ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อบทบาทการให้ความรู้แก่ประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วสัน จันแดง[1*]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและบทบาทการให้ความรู้แก่ประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก

วิธีการศึกษา: การวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง ดำเนินการในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตบริการโรงพยาบาลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง จำนวน 93 คน จาก 7 หมู่บ้าน โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย กิจกรรมสร้างแรงจูงใจและทัศนคติเชิงบวก การเสริมสร้างความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพช่องปาก และการฝึกทักษะการสื่อสารเพื่อถ่ายทอดความรู้ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบค่าทีแบบจับคู่ (Paired t-test)

ผลการวิจัย: หลังเข้าร่วมโปรแกรม อสม. มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ทักษะการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการถ่ายทอดความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเพิ่มจาก 2.48 เป็น 2.94 คะแนน ทักษะการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเพิ่มจาก 2.03 เป็น 2.48 คะแนน และพฤติกรรมการถ่ายทอดความรู้เพิ่มจาก 2.06 เป็น 2.48 คะแนน

สรุปผลการวิจัย: โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของระดับความรอบรู้ ทักษะการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการถ่ายทอดความรู้ของอสม. ผลการศึกษาชี้ให้เห็นแนวโน้มว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพ อสม. เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในระดับชุมชนได้

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วันที่รับ: 18 ธันวาคม 2568
วันที่แก้ไข: 24 กุมภาพันธ์ 2569
วันที่ตอบรับ: 26 มีนาคม 2569

[1]โรงพยาบาลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง 93210
*(*ผู้ติดต่อบทความ)*

Effects of Oral Health Literacy Promotion Program in Providing Knowledge to the People on the Role of Village Health Volunteers

Wasun Jundaeng[1*]

Abstract

Objective: To compare the level of oral health literacy and the role of community health volunteers in educating the public before and after participating in an oral health literacy promotion program.

Methods: A quasi-experimental, one-group pre- and post-test design was conducted among 93 village health volunteers from 7 villages in the service area of Pa Phayom Hospital, Phatthalung Province. The researcher-developed oral health literacy promotion program consisted of activities to build motivation and positive attitudes, reinforce basic oral health knowledge, and train communication skills for knowledge dissemination. Data were collected using pre- and post-program questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

Results: After participating in the program, community health volunteers (CHVs) had significantly higher average scores in oral health literacy, oral health promotion skills, and knowledge transfer behavior compared to before participating in the program ($p < .001$). Oral health literacy scores increased from 2.48 to 2.94, oral health promotion skills increased from 2.03 to 2.48, and knowledge transfer behavior increased from 2.06 to 2.48.

Conclusion: Oral health literacy promotion programs are associated with increased levels of oral health literacy, oral health promotion skills, and knowledge transfer behaviors among community health volunteers (CHVs). The study results suggest that such programs can be used as a guideline for capacity building among CHVs to support community-level oral health promotion initiatives.

Keyword: Oral Health Literacy, Oral Health Promotion, Community Health Workers

Received Date: Dec 18, 2025
Revised Date: Feb 24, 2026
Accepted Date: Mar 26, 2026

[1]*Paphayom Hospital, Phatthalung Province 93210, Thailand.*
(= corresponding author)*

บทนำ (Introduction)

ปัจจุบันระบบสุขภาพของประเทศไทยให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (Health Literacy: HL) อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในบริบทของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มุ่งเน้นการป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องในระดับชุมชน สุขภาพช่องปากเป็นประเด็นสำคัญที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิต สุขภาวะโดยรวม และภาระโรคเรื้อรัง จากรายงานของสำนักทันตสาธารณสุข (1) พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในระดับไม่เพียงพอ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมักมีข้อจำกัดด้านการอ่าน การเขียน ระดับการศึกษา และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่เหมาะสมและปัญหาสุขภาพช่องปากสะสม

นโยบายและแนวทางการดำเนินงานด้านทันตสุขภาพในช่วงปีที่ผ่านมาได้ให้ความสำคัญกับการป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) ภายใต้แนวทาง “สุขภาพช่องปากดี วิถีใหม่” ที่มุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทุกกลุ่มวัย งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในระดับเพียงพอจะมีการสูญเสียฟันน้อยกว่า มีจำนวนฟันที่เหลืออยู่มากกว่า และมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน และอุด (DMFT) ต่ำกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ไม่เพียงพอ (2) โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจและดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองอย่างเหมาะสม (3) ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงบริการสุขภาพกับประชาชน มีบทบาทในการถ่ายทอดความรู้ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน การเสริมสร้างความรอบรู้และทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปากของอสม.จึงมีความสำคัญ และสอดคล้องกับเป้าประสงค์ของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560–2564) ที่มุ่งเน้นการเสริมศักยภาพประชาชนและชุมชนให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างยั่งยืน (4)

สำหรับจังหวัดพัทลุง ซึ่งเป็นพื้นที่ชนบทที่ประชาชนส่วนใหญ่พึ่งพาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง (5) ระบุว่าประชาชนในอำเภอป่าพะยอมยังมีปัญหาฟันผุ ฟันถอน และโรคเหงือกอักเสบสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นของการพัฒนาศักยภาพอสม.ให้สามารถมีบทบาทเชิงรุกในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาอสม.ด้านความรู้และทักษะสามารถเพิ่มความมั่นใจและประสิทธิภาพในการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (6) รวมถึงช่วยยกระดับความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้เข้าร่วม (7) และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม (8)

