



การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ  
ช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย

พันธันภา จิตตมณี

คุณฐิณีพันธันนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ  
ช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย



พันธันภา จิตติมณี

คุณูปนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

DEVELOPMENT OF ORAL HEALTH LITERACY PROMOTION PROGRAM ON ORAL  
HEALTH BEHAVIOR AND ORAL HEALTH STATUS AMONG THAI ELDERLY  
IN REGION 6 HEALTH PROFILE, THAILAND



PANNAPA JITTIMANEE

A DISSERTATION SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF  
THE REQUIREMENTS FOR DOCTOR DEGREE OF PHILOSOPHY  
IN HEALTH EDUCATION AND HEALTH PROMOTION  
FACULTY OF PUBLIC HEALTH

BURAPHA UNIVERSITY

2025

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมคฤณีนิพนธ์และคณะกรรมการสอบคฤณีนิพนธ์ได้พิจารณาคฤณีนิพนธ์ของ พันธน์ภา จิตติมณี ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปรัชญาคฤณีบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมคฤณีนิพนธ์

คณะกรรมการสอบคฤณีนิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภา มหารัษพงค์)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปาจริย์ อับดุลลากาซิม)

..... ประธาน  
(ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ศาสตรี เสาวคนธ์)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภา มหารัษพงค์)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปาจริย์ อับดุลลากาซิม)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เสาวนีย์ ทองนพคุณ)

..... กรรมการภายนอก

มหาวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย)

..... คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. ยุวดี รอดจากภัย)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับคฤณีนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปรัชญาคฤณีบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิทวัส แจ่มเอียด)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

62810079: สาขาวิชา: สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ; ปร.ค. (สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก/ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก/ สภาวะสุขภาพช่องปาก/ ผู้สูงอายุ

พันธันภา จิตติมณี : การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย. (DEVELOPMENT OF ORAL HEALTH LITERACY PROMOTION PROGRAM ON ORAL HEALTH BEHAVIOR AND ORAL HEALTH STATUS AMONG THAI ELDERLY IN REGION 6 HEALTH PROFILE, THAILAND) คณะกรรมการควบคุมคุณภาพนิพนธ์: นิภา มหารัชพงศ์, Ph.D., ปาจริย์ อับดุลลาฮาซิม, Ph.D. ปี พ.ศ. 2568.

การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย มี 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จำนวน 385 คน ระยะที่ 2 ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ โดยวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุจำนวน 70 คน ซึ่งจำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 35 คน

ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และ อายุเฉลี่ย  $64.78 \pm 3.03$  ปี มีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร มีรายได้พอดีกับรายจ่าย มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่มีโรคความดันโลหิต ไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน เมื่อสำรวจด้านพฤติกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 85.7 ผู้สูงอายุที่ยังคงเคี้ยวหมากมีอยู่เพียงร้อยละ 4.2 และพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 19 ที่ยังคงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้านการได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากพบว่า การรับความรู้ผ่านบุคลากรสาธารณสุขเป็นช่องทางหลักของกลุ่มผู้สูงอายุ รองลงมาคือ จากโทรทัศน์ และจากช่องทางออนไลน์ ผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากภาพรวมทุกองค์ประกอบของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในระดับดี จำนวน 108 คน ร้อยละ 28.1 ระดับไม่ดี จำนวน 95 คน ร้อยละ 24.7 ระดับพอใช้ จำนวน 92 คน ร้อยละ 23.9 และระดับดี

มาก จำนวน 90 คน ร้อยละ 23.4 เมื่อพิจารณาองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากรายด้าน พบว่าด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปาก ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปาก ด้านการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปาก ด้านการจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปาก และด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับไม่เพียงพอ ผลการสำรวจพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับดี จำนวน 108 คน ร้อยละ 28.1 ระดับพอใช้ จำนวน 95 คน ร้อยละ 24.7 ระดับดีมาก จำนวน 93 คน ร้อยละ 24.1 และระดับไม่ดี จำนวน 89 คน ร้อยละ 23.1 สภาวะสุขภาพช่องปาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ และมีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ ร้อยละ 35.8 สถานการณ์การสูญเสียฟันทั้งปากในกลุ่มตัวอย่าง พบร้อยละ 9.5 ปัจจัยระดับการศึกษา และการได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก และองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก 2 องค์ประกอบ ได้แก่ด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปากและด้านการจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่ดีของผู้สูงอายุ ปัจจัยอายุและการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปาก และด้านการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีของผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 ผลของ โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 70 คน ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มทดลอง เพิ่มขึ้นและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ส่วนสภาวะสุขภาพช่องปากไม่แตกต่างกันกับกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.160$ ) ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกัน แสดงถึงความคงอยู่ของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีในระยะติดตามผลหลังการเข้ารับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก

62810079: MAJOR: HEALTH EDUCATION AND HEALTH PROMOTION; Ph.D.  
(HEALTH EDUCATION AND HEALTH PROMOTION)

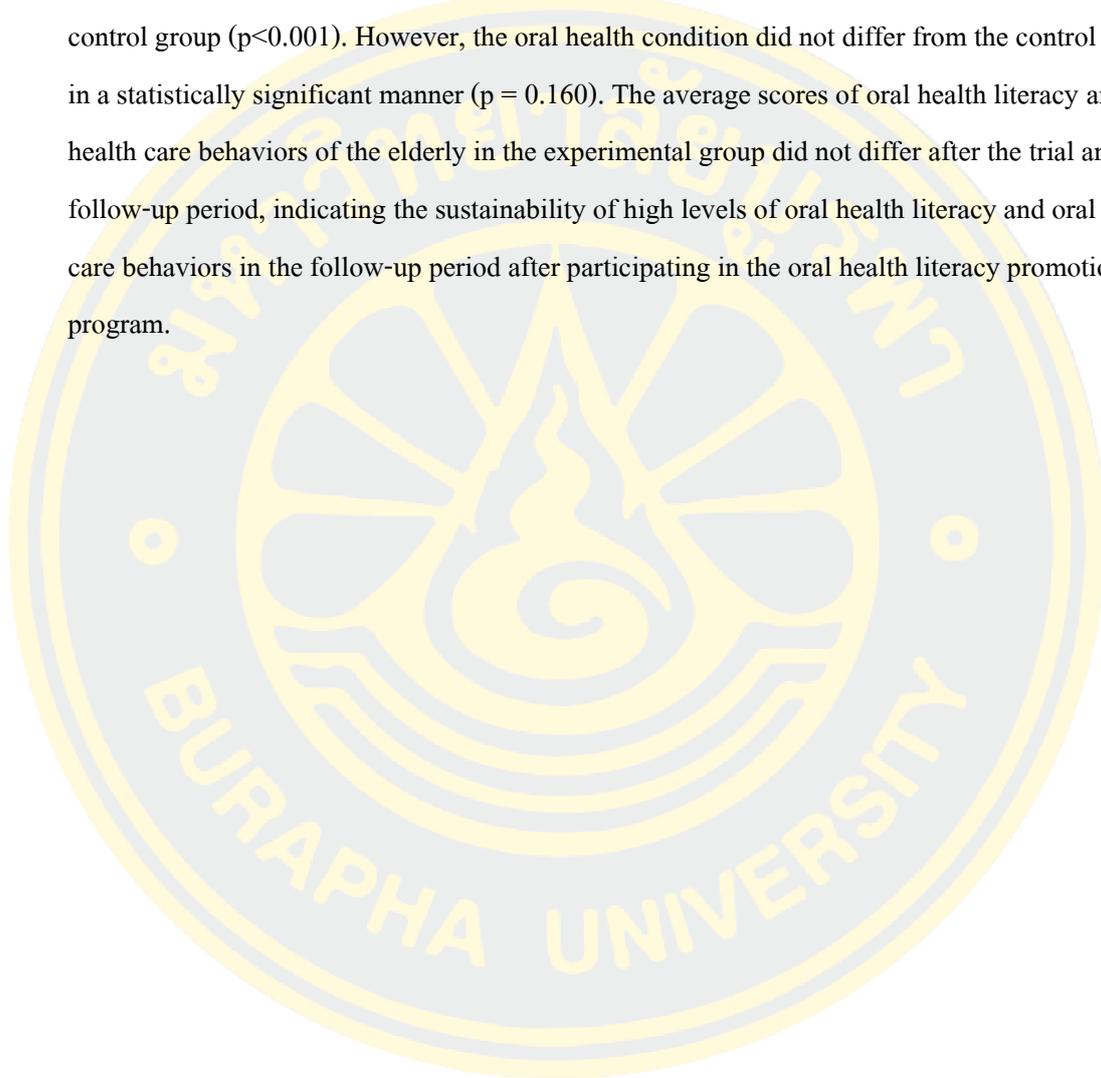
KEYWORDS: ORAL HEALTH LITERACY/ ORAL HEALTH BEHAVIOR/ ORAL  
HEALTH STATUS/ ELDERLY

PANNAPA JITTIMANEE : DEVELOPMENT OF ORAL HEALTH LITERACY  
PROMOTION PROGRAM ON ORAL HEALTH BEHAVIOR AND ORAL HEALTH STATUS  
AMONG THAI ELDERLY IN REGION 6 HEALTH PROFILE, THAILAND. ADVISORY  
COMMITTEE: NIPA MAHARACHPONG, Ph.D. PAJAREE ABDULLAKASIM, Ph.D. 2025.

This study, development of a program to promote oral health literacy and its impact on oral health care behaviors and oral health status among the elderly in Health Region 6 of Thailand consists of two phases. Phase 1 involves studying the oral health literacy, oral health care behaviors, and oral health status of the elderly, as well as examining the factors associated with their oral health care behaviors and oral health status, with a sample size of 385 individuals. Phase 2 focuses on investigating the effects of the oral health literacy promotion program for the elderly through a quasi-experimental study, aiming to enhance their oral health literacy, promote oral health care behaviors, and improve their oral health status.

In Phase 1, most of the sample were females aged 60-69 years, married, with an education level of primary school or lower, working as farmers, and having an income that matches their expenses. Most have chronic diseases, with hypertension, high cholesterol, and diabetes. They have received some knowledge about oral health, primarily from doctors, nurses, public health officials, and television. Their overall oral health literacy is insufficient, including access skill, cognitive skill, communication skill, self-management skill, media literacy skill and decision skill. Their oral health behaviors are rated poorly, with an average decayed, missing, and filled teeth (DMFT) score of 19.53 teeth per person. About 39.6% have received treatment with dentures. Education level and knowledge of oral health are correlated with the oral health behaviors of the elderly. Self-management skill and cognitive skill of oral health literacy are also related to the oral health behaviors of the elderly. Additionally, age and abstaining from alcohol are linked to better oral health conditions in the elderly, while media literacy and communication skill of oral health literacy are associated with the oral health status of the elderly.

Phase 2 was the outcome of the program to promote oral health literacy among the elderly involved a sample of 70 elderly participants. After participating in the program, it was found that the average scores of oral health literacy and the average scores of oral health care behaviors of the experimental group increased and were significantly higher than those of the control group ( $p < 0.001$ ). However, the oral health condition did not differ from the control group in a statistically significant manner ( $p = 0.160$ ). The average scores of oral health literacy and oral health care behaviors of the elderly in the experimental group did not differ after the trial and follow-up period, indicating the sustainability of high levels of oral health literacy and oral health care behaviors in the follow-up period after participating in the oral health literacy promotion program.



## กิตติกรรมประกาศ

คุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถจากบุคคลากรหลาย ๆ ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ในการอำนวยความสะดวกด้านสถานที่ อุปกรณ์ ตลอดจนช่วยเหลือและให้คำแนะนำเพื่อให้การเก็บ ข้อมูล และการเขียนคุษฎีนิพนธ์เป็นไปด้วยความราบรื่น

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณประธานกรรมการสอบคุษฎีนิพนธ์ ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ศาสตร์ เสาวคนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่มีประโยชน์ยิ่งสำหรับการปรับปรุงพัฒนางานวิจัย ของขอบพระคุณท่านกรรมการสอบ รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย และรองศาสตราจารย์ ดร. เสาวนีย์ ทองนพคุณ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ทำให้คุษฎีนิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และ ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภา มหารัชชพงศ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปจรรย์ อับดุลลาฮาซิม ที่ให้ความกรุณาเป็นที่ปรึกษาและให้ความช่วยเหลือชี้แนะแนวคิดจนสำเร็จตาม วัตถุประสงค์ที่ตั้งใจ และในระหว่างการดำเนินการหากมีอุปสรรค ก็ได้รับการช่วยเหลือ วางแผน ตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้เกิดการดำเนินการต่อไปได้ จนสำเร็จออกมาเป็นผลงานที่มีคุณภาพ ก่อเกิดองค์ความรู้ใหม่ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ต่อไป

ขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัย และกลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี และจังหวัดชลบุรี ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านจากหน่วยงานทันต สาธารณสุขดังกล่าวนี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ได้กรุณาประสิทธิ์ ประสาทความรู้ต่าง ๆ แก่ผู้วิจัย ให้การสนับสนุนในการศึกษาหลักสูตรปริญญาคุษฎีบัณฑิตครั้งนี้ นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณพี่เจ้าหน้าที่คณะสาธารณสุขศาสตร์ ที่คอยให้ความช่วยเหลือด้าน เอกสารต่าง ๆ รวมถึงรุ่นพี่ทุกท่านสำหรับคำแนะนำ

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณครอบครัว ที่มีส่วนในการให้กำลังใจ สนับสนุนอย่างเสมอ มาในทุกด้าน ทำให้สามารถดำเนินการทำคุษฎีนิพนธ์เล่มนี้เสร็จสมบูรณ์ด้วยดี

พันธันภา จิตติมณี

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ .....	ช
สารบัญ .....	ฌ
สารบัญตาราง .....	ฉ
สารบัญภาพ .....	๗
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
คำถามการวิจัย .....	4
วัตถุประสงค์ของงานวิจัย .....	4
สมมติฐานของการวิจัย .....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	6
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย .....	8
ขอบเขตของงานวิจัย .....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	11
ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ .....	12
ความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก .....	33
แนวทางการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ .....	60
บทที่ 3 วิธีการดำเนินงานวิจัย .....	68
รูปแบบของการวิจัย .....	68

ระยะการวิจัย.....	70
พื้นที่วิจัย.....	70
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	70
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	76
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ .....	84
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	87
สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	89
จริยธรรมการวิจัย และพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง .....	90
บทที่ 4 ผลการศึกษา .....	92
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษา ระยะที่ 1 .....	92
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษา ระยะที่ 2 .....	123
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	133
สรุปผลการวิจัย.....	134
อภิปรายผลการวิจัย.....	141
ข้อเสนอแนะ.....	147
บรรณานุกรม .....	149
ภาคผนวก .....	167
ภาคผนวก ก .....	168
ภาคผนวก ข .....	183
ภาคผนวก ค .....	194
ประวัติย่อของผู้วิจัย .....	203

## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุโดยแบ่งตามหลักการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living: ADL) .....	13
ตารางที่ 2 คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักวิชาการต่างประเทศ .....	34
ตารางที่ 3 สรุปกิจกรรมและรูปแบบการดำเนินการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ .....	63
ตารางที่ 4 การดำเนินการวิจัย ระยะที่ 2 .....	81
ตารางที่ 5 ผลการตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามการวิจัย .....	85
ตารางที่ 6 ผลการปรับมาตรฐานการตรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก .....	86
ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล (n = 385) .....	93
ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลพฤติกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก (n = 385) .....	95
ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลช่องทางการได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก (n = 385) .....	96
ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลประสบการณ์การรับบริการฟันเทียม (n = 385) .....	96
ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปาก (จำแนกรายข้อ) (n = 385) .....	97
ตารางที่ 12 ระดับความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปาก .....	98
ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของระดับความสามารถด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปาก (จำแนกรายข้อ) .....	99
ตารางที่ 14 ระดับความสามารถด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปาก .....	100
ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของระดับความสามารถด้านการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปาก (จำแนกรายข้อ) .....	100

ตารางที่ 16	ระดับความสามารถด้านการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปาก .....	101
ตารางที่ 17	จำนวนและร้อยละของระดับความสามารถด้านการจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก (จำแนกรายข้อ) .....	102
ตารางที่ 18	ระดับความสามารถด้านการจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก .....	103
ตารางที่ 19	จำนวนและร้อยละของระดับความสามารถด้านความรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปาก (จำแนกรายข้อ) .....	104
ตารางที่ 20	ระดับความสามารถด้านการจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก .....	105
ตารางที่ 21	จำนวนและร้อยละของระดับความสามารถด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปาก (จำแนกรายข้อ) .....	105
ตารางที่ 22	ระดับความสามารถด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปาก.....	106
ตารางที่ 23	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก.....	107
ตารางที่ 24	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก (n = 385).....	108
ตารางที่ 25	ระดับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก .....	109
ตารางที่ 26	จำนวนและร้อยละของการประเมินสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ (จำแนกรายข้อ) (n = 385) .....	110
ตารางที่ 27	สรุปการประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ .....	111
ตารางที่ 28	จำนวนและร้อยละ และค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 385).112	
ตารางที่ 29	จำนวนและร้อยละการใส่ฟันปลอม ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 369) .....	112
ตารางที่ 30	ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเดี่ยวระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีของผู้สูงอายุ .....	115
ตารางที่ 31	ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรแบบพหุคูณในโมเดลสุดท้ายระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย.....	118

ตารางที่ 32 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเดี่ยวระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก กับสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีของผู้สูงอายุ (n=369) .....120

ตารางที่ 33 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรแบบพหุอัจฉติคใน โมเดลสุดท้ายระหว่าง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย.....123

ตารางที่ 34 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม โปรแกรม.....124

ตารางที่ 35 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปากระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อน และหลังการทดลอง.....127

ตารางที่ 36 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปากระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อน และหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ .....128

ตารางที่ 37 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากใน กลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล .....129

ตารางที่ 38 ผลการเปรียบเทียบรายคู่ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในกลุ่ม ทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล .....130

ตารางที่ 39 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล .....130

ตารางที่ 40 ผลการเปรียบเทียบรายคู่ ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากใน กลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล .....131

ตารางที่ 41 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนสภาวะสุขภาพช่องปากในกลุ่ม ทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล .....131

ตารางที่ 42 ผลการเปรียบเทียบรายคู่ ค่าเฉลี่ยของคะแนนสภาวะสุขภาพช่องปากในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล .....132

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย การศึกษาระยะที่ 1.....	6
ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย การศึกษาระยะที่ 2.....	7
ภาพที่ 3 ร้อยละของโรค/ ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ .....	14
ภาพที่ 4 ร้อยละของผู้ที่มีฟันเหลืออยู่ในช่องปาก 20 ซี่ขึ้นไป จำแนกตามการเกิดโรคติดต่อไม่เรื้อรัง .....	19
ภาพที่ 5 The continuation of change in aging mouth and disease with possible modifiers.....	20
ภาพที่ 6 Oral health literacy framework .....	52
ภาพที่ 7 Framework for understand oral health literacy framework.....	53
ภาพที่ 8 A three-step model for better health literacy ของ The Health Quality & Safety Commission New Zealand (2015) .....	60
ภาพที่ 9 รูปแบบการวิจัยในระยะที่ 2.....	69
ภาพที่ 10 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ระยะที่ 1 .....	72
ภาพที่ 11 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ระยะที่ 2 .....	75

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสถานการณ์เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุทั่วโลกยังคงเป็นปัญหา และเป็นภาระทางสุขภาพที่สำคัญของโลก ซึ่งสุขภาพช่องปากเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Glick et al., 2012) ในปีค.ศ. 2005 องค์การอนามัยโลก ยอมรับว่าสุขภาพช่องปากเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอย่างปกติสุข และควรรวมอยู่ในนโยบายสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็น 1 ใน 8 ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สัมพันธ์กับโรคเรื้อรัง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพผู้สูงอายุ 8 ประเด็น ได้แก่ บุหรี่ โภชนาการ สุขภาพช่องปาก เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การกินอาหาร ปัจจัยทางจิตวิทยา และยา ดังนั้นสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุจึงถือเป็นเรื่องสำคัญที่ไม่อาจละเลยได้

ผู้สูงอายุมีแนวโน้มจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สังคมสูงวัยเป็นสถานการณ์ที่โลกและหลายประเทศกำลังเผชิญ จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรของโลกที่เกิดขึ้นขณะนี้หลายประเทศก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยแล้ว ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (Aged society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา และคาดว่าจะเป็ นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) ภายในปี พ.ศ. 2578 เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (คณะกรรมการปฏิรูประบบรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย, 2558)

ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีการเสื่อมถอยของร่างกาย และมีภาระความเจ็บป่วยมากขึ้นจากโรคทางระบบต่าง ๆ (He et al., 2016) ในทางทันตกรรม โรคในช่องปากที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคฟันผุ โรคปริทันต์ และการสูญเสียฟัน อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่มีจำนวนฟันที่เหลืออยู่ในช่องปากมากกว่าอดีต เนื่องมาจากการพัฒนาเทคโนโลยีทางทันตกรรม การส่งเสริมป้องกันที่มากขึ้น และการเข้าถึงการรับบริการทางทันตกรรมที่เพิ่มขึ้น แต่การมีจำนวนฟันที่เหลืออยู่ในช่องปากเพิ่มสูงขึ้นในผู้สูงอายุ หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง อาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคในช่องปากมากขึ้น นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวและ/หรือได้รับยาในการรักษาโรคบางชนิดก็เป็นสาเหตุที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุและโรคปริทันต์ในผู้สูงอายุได้ เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับยาที่มีผลทำให้น้ำลายแห้ง เป็นต้น (พลินี เดชสมบูรณ์รัตน์ และ ผกาภรณ์ พันธุวดี พิษาลธุรกิจ, 2562) และจากการศึกษาพบว่า สุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับโรคทางระบบ โดยมีปัจจัยเสี่ยงร่วมกันกับโรคทางระบบ เช่น เบาหวาน

ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (Ischemic stroke) และภาวะสุขภาพจิต (Critchlow, 2017; Cheng et al., 2018; Stewart & West, 2016; Holmstrup et al., 2017) ซึ่งการศึกษาประเด็นเหล่านี้ทำให้จำเป็นต้องดูแลสุขภาพช่องปากให้สมบูรณ์ (Glick et al., 2016)

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2566 พบว่า สภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ โดยพบว่า ผู้สูงอายุวัยต้น (60-74 ปี) มีการสูญเสียฟันทั้งปากร้อยละ 6.2 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 23.1 ในวัย 80-85 ปี ผู้สูงอายุที่ต้องสูญเสียฟันสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากโรคฟันผุและโรคปริทันต์ สถานการณ์การมีฟันเหลือในช่องปากของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุวัยต้นมีฟันธรรมชาติเหลืออย่างน้อย 20 ซี่ ร้อยละ 60.9 และลดลงเหลือร้อยละ 27.7 เมื่ออยู่ในวัย 80-85 ปี การดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองทุกวันจึงยังมีความจำเป็น แต่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องยังมีจำนวนน้อย ผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60-74 ปี ร้อยละ 72.3 แปรงฟันก่อนนอนทุกวัน มีการใช้อุปกรณ์เสริมได้แก่ไหมขัดฟัน แปรงซอกฟันเพียงร้อยละ 6.6 และ 2.5 ตามลำดับ ในด้านของปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อสภาวะในช่องปาก พบว่าร้อยละ 12.8 ของผู้สูงอายุมีการสูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 2.5 เกี่ยวหมากเป็นประจำ และร้อยละ 9.3 ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ซึ่งผู้สูงอายุขาดการให้ความสำคัญในการดูแลอย่างถูกวิธีและเหมาะสมกับสุขภาพช่องปากและขาดการหาข้อมูลและประเมินข้อมูลอย่างเหมาะสมเมื่อมีอาการเบื้องต้น อีกทั้งผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 6 มีร้อยละผู้สูงอายุที่มีฟันอย่างน้อย 20 ซี่ และคู่สบฟันหลัง 4 คู่สบ ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี และยังมีร้อยละผู้สูงอายุที่ระยะเวลาแปรงฟันไม่ถึง 2 นาที ร้อยละการไม่ได้ใช้ไหมขัดฟันหรือแปรงซอกฟัน และมีค่าเฉลี่ยจำนวนมวนของการสูบบุหรี่ สูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ จากสถานการณ์ดังกล่าวพอจะสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุในประเทศไทยยังคงมีปัญหาสุขภาพช่องปากอยู่มาก ซึ่งต้องได้รับการรักษา ป้องกัน และส่งเสริมตั้งแต่ระดับบุคคล ชุมชน และสังคม

ผู้สูงอายุที่ต้องสูญเสียฟันสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก โรคฟันผุและโรคปริทันต์ซึ่งสามารถป้องกันได้ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุมีกระบวนการของการสูงวัย (Aging process) โดยกระบวนการนี้สามารถปรับเปลี่ยนได้จากหลายปัจจัย เช่น สภาวะสุขภาพร่างกาย ปัจจัยทางทรัพยากรเศรษฐกิจและความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (Lamster et al., 2016) ซึ่งสภาพปัญหาทางสุขภาพช่องปากดังกล่าวนี้ มีความเกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (Oral health literacy) ดังเช่นจากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า รอยโรคในช่องปากที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการขาดความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเพียงพอจะมีจำนวนซี่ฟันที่เหลืออยู่

ในช่องปากมากกว่าผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ (Blizniuk et al., 2015; Ueno et al., 2013) และยังพบว่า ผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากระดับดี จะมีพฤติกรรมการแปรงฟันเป็นประจำทุกวัน ตรวจฟันด้วยตนเองด้วยกระจกส่องสม่ำเสมอ พบทันตบุคลากรเพื่อตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำ และสถานะอนามัยช่องปากดีกว่า และมีค่าเฉลี่ยฟันผุต่ำกว่าผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากระดับปานกลางและระดับต่ำด้วย (Masayuki et al., 2013) อีกทั้ง National Institute of Dental and Craniofacial Research (NIDCR) ได้อธิบายไว้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในระดับบุคคลมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางวัฒนธรรม, ระบบการศึกษา และระบบสุขภาพ

นอกจากนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพช่องปากอีกด้วย (National Institute of Dental and Craniofacial Research, 2005) รวมทั้งมีการศึกษาที่ระบุว่า การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดโรคฟันผุ โรคปริทันต์ การติดเชื้อในช่องปากเฉียบพลัน และผลการตรวจพบมะเร็งในช่องปากเร็วขึ้น (Taylor & Prety, 2014) และความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเป็นปัจจัยที่ช่วยลดความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพและเป็นส่วนสำคัญของการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากของประชากร (Nutbeam, 2000) ข้อมูลจากการศึกษาข้างต้นชี้ให้เห็นว่ามีความจำเป็นที่จะต้องให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารทางด้านทันตกรรมที่ถูกต้อง สามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการ ทำความเข้าใจและประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปาก นำข้อมูลเหล่านั้นมาใช้ตัดสินใจในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองและบุคคลรอบข้าง เพื่อลดการสูญเสียฟันต่อไปได้

ปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเริ่มได้รับความนิยมแพร่หลายในแวดวงวิชาการมากขึ้น มีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากตามกรอบแนวคิดที่หลากหลาย แต่การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มเด็กและผู้ปกครองหรือผู้ดูแล (Brega et al., 2016; Divaris et al., 2012; Garrett et al., 2012; Haghdoost et al., 2017; Hiu Fong Lai et al., 2017; Miller et al., 2010; Van et al., 2010) การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุมีค่อนข้างน้อย (Rudd & Horowitz, 2005) ทั้ง ๆ ที่ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีการศึกษาว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (Easton et al., 2010)

จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และสถานะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ และ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสถานะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ และศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย ข้อมูลดังกล่าวจะสนับสนุนการออกแบบและวางแผนการดำเนินการทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ สำหรับสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นส่วนเติมเต็มในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากที่ดีและสุขภาพแข็งแรงต่อไป

### คำถามการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุหรือไม่

### วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย

#### วัตถุประสงค์เฉพาะ

##### ระยะที่ 1

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย

##### ระยะที่ 2

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ หลังการทดลองและระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลอง

### สมมติฐานของการวิจัย

#### ระยะที่ 1

1. ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย
2. ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์ต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย

#### ระยะที่ 2

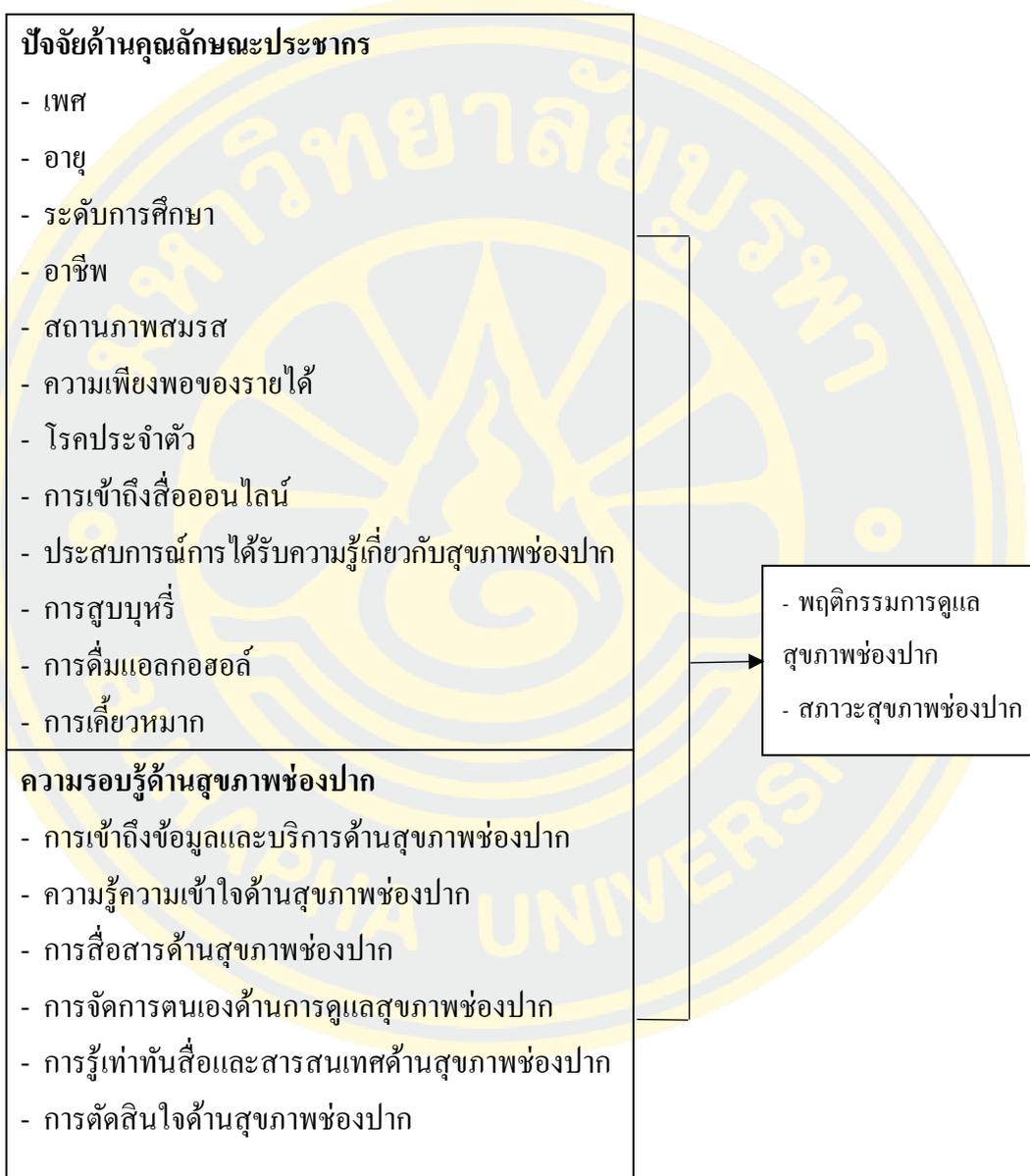
1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปากสูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ
2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปาก ของกลุ่มทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ระยะที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

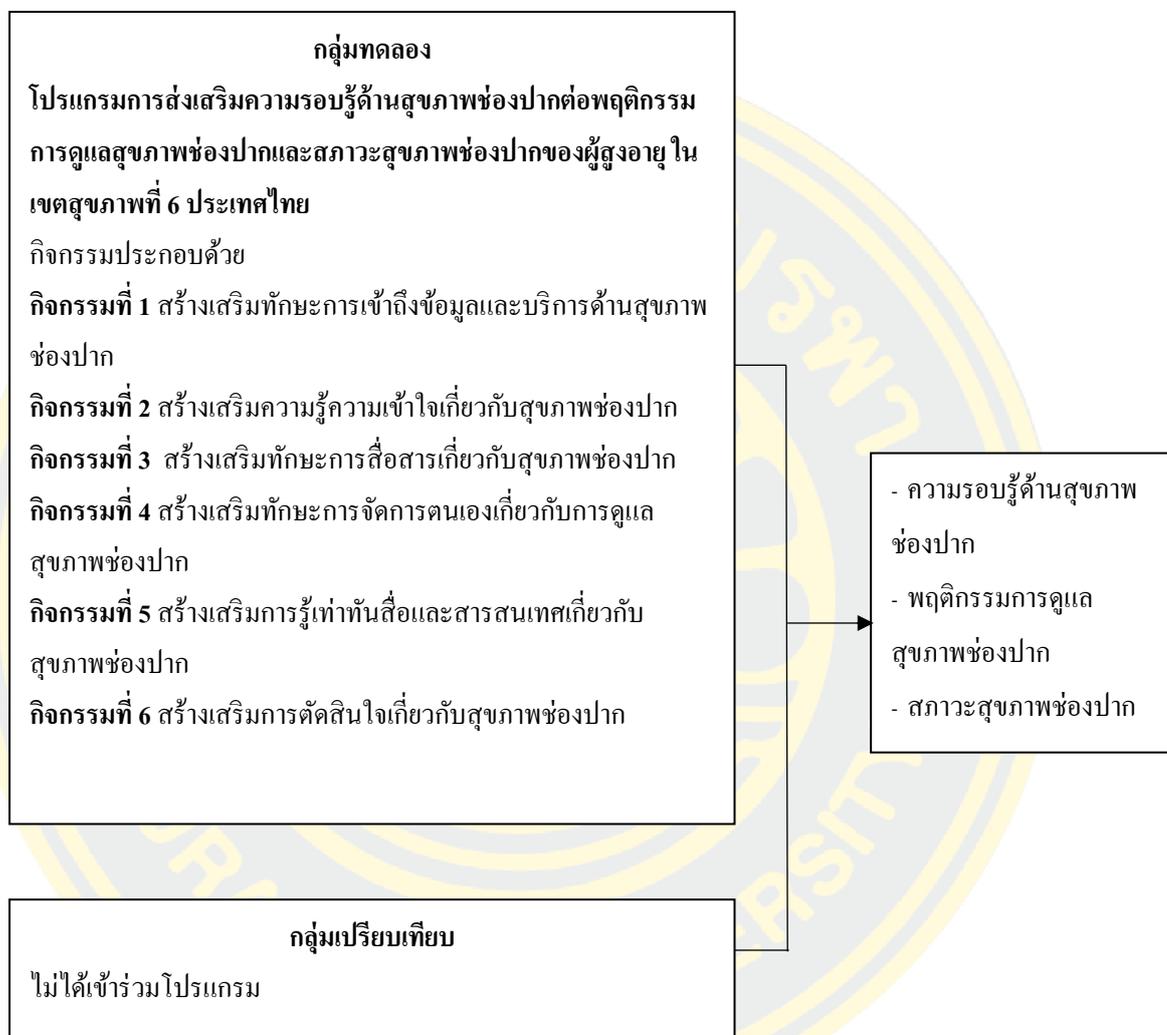


ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย การศึกษาระยะที่ 1

## ระยะที่ 2

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย การศึกษาระยะที่ 2

## ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ผลการศึกษาที่ได้ครั้งนี้จะช่วยให้นักวิชาการทางด้านสุขภาพ ได้ทำความเข้าใจ และทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ และนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุต่อไป
2. การจัดโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเพิ่มมากขึ้นและนำไปสู่พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม
3. การจัดโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุเป็นแนวทางให้ชมรมผู้สูงอายุจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้ศักยภาพที่ตนเองมีอยู่อย่างเต็มที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องและเหมาะสม มีสุขภาพช่องปากที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป
4. ผลการศึกษานำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับแก้ไข และการวางแผนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องและเหมาะสม
5. ผลการศึกษจะเป็นข้อมูลสะท้อนสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก สภาวะสุขภาพช่องปาก และปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปาก เป็นประโยชน์ในการวางแผนนโยบาย โครงการ การแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากสำคัญในผู้สูงอายุต่อไป

## ขอบเขตของงานวิจัย

การศึกษาระยะที่ 1 ใช้รูปแบบการศึกษาแบบการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง แบบภาคตัดขวาง (Descriptive and analytical cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก สภาวะสุขภาพช่องปาก และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จำนวน 385 คน ในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่วันที่ 2 พฤษภาคม-1 กรกฎาคม พ.ศ. 2565

การศึกษาระยะที่ 2 ใช้รูปแบบการศึกษาแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่

6 ประเทศไทย จำนวน 70 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 35 คน ระยะเวลาการศึกษา จำนวน 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย ระยะเข้าร่วม โปรแกรม จำนวน 8 สัปดาห์ ตั้งแต่ 25 เดือนเมษายน ถึง 17 มิถุนายน พ.ศ. 2566 และติดตามผลหลังจากสิ้นสุด โปรแกรม 4 สัปดาห์ เดือนกรกฎาคมถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566

### นิยามศัพท์เฉพาะ

**ผู้สูงอายุ** คือ ผู้สูงอายุที่มีสัญชาติไทยอายุตั้งแต่ 60-69 ปีที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 และมีระดับคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดี แอด (Barthel ADL index) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

**ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (Oral Health Literacy)** หมายถึง ทักษะทางปัญญา และทางสังคมที่ขึ้นาก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูล ข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพช่องปากเพื่อช่วยในการตัดสินใจทางเลือกในการดูแล รักษา และ ส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ดีของตนเองอยู่เสมอ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบดังนี้

1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปาก (Access skill) หมายถึง ความสามารถในการค้นหาข้อมูล เลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพช่องปากเพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเองได้ถูกต้อง และสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพช่องปากได้
2. ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปาก (Cognitive skill) หมายถึง มีความรู้และความจำในเนื้อหาสาระสำคัญด้านสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง
3. การสื่อสารด้านสุขภาพช่องปาก (Communication skill) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพช่องปากให้บุคคลอื่นเข้าใจ และสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพช่องปากได้
4. การจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก (Self-management skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมายวางแผนการปฏิบัติ และปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้รวมทั้งมีการทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปาก (Media literacy skill) หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพช่องปากที่สื่อ นำเสนอสามารถเปรียบเทียบ วิธีการเลือกรับสื่อ เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่นรวมทั้งสามารถประเมินตัดสินคุณค่าข้อความสื่อในสิ่งที่สื่อนำเสนอได้
6. การตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปาก (Decision skill) หมายถึง สามารถกำหนดทางเลือก และปฏิเสธหลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพช่องปากที่ดี

**สถานะสุขภาพช่องปาก** หมายถึง สถานะโรคฟันผุโดยใช้ดัชนีฟัน ผุ อุด ถอน Decayed, Missing, and Filled Teeth (DMFT) index, จำนวนฟันธรรมชาติที่ใช้งานได้ จำนวนคู่สบฟันหลัง และสถานะอนามัยช่องปากโดยใช้ดัชนีปริมาณคราบจุลินทรีย์

ดัชนีฟันผุอุดถอน Decayed, Missing, and Filled Teeth (DMFT) index หมายถึง การวัดขนาดของโรคฟันผุ โดยพิจารณาฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา (Decayed and Filled with Decayed Teeth: DT) ฟันที่ถูกถอน (Missing Due to Caries Teeth: MT) และฟันที่อุดแล้ว (Filled Teeth: FT)

**พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก** หมายถึง การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง โดยปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ประกอบด้วย การทำความสะอาดช่องปาก การตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง การบริโภคอาหารที่ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก และการไปรับบริการทันตกรรม

การทำความสะอาดช่องปาก หมายถึง การทำความสะอาดช่องปากด้วยการแปรงฟัน และการใช้อุปกรณ์เสริมเช่น ไหมขัดฟัน แปรงซอกฟัน เป็นต้น

การตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง หมายถึง การตรวจดูเหงือก ฟัน และอวัยวะอื่น ๆ ในช่องปากด้วยตนเอง

การบริโภคอาหารที่ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก หมายถึง การควบคุมการรับประทานอาหารหวาน เหนียวติดฟัน เช่น ขนมหวาน น้ำหวาน น้ำอัดลม เป็นต้น

การไปรับบริการทันตกรรม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุไปรับบริการทันตกรรมในสถานบริการสาธารณสุขเพื่อขอรับคำแนะนำปรึกษาปัญหาสุขภาพช่องปาก และไปรับการรักษาทางทันตกรรมในภาวะที่เป็นโรคและไม่เป็นโรค

**โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและสถานะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ** หมายถึง กิจกรรมและกระบวนการทางสุขภาพที่ประยุกต์องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ แบ่งเป็นระยะเวลาเข้าร่วมกิจกรรม 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วย 6 กิจกรรม และมีกิจกรรมติดตามสร้างความตระหนักและกระตุ้นเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา บทความ และหนังสือ รวมถึงงานวิจัยต่าง ๆ โดย นำผลจากการทบทวน วิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อสนับสนุนและเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ
  - 1.1 ผู้สูงอายุ
  - 1.2 สุขภาพช่องปาก
  - 1.3 ปัญหาสุขภาพช่องปากและสถานการณ์สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ
  - 1.4 การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในประเทศไทย
  - 1.5 การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก
  - 2.1 คำนิยามความหมาย
  - 2.2 แนวคิด
  - 2.3 เครื่องมือและการวัด
  - 2.4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
  - 2.5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ
3. การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ
  - 3.1 แนวคิดการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ
  - 3.2 โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

## ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

### 1. ผู้สูงอายุ

#### 1.1 ความหมายผู้สูงอายุ

ปัจจุบันองค์การสหประชาชาติ (United Nations) ยังไม่นิยามที่แน่นอนว่าอายุเท่าไรจึงจะเรียกว่าเป็น “ผู้สูงอายุ” (Older/ Elderly person) องค์การสหประชาชาติใช้อายุ 60 ปีขึ้นไปในการนำเสนอสถิติข้อมูลและตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่ใช้อายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นเกณฑ์ในการเรียกผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทย กำหนดนิยามผู้สูงอายุ ไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 ผู้สูงอายุ หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558)

#### 1.2 การจัดกลุ่มผู้สูงอายุ

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดตัวชี้วัดผู้สูงอายุสุขภาพดีไว้ 5 ประการ คือ 1) มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม 2) มีพื้นที่เกี่ยวข้องกับอาหารได้อย่างเหมาะสม 3) มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 4) มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 5) สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ และแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่มเพื่อการดูแลอย่างเหมาะสม ได้แก่ กลุ่มที่ติดสังคม กลุ่มที่ติดบ้าน และกลุ่มที่ติดเตียง (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอลเดิล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคม ได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน และผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน (อัญชัชฐฐา ศิริคำเพ็ง และ ภักดี โพธิ์สิงห์, 2560)

ตารางที่ 1 การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุโดยแบ่งตามหลักการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน  
(Activity Daily Living: ADL)

กลุ่มผู้สูงอายุ	ลักษณะผู้สูงอายุ	
	ด้านสุขภาพ	ด้านสังคม
กลุ่มที่ 1 คิดสังคม	สุขภาพทั่วไปดี ช่วยเหลือตนเองได้ อาจมีโรคเรื้อรัง แต่ควบคุมได้	เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ช่วยเหลือคนอื่นได้
กลุ่มที่ 2 คิดบ้าน	ช่วยตนเองได้ในบางเรื่อง ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน อาจมีโรคเรื้อรัง และโรคที่มีผลต่อการเคลื่อนไหว	มีความจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
กลุ่มที่ 3 คิดเตียง	ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีโรคประจำตัวหลายโรค มีโรคแทรกซ้อน หรือเจ็บป่วยระยะสุดท้าย	ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้

ที่มา: อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และ ภักดี โพธิ์สิงห์ (2560)

### 1.3 สังคมผู้สูงอายุ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aged society) ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติที่แบ่งระดับสังคมผู้สูงอายุเป็น 3 ระดับ ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aged society) 10% ของประชากรทั้งประเทศ, ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Completed aged society) 20% ของประชากรทั้งประเทศ และระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super-aged society) มากกว่า 20% ของประชากรทั้งประเทศ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

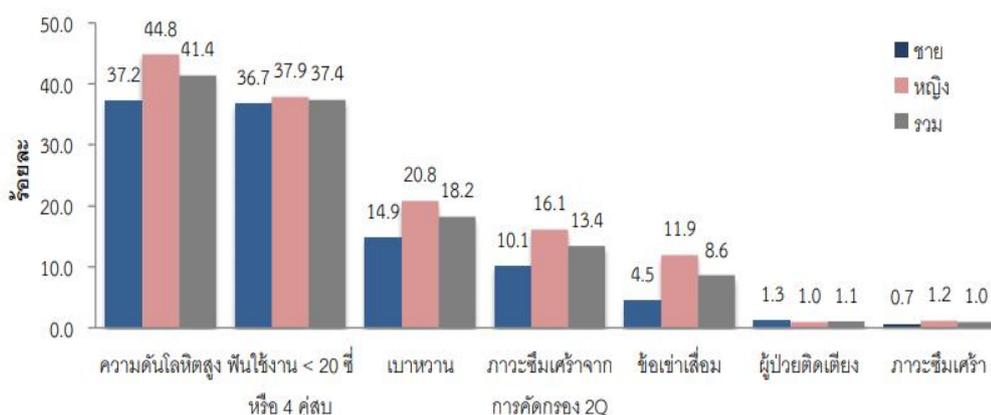
สังคมสูงวัยเป็นสถานการณ์ที่โลกและหลายประเทศกำลังเผชิญ ซึ่งขณะนี้ประชากรโลกได้กลายเป็นสังคมสูงวัยแล้ว ส่วนในประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (Aged society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา และกลายเป็น “สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์” (Complete aged society) เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีมากถึงร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564 และคาดว่าจะเป็น สังคมสูงวัย

ระดับสุดยอด (Super aged society) ภายในปี พ.ศ. 2578 เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

โดยสถานการณ์ผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 6 ในปี พ.ศ. 2561-2563 พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ร้อยละ 14.28, 14.83 และ 15.37 ตามลำดับ ซึ่งน้อยกว่าระดับประเทศ (ร้อยละ 16.01, 16.72 และ 17.35) จังหวัดที่มีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุสูงสุด 3 อันดับแรกได้แก่ จังหวัดจันทบุรี ตราดและฉะเชิงเทรา คัดกรองผู้สูงอายุจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ปีงบประมาณ 2561-2563 ในผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 6 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 97.12, 97.15 และ 97.55 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุติดบ้าน ร้อยละ 2.56, 2.23 และ 1.79 และกลุ่มติดเตียงพบร้อยละ 0.62, 0.61 และ 0.66 (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

#### 1.4 สถานการณ์ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

การสำรวจสถานการณ์โรคและปัญหาสุขภาพต่าง ๆ จากรายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ ผลการสำรวจพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 18.2 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.1 นอกจากนี้พบว่า ร้อยละ 13 เป็นโรคร่วมทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 8.6 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 1.0 ภาวะซึมเศร้า (จากการคัดกรอง 2 Q) ร้อยละ 13.4 ผู้ป่วยติดเตียง ร้อยละ 1.1 มีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบ ร้อยละ 37.4



ภาพที่ 3 ร้อยละของโรค/ ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ

ที่มา: กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2556)

แนวโน้มผู้สูงอายุอยู่คนเดียวหรืออยู่ตามลำพังกับคู่สมรสเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อายุยิ่งสูงยิ่งเจ็บป่วย โดยเฉพาะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือไขมันในเลือดสูง ซึ่งโรคเหล่านี้ล้วนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ทำให้มีภาวะการพึ่งพาต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและระยะยาว ผู้สูงอายุจำนวนมากมีปัญหาข้อเข่าเสื่อม และ ครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีฟันแท้เหลือน้อยกว่า 20 ซี่ ทำให้ไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญ (กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

ส่วนสาเหตุของการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีสาเหตุจากโรกระบบไหลเวียนโลหิต รองลงมาคือโรกระบบหายใจ โรกระบบย่อยอาหาร โรคมะเร็ง และโรกระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ ที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้สูงวัยมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น ทำให้จำเป็นต้องให้ความสนใจในเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุมากขึ้น ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพ การพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงตนอย่างมีคุณภาพ ตลอดอายุขัย

## 2. สุขภาพช่องปาก

### 2.1 ความหมาย

FDI World Dental Federation General Assembly ได้ให้ความหมายสุขภาพช่องปากไว้ว่า Oral health is multifaceted and includes the ability to speak, smile, smell, taste, touch, chew, swallow and convey a range of emotions through facial expressions with confidence and without pain, discomfort and disease of the craniofacial complex นั่นคือสุขภาพช่องปาก หมายถึง สภาวะของช่องปากที่ส่งผลให้บุคคลสามารถ พูด ยิ้ม ได้คล่อง รับรสสัมผัส เคี้ยว กลืน และถ่ายทอดอารมณ์ต่าง ๆ ผ่านการแสดงออกทางสีหน้าด้วยความมั่นใจและปราศจากความเจ็บปวด ความรู้สึกไม่สบาย โรคของโครงกระดูกกะโหลกศีรษะและใบหน้า (Craniofacial complex) ที่ส่งผลต่อบุคคลทั้งการทำงานตลอดจนสุขภาพทางกาย ทางจิตใจและสังคม (Glick et al., 2016)

สุขภาพช่องปาก หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ของช่องปากได้ตามปกติ และผลที่เกิดขึ้นกับสภาวะจิตใจตลอดจนกิจกรรมทางสังคมในชีวิตประจำวันของบุคคลมากกว่า การตรวจพบของรอยโรคในช่องปาก หรือหมายถึง การมีสภาวะของช่องปากที่ส่งผลให้บุคคลมี

ความปกติสุขทั้งทางกายภาพ ทางจิตใจ และสังคม สำหรับมิติทางปัญญาจะมีผลต่อการรับรู้และตีความสุขภาพช่องปากจากสภาวะช่องปากที่มีอยู่ (สุดาตวง กฤษณาพงศ์, 2557)

สุขภาพช่องปากดี หมายถึง การมีสภาวะช่องปากและอวัยวะที่เกี่ยวข้องทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ ปราศจากพยาธิสภาพใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับฟันผุ การสึกของฟัน เนื้อเยื่อปริทันต์ กระดูกและเยื่อเมือกในปาก การบดเคี้ยวสภาพฟันเทียม (ฟันปลอม) โดยทำให้สามารถกินอาหารพุดและเข้าสังคมได้ รวมทั้งช่วยส่งเสริมให้สุขภาพโดยทั่วไปดี (สิทธิชัย ขุนทองแก้ว และคณะ, 2540)

## 2.2 ความสำคัญของสุขภาพช่องปาก

ในปีค.ศ. 2005 องค์การอนามัยโลก ขอมรับว่าสุขภาพช่องปากเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอย่างปกติสุข และควรรวมอยู่ในนโยบายสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็น 1 ใน 8 ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สัมพันธ์กับโรคเรื้อรัง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพผู้สูงอายุ 8 ประเด็น ได้แก่ บุหรี่ โภชนาการ สุขภาพช่องปาก เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การกินอาหาร ปัจจัยทางจิตวิทยา และยา ดังนั้น สุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุจึงถือเป็นเรื่องสำคัญที่ไม่อาจละเลยได้ (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

สุขภาพช่องปากเป็นปัจจัยที่มีสำคัญซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ช่องปากส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางกาย ทางจิตใจและสังคมนำไปสู่ความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิต (Hescot, 2017)

สุขภาพช่องปากเป็นส่วนหนึ่งของการมีสุขภาพดีช่วยเสริมคุณภาพชีวิต เพราะปัญหาสุขภาพช่องปากจะส่งผลกระทบต่อระบบอื่น ๆ ของร่างกาย ดังนั้น เราจำเป็นต้องดูแลสุขภาพช่องปากให้สมบูรณ์ ซึ่งในปัจจุบันแนวคิดการดูแลสุขภาพช่องปากมิใช่การกำจัดโรคอย่างเฉยเท่านั้น แต่จะต้องดูแลสุขภาพช่องปากให้ดีตั้งแต่แรกเริ่มและคงสภาพที่ดีไว้ นั่นคือ ให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งดีกว่าการรักษา เพราะกระทำในสภาพปกติ ไม่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานในการปวดฟัน ไม่ต้องยุ่งยาก ไม่เสียเวลาในการรักษา ไม่ต้องเสียเงินค่ารักษา และที่สำคัญคือไม่ต้องสูญเสียฟัน การมีสุขภาพช่องปากที่ดีถือเป็นสินทรัพย์ที่มีค่าของมนุษย์ และเป็นองค์ประกอบสำคัญในการบ่งบอกภาวะสุขภาพโดยรวมทั้งทางกายและจิตใจ ดังนั้นสุขภาพช่องปากถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน โรคภายในช่องปากถือเป็นโรคที่มีค่าการรักษาแพงอันดับ 4 โรคปริทันต์เป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียฟันในผู้ใหญ่ทั่วโลก โดยเฉพาะกลุ่มยากจนทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนาและพัฒนาแล้ว (Glick, Monteriro, Seeberger, Pucca, & William, 2012)

สุขภาพช่องปากเป็นเสมือนประตูนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ขณะเดียวกันปัญหาในช่องปากอาจเป็นต้นเหตุทำให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งระบบได้ การปล่อยให้เป็น โรคฟันผุ และโรคปริทันต์

อักเสบ นอกจากจะทำให้เจ็บปวดแล้ว ยังทำให้ช่องปากเป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่อวัยวะต่าง ๆ และอาจทำให้โรคทางระบบที่สำคัญเช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมองมีความรุนแรงมากขึ้นด้วยการถอนฟันออกโดยไม่ได้ใส่ฟันเทียม จะทำให้ฟันที่เหลือในช่องปากเช่น ฟันที่อยู่ข้างเคียงที่ถูกถอนเคลื่อน ส่งผลให้การสบฟันผิดปกติ ทำให้กรดูกรข้อต่อขากรรไกรเสื่อม เกิดอักเสบเจ็บปวดได้ การสูญเสียฟันหลายซี่จะส่งผลต่อคุณภาพของการเคี้ยว ทำให้ไม่สามารถเคี้ยวได้ละเอียดกินอาหารไม่อร่อย ระบบย่อยอาหารต้องทำงานหนัก เกิดปัญหาอาหารไม่ย่อย ท้องอืด เป็น โรคกระเพาะ บุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงที่จะรับประทานผักและผลไม้ เนื่องจากต้องเคี้ยว แต่รับประทานอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลแทน ทำให้เพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน เกิดภาวะปัญหาทุโภชนาการ ร่างกายได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพจำพวกเกลือแร่และวิตามินไม่เพียงพอ สุขภาพร่างกายจึงเสื่อมโทรม นอกจากนี้การสูญเสียฟันยังอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพจิต เพราะมีผลโดยตรงต่อความสวยงามของใบหน้า และการที่สุขภาพช่องปากไม่ดี มีปัญหาฟันผุ เป็น โรคปริทันต์ มีกลิ่นปาก ทำให้ขาดความมั่นใจในการเข้าสังคม (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพช่องปากกับโรคทางระบบพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความชุกของโรคปริทันต์สูงกว่าคนที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ในช่องปากมีการไหลของน้ำลายลดลง ต่อม้ำลายโต มีอาการปากแห้ง แสบร้อนในช่องปาก แผลในช่องปากหายช้า และติดเชื้อราได้ง่าย (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

