

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาถึงภาวะสุขภาพช่องปากที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ รวมทั้งเปรียบเทียบภาวะสุขภาพช่องปากที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กประถมศึกษาปีที่ 6 ในกลุ่มเด็กชาวไทยพื้นราบกับเด็กชาวไทยภูเขา อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

1. สุขภาพช่องปาก
2. สุขภาพช่องปากที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กประถมศึกษา
3. ปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กประถมศึกษา

สุขภาพช่องปาก

1. ความสำคัญ

ในปี ค.ศ. 1946 องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของคำว่า สุขภาพ หมายถึง สภาวะที่ไม่มีโรคและสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นที่ยอมรับและนำไปสู่การเติบโตของการแพทย์เชิงสังคม (World Health Organization, 1948) ต่อมาในปี ค.ศ. 1984 องค์การอนามัยโลกได้เพิ่มนิยามให้กว้างขึ้น โดยให้ถือว่าสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน และเป็นองค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (World Health Organization, 1984) แตกต่างจาก Parson (1972) ที่นิยามคำว่า สุขภาพ ในทางการแพทย์ หมายถึง การมีหรือไม่มีโรคร้ายในช่องปากโดยดูจากลักษณะทางกายภาพหรือลักษณะของรอยโรคเป็นหลัก และใช้วิธีการรักษาโรคนั้นเพื่อให้หายจากการเป็นโรคหรือบรรเทาอาการของโรค

สุขภาพช่องปากมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะช่องปากเป็นด่านแรกของระบบย่อยอาหารของมนุษย์ หากเกิดปัญหาขึ้นภายในช่องปาก ไม่ว่าจะเป็นฟันผุ เหงือกบวมอักเสบ หรือการสูญเสียฟันไปก็ตาม ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ ทั้งในด้านร่างกาย เช่น การบดเคี้ยวอาหาร ในด้านจิตใจ เช่น สุขภาพจิต และอารมณ์ ส่วนในด้านสังคม เช่น การพบปะพูดคุยกับผู้อื่น ความมั่นใจ

ในตนเอง เป็นต้น ดังนั้นการทราบข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่การดำเนินงานเพื่อลดอัตราหรืออุบัติการณ์การเกิดโรคในช่องปาก ไม่เพียงแต่การรักษาเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการดำเนินงานด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นด้วย (สุชาติวง เกร็นพงษ์, 2550)

Locker (1988) ได้นำเอาหลักการขององค์การอนามัยโลกมาพัฒนาต่อเนืองและปรับปรุงให้สอดคล้องกับสุขภาพช่องปากและครอบครัวทุกๆด้าน ทั้งการทำหน้าที่และผลทางจิตใจ และสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์ทางสุขภาพช่องปากในระดับต่างๆ จะเริ่มจากการมีโรคในช่องปากที่นำไปสู่การสูญเสียหรือความผิดปกติของอวัยวะในช่องปากหรืออาจนำไปสู่ความตาย ความรู้สึกไม่สุขสบาย หรือความจำกัดในการทำหน้าที่ของช่องปาก ส่งผลกระทบต่อการสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันและความค่อยโอกาส

2. ปัญหาสุขภาพช่องปาก

2.1 ภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 12 ปี ในระดับประเทศ

เด็กอายุ 12 ปีทั่วประเทศมีแนวโน้มการเป็นโรคฟันผุสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 49.2, 53.9 และ 57.3 ในปี พ.ศ. 2532, 2537 และ 2544 ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 1.5, 1.55 และ 1.64 ซึ่งต่อคน ในช่วงเวลาเดียวกันนั้น ส่วนการแปร่งฟันที่โรงเรียนก็ลดลงจากปี พ.ศ. 2536 คิดเป็นร้อยละ 83.7 ส่วนในปี พ.ศ.2544 เหลือแค่ร้อยละ 26.3 เช่นเดียวกันกับการแปร่งฟันอย่างสม่ำเสมอของเด็กก็ลดลงจากปี พ.ศ.2536 คิดเป็นร้อยละ 70.6 ส่วนในปี พ.ศ.2544 เหลือแค่ร้อยละ 56.1 ด้านการบริการทันตกรรมก็มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน พบว่าในปี พ.ศ.2537 มีเด็กเข้ามาใช้บริการทันตกรรม คิดเป็นร้อยละ 20.3 ต่อมาในปี พ.ศ.2546 มีเด็กเข้ามาใช้บริการทันตกรรม เพียงร้อยละ 16.5 นอกจากนี้จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2547 พบว่าเด็กยังกินขนมหวานจำนวน 3 - 5 ครั้งต่อวัน (กองทันตสาธารณสุข, 2548) และเด็กยังดื่มน้ำอัดลมทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 11.65 อันเป็นผลมาจากสื่อโฆษณาต่างๆ (กองทันตสาธารณสุข, 2551) จากการสำรวจเด็กในแต่ละภาค พบว่าภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีเด็กที่เป็นโรคฟันผุน้อยกว่าภาคอื่น ส่วนค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด โดยรวมทุกภาคมีค่าเท่ากับ 1.9, 2 และ 1.6 ซึ่งต่อคนในปี พ.ศ.2548, 2549 และ 2550 ตามลำดับ ในขณะที่ภาคเหนือเป็นภาคที่มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 1.7 ซึ่งต่อคนในปี พ.ศ. 2549 และ 2550 ตามลำดับ (ขนิษฐ รัตนรังสีมา และปิยะดา ประเสริฐสม, 2552)

