

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4–6 โรงเรียนวัดโพธิ์ (ผักไห่วิทยาคาร)

The Effectiveness of a Participatory Health Education Program on Oral Health Behaviors Among Grade 4–6 Students at Wat Pho School (Phak Hai Wittayakarn)

บุษยามาส สุธรรมวัชโรทัย, ท.บ.

Busayamas Sutumwatcharothai, D.D.S.

Abstract

Objective: To evaluate the effectiveness of a health education program that promotes teacher and peer participation on oral health behaviors among Grade 4–6 students at Wat Pho (Phak Hai Wittayakarn).

Methods: This study employed a quasi-experimental one-group pretest–posttest design among Grade 4–6 students

Results: A total of 70 students participated in the study, with complete oral hygiene and dental caries data available for 63 students. After participating in the program, students' mean knowledge scores increased significantly (from 3.9 ± 0.8 to 4.5 ± 0.79 , p -value <0.01), whereas attitude scores (from 2.6 ± 0.9 to 2.9 ± 0.8 , p -value=0.06) and behavior scores (from 16.2 ± 3.8 to 16.9 ± 2.9 , p -value=0.22) showed no statistically significant differences. The mean Simplified Oral Hygiene Index (OHI-S) score decreased significantly after the program, from 1.9 ± 0.5 to 1.2 ± 0.4 (p -value <0.01) across all grade levels.

Conclusion: The health education program integrating the participation of teachers, parents, and student leaders demonstrated clear effectiveness in improving the oral hygiene status of primary school students, particularly through a significant increase in knowledge scores and a significant reduction in OHI-S scores. However, no statistically significant differences were observed in attitudes and behaviors. The findings indicate that a multi-stakeholder participatory approach has potential to enhance oral health behaviors among school children and can be applied as a model for school-based oral health promotion.

Keywords: Oral health, Primary school students, Participation

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4–6 โรงเรียนวัดโพธิ์ (ผักไห่วิทยาคาร)

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว (One-group pretest–posttest design) ในเด็กนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4–6

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างนักเรียนเข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 70 คน โดยมีข้อมูลด้านสุขอนามัยช่องปากและสถานะฟันผุครบถ้วนจำนวน 63 คน หลังการเข้าร่วมโปรแกรม นักเรียนมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (3.9 ± 0.8 เป็น 4.5 ± 0.79 , p -value <0.01) ในขณะที่คะแนนด้านทัศนคติ (2.6 ± 0.9 เป็น 2.9 ± 0.8 , p -value=0.06) และพฤติกรรม (16.2 ± 3.8 เป็น 16.9 ± 2.9 , p -value=0.22) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์ Simplified Oral Hygiene Index (OHI-S) ลดลงอย่างมีนัย

วันที่รับ (received) 25 ธันวาคม 2568

วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 3 กุมภาพันธ์ 2569

วันที่ตอบรับ (accepted) 4 กุมภาพันธ์ 2569

Published online ahead of print 6 มีนาคม 2569

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
Department of Dental, Phak Hai Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

Corresponding Author: บุษยามาส สุธรรมวัชโรทัย

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

Email: Busayamas_su@hotmail.com

doi: <https://doi.org/10.14456/r3medphj.2026.7>

สำคัญทางสถิติหลังการเข้าร่วมโปรแกรม จาก 1.9 ± 0.5 เป็น 1.2 ± 0.4 (p -value < 0.01) ในทุกระดับชั้นเรียน

สรุป: โปรแกรมสุขศึกษาที่บูรณาการการมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครอง และผู้นำนักเรียน แสดงประสิทธิผลชัดเจนในการพัฒนาสถานะอนามัยช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษา โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้และการลดลงของค่าเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ทัศนคติ พฤติกรรม ไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญ ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าแนวทางที่มีส่วนร่วมเชิงรุกหลายฝ่ายมีศักยภาพในการยกระดับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียน และสามารถประยุกต์ใช้เป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียน

คำสำคัญ: สุขภาพช่องปาก, นักเรียนประถมศึกษา, การมีส่วนร่วม

บทนำ

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปากยังเป็นปัญหาที่สำคัญของคนไทย โดยพบว่าเด็กวัยเรียนและเยาวชนอายุ 12 ปี ร้อยละ 52 มีประสบการณ์เกิดโรคฟันแท้ผุ โรคฟันผุเป็นปัญหาอันดับ 1 ที่ส่งผลกระทบต่อทุกช่วงชีวิต ทั้งนี้อาจมีความรุนแรงมากขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ บังคับเสี่ยง เช่น การบริโภคน้ำตาลจากอาหารและเครื่องดื่ม การสูบบุหรี่ การใช้ยาเสพติดที่ฟลูออไรด์ไม่เพียงพอ และการไม่ดูแลสุขภาพช่องปาก¹ ข้อมูลสถานการณ์สภาวะสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียนจากผลการดำเนินงานรอบ 5 เดือนแรก (ต.ค. 64-ก.พ. 65) ความครอบคลุมของการตรวจสุขภาพช่องปาก พบว่าเด็กอายุ 12 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และวางแผนการรักษา เพียงร้อยละ 9.1 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้คือร้อยละ 30 เด็กอายุ 12 ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) ร้อยละ 82.5 (เป้าหมายร้อยละ 82) สำหรับการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากในเด็กวัยเรียน พบว่า เด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 9.9 และได้รับการเคลือบหลุม ร่องฟันกรามแท้เพียง ร้อยละ 1 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (ร้อยละ 50) ในส่วนของการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่พบว่า เด็กอายุ 4-12 ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ร้อยละ 7.5 โดยเป้าหมายที่กำหนดคือร้อยละ 50 ทั้งนี้เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 หน่วยบริการไม่สามารถจัดบริการป้องกันด้านสุขภาพช่องปาก และกิจกรรมต่าง ๆ ในโรงเรียนได้เนื่องจากสถานศึกษาปิดเรียน เป็นผลให้ความครอบคลุมของการให้บริการในกลุ่มเด็กวัยเรียนไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้²

