

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปากของผู้สูงอายุ ตำบลคำขวาง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

กิงแก้ว มาพงษ์¹, ปรียาพร ตรุณพิณย์², ปิยะธิดา สีทน³

(วันที่รับบทความ: 24 กรกฎาคม 2567, วันที่แก้ไข: 30 ตุลาคม 2567, วันที่ตอบรับ 11 พฤศจิกายน 2567)

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปากของผู้สูงอายุ และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปากของผู้สูงอายุ ตำบลคำขวาง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุ จำนวน 362 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปาก ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่า IOC = 0.96 ค่าความสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นโดยรวม 0.786 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ และสถิติฟิชเชอร์เอ็กแซคเทส กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.3) อายุอยู่ระหว่าง 61-70 ปี (ร้อยละ 57.2) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 76.8) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 69.6) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 61.6) มีความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรในช่องปากอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 73.0, $\bar{X} = 11.48 \pm 1.80$) ทักษะการใช้สมุนไพรในช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 73.0, $\bar{X} = 3.40 \pm 0.94$) และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปากอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 73.8, $\bar{X} = 2.13 \pm 1.08$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปาก ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับความรู้ และระดับทักษะ (p = 0.048, 0.006, 0.011, 0.012 และ $p < 0.001$ ตามลำดับ)

จากผลการศึกษาดังกล่าว ควรส่งเสริมและจัดกิจกรรมการให้ความรู้ ทักษะ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักถึงประโยชน์การใช้สมุนไพรในช่องปาก เพื่อทดแทนการรักษาและลดต้นทุนการดูแลสุขภาพจากยาแผนปัจจุบัน

คำสำคัญ: พฤติกรรม, สมุนไพร, สุขภาพช่องปาก, ผู้สูงอายุ, ปัจจัย

¹อาจารย์, ^{2,3}นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข)

¹วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำขวาง อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี ³โรงพยาบาลหนองบัวแดง อำเภอนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ

Corresponding author: กิงแก้ว มาพงษ์, e-mail: kkingkaews@hotmail.com

Factors related to the oral herbal use behavior of the elderly in Kham Khwang Subdistrict, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province

Kingkaew Mapong¹, Preeyaphon Tarupin², Piyathida Seethon³

(Received 24th July 2024; Revised: 30th October 2024; Accepted 11th November 2024)

Abstract

This study aims to investigate the behaviors related to the use of oral herbal remedies among elderly individuals, as well as to examine the factors associated with these behaviors in the Kham Khwang Sub-district, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. The sample consists of 362 elderly individuals, with data collected through a questionnaire that includes personal factors, knowledge, attitudes, and behaviors regarding oral herbal remedies. The content validity was verified by experts, resulting in an IOC value of 0.96, and the overall reliability coefficient was 0.786. Data analysis was conducted using descriptive statistics, including percentages, means, and standard deviations, while relationships were assessed using Chi-square statistics and Fisher's Exact Test. P-value <0.05 was set for statistical significant.

The result found that most of elderly were female (55.2 %) with the age group of 60 -70 years (57.2 %). They obtained primary education level (76.8 %) and their marital status (69.6 %). agriculturist (61.6%). Knowledge about oral herbal was low (73.0%, $\bar{X}=11.48 \pm 1.80$) attitudes towards using herbal for oral care were moderate (73.0%, $\bar{X}= 3.40 \pm 0.94$) and behavior related to using herbal for oral care was low (73.8%, $\bar{X}= 2.13 \pm 1.08$). Factors significantly associated with oral herbal medicine use behavior included gender, marital status, occupation, knowledge level, and attitude level ($p = 0.048, 0.006, 0.011, 0.012$, and $p < 0.001$, respectively).

Based on the study results, it is recommended to promote and organize educational activities that enhance knowledge and attitudes among the elderly, helping them recognize the benefits of using herbal medicine for oral health care. This approach can serve as a complementary treatment and reduce healthcare costs associated with conventional medications.