จากการศึกษาของ Dr.W. Aubrey Soskolne พบคนที่เป็นโรคเบาหวานจะมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคปริทันต์มากกว่าคนที่ไม่เป็นโรคเบาหวานประมาณสองเท่า (17.3%: 9%) และคนที่ เป็นโรคปริทันต์มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวานมากกว่าคนที่ไม่เป็นโรคปริทันต์ประมาณสองเท่า (12.5%: 6.3%) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี จะเกิดโรคปริทันต์รุนแรงกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และการให้การรักษาโรคปริทันต์ในผู้ป่วยเบาหวาน จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้น (Soskolne & Klinger, 2002)

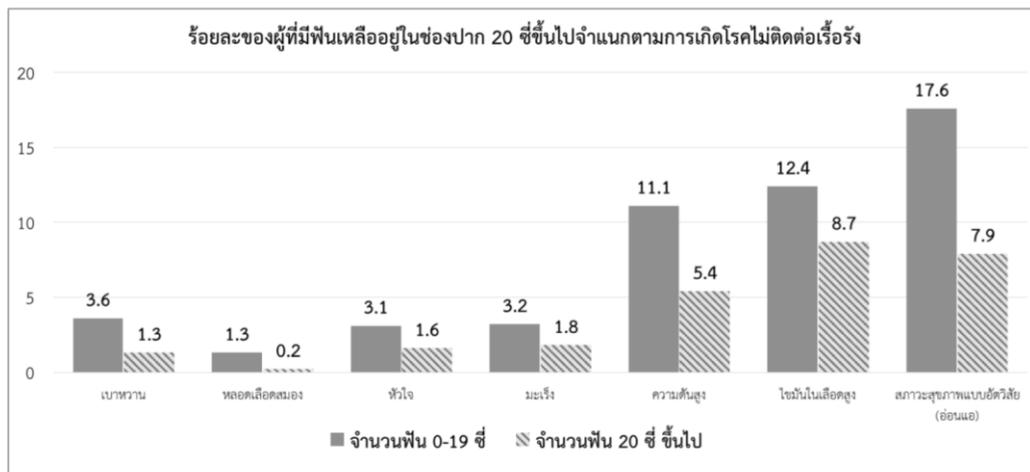
และมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโรคปริทันต์กับภาวะหลอดเลือดแดงหนาตัว เป็นผลมาจากเชื้อจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรคปริทันต์แพร่กระจายที่ผนังหลอดเลือด กระตุ้นเม็ดเลือดขาวมาจับกิน และกลไกร่างกายตอบสนองด้วยการสร้างสารสื่ออักเสบต่าง ๆ (Activation of pro-inflammatory mediators) ทำให้ระดับของสาร Pro-inflammatory cytokines เพิ่มขึ้น เกิดการอักเสบของหลอดเลือด ภาวะอักเสบที่เกิดขึ้นจะกระตุ้นให้ผนังหลอดเลือดบริเวณนั้นหนาตัวขึ้น การศึกษาทางคลินิกและห้องปฏิบัติการพบจุลินทรีย์ที่เป็นสาเหตุของโรคปริทันต์ (*Gingivitis* และ

A. *Actinomyces comitans*) ในรอยโรคหลอดเลือดแดงหนาตัว (Atherosclerotic plaque) การศึกษาทางระบาดวิทยาพบคนที่เป็โรคปริทันต์อักเสบจะมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่ไม่เป็นโรคปริทันต์ นอกจากนี้ยังอาจเป็นผลทางอ้อมจากการที่โรคปริทันต์กระตุ้นระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ระดับของสารสื่ออักเสบในเลือดเพิ่มขึ้น จึงอาจทำให้เกิดการอักเสบของผนังหลอดเลือดได้ มีรายงานพบคนไข้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) มีระดับของสารสื่ออักเสบ highly sensitive C-Reactive Protein สูง ซึ่งสารตัวนี้พบได้ในคนที่เป็โรคปริทันต์ด้วย ในขณะที่เดียวกันพบว่า การรักษาโรคปริทันต์ทำให้ Highly sensitive C-Reactive Protein ลดลง จึงคาดว่าอาจมีผลดีต่อการลดการอักเสบที่ผนังหลอดเลือดด้วย อย่างไรก็ตามสิ่งนี้ยังไม่ได้รับการยืนยัน และยังคงมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมอีกมาก นอกจากนี้ยังมีการศึกษาจำนวนหนึ่งพบว่า โรคปริทันต์มีความสัมพันธ์กับโรคอัลไซเมอร์ หรือภาวะสมองเสื่อม รวมถึงมีความสัมพันธ์กับการเกิดการอักเสบของข้อต่าง ๆ (Arthritis) (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

ปัญหาของสังคมสูงวัยมีผลจากภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สุขภาพของผู้สูงอายุถูกกำหนดด้วยสภาวะในร่างกายที่สะสมตลอดช่วงชีวิตและปัจจัยสิ่งแวดล้อมในอดีต โรคในช่องปากจัดเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Disease: NCDs) ที่พบบ่อยและทำให้เกิดความเจ็บปวด ความไม่สบาย ความไม่สวยงาม หรือลุกลามจนทำให้เกิดการติดเชื้อรุนแรงจนเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้ ผู้สูงอายุทั่วโลกประสบปัญหาการสูญเสียฟันและถือเป็นปัญหาสังคมในภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2020 พบว่า การสูญเสียฟันมีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ การสูญเสียฟันส่งผลต่อความสามารถในการบดเคี้ยวที่ลดลง มีส่วนให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ความภาคภูมิใจในตนเองลดลงเป็นอุปสรรคในการเข้าสังคมทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลง หลักฐานทางวิชาการแสดงความเกี่ยวข้องกันระหว่างความผิดปกติของสมองและโรคสมองเสื่อมที่มากขึ้น โดยมีสาเหตุจากการสูญเสียฟันจนส่งผลกระทบต่อรูปร่างทำให้เกิดความเสี่ยงต่ออัตราการตายที่เพิ่มขึ้น สุขภาพช่องปากเป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญในการประเมินสุขภาพองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุ จึงมีความจำเป็นต้องดูแลสุขภาพช่องปากเป็นอย่างดี เพื่อให้มีฟันแท้ที่ใช้งานได้เหลือในปากให้มากที่สุดเมื่ออายุมากขึ้น (WHO, 2021)

การศึกษาในประเทศญี่ปุ่น 3 ปีซ้อนหลัง พบความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนฟันที่มีอยู่ในช่องปากและสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้ที่มีฟัน 20 ซี่ขึ้นไปมีอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อชนิดเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ต่ำกว่าผู้ที่มีฟันเหลือในช่องปากน้อยกว่า 20 ซี่ ทั้งนี้ประเทศญี่ปุ่นกำหนดวิสัยทัศน์ในการเก็บรักษาฟันแท้ให้คงอยู่ในปากอย่างน้อย 20 ซี่ เมื่อมีอายุ 80 ปี การวางแผน

ระยะยาว 20 ปี (1989-2010) คือ มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุ 80 ปี มีฟันแท้ในช่องปากอย่างน้อย 20 ซี่ (จากเดิมร้อยละ 8.5) (Fukai, 2019)



ภาพที่ 4 ร้อยละของผู้ที่มีฟันเหลืออยู่ในช่องปาก 20 ซี่ขึ้นไป จำแนกตามการเกิดโรคติดต่อไม่เรื้อรัง ที่มา: Fukai (2019)

จะเห็นได้ว่าสุขภาพช่องปากมีความสำคัญต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ยิ่งวิทยาการด้านการแพทย์ก้าวหน้า ยิ่งเห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงของระบบสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมมากขึ้น บุคลากรทางการแพทย์ และทันตบุคลากรจึงควรให้ความสำคัญและทำงานร่วมกัน โดนจัดระบบการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากให้บุคคลกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่มีความเสี่ยง เช่น กลุ่มผู้สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และกลุ่มที่เป็นโรคทางระบบ การให้ความใส่ใจต่อการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากไปพร้อม ๆ กับการสร้างเสริมด้านต่าง ๆ และการดูแลรักษาผู้ป่วย จะทำให้ผลสัมฤทธิ์ของการดูแลรักษาสุขภาพประชาชน ประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น เป็นการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

### 2.3 การเปลี่ยนแปลงของสภาวะช่องปาก และปัจจัยที่มีผลต่อความผิดปกติ

Lamster et al. (2000) ได้อธิบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของสภาวะช่องปากของผู้สูงอายุดังภาพ

	EXAMPLES OF POTENTIAL MODIFIERS	
	NO TREATMENT	TREATMENT
	Normal aging	Disease
Dentition	Fracture lines; incisal edges are chipped; teeth are darker in color;	Caries; loss of significant tooth structure
Periodontium	Limited attachment loss, observed as recession on buccal surfaces	Extensive alveolar bone loss; tooth mobility
Oral mucosa	Adequate barrier function; wound healing slightly delayed;	Thinning mucosa; dysplastic change
Salivary flow	May be reduced compared with that found in younger individuals; but considered adequate	Altered by medications and certain diseases
Temporomandibular joints	No discomfort	Pain; inability to properly masticate the full range of food
Masticatory function	Reduced but adequate efficiency	Inability to properly masticate the full range of food

ภาพที่ 5 The continuation of change in aging mouth and disease with possible modifiers

ที่มา: Lamster, Asadouian, Del Cerman and Friedman (2016)

ผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยของร่างกาย และสภาพในช่องปากที่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นตามอายุ เมื่ออายุมากขึ้นจนเข้าสู่วัยสูงอายุ อวัยวะและระบบการทำงานของร่างกายทุกระบบจะเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด คือ ฟัน (Dentition) พบรอยร้าวบนตัวฟัน ตัวฟันมีสีเข้มขึ้นเนื่องจากเคลือบฟันบางลง ตัวฟันสั้นลง ฟันสึกด้านบดเคี้ยวของฟันกรามและปลายฟันหน้าเกิดจากการบดเคี้ยว ฟันสึกบริเวณคอฟันเกิดจากแปรงฟันที่รุนแรงหรือผิดวิธี เหงือกและเนื้อเยื่อปริทันต์ (Periodontium) มีการร่นของเหงือก ความกว้างและปริมาณเส้นใยของเอ็นยึดปริทันต์ลดลง ทำให้ความสามารถในการพยุงฟันลดลง กระดูกเบ้าฟันบางลง โดยเฉพาะบริเวณที่ไม่มีฟันจะมีการละลายตัวของกระดูก เยื่อช่องปาก (Oral mucosa) เนื้อเยื่อมีความต้านทานเชื้อโรคลดลง เสี่ยงต่อการบาดเจ็บ ติดเชื้อและแผลหายช้า น้ำลายและต่อมน้ำลาย (Salivary gland) ปริมาณน้ำลายลดลง ส่วนใหญ่เกิดจากยาที่รับประทาน และผู้ป่วยได้รับการฉายรังสีเป็นต้น ผลจากน้ำลายแห้ง ทำให้การพูด เคี้ยว กลืนลำบาก และรับรสชาติเปลี่ยนแปลงไป และยังเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดโรคฟันผุที่ตัวฟันและรากฟันได้ง่ายขึ้น ข้อต่อขากรรไกร (Temporomandibular joints) ข้อต่อขากรรไกรเสื่อม

การขยับขากรรไกรทำได้ลดลง แรงบดเคี้ยวลดลง และกล้ามเนื้อบดเคี้ยว (Masticatory function) กล้ามเนื้อฝ่อและทำงานน้อยลง ผู้สูงอายุเคี้ยวอาหารช้าลง

และกล่าวว่า โรคในช่องปากเช่น ฟันผุและโรคปริทันต์สามารถป้องกันได้ แม้ว่าผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยของร่างกายและสภาพในช่องปากที่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นตามอายุ ปัจจัยด้านอายุจะส่งผลต่อการเกิดโรคในช่องปาก การป้องกันสามารถทำได้โดยพัฒนาในหลาย ๆ ปัจจัยเช่น สภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุ, สภาวะสุขภาพช่องปาก ทรัพยากรทางการเงิน และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Lamster et al., 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปปัจจัยที่มีผลต่อความผิดปกติในช่องปากผู้สูงอายุได้แก่

1. ปัจจัยจากสภาวะอนามัยช่องปาก ผู้สูงอายุที่มีอนามัยช่องปากไม่ดีจะเกิดความผิดปกติในช่องปากได้ง่าย เนื่องจากการสะสมของคราบจุลินทรีย์ ทั้งที่อยู่เหนือเหงือก ในร่องเหงือก และผิวฟัน ทำให้เกิดโรคฟันผุที่ตัวฟัน รากฟัน และทำให้เกิดโรคปริทันต์ ซึ่งพบบ่อยและเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียฟันในผู้สูงอายุ
2. ปัจจัยจากอาหาร การรับประทานอาหารหวานระหว่างมื้อบ่อย ๆ ส่งผลต่อการเกิดโรคฟันผุเพิ่มขึ้น ประกอบกับผู้สูงอายุน้ำลายน้อยจึงทำให้เกิดฟันผุได้ง่าย
3. ปัจจัยจากสุขภาพทั่วไป โรคทางระบบ การรักษา และการใช้ยา โรคทางระบบได้แก่ โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อย มีผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากชัดเจน ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้ควบคุมระดับน้ำตาลจะพบภาวะแทรกซ้อน เช่น ปากแห้ง ปวดแสบปวดร้อนในช่องปาก ต่อม้ำลายโต ฟันผุง่าย เกิดโรคปริทันต์ง่าย และรุนแรง การเกิดโรคปริทันต์ในผู้ป่วยเบาหวานทำให้ประสิทธิภาพของการรักษาโรคเบาหวานลดลง ติดเชื้อได้ง่าย โดยเฉพาะการติดเชื้อรา ยิ่งถ้าผู้ป่วยสูบบุหรี่และอนามัยช่องปากไม่ดี จะทำให้ติดเชื้อราง่าย และรุนแรง เมื่อเกิดแผลในปาก จะหายช้า และการรักษาและการใช้ยา การบำบัดทางรังสี และการใช้เคมีรักษาเพื่อต้านเซลล์มะเร็ง ทำให้ต่อมน้ำลายมีการเปลี่ยนแปลง น้ำลายไหลน้อย ปากและลิ้นแห้งเป็นฝ้า ฟันผุง่าย ควรแนะนำให้ออมน้ำบ่อย ๆ เพื่อให้ช่องปากชุ่มชื้น และแนะนำผู้ป่วยให้รักษาทางทันตกรรมให้เรียบร้อยก่อนไปฉายรังสีรักษา การใช้ยารักษาโรคทางระบบที่เรื้อรังบางชนิด ได้แก่ ยารักษาโรคภูมิแพ้ เช่น Chlorpheniramine (CPM) Atarax และยากลุ่มลดความเครียด เช่น Amitriptyline ถ้าใช้นาน ๆ จะทำให้ปริมาณน้ำลายลดลง ความสามารถในการต้านเชื้อจุลินทรีย์ลดลง น้ำลายมีความเป็นกรดเพิ่มขึ้น เกิดภาวะปากแห้ง เนื้อเยื่อในช่องปากระคายเคือง อักเสบ และเกิดฟันผุง่าย ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง เช่น Methylidopa ยารักษาโรคเบาหวาน เช่น Chlorpropamide ยารักษาโรคข้ออักเสบ เช่น Phenybutazone และ Indonethacin ยารักษาโรคตับ เช่น Penicillamine อาจกระตุ้นให้เกิดรอย

โรคไลเคนพลาแนส ยารักษาโรคหอบหืดที่พ่นในช่องปากกลุ่มสเตียรอยด์ ถ้าใช้เป็นประจำจะทำให้ติดเชื้อราในช่องปากได้ง่าย

4. ปัจจัยจากพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การเคี้ยวยาเส้น ยานัตถุ สารประกอบในบุหรี่ โดยเฉพาะนิโคตินและน้ำมันดินที่เกิดจากการเผาไหม้ เมื่อผ่านปอดไปตามกระแสเลือดจะกระตุ้นต่อมหมวกไตให้หลั่งฮอร์โมน Epinephrine ทำให้หลอดเลือดหดตัว เพิ่มการยึดติดของเกล็ดเลือดทำให้หลอดเลือดตีบ ความดันโลหิตสูง เลี่ยงต่อหลอดเลือดอุดตัน ความร้อนและสารประกอบต่าง ๆ ที่เหลือตกค้างจากการเผาไหม้ในช่องปากทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อ เกิดรอยโรคเป็นปื้นสีขาว สีแดงที่อาจนำไปสู่การเป็นมะเร็ง การสูบบุหรี่มีผลทำให้โรคปริทันต์รุนแรงขึ้น และลดประสิทธิภาพการรักษาทางทันตกรรมด้วย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้น้ำยาบ้วนปากที่ผสมแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก (Oral squamous cell carcinoma) โดยผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 4 แก้วต่อวันร่วมกับการสูบบุหรี่ 2 ซองหรือมากกว่า จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งบริเวณช่องปากและลำคอ มากกว่าปกติ 35 เท่า ส่วนการใช้น้ำยาบ้วนปากที่ผสมแอลกอฮอล์มากกว่าร้อยละ 25 เป็นเวลานาน อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในช่องปากได้ การเคี้ยวหมากทำให้เกิดการระคายเคืองอย่างเรื้อรังต่อเนื้อเยื่อช่องปาก อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็ง (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

5. การเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก การตัดสินใจเข้ารับบริการทันตกรรมมีทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยส่วนระบบบริการซึ่งความต้องการบริการรับบริการของตัวบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญอันดับแรกที่ส่งผลต่อการตัดสินใจแสวงหาบริการ จากข้อมูลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากระดับประเทศพบว่าสัดส่วนประชากรที่จำเป็นต้องได้รับบริการทันตกรรมมีจำนวนสูงกว่าข้อมูลการให้บริการทันตกรรมมาโดยตลอด (วารรัตน์ ใจชื่น, 2561)

6. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก โรคในช่องปากเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้จากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง (Chapple et al., 2017)

7. การรับข้อมูลข่าวสาร การรับข้อมูลข่าวสาร แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสาร ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารแหล่งของข้อมูลข่าวสาร ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทย (วิชาญ ปาวัน และคณะ, 2560)

8. สวัสดิการการรักษา จากการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบการได้รับบริการตามสิทธิสวัสดิการการรักษาพบว่า กลุ่มสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการมีสัดส่วนผู้ได้รับการมากที่สุด ตามด้วยประกันสังคม สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกลุ่มไม่มีสวัสดิการ แสดง

ให้เห็นว่าประชากรกลุ่มที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองมากที่สุด กลับเป็นกลุ่มที่ได้รับบริการน้อยที่สุด แม้ว่าจะมีหลักฐานจากต่างประเทศว่า การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากได้ แต่จากผลการสำรวจระบุว่า ปัญหาความเป็นธรรมในการได้รับบริการสุขภาพช่องปากของประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาที่รอการแก้ไข โดยเฉพาะระหว่างกลุ่มประชาชนตาสงเคราะห์ฐานะและต่างลัทธิสวัสดิกการ (ธีรวัฒน์ ทัศนภิรมย์ และคณะ, 2562)

9. ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก จากการศึกษา บลิซนิคและคณะ ได้ศึกษาการเชื่อมโยงความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากและสถานะสุขภาพช่องปาก ในกรุงเบลารุส ผลการวิจัยพบว่า ในกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมร้อยละ 68.7 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอร้อยละ 18.9 มีระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ ผู้เข้าร่วมการศึกษาที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากอย่างเพียงพอจะมีการสูญเสียฟันน้อยกว่าและมีจำนวนพื้นที่เหลืออยู่มากกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ ( $p < 0.001$ ) และการมีความรอบรู้เรื่องสุขภาพช่องปากที่เพียงพอจะเกี่ยวข้องกับสถานะทางสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น จึงควรปรับปรุงการให้ความรอบรู้เรื่องสุขภาพช่องปาก โดยการพัฒนาส่งเสริมด้านสุขภาพช่องปากของชุมชน ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (Blizniuk et al., 2015)

#### 2.4 ตัวชี้วัดสุขภาพช่องปาก

การศึกษาของ Cohen and Jako (1976) ถึงดัชนีหรือตัวชี้วัดที่ใช้กันอยู่ในวิชาชีพทางทันตกรรมในสมัยนั้นพบว่า มีอยู่ 2 ประเภท ประเภทแรกเป็นดัชนีทางคลินิกที่วัดสถานะหรือโรคทางช่องปากเพื่อดูการกระจายและระดับของโรคในประชาชน เช่น ดัชนี DMFT (Decay, Missing, Filling) และ CPI (Community Periodontal Index) ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายสำหรับการวัดค่าฟันผุ ถอนอุด และโรคปริทันต์ตามลำดับ นอกจากนั้นยังมีดัชนีอื่น ๆ อีกมากมาย เช่น ดัชนีวัดสถานะฟันตกกระ ฟันซ้อนเก เป็นต้น ส่วนดัชนีประเภทที่สองคือดัชนีที่อ้างว่าใช้วัดคุณภาพงานบริการทันตกรรม ซึ่งแท้จริงแล้วเป็นการแสดงถึงปริมาณและลักษณะงานที่ทำ ตลอดจนการเข้าถึงบริการ เช่น จำนวนผู้ป่วยต่อวัน อัตราส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ ร้อยละของผู้ที่ได้รับการถอนฟัน ร้อยละของผู้ที่ได้รับการต่อผู้ที่มิโรค อัตราส่วนของการอุดฟันต่อถอนฟัน เป็นต้น การวัดค่าต่าง ๆ ดังกล่าวนั้นมาจากพื้นฐานความคิดของหลักการแพทย์เชิงชีววิทยาและไม่ได้สื่อความหมายใดเลยต่อ “สุขภาพช่องปาก” ของประชาชนหรือผู้มารับบริการ (สุชาติวง กฤษฎาพงศ์, 2557)

การศึกษาของ สถาพร จันทร (2551) เรื่องคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

ความต้องการใส่ฟันเทียมและความจำเป็นในการรับบริการใส่ฟันเทียม ได้มีการเก็บข้อมูลโดยการตรวจสถานะช่องปาก เพื่อประเมินความจำเป็นในการรับบริการใส่ฟันเทียม และสัมภาษณ์เพื่อประเมินคุณภาพเทียม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีฟันทั้งปาก และไม่มีฟันหลังสบทั้งสองข้าง จะได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านการรับประทานอาหารมากที่สุด โดยการศึกษาี้เครื่องมือที่ใช้มี 2 ชุดคือ ชุด 1 แบบสำรวจสถานะการสูญเสียฟันและการมีฟันคู่สบ ประกอบด้วย 4 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลสถานะช่องปาก ประกอบด้วย จำนวนฟัน ตำแหน่งการสบฟัน สถานะการโยกของฟัน และแบ่งผู้สูงอายุเป็น 4 แบบตามการมีฟันคู่สบ แบบที่ 1 เป็นคนที่สูญเสียฟันทั้งปาก แบบที่ 2 เป็นคนที่สูญเสียฟันบางส่วนและไม่มีฟันหลังสบ แบบที่ 3 เป็นคนที่สูญเสียฟันบางส่วนและมีการสบฟันหลังข้างเดียว แบบที่ 4 เป็นคนที่สูญเสียบางส่วนและมีการสบฟันหลัง 2 ข้าง ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับชนิดฟันเทียม ส่วนที่ 4 ข้อมูลความจำเป็นในการใส่ฟันเทียม ชุด 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับดัชนีคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปาก Oral Impacts on Daily Performances index (OIDP)

การวัดการเกิดโรคในช่องปาก หรือสถานะสุขภาพช่องปาก สามารถวัดได้ด้วยดัชนีการตรวจโรคโดยดัชนีที่ใช้ในการตรวจโรคฟันผุที่นิยมใช้ คือ Decayed, Missing, and Filled Teeth (DMFT) index ดัชนีฟันผุ อุด ถอน ถูกพัฒนาตั้งแต่ปี 1938 โดย Klein, Parmer and Knutson และในปัจจุบันได้นำมาใช้ในการวัดโรคฟันผุระดับประชากรในหลาย ๆ ประเทศ

Decayed, Missing, and Filled Teeth (DMFT) index ดัชนีฟันผุ อุด ถอน เป็นการวัดขนาดของโรคฟันผุ โดยพิจารณาฟันที่ผุ (Decayed) ฟันที่ถอนเนื่องจากฟันผุ (Missing) และฟันที่ได้รับการอุดแล้วเนื่องจากฟันผุ (Filled) หรืออธิบายได้ว่า ดัชนีฟันผุอุด ถอน ได้แก่ ฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา (Decayed and Filled with Decayed Teeth: DT) ฟันผุที่ถูกถอน (Missing Due to Caries Teeth: MT) และฟันที่อุดแล้ว (Filled Teeth: FT)

การคำนวณค่าดัชนี DMFT

ค่าเฉลี่ย DMFT รายบุคคล = ผลรวมของจำนวนซี่ฟันที่ผุ + จำนวนซี่ฟันที่ถอน+จำนวนซี่ฟันที่อุด  
(หน่วยเป็น ซี่) = DT + MT + FT

ค่าเฉลี่ย DMFT กลุ่มประชากร = ผลรวมของ DMFT รายบุคคล

(หน่วยเป็น ซี่ต่อคน) จำนวนประชากร

ดังนั้นคะแนนของ DMFT จึงอยู่ในระหว่าง 0 ถึง 32 ซี่ หากนับฟันกรามแท้ซี่ที่สาม และ 0 ถึง 28 ซี่ หากไม่นับฟันกรามแท้ซี่ที่สาม ส่วนค่าเฉลี่ย DMFT ของกลุ่มประชากรสามารถมีทัศนียภาพได้

ความชุกและการกระจายของโรคฟันผุนั้น ในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ได้ดำเนินการสำรวจสภาวะสุขภาพแห่งชาติระดับประเทศอย่างต่อเนื่องทุก 5 ปี เป็นต้นมา จนถึงการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ในปี พ.ศ. 2560 จากผลการสำรวจแต่ละปี พบว่าโรคฟันผุในกลุ่มวัยผู้สูงอายุยังพบได้สูง ค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน ในปี พ.ศ. 2560 ของกลุ่มอายุ 60-74 ปี มีค่าเท่ากับ 18.6 ซี่ต่อคน (พลินี เดชสมบูรณ์รัตน์ และคณะ, 2562)

โดยการศึกษาครั้งนี้ สภาวะสุขภาพช่องปาก หมายถึง สภาวะฟันแท้ Decayed, Missing, and Filled Teeth (DMFT) index ดัชนีฟันผุ อุด ถอน เป็นการวัดขนาดของโรคฟันผุ โดยพิจารณาฟันที่ผุ (Decayed) ฟันที่ถอนเนื่องจากฟันผุ (Missing) และฟันที่ได้รับการอุดแล้วเนื่องจากฟันผุ (Filled) หรืออธิบายได้ว่า ดัชนีฟันผุอุด ได้แก่ ฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา (Decayed and Filled with Decayed Teeth: DT) ฟันที่ถูกถอน (Missing Due to Caries Teeth: MT) และฟันที่อุดแล้ว (Filled Teeth: FT), จำนวนฟันธรรมชาติที่ใช้งานได้, จำนวนคู่สบฟันหลัง, การมีหรือไม่มีฟันเทียม, ความต้องการการรักษา

### 3. ปัญหาสุขภาพช่องปากและสถานการณ์สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

Petersen ซึ่งเป็น Chief-Global Oral Health Programe ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ระบุปัญหาด้านสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 6 ประเด็น ได้แก่ 1) การสูญเสียฟัน 2) ปัญหาเกี่ยวข้องกับการใส่ฟันเทียม 3) โรคฟันผุทั้งตัวฟันและรากฟัน 4) โรคปริทันต์ 5) ภาวะน้ำลายน้อย และ 6) มะเร็งในช่องปาก (Peterson & Yamamoto, 2005) (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ปัญหาหลักในผู้สูงอายุเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากคือ การสูญเสียฟัน (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

สาเหตุการสูญเสียฟันส่วนใหญ่เกิดจากโรคฟันผุและโรคปริทันต์ซึ่งสามารถป้องกันได้ (Lamster et al., 2016) การสูญเสียฟันเป็นปัญหาหลักของผู้สูงอายุทั่วโลก อัตราการสูญเสียฟันทั้งปากของประเทศต่าง ๆ มีตั้งแต่ 6-44% ปัจจุบันประเทศไทยมีรายงานผู้สูงอายุวัยต้น (60-74 ปี) มีการสูญเสียฟันทั้งปากร้อยละ 8.7 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31 ในวัย 80-85 ปี (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

การมีฟันหรือการสูญเสียฟันมีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับความสามารถในการเคี้ยว และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุมีฟันคู่สบมากจะทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการบดเคี้ยวที่สูงกว่า และองค์การอนามัยโลกระบุว่า ควรมีฟันคู่สบอย่างน้อย 4 คู่ จึงจะเพียงพอในการเคี้ยวอาหารอย่างมีประสิทธิภาพ (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

มีการศึกษาเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพช่องปากของใน 2 กลุ่มอายุของประชากรประเทศจีนและนิวซีแลนด์พบว่า ประชากรกลุ่มอายุ 65-74 ปี มีค่าเฉลี่ยจำนวนฟันธรรมชาติน้อยกว่า มีอัตรา

การเกิดโรคฟันผุและปริทันต์มากกว่ากลุ่มประชากรอายุ 35-44 ปีของทั้ง 2 ประเทศ (He & Thomson, 2017) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Griffin และคณะ (2012) ระบุว่า ผู้สูงอายุ มีสุขภาพช่องปากแย่กว่ากลุ่มประชากรอายุอื่น ๆ (Griffin et al., 2012) แสดงให้เห็นว่าจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ ที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้สูงวัยมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น ทำให้จำเป็นต้องให้ความสนใจในเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุมากขึ้น ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพ การพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงตนอย่างมีคุณภาพ ตลอดอายุขัย

จากรายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2556 โครงการประเมินเทคโนโลยี และนโยบายด้านสุขภาพ พบว่า ด้านทันตกรรม พบว่า ปัญหาหลักของผู้สูงอายุ คือ การสูญเสียฟัน ร้อยละ 88.3 มีการสูญเสียฟันบางส่วน ร้อยละ 7.2 สูญเสียฟันทั้งปากและต้องการใส่ฟันเทียมทั้งปาก ร้อยละ 2.5 ผู้สูงอายุร้อยละ 57.8 มีฟันแท้ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ แต่ในกลุ่มที่มีฟันแท้ ร้อยละ 11.4 เป็นโรคปริทันต์อักเสบรุนแรง ร้อยละ 44.8 มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 17.2 มีรากฟันผุและยังมีปัญหาแผล/ มะเร็งในช่องปากภาวะน้ำลายแห้ง ฟันสึก และปัญหาในช่องปากที่สัมพันธ์กับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เสี่ยงต่อการสูญเสียฟันเพิ่มขึ้นเนื่องจากพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากไม่เหมาะสม และเข้าไม่ถึงบริการเพื่อการเก็บรักษาฟัน โดยผู้สูงอายุมีการแปรงฟันก่อนนอน ร้อยละ 65.5 ใช้ไหมขัดฟันและแปรงซอกฟัน ร้อยละ 3.8 รับบริการทันตกรรม ร้อยละ 34.2 ในรอบปีที่ผ่านมา ซึ่งส่วนใหญ่ไปเมื่อมีอาการของโรคแล้ว ทำให้การรักษาค่อนข้างซับซ้อนหลายขั้นตอน อาจทำได้ไม่ต่อเนื่อง จนทำให้สูญเสียฟันในที่สุด (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ในปี พ.ศ. 2560 พบว่า ผู้สูงอายุวัยต้น (60-74 ปี) มีการสูญเสียฟันทั้งปากร้อยละ 8.7 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31 ในวัย 80-85 ปี ผู้สูงอายุที่ต้องสูญเสียฟันสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากโรคฟันผุและโรคปริทันต์ สถานการณ์การมีฟันเหลือในช่องปากของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุวัยต้นมีฟันธรรมชาติเหลืออย่างน้อย 20 ซี่ ร้อยละ 54 และลดลงเหลือร้อยละ 22.4 เมื่ออยู่ในวัย 80-85 ปี การดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองทุกวันจึงยังมีความจำเป็น แต่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องยังมีจำนวนน้อย ผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60-74 ปี ร้อยละ 92 แปรงฟันวันละ 1 ครั้งหลังตื่นนอน มีเพียงร้อยละ 6 เท่านั้นที่ใช้ไหมขัดฟันหรือแปรงซอกฟันช่วยทำความสะอาดซอกฟันและใต้เหงือก ร้อยละ 12.8 ยังสูบบุหรี่ ร้อยละ 6.9 ยังคงเคี้ยวหมาก (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

ในส่วนการรับรู้และการรับบริการสุขภาพช่องปาก จากการประเมินสภาวะช่องปากตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 57.0 พึงพอใจต่อสุขภาพช่องปากของตนเอง

ในระดับปานกลาง โดยมีผู้สูงอายุร้อยละ 18.1 รู้สึกไม่พอใจต่อสุขภาพช่องปากของตนเอง ทั้งนี้ ผู้สูงอายุดังกล่าวมีปัญหาเรื่องการรับประทานหรือบดเคี้ยวมากกว่าการพูดออกเสียง ร้อยละ 52.6 และ 12.6 ตามลำดับ โดยมีผู้สูงอายุร้อยละ 11.9 ที่รู้สึกว่าตนเองมีปัญหาเรื่องการรับประทานหรือบดเคี้ยวอาหารมาก

ด้านการสื่อสารความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากพบว่า การสื่อสารผ่านบุคลากร สาธารณสุขเป็นช่องทางหลักที่ผู้สูงอายุได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากมากที่สุดร้อยละ 54.7 รองลงมาคือ โทรทัศน์และอาสาสมัครสาธารณสุขภาคประชาชนร้อยละ 36.2 และ 17.2 ตามลำดับ ช่องทางออนไลน์ต่าง ๆ และ โปสเตอร์/ แผ่นพับ/ สิ่งพิมพ์ ยังเข้าถึงผู้สูงอายุได้น้อยร้อยละ 2.4 และ 4.0 ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดในการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่และความสามารถในการอ่านหนังสือ ดังนั้นหากต้องการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ ควรสื่อสารผ่านบุคลากรสาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขภาคประชาชน ที่สามารถเข้าถึงตัวและให้ความรู้ที่มีคุณภาพได้ หรือผ่านโทรทัศน์ ที่มีทั้งภาพและเสียงจะทำให้ผู้สูงอายุรับรู้และจดจำความรู้ได้ดี

ในรอบปีที่ผ่านมาผู้สูงอายุร้อยละ 38.6 เคยเข้ารับบริการทันตกรรม โดยเฉลี่ยคนละ 1.9 ครั้ง ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองมีอัตราการเข้ารับบริการสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบทและกรุงเทพมหานครร้อยละ 43.1, 34.3 และ 38.1 ตามลำดับ เหตุผลที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้ารับบริการทันตกรรมมากที่สุดคือ มีอาการปวดฟัน/ เสียวฟันร้อยละ 32.0 รองลงมาคือ ต้องการตรวจสุขภาพช่องปากโดยไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ ร้อยละ 21.8 เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานครมีเหตุผลที่ไปรับบริการทันตกรรมแตกต่างจากภาพรวมของประเทศโดยเหตุผลหลักของคนกลุ่มนี้ได้แก่ พบว่า มีฟันผุ/ จุดดำ และมีหินปูน ร้อยละ 28.1 และ 26.5 ตามลำดับ

สถานบริการหลักที่ผู้สูงอายุไปรับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมาคือ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิร้อยละ 30.2 และหน่วยบริการระดับทุติยภูมิร้อยละ 30.5 เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองและกรุงเทพมหานครมีการเข้ารับบริการทันตกรรมที่หน่วยบริการระดับตติยภูมิสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบทอย่างชัดเจนร้อยละ 28.3, 23.2 และ 7.2 ตามลำดับ อีกทั้งผู้สูงอายุที่อาศัยในกรุงเทพมหานครก็นิยมเข้ารับบริการทันตกรรมที่คลินิกเอกชนมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองและชนบทเป็นอย่างมากอีกด้วยร้อยละ 31.2, 17.6 และ 8.8 ตามลำดับ

ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 57.0) ไม่เคยเข้ารับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา โดยเหตุผลหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่ไปรับบริการคือ รู้สึกว่าช่องปากของตนเองไม่มีความผิดปกติ ร้อยละ 81.1 ซึ่งอาจสะท้อนความไม่ครอบคลุมของการให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม หรือความไม่ตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพช่องปาก เมื่อพิจารณาเรื่องการใช้สิทธิสวัสดิการสุขภาพในการรักษาทางทันตกรรมพบว่า ร้อยละ 83.0 ของผู้สูงอายุที่เคยไปรับบริการทัน

กิจกรรมในรอบปีที่ผ่านมาใช้สิทธิที่ตนเองมี ในขณะที่ร้อยละ 17.0 ไม่ได้ใช้สิทธิสวัสดิการสุขภาพ เหตุผลหลักที่ทำให้ไม่ใช้สิทธิคือการที่ต้องรอนานร้อยละ 30.8 รองลงมาคือ ไม่มีสิทธิและคิวยาว ร้อยละ 17.6 และ 17.5 ตามลำดับ (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

อีกทั้งข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 6 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 6 มีร้อยละผู้สูงอายุที่มีฟันอย่างน้อย 20 ซี่และคู่สบฟันหลัง 4 คู่สบ ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศและต่ำเป็นอันดับ 2 ของประเทศ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี และยังมีร้อยละผู้สูงอายุที่ระยะเวลาแปรงฟันไม่ถึง 2 นาที ร้อยละการไม่ได้ใช้ไหมขัดฟันหรือแปรงซอกฟัน และมีค่าเฉลี่ยจำนวนมวนของการสูบบุหรี่ สูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นถึงความชุกความรุนแรงของโรคในช่องปากที่นำไปสู่การสูญเสียฟันจำนวนมากกระทบคุณภาพชีวิต ค่าใช้จ่าย แต่โรคในช่องปากเป็นโรคที่ป้องกันได้ ถ้าผู้สูงอายุดูแลอนามัยช่องปากตนเองได้ ตรวจพบเร็ว และเข้าถึงบริการคุณภาพที่จำเป็นได้ในเวลาที่เหมาะสม จึงมีความจำเป็นต้องมีการพัฒนาการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุเพื่อช่วยเพิ่มศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุต่อไป

#### 4. การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในประเทศไทย

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในประเทศไทยที่ดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 จนถึงปัจจุบันให้ความสำคัญกับการสูญเสียฟันจนไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีฟันเคี้ยวอาหารได้อย่างเหมาะสม ในปี พ.ศ. 2547 เริ่มต้นจากปัญหาการใส่ฟันเทียมเพื่อการเคี้ยวอาหาร และดำเนินการต่อเนื่องในโครงการฟันเทียมพระราชทาน ปีละ 30,000 ราย

หรือกล่าวได้ว่าในช่วงต้น การบริการสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุมีแนวโน้มให้ความสำคัญเรื่องการรักษา ในปี พ.ศ. 2548 เริ่มมีการพัฒนาการส่งเสริม ป้องกันโรคในช่องปาก และคาดหวังให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากที่ดี มีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพที่เหมาะสม และอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่ดี โดยการเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุต้นแบบ (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย มีการกำหนดแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประเทศไทย พ.ศ. 2558-2565 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ การส่งเสริมป้องกันรักษาและฟื้นฟูสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2558)

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย (2555) ได้กล่าวถึงแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากไว้ว่า ปัญหาสุขภาพช่องปากสามารถป้องกันได้ด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งเรียกรวม ๆ กันว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วยพฤติกรรมที่สำคัญ 3 ด้าน คือ

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารตามชนิด รูปแบบ แบบแผนที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่เป็นโทษต่อสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปาก และพฤติกรรมตรวจและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากของตนเอง พฤติกรรมเหล่านี้เป็นเรื่องของการปฏิบัติในกิจวัตรประจำวัน ซึ่งจะต้องสร้าง และปลูกฝังตั้งแต่เด็ก เพื่อให้ปฏิบัติจนเกิดเป็นความเคยชิน และพัฒนาเป็นนิสัยถาวร (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย (2561) ได้กล่าวถึงเป้าหมายของแนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุไว้ว่า ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปีด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) และแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2560-2564 ของกรมอนามัย มีเป้าประสงค์ที่สอดคล้องคือต้องการให้ ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี, ดูแลตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีตัวชี้วัด 1) อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้น 2) ผู้สูงอายุมีฟันอย่างน้อย 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบเพิ่มขึ้นการพัฒนาเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากดี โดยมีแนวทางการดำเนินงานจัดกิจกรรมดังนี้ 1) พัฒนานวัตกรรมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ และปรับพฤติกรรมดูแลช่องปากตนเอง โดยภาคประชาชน เช่น บูรณาการกิจกรรมร่วมกับงานผู้สูงอายุในพื้นที่และพัฒนาศักยภาพแกนนำชมรม แกนนำภาคประชาชน อสม. ผู้ดูแลให้สามารถดูแล แนะนำ และเชื่อมต่อการดูแลกับบุคลากรและหน่วยบริการปฐมภูมิ 2) พัฒนาระบบกลไกและภาคีเครือข่าย เพื่อสร้างการเข้าถึงนวัตกรรมเทคโนโลยีแบบผสมผสาน เช่น พัฒนาศักยภาพบุคลากร และพัฒนากลไกเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันตามสิทธิประโยชน์ในผู้สูงอายุทุกสิทธิและ 3) พัฒนาเทคโนโลยีบริการ เพื่อการดูแลช่องปากผู้สูงอายุแบบครบวงจร เช่น พัฒนาการใช้นวัตกรรมในการตรวจประเมินคัดกรองเพื่อการส่งเสริมป้องกันสำหรับทันตบุคลากรและพัฒนาระบบการใช้นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ สำหรับผู้ป่วยน้ำลายแห้ง (น้ำลายเทียม) ผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก (เจลลี่โภชนา) เพื่อการดูแลฟื้นฟูต่อเนื่อง (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561)

กรมอนามัยตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มวัยสูงอายุ จึงมีนโยบายให้การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ขึ้น เพื่อเป็นกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบบูรณาการองค์ประกอบการดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว หมายถึง ตำบลในจังหวัดที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ ศูนย์อนามัย เลือกเป็นพื้นที่ในการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว โดยมีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุให้จัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และ การจัดบริการทันตกรรมป้องกันตามชุดสิทธิประโยชน์การสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุให้จัดกิจกรรมด้านการ

ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก วัตถุประสงค์ภายในการจัดกิจกรรมของชมรมได้แก่ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง (เช่น การให้ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก การฝึกทักษะการทำ ความสะอาดช่องปาก การแปรงฟันในช่วงเวลาจัดกิจกรรมที่ชมรมฯ การตรวจสุขภาพช่องปากโดย สมาชิกชมรม ฯลฯ) จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก (เช่น มีมุมความรู้ใน ชมรมผู้สูงอายุ สถานที่จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก วัสดุ/ อุปกรณ์สนับสนุนกิจกรรม การ สร้างกระแส ฯลฯ) มีการเรียนรู้ในชมรมผู้สูงอายุ (เช่น การไปศึกษาดูงานชมรมผู้สูงอายุอื่น การเข้า ร่วมประชุมด้านสุขภาพช่อง ฯลฯ) มีข้อมูลสุขภาพช่องปากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ทันสมัย และ การ เป็นแหล่งศึกษาดูงานเรียนรู้เชิงชมรมผู้สูงอายุ ภาควิชาที่เกี่ยวข้องด้านการส่งเสริมสุขภาพช่อง ปากผู้สูงอายุ

การจัดบริการทันตกรรมป้องกันตามชุดสิทธิประโยชน์ ประกอบด้วยตรวจสุขภาพช่อง ปาก ให้คำแนะนำ และ/ หรือ การปรับพฤติกรรมเพื่อควบคุมคราบจุลินทรีย์ การใช้ฟลูออไรด์ วาร์นิชป้องกันรากฟันผุ และการขูดหินน้ำลายป้องกันเหงือก/ ปริทันต์อักเสบชนิดเฉียบพลัน (Acute periodontitis) (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข, 2561)

นอกจากนี้สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ได้จัดทำแนวทางการดำเนินงาน ทันตสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 โดยแนวทางการดำเนินงานพัฒนาทันตสุขภาพ ผู้สูงอายุมีมาตรการการดำเนินงาน 2 ประเด็นได้แก่ พัฒนาระบบการจัดบริการและการสร้างเสริม สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ และพัฒนาช่องทางการสื่อสารและเครือข่ายข้อมูลการดูแล สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุออนไลน์ ซึ่งสำนักทันตสาธารณสุขได้มีโครงการพัฒนาช่องทางการ สื่อสารข้อมูลการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุออนไลน์ โดยโครงการนี้สื่อสารผ่านช่องทาง ออนไลน์ที่เลือกใช้การสื่อสารข้อมูลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ มี 2 ช่องทาง คือ Facebook page และ Line@ โดยเนื้อหาใช้รูปแบบ Single-page infographic, Series infographic หรือคลิปวิดีโอเกี่ยวกับการ ดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมายไม่ได้มีการจำกัดเฉพาะผู้สูงอายุ แต่รวมถึงกลุ่ม อื่น ๆ ที่สนใจ แต่เนื้อหาที่ต้องการสื่อสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเป็นหลัก กล ยุทธ์ของโครงการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงช่องทางการสื่อสารและมุ่งสู่การต่อยอดสู่การมีความรอบรู้ด้าน สุขภาพ (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2564)

สรุปได้ว่า การแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในประเทศไทยดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 จนถึงปัจจุบัน ให้ความสำคัญกับการสูญเสียฟัน โดยเริ่มจากการใส่ฟันเทียม กล่าวคือช่วงต้น ให้ความสำคัญเรื่องการรักษา ต่อมามุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุคงสภาพการใช้งานฟันให้มีสภาพดีได้ ยาวนานที่สุด เนื่องด้วยปัญหาสุขภาพช่องปากป้องกันได้จาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่าง เหมาะสม จากรูปแบบของงานบริการทันตกรรมป้องกัน การให้ทันตสุขภาพศึกษาพัฒนาสู่ การสร้าง

เสริมสุขภาพช่องปาก แต่จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งล่าสุดผู้สูงอายุยังคงมี ปัญหาสุขภาพช่องปากอยู่มาก ร้อยละพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากยังไม่ถูกต้อง และไม่เคย รับบริการทันตกรรมในรอบปียังสูง สะท้อนให้เห็นความไม่ครอบคลุมของการให้ความรู้และความ ตระหนักเรื่องพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม

### 5. การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วยพฤติกรรมที่สำคัญ 3 ด้าน คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามชนิด รูปแบบ แบบแผนที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ หลีกเลี่ยงการ บริโภคอาหารที่เป็นโทษต่อสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปาก และพฤติกรรมการตรวจ และเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากของตนเอง พฤติกรรมเหล่านี้เป็นเรื่องของการปฏิบัติในกิจวัตร ประจำวัน ซึ่งจะต้องสร้าง และปลูกฝัง เพื่อให้ปฏิบัติจนเกิดเป็นความเคยชิน และพัฒนาเป็นนิสัย ถาวร (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

การดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่มีฟันธรรมชาติ ได้แก่ แปรงฟันให้สะอาดด้วย แปรงชนิดขนนุ่มร่วมกับยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง คือเช้าและก่อนนอน ควร เลือกแปรงที่มีด้ามจับถนัดมือ หรือดัดแปลงด้ามจับให้มีขนาดเหมาะสมกับมือผู้สูงอายุ พยายาม แปรงฟันทุกซี่ ทุกด้าน เพื่อกำจัดคราบอาหารและคราบจุลินทรีย์ ใช้แปรงสีฟันที่มีหัวขนาดเล็ก แปรงซี่ที่อยู่โดด ๆ ใช้ไหมขัดฟัน เช็ดทำความสะอาดบริเวณซอกฟัน เพราะขนแปรงสีฟันทั่วไปไม่ สามารถเข้าถึงบริเวณนี้ หรืออาจเลือกใช้แปรงซอกฟัน ที่มีขนาดเหมาะสมกับซอกฟันตาม คำแนะนำของทันตแพทย์ และใช้ผ้าก๊อชพันเป็นแถบขนาดเล็ก โอบเช็ดฟันด้านที่ติดกับช่องว่างที่ ถอนฟันไปโดยเช็ดให้ชิดกับของเหงือก (ณัฐสุดา วัฒนภิญโญ, 2560)

การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ โดยแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มความเสี่ยงต่ำ หมายถึงกลุ่มที่ไม่มีฟันผุเป็นรู และสามารถดูแลตัวเองได้ดี กลุ่มนี้แนะนำให้แปรงฟันตามปกติ วันละ 2 ครั้ง ด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ และตรวจสุขภาพช่องปากปีละครั้ง กลุ่มเสี่ยงปานกลาง หมายถึงกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงบางอย่างแต่ไม่มีฟันผุเป็นรู กลุ่มนี้แนะนำให้แปรงฟันวันละ 2 ครั้งด้วย ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ใช้น้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ชนิดที่ไม่เป็นกรด เช่น โซเดียมฟลูออไรด์ วันละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 นาที ตรวจฟันทุก 6 เดือน และกลุ่มเสี่ยงสูง หมายถึงกลุ่มที่มีรอยโรคฟันผุ หรือ โรคปริทันต์ และมีปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ แนะนำให้ พบทันตบุคลากรเพื่อรับการรักษา และดูแลตนเอง โดยแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง ด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ในทุกกลุ่มควรแนะนำเรื่องการบริโภค อาหาร โดยให้หลีกเลี่ยงอาหารหวานจัด เค็มจัด รวมทั้งเลิกสูบบุหรี่ และเลิกกินหมาก การใช้น้ำยา บ้วนปากควรใช้น้ำยาบ้วนปากที่ไม่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์แต่มีฟลูออไรด์

การแนะนำวิธีแปรงฟันในผู้สูงอายุใช้ไหมขัดฟัน หรือแปรงซอกฟัน หรือใช้ผ้าก๊อส์เช็ด เปลี่ยนแปรงสีฟันเมื่อแปรงเสื่อมสภาพ แต่ถ้าผู้สูงอายุเจ็บป่วย เช่น เป็นไข้หวัดใหญ่ หลังจากหายแล้วควรเปลี่ยนแปรงสีฟันใหม่ ผู้สูงอายุที่กล้ำเนื้อมือมีปัญหาไม่สามารถควบคุมการใช้มือได้ดี อาจใช้แปรงสีฟันไฟฟ้า หรือปรับปรุงด้ามแปรงสีฟันให้ใหญ่ขึ้นเพื่อจับให้ถนัด และมีσανรัดยึดแปรงกับมือ นอกจากนี้ควรจัดคราบอาหารและคราบจุลินทรีย์ที่ตกค้างอยู่บริเวณเยื่อช่องปาก กระพุ้งแก้ม เพดานปาก แปรงด้านบนของลิ้น โดยวางแปรงสีฟันลงบนผิวลิ้น กวาดจากโคนลิ้น ออกมาด้านปลายลิ้น ทำซ้ำ 4-5 ครั้ง ส่วนเยื่อช่องปาก กระพุ้งแก้ม เพดานปาก อาจใช้แปรงสีฟันขนนุ่ม หรือใช้นิ้วมือกวาดเบา ๆ ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมถอดได้ ควรถอดฟันเทียมล้างทำความสะอาด หลังรับประทานอาหารทุกครั้ง ไม่ควรใส่ฟันเทียมในเวลานอน ควรถอดแช่น้ำไว้ในภาชนะที่มีฝาปิด และทำความสะอาดฟันเทียมโดยใช้แปรงสีฟันและน้ำยาล้างจาน หรือ สบู่ แปรงฟันเทียมเบา ๆ แล้วล้างออกด้วยน้ำสะอาด ระหว่างแปรงฟันเทียมควรมีภาชนะใส่น้ำรองรับเพื่อกันฟันเทียมแตก กรณีฟันเทียมมีคราบอาจใช้ยาเม็ดที่ใช้ทำความสะอาดฟันเทียมใส่ในน้ำแช่ฟันเทียมจะช่วยจัดคราบที่ติดฟันเทียมออกได้

การแนะนำด้านอาหารอาหารของผู้สูงอายุ นอกจากคำนึงถึงคุณค่าของอาหารให้ครบถ้วนพอเพียงกับความต้องการของร่างกายแต่ละวันแล้ว ยังต้องคำนึงถึงชนิด ลักษณะ ความแข็ง ความนุ่ม และความถี่ ในการบริโภคอาหารด้วย เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาโรคในช่องปาก คุณภาพการบดเคี้ยวและความสามารถในการทำความสะอาดช่องปากลดลง การรับประทานอาหาร ควรปฏิบัติดังนี้ รับประทานอาหารเป็นมื้อ ไม่กินจุบจิบ เพื่อลดการตกค้างของเศษอาหาร อาหารว่าง ควรเลือกอาหารประเภทธัญพืชและผลไม้ โดยเฉพาะผลไม้ที่มีลักษณะเป็นเส้นใย รสไม่หวานจัด เช่น ฝรั่ง พุทรา ชมพู่มันแกว ลด หลีกเลี่ยง การรับประทานอาหารรสหวานจัด เช่น ขนมที่ทำจากแป้ง และน้ำตาลที่นุ่มหรือเหนียวติดฟัน หลีกเลี่ยงการดื่ม ชา กาแฟ และน้ำอัดลม เพราะคาเฟอีน กระตุ้นการทำงานของหัวใจ น้ำอัดลมมีน้ำตาลและความเป็นกรดสูง ควรเปลี่ยนเป็นนมสด หรือน้ำผลไม้ ผู้ใส่ฟันเทียมควรระมัดระวังเป็นพิเศษในการรับประทานอาหาร ควรหลีกเลี่ยงอาหารเหนียว และแข็ง

การแนะนำกรณีปากแห้ง ให้จิบน้ำบ่อย ๆ หรือเคี้ยวหมากฝรั่ง หรือหาอาหารชนิดที่เห็นแล้วทำให้น้ำลายไหล เช่น สะเดาน้ำปลาหวาน มะขามป้อม แต่ต้องระวังอย่าให้หวานมาก เค็มมาก (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

การดูแลเพื่อการคงอยู่คงสภาพฟันของผู้สูงอายุให้อยู่อย่างถาวร โดยเน้นที่การแปรงฟันอย่างถูกต้อง เหมาะสม อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ๆ ละไม่ต่ำกว่า 2 นาที โดยใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ เพื่อช่วยสร้างเสริมผิวเคลือบฟันให้แข็งแรง หากมีอาการขึ้นน้ำที่ผิดปกติ ควรรีบไปพบทันตบุคลากร

