

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

# การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

มณฑกานต์ สีหะวงษ์ ท.บ., ส.ม. (บริหารสาธารณสุข)  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์

วันรับ: 23 พ.ย. 2560  
วันแก้ไข: 28 มี.ค. 2561  
วันตอบรับ: 9 เม.ย. 2561

บทคัดย่อ การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับ การรับรู้อุปสรรคการเข้าถึงและการรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ อำเภอเมืองจังหวัดเพชรบูรณ์ ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (systematic sampling) จำนวน 325 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ประยุกต์ใช้กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ วิเคราะห์ผลแบบสอบถามด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.29 (Mean=2.29, SD=0.45) เมื่อจำแนกตามปัจจัย พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.45 (Mean=2.45, SD=0.50) การรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.63 (Mean=2.63, SD=0.50) การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.26 (Mean=2.26, SD=0.44) การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.07 (Mean=2.07, SD=0.65) ส่วนด้านภาพรวมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.90 (Mean=1.90, SD=0.45) จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพในด้านกรรับรู้โอกาสเสี่ยงกับการรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับ มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ( $r=0.305$  และ  $0.298$  ตามลำดับ) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

คำสำคัญ: การรับรู้ด้านสุขภาพ, การดูแลสุขภาพช่องปาก

## บทนำ

ภาพสังคมสูงอายุไทยในอนาคตนับจากนี้เป็นต้นไป โครงสร้างของประชากรไทยจะสูงอายุขึ้นอย่างรวดเร็วมาก ประชากรรุ่นที่เกิดในช่วงปี 2506-2526 หรือที่เรียกว่า “ประชากรรุ่นเกิดล้าน” ซึ่งมีอายุ 30-50 ปีในปี 2556

จะกลายเป็นประชากรสูงอายุกลุ่มใหญ่ในอีก 10-20 ปี ข้างหน้านี้ ทำให้ประเทศไทยกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์”<sup>(1)</sup> ผู้สูงอายุยิ่งมีอายุมากขึ้นก็จะมีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อการเป็นโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว อันเกิดจาก พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย

หรือฟันรุกรม หรือความเสื่อมถอยของสุขภาพร่างกาย ปัญหาหลักอย่างหนึ่งในผู้สูงอายุคือ การสูญเสียฟัน จากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยครั้งที่ 7 ปี 2555<sup>(2)</sup> พบว่า ผู้สูงอายุ 60-74 ปี ร้อยละ 88.3 มีการสูญเสียฟันบางส่วนและร้อยละ 7.2 สูญเสียฟันทั้งปาก และการสูญเสียฟันยังคงเพิ่มขึ้นต่อเนื่องตามอายุจนเมื่ออายุ 80-89 ปี พบสูญเสียฟันทั้งปาก สูงถึงร้อยละ 32.2 ผู้สูงอายุ 60-74 ปี ร้อยละ 57.8 มีฟันแท้ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ เฉลี่ย 18.80 ซี่ต่อคน ร้อยละ 43.3 มีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ ส่วนในกลุ่มอายุ 80-89 ปี มีเพียงร้อยละ 23.5 ที่มีฟันแท้ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ และมีฟันหลังที่ใช้บดเคี้ยวสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ เพียงร้อยละ 15.6 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพการบดเคี้ยวที่ลดลงชัดเจน ด้านพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องของการทำความสะอาดช่องปาก พบว่า ผู้สูงอายุมีการแปรงฟันก่อนนอน ร้อยละ 65.5 มีการใช้อุปกรณ์เสริมการแปรงฟัน ได้แก่ ไหมขัดฟัน แปรงซอกฟัน เพียงร้อยละ 2.7 และ 1.1 ตามลำดับ และการไปรับบริการในปีที่ผ่านมา ร้อยละ 34.2 ซึ่งเหตุผลที่ไปสูงสุด ร้อยละ 44.4 คือรู้สึกว่ามีอาการปวดหรือเสียวฟันเกิดขึ้น แล้วการรักษาจึงเป็นการถอนฟันหรือการเก็บรักษาฟันมีความยุ่งยากซับซ้อนหลายขั้นตอน ทำให้ผู้สูงอายุ ไม่สามารถมารับบริการต่อเนื่องได้ ทำให้เกิดการสูญเสียฟันในที่สุด จากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพจังหวัดเพชรบูรณ์ในปี 2557<sup>(3)</sup> ผลสำรวจในกลุ่มผู้สูงอายุภาพรวมจังหวัด และระดับอำเภอเมือง พบว่าผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมีฟันแท้ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ ร้อยละ 47.5 และร้อยละ 45.0 (ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีมากกว่าร้อยละ 50.0) ผู้สูงอายุมีฟันใช้งานที่เหมาะสมไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ ร้อยละ 52.8 และร้อยละ 46.0 ตามลำดับ (ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีมากกว่าร้อยละ 44.0) แสดงถึงผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบูรณ์เกินครึ่งมีปัญหาเรื่องการสูญเสียฟัน ซึ่งส่วนใหญ่มาจากโรคเหงือกอักเสบ ด้านพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องของการทำความสะอาดช่องปาก พบว่า ผู้สูงอายุมีการแปรงฟันก่อนนอน