Keywords: Behavior, Herbs, Oral Health, Elderly, Factor

¹Lecturer, ^{2,3}Dental Public health technical officers

¹Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani, Faculty of Public Health and Allied HealthSciences, Praboromarajchanok Institute

²Kham Khrang Subdistrict Health Promoting Hospital, Det Udom District, Ubon Ratchathani Province

³Nong Bua Daeng Hospital, Nong Bua Daeng District, Chaiyaphum Province

Corresponding author: Kingkaew Mapong, e-mail: kkingkaews@hotmail.com

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงอัตราผู้สูงอายุในหลายประเทศทั่วโลกมีอัตราการเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2548 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งคาดว่าในปี 2581 ประชากรสูงอายุไทยจะเพิ่มจำนวนขึ้นอีกเกือบเท่าตัวเป็น 20 ล้านคน และผู้สูงอายุจากจำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของประเทศไทย พ.ศ. 2560 พบว่าผู้สูงอายุไม่เพียงแต่จะมีปัญหาด้านสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ แต่ยังมีปัญหาสุขภาพช่องปากอีกด้วย⁽²⁾ โรคในช่องปากที่พบในผู้สูงอายุไทย คือโรคฟันผุ โรคปริทันต์ การไม่มีฟันแท้ใช้งานในปาก จำนวนฟันหลังคู่สบ สภาวะของเหงือก รวมไปถึงรอยโรค หรือแผลในช่องปาก ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง จากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ของประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุมีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 52.6 และเป็นโรคปริทันต์อักเสบที่มีการทำลายของเนื้อเยื่อและกระดูกรองรับรากฟัน ร้อยละ 36.3⁽³⁾ และจากข้อมูลเพื่อตอบสนอง service plan สาขาสุขภาพช่องปากกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 10 ปี พ.ศ.2566 พบว่าผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ (ร้อยละ 73.33) ผู้สูงอายุที่มีฟันหลัง (แท้ หรือเทียม) ใช้งานที่เหมาะสม (ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ) (ร้อยละ 45.29) และผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ และฟันหลัง (แท้หรือเทียม) ใช้งานไม่น้อยกว่า

4 คู่สบ (ร้อยละ 40.49)⁽⁴⁾

จากข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำขวาง ในปี 2565 พบว่าผู้สูงอายุตำบลคำขวาง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 1,224 คน พบว่า มีปัญหาโรคในช่องปากจำนวน 857 คน (ร้อยละ 70)⁽⁵⁾ ซึ่งชุมชนดังกล่าวมีผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพช่องปากเป็นจำนวนมาก และปัญหาสุขภาพช่องปากยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญเพราะช่องปากเป็นด่านแรกของระบบย่อยอาหาร ซึ่งถ้าระบบนี้ไม่สมบูรณ์จะมีผลกระทบกับคุณภาพชีวิตได้ทำให้ลดประสิทธิภาพการบดเคี้ยว และเป็นสาเหตุของการสูญเสียฟัน ส่งผลตามมาต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ เช่น ภาวะโภชนาการ บุคลิกภาพ ความมั่นใจรวมทั้งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้นพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ มีความสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคเพื่อลดอัตราการสูญเสียฟัน การคงไว้ซึ่งทันตสุขภาพ และการมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น เพราะปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์โดยตรงต่อระบบบดเคี้ยว ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อภาวะโภชนาการ และสุขภาพร่างกาย และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม

สมุนไพรเป็นพืช สัตว์ และแร่ธาตุ ที่หาได้ง่ายตามท้องถิ่น ปลอดภัย และราคาถูก นอกจากนั้นยังไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียงเหมือนกับยาหรือยาที่สังเคราะห์จากสารเคมีสมุนไพรถือเป็นแหล่งทางเลือกที่สำคัญในการรักษาสุขภาพ สมุนไพรบางชนิดมีการใช้ในแพทย์แผนไทยมาอย่างยาวนานเพื่อป้องกันและรักษาโรคต่างๆ รวมถึงโรคในช่องปากด้วย ได้แก่

แผลในปาก อาการปวดฟัน เหงือกอักเสบ ซึ่งสมุนไพรที่นำมาใช้ ได้แก่ กานพลู ฟ้าทะลาย โจร เสดดพังพอน ฝรั่ง สะระแหน่ เกลือ ชะพลู มะขามป้อม ว่านหางจระเข้ เป็นต้น⁽⁶⁻⁷⁾

พฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชนเป็นผลจากปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)⁽⁸⁾ นอกจากนี้ พบว่าประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สมุนไพรอยู่ในระดับต่ำ⁽⁷⁾ ถึงระดับปานกลาง⁽⁹⁾ โดยส่วนใหญ่ใช้สมุนไพรในการรักษาโรคในช่องปาก (ร้อยละ 94.4) และมีการใช้คุ้ยกับยาแผนปัจจุบัน (ร้อยละ 74.9)⁽⁷⁾ อย่างไรก็ตาม ประชาชนยังขาดความเข้าใจในเรื่องความปลอดภัยในการใช้สมุนไพร อย่างเพียงพอ ซึ่งอาจนำไปสู่ความเสี่ยงในการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่มีมาตรฐานหรือมีสารปนเปื้อนได้⁽⁹⁾ ทักษะที่ดีต่อการใช้สมุนไพร ถืออีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้ แต่ทักษะที่ดีเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะกำหนดพฤติกรรม เนื่องจากยังมีปัจจัยอื่นๆ เช่น ระดับความรู้และการเข้าถึงสมุนไพร ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพร⁽⁷⁾

