ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่งานทันตกรรม โรงพยาบาลโพนสวรรค์ อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

Factors affecting oral health care behavior of the elderly receiving dental services at Phon Sawan Hospital, Nakhon Phanom Province.

(Received: June 25,2026 ; Revised: June 28,2026 ; Accepted: June 30,2026)

ยุทธพงษ์ ธนากรจักร์[1]
Yutthapong Thanakornchak[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสภาวะทันตสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม (2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสภาวะทันตสุขภาพ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก และปัจจัยด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม ที่มีคุณสมบัติตามที่ระบุไว้และยินดีเข้าร่วมการศึกษา จำนวน 303 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป สภาวะทันตสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ดำเนินการศึกษาในช่วงเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square test สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติถดถอยพหุคูณแบบหลายขั้นตอน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 16.28, S.D. = 2.76) 2) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 85.92, S.D. = 7.82) 3) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 45.74, S.D. = 4.43) 4) ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 5) ค่า DMFT ดัชนี CPI ดัชนี OHI-S และจำนวนคู่สบฟันด้านหลัง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 6) ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.341$, $p < .001$) 7) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.447$, $p < .001$) และ 8) ตัวแปร 8 ตัวที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากได้ร้อยละ 33.0 (Adjusted $R^2 = 0.312$)

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, สุขภาพช่องปาก, การดูแลสุขภาพช่องปาก, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก, ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

Abstract

This survey research was cross-sectional study aimed to study personal factors, dental health status factors, knowledge about oral health, health belief models, and oral health care behaviors of elderly people receiving dental services at Phon Sawan Hospital, Nakhon Phanom Province. (2) To study the relationship between personal factors, dental health status factors, knowledge about oral health factors, and health belief model factors on oral health care behaviors of elderly people receiving dental services at Phon Sawan Hospital, Nakhon Phanom Province. The sample consisted of 303 elderly patients receiving dental services at Phon Sawan Hospital, Nakhon Phanom Province, who met the specified criteria and were willing to participate in the study. The instruments used included

[1] ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ ฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

questionnaires on general information, dental health status, oral health knowledge, oral health belief models, and oral health care behaviors. The study was conducted from June to August 2025. Data were analyzed using statistical software with descriptive statistics, Chi-square test, Pearson correlation coefficients and multiple regression analysis. The statistical significance level was set at 0.05.

The study results showed that: 1) The sample group had a high overall knowledge of oral health ($\bar{x}$ = 16.28, S.D. = 2.76); 2) The overall health belief model score was also high ($\bar{x}$ = 85.92, S.D. = 7.82); 3) The sample group had a moderate overall oral health care behavior ($\bar{x}$ = 45.74, S.D. = 4.43); 4) Education level, occupation, and income were significantly correlated with oral health care behavior ($p < .05$); 5) DMFT, CPI index, OHI-S index, and number of posterior occlusal pairs were significantly correlated with oral health care behavior ($p < .05$); and 6) Knowledge of oral health had a positive correlation with oral health care behavior. 7) The overall health belief model had a moderate and statistically significant positive correlation with oral health care behavior ($r = 0.447$, $p < .001$), and 8) the eight variables together predicted 33.0% of the variance in oral health care behavior (Adjusted $R^2 = 0.312$).

Keywords : Elderly, Oral health, Oral health care, Oral health care behavior, Factors affecting oral health care behavior