เพื่อประเมิน วินิจฉัย และทำการรักษาต่อไป (ปนิธาน สนพะเนา, 2562)

การดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ เรื่องที่ต้องการดูแลมีอยู่ 4 เรื่อง คือ 1) การทำความสะอาดฟันแท้และฟันเทียม โดยควรทำความสะอาด ด้วยการแปรงฟัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน ให้ทั่วถึงทุกซี่ ทุกด้าน ขนแปรงนุ่ม จับถนัดมือ ร่วมกับการ ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์บริเวณช่องว่างระหว่างซี่ฟันควรใช้แปรงซอกฟัน ไหมขัดฟัน กรณีใส่ฟัน เทียมถอดได้ ถอดทำความสะอาดทุกครั้งก่อนทำความสะอาดฟันแท้ตามปกติ 2) การหลีกเลี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ ยาเส้น การเคี้ยวหมาก น้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของ แอลกอฮอล์ 3) การเลือกรับประทานอาหาร ควรรับประทานอาหารเป็นมื้อ งคอาหารว่าง หักเลี้ยว รับประทานหลังแปรงฟันก่อนนอน หลีกเลี่ยงอาหารเหนียวและแข็ง และ 4) การรับบริการตรวจ ป้องกันและรักษาจากทันตบุคลากร เพื่อป้องกันและรักษาโรคในช่องปากระยะแรกเริ่ม (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรม ในการศึกษาครั้งนี้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของ ผู้สูงอายุ (ติดสังคม) หมายถึง การปฏิบัติหรือการทำความสะอาดช่องปาก การตรวจสุขภาพช่องปาก ด้วยตนเอง ลดการบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด โรคในช่องปาก และการไปรับบริการ ทันตกรรม

## ความรู้ด้านสุขภาพและความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก

เนื่องด้วยผู้วิจัยสนใจศึกษาการประยุกต์ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากในการพัฒนา สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จึงได้มีการศึกษาความเป็นมา แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับความรู้ด้าน สุขภาพ การวัดและการประเมินผล รูปแบบความสัมพันธ์ กลยุทธ์และแนวทางการพัฒนาความรู้ด้าน สุขภาพ เพื่อทำความเข้าใจอย่างรอบด้านและนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาความรู้ด้าน สุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ โดยสรุปเนื้อหาได้ดังนี้

### 1. ความรู้ด้านสุขภาพ

#### 1.1 คำนิยามความหมาย

สำหรับการใช้คำว่า “Health Literacy” ในภาษาไทย มีปรากฏในเอกสารภาษาไทยมี หลายคำ (กองสุขศึกษากรมนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554) ดังนี้ 1) ความแตกฉานด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นความหมายที่ถูกแปลไว้โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2) การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ จากนิยามของสำนักกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

3) ความฉลาดทางสุขภาวะ ความหมายนี้ถูกแปลโดย สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษาภายใต้ การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ 4) ความฉลาดทางสุขภาพ เป็นคำที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในวงการวิชาการทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ โดยกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ แต่ในปัจจุบันเปลี่ยนมาใช้คำว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ”

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้คำว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่ามีผู้อธิบายความหมายของความรอบรู้ด้าน สุขภาพไว้ดังตาราง

ตารางที่ 2 คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักวิชาการต่างประเทศ

แหล่งอ้างอิง	คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพ
WHO (1998)	ทักษะต่าง ๆ ทางกรรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและ ความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลใน วิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น (พิสมัย จันทวิมล, 2541)
American Medical Association (1999)	ทักษะทั้งหมดซึ่งรวมทั้งความสามารถพื้นฐานในการอ่านข้อความและการ กำหนดตัวเลขเพื่อปฏิบัติในการดูแลรักษาสุขภาพ (American Medical Association, 1999)
Baker, Williams, Parker, Gazmararian, and Nurss (1999)	ปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลตรงต่อความตั้งใจหรือความสามารถของบุคคลในการ เกาะติดกับข้อมูลที่จำเป็นเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง (Baker et al., 1999)
Ratzan and Parker (2000)	ระดับความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึง มีวิธีการและทำความเข้าใจ ในข้อมูลพื้นฐานทางสุขภาพและบริการที่จำเป็นเพื่อการตัดสินใจ ทางสุขภาพที่เหมาะสมของตนเอง (Ratzan & Parker, 2000)

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

แหล่งอ้างอิง	คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพ
Institute of Medicine: IOM (2004)	ระดับของบุคคล ประชาชนที่ได้รับหรือเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพและสามารถเข้าใจข้อมูลพื้นฐานทางสุขภาพและบริการสุขภาพที่จำเป็น เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์และตัดสินใจด้านสุขภาพที่เหมาะสม (Institute of Medicine, 2004)
Kwan, Frankin, and Rootman (2006)	ระดับที่ประชาชนสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพได้ตรงกับความต้องการในบริบทที่แตกต่างกันด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต (Kwan, Frankish, & Rootman, 2006)
Kickbusch (2008)	การกระทำที่เป็นพลวัตและมีพลังใจตนเองและเป็นทักษะชีวิตที่สำคัญในการเข้าสู่สังคมสมัยใหม่ได้และเป็นทางเลือกในชีวิตประจำวันที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพและความสุขใจ (Kickbush & Maag, 2008)
Nutbeam (2000)	ทักษะส่วนบุคคล ความรู้ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลในการส่งเสริมและดำรงรักษาสุขภาพที่ดี (Nutbeam, 2000)
Ishikawa (2008)	ความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลทางด้านสุขภาพเพื่อทำให้เกิดการตัดสินใจทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (Ishikawa, Takeuchi, & Yano, 2008)
Rootman (2009)	เป็นทักษะที่ครอบคลุมถึงความจำเป็นเพื่อการค้นหา เพื่อการประเมินและการบูรณาการข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่มีความหลากหลายของบริบทและยังต้องการในด้านการรู้คำศัพท์ทางสุขภาพและวัฒนธรรมของระบบสุขภาพนั้นด้วย (Rootman, 2009)
U.S. Department of Health and Human Services (2010)	ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความหมายมากกว่าความสามารถในการอ่าน แผ่นพับ และไปตามนัยหมายของแพทย์เท่านั้น แต่จะต้องสร้างเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้ที่ถูกต้องและมีความสามารถในการที่จะใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้นั้นเพื่อให้เกิดผลดีกับตนเอง (U.S. Department of Health and Human Services, 2000)

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

แหล่งอ้างอิง	คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพ
Chin et al. (2011)	เป็นประเด็นหนึ่งที่ต่างออกมาในการตีความถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งทั้ง 2 คำมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่จำเป็นที่สนับสนุนให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ เช่น หากมีความรู้ด้านสุขภาพจะทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Chin et al., 2011)
Edwards, Wood, Davies and Edwards (2012)	การที่ได้รับการถ่ายทอด และผู้มีส่วนร่วมสร้างให้เกิดความสามารถเหล่านี้ ก็จะกลายเป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการภาวะเจ็บป่วยทางสุขภาพของเขา ให้สามารถเข้าถึงและเกาะติดกับข้อมูลข่าวสารและบริการ การปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและเจรจาต่อรองและเข้าถึงการรักษาได้อย่างเหมาะสม และมีการเปลี่ยนแปลงในความสามารถเหล่านี้ระหว่างสมาชิกในกลุ่มสุขภาพ บางคนมีความรู้และทักษะในการจัดการตนเองดี แต่บางคนมีการแสวงหาข้อมูลน้อย และมีการสื่อสารเพื่อปรึกษาหารือกันน้อย (Edwards, Wood, Davies, & Edward, 2012)
Sorensen et al. (2012)	ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพหมายถึง ความสามารถในการค้นหา การได้รับ การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ และการประเมิน การกลั่นกรองข้อมูลสุขภาพที่ได้รับการเข้าถึง และการนำไปสู่การตัดสินใจ ประยุกต์ข้อมูลทางด้านสุขภาพไปใช้ในการตัดสินใจในการรักษาสุขภาพหรือพัฒนาสุขภาพ (Sorensen et al., 2012)
กองสุขศึกษา (2556)	ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และการจัดการตนเอง รวมทั้งชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

## 1.2 ความเป็นมาและแนวคิด

ความรู้ด้านด้านด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นคำที่กล่าวถึงครั้งแรกในบทความเรื่อง “Health literacy as social policy” เขียนโดย Simonds (1974) เป็นการนำเสนอการดำเนินงานสุขศึกษา หลังจากนั้นได้มีการศึกษา วิจัย ผลิตหนังสือและบทความวิชาการในการนำเสนอแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพมาใช้ในการปฏิบัติงานในด้านต่าง ๆ และด้านส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคซึ่งเป็นการดำเนินงานในชุมชนนอกสถานบริการสุขภาพ โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของบุคคลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของตนเองได้ โดยนักวิชาการหลายท่านมีความพยายามเพื่อให้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพมีความชัดเจนขึ้น ดังนี้

Nutbeam (2000) ได้เสนอโมเดลส่งเสริมสุขภาพ โดยอธิบายเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากได้มีการสนใจในการวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ และการให้นิยามผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยโมเดลนี้ได้ลำดับชั้นของผลลัพธ์ในระดับต่าง ๆ เพื่อให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่าง Health Promotion action กับ Determinant of health และต่อเนื่องไปถึง Health and social outcome ในท้ายที่สุดผลลัพธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพ มี 4 ระดับ ระดับแรก คือ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion action) ระดับที่สอง คือ Health promotion outcome (Intervention impact measures) คือ ปัจจัยส่วนบุคคล สังคม และปัจจัยเชิงโครงสร้าง ระดับที่สาม Intermediate health outcome คือ ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนด ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์ของ Social and Health outcome และระดับสุดท้ายคือ Health outcome และ Social outcome ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่วัดออกมาเป็นค่าอัตราป่วย อัตราตาย ส่วนผลลัพธ์ทางด้านสังคมจะดูจากคุณภาพชีวิตในมิติต่าง ๆ สรุปได้ว่า Health promotion เป็นกระบวนการที่จะทำให้เกิด Health literacy ซึ่งก็คือทักษะทางปัญญา และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่วัดออกมาเป็นค่าอัตราป่วย อัตราตาย ส่วนผลลัพธ์ทางด้านสังคมจะดูจากคุณภาพชีวิตในมิติต่าง ๆ

นอกจากนี้แนวความคิดเกี่ยวกับ Health literacy มีความชัดเจนมากขึ้นจากการจำแนกระดับของคอน นัทบีมในปี ค.ศ. 2000 โดยคณะสาธารณสุขศาสตร์และเวชศาสตร์ชุมชน มหาวิทยาลัยซิดนีย์ประเทศออสเตรเลีย ซึ่งเขียนบทความวิจัยเรื่อง Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21<sup>st</sup> century ได้จำแนกระดับความฉลาดทางด้านสุขภาพ (Health literacy) เพื่อให้เกิดความชัดเจนมากขึ้น โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Basic/Functional literacy) ได้แก่ ทักษะด้านการฟัง พูด อ่านและเขียนที่จำเป็นต่อการเข้าใจเนื้อหา และ

การปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ระดับที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Communication/ Interactive health literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานในการใช้ความรู้ การสื่อสาร และการมีพหุทศปัญญาหรือรู้เท่าทันทางปัญญา (Cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม (Social skill) และระดับที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น เป็นการใช้สมรรถนะในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบประเมินข้อมูล สารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ (Nutbeam, 2000)

สถาบันการแพทย์ของอเมริกา The Institute of Medicine (IOM) ได้เสนอโมเดลที่ แสดงว่าองค์ประกอบ 3 ส่วนคือ สังคมวัฒนธรรม ระบบสุขภาพ และระบบการศึกษา มีบทบาท สำคัญต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Hongal et al., 2013) ดังนั้น 3 ส่วนนี้คือ สามระบบหลักของการ ขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพที่นำไปสู่ผลลัพธ์สุขภาพและการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ การ เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่จำกัดเพียงต้องทำเฉพาะด้านสุขภาพแต่ต้องเร่งสร้างทั้งสังคม ต้อง ทำงานลักษณะบูรณาการไปยังภาคส่วนนอกระบบสุขภาพเพื่อให้เกิดผลต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพ เพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อทำให้มีสิ่งแวดล้อมที่ทุกคนสามารถเข้าถึงเข้าใจ ข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพที่จะไปสนับสนุนให้ประชาชนตัดสินใจจัดการสุขภาพตนเองและมีสุขภาพและ ความเป็นอยู่ที่ดี (The Institute of Medicine, 2004)

Rootman and Ronson (2005) ได้เสนอแนวคิด Conceptual framework for literacy and health research โดยได้อธิบายไว้ว่า แนวคิดนี้เชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้าน สุขภาพ กับการรู้หนังสือในด้านอื่น ๆ โดยการรู้หนังสือที่ต่ำหรือสูงในทุกด้านจะส่งผลกระทบต่อสถานะ สุขภาพและคุณภาพชีวิตทั้งทางตรงและทางอ้อม

Manganello (2007) ได้อธิบายว่า ปัจจัยในระดับบุคคล ครอบครัวและสังคม จะเน้น ปัจจัยพื้นฐานสำคัญ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ภาษา วัฒนธรรม ความสามารถในการเข้าสังคม ความสามารถในการเรียนรู้ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และความสามารถในการใช้สื่อ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากอิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน รวมทั้งปัจจัยเชิงโครงสร้างใน สังคม ได้แก่ ระบบการศึกษา ระบบสุขภาพ สื่อสาธารณะ แอมกานาลโลได้จำแนกความรอบรู้ด้าน สุขภาพเป็น 4 ระดับ คือ Functional, Interactive, Critical และได้เพิ่ม Media literacy หรือการรู้เท่า ทันสื่อไว้ในลำดับสุดท้าย

Paasche-Orlow and Wolf (2007) ได้เสนอแนวคิด Causal Pathway of Health Literacy and Health Outcome โดยได้อธิบายไว้ว่า โมเดลนี้เป็นโมเดลแสดงเส้นทางความสัมพันธ์ ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และผลลัพธ์สุขภาพ โมเดลนี้กล่าวว่าความรอบรู้ควรถูกพิจารณา ทั้งตัวบุคคลและระบบสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะถูกกำหนดโดย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องเช่น

การศึกษา เชื้อชาติ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ วัฒนธรรม ภาษา การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางกายภาพ เช่น ความสามารถในการมองเห็นและการได้ยิน และมี 3 ส่วนที่เป็นผลมาจากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) การเข้าถึงและการใช้ประโยชน์จากระบบการดูแลสุขภาพ (Access and utilization of health care) 2) ปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้และผู้รับบริการสุขภาพ (Provider-patient interaction) 3) การดูแลตนเอง (Self-care) นำไปสู่ผลลัพธ์ของสุขภาพ

Nutbeam (2008) ได้อธิบายเกี่ยวกับทักษะการมองความรอบรู้ด้านสุขภาพมี 2 มุมมอง ซึ่งมาจากการทำงานที่แตกต่างกันของนักวิชาการด้านคลินิก และด้านส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้ มุมมองแรก ความรอบรู้ด้านสุขภาพคือปัจจัยเสี่ยง (Risk factor) งานด้านคลินิกมักจะศึกษาความเชื่อมโยงของสถานะสุขภาพกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และวิเคราะห์ว่าปัจจัยใดที่เกี่ยวข้องเชิงสาเหตุ เช่น ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมักจะมีระดับเศรษฐกิจต่ำด้วย มุมมองนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือปัจจัยตัวกลางที่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง หรือนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมเพื่อให้บุคคลมีสุขภาพดี มุมมองนี้ส่วนใหญ่ใช้ในสถานบริการสาธารณสุข และใช้เพื่อการป้องกันโรค หรือป้องกันผลแทรกซ้อนจากโรค (Disease prevention) ประโยชน์เกิดกับส่วนตัวมากกว่าชุมชน และเป็นการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Basic/ Functional literacy) มุมมองที่สองคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพคือทุนหรือสินทรัพย์ที่มีอยู่ในตัวคน (Asset) งานด้านส่งเสริมสุขภาพ มองความรอบรู้เป็นความสามารถที่เพิ่มพูนมาโดยตลอดทุกช่วงวัย เพื่อถึงวัยสูงอายุก็ถือได้ว่าบุคคลดังกล่าวมีสินทรัพย์หรือทุนทางปัญญา ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสินทรัพย์ที่บุคคลมีอยู่ และถูกพัฒนาขึ้นจากกระบวนการทางสุศึกษาและการสื่อสาร ส่งผลให้เกิดพลังอำนาจ (Empowerment) ขึ้นภายในตัวบุคคลและมีกระบวนการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องต่าง ๆ อันส่งผลดีต่อสุขภาพ แนวทางการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงควรมุ่งให้ความสำคัญต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ตามช่วงวัย ภายใต้อิทธิพลเฉพาะของความรู้ที่จำเป็น เพื่อให้บุคคลมีความสามารถในการตัดสินใจได้อย่างถูกต้องตามสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน ในผู้สูงอายุมุมมองนี้จะทำให้ผู้สูงอายุตระหนักรู้ถึงคุณค่าของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ตนเองมีอยู่ สรุปได้ว่าการที่ความรอบรู้มี 2 มุมมอง ทำให้วิธีการ Approach ต่างกัน จะ Approach แบบ Disease prevention ที่ทำในสถานบริการ หรือจะ Approach แบบ Health promotion ที่สามารถทำได้ทั้งในชุมชนและสถานบริการ ซึ่งงานศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับผลลัพธ์ทางสุขภาพนั้น มากกว่า ร้อยละ 95 ทำในสถานบริการ ใช้ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Basic/ Functional literacy) และใช้แนวคิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพคือ ความเสี่ยง (Risk)

Kickbush and Maag (2008) ได้เสนอแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติที่เกี่ยวกับบริบทชีวิตประจำวัน อธิบายว่าปัจจัยทั้ง 5 ด้านได้แก่ 1) เวทีสาธารณะของชุมชน Political area

2) ระบบบริการสุขภาพ Health care system 3) บ้านและชุมชน Home and community 4) สถานที่ทำงาน Workplaces และ 5) ตลาดหรือศูนย์การค้า Market ซึ่งส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 3 มิติคือ ขั้นพื้นฐาน การมีปฏิสัมพันธ์ และการใช้วิจารณ์ญาณ

Berman et al. (2011) ได้เสนอแนวคิด โมเดลเชิงเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์การศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ Logic model for analyzing studies of health literacy เป็น โมเดลที่ได้มาจากการสังเคราะห์และบูรณาการจากหลายทฤษฎีขององค์กรเพื่อคุณภาพและการวิจัยการดูแลสุขภาพ ในประเทศสหรัฐอเมริกาและเป็น โมเดลเส้นทางอิทธิพลเชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพหลายระยะ เช่น การเกิดโรคและความรุนแรงของโรค คุณภาพชีวิต มีสาเหตุมาจากการใช้บริการสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ เจตนาในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ รวมไปถึงทักษะการกำกับตนเอง เจตคติ บรรทัดฐานทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเองและปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ บรรทัดฐานทางสังคม ที่เป็นผลจาก ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมด้วยเป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีแนวคิดจาก Sorensen และคณะอธิบายโมเดลบูรณาการของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Integrated model of health literacy) เป็น โมเดลที่ใช้ในการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของชาวยุโรป (Sorensen et al., 2015) โดยชี้ให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นเป็น พลวัต และเป็นกระบวนการของการเข้าถึง เข้าใจ และการนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ “Integrated model of health literacy” แกนกลางของโมเดลประกอบไปด้วยสมรรถนะทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การประเมินค่า และการนำไปใช้ โดยในแต่ละสมรรถนะจะมีความหมายแตกต่างกันดังนี้

1) การเข้าถึง (Access) คือ ความสามารถในการแสวงหาและการรับข้อมูล 2) การเข้าใจ (Understand) คือ ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ 3) การประเมินค่า (Appraise) คือ ความสามารถในการกลั่นกรอง แปรผล วิพากษ์วิจารณ์ และประเมินค่าของข้อมูลที่ได้รับมา และ 4) การนำไปใช้ (Apply) คือ การตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปใช้ในชีวิตประจำวันในแต่ละวัน สมรรถนะทั้ง 4 เป็นตัวแทนของมิติความรอบรู้ด้านสุขภาพ สมรรถนะทั้ง 4 ด้านนี้เป็นการรวบรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 3 ระดับที่เสนอโดย Don Nutbeam เข้าด้วยกันส่งผลให้เกิดความรู้และทักษะของบุคคลในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ใน 3 บริบทได้แก่ 1) กลุ่มของผู้ป่วยที่อยู่ในระบบการดูแลสุขภาพ 2) กลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่อยู่ในระบบการป้องกันการเกิดโรค และ 3) กลุ่มของสมาชิกที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชน สถานที่ทำงาน ระบบการศึกษา การเมือง และร้านค้าและ โมเดลแสดงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ หรือปัจจัยกำหนดประกอบด้วย สิ่งที่อยู่ไกลตัวออกไปเรียกว่า ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น วัฒนธรรม ภาษา การเมือง และระบบสังคม และส่วนที่อยู่ใกล้ตัวเข้ามา ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ฐานะ การศึกษา อาชีพ และรายได้ 2) ปัจจัยด้านสถานการณ์ เช่น

การสนับสนุนทางสังคม แรงกดดันจากครอบครัวและเพื่อน และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพใน Setting ต่าง ๆ ส่วนทางขวามือของ โมเดลแสดงผลที่เกิดขึ้นตามมา โดยเมื่อบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพแล้วจะก่อให้เกิดผลที่ตามมาทางด้านสุขภาพ สรุปได้ว่า องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการ การทำความเข้าใจข้อมูลและบริการ การประเมินข้อมูลและบริการ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการเพื่อตัดสินใจภายใต้บริบทระบบสุขภาพ 3 บริบท คือ การดูแลรักษา การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ (Sorensen, 2012)

Hongal et al. (2013) ได้อธิบายกระบวนการของความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและความสามารถขั้นพื้นฐาน ร่วมกันมีความสนใจ เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ และสามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพได้ ทั้งหมดนี้ส่งผลให้บุคคลมีความรู้ จึงสามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติ มีการตัดสินใจที่ดี และสามารถจัดการตนเองได้นำไปสู่การมีความรู้ด้านสุขภาพที่ดี

สำหรับประเทศไทย มีการศึกษาของกองสุศึกษา อธิบายเรื่ององค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพกล่าวว่าคุณลักษณะสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) หมายถึง การใช้ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ 2) ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive skill) หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน 4) การจัดการตนเอง (Self-management skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีปฏิบัติตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง 5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้ชุมชนและสังคม และ 6) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเลือกและปฏิเสธ หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีปฏิบัติ โดยใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ หลีกเลี่ยงพร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

อังสินันท์ อินทรกำแหง (2556) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ จากงานวิจัยของนักวิชาการหลายท่านที่ตีพิมพ์เผยแพร่ เช่น Lee (2004); Paasche-Orlow and Wolf

(2007); Nutbeam (2008); Von Wager (2009); Rootman, (2009); Chin et al. (2011) และ Edwards, Wood, Davies and Edward (2012) เป็นต้น รวมทั้งงานวิจัยที่อยู่ในฐานข้อมูลต่าง ๆ ของต่างประเทศ แล้ววิเคราะห์องค์ประกอบจนได้คุณลักษณะพื้นฐานสำคัญที่บุคคลควรพัฒนาเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Accessing information and services) 2) ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้อง (Needed health knowledge and understanding) 3) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ (Communicating with professionals) 4) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (Making appropriate health decisions to good practice) 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (Getting media and information literacy) และ 6) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง (Managing their health condition)

วชิระ เฟื่องจันทร์ และ ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ (2560) ได้พัฒนากระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วย V-Shape โดยแบบจำลอง V-Shape มี 6 องค์ประกอบ คือ 1) การเข้าถึง 2) การเข้าใจ 3) การตอบโต้ซักถามและแลกเปลี่ยน 4) การตัดสินใจ 5) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและ 6) การบอกต่อ (วชิระ เฟื่องจันทร์ และ ชนวนทอง ธนสุกาญจน์, 2560) การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะที่มีความสำคัญมากกว่าการสอนให้รู้ เนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าประชาชนมีความรู้แต่ไม่ปฏิบัติ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นการสร้างทักษะให้แสวงหาเนื้อหาหรือข้อมูลจากช่องทางการเผยแพร่ต่าง ๆ ได้จนสามารถแยกแยะข้อมูลที่เป็นจริงบางส่วนหรือข้อมูลที่ลวงได้ และสามารถใช้อ้างอิงข้อมูลที่เป็นจริงสอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเอง ไปประกอบการตัดสินใจวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับผู้ให้บริการจนสำเร็จ (วชิระ เฟื่องจันทร์ และ ชนวนทอง ธนสุกาญจน์, 2561)

ขวัญเมือง แก้วคำเกิง (2563) ได้อธิบายแนวคิด K-shape 5 ทักษะเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยกล่าวว่า การเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพจะต้องพัฒนาทักษะสำคัญที่สอดคล้องตามความจำเป็นของกลุ่มเป้าหมายและบริบทสังคม โดยฝึกทักษะการเข้าถึง (Access) ทักษะการสร้างความเข้าใจ (Understand) ทักษะการไต่ถาม (Questioning) ทักษะการตัดสินใจ (Make decision) และทักษะการนำไปใช้ (Apply) บนพื้นฐานของข้อมูลข่าวสารและความรู้ที่เป็นจริงและเชื่อถือได้ สำหรับการสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่ถูกต้อง มีทักษะการไต่ถามหรือสื่อสารที่ดี เพื่อใช้ความคิดที่ถูกต้อง สามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมและเกิดการปฏิบัติตัวนำไปสู่สุขภาพที่ดี และได้อธิบายทักษะของความรอบรู้ดังนี้ 1) ทักษะการเข้าถึง (Access) หมายถึง ความสามารถและทักษะในการค้นหาเพื่อเข้าถึงแหล่งข้อมูล การกลั่นกรองและตรวจสอบข้อมูลที่เข้าถึงได้ว่ามีความถูกต้องและมีความน่าเชื่อถือหรือไม่ 2) ทักษะการสร้างความเข้าใจ (Understand)

หมายถึง ความสามารถและทักษะการเรียนรู้ของบุคคล การหาวิธีจดจำ และสร้างความเข้าใจข้อมูล หรือเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งรวมทั้งสัญลักษณ์ต่าง ๆ ที่กำหนดขึ้น เพื่อให้ตนเองเกิดการ เรียนรู้จนมีความเข้าใจสำหรับนำไปปฏิบัติตัว 3) ทักษะการไต่ถามหรือการใช้คำถาม (Questioning) หมายถึง ความสามารถและทักษะในการวางแผนการใช้คำถาม การจัดเตรียมคำถาม วิธีการใช้ คำถาม และการประเมินการใช้คำถาม เพื่อให้ได้รับข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและครบถ้วน สำหรับ นำมาใช้ทำความเข้าใจให้เกิดความชัดเจน โดยไม่มีข้อสงสัย 4) ทักษะการตัดสินใจ (Make decision) หมายถึง ความสามารถและทักษะในการระบุปัญหาที่ต้องตัดสินใจ กำหนดทางเลือก และ แสดงจุดยืนในการตัดสินใจต่อข้อมูลที่ได้รับหรือประเด็นที่ต้องตัดสินใจ และ 5) ทักษะการ นำไปใช้ (Apply) หมายถึง ความสามารถและทักษะการเตือนตนเอง และการจัดการตนเอง เพื่อนำ ชุดข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องไปใช้อย่างต่อเนื่อง และปรับการปฏิบัติได้เหมาะสมกับสถานการณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นแนวคิดที่มีความ หลากหลายในรูปแบบความสัมพันธ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทั้งทักษะ ปัจจัยเชิงสาเหตุ ผลลัพธ์ ที่เกิดขึ้น อีกทั้งยังเป็นปัจจัยกำหนดภาวะสุขภาพและเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญของการเรียนรู้อีกด้วย การศึกษาแนวคิด นำไปสู่การเข้าใจการวัดและแนวทางการประยุกต์เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้าน สุขภาพ เห็นได้จาก กรอบแนวคิดของ สถาบันการแพทย์ของอเมริกา The Institute of Medicine (IOM) ได้มีการนำมาประยุกต์ใช้พัฒนาสังคมแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย โดยการ สร้างองค์กร สังคมและโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ แนวคิดของ Sorensen และคณะ โมเดลบูรณา การของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Integrated model of health literacy) ทำให้เห็นแนวทางในการ พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพภายใต้บริบทการบริการสุขภาพ แนวคิดนี้กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุขประเทศไทยได้นำมาปรับปรุงโดยเพิ่มประเด็นการเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อให้ เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน เป็นกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพประเทศไทย

จากการทบทวนแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติ ที่แตกต่างกันไป แต่ทั้งหมดนี้ยังคงมีหลักพื้นฐานแนวคิดเดียวกันคือ การเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูล เพื่อการตัดสินใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดของกอง สุขศึกษา ปี 2559 ซึ่งแยกเป็นสมรรถนะด้านต่าง ๆ ชัดเจนครอบคลุมในทุกมิติมากที่สุด และตรงกับ บริบทของการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุไทย จึงเหมาะสำหรับเป็นแนวคิดต้นแบบในการ สร้างและการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในครั้งนี้

### 1.3 เครื่องมือและการวัด

เครื่องมือที่ใช้การวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีการศึกษาและพัฒนาไว้แล้วจาก ต่างประเทศและในประเทศที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน ในการสร้างเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ในต่างประเทศที่ผ่านมา ในช่วงแรกตั้งแต่ปี ค.ศ. 1991-2010 เป็นแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานเป็นแบบตัวเลือกแบบถูกผิด ที่เน้นทักษะการอ่านฉลาก การฟัง คำศัพท์ทางการแพทย์ การกรอกแบบฟอร์มสุขภาพ การคำนวณปริมาณอาหาร เช่น แบบวัด REALM, TOFHLA, MAR, SBS, NAAL, NVS, REALM-Teen, FCCHL เป็นต้น และต่อมาใน ค.ศ. 2013 นำโดยแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในยุโรป (The HLS-EU-Q47) ของ Sorensen ที่ได้เริ่มมีการพัฒนาแบบวัดในลักษณะ Psychomotor เป็น Likert scale 5 ระดับคือ ให้คะแนน 1 หมายถึง ยากมาก 2 ยาก 3 ง่าย 4 ง่ายมาก และ 5 คือ ไม่ทราบ/ ไม่เคย โดยวัด 4 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึง ความเข้าใจ การตรวจสอบประเมินตัดสินใจ และการนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ ในการดำเนินการ 3 ด้านคือ การดูแลรักษา การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ ประเทศในยุโรป 8 ประเทศได้ร่วมกันพัฒนาเครื่องมือวัด HLS-EU-Q47 และใช้เครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือในการวัดความรู้ด้านสุขภาพของทั้ง 8 ประเทศ (Sorensen et al., 2013)

ในปีเดียวกันออสเตรเลียและคณะได้พัฒนาแบบวัด Health Literacy Questionnaire (HLQ) สำหรับประชาชนทั่วไปทุกกลุ่มวัยที่วัดจาก การรับรู้ การเข้าใจ ความรู้สึกและการปฏิบัติ โดย Osborne et al. (2013) สร้างจากการสัมภาษณ์และประชุมปฏิบัติการในกลุ่มประชาชน ผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติและผู้กำหนดนโยบาย ทดสอบเครื่องมือจากกลุ่มประชาชนในชุมชน และ โรงพยาบาล 634 คน ตรวจสอบซ้ำอีก 405 คน เครื่องมือเป็นแบบ Psychometric เป็น Scale 5 ระดับ มากสุดไปจนถึงน้อยสุด โดยวัด 9 องค์ประกอบคือ

1. รู้สึกเข้าใจและการได้รับสนับสนุนจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (Feeling understood and supported by healthcare providers)
2. มีข้อมูลเพียงพอในการจัดการสุขภาพของตนเอง (Having sufficient information to manage my health)
3. การจัดการสุขภาพของตนเอง (Actively managing my health)
4. ได้รับการสนับสนุนทางด้านสุขภาพ (Social support for health)
5. ประเมินข้อมูลด้านสุขภาพได้ (Appraisal of health information)
6. ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพได้ (Ability to actively engage with healthcare providers)
7. การสืบค้นข้อมูลระบบบริการสุขภาพ (Navigating the healthcare system)
8. ความสามารถในการหาข้อมูลที่ดีด้านสุขภาพ (Ability to find good health information) และ
9. เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพเพียงพอที่ทำให้รู้ว่าจะทำอย่างไรต่อ (Understanding health information well enough to know what to do) (Osborne et al., 2013)

ประเทศไทยได้มีการบูรณาการภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยมีสมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย เป็นแกนกลางในกำหนด 66 key message จากนั้นก็พัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับสังคมไทยโดยใช้แนวคิด HLS-EU-47 มาเป็นกรอบ พัฒนาเครื่องมือวัด

ทั้งหมด 87 ข้อ เรียกว่า HLS-TH-Q87 โดยประกอบด้วย 20 dimension โดย Continuum of care dimension ประกอบด้วย Health care, Disease Prevention, Health Promotion และ Health Product ส่วน Process dimension ประกอบด้วย Access, Understand, Inquiry, Judge and decision และ Apply โดยในส่วนของ Apply นั้นได้เลือกหัวข้อใน 66 Key message เพื่อการ apply 66 Key message (วิมล โรมา, มุกดา สำนักกลาง และสายชล คล้อยเอี่ยม, 2560)

จากการทบทวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Nguyen และคณะ (2015) ได้จำแนกแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. General health literacy measurement คือ การวัดความรู้ด้านสุขภาพของบุคคลทั่ว ๆ ไป มี 3 ชนิด ได้แก่

#### 1.1 REALM และ REALM 'Like'

- REALM ย่อมาจาก Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine เป็นแบบวัดที่ใช้ทดสอบความสามารถด้านการอ่านคำศัพท์ทางการแพทย์ ตัวอย่างของแบบวัดในกลุ่มนี้ เช่น REALM, S-REALM, MART, SAHLSA-50, SAHLPA, SAHL-S&E, THLS และ S-THLS ขออธิบายรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้บ่อย ดังนี้

- S-REALM ย่อมาจาก Shorted-Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine พัฒนาโดย Davis และคณะ ในปี ค.ศ. 1993 เป็นแบบวัดที่ใช้ทดสอบการอ่านออกเสียงคำศัพท์ทางการแพทย์ 66 คำ โดยเริ่มจากคำพยางค์เดียวจบด้วยคำหลายพยางค์ มีข้อดีคือ สั้น กระชับ ดัดแปลงมาจาก REALM ซึ่งมีคำศัพท์และใช้เวลาในการทดสอบนานกว่า เกณฑ์การประเมินจะแบ่งคะแนนออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0-18, 19-44, 45-60 และ 61-66 (Davis et al., 1993)

สำหรับในประเทศไทย กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปี พ.ศ. 2558 ได้พัฒนาเครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง แบบวัดดังกล่าวมีส่วนการอ่านคำศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์รวมอยู่ด้วย จำนวน 66 คำ ซึ่งคณะวิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบวัด REALM โดยใช้คำศัพท์จากสื่อ 302ส โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ถ้าอ่านได้ถูกต้องจะได้ 1 คะแนน ถ่านผิดหรืออ่านไม่ได้ จะได้ 0 คะแนน (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558)

#### 1.2 TOFHLA และ TOFHLA 'Like'

- TOFHLA ย่อมาจาก Test of Functional Health Literacy in Adults เป็นแบบวัดที่ใช้ทดสอบความสามารถด้านการอ่านและความเข้าใจทางการแพทย์ มีทั้งการเติมคำในช่องว่าง และคำนวณตัวเลขทางการแพทย์ ตัวอย่างของแบบวัดในกลุ่มนี้ ได้แก่ TOFHLA, S-TOFHLA,

C-STOFHLAd, HHLT, Ser-TOFHLA, Ger-STOFHLA, Lty-STOFHLA และ Fren-STOFHLA ขออธิบายรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้บ่อย ดังนี้

- TOFHLA พัฒนาโดย Parker และคณะ ในปี ค.ศ. 1995 เป็นแบบวัดที่ใช้ทดสอบความสามารถด้านการอ่านและความเข้าใจ ประกอบด้วยการเติมคำในช่องว่าง 50 ข้อและทดสอบคำนวน 17 ข้อ รวมทั้งหมด 67 ข้อ ใช้เวลาทำการทดสอบ 22 นาที เกณฑ์การแบ่งคะแนนมี 3 ระดับ 0-59 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ, 60-74 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพค่อนข้างไม่เพียงพอ, 75-100 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ

- S-TOFHLA ย่อมาจาก Short Test of Functional Health Literacy in Adults พัฒนาโดย Baker และคณะในปี ค.ศ. 1999 เป็นแบบย่อของ TOFHLA ใช้ทดสอบความสามารถด้านการอ่านและความเข้าใจ ประกอบด้วยคำถาม 36 ข้อ และทดสอบการคำนวณ 4 ข้อ รวมทั้งหมด 40 ข้อ ใช้เวลาในการทดสอบ 12 นาที เกณฑ์การแบ่งคะแนนมี 3 ระดับ ได้แก่ 0-53 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ 54-66 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพค่อนข้างไม่เพียงพอ และ 67-100 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ

### 1.3 Unique type

เป็นแบบวัดที่ใช้ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพทั่ว ๆ ไป แต่มีลักษณะเฉพาะที่ไม่เหมือนกับ 2 กลุ่มแรก เช่น มีการทดสอบด้วยภาพ กราฟ หรือประโยคสั้น ๆ ตัวอย่างของแบบวัดในกลุ่มนี้ ได้แก่ NVS, NVS-UK, NAALS, HLS-EU-Q, AAHLS, CHC, TAIMI และ NUMi ขออธิบายรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้บ่อย ดังนี้

- NVS ย่อมาจาก Newest Vital Sign พัฒนาโดย Weiss และคณะ ในปี ค.ศ. 2005 เป็นแบบวัดที่ทดสอบความเข้าใจในการอ่าน โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับฉลากของผลิตภัณฑ์อาหาร และมีคำถามให้ตอบเพียง 6 ข้อเท่านั้น ใช้เวลาในการทดสอบ 3 นาที เกณฑ์การแบ่งคะแนนมี 2 ระดับ คือ 0-4 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ และ 5-6 หมายถึง มีความรอบรู้เพียงพอ

- NAALS ย่อมาจาก National Assessment of Adult Literacy พัฒนาโดย NCES ในปี ค.ศ. 2006 เครื่องมือประเมินระดับความสามารถในความเข้าใจจากการอ่านในชีวิตประจำวันและเอกสารทางด้านสุขภาพ ประเมินความสามารถในการเข้าใจในสิ่งที่แสดงลายลักษณ์อักษรที่พบได้ในกิจกรรมประจำวัน เช่น การอ่านหนังสือพิมพ์หรือตารางรถโดยสาร บทบรรณาธิการ รวมทั้งความสามารถในการใช้เอกสารทางสุขภาพ เช่น ฉลากยา คำสั่งจากแพทย์ ใบยินยอม ใช้เวลาในการทดสอบประมาณ 60 นาที

- HLS-EU-Q47 พัฒนาโดย Sorensen ที่ได้เริ่มมีการพัฒนาแบบวัดในลักษณะ Psychomotor เป็น Likert scale 5 ระดับคือ ให้คะแนน 1 หมายถึง ยากมาก 2 ยาก 3 ง่าย 4 ง่ายมาก

และ 5 คือไม่ทราบ/ ไม่เคย โดยวัด 4 องค์ประกอบคือ การเข้าถึง ความเข้าใจ การตรวจสอบประเมิน ตัดสินใจ และการนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ ในการดำเนินการ 3 ด้านคือ การดูแลรักษา การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ

- HLS-TH-Q87 ประเทศไทยได้พัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับสังคมไทยโดยใช้แนวคิด HLS-EU-47 มาเป็นกรอบ พัฒนาเครื่องมือวัดทั้งหมด 87 ข้อ เรียกว่า HLS-TH-Q87

## 2. Specific health literacy measurements

คือแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงในบางโรค และบางกลุ่มอายุเท่านั้น เช่น กลุ่มเยาวชน ผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด หรือด้านทันตกรรม เป็นต้น มี 3 ชนิด ได้แก่

### 2.1 REALM 'Like'

เป็นแบบวัดที่มีลักษณะคล้ายกับ REALM แต่ใช้ทดสอบความสามารถด้านการอ่าน คำศัพท์เฉพาะด้าน เช่น ด้านทันตกรรม ตัวอย่างของแบบวัดในกลุ่มนี้ได้แก่ REALD-30, REALD-99, TS-REALD, REALM-D

### 2.2 TOFHLA 'Like'

เป็นแบบวัดที่มีลักษณะคล้าย ๆ กับ TOFHLA ใช้ทดสอบความสามารถด้านการอ่าน และความเข้าใจเฉพาะด้าน เช่น ด้านทันตกรรม ตัวอย่างของแบบวัดในกลุ่มนี้ได้แก่ TOFHLiD, OHLI และ NLS

### 2.3 Unique types

เป็นแบบวัดที่มีลักษณะเฉพาะที่ไม่เหมือนกับ 2 กลุ่มแรก ใช้วัดความรู้ด้านสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงในบางโรค เช่น โรคเบาหวาน และโรคหอบหืด ตัวอย่างของแบบวัดในกลุ่มนี้ได้แก่ ANQ, eHEALS, DNT, DNT-15, DNT-39 ACCL, CMLT-L, และ HBP-HLS

ส่วนแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทยสรุปได้ว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2559 พัฒนาขึ้นตามองค์ประกอบของ Nutbeam เป็นหลัก ที่มี 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน Functional literacy level ระดับปฏิสัมพันธ์ Interactive literacy level และระดับวิจารณ์ญาณ Critical literacy level ประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูล 2) ด้านความรู้ความเข้าใจ 3) ด้านทักษะการสื่อสาร 4) ด้านการจัดการตนเอง 5) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และ 6) ด้านทักษะการตัดสินใจ ซึ่งแนวคิดนี้เป็นกรอบในการพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) แบบวัดความรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 โดยมี 4 องค์ประกอบ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.86, 2) แบบวัด

ABCDE-HL Scale of Thai Adults ตามหลัก 302ส สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งฉบับยาวมี 36 ข้อ มีค่า Cronbach's alpha ระหว่าง 0.67-0.9 ส่วนฉบับสั้นมี 19 ข้อ Cronbach's alpha ระหว่าง 0.60-0.79, 3) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (Health literacy Scale for Thai Childhood Overweight) มี 35 ข้อ มีค่า Cronbach's alpha ระหว่าง 0.70-0.82, 4) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับสตรีไทยวัยรุ่น อายุ 15-21 ปี (Health Literacy Scale for Unwanted Pregnancy Prevention of Thai Female Adolescents) มี 38 ข้อ มีค่า Cronbach's alpha ระหว่าง 0.87-0.90 สำหรับผลการสำรวจเพื่อประเมินความรู้ด้านสุขภาพ โดยมีเกณฑ์มาตรฐานกำหนดคะแนนที่ได้ต่ำกว่าร้อยละ 60 คือไม่ดี คะแนนช่วงร้อยละ 60 ถึง ต่ำกว่าร้อยละ 80 คือ พอใช้ได้ และคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป คือดีมาก ตามเกณฑ์การแบ่งระดับการเรียนรู้ของ Bloom (1968) 5. แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติสำหรับเด็กและวัยรุ่นอายุ 7-14 ปี เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้น โดย กองสุศึกษา ร่วมกับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ในงบประมาณปี พ.ศ. 2558 ซึ่งฉบับยาวมี 44 ข้อ มีค่า Cronbach's alpha ระหว่าง 0.69-0.77 แบบฉบับสั้นมี 30 ข้อ โดยมีค่า Cronbach's alpha ระหว่าง 0.55-0.81 และ 6. เครื่องมือวัดความรู้เชิงทัศนคติด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีข้อคำถามเพื่อประเมินความรู้ด้านสุขภาพ 145 ข้อ โดยมีค่า Cronbach's alpha ระหว่าง 0.54-0.97 โดยแบ่งช่วงคะแนนเป็น 2 ระดับคือ ผู้มีความรู้เชิงทัศนคติด้านสุขภาพในระดับรู้แจ้งคือ ระดับคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 และในระดับรู้จกมีคะแนนอยู่ระดับน้อยกว่าร้อยละ 75 จากนั้นแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทยปี พ.ศ. 2560 วิมล โรมาและคณะ ได้มีการประยุกต์จากกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy conceptual framework) ที่เสนอโดย Sorensen และคณะ และเป็นกรอบในการพัฒนาแบบสำรวจ HLS-EU-Q47 โดยได้เพิ่มมิติด้านการคัดกรองและเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพเข้าไปเป็นแบบสำรวจความรู้ด้านสุขภาพ HLS-TH-Q ประกอบด้วยข้อคำถาม 87 ข้อเพื่อสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ในปีเดียวกันกองสุศึกษา ร่วมกับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ทำการสังเคราะห์และพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพฉบับทั่วไป (Thais General Health Literacy Scales) สำหรับคนไทยทุกกลุ่มวัย โดยพัฒนาจากการศึกษาเปรียบเทียบองค์ประกอบการวัดระหว่างการวัดของ WHO (1998); Nutbeam (2008) มี 5 องค์ประกอบ ของยุโรป HLS-EU-Q47 (2015) มี 12 องค์ประกอบ และ Osborn (2013) พัฒนาและนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มวัยด้วย

#### 1.4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุสรุปได้ดังนี้

กลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดี มีโอกาสรอดชีวิตสูงกว่า หรืออัตราการตายต่ำกว่า เพราะถ้าประชาชนไม่สามารถเข้าถึงกระบวนการ หรือเข้าใจข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์แล้ว จะไม่สามารถที่จะดูแลตนเอง หรือตัดสินใจทางสุขภาพได้ถูกต้อง (Baker et al., 2007) และพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอจะพบอัตราการตายมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอถึง 1.75 เท่า (Sudore et al., 2006)

ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำหรือจำกัด จะมีแนวโน้มของการมีสุขภาพไม่ดี มีโอกาสเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ภาวะหัวใจล้มเหลว (Wolf, Gazmararian, & Baker, 2005)

จากการศึกษาของ Easton, Entwistle, and Williams (2010) กล่าวว่า บุคคลที่มีข้อจำกัดทางความรอบรู้ด้านสุขภาพพบมากในผู้สูงอายุ และยังเป็นบุคคลที่สำเร็จการศึกษาน้อยกว่าระดับมัธยม

จิราพร เกศพิชญวัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช, และ ชาตินัย หวานวาจา (2563) ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจำนวน 6 ด้าน ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจและการป้องกันโรค ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ จากการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ และเมื่อนำผลมาเปรียบเทียบกับแนวคิดองค์ประกอบการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam สรุปได้ว่าผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีเพียงความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐานเท่านั้น สำหรับขั้นปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน และขั้นตอนการประเมินข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเพื่อการตัดสินใจและการเลือกปฏิบัติในการดูแลตนเองยังอยู่ในขั้นควรปรับปรุง โดยเฉพาะทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และทักษะการจัดการตนเองทางสุขภาพ

วรรณศิริ นิลเนตร (2557) ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับรอบรู้ด้านสุขภาพได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการเขียน ผู้ดูแล สิทธิในการรักษาพยาบาล ความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และการเดินทางมาชมรม โดยการร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

ได้รับการตรวจสุขภาพ การออกกำลังกาย รวมถึงสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคลากรทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุบ่อยครั้งมี โอกาสพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมน้อยกว่า

กิจปพน ศรีธานี (2560) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง จากการศึกษาในผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. (การบริโภครักษาอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การงดสูบบุหรี่ และการงดสุรา) ของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข พบว่าผู้สูงอายุไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ รวมไปถึงระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสารและด้านการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับต่ำด้วย

อุทุมพร ศรีเชื่อนแก้ว, อธิวัฒน์ เจียวิวรรณ์กุล, และ สาวิตรี ทยานศิลป์ (2561) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสุข ความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลเวียง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ จากการศึกษาในผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. (การบริโภครักษาอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การงดสูบบุหรี่ และการงดสุรา) ของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข พบว่าผู้สูงอายุไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ โดยมีความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับที่ถูกต้องบ้าง มีความรอบรู้ด้านการสื่อสารที่ไม่ดี แต่มีความรอบรู้ด้านการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในระดับดีมาก

เกศราพรรณ พันธุ์ศรีเกตุคงเจริญ และ นันทิมา นาคาหงส์ (2562) ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดพะเยา จากการศึกษาในผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประยุกต์ตามแนวคิดของ Nutbeam แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับ จำนวนคำถามทั้งหมด 18 ข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐาน ส่วนน้อยที่มีความฉลาดทางสุขภาพระดับการมีปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับลักษณะของบุคคลด้วย เช่น เพศ ระดับการศึกษา ความสามารถในการใช้ภาษา สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และการมีอายุมากขึ้น ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จึงอาจมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าวัยอื่นอันเนื่องมาจากปัญหาความเสื่อมถอยของสุขภาพร่างกายตามธรรมชาติด้วย จึงกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุนับเป็นประชากรกลุ่มเปราะบางที่ต้องได้รับการดูแลด้านสุขภาพอย่างใกล้ชิดสืบเนื่องจากความเสื่อมถอยด้านร่างกายและภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรค

เรื้อรังนำไปสู่การพึ่งพิงที่ต้องเข้ารับการรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลเป็นประจำบ่อยครั้งกว่ากลุ่มอายุอื่น การพึ่งพิงระบบบริการทางการแพทย์ ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด (Limited health literacy) อาจมีความเสี่ยงที่จะเกิดความสับสนในข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมสุขภาพและใช้บริการสุขภาพอย่างเหมาะสม เนื่องจากปัจจุบันพบว่า ปัจจัยที่มีความสำคัญที่ส่งผลให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืนคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องอาศัยความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเองและจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการฟื้นฟูสภาพจากสภาวะทุพพลภาพได้

## 2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก

### 2.1 คำนิยามความหมาย

มีผู้อธิบายความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากดังนี้

National Institute of Dental and Craniofacial Research (NIDCR) ได้อธิบายไว้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก หมายถึง ระดับที่บุคคลมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล กระบวนการและความสามารถในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพขั้นพื้นฐานและบริการที่จำเป็นต่อการตัดสินใจด้านสุขภาพที่เหมาะสม (Baur et al., 2005)

American Dental Association (ADA) ได้อธิบายไว้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก หมายถึง ทักษะส่วนบุคคล ความสามารถในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและถูกต้อง และทักษะการใช้ข้อมูลเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง (American Dental Association, 2010)

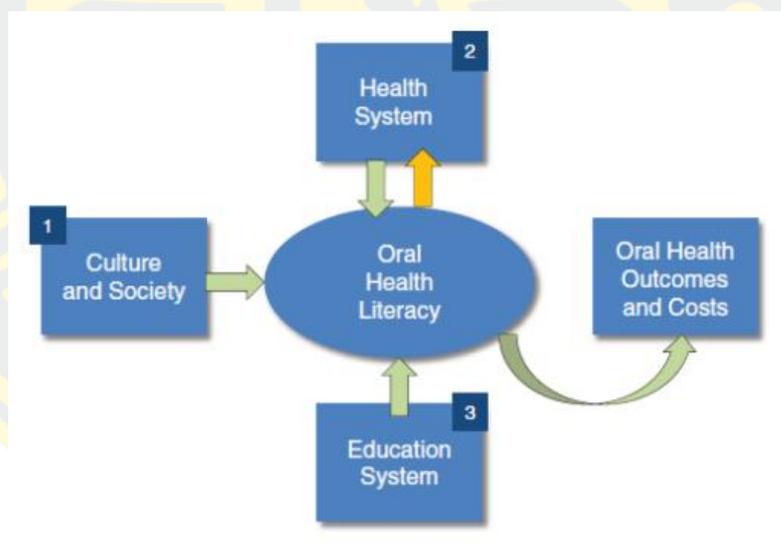
จากการให้ความหมายต่าง ๆ ตามที่กล่าวมาผู้วิจัยสรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก หมายถึง ทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ชี้นำก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพช่องปากเพื่อช่วยในการตัดสินใจทางเลือกในการดูแล รักษา และส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ดีของตนเองอยู่เสมอ

### 2.2 ความเป็นมาและแนวคิด

แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพช่องปากได้มีการพัฒนามาจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมได้มีนักวิชาการอธิบายแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพช่องปากไว้ดังนี้

จากสถาบันการแพทย์ของอเมริกา The Institute of Medicine (IOM) ปี ค.ศ. 2004 ได้เสนอโมเดลที่แสดงว่าองค์ประกอบ 3 ส่วนคือ สังคมวัฒนธรรม ระบบสุขภาพ และระบบการศึกษา

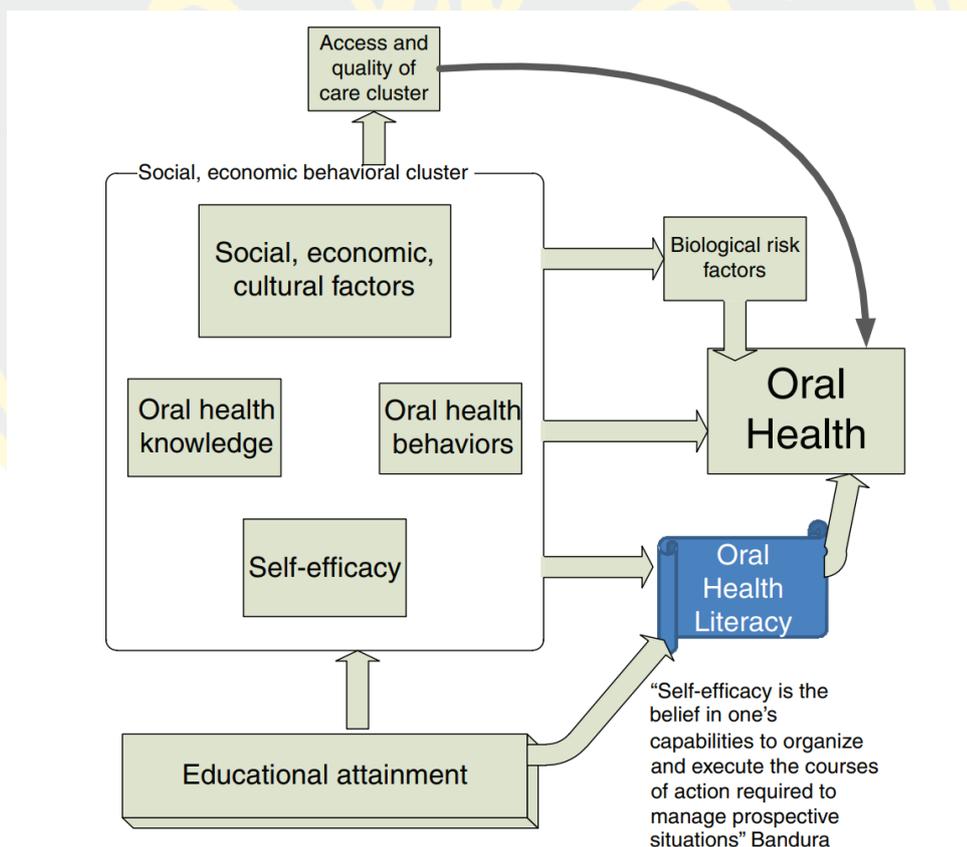
มีบทบาทสำคัญต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้มีการนำแนวคิดนี้มาปรับใช้ในบริบทของความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (Oral Health Literacy) ปี ค.ศ. 2013 โดยกล่าวว่าปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของบุคคล ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านวัฒนธรรมและสังคม ได้แก่ ภาษาท้องถิ่น เพศ เชื้อชาติ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม มีความสำคัญต่อทัศนคติและความเชื่อ และส่งอิทธิพลต่อการเลือกรับบริการในระบบสุขภาพและทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก เช่น เศรษฐฐานะไม่เอื้ออำนวยต่อการมารับบริการทันตกรรม 2) ปัจจัยด้านระบบบริการทันตสุขภาพและครอบคลุมไปถึงทันตบุคลากร เช่น ระบบบริการทันตกรรมมีความยุ่งยากซับซ้อนยากต่อการเข้าถึงการรับบริการ เจ้าหน้าที่ที่มีเวลาให้ข้อมูลสุขภาพน้อย และบางครั้งอธิบายด้วยคำที่ยากเกินไป 3) ปัจจัยด้านการศึกษา เช่น ผู้มีการศึกษาที่สูงกว่าจะมีระดับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพช่องปากที่มาก ปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพช่องปากและค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาสุขภาพ ดังภาพที่ 6 ดังนั้นการวิจัยพัฒนาควรมุ่งไปที่ปัจจัยข้างต้น เพื่อให้เกิดการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (Institute of Medicine, 2013)