2.2 ภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 12 ปี ในจังหวัดเชียงใหม่

การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของเด็กอายุ 12 ปี ในจังหวัดเชียงใหม่โดยฝ่ายทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ครั้งที่ 4 ปี พ.ศ. 2546 และครั้งที่ 5 ปี พ.ศ.2551 พบว่า เด็กอายุ 12 ปี มีแนวโน้มการเกิดโรคฟันผุเพิ่มมากขึ้น โดยมีเด็กที่เป็นโรคฟันผุ ร้อยละ 60.1

ในปี พ.ศ.2546 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 1.6 ซี่ต่อคน และในปี 2551 มีเด็กอายุ 12 ปีที่ปราศจากฟันผุ คิดเป็นร้อยละ 54.7 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 1.9 ซี่ต่อคน ส่วนอำเภอแม่แจ่ม ได้สำรวจเด็กอายุ 12 ปี จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสำรวจของจังหวัดเชียงใหม่ พบเด็กมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 0.47 ซี่ต่อคน (ฝ่ายทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2551) และจากการสำรวจเด็กอายุ 12 ปี จำนวน 60 คน โดยใช้แบบสำรวจของจังหวัดเชียงใหม่ มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 1.2 ซี่ต่อคน (ฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลแม่แจ่ม, 2553) และจากการศึกษาในเด็กประถมศึกษา อายุ 12 ปี จำนวน 143 คน ที่อาศัยอยู่ในอำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 4.51 ซี่ต่อคน (วารสาร, 2550)

จากปัญหาสุขภาพช่องปากที่กล่าวมา พอสรุปได้ว่า เด็กอายุ 12 ปี มีแนวโน้มที่จะเกิดฟันผุมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และทางสังคม อันเป็นเหตุที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตของเด็ก ซึ่งอำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วยชาวไทยพื้นราบและชาวไทยภูเขา โดยประชากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 56 เป็นชาวไทยภูเขาเผ่าต่างๆ โดยมีเผ่ากะเหรี่ยงเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้มี เผ่าม้ง เผ่าลีซอ และเผ่าลัวะ ที่เหลือ ร้อยละ 44 เป็นชาวไทยพื้นราบ (บัลลังก์ จันทบูรณ์, 2541) ซึ่งเด็กชาวไทยภูเขาอาศัยอยู่ตามพื้นที่สูงทุรกันดาร ยากลำบากต่อการเดินทางมารับการรักษา การส่งเสริมทันตสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากจากทันตบุคลากร ถึงแม้ว่าฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลแม่แจ่ม จะมีโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษา แต่จากข้อจำกัดของจำนวนทันตบุคลากรที่น้อยและจำนวนโรงเรียนในอำเภอแม่แจ่มที่รับผิดชอบมีจำนวนมาก ทำให้สามารถให้บริการได้เพียงโรงเรียนละ 1 ครั้ง ในแต่ละปีการศึกษา อีกทั้งประชาชนที่เป็นชาวไทยภูเขามีภาษาพูดที่เฉพาะในแต่ละเผ่า ทำให้การติดต่อสื่อสาร การให้ทันตสุขภาพด้านการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องเหมาะสมเป็นไปได้ยากและยังคงเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถของบุคลากรสาธารณสุขที่จะช่วยกันแก้ไขปัญหาดังกล่าวให้สำเร็จ