บทนำ

ปัจจุบันผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สัดส่วนของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นรวมกับการมีอายุขัยที่เพิ่มมากขึ้น นำมาซึ่งภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพในด้านต่างๆ มากกว่าวัยอื่น รวมถึงปัญหาสุขภาพช่องปาก[1] สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาทางสุขภาวะที่สำคัญที่ภาครัฐและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต้องตระหนักถึงความสำคัญในการแก้ไขปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นตามมาในผู้สูงอายุและสังคมไทย ผู้สูงอายุจะมีระบบการทำงานของร่างกายที่ค่อยๆ เสื่อมถอยลง ส่งผลให้การช่วยเหลือตนเองลดลง นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีจานวนเพิ่มมากขึ้น รักษาไม่หาย ต้องพึ่งพาและดูแลต่อเนื่องระยะยาว จากการสำรวจในประเทศไทยพบว่า ร้อยละ 69.3 ของประชากรในกลุ่มอายุ 60-69 ปี เป็นโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หลอดลมอุดตันเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โดยพบเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นเป็นร้อยละ 83.3 ในกลุ่มที่มีอายุ 90 ปี ขึ้นไป โดยภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 5 โรคพร้อมกันมีถึงร้อยละ 70.8 ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุคือ ปวดข้อ และปวดหลังเรื้อรัง พบมีความชุกถึง 1 ใน 3 ของปัญหาสุขภาพอื่นๆ รวมถึงภาวะปัญหาสุขภาพในช่องปาก[2, 3] โดยสุขภาพช่องปากส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดแผนงานทันตสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทย พ.ศ.2558 - พ.ศ.2565 มีเป้าหมายการดำเนินงาน คือ ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากดีและมีฟันใช้งานเหมาะสม (อย่างน้อย 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบฟันหลัง)[4]

จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560 พบปัญหาสำคัญ ได้แก่ การสูญเสียฟันโดยเฉพาะการสูญเสียฟันทั้งปากในผู้สูงอายุระหว่าง 60 – 74 ปีพบร้อยละ 8.7 เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงอายุ 80 –85 ปีเพิ่มสูงถึงร้อยละ 31 ทำให้ผู้สูงอายุมีเคยมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้านการบดเคี้ยวลดลงกว่าเมื่อก่อน นอกจากนี้ยังพบฟันที่ผุแล้วยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 52.6 โรคปริทันต์อักเสบที่มีการทำลายของเนื้อเยื่อและกระดูกรองรับรากฟันร้อยละ 36.3 โดยร้อยละ 12.2 เป็นปริทันต์อักเสบที่อยู่ในระดับรุนแรงมาก (มีร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ 6 มิลลิเมตรขึ้น ไป) ซึ่งสภาวะเช่นนี้เป็นสัญญาณเตือนที่สำคัญ ซึ่งอาจจะทำให้อัตราการสูญเสียฟันสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในอนาคต ส่วนในช่องปากพบว่า ผู้สูงอายุ 60 – 74 ปี มีฟันเหลืออยู่ในช่องปากเฉลี่ยแล้ว 4 ใน 6 ส่วนต่อคน (4 sextants) ในจำนวนนี้มีหินน้ำลายและมีเหงือกอักเสบ ซึ่งต้องได้รับการดูแลเพื่อควบคุมคราบจุลินทรีย์และขูดหิน

น้ำลาย[4] ดังนั้นสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุจึงถือเป็นเรื่องสำคัญที่ไม่อาจละเลยได้

อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม พบสถิติผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในแต่ละปี โดยใน พ.ศ. 2565-2567 พบจำนวน 8,075 ราย, 8,521 ราย และ 8,635 ราย ตามลำดับ พบผู้สูงอายุเข้ารับบริการตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากรในโรงพยาบาลโพนสวรรค์ค่อนข้างน้อย โดยในปี พ.ศ. 2565-2567 พบจำนวน 872, 732, 960 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.79, 8.59, 11.11 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ผลการตรวจสุขภาพช่องปากพบผู้สูงอายุมีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ จำนวน 294, 125, 396 ราย คิดเป็น ร้อยละ 20.63, 8.63, 25.92 ตามลำดับ มีฟันหลังใช้งานได้ไม่น้อยว่า 4 คู่สบ จำนวน 257, 86, 270 ราย คิดเป็น ร้อยละ 87.48, 68.80, 68.18 ตามลำดับ พบปัญหาสุขภาพทางช่องปากมากที่สุด 3 อันดับ คือ ปัญหาการโรคปริทันต์ เหงือกอักเสบ และฟันผุ จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาทางช่องปากของผู้สูงอายุมีแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์ของปัญหาเพิ่มขึ้น