สุขภาพช่องปากคือ สภาวะของโครงสร้างปาก ฟัน ช่องปาก และไบโหน้า ที่ช่วยให้บุคคลสามารถทำหน้าที่ที่จำเป็น เช่น การกิน การหายใจ และการพูด รวมถึงมิติด้านจิตสังคม เช่น ความมั่นใจในตนเอง ความเป็นอยู่ที่ดี และความสามารถในการเข้าสังคม

และการทำงาน โดยปราศจากความเจ็บปวด ความอึดอัด และความอับอายใจ สุขภาพช่องปากมีความแตกต่างกันไปในแต่ละช่วงชีวิต ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยสูงอายุ เป็นส่วนสำคัญของสุขภาพทั่วไปและสนับสนุนให้บุคคลมีส่วนร่วมในสังคม และบรรลุศักยภาพของตนเอง¹ วิสัยทัศน์ของยุทธศาสตร์ระดับโลกด้านสุขภาพช่องปากภายในปี 2573 ซึ่งจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพช่องปากที่ดี สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นและมีคุณภาพ ซึ่งตอบสนองต่อความต้องการและสามารถใช้งานได้โดยไม่ต้องมีประสบการณ์ลำบากทางการเงิน บริการเหล่านี้ควรรวมถึงการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากด้วย เป็นวิธีการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคในช่องปากและสภาวะต่าง ๆ ตลอดชีวิต³ ซึ่งมีเป้าหมายในการดำเนินงาน ดังนี้ เป้าหมายที่ 1 ภายใน พ.ศ. 2573 ร้อยละ 80 ของประชากรโลก มีสิทธิได้รับบริการดูแลสุขภาพช่องปากที่จำเป็น เป้าหมายที่ 2 ลดภาระโรคในช่องปาก ภายใน ปี พ.ศ. 2573 ความชุกของโรคและสภาวะในช่องปากทั่วโลก ทุกช่วงอายุลดลง ร้อยละ 10¹ จากการลงสำรวจสุขภาพช่องปากของนักเรียนในวัดโพธิ์ (ผักรั้ววิทยาลัย) โดยกลุ่มวิชาชีพด้านทันตสาธารณสุขประกอบด้วย ทันตแพทย์ ทันตภิบาล พบว่านักเรียนควรได้รับความรู้และความเข้าใจในเรื่องของสุขภาพช่องปาก รวมไปถึงทัศนคติที่ถูกต้อง โดยเฉพาะในเรื่องของการบริโภคน้ำตาลแล้วส่งผลให้เกิดฟันผุ ในส่วนของครูก็จำเป็นต้องมีการตรวจสุขภาพช่องปากของนักเรียนได้เบื้องต้น ให้เป็นไปตามโปรแกรมที่ WHO แนะนำให้ใช้ในโครงการ “โรงเรียนฟันสุขภาพ” ในประเทศวานูวาตู ที่สอนเด็ก ๆ ถึงความสำคัญของการทำความสะอาดฟัน โดยครูจะได้รับการฝึกอบรมให้จ่ายยาสีฟันในปริมาณเล็กน้อย ดูแลการแปรงฟัน โดยในแต่ละชั้นเรียนจะได้รับแผนภูมิบันทึกการแปรงฟันประจำวันของนักเรียน และนำกลับบ้านเพื่อบันทึกการแปรงฟันที่บ้าน เพื่อเป็นแรงจูงใจในการแปรงฟัน⁴ อีกทั้งการปรับพฤติกรรมที่นำโดยเพื่อน มีต้นกำเนิดมาจากแบบจำลองทางทฤษฎีที่มีอิทธิพลทางสังคม⁵ คือเด็กเรียนรู้พฤติกรรมสุขภาพผ่านการสังเกตแบบอย่างและการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่มีความใกล้ชิดทางสังคม โดยเฉพาะเพื่อนซึ่งมีบทบาทเป็นแบบอย่างและแหล่งอ้างอิงทางสังคมที่สำคัญ การให้คำแนะนำและการนำพฤติกรรมโดยเพื่อนจึงสามารถส่งเสริมการยอมรับและการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจใช้ทฤษฎี KAP ในการสร้างเสริมความรู้ให้เด็กนักเรียน ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มีความสำคัญกับตัวแปร 3 ตัว คือ ความรู้ (Knowledge) ทัศนคติ (Attitude) และพฤติกรรมการปฏิบัติ (Practice)⁶ ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ความรู้มีผลต่อทัศนคติ และทัศนคติที่ดีจะช่วยให้เกิดการปฏิบัติที่ดี โดยความรู้มีผลต่อ

การปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเชื่อว่าทัศนคติจะเป็นสื่อกลางที่ทำให้เกิดการปฏิบัติตามความรู้นั้นหรือความรู้อันมีผลต่อทัศนคติก่อนแล้วการปฏิบัติที่เกิดขึ้นเป็นไปตามทัศนคตินั้น⁷ และมีการสร้างเสริมบทบาทให้กับคุณครู ผู้นำนักเรียน และผู้ปกครอง ผ่านกระบวนการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ซึ่งเป็นกระบวนการที่มุ่งส่งเสริมให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเอง มีอิสระในการตัดสินใจ แก้ไขปัญหา และสามารถดึงศักยภาพที่มีอยู่ภายในตนมาใช้ในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของตน รวมถึงสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ด้วยตนเอง⁸ ทั้งนี้เพื่อให้ครู ผู้นำนักเรียน และผู้ปกครอง สามารถร่วมกันดูแลสุขภาพช่องปากเบื้องต้น และสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมให้แก่กันนักเรียน ทั้งในบริบทของโรงเรียนและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ออกแบบโดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครู ผู้นำนักเรียน และผู้ปกครอง ต่อความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม และสุขอนามัยช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนวัดโพธิ์ (ผักไห่วิทยาคาร)

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้น (Pre-experimental design) โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎี KAP (Knowledge-Attitude-Practice) ในการประเมินผลด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของนักเรียน ร่วมกับแนวคิดการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment approach) เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมเชิงรุกของครู ผู้ปกครอง และนักเรียนในการออกแบบและดำเนินกิจกรรมสุขศึกษา ระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือน

ประชากรที่เข้ารับการศึกษา ได้แก่ นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ถึง 6 โรงเรียนวัดโพธิ์ (ผักไห่วิทยาคาร) จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2567 และเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากภายใต้โครงการวิจัย โดยได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองในการเข้าร่วมการศึกษา และไม่มีข้อจำกัดทางสุขภาพที่ส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมฝึกปฏิบัติหรือการประเมิน

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงจากการศึกษาของ Kanokwan Suttagul และคณะ⁹ โดยโปรแกรม n4studies เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่อิสระต่อกัน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 8 คน และเมื่อเผื่อการขาดข้อมูลร้อยละ 10 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 9 คน อย่างไรก็ตาม โรงเรียนเป้าหมายมีนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด 70 คน จึงดำเนินการรับเข้าศึกษาแบบครบทั้งกลุ่ม (Total sampling) เพื่อเพิ่มความแม่นยำของการประมาณค่าและรองรับการขาดข้อมูลบางส่วน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษานี้ต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ถึงปีที่ 6 ของโรงเรียนวัดโพธิ์ (ผักไห่วิทยาคาร) จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในปีการศึกษา 2567
2. มีสภาพร่างกายและสภาพจิตใจที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การฝึกแปรงฟัน และการประเมินสุขภาพช่องปากได้ตลอดระยะเวลาการศึกษา 6 เดือน
3. ได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมในการเข้าร่วมการวิจัย
4. ยินยอมเข้าร่วมการเก็บข้อมูลทั้งในส่วนของการตอบแบบสอบถามด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก รวมถึงการตรวจสุขภาพช่องปากก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรม
5. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนการดำเนินโครงการได้อย่างสม่ำเสมอ และคาดว่าจะสามารถติดตามผลได้ครบถ้วนตามเวลาที่กำหนด

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

นักเรียนจะถูกคัดออกจากการศึกษา หากมีคุณสมบัติเข้าข่ายข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

1. มีโรคประจำตัว ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือความพิการทางร่างกายและพัฒนาการ ที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองหรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมฝึกปฏิบัติได้อย่างปลอดภัย
2. อยู่ระหว่างการรักษาทางทันตกรรมเฉพาะทางหรือมีการรักษาที่อาจส่งผลต่อการประเมินสุขอนามัยช่องปาก เช่น การรักษาทางศัลยกรรมช่องปาก หรือการรักษาที่ต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญในช่วงเวลาศึกษา
3. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากได้อย่างต่อเนื่อง โดยขาดการเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่าร้อยละ 20 ของระยะเวลาการดำเนินโครงการ
4. ไม่สามารถเข้ารับการตรวจสุขภาพช่องปากก่อนหรือหลังการแทรกแซงได้ครบถ้วน เช่น ขาดเรียนในวันตรวจ ปฏิเสธการตรวจหรือไม่สามารถยอมกราบจุลินทรีย์เพื่อประเมินดัชนี OHI-S ได้
5. ผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมถอนความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษาในระหว่างการทำโครงการ
6. มีข้อมูลไม่ครบถ้วนในตัวแปรสำคัญที่ใช้ในการวิเคราะห์ผลการศึกษา ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความถูกต้องของการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ก่อนเริ่มการเก็บข้อมูลผู้ตรวจทุกคนได้รับการประชุมชี้แจงและฝึกปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับเกณฑ์การวินิจฉัยและการบันทึกข้อมูล โดยใช้แนวทางเดียวกัน

