งปาก (Bureau of Dental Public Health, 2017) ในผู้สูงอายุ 60-74 ปี พบร้อยละ 8.7 แต่เมื่ออายุ 80-85 ปี เพิ่มสูงถึงร้อยละ 31.0 ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านการบดเคี้ยวอย่างมาก นอกจากนี้ยังพบฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 52.6 รากฟันผุ ที่สัมพันธ์กับเหงือกกรันในวัยสูงอายुर้อยละ 16.5 โรคปริทันต์อักเสบที่มีการทำลายของเนื้อเยื่อ และกระดูกรองรับรากฟันร้อยละ 36.3 โดยร้อยละ 12.2 เป็นโรคปริทันต์อักเสบที่อยู่ในระดับรุนแรงมาก (มีร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ 6 มม. ขึ้นไป) ซึ่งนอกจากจะเสี่ยงต่อการอักเสบ ปวดบวม ติดเชื้อ และสูญเสียฟันแล้วยังสัมพันธ์กับความรุนแรงของเบาหวาน (Bureau of Dental Public Health, 2017)

ปัญหาดังกล่าวสามารถป้องกันได้จากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมในเรื่องการทำความสะอาดช่องปากที่พบว่ามีผู้สูงอายุแปรงฟันก่อนนอนโดยไม่รับประทานอาหารใด ๆ อีกร้อยละ 53.7 มีการใช้อุปกรณ์เสริมการแปรงฟัน ได้แก่ ไหมขัดฟัน แปรงซอกฟัน เพียงร้อยละ 4.1 และ 1.9 ตามลำดับ และมีการไปรับบริการทันตกรรมในปีที่ผ่านมา ร้อยละ 38.6 ในจำนวนนี้เหตุผลที่ไปรับบริการสูงสุดร้อยละ 12.3 คือรู้สึกมีอาการปวดหรือเสียวฟัน การรักษาโดยการเก็บรักษาฟันไว้จึงมีความยุ่งยากซับซ้อน หลายขั้นตอนทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถมารับบริการต่อเนื่องได้จนถูกถอนฟันไปในที่สุด (Bureau of Dental Public Health, 2017) ดังนั้นประเด็น ที่ควรให้ความสำคัญสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุนอกจากการสื่อสารความรู้ให้เข้าใจ และตระหนักในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองที่ถูกต้องซึ่งช่องทางหลักที่กลุ่มผู้สูงอายุเข้าถึง และได้รับข้อมูลสูงสุดคือการสื่อสารผ่านบุคลากรสาธารณสุขร้อยละ 54.7 และผ่านสื่อโทรทัศน์ร้อยละ 36.2 รวมทั้งการสนับสนุนให้เข้ารับการตรวจสุขภาพช่องปากประจำปีซึ่งจากกาสำรวจครั้งนี้ มีร้อยละ 8.4 และเข้ารับบริการรักษาตั้งแต่ระยะแรกเริ่มเพื่อลดความเสี่ยงในการสูญเสียฟัน พร้อมกับการใส่ฟันเทียมบางส่วน และทั้งปากเพื่อทดแทนฟันถาวรที่สูญเสียไป (Bureau of Dental Public Health, 2017)



ปัญหาดังกล่าวสามารถป้องกันได้จากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม ทั้งในเรื่องการทำความสะอาดช่องปาก ที่พบว่าผู้สูงอายุแปรงฟันก่อนนอนโดยไม่รับประทานอาหาร ใด ๆ อีกร้อยละ 53.7 มีการใช้อุปกรณ์เสริมการแปรงฟัน ได้แก่ ไหมขัดฟัน แปรงซอกฟันเพียงร้อยละ 4.1 และ 1.9 ตามลำดับ และมีการไปรับบริการทันตกรรมในปีที่ผ่านมา ร้อยละ 38.6 ในจำนวนนี้ เหตุผลที่ไปรับบริการสูงสุดร้อยละ 12.3 คือรู้สึกมีอาการปวดหรือเสียว (Bureau of Dental Public Health, 2017) การรักษาโดยการเก็บรักษาฟันไว้มีความยุ่งยากซับซ้อนหลายขั้นตอนทำให้ผู้สูงอายุ ไม่สามารถมารับบริการต่อเนื่องได้จนถูกถอนฟันไปในที่สุด ดังนั้นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญสำหรับ กลุ่มผู้สูงอายุ (Bureau of Dental Public Health, 2017) นอกจากการสื่อสารความรู้ให้เข้าใจ และ ตระหนักในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองที่ถูกต้องซึ่งช่องทางหลักที่กลุ่มผู้สูงอายุเข้าถึง และได้รับข้อมูลสูงสุดคือการสื่อสารผ่านบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 54.7 และผ่านสื่อโทรทัศน์ ร้อยละ 36.2 รวมทั้งการสนับสนุนให้เข้ารับการตรวจสุขภาพช่องปากประจำปี ซึ่งจากการสำรวจครั้งนี้ มีร้อยละ 8.4 และเข้ารับบริการรักษาตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม เพื่อลดความเสี่ยงในการสูญเสียฟัน พร้อมกับแปรงฟันเทียมบางส่วนและทั้งปากเพื่อทดแทนฟันถาวรที่สูญเสียไป (Bureau of Dental Public Health, 2017) โดยสรุปสภาวะสุขภาพช่องปากของคนไทยยังคงใกล้เคียงกับเมื่อ 5 ปี ที่ผ่านมากการพัฒนากิจกรรมในการเพิ่มประสิทธิภาพของการลดปัญหาสุขภาพช่องปากในแต่ละกลุ่ม วยมีความจำเป็น นอกจากนั้นการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคก็มีความสำคัญ ซึ่งการสนับสนุน ให้เกิดมาตรการทั้งการส่งเสริม ป้องกันควบคุมโรค รักษา และฟื้นฟู อย่างต่อเนื่องเป็นเรื่องจำเป็นที่ ต้องทำพร้อม ๆ กันไปโดยให้น้ำหนักตามข้อมูลทางระบาดวิทยา ทั้งนี้เพื่อประชาชนทุกกลุ่มวัย มีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดช่วงชีวิต (Bureau of Dental Public Health, 2017)

#### ตัวชี้วัดสภาวะสุขภาพช่องปาก (Uttaradit Provincial Public Health Office, 2019)

ตัวชี้วัดสภาวะสุขภาพช่องปากประชากรวัยก่อนสูงอายุ และสูงอายุ มีตัวชี้วัด คือ

1. ร้อยละผู้ที่มีอายุ 15-59 ปี ได้รับการทันตกรรม (คน)
2. ร้อยละผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน)
3. ร้อยละผู้สูงอายุใส่ฟันเทียม (CD, SD, TP) เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน)
4. ร้อยละผู้สูงอายุ ได้รับการทันตกรรม (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)
5. ร้อยละของกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ ที่มีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่
6. ร้อยละของกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ ที่มีฟันหลัง (แท้ หรือเทียม) ใช้งานที่เหมาะสม (ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ)
7. ร้อยละของกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ ที่มีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ และฟันหลัง (แท้) ใช้งานไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ

8. ร้อยละของผู้สูงอายุ ที่มีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่
9. ร้อยละของผู้สูงอายุ ที่มีฟันหลัง (แท้ หรือเทียม) ใช้งานที่เหมาะสม (ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ)
10. ร้อยละของผู้สูงอายุ ที่มีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ และฟันหลัง (แท้) ใช้งานไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ

จากการศึกษาของ Cohen & Jago (1976) ถึงดัชนีหรือตัวชี้วัดที่ใช้กันอยู่ในวิชาซีพทางทันตกรรม พบว่ามีอยู่ 2 ประเภท ประเภทแรกเป็นดัชนีทางคลินิกที่วัดสภาวะหรือโรคทางช่องปากเพื่อดูการกระจาย และระดับของโรคในประชาชน เช่น ดัชนี DMFT (Decay, Missing, Filling) และ CPI (Community Periodontal Index) ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายสำหรับการวัดค่าฟันผุ ถอนอุด และโรคปริทันต์ ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังมีดัชนีอื่น ๆ อีกมากมายเช่น ดัชนีวัดสภาวะฟันตกกระ ฟันซ้อนเก เป็นต้น (Cohen & Jago, 1976)

### ปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

จากวัยเด็กถึงวัยทำงาน มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะในช่องปากเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะพบสภาพและปัญหาสุขภาพช่องปาก (Dalodom, Weerachai & Vejmethi, 2012) ดังนี้

1. **ปัญหาที่ตัวฟัน** ปกติฟันของผู้สูงอายุจะยาวขึ้นเล็กน้อย จากการร่นของเหงือก มีสีเข้มขึ้น โพรงประสาทฟันมีขนาดเล็กลง ตีบแคบ หรืออุดตัน ความผิดปกติ และรอยโรคของตัวฟันที่ (Dalodom, Weerachai & Vejmethi, 2012) พบบ่อย ได้แก่ ฟันผุ ซึ่งมักเกิดบริเวณ คอฟัน ซอกฟัน และรากฟัน ฟันสึก-กร่อนพบมากที่ด้านบดเคี้ยวของฟันกราม ปลายฟันหน้า และคอฟันใกล้ขอบเหงือกโดยเห็นรอยสีลึกเข้าไปในเนื้อฟัน และอาจมีอาการเสียวฟันร่วมด้วยฟันสึกบริเวณคอฟันส่วนใหญ่เกิดจากการแปรงฟันผิดวิธี ใช้แปรงขนแข็งหรือใช้ยาสีฟันชนิดผงที่มี ผงขัดหยาบ (Sutharat Chaichalermsak, 2018) ฟันที่ผุและฟันสึกควรได้รับการบูรณะถ้าปล่อยทิ้งไว้รอยผุหรือสีจะขยายลึกลงไปถึงโพรงประสาทฟันทำให้อักเสบเจ็บปวดได้ (Dalodom, Weerachai & Vejmethi, 2012)

ดังภาพ 2



ภาพ 2 แสดงฟันสึก/ผุ บริเวณคอฟัน/รากฟัน

ที่มา: Dalodom, Weerachai & Vejmethi (2012)

**2. ปัญหาของเหงือกและเนื้อเยื่อปริทันต์** เหงือกปกติในผู้สูงอายุจะมีสีชมพูซีดค่อนข้างคล้ำ เนื้อแน่น อาจมีเหงือกกร่นบ้างจากการแปร่งฟันที่ผิดปกติ หรือเป็นผลจากรอยโรคในอดีต (Suraseranivong, 2018) ความผิดปกติของเหงือกและเนื้อเยื่อ ปริทันต์ที่พบบ่อย ได้แก่ เหงือกอักเสบ และปริทันต์อักเสบ โดยเหงือกจะบวม สีแดงซ้ำ เลือดออกง่าย เมื่อเอนยัดปริทันต์และกระดูกเข้าฟันถูกทำลายจะพบความผิดปกตินี้ได้ จากการโยกของฟันซึ่งอาจมีหรือไม่มีอาการปวดร่วมด้วยได้ (Charuwichitratana, 2017) และถ้ามีปัจจัยเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ และภาวะโรคเบาหวานที่ไม่ได้ควบคุมก็จะทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น ได้ (Dalodom, Weerachai & Vejmethi, 2012) ดังภาพ 3



ภาพ 3 แสดงเนื้อเยื่อปริทันต์ถูกทำลาย ทำให้เหงือกกร่น ฟันโยก

ที่มา: Dalodom, Weerachai & Vejmethi (2012)

**3. ปัญหาของเยื่อช่องปาก** ได้แก่ เยื่อบุบริเวณกระพุ้งแก้ม เพดานปาก ริมฝีปากและใต้ลิ้น ซึ่งผู้สูงอายุอาจเกิดปัญหาหระคายเคือง แสบร้อน หรือเกิดแผลในช่องปากง่ายกว่าปกติ เพราะภูมิคุ้มกันลดลง และเยื่อช่องปากบาง (Gonsalves, Wrightson & Henry, 2008) มีปัญหาต่อมรับรสบนลิ้นฝ่อทำให้การรับรสเปลี่ยนไป ความผิดปกติและรอยโรคของเยื่อช่องปากและลิ้นมีทั้งแบบเฉียบพลันเจ็บปวดมากหรือแบบเรื้อรังที่เกิดขึ้นซ้ำๆ และคงอยู่เป็นเดือนๆ โดยไม่เจ็บมากนัก (Dalodom, Weerachai & Vejmethi, 2012) เช่น

3.1 รอยโรคที่เกิดจากการติดเชื้อรา จะเห็นเป็นแผ่นสีขาวหรือตุ่มขาวล้อมรอบด้วยเนื้อเยื่อสีแดงจัด ขูดออกได้ มักพบบริเวณเพดาน กระพุ้งแก้ม ลิ้น เหงือก สัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่หรือมีโรคทางระบบ เช่น เบาหวานหรือได้รับยาปฏิชีวนะหรือใช้ยาสเตียรอยด์ เป็นเวลานาน (Suraseranivong, 2018) หรือพบร่วมกับการอักเสบใต้ฐานฟันเทียม ชนิดถอดได้ที่ไม่ถอดทำความสะอาดสม่ำเสมอหรือกรณีใส่ฟันเทียมที่มียางคุดกลางเพดาน เป็นต้น (Dalodom, Weerachai & Vejmethi, 2012) ดังภาพ 4



ภาพ 4 แสดงต่อมน้ำลายที่เพดานปากอักเสบจากการสูบบุหรี่

ที่มา: Dalodom, Weerachai & Vejmethi (2012)

3.2 รอยโรคที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อรา ที่พบบ่อย ได้แก่ โลเคนพลาเนียส เห็นเป็นลายเส้นสีขาวคล้ายลายลูกไม้ ขูดไม่ออก พบบริเวณกระพุ้งแก้ม เหงือก รอยต่อระหว่างกระพุ้งแก้มกับเหงือก เพดานปาก ริมฝีปาก ผู้ป่วยมักมีอาการปวดแสบปวดร้อน ซึ่งอาจเกิดขึ้นเอง หรือเกิดเมื่อรับประทานอาหารรสจัด หรืออาหารร้อน มักพบในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคตับอักเสบ (Dalodom, Weerachai & Vejmethi, 2012)

3.3 รอยโรคที่อาจเปลี่ยนเป็นมะเร็ง เช่น ก้อนบวมนิ่มหรือแข็ง แผ่นคราบสีแดง สีขาว รอยแผลเรื้อรังเป็นมานานกว่า 2 สัปดาห์ (Suraseranivong, 2018) หรือมีอาการปวด ชาเป็นเวลานานหรือมีเลือดไหลซึมจากบริเวณใดบริเวณหนึ่งลักษณะผิดปกติดังกล่าวจำเป็นต้องพบแพทย์โดยด่วนเพื่อรับการรักษาที่ถูกต้อง (Dalodom, Weerachai & Vejmethi, 2012) ดังภาพ 5



ภาพ 5 แสดงรอยโรคมะเร็ง รอยแผลเรื้อรัง ด้านข้างของลิ้น

ที่มา: Dalodom, Weerachai & Vejmethi (2012)

**4. น้ำลายและต่อมน้ำลาย** ปกติคนเราจะผลิตน้ำลายจากทุกๆ ต่อมน รวมกันได้ วันละ 0.5-1.5 ลิตร (Thongpraditchot, 2012) ในผู้สูงอายุการทำงานของต่อมน้ำลายลดลง เนื่องจากขนาดของต่อมน้ำลายเล็กลงหรือฝ่อลีบ น้ำลายจึงถูกขับออกมาน้อย ความชื้น ความใส และองค์ประกอบในน้ำลายเปลี่ยนแปลงความสามารถในการต่อต้านเชื้อโรคลดลงมีอาการปากแห้ง ระคายเคือง กลืนลำบาก แสบร้อนในปาก ปากเป็นแผลง่าย เกิดเชื้อราได้ง่าย หรือเกิดฟันผุหรือรากฟันผุง่าย (Turner & Ship, 2007) นอกจากนี้ยังพบอาการปากแห้งในผู้ที่ได้รับการ ฉายรังสีรักษาบริเวณใบหน้า ลำคอ และผู้ที่ใช้ยาต้านมะเร็งบางชนิด ผู้สูงอายุจึงควรจิบน้ำบ่อยๆ หรือ ใช้น้ำลายเทียมเพื่อให้ช่องปากมีความชุ่มชื้น ลดการระคายเคือง (Dalodom, Weerachai & Vejmethi, 2012)

#### **ปัจจัยที่มีผลต่อความผิดปกติในช่องปากผู้สูงอายุ**

ปัจจัยที่มีผลต่อความผิดปกติในช่องปากผู้สูงอายุ มีหลายประการที่สำคัญ ได้แก่

สภาวะอนามัยช่องปาก อาหาร การเป็นโรคทางระบบการรักษและการใช้ยา รวมทั้งภาวะทุพโภชนาการ และพฤติกรรมเสี่ยง (Bureau of Health Promotion, 2013) ดังนี้

1. ปัจจัยจากสภาวะอนามัยช่องปาก ผู้สูงอายุที่มีอนามัยช่องปากไม่ดีจะเกิดความผิดปกติในช่องปากได้ง่าย เนื่องจากมีการสะสมของคราบจุลินทรีย์ (plaque) ทั้งที่อยู่เหนือขอบเหงือก ในร่องเหงือก และที่ผิวฟัน ทำให้เกิดโรคฟันผุที่ตัวฟัน รากฟัน และทำให้เกิดโรคปริทันต์ ซึ่งพบบ่อยและเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียฟันในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผู้สูงอายุมักมีสภาพในช่องปากที่เอื้อต่อการเกาะติดของคราบจุลินทรีย์ เช่น มีฟันล้มเอียง ฟันยื่น มีร่องลึกบริเวณขอบเหงือก เหงือกกรัน รากฟันมีผิวขรุขระไม่เรียบ หรือมีฟันผุบริเวณ คอฟัน รากฟันมีหินน้ำลายเกาะ และใส่ฟันเทียม หรือมีโรคประจำตัวบางอย่าง เช่น โรคทางสายตา ข้ออักเสบรูมาตอยด์ Parkinson's disease ตลอดจนปัญหาภาวะจิตใจซึมเศร้า สมองเสื่อม ต่างๆ เหล่านี้ ล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุขาดความใส่ใจและความสามารถในการทำความสะอาดช่องปากลดลง

2. ปัจจัยจากอาหาร การรับประทานอาหารหวานระหว่างมื้อบ่อยๆ ส่งผลต่อการเกิดโรคฟันผุเพิ่มขึ้น ประกอบกับผู้สูงอายุน้ำลายน้อยจึงทำให้เกิดฟันผุได้ง่าย

3. ปัจจัยจากโรคทางระบบ การรักษา และการใช้ยา ที่มีผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงในช่องปากโดยตรง (Dental Public Health Division, 2009a) มีดังนี้

#### **3.1 โรคทางระบบ ได้แก่**

3.1.1 โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อย มีผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากชัดเจน ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้ควบคุมระดับน้ำตาลจะพบภาวะแทรกซ้อน (Lamster et al., 2008) เช่น ปากแห้ง ปวดแสบปวดร้อน ในช่องปาก ต่อมน้ำลายโต ฟันผุง่าย เกิดโรคปริทันต์ง่ายและรุนแรง การเกิดโรคปริทันต์ในผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ประสิทธิภาพของยารักษาโรคเบาหวานลดลง ติดเชื้อง่าย



โดยเฉพาะการติดเชื้อราอย่างถ้าผู้ป่วยสูบบุหรี่ และอนามัยช่องปากไม่ดี จะทำให้ติดเชื้อราง่าย และรุนแรง เมื่อเกิดแผลในปากจะหายช้า (Dental Public Health Division, 2009a)

3.1.2 วัณโรคปอดในผู้สูงอายุ อาจพบเป็นแผลที่มีลักษณะเฉพาะของวัณโรคในช่องปากได้ โดยแผลมีลักษณะสีแดง ไม่เจ็บ แผลจะคงอยู่นานไม่หาย (Dental Public Health Division, 2009a)

3.1.3 โรคไต ภาวะไตวายเรื้อรังทำให้มีของเสียสะสมในร่างกายเกิดภาวะยูริเมีย ซึ่งอาจพบอาการแสดงทางช่องปากได้ เช่น มีเลือดออกในชั้นใต้เยื่อช่องปาก และบริเวณด้านข้างของลิ้น (Dental Public Health Division, 2009a)

### 3.2 การรักษาและการใช้ยา ได้แก่

3.2.1 การบำบัดทางรังสีและการใช้เคมีรักษาเพื่อต้านเซลล์มะเร็ง ทำให้ต่อมน้ำลายมีการเปลี่ยนแปลง น้ำลายไหลน้อย ปากและลิ้นแห้งเป็นฝ้า ฟันผุง่าย ควรแนะนำให้อมน้ำบ่อย ๆ เพื่อให้ช่องปากชุ่มชื้น และแนะนำให้ผู้ป่วยให้รักษาทางทันตกรรมให้เรียบร้อยก่อนไปฉายรังสีรักษา (Dental Public Health Division, 2009a)

3.2.2 การใช้ยารักษาโรคทางระบบที่เรื้อรังบางชนิด ได้แก่ ยารักษาโรคมะเร็ง เช่น Chlorpheniramine (CPM) Atarax และยากลุ่มลดความเครียด เช่น Amitriptyline ถ้าใช้นาน ๆ จะทำให้ปริมาณของน้ำลายลดลง ความสามารถในการต้านเชื้อจุลินทรีย์ลดลง น้ำลายมีความเป็นกรดเพิ่มขึ้นเกิดภาวะปากแห้ง เนื้อเยื่อในช่องปากระคายเคือง อักเสบ และเกิดฟันผุง่าย ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง เช่น Methyl dopa ยารักษาโรคเบาหวาน เช่น Chlorpropamide ยารักษาโรคข้ออักเสบ เช่น Phenylbutazone และ Indomethacin ยารักษาโรคตับ เช่น Penicillamine อาจกระตุ้นให้เกิดรอยโรคไลเคนพลาเนียส ยารักษาโรคหอบหืดที่พ่นในช่องปากกลุ่มสเตียรอยด์ ถ้าใช้เป็นประจำจะทำให้ติดเชื้อราในช่องปากง่ายขึ้น (Dental Public Health Division, 2009a)

4. ภาวะทุพโภชนาการ อาจเป็นผลกระทบจากภาวะจิตใจซึมเศร้า หรือไม่มีฟันบดเคี้ยวอาหาร หรือการดูดซึมอาหารบกพร่อง การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในผู้สูงอายุหญิงอาจทำให้มีอาการ ปากแห้ง เนื้อเยื่อในช่องปากปวดแสบปวดร้อน การรับรสชาติไม่ดี สาเหตุเหล่านี้ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ (Coleman, 2002) พบบ่อย ได้แก่ การขาดวิตามิน บี 1, 2, 5, 6 ทำให้ลิ้นเปลี่ยนเป็นมันมีสีแดงจัด เนื้อเยื่อในปากเป็นแผลง่ายมีแผลที่มุมปากที่เรียกปากนกกระจอก (Akpan & Morgan, 2002) การขาดธาตุเหล็ก วิตามินบี 12 และกรดโฟลิกเป็นเวลานานหลายปีทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง เนื้อเยื่อในช่องปากติดเชื้อง่าย ลิ้นเปลี่ยน รับรสได้ไม่ดี ปากแห้ง รวมถึงเป็นสาเหตุของการเกิดแผลปากนกกระจอกด้วย นอกจากนี้แผลปากนกกระจอก ดังภาพ 6 อาจเป็นผลจากการสึกของฟัน หรือมีการสูญเสียฟันกรามทำให้ระยะห่างระหว่างขากรรไกรบนและล่างสั้นลง มุมปากย่น

เป็นร่อง ทำให้มีน้ำลายเปือกขึ้นตลอดเวลา จึงเกิดการระคายเคือง และง่ายต่อการติดเชื้อ (Dalodom, Weerachai & Vejmethi, 2012)



ภาพ 6 แสดงแผลปากนกกระจอก

ที่มา: Dalodom, Weerachai & Vejmethi (2012)

5. ปัจจัยจากพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ได้แก่

5.1 การสูบบุหรี่ การเคี้ยวยาเส้น ยานัตถุ สารประกอบในบุหรี่ โดยเฉพาะนิโคติน และน้ำมันดิบ (Tars) ที่เกิดจากการเผาไหม้ เมื่อผ่านปอดไปตามกระแสเลือดจะกระตุ้นต่อมหมวกไตให้หลั่ง ฮอร์โมน epinephrine ทำให้หลอดเลือดตีตัว เพิ่มการยึดติดของเกล็ดเลือดทำให้หลอดเลือดตีบ ความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อหลอดเลือดอุดตัน ความร้อนและสารประกอบต่างๆ ที่เหลือตกค้างจากการเผาไหม้ในช่องปากทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อ เกิดรอยโรคเป็นปื้นสีขาวสีแดงที่อาจนำไปสู่การ เป็นมะเร็ง การสูบบุหรี่มีผลทำให้โรคปริทันต์รุนแรงขึ้น และลดประสิทธิผลของการรักษาทางทันตกรรมด้วย (Prasertsom, 2005) ดังภาพ 7



ภาพ 7 แสดงรอยโรคสีขาวจากเชื้อราในผู้ที่สูบบุหรี่

ที่มา: ElaineLuo, M.D. (2019)

5.2 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้น้ำยาบ้วนปากที่ผสมแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก (Oral Squamous Cell Carcinoma โดยผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 4 แก้วต่อวัน ร่วมกับการสูบบุหรี่ 2 ซองหรือมากกว่า จะมี ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งบริเวณช่องปากและลำคอ มากกว่าปกติ 35 เท่า ส่วนการใช้น้ำยา บ้วนปากที่ผสมแอลกอฮอล์ มากกว่าร้อยละ 25 เป็นเวลานาน อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เสี่ยงต่อ การเกิดมะเร็งในช่องปากได้ (FDI World Dental Federation and The Dental Association Of Thailand Department of Health, 2018)

5.3 การเคี้ยวหมาก ทำให้เกิดการระคายเคืองอย่างเรื้อรังต่อเนื้อเยื่อ ช่องปาก อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็ง (Thanakhun and Phimonbutr, 2017)

5.4 การใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ที่ไม่พอดี เช่น ฟันเทียมที่ใส่มาเป็นเวลานานจนหลวม ขยับไปมาได้ ฟันเทียมที่แตกหักชำรุด ฟันเทียมที่ใส่ได้ไม่พอดี จะระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อ ช่องปากเป็นแผลเรื้อรังซึ่งอาจเปลี่ยนเป็นมะเร็งได้ ส่วนฟันเทียมที่มีเศษอาหาร คราบจุลินทรีย์ และหินปูนเกาะติด ไม่ได้ทำความสะอาดจะเป็นที่สะสมของเชื้อโรค ทำให้มีกลิ่นเหม็น และเป็นสาเหตุของการติดเชื้อ โดยเฉพาะเชื้อรา และเกิดรอยโรคอื่น ๆ บนเนื้อเยื่ออ่อน (Thanakhun and Phimonbutr, 2017)

จากข้อมูลปัญหาสุขภาพช่องปาก และปัจจัยที่มีผลต่อความผิดปกติในช่องปาก ของผู้สูงอายุดังกล่าว พบว่าประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรดิตถ์ มีปัญหาสุขภาพดังต่อไปนี้

ร้อยละ 82 ของผู้สูงอายุ พบปัญหาโรคฟันผุ, รากฟันผุ

ร้อยละ 24 ของผู้สูงอายุ พบมีฟันใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ 4 คู่สบ

ร้อยละ 100 ของผู้สูงอายุ พบปัญหาเหงือกอักเสบ และเป็นโรคปริทันต์

ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และได้รับการตรวจคัดกรอง รอย โรคมะเร็งในช่องปาก

ร้อยละ 56 ของผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมการเคี้ยวหมาก และสูบบุหรี่

ร้อยละ 55 ของผู้สูงอายุ ได้ใส่ฟันเทียม ตามโครงการฟันเทียมพระราชทาน และการวางแผนการรักษาตามความจำเป็น

พบผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยติดสังคม มีทั้งหมด 852 คน

พบผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยติดบ้าน มีทั้งหมด 158 คน

พบผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยติดเตียง มีทั้งหมด 42 คน



### การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นช่วงวัยที่ต่อจากวัยทำงาน โดยทั่วไปหมายถึงผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (Malee, 2018) ในช่วงวัยนี้โครงสร้างและอวัยวะในร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (Bureau of Dental Public Health, 2017) ได้กำหนดตัวชี้วัดผู้สูงอายุสุขภาพดีไว้ 5 ประการ คือ