สุขภาพช่องปากเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพอนามัยที่ดี ซึ่งการมีสุขภาพช่องปากที่ปราศจากโรคอวัยวะในช่องปากทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ จะส่งผลให้มีสุขภาพอนามัยที่ดีด้วย ถึงแม้จากการศึกษาที่ผ่านมาจะแสดงเห็นถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ แต่ผลการวิจัยที่ได้ยังไม่เพียงพอที่จะสรุปสำหรับกลุ่มประชากรผู้สูงอายุในบริบทของอำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนมได้ เนื่องจากยังมีความแตกต่างทางด้านสังคม วัฒนธรรม จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรด้านสาธารณสุขจะต้องทำความเข้าใจกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุเพื่อที่จะให้การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุได้สอดคล้องตามพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและคงไว้ ส่งเสริมซึ่งพฤติกรรมที่ถูกต้อง จึงนำมาสู่การศึกษาในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสภาวะทันตสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสภาวะทันตสุขภาพ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก และปัจจัยด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

วิธีการศึกษา

กรอบแนวคิด

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนมนี้ ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้การคุกคามของโรค ซึ่งจะก่อให้เกิดแรงผลักดันให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรม และเมื่อบุคคลมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมากกว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัตินั้น โดยการรับรู้สุขภาพช่องปาก ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากมีผลต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก[5]

รูปแบบการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey Research by Cross-Sectional Study) การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนมนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้การคุกคามของโรค ซึ่งจะก่อให้เกิดแรงผลักดันให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรม และเมื่อบุคคลมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

พฤติกรรมมากกว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัตินั้น โดยการรับรู้สุขภาพช่องปาก ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากมีผลต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก[5]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่มารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลโพนสวรรค์ ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา โดยผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) เป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาอาศัยในเขตอำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม 2) ผู้สูงอายุที่มารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม 3) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย : เป็นผู้มีความบกพร่องด้านการรับรู้หรือความจำ

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของเครจซี่และมอร์แกน เนื่องจากเป็นสูตรที่มีความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งสามารถคำนวณ ได้จากสูตร

$$n = \frac{\chi^2 Np\,(1 - p)}{e^2 (N - 1) + \chi^2 p\,(1 - p)}$$

เมื่อแทนค่าทำให้ n = 275 คน แต่เพื่อป้องกันการ Drop out ของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งได้เท่ากับ 27.5 คน ผู้วิจัยจึงปัดเป็น 28 คน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 303 คน

วิธีการศึกษา

1. ผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตทำการศึกษาต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพนสวรรค์ เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษาวิจัย

2. ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามลักษณะประชากรที่กำหนดไว้

3. ผู้ศึกษาแนะนำตัวกับผู้ป่วยชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์ ผลกระทบต่างๆ รวมถึงการรักษาความลับ เพื่อขอความสมัครใจและลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ

4. ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามและเปิดโอกาสให้ซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เวลาประมาณ 45 นาที

5. ตรวจสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างตามองค์ประกอบที่กำหนด

6. การตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลเพื่อนำสู่การวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกสภาวะทันตสุขภาพ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพช่องปากและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กำหนดขอบเขตเนื้อหาที่จะศึกษาและสร้างแบบสอบถามให้ครอบคลุมประเด็นที่จะศึกษา หลังจากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงในเนื้อหา (Content Validity) การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.90 และนำเครื่องมือแบบทดสอบมาคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 ส่วนแบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

ของผู้สูงอายุ ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha's Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82, 0.78 และ 0.80 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป สภาวะทันตสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ โดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) คำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสภาวะทันตกรรมกับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้สถิติ Chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก คะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพช่องปากกับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation co-efficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมในการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นการปกป้องกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยให้มีความปลอดภัย ไม่ให้ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและการดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ตามหลักเกณฑ์คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) คือ กฎการคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ (principle of beneficence) กฎของการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (principle of respect for person) และการคำนึงถึงความยุติธรรม (principle of justice)[6] ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดนครพนม รหัสโครงการ REC 036/68 วันที่ 1 พฤษภาคม 2568