ภาพที่ 6 Oral health literacy framework  
ที่มา: IOM (Institute of Medicine) (2013)

The Institute of Medicine (2013) ได้เสนอโมเดลที่แสดงว่าองค์ประกอบ 3 ส่วนคือ ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (Oral health knowledge) , พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก (Oral health behaviors) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เป็นองค์ประกอบสำคัญของโครงสร้างความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) โดย

Bandura ได้กล่าวว่า บุคคลต้องถูกสอนหรือฝึกให้เกิดความสามารถทางพฤติกรรม เพื่อให้รู้ว่าเขาต้องทำอะไรและทำอย่างไร โดยใช้การสร้างให้เกิดความคาดหวังหากทำพฤติกรรม และสร้างให้เกิดความมั่นใจว่าตนสามารถทำพฤติกรรมนั้นได้ ถ้าหากมีการรับรู้ความสามารถของตนสูงและมีความคาดหวังผลที่เกิดสูง ส่งผลต่อการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมที่มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน นั่นคือ เมื่อบุคคลเกิดความมั่นใจในความสามารถของตน เขามีแรงจูงใจที่จะเผชิญกับอุปสรรค อดทนมีความพยายามที่ทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ หรือสรุปได้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและการปฏิบัติตน เพราะหากบุคคลไม่เชื่อมั่นในตนเอง แม้จะมีความรู้ความสามารถก็ไม่อาจทำกิจกรรมให้ประสบผลสำเร็จได้ (Bandura, 1994) ส่วนกลางของโมเดลคือการศึกษา ซึ่งเป็นตัวแปรของความรุนแรงของโรคในช่องปากด้วย นอกจากนี้มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงและระบบบริการ เช่น เศรษฐกิจ และสังคม ดังภาพที่ 7



ภาพที่ 7 Framework for understand oral health literacy framework

ที่มา: IOM (Institute of Medicine) (2013)

Parker et al. (2012) กล่าวว่า องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากได้แก่

- 1) Oral health knowledge ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก
- 2) Oral health self-care ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตัวเอง
- 3) Use of dental services ด้านการใช้บริการทางทันตกรรม
- 4) Oral health-related self efficacy ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพช่องปาก และ
- 5) Oral health-related fatalism ด้านวิธีการปฏิบัติแบบใหม่เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก

Richman et al. (2011) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองของเด็ก และได้แบ่งองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) Word recognition ด้านการจดจำคำศัพท์ 2) Vocabulary knowledge ด้านการรู้คำศัพท์ และ 3) comprehension of 35 terms used in pediatric dentistry ด้านความเข้าใจกับรายการสุขภาพช่องปาก 35 โรค

Blizniuk et al. (2015) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับ พฤติกรรมและสถานะสุขภาพช่องปาก กล่าวว่า องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) Functional literacy ความรอบรู้ขั้นพื้นฐาน 2) Reading comprehension ด้านความสามารถในการอ่านอย่างเข้าใจ 3) Numeracy ability ด้านความสามารถในการคำนวณ 4) Word recognition ด้านการจดจำคำ และ 5) Oral health knowledge ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก

พันธันภา จิตติมณี, ยูติ รอดจากภัย, และ นิภา มหารัชพงศ์ (2562) ได้มีการพัฒนา เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ พัฒนาขึ้นตามองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam และสอดคล้องกับแนวคิดของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยเป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นจากการทำเดลไฟกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีประสบการณ์และงานวิจัยด้านสุขภาพช่องปากในมุมมองของผู้สูงอายุ และได้อธิบายคุณลักษณะสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปาก (Access skill) หมายถึง ความสามารถในการค้นหาข้อมูล เลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพช่องปากเพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเองได้ถูกต้อง และสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพช่องปากได้
2. ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปาก (Cognitive skill) หมายถึง มีความรู้และความจำในเนื้อหาสาระสำคัญด้านสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง
3. การสื่อสารด้านสุขภาพช่องปาก (Communication skill) หมายถึง สามารถสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพช่องปากให้บุคคลอื่นเข้าใจ และสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพช่องปากได้

4. การจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก (Self-management skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมายวางแผนการปฏิบัติ และปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้รวมทั้งมีการทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง

5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปาก (Media literacy skill) หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพช่องปากที่สื่อนำเสนอสามารถเปรียบเทียบ วิธีการเลือกรับสื่อ เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง และผู้อื่นรวมทั้งสามารถประเมินตัดสินคุณค่าข้อความสื่อในสิ่งที่สื่อนำเสนอ

6. การตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปาก (Decision skill) หมายถึง สามารถกำหนดทางเลือกและปฏิเสธหลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพช่องปากที่ดี

จากการทบทวนแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพช่องปากในมิติที่แตกต่างกันไป แต่ทั้งหมดนี้ยังคงมีหลักพื้นฐานแนวคิดเดียวกันคือ การเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูล เพื่อการตัดสินใจ ดูแล ส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพช่องปากที่ดีของตนเองอยู่เสมอ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดของพันช์นภา จิตติมณี, ยวดี รอดจากภัย, และ นิภา มหารัชพงศ์ (2562) ซึ่งแยกเป็นสมรรถนะด้านต่าง ๆ ชัดเจนครอบคลุมในทุกมิติมากที่สุด และตรงกับบริบทของการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุไทย จึงเหมาะสำหรับเป็นแนวคิดต้นแบบในการสร้างและการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในครั้งนี้

### 2.3 เครื่องมือและการวัด

แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงในด้านทันตกรรม แบ่งกลุ่มได้ 3 ชนิด (Nguyen et al., 2015) ได้แก่

#### 1. REALM 'Like'

เป็นแบบวัดที่มีลักษณะคล้ายกับ REALM แต่ใช้ทดสอบความสามารถด้านการอ่าน คำศัพท์เฉพาะด้าน เช่น ด้านทันตกรรม ตัวอย่างของแบบวัดในกลุ่มนี้ได้แก่ REALD-30, REALD-99, TS-REALD, REALM-D ขออธิบายรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้บ่อย ดังนี้

- REALD-30 ย่อมาจาก Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry-30 พัฒนาโดย Lee และคณะ ในปี ค.ศ. 2007 เป็นแบบวัดที่ใช้ทดสอบการอ่านออกเสียงคำศัพท์ด้านทันตแพทย์จำนวน 30 คำ ดัดแปลงมาจาก REALD-99 ซึ่งเป็นจำนวนคำที่มาก มีข้อดีคือใช้เวลาในการทดสอบเพียง 2 นาที ไม่มีเกณฑ์การแบ่งระดับที่ชัดเจน แต่มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-30 ถ้าได้คะแนนมาก แสดงว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเพียงพอ (Lee et al., 2007)

สำหรับประเทศไทย ศุภศิลป์ ศิริรักษา และคณะ เมื่อปี พ.ศ. 2562 ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินความรู้ด้านทันตสุขภาพแบบเร็วสำหรับผู้ใหญ่ ภาควิชาภาษาไทย Rapid Estimate Adults

Literacy in Dentistry-30 item: ThREALD-30 ซึ่งคณะวิจัยได้แปลมาจากแบบวัด REALD-30 เป็นฉบับภาษาไทย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ถ้าอ่านได้ถูกต้องจะได้ 1 คะแนน ถ้าผิดหรืออ่านไม่ได้ จะได้ 0 คะแนน

## 2. TOFHLa ‘Like’

เป็นแบบวัดที่มีลักษณะคล้าย ๆ กับ TOFHLa ใช้ทดสอบความสามารถด้านการอ่านและความเข้าใจเฉพาะด้านทันตกรรม ตัวอย่างของแบบวัดในกลุ่มนี้ ได้แก่ TOFHLiD, OHLI และ NLS ของธิบายรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้บ่อย ดังนี้

- TOFHLiD ย่อมาจาก Test of Functional Health Literacy in Dentistry พัฒนาโดย Gong และคณะ ในปี ค.ศ. 2007 เป็นแบบวัดที่ใช้ทดสอบความสามารถด้านการอ่านและความเข้าใจ ประกอบด้วยการเติมคำในช่องว่าง 50 ข้อ และคำถาม 17 ข้อ รวมทั้งหมด 67 ข้อ ไม่มีเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนที่ชัดเจน แต่มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-100 ถ้าได้คะแนนมากหมายถึงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเพียงพอ (Gong et al., 2007)

- OHLI ย่อมาจาก Oral Health Literacy Instrument พัฒนาโดย Sabbahi ในปี ค.ศ. 2009 เป็นแบบวัดที่ใช้ทดสอบความสามารถด้านการอ่านและความเข้าใจ ประกอบด้วยการเติมคำในช่องว่าง 38 ข้อ และคำถาม 19 ข้อ รวมทั้งหมด 57 ข้อ ใช้เวลาในการทดสอบ 20 นาที เกณฑ์ในการแบ่งคะแนนมี 3 ระดับ ได้แก่ 0-59 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ 60-74 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากค่อนข้างไม่เพียงพอ และ 75-100 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเพียงพอ (Sabbahi et al., 2009)

## 3. Unique types

เป็นแบบวัดที่มีลักษณะเฉพาะที่ไม่เหมือนกับ 2 กลุ่มแรก เช่น ANQ, eHEALS, DNT, DNT-15, DNT-39 ACCL, CMLT-L, และ HBP-HLS

นอกจากนี้มีการศึกษาเกี่ยวกับเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก โดย Dickson, Amanda, Jane, Mark, and Sarah (2014) ได้มีการศึกษาวิจัยเรื่อง “Measuring oral health literacy: a scoping review of existing tools.” เป็นการทบทวนวรรณกรรม 32 เรื่องพบว่า 11 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพช่องปากส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือ Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry (REALD) และ Test of Functional Health Literacy in Dentistry (ToFHLiD) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มุ่งวัดความสามารถในการเข้าใจคำศัพท์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก (Word recognition) (Dickson et al., 2014)

และจากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในประเทศไทยสรุปได้ดังนี้

ศิริภา คงศรี และ สดใส ศรีสะอาด (2562) ได้พัฒนาแบบสอบถามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุจังหวัดขอนแก่น โดยองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพช่องปากมี 6 องค์ประกอบ ประยุกต์ตามแนวทางของกองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 1) ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก เป็นแบบ check list ถูกหรือผิด 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก 3) ทักษะการสื่อสารเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก 4) ทักษะการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก 5) การรู้เท่าทันสื่อเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยองค์ประกอบที่ 2-5 เป็นแบบ rating scale ตั้งแต่ปฏิบัติทุกครั้ง จนถึงไม่เคยปฏิบัติเลย และ 6) การตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก เป็นแบบ 4 ตัวเลือก รวมแบบสอบถามทั้งสิ้น 24 ข้อ เครื่องมือนี้พบว่า มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.601

พันธันภา จิตติมณี, ยูวดี รอดจากภัย, และ นิภา มหารัชพงค์ (2562) ได้มีการพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ พัฒนาขึ้นตามองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam และสอดคล้องกับแนวคิดของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยเป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นจากการทำเดลไฟกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีประสบการณ์และงานวิจัยด้านสุขภาพช่องปากในมุมมองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ด้านวิชาการ (Academic setting) ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพช่องปากที่มีประสบการณ์งานวิจัยและการสอนในด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มที่ 2 ด้านปฏิบัติการ (Practice setting) ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพช่องปากที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน เป็นผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ซึ่งรู้บทบาทผู้สูงอายุอย่างแท้จริง และกลุ่มที่ 3 ด้านนโยบาย (Policy maker) ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพช่องปากปฏิบัติงานที่กองทันตสาธารณสุข ซึ่งมีมุมมองในด้านนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากจำนวน 18 คน ศึกษาในผู้สูงอายุ เป็นแบบวัดที่ให้ผู้ตอบประเมินความสามารถของตนเอง มี 6 องค์ประกอบ คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปาก 2) ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปาก 3) การสื่อสารด้านสุขภาพช่องปาก 4) การจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปาก และ 6) การตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปาก รวมจำนวน 35 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าตาม Likert scale 5 ระดับ ที่วัดความยากง่ายของการกระทำตั้งแต่ระดับยากไม่สามารถทำได้ จนถึงระดับทำได้ง่ายมาก (พันธันภา จิตติมณี, ยูวดี รอดจากภัย, และ นิภา มหารัชพงค์, 2562) นอกจากนี้เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากนี้ได้ถูกนำไปใช้ในการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากทั้งในพื้นที่ภาคเหนือและภาคอีสาน เช่น จากการศึกษาของธันวา อินทรสุขสันติ (2566) ได้ทำการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้มารับบริการทันตกรรม โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ และจาก

การศึกษาของ Khamrin และคณะ (2021) ซึ่งได้ทำการศึกษาเรื่อง Factors Associated with Health Literacy, Self-Efficacy, Social Support, and Oral Health Care Behaviors Among Elderly in Northern Border Community Thailand จากการศึกษาดังกล่าวได้นำเครื่องมือความรู้ด้านสุขภาพช่องปากนี้เป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก

จากการทบทวนวรรณกรรมเครื่องมือประเมินความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ได้มีการวัดและประเมินความรู้ด้านสุขภาพช่องปากในมิติที่แตกต่างกันไป ขึ้นกับบริบทและวัตถุประสงค์ของการศึกษา การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้นวัตกรรมเครื่องมือการประเมินความรู้ด้านสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ ของพันธ์ภา จิตติมณี, ยูวดี รอดจากภัย, และนิภา มหารัชพงศ์ (2562) ซึ่งแยกเป็นสมรรถนะการประเมินด้านต่าง ๆ ชัดเจนครอบคลุมในทุกมิติทุกวัตถุประสงค์การศึกษามากที่สุด และตรงกับบริบทของผู้สูงอายุไทย

#### 2.4 ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุและการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุสรุปได้ดังนี้

Batista et al. (2017) ได้อธิบายว่าบุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพช่องปากน้อยจะส่งผลให้การใช้บริการทางทันตกรรมแบบฉุกเฉินเพิ่มขึ้น มีอาการปวดฟันมากกว่า มีการแปรงฟันน้อยกว่า 2 ครั้งต่อวัน มีการกระจายของโรคมะเร็ง และค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นกว่าบุคคลที่มีความรู้ทางสุขภาพดีกว่า (Batista, Lawrence, & Sousa, 2017; Wehmeyer et al., 2014)

Wehmeyer et al. (2017) ศึกษาพบว่า บุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลให้เกิดความรุนแรงของโรคปริทันต์ที่มากกว่าเมื่อเทียบกับบุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูง

จากการศึกษาของ Blizniuk, Ueno, Zaitso, and Kawaguchi (2015) พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้ด้านสุขภาพช่องปากสูงจะมีจำนวนซี่ฟันที่เหลืออยู่ในช่องปากมากกว่าผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่ำ

จากการศึกษาของ Ueno และคณะ (2013) พบว่า ผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่ำสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี โดยเก็บข้อมูลจากจำนวนฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่ จำนวนฟันผุ และตรวจราบจุลินทรีย์ประเมินความสะอาดในช่องปาก

สำหรับในประเทศไทย การศึกษาของปิ่นปิ่นท์ วนิชย์สายทอง และคณะ (2564) พบว่าความรู้ด้านสุขภาพช่องปากระดับเพียงพอ มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดี

นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่และใกล้เคียง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่เพียงพอสูงถึงร้อยละ 45.2 (Wanichsaihong, Goodwin, & Pretty, 2021)

การศึกษาของ นิธิมา เสริมสุธีอนุวัฒน์ และ ปณัญ ปิยคุณากร (2564) พบว่าความรู้ด้านสุขภาพช่องปากระดับจำกัด มีความสัมพันธ์กับการมีจำนวนฟันในช่องปากที่ใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดปัตตานี มีระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่เพียงพอสูงถึงร้อยละ 49.3 (Sermsuti-Anuwat & Piyakhunakorn, 2021)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นสรุปได้ว่ามีงานวิจัยจำนวนมากแสดงให้เห็นว่า ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ซึ่งระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำสัมพันธ์กับ 1) อัตราความเสี่ยงที่มากขึ้นต่อการนอนในโรงพยาบาล การใช้บริการทันตกรรมแบบฉุกเฉินเพิ่มขึ้น 2) แนวโน้มอัตราการใช้ยาตามคำแนะนำที่น้อยลง และเพิ่มความเสี่ยงการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 3) มีส่วนร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อย 4) มีความชุกของปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ความรุนแรงของโรคในช่องปากเพิ่มขึ้น จำนวนฟันที่เหลืออยู่น้อยกว่า 5) การสื่อสารกับผู้ให้บริการสุขภาพที่ไม่มีประสิทธิภาพ 6) ระดับความสามารถต่อการจัดการตนเองด้านโรคเรื้อรังที่ต่ำ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี 7) ค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น และ 8) ผลลัพธ์โดยรวมด้านสุขภาพที่ไม่ดี

และจากการสำรวจระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุพบว่าเกือบครึ่งผู้สูงอายุในประเทศไทยยังมีความรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่จำกัด ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาความเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรคได้มากกว่าวัยอื่น ๆ จากหลายสาเหตุ ทั้งที่เกิดจากปัจจัยด้านความเสื่อมของร่างกายตามธรรมชาติ ที่ส่งผลต่อการรับข้อมูล การทำความเข้าใจ โอกาสการเข้าถึงข้อมูลและใช้บริการสุขภาพ ผู้สูงอายุอยู่ในสถานะกลุ่มเสี่ยงที่อาจยอมรับหรือหลงเชื่อบุคคลที่ไว้วางใจหรือแหล่งข้อมูลที่ใกล้ชิดได้ง่าย ทำให้ขาดความสามารถในการกลั่นกรองอันนำไปสู่การตัดสินใจที่ผิดพลาด หากผู้สูงอายุมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำย่อมส่งผลต่อสุขภาพโดยรวม กล่าวคือ ผู้สูงอายุขาดความสามารถในการดูแลตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในภาพรวมสูงขึ้น การพึ่งพาบริการทางการแพทย์มากขึ้น จะทำให้โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพรับภาระหนักในการรักษาพยาบาลและอาจเกิดข้อจำกัดในการให้ความเท่าเทียมเพื่อเข้าถึงบริการขึ้นได้ ดังนั้นการให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจึงหมายถึงการส่งเสริมให้ประชากรผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองนั่นเอง

## แนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่ามีผู้อธิบายแนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ เช่น

### 1. แนวคิดการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพมีปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงคือปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ภาษา ความสามารถในการเข้าสังคม ความสามารถในการเรียนรู้ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และความสามารถในการใช้สื่อ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากอิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน และปัจจัยเชิงโครงสร้างในสังคมได้แก่ได้แก่ ระบบการศึกษา ระบบสุขภาพ สื่อ สารานณะ (Manganello, 2008)



ภาพที่ 8 A three-step model for better health literacy ของ The Health Quality & Safety Commission New Zealand (2015)

ที่มา: The Health Quality & Safety Commission New Zealand (2015)

Health Quality and Safety commission New Zealand (2015) ได้พัฒนาคู่มือการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ 3 ขั้นตอน สำหรับแพทย์เพื่อใช้สื่อสารกับผู้ป่วยตาม โมเดล A three-step

model for better health literacy ที่ประยุกต์จากเครื่องมือพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของ AHRQ  
 ดังภาพที่ 6

### 1. Find out what people know

การค้นหาความรู้เดิมหรือสิ่งที่ผู้ป่วยรู้ ผู้ป่วยที่มารับบริการทุกคนจะมีความรู้เดิมที่อาจจะไม่ถูกต้อง ดังนั้นผู้ให้บริการต้องให้การช่วยเหลือ ด้วยการเริ่มต้นการสนทนา พร้อมทั้งตั้งคำถามอย่างเป็นมิตร และฟังผู้ป่วยเล่าพร้อมฟังน้ำเสียงคำพูดที่ผู้ป่วยพูดก็จะทราบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยรู้คืออะไร ดังนั้น ผู้ให้บริการ ต้องอธิบายเชื่อมโยงความรู้ใหม่ที่จะให้กับความรู้เดิมที่ผู้ป่วย

### 2. Build health literacy skills and knowledge

การสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพและความรู้ที่จำเป็น ซึ่งมีหลายกลยุทธ์ที่สามารถนำมาใช้ขึ้นอยู่กับข้อมูลความรู้ที่ต้องการให้ เวลาที่มีอยู่ สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการรู้เป็นต้น โดยการให้ข้อมูลใหม่จะต้องเชื่อมโยงกับความรู้เดิมที่ผู้ป่วยมี เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและจดจำได้ดีเพราะเข้าใจเหตุผลของการเกิดโรค แต่ต้องระวังการให้ความรู้มากเกินไปในช่วงเวลาสั้น ๆ ก็อาจจะทำให้ผู้ป่วยสับสนได้ ดังนั้นการติดตามทบทวนความรู้กับผู้ป่วยโดยทางโทรศัพท์ อีเมล การนัดหมายครั้งต่อไป หรือให้แหล่งเรียนรู้เพิ่มเติม ก็ยังคงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วย โดยมีหลักการและเทคนิคการให้ข้อมูลสำหรับแพทย์และพยาบาลหลายเทคนิค ได้แก่ 1) การใช้การจั่งคำถาม 2) การใช้ภาษาที่ง่ายเป็นการพูดคุยแบบไม่เป็นทางการ เหมือนสนทนาในชีวิตประจำวันที่อยู่กันในบ้าน โดยไม่ใช่คำย่อหรือศัพท์เฉพาะทางการแพทย์ แต่ถ้าจำเป็นต้องอธิบายศัพท์ทางการแพทย์ เพราะเป็นคำใหม่ของผู้ป่วย ควรอธิบายด้วย ภาพ ผัง โมเดล กราฟ รูปภาพ 3) ควรจำกัดข้อมูลที่ให้แต่ละครั้งไม่ควรเกิน 3-5 สิ่ง โดยเฉพาะถ้าเป็นเรื่องที่ซับซ้อนมากต้องพูดคุยจนกระจ่างพร้อมอธิบายให้เป็นขั้นเป็นตอน 4) มีการทบทวนจนแน่ใจว่าผู้ป่วยเข้าใจเรื่องนั้นแท้จริงก่อนที่จะขึ้นเรื่องใหม่ 5) การให้ข้อมูลจะต้องมีหลักฐานให้เห็นภาพ หรืออาจจะใช้สื่อรูปภาพ ภาพเคลื่อนไหว แผนภูมิ กราฟ หรือการสาธิต 6) ควรเปิดโอกาสและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ซักถามเป็นระยะ และ 7) ให้การเสริมแรงและยืนยันในสิ่งที่ผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลที่ถูกต้อง ด้วยการชื่นชมพร้อมกับให้ข้อเสนอแนะเพื่อยืนยันความยั่งยืนในการจำและความเข้าใจของผู้ป่วย

### 3. Check you were clear (And, if not, go back to Step 2)

การตรวจสอบให้แน่ใจว่าเข้าใจขั้นนี้สามารถใช้คำถามในการตรวจสอบโดยเป็นคำถามปลายเปิดตามเทคนิค Teach-back เช่น ช่วยอธิบายอีกครั้งว่า คุณจะกินยานี้อย่างไรบ้างเมื่อคุณกลับไปบ้าน (The Health Quality & Safety Commission New Zealand, 2015)

อาณัติ วรรณศิริ และคณะ (2558) ศึกษาโครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ อุบลราชธานี และเสนอกรอบการพัฒนาความ

แลกกันด้านสุขภาพที่ได้สามารถแบ่งการดำเนินการออกเป็น 2 แนวทางคือ การดำเนินงานใน
 ผู้สูงอายุทุกกลุ่ม และการดำเนินงานในผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่ม ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานใน
 ผู้สูงอายุทุกกลุ่มได้แก่ 1) พัฒนาความสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและตัดสินใจได้ว่าข้อมูลใดมี
 ความน่าเชื่อถือ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสามารถที่จะวิเคราะห์และตัดสินใจว่าข้อมูลสุขภาพใดที่มี
 ความน่าเชื่อถือ ขณะเดียวกันยังมีผู้สูงอายุอีกจำนวนหนึ่งที่มีข้อจำกัดการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่
 น่าเชื่อถือ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีแนวโน้มจะไม่มารับบริการสุขภาพที่หน่วยบริการ ดังนั้น การพัฒนา
 ความสามารถให้ตัดสินใจต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูลแล้วยังต้องพัฒนาให้สามารถเข้าถึงข้อมูลที่
 น่าเชื่อถือด้วย 2) การติดตามต่อเนื่องหลังจากได้รับบริการ การให้ข้อมูลด้านสุขภาพไม่ว่าจะเป็น
 เรื่องการใช้ยา หรือการดูแลสุขภาพหลังจากพบผู้ให้บริการจำเป็นต้องมีการติดตามว่าผู้สูงอายุ
 ปฏิบัติตามคำแนะนำได้หรือไม่ ได้ในระดับใด อะไรคืออุปสรรค 3) การสร้างบุคคลต้นแบบ
 การสร้างแบบอย่างหรือบุคคลต้นแบบที่มีประสบการณ์และมีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่ดีที่เป็น
 ผู้สูงอายุในชุมชนจะช่วยให้กระตุ้นและสร้างความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล เป็นบุคคลตัวอย่างที่
 สนับสนุนให้คนอื่นได้ลองทำตาม ช่วยตอบข้อสงสัยต่อแนวทางการปฏิบัติที่ดี ตลอดจนการลดและ
 การกำจัดอุปสรรค ช่วยสนับสนุนกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มผู้สูงอายุ 4) ลดการพึ่งพิง
 แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปัจจุบันผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยมีทัศนคติว่า เรื่องสุขภาพและความ
 เจ็บป่วยเป็นหน้าที่ของบุคลากรสุขภาพ การเปลี่ยนทัศนคติให้มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง
 มากขึ้นเป็นยุทธศาสตร์สำคัญ การจัดการกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชนเป็นหนึ่งในหลาย
 กิจกรรมที่ควรดำเนินการ ซึ่งรวมถึงการสร้างต้นแบบตามที่ได้เสนอไว้ในข้อที่แล้ว 5) ผู้ให้บริการ
 ต้องเข้าใจบริบทของคนในชุมชน ทีมบุคลากรสุขภาพ มีความต้องการเรียนรู้พัฒนาทักษะการสร้าง
 ความเข้าใจชุมชน สิ่งแวดล้อม และคนไข้ ซึ่งหลายรายเผชิญกับปัญหาความซับซ้อนจาก
 สิ่งแวดล้อม ซึ่งไม่สามารถให้คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม
 ได้โดยตรงไปตรงมา 6) การดึงภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมและรวมกัน หากสามารถรวบรวมเอา
 ความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เข้ามาดำเนินการอย่างบูรณาการจะทำให้เกิดพลังการทำงานสู่
 ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพสูง

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่ม ๆ ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่
 ขาดความแตกฉานทางสุขภาพ กลุ่มนี้คือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการค้นหา การเข้าถึง การ
 วิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพ และการนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง กลุ่มนี้
 ควรเป็นกลุ่มเป้าหมายแรกของการพัฒนาความแตกฉานทางด้านสุขภาพ 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่มี
 ประเด็นหรือปัญหาด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย ทีมให้บริการสุขภาพต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการ
 เปลี่ยนทัศนคติด้วยการเคารพ รับฟังปัญหาและเข้าใจบริบทสิ่งแวดล้อม มากกว่าที่จะกระโจนไป

เรื่องสุขภาพก่อน 3) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันทางสุขภาพในระดับต่ำ ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ต้องการดูแลจากคนในครอบครัว หรือผู้ดูแล ดังนั้นการพัฒนาความแตกต่างด้านสุขภาพจะมุ่งไปที่การพัฒนาตัวดูแล หรือคนในครอบครัว (อาณัติ วรรณศรี และคณะ, 2558)

อังสินันท์ อินทรกำแหง (2560) สรุปภาพรวมรูปแบบการดำเนินงานด้านการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพมีความหลากหลายในองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ 6 ประการที่มีการพัฒนา การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจะประสบความสำเร็จได้ จำเป็นต้องพัฒนาทั้ง 2 ด้านคือ ความรู้และทักษะของประชาชนที่รับข้อมูลสุขภาพและรับบริการสุขภาพ และความรู้และทักษะของบุคลากรผู้ให้ข้อมูลสุขภาพและให้บริการสุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สรุปกิจกรรมและรูปแบบการดำเนินการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

องค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ	กิจกรรม/ รูปแบบการดำเนินการพัฒนา	
	ประชาชน	บุคลากรทางสุขภาพ
1. Access การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	1. มีเว็บไซต์ด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือ 2. การใช้ mobile health technology และ applications รวมถึง wireless devices ในการให้ข้อมูลสุขภาพแก่ประชาชน 3. การจัดสิ่งสนับสนุนบริการสุขภาพอย่างเพียงพอและเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ 4. การจัดกิจกรรมเยี่ยมชมจุดบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่สำคัญ 5. โครงการรณรงค์การคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีความเป็นมิตรกับผู้ป่วย เช่น ให้บุคลากรใช้ภาษาง่าย ๆ ใช้เครื่องมือที่ไม่ทำให้เจ็บหรือกลัว เป็นต้น	1. ได้รับการฝึกทักษะในการผลิตและใช้สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อเทคโนโลยีเพื่อให้ความรู้ออกมาสู่ประชาชนได้หลายช่องทาง 2. ได้รับแรงจูงใจในการทำงานเพื่อเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชน 3. กิจกรรมเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของแพทย์และบุคลากรทางสุขภาพ

## ตารางที่ 3 (ต่อ)

องค์ประกอบของความ รอบรู้ด้านสุขภาพ	กิจกรรม/ รูปแบบการดำเนินการพัฒนา	
	ประชาชน	บุคลากรทางสุขภาพ
2. Cognitive ความรู้ ความเข้าใจ	6. มีเว็บไซต์ให้ความรู้ด้าน สุขภาพอย่างต่อเนื่องที่ถูกต้อง และทันสมัย 7. โครงการเพิ่มความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับสุขอนามัยด้วย การใช้ศิลปะการแสดงและการมี ส่วนร่วมของคนในชุมชน 8. การให้ข้อมูลสุขภาพสำหรับ กลุ่มเป้าหมายเฉพาะในรูปแบบ ต่าง ๆ เช่น fact sheet, radio campaign โทรทัศน์ คู่มือ แผ่นพับ 9. บรรจุเนื้อหาที่เกี่ยวกับความ รอบรู้ด้านสุขภาพในหลักสูตร ทุกระดับ	4. มี research-based guidance เป็น แนวทางช่วยให้หน่วยงานประยุกต์ หลักการของความรอบรู้ด้าน สุขภาพในการออกแบบเว็บไซต์ ด้านสุขภาพ 5. มี health literacy module สำหรับบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อให้เข้าใจหลักการและสามารถ ใช้ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการ ให้บริการ 6. บรรจุเนื้อหาความรอบรู้ด้าน สุขภาพในหลักสูตรระดับปริญญา ตรี ทุกสาขาวิชาชีพ 7. มีเวทีแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เช่น สัมมนา การจัดประชุมเชิง วิชาการ การนำเสนอผลงาน
3. Communication ทักษะการสื่อสาร	10. การพัฒนาทักษะด้านการรู้ หนังสือ คือ ฟังพูดอ่านเขียน และคำนวณตัวเลข 11. สร้างพื้นที่เพื่อให้มีการ พูดคุยแลกเปลี่ยนกันเกี่ยวกับ ประเด็นสุขภาพโดยใช้ Social media หรือชุมชนสื่อสาร ออนไลน์ 12. มีล่ามทางโทรศัพท์	8. มีชุดกิจกรรมเกี่ยวกับกลยุทธ์การ สื่อสารที่ชัดเจน 9. รับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะ การสื่อสารด้านการพูดและการ เขียนของบุคลากรทางสุขภาพ 10. รับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนา ทักษะการสร้างความสัมพันธ์กับ ผู้ป่วย

ตารางที่ 3 (ต่อ)

องค์ประกอบของความ รอบรู้ด้านสุขภาพ	กิจกรรม/ รูปแบบการดำเนินการพัฒนา	
	ประชาชน	บุคคลากรทางสุขภาพ
4. Self-management การจัดการตนเอง	13. จัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้าง ทักษะการจัดการตนเองในผู้ป่วย โรคเรื้อรัง 14. โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรม การเคลื่อนไหวออกกำลังและการ บริโภคอาหารเพื่อลดความชุกของ โรคอ้วนและภาวะน้ำหนักเกิน	11. บุคลากรด้านสุขภาพจะต้อง เป็นแบบอย่างของผู้ที่สามารถ จัดการสุขภาพตนเองในด้าน ร่างกาย มีสุขภาพจิตที่ดี มีการ จัดการหรือควบคุมอารมณ์ได้ดี และมีทักษะทางสังคม
5. Media literacy การ รู้เท่าทันสื่อ	15. มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ที่ถูกต้องทางเว็บไซต์ หรือ สื่ออื่น ๆ 16. ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ออนไลน์ 17. พัฒนาชุดเครื่องมือเพื่อ ประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพ ของแหล่งข้อมูลสุขภาพ	12. มีลักษณะเป็นผู้นำทาง ความคิดด้วยปัญญา 13. ใส่ใจใฝ่เรียนรู้ข้อมูลข่าวสาร จากสื่อต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง
6. Decision ทักษะการ ตัดสินใจ	18. จัดโปรแกรมการสร้างเสริม ศักยภาพในการแก้ปัญหาของ ชุมชน 19. จัดโปรแกรมการให้ความรู้ เกี่ยวกับกระบวนการในการดูแล สุขภาพ และปัญหาที่มักเกิดขึ้น ในการดูแลสุขภาพ	14. ฝึกทักษะการคิด เช่น การคิด การแก้ปัญหาในการทำงานการ คิดอย่างมีเหตุผล การคิด วิจรรณญาณ เป็นต้น

ที่มา: อังศิรินทร์ อินทรกำแหง (2560)

## 2. โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ

งานวิจัยที่ศึกษาเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ เช่น Manafo and Wong (2012) ศึกษาโปรแกรมเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบ จำนวน 9 เรื่อง ที่เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพเชิงบวกจากผลการทดลองให้กลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าหลายงานวิจัยยังมีข้อจำกัดในการออกแบบการศึกษาและการวัดผลการทดลองในระยะสั้น ซึ่งผลระยะยาวยังไม่ชัดเจน ดังนั้นในการออกแบบโปรแกรมการทดลองเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อไป ควรใช้สถานการณ์การทดลองด้วยข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามสถานการณ์จริงที่เฉพาะเจาะจงกลุ่มผู้สูงอายุ Valle et al. (2006) ได้มีการศึกษาเรื่อง Fotonovealas: A health literacy tool for educating Latino older adults about dementia เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ โดยมีกิจกรรม ให้ข้อมูลความรู้และช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจถึงผลกระทบของการเกิดโรคสมองเสื่อม โดยผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการและการสนทนากลุ่ม และแสดงรูปที่เป็นเรื่องราวเกี่ยวกับโรคความจำเสื่อม เพื่อเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับโรคความจำเสื่อมสำหรับผู้ดูแลและตัวผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า กิจกรรมดังกล่าวเป็นการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม ด้วยสื่อสุขภาพ (Valle, Yamada, & Matiella, 2006)

Broering et al. (2006) ได้มีการศึกษาเรื่อง Outreach to public libraries: senior centers, and clinics to improve patient and consumer health care เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ โดยมีกิจกรรมช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง โดยพัฒนาให้ผู้สูงอายุเข้าถึงข้อมูลที่สำคัญต่อสุขภาพ โดยใช้อินเทอร์เน็ต เพื่อให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพระดับขั้นพื้นฐาน โดย ประชุมเชิงปฏิบัติการผ่านสื่อออนไลน์ทางเลือกการรักษาการดูแลสุขภาพ สอนการเข้าถึงฐานข้อมูลออนไลน์ การยืมคืนหนังสือ ผลของโปรแกรมผู้เข้าร่วมสามารถใช้อินเทอร์เน็ตในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและเกิดความพึงพอใจ

Schwartz et al. (2002) ได้มีการศึกษาเรื่อง Seniors Connect: A partnership for Training Between Health Care and Public Libraries เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ โดยมีกิจกรรมสอนผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้อง โดยใช้อินเทอร์เน็ต การใช้อย่างไรให้ปลอดภัย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเลือกรับข้อมูลทางสุขภาพ โดยมีผู้ให้บริการสุขภาพเป็นผู้แนะนำ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมต้องพิจารณาว่าข้อมูลสุขภาพถูกหรือผิดอย่างไร ผลลัพธ์กิจกรรมทำให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ ซึ่งเน้นการบริหารจัดการตนเองด้านสุขภาพ ด้วยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การพัฒนาการเข้าถึงสื่อสุขภาพออนไลน์ (Schwartz et al., 2002)

Campbell and Nolfi (2005) ได้มีการศึกษาเรื่อง Teaching elderly adults to use the Internet to access health care information: before-after study เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ โดยมีกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพโดยการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อค้นหาข้อมูลสุขภาพโดยทั่วไป การประเมินผลการดูแลสุขภาพของตนเอง และให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการจัดการสุขภาพของตนเอง หลังกิจกรรมพบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อค้นหาข้อมูลสุขภาพโดยทั่วไป แต่การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองยังยึดติดกับรูปแบบการดูแลที่ฮิดแพทย์เป็นศูนย์กลางการดูแล

Hjertstedt et al. (2013) ศึกษาเรื่อง Investigating the impact of a community-based geriatric dentistry rotation on oral health literacy and oral hygiene of older adults เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้ Community based program เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก กิจกรรมของโปรแกรมจัดที่ที่พักของผู้เข้าร่วม โปรแกรมผู้เข้าร่วมจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ สุขภาพช่องปาก ความสำคัญและวิธีการดูแลสุขภาพอนามัยช่องปาก ข้อดีของฟลูออไรด์ ผลข้างเคียงของยา หน้าที่ของน้ำลายในช่องปาก และด้านสารอาหาร โดยกิจกรรมให้ข้อมูลความรู้ใช้เวลา 2 ชั่วโมงต่อครั้ง จำนวน 5 ครั้ง ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ประเมินโดยใช้เครื่องมือ REALD-30 และวัดความสะอาดช่องปาก คราบจุลินทรีย์โดยใช้ O'Leary Dark และ Nalor เป็น baseline เก็บข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรม การศึกษานี้สรุปว่า Community based education intervention ร่วมกับ ปฏิสัมพันธ์ที่หลากหลาย สามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพช่องปากและ การดูแลอนามัยช่องปากของผู้สูงอายุได้

สิรินทร พิบูลภาณุวัฒน์, นันทิยา ดวงกุ่มเมศ, และ ขวัญจิต ศศิวงศาโรจน์ (2563) ศึกษาโครงการสูงวัยไม่เสพสื่ออย่างสัมพันธ์: การสร้างนักสื่อสารสุขภาพสูงวัยที่รู้เท่าทันสื่อ โดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วม โครงการมีความรู้ทันสื่อเพิ่มขึ้น จากการใช้คาถารู้ทันสื่อ “หยุด คิด ถาม ทำ” ช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงที่เกิดจากการเสพสื่ออย่างไม่รู้เท่าทันในกลุ่มผู้สูงอายุได้ ซึ่งหยุด หมายถึง การเตือนตัวเอง การยังยั้งชั่งใจ ไม่รีบตัดสินใจ อย่าด่วนเชื่อในข้อมูลที่รับมา คิด หมายถึง การคิดถึงความเป็น ข้อดี ข้อเสีย ตลอดจนผลกระทบที่ตามมา ถาม หมายถึง การหาข้อมูลจากการถามเพื่อน ผู้รู้ หรือจากสิ่งอื่น ๆ อย่าเชื่อข้อมูลมาจากสื่อเพียงอย่างเดียว และ ทำ หมายถึง การตัดสินใจอย่างรู้เท่าทันสื่อ โดยมีการทำลูกประคำข้อมือ 4 ลูกเป็นสัญลักษณ์แทนคำ 4 คำให้ผู้สูงอายุใส่ติดมือไว้เตือนสติ

### บทที่ 3

## วิธีการดำเนินงานวิจัย

ในบทนี้จะนำเสนอวิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย รูปแบบการวิจัย ระยะการวิจัย พื้นที่วิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิจัยและจริยธรรมในการวิจัยและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

### รูปแบบของการวิจัย

รูปแบบการวิจัยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 รูปแบบ คือ 1) การวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งแบบภาคตัดขวาง (Descriptive and analytical cross-sectional study) และ 2) การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design study) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Control group) โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลวัดผลเริ่มต้นการศึกษา (Pre-test) สิ้นสุดการศึกษา (Post-test) และติดตามผล (Follow up) ภายหลังการได้รับโปรแกรม 4 สัปดาห์ (2 Groups quasi experimental pretest posttest and follow up study) แบ่งระยะการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1** รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งแบบภาคตัดขวาง (Descriptive and analytical cross-sectional study) เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

**ระยะที่ 2** รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง 2 กลุ่ม วัดผลเริ่มต้นการศึกษา สิ้นสุดการศึกษา และติดตามผล (2 Groups quasi experimental pretest posttest and follow up study) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย โดยกลุ่มการทดลองจะได้เข้าร่วมโปรแกรม ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ดังแสดงในภาพที่ 9

กลุ่มทดลอง

X <sub>1</sub>								Follow up 4 weeks			สัปดาห์
1	2	3	4	5	6	7	8	9	...	12	
O <sub>1</sub>							O <sub>2</sub>			O <sub>3</sub>	

กลุ่มเปรียบเทียบ

X <sub>2</sub>								Follow up 4 weeks			สัปดาห์
1	2	3	4	5	6	7	8	9	...	12	
O <sub>4</sub>							O <sub>5</sub>			O <sub>6</sub>	

ภาพที่ 9 รูปแบบการวิจัยในระยะที่ 2

O1, O4 หมายถึง การรวบรวมข้อมูล เมื่อเริ่มต้นการศึกษา ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปาก ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

X1 หมายถึง โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลองเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม และมีกิจกรรมติดตามสร้างความตระหนักและกระตุ้นเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

X2 หมายถึง ไม่ได้รับโปรแกรม

O2, O5 หมายถึง การรวบรวมข้อมูล เมื่อสิ้นสุดการศึกษาทันที ประกอบด้วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปาก ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

O3, O6 หมายถึง การรวบรวมข้อมูล ระยะติดตามผล หลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปาก ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

## ระยะเวลาวิจัย

การศึกษานี้แบ่งระยะเวลาการศึกษาเป็น 2 ระยะ โดยจะดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 ดังนี้

**ระยะที่ 1** การรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และการตรวจสุขภาพช่องปาก ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วง ระหว่างวันที่ 2 พฤษภาคม - 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2565

**ระยะที่ 2** ดำเนินการวิจัยตาม โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุรวมทั้งหมด 12 สัปดาห์ แบ่งเป็นระยะดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จำนวน 8 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 25 เมษายน ถึงวันที่ 17 มิถุนายน พ.ศ. 2566 และระยะติดตามผล จำนวน 4 สัปดาห์ เดือน กรกฎาคม ถึงสิงหาคม พ.ศ. 2566

## พื้นที่วิจัย

การศึกษานี้ ดำเนินการวิจัยในเขตในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย โดยศึกษาในกลุ่ม ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี เนื่องจากเป็นเขตสุขภาพที่มีร้อยละของผู้สูงอายุที่มีฟันอย่างน้อย 20 ซี่ และคู่สบฟันหลัง 4 คู่สบต่ำกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ และต่ำเป็นอันดับ 2 ของประเทศไทย

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ระยะที่ 1** ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย

**ประชากร** คือ ผู้สูงอายุที่มีสัญชาติไทยอายุตั้งแต่ 60-69 ปี ในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย ข้อมูลจากในระบบ Health Data Center (HDC) ของทั้ง 8 จังหวัด ณ เดือนมิถุนายน ปี พ.ศ. 2564 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุ ตามข้อมูลทะเบียนราษฎร์ ในปีงบประมาณ 2564 เขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 723,232 คน (Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้สูงอายุที่มีสัญชาติไทยอายุตั้งแต่ 60-69 ปี ในเขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งผู้วิจัย ใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้น (Multi - stage sampling) เนื่องจากทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการประมาณค่าสัดส่วนจาก จำนวนประชากรที่แน่นอน (Finite population for testing proportion)

$$n = \frac{Np(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

เมื่อ  $Z$  = คะแนนมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% มีค่าเท่ากับ 1.96 (Alpha = 0.05)

$p$  = ค่าสัดส่วนของผู้สูงอายุเท่ากับ 0.60 (Maleelai & Kaewjai, 2021)

$d$  = ค่าความคลาดเคลื่อนจากค่าจริง กำหนด 0.05

จากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้เท่ากับ 369 คน ผู้วิจัยกำหนดเพิ่มขนาดตัวอย่าง ร้อยละ 10 (สุภาพร ผุดผ่อง, 2563) เพื่อความครบถ้วนของข้อมูล ดังนั้น จึงมีขนาดตัวอย่างทั้งหมด เท่ากับ 406 คน

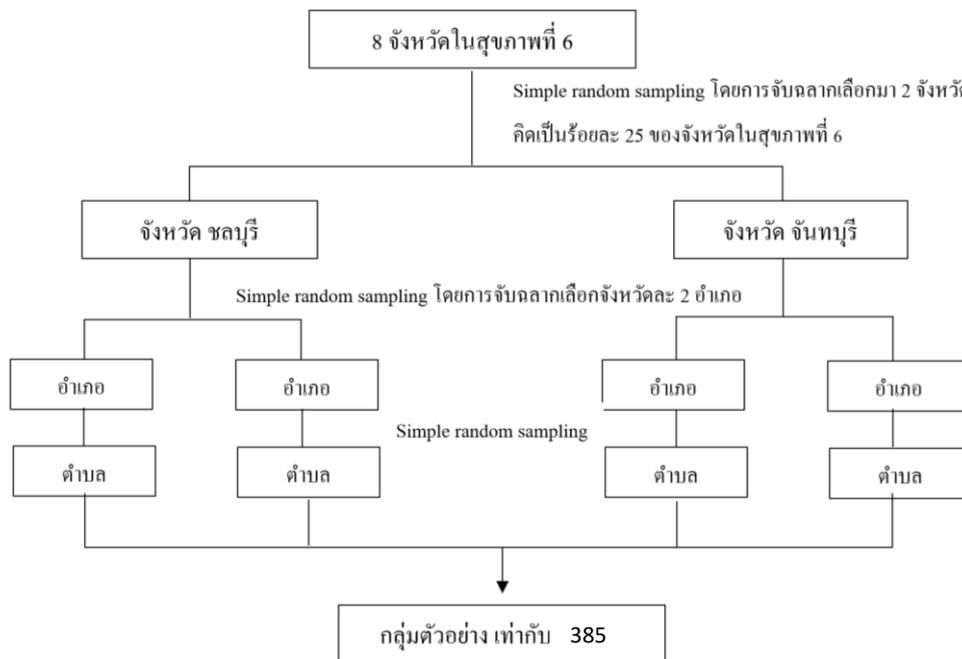
### วิธีการสุ่มตัวอย่าง

การศึกษาระยะที่ 1 เลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยทำการศึกษาในเขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งผู้วิจัยใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้น (Multi-stage sampling) โดยมีขั้นตอนการสุ่ม ดังนี้

**ขั้นที่ 1 จังหวัด** สุ่มจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 ทั้งหมด 8 จังหวัด โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เพื่อให้ได้ครบ 2 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 25 ของจังหวัดในเขตพื้นที่ โดยเลือกจังหวัดตัวอย่างตามระดับสถิติผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด (Gross provincial product level: GPP) ซึ่งเป็นข้อมูลที่สามารถอธิบายภาพรวมด้านเศรษฐกิจและสังคมของจังหวัดเพื่อเป็นตัวแทนของเขตสุขภาพที่ 6 (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2565)

**ขั้นที่ 2 อำเภอ** สุ่มเลือกอำเภอในเขตจังหวัด โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เพื่อให้ได้จังหวัดละ 2 อำเภอ โดยเลือกอำเภอตัวอย่างตามเขตเมืองและชนบท เพื่อเป็นตัวแทนของเขตสุขภาพที่ 6

**ขั้นที่ 3 ตำบล** สุ่มเลือกตำบลที่อยู่ในเขตพื้นที่อำเภอ โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เพื่อให้ได้อำเภอละ 1 ตำบล เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอต่อการศึกษารั้งนี้ รวบรวมข้อมูลในผู้สูงอายุมีสัญชาติไทยอายุตั้งแต่ 60-69 ปี ในเขตสุขภาพที่ 6 ได้จำนวนขนาดตัวอย่าง 385 คน แผนภาพการสุ่มตัวอย่าง ระยะที่ 1 ดังภาพที่ 10



ภาพที่ 10 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ระยะที่ 1

### เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาระยะที่ 1

#### เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้สูงอายุที่มีสัญชาติไทยอายุตั้งแต่ 60-69 ปี (ดูจากบัตรประชาชนหรือสอบถามปี พ.ศ. ที่เกิด) ในเขตสุภาพที่ 6
2. มีผลรวมคะแนน ADL (Activities of Daily Living) 12 คะแนนขึ้นไป
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
4. สนใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

#### เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ที่ขอยกจากการวิจัยขณะดำเนินการวิจัย หรือเข้าร่วมไม่ครบถ้วน

ระยะที่ 2 ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขตสุภาพที่ 6 ประเทศไทย

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีสัญชาติไทยอายุตั้งแต่ 60-69 ปี ในเขตสุภาพที่ 6 สำหรับการศึกษาระยะที่ 2 จะดำเนินการวิจัยเป็นกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการคำนวณโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power analysis)

ซึ่งคำนวณขนาดของอิทธิพล (Effect size) จากความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม (Difference between two means) ของงานวิจัยที่ผ่านมาที่มีการศึกษาและลักษณะใกล้เคียงกัน สูตรขนาดของอิทธิพล (Effect Size: ES) (Cohen, 1988) ดังนี้

$$d = \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma}$$

โดย  $d$  = ขนาดอิทธิพล

$\mu_1$  = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

$\mu_2$  = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มเปรียบเทียบ

$\sigma$  = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มเปรียบเทียบ

งานวิจัยที่ศึกษาใกล้เคียงกัน คือประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ภูมิศึกษา: อำเภอหนองม่วงจังหวัดสงขลา เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองรูปแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังทดลอง (สุขนิษา อินแก้ว, 2563) นำค่าเฉลี่ยมาแทนในสูตรได้ ดังนี้

$$d = \frac{4.22 - 4.02}{0.31}$$

$$d = 0.65$$

ค่าที่ได้จากการคำนวณ มีขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.65 ซึ่งมีขนาดปานกลาง ดังนั้น เมื่อกำหนดค่า Alpha ( $\alpha$ ) = 0.05 ค่า Power = 0.80 และค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ES = 0.65 เปิดตารางแผนภูมิสำเร็จรูปในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Lipsey (1998) สำหรับการวิจัยที่ใช้สถิติ One way ANOVA หรือ Repeated measures ANOVA จากแผนภูมิทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างประมาณกลุ่มละ 30 คน (Lipsey, 1990) ทั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดเพิ่มขนาดตัวอย่าง ร้อยละ 15 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัยที่มีการศึกษาหลายระยะซึ่งอาจพบได้ร้อยละ 5-15 (Schmidt, Lo, & Hollestein, 2018) จึงทำให้มีขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับกลุ่มละ 35 คน ดังนั้น ในการศึกษาระยะที่ 2 จึงมีขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 35 คน มีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้

#### วิธีสุ่มตัวอย่าง

ใช้เกณฑ์การคัดเลือกเดียวกับการศึกษาระยะที่ 1 ประกอบด้วย

1. เกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง

1.1 พิจารณาจากผลการศึกษาระยะที่ 1 คือ มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากน้อยที่สุด

1.2 จำนวนประชากรของผู้สูงอายุที่มีลักษณะทางสังคมและประชากรคล้ายคลึงกัน

1.3 พื้นที่ในการศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีพื้นที่ระยะห่างกัน เพื่อป้องกันการรับรู้ของข้อมูลชุดกิจกรรมที่กลุ่มทดลองได้รับ (Contaminate information)

1.4 พื้นที่ที่คัดเลือกยินดีและให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