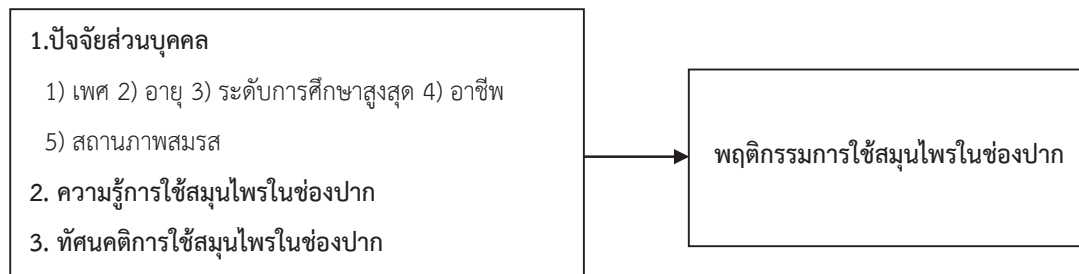
ที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในผู้สูงอายุค่อนข้างน้อย ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจใช้สมุนไพร

ในกลุ่มนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อสนับสนุนการพัฒนานโยบายและมาตรการส่งเสริมการใช้สมุนไพรอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ และจากข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำขวาง พบว่า ชุมชนตำบลคำขวางยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในช่องปาก ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญในการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุในเรื่องนี้ เพื่อให้ใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างถูกต้องและปลอดภัย ดังนั้น จึงจำเป็นต้องยิ่งที่จะศึกษาว่า ผู้สูงอายุในชุมชนนี้มีความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรในช่องปากมากน้อยเพียงใด มีทัศนคติเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในช่องปากอย่างไร และมีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปากแบบใด ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการให้ความรู้และส่งเสริมการใช้สมุนไพรในช่องปากแก่ผู้สูงอายุในชุมชนตำบลคำขวางให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปากของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปากของผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)



วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analysis research)

ประชากร ผู้สูงอายุตำบลคำขวาง อำเภอรินคำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2566 จำนวน 1,224 คน ข้อมูล ณ วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566⁽⁵⁾

กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุตำบลคำขวาง อำเภอรินคำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 362 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ใช้สูตรสำหรับการคำนวณของ S.K.Lwanga⁽¹⁰⁾ โดยเป็นสูตรที่ใช้เมื่อทราบขนาดของประชากรทราบค่าความคลาดเคลื่อน และทราบค่าสัดส่วนประชากร ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1)+Z^2pq}$$

เมื่อ

n คือ กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

N คือ ขนาดของประชากรทั้งหมด

Z คือ ค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากการแจกแจงปกติมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่นที่ระดับ 95 มีค่าเท่ากับ 1.96

d คือ ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ มีค่าเท่ากับ 0.05

P คือ ค่าสัดส่วนประชากร มีค่าเท่ากับ 0.5

q คือ $1-P = 1-0.5$

เมื่อแทนค่าในสูตรดังกล่าว และได้มีการปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10⁽¹¹⁾ เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 362 คน โดยเก็บข้อมูลในวันที่ 1-30 ตุลาคม 2566

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เทคนิคการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (The multi-stage random Sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) แบบเป็นสัดส่วนโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 10 กลุ่มจาก 10 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านแฮ บ้านแค บ้านหนามแท่ง บ้านโนนเค็ง บ้านคำขวาง บ้านแต่ บ้านเกษตรพัฒนา บ้านเกษตรพัฒนาเหนือ บ้านเกษตรพัฒนาสามัคคี และบ้านรวมพลังตามสัดส่วนของประชากรแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นคำนวณหาขนาดตัวอย่างจาก 10 หมู่บ้านตามสัดส่วนของประชากรให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

ขั้นที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ใช้วิธีการจับฉลากออกมาแล้วไม่ใส่คืนตามรายชื่อผู้สูงอายุตามจำนวนขนาดที่ได้คำนวณไว้ในแต่ละหมู่บ้านจนได้กลุ่มตัวอย่างจนครบ หลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าในการศึกษา ดังนี้ เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลคำขวาง มีอายุตั้งแต่ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามได้ ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด จะทำการเก็บข้อมูลโดยให้ตอบแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ มีความบกพร่องทางการสื่อสาร เช่น เป็นใบ้ หูหนวก หรือตาบอด เป็นผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และผู้ที่ไม่อยู่บ้านในวันที่ทำการเก็บข้อมูล จะไม่ได้รับการเข้าร่วมในการศึกษา และจะทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างสำรองตามลำดับที่จับฉลากต่อไป

ขั้นที่ 3 เมื่อได้ตัวอย่างมาแล้วทั้ง 10 หมู่บ้าน ผู้วิจัยได้ลงพื้นที่ในการขออนุญาตลงเก็บข้อมูลในการทำวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการเก็บใบยินยอมขออนุญาตในการทำวิจัย และลงพื้นที่เพื่อสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์เป็นเวลา 10-15 นาที ต่อคน โดยผู้วิจัยจะดำเนินการดังนี้ 1) ในกรณีที่ผู้สูงอายุสามารถอ่านออกเขียนได้ ผู้วิจัยจะให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามเอง 2) ในกรณีที่ผู้สูงอายุสายตาไม่ดี แต่สามารถเขียนได้ ผู้วิจัยจะใช้วิธีการสัมภาษณ์และให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเองและผู้วิจัยคอยสังเกตการตอบ

แบบสอบถาม ในกรณีที่ลงพื้นที่ไปเก็บข้อมูลแล้วไม่พบผู้ให้สัมภาษณ์ จะทำการสุ่มรายชื่อใหม่โดยการจับฉลากและเก็บข้อมูลในวันนั้นเลย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ สถานภาพสมรส

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการใช้สมุนไพรในช่องปาก ซึ่งกำหนดความหมายของคะแนนตอบถูกได้ 1 คะแนน, ตอบผิด/ไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน ซึ่งการแปลผลคะแนนตามเกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนน ของบลูม⁽¹²⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ความรู้อยู่ระดับสูง มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 17-20 คะแนน ระดับปานกลาง มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 13-16 คะแนน ระดับต่ำมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-12 คะแนน

ส่วนที่ 3 ทักษะการใช้สมุนไพรในช่องปาก แบบประเมินของลิเคอร์ท 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน⁽¹³⁾ ดังนี้ ข้อความเชิงบวก เห็นด้วยอย่างยิ่ง ระดับคะแนน 5, เห็นด้วยระดับคะแนน 4, ไม่แน่ใจ ระดับคะแนน 3, ไม่เห็นด้วย ระดับคะแนน 2, ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ระดับคะแนน 1 ข้อความทางลบ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ระดับคะแนน 1, เห็นด้วย ระดับคะแนน 2, ไม่แน่ใจ ระดับคะแนน 3, ไม่เห็นด้วย ระดับคะแนน 4, ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ระดับคะแนน 5 ใช้เกณฑ์การประเมินผลแบบช่วงของ best (1977)⁽¹⁴⁾ ดังนี้ ทักษะดีอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 คะแนน ระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 คะแนน ระดับต่ำคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33

คะแนน

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปาก เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ⁽¹³⁾ โดยมีเกณฑ์แต่ละระดับดังนี้

ใช้เป็นประจำ หมายถึงมีการใช้ทุกครั้ง ใน 10 ครั้ง/ที่เป็นโรคในช่องปาก มีค่าคะแนน 5

ใช้บ่อยครั้ง หมายถึงมีการใช้ 7 - 9 ครั้ง ใน 10 ครั้ง/ที่เป็นโรคในช่องปาก มีค่าคะแนน 4

ใช้นานครั้ง หมายถึงมีการใช้ 4 - 6 ครั้ง ใน 10 ครั้ง/ที่เป็นโรคในช่องปาก มีค่าคะแนน 3

ใช้เป็นบางครั้ง หมายถึงมีการใช้ 1 - 3 ครั้งใน 10 ครั้ง/ที่เป็นโรคในช่องปาก มีค่าคะแนน 2

ไม่ใช้ หมายถึงไม่เคยใช้เลยใน 10 ครั้ง/ที่เป็นโรคในช่องปาก มีค่าคะแนน 1

ซึ่งการแปลผล ใช้เกณฑ์การประเมินผลแบบช่วงของ best (1977)⁽¹⁴⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ พฤติกรรมอยู่ระดับดี คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 คะแนน ระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 คะแนน ระดับต่ำคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบและแก้ไข เพื่อให้แบบสอบถามสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ โดยคัดเลือกเฉพาะข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) แต่ละข้อมากกว่า 0.5⁽¹⁵⁾ การทดลองความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน แสดงให้เห็นว่าค่าความเชื่อมั่นที่ใช้วิธี KR20 สำหรับแบบสอบถามด้านความรู้คือ