ผลการศึกษา

1. สภาวะทันตสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า (1) ด้านสภาวะของฟันในช่องปาก ผลการศึกษาพบว่า การมีฟันในช่องปากของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.63 มีฟันในช่องปากตั้งแต่ 20 ซี่ขึ้นไป โดยมีค่าเฉลี่ยจำนวนฟัน 22.22 ซี่ (S.D. = 7.90) มีฟันผุมากกว่า 2 ซี่ขึ้นไปถึงร้อยละ 52.15 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 92.08 ไม่มีฟันอุดเลย โดยค่าเฉลี่ย DMFT รวมอยู่ที่ 4.01 ซี่ (S.D. = 3.60) และร้อยละ 55.78 มีฟันคู่สบตั้งแต่ 4 คู่ขึ้นไป (2) สภาวะปริทันต์และรอยโรคในช่องปาก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 60.73 มีโรคเหงือกอักเสบ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99.67 ไม่พบรอยโรค (3) สภาวะอนามัยช่องปาก ผลการศึกษาพบว่า 1) ดัชนีคราบจุลินทรีย์ (Debris Index) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.88 อยู่ในช่วง DI > 0–1 ค่าเฉลี่ย DI อยู่ที่ 0.99 (S.D. = 0.69) 2) ดัชนีหินน้ำลาย (Calculus Index) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 49.83 มีค่า CI อยู่ในช่วง > 0–1 ค่าเฉลี่ย CI อยู่ที่ 1.07 (S.D. = 0.65) 3) ระดับความสะอาดในช่องปากโดยรวม (OHI-S) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.15 อยู่ในระดับพอใช้ ค่าเฉลี่ย OHI-S อยู่ที่ 2.06 (S.D. = 1.30) (4) ประวัติการเข้ารับบริการทันตกรรม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 69.97 ไม่เคยเข้ารับการรักษาทางทันตกรรมในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

นอกจากนั้น จากการประเมินสภาวะปริทันต์โดยใช้ดัชนี Community Periodontal Index (CPI) ของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่าปัญหาสภาวะปริทันต์ที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มนี้คือ การมีหินน้ำลาย (CPI = 2 และ 5) ซึ่งพบถึงร้อยละ 70.96 ของช่องปากทั้งหมดที่ประเมิน รองลงมาคือ ร่องลึกปริทันต์ระดับปานกลาง (CPI = 3) ที่ร้อยละ 38.61

2. ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 16.28, S.D. = 2.76) โดยทั้งด้านความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากและด้านการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน ($\bar{x}$ = 8.15, S.D. = 1.61; $\bar{x}$ = 8.14, S.D. = 1.50)

3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ตามแบบแผน

ความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 85.92, S.D. = 7.82) เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านการรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 16.54, S.D. = 1.98) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 7.85, S.D. = 3.05)

4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 45.74, S.D = 4.43) เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่าทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากทั่วไป อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 12.73, S.D. = 2.71) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการรับประทานอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 10.69, S.D. = 2.41)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสภาวะทันตสุขภาพ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก และปัจจัยด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง

1) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า (1) เพศ พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (X^2= 3.124, p = .077) (2) อายุ พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (X^2= 1.876, p = .171) (3) สถานภาพสมรส พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (X^2= 2.891, p = .089) (4) ระดับการศึกษา พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (X^2= 4.512, p = .034) (5) อาชีพ พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (X^2= 5.203, p = .023) (6) รายได้ พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (X^2= 3.918, p = .048) และ (7) โรคประจำตัว พบว่าการมีโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (X^2= 2.376, p = .123)

2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสภาวะทันตสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยสภาวะทันตกรรมส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ (1) ค่า DMFT (Dental Status and Treatment Need) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (X^2= 4.867, p = .027) (2) ดัชนี CPI (Community Periodontal Index) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (X^2= 5.234, p = .022) (3) ดัชนีสุขภาพช่องปาก OHI-S (Simplified Oral Hygiene Index) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (X^2= 9.847, p = .002) (4) คู่สบฟันด้านหลัง (Posterior Occlusal Pairs) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (X^2= 8.391, p = .004) และ (5) รอยโรคในช่องปาก (Oral Lesion) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (X^2= 0.003, p = .953) ซึ่งอาจเนื่องมาจากจำนวนผู้ที่พบรอยโรคมีน้อยมาก (n=1 ราย)

3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับต่ำถึงปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.341, p < .001 เมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าทั้งความรู้ด้านสุขภาพช่องปากและความรู้ด้านการดูแล

