

บทที่ 5

อภิปรายผลการศึกษา สรุปรูปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Cross-sectional Descriptive Study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบภาวะสุขภาพช่องปากที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต รวมทั้งปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องของเด็กประถมศึกษาปีที่ 6 ในกลุ่มเด็กชาวไทยพื้นราบกับเด็กชาวไทยภูเขา อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2553 จำนวน 360 คน โดยเป็นเด็กชาวไทยพื้นราบ จำนวน 180 คน และเด็กชาวไทยภูเขา จำนวน 180 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสำรวจภาวะสุขภาพช่องปาก ซึ่งปรับปรุงมาจากแบบสำรวจภาวะสุขภาพช่องปากของประเทศไทย (กองทันตสาธารณสุข, 2548) และดัดแปลงมาจากแบบสำรวจขององค์การอนามัยโลก Oral Health Survey: Basic Methods 4th Edition (WHO, 1997) ส่วนที่ 2 เป็นแบบบันทึกผลกระทบของช่องปากต่อชีวิตประจำวัน-สำหรับเด็ก Child-OIDP (12-year-old) แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาปัญหาช่องปาก ตามความรู้สึกรของเด็กโดยใช้แบบสอบถาม และประเมินผลกระทบของช่องปากต่อคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ด้านปัญหาช่องปากที่ก่อให้เกิดปัญหาต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (Performance) ความรุนแรง (Severity) ความบ่อย (Frequency) และสภาวะช่องปากที่เป็นสาเหตุ (Impairment) ส่วนสุดท้ายคือ ส่วนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปสำหรับเด็กประถมศึกษาปีที่ 6 ซึ่งได้มาจากการทบทวนเอกสารแล้วพัฒนาขึ้นเอง เพื่อหาปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพช่องปากของเด็ก จากนั้นนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบภาวะสุขภาพช่องปากและผลกระทบด้วยสถิติ T-test, Kruskal Wallis test และ Chi-square

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นศึกษาผลของภาวะสุขภาพช่องปากที่มีต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวันของเด็กประถมศึกษาปีที่ 6 และเป็นเด็กที่เรียนอยู่ในโรงเรียนประถมศึกษาที่ในอำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ประจำปี 2553 จำนวน 360 คน โดยเป็นเด็กชาวไทยพื้นราบ จำนวน 180 คน และเด็กชาวไทยภูเขา จำนวน 180 คน พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.4 ผู้ปกครองมีอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 75.0 ระดับการศึกษาของผู้ปกครองต่ำกว่าระดับภาคบังคับ (มัธยมปีที่ 3) ร้อยละ 61.1 ผู้ให้การเลี้ยงดูส่วนใหญ่เป็น พ่อแม่ ร้อยละ 90.6 อาหารว่างที่ชอบ ได้แก่ขนมขบเคี้ยว ผลไม้ ไอศกรีม ร้อยละ 43.1, 35.6 และ 8.6 ตามลำดับ กินอาหารว่างต่อวัน จำนวน 2 ครั้ง ร้อยละ 46.1 จำนวนครั้งในการแปรงฟันส่วนใหญ่แปรงวันละ 2 ครั้ง คือ ตอนเช้าและก่อนนอน ร้อยละ 66.1

2. ปัญหาสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 พบว่าเด็กชาวไทยพื้นราบที่มีประสบการณ์การเกิดฟันผุ ร้อยละ 77.8 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) เท่ากับ 1.7 (± 1.5) ซึ่งต่อคน โดยเด็กชาวไทยภูเขาที่มีประสบการณ์การเกิดฟันผุ ร้อยละ 42.2 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) เท่ากับ 0.9 (± 1.3) ซึ่งต่อคน สัดส่วนของเด็กชาวไทยพื้นราบต่อเด็กชาวไทยภูเขาที่มีประสบการณ์การเกิดฟันผุ คือ 1.8 : 1 ส่วนค่าเฉลี่ยฟันผุ/อุดแล้วผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ระหว่างเด็กชาวไทยพื้นราบกับเด็กชาวไทยภูเขามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยพบว่าเด็กชาวไทยพื้นราบ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.5 (± 1.4) ซึ่งต่อคน เด็กชาวไทยภูเขา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.7 (± 1.0) ซึ่งต่อคน ส่วนปัญหาด้านการถอนฟันและการอุดไม่มีความแตกต่างกัน

