

รายงานการวิจัย

ภาวะสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของนักเรียนอายุ 12 ปี อำเภอเกาะช้าง  
จังหวัดตราด

Oral Health Status and Oral Health Related Quality of Life among Children Aged  
12 Years in School, Koh Chang District, Trat Province

บุญชัย วงษ์ไทยวรรณ ทบ.  
โรงพยาบาลเกาะช้าง จังหวัดตราด  
Boonchaiball1@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพช่องปาก คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ปัจจัยทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนอายุ 12 ปี เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนในโรงเรียนฝั่งทิศตะวันออกและฝั่งทิศตะวันตกของอำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน – เดือนสิงหาคม 2568 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยนักเรียนอายุ 12 ปี จำนวน 151 คน แบ่งเป็นโรงเรียนฝั่งทิศตะวันออก 70 คน และฝั่งทิศตะวันตก 81 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสำรวจภาวะสุขภาพช่องปากที่ปรับปรุงจากแบบสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ 2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากต่อชีวิตประจำวันสำหรับเด็ก (Child-Oral Impact on Daily Performances: Child-OIDP) และ 3) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ปัจจัยทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Independent t-test, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test, Fisher's Exact test และ Chi-square test

ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนอายุ 12 ปี ในอำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด มีภาวะฟันผุร้อยละ 55.6 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) เท่ากับ 1.66 ซึ่งต่อคน เมื่อเปรียบเทียบตามพื้นที่ พบว่านักเรียนในโรงเรียนฝั่งทิศตะวันตกมีค่าเฉลี่ยฟันผุสูงกว่านักเรียนฝั่งทิศตะวันออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับสภาวะเหงือกอักเสบ พบว่านักเรียนร้อยละ 87.4 มีเหงือกอักเสบหรือมีหินน้ำลาย และไม่พบความแตกต่างระหว่างนักเรียนทั้งสองพื้นที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก พบว่าเด็กร้อยละ 72.8 มีปัญหาสุขภาพช่องปากที่ส่งผลกระทบต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างน้อยหนึ่งด้าน โดยกิจกรรมที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือการรับประทานอาหาร รองลงมาคือการรักษาอารมณ์ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ พบว่านักเรียนในโรงเรียนฝั่งทิศตะวันตกมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากโดยรวมสูงกว่านักเรียนในโรงเรียนฝั่งทิศตะวันออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเฉพาะด้านการทำความสะอาดช่องปาก การรักษาอารมณ์ การยิ้มหัวเราะ และการออกไปพบปะผู้คน เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก พบว่าภาวะฟันผุมีความสัมพันธ์กับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะเหงือกอักเสบกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก นอกจากนี้ ปัจจัยทางสังคม



ได้แก่ อาชีพและระดับการศึกษาของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะชนิดของอาหารว่างที่ชอบบริโภค การเติมน้ำตาลเพิ่ม ความถี่และเวลาในการแปรงฟันต่อวัน มีความสัมพันธ์กับภาวะฟันผุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความถี่ในการแปรงฟันต่อวันยังมีความสัมพันธ์กับสภาวะเหงือกอักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า เด็กนักเรียนอายุ 12 ปี ในอำเภอเกาะช้าง ยังคงประสบปัญหาสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในระดับที่น่ากังวล ควรได้รับการเฝ้าระวังและแก้ไข โดยเฉพาะในพื้นที่ฝั่งทิศตะวันตก ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตสูงกว่า ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการวางแผนพัฒนารูปแบบการส่งเสริม ป้องกัน และการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ โดยให้ความสำคัญกับปัจจัยทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียน อย่างยั่งยืนต่อไป

**คำสำคัญ** ภาวะสุขภาพช่องปาก คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก นักเรียนอายุ 12 ปี

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สุขภาพช่องปากที่ดีถือว่าเป็นประตูของการมีสุขภาพที่ดี เนื่องจากช่องปากเป็นด่านแรกในการลำเลียงอาหารเข้าสู่ร่างกาย เป็นจุดเริ่มต้นของระบบย่อยอาหาร และในเวลาเดียวกันหากมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากก็อาจนำไปสู่ปัญหาทางด้านสุขภาพที่ในทุกระบบของร่างกาย ซึ่งปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญและสามารถนำไปสู่ปัญหาสุขภาพหลักได้นั้น คือ ปัญหาโรคฟันผุและโรคปริทันต์อักเสบ โดยพบได้ในกลุ่มประชากรส่วนใหญ่ของโลกและปัญหาเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อการใช้คุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรโลกในเกือบทุกช่วงอายุ (FDI World Dental Federation, 2016)

ปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นปัญหาหนึ่งที่มีความสำคัญทางด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะในเด็กไทยจะพบปัญหาสุขภาพช่องปากในวัยเรียน หากปล่อยให้ร่อยโรครุกลามมากจนเกิดความเจ็บปวด จะทำให้ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวอาหารลดลง ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน ส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางร่างกาย อาการปวดยังรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน การนอน และการเรียน ส่งผลต่อพัฒนาการทางด้านสติปัญญา รวมถึงขาดความมั่นใจในการพบปะผู้คนและส่งผลกระทบต่อบุคลิกภาพของเด็ก โดยเฉพาะเด็กช่วงวัย 6 - 12 ปี มีการใช้เวลาทำกิจกรรมในโรงเรียนถึง 8 - 9 ชั่วโมงต่อวัน พบว่าปัญหาสุขภาพช่องปากในเด็กเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลในปริมาณที่ไม่เหมาะสม โดยชอบกินอาหารว่างที่นอกเหนือจากมื้อหลักมากกว่า 1 - 2 ครั้งต่อวัน การชอบกินขนมหวานทั้งวัน รวมถึงดื่มน้ำอัดลมหรือการแปรงฟันที่ไม่สม่ำเสมอ เป็นต้น ทำให้เด็กมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก ปวดฟัน รวมไปถึงการสูญเสียฟันที่เขี้ยวอาหาร สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น การกินอาหาร การศึกษาเล่าเรียน การพูดคุย การสื่อสาร และการพบปะผู้อื่นได้ (สุดาตวง กฤษฎาพงษ์, 2557)

ปัจจุบันการศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กวัยเรียน กำลังได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้นในต่างประเทศรวมถึงประเทศไทย เนื่องจากการพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายหลักของงานทันตสาธารณสุข อีกทั้งเด็กวัยเรียนเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของการดำเนินงานระดับประเทศ จึงจำเป็นต้องทราบข้อมูลที่สะท้อนสุขภาพช่องปากหรือคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก นอกเหนือไปจากข้อมูลของโรคในช่องปากเท่านั้น หากปัญหาสุขภาพช่องปากในเด็กวัยเรียนไม่ได้แก้ไข จะทำให้เกิดปัญหาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากตามมาในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การยิ้ม การออกไปพบปะผู้คนการพูด เป็นต้น ดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ในรูปของแบบสอบถามสำหรับเด็กวัยเรียนมี 2 ตัว ที่ผ่านการทดสอบในการศึกษาแบบตัดขวาง สามารถบรรยายถึงผลกระทบของช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียน และการจำแนกเด็กวัยเรียนตามระดับความรุนแรงของปัญหา ได้แก่ 1)แบบสอบถามการรับรู้ของเด็ก (Children Perceptions Questionnaires: CPQ) และ 2)แบบสอบถามผลกระทบของช่องปากต่อการดำรงชีวิตประจำวันสำหรับเด็ก (Child Oral Impacts on Daily Performances: Child-OIDP) ดัชนีแบบสอบถามการรับรู้ของเด็ก (CPQ) ประกอบด้วย 37 ข้อ ครอบคลุม 4 มิติสุขภาพช่องปาก ได้แก่ อาการ ความจำกัดในการทำหน้าที่ของช่องปาก ความสุขสบายทางจิตใจและความสุขสบายทางสังคม (Jokovic et al., 2002) ซึ่งต่างจากดัชนีแบบสอบถามผลกระทบของช่องปากต่อการดำรงชีวิตประจำวันสำหรับเด็ก (Child-OIDP) ของ สุดาตวง กฤษฎาพงษ์และคณะ (Gherunpong, Tsakos, & Sheiham, 2004) ที่ถูกคิดค้นและพัฒนาขึ้น ในปีพ.ศ.2547 เพื่อสะท้อนและอธิบายถึงผลกระทบของปัญหาสุขภาพช่องปากที่เกิดขึ้นต่อคุณภาพชีวิตบุคคล โดยวัดผลกระทบท้ายสุด (ultimate impacts) เท่านั้น โดยนำความถี่ ระดับความรุนแรงของปัญหาที่เกิดขึ้นและมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันผ่านกิจกรรมทั้ง 8 อย่าง เพื่อสะท้อนถึงมิติด้านกายภาพ จิตใจ และสังคม (Alvarez-Azaustre, Greco, & Lena, 2021; Bolin, & Jones, 2006) ซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตด้านมิติสุขภาพ โดยใช้ผลลัพธ์ที่ระดับปลายเป็นพฤติกรรมแสดงออกต่อการดำรงชีวิต ซึ่งให้ผลที่ถูกต้องมากกว่าการประเมินที่ระดับความรู้สึกหรืออาการเท่านั้น