แม้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะมีบทบาทสำคัญในการถ่ายทอดความรู้และสนับสนุนการดูแลสุขภาพของประชาชนในระดับชุมชน แต่จากการทบทวนสถานการณ์และงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า อสม.จำนวนหนึ่งยังมีข้อจำกัดด้านความรู้และทักษะในการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพช่องปาก ทำให้การถ่ายทอดข้อมูลและการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชนยังไม่เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควร (6,7) นอกจากนี้ งานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทยส่วนใหญ่มุ่งเน้นการให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพแก่ประชาชนโดยตรง ขณะที่การพัฒนาโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยเฉพาะยังมีจำนวนจำกัด (6,8)

การพัฒนาศักยภาพของอสม.ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและมีทักษะในการสื่อสารสุขภาพที่เหมาะสม จึงอาจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการถ่ายทอดความรู้และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของประชาชนในชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มประชาชนที่มีความเสี่ยงหรือมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ เช่น ผู้สูงอายุ

และประชาชนในพื้นที่ชนบท ซึ่งต้องพึ่งพาการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพชุมชนเป็นสำคัญ (6,8)

อย่างไรก็ตาม ในบริบทพื้นที่ยังมีข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากรทันตกรรม ความต่อเนื่องของบริการ และแรงจูงใจของประชาชนในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่จึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อบทบาทการให้ความรู้แก่ประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนาแนวทางเสริมสร้างศักยภาพอสม. และสนับสนุนการขยายผลเชิงนโยบายด้านทันตสุขภาพในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิต่อไป

วัสดุอุปกรณ์และวิธีดำเนินการวิจัย (Materials and Methods)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest–Posttest Design) ดำเนินการในเขตบริการโรงพยาบาลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ซึ่งเป็นพื้นที่ชนบทที่ประชาชนส่วนใหญ่พึ่งพาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีโรงพยาบาลชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นแหล่งบริการหลักด้านทันตสุขภาพมีบริการพื้นฐาน เช่น ตรวจสุขภาพช่องปาก อุดฟัน ถอนฟัน และให้คำแนะนำ อย่างไรก็ตามพื้นที่ยังมีข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากรทันตกรรมและความต่อเนื่องของการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและประชาชนในพื้นที่ห่างไกล

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและบทบาทการให้ความรู้แก่ประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง เมื่อวันที่ 17 มิถุนายน 2568 ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยแก่ทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนที่เข้าร่วมกิจกรรม โดยผู้เข้าร่วมทุกคนให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร (informed consent) ด้วยความสมัครใจ สามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบต่อการรับบริการสุขภาพ และข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การคัดเลือกผู้เข้าร่วมงานวิจัย

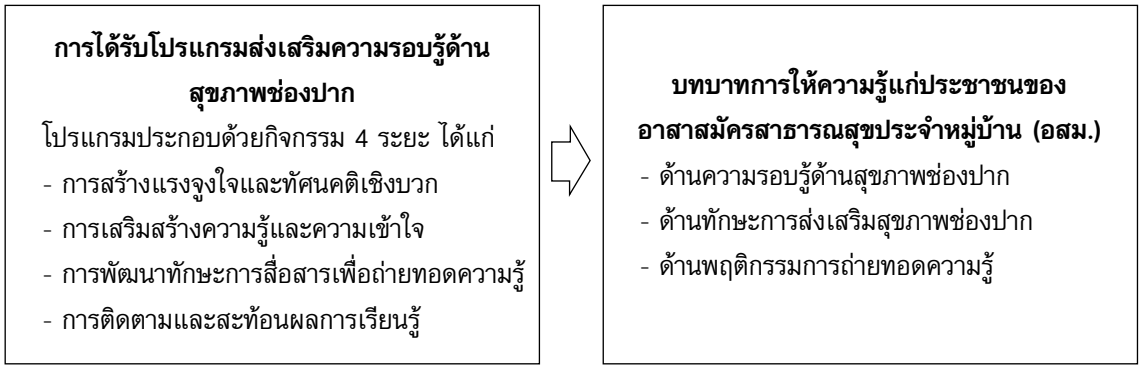
เกณฑ์การคัดเข้าของผู้เข้าร่วมงานวิจัยต้องเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ศึกษา (ทั้ง 7 หมู่บ้าน) มีอายุระหว่าง 25-59 ปี ปฏิบัติงานในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไปสามารถอ่านออกเขียนได้ และสื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ เกณฑ์การคัดออก คือ อสม. ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมได้ครบทุกครั้ง มีปัญหาทางสุขภาพรุนแรง หรือมีภาวะเรื้อรังที่ส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรม (เช่น โรคทางสมอง หรือภาวะสมองเสื่อม) และลาออกหรือย้ายพื้นที่ระหว่างดำเนินการวิจัย เดือนมิถุนายน–เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568

ขนาดกลุ่มตัวอย่างและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest–Posttest Design) กลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงานอยู่ในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลป่าพะยอม ตำบลป่าพะยอม อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ปี พ.ศ. 2568 จาก 7 หมู่บ้าน การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Taro Yamane (9) ที่ระดับความคลาดเคลื่อน 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 93 คน จากนั้นดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน (proportional stratified random sampling) ตามจำนวนอสม.ในแต่ละหมู่บ้าน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนลักษณะของประชากรในพื้นที่ศึกษาอย่างเหมาะสม โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการประเมินก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และประเมินซ้ำหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมในกลุ่มเดียวกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของ Nutbeam (10) เป็นกรอบแนวคิด โดยแบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรอบรู้ระดับพื้นฐาน ความรอบรู้เชิงปฏิสัมพันธ์ และความรอบรู้เชิงวิพากษ์ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก โดยมุ่งพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเสริมบทบาทในการถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชนอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โปรแกรมมีระยะเวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์ (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง) ดังแสดงในกรอบแนวคิดการวิจัย (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย

Fig 1. Shows the conceptual framework of the research.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของ Nutbeam (10) ได้แก่ ความรอบรู้ระดับพื้นฐาน ความรอบรู้เชิงปฏิสัมพันธ์ และความรอบรู้เชิงวิพากษ์ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในระดับชุมชนและบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โปรแกรมออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทชุมชนและระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยมุ่งพัฒนาความรู้ ทักษะการสื่อสาร และพฤติกรรมการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ทั้งนี้ก่อนนำไปใช้ โปรแกรมได้รับการพิจารณาความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านทันตสาธารณสุขและงานสุขภาพชุมชน จำนวน 3 ท่าน และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ โปรแกรมดำเนินการเป็นเวลา 4 สัปดาห์ (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 2–3 ชั่วโมง) โดยจัดอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจาก 7 หมู่บ้าน เป็นกลุ่มย่อยหมู่บ้านละประมาณ 10–15 คน กิจกรรมจัด ณ โรงพยาบาลป่าพะยอมและหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ การประเมินผลดำเนินการก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 รายละเอียดของแนวคิด รูปแบบกิจกรรม สื่อที่ใช้ และระยะเวลา แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
Table 1. Oral health literacy promotion program for village health volunteers.

ระยะเวลา	แนวคิด	วัตถุประสงค์	รูปแบบกิจกรรม	สื่อที่ใช้	ระยะเวลา
สัปดาห์ที่ 1 การสร้างแรงจูงใจและทัศนคติเชิงบวก	Health Literacy ระดับพื้นฐาน	สร้างความตระหนักและทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก	การบรรยายเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพช่องปากในชุมชน กิจกรรมกลุ่มย่อย “เล่าเรื่องจากประสบการณ์จริง”	วีดิทัศน์ อินโฟกราฟิก	2-3 ชั่วโมง
สัปดาห์ที่ 2 การเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจ	Health Literacy ระดับพื้นฐานและเชิงปฏิสัมพันธ์	เพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจด้านสุขภาพช่องปาก	การอบรมความรู้พื้นฐาน กิจกรรมถาม–ตอบและเกมการเรียนรู้	สไลด์นำเสนอ แบบฝึกกิจกรรม	2-3 ชั่วโมง
สัปดาห์ที่ 3 การพัฒนาทักษะการสื่อสาร	Health Literacy เชิงปฏิสัมพันธ์	พัฒนาทักษะการสื่อสารและการถ่ายทอดความรู้	การฝึกใช้สื่อประชาสัมพันธ์ กิจกรรม Role play จำลองสถานการณ์	แผ่นพับ โปสเตอร์ บอร์ดนิเทศ	2-3 ชั่วโมง
สัปดาห์ที่ 4 การติดตามและสะท้อนผลการเรียนรู้	Health Literacy เชิงวิพากษ์	สะท้อนผลการเรียนรู้และเตรียมการนำไปใช้จริงในชุมชน	การสะท้อนผลการเรียนรู้แบบกลุ่ม (Reflection) การประเมินก่อน–หลังและแลกเปลี่ยนเรียนรู้	แบบประเมิน แบบสอบถาม	2-3 ชั่วโมง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ ระยะเวลาการเป็น อสม. และ อสม.ในพื้นที่หมู่บ้าน ลักษณะเป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกเพียงคำตอบเดียว และคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดเรื่อง Health Literacy ด้านทันตสุขภาพ และการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (10) จำนวน 35 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 12 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มุ่งประเมินความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก เช่น ความสำคัญของการแปรงฟัน การป้องกันโรคในช่องปาก (ตัวอย่างข้อคำถาม ได้แก่ “ท่านเข้าใจถึงความสำคัญของการแปรงฟันอย่างถูกวิธี” และ “ท่านทราบว่าอาหารหวานส่งผลเสียต่อสุขภาพฟัน”)

2. ด้านความเข้าใจและการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 13 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ประเมินความสามารถในการอ่าน ทำความเข้าใจ และวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพช่องปาก (ตัวอย่างข้อคำถาม ได้แก่ “ท่านสามารถแยกแยะข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากจากข้อมูลที่ผิดพลาดได้” และ “ท่านสามารถอธิบายความเสี่ยงของโรคในช่องปากจากพฤติกรรมการบริโภคได้”)

3. ด้านการนำข้อมูลไปใช้ประกอบการตัดสินใจและการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ประเมินความสามารถในการนำข้อมูลด้านสุขภาพช่องปากไปใช้ในการตัดสินใจและดูแลสุขภาพตนเอง (ตัวอย่างข้อคำถาม ได้แก่ “ท่านสามารถวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปากประจำวันได้อย่างเหมาะสม” และ “ท่านสามารถตัดสินใจเลือกรับบริการทันตกรรมเมื่อมีปัญหาในช่องปาก”)

มีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน 3 หมายถึง มีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

คะแนน 2 หมายถึง มีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติบางครั้ง

คะแนน 1 หมายถึง ไม่มีพฤติกรรมหรือการปฏิบัตินั้น

การแปลผลจำแนกเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของเบสท์ (11) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.66 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับน้อย

อสม.ยังมีข้อจำกัดในการเข้าใจและนำความรู้ไปใช้

คะแนนเฉลี่ย 1.67–2.33 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง อสม. สามารถปฏิบัติตามแนวทางได้บางส่วน แต่ยังขาดความต่อเนื่องในการถ่ายทอดความรู้

คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.00 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับมาก อสม.สามารถเข้าใจวิเคราะห์ และนำความรู้ไปใช้ได้อย่างเหมาะสม

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับองค์ความรู้พื้นฐานด้านทันตสุขศึกษา แนวทางการดูแลสุขภาพช่องปาก และการป้องกันโรคในช่องปาก โดยอิงจากงานวิจัยและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมทันตสุขภาพของประชาชนในชุมชน รวมถึงแนวทางการพัฒนาองค์ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านทันตสุขภาพ แบบสอบถามมีจำนวน 20 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะในช่องปาก จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ประเมินความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโครงสร้างและหน้าที่ของฟัน เหงือก และอวัยวะในช่องปาก (ตัวอย่างข้อคำถาม ได้แก่ “ท่านทราบว่าฟันมีหน้าที่ในการบดเคี้ยวอาหาร” และ “ท่านเข้าใจว่ารากฟันฝังอยู่ในกระดูกขากรรไกร”)

2. ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคในช่องปากที่พบบ่อยและสาเหตุการเกิดโรค จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคในช่องปากและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง (ตัวอย่างข้อคำถาม ได้แก่ “ท่านทราบว่าสาเหตุหลักของฟันผุคือการรับประทานอาหารหวานบ่อย” และ “ท่านเข้าใจว่าโรคเหงือกอักเสบเกิดจากการมีคราบจุลินทรีย์สะสม”)

3. ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาความสะอาดช่องปากและการป้องกันโรค จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ประเมินความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคในช่องปากอย่างถูกต้อง (ตัวอย่างข้อคำถาม ได้แก่ “ท่านทราบว่าการใช้ไหมขัดฟันช่วยทำความสะอาดซอกฟันได้ดี” และ “ท่านรู้ว่าควรพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากทุก 6 เดือน”)

4. ด้านความรู้เกี่ยวกับแนวทางการส่งเสริมและถ่ายทอดความรู้ให้ประชาชน จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ประเมินความรู้เกี่ยวกับบทบาทของอสม.ในการส่งเสริมและถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพช่องปากแก่ประชาชนในชุมชน (ตัวอย่างข้อคำถาม ได้แก่ “ท่านเข้าใจว่าควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายเมื่อต้องถ่ายทอดความรู้ให้ประชาชน” และ “ท่านทราบว่าบทบาทของอสม.มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของประชาชนในชุมชน”)

ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน 3 หมายถึง มีความรู้ถูกต้อง ครบถ้วน

คะแนน 2 หมายถึง มีความรู้ถูกต้องบางส่วน

คะแนน 1 หมายถึง ไม่มีความรู้นั้นเลย

การแปลผลจำแนกเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของเบสท์ (11) ดังนี้

1.00–1.66 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับน้อย

1.67–2.33 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับปานกลาง

2.34–3.00 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบวัดทักษะการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการพัฒนาทักษะการให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพในชุมชน กระบวนการถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชน และบทบาทของอสม.ในการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก รวมทั้งอ้างอิงแนวทางการประเมินสมรรถนะและทักษะในงานสุขภาพชุมชน แบบประเมินมีจำนวน 25 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านทักษะการสื่อสารและอธิบายความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ประเมินความสามารถในการสื่อสารและถ่ายทอดข้อมูลด้านสุขภาพช่องปากให้ประชาชนเข้าใจได้อย่างเหมาะสม (ตัวอย่างข้อคำถาม ได้แก่ “ท่านใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายในการพูดคุยเรื่องสุขภาพช่องปากกับประชาชน” และ “ท่านสามารถตอบคำถามของประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากได้”)

2. ด้านทักษะการแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ประเมินความสามารถในการให้คำแนะนำและสาธิตวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง (ตัวอย่างข้อคำถาม ได้แก่ “ท่านสามารถสาธิตวิธีแปรงฟันอย่างถูกวิธีให้ประชาชนดู” และ “ท่านแนะนำให้ประชาชนใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์อย่างสม่ำเสมอ”)

3. ด้านทักษะการวางแผนและดำเนินกิจกรรมรณรงค์หรือให้ความรู้ในชุมชน จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ประเมินความสามารถในการวางแผน จัดกิจกรรม และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน (ตัวอย่างข้อคำถาม ได้แก่ “ท่านเข้าร่วมวางแผนกิจกรรมรณรงค์เรื่องสุขภาพช่องปากในชุมชน” และ “ท่านจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องสุขภาพช่องปากร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุข”)

4. ด้านทักษะการติดตามและประเมินผลการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชน จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ประเมินความสามารถในการติดตาม ประเมินผล และรายงานข้อมูลด้านสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ (ตัวอย่างข้อคำถาม ได้แก่ “ท่านติดตามพฤติกรรมการดูแลฟันของประชาชนหลังจากได้รับคำแนะนำ” และ “ท่านรายงานปัญหาหรือความต้องการด้านสุขภาพช่องปากของประชาชนต่อเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง”)

ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน 3 หมายถึง ปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

คะแนน 2 หมายถึง ปฏิบัติได้บางครั้ง/ยังไม่ต่อเนื่อง

คะแนน 1 หมายถึง ปฏิบัติไม่ได้/ไม่เคยปฏิบัติเลย

การแปลผลจำแนกเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของเบสท์ (11) ดังนี้

1.00–1.66 หมายถึง มีทักษะการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับน้อย

1.67–2.33 หมายถึง มีทักษะการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับปานกลาง

2.34–3.00 หมายถึง มีทักษะการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 5 แบบวัดพฤติกรรมการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดด้านพฤติกรรมสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพในชุมชน บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเป็นผู้นำด้านสุขภาพ และกระบวนการถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชนในชุมชน รวมถึงกรอบแนวคิดด้านพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ แบบประเมินมีจำนวน 25 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการจัดกิจกรรมเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากในชุมชน จำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ประเมินการปฏิบัติบทบาทของอสม.ในการจัดกิจกรรมและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากในระดับชุมชน

(ตัวอย่างข้อคำถาม ได้แก่ “ท่านจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการแปรงฟันที่ถูกวิธีในชุมชน” และ “ท่านจัดกิจกรรมสาธิตการใช้ไหมขัดฟันให้กับประชาชน”)