ตลอดกระบวนการเก็บข้อมูล

1. ดัชนีสุขภาพช่องปากแบบย่อ (Simplified Oral Hygiene Index: OHI-S) ของ Greene และ Vermillion (1964)¹⁰ ซึ่งเป็นดัชนีที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินสุขภาพช่องปากในงานวิจัยและงานด้านสาธารณสุข โดยใช้แบบบันทึกปราบจุลินทรีย์ Simplified Oral Hygiene Index--OHI-S ของ Greene and Vermillion (1964) ในการบันทึกการตรวจ โดยใช้การย้อมคราบจุลินทรีย์ด้วยสีย้อม Erythrosin 6% ในการตรวจ เพื่อให้เห็นคราบจุลินทรีย์ที่ชัดเจนขึ้น โดยเลือกตรวจฟันดัชนี 6 ซี่ ได้แก่ ฟันกรามบนขวา ซี่ที่ 16 ฟิวด้านแก้ม (16 B), ฟันหน้าบนขวากลาง ซี่ที่ 11 ฟิวด้านริมฝีปาก (11 La), ฟันกรามบนซ้าย ซี่ที่ 26 ฟิวด้านแก้ม (26 B), ฟันกรามล่างซ้าย ซี่ที่ 36 ฟิวด้านลิ้น (36 Li), ฟันหน้าล่างซ้าย ซี่ที่ 31 ฟิวด้านริมฝีปาก (31 La), ฟันกรามล่างขวา ซี่ที่ 46 ฟิวด้านลิ้น (46 Li)

การให้คะแนนทำในระดับ 0-3 (0 = ไม่มีคราบ, 1 = มีคราบน้อย, 2 = มีคราบปานกลาง, 3 = มีคราบมาก) บันทึกคะแนนรายฟัน/รายซี่ แล้วคำนวณค่าเฉลี่ยเป็น DI-S ต่อบุคคล; ร่วมกับ CI-S เพื่อได้ OHI-S ตามวิธีของ Greene & Vermillion (1964)

2. แบบสอบถามวัดความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 15 ข้อ

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านทันตสาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 3 ท่าน โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์จะต้องมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป

แบบสอบถามวัดความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมด้านสุขภาพช่องปาก ได้รับการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) โดยกำหนดค่า Cronbach's alpha ของแบบสอบถามแต่ละด้านต้องมีค่ามากกว่า 0.70

การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามดำเนินการ 2 ครั้ง ได้แก่ ก่อนเริ่มการดำเนินกิจกรรม และหลังสิ้นสุดกิจกรรมในเดือนที่ 6 โดยผู้วิจัยและครูประจำชั้นเป็นผู้ให้คำแนะนำในการตอบแบบสอบถาม เพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจคำถามตรงกันและลดความคลาดเคลื่อนจากการตีความ

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตจากโรงเรียนวัดโพธิ์ (ผักไห้ววิทยาการ) เพื่อดำเนินกิจกรรมวิจัย และจัดประชุมชี้แจงรายละเอียดโครงการให้แก่ผู้บริหาร ครู นักเรียน และผู้ปกครอง โดยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ แนวทางการคุ้มครองสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ตลอดจนบทบาทของผู้ปกครองในการสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของนักเรียนที่บ้าน

พร้อมทั้งขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ปกครอง ก่อนเริ่มการศึกษา

2. นักเรียนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คนได้รับแบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากก่อนเข้าร่วมกิจกรรม โดยผู้วิจัยและทีมงานให้คำแนะนำในการตอบแบบสอบถามอย่างเหมาะสม ครู ผู้นำนักเรียน และผู้ปกครองได้รับการประเมินความพร้อมและเตรียมบทบาทในการเป็นผู้ถ่ายทอดข้อมูล ส่งเสริม และติดตามพฤติกรรมสุขภาพช่องปากร่วมกันทั้งในโรงเรียนและในครอบครัว

3. ผู้วิจัยดำเนินการอบรมครูประจำชั้น ครูอนามัย ผู้นำนักเรียน และผู้ปกครอง ในหัวข้อสุขศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยมีทันตแพทย์และทันตบุคลากรจากโรงพยาบาลชุมชนร่วมจัดกิจกรรม ประกอบด้วยการฝึกแปรงฟันอย่างถูกวิธี การใช้ไหมขัดฟัน และการย้อมคราบจุลินทรีย์ รวมถึงกิจกรรมสื่อสารสุขภาพ และการส่งเสริมพฤติกรรมผ่านการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยดำเนินการต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน พร้อมการติดตามและประเมินรายเดือน

4. ผู้วิจัย ครูประจำชั้น และผู้ปกครองร่วมกันติดตามพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนทุกเดือน ผ่านการสังเกตพฤติกรรมจริง ครู ผู้นำนักเรียน และผู้ปกครอง รวมทั้งการประเมินพฤติกรรมการแปรงฟัน

5. เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมในเดือนที่ 6 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลซ้ำโดยใช้แบบสอบถามชุดเดิม เพื่อประเมินผลการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก รวมทั้งตรวจสุขภาพช่องปากซ้ำโดยทันตแพทย์ เพื่อเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยของคราบจุลินทรีย์ สถานะฟันผุก่อนและหลังการแทรกแซง

จริยธรรมการวิจัย
การศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เลขที่ 16/2567 ลงวันที่ 23 กรกฎาคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามและการตรวจสุขภาพช่องปากนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรม ใช้สถิติแตกต่างกันตามลักษณะข้อมูล ดังนี้

1. คะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก (KAP scores): ใช้สถิติ Paired t-test หากข้อมูลมีการกระจายตัวปกติ และใช้ Wilcoxon signed-rank test หากข้อมูลไม่เป็นปกติ
2. ค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ (OHI-S): ใช้ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยระบายนัยสำคัญทางสถิติกำหนดไว้ที่ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการศึกษา

จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 70 ราย มีข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากครบทั้งก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรมจำนวน 63 คน โดยนักเรียนจำนวน 7 คนไม่สามารถเข้ารับการตรวจติดตามหลังการแทรกแซงได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และมีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วงวัยเรียนตอนปลายของระดับประถมศึกษา โดยนักเรียน

ส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 รองลงมาคือชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และปีที่ 5 ตามลำดับ ในด้านสภาพครอบครัวและการอยู่อาศัยพบว่านักเรียนส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการใช้เงินในการซื้อขนมหวานพบว่านักเรียนส่วนใหญ่ซื้อขนมหวานเป็นครั้งคราวหรือไม่เป็นประจำ ขณะที่นักเรียนที่ซื้อขนมหวานเป็นประจำมีสัดส่วนน้อย รายละเอียดของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=70)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	42 (60.0)
หญิง	28 (40.0)
อายุ (ปี)	
ค่าเฉลี่ย = 10.6, S.D. = 1.0, ค่าต่ำสุด = 9, ค่าสูงสุด = 12	
ระดับชั้น	
ประถมศึกษาปีที่ 4	23 (32.9)
ประถมศึกษาปีที่ 5	20 (28.6)
ประถมศึกษาปีที่ 6	27 (38.5)
พักอาศัยอยู่กับ	
พ่อและแม่	44 (62.9)
พ่อหรือแม่	10 (14.3)
ปู่ย่าหรือตายาย	12 (17.1)
ญาติ	4 (5.7)
จำนวนเงินที่ไปโรงเรียน (บาท)	
ค่าเฉลี่ย = 33.3, S.D. = 12.1, ค่าต่ำสุด = 20, ค่าสูงสุด = 60	
เคยใช้เงินไปโรงเรียนซื้อขนมหวาน	
เคย (ประจำ)	9 (12.9)
เคย (ไม่ประจำ)	59 (84.3)
ไม่เคย	2 (2.9)

ผลการศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมของนักเรียนก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมให้สุขศึกษาภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎี KAP พบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรม นักเรียนมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมเท่ากับ 3.9 ± 0.8 และหลังเข้าร่วมกิจกรรมเท่ากับ 4.5 ± 0.79 ,

p -value < 0.01) ในขณะที่คะแนนด้านทัศนคติเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 2.6 ± 0.9 เป็น 2.9 ± 0.8 แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.06) เช่นเดียวกับคะแนนด้านพฤติกรรมที่เพิ่มขึ้นจาก 16.2 ± 3.8 เป็น 16.9 ± 2.9 โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.22) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมของนักเรียนก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมให้สุขศึกษาภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎี KAP (วิเคราะห์โดย Paired t-test)

ปัจจัย	ก่อนเข้าร่วม (ค่าเฉลี่ย \pm SD)	หลังเข้าร่วม (ค่าเฉลี่ย \pm SD)	p -value
ด้านความรู้	3.9 ± 0.8	4.5 ± 0.8	<0.01
ด้านทัศนคติ	2.6 ± 0.9	2.9 ± 0.8	0.06
ด้านพฤติกรรม	16.2 ± 3.8	16.9 ± 2.9	0.22

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคราบจุลินทรีย์ที่วัดได้จากการประเมินด้วยดัชนีการวัดคราบจุลินทรีย์ Simplified Oral Hygiene Index--OHI-S ของ Greene and Vermillion, 1964 และนำมาเทียบกับเกณฑ์ระดับความสะอาด ของนักเรียนทุกชั้น

(ป.4-ป.6) มีค่าเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างชัดเจน โดยค่าเฉลี่ย OHI-S ลดลงจาก 1.9 ± 0.5 เหลือ 1.2 ± 0.4 คะแนน และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.01) ในทุกระดับชั้นเรียน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยของคราบจุลินทรีย์ Simplified Oral Hygiene Index (OHI-S) ของ Greene and Vermillion (1964) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม จำแนกตามระดับชั้นเรียน

ชั้น	N	ค่าเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์ก่อนการทดลอง	ค่าเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์ หลังการทดลอง	p -value
ป.4	20	1.8 ± 0.4	1.2 ± 0.4	<0.01
ป.5	18	1.7 ± 0.5	1.1 ± 0.3	<0.01
ป.6	25	2.0 ± 0.6	1.4 ± 0.5	<0.01
รวม	63	1.9 ± 0.5	1.2 ± 0.4	<0.01