สุขภาพช่องปาก ตลอดจนคะแนนความรู้ในภาพรวมต่างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ($p < .001$) **4) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง** ผลการศึกษาพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.447$, $p < .001$) เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ทุกด้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และคะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวมมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงที่สุดเมื่อเทียบกับตัวแปรทุกกลุ่มในการศึกษาครั้งนี้ ($r = 0.447$, $p < .001$) โดยด้านที่มีความสัมพันธ์สูงที่สุด คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($r = 0.415$) รองลงมาคือการรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ($r = 0.389$) ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ($r = -0.276$, $p < .001$)

5) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสภาวะทันตสุขภาพ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก และปัจจัยด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า (1) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-efficacy) ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ 0.415 มีค่า t เท่ากับ 7.887 ($p < .001$) โดยตัวแปรนี้เพียงตัวเดียวสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากได้ร้อยละ 17.2 ($R^2 = 0.172$) (2) การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) พบว่ามีค่า β เท่ากับ 0.226 มีค่า t เท่ากับ 4.163 ($p < .001$) ทำให้อำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21.9 ($R^2 = 0.219$) หรือเพิ่มขึ้นจากขั้นตอนแรกร้อยละ 4.7 (3) ดัชนีสุขภาพช่องปาก OHI-S (Oral Hygiene Index–Simplified) มีค่า β เท่ากับ 0.201 มีค่า t เท่ากับ 3.911 ($p < .001$) ทำให้อำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 24.8 ($R^2 = 0.248$) หรือเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 2.9 (4) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัว (Perceived Benefits) พบว่ามีค่า β เท่ากับ 0.182 มีค่า t เท่ากับ 3.624 ($p < .001$) ส่งผลให้อำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 27.3 ($R^2 = 0.273$) หรือเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 2.5 (5) คู่สบฟันด้านหลัง มีค่า β เท่ากับ 0.168 มีค่า t เท่ากับ 3.398 ($p < .001$) ทำให้อำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 29.1 ($R^2 = 0.291$) หรือเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 1.8 (6) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว (Perceived Barriers) มีค่า β เท่ากับ -0.151 มีค่า t เท่ากับ -3.011 ($p = .003$) ทำให้อำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30.7 ($R^2 = 0.307$) หรือเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 1.6 (7) ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก มีค่า β เท่ากับ 0.143 มีค่า t เท่ากับ 3.009 ($p = .003$) ทำให้อำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32.0 ($R^2 = 0.320$) หรือเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 1.3 และ (8) อาชีพ มีค่า β เท่ากับ 0.129 มีค่า t เท่ากับ 2.703 ($p = .007$) ทำให้อำนาจการทำนายรวมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 33.0 ($R^2 = 0.330$, Adjusted $R^2 = 0.312$) หรือเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 1.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สภาวะทันตกรรม ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบหลายขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) (n=303)

Step	ตัวแปรพยากรณ์	b	S.E.	β	t	p-value	R	R^2	Adj.R^2	F	p (F)
1	การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.021	0.004	0.415	7.887	< .001	0.415	0.172	0.170	62.21	< .001
2	การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ	0.018	0.004	0.226	4.163	< .001	0.468	0.219	0.214	42.19	< .001
3	OHI-S (ดัชนีสุขภาพช่องปาก)	0.028	0.007	0.201	3.911	< .001	0.498	0.248	0.241	33.07	< .001
4	การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพช่องปาก	0.016	0.004	0.182	3.624	< .001	0.522	0.273	0.263	27.92	< .001
5	คู่สบฟันด้านหลัง (Posterior Occlusal Pairs)	0.025	0.007	0.168	3.398	< .001	0.540	0.291	0.280	24.53	< .001
6	การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว	-0.009	0.003	-0.151	-3.011	.003	0.554	0.307	0.293	21.64	< .001
7	ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก	0.014	0.004	0.143	3.009	.003	0.566	0.320	0.304	19.48	< .001
8	อาชีพ	0.043	0.016	0.129	2.703	.007	0.574	0.330	0.312	17.76	< .001
ค่าคงที่ (Constant) = 1.876											