2. ด้านการสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพช่องปากแก่กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ประเมินพฤติกรรมการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพช่องปากให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายในชุมชน (ตัวอย่างข้อคำถาม ได้แก่ “ท่านให้คำแนะนำด้านสุขภาพช่องปากแก่ผู้สูงอายุ” และ “ท่านใช้สื่อภาพหรือสื่อสิ่งพิมพ์ในการอธิบายข้อมูลด้านทันตสุขภาพ”)

3. ด้านการแนะนำและติดตามพฤติกรรมของประชาชนในชุมชน จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ประเมินพฤติกรรมการให้คำแนะนำ ติดตาม และเสริมแรงให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพช่องปาก (ตัวอย่างข้อคำถาม ได้แก่ “ท่านติดตามดูว่าประชาชนในชุมชนมีพฤติกรรมดูแลช่องปากที่เหมาะสมหรือไม่” และ “ท่านให้คำแนะนำเมื่อตรวจพบว่าประชาชนดูแลช่องปากไม่ถูกวิธี”)

4. ด้านการสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ประเมินพฤติกรรมการกระตุ้น เสริมแรง และสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่อง (ตัวอย่างข้อคำถาม ได้แก่ “ท่านพูดจาสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ประชาชนดูแลช่องปากตนเอง” และ “ท่านชี้ให้เห็นข้อดีของการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอ”)

ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน 3 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวเป็นประจำ

คะแนน 2 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวบางครั้ง

คะแนน 1 หมายถึง ไม่ค่อยหรือไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย

การแปลผลจำแนกเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของเบสท์ (11) ดังนี้

1.00–1.66 หมายถึง พฤติกรรมการถ่ายทอดความรู้ อยู่ในระดับน้อย

1.67–2.33 หมายถึง พฤติกรรมการถ่ายทอดความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง

2.34–3.00 หมายถึง พฤติกรรมการถ่ายทอดความรู้ อยู่ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือและโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก แบบวัดความรู้ แบบวัดทักษะ และแบบวัดพฤติกรรมการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา รูปแบบกิจกรรม และสื่อที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรม ประกอบด้วย ทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข จำนวน 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุขด้านงานสุขภาพชุมชน จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลอนามัยชุมชน จำนวน 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิได้ประเมินความสอดคล้องของเนื้อหากับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ความชัดเจนของภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยกำหนดค่าที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.60 ขึ้นไป (12) ผลการตรวจสอบพบว่าแบบสอบถามมีค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67–1.00 ทุกข้อ แสดงว่าเครื่องมือและโปรแกรมมีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับเหมาะสม หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขถ้อยคำ รูปแบบกิจกรรม และสื่อการเรียนรู้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริงในการวิจัย ทั้งนี้ โปรแกรมดังกล่าวมุ่งพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการถ่ายทอดความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ประชาชนในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มประชาชนทั่วไปและผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทันตกรรม

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ภายหลังจากผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยวิเคราะห์

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) สำหรับแบบวัดที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ได้แก่ แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก แบบวัดทักษะการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และแบบวัดพฤติกรรมการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ส่วนแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพช่องปากซึ่งเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธีเดียวกัน ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพช่องปากเท่ากับ 0.86 แบบวัดทักษะการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเท่ากับ 0.91 และแบบวัดพฤติกรรมการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพช่องปากเท่ากับ 0.93 ซึ่งค่าความเที่ยงของเครื่องมือทั้งหมดมีค่ามากกว่า 0.70 แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นในระดับดีและสามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ (13)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก แบบวัดความรู้ แบบวัดทักษะ และแบบวัดพฤติกรรมการถ่ายทอด โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ระดับคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปา ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการถ่ายทอด โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการถ่ายทอดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติทดสอบค่าทีแบบจับคู่ (Paired t-test) ภายหลังตรวจสอบสมมติฐานว่าค่าความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังมีการแจกแจงแบบปกติ

ผลการศึกษา (Results)

ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ศึกษา จำนวน 93 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 86.02 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 50–59 ปี จำนวน 37 คน (ร้อยละ 39.78) โดยมีอายุเฉลี่ย 51.51 ปี (S.D. = 11.80) มีสถานภาพสมรส จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 75.27 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นมัธยมศึกษา จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 46.24 อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 69.89 ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากกว่า 10 ปี จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 52.69 และส่วนใหญ่เป็น อสม. ในพื้นที่เดียวกับที่พักอาศัย จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 96.77 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 93)

Table 2. Personal data of village health volunteers (n = 93).

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	13	13.98
หญิง	80	86.02
ช่วงอายุ		
20–39 ปี	9	9.68
40–49 ปี	23	24.73
50–59 ปี	37	39.78
60 ปีขึ้นไป	24	25.81
ค่าเฉลี่ย $\bar{X}$ = 51.51 , S.D. = 11.80		
สถานภาพสมรส		
โสด	9	9.68
สมรส	70	75.27
หม้าย	9	9.68
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	5	5.38
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	15	16.13
มัธยมศึกษา	43	46.24
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	22	23.66
ปริญญาตรี	12	12.90
สูงกว่าปริญญาตรี	1	1.08
อาชีพปัจจุบัน		
เกษตรกร	65	69.89
ค้าขาย	11	11.83
รับจ้าง	13	13.98
พนักงานเอกชน	1	1.08
ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน	2	2.15
อื่น ๆ	1	1.08
ระยะเวลาการเป็น อสม.		
1–5 ปี	29	31.18
6–10 ปี	15	16.13
มากกว่า 10 ปี	49	52.69
เป็น อสม. ในพื้นที่หมู่บ้านเดียวกับที่พักอาศัยหรือไม่		
ใช่	90	96.77
ไม่ใช่	3	3.23
รวม	**93**	**100**

ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ผลการวิจัยพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากโดยรวมเฉลี่ย 2.48 คะแนน อยู่ในระดับมาก และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 2.94 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมาก โดยพบว่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 17.12$, $p < .001$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ด้านทักษะการปฏิบัติตน และด้านความตระหนักและการดูแลช่องปาก พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)(ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 93)
Table 3 Oral health literacy scores before and after participating in the program (n = 93).

ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	t	p-value
1. ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	2.45 ± 0.32	2.92 ± 0.15	14.21	< .001*
2. ทักษะการปฏิบัติตนเกี่ยวกับช่องปาก	2.51 ± 0.28	2.96 ± 0.14	13.87	< .001*
3. ความตระหนักและการดูแลช่องปาก	2.48 ± 0.30	2.94 ± 0.16	15.03	< .001*
คะแนนรวม	**2.48 ± 0.27**	**2.94 ± 0.13**	**17.12**	**< .001***

*p < .01

ด้านความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ผลการวิจัยพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพช่องปากโดยรวมเฉลี่ย 2.19 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 2.86 คะแนน อยู่ในระดับมาก โดยพบว่าคะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p < .001$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีการเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ แนวทางการส่งเสริมและถ่ายทอดความรู้ให้ประชาชน ($t = 17.22$, $p < .001$) รองลงมาคือ ความรู้เกี่ยวกับโรคในช่องปากที่พบบ่อยและสาเหตุการเกิดโรค ขณะที่ด้านการดูแลรักษาความสะอาดและการป้องกันโรคมีการเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด โดยคะแนนรวมเพิ่มจาก 2.19 เป็น 2.86 คะแนน ($t = 18.05$, $p < .001$) ทั้งนี้การเพิ่มขึ้นเด่นชัดในด้านการถ่ายทอดความรู้อาจสัมพันธ์กับกิจกรรมฝึกทักษะการสื่อสารและการจำลองสถานการณ์ในโปรแกรม (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านสุขภาพช่องปากก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 93)
Table 4. Compares oral health knowledge scores before and after participating in the program (n = 93).

ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	t	p-value
1. ความรู้เกี่ยวกับโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะในช่องปาก	2.21 ± 0.38	2.85 ± 0.18	15.42	< .001*
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคในช่องปากที่พบบ่อยและสาเหตุการเกิดโรค	2.18 ± 0.41	2.90 ± 0.16	16.03	< .001*
3. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาความสะอาดและการป้องกันโรค	2.10 ± 0.44	2.78 ± 0.25	14.87	< .001*
4. แนวทางการส่งเสริมและถ่ายทอดความรู้ให้ประชาชน	2.25 ± 0.36	2.92 ± 0.14	17.22	< .001*
คะแนนรวม	**2.19 ± 0.32**	**2.86 ± 0.15**	**18.05**	**< .001***

*p < .01

ด้านทักษะการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผลการวิจัยพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนทักษะการส่งเสริมสุขภาพช่องปากโดยรวมเฉลี่ย 2.03 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 2.48 คะแนน อยู่ในระดับมาก โดยพบว่าทักษะการส่งเสริมสุขภาพช่องปากหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในทุกด้าน ได้แก่ ทักษะการสื่อสารและอธิบายความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ทักษะการแนะนำวิธีการดูแลที่ถูกต้อง ทักษะการวางแผนและดำเนินกิจกรรมรณรงค์ในชุมชน และทักษะการติดตามประเมินผลประชาชน โดยคะแนนรวมเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 2.03 คะแนนเป็น 2.48 คะแนน ($t = 15.27$, $p < .001$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนทักษะการส่งเสริมสุขภาพช่องปากก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 93)
Table 5. Compares oral health promotion skills scores before and after participating in the program (n = 93).

ทักษะการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	t	p-value
1. ทักษะการสื่อสารและอธิบายความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	2.05 ± 0.48	2.49 ± 0.33	12.84	< .001*
2. ทักษะการแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง	2.10 ± 0.52	2.56 ± 0.30	13.96	< .001*
3. ทักษะการวางแผนและดำเนินกิจกรรมรณรงค์/ให้ความรู้ในชุมชน	1.98 ± 0.50	2.42 ± 0.35	12.03	< .001*
4. ทักษะการติดตามและประเมินผลการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชน	2.00 ± 0.47	2.45 ± 0.32	13.11	< .001*
คะแนนรวม	**2.03 ± 0.44**	**2.48 ± 0.28**	**15.27**	**< .001***

*p < .01

ด้านพฤติกรรมการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในทุกด้าน (p < .001) โดยคะแนนรวมเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 2.06 คะแนนเป็น 2.48 คะแนน สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีผลต่อการพัฒนาทักษะการสื่อสาร การจัดกิจกรรม การให้คำแนะนำ การติดตามประชาชน และการสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนดูแลสุขภาพช่องปาก และด้านที่มีการเพิ่มขึ้นเด่นชัดที่สุด คือ การสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก (t = 12.22, p < .001) รองลงมา คือ การสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพช่องปากแก่กลุ่มเป้าหมาย (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพช่องปากก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 93)

Table 6. Compares the scores on oral health knowledge dissemination behavior before and after participating in the program (n = 93).