สุขภาพช่องปากที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กประถมศึกษา

1.1 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

สืบเนื่องจากในปัจจุบัน เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า คุณภาพชีวิตที่ดี มีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีจะต้องมีสุขภาพที่ดีเป็นพื้นฐาน โดยการมีสุขภาพที่ดีนั้น ไม่เพียงแต่อยู่ในสถานะที่ไม่มีโรค แต่ยังต้องประกอบไปด้วยสถานะที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (WHO, 1984) เช่นเดียวกันกับการพิจารณาในด้านสุขภาพช่องปาก ซึ่ง เราไม่สามารถแยกส่วนสุขภาพช่องปากออกจากสุขภาพ

โดยรวมได้ไม่ว่าจะมองในมิติทางด้านร่างกาย มิติทางด้านจิตใจ รวมทั้งมิติทางด้านสังคม ดังนั้น สุขภาพช่องปาก จึงมีความสำคัญและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และปัญหาสุขภาพช่องปากที่เกิดขึ้นย่อมต้องส่งผลกระทบต่อการใช้คุณภาพชีวิตที่ดี การดำเนินการเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาตลอดจน การส่งเสริมให้มีสุขภาพช่องปากที่ดี จึงถือได้ว่าเป็นการดำเนินการเพื่อนำไปสู่การใช้คุณภาพชีวิตที่ดี

เด็กวัยเรียนเป็นกลุ่มวัยสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปัญหาสุขภาพช่องปากโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคฟันผุ เป็นประเด็นปัญหาสำคัญในกลุ่มวัยนี้เนื่องจากเป็นโรคที่เริ่มพบได้ตั้งแต่ช่วงวัยเริ่มต้นของชีวิตจนถึงวัยผู้ใหญ่ โดยเฉพาะเด็กในกลุ่มอายุ 12 ปี ซึ่งเป็นวัยที่จะสำเร็จการศึกษาจากชั้นประถมศึกษาและเป็นช่วงวัยเริ่มต้นของการเป็นเยาวชนซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงสภาวะต่างๆ ทั้งด้านกายภาพและสังคม กลุ่มอายุนี้นี้จึงถูกใช้เป็นตัวแทนของอายุที่เป็นสากลเพื่อการเปรียบเทียบข้อมูลของประเทศต่างๆ (World Health Organization, 2003) ซึ่งได้มีการศึกษาถึงผลกระทบจากสุขภาพช่องปากที่มีต่อคุณภาพชีวิตของเด็กอายุ 12 ปี หลายพื้นที่ เช่น การสำรวจสุขภาพช่องปากแห่งชาติในประเทศไทย ครั้งที่ 6 สัมภาษณ์เด็กอายุ 12 ปี ทั่วประเทศ จำนวน 1,066 คน พบว่า เด็กอายุ 12 ปี ประสบกับผลกระทบทางช่องปากในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา การกินเป็นปัญหาที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด ร้อยละ 66.4 ตามมาด้วยการทำความสะอาดฟัน ร้อยละ 51.7 การรักษาสภาวะทางอารมณ์ ร้อยละ 49.4 ตามลำดับ (สุดาตวง กฤษญาพงษ์, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของซุติมา โปธิ์แก้ว (2553) ที่ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาการกินได้รับผลกระทบมากที่สุดร้อยละ 38.3 ขณะที่การศึกษาในประเทศบราซิล เก็บข้อมูลในเด็กอายุ 11-14 ปี จำนวน 342 คน พบว่าปัญหาสุขภาพช่องปากส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตด้านการกินมากที่สุด ร้อยละ 59.4 ตามมาด้วยการรักษาสภาวะทางอารมณ์และการทำความสะอาดช่องปาก ร้อยละ 33.6 และร้อยละ 33.3 (Castro et al., 2008) ส่วนการศึกษาในนักเรียนอังกฤษ จำนวน 228 คน ปัญหาสุขภาพช่องปากส่งผลกระทบต่อการกินเป็นอันดับหนึ่ง ร้อยละ 23.2 รองลงมาคือ การทำความสะอาดช่องปาก ร้อยละ 18.0 และต่อการรักษาสภาวะทางอารมณ์ ร้อยละ 11.8 (Bemabe et al., 2007) ซึ่งถือว่าน้อยกว่าผลกระทบของปัญหาสุขภาพช่องปากที่มีต่อคุณภาพชีวิตเด็กไทยมาก แต่อันดับของปัญหาไม่มีความแตกต่างกันคือปัญหาด้านการกินเป็นปัญหาใหญ่ที่สุด จึงพอสรุปได้ว่า ปัญหาที่มาจากสุขภาพช่องปากมีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย ความรู้สึกอยู่ดีมีสุข หรือการอยู่ในสังคมของบุคคลนั้น สุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นย่อมช่วยให้สุขภาพทั่วไปและคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นดีขึ้น (สุดาตวง กฤษญาพงษ์, 2552)