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9 ประเทศไทย ปี 2566 ในกลุ่มอายุ 12 ปี พบว่า ปรากฏจากโรคฟันผุในฟันถาวรอยู่ที่ร้อยละ 50.3 มีค่าเฉลี่ย ผุ ถอน อุด (DMFT) ที่ 1.2 ซึ่งต่อคน มีค่าที่ใกล้เคียงกับการสำรวจในครั้งที่ 8 ที่ 1.4 ซึ่งต่อคน และจากการสำรวจในครั้งที่ 9 พบว่ากลุ่มอายุ 12 ปี มีปัญหาสภาวะเหงือกอักเสบสูงกว่าการสำรวจในครั้งที่ 8 เพิ่มจากร้อยละ 66.3 เป็นร้อยละ 80.2 (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2567) และจากข้อมูลรายงาน Health Data Center (HDC) ของจังหวัดตราดปี 2566 พบมีเด็กอายุ 12 ปี ปรากฏจากฟันผุร้อยละ 69.57 ค่าเฉลี่ย ผุ ถอน อุด (DMFT) 0.89 ซึ่งต่อคน และในเขตอำเภอเกาะช้าง พบเด็กอายุ 12 ปี ปรากฏจากฟันผุร้อยละ 43.18 ค่าเฉลี่ย ผุ ถอน อุด (DMFT) ที่ 1.66 ซึ่งต่อคน จะเห็นได้ว่าจากสถิติดังกล่าว สถานการณ์การเกิดโรคฟันผุในอำเภอเกาะช้าง มีค่าสูงมากกว่าในระดับจังหวัดและระดับประเทศ ผลดังกล่าวแสดงถึงปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนในเขตพื้นที่อำเภอเกาะช้างเป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการแก้ไข

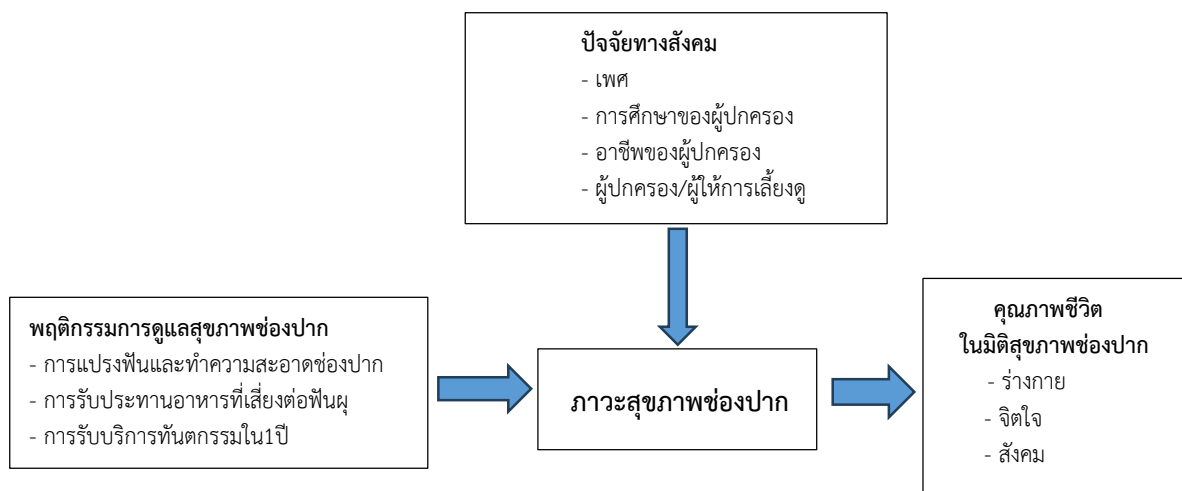
ดังนั้นผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะศึกษาสภาวะสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนอายุ 12 ปี อำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด ซึ่งมีเด็กนักเรียนศึกษาอยู่ในโรงเรียนต่างๆ โดยรอบของเกาะช้าง เนื่องจากสภาพภูมิศาสตร์ของอำเภอเกาะช้าง เป็นเกาะขนาดใหญ่ที่มีพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นป่าและภูเขาสูงประมาณร้อยละ 70 ของพื้นที่ทั้งหมด เป็นส่วนที่ราบเชิงเขาร้อยละ 20 และเป็นที่ยราบชายฝั่งเพียงร้อยละ 10 สภาพของชุมชนและประชากรจะอาศัยอยู่ตามที่ราบต่างๆ เป็นกลุ่มๆ แต่ละกลุ่มอยู่ห่างกันค่อนข้างมาก หากแบ่งตามสภาพพื้นที่และการเดินทางสัญจรทางถนนที่ไม่มีเส้นทางถนนรอบทั้งเกาะ สามารถแบ่งพื้นที่ตามสภาพภูมิศาสตร์ออกได้เป็น 2 ส่วน คือ 1) ฝั่งทิศตะวันตก (ส่วนหน้าเกาะ) เป็นแหล่งท่องเที่ยวสำคัญมีความหนาแน่นของสถานประกอบการและประชากรแฝงสูง และ 2) ฝั่งทิศตะวันออก (ส่วนหลังเกาะ) ส่วนใหญ่เป็นชุมชนดั้งเดิม พื้นที่เกษตรกรรม ประมง ที่ตั้งหน่วยงานราชการรวมถึงโรงพยาบาลเกาะช้าง โดยใช้ภูเขาสูงและภูมิประเทศชายฝั่งทะเลเว้าแหว่งเป็นอุปสรรคสำคัญทางธรรมชาติและตัวกำหนดกันแบ่ง 2 ฝั่ง ปัจจุบันวิถีการดำรงชีวิตของประชากรทั้ง 2 ฝั่ง ในด้านสังคมและเศรษฐกิจมีความแตกต่างกันในหลายมิติ เช่น อาชีพของผู้ปกครอง ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง ผู้ให้การเลี้ยงดู เป็นต้น รวมถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทั้งด้านการรักษา การส่งเสริมป้องกันและการให้บริการด้านทันตสาธารณสุขที่ยังไม่ครอบคลุมด้วยอุปสรรคต่างๆ เช่น สภาพภูมิประเทศ การคมนาคม เป็นต้น (กุศล สุนทรธาดา, 2559) ส่งผลให้รูปแบบการดำเนินชีวิต พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก การบริโภคอาหาร และโอกาสในการเข้าถึงบริการทันตกรรมอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคฟันผุและโรคปริทันต์ รวมถึงอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียน สอดคล้องกับการศึกษาของ Mahdi Ghanbarzadegan, Bastani, Hajimiri และ Kavosi (2021) ที่พบว่าปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมของพื้นที่ และการเข้าถึงบริการทันตกรรม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพช่องปากของประชากร ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมของพื้นที่สามารถมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กได้ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาที่เปรียบเทียบภาวะสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนตามลักษณะพื้นที่ภายในอำเภอเกาะช้าง การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนอายุ 12 ปี และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างโรงเรียนฝั่งทิศตะวันออกและฝั่งทิศตะวันตกของอำเภอเกาะช้าง เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับการศึกษานี้ไปวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กนักเรียน และจัดรูปแบบบริการที่เหมาะสมในการส่งเสริมด้านสุขภาพช่องปากของเด็กกลุ่มนี้ให้เหมาะสมต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนอายุ 12 ปี ในอำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนอายุ 12 ปี ในโรงเรียนฝั่งทิศตะวันออกกับฝั่งทิศตะวันตกของอำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทางสังคมและพฤติกรรมดูแลช่องปาก ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนอายุ 12 ปี ในโรงเรียนอำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนอายุ 12 ปี ในอำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษา แนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยนำมากำหนดกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาปัจจัยทางสังคมและพฤติกรรมดูแลช่องปากที่มีผลต่อภาวะสุขภาพช่องปาก และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนอายุ 12 ปี ในโรงเรียนอำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด ดังแผนภาพนี้



## นิยามศัพท์

**นักเรียนอายุ 12 ปี** หมายถึง เด็กนักเรียนชาวไทยที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนต่างๆ ของอำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด ซึ่งมีอายุครบ 12 ปี บริบูรณ์และไม่ถึง 13 ปีบริบูรณ์ ในวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล

**โรงเรียนฝั่งทิศตะวันออก** หมายถึง โรงเรียนที่เปิดสอนและตั้งอยู่ในพื้นที่ฝั่งทิศตะวันออกของเกาะช้าง หรือฝั่งหลังเกาะ (หมู่ 1-3 ตำบลเกาะช้าง, หมู่ 2-4 ตำบลเกาะช้างใต้) อำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด ได้แก่ โรงเรียนเกาะช้างวิทยาคม โรงเรียนอนุบาลเกาะช้าง โรงเรียนวัดวิชคามคชทวีป และโรงเรียนวัดสลักเพชร

**โรงเรียนฝั่งทิศตะวันตก** หมายถึง โรงเรียนที่เปิดสอนและตั้งอยู่ในพื้นที่ฝั่งทิศตะวันตกของเกาะช้าง หรือฝั่งหน้าเกาะ (หมู่ 4 ตำบลเกาะช้าง, หมู่ 1 ตำบลเกาะช้างใต้) อำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด ได้แก่ โรงเรียนบ้านคลองพร้าว และโรงเรียนบ้านบางเบา

**คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก** หมายถึง ผลกระทบจากปัญหาสุขภาพช่องปากที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของเด็กนักเรียนอายุ 12 ปี ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถาม Child Oral Impacts on Daily Performances (Child-OIDP) โดยพิจารณาผลกระทบต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 8 กิจกรรม แบ่งเป็น 3 กิจกรรมที่สะท้อนมิติทางกายภาพ ได้แก่ การกินอาหาร การพูด การทำความสะอาดช่องปาก 3 กิจกรรมที่สะท้อนมิติทางจิตใจ ได้แก่ การนอนหลับ การรักษาอารมณ์ให้ปกติ การยิ้มหรือหัวเราะ 2 กิจกรรมที่เป็นมิติด้านสังคม ได้แก่ การเรียน การออกไปพบผู้คนเข้าสังคม ซึ่งสะท้อนระดับผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของเด็กนักเรียน (Gherunpong et al., 2004)

**ปัจจัยทางสังคม** หมายถึง ลักษณะพื้นฐานทางสังคมและประชากรของเด็กนักเรียนอายุ 12 ปี ที่อาจมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง และผู้ให้การเลี้ยงดู

**พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก** หมายถึง พฤติกรรมของเด็กนักเรียนอายุ 12 ปี ที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลและป้องกันปัญหาสุขภาพช่องปากทั้งทางตรงและทางอ้อม ประกอบด้วย จำนวนครั้งการแปรงฟันต่อวัน การบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อฟันผุ และการรับบริการทันตกรรมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