1. มีสุขภาพดี ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม
2. มีฟันใช้เคี้ยวอาหารได้อย่างเหมาะสม
3. มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ
4. มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
5. สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ

และแบ่ง ผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่มเพื่อการดูแลอย่างเหมาะสม ได้แก่ กลุ่มที่ติดสังคม กลุ่มที่ติดบ้าน และกลุ่มที่ติดเตียง (Dental Public Health Division, 2009b)

### แนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากวัยสูงอายุของต่างประเทศ และในประเทศไทย

#### แนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากวัยสูงอายุของต่างประเทศ

##### ประเทศญี่ปุ่น

ปัจจุบันญี่ปุ่นเป็นประเทศสังคมผู้สูงอายุ กล่าวคือในจำนวนประชากรทุก ๆ 5 คน มีจำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 1 คน ในขณะที่เดียวกันจำนวนประชากร เด็กก็มีจำนวนลดลงเรื่อย ๆ ในปี 1960 ญี่ปุ่นได้ตราพระราชบัญญัติว่าด้วยคนชรา เพื่อใช้บังคับกับผู้สูงอายุ แต่ภายหลังประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นนโยบายต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น จึงส่งผลกระทบต่อสภาพการคลังของประเทศและประสบปัญหาขาดทุน ซึ่งปัจจุบันเป็นพระราชบัญญัติว่าด้วยการคุ้มครองการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ (2008) แทน โดยกำหนดให้ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีบริบูรณ์ สามารถใช้บริการในการรักษาพยาบาลได้ตามพระราชบัญญัติฉบับใหม่และพระราชบัญญัติว่าด้วยประกันการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ (2000) ซึ่งพระราชบัญญัติฉบับนี้เป็นระบบประกันดูแลผู้สูงอายุ ที่นำระบบรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ และระบบสวัสดิการ 3 นโยบายสาธารณสุขและสวัสดิการผู้สูงอายุมาผนวกเข้าด้วยกัน โดยการกำหนดคุณสมบัติของผู้สูงอายุที่จะมาใช้บริการสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแต่ละประเภทที่เป็นสถานพยาบาล และการให้บริการที่บ้าน โดยการประกันคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุในการใช้ชีวิตประจำวันตลอดจนดูแลในเรื่องความมั่นคงทางสังคม เศรษฐกิจ รวมทั้งมีการวางแผน และให้การปรึกษาแก่ผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ (Care Manager Service) ทุกวันนี้ญี่ปุ่นเป็นชาติที่ประชากรมีอายุยืนยาวที่สุดในโลก คือเฉลี่ยอายุสูงถึง 83 ปี (ประเทศไทย 70 ปี สิงคโปร์ 82 ปี) (Sakurai, 2003 as cited in Charuwichitratana, 2017b)

### พระราชบัญญัติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพฟันและช่องปาก

ข้อ 1 ภาวะสุขภาพช่องปากมีบทบาทสำคัญและเป็นพื้นฐานในการสร้างความมั่นใจว่าคนมีชีวิตที่แข็งแรงและมีคุณภาพสูงและมีโครงการริเริ่มในการป้องกันโรคทางทันตกรรมชีวิตประจำวันของผู้คนมีผลอย่างมากในการรักษาสุขภาพช่องปากของพวกเขา มีจุดมุ่งหมายเพื่อกำหนดแนวทางในการส่งเสริมการรักษาสุขภาพช่องปาก การป้องกันโรคทางทันตกรรม และชี้แจงหน้าที่ของรัฐบาลแห่งชาติและท้องถิ่น นอกจากนี้ยังมีเป้าหมายที่จะใช้มาตรการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพทางทันตกรรมและช่องปากอย่างครบวงจร และด้วยเหตุนี้การปรับปรุงสุขภาพแห่งชาติโดยการกำหนดเรื่องที่เป็นพื้นฐานของมาตรการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพฟันและช่องปาก

ข้อ 2 ต้องมีมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพฟันและช่องปาก ดังนี้

1. ส่งเสริมให้คนวัยทำงานเพื่อป้องกันโรคทางทันตกรรมในชีวิตประจำวันตลอด ชีวิตของพวกเขาและเพื่อตรวจหาโรคทางทันตกรรมในระยะแรกและได้รับการรักษาในระยะแรก
2. เพื่อส่งเสริมสุขภาพฟันและช่องปากอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพตาม หน้าที่และภาวะทางทันตกรรม และโรคทางทันตกรรมในแต่ละช่วงอายุตั้งแต่วัยทารกถึงวัยชรา
3. เพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากและช่องปากอย่างครบวงจรด้วยความร่วมมือของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสาขาต่างๆ เช่น ด้านสุขภาพ การบริการทางการแพทย์ สวัสดิการสังคม และอาชีวอนามัย

ข้อ 3 รัฐบาลแห่งชาติมีหน้าที่ในการพัฒนา และใช้มาตรการต่างๆ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและช่องปากตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้

ข้อ 4 เพื่อนำไปสู่สุขภาพช่องปากและฟัน มุ่งมั่นที่จะปฏิบัติหน้าที่อย่างถูกต้อง และร่วมมือกับระดับชาติ และระดับท้องถิ่น รัฐบาลใช้มาตรการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพฟันและช่องปากในการดูแลทันตกรรมและบริการอื่น ๆ

ข้อ 5 บุคคลทำหน้าที่เพื่อรักษา และส่งเสริมสุขภาพตามกฎหมายและระเบียบต้องมุ่งมั่นที่จะร่วมมือกับชาติ และรัฐบาลท้องถิ่นในการใช้มาตรการส่งเสริมสุขภาพฟันและช่องปาก

ข้อ 6 บุคคลต้องมุ่งมั่นที่จะได้รับความรู้ด้านทันตกรรม และสุขภาพปากและฟัน ที่ถูกต้องต่อการป้องกันโรคทางทันตกรรมด้วยความคิดริเริ่มของตนเองในชีวิตประจำวันตลอดชีวิต มุ่งมั่นในการรักษาสุขภาพฟันและช่องปากด้วยการจัดฟันเป็นระยะ ๆ การแพร่กระจายความรู้สุขภาพทันตกรรมและช่องปาก ฯลฯ

ข้อ 7 เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้รับความรู้ด้านทันตกรรมและสุขภาพช่องปากอย่างถูกต้อง และทำงานเพื่อป้องกันโรคทางทันตกรรมในชีวิตประจำวันตลอดชีวิต รัฐบาลแห่งชาติ และรัฐบาลท้องถิ่นจะเผยแพร่ความรู้ด้านทันตกรรม และสุขภาพช่องปากและโครงการริเริ่มต่าง ๆ ป้องกันโรคทางทันตกรรม และให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพ และการป้องกันโรค ดังกล่าว

ล่วงหน้า การเคลื่อนไหวที่มุ่งกระตุ้นความสนใจของผู้คนในด้านทันตกรรมและสุขภาพช่องปาก และอื่น ๆ มาตรการที่จำเป็น

ข้อ 8 เพื่อส่งเสริมให้คนได้รับการตรวจฟันเป็นประจำและได้รับคำแนะนำด้าน สุขภาพฟัน ตามความจำเป็น รัฐบาลแห่งชาติและรัฐบาลท้องถิ่นจะให้คำแนะนำ เช่น การตรวจ สุขภาพ ทันตกรรมเป็นระยะ

ข้อ 9 รัฐบาลแห่งชาติ และท้องถิ่นต้องใช้มาตรการที่จำเป็นเพื่อให้มั่นใจว่าคนพิการผู้สูงอายุ ที่ต้องการการพยาบาล และบุคคลอื่นที่มีความยากลำบากในการตรวจสุขภาพฟันเป็นระยะ ๆ หรือ ได้รับการดูแลทันตกรรมได้รับการตรวจฟันเป็นระยะ ๆ ฯลฯ หรือได้รับการดูแลทันตกรรม

ข้อ 10 นอกเหนือจากมาตรการที่กำหนดไว้ในข้อก่อนหน้านี้ รัฐบาลท้องถิ่นต้องใช้มาตรการ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการเพื่อป้องกันทันตกรรมอย่างมีประสิทธิภาพโรคที่เกิดจาก บุคคลหรือ จากมุมมองของสาธารณสุข และการดำเนินการอื่น ๆ สำหรับทันตกรรม และสุขภาพ ช่องปาก (การส่งเสริมการศึกษาและการวิจัยสุขภาพช่องปาก)

ข้อ 11 รัฐบาลแห่งชาติและท้องถิ่นต้องใช้มาตรการที่จำเป็นเพื่อส่งเสริมการสำรวจสภาวะ สุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอ ศึกษาผลกระทบจากสภาวะสุขภาพช่องปากด้านสุขภาพทั่วไป การป้องกัน และรักษาโรคทางทันตกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ และอื่น ๆ การศึกษา และการวิจัยที่ เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากและส่งเสริมการใช้ประโยชน์ จากผลดังกล่าว การสำรวจการศึกษา และ การวิจัย (การพัฒนาเป็นต้นประเด็นพื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพฟันและช่องปาก)

ข้อ 12 ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขแรงงานและสวัสดิการกำหนดนโยบาย เป้าหมายแผนการ และเรื่องพื้นฐานอื่น ๆ ที่จะใช้ในมาตรการที่ครอบคลุมที่ถูกรับเข้าตามบทบัญญัติ ของข้อ 7 ถึงข้อ 11

ข้อ 13 คำนี้ถึงเรื่องพื้นฐานที่กำหนดไว้

### **ประเทศฮ่องกง**

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีปัญหาทางการเงินมากที่สุดในฮ่องกง โดยหนึ่งใน 3 อาศัยอยู่ใน คริวเรือนที่ยากจน ในปี พ.ศ. 2558 ผู้สูงอายุที่ยากจนไม่ได้รับบริการขั้นพื้นฐานรวมทั้งบริการด้าน ทันตกรรมที่มีให้ โดยส่วนใหญ่องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่มีราคาแพงกว่ารัฐบาลเน้น ความพยายาม ในการจัดหาบริการทันตกรรมฉุกเฉินครอบคลุมการถอนฟัน และยาผ่านคลินิก ทันตกรรมของรัฐบาลทั้ง 11 แห่ง ที่มีเวลาให้บริการเต็มที่ คลินิกเหล่านี้มีจำนวน 13.5 วัน สัปดาห์ละ ครั้งและแจกจ่ายแผ่นให้คำปรึกษาน้อยกว่า 100 ครั้งต่อรอบ ผู้ป่วยบางรายอาจต้องเดินทางข้ามเขต เพื่อหาบริการทันตกรรมสาธารณะหรือปรึกษาทันตแพทย์เอกชนรัฐบาลได้กำหนดโครงการช่วยเหลือ ผู้สูงอายุทางทันตกรรม และโครงการประกันสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือทาง การเงินรับบริการทันตกรรมเอกชน จำนวนเงินอุดหนุนที่จ่ายภายใต้ทั้งสองแผนอาจไม่เพียงพอที่จะ

ครอบคลุมค่าทันตกรรมเอกซนสูง การประสบความสำเร็จอาจจะถือเป็นตรงกันกับชีวิตที่มีสุขภาพ และการใช้งาน จากมุมมองทางทันตกรรมที่มันเกี่ยวข้องกับการจัดหาเพียงพอเหมาะสม และสามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพในช่องปากสำหรับคนที่ทำให้ฟันของพวกเขาดีในวัยชราเป็นความมุ่งมั่น ดังกล่าวข้างต้น บางประเทศที่พัฒนาได้รับการยอมรับว่าจำเป็นที่จะต้องแจ้งให้ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญมาตรการเฉพาะเพื่อตอบสนองความต้องการของพวกเขาสุขภาพช่องปาก (The Legislative Council Secretariat, 2016)

## 1. ข้อมูลพื้นฐาน

1.1 ช่องก่งเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุขณะนี้ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีประมาณ 1.17 ล้านคน หรือหนึ่งในหกคน คือผู้สูงอายุมีความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และโภชนาการที่ดีขึ้น ในปัจจุบันรุ่นของผู้สูงอายุสามารถคาดหวังที่จะมีชีวิตอยู่อีกต่อไป ในหมู่ผู้สูงอายุตอนนี้อายุ 65 ปี พบว่า ร้อยละ 60 มีการคาดการณ์ว่าจะมีชีวิตอยู่ที่อายุ 85 ปีขึ้นไป และร้อยละ 40 มีอายุถึง 90 ปี

1.2 ประชากรสูงอายุที่มีอายุยาวนานทำให้เกิดความท้าทายมากมายสังคมผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีปัญหาทางการเงินมากที่สุดในสังคม และในปี พ.ศ. 2515 มีผู้สูงอายุ 308,500 คน ที่ยากจนด้วยอัตราความยากจนร้อยละ 30.1 อัตราความยากจนนี้สูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ รวมทั้งมากกว่าเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าของอัตราความยากจนโดยรวม ร้อยละ 14.3 อัตราความยากจนในวัยสูงอายุของฮ่องกงอยู่ที่เป็นหนึ่งในประเทศที่มีการพัฒนามากที่สุดในปี 2014 สูงกว่านี้ของประเทศสมาชิก ทั้งหมด 35 ประเทศ ขององค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา ("OECD") ยกเว้นเกาหลีใต้

1.3 ผู้สูงอายุที่ยากจนไม่สามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ได้หลายประการ รวมถึงบริการดูแลสุขภาพในฮ่องกงระบบการดูแลสุขภาพของรัฐมิให้บริการ ทางทันตกรรมครบวงจร ในราคาต่ำมากในขณะที่บริการด้านทันตกรรมให้บริการแก่ประชาชนทั่วไป เป็นส่วนใหญ่นำเสนอโดยภาคเอกชน และองค์กรพัฒนาเอกชน ("NGOs") เป็นที่สังเกตว่าในขณะที่เพิ่มขึ้นได้ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากที่มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาสุขภาพช่องปากมีค่าต่ำสุดอัตราการใช้บริการทันตกรรมในทุกกลุ่มอายุที่สำรวจ โดยการสำรวจสำมะโนประชากร และสถิติกรม ("C&SD") ในปี 2014 การศึกษาวิจัยนี้บ่งชี้บริการด้านทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุในฮ่องกง และแนะนำมาตรการต่างๆโดยประเทศที่พัฒนาแล้วที่ได้รับการคัดเลือกเพื่อตอบสนองความต้องการ ด้านสุขภาพช่องปาก ในหมู่พวกเขาประชากรสูงอายุ (Government of the Hong Kong Special Administrative Region, 2016)

## 2. ภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในฮ่องกง

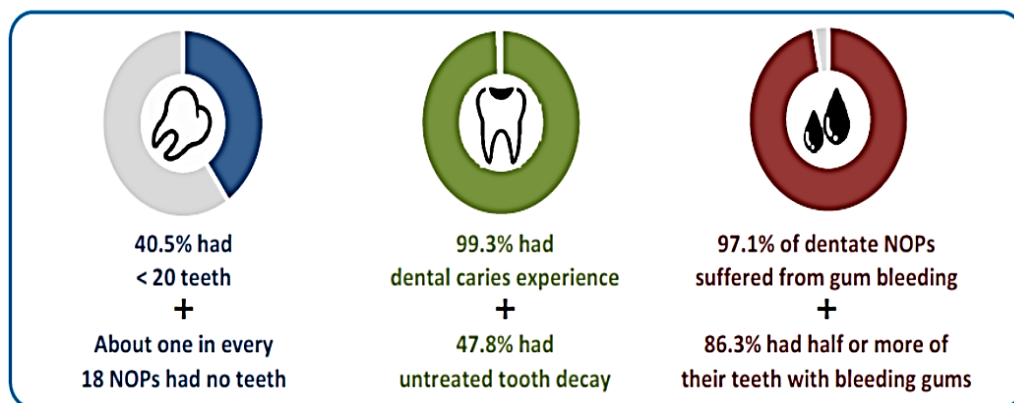
2.1 สุขภาพช่องปากที่ดีเป็นสิ่งสำคัญต่อสุขภาพโดยรวมของคน ๆ หนึ่ง และคุณภาพชีวิตฟันที่แข็งแรงช่วยในการย่อยอาหารซึ่งรวมกับอาหารที่สมดุลก่อให้เกิดโภชนาการที่ดี การสูญเสียฟันอาจจำกัดความสามารถในการกัดและเคี้ยว และจำกัดการเลือกอาหาร ฟันที่แข็งแรงเป็นสิ่งจำเป็น



สำหรับการพูด การสูญเสียฟันอย่างรุนแรงจะทำให้เกิดปัญหาในข้อต่อและการออกเสียง ซึ่งจะลดความสามารถในการสื่อสารของบุคคล สะท้อนความสำคัญของการใช้ฟัน หน้าที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายไว้สุขภาพช่องปาก เช่น การเก็บรักษาฟัน ธรรมชาติอย่างน้อย 20 ซี่ตลอดชีวิตผู้ใหญ่ องค์การพัฒนาเอกชนเหล่านี้มักเป็นหน่วยงานบริการ สังคมหน่วยงานด้านสวัสดิการกลุ่มศาสนาและสหภาพแรงงาน พวกเขาได้รับการอุดหนุนจากรัฐบาลเกือบจะไม่มีและมีหน้าที่ในการกู้คืนค่าใช้จ่ายของตัวเอง (Chu, Wong, Suen & Lo, 2013)

2.2 โรคช่องปากมักจะเพิ่มมากขึ้นและเรื้อรัง อายุที่เพิ่มขึ้นมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อม ความเสี่ยงของโรคในช่องปากและช่องปากที่ไม่ดีสุขภาพได้รับการเห็นได้ชัดโดยเฉพาะอย่างยิ่งในหมู่ผู้สูงอายุในแง่ของการสูญเสียฟัน โรคฟันผุ และโรคปริทันต์ในปี 2554 กรมอนามัยได้ดำเนินการสำรวจสุขภาพช่องปากครั้งที่ 2 ("OHS") เป็นเวลา 10 ปีหลังจากที่การสำรวจครั้งแรกในปี 2544 เพื่อติดตามสถานะสุขภาพช่องปากของกลุ่มเฉพาะและประเมินพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ของพวกเขา และนิสัยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนอายุ 65-74 ปี (เรียกว่า "noninstitutionalized older persons" หรือ "NOPs" ใน OHS) ยังคงประสบจากปัญหาทางทันตกรรม หลักของการสูญเสียฟัน ฟันผุ และประสบการณ์โรคปริทันต์เมื่อเทียบกับเมื่อ 10 ปีก่อน (Department of Health, 2015)

2.3 ตาม OHS 2011 สัดส่วนของ NOPs ฟันที่ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ ระดับร้อยละ 40.5 ดัชนีภาพ 8 ประมาณหนึ่งในทุกๆ 18 NOPs ไม่มีฟันเลย นอกจากนี้เกือบทั้งหมด NOPs มี ประสบการณ์ฟันผุ ร้อยละ 99.3 และประมาณครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 47.8% มีฟันที่ไม่ได้รับการรักษา ภาวะเหงือกมีความเค็ม ร้อยละ 97.1 ของฟัน NOPs ฟันได้รับความเค็มร้อนจากการมีเลือดออกจากเหงือก และร้อยละ 86.3 มีฟันครึ่งหรือมากกว่านั้นด้วยมีเลือดออกที่เหงือกความชุ่มชื้นของโรคทางทันตกรรม ในกลุ่ม NOPs เกิดจากสิ่งอื่น ๆ การขาดการตรวจสุขภาพตามปกติและการละเลยในการดูแลสุขภาพช่องปากโดยทันตแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติในช่องปาก (The Legislative Council Secretariat, 2016)



ภาพ 8 แสดงภาวะสุขภาพช่องปากของ NODs, 2011

ที่มา: Research Brief Issue No.2, (2016-2017)

2.4 ตามคำแนะนำของกรมสุขภาพผู้สูงอายุควรได้รับการสนับสนุนเข้ารับการตรวจฟันเป็นประจำเพื่อรักษาสุขภาพช่องปากที่ดีนี้ คือการอำนวยความสะดวกในการดำเนินงานของการรักษาป้องกันและแก้ปัญหาท่อน้ำนี้การดำเนินการของโรคที่รุนแรงซึ่งส่งผลให้ค่ารักษาพยาบาลและซับซ้อนมากขึ้นจำเป็นต้องใช้ตาม 2011 OHS เพียงร้อยละ 22 ของ NODs มีฟันประจำพฤติกรรมตรวจสุขภาพ อุปสรรคสำคัญสำหรับ NODs ในการแสวงหาความสนใจทางทันตกรรมก่อนหน้านี้นี้ เนื่องจากต้นทุนการรักษาสูงและไม่อาจคาดการณ์ได้

2.5 ในทำนองเดียวกันน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของ NODs สํารวจโดย 2011 OHS การเข้ารับการดูแลทางทันตกรรมเมื่อมีอาการทางปาก แม้จะมีอาการรุนแรงปวดฟันที่รบกวนการนอนหลับมีเพียงประมาณร้อยละ 40 ไปพบทันตแพทย์สำหรับ NODs เหล่านั้นที่มีอาการไม่สบายเช่นลมหายใจที่ไม่ดีและเหงือกมีเลือดออกสัดส่วนผู้ที่เข้ารับการดูแลทันตกรรมอยู่ในระดับต่ำสุดที่ ร้อยละ 0.8 และร้อยละ 4.3 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ของ NODs ที่ได้รับผลกระทบกล่าวว่าพวกเขาตระหนักถึงต้องไปพบทันตแพทย์ แต่พบปัญหาอุปสรรคบางอย่าง อุปสรรคหลักเป็นค่าใช้จ่ายที่ไม่เอื้ออำนวยและไม่เต็มใจที่จะใช้จ่ายเงินในการดูแลทันตกรรม

2.6 ปัญหาการใช้บริการทันตกรรมต่ำของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องตามการสำรวจความคิดเห็นในครอบครัวที่ดำเนินการโดย C & SD ในปี 2014 อัตราการตรวจฟันเป็นประจำต่ำสุดที่คนอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่ร้อยละ 14.0 ในทุกกลุ่มอายุที่สำรวจ กลุ่มอายุนี้มีอัตราการให้คำปรึกษาด้านทันตกรรมต่ำสุด ร้อยละ 27.3 ในปี 2014

### 3. นโยบายด้านสุขภาพทันตกรรมในประเทศที่เลือก

การประสบความสำเร็จในผู้สูงอายุอาจถือได้ว่ามีความหมายเหมือนกันกับสุขภาพและชีวิตที่ใช้งาน ในขณะที่การดูแลทันตกรรมเป็นเพียงแง่มุมเดียวในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเท่านั้นอาจมีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อสุขภาพทั่วไป และคุณภาพชีวิตจากทันตแพทย์ อายุที่ประสบความสำเร็จจึงเกี่ยวข้องกับการให้เพียงพอ การดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม และสามารถเข้าถึงบริการได้สำหรับการมีสุขภาพฟันที่ดีเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ประเทศที่พัฒนาแล้วบางประเทศมียอมรับความจำเป็นในการระบุผู้สูงอายุเป็นกลุ่มลำดับความสำคัญที่มีเฉพาะมาตรการเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพช่องปาก

#### แนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากวัยสูงอายุในประเทศไทย

ปัญหาสุขภาพช่องปาก เป็นปัญหาหนึ่งที่ผู้สูงอายุไทยจำนวนมากเผชิญอยู่ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ กระทั่งต่อความรุนแรงของโรคเรื้อรัง รวมทั้งคุณภาพชีวิต แต่ด้วยลักษณะของโรคที่ดำเนินอย่างช้า ๆ โดยไม่มีอาการระยะแรก ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ให้ความสำคัญ แต่เมื่อเกิดอาการ การรักษาที่ได้รับจึงเป็นการรักษาระยะท้ายที่ยุ่งยาก ซับซ้อน ค่าใช้จ่ายสูง เกิดการสูญเสีย และกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจึงควรเตรียมในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ (Charuwichitratanana, 2017b)

แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ. 2558-2564 กำหนดเป้าหมายเมื่อสิ้นสุดแผน คือ 1) ผู้สูงอายุร้อยละ 80 มีสุขภาพช่องปากดี และมีฟันใช้งานได้อย่างเหมาะสม 2) มีนวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ อย่างน้อย 5 ใน 7 ประเด็น ซึ่งเป็นปัญหาเดียวกับที่องค์การอนามัยโลกรายงานไว้ ได้แก่ 1) การสูญเสียฟันและปัญหาจากการใส่ฟัน 2) ฟันผุและรากฟันผุ 3) โรคปริทันต์ 4) แผล/มะเร็งช่องปาก 5) ภาวะน้ำลายแห้ง 6) ฟันสึก 7) สภาวะช่องปากที่สัมพันธ์กับโรคทางระบบ กลุ่มเป้าหมายหลัก ได้แก่ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มเป้าหมายรอง ได้แก่กลุ่มก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ 40-59 ปี การขับเคลื่อนแผนงานทันตสุขภาพ ผ่านกลไกความเชื่อมโยง 4 ยุทธศาสตร์หลัก โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ภายใต้โครงการชัดเจน ในปี 2560, 2561 ผ่านแผนบูรณาการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ เมื่อสิ้นสุดแผนระยะที่ 1 พ.ศ. 2558-2561 มีผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ดังนี้

#### ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนารูปแบบระบบและคุณภาพบริการด้านทันตสุขภาพ

มีการพัฒนาระบบการดูแลใน 2 ส่วนหลักคือ

1. **ให้ประชาชนดูแลตนเองเบื้องต้นได้** โดยพัฒนาศักยภาพแกนนำชมรมผู้สูงอายุและเครือข่ายอาสาสมัคร เพื่อสนับสนุนให้สมาชิกชมรมสามารถตรวจดูแลความสะอาดช่องปากด้วยตนเองหรือโดยญาติและผู้ดูแล (Care Giver) ในกลุ่มติดบ้านติดเตียงพร้อมมีนวัตกรรมสื่อการสอนหรือ

อุปกรณ์เสริมการดูแลสุขภาพช่องปากจากภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือสนับสนุนนวัตกรรม เช่น ใช้แอปพลิเคชันตรวจคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปาก เป็นต้น

**2. มีระบบบริการที่เน้นการส่งเสริมป้องกัน** รวมทั้งมีการส่งต่อเพื่อรักษาฟันฟุที่เชื่อมต่อหน่วยบริการแต่ละระดับ โดยเน้น 3 ประเด็นปัญหาสำคัญ ได้แก่

2.1 การแก้ไขปัญหาการสูญเสียฟันและปัญหาจากการใส่ฟันโดยการจัดการบริการทันตกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งตั้งรับในหน่วยบริการและเชิงรุกในชุมชน ได้แก่ ตรวจช่องปากอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อคัดกรองการให้คำแนะนำ /ฝึกปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองทาลูออไรด์เข้มข้นสูงเฉพาะที่ (ฟลูออไรด์วาร์นิช) ในกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันฟันผุ รากฟันผุบริการชุดหินน้ำลายขัดฟัน เพื่อการคงสภาพการใช้งานของอวัยวะในช่องปากการส่งต่อเพื่อรับบริการที่ซับซ้อนในระดับอำเภอหรือจังหวัด เช่น ใส่ฟันเทียม รากเทียม นอกจากนี้ ยังให้คำปรึกษา แนะนำการดำเนินงานของภาคประชาชนในระดับหมู่บ้าน เช่น อสม. แกนนำชมรมผู้สูงอายุรวมทั้งเป็นทีมหมอครอบครัวในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ

2.2 การแก้ไขปัญหาแผลและมะเร็งช่องปาก โดยจัดทำ/สนับสนุนคู่มือการตรวจคัดกรอง และวินิจฉัยรอยโรคในช่องปากสำหรับทันตแพทย์ คู่มือเจ้าหน้าทันตภิบาลและบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ การพัฒนาแอปพลิเคชันช่วยการคัดกรองรอยโรคในช่องปาก การพัฒนาบุคลากรและเครือข่าย และการติดตามระบบบริการ 35 จังหวัดนำร่อง

2.3 การแก้ไขปัญหาสภาวะช่องปากที่สัมพันธ์กับโรคทางระบบ มีการบูรณาการการทำงานกับ Service plan สาขาโรคไม่ติดต่อ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และพัฒนาเครื่องมือเพื่อการประเมินสภาพช่องปาก และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในคู่มือการดำเนินงานประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus เพื่อกำหนดเป็นกิจกรรมพื้นฐานในการดำเนินงาน ที่ต้องมีทั้งกิจกรรมเพื่อการเฝ้าระวังและคัดกรอง และกิจกรรมสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

## **ยุทธศาสตร์ที่ 2 การศึกษาวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเพื่อสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ**