1.2 ตัวชี้วัดสุขภาพช่องปากที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตที่ควรคำนึงถึง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งตัวชี้วัดที่ดีควรครอบคลุมกิจกรรมที่สำคัญในชีวิตประจำวัน และมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และเชื่อมโยงสถานะช่องปากทางคลินิกกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต่อบุคคลแต่ละคนและการใช้ชีวิตในสังคมของบุคคลนั้นด้วย ดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมีการพัฒนามาเป็นระยะเวลาประมาณกว่า 30 ปีมาแล้ว ในปัจจุบันมีผู้พัฒนาดัชนีขึ้นกว่า 10 ชนิด (Slade, 1997) โดยแต่ละดัชนีก็มีกรอบแนวคิดความยาวประเด็นคำถามต่างกันออกไป ดัชนีที่นิยมแพร่หลาย ได้แก่ ได้แก่ The General Oral Health Assessment Index (GOHAI) เป็นดัชนีที่ใช้กันมายาวนาน ในอดีตใช้กับผู้สูงอายุแต่ปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนสามารถใช้ได้กับประชากรหลายกลุ่ม มีคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน คือ ความรู้สึกเจ็บปวดหรือรู้สึกไม่สบาย หน้าทีทางกายภาพ และหน้าที่ทางจิตใจสังคม โดยแบ่งระดับความถี่ออกเป็น 6 ระดับจาก 0 คือไม่เคย 1 คือ น้อยมาก, นานๆ ที 2 คือ บางครั้ง 3 คือ บ่อย 4 คือ บ่อยมาก 5 คือ เป็นประจำสม่ำเสมอ ข้อดีของดัชนีคือ ใช้งานง่ายและรวดเร็ว ส่วนข้อเสียคือดัชนีนี้ไม่ได้มาจากกรอบแนวคิดที่ชัดเจน ดังนั้นคำถามจึงไม่หนักแน่นและชัดเจน และไม่ครอบคลุมสุขภาพช่องปากที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ต่อมาได้มีการพัฒนาดัชนีที่ใช้กับผู้สูงอายุที่ชื่อ The Oral Health Impact Profile (OHIP) โดยพัฒนาอย่างเป็นระบบ เริ่มจากกรอบแนวคิดที่ชัดเจนของ David Locker แล้ววัดสุขภาพช่องปากตามองค์ประกอบในกรอบแนวคิดนั้น มีคำถามทั้งหมด 49 ข้อ ที่ครอบคลุมผลลัพธ์ต่างๆ อันเนื่องมาจากสุขภาพช่องปาก ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และความรู้สึกเจ็บปวดหรือรู้สึกไม่สบาย โดยแบ่งระดับความถี่ออกเป็น 5 ระดับจาก 0 คือไม่เคย 1 คือ นานๆ ที 2 คือ บางครั้ง 3 คือ ก่อนข้างบ่อย 4 คือ บ่อยมาก ข้อดีของดัชนีคือ กรอบแนวคิดที่ชัดเจนและครอบคลุมผลลัพธ์ต่างๆ หลายด้าน ส่งผลให้คำถามหนักแน่นและชัดเจน ส่วนข้อเสียคือ จำนวนข้อคำถามที่มีมากและบางข้อคล้ายคลึงกันทำให้ผู้ตอบคำถามสับสนได้ ด้วยเหตุนี้จึงได้มีการปรับลดจำนวนข้อลงเหลือ 14 ข้อ แต่ยังคงครอบคลุมเนื้อหาทั้งหมดไว้ ส่วนดัชนีที่ถูกพัฒนาขึ้นในกลุ่มประชากรไทยคือ The Oral Impacts On Daily Performances Index (OIDP) ใช้ได้กับกลุ่มอายุทั่วไป โดยพัฒนามาจากกรอบแนวคิดของ David Locker เน้นที่ผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความผิดปกติภายในช่องปากทางคลินิก อาจนำไปสู่ผลกระทบระดับกลาง ได้แก่ ความเจ็บปวด ความรู้สึกไม่สบาย ความจำกัดในหน้าที่ และความไม่พอใจกับลักษณะที่ปรากฏ และอาจนำไปสู่ผลกระทบระดับสูง นั่นคือ ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดังนี้ การกินอาหาร การพูด และการทำความสะอาดฟัน จัดเป็นกิจกรรมสะท้อนด้านร่างกาย การพักผ่อนรวมทั้งการนอนหลับ การรักษาอารมณ์จิตใจให้เป็นปกติ และการยิ้มหัวเราะอดฟันโดยไม่อาย จัดเป็นกิจกรรมสะท้อนด้านจิตใจ ส่วนกิจกรรม