* p<0.05

สรุปและอภิปรายผล

1) สภาวะทันตสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.63) มีฟันในช่องปาก ≥ 20 ซี่ ($\bar{x}$ = 22.22 ซี่) มีค่าเฉลี่ย DMFT = 4.01 ซี่ พบโรคเหงือกอักเสบร้อยละ 60.73 และปัญหาที่พบมากที่สุดคือหินน้ำลาย (ร้อยละ 70.96) สุขอนามัยช่องปากโดยรวม (OHI-S) อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x}$ = 2.06) 2) ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากโดยรวมอยู่ในระดับสูง 3) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับสูง 4) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง 5) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมฯ พบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) สอดคล้องกับการศึกษาของ Harirugsakul และคณะ พบว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมในผู้สูงอายุไทย[7] และ Amornsuradech (2019) พบว่าระดับการศึกษาเป็นตัวแปรสำคัญที่สุดในบรรดาตัวแปรทางเศรษฐกิจสังคม เมื่อเปรียบเทียบกับรายได้และอาชีพ[8] ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส และการมีโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร ผุดผ่อง พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญ[9] และ Harirugsakul และคณะ พบว่ากลุ่มอายุ 60–74 ปีมีรูปแบบพฤติกรรมดูแลช่องปากที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยปัจจัยด้านรายได้ การศึกษา และพื้นที่อยู่อาศัยมีน้ำหนักมากกว่าอายุในการอธิบายพฤติกรรม[7] และ Kawaguchi และคณะ พบว่าในกลุ่มผู้หญิงสูงอายุที่ไม่มีคู่สมรส ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากมีความซับซ้อนและอาจไม่มีนัยสำคัญในบางบริบท[10] และสุรัญชนา รุ่งเรือง พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะโรคในช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .29)[11] 6) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสภาวะทันตกรรมกับพฤติกรรมฯ พบว่า ค่า DMFT ดัชนี CPI ดัชนี OHI-S และจำนวนคู่สบฟัน

ด้านหลัง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ 7) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมฯ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับต่ำถึงปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.341$, $p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติศักดิ์ นามวิชา พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ระดับนัยสำคัญ .05[12] 8) ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมฯ พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.447$, $p < .001$) สอดคล้องกับ Martinez et al. พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวแปรส่งผ่านที่สำคัญระหว่างความรู้และพฤติกรรม ($\beta = 0.42$)[13] 9) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ตัวแปร 8 ตัวที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากได้ร้อยละ 33.0 (Adjusted $R^2 = 0.312$) ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\beta = 0.415$) การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ($\beta = 0.226$) ดัชนี OHI-S ($\beta = 0.201$) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัว ($\beta = 0.182$) คู่สบฟันด้านหลัง ($\beta = 0.168$) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว ($\beta = -0.151$) ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ($\beta = 0.143$) และอาชีพ ($\beta = 0.129$) ตามลำดับ ดังการศึกษาของ Chen et al. พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีค่า β สูงสุด (0.52) ในบรรดาตัวแปรทำนายทั้งหมด[14] สอดคล้องกับ อรรณพร ผาเจริญ ที่พบว่าแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่มีนัยสำคัญ[15] และการศึกษาของ Peterson et al. พบว่าการรับรู้ประโยชน์ ($\beta = 0.38$, $p < 0.001$) มีความสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก[16] และยังสอดคล้องกับ Brown et al. ที่พบว่าโปรแกรมที่ช่วยลดการรับรู้อุปสรรคทำให้พฤติกรรมสุขภาพช่องปากดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[17] และการศึกษาของ Chen et al. พบว่าความรู้มีอิทธิพลทางอ้อมผ่านทัศนคติ ($\beta = 0.28$)[14] และ Taylor et al. (2020) ที่ยืนยันว่าลักษณะทางสังคมเศรษฐกิจรวมถึงอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญ[18]