ร้อยละ 55.5 มีการใช้อุปกรณ์เสริมการแปรงฟัน ได้แก่ ไหมขัดฟัน แปรงซอกฟัน เพียงร้อยละ 8.7 และ 4.3 ตามลำดับ จากปัจจัยการดูแลสุขภาพที่ไม่เพียงพอ รวมทั้งพฤติกรรมความเสี่ยงต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่ การเคี้ยวหมากและการเป็นโรคทางระบบก่อให้เกิดความผิดปกติในช่องปากมากขึ้น

สุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์ต่อการทำงานของระบบบดเคี้ยวส่งผลต่อภาวะโภชนาการ สุขภาพร่างกาย และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ<sup>(4)</sup> มีการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีฟันใช้งานมากกว่า 20 ซี่หรือ 4 คู่สบ เป็นปัจจัยสัมพันธ์เชิงบวกที่สำคัญต่อการที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ครบและยังมีการศึกษาพบว่า จำนวนฟันใช้งานมีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในหลายด้าน นอกจากมีฟันใช้เคี้ยวอาหารได้อย่างเหมาะสม ยังส่งผลให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและทำให้ค่า BMI ของผู้สูงอายุไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ<sup>(5)</sup> มีการศึกษาการใส่ฟันเทียมในผู้สูงอายุ โครงการฟันเทียมพระราชทานฯส่งผลต่อค่าดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้น<sup>(6)</sup>

การสูญเสียฟันในผู้สูงอายุส่วนใหญ่มาจาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ดังนั้น การจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เป็นแนวทางแก้ไขปัญหาที่ใช้ต้นทุนต่ำ แต่ได้คุณประโยชน์สูงเพราะการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จะลดปัญหาและผลกระทบที่เกิดแก่ผู้สูงอายุครอบครัวและสังคมลงได้<sup>(7)</sup> การดูแลไม่ให้เกิดโรคก็ควรเริ่มจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุ โดยการศึกษาค้นคว้าผู้ศึกษาใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่ปรับปรุงโดย Becker MH และ Rosenstock IM<sup>(8)</sup> องค์ประกอบด้านการรับรู้ประกอบด้วยปัจจัย 2 ปัจจัย ได้แก่ ภาวะคุกคาม และความคาดหวัง โดยภาวะคุกคามเป็นการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการ

ป้องกันโรคต่างๆ ของผู้สูงอายุ<sup>(9-12)</sup> ในขณะที่ความคาดหวังประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค

จากการศึกษาหลายการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบ<sup>(13)</sup> และการรับรู้ความสามารถในตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรค ส่วนองค์ประกอบด้านการกระทำ (action) ประกอบด้วย การชักนำสู่การกระทำ ได้แก่ สื่อกลาง อิทธิพลจากบุคคล และสิ่งเตือนใจ สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติซึ่งอาจเป็นสิ่งชักนำ มาจากภายในหรือภายนอก

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารซึ่งเป็นสิ่งชักนำ มาจากภายนอกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการโรคต่างๆ<sup>(14)</sup> ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ด้านจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของโรค จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังกล่าวแสดงถึงการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ โดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมใดๆ ด้วยความเชื่อว่าจะทำให้มีสุขภาพดีและมีวัตถุประสงค์ในการป้องกันไม่ให้เป็นโรค

การศึกษาของปิยะนุช แก้วเรือง<sup>(15)</sup> พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมดอกคำวน ตำบลคูบัว อำเภอเมืองจังหวัดราชบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) การศึกษาของธิดา รัตนวิไลศักดิ์<sup>(16)</sup> พบว่าความเชื่อด้านทันตสุขภาพได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคและความเชื่อมั่นต่อตนเอง ในการไปใช้บริการทันตกรรม ปัจจัยสนับสนุนด้านทรัพยากรที่เอื้อต่อการใช้บริการทันตกรรม ได้แก่ ความสามารถในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ การมีทันตแพทย์ที่รักษาและให้คำปรึกษาประจำและความสามารถไปใช้บริการทันตกรรมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบุรีรัมย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) การศึกษาของ วราฤทธิ์ สฤกษ์วานิช<sup>(17)</sup> พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคในช่องปากและการรับ

รู้ความสำคัญของการแปรงฟันก่อนนอนมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอ ในการแปรงฟันก่อนนอนของผู้สูงอายุในอำเภอห้วยยอดจังหวัดตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และการศึกษาของศิริรัตน์ รอดแสง<sup>(18)</sup> พบว่าปัจจัยการรับรู้ของการดูแลสุขภาพช่องปากและการรับรู้โอกาสเสี่ยง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตตำบลทุ่งทอง อำเภอหนองบัว จังหวัดนครสวรรค์ อย่างมีนัยทางสถิติ ( $r = 0.224$  และ  $0.249$ ) เป็นต้น

จากปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์รวมทั้งจังหวัดเพชรบูรณ์ยังไม่มีการศึกษาเรื่องนี้มาก่อน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นกรอบแนวคิดเพื่อศึกษาว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้อยู่ในระดับใดและการรับรู้ด้านสุขภาพว่ามีความสัมพันธ์ต่อการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุอย่างไร เพื่อนำผลการศึกษาค้นคว้ามาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ เพื่อสร้างรูปแบบส่งเสริมสนับสนุน ให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเอง และพึ่งพาตนเองให้มีสุขภาพดีต่อไป

## วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

### 1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ประชาชนผู้สูงอายุอายุ 60-80 ปี ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์ ปี 2558 จำนวน 2,228 คนในพื้นที่ 17 ชุมชน<sup>(19)</sup> ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้

### 1.1 เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย

1) เป็นผู้ที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเขตเทศบาล

เมืองเพชรบุรี อำเภอเมืองจังหวัดเพชรบุรี  
อย่างน้อย 6 เดือน

- 2) เป็นผู้ที่สามารถอ่านเข้าใจภาษาไทยและสามารถกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้
- 3) สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย (โดยได้มีการบอกข้อมูลโครงการวิจัยอย่างครบถ้วน

#### 1.2 เกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากโครงการวิจัย

- 1) ไม่สนใจตอบแบบสอบถาม
- 2) เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

#### 2. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรแน่นอนของ Daniel WW<sup>(20)</sup> โดยจำนวนผู้สูงอายุที่มีอยู่จริงจากการสำรวจตามโปรแกรม Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2,228 คน ค่าสัดส่วนของพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ=0.67<sup>(9)</sup> และค่าความคลาดเคลื่อน=0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 295 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลในการส่งคืนแบบสอบถามโดยเก็บเพิ่มอีกร้อยละ 10.0 ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 325 คน

#### 3. การสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มเลือกรายชื่อของประชากรใช้การสุ่มแบบมีระบบ (Systematic sampling) ตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 นำผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองเพชรบุรี อำเภอเมือง ทั้งหมด 17 ชุมชน จำนวน 2,228 คน มาหาสัดส่วนกับขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 325 ตัวอย่าง คำนวณตัวอย่างโดยใช้วิธีการหากลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร (Quota sampling) มาหาสัดส่วนของจำนวนประชากรผู้สูงอายุของแต่ละชุมชนเพื่อเปิดโอกาสให้ประชากรผู้สูงอายุทุกคนมีโอกาสได้รับคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างเท่า ๆ กัน

ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มเลือกรายชื่อผู้สูงอายุเพื่อเป็นตัวแทนของผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบมีระบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้น แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือน จำนวนสมาชิกที่อาศัยในครัวเรือน การมีโรคประจำตัว การรับประทานยาประจำ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ช่องปากได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับการรับรู้อุปสรรคการเข้าถึง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ได้แก่ พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการเข้ารับบริการของผู้สูงอายุ พฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุ และมีการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม 2 ขั้นตอน ได้แก่

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน โดยคำถามจะต้องมีค่า IOC>0.5 (index of item objective congruence)

2) การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองเพชรบุรี อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 คน

นำข้อมูลที่ได้มาหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์ เท่ากับ 0.879

ด้านเกณฑ์การให้คะแนนในส่วนที่ 2 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า Likert scale<sup>(21)</sup> มีคำตอบให้เลือก (rating scale) 5 ระดับดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การให้คะแนนการตอบแบบสอบถามเป็นรายข้อ การให้คะแนนในส่วนที่ 3 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ Likert scale ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับดังนี้ ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติน้อย และปฏิบัติน้อยที่สุด ส่วนด้านเกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และ

ระดับต่ำ ตามแนวคิดของ Best JW(22)

ขั้นตอนและวิธีรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน-ธันวาคม 2558 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานงานกับนายกเทศมนตรีเมืองเพชรบูรณ์ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อขอทดสอบเครื่องมือ ชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยอธิบายโครงการวิจัยและแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและให้ กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมก่อนเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยทำการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 325 คน

4. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมแบบสอบถามด้วยตนเอง ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลทุกฉบับก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมได้จากการศึกษาครั้งนี้ มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา

สถิติเชิงพรรณนา เพื่อบรรยายลักษณะของข้อมูลที่ได้จากการศึกษาและรายงานค่าสถิติเป็น ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

2. สถิติอนุมาน วิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson's product moment correlation coefficient

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการหลังผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยรามคำแหง หลังจากนั้นผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตนายอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ เพื่อขอเก็บข้อมูลประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ

ของอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย และขอความร่วมมือประชากรกลุ่มตัวอย่าง ในการตอบแบบสอบถาม โดยมีอิสระในการตอบรับหรือปฏิเสธการให้ความร่วมมือดังกล่าวโดยจะไม่ให้รับผล-กระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ซึ่งคำตอบของผู้ตอบแบบสอบถามจะถือเป็นความลับ และข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมด ผู้วิจัยจะนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น และจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของประชากรทั้งหมด และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมทางวิชาการเท่านั้น

## ผลการศึกษา

### คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ อำเภอเมืองจังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 325 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนของเพศหญิง (ร้อยละ 66.5) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 33.5) เมื่อพิจารณาอายุของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 62-70 ปี (ร้อยละ 52.9) โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย ปี (SD=4.37) อายุสูงสุด 80 ปี และอายุต่ำสุด 60 ปี สำหรับสถานภาพสมรสพบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 75.1) รองลงมาคือสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก (ร้อยละ 22.2) และมีเพียงร้อยละ 2.8 ที่มีสถานภาพโสด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 60.3) สำหรับรายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระหว่าง 3,000-20,000 บาท (ร้อยละ 47.1) รายได้สูงสุด 35,000 บาท และต่ำสุดคือไม่มีรายได้ โดยเฉลี่ยมีรายได้เท่ากับ 7,482.75 บาท (SD=8,113.99)