มูลนิธินวัตกรรม ในพระบรมราชูปถัมภ์ ซึ่งเป็นเจ้าภาพหลักยุทธศาสตร์ที่ 2 ได้

วิจัยและพัฒนานวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุทั้ง 7 ประเด็นใน 3 ประเภท ดังนี้

**1. กลุ่มนวัตกรรมอาหารทางการแพทย์ได้** ผลิตอาหารสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหรือเจลลี่โภชนาเพื่อช่วยการกลืนและได้รับสารอาหารพอเพียงในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากและลำคอผลิตน้ำลายเทียมชนิดเจลหรือวุ้นชุ่มปาก เพื่อบรรเทาอาการปากแห้ง



**2. กลุ่มนวัตกรรมเครื่องมือแพทย์** ได้แก่ การพัฒนานวัตกรรมฟลูออไรด์วาร์นิชป้องกันฟันผุ/รากฟันผุทดแทนการนำเข้าสู่จากต่างประเทศ การวิจัยผลิตแปรงชนิดนิ่มสำหรับทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุสำหรับกลุ่มติดเตียง ที่ไม่สามารถทำความสะอาดช่องปากด้วยตนเองได้ลดการติดเชื้อจากในช่องปากและปอดอักเสบจากการสำลัก

**3. กลุ่มนวัตกรรมบริการนวัตกรรมกระบวนการ** ได้แก่ การพัฒนาวิชาการเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุครบวงจรประเด็นมะเร็งช่องปากได้กำหนดผังขั้นตอนการตรวจคัดกรองและดูแลผู้ป่วยมะเร็งช่องปากครบวงจรทั้งการดูแลโดยภาคประชาชนการดูแลในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิระดับทุติยภูมิและตติยภูมิจัดทำหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพบุคลากรรวมทั้ง mapping มหาวิทยาลัยและเขตสุขภาพเพื่อการให้คำปรึกษาทางวิชาการและการดูแลรักษาส่งต่อการพัฒนาเทคนิคการใส่ฟันเทียมทั้งปากในเวลา 3 ครั้งเพื่อลดเวลาการจัดบริการจาก 6-7 ครั้งเหลือ 2 ครั้งลดจำนวนครั้งและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลแต่ยังคงคุณภาพบริการ

### **ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาบุคลากรและหลักสูตรทันตกรรมผู้สูงอายุ**

ได้รับความร่วมมือจากคณะทันตแพทยศาสตร์ ทุ๊กมหาวิทยาลัย และวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข โดยพัฒนาระบบการเรียนการสอนสำหรับบุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการทุกระดับ ผ่านระบบ e-learning โดยมีแนวคิดในการจัดการเรียนการสอน ตามแนวทางการปฏิรูปการศึกษาในทศวรรษที่ 21 โดยเรียนที่สถานศึกษา เตือนละ 1 สัปดาห์ หรือ 5 วัน เพื่อให้ทันตแพทย์/ทันตภิบาลในพื้นที่สามารถปฏิบัติงานได้ ไม่ต้องออกพื้นที่เพื่อลาเรียนตลอด 4 เดือนหรือ 2 ปี และใช้ชุมชนเป็นฐานในการเรียนรู้ และใช้ปัญหาในชุมชนเป็นโจทย์ ในการฝึกปฏิบัติหรือจัดทำโครงการพัฒนาหรือโครงการศึกษาวิจัย เพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่ที่รับผิดชอบในระหว่างที่ศึกษา ซึ่งจะมีอาจารย์ที่ปรึกษาให้คำแนะนำ

นอกจากนี้ยังมีการอบรมระยะสั้น 5-7 วัน ได้แก่ หลักสูตร GU-PCC (Geriatric Dentistry-Primary Care Cluster) เป็นหลักสูตรสำหรับทันตแพทย์และทันตภิบาลที่ผสมผสานการดำเนินงานทันตสุขภาพผู้สูงอายุกับคลินิกหมอครอบครัว ดำเนินการในผู้ที่จบการศึกษาในปี 2561 ใน 35 จังหวัด นำร่อง รวมทั้งการประชุม / สัมมนาเพื่อพัฒนาทักษะในการจัดบริการทันตสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โดยกรมอนามัย และกรมการแพทย์

### **ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการการพัฒนาระบบฐานข้อมูลสารสนเทศ และการติดตามประเมินผล**

การบริหารจัดการใช้กลไกคณะกรรมการบริหารแผนงานทันตสุขภาพผู้สูงอายุประเทศไทย ประกอบด้วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจากกระทรวงต่าง ๆ โดยมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และคณะอนุกรรมการขับเคลื่อน 4 ยุทธศาสตร์ตามคำสั่งปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่ละยุทธศาสตร์ ได้จัดทำเป้าหมายตัวชี้วัด วางแผนการดำเนินงานและขับเคลื่อนผ่านเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในแต่ละ

ระดับ ผลผลิตของการดำเนินงานส่วนหนึ่งสามารถติดตามผ่านระบบรายงานอิเล็กทรอนิกส์ ภายใต้ การพัฒนาระบบฐานข้อมูลและการรายงาน ผ่านเว็บไซต์พื้นเพียมพระราชทาน และระบบฐานข้อมูล ภาพรวมของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center) รวมทั้งมีระบบเฝ้าระวัง และติดตาม กำกับผ่านการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 4 ปี 2560 และการเฝ้าระวังรายปี

นอกจากนี้ยังมีการรณรงค์สร้างกระแสเผยแพร่ประชาสัมพันธ์โครงการโดยการประกวด 10 ยอดฟันที่วัย 80 และ 90 ปี รณรงค์จัดบริการใส่ฟันเทียมพระราชทาน ต่อเนื่อง โดยกรมอนามัย ร่วมกับหน่วยทันตกรรมพระราชทานการสนับสนุนจากภาคเอกชน โดยบริษัท ไอสอสภา จำกัด (มหาชน) และมูลนิธิไอสอสภาได้สนับสนุนโครงการฟันเทียมพระราชทานแก่ผู้สูงอายุในพื้นที่ห่างไกล และด้อยโอกาส

จากการดำเนินงาน ระยะที่ 1 พ.ศ. 2558-2561 เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2561 ได้มี การประเมินผลแผนงาน เพื่อประเมินกระบวนการดำเนินงานและวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค เพื่อเป็น ข้อเสนอในการทบทวนปรับกิจกรรมการบริหารจัดการพบว่ายังมีประเด็นเพื่อการพัฒนา การดำเนินงานในระยะที่ 2 พ.ศ. 2562-2565 ดังนี้

**ประเด็นเพื่อการพัฒนาการดำเนินงานในระยะที่ 2 พ.ศ. 2562-2565 ออกแบบ 4 ระยะ จากที่ผ่านมาและกำลังจะเกิดขึ้นดังนี้**

### **1. การพัฒนารูปแบบระบบ และคุณภาพบริการด้านทันตสุขภาพ ครมมุ่งเน้น**

1.1 การพัฒนารูปแบบ ระบบบริการ ในกลุ่มก่อนวัยสูงอายุและกลุ่มเสี่ยงการเข้าถึง บริการสุขภาพของปากผสมผสานทั้งการส่งเสริมป้องกันรักษาฟันพู่สภาพเพิ่มขึ้นรวมทั้งรูปแบบการบูรณาการกับการส่งเสริมสุขภาพด้านอื่น ๆ

1.2 การพัฒนาใช้เทคโนโลยี นวัตกรรม เพื่อเพิ่มช่องทางการสื่อสารหรือการเข้าถึง ข้อมูลความรู้ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้ด้วยตนเองควบคู่ไปกับการพัฒนา กิจกรรมผ่านชมรมผู้สูงอายุ

1.3 การพัฒนาความเข้มแข็ง และศักยภาพของแกนนำภาคประชาชน เช่น แกนนำ ชมรม / โรงเรียน อสม. เพื่อสื่อสาร เฝ้าระวัง สนับสนุนการดูแลสุขภาพช่องปากในชุมชน

1.4 พัฒนาการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนกิจกรรมการดูแลช่องปากในชุมชนโดยองค์กรปกครองท้องถิ่น

**2. การสนับสนุนการผลิต และการใช้นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ที่ผลิตประเทศ** ที่ตอบสนอง การแก้ปัญหาทันตสุขภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระบบบริการสาธารณสุข

**3. การสนับสนุนการพัฒนาทักษะในการจัดบริการทันตสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ** สำหรับ ทันตบุคลากรบุคลากรสาธารณสุขและเครือข่ายต่อเนื่อง

4. การพัฒนาระบบฐานข้อมูล ระบบการเฝ้าระวังพฤติกรรม และปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพช่องปากเพื่อการติดตามกำกับ และพัฒนาแผนงานโครงการให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

5. การรณรงค์สร้างกระแส และการสื่อสารสาธารณะ ให้สังคมเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพช่องปากที่ดีในวัยสูงอายุ

ยุทธศาสตร์ทั้ง 4 ด้าน เป็นการมุ่งเน้นไปที่บุคลากร เจ้าหน้าที่ แกนนำชมรมผู้สูงอายุ หรือเครือข่ายอาสาสมัคร. เน้นการพัฒนารูปแบบการบริการ พัฒนานวัตกรรมต่าง ๆ เป็นหลัก เพื่อเอื้อต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ทั้งในเรื่องการส่งเสริม ป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูในประชากรวัยสูงอายุ

จากการศึกษาค้นคว้าหาข้อมูล การที่จะมีสุขภาพที่ดีได้นั้น คือการเริ่มที่ตัวเอง ให้มีสุขภาพครบแบบองค์รวม ได้แก่ สุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิต สุขภาพทางปัญญา และสุขภาพทางสังคม ดังนั้นควรให้ประชากรผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือตนเอง จึงจะทำให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากได้ดียิ่งขึ้นต่อไป และสามารถสรุปการเปรียบเทียบแผนงานทันตสุขภาพของต่างประเทศ และประเทศไทยได้ ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงเปรียบเทียบแผนงานทันตสุขภาพต่างประเทศ และประเทศไทย

ประเทศญี่ปุ่น	ฮ่องกง	ประเทศไทย
<b>นโยบายสนับสนุนสวัสดิการผู้สูงอายุ</b>		
1. รักษาพยาบาลฟรี	1. ผ่อนปรนข้อจำกัดการรับ	นโยบายสนับสนุนสวัสดิการ
2. มีเงินสนับสนุนช่วยผู้สูงอายุปีละไม่เกิน 5 หมื่นเยน	เงินเบี้ยเลี้ยงของผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุสามารถได้รับเงินช่วยเหลือได้เต็มจำนวนโดยอาศัยอยู่ในฮ่องกง เพียง 60 วันต่อปี	ผู้สูงอายุ
3. ระบบหลักประกันรายได้ (Sakurai, 2003 as cited in Charuwichitratana, 2017a)	2. กำหนดหลักเกณฑ์ให้ชาวฮ่องกงที่เกษียณอายุแล้วสามารถไปใช้ชีวิตที่มณฑลกว่างตุ้งได้โดยยังคงได้รับสิทธิประโยชน์ต่างๆ จากทางการฮ่องกงอยู่	1. บัตรประกันสุขภาพของผู้สูงอายุ “บัตรประกันสุขภาพ” 2. ส่งเสริมสนับสนุนสถาบันครอบครัว การเปิดศูนย์บริการคนชรา รวมทั้งการสงเคราะห์ โดยรับเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์ 3. การรณรงค์ผ่านสื่อต่างๆ ในการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของคนในครอบครัว

## ตาราง 1 (ต่อ)

ประเทศญี่ปุ่น	ฮ่องกง	ประเทศไทย
	3. พัฒนาระบบการให้บริการ สาธารณสุข โดยการสร้างรพ. แห่งใหม่และให้มีบุคลากรทาง การแพทย์อย่างเพียงพอ (The Legislative Council Secretariat, 2016 as cited in Charuwichitratana, 2017a)	4. การพัฒนากลุ่มผู้สูงอายุ ยากจนที่ไม่มีผู้ดูแล โดยการ เพิ่มเบี้ยยังชีพ 5. บริการสังคม แก่ผู้สูงอายุ
<b>นโยบายทันตกรรมผู้สูงอายุ</b>		
Healthy Japan 21 มีนโยบาย พื้นฐาน 4 ข้อ มีดังนี้ 1. ความสำคัญของการป้องกัน เบื้องต้น 2. การสร้างระบบสนับสนุน ด้านสิ่งแวดล้อมส่งเสริมสุขภาพ 3. มีการตั้งเป้าหมายและการ ประเมินผลลัพธ์ 4. การส่งเสริมสุขภาพที่มี ประสิทธิภาพและมีการ ประสาน งานกันโดยหน่วยงาน ที่ดำเนินการด้านต่างๆ (Sakurai, 2003 as cited in Charuwichitratana, 2017a)	1. Outreach Dental Care Programmed for the Elderly 2. Community Care Fund: Elderly Dental Assistance Expanded Programmed (Hong Kong Poverty Situation Report, 2015 as cited in Charuwichit ratana, 2017)	1. แผนงานทันตสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย 2. แนวทางการดำเนินงาน ทันตสาธารณสุข ประจำปี 2561

## ตาราง 1 (ต่อ)

ประเทศญี่ปุ่น	ฮ่องกง	ประเทศไทย
<b>ปัญหาทันตสุขภาพผู้สูงอายุ</b>		
- ฟันใช้งานได้ 20 ซี่ขึ้นไป ร้อยละ 88.8	- ฟันที่ใช้งานได้น้อย 20 ซี่ ร้อยละ 40.5	<b>ผู้สูงอายุ 60-74 ปี</b>
- ฟันผุ ร้อยละ 41	- ฟันผุ ร้อยละ 99.3	- ร้อยละ 88.3 มีการสูญเสียฟันบางส่วน
- โรคปริทันต์ระดับรุนแรง ร้อยละ 13 (Sakurai, 2003 as cited in Charuwichitratana, 2017a)	- ภาวะเหงือกอักเสบ ร้อยละ 97.1 (The Legislative Council Secretariat, 2016 as cited in Charuwichitratana, 2017a)	- ร้อยละ 7.2 สูญเสียฟันทั้งปาก ร้อยละ 57.8 มีฟันแท้ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ เฉลี่ย 18.8 ซี่ต่อคน
		- ร้อยละ 43.3 มี ฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ (Bureau of Dental Public Health, 2017)
		<b>ผู้สูงอายุ อายุ 80-89 ปี</b>
		- สูญเสียฟันทั้งปาก สูงถึง ร้อยละ 32.2
		- ร้อยละ 23.5 ที่มีฟันแท้ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่
		- มีฟันหลังที่สบดีเยี่ยมกันอย่างน้อย 4 คู่สบ เพียง ร้อยละ 15.6 (Bureau of Dental Public Health, 2017)
<b>เป้าหมาย</b>		
ผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป มีช่องปากดี/มีฟันใช้งาน 20 ซี่ 4 คู่สบ (Sakurai, 2003 as cited in Charuwichitratana, 2017a)	เน้นให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป (The Legislative Council Secretariat, 2016 as cited in Charuwichitratana, 2017a)	ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีช่องปากดี / มี ฟ ัน ไ้ ใช้งาน 20 ซี่ 4 คู่สบ ร้อยละ 80



## แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

### ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ในปัจจุบันสถานะสังคมมีการแข่งขันสูง มีการพัฒนาเทคโนโลยีต่าง ๆ ไปอย่างมาก โดยข้อมูลข่าวสารได้นำมาเผยแพร่ผ่านสื่อหลายช่องทาง ทั้งจริงและเท็จ มีทั้งประโยชน์ และไม่มีประโยชน์ บุคคลที่มีความสนใจในข้อมูลสามารถวิเคราะห์ กลั่นกรองข้อมูล และนำข้อมูลมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อจัดการตนเองได้หรือเพื่อการพัฒนา ย่อมมีโอกาสในการสร้างความก้าวหน้าได้มากกว่าผู้อื่นยอมรับในความสามารถประสบความสำเร็จในชีวิต และอยู่รอดในสถานะสังคมปัจจุบันได้ ศักยภาพที่กล่าวมาข้างต้น นั้นคือความฉลาดหรือความรอบรู้ (Literacy) ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น และต้องเริ่มมาจากปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ ได้แก่ การอ่านออก เขียนได้ พูดได้ และจดจำได้ ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกจึงให้ความสำคัญกับการรู้หนังสือเป็นดัชนีที่สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพของประชากรในประเทศนั้น ๆ อีกด้วย (Charophasrat, 2019) จากรายงานของ UNESCO ในปี พ.ศ. 2553 ระบุว่าอัตราการรู้หนังสือ (อ่านออกเขียนได้) ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป มีค่าร้อยละ 97 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์สูง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (UNESCO, 2553 as cited in Thai Public Health, 2001-2004)

### พัฒนาการ คำนิยาม และความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ หรือ Health literacy: HL ปรากฏครั้งแรกในเอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการด้านสุขศึกษา ในปี ค.ศ. 1974 (Mancuso, 2009) และเริ่มแพร่หลายมากขึ้น โดยมีการกำหนดนิยามความหมายไว้อย่างหลากหลาย กระทั่งมีการให้คำนิยาม โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1998) มีการรณรงค์ให้ประเทศสมาชิกร่วมมือกันพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความฉลาดทางสุขภาพ หลังจากนั้นคำว่า Health literacy ปรากฏในบทความวิจัยที่ชี้ให้เห็นความสำคัญของสุขศึกษาในการผลักดันนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ การศึกษา และสื่อสารมวลชน (Smith et al., 2004)

ในช่วงปี พ.ศ. 2542-2552 มีบทความวิจัยและรายงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพเพิ่มจำนวนมากขึ้น โดยพบว่าการศึกษา ในกลุ่มผู้ใหญ่ (adult) มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ (elder) กลุ่มเด็ก (child/ children) และกลุ่มวัยรุ่น (adolescent) ตามลำดับ (Kaewdamkerng, 2009) รวมทั้งมีการนำเสนอกรอบแนวคิดจากนักวิจัย และนักการศึกษาที่หลากหลาย อย่างไรก็ตามยังมีการอธิบายความหมาย ในมุมมองที่แตกต่างกันอยู่บ้างตามประสบการณ์และทัศนะของนักวิชาการ

ในประเทศไทย มีการใช้คำเรียก Health Literacy หลากหลาย เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ใช้คำว่า ความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Systems Research Institute, 1998) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ใช้คำว่า การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ

มูลนิธิเพื่อพัฒนาการศึกษาไทย สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา ใช้คำว่า ความฉลาดทางสุขภาพ และกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ใช้คำว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

### **คำนิยามและความหมายของความรอบรู้สุขภาพ**

คำนิยามที่มีปรากฏในรายงานการศึกษาและบทความที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

American Medical Association (1999) ได้ให้นิยามความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ว่า เป็นกลุ่มทักษะที่รวมถึงความสามารถพื้นฐานในการอ่านข้อความ และการคำนวณเชิงตัวเลขเพื่อการปฏิบัติตนในการส่งเสริม และรักษาสุขภาพให้ดีอยู่เสมอ

World Health Organization (1998) นิยามว่า “Health literacy represents the motivation and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health” (World Health Organization, 1998) ซึ่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขแปลความว่า “ทักษะต่างๆ ทาง การ รับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึงเข้าใจและใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ” (Health Systems Research Institute, 1998)

คณะกรรมการด้านความฉลาดทางสุขภาพ สมาคมทางการแพทย์ของอเมริกัน หรือ The Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs of the American Medical Association: AMA (1999) ให้คำจำกัดความว่า “ทักษะทั้งหมด ซึ่งรวมทั้งความสามารถพื้นฐานในการอ่านข้อความและการคำนวณตัวเลข เพื่อปฏิบัติตนในการดูแลรักษาสุขภาพ”

สำนักยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพ หรือ The Center for Health Care Strategies Inc. (2000) นิยาม Health literacy ว่า “ความสามารถในการอ่าน การทำความเข้าใจ และการกระทำเมื่อได้รับ ข้อมูลในการดูแลสุขภาพ”

โครงการประชาชนสุขภาพดีของประเทศสหรัฐอเมริกา (The US Healthy People 2010) ซึ่งประกาศใช้ใน ปีค.ศ. 2000 นิยามไว้ว่า “ระดับความสามารถที่บุคคลจะแสวงหา ดีความ หรือทำความเข้าใจข้อมูลพื้นฐานหรือข้อมูลบริการ ซึ่งจำเป็นต่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ”

สถาบันทางการแพทย์ของอเมริกา หรือ Institute of Medicine: IOM (2004) นิยามว่า “เป็นระดับความสามารถของบุคคลในการได้รับการจัดการการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจที่เหมาะสม” โดยอธิบายว่า Health literacy ขึ้นอยู่กับทักษะของบุคคลในการเผชิญกับสถานการณ์สุขภาพ รวมทั้งยังขึ้นกับปัจจัยด้านระบบดูแลสุขภาพ ระบบการศึกษา ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมทั้งที่บ้าน ที่ทำงาน และในชุมชนอีกด้วย

ดอน นัทบีม (Nutbeam, 2000, 2008) นิยามไว้ดังนี้ 1) “ความรู้ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีรวมทั้งการพัฒนาความรู้และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง” (ปี ค.ศ. 2000) 2) “สมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต” (ปีค.ศ. 2008) และ 3) “ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลเข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ” (ปีค.ศ. 2009)

อิชิคาวา และคณะ (Ishikawa H. et al., 2008) นิยามว่า “ความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดการตัดสินใจทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม”

Edwards, Wood, Davies & Edwards (2012) ได้ให้นิยามความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ว่า เกิดจากการได้รับการถ่ายทอดและผู้มีส่วนร่วมสร้างให้เกิดความสามารถเหล่านี้ก็จะกลายเป็นผู้มีความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการภาวะเงื่อนไขทางสุขภาพของเขาด้วย ให้สามารถเข้าถึง และเกาะติดกับข้อมูลข่าวสาร และบริการมีการปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและเจรจาต่อรองและเข้าถึงการรักษาได้อย่างเหมาะสม มีการเปลี่ยนแปลงในความสามารถเหล่านี้ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม บางคนมีความรู้และทักษะในการจัดการตนเองดี แต่บางคนมีการแสวงหาข้อมูลน้อย และมีการสื่อสารเพื่อปรึกษาหารือกันน้อย

กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย (2017) ได้ให้คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ว่าเป็นความรอบรู้ และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคลในการที่จะกลั่นกรองประเมินประเทศไทย และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลือกใช้บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม (ตามมติการประชุมผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขเมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์, 2017)

จากการทบทวนนิยามและความหมายของ Health literacy พบว่า ยังมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่องตามการประยุกต์ใช้และบริบทที่เป็นปัญหาของประเทศในภูมิภาคต่างๆ คำนิยามที่มีการใช้และถูกอ้างอิงมากที่สุด เป็นนิยามของดอน นัทบีม (Nutbeam D.) ซึ่งเน้นเรื่องสมรรถนะและทักษะ ของบุคคล ส่วนนิยามอื่นๆ มีความแตกต่างออกไป เช่น การอ่านข้อความ การคำนวณตัวเลข ความจำ ความรู้ การทำความเข้าใจ การตัดสินใจหลังจากใช้ข้อมูล และความเท่าเทียมด้านสุขภาพ เป็นต้น

การใช้คำเรียก “Health literacy” ที่มีปรากฏในเอกสารภาษาไทยมีหลายคำ (Health Education Divison, 2011) ดังนี้

1. ความแตกต่างด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นคำนิยามที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (Health Systems Research Institute, 1998) แปลไว้จากนิยามที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1998)

2. การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ เป็นคำที่สอดคล้องกับการดำเนินงานด้านการสื่อสาร ซึ่งมีการพัฒนาและดำเนินงานเรื่องการเรียนรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) ในแผนงานสื่อสร้างสุขภาวะของเยาวชน สำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส., 2550)

3. ความฉลาดทางสุขภาวะ เป็นคำที่เริ่มมีการเรียกกันในแวดวงการศึกษา เมื่อกว่าถึง literacy ในด้านสุขภาพ โดยมูลนิธิเพื่อพัฒนาการศึกษาไทย สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา ภายใต้การสนับสนุนของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2010)

ทั้งนี้ศาสตราจารย์สุมน อมรวิวัฒน์ (Health Education Divison, 2011) ให้แนวคิดว่า “ความฉลาดทาง สุขภาวะ คือ ความเป็นสุขอย่างฉลาด” เกิดขึ้นได้โดยวิธีเรียนรู้ที่จะดำเนินไปตลอดชีวิต ได้แก่ การเรียนเพื่อรู้ (learning to learn) หรือการฝึกฝน ให้รู้วิธีที่จะเข้าใจ การเรียนรู้เพื่อปฏิบัติได้จริง (learning to do) หรือการ สร้างสรรค์สิ่งต่างๆ ที่แวดล้อม การเรียนรู้เพื่อที่จะอยู่ร่วมกัน (learning to live together) หรือการมีส่วนร่วมและร่วมมือกับผู้อื่นในกิจการทั้งปวงของมวลมนุษยและการเรียนรู้เพื่อชีวิต (learning to be) หรือการมีสติปัญญาไหวพริบในการเข้าใจโลกรอบตัว มีความรู้สึกนึกคิดและจินตนาการที่จำเป็น ประพฤติตนด้วยความรับผิดชอบและอย่างเป็นธรรม ซึ่งองค์การการศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO) ได้ให้ความสำคัญกับวิธีเรียนรู้ 4 แบบนี้ว่า “เสาหลักของการจัดกิจกรรมการเรียนรู้”

4. ความฉลาดทางสุขภาพ เป็นคำที่กำหนดขึ้นใช้ในโครงการ ศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้เรื่อง Health literacy เพื่อสร้างเสริมภูมิปัญญา และการเรียนรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ธันวาคม, 2010)

การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นการให้คำนิยามและการกำหนดคำในภาษาไทยที่เหมาะสม ได้พิจารณาจากคำที่มีปรากฏแล้วและคำที่น่าจะเหมาะสมตามความหมาย การสื่อความและการสร้างความเข้าใจ รวมทั้งพิจารณาความสอดคล้องกับคำเรียกที่มีการกำหนดไว้แล้วในบริบทต่าง ๆ อาทิคำว่า ความฉลาดทางอารมณ์ (ในงานพัฒนาสุขภาวะทางด้าน จิตใจ ของกรมสุขภาพจิต) ความไม่ฉลาด หรือ โง่ (ซึ่งสื่อแบบตรงไปตรงมา และเข้าใจง่าย) จึงได้มีการกำหนดคำเรียกภาษาไทยว่า “ความฉลาดทางสุขภาพ” และกำหนดคำนิยามไว้ว่า หมายถึง “ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี”

ดอน นัทบีม (Nutbeam, 2000, 2008) ได้เขียนแนวความคิดเกี่ยวกับ Health literacy มีความชัดเจนมากขึ้น จากการจำแนกระดับของคณะสาธารณสุขศาสตร์และเวชศาสตร์ชุมชน



มหาวิทยาลัยซิดนีย์ ประเทศออสเตรเลีย ซึ่งเขียนบทความวิจัยเรื่อง Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21<sup>st</sup> century จำแนก ความฉลาดทางสุขภาพเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับ 1 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือ functional health literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่ จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน โดยคิกบุชช อธิบายเพิ่มเติมว่า “เป็นความสามารถในการ ประยุกต์ทักษะด้านการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับจำนวนตัวเลข (numeracy skill) อาทิการอ่านใบยินยอม (consent form) ฉลากยา (medical label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบ การให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์พยาบาล เกสซ์กร รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ได้แก่การรับประทาน ยา กำหนดการนัดหมาย” (Nutbeam, 2000, 2008; Kickbusch, 2001)

ระดับ 2 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ หรือ communicative/ interactive health literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและการมีพหุปัญญา (cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม (social skill) ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสาร ที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Nutbeam, 2000, 2008)

ระดับ 3 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจรรณญาณ หรือ critical health literacy ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์ เปรียบเทียบ และควบคุมจัดการ สถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ความฉลาดทางสุขภาพระดับ วิจรรณญาณเน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล (individual action) และ การมีส่วนร่วมผลักดัน สังคม การเมืองไปพร้อมกัน จึงเป็นการเชื่อมโยง ประโยชน์ ของบุคคลกับสังคมและสุขภาพของประชาชน ทั่วไป (Nutbeam, 2000, 2008)

ในการศึกษาครั้งนี้ จะวัดความฉลาด 2 ระดับ คือ ระดับ 1 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การวัดทักษะขั้นพื้นฐานจากการพูด ฟัง อ่าน และเขียนจากการทำแบบสอบถาม และระดับ 2 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ ซึ่งได้จากทักษะขั้นพื้นฐานแล้วยังเป็นการรู้จักแยกแยะลักษณะการสื่อสาร รู้จักใช้ข้อมูลข่าวสาร เป็นการประยุกต์ใช้ข้อมูล เพื่อให้เกิด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของประชากรก่อนสูงวัย