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมสุขศึกษาที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครู ผู้นำนักเรียน และผู้ปกครองสามารถเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของนักเรียนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ Ceren Sağlam และคณะ¹¹ ที่ได้ศึกษาผู้ปกครองของเด็ก 227 คน อายุระหว่าง 7-13 ปี ซึ่งมารับบริการตรวจฟันประจำที่ภาควิชาทันตกรรมเด็ก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในประเทศตุรกีผู้เข้าร่วมได้รับแบบทดสอบก่อนเรียนจำนวน 20 ข้อ เพื่อประเมินระดับความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก จากนั้นจึงได้รับการอบรม และทำแบบทดสอบเดิมซ้ำอีกครั้งหลังจบการอบรม รวมถึงตอบแบบสอบถามความพึงพอใจเกี่ยวกับกิจกรรมที่ได้รับ พบว่าผู้ปกครองมีอายุเฉลี่ย 38.7 ± 13.5 ปี เป็นหญิงร้อยละ 54.0 และชาย 46.0 ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านเพศ อายุ และระดับการศึกษา (p -value > 0.05) คะแนนเฉลี่ยก่อนอบรมอยู่ที่ 7.1 ± 1.9 และเพิ่มขึ้นเป็น 12.2 ± 2.1 หลังการอบรม แสดงถึงการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้านความรู้ (p -value < 0.01) โดยร้อยละ 56 ของผู้ปกครองมีคะแนนเพิ่มขึ้น และร้อยละ 74 แสดงความพึงพอใจต่อกิจกรรมการอบรม¹¹ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศจีนโดย Luo, Hu และ Fan (2007) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ครูผู้สอนที่ผ่านการอบรมด้านสุขภาพช่องปากสามารถถ่ายทอดความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เด็กนักเรียนมีพฤติกรรมและสุขภาพช่องปากดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่มีการแทรกแซงจากครู¹² การวิจัยดังกล่าวยังได้รับการสนับสนุนโดยโครงการในฝรั่งเศสของ Jager, Mortier และ Dinet (2024) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของนักเรียน ครู และนักศึกษาทันตแพทย์ในการออกแบบสื่อสุขภาพ พบว่า ผู้เข้าร่วมทุกฝ่ายมีแรงจูงใจเพิ่มขึ้น และเชื่อว่าการมีส่วนร่วมเชิงร่วมนั้นส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ

นักเรียนในทางบวก¹³ ทั้งหมดนี้สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มที่สอดคล้องกันว่าการเสริมพลังอำนาจและการมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครอง และนักเรียน เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้สุขภาพช่องปากของเด็กในบริบทโรงเรียน

แม้ว่าคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติของนักเรียนจะเพิ่มขึ้นเล็กน้อยหลังการแทรกแซง แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ceren Sağlam และคณะ¹¹ ที่เน้นการให้ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากแก่ผู้ปกครองพบว่าความรู้ของผู้ปกครองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่ได้รายงานถึงการเปลี่ยนแปลงทัศนคติหรือพฤติกรรมของเด็กในระยะสั้นอย่างชัดเจน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า แม้การให้ความรู้สามารถเปลี่ยนแปลงองค์ความรู้ได้ทันที แต่การปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้เข้าร่วมต้องอาศัยระยะเวลาและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง¹¹ อีกทั้งสอดคล้องกับแนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์ที่ชี้ว่า ทัศนคติเป็นผลรวมของประสบการณ์ส่วนบุคคล ความเชื่อ และอิทธิพลทางสังคม ซึ่งต้องใช้กระบวนการสะสม ประสบการณ์จริง การเห็นแบบอย่างที่ดี และการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องจึงจะเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างแท้จริงในระยะยาว¹⁴

พฤติกรรมสุขภาพช่องปากของนักเรียนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ สาเหตุหนึ่งอาจเกิดจากความไม่สอดคล้องระหว่างเจตคติและการปฏิบัติจริง ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้บ่อยในงานวิจัยด้านพฤติกรรมศาสตร์ โดยเฉพาะในเด็ก การแปรงฟันอย่างถูกวิธีและสม่ำเสมอขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น การได้รับการดูแลและติดตามจากผู้ปกครองอย่างต่อเนื่อง ความพร้อมของอุปกรณ์ที่เหมาะสม (แปรงฟัน ไหมขัดฟัน ยาสีฟันฟลูออไรด์) และความเข้าใจที่ถูกต้องต่อวิธีการแปรงฟันที่ได้ผล การให้ความรู้เชิงทฤษฎีโดยลำพังจึงอาจไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ในทันที¹⁵ ดังนั้นความไม่สอดคล้องระหว่างทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพ

ช่องปากในเด็ก สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการออกแบบโปรแกรมสุขศึกษาที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองอย่างต่อเนื่อง การติดตามผลจริง และการเสริมพฤติกรรมเชิงปฏิบัติมากกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว

ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครู ผู้นำนักเรียน และผู้ปกครอง สถานะฟันผุของนักเรียนยังคงไม่เปลี่ยนแปลง โดยมีนักเรียนที่ไม่มีฟันผุจำนวน 40 คน (ร้อยละ 63.5) ทั้งก่อนและหลังการแทรกแซง ขณะที่นักเรียนที่มีฟันผุพบรวม 23 คน (ร้อยละ 36.5) ซึ่งกระจายอยู่ในระดับความรุนแรงต่างๆ ได้แก่ ฟันผุ 1 ซี่ 10 คน (ร้อยละ 15.9) ฟันผุ 2 ซี่ 10 คน (ร้อยละ 15.9) ฟันผุ 5 ซี่ 1 คน (ร้อยละ 1.6) และฟันผุ 7 ซี่ 2 คน (ร้อยละ 3.2) โดยจำนวนและสัดส่วนของฟันผุในแต่ละระดับไม่เปลี่ยนแปลงหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผลการวิเคราะห์ทางสถิติด้วย McNemar's chi-square test ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 1.00) อย่างไรก็ตาม การที่ค่าดัชนีฟันผุ (DMFT/dmft) ไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายในระยะเวลา 6 เดือน สามารถอธิบายได้ว่าเป็นผลจากลักษณะของตัวชี้วัดซึ่งสะท้อนผลลัพธ์เชิงชีวภาพในระยะยาวมากกว่าระยะสั้น การเกิดฟันผุเป็นกระบวนการค่อยเป็นค่อยไปจากการสะสมของคราบจุลินทรีย์และการสลายตัวของเคลือบฟัน ซึ่งมักใช้เวลาหลายเดือนถึงหลายปีจึงจะปรากฏอาการให้ตรวจพบได้ (Progression of caries lesion) โปรแกรมสุขศึกษาในครั้งนี้เน้นการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติในระยะสั้นโดยไม่มีมาตรการทางคลินิกเสริม เช่น การเคลือบฟลูออไรด์หรือการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง จึงอาจยังไม่เพียงพอที่จะทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของค่าดัชนีฟันผุได้อย่างชัดเจนในช่วงเวลาเพียงครึ่งปี¹⁶