ปัจจัยด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก

ภาพรวมปัจจัยด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.4 โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.29 (Mean=2.29, SD=0.45)

(ตารางที่ 1) เมื่อพิจารณาจำแนกระดับปัจจัยด้านการรับรู้ ดังนี้

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 179 คน (ร้อยละ 55.1) รองลงมาคือระดับสูง จำนวน 146 คน (ร้อยละ 44.9) โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.45 (Mean=2.45, SD=0.50) เมื่อพิจารณาจำแนกด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการแปรงฟันเป็นประจำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หลังอาหารช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคในช่องปาก (Mean=4.19, SD=0.74) รองลงมาคือ ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการมีเศษอาหารติดฟันบ่อยๆ มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคฟันผุ (Mean=4.18, SD=0.69) ตามลำดับ การรับรู้ที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การทานธัญพืช ผลไม้รสไม่หวานจัด มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก (Mean=2.73, SD=0.98)

ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 208 คน (ร้อยละ 64.0) รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 114 คน (ร้อยละ 35.1 และระดับต่ำ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 0.9) ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.63 (Mean=2.63, SD=0.5)

เมื่อพิจารณาจำแนกด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่า ส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการปวดฟันส่งผลต่อการพักผ่อน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.38 (Mean=4.38, SD=0.75) รองลงมาคือ ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการสูญเสียฟันส่งผลต่อการเคี้ยวอาหาร โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.34

(Mean=4.34, SD=0.70) ตามลำดับ การรับรู้ที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการสูญเสียฟันไม่เกี่ยวกับการขาดสารอาหาร โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.16 (Mean=3.16, SD=0.98)

ด้านการรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 242 คน (ร้อยละ 74.5) รองลงมาคือระดับสูง จำนวน 83 คน (ร้อยละ 25.5) ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.26 (Mean=2.26, SD=0.44) เมื่อพิจารณาจำแนกด้านการรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการทำความสะอาดช่องปากช่วยลดคราบจุลินทรีย์ที่ก่อให้เกิดโรคในช่องปากโดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.16 (Mean=4.16, SD=0.73) รองลงมาคือผู้สูงอายุรับรู้ว่าการแปรงฟันร่วมกับการใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์เป็นประจำ ช่วยป้องกันฟันผุ โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.14 (Mean=4.14, SD=0.77)ตามลำดับ พฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการรับประทานอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลจะทำให้ฟันแข็งแรง โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.44 (Mean=2.44, SD=1.01)

ด้านการรับรู้อุปสรรคการเข้าถึงบริการ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 185 คน (ร้อยละ 56.9) รองลงมาคือระดับสูง จำนวน 81 คน (ร้อยละ 24.9) และระดับต่ำ จำนวน 59 คน (ร้อยละ 18.2) ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.07 (Mean=2.07, SD=0.65) เมื่อพิจารณาจำแนกด้านการรับรู้อุปสรรคการเข้าถึงบริการ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่มีอาการจึงไม่ไป

ตารางที่ 1 ปัจจัยด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก (n=325)

ปัจจัยด้านการรับรู้	ระดับปัจจัยด้านการรับรู้						Mean	SD
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	146	44.9	179	55.1	-	-	2.45	0.50
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	208	64.0	114	35.1	3	0.90	2.63	0.50
การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับ	83	25.5	242	74.5	-	-	2.26	0.44
การรับรู้อุปสรรคการเข้าถึงบริการ	81	24.9	185	56.9	59	18.20	2.07	0.65
ภาพรวมของปัจจัยการรับรู้	93	28.6	232	71.4	-	-	2.29	0.45

รับบริการโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.86 (Mean=3.86, SD=1.04) และผู้สูงอายุทราบว่ามีการทำฟันปลอมฟรีในผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลของรัฐโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.86 (Mean=3.86, SD=1.07) รองลงมาคือผู้สูงอายุกลัวการเข้ารับบริการทันตกรรม โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.38 (Mean=3.38, SD=1.26) ตามลำดับ พฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ผู้สูงอายุมีปัญหาการใช้สิทธิบัตรต่างๆ กับสถานบริการในเขต โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.66 (Mean=2.66, SD=1.33)

ระดับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพฟันในผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์

ภาพรวมพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพฟันในผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.5 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.90 (Mean=1.90, SD=0.45) (ตารางที่ 2) เมื่อพิจารณาจำแนกระดับปัจจัยดังนี้

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 188 คน (ร้อยละ 57.8) โดยด้านพฤติกรรมการทำความสะอาด ช่องปากของผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.21 (Mean=2.21, SD=0.62) เมื่อพิจารณาจำแนกด้านพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากของผู้สูงอายุ รายงานพบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุแปรงฟันทุกวัน วันละ 2 ครั้ง เข้าและก่อนนอน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.14 (Mean=4.14, SD=0.98) รองลงมาคือแปรงฟันโดยใช้ยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์โดยมีค่าเฉลี่ย

เท่ากับ 3.96 (Mean=3.96, SD=1.11) ตามลำดับ พฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ผู้สูงอายุได้รับฟลูออไรด์เสริมจากการรับบริการจากทันตบุคลากรทุกปีโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.98 (Mean=1.98, SD=1.07)