**ภาวะสุขภาพช่องปาก** หมายถึง สภาวะของฟันและเหงือกของเด็กนักเรียนอายุ 12 ปี ที่ประเมินจากการตรวจสุขภาพช่องปากตามแบบสำรวจภาวะสุขภาพช่องปาก ซึ่งปรับปรุงมาจากแบบสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยพิจารณาจากตัวชี้วัด ได้แก่ ภาวะฟันผุ (DMFT index) และภาวะเหงือกอักเสบ เพื่อสะท้อนระดับปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียน

**ดัชนีฟันผุ ถอน อุด (DMFT index)** หมายถึง ดัชนีที่ใช้วัดประสบการณ์การเกิดโรคฟันผุของฟันแท้ โดยประเมินจากจำนวนฟันที่ผุ (Decayed: D) ฟันที่ถอนเนื่องจากฟันผุ (Missing due to caries: M) และฟันที่ได้รับการอุดจากฟันผุ (Filled: F) ของแต่ละบุคคล ค่าที่ได้แสดงจำนวนซี่ของฟันแท้ที่มีประสบการณ์ฟันผุของบุคคล ซึ่งสะท้อนทั้งการเกิดโรคฟันผุในปัจจุบันและในอดีต โดยมีความหมายของแต่ละตัวอักษรดังนี้

D แสดงถึงการผุของฟันในปัจจุบัน ที่ต้องรับการรักษาทางทันตกรรม

M แสดงถึงฟันที่เคยมีประวัติการผุ จนต้องสูญเสียฟันออกไป

F แสดงถึงฟันผุที่ได้รับการบูรณะแล้ว และไม่มีสภาพฟันผุ

#### การคำนวณ

DMF ของแต่ละบุคคล = จำนวน D+ จำนวน M+ จำนวน F

#### **วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study) เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบภาวะสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก รวมทั้งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพช่องปาก ตลอดจนศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนอายุ 12 ปี ในโรงเรียนฝั่งทิศตะวันออกและฝั่งทิศตะวันตกของอำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด ช่วงเดือนมิถุนายน - สิงหาคม พ.ศ.2568

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and sample)

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักเรียนชาวไทยอายุ 12 ปี ทุกคนที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนต่าง ๆ ของอำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด ในช่วงเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนทั้งสิ้น 157 คน การศึกษาครั้งนี้ ใช้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับจำนวนประชากรทั้งหมด จำนวน 157 คน อย่างไรก็ตาม ภายหลังการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล พบว่าแบบสอบถามจำนวน 6 ชุด มีข้อมูลไม่ครบถ้วน จึงถูกคัดออกจากการวิเคราะห์ ทำให้เหลือข้อมูลที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้จำนวน 151 คน

### เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria)

- 1) นักเรียนอายุ 12 ปี ที่ได้รับคำชี้แจงและยินยอมเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการศึกษาวิจัย
- 2) มีสุขภาพทั่วไปสมบูรณ์ และสามารถสื่อสารกับบุคคลทั่วไปได้ด้วยตนเอง
- 3) ผู้ปกครองของนักเรียนได้รับคำชี้แจงและยินยอมให้เข้าร่วมการศึกษาวิจัย

### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ผู้ที่พิการด้านจิตประสาท
- 2) ผู้ที่ไม่สามารถตรวจในช่องปากได้ หรือ ให้ข้อมูลในแบบสอบถามได้
- 3) ขอดอนตัวออกจากการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

## เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสำรวจภาวะสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 12 ปี ซึ่งทำการปรับปรุงมาจากแบบสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ซึ่งผู้ทำการวิจัยใช้สำรวจเฉพาะด้านสภาวะฟันผุและภาวะเหงือกอักเสบ โดยใช้อุปกรณ์ชุดตรวจช่องปากทำการตรวจช่องปากนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามผลกระทบของช่องปากต่อการดำรงชีวิตประจำวันสำหรับเด็ก (สุดาตวง กฤษณาพงษ์ , 2557) ซึ่งวัดผลกระทบที่เกิดขึ้นในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ใน 8 กิจกรรมที่มีผลต่อชีวิตประจำวันของเด็ก โดยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ทำการค้นหาปัญหาช่องปาก ตามความรู้สึกรู้สึกของเด็ก โดยใช้แบบสอบถาม แสดงข้อปัญหาจำนวน 20 ข้อ เด็กสามารถเลือกตอบข้อปัญหาได้มากกว่า 1 ข้อตามความรู้สึกรู้สึก

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินผลกระทบของช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก โดยใช้การสัมภาษณ์ ผ่านกิจกรรมต่างๆ จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

- ความรุนแรง (Severity) ว่าปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นกับกิจกรรมนั้น ได้กระทบกระเทือนชีวิตประจำวันของเด็กรุนแรงแค่ไหน ตามระดับความรุนแรง 4 ระดับ จาก 0 ถึง 3 โดยหมายเลข 0 คือไม่กระทบ, หมายเลข 1 คือ เล็กน้อย, หมายเลข 2 คือ ปานกลาง, หมายเลข 3 คือ รุนแรง

- ความถี่ (Frequency) ของปัญหาในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาในกิจกรรมนั้นเกิดขึ้นบ่อยแค่ไหน โดยกำหนดค่าเป็น 3 ระดับ หมายเลข 1 คือ เดือนละ 1-2 ครั้ง, หมายเลข 2 คือ เดือนละ 3 ครั้งขึ้นไปหรือสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง, หมายเลข 3 คือ สัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไปหรือแทบทุกวัน ถ้าปัญหานั้นไม่ได้เกิดอย่างสม่ำเสมอหรือเกิดไม่ถึงเดือนละ 1 ครั้ง ให้รวมผลทั้ง 3 เดือนว่าเกิดปัญหาทั้งหมดกี่วัน โดยหมายเลข 1 คือ 1-7 วัน, หมายเลข 2 คือ 8-14 วัน, หมายเลข 3 คือ 15 วันหรือมากกว่า

- ปัญหาช่องปากแบบเจาะจงสภาวะที่เป็นสาเหตุ (Condition Specific impacts: CS-impact) ว่าปัญหาใดเป็นสาเหตุหลักของกิจกรรมนั้น โดยสามารถเลือกปัญหาหลักได้จำนวน 2 ข้อ

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับนักเรียนอายุ 12 ปี จำนวน 12 ข้อ เพื่อใช้ศึกษาปัจจัยทางสังคมและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย อาชีพของผู้ปกครอง ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง ผู้ให้การเลี้ยงดู อาหารที่เสี่ยงต่อฟันผุ จำนวนครั้งการทานอาหารว่างต่อวัน จำนวนครั้งการแปรงฟันต่อวัน และการรับบริการทันตกรรมในรอบ 1 ปี

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) การหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ โดยผู้วิจัยได้นำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ทำการพิจารณาและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โครงสร้างภาษาให้มีความชัดเจนเหมาะสม โดยทดสอบดัชนีความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence : IOC) เครื่องมือส่วนที่1/ส่วนที่2และส่วนที่3 ได้ค่าเท่ากับ 0.97,0.98,0.90 ตามลำดับ

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ความสอดคล้องภายใน โดยนำเครื่องมือที่ได้ปรับปรุงแก้ไขภาษาและเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดสอบนำร่อง (Try out) ในโรงเรียนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.88,0.91,0.82 ตามลำดับ และในระหว่างช่วงดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำการสุ่มตรวจซ้ำ 10% ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เพื่อวัดความเที่ยงของผู้ทำการวิจัย (Intra examination) คำนวณหาความเที่ยงของการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก ได้ค่า Kappa เท่ากับ 0.87 และแบบสอบถามผลกระทบของช่องปากต่อการดำรงชีวิตประจำวันสำหรับเด็ก ได้ค่า Kappa เท่ากับ 0.89

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของจังหวัดตราด ได้รับการอนุมัติ เอกสารรับรองเลขที่ 16/2568 ลงวันที่ 26 พฤษภาคม 2568 วันหมดอายุ 25 พฤษภาคม 2569 ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ การเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยหรือการถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จะเก็บรักษาเป็นความลับและทำลายข้อมูลเมื่อการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้ผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมในมนุษย์แล้ว ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง สิงหาคม 2568

### การวิเคราะห์ข้อมูล

- สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการพรรณนาข้อมูล ประกอบด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical Statistics) ทดสอบความสัมพันธ์และความแตกต่าง
  - เปรียบเทียบภาวะสุขภาพช่องปากของนักเรียนอายุ 12 ปี ในโรงเรียนฝั่งทิศตะวันออกกับฝั่งทิศตะวันตกของอำเภอเกาะช้าง โดยใช้สถิติ Independent t-test และ Chi-square test
  - เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของนักเรียนอายุ 12 ปี ในโรงเรียนฝั่งทิศตะวันออกกับฝั่งทิศตะวันตก ของอำเภอเกาะช้าง และตรวจสอบความตรงของข้อมูล โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test และ Kruskal-Wallis test

- ทดสอบปัจจัยทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลช่องปาก ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพช่องปาก ของนักเรียนอายุ 12 ปี ในโรงเรียนฝั่งทิศตะวันออกกับฝั่งทิศตะวันตกของอำเภอเกาะช้าง โดยใช้สถิติ Chi-square test และ Fisher's Exact test

- ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของนักเรียน อายุ 12 ปี ของอำเภอเกาะช้าง โดยใช้สถิติ Chi-square test

### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กนักเรียนอายุ 12 ปี จำนวน 151 คน แบ่งเป็นนักเรียนจากโรงเรียนฝั่งทิศ ตะวันออก 70 คน และฝั่งทิศตะวันตก 81 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ตามลักษณะตัวแปร สามารถนำเสนอเป็น 5 ส่วน ดังนี้