พฤติกรรมการถ่ายทอดความรู้	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	t	p-value
1. การจัดกิจกรรมเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากในชุมชน	2.10 ± 0.57	2.50 ± 0.40	11.25	< .001*
2. การสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	2.05 ± 0.60	2.48 ± 0.38	12.04	< .001*
3. การแนะนำและติดตามพฤติกรรมของประชาชนในชุมชน	2.00 ± 0.55	2.45 ± 0.37	11.98	< .001*
4. การสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก	2.08 ± 0.58	2.49 ± 0.35	12.22	< .001*
คะแนนรวม	**2.06 ± 0.57**	**2.48 ± 0.38**	**13.87**	**< .001***

*p < .01

บทวิจารณ์ (Discussion)

ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ทั้งด้านความรู้ ทักษะการปฏิบัติตน และความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยคะแนนรวมเพิ่มขึ้นจาก 2.48 เป็น 2.94 คะแนน (t = 17.12, p < .001) ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นแนวโน้มว่าการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจอธิบายได้จากลักษณะของโปรแกรมที่ออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน เน้นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การใช้สื่อที่เข้าใจง่าย และการฝึกทักษะที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wong และ Leung (14) ที่พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่ผสานทั้งองค์ความรู้และการฝึกทักษะมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของระดับความรู้ และแนวคิดของ Nutbeam (10) ที่เสนอว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเกิดจากกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นการมีส่วนร่วมและการพัฒนาสมรรถนะด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดจากการใช้รูปแบบการวิจัยแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างมีขนาดค่อนข้างจำกัดและเก็บข้อมูลจากพื้นที่เดียว ซึ่งมีบริบทเฉพาะ ทำให้การขยายผลไปใช้ในพื้นที่อื่นควรพิจารณาด้วยความระมัดระวัง

ด้านความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในทุกด้าน (p < .001) โดยคะแนนรวมเพิ่มจาก 2.19 เป็น 2.86 คะแนน ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นแนวโน้มว่าการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของ

ระดับความรู้ด้านทันตสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจอธิบายได้จากโครงสร้างของโปรแกรมที่เน้นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การใช้สื่อที่เข้าใจง่าย และการฝึกปฏิบัติจริง ซึ่งเอื้อต่อการทำความเข้าใจเนื้อหาและการประยุกต์ใช้ความรู้ได้อย่างเหมาะสม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Baskaradoss (15) ที่รายงานว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับสถานภาพสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมการดูแลช่องปากที่เหมาะสม นอกจากนี้ แนวคิดของ Nutbeam (10) ยังเสนอว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นผลลัพธ์ของกระบวนการเรียนรู้เชิงปฏิสัมพันธ์และการเสริมสร้างสมรรถนะมากกว่าการรับข้อมูลเพียงอย่างเดียว ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบกิจกรรมในโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในบริบทชุมชน

ด้านทักษะการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของ อสม. ผลการวิจัยพบว่า ทักษะการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p < .001$) ทั้งด้านการสื่อสาร การแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพช่องปาก การวางแผนกิจกรรมรณรงค์ และการติดตามประเมินผล โดยคะแนนรวมเพิ่มจาก 2.03 เป็น 2.48 คะแนน ($t = 15.27$, $p < .001$) ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นแนวโน้มว่าการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของทักษะการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจอธิบายได้จากรูปแบบกิจกรรมที่เน้นการฝึกปฏิบัติ การสาธิต การให้ผู้เข้าร่วมมีส่วนร่วมในการถ่ายทอดความรู้ และการได้รับข้อเสนอแนะทันที ซึ่งเอื้อต่อการพัฒนาทักษะและความมั่นใจในการสื่อสาร ลักษณะการเรียนรู้ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้แบบ learning by doing และงานวิจัยของศิริรัตน์ และคณะ (16) ที่พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพของอสม.มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความสามารถในการสื่อสารและการจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน นอกจากนี้ งานวิจัยของ Ponce-Gonzalez และคณะ (11) และ Kerr และคณะ (18) ยังสนับสนุนว่าการอบรมเชิงปฏิบัติการและการเสริมสร้างทักษะการสื่อสารของผู้ปฏิบัติงานสุขภาพชุมชนมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาทักษะการให้คำแนะนำและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชน

ด้านพฤติกรรมการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของ อสม. ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้านหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($p < .001$) ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นแนวโน้มว่าการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกของพฤติกรรมการถ่ายทอดความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเฉพาะด้านการสร้างแรงจูงใจและการสื่อสาร ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของกระบวนการถ่ายทอดความรู้ในงานสุขภาพชุมชน ทั้งนี้การที่คะแนนเพิ่มขึ้นเด่นชัดในด้านการสร้างแรงจูงใจอาจอธิบายได้จากรูปแบบกิจกรรมในโปรแกรมที่เน้นการกระตุ้นความตระหนัก การใช้สื่อที่เหมาะสม และการฝึกทักษะการสื่อสารเชิงบวก ซึ่งเอื้อต่อการชักชวนและโน้มน้าวประชาชนให้เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Li และคณะ (19) ที่พบว่าการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารของอาสาสมัครสุขภาพชุมชนมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มประสิทธิภาพของการถ่ายทอดสารสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้ งานของ Jatuporn Deetee (20) และ Horowitz และ Kleinman (21) ยังสนับสนุนว่าการพัฒนาความรู้ ทักษะการสื่อสาร และความเข้าใจบริบทชุมชนของผู้ถ่ายทอดความรู้ มีความเกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพช่องปากของประชาชนในชุมชน

ในด้านการนำไปใช้ประโยชน์ โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากอาจไม่จำเป็นต้องดำเนินการครบทุกกิจกรรมในรูปแบบเดิมในทุกบริบท โดยผลการศึกษาพบว่าด้านทักษะการสื่อสารและการถ่ายทอดความรู้มีการเปลี่ยนแปลงเด่นชัดสะท้อนถึง

ความสำคัญของกิจกรรมฝึกปฏิบัติและการจำลองสถานการณ์ ดังนั้น ในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากร อาจเน้นกิจกรรมฝึกทักษะและการใช้สื่อเป็นหลัก ขณะที่กิจกรรมการบรรยายสามารถปรับให้กระชับหรือจัดในรูปแบบสื่อออนไลน์เสริมได้ ทั้งนี้ การปรับใช้ควรคำนึงถึงบริบทของพื้นที่และศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละแห่ง