การวิเคราะห์ข้อมูลด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 252 คน (ร้อยละ 77.5) โดยด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.98 (Mean=1.98, SD=0.47) เมื่อพิจารณาจำแนกด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุแยกรายงาน พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุบริโภคอาหารเป็นมื้อไม่ทานจุบจิบระหว่างมื้อ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.45 (Mean=3.45, SD=1.08) รองลงมาคือ เมื่อปากแห้งรู้สึกแสบร้อนในปาก ผู้สูงอายุจิบน้ำบ่อยๆ เพื่อให้ช่องปากมีความชุ่มชื้นโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.37 (Mean=3.37, SD=1.08) ตามลำดับ พฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ผู้สูงอายุบริโภคอาหารว่างเป็นพวกแป้งและน้ำตาลนี่ๆ ละเอียดมากๆ หรือเหนียวติดฟัน เช่น ขนมปังขนมไทยพวกทองหยิบ ทองหยอด เท่ากับ 2.32 (Mean=2.32, SD=0.99)

การวิเคราะห์ข้อมูลด้านพฤติกรรมการเข้ารับบริการของผู้สูงอายุ พบว่า มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 224 คน (ร้อยละ 68.9) โดยด้านพฤติกรรมการเข้ารับบริการของผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.90 (Mean=1.90, SD=0.55) เมื่อพิจารณาจำแนกด้าน

ตารางที่ 2 ระดับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพฟันในผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์ (n=325)

พฤติกรรมการดูแล	ระดับพฤติกรรม						Mean	SD
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
การทำความสะอาดช่องปาก	102	31.4	188	57.8	35	10.8	2.21	0.62
การบริโภคอาหาร	34	10.5	252	77.5	39	12.0	1.98	0.47
การเข้ารับบริการ	35	10.8	224	68.9	66	20.3	1.90	0.55
พฤติกรรมเสี่ยง	11	3.4	64	19.7	250	76.9	1.26	0.51
ภาพรวมพฤติกรรมการดูแล	19	5.8	255	78.5	51	15.7	1.90	0.45

พฤติกรรมในการเข้ารับบริการของผู้สูงอายุ รายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่ใช้บริการทันตกรรมตามสิทธิที่มีเช่น บัตรทอง หรือบัตรผู้สูงอายุ ข้าราชการบำนาญ สิทธิเบิกค่ารักษาของ ลูกโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.7 (Mean=3.7, SD=1.27) รองลงมาคือท่านเข้ารับการตรวจคัดกรอง หาคความผิดปกติของช่องปากจากทันตบุคลากรเมื่อมีอาการเท่านั้น โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.26 (Mean=3.26, SD=1.39) ตามลำดับ ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ในปีที่ผ่านมา ท่านได้รับการทาฟลูออไรด์ป้องกันฟันผุโดยทันตบุคลากร เท่ากับ 1.94 (Mean=1.94, SD=1.13)

การวิเคราะห์ข้อมูลด้านพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำจำนวน 250 คน (ร้อยละ 76.9) โดยด้านพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.26 (Mean=1.26, SD=0.51) เมื่อพิจารณาจำแนกด้านพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุ รายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีการใช้ยารักษาโรคเรื้อรังบางชนิดเป็นประจำ เช่น ยารักษาโรคภูมิแพ้ โรคหอบหืด โรคหัวใจ โรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.81 (Mean=2.81, SD=1.62) รองลงมาคือ สูบบุหรี่เป็นประจำ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.88 (Mean=1.88, SD=1.38) ตามลำดับ และที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ เคี้ยวหมากเป็นประจำเท่ากับ 1.50 (Mean=1.50, SD=1.05)

ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านการรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ด้านทันตสุขภาพ มีความสัมพันธ์ กับระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ( $r=0.213$ ) (ตารางที่ 3) เมื่อพิจารณา รายด้าน พบว่า

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพฟันในผู้สูงอายุ ( $r=0.305$ ,  $p<0.001$ )

ด้านการรับรู้ความรุนแรง ไม่มีความสัมพันธ์ กับระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพฟันในผู้สูงอายุ ( $r=0.002$ ,  $p=0.964$ )

ด้านการรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับ มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพฟันในผู้สูงอายุ ( $r=0.298$ ,  $p<0.001$ )

ด้านการรับรู้อุปสรรคการเข้าถึง ไม่มีความสัมพันธ์ กับระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพฟันในผู้สูงอายุ ( $r=0.064$ ,  $p=0.249$ )

ตารางที่ 3 ปัจจัยด้านการรับรู้ ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

ปัจจัยด้านการรับรู้ด้านทันตสุขภาพ	พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยด้านการรับรู้	0.213	0.000**	มีความสัมพันธ์
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	0.305	0.000**	มีความสัมพันธ์
การรับรู้ความรุนแรง	0.002	0.964	ไม่มีความสัมพันธ์
การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับ	0.298	0.000**	มีความสัมพันธ์
การรับรู้อุปสรรคการเข้าถึง	0.064	0.249	ไม่มีความสัมพันธ์

\*\* ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.001



## วิจารณ์

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นไปในทิศทางเดียวกัน นั่นคือหากผู้สูงอายุมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคในระดับมาก จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับมากด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ Rosenstock IM<sup>(23)</sup> ที่เชื่อว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเป็นผลให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมในการป้องกันโรค และสอดคล้องกับ Becker MH<sup>(24)</sup> ที่กล่าวว่า บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่ถูกต้อง จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันรักษาโรคที่ถูกต้องด้วย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ระบุว่า การแปรงฟันเป็นประจำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หลังอาหารช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคในช่องปาก รองลงมาคือ ระบุว่า การมีเศษอาหารติดฟันบ่อยๆ มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคฟันผุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของณัฐยานี ประเสริฐอำไพสกุล และคณะ<sup>(25)</sup> การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลภาชี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.277, p<0.01$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของปิยมณฑท์ พงกษชาติ และคณะ<sup>(26)</sup> ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวันในผู้สูงอายุ ตำบลหนองแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคฟันผุ โรคปริทันต์ เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ( $p<0.05$ ) แต่แตกต่างจากการศึกษาวิจัยของโชคชัย มานะดี และวันเพ็ญ แก้วปาน<sup>(27)</sup> การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความร่วมมือในการรักษาและการปฏิบัติตนในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุของ

ผู้ป่วยสูงอายุโรงพยาบาลกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรีในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r=-0.264$ )

ด้านการรับรู้ความรุนแรง ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพฟันในผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ( $r=0.002, p=0.964$ ) สามารถอธิบายผลได้ว่า ผู้สูงอายุรับรู้ความรุนแรงของโรค ในระดับน้อยหรือมากก็ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพฟันในผู้สูงอายุ อาจเป็นไปได้ว่า บุคคลจะเป็นผู้ประเมินความรุนแรงของโรคด้วยตัวของเขาเองมากกว่าความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริงแม้ว่าบุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เป็นผลจากความเจ็บป่วยก็ตาม พฤติกรรมการป้องกันโรคอาจยังไม่แสดงออก จนกว่าบุคคลจะมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีอันตรายสามารถทำลายร่างกาย หรืออาจมีผลต่อสมรรถภาพในการทำงานของร่างกายและมีผลกระทบต่อครอบครัวสังคม ซึ่งจะช่วยให้บุคคลตัดสินใจในการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคดีขึ้น<sup>(8)</sup> สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของโชคชัย มานะดี และวันเพ็ญ แก้วปาน<sup>(27)</sup> การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความร่วมมือในการรักษาและการปฏิบัติตนในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุของผู้ป่วยสูงอายุโรงพยาบาลกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรีในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r=-0.241$ ) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาวิจัยของณัฐยานี ประเสริฐอำไพสกุล และคณะ<sup>(25)</sup> ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลภาชี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R=0.19, p<0.01$ )

ด้านการรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับ มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพฟันในผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.298, p<0.001$ ) สามารถอธิบายผลได้ว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง รับรู้ว่าการทำความสะอาดช่องปากช่วยลดคราบจุลินทรีย์ที่ก่อให้เกิดโรคในช่องปาก รับรู้ว่าการแปรงฟันร่วมกับการใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์เป็นประจำ ช่วยป้องกันฟันผุ ผลการศึกษาสนับสนุนสอดคล้องกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker MH<sup>(24)</sup> ที่ว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคช่วยให้บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้ห่างจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ซึ่งสอดคล้องจากการศึกษาวิจัยของสิริพรรณ พันธุ์พิบูลย์<sup>(9)</sup> การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเป็นปัจจัยหลักที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณวิมล เมฆวิมล<sup>(28)</sup> ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญ โดยมีค่า  $p<0.001, r=.260$  และสอดคล้องกับงานวิจัยของพิทักษ์พงศ์ ปันตะ และดาว เวียงคำ<sup>(29)</sup> ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายและการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยาผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค เป็นปัจจัยร่วมกันทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 3.3 ( $R^2=0.033; p<0.05$ ) โดยการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุเท่ากับ 0.87 แต่แตกต่างจากการศึกษาวิจัยของธนัชชา จันทรพิลา และคณะ<sup>(30)</sup> ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะอารมณ์ การรับรู้คุณภาพอาหาร ความพึงพอใจในอาหาร และการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่า การ

รับรู้คุณภาพอาหารไม่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ( $p<0.05$ )

ด้านการรับรู้อุปสรรคการเข้าถึงบริการ ไม่มีความสัมพันธ์ กับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพฟันในผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ( $r=0.064, p=0.249$ ) สามารถอธิบายผลได้ว่า การรับรู้ต่ออุปสรรคการเข้าถึงบริการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เป็นไปในลักษณะไม่คล้ายตามกันหรือไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน นั่นคือ ถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้ต่ออุปสรรคของการเข้าถึงบริการ ในระดับน้อย จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในระดับมาก แต่ถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้อุปสรรคการเข้าถึงบริการในระดับมาก จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ในระดับน้อย สอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenstock IM<sup>(23)</sup> ที่มีความเชื่อว่าถ้าบุคคลมีความพร้อม ด้านจิตใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อป้องกันโรค ในระดับสูงแล้วก็จะพลังให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคออกมา แต่พลังนี้อาจจะไม่เพียงพอจนกว่าบุคคลนั้นจะมีความเชื่อว่าการปฏิบัติ นั้นมีประโยชน์ต่อเขามากที่สุด โดยที่มีข้อเสียหรืออุปสรรคน้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องจากการศึกษาวิจัยของสิริพรรณ พันธุ์พิบูลย์<sup>(9)</sup> การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ( $r=-0.245$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐธยาน์ ประเสริฐอำไพสกุล และคณะ<sup>(25)</sup> การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และสอดคล้องกับการศึกษาของนันทริกา เลิศเชวงกุล<sup>(31)</sup> การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกระดูกมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกระดูกของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r=-0.49$ ) แต่ไม่เป็นไปตามแนวคิดด้านสุขภาพ

ของ Becker MH<sup>(24)</sup> ที่ว่าการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่ขัดขวางพฤติกรรม เป็นการคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าของบุคคลในทางลบ เกี่ยวกับข้อเสียหรืออุปสรรคต่างๆ ของการปฏิบัติ ทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น และแตกต่างจากการศึกษาวิจัย พิทักษ์พงศ์ ปันตะ และดาว เวียงคำ<sup>(29)</sup> ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายและการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค เป็นปัจจัยร่วมกันทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 3.3 ( $R^2=0.033$ ;  $p < 0.05$ ) โดยการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุเท่ากับ 0.772 และแตกต่างจากการศึกษาวิจัย ของโชคชัย มานะดี และวันเพ็ญ แก้วปาน<sup>(27)</sup> ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาและการปฏิบัติตนในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุของผู้ป่วยสูงอายุโรงพยาบาลกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี พบว่า ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือ ในการรักษาโรคและการปฏิบัติตนในการควบคุมโรคในเชิงบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r=0.264$ )

#### ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีอิทธิพลโดยตรงกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพฟันในผู้สูงอายุ ดังนั้น โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ และศูนย์สุขภาพชุมชน คลองศาลาเขตเมือง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยเฉพาะทันตบุคลากรควรปรับเปลี่ยนเนื้อหาข้อมูลข่าวสารด้านทันตสุขภาพและปรับรูปแบบในการสอนสุขศึกษาที่เน้นประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก และโอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคสุขภาพช่องปาก เช่น การฉายวีดิทัศน์ นำเสนอภาพนิ่งที่สื่อให้

เห็นโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน หากปฏิบัติไม่ถูกวิธี การสื่อเห็นความรุนแรงของโรคอันเกิดจากโรคในช่องปาก ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตัวเองที่ถูกต้อง การศึกษายังพบว่า ด้านการรับรู้อุปสรรคการเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพฟันในผู้สูงอายุ ดังนั้น จึงควรจัดกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น โดยผ่านบูรณาการกับบริการสุขภาพอื่น อาทิ จัดกิจกรรมผ่านทางชมรมผู้สูงอายุ หรือจัดทีมบริการเยี่ยมบ้านของหมอครอบครัว มีการจัดกิจกรรมสาธิต ฝึกปฏิบัติ

#### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทำการศึกษาเฉพาะข้อมูลเชิงปริมาณ ควรนำผลการวิจัยนี้มาใช้ในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพต่อไป เพื่อจะทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นควรเพิ่มขอบเขตการศึกษาทั้งจังหวัดเพชรบูรณ์ และควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ เพิ่ม เช่น การรับรู้ และกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพฟันในผู้สูงอายุ และผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคกับการรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ดังนั้น จึงควรศึกษาวิจัยกึ่งทดลองโดยประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

#### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์พิเชฐ บัญญัติ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อำ คณะบริหารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยรามคำแหง สาขาวิทยบริการเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสุโขทัย กลุ่มงานทันตสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเขต

เมืองเพชรบูรณ์ ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่กรุณาให้การช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทำให้ผลงานสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2557.
2. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ. 2555. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์. การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพจังหวัดเพชรบูรณ์ในปี 2557. เพชรบูรณ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์; 2557.
4. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 6 ประเทศไทย พ.ศ. 2549-2550. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.
5. สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี 2556 ภายใต้งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และผู้พิการ กลุ่มผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: วัชรินทร์; 2556.
6. อำนาจ อธิบำรุง, สกฤตรัตน์ ศิริกุล, อีระ วรธนารัตน. การเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการภายหลังการใส่ฟันเทียมในผู้สูงอายุ โครงการฟันเทียมพระราชทาน: กรณีศึกษาเขตเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 2 [อินเทอร์เน็ต]. 2015 [สืบค้นเมื่อ 3 ก.ค. 2558]. แหล่งข้อมูล: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/8>
7. อำพล จินดาวัฒนะ. กระบวนทัศน์ในการสร้างเสริมสุขภาพ. วารสารสร้างเสริมสุขภาพ 2552;2:58-9.
8. Becker MH, Rosenstock IM. Compliance with medical advice. In: Steptoe A, Matthews A, editors. Health care and human behavior . London: Academic Press; 1984. p. 135-52.
9. สิริพรรณ พันธุ์พิบูลย์. การวิจัยพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2557;7:192-200.
10. อีระชัย พรหมคุณ, พจนีย์ เสี่ยมจิตต์, เสนอ ภิรมจิตร์ผ่อง. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2557;7:133-45.
11. เบญจมาศ นาควิจิตร. ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร [ปริญญาานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2551.
12. ชลธิชา จันทศรี. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร [ปริญญาานิพนธ์พยาบาลมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
13. จิรนนท์ อาษาพรหม, วิทัศน์ จันทโรฬีศรี. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมืองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2556;6:162-71.
14. ชุตติมา วัฒนศักดิ์ภูบาล. พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์เมืองไทยแข็งแรง ของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลกำแพงเพชร อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพุทธศาสตร์การพัฒน]. สงขลา: มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา; 2553.
15. ปิยะนุช แก้วเรือง, อันฟามร์ ศิริโต. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมดอกกลาดวน ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี [วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาสุศึกษา]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2550.
16. ธิดา รัตนวิไลศักดิ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองบุรีรัมย์ [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการการสร้างความเสริมสุขภาพ]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2554.
17. วราฤทธิ์ สฤกษ์วานิช. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสม่ำเสมอในการแปรงฟันก่อนนอนของผู้สูงอายุในอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2556.
18. ศิริรัตน์ รอดแสวง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขต ตำบลทุ่งทอง อำเภอ

- หนองบัว จังหวัดนครสวรรค์ [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2558.
19. กระทรวงสาธารณสุข. โปรแกรม health data ของกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2528 [สืบค้นเมื่อ 8 ต.ค. 2558]. แหล่งข้อมูล: <http://203.157.102.167/hdc/main/index.php>
  20. Daniel WW. Biostatistics: basic concept and methodology for the health sciences. 9th ed. New York: John Wiley & Sons; 2010.
  21. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Archives of Psychology 1932;22:5-55.
  22. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc; 1977.
  23. Rosenstock IM. Historical origin of health believe model. Health Educ Monogr 1974;2:328-35.
  24. Becker MH, editor. The health belief model and preventive health behavior. Health Educ Monogr 1974;2: 354-85.
  25. ณัฐธยาน์ ประเสริฐอำไพสกุล, เกษร สำเภาทอง, ชดช้อย วัฒนะ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโรงพยาบาลภชีจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. Rama Nurse Journal 2551;14:298-309.
  26. ปียมณฑท์ พงกษชาติ, อุดมศักดิ์ มหาวีรวัฒน์, ปิติ ทั้งไพศาล. ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลกระทบของสุขภาพช่องปากสมรรถภาพในชีวิตประจำวันในผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยาสารทันต-สาธารณสุข 2554;16:45-56.
  27. โชคชัย มานะดี, วันเพ็ญ แก้วปาน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาและการปฏิบัติตนในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุของผู้ป่วยสูงอายุโรงพยาบาลกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [สืบค้นเมื่อ 3 ต.ค. 2558]. แหล่งข้อมูล: <http://dspace.li.mahidol.ac.th/handle/123456789/1884>
  28. วรณวิมล เมฆวิมล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยสหเวชศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2555. [สืบค้นเมื่อ 8 ต.ค. 2558]. แหล่งข้อมูล: [http://eresearch.library.ssru.ac.th/bitstream/123456789/250/1/ird\\_079\\_55.pdf](http://eresearch.library.ssru.ac.th/bitstream/123456789/250/1/ird_079_55.pdf)
  29. พิทักษ์พงศ์ ปันตะ, ดาว เวียงคำ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายและการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา. วารสารวิจัยทาง-วิทยาศาสตร์สุขภาพ 2554;5:7-16.
  30. ธนิษฐา จันทรพิลา, วิณา ศิริสุข, ตรุณี ภูขาว, นิภา โรจน์รุ่งวศินกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะอารมณ์การรับรู้คุณภาพอาหาร ความพึงพอใจในอาหารและการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558 [สืบค้นเมื่อ 8 ต.ค. 2558]. แหล่งข้อมูล: <http://Conference.kku.ac.th/ngrc34/>
  31. นันทริกา เลิศเซวกุล. การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกระดูกของผู้สูงอายุชายที่อาศัยในเขตชนบทจังหวัดลำปาง [วิทยานิพนธ์พยาบาล-ศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2549.

**Abstract: Health Perception Associated with Oral Health Behaviors of the Elders in Phetchabun Municipality, Muang District, Phetchabun Province**

**Montakan Seehawong, D.D.S, M.P.H. (Public Health)**

*Phetchabun Provincial Public Health Office, Phetchabun Province, Thailand*

*Journal of Health Science 2019;28:418-31.*

The purposes of this study were to study health perception in part of perceived susceptibility perceived severity perceived benefits perceived barriers and health perception associated with oral health behaviors of the elderly in Phetchabun Municipality, Muang District, Phetchabun Province. It was designed as a descriptive study. Systemic sampling technique was used to select of 325 subjects from the elderly in the study site. The instrument used for collecting data was a set of questionnaire developed based on the Health Belief Model. Data were analyzed by using a computer program. The statistics used for analyzing the collected data were percentage, mean, standard deviation, range, and Pearson's product moment correlation coefficient. The study found that overall health perception of the elderly was at a moderate level (Mean=2.29, SD=0.45); the health perception on perceived susceptibility was at a moderate level (Mean=2.45, SD=0.5), the perceived severity was at a high level (Mean=2.63, SD=0.5), perceived benefits was at a moderate level (Mean=2.26, SD=0.44), and perceived barriers was at a moderate level (Mean=2.07, SD=0.65). The overall oral health behaviors of the elderly was at a moderate level (Mean=1.90, SD=0.45). There was a significant positive correlation between perceived severity and perceived benefits and oral health behaviors of the elders in the study site ( $p < 0.05$ ,  $r = 0.305$  and  $0.298$ , respectively).

**Keywords: health perception, oral health behaviors**