ส่วนคำนิยามของความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก หรือ Oral Health Literacy ปรากฏขึ้น ครั้งแรกในโครงการวิจัยประชาชนสุขภาพดีปี 2010 ของประเทศสหรัฐอเมริกา (The US Health People, 2010) ได้ให้คำนิยามไว้ว่า ระดับความสามารถของปัจเจกบุคคลในการได้รับประมวผล และเข้าใจข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพช่องปาก และบริการที่จำเป็นเพื่อการตัดสินใจด้านสุขภาพที่ เหมาะสม หมายรวมถึงความรู้และทักษะในการใช้ความรู้เพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก



ที่เหมาะสมได้ นอกจากนี้ข้อมูลทางด้านสุขภาพช่องปากมีการนำมาใช้สื่อสารในหลายรูปแบบ ได้แก่ แผ่นพับให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก ตารางการให้บริการทันตกรรม ใบขอคำยินยอม เป็นต้น ซึ่งประกอบด้วยรูปภาพ คำศัพท์ ประโยค และตัวเลขต่าง ๆ การเข้าถึงข้อมูลเหล่านี้ไม่ได้หมายถึงการอ่านเพียงอย่างเดียว แต่รวมถึงการเขียน การสนทนาโต้ตอบ การคำนวณ การฟัง อย่างไรก็ตาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากยังมีอุปสรรคที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรู้ เข้าใจข้อมูลได้ค่อนข้างน้อย บุคลากรก็ไม่ทราบระดับความรอบรู้ของผู้ป่วย ผลที่ตามมา คือ การสื่อสารของทั้ง 2 ฝ่ายจึงไม่ชัดเจนและไม่สัมฤทธิ์ผลเท่าที่ควร

จากคำนิยามของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก จะเห็นได้ว่า มีหลักพื้นฐานที่สอดคล้องกัน คือเน้นเรื่องความสามารถของบุคคลในการเข้าใจข้อมูล ปฏิบัติอะไรบางอย่างเป็น และตัดสินใจปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม แต่มีความแตกต่างกันตรงข้อมูลที่ประชาชนควรรับทราบ หากเป็นความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ควรเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การมารับบริการทันตกรรม หรือประเด็นทางทันตกรรมใดก็ตามที่เป็นพื้นฐานสำคัญ และจำเป็นต้องทราบ ดังนั้น เพื่อตรงกับเป้าประสงค์ของการวิจัย ซึ่งเน้นในด้านทันตกรรมเป็นหลัก ผู้วิจัยจึงเลือกใช้นิยามของความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก เพื่อนำมาประกอบการสร้างและพัฒนาเป็นข้อความสำหรับใช้ประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อไป

**องค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ** มีทั้งหมด 6 องค์ประกอบ (Health Education Division, 2011) ดังนี้

**1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access)** ซึ่งจะมีรูปแบบการดำเนินการพัฒนา 2 ส่วน คือในส่วนของประชาชน ได้แก่ มีเว็บไซต์ด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือ, มีการใช้ mobile health technology สุขภาพ และ applications รวมถึง wireless devices ในการให้ข้อมูลให้แก่ประชาชน มีการจัดส่งสนับสนุนบริการสุขภาพ จัดกิจกรรมเยี่ยมชมจุดบริการ และในส่วนของบุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ การได้รับการฝึกทักษะในการผลิตและใช้สื่อสิ่งพิมพ์สื่อเทคโนโลยี เพื่อให้ความรู้กับประชาชนได้กิจกรรม/รูปแบบการดำเนินการพัฒนาองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพประชาชนได้รับแรงจูงใจในการทำงานเพื่ออย่างเพียงพอ และเพิ่มการเข้าถึงเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพบริการสุขภาพสำหรับประชาชน มีกิจกรรมเพิ่มความตระหนักสุขภาพในโรงพยาบาลที่สำคัญโครงการรณรงค์การคัดกรองเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีความของแพทย์และบุคลากรทางเป็นมิตรกับผู้ป่วยเช่นให้บุคลากรใช้สุขภาพภาษาง่ายๆใช้เครื่องมือที่ไม่ทำให้เจ็บหรือกลัว เป็นต้น (Health Education Division, 2011)

**2. ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive)** ซึ่งจะมีรูปแบบการดำเนินการพัฒนา 2 ส่วน คือในส่วนของประชาชน ได้แก่ มีเว็บไซต์ให้ความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง, มีโครงการเพิ่มความรู้ความเข้าใจประยุกต์หลักการของความรอบรู้เกี่ยวกับสุขอนามัยด้วยการใช้ด้านสุขภาพใน

การออกแบบศิลปะการแสดง และการมีส่วนร่วมของเว็บไซต์ด้านสุขภาพคนในชุมชน มีการให้ข้อมูลสุขภาพสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะในรูปแบบต่าง ๆ เช่น fact sheet radio campaign โทรทัศน์ คู่มือ แผ่นพับ มีการบรรจุเนื้อหาที่เกี่ยวกับความรู้ และในส่วนของบุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ มี research-based guidance ต่อเนื่องที่ถูกต้องและทันสมัยเป็นแนวทางช่วยให้หน่วยงาน มี health literacy module มีการบรรจุเนื้อหาความรู้ด้านสุขภาพในหลักสูตรทุกระดับสุขภาพ ในหลักสูตรระดับปริญญาตรีทุกสาขาวิชาชีพ มีเวทีแลกเปลี่ยนองค์ความรู้เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพเช่นสัมมนาการจัดประชุมเชิงวิชาการการนำเสนอผลงาน (Health Education Division, 2011)

**3. ทักษะการสื่อสาร (Communication skill)** ซึ่งจะมีรูปแบบการดำเนินการพัฒนา 2 ส่วน คือในส่วนของประชาชน ได้แก่ การพัฒนาทักษะด้านการรู้หนังสือ (Literacy skills) คือ การฟัง พูด อ่าน เขียน และคำนวณตัวเลข มีการสร้างพื้นที่เพื่อให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนกัน มีล่ามทางโทรศัพท์ และในส่วนของบุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ มีชุดกิจกรรมเกี่ยวกับกลยุทธ์การสื่อสารที่ชัดเจน มีการรับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารด้านการพูดและการเขียน รวมถึงการรับการฝึกเพื่อพัฒนาทักษะการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Health Education Division, 2011)

**4. การจัดการตนเอง (Self - management)** ซึ่งจะมีรูปแบบการดำเนินการพัฒนา 2 ส่วน คือในส่วนของประชาชน ได้แก่ มีการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเคลื่อนไหวกายและบริโภคอาหาร และในส่วนของบุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ บุคลากรด้านสุขภาพจะต้องเป็นแบบอย่างของผู้ที่สามารถจัดการสุขภาพตนเองในด้านร่างกาย สุขภาพจิตที่ดี มีการจัดการควบคุมอารมณ์ได้ดี และมีทักษะทางสังคม (Health Education Division, 2011)

**5. การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy)** ซึ่งจะมีรูปแบบการดำเนินการพัฒนา 2 ส่วน คือในส่วนของประชาชน ได้แก่ มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารความรู้ที่ถูกต้องทางเว็บไซต์ หรือสื่ออื่น ๆ ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพออนไลน์ และพัฒนาชุดเครื่องมือเพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของแหล่งข้อมูลสุขภาพ และในส่วนของบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ การมีทักษะเป็นผู้นำทางความคิดด้วยปัญญา และมีการใส่ใจใฝ่เรียนรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง (Health Education Division, 2011)

**6. ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill)** ซึ่งจะมีรูปแบบการดำเนินการพัฒนา 2 ส่วน คือในส่วนของประชาชน ได้แก่ การจัดโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพในการแก้ปัญหาของชุมชน และมีการจัดโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการในการดูแลสุขภาพ และปัญหาที่มักเกิดขึ้นในการดูแลสุขภาพ และในส่วนของบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ มีการฝึกทักษะการคิด เช่น การคิด

แก้ปัญหาในการทำงาน การคิดอย่างมีเหตุผล การคิดวิจารณ์ญาณ เป็นต้น (Health Education Division, 2011)

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าในปัจจุบันองค์กรด้านสุขภาพทั่วโลกให้ความสำคัญกับความรอบรู้ทางสุขภาพช่องปากของประชากร จากการประชุม “the 7<sup>th</sup> Global Conference on Health Promotion of the World Health Organization” (World Health Organization, 2016) มีมติเห็นชอบให้ความรอบรู้ทางสุขภาพ เป็นกลยุทธ์หนึ่งในห้าของการสร้างเสริมสุขภาพองค์รอนามัยโลก ประเทศไทยได้มีการกำหนดประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นประเด็นหนึ่งที่ต้องนำมาดำเนินการ เนื่องจากเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญไม่เพียงแต่สุขภาพช่องปากแต่ยังส่งผลต่อสุขภาพโดยรวม และคุณภาพชีวิตของบุคคล บุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพช่องปากน้อย จะส่งผลให้การใช้บริการทางทันตกรรมแบบฉุกเฉินเพิ่มขึ้น พบมีอาการปวดฟัน มีการแปรงฟันน้อยกว่า 2 ครั้งต่อวัน มีการกระจายของโรคมะเร็ง และค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นกว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพดีกว่า

ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปาก การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพช่องปาก และบริการเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะการสื่อสาร การดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก การรู้เท่าทันสื่อเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก และทักษะการตัดสินใจเพื่อปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากในการทำวิจัยในครั้งนี้ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัย

### แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ พฤติกรรม และเป็นสิ่งที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งมีผู้ศึกษาได้ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคม ไว้หลายรูปแบบ ดังนี้

**1. ความหมาย** สิ่งที่ผู้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้าน ข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน (Benjaporn Chankham, 2010) ซึ่งอาจเป็น บุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ ผู้รับต้องการในที่นี้ หมายถึงการมีสุขภาพดีแรงสนับสนุน ทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัวเช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (Chanaphan, 2013)

การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมทั้งทางด้าน อารมณ์ ด้านข้อมูล ข่าวสาร ด้านการเงิน แรงงาน หรือวัตถุประสงค์ของต่าง ๆ ซึ่งบุคคลอื่นในสังคมนั้น คือ

สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ได้รับแรงสนับสนุน เกิดความรู้สึกผูกพัน เชื่อว่า มีคนรัก มองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียด และความเจ็บป่วยได้ส่งผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการรักษาสุขภาพอนามัยและมีสุขภาพที่ดี

แคพแพลน (Caplan, 1976) ได้ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทาง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทำอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ

ฟิลิชุก (Pilisuk, 1982) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ ความมั่นคง ทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

ดังนั้นจากความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวมาข้างต้น แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลและกลุ่มบุคคลที่ปฏิสัมพันธ์ ด้วยทางด้านอารมณ์ สังคม วัตถุ สิ่งของ รวมทั้งข้อมูลข่าวสาร ผลของแรงสนับสนุนทำให้บุคคลเกิดความตระหนัก สามารถตอบสนองต่อสิ่ง ไร้ต่างๆ ได้ตามความต้องการ ส่งผลให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

**2. แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม** โดยปกติกลุ่มสังคม จัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมกลุ่มนี้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่ามีเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (Weerasai, 1977) อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีทั้งแหล่งปฐมภูมิ และแหล่งทุติยภูมิ แรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางอารมณ์ จากคู่สมรส ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่นๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Preventive Medicine Division Davy Midical Department, 2005)

**3. องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม** (Pilisuk, 1982) หลักการที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย

3.1 ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน

3.2 ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น จะต้องประกอบด้วย

3.2.1 ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีใจใส่ และมีความรัก ความหวังดี ในสังคมอย่างจริงจัง

3.2.2 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม

3.2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ ทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม

3.3 ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ (Preventive Medicine Division Davy Midical Department, 2005)

**4. ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม** (House, 1981 as cited in Israel, 1985) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ

4.1 แรงสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย

4.2 แรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูล ป้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดี ที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

4.3 การให้แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่าง ๆ

4.4 การให้แรงสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

**5. ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม** นักพฤติกรรมศาสตร์ ชื่อ กอทต์ลิบ (Gottlieb, 1985) ได้แบ่งระดับ แรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

5.1 ระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจ และการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม ชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ อาทิ กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มด้านภัยเอดส์ กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น (Gottlieb, 1985)

5.2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้าง และหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน



กลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติ ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ ความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง (Gottlieb, 1985)

5.3 ระดับแคบ หรือระดับเล็ก (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อกันว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์มากในเชิงปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่าย ในการสนับสนุนในระดับนี้ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ การสนับสนุนทางจิตใจ และแสดงความรักและห่วงใย (Affective Support) (Gottlieb, 1985)

**6. ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ** มีรายงานการศึกษาวิจัยมากมายที่บ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพอนามัย พอสรุปได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

#### 6.1 ผลต่อสุขภาพกาย แบ่งออกเป็น

6.1.1 ผลโดยตรง จากรายงานผลการศึกษาของ เบอร์กแมน และไซม์ (Berkman & Syme, 1979 as cited in Preventive Medicine Division Davy Midical Department, 2005) ซึ่งติดตามผลในวัยผู้ใหญ่จำนวน 700 คน ที่อาศัยอยู่ในเมือง อามิตา รัฐแคลิฟอร์เนีย เป็นเวลานาน 9 ปี โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ทั่วไปของสุขภาพอนามัย และสถิติชีพที่สำคัญ รวมทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย มีอัตราป่วยและตายมากกว่าผู้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากถึง 2.5 เท่า ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในทุกเพศ ทุกเชื้อชาติ และทุกระดับเศรษฐกิจ

การศึกษาของคอบบ์และแคสเซล (Cobb, 1976; Cassel, 1961 as cited in Preventive Medicine Division Davy Midical Department, 2005) พบว่า ผู้ป่วยเป็นวัณโรค ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม หรือถูกตัดขาดจากเครือข่ายแรงสนับสนุนทางสังคมนอกจากนี้การศึกษาทางระบาดวิทยาสังคมยังพบว่า คนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจะเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะของการติดโรคได้ง่าย เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงระบบต่อมไร้ท่อ และมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดลงอีกด้วย

6.1.2 ผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล (Compliance to Regimens) มีรายงานผลการศึกษาเป็นจำนวนมากที่บ่งบอกถึงผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำของคนไข้ ซึ่งเบอร์เกอร์ (Burgler as cited in Preventive Medicine Division Davy Midical Department, 2005) พบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีครอบครัวคอยให้การสนับสนุนในการควบคุม

พฤติกรรม และผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก จะเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

6.1.3 ผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค คอบบี้ (Cobb,1976 and Langlie,1977 as cited in Preventive Medicine Division Davy Midical Department, 2005) ได้รายงานผลการศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่นการตรวจสุขภาพร่างกายประจำ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

6.2 ผลต่อสุขภาพจิต ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพจิต มีลักษณะเช่นเดียวกับสุขภาพกาย คือ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคลช่วยลดความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียดและช่วยลดความเครียด ซึ่งจะมีผลต่อการเพิ่มความต้านทานโรคของบุคคลได้อีกด้วยกอร์ (Gore, 1977 as cited in Preventive Medicine Division Davy Midical Department, 2005) ศึกษาในผู้ชายว่างงานจำนวน 110 คน พบว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง มีปัญหาทางด้านร่างกาย และจิตใจน้อยกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ และแคพแลน (Caplan, 1974 as cited in Preventive Medicine Division Davy Midical Department, 2005) กล่าวว่า การสนับสนุนทางอารมณ์เป็นสิ่งที่ช่วยลดผลของความเครียดที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจในผู้ที่ทำงาน ซึ่งพบว่ามีผลของความเครียดมาก และยังพบอีกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

ดังนั้น แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ พฤติกรรม และเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ กล่าวได้ว่า คือสิ่งที่ผู้รับได้รับการสนับสนุน และการกระตุ้นจากสังคม บุคคลในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงเพื่อน ในความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ความรู้ ข่าวสารต่างๆ คำแนะนำ และกำลังใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนมากจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนน้อย

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Blizniuk, Ueno, Zaitso & Kawaguchi (2015) มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้ใหญ่ในเบลารุส เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก สังคม ประชากร พฤติกรรมสุขภาพ และสถานะสุขภาพช่องปาก ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 281 คน (อายุ 18-60 ปี) โดยให้ผู้เข้าร่วมกรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประชากรศาสตร์ทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพ และการทดสอบความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (R-OHLI) พบว่าร้อยละ 68.7 มีระดับความรู้ที่น่าพึงพอใจ ร้อยละ 18.9 มีระดับความรู้ที่น้อย

และร้อยละ 12.4 มีระดับความรู้เรื่องสุขภาพช่องปากไม่น่าพึงพอใจ พบว่าผู้หญิงและผู้ที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีแนวโน้มที่จะมีความรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่น่าพึงพอใจ ( $p < 0.05$  และ  $p < 0.001$ ) มีฟันที่หายไปและอุดฟันน้อยกว่าผู้ที่มีความรู้ไม่พึงพอใจ ( $p < 0.001$ ) ความสัมพันธ์นี้ยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากปรับตามข้อมูลประชากรทางสังคม ลักษณะพฤติกรรม และสถานะสุขอนามัยช่องปาก ( $p < 0.05$  และ  $p < 0.001$ )

Rodsawaeng (2016) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตตำบลทุ่งทอง อำเภอหนองบัว จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 130 คน พบว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 2.54$ , S.D. = 0.24) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก ( $r = 0.224$ ,  $p < 0.010$ ) การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคในช่องปาก ( $r = 0.249$ ,  $p < 0.004$ ) การเข้าถึงการบริการในการดูแลสุขภาพช่องปาก ( $r = 0.578$ ,  $p < 0.001$ ) แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ( $r = 0.334$ ,  $p < 0.001$ ) จากเพื่อน ( $r = 0.517$ ,  $p < 0.001$ ) จากบุคลากรทางการแพทย์ ( $r = 0.517$ ,  $p < 0.001$ ) และรายได้ มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ (Eta = 0.254,  $p = 0.004$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Sistani, Virtanen, Yazdani & Murtomaa (2017) ศึกษาเพื่อประเมินความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก (OHB) และการใช้บริการทันตกรรมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (OHL) ของชาวอิหร่าน สุ่มตัวอย่าง 1031 คน ที่มีอายุ 18–65 ปี ในกรุงเตหะราน ประเทศอิหร่าน รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความถี่ในการแปรงฟัน การบริโภคขนมและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล และเวลาตั้งแต่การมาทำฟันครั้งล่าสุด พบว่าอายุเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมคือ 36.3 ปี และร้อยละ 51 เป็นผู้หญิง ร้อยละ 81.3 พบว่าแปรงฟันทุกวัน ( $\geq 1$  วัน) ร้อยละ 37.6 บริโภคน้ำตาลของว่างหรือเครื่องดื่มระหว่างมื้ออาหารน้อยกว่าวันละครั้ง ( $< 1$ /วัน) และร้อยละ 36.8 ใช้บริการทันตกรรมภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา โดยคะแนน OHL สูงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการแปรงฟันทุกวัน ( $\geq 1$ /วัน) (odds ratio [OR] = 1.97, 95% [CI]: 1.30–2.98) การบริโภคขนมหรือเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ( $< 1$ /วันระหว่างมื้อ) (OR = 1.56, 95% CI: 1.13–2.15) และการใช้บริการทันตกรรมล่าสุด ( $\leq 6$  เดือน) (OR = 1.59, 95% CI: 1.15–2.21) ตามลำดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (OHL) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก (OHB)

Wimardhani et al. (2018) ศึกษาความรอบรู้สุขภาพช่องปากของผู้ใหญ่ ในเมืองจาการ์ตา ประเทศอินโดนีเซีย โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อวัดความรอบรู้สุขภาพช่องปาก โดยใช้แบบวัดความรอบรู้สุขภาพช่องปากของประเทศอินโดนีเซีย และวิเคราะห์ปัจจัยทางเศรษฐกิจ และสังคมร่วมกับความรอบรู้สุขภาพช่องปาก ของผู้ใหญ่ในจาการ์ตา พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพช่องปาก โดยรวมคือ  $2.73 \pm 1.03$  คะแนน และมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ กับอายุ เขตที่อยู่อาศัย

สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ มีเพียงเพศเท่านั้นที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ สุขภาพช่องปาก

Chanjapoh & Duangsong (2019) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคปริทันต์ อายุ 60–74 ปี อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 119 คน พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์กับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปริทันต์ระดับต่ำ ( $r = 0.238$ ,  $p\text{-value} = 0.009$ ) มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงข้อมูลและการรู้เท่าทันสื่อมีระดับต่ำ ( $r = 0.266$ ,  $p\text{-value} = 0.003$ ) มีความสัมพันธ์กับทักษะในการสื่อสารระดับปานกลาง ( $r = 0.342$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) มีความสัมพันธ์กับทักษะการตัดสินใจและความตั้งใจในการดูแลรักษาโรคปริทันต์ระดับปานกลาง ( $r = 0.537$ ,  $P\text{-value} < 0.001$ ) และมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ( $r = 0.391$ ,  $P\text{-value} < 0.001$ )

Chaosuansreecharoen, Kluebklay & Prasert, L. (2019) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ช่องปากของผู้สูงอายุในโครงการฟันเทียมพระราชทานโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในโครงการฟันเทียมพระราชทาน จำนวน 160 คน พบว่า ร้อยละ 54.4 มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ ระดับสูง และระดับต่ำร้อยละ 45 และ 0.6 ตามลำดับ มีตัวแปรจำนวน 4 ตัวแปร ที่สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และร่วมกันอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 57 คือ การเข้าถึงสถานบริการทันตกรรม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก

Subbowon (2019) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขต ตำบล นครชัยศรี อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ และเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตามปัจจัยด้านลักษณะประชากร ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแรง กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่าผู้สูงอายุ 60-69 ปี มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีที่สุด แตกต่างจากผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป ที่มีพฤติกรรมยังไม่เหมาะสม ผู้สูงอายุที่ไม่เป็นโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และจำแนกตามเสริมแรง พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มี พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Charophasrat (2019) พัฒนาแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่มีความตรงและความน่าเชื่อถือ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก สภาวะช่องปากกับระดับความรู้สุขภาพช่องปากของผู้มารับบริการทันตกรรมในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี พบว่าปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก พบว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเพียงพอ มีพฤติกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้สภาวะช่องปากดีขึ้น เช่น การแปรงฟัน 2 ครั้งต่อวันหรือมากกว่านั้น มีการใช้ไหมขัดฟันหรือน้ำยาบ้วนปาก และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างค่าฟันผุ ถอน อุด (DMFT) กับความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก

Phudphong (2020) เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 409 คน ผลการศึกษา พบว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 1.78$ , S.D. = 0.37) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ ( $X^2 = 7.46$ , p-value = 0.024) และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ( $X^2 = 13.82$ , p-value = 0.029) ปัจจัยนำ คือ ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก ( $X^2 = 10.05$ , p-value = 0.004) ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ( $r = 0.31$ , p-value = 0.000) และความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก ( $r = 0.35$ , p-value = 0.000) ปัจจัยเอื้อ คือ การมีอุปกรณ์ในการทำความสะอาดช่องปาก ( $X^2 = 96.96$ , p-value = 0.000) และการเข้ารับบริการทันตกรรม ( $X^2 = 31.77$ , p-value = 0.000) และปัจจัยเสริม คือ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคล ( $X^2 = 0.39$ , p-value = 0.000) การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ ( $X^2 = 7.89$ , p-value = 0.011) เนื้อหาที่ได้รับเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ( $X^2 = 20.73$ , p-value = 0.000) ทำให้ทราบว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

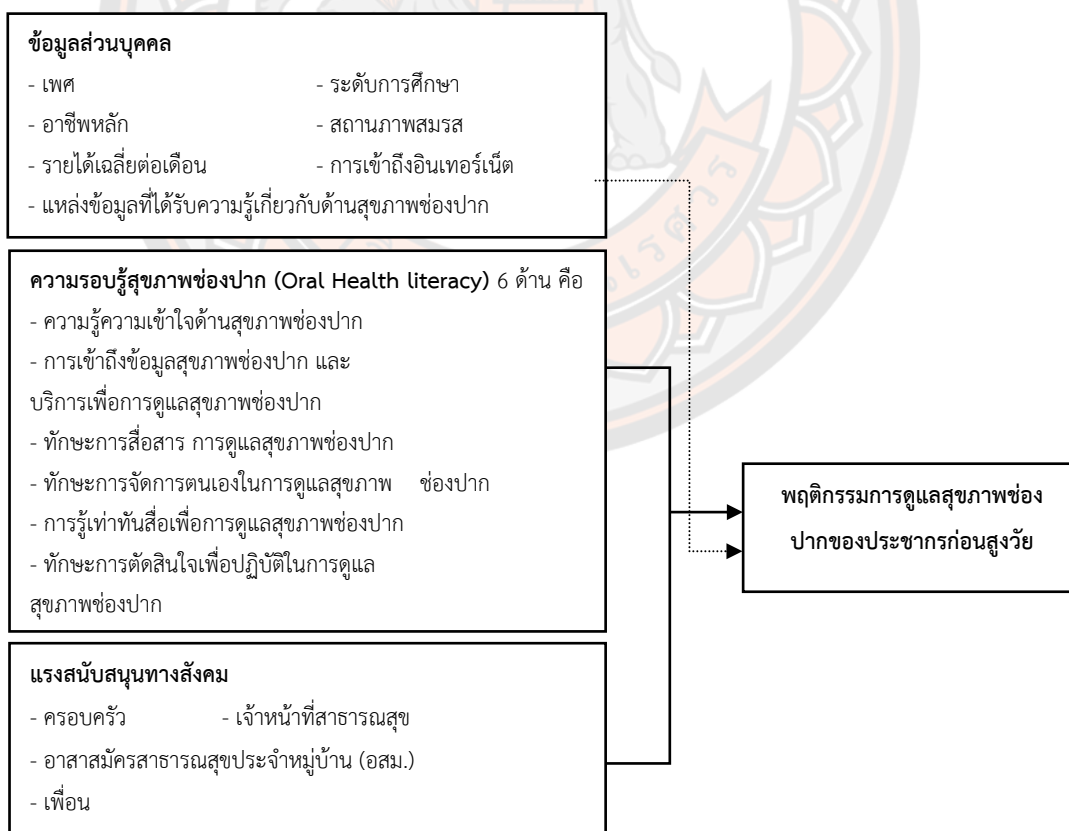
Han-A Cho (2020) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ของผู้อพยพ ชาวเกาหลีเหนือ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรอบรู้เรื่องสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้อพยพ ชาวเกาหลีเหนือ วิธีการศึกษา คือ เก็บรวบรวมแบบสอบถาม จากผู้อพยพชาวเกาหลีเหนือ จำนวน 123 คน ที่มารับบริการรักษาทันตกรรมฟรี ในเขตปริมณฑลของภาคใต้ ประเทศเกาหลีตั้งแต่เดือนธันวาคม 2017 ถึงเดือนเมษายน 2018 ใช้แบบสอบถามทดสอบความรู้สุขภาพช่องปาก Health Literacy in Dentistry (TOKFHLiD) ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความรู้ด้านสุขภาพช่องปากเฉลี่ยอยู่ที่ 44 (จากคะแนนสูงสุด 72 คะแนน) ความรอบรู้เรื่องสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์ทางบวก ( $r = 0.526$ ,  $P < 0.001$ ) และความรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์



อย่างมีนัยสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก (Beta = 0.26, 95% CI: 0.04–0.33) การรอบรู้สุขภาพมีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก (Beta = 0.20, 95% CI: 0.01–0.43)

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ การเข้าถึงอินเทอร์เน็ต แหล่งที่ได้รับความรู้สุขภาพช่องปาก ความรอบรู้สุขภาพช่องปาก และแรงสนับสนุนทางสังคม แต่ยังไม่พบรายละเอียดในส่วนของคุณลักษณะบุคคลในเรื่องแหล่งได้รับความรู้เกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพช่องปาก ในส่วนองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ซึ่งประกอบไปด้วย ความรู้ความเข้าใจ, การเข้าถึงข้อมูลและบริการ, ทักษะการสื่อสาร, ทักษะการจัดการตนเอง, การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติ และในส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมที่มาจากบุคคลในครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเพื่อน ไม่ได้มีการศึกษาในรายละเอียดที่แพร่หลายในประชากรก่อนสูงวัย ผู้จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาและได้กรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

#### กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 9 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพยากรณ์ (Predictive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

ผู้วิจัยออกแบบการวิจัยตามลำดับดังนี้

#### พื้นที่ศึกษา

ได้แก่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย ตำบลท่าเสา ตำบลคิ่งตะเกา ตำบลจันทาม และตำบลวังดิน

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการคำนวณจากจำนวนเท่าของตัวแปรพยากรณ์ หรือตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม อันได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ของประชากรก่อนสูงวัย อายุ 50-59 ปี ในการคำนวณขนาดตัวอย่างของงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยคำนวณจากค่า 20 เท่าของตัวแปรอิสระ หรือตัวแปรพยากรณ์ (Kline, 2011) การศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรทำนายจำนวน 10 ตัวแปร จำนวนกลุ่มตัวอย่างจึงมีทั้งสิ้น 200 คน (10 × 20 เท่า)

โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเลือก
  - 1.1 ประชากรอายุ 50-59 ปี
  - 1.2 สามารถอ่าน ฟัง เขียน สื่อสารภาษาไทยได้
  - 1.3 ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. เกณฑ์การคัดออก
  - 2.1 ขอลอนตัวระหว่างการดำเนินการเก็บข้อมูล
  - 2.2 เจ็บป่วยกะทันหัน
  - 2.3 ย้ายออกนอกพื้นที่การวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการคำนวณขนาดตัวอย่างในแต่ละตำบล และสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) อธิบายดังนี้

1. จังหวัดอุตรดิตถ์ มีทั้งหมด 9 อำเภอ ได้แก่อำเภอเมือง ลับแล ตรอน พิษัฒ ทองแสน  
ชั้น ท่าปลา น้ำปาด ฟากท่า บ้านโคก สุ่มอย่างง่ายอำเภอ ในจังหวัดอุตรดิตถ์ ด้วยวิธีการจับสลาก  
อำเภอที่สุ่มได้ คืออำเภอเมือง
2. ดำเนินการแบ่งชั้นภูมิตำบล ที่ศึกษาจากระดับอำเภอสุ่มหน่วยเครือข่ายบริการสุขภาพ  
(Stratified Random Sampling) ได้ทั้งหมด 4 เครือข่ายบริการสุขภาพ คือ เครือข่ายบริการสุขภาพ  
ลำดับที่ 1 – 4
3. สุ่มอย่างง่ายตำบล ด้วยวิธีการจับสลากตำบล ทั้ง 4 เครือข่ายบริการสุขภาพ จะได้  
ทั้งสิ้น 4 ตำบล ได้แก่ตำบลท่าเสา คึ่งตะเภา วังดิน และจิวงาม
4. คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบล จะได้ขนาดตัวอย่างในการเก็บข้อมูล  
ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่าง ในแต่ละตำบล ที่ศึกษาด้วยสูตรต่อไปนี้

$$n = \frac{NP}{NT} \times Tn$$

เมื่อ NP = จำนวนประชากรก่อนสุ่มวัย ในตำบลเป้าหมาย

NT = จำนวนประชากรก่อนสุ่มวัย

Tn = จำนวนตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

n = จำนวนตัวอย่างในตำบลเป้าหมาย

โดยแสดงการคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างในตำบลที่ศึกษา เขตอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์  
ได้ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงจำนวนประชากรก่อนสุ่มวัย อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ จำแนกตามเครือข่าย  
บริการสุขภาพ (พื้นที่การให้บริการ)

เครือข่าย บริการ สุขภาพ	ตำบล(รพ.สต.)	จำนวนประชากร 50-59 ปี (NP)	กาคำนวณขนาดกลุ่ม ตัวอย่าง	ขนาด ตัวอย่าง (n)
1	ท่าเสา (รพ.สต.ม่อน ดินแดง)	1,777	$n = \frac{1777}{5157} \times 200$	69
2	คึ่งตะเภา (รพ.สต.คึ่งตะเภา)	1,227	$n = \frac{1277}{5157} \times 200$	48

ตาราง 2 (ต่อ)

เครือข่าย บริการ สุขภาพ	ตำบล(รพ.สต.)	จำนวนประชากร 50-59 ปี (NP)	กาคำนวณขนาดกลุ่ม ตัวอย่าง	ขนาด ตัวอย่าง (n)
3	วังดิน (รพ.สต.วังดิน)	629	$n = \frac{629}{5157} \times 200$	24
4	จี้วังาม (รพ.สต.จี้วังาม)	1,524	$n = \frac{1524}{5157} \times 200$	59
NT = 5,157			Tn = 200	

ที่มา: Health Data Center (2021)

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างจากการใช้สูตรคำนวณจะได้ดังนี้ รพ.สต. ม่อนดินแดง ตำบลท่าเสา จำนวน 69 คน รพ.สต. คุ้งตะเกา ตำบลคุ้งตะเกา จำนวน 48 คน รพ.สต.วังดิน ตำบลวังดิน จำนวน 24 คน และ รพ.สต.จี้วังาม ตำบลจี้วังาม จำนวน 59 คน

5. ผู้วิจัยจะดำเนินการสุ่มตัวอย่างแต่ละตำบล ด้วยวิธีการสุ่มอย่างแบบมีระบบ (Systematic Sampling) โดยหาจากการนำจำนวนประชากรก่อนสูงวัย อายุ 50-59 ปี คำนวณหาค่า ช่วง/ระยะห่าง (Interval: I) จากสูตร  $I = N/n$   $N =$  มาหารด้วยจำนวนกลุ่มตัวอย่าง  $n =$  ที่กำหนดไว้ในอำเภอนั้น เช่น การหาค่าระยะห่างของประชากรก่อนสูงวัย อายุ 50-59 ปี (I) ตำบลท่าเสา รพ.สต.ม่อนดินแดง คำนวณตามสูตรได้ดังนี้  $I = 1,777/69 = 25.75$  เมื่อได้ค่าระยะห่างเท่ากับ 25 ผู้วิจัยจะนำค่าที่ได้ไปดำเนินการสุ่มประชากรก่อนสูงวัย อายุ 50-59 ปี ออกจากบัญชีรายชื่อประชากรก่อนสูงวัย อายุ 50-59 ปี ที่อยู่ในตำบลท่าเสา รพ.สต.ม่อนดินแดง โดยให้ระยะห่างจากตัวอย่างที่ 1 กับ 2 มีค่าเท่ากับ 25 หน่วยนับ ผู้วิจัยจะดำเนินการสุ่มต่อไปจนได้จำนวนประชากรก่อนสูงวัย อายุ 50-59 ปี ครบ 69 คน จากนั้นผู้วิจัยจะดำเนินการสุ่มในลักษณะดังกล่าวจนครบทั้ง 4 ตำบล จนได้ประชากรก่อนสูงวัย อายุ 50-59 ปี ครบ 200 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือได้แก่ แบบสอบถาม จำแนกออกเป็น 4 ส่วน คือ

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไป

**ส่วนที่ 2** ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพช่องปาก 6 องค์ประกอบ ประกอบด้วย

1. ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก
2. การเข้าถึงข้อมูล และบริการเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก
3. ทักษะการสื่อสาร การดูแลสุขภาพช่องปาก
4. ทักษะการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก
5. การรู้เท่าทันสื่อเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก
6. การตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก

เป็นแบบสอบถามความเป็นจริง 5 ตัวเลือก จำนวน องค์ประกอบละ 5 ข้อ กำหนดเกณฑ์

	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
น้อยที่สุด	1	5

เกณฑ์การแปลความหมาย เพื่อจัดระดับคะแนนเฉลี่ย ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการวิเคราะห์ตาม

แนวคิดของ บลูม (Bloom, 1971)

ความรอบรู้สุขภาพช่องปากแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับมากเพียงพอ	คะแนนมากกว่าร้อยละ	80	ของคะแนนเต็ม
ระดับเพียงพอ	คะแนนระหว่างร้อยละ	60 - 79	ของคะแนนเต็ม
ระดับยังไม่เพียงพอ	คะแนนน้อยกว่าร้อยละ	59	ของคะแนนเต็ม
ดังนั้น ค่าคะแนน			
ระดับมากเพียงพอ	มีค่าคะแนน	120 - 150	คะแนน
ระดับเพียงพอ	มีค่าคะแนน	90 - 119	คะแนน
ระดับยังไม่เพียงพอ	มีค่าคะแนน	30 - 89	คะแนน

**ส่วนที่ 3** แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 5 ข้อเป็นแบบสอบถามความเป็นจริงมี 3 ตัวเลือก กำหนดเกณฑ์ดังนี้



	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
ได้รับเป็นประจำ	3	1
ได้รับบางครั้ง	2	2
ไม่เคยได้รับ	1	3
แรงสนับสนุนทางสังคม	=	$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้นที่ต้องการจัดจำแนก}}$
	=	$\frac{15 - 5}{3} = 3.33$

เกณฑ์การแปลความหมาย เพื่อจัดระดับคะแนนเฉลี่ย ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการวิเคราะห์ตามแนวคิดของ เบสท์ (John W. Best, 1997: 190)

ระดับมาก	มีค่าคะแนน	12 – 15 คะแนน
ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนน	8 – 11 คะแนน
ระดับน้อย	มีค่าคะแนน	5 – 7 คะแนน

#### ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยกำหนดเป็น 3 ระดับ 15 ข้อ ซึ่งมีความหมายดังนี้

ปฏิบัติประจำ	หมายถึงมีการกระทำ ตามข้อความนั้นเป็นประจำ 5-7 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึงมีการกระทำ 2-6 วันต่อสัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึงไม่มีการกระทำตามข้อความนั้นเลย

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ดังนี้

	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
ปฏิบัติประจำ	3	1
ปฏิบัติบางครั้ง	2	2
ไม่เคยปฏิบัติ	1	3
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	=	$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้นที่ต้องการจัดจำแนก}}$
	=	$\frac{45 - 15}{3} = 10$

เกณฑ์การแปลความหมาย เพื่อจัดระดับคะแนนเฉลี่ย ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการวิเคราะห์ตามแนวคิดของ เบสท์ (John W. Best, 1997: 190)

ระดับดี	มีค่าคะแนน	36 – 45
ระดับพอใช้	มีค่าคะแนน	25 – 35
ระดับต้องปรับปรุง	มีค่าคะแนน	15 - 24

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

### 1. การตรวจสอบความตรง (Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ทันตแพทย์เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลปากทำ วิทยาจารย์ด้านทันตสุขศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก และอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา พร้อมทั้งภาษาในข้อความให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำไปปรับปรุงคำถาม แก้ไขเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะ เพื่อหาค่า IOC โดยค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00

### 2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

เมื่อได้ค่า IOC ผู้วิจัยจะปรับปรุงข้อคำถาม ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นจะนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คน คือประชากรก่อนสู่วัย อายุ 50-59 ปี ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ จากนั้นใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ในการตรวจสอบความเที่ยง โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟามีค่า 0.97

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมในการทำวิจัย เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสู่วัย (อายุ 50-59 ปี) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยงานวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ใบรับรองหมายเลขที่ IRB No. P2-0409/2564 ลงวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2565

2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

3. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยรับทราบ และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยการลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

4. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

5. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถามทั้ง 200 ชุด ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลในลำดับต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้สุขภาพช่องปาก แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ในรูปแบบค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ความถี่ ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ได้แก่ การวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression) แบบ Stepwise กำหนดค่านัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (Suphunnakul, 2020)

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อขอรับความเห็นชอบในการดำเนินการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

2. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดการวิจัยในแบบสอบถามทุกฉบับ

3. ผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างว่ามีสิทธิที่จะตอบ หรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามได้ทุกกรณี หากกลุ่มตัวอย่างไม่สบายใจที่จะตอบแบบสอบถาม สามารถแสดงความจำนงไม่ยินยอมตอบแบบสอบถามในแบบฟอร์มได้ ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของกลุ่มตัวอย่างและหน่วยงานต้นสังกัด

4. ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ การเผยแพร่ผลการวิจัยจะเสนอเป็นทางวิชาการ โดยผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น ไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของกลุ่มตัวอย่างและหน่วยงานต้นสังกัด

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพยากรณ์ (Predictive research) มีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยได้นำเสนอผลวิเคราะห์เป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก มี 6 ด้าน คือ ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปาก การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพช่องปาก และบริการเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะการสื่อสาร การดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก การรู้เท่าทันสื่อเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก และทักษะการตัดสินใจเพื่อปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแรงสนับสนุนจากเพื่อน

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) จำแนกตาม

คุณลักษณะทางประชากร (n=200)

	คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	51	25.5
	หญิง	149	74.5

ตาราง 3 (ต่อ)

	คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระดับการศึกษา</b>			
	ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	0.5
	ประถมศึกษา	86	43.0
	มัธยมศึกษา	70	35.0
	ปวช./ปวส.	20	10.0
	ปริญญาตรี	19	9.5
	ปริญญาโท	4	2.0
<b>อาชีพหลัก</b>			
	ว่างงาน	38	19.0
	ข้าราชการ	3	1.5
	พนักงานเอกชน	3	1.5
	พนักงานของรัฐ	12	6.0
	ทำไร่/ทำนา	49	24.5
	รับจ้างทั่วไป	61	30.5
	เกษตรกร/ทำสวน	7	3.5
	ค้าขาย	25	12.5
	ธุรกิจส่วนตัว	2	1.0
<b>สถานภาพสมรส</b>			
	โสด	12	6.0
	สมรส	147	73.5
	หม้าย/หย่า/แยก	41	20.5
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>			
	ต่ำกว่า 1,000 บาท	25	12.5
	1,001 – 5,000 บาท	79	39.5
	5,001 – 10,000 บาท	66	33.0
	10,001 – 15,000 บาท	10	5.0
	15,001 – 20,000 บาท	4	2.0
	20,001 ขึ้นไป	16	8.0
$\bar{X} = 6,710.70$ , S.D. = 6,380.045, Min = 0, Max = 32,000			



ตาราง 3 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
<b>อุปกรณ์ในการเข้าใช้งานอินเทอร์เน็ต (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
มือถือ	193	96.5
แท็บเล็ต	7	3.5
คอมพิวเตอร์	13	6.5
<b>ความสามารถในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต</b>		
ไม่สามารถใช้งานอินเทอร์เน็ตได้	38	19.0
มีคนอื่นช่วยในการใช้งานอินเทอร์เน็ต	79	39.5
สามารถเข้าใช้งานอินเทอร์เน็ต	83	41.5
<b>แหล่งข้อมูลที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับด้านสุขภาพช่องปาก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
สื่อออนไลน์/โทรทัศน์/วิทยุ	125	62.5
เอกสาร/แผ่นพับ	59	29.5
ทันตบุคลากร/เจ้าหน้าที่	120	60.0

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.5 เป็นเพศชาย ร้อยละ 25.5 ระดับการศึกษา จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.0 รองลงมาจบมัธยมศึกษา ร้อยละ 35.0 และไม่ได้เรียนหนังสือน้อยที่สุด ร้อยละ 0.5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 30.5 รองลงมาอาชีพทำไร่/ทำนา ร้อยละ 24.5 และอาชีพธุรกิจส่วนตัวน้อยที่สุด ร้อยละ 1.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 73.5 รองลงมาสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 20.5 และสถานภาพโสดน้อยที่สุดร้อยละ 6.0 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ที่ 1,001-5,000 บาท ร้อยละ 39.5 รองลงมาอยู่ที่ 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 33.0 และอยู่ที่ 25,001-30,000 บาท กับ 30,001-35,000 บาท ร้อยละ 1.0 น้อยที่สุดเท่ากันตามลำดับ ( $\bar{X} = 6,710.70$ , S.D. = 6,380.045, Min = 0, Max = 32,000) การเข้าถึงอินเทอร์เน็ตส่วนใหญ่ใช้มือถือ ร้อยละ 96.5 รองลงมาใช้คอมพิวเตอร์ ร้อยละ 6.5 และใช้แท็บเล็ตน้อยที่สุด ร้อยละ 3.5 ตามลำดับ ความสามารถในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตส่วนใหญ่สามารถเข้าใช้งานอินเทอร์เน็ตเอง ร้อยละ 41.5 รองลงมามีคนอื่นช่วยในการใช้งาน ร้อยละ 39.5 และไม่สามารถเข้าใช้งานอินเทอร์เน็ตได้น้อยที่สุดร้อยละ 19.0 ตามลำดับ และแหล่งข้อมูลที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับด้านสุขภาพช่องปากส่วนใหญ่มาจากสื่อออนไลน์/

โทรทัศน์/วิทยุ ร้อยละ 62.5 รองลงมา มาจากทันตบุคลากร/เจ้าหน้าที่ ร้อยละ 60.0 และมาจากเอกสาร/แผ่นพับน้อยที่สุดร้อยละ 29.5 ตามลำดับ

## ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก

ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก มี 6 ด้าน คือ ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปาก การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพช่องปาก และบริการเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะการสื่อสาร การดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก การรู้เท่าทันสื่อเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก และทักษะการตัดสินใจเพื่อปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก (ตาราง 4 – ตาราง 10)

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (n=200)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	จำนวน	ร้อยละ
มากเพียงพอ (มีค่าคะแนน 120 - 150 คะแนน)	34	17.0
เพียงพอ (มีค่าคะแนน 90 - 119 คะแนน)	134	67.0
ยังไม่เพียงพอ (มีค่าคะแนน 30 - 89 คะแนน)	32	16.0
$\bar{X} = 104.44$ , S.D. = 15.879, Min = 56, Max = 149		

จากตาราง 4 สรุปความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 200 คน ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพช่องปาก และบริการทางทันตกรรม ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปาก ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ พบกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 17.0 อยู่ระดับมากเพียงพอ (มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมากเพียงพอ สามารถดูแลตัวเองได้ถูกต้องทั้งหมด) ร้อยละ 67.0 อยู่ระดับเพียงพอ (มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเพียงพอ สามารถดูแลตัวเองได้ แต่ยังไม่ทั้งหมด) และร้อยละ 16.0 ระดับยังไม่เพียงพอ (มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากยังไม่เพียงพอ ยังไม่สามารถดูแลตัวเองได้อย่างถูกต้อง) ( $\bar{X} = 104.44$ , S.D. = 15.879, Min = 56, Max = 149)

ตาราง 5 แสดงร้อยละคำตอบของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) เรื่องความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลสุขภาพช่องปาก (n=200)

ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก	ระดับความเป็นจริง				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก</b>					
1. ท่านรู้และเข้าใจคำอธิบายเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก เช่น “ฟันผุทะลุโพรงประสาทฟัน โรคเหงือกอักเสบ” เป็นต้น	3.5	41.0	47.5	7.0	1.0
2. ท่านอ่านคำแนะนำในคู่มือต่าง ๆ เกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างเข้าใจ เช่น แปรงฟันโดยวิธีขยับปิดด้วยสูตร 2-2-2	6.0	43.5	39.0	10.0	1.5
3. ท่านทราบปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก และหลีกเลี่ยงได้ เช่น ทานอาหารหวาน เหนียว ทำให้เกิดโรคฟันผุง่ายขึ้น ท่านจึงหลีกเลี่ยงการรับประทานของหวาน เหนียว เป็นต้น	8.0	48.5	37.5	5.0	1.0
4. ท่านสามารถรู้และเข้าใจวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างถูกวิธี ที่เผยแพร่ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เช่น คลิปวิดีโอ การแปรงฟันที่ถูกวิธี ด้วยวิธีขยับปิด การทำความสะอาดฟันเทียม	5.5	42.0	42.0	10.0	0.5
5. ท่านรู้และเข้าใจว่าพฤติกรรมใดที่เสี่ยงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก เช่น การใช้ฟันเปิดฝาชวดหรือภาชนะทำให้ฟันแตกได้ เป็นต้น	12.5	45.5	35.0	2.0	5.0

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบเรื่องความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก จากข้อคำถาม 5 ข้อ ข้อที่มีความรู้และความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 5 (ท่านรู้และเข้าใจว่าพฤติกรรมใดที่เสี่ยงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก เช่น การใช้ฟันเปิดฝาชวดหรือภาชนะทำให้ฟันแตกได้ เป็นต้น) ข้อ 3 (ท่านทราบปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก และหลีกเลี่ยงได้ เช่น ทานอาหารหวาน เหนียว ทำให้เกิดโรคฟันผุง่ายขึ้น ท่านจึงหลีกเลี่ยง

การรับประทานของหวาน เหนียว เป็นต้น) ข้อ 2 ท่านอ่านคำแนะนำในคู่มือต่าง ๆ เกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างเข้าใจ เช่น แปรงฟันโดยวิธีขยับปิด ด้วยสูตร 2-2-2 เป็นต้น ร้อยละ 12.5 8.0 และ 6.0 ตามลำดับ

**ตาราง 6 แสดงร้อยละคำตอบของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) เรื่องการเข้าถึงข้อมูลและบริการเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก (n=200)**

ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ	ระดับความเป็นจริง				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>การเข้าถึงข้อมูลและบริการเพื่อดูแลสุขภาพช่องปาก</b>					
1. เมื่อท่านสังเกตเห็นรูสีดำบริเวณฟัน และรู้สึกเสียวฟัน ตอนดื่มน้ำเย็น ท่านต้องการทราบสาเหตุ ท่านจะค้นหาข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ถึงการรักษานี้ได้	8.0	48.5	37.5	4.5	1.5
2. ท่านสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดโรคในช่องปาก ได้ จากบุคคลผู้รู้ สื่อเอกสารสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์ผ่าน อินเทอร์เน็ต อุปกรณ์มือถือหรือคอมพิวเตอร์ เป็นต้น	7.0	44.5	40.0	6.5	2.0
3. ท่านสามารถค้นหาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคในช่องปาก การดูแลสุขภาพช่องปากได้ด้วยตนเอง	3.0	36.0	53.5	7.0	0.5
4. หากท่านต้องการคำแนะนำในรักษาโรคในช่อง สามารถไปพบทันตบุคลากร หรือผู้ให้บริการทางสุขภาพช่องปากได้ทุกเมื่อ	8.5	51.5	35.5	3.5	1.0
5. ท่านสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้เกี่ยวกับการป้องกันปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคในช่องปาก เช่น การบริโภคอาหารหวาน การใส่ฟันเทียมถาวร เป็นต้น	7.0	35.5	47.0	7.5	3.0

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบเรื่องการเข้าถึงข้อมูลและบริการเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก จากข้อคำถาม 5 ข้อ ข้อที่มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปากมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 4 (หากท่านต้องการคำแนะนำในรักษาโรคในช่อง ท่านสามารถไปพบทันตบุคลากร หรือผู้ให้บริการทางสุขภาพช่องปากได้ทุกเมื่อ) ข้อ 1 (เมื่อท่านสังเกตเห็นรูสีดำบริเวณ

ฟัน และรู้สึกเสียวฟันตอนดื่มน้ำเย็น ท่านต้องการทราบสาเหตุ ท่านจะค้นหาข้อมูลที่นำเชื่อถือถึงการรักษานี้ได้ ข้อ 2 (ท่านสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดโรคในช่องปากได้ จากบุคคลผู้รู้ สื่อเอกสารสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์ผ่านอินเทอร์เน็ต อุปกรณ์มือถือหรือคอมพิวเตอร์ เป็นต้น) ข้อ 5 (ท่านสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่นำเชื่อถือได้เกี่ยวกับการป้องกันปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคในช่องปาก เช่น การบริโภคอาหารหวาน การใส่ฟันเทียมเลื่อน เป็นต้น) ร้อยละ 8.5, 8.0, 7.0 และ 7.0 ตามลำดับ

ตาราง 7 แสดงร้อยละคำตอบของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) เรื่องทักษะการสื่อสารการดูแลสุขภาพช่องปาก (n=200)

ความรู้ทางด้านสุขภาพ	ระดับความเป็นจริง				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>ทักษะการสื่อสาร การดูแลสุขภาพช่องปาก</b>					
1. ท่านสามารถอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพช่องปากของท่านให้ทันตบุคลากร หรือคนอื่น รับรู้และเข้าใจได้	4.0	42.0	40.5	12.0	1.5
2. ท่านกล้าที่จะซักถามสิ่งที่ท่านเป็นกังวลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพช่องปากกับทันตบุคลากรได้	6.5	44.5	42.5	6.0	0.5
3. ท่านสามารถติดต่อขอข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล และการป้องกันการเกิดโรคในช่องปากกับผู้รู้ด้านทันตสุขภาพ	4.5	44.0	43.5	7.0	1.0
4. ท่านสามารถสื่อสาร บอกต่อข้อมูลความรู้ และประสบการณ์เรื่องโรคในช่องปาก เช่น โรคฟันผุ เหงือกอักเสบ เป็นต้น ให้กับผู้อื่นได้	3.0	41.0	47.0	7.5	1.5
5. ท่านสามารถขอคำปรึกษา หรือแลกเปลี่ยนความคิดกับทันตบุคลากร เพื่อให้ได้รับข้อมูลหรือการบริการเกี่ยวกับวิธีการดูแล และป้องกันการเกิดโรคในช่องปากของท่าน	6.5	39.5	44.0	7.0	3.0

จากตาราง 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบเรื่องทักษะการสื่อสารการดูแลสุขภาพช่องปาก จากข้อคำถาม 5 ข้อ ข้อที่มีทักษะการสื่อสารการดูแลสุขภาพช่องปากมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 2 (ท่านกล้าที่จะซักถามสิ่งที่ท่านเป็นกังวลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพช่องปากกับทันตบุคลากรได้) ข้อ 5



(ท่านสามารถขอคำปรึกษา หรือแลกเปลี่ยนความคิดกับทันตบุคลากร เพื่อให้ได้รับข้อมูลหรือการบริการเกี่ยวกับวิธีการดูแล และป้องกันการเกิดโรคในช่องปากของท่าน) ข้อ 3 (ท่านสามารถติดต่อขอข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล และการป้องกันการเกิดโรคในช่องปากกับผู้รู้ด้านทันตสุขภาพ) ข้อ 1 (ท่านสามารถอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพช่องปากของท่านให้ทันตบุคลากร หรือคนอื่นรับรู้และเข้าใจได้) ร้อยละ 6.5, 6.5, 4.5 และ 4.0 ตามลำดับ

**ตาราง 8 แสดงร้อยละคำตอบของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) เรื่องทักษะการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก (n=200)**

ความรู้ทางด้านสุขภาพ	ระดับความเป็นจริง				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>ทักษะการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก</b>					
1. ท่านดูแลและป้องกันการเกิดโรคในช่องปากของตนเอง เช่น ตรวจสุขภาพช่องปากทุกปี แปรงฟันเวลาเช้าและก่อนนอนทุกวัน	8.0	41.0	40.5	7.0	3.5
2. ถึงแม้ว่าท่านจะยุ่ง ไม่มีเวลาว่าง แต่ท่านก็ยังสามารถพบทันตบุคลากรเพื่อตรวจสุขภาพช่องปาก อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ได้	7.5	43.5	39.5	6.0	3.5
3. ถึงแม้ท่านจะเหลือฟันในช่องปากน้อย ท่านก็แปรงฟัน และแปรงลิ้นเหมือนปกติทุกครั้ง					
4. ท่านเลือกที่จะเข้าร่วมกิจกรรมที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น กิจกรรมฝึกทักษะการแปรงฟันและใช้ไหมขัดฟันที่ถูกวิธี เป็นต้น	14.5	54.5	27.0	3.0	1.0
5. ท่านจะสังเกตความผิดปกติของสุขภาพช่องปาก โดยไม่ปล่อยให้มีอาการเรื้อรังหรือมีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้ เช่น ฟันผุ ทะลุโพรงประสาทฟัน ปวด บวม เกิดหนอง มีหินน้ำลายที่ฟัน	6.5	51.5	35.0	6.0	1.0

จากตาราง 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบเรื่องทักษะการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก จากข้อคำถาม 5 ข้อ ข้อที่มีทักษะการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 3 (ถึงแม้ท่านจะเหลือฟันในช่องปากน้อย ท่านก็แปรงฟัน และแปรงลิ้นเหมือนปกติทุกครั้ง) ข้อ 1 (ท่านดูแลและป้องกันการเกิดโรคในช่องปากของตนเอง เช่น ตรวจสุขภาพช่องปากทุกปี แปรงฟันเวลาเช้าและก่อนนอนทุกวัน ใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะดวกช่องปาก ชูดหินน้ำลาย ทุก 6 เดือน เป็นต้น) ข้อ 2 (ถึงแม้ว่าท่านจะยุ่ง ไม่มีเวลาว่าง แต่ท่านก็ยังสามารถพบทันตบุคลากร เพื่อตรวจสุขภาพช่องปาก อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ได้) ร้อยละ 14.5, 8.0 และ 7.5 ตามลำดับ