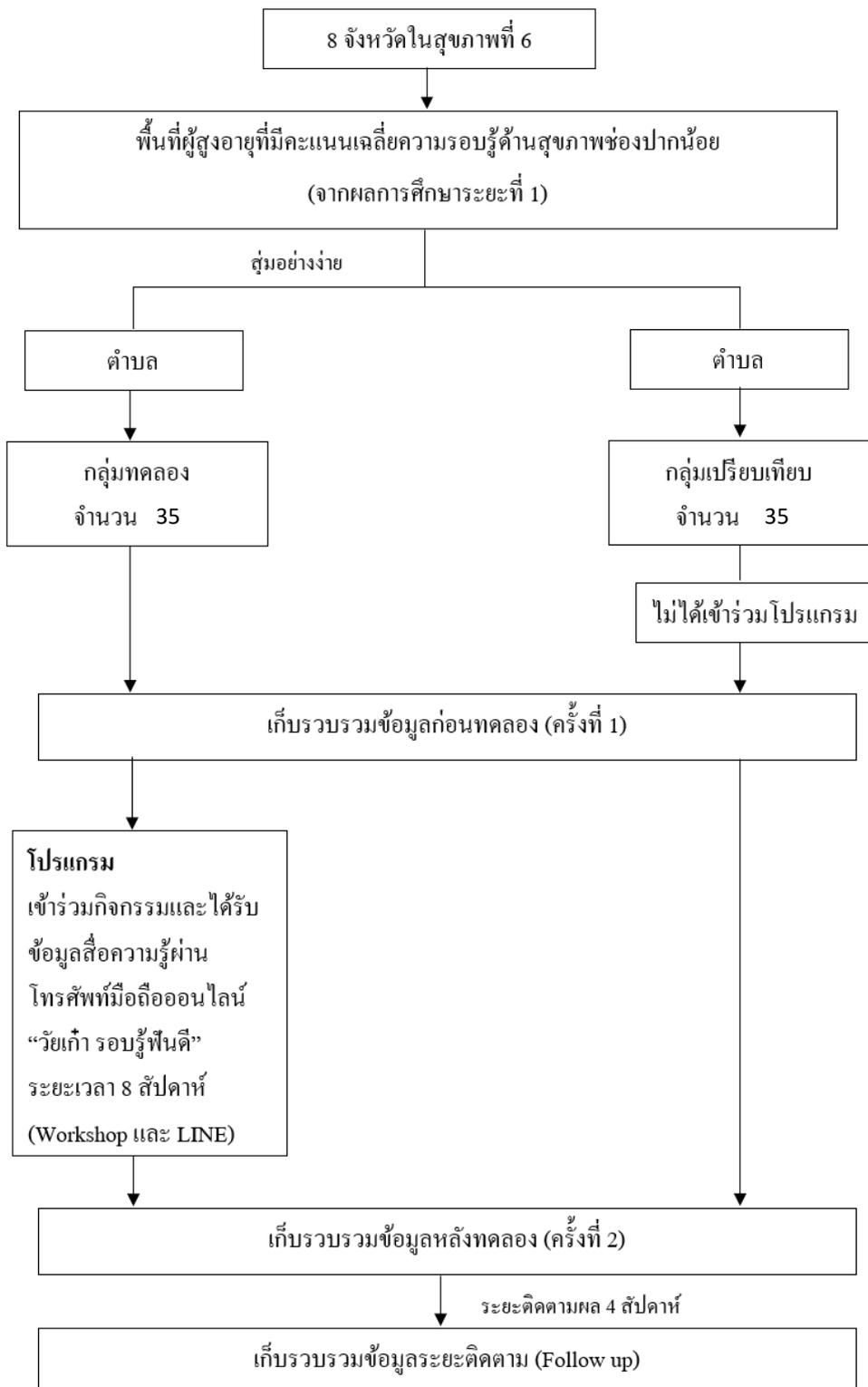
### เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาระยะที่ 2

#### เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้สูงอายุที่มีสัญชาติไทยอายุตั้งแต่ 60-69 ปี
2. มีผลรวมคะแนน ADL (Activities of Daily Living) 12 คะแนนขึ้นไป
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
4. สามารถเข้าถึงสื่อออนไลน์ได้
5. สนใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

#### เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ที่ขอออกจากการวิจัยขณะดำเนินการวิจัย หรือเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่ครบถ้วน



ภาพที่ 11 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ระยะที่ 2

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ระยะที่ 1 ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร** จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพหลัก สวัสดิการสุขภาพ รายได้ การศึกษา โรคประจำตัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่ม แอลกอฮอล์ เลี้ยวหมาก ช่องทางการรับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก และการเข้าถึงสื่อออนไลน์

**ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก** จำนวน 13 ข้อ เป็นแบบสัมภาษณ์การ แสดงออกของผู้สูงอายุในการปฏิบัติที่เป็นกิจวัตรประจำวันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากซึ่ง ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้อง แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่อง ปาก ประกอบด้วย การทำความสะอาดช่องปาก จำนวน 7 ข้อ การตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง จำนวน 2 ข้อ การบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิด โรคในช่องปาก จำนวน 2 ข้อ และการไปรับ บริการทันตกรรม จำนวน 2 ข้อ ระดับการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับที่วัดความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ โดยให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ลักษณะคำถามมีทั้งพฤติกรรมด้านบวกและด้านลบ โดยเกณฑ์การ ให้คะแนน ดังนี้

		พฤติกรรมเชิงบวก	พฤติกรรมเชิงลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้คะแนน	3	1
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้คะแนน	2	2
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้คะแนน	1	3

จากนั้นมีการแบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยใช้เกณฑ์ของกอง สุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ซึ่งใช้เกณฑ์แปลผลออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

### เกณฑ์การแบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

คะแนนรวมที่ได้	ระดับ	แปลผล
1-23 คะแนนหรือ < 60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	เป็นผู้มีพฤติกรรมการปฏิบัติดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองไม่ถูกต้อง
24-27 คะแนนหรือ 60-69% ของคะแนนเต็ม	พอใช้	เป็นผู้มีพฤติกรรมการปฏิบัติดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองถูกต้องเล็กน้อย
28-31 คะแนนหรือ 70-79% ของคะแนนเต็ม	ดี	เป็นผู้มีพฤติกรรมการปฏิบัติดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองถูกต้องเป็นส่วนใหญ่

32-39 คะแนนหรือ  $\geq 80\%$  ของคะแนนเต็ม ดีมาก เป็นผู้มีพฤติกรรมการปฏิบัติดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองถูกต้องสม่ำเสมอ

**ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก** จำนวน 35 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์มาจาก การศึกษาของพันชันภา จิตติมณี, ยูวดี รอดจากภัย, และ นิภา มหารัชพงศ์ (2562) เนื่องจากเป็นแบบ ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่ครอบคลุมประเด็นที่ต้องการศึกษาและ เหมาะกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษา ซึ่งเครื่องมือได้มีการพัฒนาขึ้นตามองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam และสอดคล้องกับแนวคิดของกองสุขภาพ กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ โดยเป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นจากการทำเดลไฟกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีประสบการณ์และ งานวิจัยด้านสุขภาพช่องปากในมุมมองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ด้านวิชาการ (Academic setting) ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพช่องปากที่มีประสบการณ์งานวิจัย และการสอนในด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มที่ 2 ด้านปฏิบัติการ (Practice setting) ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพช่องปากที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน เป็นผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ซึ่งรู้ บทบาทของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง และกลุ่มที่ 3 ด้านนโยบาย (Policy maker) ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพช่องปากปฏิบัติงานที่กองทันตสาธารณสุข ซึ่งมีมุมมองในด้านนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้เชี่ยวชาญจำนวนทั้งหมด 18 คน แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุนี้ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ (พันชันภา จิตติมณี, ยูวดี รอดจากภัย, และ นิภา มหารัชพงศ์, 2562) ได้แก่

1. ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 ข้อ
  2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 5 ข้อ
  3. การสื่อสารด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 4 ข้อ
  4. การจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 6 ข้อ
  5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 6 ข้อ
  6. การตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวน 35 ข้อ
- ในแต่ละองค์ประกอบมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

**องค์ประกอบที่ 1 ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปาก** จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบ 2 ตัวเลือก มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน มีเกณฑ์การแบ่งระดับความรู้โดยพิจารณาจากค่า Percentiles 75 (Murakami, 2023) แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

### เกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปาก

#### คะแนนรวมที่ได้

#### แปลผล

0-8 คะแนน ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ระดับไม่เพียงพอ

9-10 คะแนน ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ระดับเพียงพอ

องค์ประกอบที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปาก 3 การสื่อสารด้านสุขภาพช่องปาก 4 การจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปาก และ 6 การตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 25 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ที่วัดความยากง่ายของการกระทำ ตั้งแต่ระดับยากไม่สามารถทำได้ จนถึงระดับทำได้ง่ายมาก ซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

### เกณฑ์การให้คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ

		พฤติกรรมเชิงบวก	พฤติกรรมเชิงลบ
ทำได้ง่ายมาก	ให้คะแนน	5	1
ทำได้ง่าย	ให้คะแนน	4	2
ทำได้ยาก	ให้คะแนน	3	3
ทำได้ยากมาก	ให้คะแนน	2	4
ไม่สามารถทำได้	ให้คะแนน	1	5

องค์ประกอบที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 5 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 5-25 คะแนน มีเกณฑ์การแบ่งระดับเป็น 2 ระดับ โดยพิจารณาจากค่า Percentiles 75 (Murakami, 2023) ดังนี้

#### คะแนนรวมที่ได้

#### แปลผล

5-20 คะแนน การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปากระดับไม่เพียงพอ

21-25 คะแนน การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปากระดับเพียงพอ

องค์ประกอบที่ 3 การสื่อสารด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 4 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 4-20 คะแนน มีเกณฑ์การแบ่งระดับเป็น 2 ระดับ โดยพิจารณาจากค่า Percentiles 75 (Murakami, 2023) ดังนี้

#### คะแนนรวมที่ได้

#### แปลผล

4-16 คะแนน การสื่อสารด้านสุขภาพช่องปาก ระดับไม่เพียงพอ

17-20 คะแนน การสื่อสารด้านสุขภาพช่องปาก ระดับเพียงพอ

**องค์ประกอบที่ 4 การจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก** จำนวน 6 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน มีเกณฑ์การแบ่งระดับเป็น 2 ระดับ โดยพิจารณาจากค่า Percentiles 75 (Murakami, 2023) ดังนี้

คะแนนรวมที่ได้	แปลผล
6-25 คะแนน	การจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพช่องปากระดับไม่เพียงพอ
26-30 คะแนน	การจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพช่องปากระดับเพียงพอ

**องค์ประกอบที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปาก** จำนวน 6 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน มีเกณฑ์การแบ่งระดับเป็น 2 ระดับ โดยพิจารณาจากค่า Percentiles 75 (Murakami, 2023) ดังนี้

คะแนนรวมที่ได้	แปลผล
6-23 คะแนน	การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปากระดับไม่เพียงพอ
24-30 คะแนน	การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปากระดับเพียงพอ

**องค์ประกอบที่ 6 การตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปาก** จำนวน 4 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 4-20 คะแนน มีเกณฑ์การแบ่งระดับเป็น 2 ระดับ โดยพิจารณาจากค่า Percentiles 75 (Murakami, 2023) ดังนี้

คะแนนรวมที่ได้	แปลผล
4-17 คะแนน	การตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปาก ระดับไม่เพียงพอ
18-20 คะแนน	การตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปาก ระดับเพียงพอ

จากนั้นมีการแบ่งระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุเมื่อรวม 6 ประกอบ จำนวน 35 ข้อ โดยใช้เกณฑ์ของกองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ซึ่งใช้เกณฑ์แปลผลออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

#### เกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

คะแนนรวมที่ได้	ระดับ	แปลผล
25-80 คะแนนหรือ < 60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ
81-94 คะแนนหรือ 60-69% ของคะแนนเต็ม	พอใช้	เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปากเล็กน้อย
95-107 คะแนนหรือ 70-79% ของคะแนนเต็ม	ดี	เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปากเพียงพอสามารถมีการปฏิบัติดูแล

108-135 คะแนนหรือ  $\geq 80\%$  ของคะแนนเต็ม ดีมาก เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปากเพียงพอสามารถมีการปฏิบัติดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีถูกต้องและยั่งยืน

**ส่วนที่ 4** แบบตรวจสอบภาวะช่องปาก ซึ่งปรับปรุงมาจากแบบสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากของประเทศไทย (กองทันตสาธารณสุข, 2560) และดัดแปลงมาจากแบบสำรวจขององค์การอนามัยโลก Oral Health Survey: Basic Method 5<sup>th</sup> Edition (WHO, 2013) ประกอบด้วย

1. ตรวจสอบภาวะฟัน ในฟันถาวรซี่ 18-28 และ 38-48 ใช้รหัส 0-9 และคำนวณค่า DMFT มีเกณฑ์ดังนี้ ตาราง เกณฑ์การบันทึกสถานะของฟัน

รหัส	การแปลความหมาย
0	ฟันปกติ
1	ฟันผุ
2	ฟันอุดแล้วผุซ้ำ
3	ฟันอุดแล้วไม่ผุ
4	ฟันหายไปเนื่องจากฟันผุ (ถูกถอนไปแล้ว)
5	ฟันหายไปเนื่องจากสาเหตุอื่น ๆ
6	ฟันที่เคลือบหลุมร่องฟัน
7	ฟันเทียมติดแน่น/ หลักยึดของสะพานฟัน/ วีเนียร์/ รากเทียม
8	ฟันยังไม่ขึ้น
9	ไม่บันทึก

- จำนวนฟันในช่องปาก(ซี่)
- จำนวนกลุ่มสบฟันหลัง
- ประเมินปริมาณคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลาย O'Leary's plaque record index
- การใส่ฟันเทียม

**ส่วนที่ 5** แบบประเมินสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ Oral Health Assessment Tool:

OHAT แบบประเมินสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุโดย ประเมินส่วนต่าง ๆ ในช่องปาก ได้แก่ ริมฝีปาก ลิ้น เหงือกและเนื้อเยื่อปริทันต์ น้ำลาย ฟันแท้ ฟันปลอม ความสะอาดของช่องปาก และอาการเจ็บปวด จำนวน 18 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์จากการศึกษาของ Prayoonwong (2014) แบบประเมินสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ ฉบับภาษาไทย เป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ มีเกณฑ์การ

ประเมินผล โดยดูตามแถบสีเขียวและสีชมพูดังนี้ (คณะทำงานจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลอนามัยช่องปากของผู้สูงอายุสมาคมพุดชาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2564)

#### คะแนนรวมที่ได้

ช่องสีเขียวทั้งหมด 18 ข้อ

ช่องสีชมพู 1-5 ข้อ

ช่องสีชมพูตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป

#### แปลผล

สุขภาพช่องปากดีมาก

สุขภาพช่องปากเริ่มมีปัญหา

สุขภาพช่องปากมีปัญหามาก

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ระยะที่ 2

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยระยะที่ 2 แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ แบบตรวจสภาวะช่องปาก และแบบประเมินสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ (เช่นเดียวกับระยะที่ 1 และ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ระยะเวลาเข้าร่วมกิจกรรม 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ การดำเนินการวิจัยดังกล่าวแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การดำเนินการวิจัย ระยะที่ 2

ขั้นตอน	
เตรียมการ	คัดเลือกพื้นที่เป้าหมายที่จะพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก
	ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
เดือนที่ 1	สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย, ประเมินความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก, ตรวจสภาวะช่องปาก และประเมินสุขภาพช่องปาก ของกลุ่มเป้าหมายในแต่ละพื้นที่ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมจัดทำเอกสารรายงานการวิเคราะห์ผลประเมิน และการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อนำมาใช้ในการรายงานผลการสำรวจแก่พื้นที่

## ตารางที่ 4 (ต่อ)

ขั้นตอน	
เดือน 2-3	<p>กลุ่มทดลองดำเนินการโปรแกรม</p> <p>กิจกรรมที่ 1 สร้างเสริมทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปาก</p> <p>กิจกรรมที่ 2 สร้างเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก</p> <p>กิจกรรมที่ 3 สร้างเสริมทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก</p> <p>กิจกรรมที่ 4 สร้างเสริมทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก</p> <p>กิจกรรมที่ 5 สร้างเสริมการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก</p> <p>กิจกรรมที่ 6 สร้างเสริมการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก</p> <p>รวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย, ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก, ตรวจสอบสถานะช่องปาก และประเมินสุขภาพช่องปาก ของกลุ่มเป้าหมายในแต่ละพื้นที่หลังเข้าร่วม โปรแกรม</p>
เดือนที่ 5	<p>รวบรวมข้อมูลครั้งที่ 3 สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย, ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก, ตรวจสอบสถานะช่องปาก และประเมินสุขภาพช่องปาก ของกลุ่มเป้าหมายในแต่ละพื้นที่หลังเข้าร่วม โปรแกรม (ระยะติดตามผล) วิเคราะห์และสังเคราะห์ผลเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่เป้าหมายและประเมินผลลัพธ์สุขภาพ</p>

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและสถานะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแนวคิดการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีขั้นตอนการจัดกิจกรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก โดยผู้วิจัยเป็นผู้ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ระยะเวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ แบ่งเป็นระยะเวลาเข้าร่วมกิจกรรม 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วย 6 กิจกรรม และมีกิจกรรมติดตามสร้างความตระหนักและกระตุ้นเตือนผ่าน โทรศัพท์มือถือสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมถึงมีกิจกรรมสนทนาก่อนการทำกิจกรรมทุกครั้ง โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

#### กิจกรรมที่ 1 สร้างเสริมทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปาก

ประกอบด้วย กิจกรรมการสาธิตวิธีสืบค้นข้อมูลเรื่องแนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากในฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือผ่านการใช้โทรศัพท์ Smart Phone การวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลสุขภาพ

ที่ถูกต้อง โดยผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้จากสื่อ Power point Media และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยร่วมกันแสดงความคิดเห็น กิจกรรมเพื่อนสอนเพื่อนพร้อมการอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม

**กิจกรรมที่ 2 สร้างเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก** ประกอบด้วย กิจกรรมการให้ความรู้ ผ่านสื่อ Power point Media และสื่อวีดิทัศน์ โดยใช้เทคนิคการใช้ภาพเล่าเรื่อง (Fotonovela technique) จำนวน 4 เรื่อง คือ ฟันดีมีได้ตลอดชีวิต โรคฟันที่พบบ่อย แปรงฟัน 222 และสูงวัยฟันดีกับวิธีการดูแลช่องปากที่ถูกต้อง และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยร่วมแสดงความคิดเห็นเล่าประสบการณ์เดิมและอภิปรายแลกเปลี่ยนรู้

**กิจกรรมที่ 3 สร้างเสริมทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก** ประกอบด้วย กิจกรรม 3 คำถามต้องถามหมอ โดยใช้เทคนิค 3 คำถามสุขภาพ (Ask me 3) และ เครื่องมือสร้างความเข้าใจด้านสุขภาพ (Teach-back) ให้กับผู้สูงอายุ และกิจกรรม Smart phone ใช้ Line group เป็นสื่อกลาง การดำเนินการติดตามสร้างความตระหนักและกระตุ้นเตือน เพื่อใช้เป็นช่องทางหลักในการติดต่อสื่อสาร และการส่งแผ่นพับความรู้ โปสเตอร์ ข้อความ ข้อปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก รวมถึงข้อความเชิงบวกจากเพื่อนในกลุ่มและให้คำแนะนำปรึกษาโดยผู้วิจัย

**กิจกรรมที่ 4 สร้างเสริมทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก** ประกอบด้วย กิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะตรวจและบันทึกสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง รวมถึงวิธีการจัดการกับตนเองอย่างไร เมื่อตรวจพบความผิดปกติในช่องปาก สาธิตและฝึกการตั้งเป้าหมายเตือนตนเองทบทวนกำกับตนเองเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง

**กิจกรรมที่ 5 สร้างเสริมการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก** ประกอบด้วย กิจกรรมดูให้ดีกว่าเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพช่องปาก สาธิตและฝึกการดูปริมาณฟลูออไรด์ในผลิตภัณฑ์ยาสีฟัน การร่วมวิเคราะห์โฆษณาเกี่ยวกับฟันปลอมและผลิตภัณฑ์การดูแลสุขภาพช่องปาก รวมถึงดูโฆษณาผ่าน Facebook และป้ายโฆษณา นำมาวิเคราะห์และอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้

**กิจกรรมที่ 6 สร้างเสริมการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก** ประกอบด้วย กิจกรรมการอธิบายหัวข้อ ข้อดี ข้อเสีย แต่ละทางเลือกการรักษาเมื่อมีปัญหาสุขภาพช่องปาก รู้ทันฟันปลอมเถื่อน และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยร่วมกันแสดงความคิดเห็น สร้างทางเลือกการปฏิบัติ การคิดการวิเคราะห์เพื่อไปสู่การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เหมาะสม และอภิปรายสรุปสาระสำคัญของเนื้อหาที่ได้เรียนรู้ทั้งหมดโดยให้ผู้ร่วมวิจัยแบ่งกลุ่มออกเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 7 คน ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากตนเองตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ ร่วมกันคิดหาแนวทางเพื่อ

คุณลักษณะของปากตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสม อภิปรายจุดดีจุดปรับปรุงของโปรแกรม พร้อมข้อเสนอแนะร่วมกัน

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยระยะที่ 1

#### 1. ความตรงหรือความถูกต้องเชิงเนื้อหา (Content validity)

เครื่องมือที่สร้างขึ้นได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหา จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ 1 ท่าน หลังจากการปรับปรุงวิเคราะห์ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม กับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence : IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 เป็นที่ยอมรับได้ เมื่อผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านแล้ว ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาแก้ไขปรับปรุงตาม ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

#### 2. ความเที่ยงหรือความเชื่อมั่น (Reliability)

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบและแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญถูกนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มทดลอง ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษามากที่สุดจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

3. การวิเคราะห์ค่าความยากง่าย ของแบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก มีค่าความยากง่าย อยู่ระหว่าง 0.41-0.81 ทั้งนี้ ข้อคำถามที่มีค่ามากกว่า 0.8 ผู้วิจัยได้พิจารณาปรับปรุงภาษาที่ใช้ใหม่

ตารางที่ 5 ผลการตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามการวิจัย

แบบสอบถาม	จำนวน (ข้อ)	ค่าความตรง เชิงเนื้อหา	ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟา	ค่าความ ยากง่าย
1. ข้อมูลทั่วไป	13	1	-	-
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	25	1	0.803	-
3. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สุขภาพช่องปาก	10	1	0.780	0.41-0.81
4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่อง ปาก	13	1	0.760	-

#### 4. ผลการปรับมาตรฐานผู้ตรวจสอบสถานะสุขภาพช่องปาก

การรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก ต้องมีการเดินทางเพื่อเก็บข้อมูลพื้นที่สุ่มภายใต้ระยะเวลาที่จำกัด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือจึงออกแบบโดยใช้ทีมสำรวจที่ต้องผ่านการปรับมาตรฐานทั้งการตรวจสอบสุขภาพช่องปากและการสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วย ผู้ตรวจ ผู้บันทึก และผู้สัมภาษณ์

การปรับมาตรฐานผู้สัมภาษณ์ ทีมผู้สัมภาษณ์เข้ารับฟังการชี้แจงกระบวนการสำรวจ ทำความตกลงช่วงเวลาในการออกสำรวจ ทำความเข้าใจแบบสัมภาษณ์และวิธีการสัมภาษณ์ และฝึกปฏิบัติ

การปรับมาตรฐานผู้ตรวจ ทีมผู้ตรวจได้รับการปรับมาตรฐานตามเกณฑ์การตรวจสอบสถานะช่องปาก โดยรับฟังบรรยายทำความเข้าใจและอภิปรายร่วมกันโดยการฉายภาพสไลด์ก่อน แล้วจึงฝึกตรวจสอบสถานะสุขภาพช่องปาก โดยการปรับมาตรฐานจะเทียบกันเองในกลุ่มผู้ตรวจและเทียบกับวิทยากร (ผู้วิจัย) ผลการตรวจของผู้ตรวจทุกคนจะถูกนำมาวิเคราะห์ เพื่อหาค่าความตรงของผู้ตรวจกับมาตรฐานด้วยค่าสถิติ Kappa และ Percent agreement โดยเป้าหมายค่า Kappa สำหรับโรคฟันผุต้องอยู่ในเกณฑ์ 0.7 ขึ้นไป และ Percent agreement ร้อยละ 80 ซึ่งผลการปรับมาตรฐานพบว่าค่า Kappa และค่าร้อยละความเหมือน (Percent agreement) ของผู้ตรวจทุกคนผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยมีค่า Kappa และค่า Percent agreement อยู่ในช่วงที่ยอมรับได้

ตารางที่ 6 ผลการปรับมาตรฐานการตรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก

การตรวจ	Kappa	Percent agreement	แปลผล
1. ฟันผุ	0.81-0.88	86.3-95.6	Almost Perfect agreement
2. ประเมินปริมาณคราบ จุลินทรีย์	0.79-0.86	80.6-90.0	Substantial agreement

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยระยะที่ 2

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยระยะที่ 2 คือ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ซึ่งเนื้อหาได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับกิจกรรม และอ้างอิงข้อมูลตามกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยมีการวิเคราะห์คุณภาพดังนี้

1. การวิเคราะห์ความตรง หรือความถูกต้องเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ 1 ท่าน พบว่า เนื้อหาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และกลุ่มตัวอย่าง

2. การสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus group) ผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ท่าน โดยสนทนากับผู้สูงอายุประมาณ 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินความเข้าใจ ความเหมาะสมของรูปภาพเนื้อหา รวมทั้งประโยชน์ของการใช้โปรแกรม ซึ่งข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์กลุ่มพบว่า 1) ด้านการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างส่วนมากใช้ช่องทางการสื่อสารผ่านทาง Line Group เนื่องจากใช้ช่องทางนี้สื่อสารนัดหมายกันเมื่อมีกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุเป็นประจำและใช้ช่องทางนี้ทักทายกันทุก ๆ เข้า 2) ด้านการเข้าใจ “อยากได้ตัวหนังสือน้อย ๆ ตัวโต อ่านง่าย พุดให้ฟังยิ่งดี” 3) การสื่อสาร “สามคำถามไว้ถามนี้ดี ท่องง่าย” 4) การรู้เท่าทันสื่อ กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเชื่อถือข้อมูลที่หมอบอก แต่ข้อมูลโฆษณาบางส่วนยังประเมินไม่เป็นและไม่ได้ประเมินความน่าเชื่อถือ 5) การจัดการตนเอง “ถ้ารู้ว่าโรคมีผลกระทบรุนแรง ถ้าเคยเห็นอุปกรณ์เสริมช่วยดูแลฟันของจริง ลองใช้จริง ก็จะพยายามเตือนตัวเองให้ใช้ทุกวัน ควบคุมได้ ตั้งเป้าหมายว่าทำได้” และ 6) การตัดสินใจ “ช่วยกันคิดในกลุ่มเพื่อนคิดได้เร็วและชอบที่ช่วยเตือนกัน” จากข้อค้นพบผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงเพื่อให้ได้รูปแบบและเอกสารที่มีความสมบูรณ์ พร้อมนำไปใช้ในการทดลอง

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

### ขั้นเตรียมการ

1. ส่งแบบเสนอโครงการวิจัยต่อจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

2. หลังจากโครงการได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคน ผู้วิจัยติดต่อประสานงานไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของสถานบริการทั้งหมดในพื้นที่ที่จะเก็บข้อมูลพร้อมแนบใบรับรองที่ผ่านการอนุมัติ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงความเป็นมาวัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ แก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของสถานบริการ บุคลากรและผู้แทนผู้สูงอายุ พร้อมนัดหมายวันเวลาในการเข้าเก็บข้อมูล

3. ลงพื้นที่เพื่ออบรมในการประสานงานทีมวิจัยพื้นที่และบุคลากรสาธารณสุขเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และนัดหมายเตรียมพื้นที่เป้าหมายสำหรับการเก็บข้อมูล

### ขั้นดำเนินการศึกษา

1. ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนของการศึกษา คือ การแนะนำตนเองพร้อมวัตถุประสงค์ในการศึกษา และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและอาสาสมัครลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบทดสอบความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ โดยทีมผู้ช่วยผู้วิจัยที่เป็นอาสาสมัครที่ผ่านการอบรมชี้แจงการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

2. กำหนดให้ผู้สูงอายุได้พักระหว่างการสัมภาษณ์ โดยสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก กำหนดให้ผู้สูงอายุพัก 5 นาที และต่อส่วนแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพช่องปากสัมภาษณ์ครบทุกคุณลักษณะกำหนดให้ผู้สูงอายุพัก 5 นาที

3. ตรวจสอบภาวะช่องปากและลงข้อมูลตามแบบบันทึก โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ตรวจภายใต้แสงสว่างที่เพียงพอ บันทึกข้อมูลการตรวจสอบภาวะช่องปาก ตรวจเช็คกระดาษคำตอบว่าตอบครบทุกข้อหรือไม่ และให้อาสาสมัครรับเอกสารกลับบ้าน ประกอบด้วย แบบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ใบเชิญชวน และใบแจ้งผลการตรวจสุขภาพช่องปาก

### ขั้นประเมินผล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสัมภาษณ์, แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และแบบประเมินสภาวะช่องปาก ด้วยการตรวจความสมบูรณ์ของข้อมูลทุกชุด หลังจากนั้นนำมาลง

รหัสและบันทึกข้อมูลในรูปแบบของชุดข้อมูล (Data set) และดำเนินการตรวจสอบข้อมูลที่กำหนด โดยมีขั้นตอนการตรวจสอบข้อมูลดังนี้

1. การตรวจข้อมูลซ้ำ
2. การตรวจสอบข้อมูลสูญหาย
3. การตรวจสอบข้อมูลที่ไม่นำมาใช้
4. การตรวจสอบความสัมพันธ์ของข้อมูลในแต่ละตัวแปร และนำข้อมูลที่ได้ไป

วิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

ระยะที่ 2 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

#### ขั้นเตรียมการ

1. ติดต่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการศึกษา จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย เพื่อขออนุมัติการดำเนินการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งที่เป็นพื้นที่ในการศึกษา
3. ลงพื้นที่เพื่ออบรมในการประสานงานทีมวิจัยพื้นที่และบุคลากรสาธารณสุขเพื่อเตรียมพื้นที่เป้าหมายสำหรับการเก็บข้อมูล จัดเตรียมสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ สื่อ และเอกสารต่าง ๆ ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้
4. ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ารับการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก รวมทั้งประเมินสภาวะช่องปาก
5. ผู้วิจัยได้นำปัญหาจากการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก รวมทั้งประเมินสภาวะช่องปาก ชี้แจงแก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อวางแผนดำเนินกิจกรรมในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเพื่อส่งเสริมสภาวะสุขภาพช่องปากและป้องกันการสูญเสียฟันในผู้สูงอายุ

#### ขั้นดำเนินการศึกษา

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิทำการเก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสุขภาพช่องปาก ทั้งนี้ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยความสมัครใจ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามวัน เวลาที่กำหนด โดยใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้นประมาณ 30 นาที
2. ดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ระยะเวลา 8 สัปดาห์

3. เมื่อดำเนินการทดลองสิ้นสุดลงในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังการทดลอง และในสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะติดตามผล

### ขั้นประเมินผล

ข้อมูลของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยการนำข้อมูลมาลงรหัสและบันทึกข้อมูลในรูปแบบของชุดข้อมูล หลังจากนั้นดำเนินการตรวจสอบข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ต่อไป

### สถิติที่ใช้ในการวิจัย

**ระยะที่ 1** ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปาก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อทดสอบทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ดังนี้

1. **สถิติเชิงพรรณนา** ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

2. **สถิติเชิงอนุมาน** ได้แก่ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในการวิเคราะห์ตัวแปรเดียวใช้สถิติ Chi-square test หาขนาดความสัมพันธ์ใช้ Odd ratio (OR) หลังจากการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว ตัวแปรที่มีค่า P-value < 0.25 นำมาวิเคราะห์ตัวแปรแบบพหุคูณด้วยสถิติ (Multiple logistic regression) นำเสนอด้วยค่า Adjusted OR ( $OR_{adj}$ ) ที่ระดับช่วงความเชื่อมั่น 95%

**ระยะที่ 2** ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) โดยวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปาก

2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปาก ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการส่งเสริมความ

รอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Independent sample t-test

2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปาก ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Paired sample t-test

2.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปาก ก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลอง หลังให้โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ด้วยสถิติ Repeated Measure ANOVA

### จริยธรรมการวิจัย และพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย 2 ระยะ ได้แก่

การวิจัยระยะที่ 1 ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ G-HS 003/2565

การวิจัยระยะที่ 2 ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ G-HS 104/2565

ทั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความสำคัญตามหลักจริยธรรมและตระหนักถึงการเคารพสิทธิมนุษยชน โดยได้แนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ลงนามยินยอมที่จะให้เก็บข้อมูล และทำการขออนุญาตก่อนทำการเก็บข้อมูลทั้งด้วยวาจาและเอกสาร ข้อมูลของผู้เข้าร่วมจะเป็นความลับ ซึ่งทำการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลสรุปเป็นภาพรวม ไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล

### 2. การดูแลและคุ้มครองกลุ่มตัวอย่างหรืออาสาสมัครเข้าร่วมวิจัย

ในระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้เข้าร่วมวิจัยอาจเกิดความอึดอัด ไม่สบายใจ หรือวิตกกังวลในการให้ข้อมูลเกรงว่าอาจมีผลกระทบ ที่เกิดขึ้นกับตัวเอง ความเสี่ยงทางร่างกาย จิตใจ หรือผลกระทบทางสังคมที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ผู้วิจัยได้เคารพสิทธิของผู้สูงอายุ และคอยสังเกตหากพบความผิดปกติจะรีบแก้ไขสถานการณ์ด้วยการพูดคุย ชี้แจง และให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุคลายความวิตกกังวล นอกจากนี้ผู้วิจัยต้องสร้างบรรยากาศในการสัมภาษณ์แบบเป็นกันเอง เพื่อลดความตึงเครียด ทั้งนี้อาจมีการปรับแผนกิจกรรมให้มีความเหมาะสม

### 3. การรักษาความลับ

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลและผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมโดยไม่ระบุหรืออ้างถึงผู้ให้ข้อมูลได้ รวมทั้งกำหนดวิธีการทำลายบันทึกข้อมูลหลังจากเผยแพร่ผลงานแล้ว



## บทที่ 4

### ผลการศึกษา

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย ประกอบด้วย การศึกษา 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปากและ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย ระยะที่ 2 ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS Statistics 17.0 for Windows ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอ ดังนี้

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษา ระยะที่ 1

การศึกษาระยะที่ 1 รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีสัญชาติไทยอายุตั้งแต่ 60-69 ปี ในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย จำนวนรวมทั้งสิ้น 385 คน โดยการตอบแบบสัมภาษณ์ (Face-to-face interview questionnaire) และการตรวจสภาวะช่องปาก ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น ส่วน 6 ดังนี้

##### ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 385 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.7 และ อายุเฉลี่ย  $64.78 \pm 3.03$  ปี มีสถานภาพสมรสร้อยละ 65.7 ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 68.6 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 25.2 มีรายได้พอดีกับรายจ่าย ร้อยละ 46.0 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 63.1 ส่วนใหญ่มีโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และ เบาหวาน ร้อยละ 73.3, 46.0 และ 39.9 ตามลำดับ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล (n = 385)

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	280	72.7
ชาย	105	27.3
<b>อายุ</b>		
60 - 64 ปี	169	43.9
65 - 69 ปี	216	56.1
$\bar{X} = 64.78$ SD = 3.03 Min = 60 Max = 69		
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	50	13.0
สมรส	253	65.7
หม้าย	59	15.3
อยู่ร้าง/แยกกันอยู่	23	6.0
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่เคยเรียน	11	2.9
ประถมศึกษา	264	68.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	29	7.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส.	44	11.5
ปริญญาตรีขึ้นไป	37	9.6
<b>อาชีพ</b>		
เกษตรกร	97	25.2
รับจ้างทั่วไป	68	17.7
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	70	18.2
ข้าราชการ/พนักงานราชการ/ลูกจ้าง ของรัฐ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	21	5.5
พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน	3	0.8
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	81	21.0

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
นักเรียน/นักศึกษา	0	0.0
ว่างงาน/ไม่มีงานทำ	44	11.4
อื่น ๆ	1	0.3
<b>รายได้</b>		
ไม่เพียงพอ	103	26.8
รายได้พอดีรายจ่าย	177	46.0
เพียงพอ เหลือเก็บ	105	27.2
<b>สวัสดิการสุขภาพ</b>		
สิทธิ 30 บาท	291	75.6
รัฐวิสาหกิจ	1	0.3
สิทธิประกันสังคม/กองทุนทดแทน	31	8.1
หน่วยงานอิสระของรัฐ	2	0.5
สิทธิข้าราชการบำนาญ	55	14.3
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	3	0.8
ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน	1	0.3
อื่น ๆ	1	0.3
<b>สถานะโรคประจำตัว</b>		
ไม่มีโรคประจำตัว	142	36.9
มีโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	243	63.1
เบาหวาน	97	39.9
ความดันโลหิตสูง	178	73.3
ไขมันในเลือดสูง	112	46.0
ภูมิแพ้	25	10.3
ภาวะซึมเศร้า	1	0.4
มะเร็ง	7	2.9

หมายเหตุ ข้อมูลจากการตอบแบบสัมภาษณ์ (Face to face interview questionnaires)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ในด้านพฤติกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อสภาวะปริทันต์และเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก จากการสำรวจพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 85.7 การเคี้ยวหมากเป็นอีกหนึ่งพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งช่องปากในภาพรวมพบผู้สูงอายุที่ยังคงเคี้ยวหมากมีอยู่เพียงร้อยละ 4.2 และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีผลเสียต่อร่างกายหลายประการ ทั้งยังเป็นสาเหตุหลักสาเหตุหนึ่งของการเกิดอุบัติเหตุทางท้องถนนด้วย พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 19 ที่ยังคงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยในกลุ่มนี้ร้อยละ 5.2 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลพฤติกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก (n = 385)

พฤติกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก	จำนวน	ร้อยละ
การสูบบุหรี่หรือยาเส้น		
ไม่เคยสูบ	330	85.7
เคยสูบ	37	9.6
ยังสูบจนถึงปัจจุบัน	18	4.7
การเคี้ยวหมาก		
ไม่เคยเคี้ยว	351	91.2
เคยเคี้ยว	18	4.7
ยังเคี้ยวอยู่	16	4.2
การดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	312	81.0
ดื่มเฉพาะเทศกาล	53	13.8
ดื่มเป็นประจำ	20	5.2

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านช่องทางการได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก พบว่าการรับรู้ผ่านบุคลากรสาธารณสุขเป็นช่องทางหลักของกลุ่มผู้สูงอายุร้อยละ 67.7 รองลงมาคือจากโทรทัศน์ร้อยละ 45.9 และจากช่องทางออนไลน์ร้อยละ 26.1 และมีผู้สูงอายุร้อยละ 8.3 ที่ตอบว่าไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลช่องทางการได้รับความรู้เกี่ยวกับ  
สุขภาพช่องปาก (n = 385)

ข้อมูลการใช้สื่อออนไลน์	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก		
ไม่เคย	32	8.3
เคย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	353	91.7
- เว็บไซต์/เฟสบุ๊ก/ไลน์	92	26.1
- วิทยุ วิทยุชุมชน	26	7.4
- เสียงตามสาย/หอกระจายข่าว	18	5.1
- โปสเตอร์ แผ่นพับ	29	8.2
- โทรทัศน์	162	45.9
- หนังสือ/วารสาร/หนังสือพิมพ์	26	7.4
- พ่อแม่ ญาติพี่น้อง	56	15.9
- หมอ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	239	67.7
- เพื่อน	26	7.4
- อสม.	100	28.3

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลประสพการณ์การรับบริการฟันเทียม พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับ  
บริการฟันเทียม ร้อยละ 49.1 และเป็นที่น่าสังเกตว่ามีถึงร้อยละ 10.1 ที่เป็นการรับบริการฟันเทียม  
จากที่ไม่ใช่ทันตแพทย์เป็นผู้ให้บริการ(ฟันปลอมเถื่อน) ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลประสพการณ์การรับบริการ  
ฟันเทียม (n = 385)

ประสพการณ์การรับบริการฟันเทียม	จำนวน	ร้อยละ
ประสพการณ์การรับบริการฟันเทียม		
ไม่เคย	196	50.9
เคย	189	49.1
- โดยทันตแพทย์	170	89.9
- ไม่ใช่ทันตแพทย์	19	10.1

## ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 35 ข้อ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วยข้อคำถามตามองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปาก (Cognitive) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปาก (Access) ด้านการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปาก (Communication) ด้านการจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก (Self-management) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปาก (Media literacy) และด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปาก (Decision) รายละเอียดดังต่อไปนี้

### 2.1 ด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปาก

ผลการวิเคราะห์ด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปากจำแนกรายข้อ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบ 2 ตัวเลือก มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบผิดมากที่สุด คือ โรคมะเร็งในช่องปาก, ช่วงเวลาการแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟัน ตอบผิดร้อยละ 42.1, 37.7 และ 33.2 ตามลำดับ ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปาก (จำแนกรายข้อ) (n = 385)

ข้อความ	ตอบถูก	ตอบผิด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. อาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวานทำให้เกิดฟันผุ	368 (95.6)	17 (4.4)
2. ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ป้องกันฟันผุได้ดีกว่ายาสีฟันที่ไม่มีฟลูออไรด์	332 (86.2)	53 (13.8)
3. ควรใช้ไหมขัดฟันทุกวันเพื่อทำความสะอาดบริเวณซอกฟันอย่างทั่วถึงทั้งปาก	257 (66.8)	128 (33.2)
4. หากมีหินปูนเกาะที่ตัวฟัน ควรรับการรักษาโดยการขูดหินปูนเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์อักเสบ	347 (90.1)	38 (9.9)
5. การเป็นโรคเบาหวานทำให้มีโอกาสเกิดโรคปริทันต์อักเสบได้สูงกว่าคนปกติ	303 (78.7)	82 (21.3)
6. โรคมะเร็งไม่สามารถเกิดในช่องปากได้	223 (57.9)	162 (42.1)

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ข้อความ	ตอบถูก	ตอบผิด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
7. การสูบบุหรี่และการเคี้ยวหมากเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก	307 (79.7)	78 (20.3)
8. ท่านเข้าใจว่าการแปรงฟันให้สะอาดทำให้ฟันไม่ผุคือแปรงให้ทั่วทุกซี่ทุกด้าน	360 (93.5)	25 (6.5)
9. ควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง โดยเลือกช่วงเวลาตามสะดวกของแต่ละคน	240 (62.3)	145 (37.7)
10. ควรตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยทันตบุคลากร	337 (87.5)	48 (12.5)

ระดับความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปาก คะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน แบ่งระดับตามเกณฑ์ 75<sup>th</sup> Percentile แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับไม่เพียงพอ และระดับเพียงพอ (Murakami, 2023) ส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับไม่เพียงพอ ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ระดับความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปาก

ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปาก	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่เพียงพอ (0-8 คะแนน)	232	60.3
ระดับเพียงพอ (9-10 คะแนน)	153	39.7
$\bar{X} = 7.98$ SD = 1.59 Min = 1 Max = 10		

## 2.2 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปาก

ผลการวิเคราะห์การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดการปฏิบัติ 5 ตัวเลือก (Likert scale) ได้แก่ ทำได้ง่ายมาก ทำได้ง่าย ทำได้ยาก ทำได้ยากมาก และไม่ได้ทำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถของการฟังข้อมูลสุขภาพช่องปากได้และเข้าใจ อยู่ในระดับทำได้ง่าย ร้อยละ 49.4 สามารถอ่านข้อมูลสุขภาพ

ช่องปากได้และเข้าใจ อยู่ในระดับทำได้ง่าย ร้อยละ 42.9 สามารถรู้ช่องทาง และสามารถติดต่อเจ้าหน้าที่สถานพยาบาล เมื่อมีปัญหาสุขภาพช่องปากได้ อยู่ในระดับทำได้ง่าย ร้อยละ 42.3 ส่วนความสามารถในการค้นหาข้อมูลและการเลือกแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ด้วยตนเอง อยู่ในระดับทำได้ยาก ร้อยละ 33.8 และ 33.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของระดับความสามารถด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปาก (จำแนกรายข้อ)

ข้อความ	ระดับความสามารถ				
	ไม่ได้	ทำได้	ทำได้	ทำได้	ทำได้
	ทำ	ยากมาก	ยาก	ง่าย	ง่ายมาก
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
<b>การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปาก</b>					
1. สามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การป้องกันโรคในช่องปากที่ต้องการใช้ได้จากแหล่งข้อมูล เช่น ถามผู้รู้ ดูจากสื่อ อ่านหนังสือ ค้นอินเทอร์เน็ต ด้วยตนเอง	71 (18.4)	26 (6.8)	130 (33.8)	84 (21.8)	74 (19.2)
2. สามารถทำการเลือกแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ด้วยตนเอง	63 (16.4)	22 (5.7)	127 (33.0)	104 (27.0)	69 (17.9)
3. สามารถอ่านข้อมูลสุขภาพช่องปากได้และเข้าใจ	37 (9.6)	11 (2.9)	55 (14.3)	165 (42.9)	117 (30.4)
4. สามารถฟังข้อมูลสุขภาพช่องปากได้และเข้าใจ	11 (2.9)	4 (1.0)	35 (9.1)	190 (49.4)	145 (37.7)
5. สามารถติดต่อเจ้าหน้าที่สถานพยาบาล เมื่อมีปัญหาสุขภาพช่องปากได้	19 (4.9)	4 (1.0)	37 (9.6)	163 (42.3)	162 (42.1)

ระดับความสามารถด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปาก คะแนนอยู่ระหว่าง 5-25 คะแนน แบ่งระดับตามเกณฑ์ 75<sup>th</sup> Percentile แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับไม่เพียงพอ และระดับเพียงพอ (Murakami, 2023) ส่วนใหญ่มีระดับความสามารถด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับไม่เพียงพอ ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ระดับความสามารถด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปาก

ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปาก	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่เพียงพอ (5-20 คะแนน)	256	66.5
ระดับเพียงพอ (21-25 คะแนน)	129	33.5
$\bar{X} = 18.56$ $SD = 4.38$ $Min = 5$ $Max = 25$		

### 2.3 ด้านการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปาก

ผลการวิเคราะห์การสื่อสารด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 4 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดการปฏิบัติ 5 ตัวเลือก (Likert scale) ได้แก่ ทำได้ง่ายมาก ทำได้ง่าย ทำได้ยาก ทำได้ยากมาก และไม่ได้ทำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากกับผู้อื่นได้ อยู่ในระดับทำได้ง่าย ร้อยละ 42.1 สามารถเตรียมคำถามที่สงสัยไว้ล่วงหน้าก่อนไปพบบุคลากรสาธารณสุขได้ อยู่ในระดับทำได้ง่าย ร้อยละ 36.9 สามารถซักถาม หมอ/บุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง หรือจนคลายข้อสงสัยได้ อยู่ในระดับทำได้ง่ายมาก ร้อยละ 36.4 ส่วนสามารถแนะนำหรือโน้มน้าวการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องให้ผู้อื่นได้ อยู่ในระดับทำได้ยาก ร้อยละ 31.2 ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของระดับความสามารถด้านการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปาก (จำแนกรายข้อ)

ข้อความ	ระดับความสามารถ				
	ไม่ได้ทำ	ทำได้ยากมาก	ทำได้ยาก	ทำได้ง่าย	ทำได้ง่ายมาก
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
<b>การสื่อสารด้านสุขภาพช่องปาก</b>					
1. สามารถซักถาม หมอ/บุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง หรือจนคลายข้อสงสัย	14 (3.6)	12 (3.1)	98 (25.5)	121 (31.4)	140 (36.4)
2. สามารถเตรียมคำถามที่สงสัยโดยการคิดและเขียนไว้ล่วงหน้าก่อนไปพบแพทย์/บุคลากรสาธารณสุข	58 (15.1)	18 (4.7)	50 (13.0)	142 (36.9)	117 (30.4)

ตารางที่ 15 (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความสามารถ				
	ไม่ได้	ทำได้	ทำได้	ทำได้	ทำได้
	ทำ	ยากมาก	ยาก	ง่าย	ง่ายมาก
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
3. สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากกับผู้อื่นได้	48 (12.5)	16 (4.2)	34 (8.8)	162 (42.1)	125 (32.5)
4. สามารถแนะนำหรือโน้มน้าวการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องให้ผู้อื่นได้	68 (17.7)	27 (7.0)	120 (31.2)	97 (25.2)	73 (19.0)

ระดับความสามารถด้านการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปาก คะแนนอยู่ระหว่าง 4-20 คะแนน แบ่งระดับตามเกณฑ์ 75<sup>th</sup> Percentile แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับไม่เพียงพอ และระดับเพียงพอ (Murakami, 2023) ส่วนใหญ่มีระดับความสามารถด้านการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ระดับความสามารถด้านการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปาก

ด้านการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปาก	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่เพียงพอ (4-16 คะแนน)	288	74.8
ระดับเพียงพอ (17-20 คะแนน)	97	25.2
$\bar{X} = 14.55$ $SD = 3.75$ $Min = 4$ $Max = 20$		

## 2.4 ด้านการจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก

ผลการวิเคราะห์ด้านการจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 6 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดการปฏิบัติ 5 ตัวเลือก (Likert scale) ได้แก่ ทำได้ง่ายมาก ทำได้ง่าย ทำได้ยาก ทำได้ยากมาก และไม่ได้ทำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถพบทันตบุคลากรได้ตามวันเวลาที่นัดหมายได้ อยู่ในระดับทำได้ง่ายมาก ร้อยละ 50.6 สามารถหลีกเลี่ยงอาหารที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปากได้ อยู่ในระดับทำได้ง่าย ร้อยละ 47.3 หากมีปัญหาสุขภาพช่องปากฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการตนเองให้สามารถเข้าพบทันตบุคลากรได้

ทันทีได้ และสามารถจัดการตนเองโดยการวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อให้เกิดการปฏิบัติจริงได้ อยู่ในระดับทำได้ง่าย ร้อยละ 45.2 ส่วนความสามารถตรวจช่องปากของตนเอง เพื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลงได้ อยู่ในระดับทำได้ง่าย ร้อยละ 39.2 และความสามารถหาวิธีเตือนตนเอง (ทบทวนการปฏิบัติ) เพื่อไม่ให้ลืมการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองที่สำคัญ อยู่ในระดับทำได้ง่าย ร้อยละ 34.8 ดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของระดับความสามารถด้านการจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก (จำแนกรายข้อ)

ข้อความ	ระดับความสามารถ				
	ไม่ได้ทำ	ทำได้	ทำได้	ทำได้ง่าย	ทำได้
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวนมาก จำนวน (ร้อยละ)	ยาก จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	ง่ายมาก จำนวน (ร้อยละ)
<b>การจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก</b>					
1. สามารถตรวจช่องปากของตนเอง เพื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลงได้	42 (10.9)	8 (2.1)	111 (28.8)	151 (39.2)	73 (19.0)
2. สามารถจัดการตนเองโดยการวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อให้เกิดการปฏิบัติจริงได้	38 (9.9)	13 (3.4)	56 (14.5)	174 (45.2)	104 (27.0)
3. สามารถพบทันตบุคลากรได้ตามวันเวลาที่นัดหมาย	8 (2.1)	6 (1.6)	29 (7.5)	147 (38.2)	195 (50.6)
4. หากมีปัญหาสุขภาพช่องปากฉุกเฉิน สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการตนเองให้สามารถเข้าพบทันตบุคลากรได้ทันที	16 (4.2)	16 (4.2)	40 (10.4)	174 (45.2)	139 (36.1)
5. สามารถหาวิธีเตือนตนเอง (ทบทวนการปฏิบัติ) เพื่อไม่ให้ลืมการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองที่สำคัญ การแปรงฟันก่อนนอน การใช้ไหมขัดฟัน เช่น โดยการเขียนโน้ต, การจดบันทึกและอื่น ๆ	77 (20.0)	24 (6.2)	57 (14.8)	134 (34.8)	93 (24.2)
6. สามารถหลีกเลี่ยงอาหารที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก ขนมหวาน น้ำอัดลม การเคี้ยวหมาก ลดการซื้อ ลดการปรุงอาหารรสจัดได้	20 (5.2)	18 (4.7)	56 (14.5)	182 (47.3)	109 (28.3)

ระดับความสามารถด้านการจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก คะแนนอยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน แบ่งระดับตามเกณฑ์ 75<sup>th</sup> Percentile แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับไม่เพียงพอ และระดับเพียงพอ (Murakami, 2023) ส่วนใหญ่มีระดับความสามารถด้านการจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับไม่เพียงพอ ดังตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ระดับความสามารถด้านการจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก

ด้านการจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่เพียงพอ (6-25 คะแนน)	280	72.7
ระดับเพียงพอ (26-30 คะแนน)	105	27.3
$\bar{X} = 22.94$ $SD = 4.58$ $Min = 6$ $Max = 30$		

## 2.5 ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปาก

ผลการวิเคราะห์ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 6 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดการปฏิบัติ 5 ตัวเลือก (Likert scale) ได้แก่ ทำได้ง่ายมาก ทำได้ง่าย ทำได้ยาก ทำได้ยากมาก และไม่ได้ทำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (ความถูกต้อง) ก่อนตัดสินใจเลือกสถานพยาบาลเพื่อรับการรักษาตนเอง ได้ อยู่ในระดับทำได้ง่าย ร้อยละ 48.8 สามารถตรวจสอบได้ว่าข้อมูลสุขภาพช่องปากที่นำมาใช้ ถูกต้อง สมเหตุสมผลได้ อยู่ในระดับทำได้ง่าย ร้อยละ 34.3 สามารถเปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพช่องปากที่ได้รับจากแหล่งต่าง ๆ ก่อนนำมาใช้ได้ อยู่ในระดับทำได้ง่าย ร้อยละ 34.0 ส่วนความสามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (ความถูกต้อง) ของข้อมูลก่อนนำมาใช้และแนะนำผู้อื่นได้ อยู่ในระดับทำได้ง่าย ร้อยละ 33.0 และสามารถวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสินค้าที่ใช้ดูแลสุขภาพช่องปากได้ว่ามีข้อดี-ข้อเสียอะไรบ้างก่อนซื้อได้ อยู่ในระดับทำได้ยาก ร้อยละ 32.7 และความสามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (ความถูกต้อง) ของข้อความโฆษณา ก่อนตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์ได้ อยู่ในระดับทำได้ง่าย ร้อยละ 31.2 ดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของระดับความสามารถด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้าน  
สุขภาพช่องปาก (จำแนกรายข้อ)

ข้อความ	ระดับความสามารถ				
	ไม่ได้	ทำได้	ทำได้	ทำได้	ทำได้
	ทำ จำนวน (ร้อยละ)	ยากมาก จำนวน (ร้อยละ)	ยาก จำนวน (ร้อยละ)	ง่าย จำนวน (ร้อยละ)	ง่ายมาก จำนวน (ร้อยละ)
<b>การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปาก</b>					
1. สามารถตรวจสอบได้ว่าข้อมูลสุขภาพช่องปากที่นำมาใช้ถูกต้อง สมเหตุสมผล	51 (13.2)	14 (3.6)	112 (29.1)	132 (34.3)	76 (19.7)
2. สามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (ความถูกต้อง) ของข้อมูลก่อนนำมาใช้และแนะนำผู้อื่น	57 (14.8)	10 (2.6)	119 (30.9)	127 (33.0)	72 (18.7)
3. สามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (ความถูกต้อง) ของข้อความโฆษณาก่อนตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์ได้	62 (16.1)	15 (3.9)	119 (30.9)	120 (31.2)	69 (17.9)
4. สามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (ความถูกต้อง) ก่อนตัดสินใจเลือกสถานพยาบาลเพื่อรับการรักษาตนเองได้	32 (8.3)	10 (2.6)	46 (11.9)	188 (48.8)	109 (28.3)
5. สามารถวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสินค้าที่ใช้ดูแลสุขภาพช่องปากได้ว่ามีข้อดี-ข้อเสียอะไรบ้างก่อนซื้อ	45 (11.7)	14 (3.6)	126 (32.7)	123 (31.9)	77 (20.0)
6. สามารถเปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพช่องปากที่ได้รับจากแหล่งต่าง ๆ ก่อนนำมาใช้ได้	49 (12.7)	15 (3.9)	120 (31.2)	131 (34.0)	70 (18.2)

ระดับความสามารถด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปาก คะแนนอยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน แบ่งระดับตามเกณฑ์ 75<sup>th</sup> Percentile แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับไม่เพียงพอ และระดับเพียงพอ (Murakami, 2023) ส่วนใหญ่มีระดับความสามารถด้านการจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับไม่เพียงพอ ดังตารางที่ 20