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

พบกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนอายุ 12 ปี จำนวน 151 คน พบว่าเป็นเพศชาย 80 คน (ร้อยละ 53.0) และเพศหญิง 71 คน (ร้อยละ 47.0) เมื่อจำแนกตามพื้นที่ พบว่าเป็นนักเรียนจากโรงเรียนฝั่งทิศตะวันออก 70 คน (ร้อยละ 46.4) และฝั่งทิศตะวันตก 81 คน (ร้อยละ 53.6) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของเด็กนักเรียนอายุ 12 ปี (n = 151)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	80	53.0
หญิง	71	47.0
<b>พื้นที่โรงเรียน</b>		
ฝั่งทิศตะวันออก	70	46.4
ฝั่งทิศตะวันตก	81	53.6

#### ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนอายุ 12 ปี

##### 2.1 ความชุกของภาวะฟันผุ ถอน และอุด

พบว่าเด็กนักเรียนอายุ 12 ปี ในอำเภอเกาะช้างมีความชุกของภาวะฟันผุร้อยละ 55.6 โดยนักเรียน ในโรงเรียนฝั่งทิศตะวันตกมีความชุกของฟันผุสูงกว่าฝั่งทิศตะวันออก (ร้อยละ 64.2 และ 45.7 ตามลำดับ) ขณะที่ความชุกของการถอนฟันพบในสัดส่วนใกล้เคียงกันระหว่างสองพื้นที่ (ร้อยละ 9.9 และ 7.2 ตามลำดับ) อย่างไรก็ตาม การได้รับการอุดฟันพบมากกว่าในนักเรียนฝั่งทิศตะวันออก (ร้อยละ 25.7) เมื่อเทียบกับฝั่งทิศ ตะวันตก (ร้อยละ 11.1) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของภาวะฟันผุ ถอน และอุดของเด็กนักเรียนอายุ 12 ปี (n = 151)

ภาวะสุขภาพช่องปาก	ฝั่งตะวันออก (n = 70)	ฝั่งตะวันตก (n = 81)	รวม (n = 151)
ฟันผุ	32 (45.7)	52 (64.2)	84 (55.6)
ฟันถอน	5 (7.2)	8 (9.9)	13 (8.6)
ฟันอุด	18 (25.7)	9 (11.1)	27 (17.9)
ปราศจากฟันผุ (caries free)	15 (21.4)	12 (14.8)	27 (17.9)

## 2.2 ค่าเฉลี่ยประสพการณ์ฟันผุ ถอน และอุด (DMFT)

ผลการศึกษา พบค่าเฉลี่ยดัชนี DMFT ของเด็กนักเรียนฝั่งทิศตะวันออกและฝั่งทิศตะวันตกไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการทดสอบค่า t (Independent Sample t-test) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของ DMFT พบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนฟันผุ (F) ของนักเรียนฝั่งทิศตะวันออกสูงกว่าฝั่งทิศตะวันตกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 2.512$ ,  $p\text{-value} = .012$ ) แสดงถึงความแตกต่างในด้านการได้รับบริการรักษาทางทันตกรรม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ DMFT จำแนกตามพื้นที่

ตัวแปร	ฝั่งตะวันออก		ฝั่งตะวันตก		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ฟันผุ/อุดแล้วผุ (D)	0.92	1.56	1.30	1.77	149	-1.402	.161
ฟันถอน (M)	0.14	0.23	0.21	0.31	149	-1.588	.112
ฟันอุด (F)	0.50	0.81	0.23	0.42	149	2.512	.012*
DMFT	1.56	2.63	1.74	2.38	149	-0.438	.661

\*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## 2.3 สภาวะเหงือกอักเสบ

จากการศึกษา พบว่ากลุ่มที่มีหินน้ำลายมีสัดส่วนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.6 รองลงมาคือกลุ่มที่มีเลือดออกจากเหงือก คิดเป็นร้อยละ 37.8 ในขณะที่เด็กที่มีเหงือกอยู่ในสภาวะปกติพบเพียงร้อยละ 12.6 แสดงถึงปัญหาการสะสมของคราบจุลินทรีย์เป็นส่วนใหญ่ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของสภาวะเหงือกอักเสบในระดับบุคคลของเด็กนักเรียนอายุ 12 ปี ( $n = 151$ )

สภาวะเหงือก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เหงือกปกติ	19	12.6
มีเลือดออก	57	37.8
มีหินน้ำลาย	75	49.6

พบนักเรียนทั้งฝั่งทิศตะวันออกและฝั่งทิศตะวันตกมีสัดส่วนของสภาวะเหงือกอักเสบในระดับสูงและใกล้เคียงกัน ฝั่งทิศตะวันออกพบเหงือกอักเสบร้อยละ 84.3 และฝั่งทิศตะวันตกพบร้อยละ 90.1 โดยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าปัญหาเหงือกอักเสบไม่ได้จำกัดเฉพาะพื้นที่ ดังแสดงในตารางที่ 5 ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบสภาวะเหงือกอักเสบระหว่างพื้นที่

สภาวะเหงือก	ฝั่งตะวันออก ( $n = 70$ )	ฝั่งตะวันตก ( $n = 81$ )	df	$\chi^2$	p-value
ปกติ	11 (15.7)	8 (9.9)			
อักเสบ	59 (84.3)	73 (90.1)	1	1.122	.289

### ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (Oral Health-Related Quality of Life: OHRQoL)

การประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนอายุ 12 ปี โดยใช้ดัชนีแบบสอบถามผลกระทบของช่องปากต่อการดำรงชีวิตประจำวันสำหรับเด็ก (Child-OIDP) เพื่อประเมินผลกระทบจากปัญหาสุขภาพช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวันใน 8 กิจกรรม พบว่าเด็กนักเรียนส่วนใหญ่ร้อยละ 72.8 ได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพช่องปากอย่างน้อยหนึ่งกิจกรรม และไม่พบรายงานผลกระทบใดๆ ร้อยละ 27.2 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความชุกของผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตจากปัญหาสุขภาพช่องปาก (Child-OIDP) / (n = 151)

สถานะผลกระทบ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีผลกระทบ	41	27.2
มีผลกระทบอย่างน้อย 1 กิจกรรม	110	72.8

พบว่ากิจกรรมที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือ การกินอาหาร ร้อยละ 49.7 รองลงมาคือการรักษาอาการ ร้อยละ 39.1 การทำความสะอาดช่องปาก ร้อยละ 35.8 และการยิ้ม/หัวเราะ ร้อยละ 33.8 ขณะที่กิจกรรมด้านการเรียน การพูด การนอนหลับและการออกไปพบผู้คนได้รับผลกระทบในสัดส่วนที่น้อยกว่า ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกิจกรรมการดำเนินชีวิตที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาช่องปาก จำแนกตามรายการกิจกรรม

กิจกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การกินอาหาร	75	49.7
การรักษาอาการ	59	39.1
การทำความสะอาดช่องปาก	54	35.8
การยิ้ม/หัวเราะ	51	33.8
การออกไปพบผู้คน	17	11.3
การนอนหลับ	16	10.6
การพูด	13	8.6
การเรียน	7	4.6

จากผลการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk พบว่าคะแนนผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากทุกตัวแปร มีค่า  $p < .05$  แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ ดังนั้นจึงเลือกใช้สถิติ Mann-Whitney U test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มพื้นที่ พบว่าเด็กนักเรียนฝั่งทิศตะวันตกมีคะแนน (Child-OIDP) สูงกว่าฝั่งทิศตะวันออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในระดับรายกิจกรรมและคะแนนรวม แสดงถึงความแตกต่างของความรุนแรงของผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากระหว่างพื้นที่ ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบคะแนน (Child-OIDP) จำแนกตามพื้นที่

กิจกรรม	ฝั่งตะวันออก		ฝั่งตะวันตก		Z	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
การทำความสะอาดช่องปาก	0.8	1.5	1.3	2.0	-2.877	.004*
การรักษาอาการ	0.9	1.7	1.4	2.1	-2.435	.015*
การยิ้ม/หัวเราะ	0.8	1.7	1.2	1.8	-3.291	.001*
การออกไปพบผู้คน	0.2	0.7	0.4	1.3	-2.276	.023*
คะแนนรวม	4.6	6.4	6.5	8.3	-3.212	.001*

\*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลคะแนนรวมผลกระทบจากสุขภาพช่องปากต่อการดำเนินชีวิตของเด็ก (Child-OIDP) ด้วย Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ ( $W = 0.856, p < .001$ ) จึงเลือกใช้สถิติไม่อาศัยพารามิเตอร์ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยทำการประเมินความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ของคะแนนผลกระทบจากช่องปากต่อการดำเนินชีวิตของเด็ก (Child-OIDP) โดยเปรียบเทียบคะแนนรวมกับการรับรู้สุขภาพช่องปากโดยรวม ทดสอบโดยใช้สถิติ Kruskal-Wallis test พบว่าเด็กนักเรียนที่มีระดับการรับรู้สุขภาพช่องปากโดยรวมที่แตกต่างกัน มีคะแนนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (Kruskal-Wallis  $H = 13.758, p = .003$ ) โดยกลุ่มที่รับรู้ว่ามีปัญหาหนักมีค่ามัธยฐานคะแนนสูงที่สุด และลดลงตามลำดับระดับปัญหา เมื่อเปรียบเทียบคะแนนรวมกับความต้องการการรักษาทางทันตกรรมในปัจจุบัน ทดสอบโดยสถิติ Mann-Whitney U test ( $U = 1768.000, Z = -3.749, p < .001$ ) พบเด็กที่มีความต้องการรักษาทางทันตกรรมมีคะแนนสูงกว่าเด็กที่ไม่มีความต้องการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สุขภาพช่องปาก ความต้องการรักษาทันตกรรม และคะแนน (Child-OIDP) ของเด็กนักเรียนอายุ 12 ปี