ที่เหลืออีก 2 กิจกรรมคือ การทำงาน และการออกไปพบปะผู้คน จัดเป็นกิจกรรมสะท้อนด้านสังคม โดยแบ่งระดับความถี่ออกเป็น 6 ระดับจาก 0 คือไม่กระทบกระเทือน 1 คือ เล็กน้อยมาก 2 คือ เล็กน้อย 3 คือ ปานกลาง 4 คือ รุนแรง 5 คือ รุนแรงมาก ข้อดีของดัชนีคือ ถามด้านคุณภาพชีวิต โดยตรง คำถามกระชับ สั้น ได้ใจความ และสามารถนำมาคำนวณผลกระทบแบบเจาะจงสถานะได้ ส่วนข้อเสียคือ ต้องอาศัยผู้สัมภาษณ์ที่ได้รับการอบรมก่อนเพื่อถามแบบเจาะลึกถึงแต่ละกิจกรรม (สุดาตวง กฤษฎาพงษ์, 2552)

Child-OIDP เป็นดัชนีที่พัฒนาขึ้น โดยสุดาตวง เกร็นพงษ์ และคณะ เพื่อให้เหมาะกับการสัมภาษณ์เด็กในกลุ่มอายุ 10 - 12 ปี โดยคล้ายคลึงกับ OIDP ที่ใช้กับกลุ่มอายุทั่วไป แต่ต่างกันที่ กิจกรรมสะท้อนด้านสังคม ในด้านการทำงาน และการออกไปพบปะผู้คน เป็น การศึกษา เช่น ไปโรงเรียน เรียนหนังสือ ทำการบ้าน และการติดต่อ ออกไปพบเจอกับคนอื่นแทน ส่วนระดับความถี่ แบ่งออกเป็น 4 ระดับจาก 0 คือไม่กระทบกระเทือน 1 คือ เล็กน้อย 2 คือ ปานกลาง 3 คือ รุนแรง ส่วนระยะเวลาที่นึกย้อนถึงปัญหาและผลกระทบนั้นให้ย้อนไป 3 เดือน ซึ่งลดลงจาก 6 เดือนของ OIDP อีกทั้งช่วงสัมภาษณ์ควรมีรูปภาพประกอบเนื่องจากเด็กยังไม่สามารถคิดเชิงนามธรรมได้ ทั้งหมด ข้อดีของดัชนีคือ คำถามสั้น กระชับ เด็กเข้าใจได้ง่าย อีกทั้งมีรูปภาพประกอบการสัมภาษณ์ และสามารถนำมาคำนวณผลกระทบแบบเจาะจงสถานะได้ ข้อเสียคือ ต้องสัมภาษณ์ตัวต่อตัว

พัฒนาการของ Child-OIDP พัฒนามาจาก OIDP ที่ใช้กับกลุ่มประชากรทั่วไปเมื่อปี 1997 โดยสุปริศา อุดุลยานนท์ และ Aubrey Sheiham ต่อมาเมื่อปี 2004 สุดาตวง เกร็นพงษ์ และคณะ ได้พัฒนา OIDP มาเป็น Child-OIDP เพื่อให้ใช้กับเด็กประถมศึกษา อายุ 10-12 ปี โดยเริ่มทดลองใช้กับเด็กจำนวนกว่า 1,000 คน ทำให้เห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นในเด็กวัยนี้ ปัจจุบันจึงเป็นเป้าหมายหลักของงานทันตกรรมในประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งได้นำกรอบแนวคิดของ David Locker มาเป็นแนวทางเช่นเดียวกับ OIDP โดยปรับคำถามให้เด็กเข้าใจมากขึ้น ให้เห็นรูปธรรมโดยการใช้อุปกรณ์ประกอบการสัมภาษณ์ ลดจำนวนความถี่ของปัญหาเหลือ 4 ระดับ ระยะเวลาการคิดย้อนหลัง 3 เดือน (สุดาตวง กฤษฎาพงษ์, 2552)