ตาราง 9 แสดงร้อยละคำตอบของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) เรื่องการรู้เท่าทันสื่อเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก (n=200)

ความรู้เท่าทันสื่อเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก	ระดับความเป็นจริง				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านจะเปรียบเทียบข้อมูลการบริการทางทันต กรรมที่รับรู้มาจากแหล่งต่าง ๆ ก่อนตัดสินใจเชื่อ เช่น ท่านเลือกสถานบริการทันตกรรม จากปัจจัยต่าง ๆ ได้ ไม่ว่าจะ เป็นราคา ความสะดวก รวดเร็วหรือผู้รักษา เป็นต้น	4.5	41.5	45.0	7.5	1.5
2. ท่านหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาทางทันต กรรม เช่น การถอนฟัน รักษาโรคฟัน ทำฟันเทียม จากในอินเทอร์เน็ต แหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือหรือสอบถามผู้เชี่ยวชาญโดยตรง ก่อนเชื่อและปฏิบัติตาม	4.0	46.5	40.0	7.5	2.0
3. เมื่อท่านเห็นโฆษณาสินค้าเกี่ยวกับการลดการเกิดเหงือกอักเสบ ป้องกันการเกิดฟันผุ ลดกลิ่นปาก ลดอาการเสียวฟัน ท่านจะหาข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อประเมินความน่าเชื่อถือของสินค้านั้นก่อนตัดสินใจซื้อ	5.5	43.5	42.0	6.5	2.5

## ตาราง 9 (ต่อ)

ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ	ระดับความเป็นจริง				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>การรู้เท่าทันสื่อเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก</b>					
2. เมื่อท่านมีโอกาสได้ฟังการอบรมเกี่ยวกับการให้ความรู้การเกิดโรคในช่องปาก แล้วเกิดความสงสัย ท่านจะสอบถามก่อนตัดสินใจที่จะเชื่อและปฏิบัติตาม	9.0	44.0	42.0	3.5	1.5
3. ท่านวิเคราะห์ข้อดีข้อเสีย เพื่อเลือกรับข้อมูลเกี่ยวกับโรคในช่องปากและวิธีการดูแลสุขภาพช่องปาก จากสื่อหรือคนอื่น ๆ ก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อและปฏิบัติตาม	3.0	41.5	46.5	8.5	0.5

จากตาราง 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบเรื่องการรู้เท่าทันสื่อเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก จากข้อคำถาม 5 ข้อ ข้อที่มีการรู้เท่าทันสื่อเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปากมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 4 (เมื่อท่านมีโอกาสได้ฟังการอบรมเกี่ยวกับการให้ความรู้การเกิดโรคในช่องปาก แล้วเกิดความสงสัย ท่านจะสอบถามก่อนตัดสินใจที่จะเชื่อและปฏิบัติตาม) ข้อ 3 (เมื่อท่านเห็นโฆษณาสินค้าเกี่ยวกับการลดการเกิดเหงือกอักเสบ ป้องกันการเกิดฟันผุ ลดกลิ่นปาก ลดอาการเสียวฟัน ท่านจะหาข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อประเมินความน่าเชื่อถือของสินค้านั้นก่อนตัดสินใจซื้อ) ข้อ 1 (ท่านจะเปรียบเทียบข้อมูลการบริการทางทันตกรรม ที่รับรู้มาจากแหล่งต่าง ๆ ก่อนตัดสินใจเชื่อ เช่น ท่านเลือกสถานบริการทันตกรรม จากปัจจัยต่าง ๆ ได้ ไม่ว่าจะเป็นราคา ความสะดวก รวดเร็วหรือผู้รักษา เป็นต้น) ร้อยละ 9.0, 5.5 และ 4.5 ตามลำดับ

ตาราง 10 แสดงร้อยละคำตอบของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) เรื่องการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก (n=200)

ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ	ระดับความเป็นจริง				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>การตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก</b>					
1. ท่านจะหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาโรคในช่องปากแต่ละวิธีมาเปรียบเทียบกัน ก่อนตัดสินใจเข้ารับการรักษาทางทันตกรรม	4.5	42.0	46.0	7.0	0.5
2. ท่านรู้ว่าจะหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างไร เพื่อมายืนยันความถูกต้องของข้อมูลก่อนที่จะเชื่อและปฏิบัติตาม	6.5	47.5	35.0	6.5	0.5
3. เมื่อท่านมีความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ท่านจะเลือกไปพบทันตบุคลากรเพื่อขอคำแนะนำ โดยไม่ปล่อยให้หายเอง หรือซื้อยามารับประทานเอง	8.5	52.0	33.0	6.0	0.5
4. เมื่อท่านได้รับข้อมูลด้านสุขภาพช่องปากจากหลายแหล่ง ท่านสามารถตัดสินใจนำข้อมูลที่น่าเชื่อถือและวิธีการที่เหมาะสมไปใช้เป็นแนวทางการรักษาสุขภาพช่องปากของตนเอง และแนะนำคนอื่นได้	6.5	47.0	39.5	6.5	0.5
5. เมื่อท่านไปเลือกซื้ออุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก เช่น แปรงสีฟัน ยาสีฟัน ท่านจะเลือกซื้อโดย อ่านฉลากคำแนะนำให้เหมาะสมกับสุขภาพช่องปากท่านเองก่อน	9.5	55.0	31.0	4.0	0.5

จากตาราง 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบเรื่องการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก จากข้อคำถาม 5 ข้อ ข้อที่มีการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 5 (เมื่อท่านไปเลือกซื้ออุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก เช่น แปรงสีฟัน ยาสีฟัน ท่านจะเลือกซื้อโดยอ่านฉลากคำแนะนำให้เหมาะสมกับสุขภาพช่องปากท่านเองก่อน) ข้อ 3 (เมื่อท่านมีความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ท่านจะเลือกไปพบทันตบุคลากรเพื่อขอคำแนะนำ โดยไม่ปล่อยให้หายเอง หรือซื้อยามารับประทานเอง) ข้อ 2 (ท่านรู้ว่าจะหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากได้

อย่างไร เพื่อมายืนยันความถูกต้องของข้อมูลก่อนที่จะเชื่อและปฏิบัติตาม) ข้อ 4 (เมื่อท่านได้รับข้อมูลด้านสุขภาพช่องปากจากหลายแหล่ง ท่านสามารถตัดสินใจนำข้อมูล ที่น่าเชื่อถือและวิธีการที่เหมาะสมไปใช้เป็นแนวทางการรักษาสุขภาพช่องปากของตนเอง และแนะนำคนอื่นได้) ร้อยละ 9.5, 8.5, 6.5 และ 6.5 ตามลำดับ

### ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแรงสนับสนุนจากเพื่อน (ตาราง 11 – ตาราง 15)

ตาราง 11 แสดงร้อยละประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเมื่อพบปัญหาสุขภาพช่องปาก จำแนกตามระดับและแหล่งสนับสนุนทางสังคม ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ (n=200)

แหล่งสนับสนุนทางสังคม	ระดับแรงสนับสนุนภาพรวม		
	มาก (มีค่า 12-15 คะแนน)	ปานกลาง (มีค่า 8-11 คะแนน)	น้อย (มีค่า 5-7 คะแนน)
ครอบครัว	55.5	31.0	13.5
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	65.5	29.0	5.5
อสม.	43.5	40.5	16.0
เพื่อน	20.0	53.5	26.5

จากตาราง 11 สรุปร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเมื่อพบปัญหาสุขภาพช่องปาก จำแนกตามระดับและแหล่งสนับสนุนทางสังคม จำนวน 200 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนด้านกำลังใจ คำแนะนำ ความรู้ การช่วยเหลือดูแล และแรงกระตุ้นในการดูแลสุขภาพช่องปากมากที่สุดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 65.5 รองลงมา ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว ร้อยละ 55.5 และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 43.5 ตามลำดับ สำหรับแรงสนับสนุนที่ได้รับจากเพื่อน พบว่าได้รับแรงสนับสนุนในระดับปานกลาง อยู่ที่ร้อยละ 53.5



ตาราง 12 แสดงร้อยละของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ที่ได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคล  
ในครอบครัวเมื่อพบปัญหาสุขภาพช่องปาก จำแนกรายประเด็น

ด้านแรงสนับสนุน	ระดับความเป็นจริง		
	ได้รับเป็นประจำ	ได้รับบางครั้ง	ไม่เคยได้รับ
1. กำลังใจ	57.0	30.0	13.0
2. คำแนะนำ	51.0	34.0	15.0
3. ความรู้เกี่ยวกับวิธีการแปรงฟัน และการดูแล ช่องปาก อย่างถูกวิธี	50.0	35.0	15.0
4. การช่วยเหลือดูแล	52.5	30.0	17.5
5. แรงกระตุ้น ในการดูแลสุขภาพช่องปากโดยการไปพบ ทันตบุคลากรเป็นประจำทุกปี	50.0	36.0	14.0

จากตาราง 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวเมื่อพบปัญหาสุขภาพช่องปาก มีทั้งหมด 5 ด้าน ด้านที่ได้รับแรงสนับสนุนมากที่สุดเป็นประจำ ได้แก่ ด้านกำลังใจ (เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับกำลังใจจากบุคคลในครอบครัว) ด้านการช่วยเหลือดูแล (เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับการช่วยเหลือดูแลจากบุคคลในครอบครัว) ร้อยละ 57.0 และ 52.5 ตามลำดับ สำหรับด้านความรู้เกี่ยวกับวิธีการแปรงฟัน และการดูแลช่องปากอย่างถูกวิธี (เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับวิธีการแปรงฟัน และการดูแลช่องปากอย่างถูกวิธี จากบุคคลในครอบครัว) และด้านแรงกระตุ้นในการดูแลสุขภาพช่องปากโดยการไปพบทันตบุคลากรเป็นประจำทุกปี (เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับแรงกระตุ้นในการดูแลสุขภาพช่องปากโดยการไปพบทันตบุคลากรเป็นประจำทุกปี จากบุคคลในครอบครัว) ได้รับแรงสนับสนุนเป็นประจำน้อยที่สุดเท่ากัน ร้อยละ 50.0

ตาราง 13 แสดงร้อยละของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ที่ได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อพบปัญหาสุขภาพช่องปาก จำแนกรายประเด็น

ด้านแรงสนับสนุน	ระดับความเป็นจริง		
	ได้รับเป็นประจำ	ได้รับบางครั้ง	ไม่เคยได้รับ
1. กำลังใจ	57.0	34.0	9.0
2. คำแนะนำ	57.0	35.5	7.5
3. ความรู้เกี่ยวกับวิธีการแปรงฟัน และการดูแล ช่องปาก อย่างถูกวิธี	63.0	29.5	7.5
4. การช่วยเหลือดูแล	58.5	36.5	5.0
5. แรงกระตุ้น ในการดูแลสุขภาพช่องปากโดยการไปพบ ทันตบุคลากรเป็นประจำทุกปี	59.0	33.0	8.0

จากตาราง 13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อพบปัญหาสุขภาพช่องปาก มีทั้งหมด 5 ด้าน ด้านที่ได้รับแรงสนับสนุนมากที่สุดเป็นประจำ ได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับวิธีการแปรงฟัน และการดูแลช่องปากอย่างถูกวิธี (เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับวิธีการแปรงฟัน และการดูแลช่องปากอย่างถูกวิธี จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ด้านแรงกระตุ้นในการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยการไปพบทันตบุคลากรเป็นประจำทุกปี (เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับแรงกระตุ้นในการดูแลสุขภาพช่องปากโดยการไปพบทันตบุคลากรเป็นประจำทุกปีจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ร้อยละ 63.0 และ 59.0 ตามลำดับ สำหรับด้านกำลังใจ (เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับกำลังใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) และด้านคำแนะนำ (เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ได้รับแรงสนับสนุนเป็นประจำน้อยที่สุดเท่ากัน ร้อยละ 57.0

ตาราง 14 แสดงร้อยละของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ที่ได้รับแรงสนับสนุนจาก  
 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เมื่อพบปัญหาสุขภาพช่องปาก จำแนก  
 รายประเด็น

ด้านแรงสนับสนุน	ระดับความเป็นจริง		
	ได้รับเป็นประจำ	ได้รับบางครั้ง	ไม่เคยได้รับ
1. กำลังใจ	35.5	46.0	18.5
2. คำแนะนำ	44.5	40.0	15.5
3. ความรู้เกี่ยวกับวิธีการแปรงฟัน และการดูแล ช่องปาก อย่างถูกวิธี	40.0	41.5	18.5
4. การช่วยเหลือดูแล	33.5	47.0	19.5
5. แรงกระตุ้น ในการดูแลสุขภาพช่องปากโดยการไปพบ ทันตบุคลากรเป็นประจำทุกปี	41.5	39.0	19.5

จากตาราง 14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เมื่อพบปัญหาสุขภาพช่องปาก มีทั้งหมด 5 ด้าน ด้านที่ได้รับแรงสนับสนุนมากที่สุดเป็นประจำ ได้แก่ ด้านคำแนะนำ (เมื่อท่านมีสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับคำแนะนำจาก อสม.) ด้านแรงกระตุ้นในการดูแลสุขภาพช่องปากโดยการไปพบทันตบุคลากรเป็นประจำทุกปี (เมื่อท่านมีสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับแรงกระตุ้นในการดูแลสุขภาพช่องปากโดยการไปพบทันตบุคลากรเป็นประจำทุกปีจาก อสม.) ด้านความรู้เกี่ยวกับวิธีการแปรงฟัน และการดูแล ช่องปากอย่างถูกวิธี (เมื่อท่านมีสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับวิธีการแปรงฟัน และการดูแลช่องปากอย่างถูกวิธีจาก อสม.) ร้อยละ 44.5, 41.5 และ 40.0 ตามลำดับ สำหรับด้านการช่วยเหลือดูแล (เมื่อท่านมีสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับการช่วยเหลือดูแลจากอสม.) ได้รับแรงสนับสนุนเป็นประจำน้อยที่สุด ร้อยละ 33.5

ตาราง 15 แสดงร้อยละของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ที่ได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อน เมื่อพบปัญหาสุขภาพช่องปาก จำแนกรายประเด็น

ด้านแรงสนับสนุน	ระดับความเป็นจริง		
	ได้รับเป็นประจำ	ได้รับบางครั้ง	ไม่เคยได้รับ
1. กำลังใจ	16.5	59.0	24.5
2. คำแนะนำ	18.0	59.5	22.5
3. ความรู้เกี่ยวกับวิธีการแปรงฟัน และการดูแล ช่องปาก อย่างถูกวิธี	17.0	53.5	29.5
4. การช่วยเหลือดูแล	18.0	53.0	29.0
5. แรงกระตุ้น ในการดูแลสุขภาพช่องปากโดยการไปพบ ทันตบุคลากรเป็นประจำทุกปี	16.0	53.0	31.0

จากตาราง 15 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อน เมื่อพบปัญหาสุขภาพช่องปาก มีทั้งหมด 5 ด้าน ด้านที่ได้รับแรงสนับสนุนมากที่สุดเป็นประจำ ได้แก่ ด้านคำแนะนำ (เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับคำแนะนำจากเพื่อน) ด้านการช่วยเหลือดูแล (เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับการช่วยเหลือดูแลจากเพื่อน) ด้านความรู้เกี่ยวกับวิธีการแปรงฟัน และการดูแลช่องปากอย่างถูกวิธี (เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับวิธีการแปรงฟัน และการดูแลช่องปากอย่างถูกวิธีจากเพื่อน) ร้อยละ 18.0, 18.0 และ 17.0 ตามลำดับ สำหรับด้านแรงกระตุ้น ในการดูแลสุขภาพช่องปากโดยการไปพบทันตบุคลากรเป็นประจำทุกปี (เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับแรงกระตุ้นในการดูแลสุขภาพช่องปากโดยการไปพบทันตบุคลากรเป็นประจำทุกปีจากเพื่อน) ได้รับแรงสนับสนุนเป็นประจำน้อยที่สุด ร้อยละ 16.0

#### ส่วนที่ 4 พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก

ตาราง 16 แสดงจำนวนและร้อยละของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ (n=200)

ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	จำนวน	ร้อยละ
ดี (มีค่าคะแนน 36 - 45 คะแนน)	16	8.0
พอใช้ (มีค่าคะแนน 25- 35 คะแนน)	179	89.5
ต้องปรับปรุง (มีค่าคะแนน 15 - 24 คะแนน)	5	2.5
$\bar{X} = 31.56, S.D. = 3.218, \text{Min} = 22, \text{Max} = 39$		

จากตาราง 16 สรุปด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 200 คน ร้อยละ 89.5 พฤติกรรมอยู่ระดับพอใช้ รองลงมาร้อยละ 8.0 พฤติกรรมอยู่ระดับดี และร้อยละ 2.5 พฤติกรรมอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง ( $\bar{X} = 31.56, S.D. = 3.218, \text{Min} = 22, \text{Max} = 39$ )

ตาราง 17 แสดงร้อยละของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก จำแนกรายข้อ

พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก	ระดับความเป็นจริง		
	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. ทานแปรงฟันในแต่ละครั้งนาน อย่างน้อย 2 นาที	79.5	17.0	3.5
2. ทานใช้แปรงสีฟันร่วมกับบุคคลในครอบครัว และบุคคลอื่น	9.5	5.5	85.0
3. ทานเปลี่ยนแปรงสีฟัน เมื่อขนแปรงสีฟันฟู หรือบานออก			
4. ทานทำความสะอาดช่องปาก ด้วยการใช้ไหมขัดฟัน แปรงซอกฟัน	68.5	13.5	18.0
5. ทานแปรงฟันถูไปถูมาแรงๆ	17.5	42.5	40.0
6. ทานใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ในการทำความสะอาดช่องปาก	40.0	46.5	13.5
	1.5	23.5	75.0



ตาราง 17 (ต่อ)

พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก (ต่อ)	ระดับความเป็นจริง		
	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
7. ท่านใช้ฟันในการเปิดขวด แกะภาชนะ ฉีกพลาสติก หรือผลิตภัณฑ์ต่างๆ	59.0	36.0	5.0
8. เมื่อท่านมีอาการปวดฟัน ท่านจะรอให้อาการปวดหายไปเอง	6.0	62.5	31.5
9. เมื่อท่านพบว่ามอฟันผุ เป็นรู หรือมีฟันสึก ท่านจะปล่อยให้ไมไปรักษา จนกว่าจะมีอาการ	5.5	60.0	34.5
10. เมื่อท่านสังเกตหรือรู้สึกถึงความผิดปกติภายในช่องปาก ท่านจะมาพบทันตบุคลากร	36.5	55.5	8.0
11. ท่านรับประทานอาหารระหว่างมื้ออาหาร กินจุบจิบ อาหารที่มีรสหวาน เหนียวติดฟัน	7.5	67.0	25.5
12. ในอดีต หรือปัจจุบันท่านสูบบุหรี่	5.0	28.0	67.0
13. ท่านบ้วนปากด้วยน้ำเปล่า หลังรับประทานอาหาร ขนมหวาน หรือน้ำหวาน	47.0	41.0	12.0
14. ท่านดื่มน้ำเปล่า แทนน้ำอัดลม น้ำหวาน ชา หรือ กาแฟ	43.0	40.5	16.5
15. ท่านตรวจดูความสะอาด ความผิดปกติของเหงือก และฟัน ด้วยตัวเอง	51.0	39.0	10.0

จากตาราง 17 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก จากข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ข้อที่ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 1 (ท่านแปรงฟันในแต่ละครั้งนานอย่างน้อย 2 นาที) ข้อ 3 (ท่านเปลี่ยนแปรงสีฟัน เมื่อขนแปรงสีฟันฟู หรือบานออก) ข้อ 7 (ท่านใช้ฟันในการเปิดขวด แกะภาชนะ ฉีกพลาสติก หรือผลิตภัณฑ์ต่างๆ) ร้อยละ 79.5, 68.5 และ 59.0 ตามลำดับ สำหรับข้อ 6 (ท่านใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ในการทำความสะอาดช่องปาก) ปฏิบัติเป็นประจำน้อยที่สุด ร้อยละ 1.5

สำหรับข้อที่ปฏิบัติเป็นบางครั้งมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 11 (ท่านรับประทานอาหารระหว่างมื้ออาหาร กินจุบจิบ อาหารที่มีรสหวาน เหนียวติดฟัน) ข้อ 8 (เมื่อท่านมีอาการปวดฟัน ท่านจะรอให้อาการปวดหายไปเอง) ข้อ 9 (เมื่อท่านพบว่ามอฟันผุ เป็นรู หรือมีฟันสึก ท่านจะปล่อยให้ไมไปรักษา

จนกว่าจะมีอาการ) ร้อยละ 67.0, 62.5 และ 60.0 ตามลำดับ สำหรับข้อ 2 (ท่านใช้แปรงสีฟันร่วมกับบุคคลในครอบครัว และบุคคลอื่น) ปฏิบัติเป็นบางครั้งน้อยที่สุด ร้อยละ 5.5

สำหรับข้อที่ไม่เคยปฏิบัติเลยมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 2 (ท่านใช้แปรงสีฟันร่วมกับบุคคลในครอบครัว และบุคคลอื่น) ข้อ 6 (ท่านใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ในการทำความสะอาดช่องปาก) ข้อ 12 (ในอดีต หรือปัจจุบันท่านสูบบุหรี่) ร้อยละ 85.0, 75.0 และ 67.0 ตามลำดับ สำหรับข้อ 1 (ท่านแปรงฟันในแต่ละครั้งนาน อย่างน้อย 2 นาที) ไม่เคยปฏิบัติเลยน้อยที่สุด ร้อยละ 3.5

### ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี)

การวิเคราะห์สมการความถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression) แบบ Stepwise (ตาราง 18)

ตาราง 18 แสดงผลวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี (n=200) แบบ Stepwise

ตัวแปรที่ศึกษา	B	Beta	p-value
1. ความรอบรู้สุขภาพช่องปาก ด้านรู้เท่าทันสื่อเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก	0.291	0.234	0.001*
2. แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เมื่อพบปัญหาสุขภาพช่องปาก	0.238	0.201	0.011*
3. แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เมื่อพบปัญหาสุขภาพช่องปาก	0.171	0.173	0.016*

\*p-value < 0.05, Constant = 23.187, Adjust R<sup>2</sup> = 21.0

จากตาราง 18 ปัจจัยร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างที่มีอำนาจการพยากรณ์สูงสุด ได้แก่ ความรอบรู้สุขภาพช่องปาก ด้านการรู้เท่าทันสื่อเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก (Beta = 0.234, p-value = 0.001) รองลงมา ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Beta = 0.201, p-value = 0.011) และแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจาก อสม. (Beta = 0.173, p-value = 0.016) ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตัวแปรทั้ง 3 ตัวมีอำนาจในการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัย ได้ร้อยละ 21.0

จากตารางการวิเคราะห์ นำมาเขียนสมการพยากรณ์ ได้ดังนี้

$$\text{สมการทำนาย } Y = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3$$

โดย  $Y$  = พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัย

$b_0$  = ค่าคงที่

$b_1$  = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความรอบรู้สุขภาพช่องปาก ด้านการรู้เท่าทันสื่อเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก

$X_1$  = ความรอบรู้สุขภาพช่องปาก ด้านการรู้เท่าทันสื่อเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก

$b_2$  = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

$X_2$  = แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

$b_3$  = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของแรงสนับสนุนทางสังคมจาก อสม.

$X_3$  = แรงสนับสนุนทางสังคมจาก อสม.

สมการ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัย = 23.187 + 0.291 (ความรอบรู้สุขภาพช่องปาก ด้านการรู้เท่าทันสื่อเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก) + 0.238 (แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) + 0.171 (แรงสนับสนุนทางสังคมจาก อสม.)

## บทที่ 5

### บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพยากรณ์ (Predictive research) มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ประกอบด้วย รพสต.ม่อนดินแดง คิ่งตะเภา จ้างาม และวังดิน ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการคำนวณจากค่า 20 เท่าของตัวแปรพยากรณ์ มีตัวแปรทำนายจำนวน 10 ตัวแปร กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 200 คน ด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) เพื่อรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้สุขภาพช่องปาก แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในรูปแบบค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ความถี่ ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ด้วยการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression) แบบ Stepwise กำหนดค่านัยสำคัญที่ระดับ 0.05

#### สรุปผลการวิจัย

##### 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

กลุ่มตัวอย่างประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.5 เป็นเพศชาย ร้อยละ 25.5 ระดับการศึกษา จบประถมศึกษา ร้อยละ 43.0 รองลงมาจบมัธยมศึกษา ปวช./ปวส. ปริญญาตรี ปริญญาโท ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 35.0, 10.0, 9.5, 2.0 และ 0.5 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 30.5 รองลงมาอาชีพทำไร่/ทำนา ว่างาน ค่าขาย พนักงานของรัฐ เกษตรกร พนักงานเอกชน ข้าราชการ ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 24.5, 19.0, 12.5, 6.0, 3.5, 1.5, 1.5 และ 1.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 73.5 รองลงมาสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก และโสด ร้อยละ 20.5 และ 6.0 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ที่ 1,001-5,000 บาท ร้อยละ 39.5 รองลงมา รายได้อยู่ที่ 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 33.0 และอยู่ที่ 25,001-30,000 บาท กับ 30,001-35,000 บาท ร้อยละ 1.0 น้อยที่สุดเท่ากันตามลำดับ มีรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 6,710.70 บาทต่อเดือน ( $\bar{X}$  = 6,710.70, S.D. = 6,380.045, Min = 0, Max = 32,000) การเข้าถึงอินเทอร์เน็ตส่วนใหญ่ใช้มือถือ ร้อยละ 96.5 รองลงมาใช้คอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต ร้อยละ 6.5 และ 3.5 ตามลำดับ

ความสามารถในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตส่วนใหญ่สามารถเข้าใช้งานอินเทอร์เน็ตเอง ร้อยละ 41.5 รองลงมามีคนอื่นช่วยในการใช้งาน ไม่สามารถเข้าใช้งานอินเทอร์เน็ตเองได้ ร้อยละ 39.5 และ 19.0 ตามลำดับ และแหล่งข้อมูลที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับด้านสุขภาพช่องปากส่วนใหญ่มาจากสื่อออนไลน์/โทรทัศน์/วิทยุ ร้อยละ 62.5 รองลงมา มาจากทันตบุคลากร/เจ้าหน้าที่ เอกสาร/แผ่นพับ ร้อยละ 60.0 และ 29.5 ตามลำดับ

## 2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก มี 6 ด้าน คือ ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปาก การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพช่องปาก และบริการเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะการสื่อสารการดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก การรู้เท่าทันสื่อเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก และทักษะการตัดสินใจเพื่อปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากจากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากภาพรวมร้อยละ 67.0 อยู่ระดับเพียงพอ (มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเพียงพอ สามารถดูแลตัวเองได้ แต่ยังไม่ทั้งหมด) ร้อยละ 17.0 อยู่ระดับมากเพียงพอ (มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมากเพียงพอ สามารถดูแลตัวเองได้ถูกต้องทั้งหมด) และร้อยละ 16.0 อยู่ระดับไม่เพียงพอ (มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากยังไม่เพียงพอ ยังไม่สามารถดูแลตัวเองได้อย่างถูกต้อง) ( $\bar{X} = 104.44$ , S.D. = 15.879)

ด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบคำถาม 5 ข้อ ข้อที่มีความรู้และความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 5 (ท่านรู้และเข้าใจว่าพฤติกรรมใดที่เสี่ยงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก เช่น การใช้ฟันเปิดฝาชวดหรือภาชนะทำให้ฟันแตกได้ เป็นต้น) ร้อยละ 12.5 ข้อ 3 (ท่านทราบปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก และหลีกเลี่ยงได้ เช่น ทานอาหารหวาน เหนียว ทำให้เกิดโรคฟันผุง่ายขึ้น ท่านจึงหลีกเลี่ยงการรับประทานของหวาน เหนียว เป็นต้น) ข้อ 2 ท่านอ่านคำแนะนำในคู่มือต่าง ๆ เกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างเข้าใจ เช่น แปรงฟันโดยวิธีขยับปิด ด้วยสูตร 2-2-2 เป็นต้น ร้อยละ 8.0 และ 6.0 ตามลำดับ

ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพช่องปาก และบริการเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบคำถาม 5 ข้อ ข้อที่มีการเข้าถึงข้อมูล และบริการเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปากมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 4 (หากท่านต้องการคำแนะนำในรักษาโรคในช่อง ท่านสามารถไปพบทันตบุคลากร หรือผู้ให้บริการทางสุขภาพช่องปากได้ทุกเมื่อ) ร้อยละ 8.5 ข้อ 1 (เมื่อท่านสังเกตเห็นรูสีดำบริเวณฟัน และรู้สึกเสียวฟันตอนดื่มน้ำเย็น ท่านต้องการทราบสาเหตุ ท่านจะค้นหาข้อมูลที่น่าเชื่อถือถึงการรักษานี้ได้) ข้อ 2 (ท่านสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดโรคในช่องปากได้ จากบุคคลผู้รู้ สื่อเอกสารสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์ผ่านอินเทอร์เน็ต อุปกรณ์มือถือหรือคอมพิวเตอร์ เป็นต้น) ข้อ 5



(ท่านสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่นำเชื่อถือได้เกี่ยวกับการป้องกันปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคในช่องปาก เช่น การบริโภคอาหารหวาน การใส่ฟันเทียมเคลื่อน เป็นต้น) ร้อยละ 8.0, 7.0 และ 7.0 ตามลำดับ

ด้านทักษะการสื่อสาร การดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบคำถาม 5 ข้อ ข้อที่มีทักษะการสื่อสารการดูแลสุขภาพช่องปากมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 2 (ท่านกล้าที่จะซักถามสิ่งที่ท่านเป็นกังวลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพช่องปากกับทันตบุคลากรได้) ข้อ 5 (ท่านสามารถขอคำปรึกษา หรือแลกเปลี่ยนความคิดกับทันตบุคลากร เพื่อให้ได้รับข้อมูลหรือการบริการเกี่ยวกับวิธีการดูแล และป้องกันการเกิดโรคในช่องปากของท่าน) ร้อยละ 6.5 เท่ากัน ข้อ 3 (ท่านสามารถติดต่อขอข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล และการป้องกันการเกิดโรคในช่องปากกับผู้รู้ด้านทันตสุขภาพ) ข้อ 1 (ท่านสามารถอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพช่องปากของท่านให้ทันตบุคลากร หรือคนอื่น รับรู้และเข้าใจได้) ร้อยละ 4.5 และ 4.0 ตามลำดับ

ด้านทักษะการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบคำถาม 5 ข้อ ข้อที่มีทักษะการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 3 (ถึงแม้ท่านจะเหลือฟันในช่องปากน้อย ท่านก็แปรงฟัน และแปรงลิ้นเหมือนปกติทุกครั้ง) ร้อยละ 14.5 ข้อ 1 (ท่านดูแลและป้องกันการเกิดโรคในช่องปากของตนเอง เช่น ตรวจสอบสุขภาพช่องปากทุกปี แปรงฟันเวลาเช้าและก่อนนอนทุกวัน ใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะดวกช่องปาก ขูดหินน้ำลาย ทุก 6 เดือน เป็นต้น) ข้อ 2 (ถึงแม้ว่าท่านจะยุ่ง ไม่มีเวลาว่าง แต่ท่านก็ยังสามารถพบทันตบุคลากร เพื่อตรวจสอบสุขภาพช่องปาก อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ได้) ร้อยละ 8.0 และ 7.5 ตามลำดับ

ด้านความรู้เท่าทันสื่อเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบ คำถาม 5 ข้อ ข้อที่มีการรู้เท่าทันสื่อเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปากมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 4 (เมื่อท่านมีโอกาสได้ฟังการอบรมเกี่ยวกับการให้ความรู้การเกิดโรคในช่องปาก แล้วเกิดความสงสัย ท่านจะสอบถามก่อนตัดสินใจที่จะเชื่อและปฏิบัติตาม) ร้อยละ 9.0 ข้อ 3 (เมื่อท่านเห็นโฆษณาสินค้าเกี่ยวกับการลดการเกิดเหงือกอักเสบ ป้องกันการเกิดฟันผุ ลดกลิ่นปาก ลดอาการเสียวฟัน ท่านจะหาข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อประเมินความน่าเชื่อถือของสินค้านั้นก่อนตัดสินใจซื้อ) ข้อ 1 (ท่านจะเปรียบเทียบข้อมูลการบริการทางทันตกรรม ที่รับรู้มาจากแหล่งต่าง ๆ ก่อนตัดสินใจซื้อ เช่น ท่านเลือกสถานบริการทันตกรรม จากปัจจัยต่าง ๆ ได้ ไม่ว่าจะเป็นราคา ความสะดวก รวดเร็วหรือผู้รักษา เป็นต้น) ร้อยละ 5.5 และ 4.5 ตามลำดับ

ด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบคำถาม 5 ข้อ ข้อที่มีการตัดสินใจเพื่อปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 5 (เมื่อท่านไปเลือกซื้ออุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก เช่น แปรงสีฟัน ยาสีฟัน ท่านจะเลือกซื้อโดยอ่านฉลากคำแนะนำให้เหมาะสมกับสุขภาพช่องปากท่านเองก่อน) ร้อยละ 9.5 ข้อ 3 (เมื่อท่านมีความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ท่านจะเลือกไปพบทันตบุคลากรเพื่อขอคำแนะนำ โดยไม่ปล่อย

ให้หายเอง หรือซื้อยามารับประทานเอง) ข้อ 2 (ท่านรู้ว่าจะหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างไร เพื่อมายืนยันความถูกต้องของข้อมูลก่อนที่จะเชื่อและปฏิบัติตาม) ข้อ 4 (เมื่อท่านได้รับข้อมูลด้านสุขภาพช่องปากจากหลายแหล่ง ท่านสามารถตัดสินใจนำข้อมูล ที่น่าเชื่อถือและวิธีการที่เหมาะสมไปใช้เป็นแนวทางการรักษาสุขภาพช่องปากของตนเอง และแนะนำคนอื่นได้) ร้อยละ 8.5, 6.5 และ 6.5 ตามลำดับ

### 3. แรงสนับสนุนทางสังคมของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุตรดิตถ์

แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแรงสนับสนุนจากเพื่อน

แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้มาจากบุคคลในครอบครัวจากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.5 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ระดับมาก รองลงมาร้อยละ 31.0 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ระดับปานกลาง และร้อยละ 13.5 ได้รับแรงสนับสนุนอยู่ระดับน้อย ( $\bar{X} = 11.86$ , S.D. = 3.259) จำแนกรายประเด็นมีทั้งหมด 5 ด้าน ด้านที่ได้รับแรงสนับสนุนมากที่สุดเป็นประจำ ได้แก่ ด้านกำลังใจ (เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับกำลังใจจากบุคคลในครอบครัว) ด้านการช่วยเหลือดูแล (เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับการช่วยเหลือดูแลจากบุคคลในครอบครัว) ร้อยละ 57.0 และ 52.5 ตามลำดับ สำหรับด้านความรู้เกี่ยวกับวิธีการแปรงฟัน และการดูแลช่องปากอย่างถูกวิธี (เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับวิธีการแปรงฟัน และการดูแลช่องปากอย่างถูกวิธี จากบุคคลในครอบครัว) และด้านแรงกระตุ้นในการดูแลสุขภาพช่องปากโดยการไปพบทันตบุคลากรเป็นประจำทุกปี (เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับแรงกระตุ้นในการดูแลสุขภาพช่องปากโดยการไปพบทันตบุคลากรเป็นประจำทุกปี จากบุคคลในครอบครัว) ได้รับแรงสนับสนุนเป็นประจำน้อยที่สุดเท่ากัน ร้อยละ 50.0

แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้มาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65.5 ได้รับแรงสนับสนุนอยู่ระดับมาก รองลงมาร้อยละ 29.0 ได้รับแรงสนับสนุนอยู่ระดับปานกลาง และร้อยละ 5.5 ได้รับแรงสนับสนุนอยู่ระดับน้อย ( $\bar{X} = 12.58$ , S.D. = 2.717) จำแนกรายประเด็นมีทั้งหมด 5 ด้าน ด้านที่ได้รับแรงสนับสนุนมากที่สุดเป็นประจำ ได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับวิธีการแปรงฟัน และการดูแลช่องปากอย่างถูกวิธี (เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับวิธีการแปรงฟัน และการดูแลช่องปากอย่างถูกวิธี จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ด้านแรงกระตุ้นในการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยการไปพบทันตบุคลากรเป็นประจำทุกปี (เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับแรงกระตุ้นในการดูแลสุขภาพช่องปากโดยการไปพบทันตบุคลากรเป็นประจำทุกปี

จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ร้อยละ 63.0 และ 59.0 ตามลำดับ สำหรับด้านกำลังใจ (เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับกำลังใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) และด้านคำแนะนำ (เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ได้รับแรงสนับสนุนเป็นประจำน้อยที่สุดเท่ากัน ร้อยละ 57.0

แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้มาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 43.5 ได้รับแรงสนับสนุนอยู่ระดับมาก รองลงมา ร้อยละ 40.5 ได้รับแรงสนับสนุนอยู่ระดับปานกลาง และร้อยละ 16.0 ได้รับแรงสนับสนุนอยู่ระดับน้อย ( $\bar{X} = 11.04$ , S.D. = 3.248) จำแนกรายประเด็นมีทั้งหมด 5 ด้าน ด้านที่ได้รับแรงสนับสนุนมากที่สุดเป็นประจำ ได้แก่ ด้านคำแนะนำ (เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับคำแนะนำจาก อสม.) ด้านแรงกระตุ้นในการดูแลสุขภาพช่องปากโดยการไปพบทันตบุคลากรเป็นประจำทุกปี (เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับแรงกระตุ้นในการดูแลสุขภาพช่องปากโดยการไปพบทันตบุคลากรเป็นประจำทุกปีจาก อสม.) ด้านความรู้เกี่ยวกับวิธีการแปรงฟัน และการดูแล ช่องปากอย่างถูกวิธี (เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับวิธีการแปรงฟัน และการดูแลช่องปากอย่างถูกวิธีจาก อสม.) ร้อยละ 44.5, 41.5 และ 40.0 ตามลำดับ สำหรับด้านการช่วยเหลือดูแล (เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับการช่วยเหลือดูแลจากอสม.) ได้รับแรงสนับสนุนเป็นประจำน้อยที่สุด ร้อยละ 33.5

แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้มาจากเพื่อน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.5 ได้รับแรงสนับสนุนอยู่ระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 26.5 ได้รับแรงสนับสนุนอยู่ระดับน้อย และร้อยละ 20.0 ได้รับแรงสนับสนุนอยู่ระดับมาก ( $\bar{X} = 9.49$ , S.D. = 2.926) จำแนกรายประเด็นมีทั้งหมด 5 ด้าน ด้านที่ได้รับแรงสนับสนุนมากที่สุดเป็นประจำ ได้แก่ ด้านคำแนะนำ (เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับคำแนะนำจากเพื่อน) ด้านการช่วยเหลือดูแล (เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับการช่วยเหลือดูแลจากเพื่อน) ด้านความรู้เกี่ยวกับวิธีการแปรงฟัน และการดูแลช่องปากอย่างถูกวิธี (เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับวิธีการแปรงฟัน และการดูแลช่องปากอย่างถูกวิธีจากเพื่อน) ร้อยละ 18.0, 18.0 และ 17.0 ตามลำดับ สำหรับด้านแรงกระตุ้นในการดูแลสุขภาพช่องปากโดยการไปพบทันตบุคลากรเป็นประจำทุกปี (เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับแรงกระตุ้นในการดูแลสุขภาพช่องปากโดยการไปพบทันตบุคลากรเป็นประจำทุกปีจากเพื่อน) ได้รับแรงสนับสนุนเป็นประจำน้อยที่สุด ร้อยละ 16.0

#### 4. พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.5 มีพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ระดับพอใช้ รองลงมาร้อยละ 8.0 มีพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ระดับมาก และร้อยละ 2.5 มีพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ระดับที่ต้องปรับปรุง ( $\bar{X} = 31.56$ , S.D. = 3.218) จากข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ข้อที่ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 1 (ท่านแปรงฟันในแต่ละครั้งนาน อย่างน้อย 2 นาที) ข้อ 3 (ท่านเปลี่ยนแปรงสีฟัน เมื่อขนแปรงสีฟันฟูหรือบานออก) ข้อ 7 (ท่านใช้ฟันในการเปิดขวด แกะภาชนะ ฉีกพลาสติก หรือผลิตภัณฑ์ต่างๆ) ร้อยละ 79.5, 68.5 และ 59.0 ตามลำดับ สำหรับข้อ 6 (ท่านใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ในการทำมาความสะอาดช่องปาก) ปฏิบัติเป็นประจำน้อยที่สุด ร้อยละ 1.5

สำหรับข้อที่ปฏิบัติเป็นบางครั้งมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 11 (ท่านรับประทานอาหารระหว่างมื้ออาหาร กินจุบจิบ อาหารที่มีรสหวาน เหนียวติดฟัน) ข้อ 8 (เมื่อท่านมีอาการปวดฟัน ท่านจะรอให้อาการปวดหายไปเอง) ข้อ 9 (เมื่อท่านพบว่า มีฟันผุ เป็นรู หรือมีฟันสึก ท่านจะปล่อยให้ไม่ไปรักษา จนกว่าจะมีอาการ) ร้อยละ 67.0, 62.5 และ 60.0 ตามลำดับ สำหรับข้อ 2 (ท่านใช้แปรงสีฟันร่วมกับบุคคลในครอบครัว และบุคคลอื่น) ปฏิบัติเป็นบางครั้งน้อยที่สุด ร้อยละ 5.5

สำหรับข้อที่ไม่เคยปฏิบัติเลยมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 2 (ท่านใช้แปรงสีฟันร่วมกับบุคคลในครอบครัว และบุคคลอื่น) ข้อ 6 (ท่านใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ในการทำมาความสะอาดช่องปาก) ข้อ 12 (ในอดีต หรือปัจจุบันท่านสูบบุหรี่) ร้อยละ 85.0, 75.0 และ 67.0 ตามลำดับ สำหรับข้อ 1 (ท่านแปรงฟันในแต่ละครั้งนาน อย่างน้อย 2 นาที) ไม่เคยปฏิบัติเลยน้อยที่สุด ร้อยละ 3.5

#### 5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

จากการวิเคราะห์สมการความถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression Variable) แบบ Stepwise พบปัจจัยร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างที่มีอำนาจการพยากรณ์สูงที่สุด ได้แก่ ความรอบรู้สุขภาพช่องปาก ด้านการรู้เท่าทันสื่อเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก (Beta = 0.234, P-value = 0.001) รองลงมา ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Beta = 0.201, P-value = 0.011) และแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจาก อสม. (Beta = 0.173, P-value = 0.016) ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตัวแปรทั้ง 3 ตัวมีอำนาจ ในการพยากรณ์พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัย ได้ร้อยละ 21.0



## อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

**1. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัย** (อายุ 50-59 ปี) ได้แก่ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อ และ 2) แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อภิปรายรายตัวแปรได้ดังนี้

ความรอบรู้สุขภาพช่องปาก ด้านการรู้เท่าทันสื่อ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก สอดคล้องกับการวิจัยของ Sistani, Virtanen, Yazdani & Murtomaa (2017) ในอิหร่าน พบว่า ความรอบรู้สุขภาพช่องปากมากเพียงพอ มีความสัมพันธ์กับการแปรงฟันทุกวัน การบริโภคขนม/เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลลดลงรวมถึงการเข้ารับบริการทันตกรรมทุก 6 เดือน สอดคล้องกับการศึกษา Charophasrat (2019) ที่พบว่า ผู้ที่มีความรอบรู้สุขภาพช่องปากที่เพียงพอ มีพฤติกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้สภาวะ ช่องปากดีขึ้นได้ เป็นไปในทางเดียวกันกับการศึกษาของ Wimardhani et al. (2018) ที่พบว่าความรอบรู้สุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก สอดคล้องกับ Han-A Cho (2020) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ของผู้อพยพ ชาวเกาหลีเหนือ ที่พบความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก

แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าประชากรก่อนสูงวัย ในเขตอำเภอเมืองอุดรดิตต์ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านกำลังใจ คำแนะนำ ความรู้เกี่ยวกับวิธีการแปรงฟัน และการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างถูกวิธี การช่วยเหลือดูแล และแรงกระตุ้นในการดูแลสุขภาพช่องปากโดยไปพบทันตบุคลากรเป็นประจำทุกปี จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ( $B = 0.238$  และ  $0.171$ ) ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านข้อมูลข่าวสาร ทำให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับข้อมูลของ Preventive Medicine Division Davy Medical Department (2005) ที่กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่นๆ เช่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ



**2. ปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี)** ได้แก่ ความรอบรู้สุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจเพื่อปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากเพื่อน และครอบครัว อภิปรายรายตัวแปรได้ดังนี้

ความรอบรู้สุขภาพช่องปากด้านความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจเพื่อปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก แตกต่างกับการศึกษาของ Rodsawaeng (2016) ที่พบว่าการเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพช่องปาก ที่มีการเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพช่องปากดี มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้น และการศึกษาของ Blizniuk, Ueno, Zaitso & Kawaguchi (2015) และ Ueno, Takeuchi, Oshiro, Kawaguchi (2013) ที่ศึกษาในประชาชนรัสเซียและญี่ปุ่นตามลำดับ พบว่าผู้ที่มีความรอบรู้สุขภาพช่องปากที่ยังไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดการสูญเสียฟันร่วมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่แย่งทำให้เสี่ยงต่อโรคปริทันต์ที่มากขึ้น

แรงสนับสนุนทางสังคม จากเพื่อน และครอบครัว ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก แตกต่างกับการศึกษาของ Phudphong (2020) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก และเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก จากบุคคลในครอบครัว และเพื่อน มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้น และการศึกษาของ Chaosuansreecharoen, Kluebklay & Prasert (2019) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปากจากคนในครอบครัวสูง ก็มีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี การศึกษานี้พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม จากเพื่อน และครอบครัวไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในช่วงวัยของการศึกษา ยังไม่อยู่ในภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ มีรายได้ และสามารถพึ่งพาตนเองได้ดี อีกทั้งยังสามารถหาข้อมูล ความรู้ จากแหล่งข้อมูลอื่น ๆ ได้ด้วยตนเอง

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยเป็นพื้นฐานในการสร้าง โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านทันตสุขภาพ ให้กับประชากรก่อนสูงวัยได้ หรือกลุ่มวัยอื่นได้

ผู้บริหาร สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประกอบการตัดสินใจ ในการพัฒนางานด้านทันตสุขภาพ กลุ่มประชากรก่อนสูงวัย เพื่อบรรลุตัวชี้วัดที่ตั้งวัตถุประสงค์ไว้ได้

### ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพช่องปากในประชากรก่อนสูงวัย และประชากรกลุ่มอื่น ๆ
2. ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพช่องปากให้กับประชากรก่อนสูงวัย และประชากรกลุ่มอื่น ๆ



## บรรณานุกรม

- American Medical Association. (1999). *Health literacy: Report of council on scientific affairs*. Australian: Australian Bureau of Statistics.
- Akpan, A., & Morgan, R. (2002). Oral candidiasis. *Postgraduate Medical Journal*, 78(922), 455-459.
- Batista, M. J., Lawrence, H. P., & de Sousa, M. d. L. R. (2018). Oral health literacy and oral health outcomes in an adult population in Brazil. *BMC Public Health*, 18(1), 1-9.
- Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109(2), 186-204.
- Blizniuk, A., Ueno, M., Zaitsev, T., & Kawaguchi, Y. (2015). Association of oral health literacy with oral health behaviour and oral health status in Belarus. *Community Dental Health*, 32(3), 148-152.
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York McGraw-Hill.
- Bureau of Dental Health, Department of Health. (2005). *The King and Dental Work. ETO*. Nonthaburi: Bureau of Dental Health, Department of Health.
- Bureau of Dental Public Health. (2016). *Dental Survey Guide Health and risk factors*. Nonthaburi: Namo Plus Limited Partnership.
- Bureau of Dental Public Health. (2017). *Health condition survey report The 8th National Oral, Thailand, 2017*. Nonthaburi: Office of Dental Public Health, Department of Health, Ministry of Public Health.
- Bureau of Dental Public Health. (2021). *Dental Survey Guide Health and risk factors*. Nonthaburi: Namo Plus Limited Partnership.
- Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health. (2021). *Training Guidelines for Elderly Caregivers 70-hour course*. Nonthaburi: National Office of Buddhism.
- Caplan, R., Robinson, E., French, J., Caldwell, J., & Shinn, M. (1976). *Adhering to medical*

- regimes: pilot experiments in patient education and social support*. Ann Arbor, MI: University of Michigan.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Oral Health Surveillance Report: Trends in Dental Caries and Sealants, Tooth Retention, and Edentulism, United States, 1999– 2004 to 2011–2016*. United States: Centers for Disease Control and Prevention, US Dept of Health and Human Services.
- Chaichalermtrak, S. (2018). *Abrasion teeth*. Retrieved March 10, 2020, from <https://dt.mahidol.ac.th/cervical-abrasion/>
- Chanaphan, N. (2013). *The relationship between social support and self-acquaintance with Restore self-importance of a female patient with depression Mahidol University NakhonPathom (76, Ed.)*. Retrieved March 10, 2020, from [https://doi.org/https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve\\_DOI=10.14457/MU.the.2013.76](https://doi.org/https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14457/MU.the.2013.76)
- Chanjapoh, K., & Duangsong, R. (2019). Association between Health Literacy and Oral Health Care Behavior of Periodontitis Patients Age 60–74 Years Old in Wang Nam Khoi District Nakhon Ratchasima Province. *KKU Journal for Public Health Research*, 72-80.
- Chankham, B. (2010). *The relationship between the ability to perform daily Activities Social support for the stress of hypertensive patients Lom Sak Hospital Phetchabun Province* (Master's Thesis). Bangkok: Chulalongkorn University. FOREST (BETA). [https://madlab.cpe.ku.ac.th/forest/เบญจพร\\_จันทำ](https://madlab.cpe.ku.ac.th/forest/เบญจพร_จันทำ)
- Chaosuansreecharoen, K., R., Kluebklay, P. and Prasert, L. (2019). Factors Predicting Dental Health Care Behaviors among Elderly in Royal Denture Project, Trang Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(3), 152-168.
- Charophasrat, S. (2019). Development of oral health literacy measure for Adult dental clients in the context of Thai society. Songkla: Prince of Songkla University.
- Charuwichitratana, S. (2017a). *Guidelines for dental health care for the elderly in Thailand* (Master's Thesis). Bangkok: National Defense College, National Defense Program.
- Charuwichitratana, S. (2017b). *Oral health care for the elderly*. Retrieved March 10,

- 2020, from [http://www.dsdw2016.dsdw.go.th/doc\\_pr/ndc\\_2560-2561/PDF](http://www.dsdw2016.dsdw.go.th/doc_pr/ndc_2560-2561/PDF)
- Cho, H.-A., Im, A.-J., Sim, Y.-R., Jang, H.-B., & Lim, H.-J. (2020). The association between oral health literacy and oral health behaviors in North Korean defectors: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, *20*(1), 1-9.
- Chu, C., Wong, S., Suen, R., & Lo, E. (2013). Oral health and dental care in Hong Kong. *the surgeon*, *11*(3), 153-157.
- Cohen, L. K., & Jago, J. D. (1976). *Toward the formulation of sociodental indicators. International journal of health services*, *6*(4), 681-698
- Coleman, P. (2002). Improving oral health care for the frail elderly: A review of widespread problems and best practices. *Geriatric Nursing*, *23*(4), 189-198.
- Dalodom, S., Weerachai, N. & Warangkana Vejmethi. (2012). *Oral Health Promotion for the Elderly*. Bangkok: Office Printing Press Printing Works of the War Veterans Organization.
- Dental Public Health Division. (2009a). *Oral health promotion The Elderly, Volume 1 Oral health is related to health and systemic disease*. Bangkok: The Printing Office to assist veterans organization.
- Dental Public Health Division. (2009b). *Oral Health promotion The Elderly, Volume 2 from the seminar on Detection and Prevention for Oral Health in the Elderly*. Bangkok: The Printing Office to assist veterans organization.
- Department of Health. (2015). *Hong Kong Reference Framework for Preventive Care for Older Adults in Primary Care Settings-Module on Dental Health Care for Older Persons*. Retrieved May 1, 2019, from [http://www.pco.gov.hk/english/resource/files/Module\\_on\\_dental\\_healthcare\\_older.pdf](http://www.pco.gov.hk/english/resource/files/Module_on_dental_healthcare_older.pdf)
- Eke, P. I., Thornton-Evans, G. O., Wei, L., Borgnakke, W. S., Dye, B. A., & Genco, R. J. (2018). Periodontitis in US adults: National health and nutrition examination survey 2009-2014. *The Journal of the American Dental Association*, *149*(7), 576-588.
- FDI World Dental Federation and The Dental Association of Thailand Department of Health. (2018). *Is it true? Using mouthwash too often risk of oral cancer*. Retrieved March 10, 2020, from



[https://www.js100.com/en/site/post\\_share/view/58703](https://www.js100.com/en/site/post_share/view/58703).

- Ferlay, J., Ervik, M., Lam, F., Colombet, M., Mery, L., Piñeros, M., Znaor, A., Soerjomataram, I., & Bray, F. (2018). *Global cancer Observatory: Cancer today*. Lyon, France: international agency for research on cancer.
- Gonsalves, W. C., Wrightston, A. S., & Henry, R. G. (2008). Common oral conditions in older persons. *American family Physician*, 78(7), 845-852.
- Government of the Hong Kong Special Administrative Region. (2016). *Hong Kong Poverty Situation Report 2015*. Retrieved March 10, 2020, from [http://www.povertyrelief.gov.hk/pdf/poverty\\_report\\_2015\\_e.pdf](http://www.povertyrelief.gov.hk/pdf/poverty_report_2015_e.pdf) [Accessed December 2016]
- Han-A Cho, Ae-Jung Im, Yu-Ri Sim, Han-Byoel Jang, & Hee-Jung Lim. (2020). The association between oral health literacy and oral health behaviors in North Korean defectors. *BMC Public Health*, 8(3), 1-9.
- Health Data Center. (2020). *Service plan of dental public health at Uttaradit Provice*. Retrived October 5 2021, from [https://utt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat\\_id=db30e434e30565c12fbac44958e338d5](https://utt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=db30e434e30565c12fbac44958e338d5)
- Health Data Center. (2021). *Service plan of dental public health at Uttaradit Provice*. Retrived October 5 2021, from [https://utt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat\\_id=db30e434e30565c12fbac44958e338d5](https://utt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=db30e434e30565c12fbac44958e338d5)
- Health Education Division. (2011). *Health literacy*. Bangkok: New Plain Printing (Thailand).
- Health Systems Research Institute. (1998). *Health Promotion Thesaurus Pisamai Chandawimol*. Nonthaburi: Ministry of Public Health
- Horowitz, A. M., & Kleinman, D. V. (2012). Oral health literacy: A pathway to reducing oral health disparities in Maryland. *Journal of public health dentistry*, 72, S26-S30.
- International Agency for Research on Cancer, Global Cancer Observatory. (2020). *Lip, oral cavity*. Retrieved March 10, 2020, from <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/1-Lip-oral-cavity-fact->

sheet.pdf

- Israel, B. A. (1985). Social networks and social support: implications for natural helper and community level interventions. *Health Education Quarterly*, 12(1), 65-80.
- Kaewdamkerng, K. (2018). *Health literacy: access, understanding and application*, Amarin. Bangkok: Mahidol.
- Kickbusch, I. S. (2001). Health literacy: Addressing the health and education divide. *Health promotion international*, 16(3), 289-297.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling (3. Baski)*. New York, NY: Guilford.
- Krisadapong, S. (2014). *Oral Health Related Quality of Life*. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House.
- Lamster, I. B., Lalla, E., Borgnakke, W. S., & Taylor, G. W. (2008). The relationship between oral health and diabetes mellitus. *The Journal of the American Dental Association*, 139, 19S-24S.
- Lock, M., Scheper-Hughes, N. (1990). A critical-interpretive approach in medical anthropology: Rituals and routines of discipline and dissent. In Sargent, C., Johnson, T. M. (Eds.), *The handbook of medical anthropology: Contemporary theory and method* (pp. 47-73). New York: Greenwood Press.
- Malee, S. (2018). Know the elderly society and The situation of the elderly in Thailand. *Civil Service Journal*, 60(4), 5-8.
- Mancuso, J. M. (2009). Assessment and measurement of health literacy: an integrative review of the literature. *Nursing & Health Sciences*, 11(1), 77-89.
- Martragul, A., Hunsrisakhun, J. & Watanapa, A. (2017). Factors Related with The Oral Hygiene Care for Bedridden Elders by Family Caregivers in Krabi. The National and International Graduate Research Conference 2017, 813-825.
- Mehrtash, H., Duncan, K., Parascandola, M., David, A., Gritz, E. R., Gupta, P. C., Mehrotra, R., Nordin, A. S. A., Pearlman, P. C., & Warnakulasuriya, S. (2017). Defining a global research and policy agenda for betel quid and areca nut. *The Lancet Oncology*, 18(12), e767-e775.
- National Cancer Institute. (2016). *Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) Program: Oral Cavity and Pharynx Cancer*. Retrieved May 1, 2019, from

<http://seer.cancer.gov/statfacts/html/oralcav.html#externalicon>

- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Petersen, P. E., & Kwan, S. (2010). The 7th WHO Global Conference on Health Promotion-towards integration of oral health (Nairobi, Kenya 2009). *Community Dent Health*, 27(Suppl 1), 129-136.
- Phudphong, S. (2020). Factors Related to Oral and Dental Health Care Behaviors of the Elderly in Muang Sam Sip District, Ubon Ratchathani Province. *Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong*, 4(1), 101-118.
- Pilisuk, M. (1982). Delivery of social support: the social inoculation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(1), 20.
- Prasertsom, P. (2005). Oral health situation of the elderly. *Thai Dental Public Health Journal*, 10(1-2), 73-78.
- Prasertsom, P., Dalodom, S., & Vejmethi, W. (2021). *Guidelines for the provision of oral health care and prevention services in Elderly for dental personnel*. Bangkok: Sam Charoen Panich.
- Preventive Medicine Division Davy Midical Department. (2005). *Preventive Medicine Guide*. Bangkok: Preventive Medicine Division Davy Midical Department.
- Rodsawaeng, S. (2016). *Factors related to oral health care behavior of the elderly in Thung Thong Subdistrict, Nong Bua District, Nakhon Sawan Province* (Master's Thesis's). Phitsanulok: Naresuan University.
- Sistani, M. M. N., Virtanen, J., Yazdani, R., & Murtomaa, H. (2017). Association of oral health behavior and the use of dental services with oral health literacy among adults in Tehran, Iran. *European Journal of Dentistry*, 11(02), 162-167.
- Subbowon, U. (2019). Oral Health Care Behaviors among the Elderly in Nakhonchaisi Sub-district, Nakhonchaisi District, Nakhon Pathom. *Region 4-5 Medical Journal*, 38(4), 244-255.