ตัวแปร	ระดับ	n = 151	Q1-Q3	มัธยฐาน	ค่าทางสถิติ	p-value
ความรู้สึกต่อสุขภาพช่องปากโดยรวม	ไม่มี	44 (29.1)	0-0	0	df = 3, H = 13.758	.003*
	เล็กน้อย	54 (35.8)	0-4.9	2.3		
	ปานกลาง	45 (29.8)	5.0-13.6	7.1		
	มาก	8 (5.3)	8.2-34.5	18.4		
ความต้องการรักษาทันตกรรมในปัจจุบัน	ไม่ต้องการ	62 (41.1)	0-3.5	1.6	U = 1768.000 Z = -3.749	< .001*
	ต้องการ	89 (58.9)	2.2-10.4	4.9		

\*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

#### ส่วนที่ 4 ปัจจัยทางสังคมและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับภาวะฟันผุและสภาวะเหงือกอักเสบ

ผลการศึกษา พบว่าอาชีพของผู้ปกครองและระดับการศึกษาของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับภาวะฟันผุของเด็กนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\chi^2 = 17.629$ ,  $p = .001$  และ Fisher's Exact test,  $p < .001$  ตามลำดับ) โดยเด็กที่ผู้ปกครองประกอบอาชีพรับจ้างและมีระดับการศึกษาไม่เกินมัธยมศึกษาตอนต้นมีภาวะฟันผุในสัดส่วนสูงกว่า ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคมกับภาวะฟันผุของเด็กนักเรียนอายุ 12 ปี อำเภอกะชัง จังหวัดตราด (n = 151)

ปัจจัยทางสังคม	ฟันไม่ผุ (n = 67)	ฟันผุ (n = 84)	ค่าทางสถิติ	p-value
<b>อาชีพผู้ปกครอง</b>				
เกษตรกร/ประมง	39 (42.9)	52 (57.1)		
ค้าขาย	12 (70.6)	5 (29.4)		
รับจ้าง	7 (21.9)	25 (78.1)	df = 3,	
อาชีพอื่น	9 (81.8)	2 (18.2)	$\chi^2 = 17.629$	.001*
<b>ระดับการศึกษาผู้ปกครอง</b>				
ไม่เกินมัธยมศึกษาตอนต้น	24 (30.4)	55 (69.6)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส.	32 (53.3)	28 (46.7)		
ปริญญาตรี	11 (91.7)	1 (8.3)	Fisher's Exact test	< .001*

\*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พบว่าประเภทของอาหารว่างที่ชอบมากที่สุดมีความสัมพันธ์กับภาวะฟันผุของเด็กนักเรียนอายุ 12 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\chi^2 = 58.910$ ,  $p < .001$ ) พบว่าเด็กที่ชอบบริโภคผลไม้มีสัดส่วนฟันผุต่ำที่สุด ขณะที่เด็กที่ชอบขนมขบเคี้ยวเป็นซอง น้ำอัดลม และขนมที่มีส่วนผสมน้ำตาลอื่น ๆ มีสัดส่วนฟันผุสูงกว่า ด้านการเติมน้ำตาลเพิ่มในอาหารมีความสัมพันธ์กับภาวะฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\chi^2 = 6.340$ ,  $p = .042$ ) พบเด็กที่เติมน้ำตาลทุกครั้งมีสัดส่วนฟันผุสูงกว่าเด็กที่ไม่เติมน้ำตาล ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลช่องปากกับภาวะฟันผุของเด็กนักเรียนอายุ 12 ปี อำเภอกะชัง จังหวัดตราด (n = 151)

พฤติกรรมการทานอาหาร	ฟันไม่ผุ (n=67)	ฟันผุ (n=84)	df	$\chi^2$	p-value
<b>อาหารว่างที่ชอบมากที่สุด</b>					
ขนมขบเคี้ยวเป็นซอง	23 (36.5)	40 (63.5)			
น้ำอัดลม	9 (28.1)	23 (71.9)			
ผลไม้	28 (90.3)	3 (9.7)			
ขนมที่มีส่วนผสมน้ำตาลอื่น ๆ	7 (28.0)	18 (72.0)	3	58.910	< .001*

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลช่องปากกับภาวะฟันผุของเด็กนักเรียนอายุ 12 ปี อำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด (n = 151) (ต่อ)

พฤติกรรมทานอาหาร	ฟันไม่ผุ (n=67)	ฟันผุ (n=84)	df	$\chi^2$	p-value
<b>การเติมน้ำตาลเพิ่มในอาหาร</b>					
ไม่เติม	26 (59.9)	18 (40.1)			
เติมบางครั้ง	25 (42.4)	34 (57.6)			
เติมทุกครั้ง	16 (33.3)	32 (66.7)	2	6.340	.042*

\*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อทดสอบโดยสถิติ Fisher's Exact test พบความสัมพันธ์ในการแปรงฟันในแต่ละวันมีความสัมพันธ์กับภาวะฟันผุของเด็กนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเด็กที่แปรงฟันวันละสามครั้ง มีสัดส่วนฟันผุต่ำกว่ากลุ่มที่แปรงฟันเพียงวันละหนึ่งครั้งหรือสองครั้ง พบว่าระยะเวลาที่ใช้ในการแปรงฟันและการทานอาหารหลังการแปรงฟันก่อนนอน มีความสัมพันธ์กับภาวะฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\chi^2 = 19.580$ ,  $p = < .001$  และ  $\chi^2 = 5.312$ ,  $p = .021$  ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากกับภาวะฟันผุ ของเด็กนักเรียนอายุ 12 ปี อำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด (n = 151)

พฤติกรรมการแปรงฟัน	ฟันไม่ผุ (n=67)	ฟันผุ (n=84)	ค่าทางสถิติ	p-value
<b>การแปรงฟันในแต่ละวัน</b>				
เช้า หรือ ก่อนนอน	18 (36.7)	31 (63.3)		
เช้าและก่อนนอน	38 (42.2)	52 (57.8)		
เช้า กลางวัน และก่อนนอน	11 (91.7)	1 (8.3)	Fisher's Exact test	.003*
<b>เวลาที่ใช้ในการแปรงฟัน</b>				
น้อยกว่า 2 นาที	13 (22.0)	46 (78.0)	df = 1,	
≥ 2 นาที	54 (58.7)	38 (41.3)	$\chi^2 = 19.580$	< .001*
<b>การทานอาหารหลังแปรงฟันก่อนนอน</b>				
	ฟันไม่ผุ (n=56)	ฟันผุ (n=56)		
ไม่ทาน	39 (59.1)	27 (40.9)	df = 1	
ทาน	17 (37.0)	29 (63.0)	$\chi^2 = 5.312$	.021*

\*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อทดสอบโดยสถิติ Fisher's Exact test พบว่า อาชีพและระดับการศึกษาของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับสถานะเหงือกอักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 13 ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคมกับสถานะเหงือกอักเสบของเด็กนักเรียนอายุ 12 ปี อำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด (n = 151)

ปัจจัยทางสังคม	เหงือกปกติ (n=19)	เหงือกอักเสบ (n=132)	ค่าทางสถิติ	p-value
<b>อาชีพผู้ปกครอง</b>				
เกษตรกร/ประมง	7 (7.7)	84 (92.3)		
ค้าขาย	5 (29.4)	12 (70.6)		
รับจ้าง	2 (6.3)	30 (93.7)		
อาชีพอื่น	5 (45.4)	6 (54.6)	Fisher's Exact test	< .001*
<b>ระดับการศึกษาผู้ปกครอง</b>				
ไม่เกินมัธยมศึกษาตอนต้น	4 (5.1)	75 (94.9)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส.	5 (8.3)	55 (91.7)		
ปริญญาตรี	10 (83.3)	2 (16.7)	Fisher's Exact test	< .001*

\*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อทดสอบโดยสถิติ Fisher's Exact test พบว่าความถี่การแปรงฟันในแต่ละวันมีความสัมพันธ์กับสถานะเหงือกอักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 14 ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมทำความสะอาดช่องปากกับสถานะเหงือกอักเสบของเด็กนักเรียนอายุ 12 ปี อำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด (n = 151)

พฤติกรรมการแปรงฟัน	เหงือกปกติ (n=19)	เหงือกอักเสบ (n=132)	ค่าทางสถิติ	p-value
<b>การแปรงฟันในแต่ละวัน</b>				
เช้า หรือ ก่อนนอน	0 (0.0)	49 (100.0)		
เช้าและก่อนนอน	11 (12.2)	79 (87.8)		
เช้า กลางวัน และก่อนนอน	8 (66.7)	4 (33.3)	Fisher's Exact test	< .001*

\*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

จากการศึกษา พบว่าเด็กนักเรียนที่มีฟันผุ มีสัดส่วนของการได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสูงกว่าเด็กที่ไม่มีฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\chi^2 = 4.611, p = .032$ ) และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะเหงือกอักเสบกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (n = 151)

ภาวะสุขภาพช่องปาก	มีผลกระทบต่อ	ไม่มีผลกระทบต่อ	df	$\chi^2$	p-value
	คุณภาพชีวิต (n=106)	คุณภาพชีวิต (n=45)			
<b>ภาวะฟันผุ</b>					
ฟันผุ	65 (77.4)	19 (22.6)			
ฟันไม่ผุ	41 (61.2)	26 (38.8)	1	4.611	.032*
<b>สภาวะเหงือกอักเสบ</b>					
เหงือกอักเสบ	96 (72.7)	36 (27.3)			
เหงือกปกติ	10 (52.6)	9 (47.4)	1	2.898	.089

\*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ภาวะสุขภาพช่องปาก ปัจจัยทางสังคมและพฤติกรรมดูแลช่องปากของเด็กนักเรียนอายุ 12 ปี พร้อมทั้งวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียน และเปรียบเทียบผลการศึกษาระหว่างโรงเรียนฝั่งทิศตะวันออกกับฝั่งทิศตะวันตกของอำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด ซึ่งมีรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

#### 1. ภาวะสุขภาพช่องปาก

ผลการศึกษาพบว่าเด็กนักเรียนอายุ 12 ปี ในอำเภอเกาะช้างมีความชุกของภาวะฟันผุค่อนข้างสูง โดยพบร้อยละ 55.6 และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ พบว่าเด็กในโรงเรียนฝั่งทิศตะวันตกมีความชุกของ ฟันผุสูงกว่าฝั่งทิศตะวันออก สะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างของปัญหาสุขภาพช่องปากระหว่างพื้นที่ เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยดัชนีฟันผุ ถอน และอุด (DMFT) พบว่าเด็กในโรงเรียนฝั่งทิศตะวันออกและฝั่งทิศตะวันตก มีค่าเฉลี่ย 1.56 และ 1.74 ซึ่งต่อคน ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 พ.ศ. 2566 ที่รายงานค่าเฉลี่ย DMFT เท่ากับ 1.2 ซึ่งต่อคน (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2567) แสดงให้เห็นว่าเด็กในพื้นที่ศึกษามีภาวะโรคฟันผุในระดับที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของดัชนี DMFT พบว่าเด็กในโรงเรียนฝั่งทิศตะวันตกมีค่าเฉลี่ยฟันผุ (D) สูงกว่าฝั่งทิศตะวันออก สะท้อนถึงความรุนแรงของโรคฟันผุที่มากกว่าในพื้นที่ดังกล่าว ในขณะที่เด็กในโรงเรียนฝั่งทิศตะวันออกมีค่าเฉลี่ยฟันอุด (F) สูงกว่าฝั่งทิศตะวันตกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจสะท้อนถึงความแตกต่างในการเข้าถึงบริการทันตกรรมของประชาชนในแต่ละพื้นที่ โดยโรงพยาบาลเกาะช้างตั้งอยู่ในพื้นที่ฝั่งทิศตะวันออกของเกาะ ทำให้เด็กและผู้ปกครองในพื้นที่ดังกล่าวสามารถเข้าถึงบริการรักษาและ

บริการส่งเสริมป้องกันทางทันตกรรมได้สะดวกกว่า ขณะที่ประชาชนในพื้นที่ฝั่งทิศตะวันตกต้องเดินทางผ่านภูมิประเทศที่เป็นภูเขาและมีระยะทางค่อนข้างไกล จึงอาจส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการทันตกรรมและการได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตน์ฐาภัทร จิระพิพรรธ (2563) ที่รายงาน ว่าปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการทันตกรรมมีความสัมพันธ์กับการพาเด็กไปใช้บริการรักษาทางทันตกรรม ซึ่งหากเด็กไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม อาจทำให้ความรุนแรงของโรคฟันผุเพิ่มขึ้นและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในระยะยาว

สำหรับสภาวะเหงือกอักเสบ พบว่าเด็กนักเรียนส่วนใหญ่มีภาวะเหงือกอักเสบในระดับสูง โดยพบถึงร้อยละ 87.4 ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการมีหินน้ำลายและการมีเลือดออกจากเหงือกหลังการตรวจ สะท้อนถึงปัญหาการสะสมของคราบจุลินทรีย์และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ยังไม่เหมาะสม ผลการศึกษานี้มีค่าใกล้เคียงกับผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ที่รายงานความชุกของภาวะเหงือกอักเสบร้อยละ 80.2 (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2567) และสอดคล้องกับการศึกษาของ เกษรากร อัทธเนย์ (2565) ที่รายงานความชุกของภาวะเหงือกอักเสบร้อยละ 86.1 นอกจากนี้ยังพบว่าสัดส่วนของภาวะเหงือกอักเสบในเด็กทั้ง 2 ฝั่ง ทิศตะวันออกและทิศตะวันตกอยู่ในระดับสูงและไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าปัญหาภาวะเหงือกอักเสบเป็นปัญหาที่พบได้ในเด็กนักเรียนทั้งสองพื้นที่ และสะท้อนถึงความจำเป็นในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคในระดับโรงเรียนและชุมชนอย่างต่อเนื่อง

## 2. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

การศึกษาครั้งนี้พบว่าความชุกของผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตจากปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ร้อยละ 72.8 ซึ่งสูงกว่าผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ที่รายงานร้อยละ 56.3 (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2567) อย่างไรก็ตาม ค่าที่พบมีความใกล้เคียงกับการศึกษาในต่างประเทศที่รายงานความชุกของผลกระทบต่อในระดับสูง เช่น ประเทศตุรกี ร้อยละ 93.7 (Peker, Eden, Ak, & Bermek, 2020), บอสเนีย ร้อยละ 63.4 (Eric, Bjelovic, & Jankovic, 2023), ปากีสถาน ร้อยละ 77.3 (Chandhary et al., 2022) และอินโดนีเซีย ร้อยละ 64.9 (Arumrahayu, 2018)

เมื่อพิจารณาผลกระทบต่อร่างกาย พบว่ากิจกรรมที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือ การรับประทานอาหาร คิดเป็นร้อยละ 49.7 ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 และครั้งที่ 9 ที่พบว่าเด็กไทยอายุ 12 ปี ประสบผลกระทบด้านการกินมากที่สุด (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561; สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2567) และสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศหลายฉบับที่รายงานผลในทิศทางเดียวกัน (Eric et al., 2023; Peker et al., 2020) เนื่องจากการรับประทานอาหารเป็นกิจกรรมที่ต้องกระทำเป็นประจำ หากเด็กมีปัญหาสุขภาพช่องปาก เช่น ฟันผุหรือการสูญเสียฟัน อาจทำให้การบดเคี้ยวอาหารลำบากและจำกัดชนิดอาหารที่สามารถรับประทานได้ ผลกระทบด้านร่างกายที่รองลงมาคือ การทำความสะอาดช่องปาก คิดเป็นร้อยละ 35.8 ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจระดับประเทศและการศึกษาในต่างประเทศ (Arumrahayu, 2018; Peker et al., 2020; สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2567) การมีปัญหาฟันผุ เหงือกอักเสบหรือแผลในช่องปากอาจทำให้เด็กมีอาการเจ็บปวดขณะกำลังแปรงฟัน ส่งผลให้หลีกเลี่ยงการทำความสะอาดช่องปากหรือทำได้ไม่ดีเพียงพอ ทั้งนี้ การเปรียบเทียบระหว่างสองพื้นที่พบว่า เด็กในโรงเรียนฝั่งทิศตะวันออกมีผลกระทบด้านการทำความสะอาดช่องปากน้อยกว่าเด็กฝั่งทิศตะวันตกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับผลกระทบต่อด้านจิตใจ พบว่ากิจกรรมที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือ การรักษาอารมณ์ ร้อยละ 39.1 รองลงมาคือ การยิ้มหรือหัวเราะ ร้อยละ 33.8 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไทยและบางประเทศในต่างประเทศ (Chandhary et al., 2022; สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2567) อย่างไรก็ตาม มีความแตกต่างจากบางการศึกษาที่พบว่าการยิ้มหรือหัวเราะเป็นกิจกรรมที่ได้รับผลกระทบสูงสุด (Eric et al., 2023; Peker et al., 2020) ความแตกต่างดังกล่าวอาจเกิดจากบริบทด้านการเลี้ยงดูเด็ก สภาพแวดล้อมภูมิศาสตร์และวัฒนธรรมของพื้นที่ทำการศึกษามีความต่างกัน จึงอาจมีผลกระทบต่อจิตใจ การรับรู้และความรู้สึกของเด็กที่แตกต่างกันได้ ในผลการศึกษาแล้วยังพบว่า เด็กในโรงเรียนฝั่งทิศตะวันออกมีผลกระทบด้านการรักษาอารมณ์และการยิ้ม หัวเราะต่ำกว่าเด็กฝั่งทิศตะวันตกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพช่องปากที่พบในฝั่งทิศตะวันตกที่มีค่าสูงกว่า ซึ่งอาจส่งผลให้เด็กเกิดภาวะอารมณ์ที่หงุดหงิด และขาดความสดใสสำเร็จได้

ด้านผลกระทบทางสังคม พบว่ากิจกรรมด้านการเรียนร้อยละ 4.6 และการออกไปพบผู้คนร้อยละ 11.3 มีผลกระทบในระดับต่ำเมื่อเทียบกับด้านกายภาพและจิตใจ คล้ายคลึงกับผลการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศ ที่แสดงผลกระทบต่อกิจกรรมในระดับที่น้อยเช่นกัน (Arumrahayu, 2018; Eric et al., 2023; Peker et al., 2020; สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2567) อย่างไรก็ตาม เด็กยังรับรู้ผลกระทบต่อการเข้าสังคมมากกว่าด้านการเรียน สะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญต่อการยอมรับ การมีตัวตนและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของเด็ก โดยพบว่าเด็กในโรงเรียนฝั่งทิศตะวันออกมีผลกระทบด้านการออกไปพบผู้คนน้อยกว่าเด็กฝั่งทิศตะวันตกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาพบว่าคะแนน Child-OIDP มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สุขภาพช่องปากโดยรวมของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเด็กที่รู้ว่าตนเองมีปัญหสุขภาพช่องปากในระดับมากมีค่ามัธยฐานคะแนน Child-OIDP สูงกว่ากลุ่มที่รู้ว่าไม่มีปัญหาน้อยกว่า นอกจากนี้ เด็กที่มีความต้องการรับการรักษาทางทันตกรรมยังมีคะแนน Child-OIDP สูงกว่าเด็กที่ไม่มีความต้องการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปากและความต้องการการรักษามีความสัมพันธ์กับระดับผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของเด็กนักเรียน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของการประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่มองว่าการรับรู้ปัญหาของบุคคลและความต้องการการรักษาเป็นองค์ประกอบสำคัญที่สะท้อนระดับผลกระทบต่อชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