0.715 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค สำหรับทัศนคติและพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปากคือ 0.772 และ 0.786 ตามลำดับ ซึ่งทั้งหมดนี้มีค่ามากกว่า 0.7 ถือว่ายอมรับได้ตามเกณฑ์ที่อ้างอิงจากพวงรัตน์ ทวีรัตน์⁽¹⁶⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปประเภทต่อเนื่องนำเสนอข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลประเภทแจกแจง นำเสนอด้วยความถี่ ร้อยละ

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) การความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรู้และระดับทัศนคติกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปากของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi - square) กรณีข้อมูลค่าความคาดหวัง (E) ในแต่ละเซลล์ในตาราง 2×2 ที่มีค่า < 5 มากกว่า 20% ของจำนวน cell ทั้งหมดจะใช้ค่าสถิติ Fisher's Exact Test และ p-value ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่จริยธรรม SCPHUB S019/2566

ผลการศึกษา แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.3) อายุอยู่ระหว่าง 60-70 ปี

(ร้อยละ 57.2) รองลงมา อายุ 71-80 ปี (ร้อยละ 32.6) อายุ 81-90 ปี (ร้อยละ 9.7) ซึ่งอายุมากที่สุดคือ 102 ปี อายุน้อยสุดคือ 60 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 76.8) รองลงมาคือ ต่ำกว่าประถมศึกษา (ร้อยละ 8.6) และระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 6.6) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 69.6) รองลงมา คือสถานภาพหม้าย (ร้อยละ 23.2) และโสด (ร้อยละ 4.4) การประกอบอาชีพส่วนใหญ่คือ อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 61.6) รองลงมาเกษียณ/ไม่ได้ทำงานแล้ว (ร้อยละ 17.4) และค้าขาย (ร้อยละ 7.2) มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 50.0) รองลงมาคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 30.4) และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 16.3) จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด พบว่ามีผู้ที่ประสบปัญหาสุขภาพในช่องปาก 281 คน (ร้อยละ 77.6) ซึ่งผู้สูงอายุบางรายประสบปัญหา มากกว่าหนึ่งโรค โดยปัญหาที่พบมากที่สุดคือ โรคเหงือกอักเสบและปริทันต์ (ร้อยละ 53.3) รองลงมาคือโรคฟันผุ (ร้อยละ 50.8) และโรคแผลในช่องปาก (ร้อยละ 18.5) ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ความรู้ด้านการใช้สมุนไพร

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรในช่องปากอยู่ในระดับต่ำ (0-12 คะแนน) 264 คน (ร้อยละ 73.0, $\bar{X}=11.48 \pm 1.80$) รองลงมา คือ มีความรู้ในระดับปานกลาง (13-16 คะแนน) 98 คน (ร้อยละ 27.1) และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ระดับสูง และข้อมูลด้านสมุนไพรที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ใบฝรั่งสามารถช่วยดับกลิ่นปากได้ (ร้อยละ 89.5), เกลือช่วยบรรเทาอาการอักเสบของเหงือกได้ (ร้อยละ 82.3),

ใบสาระแนช่วยดับกลิ่นปากได้ (ร้อยละ 71.0) ส่วนข้อความที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิดมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ดอกผักคราดหัวแหวนสามารถบรรเทาอาการปวดฟันได้ (ร้อยละ 62.4) ลำต้นแมงลักช่วยบรรเทาอาการปวดฟันได้ (ร้อยละ 61.9) และฟ้าทะลายโจรช่วยรักษาแผลในปากได้ (ร้อยละ 59.9)

ส่วนที่ 3 ทักษะคิดด้านการใช้สมุนไพรช่องปาก

ระดับทักษะคิดการใช้สมุนไพรของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67) ($\bar{X} \pm SD = 3.40 \pm 0.94$) จำนวน 264 คน (ร้อยละ 73.0) รองลงมาอยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00) จำนวน 85 คน (ร้อยละ 23.5) และอยู่ในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33) จำนวน 13 คน (ร้อยละ 3.6) ตามลำดับ เมื่อเรียงลำดับค่าเฉลี่ยทักษะคิดด้านการใช้สมุนไพรช่องปากจากมากไปน้อย 3 ลำดับแรก ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าเกลือช่วยป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ ($\bar{X}=3.90 \pm 0.85$) ใบฝรั่งสามารถช่วยดับกลิ่นปาก ($\bar{X}=3.74 \pm 1.07$) และสมุนไพรที่สามารถรักษาโรคในช่องปากได้ ($\bar{X}=3.6 \pm 1.02$) และค่าเฉลี่ยน้อยสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การนำสมุนไพรมาใช้ในช่องปากไม่จำเป็นต้องมีความรู้ก็สามารถนำมาใช้ได้ ($\bar{X}=2.8 \pm 1.20$) เสดดพังพอนสามารถช่วยรักษาโรคเริ่มที่ริมฝีปากได้ ($\bar{X}=3.1 \pm 1.04$) และเชื่อว่าการนำสมุนไพรมาใช้ในช่องปากจะมีผลข้างเคียงที่อันตราย ($\bar{X}=3.2 \pm 0.92$)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปาก

พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปาก

($\bar{X}$ = 1.83±1.19) และการนำต้นและรากชะพลู
มาต้มกับน้ำใช้ดื่มเพื่อบรรเทาอาการปวดเหงือก
(เหงือกบวมมีเลือดออก) ($\bar{X}$ = 1.93±1.27)

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปาก ส่วนเพศ สถานภาพสมรส อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.048, 0.006$ และ 0.011 ตามลำดับ) ตารางที่ 1

ระดับความรู้ และระดับทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.012$ และ $p < 0.001$)

ตารางที่ 2

ปัจจัย	พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปาก				p-value
	ค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรม	ระดับพฤติกรรม			
		ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับดี	
		± SD	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ภาพรวม	2.13 ± 1.08				
เพศ					0.048* ¹
ชาย	2.14 ± 1.26	119 (73.5)	19 (11.7)	24 (14.8)	
หญิง	2.13 ± 1.28	148 (74.0)	22 (11.0)	30 (15.0)	

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปาก(n=362) (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปาก				p-value
	ค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรม ± SD	ระดับพฤติกรรม			
		ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับดี	
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ (ปี)					0.726 ²
60-70	2.16 ± 1.26	152 (42.0)	23 (6.4)	32 (8.8)	
71-80	2.17 ± 1.34	152 (42.0)	23 (6.4)	32 (8.8)	
81-90	1.92 ± 1.10	85 (23.5)	13 (3.6)	20 (5.5)	
90 ปีขึ้นไป	1.32 ± 0.35	28 (7.7)	5 (1.4)	2 (0.6)	
ระดับการศึกษา					0.613 ²
สูงสุด					
ต่ำกว่าประถม	1.92 ± 1.16	23 (6.4)	6 (1.7)	2 (0.6)	
ศึกษา					
ประถมศึกษา	2.22 ± 1.29	199 (55.0)	32 (8.8)	47 (13.0)	
มัธยมศึกษา	1.92 ± 1.23	20 (5.5)	1 (0.3)	3 (6.6)	
ตอนต้น					
มัธยมศึกษา	1.93 ± 1.15	10 (2.8)	2 (0.6)	1 (0.3)	
ตอนปลาย/ปวช					
อนุปริญญา/ ปวส	1.22 ± 0.42	7 (1.9)	0	0	
ปริญญาตรี	1.73 ± 1.27	8 (2.2)	0	1 (0.3)	
สถานภาพสมรส					0.006 ^{*2}
โสด	1.73 ± 0.88	14 (3.9)	2 (0.6)	0	
สมรส	2.27 ± 1.35	173 (47.8)	30 (8.9)	49 (13.5)	
หย่าร้าง	1.79 ± 0.81	8 (2.2)	2 (0.6)	0	
หม้าย	1.85 ± 1.04	72 (19.9)	7 (1.9)	5 (1.4)	

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปาก(n=362) (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปาก				p-value	
	ค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรม	ระดับพฤติกรรม				
		± SD	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง		ระดับดี
			จำนวน	จำนวน		จำนวน
			(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		(ร้อยละ)
ค้าขาย	1.66 ± 1.01		22 (6.1)	3 (0.8)	1 (0.3)	
รับจ้างทั่วไป	1.85 ± 1.17	18 (5.0)	4 (4.1)	1 (0.3)		
เกษียณ/ไม่ได้ทำงาน	1.70 ± 0.86	55 (15.2)	6 (1.7)	2 (0.6)		

¹ p-value จาก Chi-square test, ² จาก Fisher's Exact Test และ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value <0.05

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ ระดับทัศนคติ กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปาก (n=362)

ปัจจัย	พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปาก				p-value
	ค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรม	ระดับพฤติกรรม			
		ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับดี	
ระดับความรู้					0.012*1
ระดับต่ำ	2.13 ± 1.33	196 (54.1)	23 (6.4)	45 (12.4)	
ระดับปานกลาง	2.15 ± 1.11	71 (19.6)	18 (5.0)	9 (2.5)	
ระดับทัศนคติ					0.000*2
ระดับต่ำ	1.91 ± 1.24	12 (3.3)	1 (0.3)	0	
ระดับปานกลาง	2.17 ± 1.27	231 (63.8)	29 (8.0)	4 (1.1)	
ระดับดี	2.20 ± 1.27	24 (6.6)	11 (3.0)	50 (13.8)	