ดังนั้น แบบบันทึก Child-OIDP (12-year-old) จึงถูกพัฒนาขึ้นและได้ผ่านการทดสอบอย่างเป็นกระบวนการด้วยขั้นตอนต่างๆ เพื่อให้เหมาะสมกับเด็ก (สุดาตวง กฤษฎาพงษ์, 2552) นอกจากนี้ ยังถูกแปลและทดสอบในต่างประเทศ เช่น สหราชอาณาจักร ฝรั่งเศส เปรู เป็นต้น (Yusuf H et al.2006; Tubert-Jeannin et al. 2005; Bernabe et al. 2007) ซึ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพต่างๆ มักเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่น การสูญเสียหรือความผิดปกติของอวัยวะ (impairment) อาจทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบาย และอาจทำให้การทำงานที่ถูกจำกัด เช่น กรณีที่มีการสูญเสียฟันไปบางซี่ อาจจะยังคงเคี้ยวอาหารได้ตามปกติ แต่อาจรู้สึกไม่สบาย หรือทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ เช่น การสูญเสีย

ฟันไปอาจทำให้กินอาหารได้จำกัด เพราะไม่สามารถกินอาหารบางประเภทได้ และอาจจะส่งผลให้เกิดความด้อยโอกาส รู้สึกอับอายในท่าทางการกิน แต่ในบางกรณีการสูญเสียฟันก็ไม่ได้ส่งผลให้เกิดปัญหา นอกจากนี้ความด้อยโอกาสอาจเกิดขึ้นจากความคาดหวังของสังคม เช่น คนที่ไม่มีฟันเพื่อใช้บดเคี้ยวอาหาร ถือว่าเกิดความด้อยโอกาส แต่ถ้าได้รับการใส่ฟันปลอมก็สามารถใช้เพื่อบดเคี้ยวอาหารได้ก็ถือว่าไม่มีความด้อยโอกาส จะเห็นได้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์ต่างๆ ทางภาวะสุขภาพไม่ตรงไปตรงมา นอกจากนี้ยังมีแนวคิดของ Wilson & Cleary (1995) ได้นำเสนอว่าโรคหรือสภาวะช่องปากนั้นสามารถวัดได้โดยใช้ตัวชี้วัดสถานะช่องปาก ส่วนผลที่เกิดขึ้นตามมาอีก 3 ระดับ ได้แก่ อาการ การทำหน้าที่ และความรู้สึกต่อสุขภาพช่องปากของตนโดยรวม ถือเป็น การประเมินสุขภาพช่องปากจากตัวบุคคลซึ่งทำได้หลายรูปแบบ เช่น การประเมินความเจ็บปวดออกมาเป็นค่าตัวเลขระดับต่างๆ การให้ค่าต่อสุขภาพช่องปากของตนเองโดยรวม เป็นต้น รวมไปถึงการวัด “สุขภาพช่องปากที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต” (oral health-related quality of life: OHRQoL) ซึ่งเป็นการประเมินการทำหน้าที่ของช่องปากในชีวิตประจำวันทั้งในด้านด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่วนการวัดในระดับของอาการและความรู้สึกต่อสุขภาพช่องปากโดยรวมนั้นไม่ถือว่าเป็นการวัดสุขภาพช่องปากที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยเครื่องมือหรือแบบสอบถามที่ใช้สำหรับประชากรกลุ่มหนึ่งๆ จะต้องครอบคลุมรายละเอียดในด้านต่างๆ ของชีวิตประจำวันที่ประชากรกลุ่มนั้นๆ

ปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กประถมศึกษา

โรคในช่องปากที่มีความชุกและอุบัติการณ์ในการเกิดโรคค่อนข้างสูง คือโรคฟันผุ เป็นโรคที่เกิดจากหลายปัจจัย (Multifactorial disease) ได้แก่ ชนิดและความถี่ของการรับประทานอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล การมีพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เช่น การแปรงฟันอย่างไม่สม่ำเสมอ การรับประทานอาหารหวานๆ หรือการเติมน้ำตาลลงในอาหาร (Paunio et al., 1993) การดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ความถี่ของการกินอาหารประเภทแป้งและความถี่ในการกินอาหาร การได้รับฟลูออไรด์และความรู้ของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับการที่เด็กมีฟันผุนรุนแรง (Mariri et al., 2003) เพราะเชื้อแบคทีเรียที่อาศัยในช่องปากมีการใช้น้ำตาลก็จะผลิตกรดออกมาทำลายเนื้อฟัน ส่งผลให้เกิดฟันผุตามมา เป็นต้น ปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุของเด็กยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคขนมของเด็กประถมศึกษา ซึ่งให้เห็นว่าปัจจัยที่น่าจะมีอิทธิพลต่อการเลือกขนมของเด็ก คือ เพศ อายุ และค่าขนมต่อสัปดาห์ ซึ่งเป็นการสะท้อนภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว เด็กอายุมากกว่า 10 ปี จะบริโภคขนมที่มีความหลากหลาย และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุสูงขึ้น และเด็กผู้หญิงมีพฤติกรรมชอบ