3. ความชุกของปัญหาสุขภาพช่องปากที่มีผลกระทบต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวันของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 พบว่า ร้อยละ 33.7 ของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 รายงานว่าสุขภาพช่องปากมีผลกระทบต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างน้อยหนึ่งด้าน โดยพบว่าผลกระทบด้านการกินสูงสุด ร้อยละ 76.6 รองลงมา คือ ด้านการทำความสะอาดช่องปาก ร้อยละ 50.3 ด้านการรักษาอาการ ตามปกติ ร้อยละ 40.9 ด้านการยิ้ม หัวเราะ ร้อยละ 28.3 ด้านการพูด ร้อยละ 21.9 และด้านการศึกษา ร้อยละ 21.4 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบปัญหาระหว่างเด็กชาวไทยพื้นราบกับเด็กชาวไทยภูเขา พบว่า ปัญหาด้านการกินใกล้เคียงกัน ส่วนด้านการทำความสะอาดช่องปาก เด็กชาวไทยภูเขามีมากกว่าเด็กชาวไทยพื้นราบ (ร้อยละ 60.3 : ร้อยละ 40.0) ด้านการรักษาอาการตามปกติเด็กชาวไทยภูเขามีมากกว่าเด็กชาวไทยพื้นราบ (ร้อยละ 47.2 : ร้อยละ 34.4) ด้านการยิ้ม หัวเราะใกล้เคียงกันในเด็กทั้งสองกลุ่ม ด้านการพูดเด็กชาวไทยพื้นราบมีปัญหามากกว่าเด็กชาวไทยภูเขา (ร้อยละ 30.1 : ร้อยละ 13.9) ด้านการศึกษาเด็กชาวไทยพื้นราบมีปัญหามากกว่าเด็กชาวไทยภูเขา (ร้อยละ 28.9 : ร้อยละ 14.0) จึงส่งผลให้ปัญหาด้านการพูด การทำความสะอาดช่องปาก การพักผ่อนนอนหลับ การรักษาอาการตามปกติ การศึกษา และการติดต่อ พบเจอคนอื่น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ส่วนปัญหาด้านการกิน การยิ้ม หัวเราะ ไม่มีความแตกต่างกัน

4. ปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กประถมศึกษา พบว่า

ระดับการศึกษาของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับปัญหาฟันผุของเด็กประถมศึกษาปีที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยพบว่าผู้ปกครองที่มีการศึกษาสูงกว่าภาคบังคับ เด็กจะมีปัญหาทางด้านฟันผุในสัดส่วนที่มากกว่า ผู้ปกครองที่มีการศึกษาดำกว่าภาคบังคับ

อาชีพผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับปัญหาฟันผุของเด็กนักเรียน ประถมศึกษาปีที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.05$) โดยพบว่าผู้ปกครองที่อาชีพรับจ้างจะมีสัดส่วนปัญหาฟันผุสูงกว่าอาชีพอื่นๆ

ผู้ให้การเลี้ยงดูมีความสัมพันธ์กับปัญหาฟันผุของเด็กนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยพบว่าเด็กที่อาศัยอยู่กับญาติมีสัดส่วนปัญหาฟันผุสูงกว่าอาศัยอยู่กับพ่อแม่

จำนวนการแปรงฟันต่อวันมีความสัมพันธ์กับปัญหาฟันผุของเด็กประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยพบว่าเด็กที่แปรงฟัน 3 ครั้งหลังอาหาร มีแนวโน้มฟันไม่ผุมีสัดส่วนสูงกว่าการแปรงฟัน 1 หรือ 2 ครั้งต่อวัน

อภิปรายผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 สุขภาพช่องปาก

ผู้วิจัยได้ศึกษาสุขภาพช่องปากของเด็กประถมศึกษาปีที่ 6 อายุ 12 ปี ในกลุ่มเด็กชาวไทยพื้นราบและเด็กชาวไทยภูเขา ในอำเภอแม่แจ่ม เนื่องจากคนที่อาศัยอยู่ในอำเภอแม่แจ่มมีทั้งคนที่คนไทยพื้นราบและชาวไทยภูเขา (บัลลังก์ จันทบูรณ์, 2541) จึงทำให้จำนวนของเด็กอายุ 12 ปี ที่เรียนในโรงเรียนประถมศึกษา อำเภอแม่แจ่มนั้นมีทั้งเด็กชาวไทยพื้นราบและเด็กชาวไทยภูเขา ปัจจุบันเด็กชาวไทยภูเขาสามารถเข้าเรียนใน โรงเรียนประถมศึกษามากขึ้น การศึกษาวิจัยที่ศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพช่องปากระหว่างเด็กสองกลุ่มนี้ยังมีการศึกษาไม่มากนัก