ค่าเฉลี่ยของคราบจุลินทรีย์ (OHI-S) ของนักเรียนลดลงจาก 1.9 ± 0.5 เหลือ 1.2 ± 0.4 ซึ่งถือว่าเป็น การลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.01) ครอบคลุมทั้ง 3 ระดับชั้น (ป.4-6) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถปรับปรุงสุขอนามัยในช่องปากได้ในเชิงรูปธรรม สอดคล้องกับ วิชชุตา กุลวาชัย และคณะ¹⁷ พบว่าโปรแกรมการจับคู่แปรงฟันสามารถลดแผ่นคราบจุลินทรีย์ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 อำเภอเมืองจังหวัดน่านได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบกับความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์ของกลุ่มทดลองมีค่าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นไปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงนี้อาจสะท้อนถึงความมีประสิทธิภาพของกิจกรรมฝึกปฏิบัติเช่น การแปรงฟันที่ถูกวิธีที่ให้นักเรียนตระหนักและลงมือปฏิบัติจริงมากขึ้น

ข้อจำกัดการศึกษา

1. รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลองกลุ่มเดียว (One-group

Pretest-posttest design) ผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงหลังการแทรกแซงอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายนอก เช่น การเรียนรู้ตามวัย การรับข้อมูลจากสื่อ/กิจกรรมอื่นในโรงเรียน หรือเหตุการณ์ร่วมในช่วงเวลาเดียวกัน (History/maturation effects)

2. แม้โปรแกรมจะออกแบบให้มีการมีส่วนร่วมของครู ผู้นำนักเรียน และผู้ปกครอง แต่ระดับการมีส่วนร่วมจริงและความสม่ำเสมอของการติดตามรายบุคคลอาจแตกต่างกันในแต่ละห้องเรียนและแต่ละครอบครัว ซึ่งอาจส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านทัศนคติ/พฤติกรรมไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ

สรุป

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ออกแบบโดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครอง และผู้นำนักเรียน ต่อความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม และสุขอนามัยช่องปากของนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 4-6 ผลการศึกษาพบว่า หลังการดำเนินโปรแกรมนักเรียนมีความรู้ด้านสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าดัชนีสุขภาพช่องปากแบบย่อ (OHI-S) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนถึงการปรับปรุงด้านสุขอนามัยช่องปากในระยะสั้น

อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านทัศนคติ พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก และสถานะฟันผุของนักเรียนซึ่งอาจสะท้อนถึงข้อจำกัดของระยะเวลาการติดตามผลรวมถึงลักษณะของตัวชี้วัดบางประการที่ต้องอาศัยระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลงมากกว่าระยะเวลาการศึกษาในครั้งนี้

โดยสรุปโปรแกรมสุขศึกษาที่เน้นการมีส่วนร่วมหลายฝ่ายสามารถช่วยเสริมสร้างความรู้และปรับปรุงสุขอนามัยช่องปากของนักเรียนได้ในระยะสั้น ผลการศึกษานี้สนับสนุนการนำรูปแบบโปรแกรมดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียน อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมทัศนคติ และภาวะฟันผุอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาต่อไป

1. ควรดำเนินการวิจัยในระยะยาวมากขึ้นโดยมีระยะเวลา 1 ปี เพื่อให้สามารถประเมินผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมและสถานะสุขภาพช่องปากของนักเรียนได้อย่างชัดเจน และครอบคลุมการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว ทั้งในด้านการเรียนรู้ พฤติกรรม การปฏิบัติ และประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะฟันผุ
2. ควรพิจารณาใช้รูปแบบการวิจัยที่มีกลุ่มควบคุม (Controlled Trial) เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ของกลุ่มที่ได้รับการแทรกแซงกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการแทรกแซง ซึ่งจะช่วยลดอคติจากปัจจัยแทรกซ้อน และเพิ่มความน่าเชื่อถือของผล

การวิจัยในเชิงสาเหตุ

3. ควรพัฒนาและใช้เครื่องมือวิจัยที่หลากหลายและมีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เช่น การสังเกตเชิงพฤติกรรมโดยตรง การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้เกี่ยวข้อง ตลอดจนการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล อาทิ แอปพลิเคชันบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดอคติจากการประเมินตนเอง และเพิ่มความเที่ยงตรงของข้อมูล