ข้อเสนอแนะ

1. กำหนดนโยบายส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก โดยบรรจุในหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุสำหรับ อสม. และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) ในระดับชุมชน เนื่องจากพบว่าสิ่งชักนำจากบุคลากรสาธารณสุขและครอบครัวมีอิทธิพลสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก
2. การพัฒนาระบบบริการทันตกรรมแบบครบวงจร ควรพัฒนาระบบบริการทันตกรรมให้มีความต่อเนื่อง โดยจัดให้มีคลินิกทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม ไม่จำกัดเพียงการรักษาเมื่อมีอาการเจ็บป่วย แต่ครอบคลุมถึงการส่งเสริมป้องกันและการติดตามผลการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่อง
3. ควรพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อตรวจสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูง เช่น มีค่า DMFT สูง มีโรคปริทันต์อักเสบและมีคู่สบฟันน้อยกว่า 4 คู่
4. ควรมีการศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตามช่วงเวลาและเพื่อสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้อย่างน่าเชื่อถือมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2017). World Population Ageing 2017: Highlights (ST/ESA/SER.A/397). https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf

2. Thakur, R. P., Banerjee, A., & Nikumb, V. B. (2013). Health problems among the elderly: A cross-sectional study. Annals of Medical and Health Sciences Research, 3(1), 19–25. https://doi.org/10.4103/2141-9248.109466
3. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2561). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561. อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
4. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.
5. Solhi, M., Shojaei Zadeh, D., Seraj, B., & Faghih Zadeh, S. (2010). The application of the health belief model in oral health education. Iranian Journal of Public Health, 39(4), 114–119. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23113044/
6. บุปผา ศิริรัศมี, จรรยา เศรษฐบุตร, และเบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ตติกจ์. (2544). จริยธรรมสำหรับการศึกษาวิจัยในคน. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
7. Harirugsakul, P., Kaewkamnerdpong, I., Krisdapong, S., Prasertsom, P., Niyomsilp, K., & Vejvithee, W. (2021). Social backgrounds, oral behaviors and dental service utilization among Thai older adults: Data from the national oral health survey. Journal of Health Research, 35(6), 506–514. https://doi.org/10.1108/JHR-11-2019-0253
8. Amornsuradech, S. (2019). Socioeconomic inequality and dental caries among Thai working age population: Analysis of Thailand National Oral Health Survey. Journal of Health Research, 33(5), 398–407. https://doi.org/10.1108/JHR-03-2019-0060
9. สุภาพร ผุดผ่อง. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์, 4(1), 101–119.
10. Kawaguchi, A., et al. (2025). Gender differences in roles of health behavior between marital status and oral health. Geriatrics & Gerontology International, 25, 1397–1403. https://doi.org/10.1111/ggi.70031
11. สุรัญชนา รุ่งเรือง. (2568). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพฤติกรรม ความรู้ และทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากกับสภาวะปริทันต์อักเสบของผู้สูงอายุ ตำบลหนองเรือ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตาภิบาล, 36(1), 28–39. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TDNJ/article/view/273371
12. กิตติศักก์ นามวิชา. (2559). ความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก. วารสารวิจัยสุขภาพ, 12(3), 45-56.
13. Martinez, A., Smith, J., & Lee, R. (2021). Self-efficacy as mediator between knowledge and health behavior. Journal of Health Psychology, 26(4), 567-578. https://doi.org/10.1177/1359105321991234
14. Chen, L., Zhang, Y., & Wang, H. (2021). Self-perceived ability as a predictor of health behavior: A meta-analysis. International Journal of Public Health, 66(1), 123-134. https://doi.org/10.1007/s00038-020-01434-5
15. อรรณพร ผาเจริญ. (2565). แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 30(2), 89-98.
16. Peterson, M., Johnson, P., & Davis, S. (2023). Perceived benefits and oral health behavior change: A longitudinal study. Journal of Dental Research, 102(3), 345-356. https://doi.org/10.1177/00220345221123345
17. Brown, T., Williams, R., & Taylor, S. (2019). Reducing perceived barriers to improve oral health behavior: A randomized controlled trial. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 47(5), 456-463. https://doi.org10.1111/ce.12456 [blocked]
18. Taylor, E., Green, D., & Harris, M. (2020). Socioeconomic factors and oral health behavior: A cross-sectional study. BMC Public Health, 20(1), 1234. https://doi.org/10.1186/s12889-020-09012-3