### 3. ปัจจัยทางสังคมและพฤติกรรมดูแลช่องปากที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ประกอบด้วย เพศ อาชีพของผู้ปกครอง ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง และผู้ให้การเลี้ยงดู ผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็ก ซึ่งอาจเนื่องมาจากบริบทของสังคมไทยในปัจจุบันที่เพศชายและเพศหญิงมีโอกาสในการเข้าถึงการศึกษาและบริการด้านสุขภาพที่ใกล้เคียงกัน จึงอาจส่งผลให้พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและสถานะสุขภาพช่องปากของเด็กทั้งสองเพศไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่า อาชีพของผู้ปกครองและระดับการศึกษาของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับภาวะฟันผุของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเด็กที่ผู้ปกครองประกอบอาชีพรับจ้างและมีระดับการศึกษาไม่เกินมัธยมศึกษาตอนต้นมีสัดส่วนการเกิดฟันผุสูงกว่า ดังแสดงในตารางที่ 10 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Boonyawong, Auychai, & Duangthip (2022) ที่รายงานว่าระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุในเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นว่าผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามักมีความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปากของบุตรหลานมากกว่า

นอกจากปัจจัยทางสังคมแล้ว พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กยังมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดฟันผุ โดยผลการศึกษาพบว่าประเภทของอาหารว่างที่เด็กชอบบริโภคมากที่สุดมีความสัมพันธ์กับภาวะฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเด็กที่นิยมบริโภคขนมขบเคี้ยว น้ำอัดลม และอาหารที่มีส่วนผสมน้ำตาลมีสัดส่วนการเกิดฟันผุสูงกว่า ดังแสดงในตารางที่ 11 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการสำรวจระดับประเทศและงานวิจัย ที่พบว่าเด็กนิยมกินขนมขบเคี้ยว และมีฟันแท้เพิ่มขึ้นโดยมีสาเหตุมาจากแนวโน้มนิสัยการบริโภคขนมขบเคี้ยว น้ำอัดลม ซึ่งมีผลมาจากสภาวะแวดล้อมโดยรอบ (สุบิน สุนันตะ, 2551; สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2567; Corrêa-Faria, Paiva, Martins-Júnior, Vieira-Andrade, & Marques, 2023)

สำหรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่าความถี่ในการแปรงฟันในแต่ละวันมีความสัมพันธ์กับภาวะฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเด็กที่แปรงฟันวันละสามครั้งมีสัดส่วนการเกิดฟันผุต่ำกว่ากลุ่มที่แปรงฟันวันละหนึ่งครั้งหรือสองครั้ง นอกจากนี้ยังพบว่าระยะเวลาที่ใช้ในการแปรงฟันและการรับประทานอาหารหลังการแปรงฟันก่อนนอนมีความสัมพันธ์กับภาวะฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 12 สะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมการแปรงฟันอย่างสม่ำเสมอและการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหลังแปรงฟันก่อนนอนเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการเกิดฟันผุในเด็ก นอกจากนี้ ยังพบผลการศึกษาว่าปัจจัยทางสังคมบางประการและพฤติกรรมการแปรงฟันมีความสัมพันธ์กับสภาวะเหงือกอักเสบของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอาชีพและระดับการศึกษาของผู้ปกครอง รวมถึงความถี่ในการแปรงฟันในแต่ละวันมีความสัมพันธ์กับสภาวะเหงือกอักเสบ ดังแสดงในตารางที่ 13 และตารางที่ 14 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม โดยเฉพาะการแปรงฟันอย่างสม่ำเสมอ มีบทบาทสำคัญในการลดการสะสมของคราบจุลินทรีย์และช่วยป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบในเด็กนักเรียน

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยทางสังคมและพฤติกรรมมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยหลายการศึกษาที่รายงานว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ฐานะของครอบครัว ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น ความถี่ในการแปรงฟัน การบริโภคอาหารหวาน และการเข้ารับบริการทันตกรรม มีความสัมพันธ์กับภาวะฟันผุของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Al-Haj Ali, Alshehri, & Baskaradoss, 2022; Corrêa-Faria et al., 2023)

#### 4. การเชื่อมโยงภาวะสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

จากผลการศึกษาพบว่า เด็กนักเรียนอายุ 12 ปี มีความชุกของภาวะฟันผุและสภาวะเหงือกอักเสบในระดับค่อนข้างสูง ควบคู่กับการพบผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากตามดัชนี Child-OIDP ในสัดส่วนค่อนข้างมาก โดยเฉพาะด้านการรับประทานอาหาร การทำความสะอาดช่องปาก และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ช่องปากโดยตรง สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กในพื้นที่สามารถส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างชัดเจน

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ พบว่าเด็กนักเรียนฝั่งทิศตะวันตกมีคะแนน Child-OIDP สูงกว่าฝั่งทิศ ตะวันออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 8) แสดงให้เห็นว่าเด็กในพื้นที่ดังกล่าวได้รับผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมากกว่า นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กนักเรียนฝั่งทิศตะวันตกมีความชุกของฟันผุ สูงกว่าฝั่งทิศตะวันออก ในขณะที่นักเรียนฝั่งทิศตะวันออกมีสัดส่วนของการได้รับการอุดฟันสูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจสะท้อนถึงความแตกต่างของโอกาสในการเข้าถึงบริการรักษาทางทันตกรรม ระหว่างสองพื้นที่ ความแตกต่างดังกล่าวอาจอธิบายได้จากบริบททางสังคมและภูมิศาสตร์ของพื้นที่อำเภอเกาะช้าง ซึ่งมีลักษณะเป็นเกาะขนาดใหญ่ที่มีภูเขาสูงและพื้นที่ป่าธรรมชาติเป็นอุปสรรคต่อการคมนาคม ทำให้การเดินทางระหว่างพื้นที่มีข้อจำกัด โดยพื้นที่ฝั่งทิศตะวันออกเป็นที่ตั้งของหน่วยงานราชการและ

โรงพยาบาลเกาะช้าง จึงอาจทำให้ประชาชนและนักเรียนในพื้นที่ดังกล่าวมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพและบริการทันตกรรมได้สะดวกมากกว่า ในขณะที่โรงเรียนในฝั่งทิศตะวันตกซึ่งเป็นพื้นที่ท่องเที่ยวที่มีสถานประกอบการจำนวนมาก อาจมีข้อจำกัดด้านการเดินทางและการเข้าถึงบริการทันตกรรม ส่งผลให้เด็กมีโอกาสได้รับการรักษาทางทันตกรรมน้อยกว่า และมีภาวะฟันผุสะสมมากกว่า

นอกจากนี้ ผลการศึกษาพบว่าอาชีพและระดับการศึกษาของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับภาวะฟันผุของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเด็กที่ผู้ปกครองมีการศึกษาระดับต่ำและประกอบอาชีพรับจ้างมีสัดส่วนของภาวะฟันผุสูงกว่า ซึ่งอาจสะท้อนถึงความแตกต่างด้านสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก การบริโภคอาหาร รวมถึงความสามารถในการเข้าถึงบริการทันตกรรม ปัจจัยดังกล่าวอาจมีบทบาทร่วมกับลักษณะทางภูมิศาสตร์ของพื้นที่ในการกำหนดรูปแบบปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กในแต่ละพื้นที่ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Ghanbarzadegan และคณะ (2021) ซึ่งพบว่าปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อมของพื้นที่ รวมถึงการเข้าถึงบริการทันตกรรม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพช่องปากของประชากร โดยพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพหรือมีปัจจัยทางสังคมที่ไม่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ มักมีแนวโน้มเกิดปัญหาสุขภาพช่องปากสูงกว่า

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางสถิติ พบว่าภาวะฟันผุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กนักเรียน (ตารางที่ 15) โดยเด็กที่มีฟันผุมีแนวโน้มรายงานผลกระทบต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวันมากกว่าเด็กที่ไม่มีปัญหาดังกล่าว อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างสภาวะเหงือกอักเสบกับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กนักเรียน ทั้งนี้อาจเนื่องจากสภาวะเหงือกอักเสบในระยะเริ่มต้นมักไม่ก่อให้เกิดอาการเจ็บปวดหรือข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างชัดเจน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศที่รายงานว่าการ DMFT ที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตประจำวันตามดัชนี Child-OIDP (Cortes-Martinicorena, Rosel-Gallardo, & Artazcoz-Oses, 2012; Ramezani, Pourshahidi, & Alijani, 2015) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าความรุนแรงของปัญหาสุขภาพช่องปากสามารถเพิ่มระดับผลกระทบต่อกิจกรรมพื้นฐานในชีวิตประจำวันได้

เมื่อพิจารณาในเชิงโครงสร้าง สามารถอธิบายได้ว่า ภาวะสุขภาพช่องปากซึ่งเป็นความผิดปกติทางชีวภาพ อาจนำไปสู่ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมชีวิตประจำวัน เช่น การเคี้ยวอาหาร อาการเจ็บปวด หรือความไม่สะดวกในการทำความสะอาดช่องปาก ส่งผลให้การดำเนินชีวิตประจำวันถูกรบกวนและนำไปสู่การลดลงของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ Locker (1988)

แม้ว่าการศึกษานี้จะเป็นการวิจัยเชิงภาคตัดขวาง ซึ่งไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุและผลได้โดยตรง แต่ผลการวิเคราะห์ในครั้งนี้นสะท้อนแนวโน้มความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียน และสามารถใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการวางแผนด้านการส่งเสริม ป้องกัน และลดปัญหาสุขภาพช่องปากในพื้นที่ต่อไป

## ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณาในการตีความผลการวิจัย ประการแรก การวิจัยเป็นการศึกษาเชิงภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ซึ่งเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียว จึงไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะสุขภาพช่องปากหรือคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากได้อย่างชัดเจน ประการที่สอง กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กนักเรียนอายุ 12 ปี ในอำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด ซึ่งเป็นพื้นที่เฉพาะ จึงอาจไม่สามารถนำผลการศึกษาไปอ้างอิงแทนประชากรเด็กในพื้นที่อื่นได้โดยตรง นอกจากนี้ ข้อมูลด้านพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพช่องปากบางส่วนได้มาจากการตอบแบบสอบถามของเด็กนักเรียน ซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนจากการจดจำ (recall bias) หรือการตอบตามความคาดหวังทางสังคม (social desirability bias) ได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังคงให้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สำคัญเกี่ยวกับสถานการณ์สุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็กในพื้นที่ศึกษา ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนางานทันตสาธารณสุขในพื้นที่ต่อไป