ข้อจำกัดและข้อเสนอเชิงนโยบาย

แม้ว่าผลการวิจัยจะแสดงให้เห็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกด้านความรอบรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการถ่ายทอดความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่การศึกษาครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ การใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อน–หลัง (One-Group Pretest–Posttest Design) ซึ่งไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 93 คน จากพื้นที่เดียวในเขตบริการโรงพยาบาลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง จึงอาจมีข้อจำกัดในการขยายผลไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน อีกทั้งการประเมินผลดำเนินการในระยะสั้น โดยวัดผลก่อนเริ่มโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 จึงยังไม่สามารถสะท้อนผลลัพธ์ในระยะยาวได้อย่างชัดเจน

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านทันตสุขภาพในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยบูรณาการโปรแกรมเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งนี้ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในหลายพื้นที่และมีการติดตามผลในระยะยาวเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

บทสรุป (Conclusion)

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพช่องปากสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p < .001$) ผลการศึกษานี้สะท้อนแนวโน้มว่าการเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปฏิบัติหน้าที่ด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในระดับชุมชน อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เดียวและมีขนาดกลุ่มตัวอย่างจำกัด งานวิจัยในอนาคตควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างจากหลายพื้นที่หรือบริบทที่หลากหลายมากขึ้น รวมถึงการใช้รูปแบบการวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อสนับสนุนการขยายผลและการนำไปใช้ในวงกว้าง

ในเชิงการประยุกต์ใช้ ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางเชิงนโยบายในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านทันตสุขภาพ โดยบูรณาการโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเข้าเป็นส่วนหนึ่งของแผนงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิของหน่วยบริการสาธารณสุข รวมถึงใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาแนวทางอบรมอสม. ด้านทันตสุขภาพในระดับอำเภอหรือจังหวัด เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของประชาชนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health. Training Guidelines for Elderly Caregivers 70-hour course. Nothaburi: National Office of Buddhism; 2021.

2. Eke PI, Thornton-Evans GO, Wei L, Borgnakke WS, Dye BA, Genco RJ. Periodontitis in US adults: National Health and Nutrition Examination Survey 2009–2014. J Am Dent Assoc. 2018;149(7):576-88.e6. doi: 10.1016/j.adaj.2018.04.023.

3. Parinwit N, Angsinin I, Intharakham K, Ketsakorn K. Effects of a learning management program to promote oral health literacy and patient-centered communication behaviors. J Behav Sci Dev. 2019;11(1):71–90.

4. National Health Commission Office of Thailand. National Health Development Plan No. 12 (2017–2021). Nonthaburi: National Health Commission Office; 2017.

5. Phatthalung Provincial Public Health Office. Annual provincial oral health report 2022. Phatthalung: Phatthalung Provincial Public Health Office; 2022.

6. Siriwetch S. Development of village health volunteers' capacity in providing oral health education to the community. Research report. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2020.

7. Rattanachai P. Effects of an oral health education promotion program among working-age adults [Master Thesis, M.S. (Public Health)]. Bangkok: Mahidol University; 2021.

8. Phoolpipat P. Relationship between oral health literacy and oral health care behaviors among older adults. J Public Health Dent. 2018;20(2):45–57.

9. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. 3rd ed. New York: Harper & Row; 1973.

10. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000;15(3):259-67. doi: 10.1093/heapro/15.3.259.

11. Best JW. Research in education. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall; 1977.

12. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2012.

13. Srisatitnarakoon B. Research methodology in nursing. 5th ed. Bangkok: U&I Intermedia; 2010.

14. Wong FMF, Leung WK. Sustainability of an educational program on oral care/hygiene provision by healthcare providers to older residents in long-term care institutions: a follow-up study. Geriatrics. 2024;9(3):84. doi: 10.3390/geriatrics 9030084.

15. Baskaradoss JK. Relationship between oral health literacy and oral health status. J Oral Sci. 2018;18(1):172. doi: 10.1186/s12903-018-0640-1.

16. Thongsima S, Thongsuk P. Effects of a skill-enhancement program for village health volunteers on providing oral health education. J Public Health Res. 2019;12(1):45–59.

17. Ponce-Gonzalez I, Perez-Fuentes G, Morales-Rodriguez FM, Cañadas-de la Fuente GA, De La Fuente-Solana EI. Correlation of oral health education by community workshops with improved knowledge retention and oral health practices: implications for future community volunteer training programs. J Prim Care Community Health. 2021;12:21501327211002417. doi: 10.1177/21501327211002417.

18. Kerr AR, Sirois M, Dawes M. Oral health knowledge, attitudes, and practices of health care workers in community settings. J Public Health Dent. 2010;70(3):210–7.

19. Li L, Nguyen Tran H, Li-Jung Liang, Lin C, Lan C-W, Lee S-J, et al. Efficacy of communication training of community health workers on service delivery to people who inject drugs in Vietnam: a clustered randomized trial. Am J Public Health. 2018;108(6):791–8. doi: 10.2105/AJPH.2018.304350.

20. Deetee J. Effects of self-oral health care program on knowledge and oral health care of village health volunteers at Bohr Rang Health Promoting Hospital, Wichianburi District, Phetchabun Province. J Council Community Public Health. 2025;7(1):1–12.

21. Horowitz AM, Kleinman DV. Oral health literacy: a pathway to reducing oral health disparities in Maryland. Am J Public Health. 2012;72(Suppl) 1:S26-30. doi: 10.1111/j.1752-7325. 2012.00316.x.

ติดต่อบทความ:
ชื่อ : ทพ.วสัน จันแดง
โรงพยาบาลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง 93210
โทรศัพท์ : 087 899 2886
อีเมล์ : Wasunjun@hotmail.com

Corresponding author:
Dr. Wasun Jundaeng
Paphayom Hospital, Phatthalung Province 93210, Thailand.
Tel: (668) 7899 2886
E-mail: Wasunjun@hotmail.com