- Suphunnakul, P. (2020). *Applied Statistics for Public Health Research* (2nd ed.). Phitsanulok: Naresuan University Publishing House.
- Suraseranivong, R. (2018). Oral cavity in elderly. *Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital*, 14(1), 87-100.
- Thai Public Health. (2001-2004). *Situations and trends of factors related to health*. Retrieved October 5 2019, from [https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/thp2007/THP2007\\_5thai.pdf](https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/thp2007/THP2007_5thai.pdf)
- Thanakhun, S., & Phimonbutr, K. (2017). *Soft tissue disease*. Retrieved October 5 2019, from <https://dt.mahidol.ac.th/Soft tissue disease/>
- Thasanapirom, T. (2016). *Common risk factor approach*, 32(5). Retrieved October 5 2019, from <https://dt.mahidol.ac.th/th/wp-content/uploads/2017/09/377-CRFA.pdf>
- Thongpraditchot, S. (2012). *Digestive system*. Retrieved October 5 2019, from [http://healthydee.moph.go.th/view\\_article.php?id=1429](http://healthydee.moph.go.th/view_article.php?id=1429).
- Turner, M. D., & Ship, J. A. (2007). Dry mouth and its effects on the oral health of elderly people. *The Journal of the American Dental Association*, 138, S15-S20.
- Ueno, M., Takeuchi, S., Oshiro, A., & Kawaguchi, Y. (2013). Relationship between oral health literacy and oral health behaviors and clinical status in Japanese adults. *Journal of Dental Sciences*, 8(2), 170-176.
- UNESCO. (2010). *Principal Regional Office for Asia and Pacific, Literacy in Asia and the Pacific*. Bangkok: UNESCO Asia and Pacific Regional Bureau for Education.
- Uttaradit Province Public Health Office. (n.d.). *Uttaradit Public Health Data*. Retrieved October 5 2020, from [https://utt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat\\_id=db30e434e30565c12fbac44958e338d5](https://utt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=db30e434e30565c12fbac44958e338d5)
- Weerasai, B. (1977). *Sociology-Anthropology*. Bangkok: Ramkhamhaeng.
- Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. *Jama*, 273(1), 59-65.
- Wimardhani, Y. S., Wiryatmodjo, A. P., Sitepu, C. A., Nudiantari, D., Soegyanto, A. I., Rahmayanti, F., Wardhany, I. I., Rahardjo, A., & Maharani, D. A. (2018). Oral health literacy among adults in Jakarta, Indonesia. *Journal of Stomatology*,

71(5), 392-399.

World Health Organization. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364.

World Health Organization. (1998). *Health promotion Glossar*. Geneva: WHO Publications.

World Health Organization. (2018). *Tobacco and Oral Health*. Retrieved January 30 2021, from

[https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/369653/Fact-Sheet-on-Tobacco-and-Oral-Health-2018-eng.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/369653/Fact-Sheet-on-Tobacco-and-Oral-Health-2018-eng.pdf)

World Health Organization. (2020). *Oral Health*. Retrieved January 30 2021, from [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB148/B148\\_8-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_8-en.pdf)

World Health Organization. (2021). *Oral Health*. Retrieved January 30 2021, from [https://www.who.int/health-topics/oral-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/oral-health#tab=tab_1)







ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยนครพนม

ภาคผนวก ก ข้อมูลผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและหน่วยงาน	คุณวุฒิ/สาขาวิชา
1	นายสุรียา รักเจริญ	ทันแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพาท่า จังหวัดอุดรดิตถ์	- ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต - สาธารณสุขศาสตรมหา บัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)
2	นางสาวอนุสรรา สี หนาท	อาจารย์ คณะสาธารณสุข ศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์	Ph.D. (Occasional Health and Safety) วท.บ.(แพทยแผนไทย ประยุกต์)
3.	นายสงศักดิ์ สุขสันต์	วิทยาจารย์ชำนาญการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก	สาธารณสุขดุขฎิบัณฑิต (สาธารณสุข) สาธารณสุขมหาบัณฑิต (สาธารณสุข) สาธารณสุขบัณฑิต (สาธารณสุข)

ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม

เลขที่ รพสต.

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัย (50 - 59 ปี) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้สุขภาพช่องปาก แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50 - 59 ปี) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านไว้เป็นความลับจะนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งจะมีการทำลายข้อมูลทั้งหมดหลังการวิจัยเสร็จสิ้น ภายใน 1 ปี และขอรับรองว่าจะไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่ประการใด ผู้วิจัยจึงขอความกรุณาจากผู้ตอบแบบสอบถามได้โปรดตอบแบบสอบถามทุกข้อให้ตรงกับความเป็นจริงและตรงกับตัวท่านมากที่สุด

แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	จำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน 30 ข้อ
ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 5 ข้อ
ส่วนที่ 4 พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก	จำนวน 15 ข้อ

อรณพร ผาเจริญ

นิสิตสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หน้าข้อความหรือเติมลงในช่องว่าง

1. เพศ  1. ชาย  2. หญิง
2. ระดับการศึกษาสูงสุด
  - 1. ไม่ได้เรียน  2. ประถมศึกษา  3. มัธยมศึกษา  4. ปวช./ปวส.
  - 5.ปริญญาตรี  6.ปริญญาโท  7. อื่นๆ ระบุ.....
3. อาชีพหลัก
  - 1. ว่างาน  2. ข้าราชการ
  - 3. พนักงานเอกชน  4. พนักงานของรัฐ
  - 5. ทำไร่/ทำนา  6. รับจ้างทั่วไป
  - 7. อื่นๆ ระบุ.....
4. สถานภาพสมรส
  - 1. โสด  2. สมรส  3. หม้าย / หย่า / แยก
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ..... บาท
6. การเข้าถึงอินเทอร์เน็ต
  - 6.1 ท่านมีอุปกรณ์ในข้อใดต่อไปนี้ในการเข้าใช้งานอินเทอร์เน็ต (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
    - 1. มือถือ  2. แท็บเล็ต
    - 3. คอมพิวเตอร์  4. อื่นๆ ระบุ.....
  - 6.2 ความสามารถในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต
    - 1. ไม่สามารถใช้งานอินเทอร์เน็ตได้
    - 2. มีคนอื่นช่วยในการใช้งานอินเทอร์เน็ต
    - 3. สามารถเข้าใช้งานอินเทอร์เน็ตได้ด้วยตนเอง
7. แหล่งที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพช่องปาก
  - 1. โทรทัศน์/วิทยุ  2. เอกสาร/แผ่นพับ
  - 3. ทันตบุคลากร/เจ้าหน้าที่  4. อื่นๆ ระบุ...

## ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก

คำชี้แจง โปรดตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  ที่ตรงกับตัวท่าน

ข้อที่	ความรู้ทางด้านสุขภาพ	ระดับความเป็นจริง				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก</b>						
1.	ท่านรู้และเข้าใจคำอธิบายเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก เช่น “ฟันผุทะลุโพรงประสาทฟัน โรคเหงือกอักเสบ” เป็นต้น					
2.	ท่านอ่านคำแนะนำในคู่มือต่าง ๆ เกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างเข้าใจ เช่น แปรงฟันโดยวิธีขยับปัด ด้วยสูตร 2-2-2 เป็นต้น					
3.	ท่านทราบปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก และหลีกเลี่ยงได้ เช่น ทานอาหารหวาน เหนียว ทำให้เกิดโรคฟันผุง่ายขึ้น ท่านจึงหลีกเลี่ยงการรับประทานของหวาน เหนียว เป็นต้น					
4.	ท่านสามารถรู้และเข้าใจวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างถูกวิธี ที่เผยแพร่ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เช่น คลิปวิดีโอการแปรงฟันที่ถูกวิธี ด้วยวิธีขยับปัด การทำความสะอาดฟันเทียม					
5.	ท่านรู้และเข้าใจว่าพฤติกรรมใดที่เสี่ยงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก เช่น การใช้ฟันเปิดฝาขวดหรือภาชนะทำให้ฟันแตกได้ เป็นต้น					
<b>การเข้าถึงข้อมูล และบริการเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก</b>						
6.	เมื่อท่านสังเกตเห็นรูสีดำบริเวณฟัน และรู้สึกเสียวฟัน ตอนดื่มน้ำเย็น ท่านต้องการทราบสาเหตุ ท่านจะค้นหาข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ถึงการรักษานี้ได้					
7.	ท่านสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดโรคในช่องปากได้ จากบุคคลผู้รู้ สื่อออนไลน์ผ่านอินเทอร์เน็ต อุปกรณ์มือถือ					



ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (ต่อ)

ข้อ ที่	ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ	ระดับความเป็นจริง				
		มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
8.	ท่านสามารถค้นหาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคในช่องปาก การดูแลสุขภาพช่องปากได้ด้วยตนเอง					
9.	หากท่านต้องการคำแนะนำในรักษาโรคในช่อง ท่านสามารถไปพบทันตบุคลากร หรือผู้ให้บริการทางสุขภาพช่องปากได้					
10.	ท่านสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้เกี่ยวกับการป้องกันปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคในช่องปาก เช่น การบริโภคอาหารหวาน การใส่ฟันเทียมถาวร เป็นต้น					
<b>ทักษะการสื่อสาร การดูแลสุขภาพช่องปาก</b>						
11.	ท่านสามารถอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพช่องปากของท่านให้ทันตบุคลากร หรือคนอื่น รับรู้และเข้าใจได้					
12.	ท่านกล้าที่จะซักถามสิ่งที่ท่านเป็นกังวลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพช่องปากกับทันตบุคลากรได้					
13.	ท่านสามารถติดต่อขอข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลและการป้องกันการเกิดโรคในช่องปากกับผู้รู้ด้านทันตสุขภาพ					
14.	ท่านสามารถสื่อสาร บอกต่อข้อมูลความรู้ และประสบการณ์เรื่องโรคในช่องปาก เช่น โรคฟันผุ เหงือกอักเสบ เป็นต้น					
15.	ท่านสามารถขอคำปรึกษา หรือแลกเปลี่ยนความคิดกับทันตบุคลากร เพื่อให้ได้รับข้อมูลหรือการบริการเกี่ยวกับวิธีการดูแล และป้องกันการเกิดโรคในช่องปากของท่าน					

## ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (ต่อ)

ข้อ ที่	ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ	ระดับความเป็นจริง				
		มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
<b>ทักษะการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก</b>						
16.	ท่านดูแลและป้องกันการเกิดโรคในช่องปากของตนเอง เช่น ตรวจสอบสุขภาพช่องปากทุกปี แปรงฟันเวลาเช้าและก่อนนอน					
17.	ถึงแม้ว่าท่านจะยุ่ง ไม่มีเวลาว่าง แต่ท่านก็ยังสามารถพบทันตบุคลากรเพื่อตรวจสอบสุขภาพช่องปาก อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ได้					
18.	ถึงแม้ท่านจะเหลือฟันในช่องปากน้อย ท่านก็แปรงฟันและแปรงลิ้นเหมือนปกติทุกครั้ง					
19.	ท่านเลือกที่จะเข้าร่วมกิจกรรมที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น กิจกรรมฝึกทักษะการแปรงฟัน และใช้ไหมขัดฟันที่ถูกต้องวิธี เป็นต้น					
20.	ท่านจะสังเกตความผิดปกติของสุขภาพช่องปาก โดยไม่ปล่อยให้มีอาการเรื้อรังหรือมีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้ เช่น ฟันผุทะลุโพรงประสาทฟัน ปวด บวม เกิดหนอง มีหินน้ำลายที่ฟัน					
<b>การรู้เท่าทันสื่อเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก</b>						
21.	ท่านจะเปรียบเทียบข้อมูลการบริการทางทันตกรรม ที่รับรู้มาจากแหล่งต่าง ๆ ก่อนตัดสินใจเชื่อ เช่น ท่านเลือกสถานบริการทันตกรรม จากปัจจัยต่าง ๆ ได้ ไม่ว่าจะเป็นราคา ความสะดวก รวดเร็ว หรือผู้รักษา เป็นต้น					

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (ต่อ)

ข้อ ที่	ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ	ระดับความเป็นจริง				
		มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
22.	ท่านหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาทางทันตกรรม เช่น การถอนฟัน รักษาโรคฟัน ทำฟันเทียม จากใน อินเทอร์เน็ต แหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ หรือสอบถามผู้เชี่ยวชาญโดยตรง ก่อนเชื่อและปฏิบัติตาม					
23.	เมื่อท่านเห็นโฆษณาสินค้าเกี่ยวกับการลดการเกิด เหงือกอักเสบ ป้องกันการเกิดฟันผุ ลดกลิ่นปาก ลด อาการเสียวฟัน ท่านจะหาข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อประเมิน ความน่าเชื่อถือของสินค้านั้นก่อนตัดสินใจซื้อ					
24.	เมื่อท่านมีโอกาสได้ฟังการอบรมเกี่ยวกับการให้ความรู้ การเกิดโรคในช่องปาก แล้วเกิดความสงสัย ท่านจะ สอบถามก่อนตัดสินใจที่จะเชื่อและปฏิบัติตาม					
25.	ท่านวิเคราะห์ข้อดีข้อเสีย เพื่อเลือกรับข้อมูลเกี่ยวกับ โรคในช่องปากและวิธีการดูแลสุขภาพช่องปาก จากสื่อ หรือคนอื่น ๆ ก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อและปฏิบัติตาม					
<b>การตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก</b>						
26.	ท่านจะหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาโรคในช่องปาก แต่ละวิธีมาเปรียบเทียบกัน ก่อนตัดสินใจเข้ารับการรักษาทางทันตกรรม					
27.	ท่านรู้ว่าจะหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างไร เพื่อมายืนยันความถูกต้องของข้อมูล ก่อนที่จะเชื่อและปฏิบัติตาม					
28.	เมื่อท่านมีความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ท่านจะ เลือกลงไปพบทันตบุคลากรเพื่อขอคำแนะนำ โดยไม่ ปลอ่ยให้หายเอง หรือซื้อยามารับประทานเอง					

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (ต่อ)

ข้อ ที่	ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ	ระดับความเป็นจริง				
		มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
29.	เมื่อท่านได้รับข้อมูลด้านสุขภาพช่องปากจากหลายแหล่ง ท่านสามารถตัดสินใจนำข้อมูล ที่น่าเชื่อถือและวิธีการที่เหมาะสมไปใช้เป็นแนวทางการรักษาสุขภาพช่องปากของตนเอง และแนะนำคนอื่นได้					
30.	เมื่อท่านไปเลือกซื้ออุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก เช่น แปรงสีฟัน ยาสีฟัน ท่านจะเลือกซื้อโดยอ่านฉลากคำแนะนำ ให้เหมาะสมกับสุขภาพช่องปากท่านเองก่อน					

### ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  ที่ตรงกับตัวท่าน

ข้อที่	แรงสนับสนุนทางสังคม	ระดับความเป็นจริง		
		ได้รับเป็นประจำ	ได้รับบางครั้ง	ไม่เคยได้รับ
1.	เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับกำลังใจจากแหล่งข้อมูลต่อไปนี้ ในระดับใด			
	1.1 บุคคลในครอบครัว			
	1.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
	1.3 อสม.			
	1.4 เพื่อน			
2.	เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับคำแนะนำจากแหล่งข้อมูลต่อไปนี้ ในระดับใด			
	2.1 บุคคลในครอบครัว			
	2.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
	2.3 อสม.			
	2.4 เพื่อน			
3.	ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับวิธีการแปรงฟัน และการดูแลช่องปากอย่างถูกวิธี จากแหล่งข้อมูลต่อไปนี้ ในระดับใด			
	3.1 บุคคลในครอบครัว			
	3.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
	3.3 อสม.			
	3.4 เพื่อน			
4.	เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ท่านได้รับการช่วยเหลือดูแล จากแหล่งข้อมูลต่อไปนี้ ในระดับใด			
	4.1 บุคคลในครอบครัว			
	4.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
	4.3 อสม.			
	4.4 เพื่อน			



## ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม (ต่อ)

ข้อที่	แรงสนับสนุนทางสังคม	ระดับความเป็นจริง		
		ได้รับเป็นประจำ	ได้รับบางครั้ง	ไม่เคยได้รับ
5.	ท่านได้รับ <u>แรงกระตุ้น</u> ในการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยการไปพบทันตบุคลากรเป็นประจำทุกปี จากแหล่งข้อมูลต่อไปนี้ ในระดับใด			
	5.1 บุคคลในครอบครัว			
	5.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
	5.3 อสม.			
	5.4 เพื่อน			

#### ส่วนที่ 4 พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก

คำชี้แจง โปรดตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  ที่ตรงกับตัวท่าน  
 ปฏิบัติประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความที่ระบุเป็นการประจำ  
 ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความที่ระบุเป็นบางครั้ง  
 ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความที่ระบุเลย

ข้อ ที่	พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก	การปฏิบัติ		
		ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
1.	ท่านแปรงฟันในแต่ละครั้งนาน อย่างน้อย 2 นาที			
2.	ท่านใช้แปรงสีฟันร่วมกับบุคคลในครอบครัว และบุคคลอื่น			
3.	ท่านเปลี่ยนแปรงสีฟัน เมื่อขนแปรงสีฟันฟู หรือ บานออก			
4.	ท่านทำความสะอาดช่องปาก ด้วยการใช้ไหมขัดฟันแปรงซอกฟัน			
5.	ท่านแปรงฟันไปถูมาแรงๆ			
6.	ท่านใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ในการทำความสะอาดช่องปาก			
7.	ท่านใช้ฟันในการเปิดขวด แกะภาชนะ ฉีกพลาสติก หรือผลิตภัณฑ์ต่างๆ			
8.	เมื่อท่านมีอาการปวดฟัน ท่านจะรอให้อาการปวดหายไปเอง			
9.	เมื่อท่านพบว่า มีฟันผุ เป็นรู หรือมีฟันสึก ท่านจะปล่อยให้ไม่ไปรักษา จนกว่าจะมีอาการ			
10.	เมื่อท่านสังเกตหรือรู้สึกถึงความผิดปกติภายในช่องปาก ท่านจะมาพบทันตบุคลากร			
11.	ท่านรับประทานอาหารระหว่างมื้ออาหาร กินจุบจิบ อาหารที่มีรสหวาน เหนียวติดฟัน			
12.	ในอดีต หรือปัจจุบันท่านสูบบุหรี่			
13.	ท่านบ้วนปากด้วยน้ำเปล่า หลังรับประทานอาหารขนมหวาน หรือน้ำหวาน			
14.	ท่านดื่มน้ำเปล่า แทนน้ำอัดลม น้ำหวาน ชา หรือ กาแฟ			
15.	ท่านตรวจดูความสะอาด ความผิดปกติของเหงือก และฟันด้วยตัวเอง			

## ภาคผนวก ค เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานอธิการบดี กองการวิจัยและนวัตกรรม งานจัดการมาตรฐานฯ โทร.8642

ที่ ฮว 0603.01.13(1)/NL-HRB 0313 วันที่ 09 กุมภาพันธ์ 2565

เรื่อง ผลการประเมินด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เรียน นางสาวอรอนพร ผาเจริญ : นิสิตระดับปริญญาโท (รองศาสตราจารย์ ดร.ปัทมา สุพรรณกุล  
: อาจารย์ที่ปรึกษา) สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์

ตามที่ ท่านได้เสนอโครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ของประชากรก่อนสูงวัย (50 -59 ปี) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ (หมายเลขโครงการ : P2-0409/2564) มายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อขอรับพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ นั้น

ในการนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ได้พิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าวแล้ว และ มีมติ รับรอง แบบเร่งรัด ซึ่งมีเอกสารที่รับรองดังนี้

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 25 พฤศจิกายน 2564
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 25 พฤศจิกายน 2564
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 25 พฤศจิกายน 2564
4. AF 04-10 (สำหรับกลุ่มประชากรศึกษาจริง/ สำหรับกลุ่มทดสอบเครื่องมือ) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 05 มกราคม 2565
5. AF 05-10 (สำหรับกลุ่มประชากรศึกษาจริง/ สำหรับกลุ่มทดสอบเครื่องมือ) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 05 มกราคม 2565
6. สรุปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 02 กุมภาพันธ์ 2565
7. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 29 พฤศจิกายน 2564
8. ประวัติผู้วิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 29 พฤศจิกายน 2564
9. แบบสอบถาม เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 29 พฤศจิกายน 2564
10. รายละเอียดงบประมาณ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 29 พฤศจิกายน 2564

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และพิจารณาดำเนินการตามข้อปฏิบัติสำหรับนักวิจัยที่ระบุไว้ด้านหลังของใบรับรอง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนวัลย์ ตาคี)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์  
มหาวิทยาลัยนเรศวร



ประกาศบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
เรื่อง อนุมัติให้มีสิทธิระดับปริญญาโทดำเนินการทำวิจัย  
ครั้งที่ ๓๘/๒๕๖๕

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้ นางสาวอรณพร ผาเจริญ รหัสประจำตัว ๖๓๐๖๓๐๑๙ มีสิทธิระดับปริญญาโท  
หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ดำเนินการทำวิจัยตามโครงร่าง  
วิทยานิพนธ์ที่เสนอ

เรื่อง ภาษาไทย	"ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัย (๕๐ - ๕๙ ปี) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์"
ภาษาอังกฤษ	"FACTORS INFLUENCING ORAL HEALTH CARE BEHAVIORS AMONG THE PRE-AGING (50 – 59 YEARS) IN MUANG DISTRICT, UTTARADIT PROVINCE"
โดยมี	รองศาสตราจารย์ ดร.ปัทมา สุพรรณกุล เป็นประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๖๕

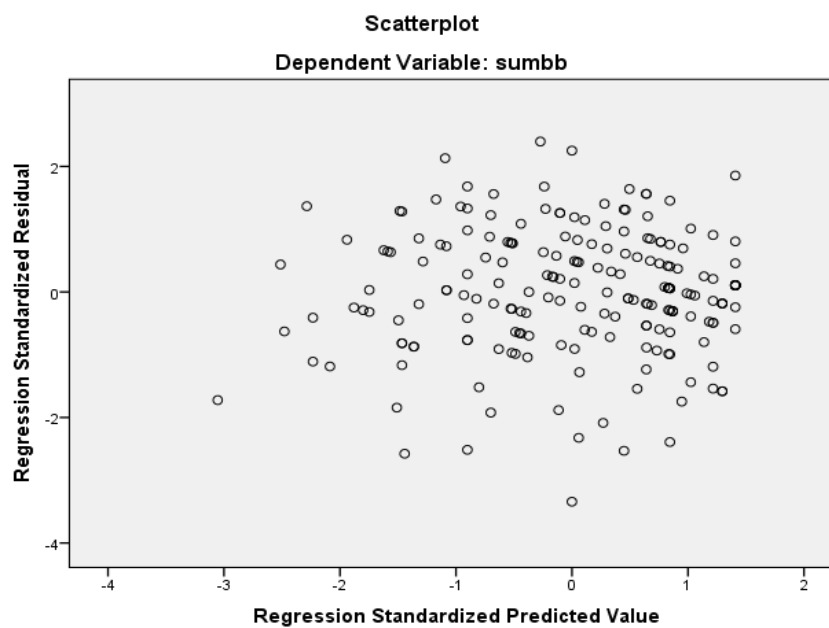
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรรองกาญจน์ ชูทิพย์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผลการวิเคราะห์ความถดถอยด้วยวิธี Stepwise นำมาทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumptions) ดังนี้

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	26.93	33.70	31.56	1.517	200
Residual	-9.559	6.854	.000	2.839	200
Std. Predicted Value	-3.054	1.408	.000	1.000	200
Std. Residual	-3.342	2.396	.000	.992	200

a. Dependent Variable: sumbb

1. มีค่า Mean มีค่าน้อยกว่า 0.001 และ S.D. เท่ากับ 0.992 ซึ่งมีค่าเข้าใกล้ 1 อธิบายได้ว่าค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ





2. ค่าความแปรปรวนของค่าความเคลื่อนที่มีค่าคงที่ เนื่องจากมีการกระจายแบบแผนคงที่ (Homoscedasticity)

**Model Summary<sup>d</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.392 <sup>a</sup>	.153	.149	2.969	.153	35.888	1	198	.000	
2	.446 <sup>b</sup>	.199	.190	2.896	.045	11.093	1	197	.001	
3	.471 <sup>c</sup>	.222	.210	2.860	.023	5.919	1	196	.016	1.645

a. Predictors: (Constant), health

b. Predictors: (Constant), health, SMe

c. Predictors: (Constant), health, SMe, VHV

d. Dependent Variable: sumbb

3. ค่า Durbin-Watson มีค่าเท่ากับ 1.645 อธิบายได้ว่าค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	25.725	.996		25.817	.000		
	health	.464	.077	.392	5.991	.000	1.000	1.000
2	(Constant)	23.842	1.124		21.205	.000		
	health	.328	.086	.277	3.825	.000	.775	1.291
	SMe	.300	.090	.241	3.331	.001	.775	1.291
3	(Constant)	23.187	1.143		20.290	.000		
	health	.238	.092	.201	2.578	.011	.651	1.536
	SMe	.291	.089	.234	3.274	.001	.774	1.293
	VHV	.171	.070	.173	2.433	.016	.789	1.268

a. Dependent Variable: sumbb

4. ค่า VIF (Variance Inflation Factors) มีค่าเท่ากับ 1.268 และ Tolerance มีค่าเท่ากับ 0.789 อธิบายได้ว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล นางสาวอรรณพร ผาเจริญ  
วัน เดือน ปี เกิด  
ที่อยู่ปัจจุบัน  
ที่ทำงานปัจจุบัน กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์  
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน นักวิชาสาธารณสุขปฏิบัติการ  
ประสบการณ์การทำงาน พ.ศ. 2562 นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) กลุ่มงานทันตกรรม  
โรงพยาบาลอุดรดิตถ์  
ประวัติการศึกษา พ.ศ. 2562 ส.บ. (ทันตสาธารณสุข) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด  
พิษณุโลก