4. ควรส่งเสริมการบูรณาการกิจกรรมสุขศึกษาสุขภาพช่องปากไว้ในหลักสูตรสถานศึกษาและกิจกรรมสำหรับผู้ปกครอง เพื่อให้การส่งเสริมสุขภาพช่องปากมีความต่อเนื่องและฝังรากอยู่ในวัฒนธรรมของสถานศึกษาและครอบครัว อันจะนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนในระยะยาว

5. ควรมีการศึกษาและพัฒนาโมเดลการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบบูรณาการ ที่เชื่อมโยงความร่วมมือระหว่างสถานศึกษา ชุมชน และหน่วยบริการสาธารณสุข เพื่อให้เกิดกลไกการดูแลสุขภาพช่องปากที่มีความครอบคลุม สม่่าเสมอ และมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ โรงเรียนวัดโพธิ์ผั๊กไห้ (เวชพันธอนุสรณ์) คณะผู้บริหาร คณะครู นักเรียน และผู้ปกครอง ที่ให้ความร่วมมือสนับสนุน และเอื้อเฟื้อสถานที่ ตลอดจนมีส่วนร่วมในกิจกรรมตลอดระยะเวลาการดำเนินโครงการวิจัย ขอขอบคุณ ทันตแพทย์ ทันตภิบาล และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการอบรมและตรวจสุขภาพช่องปากแก่นักเรียน ซึ่งมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนคุณภาพของกระบวนการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัยย้ำความสำคัญสุขภาพช่องปาก ส่งเสริม ป้องกันลดภาระโรคในช่องปาก. บริบทใหม่กับการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากคนไทย: Oral Health in Upcoming Era [อินเทอร์เน็ต]. 2023 [เข้าถึงเมื่อ 7 เมษายน 2024]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2023/07/27963>
2. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานสถานการณ์สุขภาพช่องปาก/ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและความรู้/แผนการขับเคลื่อนและการนิเทศติดตาม รอบ 5 เดือน (มีนาคม-กรกฎาคม 2565) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 7 เมษายน 2024]. เข้าถึงได้จาก: <https://dental.anamai.moph.go.th/web-upload/5x9c01a3d6e5539cf478715290ac946bee/tiny/mce/04/%E0%B8%A7%E0%B8%B1%E0%B8%A2%E0%B9%80%E0%B8%A3%E0%B8%B5%E0%B8%A2%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%B1%E0%B8%A2%E0%B8%A3%E0%B8%>

B8%E0%B9%88%E0%B8%99/1.1%20_Assessment%20CF%2012%2065_2.pdf

3. World Health Organization. Draft Global Oral Health Action Plan (2023–2030) [Internet]. 2024 [cited 2024 Apr 7]. Available from: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/mnd/oral-health/eb152-draft-global-oral-health-action-plan-2023-2030-en.pdf>
4. World Health Organization. “Healthy Tooth School” programme in Vanuatu teaches children the importance of clean teeth [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr 19]. Available from: <https://www.who.int/vanuatu/news/feature-stories/detail/healthy-tooth-school-programme-in-vanuatu-teach-children-the-importance-of-clean-teeth>
5. Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1986.
6. Anderson LW, Krathwohl DR, editors. A taxonomy for learning, teaching, and assessing: a revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives. Boston (MA): Longman; 2001.
7. Rokeach M. Attitude change and behavioral change. Public opinion quarterly. 1966;30(4):529–50.
8. Zimmerman MA. Psychological empowerment: Issues and illustrations. Am J Commun Psychol. 1995;23(5):581–99.
9. กนกวรรณ ศรีธากุล. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเทศบาลตำบลลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2022;16(3):71–84.
10. Greene JC, Vermillion JR. The simplified oral hygiene index. J Am Dent Assoc. 1964;68:7–13.
11. Sağlam C, Mojarrab N, Ahla EM, Çınarcık BS, Ertuğrul F, Çoğulu D. Evaluation of the effectiveness of parental oral health education. J Pediatr Res. 2025;12(1):7–13.
12. Luo W, Hu DY, Fan X. [Comparison between the effectiveness of two oral health education program for middle-school students]. Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi. 2007;25(3):266–8.
13. Jager S, Mortier E, Dinet J. Co-designing of preventive materials between dental students and primary

- school teachers to promote oral health: impact on professional practices for French dental students. *Eur J Dent Educ.* 2025;29(1):186–94.
14. Rokeach M. Attitude change and behavioral change. *Public Opin Q.* 1966;30(4):529–50.
 15. Alhabahbeh R, Alryalat SA, Al-Jaghbir MT. Oral health knowledge, attitudes and practices of parents of preschool children in Amman, Jordan 2019: a descriptive cross-sectional study. *Jordan Med J* [Internet]. 2024 Jun 24 [cited 2025 Aug 6];58(2). Available from: <https://journals.ju.edu.jo/index.php/JMJ/article/view/714>
 16. Jackson RJ, Newman HN, Smart GJ, Stokes E, Hogan JI, Brown C, et al. The effects of a supervised toothbrushing programme on the caries increment of primary school children, initially aged 5–6 years. *Caries Res.* 2005;39(2):108–15.
 17. วิชชุดา กุลาวาชัย, อารยา ประเสริฐชัย, ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์. ผลของโปรแกรมการจับคู่แปรงฟันต่อการลดแผ่นคราบจุลินทรีย์ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 อำเภอเมืองจังหวัดน่าน. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี.* 2563;14(2):78–91.