จากข้อจำกัดของการศึกษา จึงมีข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานและการวิจัยในอนาคต ดังต่อไปนี้

### ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการกำหนดนโยบาย วางแผน และพัฒนาการดำเนินงานด้านการส่งเสริม ป้องกัน และรักษาสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

**1.ด้านภาวะสุขภาพช่องปากและการเฝ้าระวัง** เสนอว่าควรมีการขยาย การศึกษาสภาวะสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ไปยังเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาในทุกช่วงชั้นในระดับอำเภอ รวมถึงศึกษาปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และพฤติกรรมที่มีอิทธิพลต่อสภาวะช่องปาก เพื่อนำผลที่ได้มาใช้กำหนดนโยบาย แนวทางปฏิบัติ และพัฒนาระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพช่องปากในเด็กอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

**2.ด้านการให้บริการรักษาทันตกรรม** แนะนำให้เตรียมความพร้อมและพัฒนาศักยภาพทีมทันตบุคลากรในการดำเนินงานทันตกรรมเชิงรุก โดยเน้นการสร้างความรู้ ความเข้าใจ และปรับทัศนคติที่เหมาะสมต่อการทำงานในกลุ่มเด็กนักเรียน รวมถึงการพัฒนารูปแบบการให้บริการทันตกรรมที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างทั่วถึง โดยเฉพาะเด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากเรื้อรัง พร้อมทั้งมีการจัดสรรงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และบุคลากรให้เพียงพอต่อการดำเนินงาน นอกจากนี้ จากผลการศึกษาที่พบว่าเด็กนักเรียนฝั่งทิศตะวันตกมีภาวะฟันผุและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสูงกว่าฝั่งทิศตะวันออก รวมทั้งมีสัดส่วนของการได้รับการรักษาทางทันตกรรมต่ำกว่า จึงควรพัฒนารูปแบบการให้บริการทันตกรรมเชิงรุกในโรงเรียนฝั่งทิศตะวันตก ให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านการเดินทางและการเข้าถึงบริการ เช่น การจัดหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ การออกให้บริการทันตกรรมในสถานศึกษา และการตรวจคัดกรองพร้อมให้การรักษาเบื้องต้นในโรงเรียน เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการของเด็กในพื้นที่ดังกล่าว

**3.ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการเสริมพลัง (empowerment)** ควรดำเนินการให้เด็กนักเรียนได้รับความรู้และพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ โดยมุ่งเน้นการสร้างการรับรู้ การประเมินตนเอง และการนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น การลดการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ การแปรงฟันด้วยเทคนิคที่ถูกต้อง การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในปริมาณและความเข้มข้นที่เหมาะสมตามช่วงวัย และการเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากของตนเอง นอกจากนี้ สมควรส่งเสริมให้เด็กสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพช่องปากของตนเอง และนำข้อมูลไปสื่อสารร่วมกับผู้ปกครองเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม สำหรับโรงเรียนในฝั่งทิศตะวันออก ซึ่งมีโอกาสเข้าถึงบริการทันตกรรมได้สะดวกกว่า ควรเน้นการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคในระยะยาว เช่น การพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียน การส่งเสริมการแปรงฟันอย่างถูกวิธี และการสร้างความร่วมมือระหว่างโรงเรียนและผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอย่างต่อเนื่อง

**4.ด้านการสร้างเสริมสภาพแวดล้อมและการมีส่วนร่วม** ควรส่งเสริมให้โรงเรียนมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี เช่น การดำเนินกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน การควบคุมอาหารและเครื่องดื่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก และการพัฒนาศักยภาพครูและบุคลากรในโรงเรียน ด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก รวมถึงการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงเรียน ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อร่วมกันวางแผน ดำเนินการ และรณรงค์สร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพช่องปากอย่างบูรณาการ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพช่องปากของเด็กที่ยั่งยืน

#### การนำผลการวิจัยไปใช้

เนื่องจากผลการศึกษาพบความแตกต่างของภาวะสุขภาพช่องปากและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กนักเรียนระหว่างพื้นที่ฝั่งทิศตะวันออกและฝั่งทิศตะวันตกของอำเภอเกาะช้าง การนำผลการวิจัยไปใช้จึงควรคำนึงถึงบริบทของพื้นที่ โดยเฉพาะการพัฒนา รูปแบบบริการทันตสาธารณสุขและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมกับ สภาพภูมิประเทศ การคมนาคม การเข้าถึงบริการ และบริบททางสังคมเศรษฐกิจของแต่ละพื้นที่ ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติได้หลายประการ ได้แก่

1. ใช้เป็นข้อมูลประกอบการกำหนดนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพช่องปากของเด็กในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะการกำหนดลำดับความสำคัญของปัญหา การวางแผนเฝ้าระวังภาวะสุขภาพช่องปาก และการจัดสรรทรัพยากรด้านทันตสาธารณสุขอย่างเหมาะสม
2. ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานด้านการส่งเสริม ป้องกัน และรักษาสุขภาพช่องปาก ในสถานศึกษา ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ รวมทั้งสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง
3. ใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการพัฒนากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เด็กนักเรียน ผู้ปกครอง ครู โรงเรียน และชุมชน เพื่อร่วมกันส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม
4. ใช้เป็นฐานข้อมูลสำหรับการศึกษาวิจัยต่อยอด หรือการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปากของเด็กในอนาคต รวมทั้งการประเมินผลกระทบของภาวะสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของเด็กนักเรียน

## เอกสารอ้างอิง (References)

- เกษรากร อัดเนย์. (2565). สภาวะโรคในช่องปากกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก. *วารสารทันตภิบาล*, 33(2), 49–58.
- กุศล สุนทรธาดา. (2559). *พฤติกรรมสุขภาพของชาวไทยในพื้นที่แตกต่างกัน*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- รัตน์ฐาภัทร จิระพิพรรธ. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการพาเด็กไปใช้บริการทันตกรรม. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 13(1), 414–421.
- สุดาดวง กฤษณาพงษ์. (2557). *คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุบิน สุนันตะ. (2551). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กนักเรียนประถมศึกษา อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ (การค้นคว้าอิสระ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักทันตสาธารณสุข, กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.
- สำนักทันตสาธารณสุข, กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- Adulyanon, S., & Sheiham, A. (1997). Oral impacts on daily performances. Chapel Hill, NC: University of North Carolina.
- Al-Haj Ali, S., Alshehri, A., & Baskaradoss, J. K. (2022). Association between oral health behaviours and dental caries among schoolchildren. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 32(5), 667–675.
- Alvarez-Azaustre, M. P., Greco, R., & Lena, C. (2021). Oral health-related quality of life in adolescents as measured with the Child-OIDP questionnaire: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 12911. <https://doi.org/10.3390/ijerph182412911>
- Arumrahayu, W. (2018). An Indonesian version of Child-OIDP. *Journal of International Dental and Medical Research*, 11(3), 1049–1052.
- Bolin, K., & Jones, D. (2006). Oral health needs of adolescents in a juvenile detention facility. *Journal of Adolescent Health*, 38(6), 755–757.
- Boonyawong, M., Auychai, P., & Duangthip, D. (2022). Risk factors of dental caries in preschool children in Thailand. *Healthcare*, 10(5), 794. <https://doi.org/10.3390/healthcare10050794>
- Castro, R. A. (2008). Child-OIDP index in Brazil: Cross-cultural adaptation and validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6, 68.
- Chandhary, F., Iqbal, A., Khalid, M., Noor, N., Syed, J., & Baig, M. (2022). Validation and reliability testing of the C-OIDP. *Children*, 9(5), 631. <https://doi.org/10.3390/children9050631>



- Corrêa-Faria, P., Paiva, S. M., Martins-Júnior, P. A., Vieira-Andrade, R. G., & Marques, L. S. (2023). Association between dental caries and socioeconomic and behavioural factors in schoolchildren. *BMC Oral Health, 23*, 1–9.
- Cortes-Martinicorena, F. J., Rosel-Gallardo, E., & Artazcoz-Oses, J. (2012). Oral health-related quality of life as measured with the Child-OIDP index and oral health status in Spanish adolescents. *International Journal of Dental Hygiene, 10*(2), 79–84. <https://doi.org/10.1111/j.1601-5037.2011.00524.x>
- Eric, J., Bjelovic, L., & Jankovic, S. (2023). Psychometric properties of the child oral impacts on daily performances index. *BMC Oral Health, 23*, 429. <https://doi.org/10.1186/s12903-023-03161-1>
- FDI World Dental Federation. (2016). A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *International Dental Journal, 66*, 322–324.
- Ghanbarzadegan, M., Bastani, P., Hajimiri, K., & Kavosi, Z. (2021). Inequality in oral health and access to dental services: A systematic review. *BMC Oral Health, 21*, 461. <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01817-6>
- Gherunpong, S., Tsakos, G., & Sheiham, A. (2004). Developing and evaluating an oral health-related quality of life index for children. *Community Dental Health, 21*(2), 161–169.
- Jokovic, A., Locker, D., Stephens, M., Kenny, D., Tompson, B., & Guyatt, G. (2002). Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. *Journal of Dental Research, 81*(7), 459–463.
- Locker, D. (1988). Measuring oral health: Concepts, framework of oral health, disease and quality of life. *Community Dental Health, 5*(1), 3–18.
- Peker, K., Eden, E., Ak, A. T., & Bermek, G. (2020). Psychometric evaluation of the child oral impacts on daily performances (C-OIDP). *BMC Oral Health, 20*(1), 173. <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01162-y>
- Petersen, P. E. (2008). World Health Organization global policy for improvement of oral health—World Health Assembly 2007. *International Dental Journal, 58*, 115–121.
- Ramezani, G. H., Pourshahidi, S., & Alijani, S. (2015). Association of oral health indicators with oral health-related quality of life among Iranian adolescents. *Journal of Oral Health and Oral Epidemiology, 4*(1), 1–8.