ภาวะการเกิดโรคฟันผุที่พบในเด็กชาวไทยพื้นราบและเด็กชาวไทยภูเขา คิดเป็นร้อยละ 60.0 โดยเด็กชาวไทยพื้นราบมีภาวะฟันผุร้อยละ 77.8 และเด็กชาวไทยภูเขามีภาวะฟันผุ ร้อยละ 42.2 ซึ่งผลการสำรวจสุขภาพช่องปากระดับประเทศครั้งที่ 6 พ.ศ. 2550 ในกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี ของกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบภาวะฟันผุ ร้อยละ 56.9 (กองทันตสาธารณสุข, 2551) จะเห็นได้ว่าเด็กชาวไทยพื้นราบมีภาวะฟันผุสูงกว่าการสำรวจสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ขณะที่เด็กชาวไทยภูเขามีภาวะฟันผุต่ำกว่าการสำรวจสุขภาพช่องปากระดับประเทศ และต่ำกว่าผลรายงานการสำรวจสุขภาพทันตสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่ครั้งที่ 5

พ.ศ.2551 ซึ่งพบภาวะฟันผุ ร้อยละ 62.3 (ฝ่ายทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เชียงใหม่, 2553)

จากสรุปรายงานการปฏิบัติงานทันตสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2553 ของโรงพยาบาลแม่แจ่ม พบว่าเด็กจำนวน 60 คน เป็นเด็กชาวไทยพื้นราบ จำนวน 30 คน และเด็กชาวไทยภูเขา จำนวน 30 คน มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 1.2 ซึ่งต่อคน (ฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลแม่แจ่ม, 2553) พบว่า ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด จากการศึกษานักเรียนประถมศึกษา อายุ 12 ปี จำนวน 143 คน ที่อาศัยอยู่ในอำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) เท่ากับ 4.51 ซึ่งต่อคน (วารสาร, 2550) แต่จากผลการศึกษานักเรียนชาวไทยพื้นราบมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) สูงกว่าเด็กชาวไทยภูเขา โดยเด็กชาวไทยพื้นราบมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 1.7 (± 1.5) ซึ่งต่อคน และเด็กชาวไทยภูเขาพบค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 0.9 (± 1.3) ซึ่งต่อคน ซึ่งเด็กชาวไทยพื้นราบมีค่าใกล้เคียงกับผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศของกองทันตสาธารณสุข ครั้งที่ 6 พ.ศ.2550 ซึ่งมีค่า ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 1.6 ซึ่งต่อคน (กองทันตสาธารณสุข, 2551) ส่วนค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เด็กชาวไทยพื้นราบและเด็กชาวไทยภูเขา มีค่าต่ำกว่ารายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่ ครั้งที่ 5 พ.ศ.2551 ที่มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 1.9 ซึ่งต่อคน (ฝ่ายทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2553)

ด้านการอุดฟัน พบว่า เด็กชาวไทยพื้นราบได้รับการอุดฟัน ร้อยละ 3.9 มากกว่าเด็กชาวไทยภูเขาที่พบ ร้อยละ 2.8 เด็กชาวไทยพื้นราบสามารถเดินทางไปโรงพยาบาลแม่แจ่มเพื่อทำการรักษาโดยการอุดฟัน ได้สะดวกกว่าเด็กชาวไทยภูเขาที่อาศัยอยู่บนพื้นที่สูง การเดินทางลำบากทำให้เด็กชาวไทยภูเขาได้รับการอุดฟันต่ำกว่าเด็กชาวไทยพื้นราบหรืออาจเป็นเพราะเด็กที่เป็นโรคฟันผุแล้วกลัวที่จะไปพบทันตแพทย์ ไม่มีคนพาไปโรงพยาบาล หรืออาจเพราะพื้นที่ส่วนใหญ่ของอำเภอแม่แจ่มเป็นป่าและภูเขาสูงทั้งหมดประมาณ ร้อยละ 70 ของพื้นที่ทั้งหมด สภาพถนนนอกเขตตัวอำเภอแม่แจ่มเป็นดินลูกรัง สภาพขรุขระ ส่งผลให้การคมนาคมทำได้ลำบาก ทำให้การคมนาคม การสื่อสาร การเดินทางมารับการรักษา ส่งเสริมทันตสุขภาพ และป้องกันโรคทำได้ยาก (กุศลสุนทรธาดา, 2541; บัลลังก์ จันทบูรณ, 2541) ทำให้เด็กชาวไทยภูเขาได้รับการอุดฟันต่ำกว่าเด็กชาวไทยพื้นราบ ซึ่งส่งผลต่อความรุนแรงของปัญหาที่ตามมา เช่น มีฟันผุที่ลึกถึงโพรงประสาทฟันและมีเหงือกบวม หรือโรคแทรก ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีปัญหาทางช่องปาก

เด็กนักเรียนชาวไทยพื้นราบมีการบริโภคขนมขบเคี้ยว ร้อยละ 50.6 และน้ำอัดลม ร้อยละ 8.3 ซึ่งสูงกว่าเด็กนักเรียนชาวไทยภูเขาที่มีการบริโภคขนมขบเคี้ยวและน้ำอัดลม ร้อยละ 35.6 และ 7.8 ตามลำดับ นอกจากนี้เด็กนักเรียนชาวไทยพื้นราบมีการกินอาหารว่าง จำนวน 2 ครั้ง ต่อวัน ร้อยละ 55.0 จำนวน 3 ครั้ง ต่อวัน ร้อยละ 11.7 ซึ่งสูงกว่าเด็กนักเรียนชาวไทยภูเขากินอาหารว่าง 2

ครั้งต่อวัน ร้อยละ 37.2 และ 3 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 2.2 แสดงว่าเด็กนักเรียนชาวไทยพื้นราบมีการเข้าถึงแหล่งจำหน่ายขนมและเครื่องดื่มที่มีส่วนประกอบของน้ำตาลได้ง่ายกว่าเด็กนักเรียนชาวไทยภูเขา จากความเจริญของชุมชน การคมนาคมที่สะดวก อากาศที่สะอาดที่ได้จากการที่ผู้ปกครองมีรายได้แล้วให้เงินแก่เด็กทำให้เด็กสามารถเลือกซื้อได้ เป็นต้น จึงมีโอกาสที่เด็กเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ สอดคล้องกับการศึกษาของสุณี และคณะ (2541) พบว่าเด็กอายุมากกว่า 10 ปี จะบริโภคขนมที่มีความหลากหลาย และเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุสูงขึ้น ส่วนใหญ่มักกินขนมช่วงอาหารเช้าและอาหารกลางวัน และการศึกษาของวิลาวัลย์ วีระอาชากุล และคณะ (2553) กล่าวว่าเครื่องดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลมเป็นประจำ สัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า เด็กนักเรียนพื้นราบมีการแปรงฟันครบ 3 ครั้ง เพียงร้อยละ 10.0 ต่ำกว่าเด็กนักเรียนชาวไทยภูเขาที่มีการแปรงฟันครบ 3 ครั้ง ร้อยละ 33.3 เด็กบางคนแปรงฟันวันละครั้งเฉพาะตอนเช้า แต่ช่วงเวลาตามทฤษฎีที่จำเป็นต้องมีการแปรงฟันอย่างสม่ำเสมอคือ ช่วงเวลาก่อนนอน

พื้นที่ที่ทำการวิจัยคือ พื้นที่ราบกับพื้นที่สูงมีสภาพทางภูมิศาสตร์ต่างกัน คือ พื้นที่สูงจะอยู่บนภูเขาสูงและจะอยู่ไกลตัวอำเภอเป็นหมู่บ้านชนบท ตั้งอยู่เป็นหย่อมๆ การคมนาคมลำบาก ไม่มีร้านขายของในโรงเรียน แต่มีสหกรณ์ของโรงเรียนซึ่งมีการเปิดเป็นเวลา ทำให้เด็กนักเรียนชาวไทยภูเขาในพื้นที่สูงมีโอกาสซื้อขนมน้อยกว่าเด็กนักเรียนชาวไทยพื้นราบในพื้นที่ราบ ทำให้เด็กนักเรียนชาวไทยภูเขามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุต่ำ

ส่วนที่ 2 สุขภาพช่องปากที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กประถมศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ความชุกของผลกระทบจากปัญหาสุขภาพช่องปากที่มีผลต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวันทั้งเด็กชาวไทยพื้นราบและเด็กชาวไทยภูเขาคิดเป็นร้อยละ 34.1 และ 33.4 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศที่มีรายงานว่าความชุกสูงของผลกระทบในช่องปากในเด็กอายุ 12 ปี เช่น จังหวัดสุพรรณบุรี ร้อยละ 89.8 ประเทศไทย พ.ศ.2549-2550 ร้อยละ 85.2 ประเทศเปรู ร้อยละ 82 ฝรั่งเศสร้อยละ 73 สหราชอาณาจักร ร้อยละ 40.4 บราซิล ร้อยละ 80.7 (Gherunpong et al. 2004; Bernabe et al. 2007; Tubert-Jeannin et al. 2005; Yusuf H et al.2006; Castro et al. 2008; กองทันตสาธารณสุข, 2551)

กิจกรรมในชีวิตประจำวันของเด็กทั้งสองกลุ่มที่ได้รับผลกระทบทางด้านกายภาพหรือร่างกายมากที่สุด คือ การกิน ร้อยละ 76.6 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของ สุดาดวง ฤกษ์ (2552) สำรวจสุขภาพช่องปากแห่งชาติในประเทศไทย ครั้งที่ 6 พบว่า เด็กอายุ 12 ปี ประสบกับผลกระทบทางช่องปากในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา การกินเป็นปัญหาที่ได้รับผลกระทบมาก

ที่สุด ร้อยละ 66.4 และการศึกษาของซุติมา โพธิ์แก้ว (2553) ที่พบว่าการกินได้รับผลกระทบมากที่สุด ร้อยละ 38.3 สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศโดยการศึกษาของ Castro et al. (2008) ศึกษาในประเทศบราซิล พบว่าปัญหาสุขภาพช่องปากส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตการกินมากที่สุด ร้อยละ 59.4 และการศึกษาของ Bemabe et al. (2007) ที่โรงเรียนในสหราชอาณาจักร พบว่าปัญหาสุขภาพช่องปากส่งผลกระทบต่อการกินมากที่สุดเช่นกัน เมื่อเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพช่องปากส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกัน เนื่องจากเด็กต้องรับประทานอาหารทุกวันๆ ละ 3 มื้อ หากมีสุขภาพช่องปากก็จะทำให้กินอาหารลำบาก การสูญเสียฟันไปอาจทำให้เกิดความจำกัดกินอาหาร เพราะไม่สามารถกินอาหารบางประเภทได้ ปัญหาสุขภาพช่องปากรองลงมา คือ การทำความสะอาดช่องปาก ร้อยละ 50.3 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดาตวง กฤษญาพงษ์ (2552) สสำรวจสุขภาพช่องปากแห่งชาติในประเทศไทย ครั้งที่ 6 พบว่า เด็กอายุ 12 ปี ประสบกับผลกระทบทางช่องปากในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา อันดับสองคือ การทำความสะอาดช่องปาก ร้อยละ 51.7 การศึกษาของ Castro และคณะ (2008) ศึกษาในประเทศบราซิล พบว่าเป็นอันดับสอง ร้อยละ 33.3 รองจากด้านกรกิน เช่นเดียวกับการศึกษาในสหราชอาณาจักร (Bemabe.,2007) ปัญหาผลกระทบต่อทำความสะอาดช่องปากดังกล่าวส่งผลกระทบต่อเด็กชาวไทยพื้นราบน้อยกว่าเด็กชาวไทยภูเขา การแปรงฟันของเด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก การแปรงฟันอาจไปโดนซี่ฟันที่ผู้มีแผลในช่องปากหรือแผลร้อนใน ทำให้เด็กไม่อยากแปรงฟันหรือบ้วนปาก เพราะมีอาการเจ็บปวด เป็นต้น

ผลกระทบทางจิตใจที่พบมากคือ การรักษาอนามัยตามปกติ ร้อยละ 40.9 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดาตวง กฤษญาพงษ์ (2552) และการศึกษาของ Castro และคณะ (2008) ที่พบว่า ปัญหาสุขภาพช่องปากส่งผลกระทบต่อการรักษาอนามัยตามปกติ อยู่ในอันดับที่ 3 ร้อยละ 49.1 และ ร้อยละ 33.6 โดยปัญหาสุขภาพช่องปากได้ส่งผลกระทบต่อเด็กชาวไทยพื้นราบมากกว่าเด็กชาวไทยภูเขา อาจเกิดจากบริบทการเลี้ยงดูเด็กทั้งสองพื้นที่มีความแตกต่างกันเด็กชาวไทยภูเขามักมีความอดทนต่อความเจ็บปวดได้มากกว่า จึงมีผลต่อสภาพทางอารมณ์แตกต่างกัน เมื่อเด็กเกิดฟันผุ โดยเฉพาะฟันซี่ที่ผู้ถึงชั้นเนื้อฟัน ใกล้โพรงประสาทฟันหรือฟันผุทะลุโพรงประสาทฟันก็จะส่งผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้อารมณ์หงุดหงิด ขาดความสดใสร่าเริง

ผลกระทบทางสังคม ที่พบมาก คือ การศึกษา ร้อยละ 21.4 และส่งผลกระทบต่อเด็กชาวไทยพื้นราบมากกว่าเด็กชาวไทยภูเขา น่าจะเกิดจากเด็กเกิดฟันผุ จนมีอาการปวดฟัน ทำให้ไม่สามารถไปโรงเรียน เมื่อเด็กขาดเรียนทำให้เรียนไม่ทันเพื่อน และอาจส่งผลต่อความเข้าใจในเนื้อหาวิชาที่เรียนนั้นลดลงด้วย ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพพบว่า การขาดเรียนของเด็ก ร้อยละ 2.2 มาจากการปวดฟันของเด็กเอง (ฝ่ายทันตสาธารณสุข สำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2553) ผลกระทบทางสังคมรองลงมาคือ การติดต่อสื่อสาร ออกไปพบเจอกับคนอื่น ร้อยละ 12.5 ซึ่งเป็นปัญหาผลกระทบน้อยที่สุด มีค่าระดับความเข้มของปัญหานี้อยู่ในระดับปานกลาง และส่งผลกระทบต่อเด็กชาวไทยพื้นราบน้อยกว่าเด็กชาวไทยภูเขา

ด้านความเข้มของผลกระทบที่มีต่อกิจกรรมจากปัญหาสุขภาพช่องปากที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของเด็กประถมศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การกิน การทำความสะอาดช่องปาก การรักษาอนามัยตามปกติ การยิ้ม หัวเราะ และการติดต่อสื่อสาร ยกตัวอย่างเช่น การติดต่อสื่อสาร ทำให้เด็กรู้สึกอาย หรือรู้สึกไม่มั่นใจในตนเองเวลาติดต่อพบเจอผู้อื่นหรือในการเข้าสังคม เป็นต้น ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของสุดาตวง เกร็นพงษ์ (2550) ที่พบระดับความเข้มของปัญหาส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยมาก ส่วนความเข้มของผลกระทบต่อกิจกรรมจากปัญหาสุขภาพช่องปากในระดับน้อย ได้แก่ การพูด การพักผ่อนนอนหลับ และการศึกษา

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กประถมศึกษา

การศึกษาปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพช่องปากประกอบด้วย เพศ อาชีพผู้ปกครอง ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง ผู้ให้การเลี้ยงดู โดยพบว่า ปัจจัยทางสังคมแต่ละส่วนนั้นมีความสัมพันธ์กันทั้งในทางตรงและทางอ้อม กล่าวโดยสรุปคือ ปัจจัยเรื่องเพศไม่มีผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพช่องปากมากนัก ทั้งนี้เพราะทั้งเพศหญิงและเพศชายมีโอกาสเท่าเทียมกันในการศึกษาภาคบังคับตามนโยบายส่งเสริมการศึกษาของรัฐบาล ส่วนปัจจัยด้านอาชีพของผู้ปกครองพบว่า ชาวไทยภูเขาซึ่งส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม มีรายได้ต่ำกว่าชาวไทยพื้นราบซึ่งส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง รวมทั้งผู้ให้การเลี้ยงดูลูกของชาวไทยพื้นราบส่วนใหญ่เป็นญาติ พี่น้อง เนื่องจากพ่อแม่ไม่มีเวลาเลี้ยงดู เด็กที่ผู้ปกครองเรียนต่ำกว่าภาคบังคับ (ม.3) มีโอกาสเกิดโรคฟันผุต่ำกว่าเด็กที่ผู้ปกครองเรียนสูงกว่าภาคบังคับ เหตุผลหนึ่งคือ ผู้ปกครองที่มีฐานะดีกว่า มีโอกาสได้รับการศึกษาสูงกว่า และได้รับค่าตอบแทนในการประกอบอาชีพมากกว่า ทำให้มีเศรษฐกิจของครอบครัวดี สามารถให้เงินลูกไปโรงเรียนได้มากกว่า ดังนั้น เด็กจึงมีโอกาสดูแลฟันจากการกินอาหารว่าง และขนมขบเคี้ยวมากกว่าเด็กที่ผู้ปกครองมีระดับการศึกษาต่ำกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยา ศรีมหันต์ (2541) ที่พบว่า ครอบครัวที่มีรายได้ดี จะมีโอกาสเลือกซื้ออาหารมาบริโภคมากกว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำและมักพบว่า มีการบริโภคอาหารมากเกินความต้องการ เช่น ขนมหวาน น้ำอัดลม ซึ่งเป็นอาหารที่มีน้ำตาลสูง อย่างไรก็ตามยังมีข้ออภิปรายในประเด็นที่แตกต่าง โดยการศึกษาของ วิณะ วีระไวทยะ และสง่า ดามาพงษ์ (2541) แสดงให้เห็นว่า ครอบครัวที่มีฐานะการเงินดีจะสามารถซื้ออาหารหรือ ไปใช้บริการร้านอาหารที่มีคุณภาพดีได้มากกว่าครอบครัวที่มีฐานะยากจน ในขณะที่เดียวกันหากมีฐานะดีแต่ไม่รู้จักเลือกซื้ออาหารที่ดี มีคุณภาพก็อาจทำให้เกิดผล

เสียด่างกายได้ โดยเฉพาะ ก่อให้เกิดปัญหาทางโภชนาการและส่งผลต่อภาวะสุขภาพช่องปากได้ เช่น โรคฟันผุ เป็นต้น นอกจากนี้บิดามารดาที่มีฐานะทางการเงินดีมักมีพฤติกรรมตามใจเด็ก ให้เด็กกินขนมหวาน ไอศกรีม น้ำหวานลูกอม เยลลี่ ฯลฯ (สุภัทรา สนธิเสวต, 2551) ผลกระทบจากปัจจัยต่างๆเหล่านี้ทำให้เด็กนักเรียนชาวไทยพื้นราบมีปัญหาสุขภาพช่องปากมากกว่าเด็กนักเรียนชาวไทยภูเขา

นอกจากปัจจัยทางสังคมแล้ว เด็กยังได้รับปัจจัยอื่นที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพช่องปาก เช่น อาหารว่างที่ชอบ ได้แก่ ขนมขบเคี้ยว ผลไม้ ไอศกรีม ซึ่งเด็กส่วนใหญ่จะนิยมกินขนมขบเคี้ยว เนื่องจากมีขายทั่วไปทั้งในหมู่บ้านและในโรงเรียน สอดคล้องกับการศึกษาของสุณี และคณะ (2541) ที่พบว่าเด็กนิยมกินขนมขบเคี้ยวที่มีขายในชุมชน ซึ่งการทานขนมขบเคี้ยวนี้ น่าจะได้รับอิทธิพลมาจากการโฆษณาสินค้าเหล่านี้ตามสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หรือหนังสือพิมพ์ เป็นต้น และการศึกษาของสุบิน สุนันตะ (2551) กล่าวว่าเด็กไทยอายุ 12 ปี มีฟันแท้เพิ่มขึ้น โดยมีสาเหตุมาจากเด็กมีแนวโน้มของนิสัยการบริโภคขนมขบเคี้ยว น้ำอัดลม ซึ่งมีผลมาจากภาวะแวดล้อม เช่น การโฆษณาทางโทรทัศน์ เป็นต้น จึงทำให้เด็กชาวไทยพื้นราบหันมารับประทานขนมขบเคี้ยวมากขึ้นแต่เด็กชาวไทยภูเขาอาศัยอยู่ในพื้นที่สูงห่างไกลตัวอำเภอ จึงมีการนำขนมไปขายในโรงเรียนน้อย ประกอบกับฐานะยากจน จึงไม่มีโอกาสซื้อมากินบ่อย จึงหันไปกินพวกผลไม้พื้นบ้านเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 41.1) สำหรับจำนวนครั้งของการกินทานอาหารว่างต่อวันที่พบว่าเด็กชาวไทยพื้นราบจะกิน จำนวน 3 ครั้งต่อวันเป็นส่วนใหญ่ ส่วนเด็กชาวไทยภูเขาจะกิน 2 ครั้งต่อวัน เนื่องจากเด็กชาวไทยพื้นราบมีฐานะดีกว่าหาซื้อพวกขนม หรืออาหารว่างได้ง่ายกว่า จึงมีโอกาสได้กินอาหารว่างสูงกว่าเด็กชาวไทยภูเขาซึ่งจะได้กินจากที่โรงเรียนเลี้ยงตามโครงการอาหารกลางวัน และนมโรงเรียนที่รัฐบาลสนับสนุนให้เด็กประถมทุกคน สอดคล้องกับการศึกษาของ ขนิษฐ รัตนรังสิมา และปิยะดา ประเสริฐสม (2552) ที่ศึกษาสถานการณ์ทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษาและการจัดบริการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน เด็กนักเรียนประถมศึกษาวัยประถมศึกษาตอนต้น และเด็กดื่มน้ำอัดลมที่โรงเรียน แม้ว่าจะมีการณรงค์และควบคุมการจำหน่ายขนมกรุบกรอบและเครื่องดื่มที่เสียด่างฟัน

จำนวนครั้งในการแปรงฟันส่วนใหญ่แปรงวันละ 2 ครั้ง คือตอนเช้าและก่อนนอน แสดงว่าเด็กนักเรียนในพื้นที่อำเภอแม่แจ่มยังไม่มีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันสูง โดยเฉพาะในเด็กชาวไทยพื้นราบมีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันเพียง ร้อยละ 10.0 เท่านั้น ผู้เกี่ยวข้องจึงควรนำไปพิจารณาแก้ไขและสนับสนุนให้เกิดการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกโรงเรียน ซึ่งการแปรงฟันถือเป็นสิ่งจำเป็นต่อสุขภาพช่องปาก ส่วนเด็กที่มีการแปรงฟันวันละ 3 ครั้งจะมีร้อยละของการเกิดฟันผุต่ำกว่าเด็กที่แปรงฟันวันละ 1 - 2 ครั้ง

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เข้าไปเก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์ที่โรงเรียนในช่วงการออกบริการงานอนามัยโรงเรียน ซึ่งโรงเรียนบางแห่งห่างไกลต้องใช้เวลาในการเดินทาง ต้องให้บริการตรวจสุขภาพช่องปากและเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์นักเรียนที่เป็นกลุ่มศึกษามีจำนวนมาก 360 คน แต่ผู้ตรวจและเก็บข้อมูลเพียงคนเดียวทำให้มีข้อจำกัดด้านเวลาในการเก็บข้อมูล

2. การสัมภาษณ์เด็กนักเรียนพื้นที่สูงอาจจะมีปัญหาด้านการสื่อสารเกี่ยวกับข้อมูลด้านการศึกษาของผู้ปกครอง ซึ่งเด็กไม่เข้าใจเรื่องการศึกษาภาคบังคับ ตลอดจนการจำเรื่องอาหารว่างที่รับประทานในวันที่ผ่านมาไม่หมด

ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งนี้ จากปัญหาและอุปสรรค ผู้วิจัยใคร่ขอเสนอแนะดังนี้

1. การเก็บข้อมูลของนักวิจัยในกรณีทีกลุ่มตัวอย่างมีมาก อาจจำเป็นต้องอาศัยเจ้าหน้าที่ในการตรวจสุขภาพช่องปาก และผู้เก็บข้อมูลวิจัยเพิ่มหลายคน เพื่อจะได้เก็บข้อมูลได้ครบถ้วนสมบูรณ์ตามเวลาที่กำหนด

2. ปัญหาการสื่อสารกับเด็กชาวไทยภูเขาที่มีหลายชนเผ่าจำเป็นต้องมีล่ามในการให้คำอธิบายความหมายของคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์

3. งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเบื้องต้นเท่านั้น เด็กทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างในหลายมิติ เช่น สภาพพื้นที่อยู่อาศัย เป็นต้น ดังนั้นถ้าต้องการศึกษาต่อต้องศึกษาให้ลึกลงในรายละเอียดกว่านี้