¹ p-value จาก Chi-square test, ² จาก Fisher's Exact Test และ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value <0.05

อภิปรายผลการวิจัย (Discussion)

1. ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในช่องปากของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในการดูแลช่องปากยังคงจำกัด ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ที่ไม่เพียงพอและผู้สูงอายุไม่มั่นใจว่าสมุนไพรชนิดใดที่จะสามารถนำไปใช้ดูแลสุขภาพช่องปากได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เฉลิมพรเกียรติ ประจักษ์ และคณะ⁽⁷⁾ ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับใช้สมุนไพรในช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับควรปรับปรุง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ สมเกียรติยศ วรเดช และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

2. ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในช่องปากของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเกิดจากผู้สูงอายุหลายคนจึงมีความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้สมุนไพร และมองว่าการใช้สมุนไพรในช่องปากมีขั้นตอนและวิธีการที่ซับซ้อน ความกังวลและความไม่มั่นใจเหล่านี้ส่งผลให้ทัศนคติต่อการใช้สมุนไพรไม่เอื้อต่อการนำมาใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมเกียรติยศ วรเดช และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าเจตคติต่อการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง และ เฉลิมพรเกียรติ ประจักษ์ และคณะ⁽⁷⁾ ยังพบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับดี เช่นกัน

3. ระดับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเพราะกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในช่องปากอยู่ในระดับต่ำ และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรอยู่ในระดับปานกลาง รวมถึงการขาดประสบการณ์ในการใช้ ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพช่องปากได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เฉลิมพรเกียรติ ประจักษ์ และคณะ⁽⁷⁾ ที่พบว่า พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการรักษาเกี่ยวกับโรคในช่องปากอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ สมเกียรติยศ วรเดช และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าระดับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ในระดับสูง

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปาก ผลการศึกษาพบว่า

4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อาชีพและสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปาก จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ซึ่งมักมีการปลูกพืชผักสวนครัว และในบรรดาพืชเหล่านี้มีสมุนไพรหลายชนิดที่สามารถนำมาใช้ดูแลสุขภาพช่องปากได้ จึงอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุในกลุ่มอาชีพนี้มีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการในช่องปาก แต่เนื่องจากข้อจำกัดในเรื่องความรู้ว่าสมุนไพรชนิดใดที่นำมาใช้ดูแลสุขภาพช่องปากได้ จึงส่งผลให้พฤติกรรมการใช้สมุนไพรอยู่ในระดับต่ำ และการที่กลุ่มตัวอย่างมีคู่สมรสนั้น ส่วนใหญ่จะต้องคอยดูแลคนในครอบครัว รวมทั้งอิทธิพลทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม ทำให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ รวมทั้งคอยแนะนำการใช้สมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการโรคในช่องปากด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของกฤติเดช มิ่งไม้⁽⁸⁾ ที่พบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และแตกต่างจากการศึกษาของเฉลิมพรเกียรติ ประจักษ์โพธิ์ และคณะ⁽⁷⁾ และสมเกียรติยศ วรเดช และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า อาชีพ และสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4.3 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปาก อาจกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน กลุ่มอายุในช่วง 60-70 ปี และจบการศึกษาระดับประถมศึกษาที่แตกต่างกันนั้น มีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรที่ใช้ดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสมเกียรติยศ วรเดช และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า เพศ ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแตกต่างจากการศึกษาของเฉลิมพรเกียรติ ประจักษ์โพธิ์ และคณะ⁽⁷⁾ ที่พบว่า อายุ ระดับการศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปาก

4.4 ระดับความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมปฏิบัติของชวาร์ท⁽¹⁸⁾ ที่กล่าวว่า ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการปฏิบัติที่เกิดขึ้น

เป็นไปตามทฤษฎีนั้น ๆ พฤติกรรมนั้นอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้เพราะการเอาแบบอย่างหรือเพราะถูกบังคับหรือคิดว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่ดี จึงนำมายึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของเกียรติ ประจักษ์โพธิ์ และคณะ⁽⁷⁾ และสมเกียรติยศ วรเดช และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพร

4.5 ระดับทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง มีความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก หรือความพึงพอใจที่ทำให้บุคคลมุ่งปฏิบัติตนในการเลือกใช้สมุนไพรในช่องปากและมีความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร เช่น เชื่อว่ามีสมุนไพรที่สามารถรักษาโรคในช่องปากได้และการเชื่อว่าใบฝรั่งสามารถช่วยดับกลิ่นปากได้ นอกจากนี้ อาจเนื่องมาจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ซึ่งสมุนไพรก็เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีการสืบทอดกันมาเป็นเวลาช้านาน ทำให้มีความเชื่อว่าสมุนไพรมีประโยชน์ต่อร่างกาย นอกจากนี้ทัศนคติที่ดีก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้สมุนไพร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมเกียรติยศ วรเดช และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าเจตคติต่อการใช้สมุนไพรมีความสัมพันธ์กับการใช้สมุนไพร แต่แตกต่างจากการศึกษาของเฉลิมพรเกียรติ ประจักษ์โพธิ์ และคณะ⁽⁷⁾ ได้ศึกษาศึกษาพฤติกรรม การใช้สมุนไพรในช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ทัศนคติการใช้สมุนไพรในช่องปากไม่มีความสัมพันธ์กัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษา พบว่าความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในช่องปาก อยู่ในระดับต่ำ ทักษะคิดเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปากอยู่ในระดับต่ำ และทั้งระดับความรู้และระดับทักษะคิดความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปากของผู้สูงอายุ จากข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่ามีความจำเป็นในการพัฒนาความรู้และทักษะคิดที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพช่องปาก รวมถึงการให้ความรู้เพิ่มเติมแก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างถูกต้องและปลอดภัย

ข้อเสนอแนะการศึกษาในอนาคต

จากผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้และทักษะคิดการใช้สมุนไพรในช่องปากในระดับปานกลางถึงต่ำ และมีปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพร จึงมีข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Method) ดังนี้ การวิจัยเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในหลายพื้นที่ เพื่อตรวจสอบความแตกต่างของพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปาก เนื่องจากลักษณะภูมิประเทศ ภูเขาศาสตร์ พืชสมุนไพรในท้องถิ่น และการเข้าถึงทันตบุคลากรที่แตกต่างกัน และการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อหาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในช่องปาก ประสิทธิภาพในการใช้สมุนไพร และปัจจัยที่มีผลต่อการใช้สมุนไพร และ สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญทาง

ด้านสมุนไพรและทันตแพทย์เพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมและความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพช่องปาก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยความสะดวก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ใหญ่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำขวาง อำเภอดงเจริญ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ให้ความอนุเคราะห์และให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทุกคน ที่กรุณาให้ความร่วมมือในการดำเนินทุกขั้นตอนของการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชัน จำกัด; 2557.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561. นครปฐม: บริษัทพรินท์เออร์; 2562.
3. กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์(กรุงเทพ)จำกัด; 2561.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. รายงานข้อมูลประชากรผู้สูงอายุ จังหวัดอุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี; 2566.

5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำขวาง. รายงานข้อมูลทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวารินชำราบ; 2565.
6. สมตระกูล ราศิริ, ยลฤดี ตัณฑสิทธิ์, อธิรัตน์ ราศิริ, นิพนธ์ แก้วต่าย. การใช้สมุนไพรบรรเทาโรคในช่องปาก. วารสารทันตภิบาล. 2560; 28(2): 124-33.
7. เฉลิมพรเกียรติ ประจักษ์, นวัตกรรม เข้มทอง, สุชาติพิศ ศรีอ่อนจันทร์, กิ่งแก้ว มาพงษ์, ธนิสสา รามฤทธิ์, พิชราพร ดิษทัต. พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารทันตภิบาล. 2564; 32(2): 70-82.
8. กฤติเดช กิ่งไม้. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิชามหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช. 2560; 36(2): 56-69.
9. วิษณิ วิจันท์ก. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชนบ้านหนองบัวศาลา อำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562; 28(2): 244-54.
10. S.K. Lwanga and S. Lemeshow. Sample size determination in health studies: a practical manual. Geneva: World Health Organization; 1991.
11. อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวสถิติ สำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2547.
12. Bloom, Benjamin S. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
13. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: ศรีอนันต์การพิมพ์; 2553.
14. Best, John W. Research in Education. 3rd. Englewood cliffs: N.J. Prentice-Hall Inc; 1977.
15. วาโร เฟิงส์สวัสดิ์. วิธีการวิจัย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สุวีริยาสาส์น; 2551.
16. พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2550.
17. สมเกียรติยศ วรเดช, ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์, เรณู สะแหละ, ยุติ กองมี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2558; 24(1): 50-9.
18. Schwartz, N.E. Nutritional Knowledge, Attitude and Practice of High School Graduated. Journal of the American Dietetic Association. 1975; 66(1): 28-31.