ตารางที่ 20 ระดับความสามารถด้านการจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก

ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปาก	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่เพียงพอ (6-23 คะแนน)	221	57.4
ระดับเพียงพอ (24-30 คะแนน)	164	42.6
$\bar{X} = 20.85$ $SD = 6.33$ $Min = 6$ $Max = 30$		

## 2.6 ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปาก

ผลการวิเคราะห์ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 4 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดการปฏิบัติ 5 ตัวเลือก (Likert scale) ได้แก่ ทำได้ง่ายมาก ทำได้ง่าย ทำได้ยาก ทำได้ยากมาก และไม่ได้ทำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถระบุปัญหาสุขภาพช่องปากตนเองและตัดสินใจเข้ารับบริการรักษาโดยทันตบุคลากรได้ อยู่ในระดับทำได้ง่าย ร้อยละ 48.6 เมื่อมีปัญหาต้องการใส่ฟันปลอมสามารถตัดสินใจปรึกษาและเข้ารับการรักษาโดยทันตแพทย์ได้ อยู่ในระดับทำได้ง่าย ร้อยละ 44.9 สามารถอธิบายเหตุผลข้อดี-ข้อเสียของการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากได้ อยู่ในระดับทำได้ง่าย ร้อยละ 37.9 ส่วนสามารถกำหนดทางเลือกในการปฏิบัติจนได้หลายทางเลือกในการดูแลช่องปากที่นำไปใช้ปฏิบัติได้จริง อยู่ในระดับทำได้ง่าย ร้อยละ 35.6 ดังตารางที่ 21

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของระดับความสามารถด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปาก (จำแนกรายข้อ)

ข้อความ	ระดับความสามารถ				
	ไม่ได้ทำ	ทำได้ยาก	ทำได้ยาก	ทำได้ง่าย	ทำได้ง่าย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
<b>การตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปาก</b>					
1. สามารถระบุปัญหาสุขภาพช่องปากตนเอง	11	8	20	187	159
(ปวดฟัน ฟันผุ) และตัดสินใจเข้ารับบริการรักษาโดยทันตบุคลากร	(2.9)	(2.1)	(5.2)	(48.6)	(41.3)

ตารางที่ 21 (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความสามารถ				
	ไม่ได้ทำ	ทำได้ยาก	ทำได้	ทำได้ง่าย	ทำได้ง่าย
		มาก	ยาก		มาก
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
2. เมื่อมีปัญหาต้องการใส่ฟันปลอม สามารถตัดสินใจปรึกษาและเข้ารับการรักษาโดยทันตแพทย์	27 (7.0)	10 (2.6)	28 (7.3)	173 (44.9)	147 (38.2)
3. สามารถอธิบายเหตุผลข้อดี-ข้อเสียของการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากได้ ว่ามีความเหมาะสมอย่างไร	31 (8.1)	6 (1.6)	118 (30.6)	146 (37.9)	84 (21.8)
4. สามารถกำหนดทางเลือกในการปฏิบัติจนได้หลายทางเลือกในการดูแลช่องปากที่นำไปใช้ปฏิบัติได้จริง	28 (7.3)	11 (2.9)	121 (31.4)	137 (35.6)	88 (22.9)

ระดับความสามารถด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปาก คะแนนอยู่ระหว่าง 4-20 คะแนน แบ่งระดับตามเกณฑ์ 75<sup>th</sup> Percentile แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับไม่เพียงพอ และระดับเพียงพอ (Murakami, 2023) ส่วนใหญ่มีระดับความสามารถด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ดังตารางที่ 22

ตารางที่ 22 ระดับความสามารถด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปาก

ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปาก	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่เพียงพอ (4-17 คะแนน)	282	73.2
ระดับเพียงพอ (18-20 คะแนน)	103	26.8
$\bar{X} = 15.56$ $SD = 3.34$ $Min = 4$ $Max = 20$		

## 2.7 ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก

ผลการวิเคราะห์เมื่อรวม 6 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 35 ข้อ คะแนนรวม 135 คะแนน แบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากโดยใช้เกณฑ์ของกองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ซึ่งใช้เกณฑ์แปลผลออกเป็น 4 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ช่องปาก อยู่ในระดับดีร้อยละ 28.1 โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 100.44 คะแนน คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 33 คะแนน และคะแนนสูงสุด เท่ากับ 135 คะแนน ดังตารางที่ 23

ตารางที่ 23 ระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก

ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่ดี (25-80 คะแนน)	95	24.7
ระดับพอใช้ (81-94 คะแนน)	92	23.9
ระดับดี (95-107 คะแนน)	108	28.1
ระดับดีมาก (108-135 คะแนน)	90	23.4
$\bar{X} = 100.44$ $SD = 19.04$ $Min = 33$ $Max = 135$		

### ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก

**3.1 พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก** (จำแนกรายข้อ) จำนวน 13 ข้อ โดยประเมินจากความถี่การปฏิบัติในช่วง 7 วันที่ผ่านมา แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ (5-7 วันต่อสัปดาห์) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (1-4 ครั้งต่อสัปดาห์) และ ไม่เคยปฏิบัติ ประกอบด้วย ข้อคำถามเชิงบวก หมายถึง ข้อความที่แสดงถึงพฤติกรรมหรือการกระทำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นพฤติกรรมป้องกันต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก (Protective behavior) จำนวน 12 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ หมายถึง ข้อความที่แสดงถึงพฤติกรรมหรือการกระทำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากที่ผิด ซึ่งเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก (Risks behavior) จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 13 ผลการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ปฏิบัติเป็นประจำ (5-7 วันต่อสัปดาห์) ร้อยละ 83.6 และ 79.2 ตามลำดับ รับประทานอาหารว่างไม่เกินวันละ 2 ครั้ง, ลดอาหารเหนียวและหวานจัด และตรวจดูความผิดปกติของเหงือกและฟันด้วยตนเอง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (1-4 วันต่อสัปดาห์) ร้อยละ 51.7, 49.4 และ 46.2 ตามลำดับ ทั้งนี้พบเกินครึ่งของกลุ่มตัวอย่างไม่เคยใช้ไหมขัดฟันหรือแปรงซอกฟัน ร้อยละ 73.5 ดังแสดงในตารางที่ 24

ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก  
(n = 385)

พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก	ระดับการปฏิบัติ		
	จำนวน (ร้อยละ)		
	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
1. แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	322 (83.7)	41 (10.6)	22 (5.7)
2. แปรงฟันแต่ละครั้งนานอย่างน้อย 2 นาที	249 (64.6)	100 (26.0)	36 (9.4)
3. แปรงฟันก่อนนอน	306 (79.5)	49 (12.7)	30 (7.8)
4. แปรงฟันก่อนนอนแล้วเข้านอนทันที	232 (60.3)	104 (27.0)	49 (12.7)
5. แปรงลิ้นทุกครั้งหลังจากแปรงฟันทั่วทั้งปากแล้ว	177 (46.0)	94 (24.4)	114 (29.6)
6. ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์	305 (79.2)	31 (8.1)	49 (12.7)
7. ใช้ไหมขัดฟันหรือแปรงซอกฟัน	42 (10.9)	60 (15.6)	283 (73.5)
8. ตรวจสอบความผิดปกติของเหงือกและฟันด้วยตนเอง	109 (28.3)	178 (46.2)	98 (25.5)
9. ตรวจสอบความสะอาดหลังการแปรงฟัน	132 (34.3)	131 (34.0)	122 (31.7)
10. รับประทานอาหารว่างไม่เกินวันละ 2 ครั้ง	117 (30.4)	199 (51.7)	69 (17.9)
11. ลดอาหารเหนียวและหวานจัด	137 (35.5)	190 (49.4)	58 (15.1)

ตารางที่ 24 (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก	ระดับการปฏิบัติ		
	จำนวน (ร้อยละ)		
	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
12. รับบริการทันตกรรม อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	99 (25.7)	150 (39.0)	136 (35.3)
13. ซ้อมารับประทานเอง เมื่อมีอาการปวดฟัน เหงือก บวม และท่านไม่ได้มาพบหมอฟัน	91 (23.6)	121 (31.5)	173 (44.9)

**3.2 ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก** เป็นมาตรวัดจากความถี่การปฏิบัติ ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ (5-7 วันต่อสัปดาห์) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (1-4 ครั้งต่อสัปดาห์) และ ไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 13 ข้อ แบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้เกณฑ์ของกองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ซึ่งใช้เกณฑ์แปลผลออกเป็น 4 ระดับ

ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 28.1 มีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากระดับดี (28-31 คะแนน) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพช่องปากเท่ากับ 29.23 คะแนน คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 15 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 39 คะแนน ดังตารางที่ 25

ตารางที่ 25 ระดับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก

ระดับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่ดี (1-23 คะแนน)	89	23.1
ระดับพอใช้ (24-27 คะแนน)	95	24.7
ระดับดี (28-31 คะแนน)	108	28.1
ระดับดีมาก (32-39 คะแนน)	93	24.1

$\bar{X} = 29.23$   $SD = 4.49$   $Min = 15$   $Max = 39$

#### ส่วนที่ 4 แบบประเมินสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์แบบประเมินสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ จำแนกรายข้อ จำนวน 18 ข้อ เป็นแบบ 2 ตัวเลือก มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบใช่ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ให้ 0 คะแนน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งพบภาวะในช่องปากคือมีฟันโยก ลึก ผุ และมีหินปูน ร้อยละ 53.5 และ 51.7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 26

ตารางที่ 26 จำนวนและร้อยละของการประเมินสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ (จำแนกรายข้อ) (n = 385)

ข้อความ	ไม่ใช่	ใช่
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. มีแผลแดงบริเวณมุมปาก	357(92.7)	28(7.3)
2. มีฝ้าขาวบนลิ้น	358(93.0)	27(7.0)
3. มีปื้นสีแดงบนลิ้น	376(97.7)	9(2.3)
4. มีเนื้อเยื่อในช่องปากแห้ง	348(90.4)	37(9.6)
5. น้ำลายเป็นเมือกเหนียว	345(89.6)	40(10.4)
6. มีเหงือกบวม	317(82.3)	68(17.7)
7. มีแผลในช่องปาก	335(87.0)	50(13.0)
8. มีปื้นสีขาว และ/หรือ แดงในช่องปาก	373(96.9)	12(3.1)
9. มีก้อนเนื้อในช่องปาก	382(99.2)	3(0.8)
10. มีฟันธรรมชาติโยก/ลึก/ผุ	179(46.5)	206(53.5)
11. มีฟันเทียม	210(54.5)	175(45.5)
12. ใส่ฟันเทียมใช้ทุกวัน	245(63.6)	140(36.4)
13. ฟันเทียมมีปัญหา เช่น หลวม กดเจ็บ บิ่นแตก	310(80.5)	75(19.5)
14. มีเศษอาหารติดในปาก/ฟัน/ฟันเทียม	227(59.0)	158(41.0)
15. มีหินปูน (คราบสี) บนฟัน/ฟันเทียม	186(48.3)	199(51.7)
16. มีกลิ่นปาก	248(64.4)	137(35.6)
17. มีอาการปวดฟัน	310(80.5)	75(19.5)
18. มีหนองไหลจากฟัน/ในช่องปาก	373(96.9)	12(3.1)

ผลการวิเคราะห์ การประเมินผลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ จำนวน 18 ข้อ คะแนนรวม 18 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สุขภาพช่องปากดีมาก สุขภาพช่องปากเริ่มมีปัญหา และสุขภาพช่องปากมีปัญหา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 64.4 มีสุขภาพช่องปากเริ่มมีปัญหา (13-17 คะแนน) คะแนนเฉลี่ยการประเมินสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ เท่ากับ 13.87 คะแนน คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 5 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 18 คะแนน ดังตารางที่ 27

ตารางที่ 27 สรุปการประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

การประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
สุขภาพช่องปากดีมาก (18 คะแนน)	108	28.1
สุขภาพช่องปากเริ่มมีปัญหา (13-17 คะแนน)	248	64.4
สุขภาพช่องปากมีปัญหา (0-12 คะแนน)	29	7.5
$\bar{X} = 13.87$ $SD = 2.53$ $Min = 5$ $Max = 18$		

#### ส่วนที่ 5 สภาวะสุขภาพช่องปากจากการตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 95.8 ได้รับการตรวจสภาวะช่องปาก ในส่วนของการมีฟันเพียงพอต่อการบดเคี้ยวอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างน้อย 20 ซี่ และมีฟันคู่สบฟันหลังครบ 4 คู่สบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ และมีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ ร้อยละ 35.8

สถานการณ์การสูญเสียฟันทั้งปากในกลุ่มตัวอย่าง พบร้อยละ 9.5 กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การเป็นโรคฟันผุ มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการสูญเสียฟันในอนาคต ร้อยละ 55.6 หรือเฉลี่ย 2.28 ซี่ต่อคน มีฟันที่ถูกถอนจากฟันผุ (MT) ในสัดส่วนที่มากที่สุด เฉลี่ย 15.41 ซี่ต่อคน และค่าเฉลี่ยขุ่นฟันผุ ถอน อุด (DMFT) เท่ากับ 19.53 ซี่ต่อคน กลุ่มตัวอย่างมีรากฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 16.53 ดังตารางที่ 28

ตารางที่ 28 จำนวนและร้อยละ และค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 385)

สภาวะช่องปาก	จำนวน (คน)	ร้อยละ	Mean ± SD (ซี่)	ต่ำสุด – สูงสุด (ซี่)
ได้รับการตรวจช่องปาก	369	95.8		
มีจำนวนซี่ฟันอย่างน้อย 20 ซี่และ 4 คู่สบ	132	35.8		
สูญเสียฟันทั้งปาก	35	9.5		
มีจำนวนซี่ฟันในช่องปาก	334	86.8	16.58 ± 9.07	0 – 32
มีฟันผุ (DT)	214	55.6	2.28 ± 2.96	0 – 16
มีฟันถอน (MT)	367	95.3	15.41 ± 9.07	0 – 32
มีฟันอุด (FT)	144	37.4	1.86 ± 3.28	0 – 17
ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT)	369	95.8	19.53 ± 8.15	1 – 32
มีรากฟันผุ	61	16.53	0.59 ± 1.86	0 – 16
มีจำนวนคู่สบฟันหลัง	314	85.1	4.29 ± 2.90	0 – 10
ร้อยละ Plaque index	369	95.8	47.42 ± 33.9	0 – 100

สภาวะการใส่ฟันเทียมของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใส่ฟันเทียมส่วนถอดได้ พบการใส่ฟันเทียมเฉพาะในขากรรไกรบนมากกว่าการใส่เฉพาะขากรรไกรล่าง คือร้อยละ 13.8 และ 2.7 ตามลำดับ มีผู้ใส่ฟันเทียมบางส่วนทั้งขากรรไกรบนและล่างร้อยละ 12.2 มีผู้ใส่ฟันเทียมทั้งปาก ร้อยละ 5.7 ดังตารางที่ 29

ตารางที่ 29 จำนวนและร้อยละการใส่ฟันปลอม ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 369)

ประเภทฟันปลอม	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีฟันปลอม	207	56.1
มีฟันปลอม	146	39.6
Partial denture		
เฉพาะ arch บน	51	13.8
เฉพาะ arch ล่าง	10	2.7
ทั้งบนและล่าง	45	12.2

ตารางที่ 29 (ต่อ)

ประเภทฟันปลอม	จำนวน	ร้อยละ
Full denture		
เฉพาะ arch บน	7	1.9
เฉพาะ arch ล่าง	0	0.0
ทั้งบนและล่าง	21	5.7
PD บน FD ล่าง	2	0.5
FD บน PD ล่าง	10	2.7

## ส่วนที่ 6 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา

### 6.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมสุขภาพ ช่องปากของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย

การศึกษาในขั้นนี้เริ่มต้นจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ จำนวน 16 ตัวแปร ประกอบด้วย 2 กลุ่มปัจจัย ดังนี้

1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สวัสดิการสุขภาพ สภาวะโรคประจำตัว การเข้าถึงสื่อออนไลน์ ช่องทางการได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก

2) ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปาก (Cognitive) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปาก (Access) ด้านการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปาก (Communication) ด้านการจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก (Self-management) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปาก (Media literacy) และด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปาก (Decision)

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ในการวิเคราะห์ตัวแปรเดียวใช้สถิติ Chi-square test หาขนาดความสัมพันธ์ใช้ Odd ratio (OR) หลังจากการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว ตัวแปรที่มีค่า P-value <0.25 นำมาวิเคราะห์ตัวแปรแบบพหุคูณลอจิสติก (Multiple logistic regression) นำเสนอด้วยค่า Adjusted OR (OR<sub>adj</sub>) ที่ระดับช่วงความเชื่อมั่น 95%

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว (Univariate analysis) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีในผู้สูงอายุ ชาวละปัจจัยโดยไม่คำนึงถึงผลกระทบของปัจจัยอื่น ๆ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ได้แก่ระดับการศึกษา อาชีพ การดื่มแอลกอฮอล์ การเคี้ยวหมาก การได้รับข้อมูลสุขภาพช่องปาก ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปาก การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปาก การสื่อสารด้านสุขภาพช่องปาก ด้านการจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปาก และ ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปาก รายละเอียดดังนี้

ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษามีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นประถมศึกษา 3.73 เท่า (95%CI1.97-7.24;  $p\text{-value} = <0.001$ ) ผู้สูงอายุที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1.65 เท่า (95%CI0.29-0.96;  $p\text{-value} = 0.037$ ) ผู้สูงอายุที่เคยได้รับข้อมูลสุขภาพช่องปากมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยได้รับข้อมูลด้านสุขภาพช่องปาก 5.04 เท่า (95%CI1.50-16.88;  $p\text{-value} = 0.004$ ) แต่กลับพบว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพเกษตรกร และเคี้ยวหมากมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ลดลง ร้อยละ 57 และ ร้อยละ 67 ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่มีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปากอย่างเพียงพอมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ 1.96 เท่า (95%CI1.27-3.03;  $p\text{-value} = 0.002$ ) ผู้สูงอายุที่มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปากอย่างเพียงพอมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ 2.23 เท่า (95%CI1.43-3.48;  $p\text{-value} = <0.001$ ) ผู้สูงอายุที่มีการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปากอย่างเพียงพอมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ 2.89 เท่า (95%CI1.79-4.67;  $p\text{-value} = <0.001$ ) ผู้สูงอายุที่มีการจัดการตนเองด้านสุขภาพช่องปากอย่างเพียงพอมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการจัดการตนเองด้านสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ 3.56 เท่า (95%CI2.22-5.70;  $p\text{-value} = < 0.001$ ) ผู้สูงอายุที่มีการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปากอย่างเพียงพอมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ 2.81 เท่า (95%CI1.81-4.26;  $p\text{-value} = <0.001$ ) และผู้สูงอายุที่มีการ

ตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปากอย่างเพียงพอมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ 2.80 เท่า (95%CI1.75-4.48;  $p$ -value = < 0.001) ดังตารางที่ 30

ตารางที่ 30 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเดี่ยวระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	จำนวน	% of Good OHB	Odds ratios (OR)	95% CI	$p$ -value
<b>เพศ</b>					0.096
-หญิง*	280	34.6	1.00		
-ชาย	105	25.7	0.65	0.39-1.07	
<b>ระดับการศึกษา</b>					<0.001
- ประถมศึกษา*	275	26.5	1.00		
- มัธยมศึกษา	65	38.5	3.73	1.97-7.24	
- สูงกว่ามัธยม	45	57.8	2.11	1.01-4.74	
<b>อาชีพ</b>					0.018
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ*	125	32.0	1.00		
- ค้าขายรับจ้าง	163	38.7	0.58	0.31-1.08	
- เกษตรกร	97	21.6	0.43	0.24-0.78	
<b>การดื่มแอลกอฮอล์</b>					0.037
- ดื่ม*	73	21.9	1.00		
- ไม่ดื่ม	312	34.6	1.65	0.29-0.96	
<b>การเคี้ยวหมาก</b>					0.022
- ไม่เคี้ยว*	351	33.9	1.00		
- เคี้ยว	34	14.7	0.33	0.12-0.89	

ตารางที่ 30 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	% of Good OHB	Odds ratios (OR)	95% CI	p-value
<b>การได้รับข้อมูลสุขภาพช่อง ปาก</b>					0.004
- ไม่เคย*	32	9.4	1.00		
- เคย	353	34.3	5.04	1.50-16.88	
<b>ความรู้ความเข้าใจด้าน สุขภาพช่องปาก</b>					0.002
- ระดับไม่เพียงพอ*	232	26.3	1.00		
- ระดับเพียงพอ	129	41.2	1.96	1.27-3.03	
<b>การเข้าถึงข้อมูลและบริการ ด้านสุขภาพช่องปาก</b>					<0.001
- ระดับไม่เพียงพอ*	256	26.2	1.00		
- ระดับเพียงพอ	129	44.2	2.23	1.43-3.48	
<b>การสื่อสารด้านสุขภาพช่อง ปาก</b>					<0.001
- ระดับไม่เพียงพอ*	288	26.0	1.00		
- ระดับเพียงพอ	97	50.5	2.89	1.79-4.67	
<b>การจัดการตนเองด้านการ ดูแลสุขภาพช่องปาก</b>					<0.001
- ระดับไม่เพียงพอ*	280	24.3	1.00		
- ระดับเพียงพอ	105	53.3	3.56	2.22-5.70	
<b>การรู้เท่าทันสื่อและ สารสนเทศด้านสุขภาพ ช่องปาก</b>					<0.001
- ระดับไม่เพียงพอ*	221	22.6	1.00		
- ระดับเพียงพอ	164	45.1	2.81	1.81-4.26	

ตารางที่ 30 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	% of Good OHB	Odds ratios (OR)	95% CI	<i>p</i> -value
การตัดสินใจด้านสุขภาพ ช่องปาก					<0.001
- ระดับไม่เพียงพอ*	282	25.9	1.00		
- ระดับเพียงพอ	103	49.5	2.80	1.75-4.48	

หมายเหตุ Good OHB หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุ (Multivariate analysis) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีในผู้สูงอายุคราวละหลายปัจจัย โดยคำนึงถึงผลกระทบของปัจจัยอื่น ๆ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.05) รายละเอียดดังนี้

ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษามีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นประถมศึกษา 2.36 เท่า (95%CI 1.13-4.93;  $p$ -value = 0.022) ผู้สูงอายุที่เคยได้รับข้อมูลสุขภาพช่องปากมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยได้รับข้อมูลด้านสุขภาพช่องปาก 4.09 เท่า (95%CI 1.11-15.09;  $p$ -value = 0.016) ผู้สูงอายุที่มีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปากอย่างเพียงพอมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ 1.71 เท่า (95%CI 1.04-2.81;  $p$ -value = 0.031) ผู้สูงอายุที่มีการจัดการตนเองด้านสุขภาพช่องปากอย่างเพียงพอมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการจัดการตนเองด้านสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ 2.87 เท่า (95%CI 1.56-4.95;  $p$ -value = <0.001) แต่กลับพบว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพเกษตรกร มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ลดลง ร้อยละ 56 ดังตารางที่ 31

ตารางที่ 31 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรแบบพหุลอยจิสติกในโมเดลสุดท้ายระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย

ตัวแปร	จำนวน	% of Good OHB	Adjusted OR (OR <sub>adj</sub> )	95% CI	p-value
<b>ระดับการศึกษา</b>					
- ประถมศึกษา*	275	26.5	1.00		
- มัธยมศึกษา	65	38.5	2.36	1.13-4.93	0.022
- สูงกว่ามัธยม	45	57.8	1.46	0.62-3.45	0.385
<b>อาชีพ</b>					
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ*	125	32.0	1.00		
- ค้าขายรับจ้าง	163	38.7	0.75	0.35-1.43	0.343
- เกษตรกร	97	21.6	0.44	0.23-0.86	0.016
<b>การได้รับข้อมูลสุขภาพช่องปาก</b>					
<b>ปาก</b>					
- ไม่เคย*	32	9.4	1.00		
- เคย	353	34.3	4.09	1.11-15.09	0.034
<b>ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปาก</b>					
<b>การจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก</b>					
- ระดับไม่เพียงพอ*	232	26.3	1.00		
- ระดับเพียงพอ	129	41.2	1.71	1.04-2.81	0.031
<b>การจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก</b>					
- ระดับไม่เพียงพอ*	280	24.3	1.00		
- ระดับเพียงพอ	105	53.3	2.78	1.56-4.95	<0.001

หมายเหตุ Good OHB หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี

## 6.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย

การศึกษาในขั้นนี้เริ่มต้นจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ จำนวน 16 ตัวแปร ประกอบด้วย 2 กลุ่มปัจจัย ดังนี้

- 1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สวัสดิการสุขภาพ สภาวะโรคประจำตัว การเข้าถึงสื่อออนไลน์ การได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก
- 2) ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปาก (Cognitive) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปาก (Access) ด้านการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปาก (Communication) ด้านการจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก (Self-management) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปาก (Media literacy) และด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปาก (Decision)

**ตัวแปรตาม** คือ สภาวะสุขภาพช่องปาก

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปาก ในการวิเคราะห์ตัวแปรเดียวใช้สถิติ Chi-square test หาขนาดความสัมพันธ์ใช้ Odd ratio (OR) หลังจากการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว ตัวแปรที่มีค่า P-value < 0.25 นำมาวิเคราะห์ตัวแปรแบบพหุคูณลอจิสติก (Multiple logistic regression) นำเสนอด้วยค่า Adjusted OR (OR<sub>adj</sub>) ที่ระดับช่วงความเชื่อมั่น 95%

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว (Univariate analysis) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อการมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีในผู้สูงอายุ คราวละปัจจัยโดยไม่คำนึงถึงผลกระทบของปัจจัยอื่น ๆ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสื่อสารด้านสุขภาพช่องปาก ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปาก รายละเอียดดังนี้

ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษามีโอกาสต่อการมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นประถมศึกษา 2.39 เท่า (95%CI1.24-4.59;  $p\text{-value} = 0.003$ ) ผู้สูงอายุที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสต่อการมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1.62 เท่า (95%CI1.96-2.74;  $p\text{-value} = 0.007$ ) แต่กลับพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุปัจจุบัน 65 - 69 ปี และมีโรคประจำตัว มีโอกาสที่จะมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดี

ลดลง ร้อยละ 56 และร้อยละ 49 ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่มีการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปากอย่างเพียงพอมีโอกาสต่อการมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ 2.19 เท่า (95%CI1.34-3.57;  $p$ -value = 0.002) และผู้สูงอายุที่มีการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปากอย่างเพียงพอมีโอกาสต่อการมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ 2.98 เท่า (95%CI1.92-4.64;  $p$ -value = <0.001) ดังตารางที่ 32

ตารางที่ 32 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเดี่ยวระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก กับสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีของผู้สูงอายุ (n= 369)

ตัวแปร	จำนวน	% of Good OHS	Odds ratios (OR)	95% CI	$p$ -value
<b>อายุ</b>					<0.001
- 60 - 64 ปี	162	46.3	1.00		
- 65 - 69 ปี	207	27.5	0.44	0.28-0.68	
<b>ระดับการศึกษา</b>					0.003
- ประถมศึกษา*	266	30.5	1.00		
- มัธยมศึกษา	60	48.3	2.39	1.24-4.59	
- สูงกว่ามัธยม	43	51.2	1.12	0.51-2.45	
<b>อาชีพ</b>					0.194
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ*	117	32.5	1.00		
- ค้าขายรับจ้าง	156	41.0	0.94	0.52-1.68	
- เกษตรกร	96	31.2	0.65	0.38-1.11	
<b>รายได้</b>					0.139
- ไม่เพียงพอ	97	29.9	1.00		
- รายได้พอดีรายจ่าย	170	34.7	1.77	0.99-3.19	
- เพียงพอ เหลือเก็บ	102	43.1	1.42	0.86-2.36	

ตารางที่ 32 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	% of Good OHS	Odds ratios (OR)	95% CI	p-value
<b>โรคประจำตัว</b>					0.003
- ไม่มี	136	45.6	1.00		
- มี	233	30.0	0.51	0.33-0.79	
<b>การดื่มแอลกอฮอล์</b>					0.007
- ดื่ม*	71	45.1	1.00		
- ไม่ดื่ม	298	33.6	1.62	1.96-2.74	
<b>การได้รับข้อมูลสุขภาพช่อง ปาก</b>					0.060
- ไม่เคย*	30	20.0	1.00		
- เคย	339	37.2	2.36	0.94-5.94	
<b>การเข้าถึงข้อมูลและบริการ ด้านสุขภาพช่องปาก</b>					0.081
- ระดับไม่เพียงพอ*	251	32.7	1.00		
- ระดับเพียงพอ	118	42.4	1.51	0.96-2.37	
<b>การสื่อสารด้านสุขภาพช่อง ปาก</b>					0.002
- ระดับไม่เพียงพอ*	281	31.3	1.00		
- ระดับเพียงพอ	88	50.0	2.19	1.34-3.57	
<b>การรู้เท่าทันสื่อและ สารสนเทศด้านสุขภาพช่อง ปาก</b>					<0.001
- ระดับไม่เพียงพอ*	219	25.6	1.00		
- ระดับเพียงพอ	150	50.7	2.98	1.92-4.64	

ตารางที่ 32 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	% of Good OHS	Odds ratios (OR)	95% CI	<i>p</i> -value
การตัดสินใจด้านสุขภาพ					0.061
ช่องปาก					
- ระดับไม่เพียงพอ*	276	33.0	1.00		
- ระดับเพียงพอ	93	44.1	1.60	0.99-2.59	

หมายเหตุ Good OHS หมายถึง สภาวะสุขภาพช่องปากที่ดี

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุ (Multivariate analysis) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อการมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีในผู้สูงอายุควรวะหลายปัจจัย โดยคำนึงถึงผลกระทบของปัจจัยอื่น ๆ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.05) รายละเอียดดังนี้

ผู้สูงอายุที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสต่อการมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1.84 เท่า (95%CI 1.02-3.30;  $p$ -value = 0.041) ผู้สูงอายุที่มีการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปากอย่างเพียงพอมีโอกาสต่อการมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ 2.03 เท่า (95%CI 1.05-3.91;  $p$ -value = 0.033) และผู้สูงอายุที่มีการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปากอย่างเพียงพอมีโอกาสต่อการมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ 2.31 เท่า (95%CI 1.33-4.02;  $p$ -value = 0.003) แต่กลับพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุปัจจุบัน 65 – 69 ปีมีโอกาสที่จะมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ลดลง ร้อยละ 50 ดังตารางที่ 33

ตารางที่ 33 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรแบบพหุอัจฉติคในโมเดลสุดท้ายระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย

ตัวแปร	จำนวน	% of Good OHS	Adjusted OR (OR <sub>adj</sub> )	95% CI	p-value
<b>อายุ</b>					
- 60 - 64 ปี	162	46.3	1.00		
- 65 - 69 ปี	207	27.5	0.50	0.31-0.81	0.005
<b>การดื่มแอลกอฮอล์</b>					
- ดื่ม*	71	45.1	1.00		
- ไม่ดื่ม	298	33.6	1.84	1.02-3.30	0.041
<b>การสื่อสารด้านสุขภาพช่องปาก</b>					
<b>ปาก</b>					
- ระดับไม่เพียงพอ*	281	31.3	1.00		
- ระดับเพียงพอ	88	50.0	2.03	1.05-3.91	0.033
<b>การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปาก</b>					
<b>ปาก</b>					
- ระดับไม่เพียงพอ*	219	25.6	1.00		
- ระดับเพียงพอ	150	50.7	2.31	1.33-4.02	0.003

หมายเหตุ Good OHS หมายถึง สภาวะสุขภาพช่องปากที่ดี

## ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษา ระยะที่ 2

จากผลการศึกษาในระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้นำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากมาพัฒนากิจกรรมในโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Control group) เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปาก ของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ที่มี

อายุ 60-69 ปี โดยการจัดโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ทั้งหมด 6 กิจกรรม และมีกิจกรรมติดตามสร้างความตระหนักและกระตุ้นเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือสัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีการเก็บรวบรวมข้อมูล วัดผลการศึกษาก่อนการทดลอง (สัปดาห์ที่ 1) ภายหลังการทดลองทันที (สัปดาห์ที่ 8) และระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 12) ขนาดตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power analysis) อย่างน้อยกลุ่มละ 30 คน ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดเพิ่มขนาดตัวอย่าง ร้อยละ 15 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้น จึงมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 70 คน ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 35 คน โดยนำเสนอผลการศึกษาดังต่อไปนี้

### ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม เมื่อเริ่มต้นการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลอง มีผู้เข้าร่วมจำนวน 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบมีผู้เข้าร่วมจำนวน 35 คน โดยกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 80.0 และ 20.0 ตามลำดับ และกลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 85.7 และ 14.3 ตามลำดับ โดยข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบนั้นส่วนใหญ่ พบว่า ในกลุ่มตัวอย่างมีช่วงอายุ 65-69 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.3 และ 60.0 ตามลำดับ สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สมรส คิดเป็น 57.1 และ 60.0 ตามลำดับ ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 71.4 และ 85.7 ตามลำดับ รายได้ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 57.1 และ 51.4 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 65.7 และ 60.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลสุขภาพช่องปาก คิดเป็นร้อยละ 91.4 และ 82.9 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 34

ตารางที่ 34 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.581
ชาย	7	20.0	5	14.3	
หญิง	28	80.0	30	85.7	

ตารางที่ 34 (ต่อ)

ข้อมูลคุณลักษณะ ส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)		p- value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>อายุ</b>					0.523
- 60 - 64 ปี	16	45.7	14	40.0	
- 65 - 69 ปี	19	54.3	21	60.0	
$\bar{X}$ = 64.89 SD = 3.36 Min = 60 Max = 69					
<b>สถานภาพสมรส</b>					0.953
- โสด	5	14.3	4	11.4	
- สมรส	20	57.1	21	60.0	
- หม้าย/หย่าร้าง/แยก	10	28.6	10	28.6	
<b>ระดับการศึกษา</b>					0.791
- ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	25	71.4	30	85.7	
- มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า	10	28.6	5	14.3	
<b>อาชีพ</b>					0.106
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11	31.4	10	28.6	
- ค้าขายรับจ้าง	10	28.6	16	45.7	
- เกษตรกร	14	40.0	9	25.7	
<b>รายได้</b>					0.894
- ไม่เพียงพอ	20	57.1	18	51.4	
- เพียงพอหรือเหลือเก็บ	15	42.9	17	48.6	
<b>โรคประจำตัว</b>					0.517
- ไม่มี	12	34.3	14	40.0	
- มี	23	65.7	21	60.0	
<b>การได้รับข้อมูลสุขภาพช่องปาก</b>					0.215
- ไม่เคย	3	8.6	6	17.1	
- เคย	32	91.4	29	82.9	

หมายเหตุ Chi-square test, p-value &lt;0.05

**ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปาก ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ**

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง แสดงให้เห็นว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปาก ไม่แตกต่างกัน หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าเฉลี่ยโดยรวม เท่ากับ 128.31 และ 95.16 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าเฉลี่ยโดยรวม เท่ากับ 36.71 และ 28.40 ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยของคะแนนสภาวะสุขภาพช่องปาก หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีค่าเฉลี่ยโดยรวม เท่ากับ 18.57 และ 15.23 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 35

ตารางที่ 35 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปากระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	t	p-value
	(n = 35)	(n = 35)		
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)		
ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก				
ก่อนทดลอง	99.36 (17.44)	96.73 (15.32)	0.758	0.451
หลังทดลอง	128.31(4.06)	95.16(15.77)	13.655	<0.001
พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก				
ก่อนทดลอง	29.87(3.93)	28.53 (4.09)	1.574	0.119
หลังทดลอง	36.71(1.35)	28.40(4.04)	13.058	<0.001
จำนวนซี่ฟันในช่องปาก				
ก่อนทดลอง	18.63(9.18)	15.26(7.85)	1.650	0.104
หลังทดลอง	18.57(9.20)	15.23(7.88)	1.631	0.107

หมายเหตุ Independent t-test

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปาก ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากหลังทดลองสูงขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนทดลองและหลังทดลอง เท่ากับ 99.36 และ 128.31 ตามลำดับ เมื่อนำค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมาทดสอบความแตกต่างระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีพัฒนาการที่ดีขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากก่อนทดลองและหลัง

ทดลองเมื่อนำค่าเฉลี่ยมาทดสอบความแตกต่างระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลองพบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของคะแนนไม่แตกต่างกัน

ส่วนคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากหลังทดลองสูงขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนทดลองและหลังทดลอง เท่ากับ 29.87 และ 36.71 ตามลำดับ เมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก มาทดสอบความแตกต่างระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีพัฒนาการที่ดีขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ก่อนทดลองและหลังทดลองเมื่อนำค่าเฉลี่ยมาทดสอบความแตกต่างระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลองพบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของคะแนนไม่แตกต่างกัน

แต่เมื่อพิจารณาคะแนนสภาวะสุขภาพช่องปากกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของสภาวะสุขภาพช่องปากหลังทดลองลดลง โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนทดลองและหลังทดลอง เท่ากับ 18.63 และ 18.57 ตามลำดับ เมื่อนำค่าเฉลี่ยมาทดสอบความแตกต่างระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนไม่แตกต่างกัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 36

ตารางที่ 36 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปากระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	t	p-value
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก				
กลุ่มทดลอง	99.36 (17.44)	128.31(4.06)	-12.72	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	96.73(15.32)	95.16(15.77)	1.22	0.227
พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก				
กลุ่มทดลอง	29.87(3.93)	36.71(1.35)	-13.732	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	28.53(4.09)	28.40(4.04)	0.553	0.583
จำนวนซี่ฟันในช่องปาก				
กลุ่มทดลอง	18.63(9.18)	18.57(9.20)	1.435	0.160
กลุ่มเปรียบเทียบ	15.26(7.85)	15.23(7.88)	1.000	0.324

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปาก ก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผลภายหลังการให้โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก 4 สัปดาห์ในกลุ่มทดลอง

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง แสดงให้เห็นว่า การจำแนกตามช่วงเวลาของการวัดด้วยสถิติการวัดซ้ำ One-way Repeated measures ANOVA เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในแต่ละช่วงเวลาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ( $p < 0.001$ ) แสดงว่า มีอย่างน้อย 1 คู่ที่แตกต่างกัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 37

ตารางที่ 37 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ตัวแปร	n	Mean	SD	F	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก					
ก่อนทดลอง	35	99.36	17.44	60.746	<0.001
หลังทดลอง	35	128.31	4.06		
ระยะติดตามผล	35	128.22	4.18		

แสดงให้เห็นว่าผลการเปรียบเทียบรายคู่ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ในกลุ่มทดลอง พบว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ก่อนทดลองและระยะติดตามผลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 38

ตารางที่ 38 ผลการเปรียบเทียบรายคู่ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

กลุ่ม	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ระยะติดตามผล
ก่อนทดลอง	-		
หลังทดลอง	<0.001	-	
ระยะติดตามผล	<0.001	0.213	-

แสดงให้เห็นว่า การจำแนกตามช่วงเวลาของการวัดด้วยสถิติการวัดซ้ำ One-way Repeated measures ANOVA เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ในแต่ละช่วงเวลา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ( $p < 0.001$ ) แสดงว่า มีอย่างน้อย 1 คู่ที่แตกต่างกัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 39

ตารางที่ 39 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ตัวแปร	n	Mean	SD	F	p-value
พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก					
ก่อนทดลอง	35	29.87	3.93	106.012	<0.001
หลังทดลอง	35	36.71	1.35		
ระยะติดตามผล	35	36.71	1.35		

แสดงให้เห็นว่าผลการเปรียบเทียบรายคู่ ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ในกลุ่มทดลอง พบว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ก่อนทดลองและระยะติดตามผลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 40

ตารางที่ 40 ผลการเปรียบเทียบรายคู่ ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

กลุ่ม	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ระยะติดตามผล
ก่อนทดลอง	-		
หลังทดลอง	<0.001	-	
ระยะติดตามผล	<0.001	0.196	-

แสดงให้เห็นว่า การจำแนกตามช่วงเวลาของการวัดด้วยสถิติการวัดซ้ำ One-way Repeated measures ANOVA เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนของสภาวะสุขภาพช่องปาก (จำนวนซี่ฟัน) ผลการวิเคราะห์สภาวะสุขภาพช่องปาก (จำนวนซี่ฟัน) ในแต่ละช่วงเวลาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 41

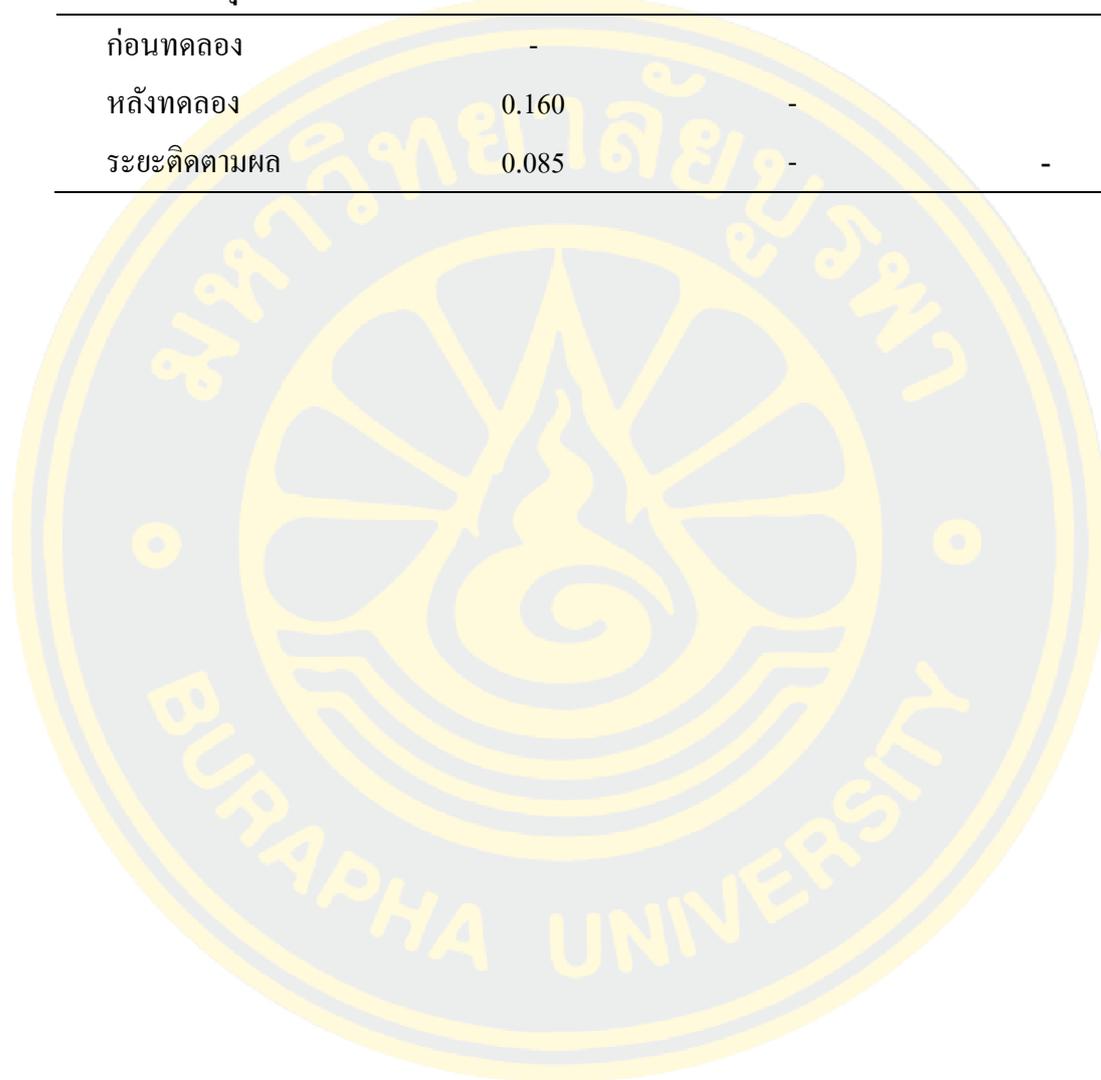
ตารางที่ 41 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนสภาวะสุขภาพช่องปากในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ตัวแปร	n	Mean	SD	F	p-value
จำนวนซี่ฟันในช่องปาก					
ก่อนทดลอง	35	18.63	9.18	3.060	0.085
หลังทดลอง	35	18.57	9.20		
ระยะติดตามผล	35	18.57	9.20		

แสดงให้เห็นว่าผลการเปรียบเทียบรายคู่ ค่าเฉลี่ยของคะแนนสภาวะสุขภาพช่องปาก ในกลุ่มทดลอง พบว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกัน ก่อนทดลองและระยะติดตามผล ไม่มีความแตกต่างกัน หลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 42

ตารางที่ 42 ผลการเปรียบเทียบรายคู่ ค่าเฉลี่ยของคะแนนสภาวะสุขภาพช่องปากในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

กลุ่ม	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ระยะติดตามผล
ก่อนทดลอง	-		
หลังทดลอง	0.160	-	
ระยะติดตามผล	0.085	-	-



## บทที่ 5

### สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย แบ่งระยะการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งแบบภาคตัดขวาง (Descriptive and analytical cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก การดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย ในระยะที่ 2 รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง 2 กลุ่ม วัตถุประสงค์เพื่อศึกษา สิ้นสุดการศึกษา และติดตามผล (2 Groups Quasi experimental Pretest Posttest and Follow up study) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ หลังการทดลองและระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลอง

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ประเภท 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก แบบตรวจสภาวะช่องปาก และแบบประเมินสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ ประเภท 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 กิจกรรม และมีกิจกรรมออนไลน์ติดตามสร้างความตระหนักและกระตุ้นเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ด้านการวิเคราะห์ข้อมูล ในระยะที่ 1 ผู้วิจัยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดและสถิติเชิงอนุมาน

ได้แก่ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในการวิเคราะห์ตัวแปรเดียวใช้สถิติ Chi-square test หาขนาดความสัมพันธ์ใช้ Odd ratio (OR) หลังจากการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว ตัวแปรที่มีค่า P-value <0.25 นำมาวิเคราะห์ตัวแปรแบบพหุถดถอยลอจิสติก (Multiple logistic regression) นำเสนอด้วยค่า Adjusted OR (ORadj) ที่ระดับช่วงความเชื่อมั่น 95% ส่วนระยะที่ 2 ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปากก่อนและหลังการให้โปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Independent sample t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปาก ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Paired sample t-test และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปาก ก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลภายในกลุ่มทดลอง หลังให้โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ด้วยสถิติ Repeated Measure ANOVA

## สรุปผลการวิจัย

### สรุปผลการวิจัยระยะที่ 1

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 385 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.7 และ อายุเฉลี่ย  $64.78 \pm 3.03$  ปี มีสถานภาพสมรสร้อยละ 65.7 ระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.6 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 25.2 มีรายได้พอดีกับรายจ่ายร้อยละ 46.0 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 63.1 ส่วนใหญ่มีโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน ร้อยละ 73.3, 46.0 และ 39.9 ตามลำดับ เมื่อสำรวจด้านพฤติกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 85.7 ในภาพรวมพบผู้สูงอายุที่ยังคงเคี้ยวหมากมีอยู่เพียงร้อยละ 4.2 และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 19 ที่ยังคงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยในกลุ่มนี้ร้อยละ 5.2 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ นอกจากนี้ด้านช่องทางการได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก พบว่า การรับความรู้ผ่านบุคลากรสาธารณสุขเป็นช่องทางหลักของกลุ่มผู้สูงอายুর้อยละ 67.7 รองลงมาคือ จากโทรทัศน์ร้อยละ 45.9 และจากช่องทางออนไลน์ร้อยละ 26.1 และมีผู้สูงอายুর้อยละ 8.3 ที่ตอบว่าไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่อง

ปาก ข้อมูลประสบการณ์การรับบริการฟันเทียม พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับบริการฟันเทียม ร้อยละ 49.1 และเป็นที่น่าสังเกตว่ามีถึงร้อยละ 10.1 ที่เป็นการรับบริการฟันเทียมจากบุคคลที่ไม่ใช่ทันตแพทย์ (ฟันปลอมเถื่อน)

## 2. ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

### 2.1 เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 6

องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปาก (Cognitive) การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปาก (Access) การสื่อสารด้านสุขภาพช่องปาก (Communication) การจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก (Self-management) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปาก (Media literacy) และการตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปาก (Decision) ผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากภาพรวมทุกองค์ประกอบของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในระดับดี จำนวน 108 คน ร้อยละ 28.1 ระดับไม่ดี จำนวน 95 คน ร้อยละ 24.7 ระดับพอใช้ จำนวน 92 คน ร้อยละ 23.9 และระดับดีมาก จำนวน 90 คน ร้อยละ 23.4 เมื่อพิจารณาองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากรายด้าน พบว่า

ด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปาก กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 60.3 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้มากที่สุดเรื่องอาหารและเครื่องดื่มรสหวานทำให้เกิดฟันผุ และไม่มีความรู้มากที่สุดเกี่ยวกับ โรคมะเร็งในช่องปาก และการใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อทำความสะอาดซอกฟัน

ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปาก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 66.5 การเข้าถึงข้อมูลและบริการ ที่สามารถทำได้มากที่สุด เรื่องการฟังข้อมูลสุขภาพช่องปากได้เข้าใจ ร้อยละ 37.7 สามารถทำได้ยากที่สุดเรื่องการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 18.4

ด้านการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปาก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 74.8 เมื่อพิจารณาประเด็นที่สามารถสื่อสารได้มากที่สุด เรื่องการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่น ร้อยละ 42.1 สามารถทำได้ยากที่สุดเรื่องการโน้มน้าวการดูแลสุขภาพช่องปากให้ผู้อื่น ร้อยละ 17.7

ด้านการจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 72.7 เมื่อพิจารณาประเด็นที่สามารถจัดการตนเองได้มากที่สุด เรื่องการพบ

ทันตบุคลากรตามวันนัดหมาย ร้อยละ 50.6 สามารถทำได้ยากที่สุดเรื่องการทบทวนการเตือนตนเอง เพื่อไม่ให้ลืมการดูแลสุขภาพช่องปากที่สำคัญ ร้อยละ 20.0

ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปาก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 57.4 เมื่อพิจารณาประเด็นที่สามารถด้านการรู้เท่าทันสื่อได้มากที่สุด เรื่องการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของสถานพยาบาลได้ ร้อยละ 48.8 สามารถทำได้ยากที่สุดเรื่องการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของโฆษณาก่อนตัดสินใจซื้อสินค้าผลิตภัณฑ์ ร้อยละ 16.1

ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปาก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 73.2 เมื่อพิจารณาประเด็นที่สามารถตัดสินใจได้มากที่สุด เรื่องการรับบริการรักษาฟันโดยทันตแพทย์ ร้อยละ 41.3 สามารถทำได้ยากที่สุดเรื่องการอธิบายข้อดีข้อเสียของการตัดสินใจทางเลือกในการรักษาดูแลสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 8.1

## 2.2 เพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย

พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก คือ การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง โดยปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ประกอบด้วย การทำความสะอาดช่องปาก การตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง การบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพช่องปาก และการไปรับบริการทันตกรรม สอบถามความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์

ผลการสำรวจพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับดี จำนวน 108 คน ร้อยละ 28.1 ระดับพอใช้ จำนวน 95 คน ร้อยละ 24.7 ระดับดีมาก จำนวน 93 คน ร้อยละ 24.1 และระดับไม่ดี จำนวน 89 คน ร้อยละ 23.1 เมื่อพิจารณาแต่ละด้านพบว่า

การทำความสะอาดช่องปาก กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการทำความสะอาดช่องปากสม่ำเสมอที่สุดเรื่อง การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 83.6 และไม่เคยปฏิบัติมากที่สุดเรื่องการใช้ไหมขัดฟันหรือแปรงซอกฟัน คิดเป็นร้อยละ 73.5

การตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเองโดยเป็นการตรวจทำความสะอาดหลังการแปรงฟันสม่ำเสมอ มีเพียงร้อยละ 34.3 และมีการตรวจดูความผิดปกติของเหงือกและฟันด้วยตนเองสม่ำเสมอ เพียงร้อยละ 28.3

การบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพช่องปาก กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพช่องปาก โดยรับประทานอาหารว่างไม่เกิน 2 ครั้งต่อวัน ปฏิบัติสม่ำเสมอ มีเพียงร้อยละ 30.4 และมีการลดอาหารเหนียวและหวานจัดสม่ำเสมอ เพียงร้อยละ 35.6

การไปรับบริการทันตกรรมกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการไปรับบริการทันตกรรม โดยรับบริการทันตกรรม อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีเพียงร้อยละ 25.7

สภาวะสุขภาพช่องปาก ในส่วนของการมีฟันเพียงพอดต่อการบดเคี้ยวอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างน้อย 20 ซี่ และมีฟันคู่สบฟันหลังครบ 4 คู่สบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ และมีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ ร้อยละ 35.8 สถานการณ์การสูญเสียฟันทั้งปากในกลุ่มตัวอย่าง พบร้อยละ 9.5

กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การเป็น โรคฟันผุ มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 55.6 หรือเฉลี่ย 2.28 ซี่ต่อคน มีฟันที่ถูกถอนจากฟันผุ (MT) เฉลี่ย 15.41 ซี่ต่อคน และค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) เท่ากับ 19.53 ซี่ต่อคน กลุ่มตัวอย่างมีรากฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 16.53 ซึ่งปัญหาเหล่านี้หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและทันเวลา จะมีโอกาสลุกลามนำไปสู่ ความเจ็บปวดและการสูญเสียฟันได้

### 2.3 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก และ สภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย

2.3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของ กลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีใน ผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ การดื่มแอลกอฮอล์ การเคี้ยวหมาก การได้รับข้อมูลสุขภาพช่องปาก รายละเอียดดังนี้

ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา มีโอกาสต่อการมีพฤติกรรม การดูแล สุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นประถมศึกษา 3.73 เท่า (95%CI1.97-7.24;  $p\text{-value} = <0.001$ ) ผู้สูงอายุที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีโอกาสต่อการมี พฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1.65 เท่า (95%CI0.29-0.96;  $p\text{-value} = 0.037$ ) ผู้สูงอายุที่เคยได้รับข้อมูลสุขภาพช่องปากมีโอกาสต่อการมี พฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยได้รับข้อมูลด้านสุขภาพช่องปาก 5.04 เท่า (95%CI1.50-16.88;  $p\text{-value} = 0.004$ ) แต่กลับพบว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพเกษตรกร และเคี้ยว หมาก มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากที่ลดลง ร้อยละ 57 และ ร้อยละ 67 ตามลำดับ

2.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรม การ ดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่มีความสัมพันธ์ต่อ การมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปาก การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปาก การ

สื่อสารด้านสุขภาพช่องปาก ด้านการจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปาก และ ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปาก รายละเอียดดังนี้

ผู้สูงอายุที่มีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปากอย่างเพียงพอมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ 1.96 เท่า (95%CI1.27-3.03;  $p$ -value=0.002) ผู้สูงอายุที่มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปากอย่างเพียงพอมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ 2.23 เท่า (95%CI1.43-3.48;  $p$ -value = <0.001) ผู้สูงอายุที่มีการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปากอย่างเพียงพอมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ 2.89 เท่า (95%CI1.79-4.67;  $p$ -value = <0.001) ผู้สูงอายุที่มีการจัดการตนเองด้านสุขภาพช่องปากอย่างเพียงพอมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการจัดการตนเองด้านสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ 3.56 เท่า (95%CI2.22-5.70;  $p$ -value = <0.001) ผู้สูงอายุที่มีการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปากอย่างเพียงพอมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ 2.81 เท่า (95%CI1.81-4.26;  $p$ -value = <0.001) และผู้สูงอายุที่มีการตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปากอย่างเพียงพอมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ 2.80 เท่า (95%CI1.75-4.48;  $p$ -value = <0.001)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุ (Multivariate analysis) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีในผู้สูงอายุครวละหลายปัจจัย โดยคำนึงถึงผลกระทบของปัจจัยอื่น ๆ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.05) รายละเอียดดังนี้

ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษามีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นประถมศึกษา 2.36 เท่า (95%CI1.13-4.93;  $p$ -value = 0.022) ผู้สูงอายุที่เคยได้รับข้อมูลสุขภาพช่องปากมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยได้รับข้อมูลด้านสุขภาพช่องปาก 4.09 เท่า (95%CI1.11-15.09;  $p$ -value = 0.016) ผู้สูงอายุที่มีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปากอย่างเพียงพอมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้

ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ 1.71 เท่า (95%CI1.04-2.81;  $p$ -value = 0.031) ผู้สูงอายุที่มีการจัดการตนเองด้านสุขภาพช่องปากอย่างเพียงพอมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการจัดการตนเองด้านสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ 2.87 เท่า (95%CI1.56-4.95;  $p$ -value = <0.001) แต่กลับพบว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพเกษตรกร มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ลดลง ร้อยละ 56

2.3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับสภาวะสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.05) ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายละเอียดดังนี้

ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษามีโอกาสต่อการมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นประถมศึกษา 2.39 เท่า (95%CI1.24-4.59;  $p$ -value = 0.003) ผู้สูงอายุที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสต่อการมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1.62 เท่า (95%CI1.96-2.74;  $p$ -value = 0.007) แต่กลับพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุปัจจุบัน 65 - 69 ปี และมีโรคประจำตัว มีโอกาสที่จะมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ลดลง ร้อยละ 56 และร้อยละ 49 ตามลำดับ

2.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับสภาวะสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.05) ได้แก่ การสื่อสารด้านสุขภาพช่องปาก ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปาก รายละเอียดดังนี้

ผู้สูงอายุที่มีการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปากอย่างเพียงพอมีโอกาสต่อการมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ 2.19 เท่า (95%CI1.34-3.57;  $p$ -value=0.002)และผู้สูงอายุที่มีการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปากอย่างเพียงพอมีโอกาสต่อการมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ 2.98 เท่า (95%CI1.92-4.64;  $p$ -value = <0.001)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุ (Multivariate analysis) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อการมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีในผู้สูงอายุครวละหลายปัจจัย โดยคำนึงถึงผลกระทบของปัจจัยอื่น ๆ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.05) รายละเอียดดังนี้

ผู้สูงอายุที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสต่อการมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1.84 เท่า (95%CI1.02-3.30;  $p$ -value = 0.041) ผู้สูงอายุที่

มีการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปากอย่างเพียงพอมีโอกาสต่อการมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ 2.03 เท่า (95%CI1.05-3.91;  $p$ -value = 0.033) และผู้สูงอายุที่มีการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปากอย่างเพียงพอมีโอกาสต่อการมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ 2.31 เท่า (95%CI1.33-4.02;  $p$ -value = 0.003) แต่กลับพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุปัจจุบัน 65 – 69 ปีมีโอกาสที่จะมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ลดลง ร้อยละ 50

## สรุปผลการวิจัยระยะที่ 2

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ผลการศึกษาคุณลักษณะทางประชากรกลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 35 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย  $64.89 \pm 3.36$  ปี มีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่า และรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย จากการวิเคราะห์พบว่า เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การมีโรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การเคี้ยวหมาก และการได้รับข้อมูลสุขภาพช่องปากของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกัน

## 2. ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนสภาวะสุขภาพช่องปากของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน

2.2 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มทดลอง หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนสภาวะสุขภาพช่องปากของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ในกลุ่มเปรียบเทียบทั้งค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปาก ก่อนทดลองและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน

2.3 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน แสดงถึงความคงอยู่ของระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมการ

ดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีในระยะติดตามผลหลังการเข้ารับ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้าน สุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

### อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย สามารถนำเสนอการอภิปรายผลได้ตามประเด็นดังต่อไปนี้

#### 1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะ สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในระดับดี จำนวน 108 คน ร้อยละ 28.1 ระดับไม่ดี จำนวน 95 คน ร้อยละ 24.7 ระดับพอใช้ จำนวน 92 คน ร้อยละ 23.9 และระดับดีมาก จำนวน 90 คน ร้อยละ 23.4 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sermsuti-Anuwat และ Piyakhunakorn (2021) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากระดับต่ำและ ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 49.3

ผลการสำรวจพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่มี พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับดี จำนวน 108 คน ร้อยละ 28.1 ระดับพอใช้ จำนวน 95 คน ร้อยละ 24.7 ระดับดีมาก จำนวน 93 คน ร้อยละ 24.1 และระดับไม่ดี จำนวน 89 คน ร้อยละ 23.1 ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ แก้วใจ มาลีลย์ และคณะ (2565) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 55 มี พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง

#### 2. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะ สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก จากการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษามีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นประถมศึกษา 2.36 เท่า (95%CI1.13-4.93;  $p$ -value = 0.022) ผู้สูงอายุที่เคยได้รับข้อมูลสุขภาพช่องปากมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยได้รับข้อมูลด้านสุขภาพช่องปาก 4.09 เท่า (95%CI1.11-15.09;  $p$ -value = 0.016) ผู้สูงอายุที่มีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปากอย่าง เพียงพอมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้ความ เข้าใจด้านสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ 1.71 เท่า (95%CI1.04-2.81;  $p$ -value = 0.031) ผู้สูงอายุที่มีการ จัดการตนเองด้านสุขภาพช่องปากอย่างเพียงพอมีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่อง

ปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการจัดการตนเองด้านสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ 2.87 เท่า (95%CI1.56-4.95;  $p$ -value = <0.001) แต่กลับพบว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพเกษตรกร มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีลดลง ร้อยละ 56

ระดับการศึกษามัธยมศึกษามีโอกาสต่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี สามารถอธิบายได้ว่า คนที่มีระดับการศึกษาที่ดีจะมีความสนใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก การศึกษานั้นถือเป็นการสร้างเสริมสุขภาพขั้นพื้นฐานในการอ่านออกเขียนได้ ระดับการศึกษาที่ดีทำให้ผู้สูงอายุมีสมรรถนะในการนำข้อมูลนำไปใช้ได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาที่น้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของ Don Nutbeam (2000) ที่กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นผลมาจากการให้การศึกษา และยังเป็นปัจจัยเชื่อมระหว่างการสร้างเสริมสุขภาพกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอีกด้วย การได้รับข้อมูลด้านสุขภาพช่องปาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Phudphong (2020) พบว่าผู้สูงอายุเคยได้รับข้อมูลด้านสุขภาพช่องปาก สัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Phudphong, 2020)

การวางแผน การเตือนตนเองทบทวนการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี ด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปาก แสวงถึงความรู้ ความจำในเนื้อหาสาระสำคัญด้านสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องทั้งในเรื่องการดูแลทำความสะอาด การรับประทานอาหาร และการเข้ารับบริการที่เหมาะสม ซึ่งทั้ง 2 องค์ประกอบนี้ส่งผลต่อการป้องกัน โรคในช่องปากและการพัฒนาการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Kongsri (2018) ซึ่งศึกษาแนวทางการพัฒนาองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง ดังนั้นการพัฒนาเพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีนั้น ควรพัฒนาทักษะปัจจัยด้านการจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพช่องปากและด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปาก รวมทั้งบุคลากรด้านสุขภาพควรเน้นพัฒนาสื่อที่เหมาะสม อ่านง่าย เข้าใจง่าย เนื้อหาเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุด้วย ทั้งนี้ Maleelai Kaewjai และคณะ (2021) ได้ระบุไว้ว่าการส่งเสริมความรู้การดูแลสุขภาพช่องปาก และการพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากควรดำเนินการเพื่อให้แน่ใจว่าผู้สูงอายุจะยังคงปฏิบัติตามดูแลสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่องและถูกต้องเหมาะสม

อาชีพเกษตรกร มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีลดลง ร้อยละ 56 สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอาชีพเกษตรกรต้องออกไปดูแลพื้นที่ของเกษตรกรของตนเองจึงมีโอกาสน้อยที่จะได้เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ที่มีการรวมตัวเพื่อพบปะพูดคุย

เข้าร่วมกิจกรรมที่ได้รับความรู้จากบุคลากรและกิจกรรมต่าง ๆ ที่ช่วยสร้างความตระหนักถึงพฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรมที่ดีต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพช่องปากจากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคี้ยวเครื่องเคี้ยวแอลกอฮอล์มีโอกาสต่อการมีสถานะสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่เคี้ยวเครื่องเคี้ยวแอลกอฮอล์ 1.84 เท่า (95%CI1.02-3.30;  $p$ -value = 0.041) ผู้สูงอายุที่มีการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปากอย่างเพียงพอมีโอกาสต่อการมีสถานะสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ 2.03 เท่า (95%CI1.05-3.91;  $p$ -value = 0.033) และผู้สูงอายุที่มีการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปากอย่างเพียงพอมีโอกาสต่อการมีสถานะสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ 2.31 เท่า (95%CI1.33-4.02;  $p$ -value = 0.003) แต่กลับพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุปัจจุบัน 65 – 69 ปีมีโอกาสที่จะมีสถานะสุขภาพช่องปากที่ลดลง ร้อยละ 50

การเคี้ยวแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Priyanka et al. (2017) พบว่า ผู้ที่เคี้ยวแอลกอฮอล์จะลดความสนใจ ใส่ใจ ค้นหาการรักษาทางทันตกรรม และ ไม่สามารถที่จะเข้าใจและยอมรับคำแนะนำด้านสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังส่งผลให้เกิดภาวะปากแห้งส่งผลให้เกิดโรคฟันผุได้มากขึ้นด้วย (Priyanka et al., 2017) ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องให้ความสำคัญในการซักประวัติจากผู้ป่วยในเรื่องการเคี้ยวแอลกอฮอล์ เพื่อให้คำแนะนำที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพช่องปากต่อไป

ปัจจัยด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปากมีผลต่อสถานะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุมากที่สุดรองลงมาคือด้านการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Li et al. (2022) และ Gerace et al. (2015) ประเด็นที่น่าสนใจคือ การพัฒนาสถานะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นจำเป็นต้องให้ความสำคัญในเรื่องทักษะด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปากและ ด้านการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปาก ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถสื่อสารเพื่อเพิ่มความเข้าใจสถานะช่องปากและการดูแลที่เหมาะสม เพิ่มการเห็นความสำคัญของสุขภาพช่องปาก และเพิ่มการตัดสินใจด้วยตนเองในการเลือกทางเลือกการดูแลสุขภาพช่องปากต่อไป

ผู้ที่มีอายุที่มากกว่ามีโอกาสที่จะมีสถานะสุขภาพช่องปากที่ลดลง สอดคล้องกับแนวคิดสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ โดย รวีวรรณ สุระเศรษฐ์ (2561) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาของผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดโรคในช่องปากตามมาได้ รวมถึงโรคประจำตัวหรือการใช้ยาในผู้สูงอายุก็ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงลักษณะทางช่องปากในผู้สูงอายุ นำไปสู่โอกาสที่ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าจะมีสถานะสุขภาพช่องปากที่ลดลง จึงมีความจำเป็นที่ผู้สูงอายุต้องได้รับการพัฒนา

สร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อลดการสูญเสียฟันของ ผู้สูงอายุต่อไป

3. การศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ สามารถทำให้กลุ่มผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ด้านสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากได้ดีมากขึ้น ทั้งนี้เป็นผลเนื่องมาจากโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่จัดทำขึ้น โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ และแนวคิดการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พบว่า ภายหลังจากจัดโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพช่องปากเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และสูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานงานวิจัย ทำให้สรุปได้ว่า โปรแกรมสามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพช่องปากได้ดีกว่าการดำเนินงานปกติ โดยโปรแกรมได้นำความรู้ด้านสุขภาพช่องปากแต่ละองค์ประกอบถูกนำไปสอดแทรกในแต่ละกิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 สร้างเสริมทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปาก ที่มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้ค้นหาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และมีวิธีการการใช้อุปกรณ์ค้นหาเพื่อให้ได้ข้อมูลตามที่ต้องการ กิจกรรมที่ 2 สร้างเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ที่เน้นสร้างความเข้าใจเนื้อหาความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย ประเด็น ปากสะอาด อาหารปลอดภัย ตรวจช่องปากด้วยตนเองและไปรับบริการทันตกรรม กิจกรรมที่ 3 สร้างเสริมทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ที่เน้นทักษะการใช้คำถาม การจัดเตรียมคำถาม เพื่อให้ได้รับข้อมูลสุขภาพช่องปากที่ครบถ้วนชัดเจนไม่มีข้อสงสัย กิจกรรมที่ 4 สร้างเสริมทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ที่เน้นการตั้งเป้าหมายการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง วิธีการจัดการกับตนเองอย่างไร เมื่อตรวจพบความผิดปกติในช่องปาก สาธิตและฝึกการตั้งเป้าหมาย เดือนตนเองทบทวนกำกับตนเองเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง ประเมินการเปลี่ยนแปลงในสภาวะสุขภาพช่องปากของตนเอง กิจกรรมที่ 5 สร้างเสริมการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ที่เน้นการกลั่นกรองวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของข้อมูล และกิจกรรมที่ 6 สร้างเสริมการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก เน้นการระบุปัญหาที่ต้องตัดสินใจ กำหนดทางเลือกเพื่อตัดสินใจทางเลือกรักษาที่เหมาะสม ทั้งนี้สำนักทันต

สาธารณสุข กรมอนามัย ได้ระบุไว้ว่าควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก เกิดความตระหนัก และสามารถดูแลตนเองได้ รวมถึงมีระบบบริการที่เอื้อต่อการเข้าถึงการตรวจสุขภาพช่องปากและบริการตามความจำเป็น เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากแก่ผู้สูงอายุ (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2566) และสอดคล้องกับกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) กล่าวว่าในการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากให้ลดลงนั้นจำเป็นอย่างยิ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากให้ถูกต้อง โดยการส่งเสริมและพัฒนาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งปัจจัยภายในที่ต้องปลูกฝังคือให้ผู้สูงอายุเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้กลยุทธ์การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะการสร้างโอกาสการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เพิ่มพูนทักษะ สร้างทางเลือก มีความคิดอย่างมีวิจารณญาณ สื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดการตนเองได้สำเร็จ ทำให้สามารถปรับตัวและมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีต่อไป

พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก พฤติกรรมการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการไปรับบริการทันตกรรม พบว่า ภายหลังจากจัดโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และสูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยแสดงให้เห็นถึงการจัดโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีผลต่อการเพิ่มค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ที่มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้ สามารถสร้างพฤติกรรมสร้างนิสัยที่ดีในการทำความสะอาดช่องปาก การตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง การบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพช่องปาก และการไปรับบริการทันตกรรมที่เหมาะสมต่อตนเองได้ ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวความคิดความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และแนวความคิดพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการจัดกิจกรรม นอกจากนี้การพัฒนาโปรแกรมหรือชุดกิจกรรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุมุ่งเน้นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา โดยมีหลักคิดร่วมได้แก่ หลักพื้นฐานการศึกษาแบบผู้ใหญ่ การบูรณาการ การศึกษาแบบบันทึง หลักการพฤติกรรมสุขภาพ หลักการมีส่วนร่วม และการรับรู้ความสามารถของตนเอง หลังการได้รับโปรแกรมทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น รวมทั้งแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อาจเนื่องมาจากการ

มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่สูงขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม ทำให้สามารถเข้าถึง เข้าใจ ข้อมูล สื่อสารกับทันตแพทย์และบุคลากร ได้ดี มีการวิตกกังวล รับรู้ความสามารถของตนเองว่าสามารถ ดูแลฟันตนเองได้และเกิดแนวโน้มการรับบริการทันตกรรมมากขึ้น รวมทั้งสามารถหาข้อมูลการ ดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างต่อเนื่องแม้จะลืมความรู้ที่ได้รับมาก่อนหน้าทำให้สามารถลง พฎิกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผลของพฎิกรรมการดูแลสุขภาพช่อง ปากดีขึ้นจนถึงระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ด้วย และนอกจากนี้ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฎิกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลอง ไม่ แตกต่างกัน แสดงถึงความคงอยู่ของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและพฎิกรรมการดูแล สุขภาพช่องปากที่ดีในระยะติดตามผลหลังการเข้ารับ โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ช่องปากต่อพฎิกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ซึ่งรูปแบบ โปรแกรมเน้นการรักษาพฎิกรรมที่ดีให้คงอยู่ โดยผู้วิจัยมีกิจกรรมการกระตุ้นเตือนผ่านกลุ่มไลน์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Li และคณะ (2016) ที่พบว่า Active Reminder ที่ใช้ เพื่อเพิ่มความร่วมมือความรู้ให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้นำการกระตุ้นเตือนผ่านกลุ่มไลน์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นแรงกระตุ้นจากภายนอก เป็นส่วนช่วยให้ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและ พฎิกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดียังคงอยู่ ดังนั้นวิธีการปรับเปลี่ยนพฎิกรรมที่เกี่ยวข้องกับ ทฤษฎีทางจิตวิทยาและสังคมวิทยาส่งผลดีต่อการมีพฎิกรรมที่ดีด้านสุขภาพช่องปากและมี ประสิทธิภาพในการคงความร่วมมือของผู้สูงอายุในระยะยาว

สภาวะสุขภาพช่องปาก ซึ่งการวิจัยเก็บข้อมูลจากจำนวนซี่ฟันถาวรที่มีในช่องปาก พบว่า ภายหลังการจัดโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก กลุ่มทดลองที่เข้าร่วม โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีการเปลี่ยนแปลงของค่าสภาวะสุขภาพช่อง ปาก กับก่อนการเข้าร่วม โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเล็กน้อย และ ไม่ แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงให้เห็นว่า สภาวะสุขภาพ ช่องปาก (จำนวนซี่ฟัน) ไม่สามารถเห็นการเปลี่ยนแปลงได้ในระยะเวลาติดตามผลเพียง 4 สัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bashirian และคณะ (2023) ได้ทำการศึกษาโปรแกรมเพื่อการสร้าง เสริมสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุแสดงให้เห็นว่าการศึกษาที่พบการเปลี่ยนแปลงของสภาวะ สุขภาพช่องปากซึ่งมีระยะติดตามผลหลังการ ได้รับโปรแกรมมากกว่า 4 สัปดาห์

ทั้งนี้ จากการวิเคราะห์หัวข้อ “ท่านมีความประทับใจอย่างไรกับกิจกรรม และ ข้อเสนอแนะอย่างไรหากมีการจัดกิจกรรมแบบนี้อีกครั้ง” ผู้เข้าร่วมทดลองให้ความคิดเห็นว่า “1) เพิ่งเคยเห็นแปรงซอกฟัน แต่ก่อนไม่เข้าใจไม่เคยเห็น ตอนนี้ใช้เป็นแล้ว 2) ได้ความรู้เรื่องการ ดูแลฟันและเหงือก 3) ได้ความรู้การตรวจฟันด้วยตนเอง ทำให้รู้การใช้ไหมขัดฟัน แปรงซอกฟัน

4) ต้องคอยดูแลรักษาฟัน ฟันจะได้อยู่กับเรานาน ๆ และจะไปใส่ฟันปลอมกับทันตแพทย์ 5) อยากให้มีบริการชุดหินปูนถอนฟันในกิจกรรมด้วย จะได้รับการรักษาเลย 6) ชอบกิจกรรมสอนหาข้อมูลลงทำแล้วสนุก และชอบที่หมอให้ความรู้ในกลุ่มไลน์เข้า ๆ 7) ชอบที่หมอเข้ามาตรวจฟัน ได้รู้ว่าฟันต้องรักษาอะไรบ้าง 8) กิจกรรมสนุก อยากให้มีอีก ดีกว่าอยู่บ้านเหงา ๆ ได้มาเจอเพื่อน ๆ และได้รับความรู้ด้วย”

งานวิจัยนี้สามารถสร้างโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพโดยพบว่าแนวคิดการจัดการเรียนรู้ 6 กิจกรรมร่วมกับกิจกรรมติดตามสร้างความรู้ความตระหนักและกระตุ้นเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมถึงมีกิจกรรมสนทนากลุ่ม มุ่งเน้นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา โดยมีหลักคิดร่วมได้แก่ หลักพื้นฐานการศึกษาแบบผู้ใหญ่ การบูรณาการ การศึกษาแบบบันเทิง หลักการพฤติกรรมสุขภาพ หลักการมีส่วนร่วม และการรับรู้ความสามารถของตนเอง กิจกรรมให้ผลลัพธ์ที่ดี ถือเป็นกิจกรรมบูรณาการที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากนำไปสู่การมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีลดการสูญเสียฟัน นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. จากการทดสอบคุณภาพเครื่องมือพบว่าเครื่องมือมีคุณภาพเหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุที่นักวิจัยและนักวิชาการสาธารณสุขสามารถนำไปใช้เพื่อคัดกรองหรือหาระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่อง และนำผลที่ได้มาพัฒนาโปรแกรมที่ช่วยเพิ่มศักยภาพผู้สูงอายุในพื้นที่เพื่อการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีได้

2. จากผลการทดลองการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม พบว่าโปรแกรมช่วยพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีของผู้สูงอายุได้ บุคลากรทันตสาธารณสุขควรนำไปประยุกต์ในการจัดกิจกรรม แก้ปัญหาทันตสุขภาพในเครือข่ายบริการสุขภาพตามความเหมาะสมของบริบทพื้นที่ได้ โดยทั้งในรูปแบบ 6 กิจกรรมหรือบางส่วนที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายได้

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากผลการวิจัยโปรแกรมมีประสิทธิผลที่ดีจึงควรประยุกต์ใช้โปรแกรมขยายผลในการศึกษาพื้นที่อื่น หรือกลุ่มตัวอย่างอื่นเพื่อศึกษาความแตกต่างของประสิทธิผลของโปรแกรมว่าแตกต่างจากงานวิจัยนี้อย่างไร

2. จากการได้รับความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมวิจัยถึงจำนวนข้อแบบสัมภาษณ์ค่อนข้างมาก จึงเสนอแนะให้การวิจัยครั้งต่อไปลดข้อคำถามสัมภาษณ์ แต่ยังคงประเด็นที่สำคัญดั้งเดิม และทำการทดสอบเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ตามเกณฑ์มาตรฐานอีกครั้ง

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในกรณีศึกษาประเด็น การรับการรักษาฟันเทียมผิวกฎหมายในประเด็นทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการเพื่อค้นหาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทประเทศไทย และเน้นการส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ดีต่อไป

4. ควรมีการศึกษาวิจัยผลการจัดโปรแกรมในระยะยาว เพื่อศึกษาประสิทธิผลสูงสุดของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากว่าเหมาะสมกับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุหรือไม่ เนื่องจากแต่ละพื้นที่อาจมีความแตกต่างกันในการเรียนรู้ ข้อจำกัดของการพื้นที่แต่ละแห่งเพื่อที่จะสามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุนำกิจกรรมไปประยุกต์ใช้ได้ อย่างเหมาะสมต่อไป

## บรรณานุกรม

- กนกวรรณ ศรีธากุล และ พรสุข หุ่นนิรันดร์. (2562). การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ช่องปากของนักเรียนประถมศึกษาในเขตสุขภาพที่ 5. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 13(4), 135-149.
- กิจปพน ศรีธานี. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 11(1), 26-36.
- เกศราพรรณ พันธุ์ศรีเกตุ คงเจริญ และ นันทิมา นาคาพงศ์. (2562). ความฉลาดทางสุขภาพและ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัด พะเยา. *วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ*, 12(2), 239-244.
- กรมควบคุมโรค สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. (2564). *คู่มือกระบวนการสร้าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ*. อาร์ เอ็น พี พี วอเตอร์ (จำกัด).
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *การสาธารณสุขไทย 2559-2560. Thailand Health Profile 2016-2017*. แสงจันทร์การพิมพ์.
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *ความฉลาดทางสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย (จำกัด).
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *คู่มือประเมินความรอบรู้ ด้านสุขภาพของคนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ2ส (ABCDE-Health Literacy Scale of Thai Adults)*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *คู่มือประเมินความ รอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (Health literacy Scale for Thai Children Overweight)*.  
<https://www.hed.go.th/%2Flinkhed%2Ffile%2F149&usg>
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2558). *การพัฒนาเครื่องมือวัด ความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและโรค ความดันโลหิตสูง*. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *การเสริมสร้างความ รอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน*. นวัตกรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย).

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). ผลการประเมินความ  
รอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพประชาชนวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี)

ปีงบประมาณ 2559. <http://www.hed.go.th/linkHed/menu/231>

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). การสร้างเสริมและ  
ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน (อายุ 7-14  
ปี) กลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561.

<http://www.hed.go.th/linkHed/333>

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). กลยุทธ์การเสริมสร้างความ  
รอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แบบประเมินความ  
รอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนวัยทำงานในหมู่บ้านปรับเปลี่ยน  
พฤติกรรมสุขภาพ. <http://www.hed.go.th/linkHed/372>

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แบบประเมินความ  
รอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนวัยทำงานในหมู่บ้านปรับเปลี่ยน  
พฤติกรรมสุขภาพ. <http://www.hed.go.th/linkHed/372>

ขวัญเมือง แก้วคำเกิง. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้  
(พิมพ์ครั้งที่ 2). อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.

ขวัญเมือง แก้วคำเกิง. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ขั้นพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ วิจารณ์ญาณ.  
อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.

ขวัญเมือง แก้วคำเกิง. (2563). K-shape 5 ทักษะเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ. วารสารสมาคมวิชาชีพ  
สุศึกษา, 35(2), 22-26.

คณะทำงานจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลอนามัยช่องปากของผู้สูงอายุสมาคมพุดา  
วิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย. (2564). แนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแล  
อนามัยช่องปากของผู้สูงอายุ *Clinical Practice Guidelines for Oral Hygiene Care in  
Older People*. สมาคมพุดาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย.

จรรยา นพเคราะห์, โรจน์ จินตนาวัฒน์ และทศพร คำผลศิริ. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและ  
การจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *พยาบาลสาร*, 47(2), 251-261.

จิราพร เกศพิชญวัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช และ ชาตินัย หวานวาจา. (2563). ความรอบรู้ทางสุขภาพ  
ของผู้สูงอายุในชมรม/ ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสาร  
ประชากรศาสตร์*, 36(2), 37-52.

- ชนวนทอง ชนสุกาญจน์ และนริมาลัย นิละไพจิตร. (2559). การสำรวจความรู้แจ้งแตกฉานทางสุขภาพ (Health Literacy) ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- ชลธิรา เรียงคำ, ดวงรัตน์ วัฒนกิจ ไกรเลิศ, อัครเดช เกตุฉ่ำ, และ อภิรดี ศรีวิจิตรกมล. (2559). ความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง อายุ และความสามารถในการมองเห็น ในการทำนายพฤติกรรมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 3(4), 35-46.
- ณัฐสุดา วัฒนภิญโญ. (2560). การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ. *คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หน่วยงานประชาสัมพันธ์*. มปป.
- ทรงวิทย์ จโรภาสรัตน์, ทรงชัย จิตโตสมกุล, และ สุกัญญา เขียววิวัฒน์. (2562). ระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้มารับบริการทันตกรรมวัยผู้ใหญ่ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ประเทศไทย. ใน *การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 6 นวัตกรรมการศึกษาเพื่อพัฒนาลังคมสู่ความยั่งยืน* (วันที่ 20 กรกฎาคม 2562) ณ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ห้างหุ้นส่วนจำกัด ซีดี คอนแทคท์, 734-747.
- ธัสมน นามวงษ์, สุมาลี ราชนิยม, และ รัชชนก กลิ่นชาติ. (2561). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในการฉีดอินซูลินของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 29(2), 112-122.
- ธีรวัฒน์ ทศนภิรมย์, วริศา พานิชเกรียงไกร, และ วุฒิพันธุ์ วงษ์มิ่งกล. (2562). ความเป็นธรรมในการให้บริการสุขภาพช่องปากของประชากรไทย: การวิเคราะห์ผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2560. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 13(3), 271-283.
- นฤมล ศรีเพชรศรีอุไร และ เศษ เกตุฉ่ำ. (2554). รายงานการวิจัย การพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ระยะที่ 1). สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ).
- เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี. (2556). การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy) และสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน. <https://image.mfa.go.th/mfa/0/yZ0EO327fd/nbt/nbt5/IS/IS5073.pdf>
- ปณิธาน สนพะเนา. (2562). วิธีการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 5(1), 4-12.
- ปริญญวิทย์ นุราช. (2561). การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความรู้ด้าน

- สุขภาพช่องปากและพฤติกรรมกาสูบที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง [วิทยานิพนธ์คุณัญญิ บัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ]. DSpace at Srinakharinwirot University.
- พลินิ เดชมบูรณ์รัตน์, ผกาภรณ์ พันธุวดี พิศาลธุริกิจ. (2562). *ระบาศวิทยาและดัชนีของโรคในช่องปาก Oral epidemiology and oral indices*. คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พันธ์นภา จิตติมณี, ยูวดี รอดจากภัย, และ นิภา มหารัษฎพงศ์. (2562). การพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 33(3), 114-131.
- พิสมัย จันทวิมล. (2541). *นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2541*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ไพไลพร สุขเจริญ, อรัญญา รักษา และกมลชนก ทองเอียด. (2561). วิธีการรับรู้ของผู้สูงอายุ: บทเรียนจากโรงเรียนผู้สูงอายุ1. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี*, 11(1), 60-81.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2558). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558*.  
[http://www.dop.go.th/download/knowledge/knowledge\\_th\\_20172404121710\\_1.pdf](http://www.dop.go.th/download/knowledge/knowledge_th_20172404121710_1.pdf)
- วชิระ เพ็งจันทร์ และ ชนวนทอง ธนสุกาญจน์. (2561). *แนวคิดหลักการขององค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ*. สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน.
- วารภรณ์ ดินน้ำจืด และ ภัทรนิตา ศรีแสง. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษาการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*, 63(Suppl), S73-82.
- วารรัตน์ ใจชื่น. (2561). การเข้าถึงบริการทันตกรรมประเภทต่าง ๆ ของประชากรไทย. *วารสารวิจัยระบบสุขภาพ*, 12(4), 636-644.
- วิมล โรมา, มุกดา สำนวนกลาง และสายชล คล้อยเอี่ยม. (2561). *รายงานฉบับสมบูรณ์ การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1)*.  
<https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/11454> (context)
- วิชัย เอกพลากร.(บก). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. มปป.
- วิชาญ ปาวัน, กรัณฐรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ, จักรกฤษณ์ พลราชม, และ มาสรีน สุกปลัภัย. (2560). การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และพฤติกรรมกาป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย ประจำปี 2559. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 11(1), 70-79. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/91410>

- วุฒิพงษ์ ชนะขว้าง. (2564). ประสิทธิภาพโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร โรงเรียนพระปริยัติธรรม อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 7(1), 87-97.
- วรรณศิริ นิลเนตร. (2557). ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรุษฎีบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. CUIR at Chulalongkorn University.
- ศิริภา คงศรี และ สดใส ศรีสะอาด. (2561). องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุจังหวัดขอนแก่น. *วารสารทันตภิบาล*, 29(2), 55-68.
- ศูนย์วิจัย มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์. (2556). การสำรวจความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในกลุ่มประชากรตัวอย่างสำหรับใช้วิเคราะห์ Psychometric เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สถาพร จันทร์. (2551). คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข*, 13(3), 158-168.
- สิทธิชัย ขุนทองแก้ว, ประทีป พันธุมวณิช, ยุพิน ส่งไพศาล, และ ชลธิชา ห้านิรัตติชัย. (2540). *สุขภาพช่องปากของประชากรไทย: การวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาของประเทศ*. มปป.
- สิรินทร พิบูลภานุวัชรน์, นันทิยา ดวงภุมเมศ, และ ขวัญจิต ศศิวงศาโรจน์. (2563). ศึกษาโครงการสูงวัยไม่เสพลีอย่างยั่งยืน: การสร้างนักร้องสื่อสารสุขภาวะสูงอายุที่รู้เท่าทันสื่อ. *วารสารบริหารธุรกิจ เศรษฐศาสตร์ และการสื่อสาร*, 15(3), 174-192.
- สุขณิษา อินแก้ว. (2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ กรณีศึกษา : อำเภอหนองน้ำ จังหวัดสงขลา. *วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก*, 11(2), 174-192.
- สุดาดวง กฤษณาพงษ์. (2557). *คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก*. ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาพร ผุดผ่อง. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอำเภอวังสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*, 4(1), 101-119.
- แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรรา ประเสริฐศรี. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(3), 43-54.
- เสาวนีย์ ทองนพคุณ. (2560). *ผลของโปรแกรม “เรื่องเพศ ต้องปลอดภัย” ต่อความฉลาดทางสุขภาพ*

ความตั้งใจ และการปฏิบัติในการใช้ถุงยางอนามัยและยาคุมกำเนิดฉุกเฉินของนิสิต นักศึกษาหญิงในมหาวิทยาลัยจังหวัดชลบุรี ประเทศไทย [วิทยานิพนธ์ชั้นปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. CUIR at Chulalongkorn University.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2565). *ผลิตภัณฑ์ภาคและจังหวัดแบบปริมาณ ลูกโซ่ ฉบับ พ.ศ. 2565 Gross Regional and Provincial Product Chain Volume Measure 2022 Edition*. [https://www.nesdc.go.th/ewt\\_dl\\_link.php?nid=15104](https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=15104)

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *การสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุ เล่มที่ 2*. โรงพิมพ์สำนักงานกิจการ.

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *การสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ประตูลู่สู่สุขภาพที่ดีในทุกช่วงวัยของชีวิต*. โรงพิมพ์สำนักงานกิจการ.

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *การสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุ เล่ม 5 เพื่อรอยยิ้มผู้สูงวัยร่วมใส่ใจสุขภาพช่องปาก*. โรงพิมพ์สำนักงานกิจการ.

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *คู่มือมาตรฐานบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. สำนักบริการวิชาการมหาวิทยาลัยศิลปากร.

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566*. สามเจริญพาณิชย์.

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2561). *แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขประจำปี 2562*. กลุ่มยุทธศาสตร์ สำนักทันตสาธารณสุข.

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *คู่มือมาตรฐานบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. สำนักบริการวิชาการมหาวิทยาลัยศิลปากร.

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. (2561). *กลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุระยะยาวกับตำบลต้นแบบดีเด่น*. กรมอนามัย โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *สรุปผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563*. [http://region6.cbo.moph.go.th/r6/download\\_file.php?id=534](http://region6.cbo.moph.go.th/r6/download_file.php?id=534)

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2564). *แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564*. กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.

สมสุข ภาณุรัตน์, พรพรรณ ภูสาคัส, สุขฤดี ชัยศฤงคารสกุล, พัชร กระจ่างโพธิ์, วิถี ชูระธรรม, และ

- ภาสกร เนตร ทิพย์วัลย์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 11(1), 86-94.
- อนุพงษ์ สอดสี. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับประสบการณ์รักษาทางทันตกรรมของนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารการสาธารณสุขชุมชน*, 2(1), 18-28.
- อนุพงษ์ สอดสี, นลินี ณ นคร, และ สัจจวร จัตุระโทก. (2562). การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของนักเรียนประถมศึกษา. *วารสารทันตภิบาล*, 30(2), 80-91.
- อนุพงษ์ สอดสี, ภาสกร ศรีไทย, และ ชีราภรณ์ พนาวัลย์. (2560). ความฉลาดทางสุขภาพช่องปากและสถานะสุขภาพช่องปากของนักเรียน: กรณีศึกษาโรงเรียนประถมศึกษาในความร่วมมือกับวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารคณะพลศึกษา*, 20(2), 150-158.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2547). *ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. ภาควิชาชีวิตที่ดีและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2560). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา*. สุขุมวิทการพิมพ์.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2560). *รายงานฉบับสมบูรณ์ เรื่องการสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย (Creating and Developing of Thailand Health Literacy Scales)*. <http://bsris.swu.ac.th/upload/268335.pdf> (context)
- อังศินันท์ อินทรกำแหง และ ชัญชนก ชุมทอง. (2560). การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ก่อนวัยอันควรสำหรับสตรีไทยวัยรุ่น อายุ 15-21 ปี. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 31(2).
- อัญชิษฐฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์. (2560). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคนประเทศไทย 4.0. *วารสารวิชาการธรรมทรรศน์*, 17(3), 235-245.
- อานัติ วรรณศรี, จเร วิษาไทย, Roy Batterham, อนุชิต หิรัญกิตติ, และ บรรจง ศรี้อยคำ. (2558). *โครงการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลเมืองศรีไค อำเภอวารินชำราบ อุบลราชธานี*. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.
- อารยา ทิพย์วงศ์ และ จารุณี นุ่มพูล. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วน กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 28(2), 1-11.
- อุทุมพร ศรีเชื่อนแก้ว, อธิวัฒน์ เจียวิวรรณกุล, และ สาวิตรี ทยานศิลป์. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความสุข ความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุใน

โรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลเวียง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 7(2), 76-95.

เอกชัย ชัยยาทา, ลภัสรดา หนุ่มคำ, และ นิชมน รักกะเปา. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดลำพูน. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 28(1), 182-196. doi: 10.14456/tstj.2020.15

American Medical Association. (1999). Health literacy: Report of the council on scientific affairs. *Journal of American Medical Association*, 281(6), 552-557.

American Dental Association. (2010). *Health literacy in dentistry action plan 2010-2015*. Paper presented at the National Oral Health Conference, Saint Louis, Missouri.

Baker, D., Wolf, M., Feinglass, J., Thomson, J., Gazmararian, J., & Huang, J. (2007). Health literacy and mortality among elderly persons. *Arch Intern Med.*, 167(14), 1503-1509.

Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., & Nurss, J. (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Coun.* 38, 33-42.

Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., & Thompson, J. A. (2008). Health literacy, cognitive abilities, and mortality among elderly persons. *J Gen Intern Med.*, 23(6), 723-726. doi: 10.1007/s11606-008-0566-4

Bandura, A. (1994). *Self-efficacy*. *Encyclopedia of human behavior* (4<sup>th</sup> ed.). Academic.

Bashirian, S., Khoshravesh, S., Ayubi, E. et al. (2023). The impact of health education interventions on oral health promotion among older people: a systematic review. *BMC Geriatr*, 23, 548. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04259-5>

Baskaradoss, J. K. (2018). Relationship between oral health literacy and oral health status. *BMC Oral Health*, 18(1).

Batista, M., Lawrence, H., & Sousa, M. (2017). Oral health literacy and oral health outcomes in an adult population in Brazil. *BMC Public Health*, 18, 60. doi: 10.1186/s12889-017-4443-0

Baur, C. E., Comings, J. P., Evan, C., Garcia, R., Horowitz, A. M., Ismail, A. I., & Serv, U. P. H. (2005). The invisible barrier: Literacy and its relationship with oral health. *Journal of Public Health Dentistry*, 65(3), 174-182.

Berkman, N. D., Michelle, B., Donahue, K., & Lohr, K. N. (2011). Health literacy interventions and outcomes: An updated systematic review. *Evidence Report/Technology Assessment*, 199.

- Bureau of Dental Public Health. (2015). *Thai National Oral Health Program for older adults 2015-2022*. Retrieved from Nontaburi, Thailand.
- Blizniuk, T. A., Ueno, M., Zaitso, T., & Kawaguchi, Y. (2015). Association of oral health literacy with oral health behaviour and oral health status in Belarus. *Community Dental Health*, 32, 148-152. doi: 10.1922/CDH\_3584-Blizniuk05
- Broering, N., Chauncey, G., & Gomes, S. (2006). Outreach to public libraries: senior centers, and clinics to improve patient and consumer health care: an update. *J Consum Health Internet*, 10, 1-19.
- Campbell, R. J., & Nolfi, D. A. (2005). Teaching elderly adults to use the Internet to access health care information: Before-after study. *J Med Internet Res*. 30, 7(2), e19. doi: 10.2196/jmir.7.2.e19. PMID: 15998610; PMCID: PMC1550650.
- Chapple, I. L. C., Bouchard, P., Cagetti, M. G., Campus, G., Carra, M. C., et al. (2017). Interaction of lifestyle, behaviour or systemic diseases with dental caries and periodontal diseases: consensus report of group 2 of the joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. *J Clin Periodontol*. 44(Suppl.18), S39-S51. doi:10.1111/jcpe.12685.
- Chin, J., Morrow, D. G., Steine-Morrow, E. A., Conner-Garcia, T., Graumlich, J. F., Murray, M. D. (2011). The process-knowledge model of health literacy: Evidence from a componential analysis of two commonly used measures. *Journal of Health Communication*, 16(sup3), 222-241.
- Davis, T. C., Long, S. W., Jackson, R. H., Mayeaux, E. J., George, R. B., Murphy, P. W., & Crouch, M. A. (1993). Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Fam Med*, 25(6), 391-395. PMID: 8349060.
- Deeraksa, S., Chaichit, R., Muktabhant, B., & Udompanich, S. (2019). Reliability and validity of the thai version of rapid estimate of adult literacy in dentistry. *Journal of International Oral Health*, 11(3), 132-136. doi: 10.4103/jioh.jioh\_51\_19
- Dickson-Swift, V., Kenny, A., Farmer, J., Gussy, M., & Larkins, S. (2014). Measuring oral health literacy: A scoping review of existing tools. *BMC Oral Health*, 14, 148. doi:10.1186/1472-6831-14-148
- Easton, P., Entwistle, V. A., & Williams, B. (2010). Health in the 'hidden population' of people

- with low literacy. A systematic review of the literature. *BMC Public Health*, 10, 459.  
doi:10.1186/1471-2458-10-459
- Edwards, M., Wood, D., & Edward, A. (2012). The development of health literacy in patients with a long term health condition: The health literacy pathway model. *BMC Public Health*, 12(130), 1-15. doi: 10.1186/1471-2458-12-130
- Everaars, B., Weening-Verbree, L. F., Jerkovic-Cosic, K., Schoonmade, L., Bleijenberg, N., de Wit, N. J., & van der Heijden, GJMG. (2020). Measurement properties of oral health assessments for non-dental healthcare professionals in older people: A systematic review. *BMC Geriatr*, 20(1), 4. doi: 10.1186/s12877-019-1349-y. PMID: 31900125; PMCID: PMC6942417
- Firmino, R. T., Martins, C. C., Faria, L. D. S., Martins Paiva, S., Granville-Garcia, A. F., Fraiz, F. C., & Ferreira, F. M. (2018). Association of oral health literacy with oral health behaviors, perception, knowledge, and dental treatment related outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Public Health Dentistry*, 78(3), 231-245.  
<https://doi.org/10.1111/jphd.12266>
- Geraee, N., Kaveh, M. H., Shojaeizadeh, D., & Tabatabaee, H. R. (2015). Impact of media literacy education on knowledge and behavioral intention of adolescents in dealing with media messages according to Stages of Change. *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism*, 3(1), 9-14.
- Gong, D. A., Lee, J. Y., Rozier, R. G., Pahel, B. T., Richman, J. A., & Vann, W. F. Jr. (2007). Development and testing of the Test of Functional Health Literacy in Dentistry (TOFHLiD). *J Public Health Dent*, 67(2), 105-112.
- Glasgow, R. E., Davis, C. L., Funnell, M. M., & Beck, A. (2003). Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *The Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 29(11), 563-574. doi: 10.1016/S1549-3741(03)29067-5
- Glick, M., da Silva, O., Seeberger, G. K., Xu, T., Pucca, G., William, D. M., et al. (2012). FDI Vision 2020: shaping the future of oral health. *Int Dent J*, 62(6), 278-291.
- Glick, M., Williams, D. M., Kleinman, D. V., Vujicic, M., Watt, R. G., & Weyant, R. J. (2016). A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *J Am Dent Assoc*, 147(12), 915-917.

- Griffin, S. O., Jones, J. A., Brunson, D., Griffin, P. M., & Bailey, W. D. (2012). Burden of oral disease among older adults and implications for public health priorities. *Am J Public Health, 102*(3), 411-418. doi:10.2105/AJPH.2011.300362
- He, S., & Thomson, W. M. (2017). *An oral epidemiological comparison of Chinese and New Zealand adults in 2 key age groups*. *Community Dent Oral Epidemiol*. doi:10.1111/cdoe.12348
- Hescot, P.(2017). The new definition of oral health and relationship between oral health and quality of life. *Chinese Journal of Dental Research, 20*(4), 189-192. doi: 10.3290/j.cjdr.a39217
- Hjertstedt, J., Barnes, S., & Sjostedt, J. (2013). Investigating the impact of a community-based geriatric dentistry rotation on oral health literacy and oral hygiene of older adults. *Gerodontology, 31*. doi: 10.1111/ger.12038
- Howard, D. H., Sentell, T., & Gazmararian, J. A. (2006). Impact of health literacy on socioeconomic and racial differences in health in an elderly population. *J Gen Intern Med, 21*(8), 857-861. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00530.x
- Hongal, S, Torwane, N. A, Goel, P., Chandrashekar, B. R., Jain, M., & Saxena, E. (2013). Assessing the oral health literacy: A review. *Int J Med Public Health, 3*(4), 219-224.
- Institute of Medicine. (2004). L. Nielsen-Bohlman. A. M. Panzer, & D. A. Kindig (Eds.), *Health literacy: A prescription to end confusion*. <http://www.nvbi.nlm.nih.gov/pubmed/25009856>doi:10.17226/10883
- Institute of Medicine. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. The National Academies.
- Institute of Medicine. (2013). *Oral health literacy: Workshop summary*. The National Academies.
- Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care, 31*, 874-879.
- Ismail, A. I. (2012). *Statement of the problem-why is oral health important and what role does health literacy play in the etiology of dental/oral diseases? Paper presented at Oral Health Literacy Workshop*. March 29.
- Kaewjai, M., Jeeraporn, J., Phaninee, N., Audsadawut, P., Thanomsak, B., & Nilubon, P. (2022). Factors related to oral health care behavior of the elderly at Sa Saming Sub-District,

- Warin Cham-rap District, Ubon Ratchathani Province. *Thailand Journal of Health Science*, 31(3), 437-446.
- Kaur, N., Kandelman, D., Nimmon, L., & Potvin, L. (2015). Oral health literacy: Findings of a scoping review. *EC Dental Science*, 2, 293-306.
- Kongsri, S. (2018). The component of oral health literacy among elderly in Khon Kaen Province, Thailand. *Thai Dent Nurse J.*, 29(2), 55-68.
- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., & Paulsen, C. (2006). *The health literacy of America's adults: results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy*. Washington DC.
- Kalichman, S. C., Pope, H., White, D., Cherry, C., Amaral, C. M., Swetzes, C., Flanagan, J., & Kalichman, M. O. (2008). Association between health literacy and HIV treatment adherence: further evidence from objectively measured medication adherence. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care (Chicago, Ill. : 2002)*, 7(6), 317-323. <https://doi.org/10.1177/1545109708328130>
- Kickbush, I., & Maag, D. (2008). Health literacy. In: Kris Heggenhougen and Stella Quah, editors *International Encyclopedia of Public Health*. Academic.
- Kwan, B., Frankish, J., & Rootman, I. (2006). *The development and validation of measures of "health literacy" in different population*. University of British Columbia, Institute of Health Promotion Research & University of Victoria Centre for Community Health Promotion Research.
- Lamster, I. B., Asadouian, L., Del Cerman, T., & Friedman, P. K. (2016). The aging mouth: differentiating normal aging from disease. *Periodontal*, 72(1), 96-107.  
doi: 10.1111/prd.12131
- Lee, J. Y., Rozier, R. G., Lee, S. Y., Bender, D., & Ruiz, R. E. (2007). Development of a word recognition instrument to test health literacy in dentistry: The REALD-30-a brief communication. *J Public Health Dent*, 67(2), 94-98.
- Lemeshow, S., Hosmer, Jr. D. W., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. John Wiley & Sons.
- Li, X., Xu, Z. R., Tang, N., Ye, C., Zhu, X. L., Zhou, T., & Zhao, Z. H. (2016). Effect of intervention using a messaging app on compliance and duration of treatment in orthodontic patients. *Clinical Oral Investigations*, 20(8), 1849-1859.

<https://doi.org/10.1007/s00784-015-1662-6>

- Li, Y., Liu, J., Xu, Y., Yin, J., & Li, L. (2022). Oral health self-management ability and its influencing factors among adolescents with fixed orthodontics in China: A mixed methods study. *Disease Markers*, 2022, 3657357. <https://doi.org/10.1155/2022/3657357>
- MacLeod, S., Musich, S., Gulyas, S., Cheng, Y., Tkatch, R., Cempellin, D., & Yeh, C. (2017). The impact of inadequate health literacy on patient satisfaction, healthcare utilization, and expenditures among older adults. *Geriatric Nursing*, 38. doi: 0.1016/j.gerinurse.2016.12.003
- Maleelai, K., Panlao, A., Jaimon, J., & Nakharangsu, P. (2021). The elderly: A cross-sectional study with knowledge. *Oral Health Care Behavior*, 3, 24-32.
- Manafo, E., & Wong, S. (2012). Health literacy programs for older adults: a systematic literature review. *Health Education Research*, 27(6), 947-960. doi: 10.1093/her/cys067
- Manganello, J. (2007). Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research. *Health Education Research*, 23, 840-847. doi: 10.1093/her/cym069
- Mayagah, K. (2009). *Consultant of Eastern mediterranean region: WHO Prepared paper for 7th Global conference on Health promotion.* (context)
- McQueen, D. V., & Jones, C. (2007). *Global perspectives on health promotion effectiveness.* Spring Science and Business Media.
- Messadi, D. V., Macek, M. D., Markovic, D., & Atchison, K. A. (2018). Oral health literacy preventive behavior measures, and chronic medical conditions. *Jdr Clinical & Translational Research*, 3(3), 288-301.
- Moghaddam, F., Sargeran, K., Gholami, M., Jamali, J., & Shamshiri, A. (2023). Social cognitive predictors of regular dental visits and mouth self-examination behaviors among the elderly population: An application of the health action process approach model. *PloS one*, 18(11), e0293843. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0293843>
- Nguyen, T., Park, H., Han, H. R., Chan, K., Paasche-Orlow, M., Haun, J., & Kim, M. (2015). State of the science of health literacy measures: Validity implications for minority populations. *Patient Education and Counseling*, 98. doi: 10.1016/j.pec.2015.07.013
- Nguyen, T., Park, H., Han, H.-R., Chan, K., Paasche-Orlow, M., Haun, J., & Kim, M. (2015). State of the science of health literacy measures: Validity implications for minority populations.

*Patient Education and Counseling*, 98. doi: 10.1016/j.pec.2015.07.013

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, 259-267. doi: DOI10.1093/heapro/15.3.259

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.050

Osborne, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R. et al. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health* 13, 658. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-658>

Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31(Suppl 1), S19-S26. doi:10.5555/ajhb.2007.31.supp.S19

Parker, R., & Kindig, D. (2006). Beyond the institute of medicine health literacy report: Are the recommendations being taken seriously?. *J Gen Intern Med*. August, 21(8), 891-892.

Parker, E., Misan, G., Chong, A., Mills, H., Roberts-Thomson, K., Horowitz, A., & Jamieson, L. (2012). An oral health literacy intervention for Indigenous adults in a rural setting in Australia. *BMC Public Health*, 12, 461. doi: 10.1186/1471-2458-12-461

Peterson, P. E. (2003). The world oral health report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century-the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*, 31(Suppl 1), 3-23.

Peterson, P. E., & Yamamoto, T. (2005). Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*, 33, 81-92.

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 Suppasitthiprasong*, 4(1), 101-109.

Pleasant, A. (2012). *Health literacy around the world: Part 1 health literacy efforts outside of the United States*. (Pleasant, 2012)

Prayoonwong, T., Wiwatkhunupakan, T., Lasuka, D., & Srisilapanan, P. (2559). *Development of a community-based oral healthcare model for Thai dependent older people*. Chiangmai University.

- Priyanka, K., Sudhir, K. M., Reddy, V. C. S., Kumar, R. K., & Srinivasulu, G. (2017). Impact of alcohol dependency on oral health - A cross-sectional comparative study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research : JCDR*, *11*(6), ZC43–ZC46.  
<https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/26380.10058>
- Ratzan, S. C., & Parker, R. M. (2000). *Introduction*. In: National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy. NLM Pub. No. CBM.2000-1. Bethesda: National Library of Medicine.
- Richman, J., Huebner, C., Leggott, P., Mouradian, W., & Mancl, L. (2011). Beyond word recognition: Understanding pediatric oral health literacy. *Pediatric Dentistry*, *33*, 420-425.
- Rootman, I. (2009). *Health literacy: What should we do about it? Presentation at the University of Victoria*. BC Canada.
- Rootman, I., & Ronson, B. (2005). Literacy and health research in Canada: Where have we been and where should we go? Canadian journal of public health. *Revue Canadienne De Santé Publique*, *96*(Suppl 2), S62-S77. doi: 10.1007/BF03403703
- Ross, W., Ph, M., Culbert, A., Gasper, C., Kimmey, J., & Ross, M. (2009). *A theory-based approach to improving health literacy*.  
[https://www.researchgate.net/publication/228605893\\_A\\_Theory-Based\\_Approach\\_to\\_Improving\\_Health\\_Literacy](https://www.researchgate.net/publication/228605893_A_Theory-Based_Approach_to_Improving_Health_Literacy)
- Sabbahi, D. A., Lawrence, H. P., Limeback, H., & Rootman, I. (2003). Development and evaluation of an oral health literacy instrument for adults. *Community Dent Oral Epidemiol*, *37*(5), 451-462. doi: 10.1111/j.1600-0528.2009.00490.x. PMID: 19740249.
- Schwartz, D. G., Mosher, E., Wilson, S., Lipkus, C., & Collins, R. (2002). Seniors connect: A partnership for training between health care and public libraries. *Medical Reference Services Quarterly*, *21*(3), 1-19. doi: 10.1300/J115v21n03\_01
- Sermutsi-Anuwat, N., & Pongpanich, S. (2019). Validation of Thai version of the health literacy in dentistry scale: Validation among Thai adults with physical disabilities. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry*, *10*. doi: 10.1111/jicd.12474
- Sermutsi-Anuwat, N., & Piyakhunakorn, P. (2021). Association between oral health literacy and number of remaining teeth among the Thai elderly: A cross-sectional study. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*, *13*, 113-119.