บริโภคขนมที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูงกว่าเด็กผู้ชาย โดยช่วงเวลาที่บริโภคสูงสุด คือ ช่วงระหว่างอาหารเช้าและอาหารกลางวัน ชนิดของขนมที่บริโภคสูงสุดเรียงตามลำดับ 5 อันดับ คือ นมกล่อง ผลไม้ บะหมี่ซังน้อย น้ำแข็งไส และลูกอม สำหรับการทำความสะอาดช่องปากซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยควบคุมและลดความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุนั้น ช่วงเวลาที่เด็กแปรงฟันอย่างสม่ำเสมอทุกวัน คือ ช่วงตื่นนอนมากที่สุด รองลงมา คือ ช่วงกลางวัน และต่ำสุด คือ ช่วงก่อนนอน แต่ตามทฤษฎีช่วงที่เด็กควรแปรงอย่างสม่ำเสมอคือ ช่วงก่อนนอน โดยเด็กผู้หญิงแปรงฟันสม่ำเสมอมากกว่าเด็กผู้ชาย ส่วนเด็กเล็ก (อายุ 8-10 ปี) แปรงฟันสม่ำเสมอมากกว่าเด็กโต (มากกว่า 10 ปี)

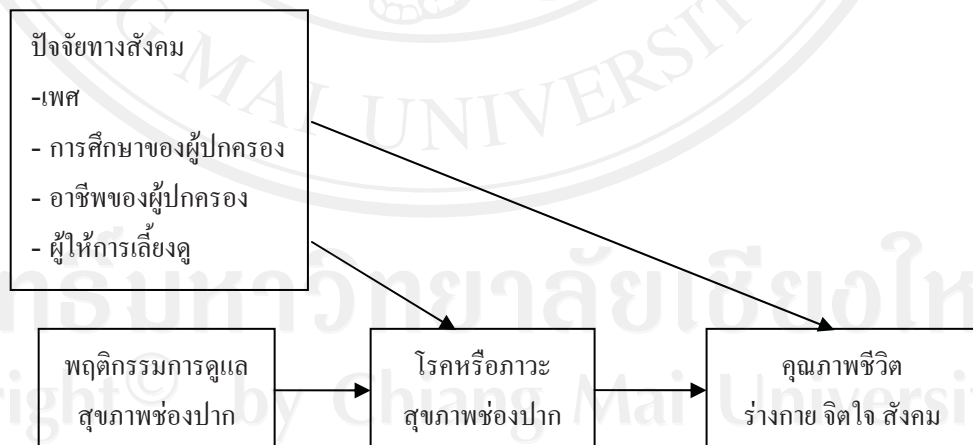
จากการศึกษาของ วิลาวลัย วีระอาชากุล และคณะ (2553) ถึงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุในผู้ป่วยชาลัสซีเมีย พบว่า กลุ่มเด็กที่ผู้ปกครองมีรายได้น้อย มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุเป็น 6.4 เท่าของผู้ป่วยที่มีผู้ปกครองมีรายได้มาก และปัจจัยด้านอายุ รายได้ครอบครัว การดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลมเป็นประจำ การมีคราบจุลินทรีย์ และการมีฟันซ้อนเก สัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ

กัลยา ศรีมหันต์ (2541) ได้ศึกษาถึงภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียน พบว่า ปัจจัยทางสังคมในเรื่องของระดับการศึกษาของบิดามารดา เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ รวมทั้งการกำหนดพฤติกรรมการบริโภค คือ การตัดสินใจเลือกซื้ออาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการให้เด็ก โดยรู้ว่าอาหารชนิดใดซื้อมารับประทานแล้วมีหรือไม่มีประโยชน์ต่อร่างกาย บิดามารดาที่มีระดับการศึกษาดี แม้จะขาดความรู้ทางโภชนาการก็สามารถหาข้อมูลได้ ขณะที่บิดามารดาที่มีระดับการศึกษาสูงมาก มีภารกิจที่ต้องทำอยู่ตลอดเวลา ไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของเด็กทำให้เด็กมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ดีส่งผลต่อภาวะสุขภาพช่องปากได้ ส่วนเรื่องของรายได้ของครอบครัวนั้น ครอบครัวที่มีรายได้ดี จะมีโอกาสเลือกซื้ออาหารมาบริโภคมากกว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำและครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะมีการบริโภคอาหารมากเกินความต้องการ เช่น ขนมหวาน น้ำอัดลม เป็นต้น ซึ่งเป็นอาหารที่มีน้ำตาลสูง นอกจากนี้จากการศึกษาของ สุภัทรา สนธิเสวต (2551) ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพช่องปากของเด็ก พบว่า บิดามารดามักมีพฤติกรรมตามใจเด็ก ให้เด็กกินขนมหวาน ไอศกรีม น้ำหวาน ลูกอม เยลลี่ ฯลฯ