<https://doi.org/10.2147/CCIDE.S306110>

- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, *80*(12), 1471-1484.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., Kondilis, B., Stoffels, V., Osborne, R. H., & Brand, H. (2013). HLS-EU Consortium. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, *10*(13), 948. doi: 10.1186/1471-2458-13-948. PMID: 24112855; PMCID: PMC4016258.
- Sorensen, K., Pelikan, J. M., Rothlin, F., Ganahi, K., Slonska, Z., Doyle, G., Consortium, H.-E. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*, *25*(6), 1053-1058. doi:10.1093/EURPUB/CKV043
- Soskolne, W., & Klinger, A. (2002). The relationship between periodontal diseases and diabetes: an overview. *Annals of Periodontology/ the American Academy of Periodontology*, *6*, 91-98. doi: 10.1902/annals.2001.6.1.91
- Stein, L., Berhdahl, M., Pettersen, K. S., & Bergdahl, J. (2018). Effect of the conceptual model of health literacy as a risk: A randomised controlled trial in a clinical dental context. *Int J Environ Res Public Health*, *15*(8). doi: 10.3390/ijerph15081630
- Subbowon U. Oral health care behaviors among the elderly in Nakhonchaisi Sub-district, Nakhonchaisi District, Nakhon Pathom. Region 4-5 Med J. 2019;38(4):244-255.
- Sudore, R., Yaffe, K., Satterfield, S., Harris, T., Mehta, K., Simonsick, E., & Schillinger, D. (2006). Limited literacy and mortality in the elderly: The health, aging, and body composition study. *Journal of General Internal Medicine*, *21*, 806-812. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00539.x
- The Health Quality & Safety Commission New Zealand. (2015). *Three steps to better health literacy-a guide for health professionals*. <https://www.hqsc.govt.nz/assets/Consumer-Engagement/Resources/health-literacy-booklet-3-steps-Dec-2014.pdf>
- 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. doi:10.1016/j.jds.2012.09.012

- Ungsinun, I., & Yuttapong, K. (2016). The development and application of the ABCDE-health literacy scale for Thai adults. *Asian Biomedicine*, 10(6), 587-594.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2000). *Health People 2010: Understanding and Improving health*. U.S. Government Printing Office.
- Valle, R., Yamada, A., & Matiella, A. (2006). Fotonovealas: A health literacy tool for educating Latino older adults about dementia. *Clin Gerontol*, 30, 71-88.
- Vichayanrat, T., Sittipasoppon, T., Rujiraphan, T., Meeprasert, N., Kaveepansakol, P., & Atamasirikun, Y. (2014). Oral health literacy among mothers of pre-school children oral health literacy among mothers of pre-school children. *Mahidol Dental Journal*, 34, 243-252.
- von Wagner, C., Steptoe, A., Wolf, M., & Wardle, J. (2008). Health literacy and health actions: A review and a framework from health psychology. *Health Education & Behavior: The Official Publication of the Society for Public Health Education*, 36, 860-877.  
doi: 10.1177/1090198108322819
- Wanichsaihong, P., Goodwin, M., & Pretty, I. (2021). Oral health status of Thai older adults with different oral health literacy levels. *CM Dent J*, 42(2), 104-113.  
<https://www.dent.cmu.ac.th/cmdj/frontend/web/?r=site/viewarticle&id=10>
- Wehmeyer, M. M., Corwin, C. L., Guthmiller, J. M., & Lee, J. Y. (2014). The impact of oral health literacy on periodontal health status. *J Public Health Dent*, 74(1), 80-87.  
doi:10.1111/j.1752-7325.2012.00375.x
- Weiss, B., Mays, M., Martz, W., Castro, K., Dewalt, D., Pignone, M., & Hale, F. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: The newest vital sign. *Annals of family medicine*, 3, 514-522. doi: 10.1370/afm.405
- WHO. (1998). *Health promotion glossar*. WHO Publications.
- Wolf, M., Gazmararian, J., & Baker, D. (2005). Health literacy and functional health status among older adults. *Archives of Internal Medicine*, 165, 1946-1952.  
doi: 10.1001/archinte.165.17.1946





ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

ตัวอย่างสื่อที่ใช้ประกอบการจัดโปรแกรม

ตัวอย่างสื่อที่ใช้ประกอบการจัดโปรแกรม

**สมุด สำหรับผู้สู่วัย**

**บันทึก!!** เพื่อสุขภาพช่องปากที่ดี

ชื่อ-สกุล.....



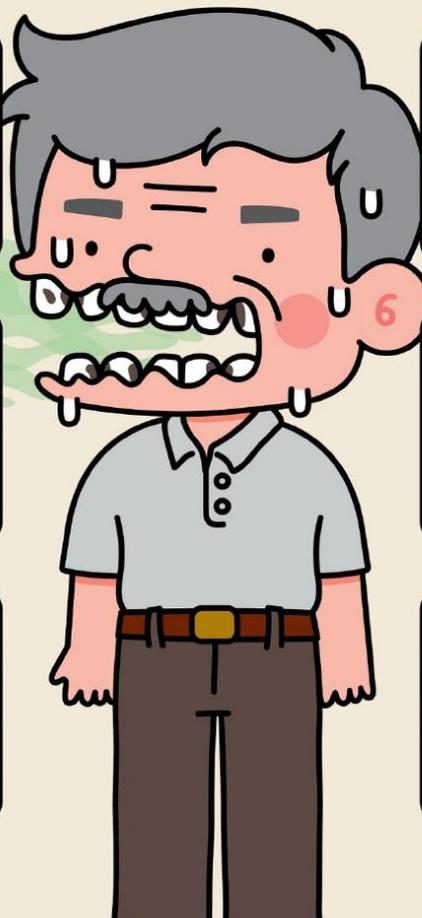
สมุดบันทึก!! สำหรับผู้สูงอายุ เพื่อสุขภาพช่องปากที่ดี

ฟันยังดี

ฟันยังดี @funyoungdee



# ดูแล 'ฟันไม่ดี' เสี่ยงอะไรบ้าง?



เผยแพร่: 29 พฤษภาคม 2563





สมุดบันทึก!! สำหรับผู้สูงอายุ เพื่อสุขภาพช่องปากที่ดี



ฟันยังดี

Facebook: ฟันยังดี @funyoungdee

# แปรงฟัน 2-2-2

คืออะไร?



ทำอะไร?

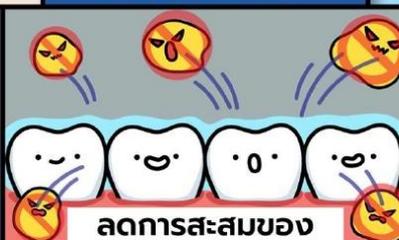
เพื่ออะไร?

2

ครั้ง



แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง  
เช้า/ก่อนนอน



ลดการสะสมของ  
จุลินทรีย์ในช่องปาก

2

นาที



แปรงฟันนาน  
ครั้งละ 2 นาทีขึ้นไป



ให้มั่นใจว่าแปรงได้  
สะอาดและทั่วถึง

2

ชั่วโมง



งดกินอาหาร/เครื่องดื่ม  
อย่างน้อย 2 ชั่วโมง



ลดการเกิดจุลินทรีย์  
และกรดในช่องปาก





สมุดบันทึก!! สำหรับผู้สูงอายุ เพื่อสุขภาพช่องปากที่ดี

ฟันยังดี

ฟันยังดี @funyoungdee

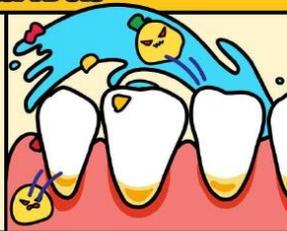


# แปรงฟัน 'ก่อนนอน' สำคัญยังไง?

## ตอนกลางวัน



น้ำลายไหล ปกติ



รักษาสมดุล/ชะล้างเชื้อโรคได้ตามปกติ

## ตอนนอน



น้ำลายไหล น้อยลง



ชะล้างเชื้อโรคได้ลดลงเสี่ยงฟันผุเพิ่มขึ้น

การแปรงฟันก่อนนอน ช่วยลดการเกิดฟันผุ



## 'แปรงฟันก่อนนอน' แปรงตอนไหน?



แปรงแล้ว เข้านอนทันที



แปรงแล้วไม่กินอะไร 'ยกเว้นน้ำเปล่า' จนเข้านอน



แปรงแล้วกินต่อ ก่อนเข้านอน



เผยแพร่: 18 ธันวาคม 2563





**สมุดบันทึก!! สำหรับผู้สูงอายุ** เพื่อสุขภาพช่องปากที่ดี



กรมอนามัย  
DEPARTMENT OF HEALTH

f ฟันยังดี @funyoungdee



**ยาสีฟัน 'ฟลูออไรด์' กับ 'สมุนไพร'**  
**สูตรไหนใช้อย่างไร?**

**ยาสีฟัน ฟลูออไรด์**

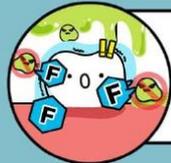
**ยาสีฟัน สมุนไพร**

**ดีอย่างไร?**



ยับยั้งการผุของ  
ผิวเคลือบฟัน  
ในระยะแรก

ช่วยลดการอักเสบ  
ของเหงือกและฟัน  
เช่น ไขปริง กานพลู เกลิโอ



ทำให้ฟันทน  
ต่อกรดมากขึ้น

ช่วยลดกลิ่นปาก  
ให้ความสดชื่น  
เช่น สระแหน่ ตะไคร้ ใบพลู

**ใช้อย่างไร?**



ใช้ทุกวัน อย่างน้อย  
วันละ 2 ครั้ง  
(เช้า - ก่อนนอน )

ใช้สลับ/ร่วมกับ  
ยาสีฟันฟลูออไรด์



กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

เผยแพร่: 7 สิงหาคม 2563





**สมุดบันทึก!! สำหรับผู้สู่วัย** เพื่อสุขภาพช่องปากที่ดี



f ฟันยังดี @funyoungdee



กรมอนามัย  
DEPARTMENT OF HEALTH

# ช่วงอยู่บ้าน 'ตรวจช่องปาก'

## ด้วยตนเอง ง่ายนิดเดียว!



**ตรวจ ฟันหน้าบน - ล่าง**

ยิ้มยิงฟันกับหน้ากระจก

**ตรวจ ฟันกรามด้านติดแก้ม**

ใช้นิ้วมือ ช่วยดึงมุมปาก

ยิ้มให้กว้างถึงฟันกราม

**ตรวจ ด้านใน/ด้านบดเคี้ยว ฟันล่าง**

ก้มหน้า อ้าปาก กระจกหันขึ้น

**ตรวจ ด้านใน/ด้านบดเคี้ยว ฟันบน**

ใช้กระจกเล็กๆ ช่วยดูด้านเพดานนะ

เงยหน้า อ้าปาก ดูฟันด้านบน

ที่มา : สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย





สมุดบันทึก!! สำหรับผู้สู่วัย เพื่อสุขภาพช่องปากที่ดี



Facebook: ฟันยังดี @funyoungdee



กรมอนามัย DEPARTMENT OF HEALTH

# ตรวจช่องปากด้วยตนเอง

## ดูอะไรบ้าง?

**1** **ซีฟัน/หินปูน**

พบคราบสีเหลือง บริเวณคอฟัน ขอบเหงือก

**2** **สภาพเหงือก**

เหงือกอักเสบ บวมแดง เลือดออกง่าย ฟันโยก

**3** **ฟันผุ/รากฟันผุ**

มีรอยดำ รุขุ

**4** **รอยขาว/แดง หรือแผล/ก้อนบูน**

บริเวณเหงือก ข้างแก้ม เพดาน ลิ้น ริมฝีปาก



ถ้ามีกลิ่นปากก็แสดงว่า... ช่องปากเราเริ่มผิดปกติแล้วนะ



ที่มา : สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

เผยแพร่: 20 เมษายน 2563

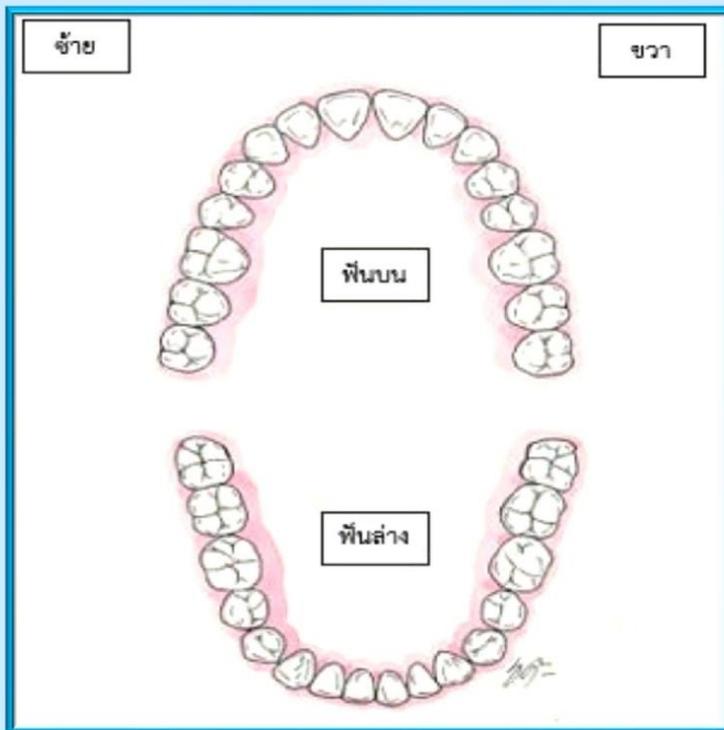




**สมุดบันทึก!! สำหรับผู้สู่วัย** เพื่อสุขภาพช่องปากที่ดี



**บันทึก ตรวจสอบสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง**



- ให้ทำเครื่องหมาย**
- ✕ → ในฟันที่หลุดหรือถอน
  - → ในซี่ที่พุ่ หรือมีอาการปวดฟันเสียวฟัน
  - ✓ → ในฟันซี่ที่โยก

ฟันพุ่จำนวน.....ซี่

ถอนหรือหลุดจำนวน.....ซี่

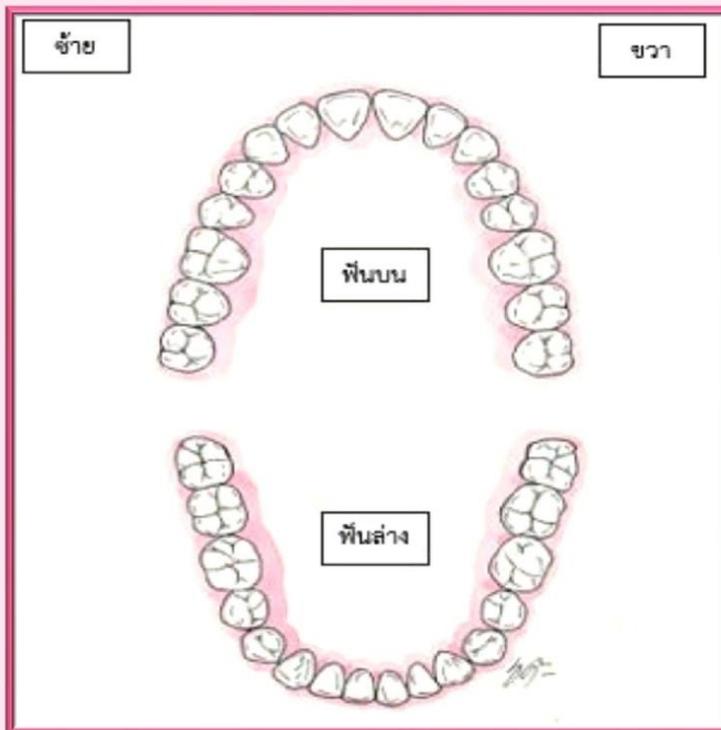
หลุดแล้วจำนวน.....ซี่





**สมุดบันทึก!! สำหรับผู้สู่วัย** เพื่อสุขภาพช่องปากที่ดี

**บันทึก ตรวจสอบสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง**



- ให้ทำเครื่องหมาย**
- ✕ → ในฟันที่หลุดหรือถอน
  - → ในซี่ที่พุ หรือมีอาการปวดฟันเสียวฟัน
  - ✓ → ในฟันซี่ที่โยก

ฟันพุจำนวน.....ซี่

ถอนหรือหลุดจำนวน.....ซี่

หลุดแล้วจำนวน.....ซี่

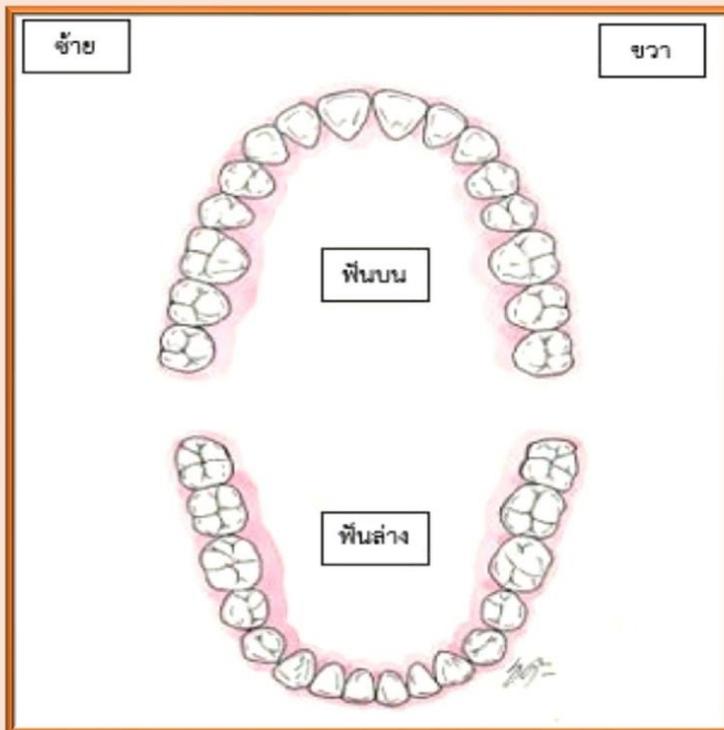




**สมุดบันทึก!! สำหรับผู้สู่วัย** เพื่อสุขภาพช่องปากที่ดี



**บันทึก ตรวจสอบสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง**



- ให้ทำเครื่องหมาย**
- ✕ → ในฟันที่หลุดหรือถอน
  - → ในซี่ที่พุ หรือมีอาการปวดฟันเสียวฟัน
  - ✓ → ในฟันซี่ที่โยก

ฟันพุจำนวน.....ซี่

ถอนหรือหลุดจำนวน.....ซี่

หลุดแล้วจำนวน.....ซี่





**สมุดบันทึก!! สำหรับผู้สู่วัย** เพื่อสุขภาพช่องปากที่ดี

## บันทึก เมื่อพบหมอฟัน

<b>3 คำถาม</b> <i>สุขภาพช่องปาก</i>	<b>บันทึกคำตอบ</b>
<p><input type="radio"/> ฉันจะถาม 3 คำถาม สุขภาพช่องปาก เมื่อได้ไปพบหมอฟัน</p> <p><input type="radio"/> ฉันจะจดบันทึก อาการที่ฉันกังวล เพื่อแจ้งหมอฟัน</p> <p><input type="radio"/> หากฉันสงสัย ฉันจะถามเพื่อให้ช่วย อธิบายให้เข้าใจ</p>	<p>1.ฉันมีปัญหสุขภาพช่องปาก เรื่องใด..... .....</p> <p>2.ฉันต้องทำอะไร..... ..... .....</p> <p>3.วิธีแก้ปัญหานี้สำคัญ มากน้อยเพียงใด..... .....</p>





**สมุดบันทึก!! สำหรับผู้สู่วัย** เพื่อสุขภาพช่องปากที่ดี

## บันทึก เมื่อพบหมอฟัน

<b>3 คำถาม</b> <i>สุขภาพช่องปาก</i>	<b>บันทึกคำตอบ</b>
<p><input type="radio"/> ฉันจะถาม 3 คำถาม สุขภาพช่องปาก เมื่อได้ไปพบหมอฟัน</p> <p><input type="radio"/> ฉันจะจดบันทึก อาการที่ฉันกังวล เพื่อแจ้งหมอฟัน</p> <p><input type="radio"/> หากฉันสงสัย ฉันจะถามเพื่อให้ช่วย อธิบายให้เข้าใจ</p>	<p>1.ฉันมีปัญหาสุขภาพช่องปาก เรื่องใด..... .....</p> <p>2.ฉันต้องทำอะไร..... ..... .....</p> <p>3.วิธีแก้ปัญหานี้สำคัญ มากน้อยเพียงใด..... .....</p>





**สมุดบันทึก!! สำหรับผู้สู่วัย** เพื่อสุขภาพช่องปากที่ดี

## บันทึก เมื่อพบหมอฟัน

<b>3 คำถาม</b> <i>สุขภาพช่องปาก</i>	<b>บันทึกคำตอบ</b>
<input type="radio"/> ฉันจะถาม 3 คำถาม สุขภาพช่องปาก เมื่อได้ไปพบหมอฟัน	1.ฉันมีปัญหาสุขภาพช่องปาก เรื่องใด..... .....
<input type="radio"/> ฉันจะจดบันทึก อาการที่ฉันกังวล เพื่อแจ้งหมอฟัน	2.ฉันต้องทำอะไร..... ..... .....
<input type="radio"/> หากฉันสงสัย ฉันจะถามเพื่อให้ช่วย อธิบายให้เข้าใจ	3.วิธีแก้ปัญหานี้สำคัญ มากน้อยเพียงใด..... .....



**สูงวัยฟันดีกับ 9 วิธีง่ายๆ**

กรมอนามัย  
กระทรวงสาธารณสุข

แปรงฟันให้ถูกวิธี  
อย่างน้อย  
วันละ 2 ครั้ง  
เช้าและก่อนนอน

แปรงฟันด้วยแปรงสีฟัน  
ขนนุ่ม ป้องกัน  
อันตรายต่อ  
เหงือกและฟัน

ใช้อุปกรณ์เสริมในการ  
ทำความสะอาดฟัน  
เช่น โหมขัดฟัน  
แปรงชอกฟัน

ใช้ยาสีฟัน  
ผสมฟลูออไรด์  
ที่ไม่ระคายเคือง  
ต่อช่องปาก

พบทันตแพทย์  
เป็นประจำ  
อย่างน้อย  
ปีละ 1 ครั้ง

หากมีอาการ  
ปากแห้ง ให้จิบ  
น้ำบ่อยๆ หรือ  
ทาวาสลีน

ทานผัก ผลไม้เป็นประจำ  
กระตุ้นการบดเคี้ยว  
ช่วยทำความสะอาด  
สะอาดฟัน

หากเป็นแผลในช่องปาก  
นานเกิน 2 สัปดาห์  
ควรรีบไปพบ  
ทันตแพทย์

หากใส่ฟันเทียม  
หมั่นทำความสะอาด  
และแช่น้ำในแก้ว  
ที่มีฟาปิด

**สมุดบันทึก!!** **สำหรับผู้สูงวัย** เพื่อสุขภาพช่องปากที่ดี



### จัดทำโดย

ทันตแพทย์หญิงพนธ์นภา จิตติมณี

นิสิตปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

## สำเนา

ที่ IRB3-017/2566



เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS104/2565

โครงการวิจัยเรื่อง : การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวพันธนา จิตติมณี

หน่วยงานที่สังกัด : คณะสาธารณสุขศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการหลัก (สารนิพนธ์/ งานนิพนธ์/ : อาจารย์ ดร.นิภา มหารัชพงศ์  
วิทยานิพนธ์/ ดุษฎีนิพนธ์)

หน่วยงานที่สังกัด : คณะสาธารณสุขศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการร่วม (สารนิพนธ์/ งานนิพนธ์/ : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปาจริย์ อับดุลลาฮีม  
วิทยานิพนธ์/ ดุษฎีนิพนธ์)

หน่วยงานที่สังกัด : คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิธีพิจารณา :  Exemption Determination  Expedited Reviews  Full Board

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฉบับที่ 2 วันที่ 6 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566
2. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับที่ 2 วันที่ 6 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 6 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566
4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 6 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566
5. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แบบบันทึกข้อมูล (Data Collection Form)
- แบบสอบถาม หรือสัมภาษณ์ หรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 1 วันที่ 19 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
6. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)
- 6.1 คู่มือการเก็บรวบรวมข้อมูล ฉบับที่ 1 วันที่ 19 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566

วันที่รับรอง : วันที่ 14 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566

## สำเนา

วันที่หมดอายุ : วันที่ 14 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567

ลงนาม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงมรณ แยมประทุม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงมรณ แยมประทุม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)

\*\*หมายเหตุ การรับรองนี้มีรายละเอียดตามที่ระบุไว้ด้านหลังเอกสารรับรอง \*\*



## สำเนา

### ผู้วิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนต่าง ๆ ที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยใช้เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Participant Information Sheet) (AF 06-02), เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form) (AF 06-03), แบบสัมภาษณ์ และ/หรือแบบสอบถาม รวมถึงเอกสารอื่น ๆ เช่น ใบประชาสัมพันธ์ หรือ ประกาศเชิญชวนเข้าร่วมโครงการ เป็นต้น  
ที่ผ่านการรับรองและประทับตราจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา แล้วเท่านั้น
2. ผู้วิจัยมีหน้าที่ส่งแบบรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย (Progress Report Form) (AF 09-01) ต่อคณะกรรมการฯ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
3. การรับรองโครงการวิจัยของคณะกรรมการฯ มีกำหนด 1 ปี หลังจากวันที่คณะกรรมการฯ มีมติให้การรับรอง หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้วิจัยสามารถยื่นขอต่ออายุการรับรองโครงการวิจัย อย่างน้อย 30 วัน ก่อนวันหมดอายุตามที่กำหนดไว้ในเอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
4. หากมีการแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัย เช่น เปลี่ยนแปลงหัวหน้าโครงการวิจัย/ เพิ่มเดิมผู้ร่วมวิจัย การแก้ไข หรือเพิ่มเติมวิธีดำเนินการวิจัย การแก้ไขการสะกดคำ เป็นต้น ผู้วิจัยจะต้องยื่นขอแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัย โดยส่งแบบรายงานการแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัย (Amendment Form) (AF 08-01) ต่อคณะกรรมการฯ โดยอ้างอิงรหัสโครงการวิจัยที่ได้รับไว้ และต้องระบุรายละเอียดให้ชัดเจนว่ามีการเปลี่ยนแปลงอะไร อย่างไร และเหตุผลที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ ในกรณีการเปลี่ยนแปลงหัวหน้าโครงการวิจัย/ เพิ่มเดิมผู้ร่วมวิจัยท่านใหม่ให้แนบประวัติมาด้วย
5. ผู้วิจัยมีหน้าที่รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ชนิดร้ายแรงที่เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ภายในระยะเวลาที่กำหนดในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (Standard Operating Procedures, SOPs) ให้แก่คณะกรรมการฯ ตามแบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ชนิดร้ายแรง (Serious Adverse Event (SAE) Report Form) (AF 10-01)
6. ผู้วิจัยมีหน้าที่รายงานให้คณะกรรมการฯ ทราบ เมื่อมีการยุติโครงการวิจัยก่อนกำหนด หรือการระงับโครงการวิจัยโดยผู้วิจัยหรือผู้สนับสนุนทุนวิจัย พร้อมทั้งคำอธิบายเป็นลายลักษณ์อักษรโดยละเอียดถึงสาเหตุของการยุติหรือระงับโครงการวิจัย ตามแบบรายงานการยุติโครงการวิจัยก่อนกำหนด (Study Termination Memorandum) (AF 12-01)
7. ผู้วิจัยมีหน้าที่ส่งแบบรายงานการไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนด (Non-compliance / Protocol Deviation / Protocol Violation Report) (AF 13-01) ให้คณะกรรมการฯ และผู้สนับสนุนทันทีที่ตรวจพบ หรือได้รับรายงานว่ามีปฏิบัติที่ไม่ตรงกับขั้นตอนที่ระบุไว้ในโครงการวิจัย หรือขอ กำหนดของคณะกรรมการฯ
8. เมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย ผู้วิจัยมีหน้าที่ส่งแบบรายงานสรุปผลการวิจัย (Final Report) (AF 11-01) ให้คณะกรรมการฯ ทราบ ภายใน 30 วัน หลังจากสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย

Certificate Number IRB3-021/2565



**Certificate of Human Research Approval**  
**Burapha University**

BUU Ethics Committee for Human Research has considered the following research protocol

**Protocol Code :** G-HS 003/2565

**Protocol Title :** DEVELOPMENT OF ORAL HEALTH LITERACY PROMOTION PROGRAM ON ORAL HEALTH BEHAVIOR AND ORAL HEALTH STATUS AMONG THAI ELDERLY IN REGION 6 HEALTH PROFILE, THAILAND

**Principal Investigator :** Ms PANNAPA JITTIMANEE

**Affiliation :** Graduate Program of Faculty of Public Health

BUU Ethics Committee for Human Research has considered the following research protocol according to the ethical principles of human research in which the researchers respect human's right and honor, do not violate right and safety, and do no harms to the research participants.

Therefore, the research protocol is approved (See attached)

1. Form of Human Research Protocol Submission	Version 2 : 14 March 2022
2. Research Protocol	Version 1 : 17 February 2022
3. Participant Information Sheet	Version 2 : 14 March 2022
4. Informed Consent Form	Version 2 : 14 March 2022
5. Research Instruments	Version 1 : 17 February 2022
6. Others (if any)	
6.1 Data Collection Guide	Version 1 : 17 February 2022

Approval Date : 21 March 2022

Valid Date : 21 March 2023

Sign

(Assistant. Professor Ramorn Yampratoom)

Chair of The Burapha University Institutional Review Board

Panel 3 (Clinic / Health Science / Science and Technology)



Certificate Number IRB3-017/2566

**Certificate of Human Research Approval**  
**Burapha University**

BUU Ethics Committee for Human Research has considered the following research protocol:

**Protocol Code:** G-HS 104/2565

**Protocol Title:** DEVELOPMENT OF ORAL HEALTH LITERACY PROMOTION PROGRAM ON ORAL HEALTH BEHAVIOR AND ORAL HEALTH STATUS AMONG THAI ELDERLY IN REGION 6 HEALTH PROFILE, THAILAND

**Principal Investigator:** Ms. PANNAPA JITTIMANEE

**Affiliation:** Faculty of Public Health

**Principal Advisor (Independent Study, Thesis, Dissertation):**

Assistant Professor Dr. Nipa Maharachpong **Affiliation:** Faculty of Public Health

**Review Method:**  Exemption  Expedited  Full board

BUU Ethics Committee for Human Research has considered the following research protocol according to the ethical principles of human research in which the researchers respect human's right and honor, do not violate right and safety, and do no harms to the research participants.

Therefore, the research protocol is approved (See attached)

- |   |                             |
|---|-----------------------------|
| 1. Form of Human Research Protocol Submission | Version 2: 6 June 2023      |
| 2. Research Protocol                          | Version 2: 6 June 2023      |
| 3. Participant Information Sheet              | Version 2: 6 June 2023      |
| 4. Informed Consent Form                      | Version 2: 6 June 2023      |
| 5. Research Instruments                       | Version 1: 19 January 2023  |
| 6. Others (if any)                            |                             |
| 6.1 Data Collection Guide                     | Version 1 : 19 January 2023 |

Approval Date: 14 March 2023

Valid Date: 14 March 2024

Sign

(Assistant. Professor Ramorn Yampratoom)

Chair of The Burapha University Institutional Review Board  
Panel 3 (Clinic / Health Science / Science and Technology)

\*\*Remark: This approval has the following details\*\*

**เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย**  
**(Participant Information Sheet)**  
 (สำหรับอาสาสมัครกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมการวิจัย)

รหัสโครงการวิจัย :

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้จัดทำโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง : การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมกาดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย  
 เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาว พันธณา จิตติมณี ตำแหน่ง นิสิตระดับปริญญาตรีบัณฑิต หน่วยงาน คณะสาธารณสุขศาสตร์ ภาควิชา สุขศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมกาดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

โครงการวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์ขอเชิญท่านเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ทั้งนี้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมกาดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ ข้าพเจ้าขอความร่วมมือให้ท่านร่วมกิจกรรมของโครงการฯ เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก โดยการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้วิจัยประมาณ 4 ครั้ง ทั้งก่อนและหลังการร่วมกิจกรรมจะขอให้ท่านตอบข้อมูลแบบสัมภาษณ์และตรวจสภาวะช่องปาก โดยการตรวจสภาวะช่องปากดำเนินการด้วยเครื่องมือเขี่ยหารอยผุ (Explorer) และกระจกส่องปาก (Mouth mirror) ซึ่งตรวจในสถานบริการที่มีญาติทันตกรรม หรือเก้าอี้สนามและคอมพิวเตอร์เคลื่อนที่โดยได้ตรวจตามมาตรฐานของ WHO ซึ่งเป็นห้องที่มีการแบ่งสัดส่วนและมิดชิด เป็นการตรวจรายบุคคลซึ่งใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 30 นาที เพื่อเป็นการประเมินผลกิจกรรมการเรียนรู้

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับเช็คแปร่งสีฟัน ยาสีฟัน อุปกรณ์ดูแลทำความสะอาดช่องปากเป็นที่ระลึก และได้รับใบแจ้งผลการตรวจสุขภาพช่องปากของท่าน และการเข้าร่วมกิจกรรมฯเป็นไปโดยสมัครใจ ท่านอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วม และถ้ากิจกรรมนี้ไม่ตรงกับความสนใจของท่าน ท่านสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านทั้งสิ้น

เนื่องด้วยสถานการณ์การระบาดของโควิด - 19 ได้มีแนวทางปฏิบัติเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความปลอดภัยจากการแพร่ระบาดโดย ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องได้รับวัคซีนป้องกันโควิด - 19 แล้วอย่างน้อย 2 เข็ม สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา มีจุดบริการเจลแอลกอฮอล์เพื่อการล้างมือ และตรวจวัดอุณหภูมิก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย และในส่วนขั้นตอนการตรวจสภาวะช่องปาก ตรวจในสถานบริการที่มีญาติทันตกรรม หรือเก้าอี้สนามและคอมพิวเตอร์เคลื่อนที่โดยได้ตรวจตามมาตรฐานของ WHO ซึ่งเป็นห้องที่มีการแบ่งสัดส่วนและมิดชิด เป็นการตรวจรายบุคคล ผู้ประเมินใส่อุปกรณ์ป้องกัน เช่น หน้ากากอนามัยชนิด N95 และถุงมือ ขณะดำเนินการตรวจ

AF 06-02

### สภาวะช่องปาก

ผลของการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพช่องปากของท่าน รวมทั้งประโยชน์แก่สภาวะสุขภาพช่องปากและสุขภาพของท่านต่อไป การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไม่มีเกิดอันตรายต่อท่านในทุกๆด้าน แต่อย่างไรก็ตาม โดยข้อมูลต่าง ๆ ของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่าน การนำเสนอข้อมูลจะเป็นภาพรวมเท่านั้น ทั้งนี้ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านของผู้วิจัยเท่านั้น ส่วนเอกสารจะเก็บไว้ในตู้เอกสารที่ใส่กุญแจล็อกไว้เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี หลังการเผยแพร่ผลการวิจัย และจะถูกนำไปทำลายทิ้งหลังจากนั้น

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อกับผู้วิจัย นางสาว พันธันภา จิตติมณี หน่วยงาน คณะสาธารณสุขศาสตร์ ภาควิชา สุขศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา โทร 087-541-3249 ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถาม และข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ และถ้าผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-620 หรืออีเมล buuethics@buu.ac.th

เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมร่วมโครงการที่แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



BUU-IRB Approved  
14 Mar 2023

**เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย**  
**(Participant Information Sheet)**  
 (สำหรับอาสาสมัครกลุ่มควบคุมที่เข้าร่วมการวิจัย)

รหัสโครงการวิจัย :

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง : การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย  
 เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาว พันธันภา จิตติมณี ตำแหน่ง นิสิตระดับปริญญาตรีบัณฑิต หน่วยงาน คณะสาธารณสุขศาสตร์ ภาควิชา สุขศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ขอเชิญท่านเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ทั้งนี้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ ข้าพเจ้าขอความร่วมมือให้ท่านตอบข้อมูลแบบสัมภาษณ์ และตรวจสภาวะช่องปาก โดยการตรวจสภาวะช่องปากดำเนินการด้วยเครื่องมือเขี่ยหารอยผุ (Explorer) และกระจกส่องปาก (Mouth mirror) ซึ่งตรวจในสถานบริการที่มียูนิทันตรกรรม หรือเก้าอี้สนามและโคมไฟทันตกรรมเคลื่อนที่โดยได้ตรวจตามมาตรฐานของ WHO ซึ่งเป็นห้องที่มีการแบ่งสัดส่วนและมิดชิด เป็นการตรวจรายบุคคลซึ่งใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 30 นาที เพื่อเปรียบเทียบ ทั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 ประมาณช่วงเดือนมกราคม ครั้งที่ 2 ประมาณเดือนมีนาคม และครั้งที่ 3 ประมาณเดือนพฤษภาคม ปี พ.ศ.2566 ทั้งนี้เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการจัดโครงการฯ เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากให้กับท่าน การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับเช็คแปรงสีฟัน ยาสีฟัน อุปกรณ์ดูแลทำความสะอาดช่องปากเป็นที่ระลึก และได้รับใบแจ้งผลการตรวจสุขภาพช่องปากของท่าน และการเข้าร่วมกิจกรรมฯ เป็นไปโดยสมัครใจ ท่านอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วม และถ้ากิจกรรมนี้ไม่ตรงกับความสนใจของท่าน ท่านสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านทั้งสิ้น

เนื่องด้วยสถานการณ์การระบาดของ โควิด - 19 ได้มีแนวทางปฏิบัติเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความปลอดภัยจากการแพร่ระบาดโดย ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องได้รับวัคซีนป้องกันโควิด - 19 แล้วอย่างน้อย 2 เข็ม สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา มีจุดบริการเจลแอลกอฮอล์เพื่อการล้างมือ และตรวจวัดอุณหภูมิ ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย และในส่วนขั้นตอนการตรวจสภาวะช่องปาก ตรวจในสถานบริการที่มียูนิทันตรกรรม หรือเก้าอี้สนามและโคมไฟทันตกรรมเคลื่อนที่โดยได้ตรวจตามมาตรฐานของ WHO ซึ่งเป็นห้องที่มีการแบ่งสัดส่วนและมิดชิด เป็นการตรวจรายบุคคล ผู้ประเมินใส่อุปกรณ์ป้องกัน เช่น หน้ากากอนามัยชนิด N95 และถุง

AF 06-02

เมื่อ ขณะดำเนินการตรวจสอบภาวะช่องปาก

ผลของการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพช่องปากของท่าน รวมทั้งประโยชน์แก่สภาวะสุขภาพช่องปากและสุขภาพของท่านต่อไป การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไม่มีเกิดอันตรายต่อท่านในทุกๆด้านแต่อย่างใด โดยข้อมูลต่าง ๆ ของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่าน การนำเสนอข้อมูลจะเป็นภาพรวมเท่านั้น ทั้งนี้ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านของผู้วิจัยเท่านั้น ส่วนเอกสารจะเก็บไว้ในตู้เอกสารที่ใส่กุญแจล็อกไว้เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี หลังการเผยแพร่ผลการวิจัย และจะถูกนำไปทำลายทิ้งหลังจากนั้น

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อนักวิจัย นางสาว พันธันภา จิตติมณี หน่วยงาน คณะสาธารณสุขศาสตร์ ภาควิชา สุขศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา โทร 087-541-3249 ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถาม และข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ และถ้าผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-620 หรืออีเมล buuethics@buu.ac.th

เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมร่วมโครงการที่แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



BUU-IRB Approved  
14 Mar 2023

AF 06-03.1



เอกสารแสดงความยินยอม  
ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย :

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมมารดาดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ประเทศไทย

ให้คำยินยอม วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่างๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ เป็นไปโดยสมัครใจ ท่านอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่านทั้งสิ้น

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม .....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม .....พยาน

(.....)

**หมายเหตุ** กรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยให้ความยินยอมด้วยกรุปประทับลายนิ้วหัวแม่มือ ขอให้พยานลงลายมือชื่อรับรองด้วย



BUU-IRB Approved

14 Mar 2023

Version 1.2/ July 1, 2021

- 1 -

Version 2.0/ March 6, 2023

เอกสารจากระบบการขอรับการพิจารณาจริยธรรมวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา



ภาคผนวก ค  
แบบเก็บรวบรวมข้อมูล

เลขที่แบบสัมภาษณ์ ID [ ] [ ] [ ] [ ]

ครั้งที่.....วันที่.....

## แบบสัมภาษณ์

เรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 6

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ผู้สัมภาษณ์.....

คำชี้แจง : แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเรื่อง “ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 6” โดยแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ	จำนวน 13 ข้อ
ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	จำนวน 13 ข้อ
ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	จำนวน 35 ข้อ
- ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปาก	จำนวน 10 ข้อ
- การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปาก	จำนวน 5 ข้อ
- การสื่อสารด้านสุขภาพช่องปาก	จำนวน 4 ข้อ
- การจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก	จำนวน 6 ข้อ
- การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปาก	จำนวน 6 ข้อ
- การตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปาก	จำนวน 4 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบประเมินสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ	จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ		
คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> ลงใน <input type="checkbox"/> หน้าข้อความคำตอบ และเติมข้อความลงในช่องว่าง.....ตามความเป็นจริง		
1. เพศ	<input type="checkbox"/> 1) ชาย <input type="checkbox"/> 2) หญิง	
2. อายุ	.....ปี (จำนวนเต็ม)	
3. สถานภาพ	<input type="checkbox"/> 1) โสด <input type="checkbox"/> 2) สมรส	
	<input type="checkbox"/> 3) หม้าย <input type="checkbox"/> 4) หย่าร้าง/แยกกันอยู่	
4. ระดับการศึกษา (ระบุการศึกษาขั้นสูงสุด)	<input type="checkbox"/> 1) ไม่เคยเรียน <input type="checkbox"/> 2) ประถมศึกษา	
	<input type="checkbox"/> 3) มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> 4) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	
	<input type="checkbox"/> 5) อนุปริญญา/ปวส. <input type="checkbox"/> 6) ปริญญาตรี	
	<input type="checkbox"/> 7) สูงกว่าปริญญาตรี <input type="checkbox"/> 8) อื่นๆ ระบุ.....	
5. อาชีพหลัก	<input type="checkbox"/> 1) เกษตรกร <input type="checkbox"/> 2) รับจ้างทั่วไป	
	<input type="checkbox"/> 3) ค้าขาย/ ประกอบธุรกิจส่วนตัว	<input type="checkbox"/> 4) ข้าราชการ/พนักงานราชการ /ลูกจ้างของรัฐ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ
	<input type="checkbox"/> 5) พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน	<input type="checkbox"/> 6) แม่บ้าน/พ่อบ้าน
	<input type="checkbox"/> 7) นักเรียน/นักศึกษา	<input type="checkbox"/> 8)ว่างงาน/ไม่มีงานทำ
	<input type="checkbox"/> 9) อื่นๆ ระบุ.....	
6. ครอบครัวของท่านมีรายได้	<input type="checkbox"/> 1) ไม่เพียงพอ <input type="checkbox"/> 2) รายได้พอดีรายจ่าย	
	<input type="checkbox"/> 3) เพียงพอ เหลือเก็บ	
7. ปัจจุบัน ท่านมีสวัสดิการสุขภาพ อะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	<input type="checkbox"/> 1) สิทธิ 30 บาท (บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า)	<input type="checkbox"/> 2) รัฐวิสาหกิจ
	<input type="checkbox"/> 3) สิทธิประกันสังคม/ กองทุนทดแทน	<input type="checkbox"/> 4) หน่วยงานอิสระของรัฐ
	<input type="checkbox"/> 5) สิทธิข้าราชการหรือข้าราชการ บำนาญ	<input type="checkbox"/> 6) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
	<input type="checkbox"/> 7) ประกันสุขภาพกับบริษัท ประกัน	<input type="checkbox"/> 8) สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง
	<input type="checkbox"/> 9) อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> 10) ไม่มี
	<input type="checkbox"/> 11) ไม่ทราบ	
8. สภาวะสุขภาพโรคประจำตัว	<input type="checkbox"/> 1) ไม่มี <input type="checkbox"/> 2) เบาหวาน	
	<input type="checkbox"/> 3) ความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> 4) ไخم์ในเลือดสูง	
	<input type="checkbox"/> 5) ภูมิแพ้ <input type="checkbox"/> 6) ภาวะซึมเศร้า	
	<input type="checkbox"/> 7) มะเร็ง ตำแหน่ง..... <input type="checkbox"/> 8) อื่นๆ ระบุ.....	

9. ท่านสูบบุหรี่ หรือยาเส้นหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1) ไม่เคยสูบ	<input type="checkbox"/> 2) เคยสูบ
	<input type="checkbox"/> 3) ยังสูบบุหรี่อยู่	
10. ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่	<input type="checkbox"/> 1) ไม่ดื่ม	<input type="checkbox"/> 2) ดื่มเฉพาะเทศกาลหรือวันพิเศษ
	<input type="checkbox"/> 3) ดื่มเป็นประจำ เฉลี่ยสัปดาห์ละ.....ครั้ง	
11. ท่านเคี้ยวหมากหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1) ไม่เคยเคี้ยว	<input type="checkbox"/> 2) เคยเคี้ยวปัจจุบันเลิกแล้ว
	<input type="checkbox"/> 3) ยังเคี้ยวอยู่	
12. ท่านเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากจากแหล่งใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	<input type="checkbox"/> 1) เว็บไซต์/เฟสบุ๊ก/ไลน์	<input type="checkbox"/> 2) วิทยุ วิทยุชุมชน
	<input type="checkbox"/> 3) เสียงตามสาย/หอกระจายข่าว	<input type="checkbox"/> 4) โปสเตอร์ แผ่นพับ
	<input type="checkbox"/> 5) โทรทัศน์	<input type="checkbox"/> 6) หนังสือ/วารสาร/หนังสือพิมพ์
	<input type="checkbox"/> 7) พ่อแม่/ญาติพี่น้อง	<input type="checkbox"/> 8) หมอ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
	<input type="checkbox"/> 9) เพื่อน	<input type="checkbox"/> 10) อสม.
	<input type="checkbox"/> 11) อื่นๆ ระบุ.....	
13. ท่านเคยรับการรักษาทำฟันเทียมหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1) ไม่เคย	<input type="checkbox"/> 2) เคย
		หากเคยรักษาโดยฟันเทียม ท่านรับการรักษาจาก <input type="checkbox"/> ทันตแพทย์ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ทันตแพทย์

**ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก**

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับท่าน โดยเลือกเพียงคำตอบเดียวให้ตรงกับความเป็นจริง โดยแต่ละช่องมีความหมาย ดังนี้

ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในชั้นเรียนนั้น 5 – 7 วันต่อสัปดาห์ หรือทุกครั้งที่มีเหตุการณ์  
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในชั้นเรียนน้อยกว่า 4 วันต่อสัปดาห์ หรือบางครั้งที่มีเหตุการณ์  
ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมในชั้นเรียนเลย

ข้อ	ท่านมีการปฏิบัติตัวในเรื่องต่อไปนี้อย่างไร	ระดับการปฏิบัติ		
		ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
1	แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง			
2	แปรงฟันแต่ละครั้งนานอย่างน้อย 2 นาที			
3	แปรงฟันก่อนนอน			
4	แปรงฟันก่อนนอนแล้วเช็ดฟันทันที			
5	แปรงลิ้นทุกครั้งหลังจากแปรงฟันทั่วทั้งปากแล้ว			
6	ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์			
7	ใช้ไหมขัดฟันหรือแปรงซอกฟัน			
8	ตรวจดูความคิดปกติของเหงือกและฟันด้วยตนเอง			
9	ตรวจความสะอาดหลังการแปรงฟัน			
10	รับประทานอาหารว่างไม่เกินวันละ 2 ครั้ง			
11	ลดอาหารเหนียวและหวานจัด			
12	รับบริการทันตกรรม อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง			
13	พยายามรับประทานเอง เมื่อมีอาการปวดฟัน เหงือกบวม และท่านไม่ได้มาพบหมอฟัน			

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก			
คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับท่าน โดยเลือกเพียงคำตอบเดียวให้ตรงกับความเป็นจริง โดยแต่ละช่องมีความหมาย ดังนี้			
ใช่ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นผู้ตอบคิดว่าเป็นความจริง			
ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นผู้ตอบคิดว่าไม่เป็นความจริง			
ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปาก			
1.	อาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวานทำให้เกิดฟันผุ		
2.	ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ป้องกันฟันผุได้ดีกว่ายาสีฟันที่ไม่มีฟลูออไรด์		
3.	ควรใช้ไหมขัดฟันทุกวันเพื่อทำความสะอาดบริเวณซอกฟันอย่างทั่วถึงทั้งปาก		
4.	หากมีหินปูนเกาะที่ตัวฟัน ควรรับการรักษาโดยการขูดหินปูนเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์อักเสบ		
5.	การเป็นโรคเบาหวานทำให้มีโอกาสเกิดโรคปริทันต์อักเสบได้สูงกว่าคนปกติ		
6.	โรคมะเร็งไม่สามารถเกิดในช่องปากได้		
7.	การสูบบุหรี่และการเคี้ยวหมากเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก		
8.	ท่านเข้าใจว่าการแปรงฟันให้สะอาดทำให้ฟันไม่ผุ คือแปรงให้ทั่วทุกซี่ทุกด้าน		
9.	ควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง โดยเลือกช่วงเวลาตามสะดวกของแต่ละคน		
10.	ควรตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยทันตบุคลากร		

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับท่าน โดยเลือกเพียงคำตอบเดียวให้ตรงกับความเป็นจริง

ท่านต้องใช้ความสามารถและทักษะในเรื่องต่อไปนี้มาก - น้อยเพียงใด		ระดับความสามารถ				
ข้อ	ความสามารถ/ทักษะ	ไม่ได้ทำ	ทำได้ยาก มาก	ทำได้ยาก	ทำได้ง่าย	ทำได้ง่าย มาก
<b>ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพช่องปาก</b>						
11.	ท่านสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การป้องกันโรคในช่องปากที่ต้องการใช้ได้จากแหล่งข้อมูล เช่น ถามผู้รู้ ดูจากสื่อ อ่านหนังสือ ค้นอินเทอร์เน็ต ด้วยตนเอง					
12.	เมื่อท่านได้ข้อมูลแล้ว ท่านสามารถทำการเลือกแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ด้วยตนเอง					
13.	ท่านสามารถอ่านข้อมูลสุขภาพช่องปากได้และเข้าใจ					
14.	ท่านสามารถฟังข้อมูลสุขภาพช่องปากได้และเข้าใจ					
15.	ท่านรู้ช่องทาง และสามารถติดต่อเจ้าหน้าที่สถานพยาบาล เมื่อมีปัญหาสุขภาพช่องปากได้					
<b>ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปาก</b>						
16.	ท่านสามารถซักถาม หมอ/บุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง หรือจนคลายข้อสงสัย					
17.	ท่านสามารถเตรียมคำถามที่สงสัยโดยการคิดและเขียนไว้ล่วงหน้าก่อนไปพบแพทย์/บุคลากรสาธารณสุข					
18.	ท่านสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากกับผู้อื่นได้					
19.	ท่านสามารถแนะนำหรือโน้มน้าวการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องให้ผู้อื่นได้					
<b>ทักษะการจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก</b>						

ท่านต้องใช้ความสามารถและทักษะในเรื่องต่อไปนี้มาก - น้อยเพียงใด		ระดับความสามารถ				
ข้อ	ความสามารถ/ทักษะ	ไม่ได้ทำ	ทำได้ยากมาก	ทำได้ยาก	ทำได้ง่าย	ทำได้ง่ายมาก
20.	ท่านสามารถตรวจช่องปากของคนอง เพื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลงได้					
21.	ท่านสามารถจัดการตนเองโดยการวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อให้เกิดการปฏิบัติจริงได้					
22.	ท่านสามารถพบทันตบุคลากรได้ตามวันเวลาที่นัดหมาย					
23.	หากมีปัญหาสุขภาพช่องปากฉุกเฉิน ท่านสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการตนเองให้สามารถเข้าพบทันตบุคลากรได้ทันที					
24.	ท่านสามารถหาวิธีเตือนตนเอง (ทบทวนการปฏิบัติ) เพื่อไม่ให้ลืมการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองที่สำคัญ การแปรงฟันก่อนนอน การใช้ไหมขัดฟัน เช่น โดยการเขียนโน้ต, การจดบันทึก และอื่น ๆ					
25.	ท่านสามารถหลีกเลี่ยงอาหารที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก ขนมหวาน น้ำอัดลม การเคี้ยวหมาก เช่นลดการซื้อ ผลการปรุงอาหารสดได้					
<b>ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปาก</b>						
26.	ท่านสามารถตรวจสอบได้ว่าข้อมูลสุขภาพช่องปากที่นำมาใช้ถูกต้อง สมเหตุสมผล					
27.	ท่านสามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (ความถูกต้อง) ของข้อมูลก่อนนำมาใช้และแนะนำผู้อื่น					
28.	ท่านสามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (ความถูกต้อง) ของข้อความโฆษณาก่อนตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์ได้					
29.	ท่านสามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (ความถูกต้อง) ก่อนตัดสินใจเลือกสถานพยาบาลเพื่อรับการรักษาตนเองได้					

ท่านต้องใช้ความสามารถและทักษะในเรื่องต่อไปนี้มาก - น้อยเพียงใด		ระดับความสามารถ				
ข้อ	ความสามารถ/ทักษะ	ไม่ได้ทำ	ทำได้ยาก มาก	ทำได้ยาก	ทำได้ง่าย	ทำได้ง่าย มาก
30.	ท่านสามารถวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสินค้าที่ใช้ดูแลสุขภาพช่องปากได้ว่ามีข้อดี-ข้อเสียอะไรบ้างก่อนซื้อ					
31.	ท่านสามารถเปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพช่องปากที่ได้รับจากแหล่งต่าง ๆ ก่อนนำมาใช้ได้					
<b>ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพช่องปาก</b>						
32.	ท่านสามารถระบุปัญหาสุขภาพช่องปากตนเอง(ปวดฟัน ฟันผุ) และตัดสินใจเข้ารับบริการรักษาโดยทันตบุคลากร					
33.	เมื่อท่านมีปัญหาต้องการได้ฟันปลอม ท่านสามารถตัดสินใจปรึกษาและเข้ารับการรักษาโดยทันตแพทย์					
34.	ท่านสามารถอธิบายเหตุผลข้อดี - ข้อเสียของการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากได้ว่ามีความเหมาะสมอย่างไร					
35.	ท่านสามารถกำหนดทางเลือกในการปฏิบัติจนได้หลายทางเลือกในการดูแลช่องปากที่นำไปใช้ปฏิบัติได้จริง					

## ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวพันธ์ภา จิตติมณี	
วัน เดือน ปี เกิด	21 มิถุนายน 2526	
สถานที่เกิด	จังหวัดนครราชสีมา	
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่ 6/123 หมู่บ้านแกรนด์มณีรินทร์ ถนนบางแสนสาย 4 เหนือ ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20130	
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2553-2556	ทันตแพทย์ปฏิบัติการ ฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลชลบุรี
	พ.ศ. 2556-ปัจจุบัน	ทันตแพทย์ชำนาญการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2553	ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
	พ.ศ. 2562	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ) มหาวิทยาลัยบูรพา
	พ.ศ. 2567	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (สุศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ) มหาวิทยาลัยบูรพา