วิณะ วีระไวทยะ และสง่า ดามาพงษ์ (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารครอบครัวที่มีรายได้สูง ฐานะการเงินดีจะสามารถซื้ออาหารหรือไปใช้บริการร้านอาหารที่มีคุณภาพได้ดีมากกว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ ฐานะยากจนในขณะเดียวกันหากมีฐานะดีแต่ไม่รู้จักรับเลือกซื้ออาหารที่ดี มีคุณภาพก็อาจทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกายได้ โดยเฉพาะก่อให้เกิดปัญหาทางโภชนาการ และส่งผลต่อภาวะสุขภาพช่องปากได้ เช่น โรคฟันผุ เป็นต้น ในขณะที่การศึกษาดังกล่าว

บริโภคอาหารของเด็กนักเรียนประถมศึกษาของ สุบิน สุนันตะ (2551) พบว่า เด็กไทยอายุ 12 ปี มีฟันแท้เพิ่มขึ้น โดยมีสาเหตุมาจากเด็กมีแนวโน้มของนิสัยการบริโภคขนมขบเคี้ยว น้ำอัดลม บะหมี่กึ่งสำเร็จรูปและอาหารที่ใส่สารปรุงรสเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีผลมาจากภาวะแวดล้อม เช่น การโฆษณาในรายการโทรทัศน์ รูปลักษณะสีส้มของหีบห่อ เป็นต้น รวมทั้งการจำหน่ายที่เข้าถึงง่าย โดยเฉพาะในโรงเรียนและหน้าโรงเรียน ทำให้เกิดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคฟันผุในเด็กกลุ่มนี้ค่อนข้างสูง คือมากกว่าร้อยละ 60 ของเด็กอายุ 12 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ขนิษฐ รัตนรังสิมา และ ปิยะดา ประเสริฐสม (2552) ที่ศึกษาสถานการณ์ทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษาและการจัดบริการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน เด็กนักเรียนประถมศึกษาบริโภคขนมกรุบกรอบมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ และเด็กดื่มน้ำอัดลมที่โรงเรียน เฉลี่ยเท่ากับ 1.89 วันต่อสัปดาห์ แม้ว่าจะมีการรณรงค์และควบคุมการจำหน่ายขนมกรุบกรอบและเครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อโรคฟันผุ นอกจากนี้ ปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคฟันผุอีกอย่างหนึ่งจากการศึกษาของวิทยา โปธาสินธ์ (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพช่องปากในเด็กนักเรียนประถมศึกษา คือ พฤติกรรมการไม่แปรงฟัน หรือการแปรงฟันไม่สะอาด ซึ่งพบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีเกิดโรคฟันผุเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะฟันแท้ซี่ที่ 6 ที่ผุมากที่สุด

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ปัจจัยทางสังคมได้แก่ เพศ ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง และผู้ให้ การเลี้ยงดู นั้นมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ใน ด้านจำนวนครั้งของการแปรงฟันในแต่ละวัน การกินอาหารว่าง และประเภทของอาหารว่างที่เด็ก กิน อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้วย หากเด็กมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่อง ปากที่ไม่ดีจะส่งผลต่อการเกิดโรคในช่องปากหรือมีปัญหาในช่องปากได้ ได้แก่ การเกิดโรคฟันผุ ถ้าไม่ได้รับการรักษา การเกิดฟันผุจะลุกลามถึงชั้นโพรงประสาทฟัน ทำให้มีอาการปวดฟันได้ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กทั้งทางร่างกาย ได้แก่ การกินอาหาร การพูด การทำความสะอาดช่อง ปาก ทางจิตใจ ได้แก่ การพักผ่อนนอนหลับ การรักษาอารมณ์ตามปกติ การยิ้ม หัวเราะ ทางสังคม ได้แก่ การศึกษา การติดต่อสื่อสาร

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved